



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Bydgoszczy

LBY. 410.007.01.2019

Mariola Brodowska
Dyrektor
Kujawsko-Pomorskiego Centrum Pulmonologii
w Bydgoszczy
ul. Seminarjna 1
85-326 Bydgoszcz

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/19/095 Akredytacja podmiotów leczniczych

I.

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Kujawsko-Pomorskie Centrum Pulmonologii w Bydgoszczy ¹ , ul. Seminaryjna 1 85-326 Bydgoszcz
Kierownik jednostki kontrolowanej	Mariola Brodowska, Dyrektor Centrum, od 1 grudnia 1993 r. ²
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Wpływ zewnętrznej oceny jakości świadczeń zdrowotnych na funkcjonowanie podmiotu leczniczego, poziom świadczeń zdrowotnych i bezpieczeństwo pacjentów 2. Wpływ wprowadzenia standardów akredytacyjnych na sytuację ekonomiczną podmiotu leczniczego
Okres objęty kontrolą	2016-2019 (do czasu zakończenia czynności kontrolnych, tj. 25 czerwca 2019 r.), z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ³
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Bydgoszczy
Kontrolerzy	1. Karol Sobieszczyk, główny specjalista k.p., upoważnienie do kontroli nr LBY/68/2019 z 7 maja 2019 r. 2. Jolanta Szydłowska-Hęsiak, specjalista k.p., upoważnienie do kontroli nr LBY/69/2019 z 7 maja 2019 r.

(akta kontroli str.1-4)

II. Ocena ogólna⁴ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Centrum właściwie przygotowało się do akredytacji, prowadząc działania organizacyjne, w szczególności powołując zespoły osób do wdrożenia standardów, które m.in. opracowywały programy poprawy jakości oraz analizowały ich efekty, wprowadzając nowe lub aktualizując dotychczasowe procedury i instrukcje obligujące personel szpitala do przestrzegania i stosowania wdrażanych norm.

W konsekwencji tych działań Centrum uzyskało w czerwcu 2018 r. akredytację z oceną określającą poziom spełnienia wszystkich standardów wynoszącą 88%, w tym po uznaniu przez ośrodek akredytacyjny 183 z nich za całkowicie zrealizowane⁵. Osiągnęło także zadowalające efekty z ich wdrożenia, poprawiając funkcjonowanie Centrum, w szczególności podnosząc jakość udzielanych pacjentom świadczeń opieki zdrowotnej i bezpieczeństwo personelu. Wskazywała

¹ Dalej: „Centrum”, „KPCP” lub „Szpital”.

² Od 17 marca 1993 r. p.o. Dyrektor Centrum.

³ Dz. U. z 2019 r. poz. 489, dalej: „ustawa o NIK”.

⁴ Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

⁵ Spośród 215 poddanych ocenie.

na to m.in. poprawa w zakresie spełnienia 64 standardów, która nastąpiła na etapie przygotowania do akredytacji.

Weryfikacja przez Izbę realizacji 13 standardów, ocenionych podczas akredytacji jako spełnionych w pełnym zakresie, potwierdziła dochowanie wymogów 12 z nich. Pozytywnie zweryfikowane standardy odnosiły się do problematyki opieki nad pacjentem, kontroli zakażeń, farmakoterapii, laboratorium, praw pacjenta, poprawy jakości i bezpieczeństwa pacjenta oraz zarządzania zasobami ludzkimi. Izba ustaliła jednak brak zgodności pomiędzy stanem ewidencyjnym części leków, a stanem magazynowym apteczek oddziałowych oraz nieprawidłowe ewidencjonowanie rozchodu leków w oddziałach. Powyższe świadczyło o niepełnej realizacji wymagań standardu FA 7, który wymagał wdrożenia procedury nadzoru nad lekami przechowywanymi w oddziałach.

Jednocześnie, według NIK, przystąpienie do programu akredytacji nie miało wpływu na sytuację ekonomiczno-finansową Centrum. Generowanie straty w Centrum i związane z tym pogorszenie wskaźników zyskowności, zaczęło się jeszcze przed uzyskaniem certyfikatu. Odnotowana w 2017 r. i 2018 r. strata była następstwem czynników niezwiązanych bezpośrednio z wdrażaniem standardów akredytacyjnych, m.in. prowadzonego procesu inwestycyjnego.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowej⁶ kontrolowanej działalności

OBSZAR

1. Wpływ zewnętrznej oceny jakości świadczeń zdrowotnych na funkcjonowanie Centrum, poziom świadczeń zdrowotnych i bezpieczeństwo pacjentów

1.1 Certyfikacja Centrum

Opis stanu faktycznego

1.1.1 Centrum 20 czerwca 2018 r. uzyskało od Ministra Zdrowia certyfikat akredytacyjny⁷ potwierdzający spełnienie standardów akredytacyjnych dla lecznictwa szpitalnego w zakresie działalności Szpitala Specjalistycznego⁸. Zgodnie z art. 3 ust. 12 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia⁹, akredytacji tej udzielono Centrum na okres trzech lat. W badanym okresie był to jedyny taki certyfikat uzyskany przez Centrum.

