



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Departament Zdrowia

KZD. 410.003.04.2019

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

Marcin Kulicki
Prezes Zarządu

Kontrola 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 kontroli

Jednostka kontrolowana	Mazowiecki Szpital Wojewódzki w Siedlcach Sp. z o.o., ul. Księcia Józefa Poniatowskiego 26, 08-110 (dalej „Szpitalem”, „MSWwS” lub „Spółką”)
Kierownik jednostki kontrolowanej	Marcin Kulicki, Prezes Zarządu
Zakres przedmiotowy kontroli	Ocena wpływu akredytacji na jakości świadczeń zdrowotnych oraz na funkcjonowanie podmiotu leczniczego, poziom świadczeń zdrowotnych i bezpieczeństwo pacjentów oraz na sytuację ekonomiczną podmiotu leczniczego
Okres objęty kontrolą	2016 – 2019 (do czasu zakończenia czynności kontrolnych)
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 1 o Najwyższej Izbie Kontroli ¹
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Departament Zdrowia
Kontroler	Krzysztof Barej, główny specjalista k.p., upoważnienie do kontroli nr KZD/22/2019 z dnia 6 maja 2019 r.

(Dowód: akta kontroli str. 1 – 2, 574)

OCENA
OGÓLNA

II. Ocena ogólna² kontrolowanej działalności

Przystąpienie do procesu akredytacji skutkowało aktualizacją i realizacją w Mazowieckim Szpitalu Specjalistycznym w Siedlcach (Szpital) procedur skutkujących poprawą jakości świadczonych usług.

Akredytacja nie miała wpływu na sytuację ekonomiczno-finansową Szpitala.

W styczniu 2017 r. Szpital otrzymał certyfikat potwierdzający spełnianie standardów akredytacyjnych dla lecznictwa szpitalnego na poziomie 77%; w tym 151 standardów zostało uznane przez ośrodek akredytacyjny za całkowicie spełnione.

W porównaniu do oceny uzyskanej w wyniku przeglądu akredytacyjnego przeprowadzonego w 2012 r. nastąpiła poprawa w zakresie spełniania standardów o dwa punkty procentowe.

W okresie objętym kontrolą Szpital realizował świadczenia zdrowotne oraz prowadził działalność z zachowaniem wybranych do kontroli 13 standardów akredytacyjnych, określonych w obwieszczeniu Ministra Zdrowia z dnia 18 stycznia 2010 r. w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania szpitali³, ocenionych jako w pełni zgodne ze standardem w trakcie

¹ Dz. U. z 2019 r., poz. 489, dalej ustawa o NIK.

² Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną, jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo w formie oceny opisowej.

³ 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”. Dz. Urz. MZ z 2010 r. Nr 2, poz. 24.

procedury akredytacyjnej przeprowadzonej w 2016 r. oraz trzech standardów objętych badaniem ankietowym w trakcie niniejszej kontroli.

W Szpitalu zapewniono wszystkim pacjentom dostęp do informacji o przysługujących im prawach i obowiązkach, jak również regularnie monitorowano poziom ich satysfakcji z udzielanych świadczeń medycznych. Określono listy leków, sprzętu oraz materiałów, które muszą być dostępne w stanach nagłego zagrożenia życia oraz zapewniono stałą dostępność do nich w miejscu udzielania świadczeń. Opracowano i wdrożono procedurę nadzoru nad lekami przechowywanymi w oddziałach, leki przygotowane do podania były oznakowane w sposób zgodny z wymogami standardu akredytacyjnego. Opracowano listę wykonywanych badań laboratoryjnych. Plan szkoleń uwzględniał tematykę zarządzania jakością.

W przypadku dwóch standardów⁴ poddanych szczegółowemu badaniu i ocenionych jako spełnione podczas certyfikacji w 2016 r., NIK stwierdziła nieprawidłowości.

Sytuacja finansowa Szpitala w 2018 r. w porównaniu do roku 2017 uległa pogorszeniu, jednak wpływ na to miały czynniki zewnętrzne, niezależne od Szpitala i niezwiązane z przystąpieniem do procesu certyfikacji. Uzyskanie certyfikatu akredytacyjnego nie miało wpływu na przyznawanie Szpitalowi przez NFZ dodatkowych punktów przy ocenie ofert składanych w konkursach ofert na świadczenia w zakresie leczenia szpitalnego, a także na zwiększenie wysokości ryczałtu. Wymiernym rezultatem otrzymania certyfikatu akredytacyjnego nie było również uzyskanie od NFZ w latach 2017-2018 dodatkowych środków finansowych.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe⁵ kontrolowanej działalności

Opis stanu
faktycznego

A. Obszar kontrolny - Wpływ zewnętrznej oceny jakości świadczeń zdrowotnych na funkcjonowanie podmiotu leczniczego, jakość świadczeń zdrowotnych i bezpieczeństwo pacjentów

1. Certyfikacja podmiotu leczniczego

W skład Mazowieckiego Szpitala Wojewódzkiego w Siedlcach Sp. z o.o. wchodzi Siedlecki Szpital Specjalistyczny⁶.

W okresie objętym kontrolą, Szpital dwukrotnie uzyskał akredytacje, tj.:

- nr 2013/5 z 13 marca 2013 r.;
- nr 2016/54 z 27 stycznia 2017 r.

W dniu 18 stycznia 2016 r. Szpital złożył do Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia wniosek o udzielenie akredytacji. Zaproponowano przeprowadzenie wizyty akredytacyjnej w kwietniu 2016 r. W dniu 26 czerwca

⁴ Dotyczących: corocznego szkolenia personelu medycznego w resuscytacji krążeniowo-oddechowej, jak również szkolenia pracowników w zakresie zakażeń szpitalnych.

⁵ Oceny cząstkowe to oceny w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena cząstkowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo w formie oceny opisowej.

⁶ Pierwsza akredytacja: Certyfikat nr 2009/25 z 30 grudnia 2009 r., ocena 81%.

2016 r. CMJ zwrócił się do szpitali akredytowanych oraz przystępujących do procedury akredytacyjnej o przesłanie aktualnych danych podmiotów.