Wcześniej, 27 marca 2018 r. Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia¹⁰ sporządziło Raport z przeglądu akredytacyjnego Centrum. Raport ten sporządzony został na podstawie obserwacji, przeglądu dokumentacji oraz wywiadów przeprowadzonych w trakcie wizytacji w Centrum, w okresie od 14 do 16 marca 2018 r.

Z Raportu tego wynikało, że Centrum spośród 221 standardów¹¹ spełniło w pełni 182 standardy (otrzymując za nie po pięć punktów¹²) i częściowo 18 standardów

⁶ 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.

⁷ Nr 2018/45.

⁸ Zgodnie z Regulaminem Organizacyjnym Centrum prowadziło działalność medyczną poprzez dwa zakłady: Szpital Specjalistyczny i Ambulatorium.

⁹ Dz.U. z 2016 r. poz. 2135, dalej: „ustawa o akredytacji”.

¹⁰ Dalej: „CMJ”.

¹¹ Zawartych w 15 działach standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania szpitali, wprowadzonych obwieszczeniem Ministra Zdrowia z 18 stycznia 2010 r. w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania szpitali (Dz. Urz. MZ Nr 2, poz. 24).

(otrzymując za nie po trzy punkty). Nie spełniło natomiast 15 standardów (otrzymując za nie po jednym punkcie), a sześć z nich nie podlegało ocenie. Powyższe punktowanie składało się na przyznaną przez CMJ łączną ocenę (poziom spełnienia wszystkich standardów) na poziomie 88%.

(akta kontroli str. 26-34, 45-52, 337-339)

Centrum 6 lipca 2016 r. zawarło z CMJ porozumienie o udziale w projekcie współfinansowanym ze środków Unii Europejskiej pn. „Wsparcie szpitali we wdrażaniu standardów jakości i bezpieczeństwa opieki” część „Program Akredytacji Szpitali” w ramach Projektu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 (PO WER)¹³. W ramach tego Projektu Centrum objęte zostało wsparciem szkoleniowo-konsultacyjnym w procesie przygotowania do akredytacji i jej przeprowadzenia, bez konieczności ponoszenia kosztów przeglądu akredytacyjnego.

Z porozumienia tego wynikało, że przeglądu akredytacyjnego dokonano na podstawie zestawu standardów z 2009 r.

(akta kontroli str. 245-262)

W ramach działań objętych Projektem w dniach 6-7 października 2016 r. ośmiu pracowników Centrum (w tym Dyrektor Centrum, Zastępca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa, Koordynator ds. systemów zarządzania jakością i akredytacji) wzięło udział w szkoleniu pn. „Bezpieczeństwo opieki zdrowotnej i monitorowanie zdarzeń niepożądanych”.

W Centrum odbyły się także dwa spotkania konsultacyjne: (1) 15 września 2017 r. z specjalistą farmakologii klinicznej – w zakresie bezpieczeństwa farmakoterapii w kontekście standardów akredytacyjnych, (2) 12-13 października 2017 r. z dwoma wizytatorami CMJ (lekarzem – specjalistą chirurgii ogólnej i onkologicznej, mgr. pielęgniarstwa, zastępcą dyrektora ds. pielęgniarstwa innego szpitala) – w zakresie sposobów skutecznego wdrażania standardów akredytacyjnych. W raporcie z 15 września 2017 r. wskazano m.in. uwagi i nieprawidłowości w zakresie prowadzenia receptariusza szpitalnego, spełnienia standardów: antybiotykoterapii oraz oceny i leczenia bólu ostrego i pooperacyjnego. Natomiast w sprawozdaniu z 23 października 2017 r. z konsultacji przeprowadzonych 12-13 października 2017 r. zawarto ocenę przygotowania Centrum do akredytacji. W sprawozdaniu tym ocenie poddano 76 standardów¹⁴ stwierdzając, że 16 z nich było niewdrożonych, a 60 było częściowo wdrożonych¹⁵. Wskazano także w nim, że główną trudnością we wdrażaniu standardów było posiadanie przez szpital drugiej lokalizacji.

W dniu 10 stycznia 2018 r. odbyła się w Centrum wizyta testowa dwóch tych samych wizytatorów CMJ, z ustalonym wcześniej szczegółowym jej planem.

W tym samym dniu Centrum sporządziło i przekazało do CMJ wnioski do Ministra Zdrowia o udzielenie akredytacji dla szpitala, o którym mowa w art. 3 ust. 1 ustawy o akredytacji.

¹² Zgodnie z § 8 ust. 3 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 (Dz. U. Nr 150, poz. 1216, dalej: „rozporządzenie w sprawie standardów”) każdy standard akredytacyjny jest oceniany według następującej skali punktowej: 1 pkt - nie spełnia wymagań, 3 pkt - spełnia częściowo wymagania, 5 pkt - spełnia wymagania standardu.

¹³ Dalej: „Projekt”.

¹⁴ Spośród wszystkich 221 standardów zawartych w 15 działach. Z tym, że nie oceniano w Centrum sześciu standardów.

¹⁵ Z tym, że w sprawozdaniu nie odniesiono się m.in. do standardu FA 7, ocenionego w procesie akredytacji jako spełniony w pełnym zakresie, a który w ocenie NIK nie był przez Centrum utrzymany.

Podczas wizyty testowej dokonano wstępnej oceny wdrażania przez Centrum standardów. Z raportu z 18 stycznia 2018 r. z tej wizyty wynikało, że w Centrum nie wdrożono sześciu standardów, a 31 standardów wdrożono częściowo¹⁶. Do raportu tego załączono dokument pn. „Plan wdrażania modyfikacji w funkcjonowaniu szpitala”, w którym dla 35 standardów określono obszary do poprawy¹⁷, podjęte działania/narzędzia, terminy tych działań oraz uwagi dotyczące ich realizacji.

W dniu 22 stycznia 2018 r. Centrum otrzymało zawiadomienie z CMJ o terminie planowanego na 14-16 marca 2018 r. przeglądu akredytacyjnego. Termin ten został zaakceptowany przez Centrum, które 27 lutego 2018 r. otrzymało od CMJ harmonogram tego przeglądu.

Z porównania spełnienia standardów w okresie przed i po przeglądzie akredytacyjnym wynikało, że:

- spośród 17 niewdrożonych standardów, w przeglądzie uznano: 12 za wdrożone¹⁸, dwa za częściowo wdrożone, a trzy za niespełnione;
- spośród 62 częściowo wdrożonych standardów, w przeglądzie uznano: 50 za wdrożone¹⁹, 11 za częściowo wdrożone, a jeden za niespełniony.

(akta kontroli str. 240-341, 971-976)

1.1.2 Zgodnie z Regulaminem Organizacyjnym Centrum z 27 listopada 2017 r. do zadań koordynatora ds. Systemów Zarządzania Jakością i Akredytacji należało koordynowanie działań związanych z wdrażaniem, utrzymaniem, monitorowaniem i doskonaleniem poziomu spełnienia standardów akredytacyjnych.

Dyrektor Centrum, przed uzyskaniem akredytacji, wydał dwa zarządzenia - 19 stycznia 2016 r.²⁰ i 27 czerwca 2017 r.²¹ - powołując rady/komisje/zespoły/komitety/pełnomocników w celu wdrażania i nadzorowania programu akredytacji szpitali Centrum. W zarządzeniach tych powołano kilkusobowe grupy osób do: rad, komisji, zespołów, komitetów oraz czterech pełnomocników, w tym pięciosobowy Zespół ds. jakości, do zadań którego należało m.in. wdrażanie i nadzorowanie utrzymania standardów akredytacyjnych.

Zarządzeniem z 19 stycznia 2016 r. powołano także pełnomocnika ds. wdrożenia akredytacji, a zarządzeniem z 27 czerwca 2017 r. - dwuosobowy zespół ds. akredytacji.

Wszystkie ww. grupy osób i pełnomocnicy (poza zespołem ds. akredytacji i pełnomocnikiem ds. wdrażania) posiadały wyznaczone zadania i zobowiązane były do przedkładania analiz i raportów koordynatorowi ds. Systemów Zarządzania Jakością i Akredytacji.

Do zadań Zespołu ds. jakości należało także ustalenie obszarów do poprawy jakości w zakresie bezpieczeństwa pacjenta i środowiska opieki oraz ścisła współpraca z pozostałymi radami/zespołami/komitetami.