CMJ, pismem z dnia 19 września 2016 r. poinformowało Spółkę, że przewidziany termin wizytacji wyznaczono na początek listopada 2016 r.

W dniu 10 października 2016 r. Szpital złożył do CMJ zaktualizowany wniosek o udzielenie akredytacji. W dniu 21 października 2016 r. CMJ poinformowało podmiot o harmonogramie przeglądu akredytacyjnego, którego termin wyznaczono w dniach 7 – 9 listopada 2016 r. Termin przeglądu został zachowany.

W dniu 22 listopada 2016 r.⁷ sporządzony został raport z przeglądu akredytacyjnego, w którym łączną ocenę określono na 77%⁸. Pismem z 30 listopada 2016 r. Szpital poinformował CMJ o braku zastrzeżeń do oceny.

W dniu 27 stycznia 2017 r. Minister Zdrowia poinformował MSWwS o udzieleniu akredytacji.

(Dowód: akta kontroli str. 3 - 54)

W Szpitalu nadzór nad systemami jakości, w tym nad poziomem spełniania standardów akredytacyjnych, powierzony został Działowi Organizacji i Zarządzania Jakością (DOiZJ). Do jego zadań należało m.in. nadzór prac związanych z doskonaleniem i rozwojem wewnętrznych mechanizmów poprawy jakości zgodnie z normą ISO 9001 oraz Programem Akredytacji Szpitala. Ponadto zadania DOiZJ obejmowały: nadzorowanie i koordynowanie prac związanych z aktualizacją, opracowywaniem, wdrażaniem i nadzorowaniem dokumentacji Systemu Zarządzania Jakością oraz Programu Akredytacji Szpitala, tworzenie i modelowanie struktury procesów oraz struktury dokumentacji Systemu Zarządzania Jakością, monitorowanie i koordynowanie działań w ramach skuteczności i efektywności procesów, nadzorowanie i koordynowanie realizacji przyjętych i zatwierdzonych działań korygujących i zapobiegawczych, weryfikację skuteczności podejmowanych działań doskonalących w Systemie Zarządzania Jakością.

(Dowód: akta kontroli str. 53 – 75, 578 – 579, 898 – 907)

2. Spełnianie wybranych standardów akredytacyjnych przez Siedlecki Szpital Specjalistyczny

Sprawdzeniem objęto spełnianie przez Szpital wybranych standardów akredytacyjnych, które zgodnie z raportem akredytacyjnym z 22 listopada 2017 r. zostały ocenione na 5 punktów, tj.:

2.1. Prawa pacjenta (PP)

2.1.1. Każdy pacjent jest informowany o przysługujących mu prawach i obowiązkach, standard PP1. Ocena CMJ z 2012 r. również 5 pkt. Standard został spełniony; w Szpitalu opracowano instrukcje dotyczące informowania pacjenta o przysługujących mu prawach i obowiązkach, w tym w procedury:

- przyjęcia pacjenta, proces PR 1/G, przyjęcia pacjenta w szpitalnym oddziale ratunkowym (PSJ – 2 – 1/G)⁹. W pkt. 5.1. - Rejestracja pacjenta w SOR, ppkt. 5.1.5. zapisano, że pacjent poświadczają pisemnie uzyskane informacje na temat praw i obowiązków pacjenta.

- przyjęcia pacjenta do szpitala w izbie przyjęć (PSJ – 1 – 1/G)¹⁰. W pkt. 5.3. - Przyjęcie do szpitala, ppkt. 5.3.1.3. zapisano, że pacjent poświadczają pisemnie uzyskane informacje na temat swych praw i obowiązków.

⁷ Raport dostarczony faksem w dniu 22 listopada 2016 r., list otrzymano 28 listopada 2016 r.

⁸ W raporcie z przeglądu akredytacyjnego z 13 marca 2013 r. łączna ocena Szpitala wyniosła 75%.

⁹ Wersja 4, obowiązuje od 23 lutego 2018 r.

¹⁰ Wersja 3, obowiązuje od 22 października 2018 r.

- pielęgnacji pacjenta, proces PR 3/G, pielęgnowanie pacjenta na oddziale (PSJ – 1 – 3/G)¹¹. W pkt. 5 – Tryb postępowania, ppkt 5.1.7. zapisano, że pielęgniarka/położna zapoznaje pacjenta z (...) kartą praw i obowiązków pacjenta.

Prawa i Obowiązki Pacjenta (PiOP) zostały udostępnione na internetowej stronie Szpitala¹², na tablicach ogłoszeń na oddziałach, jak również w każdej sali chorych¹³. O zapoznaniu się z PiOP pacjenci pisemnie potwierdzali w historii choroby oraz dokumentacji opieki pielęgniarskiej¹⁴.

Z przeprowadzonej wśród pacjentów anonimowej ankiety wynikało, że 38 pacjentów (76%) w związku z przyjęciem do szpitala było informowanych o prawach i obowiązkach pacjenta, 5 (10%) stwierdziło, że nie było, zaś 7 (14%) podało, że nie pamiętają.

(Dowód: akta kontroli str. 76 – 113, 190, 300 - 336)

2.2. Opieka nad pacjentem (OP)

2.2.1. Pracownicy szpitala są szkoleni w resuscytacji krążeniowo-oddechowej, standard OP3; ocena CMJ z 2012 r. również 5 pkt¹⁵.

W 2016 r. przeszkolono 148 lekarzy (53,0%), w 2017 r. – 226 (75,6%), zaś w 2018 r. 284, tj. 80,0%. W 2019 r. nie przeszkolono żadnego lekarza.

W 2016 r. przeszkolono 246 osób personelu pielęgniarskiego (52,2%), w 2017 r. – 285 (58,4%), w 2018 r. – 282 (45,7%), zaś w 2019 r. – 297 (48,4%). Wśród pozostałego personelu w 2016 r. przeszkolono 77 osób (25,6%), w 2017 r. 48 (14,7%), w 2018 r. 47 (10,2%). W 2019 r. w tej grupie zawodowej nie przeprowadzono jeszcze żadnych szkoleń.