(akta kontroli str. 9-19, 53-145)

¹⁶ Z tym, że w raporcie nie odniesiono się m.in. do standardu FA 7, ocenionego w procesie akredytacji jako spełniony w pełnym zakresie, a który w ocenie NIK nie był przez Centrum utrzymany.

¹⁷ Bez obszaru obejmującego standard FA 7.

¹⁸ W obszarach: ciągłość opieki, ocena stanu pacjenta, opieka nad pacjentem, zabiegi i znieczulenia, diagnostyka obrazkowa, poprawa jakości i bezpieczeństwa pacjentów, zarządzanie środowiskiem opieki.

¹⁹ W 14 spośród 15 obszarów, tj. za wyjątkiem obszaru – ocena stanu pacjenta.

²⁰ Nr QZ-5/2016, zmienione zarządzeniem Nr QZ-47/2016.

²¹ Nr OZ-45/2017, zmienione zarządzeniami Nr: QZ52/2017, QZ-54/2017, QZ-60/2017 i QZ-18/2018.

W analizowanym okresie w Centrum opracowano pięć programów²² działań dla poprawy jakości, w tym cztery przed uzyskaniem akredytacji, stanowiące plany pracy Zespołu ds. jakości. Zdefiniowano w nich obszary do poprawy²³ oraz cele ukierunkowane na istotne aspekty opieki, a także informacje o zakładanych wskaźnikach do określenia stopnia wprowadzenia zmian.

Programy te podlegały okresowej analizie, która obejmowała poszczególne obszary określone jako elementy działań zmierzające do poprawy jakości, jak i obszary w których nastąpiła taka poprawa²⁴ oraz obszary, w których wprowadzono nowe lub zaktualizowano procedury i instrukcje. W programach tych nie zidentyfikowano jednak problemów z wdrażaniem standardu FA 7. W badanym okresie sporządzono cztery analizy/raporty²⁵ w rocznych cyklach, zgodnie z ww. zarządzeniami Dyrektora. Wszystkim pracownikom Centrum umożliwiono zapoznanie się z tymi dokumentami²⁶, a analizy/raporty dotyczące przyczyn niezrealizowania niektórych elementów programów poprawy jakości omawiane były na posiedzeniach Zespołu ds. Jakości.

Ponadto w celu poprawy funkcjonowania Centrum opracowano i wdrożono cztery projekty²⁷, w czterech obszarach: dokumentacji medycznej, zdarzeń niepożądanych komunikacji wewnętrznej oraz jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń poprzez zasiedlenie nowo wybudowanego segmentu/budynku. Dwa z tych projektów (drugi i czwarty) zostały zrealizowane, a pozostałe są w trakcie realizacji.

(akta kontroli str. 53-239, 340-341)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości

1.2 Spełnienie wybranych standardów akredytacyjnych przez Centrum

Opis stanu
faktycznego

1.2.1 Analizą objęto wybrane 13²⁸ standardów spośród ocenionych przez CMJ w procedurze akredytacyjnej jako w pełni spełnione (przyznano im po 5 punktów). Badane standardy ujęto w ogółem dziewięciu niżej wymienionych działach. I tak:

1.2.1.1 Przestrzeganie praw pacjenta

Według standardu PP 1 *każdy pacjent powinien być informowany o przysługujących mu prawach i obowiązkach*. Zadania wynikające z brzmienia tego standardu KPCP realizowało w oparciu o opracowaną procedurę Praw Pacjenta²⁹. Spełnienie tego

²² Program Poprawy Jakości – plan wdrażania standardów akredytacyjnych na 2016 r., Program Poprawy Jakości w Centrum na rok 2017 - plan wdrażania standardów akredytacyjnych, Program działań Zespołu ds. jakości (opracowany na okres od wizyty konsultacyjnej do wizyty testowej), Program poprawy jakości dla KPCP na rok 2018, Program działań Zespołu ds. jakości (opracowany na okres od wizyty testowej do wizyty akredytacyjnej), Program poprawy jakości dla KPCP na rok 2019.

²³ Obejmowały one m.in. identyfikację zdarzeń niepożądanych, nadzór epidemiologiczny, dokumentację medyczną, leczenie przeciwdrobnoustrojowe, interdyscyplinarne podejście do realizowanych świadczeń, standardy akredytacyjne, komunikację wewnętrzną, projekt poprawy dla dokumentacji medycznej.

²⁴ Wskazano w nich m.in. poprawę w zakresie działań niepożądanych leków.