Na podstawie analizy losowo wybranych 20 akt osobowych¹⁶ stwierdzono, że nie wszyscy pracownicy odbyli coroczne obowiązkowe szkolenie w zakresie resuscytacji krążeniowo – oddechowej. W przypadku 4 osób (20% analizowanych) stwierdzono, że nie posiadały corocznych szkoleń (dwie osoby nie miały zaliczonych w latach 2016 – 2018 dwóch szkoleń, dwie po jednym).

Dyrektor ds. medycznych wyjaśniła, że „pracownicy Szpitala objęci są obowiązkiem odbycia raz w roku szkolenia w zakresie resuscytacji krążeniowo-oddechowej. Szkolenia prowadzone są we własnym zakresie przez powołane zespoły specjalistów. Ponadto personel medyczny uczestniczy w szkoleniach organizowanych poza szpitalem. Dowody potwierdzające odbyte szkolenia pracownik ma obowiązek dostarczyć do Działu Zarządzania Zasobami Ludzkimi. Praktyka wykazała, że nie zawsze ten obowiązek jest wypełniany, co skutkuje brakiem dowodu na przeszkolenie”.

(Dowód: akta kontroli str. 787 – 794, 909)

Zdaniem NIK powyższy standard nie został w pełni spełniony.

¹¹ Wersja 3, obowiązuje od 2 czerwca 2014 r.

¹² Strona internetowa <http://szpital.siedlce.pl/podstrony/Prawa-pacjenta>. Wydanie V obowiązujące od 11 maja 2017 r.

¹³ Ustalono w toku oględzin przeprowadzonych w dniu 22 maja 2019 r. na Oddziale Ginekologiczno – Położniczym oraz Kardiologicznym Siedleckiego Szpitala Specjalistycznego.

¹⁴ Na podstawie 10 losowo wybranych historii choroby oraz dokumentacji opieki pielęgniarskiej.

¹⁵ Maksymalna, 5 – punktowa ocena odnosi się do sytuacji, kiedy personel medyczny jest regularnie, przynajmniej raz w roku, szkoleny w resuscytacji krążeniowo-oddechowej, a udział w szkoleniu powinien być udokumentowany w aktach osobowych.

¹⁶ Na populacji 10 lekarzy i 10 pielęgniarek.

2.2.2. W szpitalu określono, które leki, sprzęt i materiały muszą być dostępne w stanach nagłego zagrożenia życia, standard OP4.

Leki i materiały stosowane w stanach nagłego zagrożenia życia są stale dostępne w miejscach świadczenia opieki, standard OP4.1.

Ocena CMJ z 2012 r. również 5 pkt.

Listę leków, płynów i sprzętu stanowiących wyposażenie tac ratunkowych regulowało Zarządzenie nr 25/2011 Prezesa Zarządu MSWwS z 18 kwietnia 2011 r. Zestawy ratunkowe były łatwo dostępne, wszystkie produkty lecznicze w nim umieszczone miały aktualną datę ważności i były zgodne z listą leków określoną dla oddziałów niezabiegowych określonych w ww. Zarządzeniu nr 25/2011.

Adrenalina wchodząca w skład zestawu miała zachowany termin ważności i była oznaczona datą umieszczenia w zestawie ratunkowym (data wyjęcia z lodówki – 28 maja 2019 r.).

Na oddziałach prowadzone były „Zeszyty kontroli ważności leków”, w których zapisywano daty przeprowadzanych comiesięcznych kontroli¹⁷.

Ponadto prowadzone były rejestry pn. „Kontrola tacy przeciwwstrząsowej”, w których dokonywano adnotacji o codziennie przeprowadzanych kontrolach.

(Dowód: akta kontroli str. 300 - 336)

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.

2.3. Kontrola zakażeń (KZ)

2.3.1. Personel systematycznie uczestniczy w szkoleniach dotyczących zakażeń szpitalnych, standard KZ5. Ocena CMJ z 2012 r. - 3 pkt.

Działalność szkoleniowa dla personelu medycznego, personelu niemedycznego oraz pracowników firm zewnętrznych w zakresie zapobiegania zakażeniom szpitalnym realizowana była przez Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych.

W I półroczu 2019 r. Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych przeprowadził 39 szkoleń, łącznie przeszkolono 408 osób (28,1% zatrudnionych), w 2018 r. przeprowadzono 34 szkolenia, przeszkalając 716 osób (50%), w 2017 r. - 27 szkoleń dla 784 osób (70,4%), zaś w 2016 r. - 53 szkolenia dla 1012 osób (96,3%).

Na podstawie analizy 20 losowo wybranych teczek osobowych¹⁸ stwierdzono, że z ww. pięć osób nie odbyło w 2018 r. żadnego szkolenia z zakresu zakażeń szpitalnych, sześć odbyło po jednym szkoleniu, a tylko siedem po dwa szkolenia. Dwóch osób obowiązek szkolenia nie dotyczył, zatrudnieni zostali w 2019 r.

W I kw. 2019 r. przeszkolono 12 osób, w tym pięć dwukrotnie.

Koordynator Zespołu ds. Higieny i Epidemiologii wyjaśniła, że „na zmniejszenie odsetka osób przeszkolonych wpłynęły długotrwałe absencje personelu spowodowane m. in. urlopami macierzyńskimi/ wychowawczymi, zwolnieniami lekarskimi czy przebywaniem na stażach specjalizacyjnych”.

Ponadto oświadczono, że od 2019 r. zaplanowano zmianę systemu szkoleń, co pozwoli na zwiększenie liczby przeszkolonego personelu.

Szpital nie prowadził statystyk szkoleń dotyczących zakażeń szpitalnych w podziale na grupy zawodowe, prowadzone natomiast były imienne listy osób w nich uczestniczących.

(Dowód: akta kontroli str. 580 – 581, 787, 890, 908, 929)

Zdaniem NIK standard nie został w pełni spełniony, gdyż nie wszyscy obowiązani pracownicy uczestniczyli dwa razy w roku w szkoleniach na temat zakażeń,

¹⁷ Kontrola przeprowadzana przez dwie osoby.

¹⁸ Badaniem objęto pięciu lekarzy, pięć pielęgniarek, pięć osób na stanowiskach niemedycznych oraz pięć osób z firmy zewnętrznej (sprzątającej) w latach 2018 - 2019.

a odsetek osób przeszkolonych spadał od momentu otrzymania przez Szpital certyfikatu akredytacyjnego.

2.4. Farmakoterapia (FA)

2.4.1. W szpitalu opracowano i wdrożono procedurę nadzoru nad lekami przechowywanymi w oddziałach, standard FA7. Ocena CMJ z 2012 r. - 3 pkt.

W Szpitalu opracowano i wdrożono procedurę nadzoru nad lekami przechowywanymi w oddziałach i była ona stosowana zgodnie z przyjętymi zasadami¹⁹.

Zasady nadzoru nad lekami przechowywanymi na oddziałach regulował:

- Receptariusz szpitalny Mazowieckiego Szpitala Wojewódzkiego w Siedlcach Sp. z o.o.²⁰, m. in. w zakresie zasad przechowywania i postępowania z produktami leczniczymi i wyrobami medycznymi;

- Instrukcja pn. „Gospodarka lekiem na oddziałach, poradniach i pracowniach diagnostycznych”²¹, której celem było określenie i ujednoczenie zasad gospodarki lekiem w oddziałach (przechowywanie, rozchód), określenie odpowiedzialności za realizację poszczególnych czynności oraz ujednoczenie zasad postępowania podczas oznakowania i podawania przygotowywanych leków;

- Instrukcja pn. „Zasady pozyskiwania, transportu i przechowywania preparatów szczepionkowych”²² na oddziałach Szpitala;

- Instrukcja pn. „Postępowanie z przeterminowanymi produktami leczniczymi, środkami diagnostycznymi, wyrobami medycznymi i materiałami opatrunkowymi”²³ w oddziałach szpitalnych, poradniach i pracowniach diagnostycznych;

- Instrukcja pn. „Zasady wstrzymywania i wycofywania z obrotu produktów leczniczych”²⁴;

- Instrukcja pn. „Postępowanie w przypadku podejrzenia braku spełniania wymagań jakościowych produktu leczniczego oraz w przypadku podejrzenia, że dany wyrób medyczny nie odpowiada ustalonym dla niego wymaganiom zasadniczym”²⁵;

- Instrukcja pn. Postępowanie z lekami własnymi pacjenta”²⁶.

Kierownik apteki szpitalnej przeprowadzał coroczną kontrolę apteczek oddziałowych w zakresie prawidłowego przechowywania leków, stanu zapasów oraz terminów ważności. 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.

(Dowód: akta kontroli str. 114 – 186, 300 - 339)

2.4.2. W szpitalu opracowano system oznakowania przygotowanych leków, standard FA9. Ocena CMJ w 2012 r. również 5 pkt.

System znakowania leków w Szpitalu został określony w procedurze pn. „Gospodarka lekiem w oddziałach, poradniach i pracowniach diagnostycznych ISJ-3-1-6/P”, w pkt. 5.2. pn. „Zasady przygotowania, oznakowania i podawania przygotowanych leków”. Leki przygotowane do podania zostały w kontrolowanych oddziałach szpitalnych oznakowane w sposób zgodny z ww. regulacjami a sposób ich znakowania odpowiadał wymogom wskazanym w standardzie akredytacyjnym.

(Dowód: akta kontroli str. 132 – 177, 300 - 339)

¹⁹ Ustalono w trakcie oględzin przeprowadzonych 29/ 30 maja 2019 r. na oddziałach kardiologicznym i ginekologiczno – położniczym.

²⁰ Z 20 listopada 2017 r.

²¹ Wersja 4, obowiązuje od 25 października 2016 r.

²² Wersja 4, obowiązuje od 4 września 2017 r.

²³ Wersja 2, obowiązuje od 15 czerwca 2018 r.

²⁴ Wersja 2, obowiązuje od 1 grudnia 2017 r.

²⁵ Wersja 2, obowiązuje od 15 czerwca 2018 r.

²⁶ Wersja 1, obowiązuje od 24 września 2018 r.

2.5. Laboratorium (LA)

2.5.1. W szpitalu opracowano listę wykonywanych badań laboratoryjnych, standard LA3. Ocena CMJ w 2012 r. również 5 pkt.

W Szpitalu prowadzona była lista badań diagnostycznych wykonywanych w laboratorium diagnostycznym. Obejmowała ona nazwę badania, metodę oznaczania, zakresy referencyjne, nazwę i zakres normy. Opracowano również dokument określający szacunkową liczbę badań możliwych do przeprowadzenia w miesiącu i roku, tryb zlecenia badań (pilny/ planowy) oraz czas oczekiwania na wyniki. Listy były aktualizowane w zależności od zachodzących zmian. W wewnętrznej sieci internetowej Szpitala zapewniono ciągły dostęp do listy badań diagnostycznych wraz z ich aktualnymi zmianami oraz wgląd do analizy błędów przedlaboratoryjnych, występujących przy oznaczeniach danego typu.

(Dowód: akta kontroli str. 508 - 551)

2.6. Diagnostyka obrazowa (DO)

2.6.1. Pacjenci otrzymują praktyczne informacje na temat badań radiologicznych, standard DO3. Ocena CMJ w 2012 r. również 5 pkt.

W Szpitalu opracowano informację dla pacjenta na temat badania radiologicznego oraz formularz świadomej zgody na jego wykonanie. Pisemna informacja zawierała opis badania, sposób przygotowania się do niego, możliwe powikłania.

Do dokumentu dołączona była „Ankieta diagnostyczna (...)” oraz oświadczenie pacjenta o wyrażeniu zgody na badanie.

(Dowód: akta kontroli str. 188 – 189, 300 - 336)

2.7. Odżywianie (OD)

2.7.1. W szpitalu zapewniono warunki do higienicznego przechowywania żywności pacjentów, standard OD4. Ocena CMJ z 2012 r. również 5 pkt.

W Szpitalu opracowane zostały „Zasady przechowywania produktów spożywczych w lodówce”. Zasady zostały umieszczone w widocznym miejscu na tablicy ogłoszeń. Ponadto na lodówkach umieszczono wskazówki dla pacjentów odnośnie przechowywania środków spożywczych. Na Oddziale Kardiologicznym nie było lodówki dla pacjentów, co jak wyjaśniono, spowodowane jej wyeksploatowaniem. Zakup nowej lodówki będzie uwzględniony w planie zakupów na 2020 r.

Lodówki na Oddziale Położniczo – Ginekologicznym będące do dyspozycji pacjentów były czyste i sprawne. Przechowywano w nich wyłącznie produkty spożywcze.

(Dowód: akta kontroli str. 186 – 187, 300 – 336, 896)

2.8. Poprawa jakości i bezpieczeństwa pacjentów (PJ)

2.8.1. W oparciu o dane uzyskane z monitorowania jakości, w Szpitalu prowadzone są tzw. „Projekty poprawy” -standard PJ4.1. Ocena CMJ w 2012 r. również 5 pkt.

W ramach Systemu Zarządzania Jakością opracowano procedury służące poprawie standardów jakościowych, w tym:

- Procedura PSJ – 6 – 4/Z „Audit wewnętrzny”, mająca na celu określenie zasad planowania, przygotowania i wykonania audytu wewnętrznego dla zapewnienia systematycznego i niezależnego badania sprawdzającego, czy działania dotyczące systemu zarządzania jakością i ich wyniki są zgodne z zaplanowanymi ustaleniami dotyczącymi realizacji usług, wymaganiami norm oraz czy system jest wdrożony, utrzymywany i doskonalony;

- Procedura PSJ – 5 – 4/Z „Działania korygujące”, mająca na celu zagwarantowanie, że zostaną zbadane przyczyny i będą podjęte działania eliminujące skutki wykrytych niezgodności, działania mające na celu przewidzenie i niedopuszczenie do wystąpienia potencjalnych niezgodności oraz pozwalające na określenie zasad oraz wyznaczenie odpowiedzialności za inicjowanie,

przeprowadzanie i sprawdzanie skuteczności działań korygujących;
- Procedura PSJ – 4 – 4/Z „Nadzór nad niezgodnościami”, mająca na celu określenie zasad postępowania w sytuacji wystąpienia niezgodności.

W celu zapewnienia skutecznego nadzoru, w Szpitalu prowadzony był „Harmonogram Poprawy Jakości”. Weryfikacja Harmonogramu w aspekcie realizacji zadań oraz adekwatności w odniesieniu do wymagań odbywała się podczas tematycznych spotkań Zespołu Jakości, który tworzyli: Dyrektorzy Operacyjni oraz Przewodniczący Zespołów i Komitetów Zadaniowych, w tym: Komisji ds. analizowania dokumentacji medycznej, Komisji ds. Analizowania Zgonów Pacjentów Zmarłych w Szpitalu, Zespołu ds. Antybiotykoterapii, Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych, Zespołu ds. Profilaktyki i Leczenia Odleżyn, Zespołu Leczenia Żywnieniowego, Zespołu ds. Zdarzeń Niepożądanych, Zespołu Oceny Przyjęć w Lecznictwie Stacjonarnym, Zespołu Oceny Przyjęć w Lecznictwie Ambulatoryjnym, Komitetu Kontroli Zakażeń Szpitalnych, Komitetu ds. Farmakoterapii, Komitet Transfuzjologiczny.

Kierownik DOiZJ wyjaśniła, że „spotkania w wyżej wymienionym składzie, w celu kompleksowego omówienia zagadnień związanych z jakością, odbywają się minimum dwa razy w roku. Niezależnie od wspomnianych spotkań, Zespół w składzie zależnym od poruszanych tematów spotyka się raz w miesiącu.

Na comiesięcznych spotkaniach omawiane są bieżące sprawy Szpitala mające wpływ na jakość udzielanych świadczeń. Na podstawie prowadzonych statystyk, wyników monitorowania istotnych procesów, raportów, skarg i interwencji, określane są „słabe strony”, w odniesieniu do których wydawane są zalecenia do natychmiastowej realizacji. Podczas spotkań inicjowane są również działania zapobiegawcze. Analizowany jest poziom spełniania wymagań prawnych oraz związanych ze standardami akredytacyjnymi. Ponadto Kierownik Działu Organizacji i Zarządzania Jakością wyjaśnił, że wyniki prac zespołu wraz z wnioskami sprawozdaje na systematycznych naradach odbywających się raz na dwa tygodnie, zwoływanych przez Zarząd Spółki”.

Na podstawie „Raportu z Przeglądu Zarządzania²⁷” sporządzane są coroczne „Harmonogramy Poprawy Jakości” określające zakres, standard i zadania do realizacji, termin wykonania, osobę nadzorującą zadanie.

(Dowód: akta kontroli str. 578 - 579, 726 – 786, 795 – 889)

2.8.2. W Szpitalu regularnie prowadzi się ocenę opinii pacjentów, standard PJ3. Ocena CMJ w 2012 r. również 5 pkt.

W celu monitorowania satysfakcji pacjentów, przeprowadzono następujące analizy:

- „Badanie Satysfakcji Pacjenta – ankieta internetowa OCEN NAS”. Badania przeprowadzone w 2016 r. oraz w 2017 r.;
- „Badanie Satysfakcji Pacjenta” – badanie ankietowe wśród pacjentów 13 oddziałów szpitalnych przeprowadzone w 2016 r.;
- „Badanie satysfakcji klienta zewnętrznego - klient instytucjonalny”, ankieta internetowa przeprowadzona w 2018 r.,
- „Badanie satysfakcji klienta - klient wewnętrzny”, ankieta internetowa przeprowadzona w 2018 r.,
- „Badanie satysfakcji pacjenta w zespole leczenia ambulatoryjnego” w 2019 r.;
- „Badanie satysfakcji pacjenta w oddziałach szpitalnych” w 2019 r.;
- „Badanie satysfakcji pacjenta w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym” w 2019 r.²⁸;

²⁷ Zgodnie z normą PN - EN ISO 9001:2015

²⁸ Badanie ankietowe w trakcie procedowania. Dane zostaną poddane szczegółowej analizie do końca sierpnia 2019 r.

- Anonimowej ankiety przeprowadzonej wśród rodziców dzieci leczonych w Szpitalu na Oddziale Dziecięcym²⁹.

Wyniki monitorowania satysfakcji pacjenta ujmowane były w corocznych „Raportach z Przeglądu Zarządzania”.

Przykładowo, w „Badaniu Satysfakcji Pacjenta – ankieta internetowa OCENI NAS”, przeprowadzonej w 2016 r. poproszono pacjentów o ocenę przyjęcia do szpitala, lekarskiej i pielęgniarskiej opieki medycznej, warunków pobytu na oddziale, wyżywienia, samopoczucia pacjenta, ocenę ogólną. Najwyżej oceniono możliwość odwiedzin zgodnie z własnymi życzeniami (pozytywnie 98,5%) oraz zapewnienie intymności i poszanowania godności podczas badań lekarskich (pozytywnie 95,4%). Najwięcej negatywnych ocen dotyczyło jakości podawanych posiłków (17,4% negatywnych, 80,0% pozytywnych, 2,6% - nie udzielono na to pytanie odpowiedzi) oraz szybkość załatwienia formalności związanych z przyjęciem do szpitala (negatywnie oceniło 10,3% pacjentów, pozytywnie 89,7%).

Wynik analiz opinii pacjentów były wykorzystywane do poprawy funkcjonowania podmiotu.

(Dowód: akta kontroli str. 381 – 486, 669 - 677)

2.9. Zarządzanie zasobami ludzkim (ZZ)

2.9.1. Plan szkoleń uwzględnia tematykę zarządzania jakością, standard ZZ5.3. Ocena CMJ w 2012 r. również 5 pkt.

Szpital zgodnie z treścią standardu przygotował plany szkoleń w zakresie jakości. W 2016 r. przewidziano 4 szkolenia w zakresie jakości, zrealizowano 100%.

W 2017 r. przewidziano 8 szkoleń (realizacja wyniosła 100%), 2018 r. przewidziano 9 szkoleń, z których wszystkie zostały zrealizowane. W 2019 r. - 12 szkoleń, według stanu na koniec czerwca 2019 r. przeprowadzono 10. Szkolenia dotyczyły między innymi dokumentacji medycznej, nowych regulacji systemu zarządzania jakością, komunikacji z pacjentem i jego rodziną.

Szkolenia prowadzone były przez:

- Dyrektora ds. Medycznych i jego zastępcę - dla ordynatorów i lekarzy kierujących oddziałami,
- Dyrektora ds. Pielęgniarstwa i Organizacji Opieki - dla pielęgniarek oddziałowych,
- Kierownika Działu Organizacji i Zarządzania Jakością - dla kadry zarządzającej medycznej, administracyjnej oraz pozostałego personelu,
- szkoleniowców zewnętrznych.

Szkoleniem w zakresie zarządzania jakością w latach 2016 – 2018 objęto 100% członków Zarządu i kadry kierowniczej, kadry kierowniczej administracyjnej, ordynatorów i kierujących oddziałami, pielęgniarek oddziałowych.

Dodatkowo w Szpitalu organizowane były konferencje i sympozja w 2016 r - 13, 2017 r. - 16, 2018 r. - 35, 2019 r.³⁰ -11. Zgodnie z obowiązującymi w szpitalu regulacjami, m.in. Procesu Zarządzania Zasobami Ludzkimi PR-I/Z, informacje uzyskane podczas szkoleń/spotkań przez kadre zarządzającą, przekazywane były podległemu personelowi (lekarskiemu, pielęgniarskiemu i pozostałemu personelowi) w ramach szkoleń wewnętrznych lub codziennych odpraw.

Na podstawie analizy teczek osobowych kadry zarządzającej Szpitalem³¹ ustalono, że osoby te uczestniczyły w szkoleniach z zakresu zarządzania jakością.

(Dowód: akta kontroli str. 552 – 573, 891 - 892)

²⁹ Badanie przeprowadzono w okresie od lipca do września 2016 r., na podstawie 55 ankiet.

³⁰ Do 30 czerwca 2019 r.

³¹ Badaniem objęto pięć osób z kadry kierowniczej, 10 lekarzy – ordynatorów i kierownicy oddziałów oraz 10 osób z personelu pielęgniarskiego – oddziałowe, koordynatorzy sektorów.

2.10. Prawa pacjenta (PP)³²

2.10.1. Pacjenci mają zapewnioną możliwość odwiedzin, standard PP14. Ocena CMJ z 2012 r. - 3 pkt.

W przeprowadzonej ankiecie 98% respondentów (49 osób) potwierdziło, że w czasie pobytu w Szpitalu mieli zapewnioną możliwość odwiedzin.

2.10.2. Pacjenci otrzymują zrozumiałe informacje o stanie zdrowia, standard PP3. Ocena CMJ w 2012 r. również 5 pkt.

Z przeprowadzonej wśród pacjentów ankiety wynika, że 98% respondentów (49 osób) oceniło, że otrzymywali zrozumiałe informacje o stanie swojego zdrowia.

2.10.3. Pomieszczenia szpitala są czyste, prawidłowo ogrzane i wentylowane, standard ŚO15. Ocena CMJ w 2012 r. również – 5 pkt.

Wszyscy respondenci (100%) przeprowadzonej ankiety ocenili, że pomieszczenia szpitala były czyste, prawidłowo ogrzane i wentylowane.

(Dowód: akta kontroli str. 190 - 290)

Stwierdzone
nieprawidłowości

Nierzetelnie dokumentowano fakt przeszkolenia personelu w resuscytacji krążeniowo-oddechowej, a także nie wszyscy pracownicy uczestniczyli w szkoleniach na temat zakażeń szpitalnych.

OCENA
CZĄSTKOWA

Dzięki skutecznemu podejmowaniu przez Szpital działań w zakresie przygotowania się do akredytacji, w przeglądzie akredytacyjnym w listopadzie 2016 r. spełniono w pełni 151 i częściowo 29 standardów (spośród 221 podlegających ocenie) i uzyskano ocenę (poziom spełnienia wszystkich standardów) na poziomie 77%. W okresie objętym kontrolą, Szpital dwukrotnie poddał się ocenie przez CMJ w zakresie spełnienia standardów akredytacyjnych. W 2016 r. ocena stopnia spełnienia wszystkich standardów wzrosła o 2% w stosunku do poprzedniego przeglądu akredytacyjnego (z 75% w 2013 r.).

Pacjenci pozytywnie ocenili spełnienie standardów dotyczących praw pacjenta i zarządzania środowiskiem opieki.

Spełnianie wybranych wymogów akredytacyjnych potwierdziło także przeprowadzone przez kontrolera NIK badanie ankietowe wśród 50 pacjentów, którzy w większości (38 osób, tj. 76,0%) pozytywnie ocenili informowanie ich o prawach pacjenta i o stanie ich zdrowia, w 100% pozytywnie ocenili stan pomieszczeń. Zapewnienie możliwości odwiedzin pozytywnie oceniło 49 osób, tj. 98,0%. Dla niemal 40% respondentów (19 osób) miało znaczenie posiadanie przez szpital certyfikatu akredytacyjnego.

B. Wpływ wprowadzenia standardów akredytacyjnych na sytuację ekonomiczną Siedleckiego Szpitala Specjalistycznego

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

W dniu 21 października 2016 r. CMJ wystawił dla MSWwS notę księgową nr 57/2016 za przeprowadzenie procedury oceniającej na kwotę 32,4 tys. zł.

Szpital nie ponosił dodatkowych kosztów związanych z wprowadzeniem akredytacji.

(Dowód: akta kontroli str. 651 – 653, 910 - 913)

Szpital nie ponosił kosztów (w fazie przygotowywania do akredytacji oraz w fazie po jej wprowadzeniu) związanych z przygotowaniem lub aktualizacją dokumentacji,

³² Spełnianie poniższych standardów zostało określone na podstawie analizy 50 anonimowych ankiet rozprawdzonych na oddziałach Szpitala.

zatrudnieniem dodatkowego personelu, prowadzeniem badania opinii pacjentów oraz badaniem satysfakcji zawodowej personelu.

Szpital nie posiadał danych odnośnie kosztów pierwotnego dostosowania jednostki do wymogów akredytacyjnych (w 2012 r.).

Jak wyjaśniono, „Szpital nie uzyskał wymiernych korzyści po otrzymaniu certyfikatu akredytacyjnego, w szczególności w zakresie: wzrostu przychodów (w zł i % w odniesieniu do roku poprzedzającego uzyskanie certyfikatu akredytacyjnego), dodatkowych punktów w procesie kontraktowania świadczeń (liczba i wpływ na wysokość środków zakontraktowanych w umowie z Narodowym Funduszem Zdrowia)”.

Szpital nie posiadał danych odnośnie kosztów przeprowadzenia powtórnych, nie planowanych hospitalizacji oraz reoperacji przeprowadzonych przed i po uzyskaniu certyfikatu akredytacyjnego.

Dyrektor ds. medycznych poinformowała, że „analizy reoperacji i rehospitalizacji prowadzone są przez ordynatorów oddziałów. Zgodnie z regulacją z dnia 08.03.2016 r. wnioski z analiz przedstawiane są minimum raz w roku, najczęściej jednak kwartalnie Dyrektorowi ds. Medycznych. Wyniki analiz oraz ewentualne działania naprawcze omawiane są przez Dyrektora ds. Medycznych z ordynatorami i lekarzami oddziałów w oddziałach oraz na cyklicznych spotkaniach w czasie odpraw ordynatorskich”.

Odnośnie analiz ekonomicznych wyjaśniono, że: „trudno jest jednoznacznie wskazać czy akredytacja miała decydujący wpływ na korzystną zmianę. Funkcjonowanie szpitala w dużym stopniu determinują czynniki zewnętrzne, czyli otoczenie na co zarządzający nie zawsze mają wpływ. Niewątpliwie systemowe monitorowanie ważnych procesów przekłada się na korzystniejsze wyniki szeroko rozumiane i prezentowane jako mocne strony spółki”.

(Dowód: akta kontroli str. 894 – 895, 897)

2. Sytuacja finansowa Szpitala; wpływ akredytacji na jego sytuację finansową

W roku 2018 sytuację ekonomiczno-finansową oceniono punktowo na poziomie 57% wartości maksymalnej (40 punktów na 70 możliwych³³). W stosunku do roku 2017, w którym sytuację ekonomiczno-finansową oceniono punktowo na poziomie 64%, uległa ona obniżeniu. Ze względu na wzrost w roku 2018 w porównaniu do roku poprzedniego, kapitału obcego w finansowaniu aktywów Szpitala, nastąpiło obniżenie oceny wskaźnika wypłacalności.

(Dowód: akta kontroli str. 340 – 380, 616 - 646)

Prezes Zarządu wyjaśnił, że czynnikami mającymi wpływ na pogorszenie wskaźników finansowych Spółki był między innymi wzrost kosztów osobowych wynikających z realizacji czynników zewnętrznych, tj. wzrost płacy minimalnej³⁴, wzrost wynagrodzeń ratowników medycznych³⁵, wzrost wynagrodzeń pielęgniarek i położnych³⁶, wzrost wynagrodzeń lekarzy³⁷, a ponadto wzrost kosztów środków

³³ Ocenę przeprowadzono 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. z 2017, poz. 832).

³⁴ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 11 września 2018 r. w sprawie wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę oraz wysokości minimalnej stawki godzinowej w 2019 r., Dz. U. 2018.1794.

³⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, Dz. U. 2016.1146 z późn. zm.

³⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, Dz. U. 2016.1146 z późn. zm.

³⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 września 2018 r. w sprawie wysokości zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego lekarzy i lekarzy dentyistów odbywających specjalizację w ramach rezydentury, Dz. U. 2018.1736.

diagnostyczno-terapeutycznych, energii oraz usług, brak regulacji wycen realizowanych procedur medycznych na przełomie ostatnich 12 lat, a w niektórych obszarach obserwowany drastyczny spadek, wprowadzenie ryczałtu, który powoduje brak możliwości rozliczania nadwykonań świadczeń zdrowotnych, wzrost kosztów amortyzacji wynikającej z prowadzonych inwestycji i remontów związanych z dostosowaniem szpitala do wymagań prawnych.

(Dowód: akta kontroli str. 893)

Według stanu na koniec 2018 r., w stosunku do roku 2016, liczba pacjentów uległa zwiększeniu o 2,2 tys.³⁸, tj. o 11,4%. Zwiększeniu także uległa liczba łóżek o 51 sztuk, tj. o 10,6%. Przeciętny pobyt chorego uległ skróceniu o 5,8%, a średnie obłożenie łóżek skróceniu o 29,5 dnia, tj. o 9,7%.

Zmiany w strukturze łóżek, jak również zmienność wskaźników związanych z ich wykorzystaniem nie miała związku z przystąpieniem do procesu akredytacji.

W Szpitalu nie określono mierników pozwalających na ocenę wpływu wdrożenia standardów akredytacyjnych na sytuację finansową Szpitala. Szpital nie wydzielił budżetu na wdrażanie standardów, ponieważ proces ten nie był związany z dodatkowymi kosztami.

(Dowód: akta kontroli str. 647, 928 - 931)

4. Zastrzeżenia pacjentów do pracy Szpitala

4.1. Skargi

W 2016 r. w Szpitalu złożono 35 skarg i wniosków, z których 22 odnosiły się do obszaru objętego certyfikacją (np. jakość opieki, laboratorium). W 2017 r. złożono 50 skarg, w tym 30 dotyczących obszaru objętego certyfikacją, w 2018 r. - 53, w tym 29 z obszaru objętego certyfikacją. W 2019 r.³⁹ złożono 33 skargi, z których 14 odnosiło się do obszaru objętego certyfikacją.

Szpital dokonywał ich oceny i podejmował działania w celu wyeliminowania uchybień, w tym między innymi: przeprowadzano rozmowy dyscyplinujące z lekarzami, aby większą wagę przywiązywali w bezpośrednich relacjach z osobami towarzyszącymi pacjentem; podjęto działania organizacyjne (zmieniono miejsce wykonywania badania), dokonano zmiany zapisów w historii choroby pacjenta, ustalono termin badania; wydano zwolnienie lekarskie; zaświadczenie, udostępniano dokumentację med., uzupełniono zapisy w dokumentacji medycznej oraz wdrożono zasady nanoszenia poprawek i korekt w dokumentacji medycznej.

(Dowód: akta kontroli str. 650)

Z informacji uzyskanej z Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Warszawie (MOW) wynika, że w latach 2016 - 2019⁴⁰ do MOW wpłynęło 6 skarg, z których jedna była zasadna. Dotyczyła ona odmowy przyjęcia do Szpitala z powodu braku miejsc oraz skierowania do innego szpitala bez zabezpieczenia transportu sanitarnego. MOW w analizowanym okresie przeprowadził 7 kontroli w zakresie prawidłowości realizowania zawartych umów oraz jedną kontrolę ordynacji lekarskiej.

(Dowód: akta kontroli str. 487 - 507)

4.2. Roszczenia pacjentów

W 2016 r. do Wojewódzkiej Komisji ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych (WKOZM) wpłynęły trzy wnioski pacjentów o ustalenie roszczeń wobec Szpitala.

³⁸ Pomniejszona o liczbę chorych pozostających z roku poprzedniego (bez ruchu międzyoddziałowego).

³⁹ Do 17 maja 2019 r.

⁴⁰ I kwartał 2019 r.

Komisja nie uznała dwóch wniosków za zdarzenia medyczne, jedna sprawa została zawieszona. W 2016 r. nie toczyło się żadne postępowania sądowe.

W 2017 r. do WKOZM wpłynęły dwa wnioski pacjentów o ustalenie roszczeń, toczyły się trzy postępowania sądowe. Jedno zostało zakończone, jedno w toku. Sprawy sądowe: dwie sprawy zakończone (do próby ugodowej nie doszło) i jedna sprawa w toku.

W 2018 r. do WKOZM wpłynęły trzy wnioski pacjentów o ustalenie roszczeń, toczyły się trzy postępowania sądowe. Komisja nie uznała trzech wniosków za zdarzenia medyczne. Dwie sprawy sądowe zostały zakończone (do próby ugodowej nie doszło), jedna w toku.

W 2019 r.⁴¹ do WKOZM wpłynął jeden wniosek pacjenta o ustalenie roszczeń, toczyły się dwa postępowania sądowe. Postępowanie w WKOZM jest w toku, dwa postępowania sądowe zakończone (do próby ugodowej nie doszło).

W sprawach o zawezwanie do próby ugodowej prowadzonych przez Szpital w 2019 r. do zawarcia ugód nie doszło i postępowanie sądowe na tym etapie zostało zakończone.

Jak poinformowała Dyrektor ds. pielęgniarstwa i opieki „po uzyskaniu certyfikatu akredytacyjnego nie zmieniła się liczba roszczeń i pozwów przeciwko Szpitalowi, których treść wskazywałaby na nierealizowanie objętych badaniami szczegółowymi standardów akredytacyjnych. Szpital nie poniósł żadnych kosztów w związku ze splotą zobowiązań”.

(Dowód: akta kontroli str. 648 – 649)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

OCENA
CZĄSTKOWA

Sytuacja finansowa Szpitala w 2018 r. w porównaniu do 2017 r. 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.

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. Przeprowadzanie regularnych szkoleń personelu medycznego w zakresie zakażeń;
2. Podjęcie kroków w celu zobowiązania pracowników do dostarczania poświadczeń o odbyciu przeszkolenia w resuscytacji krążeniowo – oddechowej, a także prowadzenie tych szkoleń dla całego personelu medycznego.

⁴¹ Do 17 maja 2019 r.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo
zgłoszenia
zastrzeżeń

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

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do dyrektora 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

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK proszę o poinformowanie Najwyższej Izby Kontroli, w terminie 14 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 14 sierpnia 2019 r.

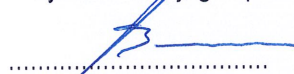
Najwyższa Izba Kontroli
Departament Zdrowia
Wicedyrektor

Paweł Korzeniowski


.....
podpis

Kontroler:

Krzysztof Barej, gł. spec. k.p.


.....
podpis