²⁵ Analizy za 2016 r. i za 2017 r., a także oceny realizacji działań z Programu Działania Zespołu ds. Jakości na dzień 5 stycznia i 12 marca 2018 r. tj. po wizycie konsultacyjnej i wizycie testowej.

²⁶ Umieszczone w systemie informatycznym w Aktach Prawnych w zakładce Akredytacja.

²⁷ [1] Poprawa jakości dokumentacji medycznej pod względem kluczowych obszarów związanych z szeroko pojętym bezpieczeństwem pacjentów, personelu medycznego, szpitala i utrzymywaniem standardu postępowania diagnostyczno-terapeutycznego, [2] Poprawa zgłaszalności zdarzeń niepożądanych w Centrum, [3] Poprawa komunikacji wewnętrznej w Centrum jako niezbędny element efektywnej organizacji pracy, ważny atrybut opieki zdrowotnej i podstawa skutecznego leczenia, [4] Poprawa jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń medycznych w Centrum poprzez zasiedlenie nowo wybudowanego segmentu – budynku D. Projekty [2] i [4] zostały zrealizowane, [1] i [3] są w trakcie realizacji.

²⁸ PP 1, OP 3, OP 4, OP 4.1, KZ 1.8, FA 7, FA 9, LA 2, D 3, OD 4, PJ 2.3, PJ 3, ZZ 9.

²⁹ QI-136/DN/PP wydanie II – data wprowadzenia 21 lutego 2018 r.

standardu zweryfikowano w trakcie oględzin dwóch oddziałów szpitalnych³⁰. W toku tych czynności kontrolnych stwierdzono, że dokumenty opisujące prawa i obowiązki pacjenta były zamieszczone w ogólnie dostępnym miejscu³¹, a – według oświadczeń pielęgniarek – sposób ich udostępnienia umożliwiał zapoznanie się z treścią dokumentu każdej osobie przebywającej w oddziałach³². Osoby słabowidzące i niewidome były ustnie zapoznawane z prawami pacjenta³³. Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa podał m.in., że rozpoczęto przygotowania do wprowadzenia informacji o prawach pacjenta w wersji z większą czcionką oraz spisanej alfabetem Braille’a.

Dodatkowo, w badaniu ankietowym przeprowadzonym w trakcie kontroli przez NIK, 94% ankietowanych pacjentów potwierdziło, że byli informowani o prawach i obowiązkach pacjenta, a informacja w tym zakresie była spisana, czytelna i łatwo dostępna.

(akta kontroli str. 358-399, 475-479, 515-569)

1.2.1.2 Jakość opieki nad pacjentem

Centrum wdrożyło standard OP 3 obligujący do regularnego szkolenia pracowników w resuscytacji krążeniowo-oddechowej. W KPCP od października 2016 r. systematycznie organizowane były podstawowe szkolenia w standardzie BLS dotyczące resuscytacji krążeniowo-oddechowej dla całego personelu lekarskiego i pielęgniarskiego, a personel niemedyczny uczestniczył raz w roku w szkoleniu dotyczącym zasad resuscytacji krążeniowo-oddechowej na poziomie podstawowym. Szkolenia prowadzone były w kilku terminach, a liczba tych szkoleń w okresie objętym kontrolą stale wzrastała³⁴. Udział w szkoleniu był dokumentowany na liście obecności i potwierdzany stosownym zaświadczeniem³⁵.

W okresie objętym kontrolą w KPCP przeprowadzono łącznie 47 szkoleń³⁶, w trakcie których przeszkolono łącznie 1028 osób³⁷ spośród 1839³⁸. Kierownik Działu Kadry i Płac wskazała, że niezgodność pomiędzy liczbą osób przeszkolonych, a liczbą personelu wynika z ruchu kadrowego, urlopów macierzyńskich, rodzicielskich i długotrwałych zwolnień lekarskich.

Weryfikacja akt osobowych 20 osób personelu³⁹ oraz list obecności osób przeszkolonych wykazała, że wszystkie te osoby zostały przeszkolone z resuscytacji krążeniowo-oddechowej, co zostało udokumentowane stosownym zaświadczeniem.

(akta kontroli str. 36, 400-405, 871-959, 960)

Standardy OP 4 i OP 4.1, wymagały odpowiednio określenia, które leki, sprzęt i materiały muszą być dostępne w stanach nagłego zagrożenia życia oraz stałej dostępności leków i materiałów stosowanych w stanach nagłego zagrożenia życia

³⁰ Oddziału Diagnostyczno-Obszerwacyjnego Chorób Płuc i Gruźlicy oraz Oddziału Chirurgii Klatki Piersiowej i Nowotworów.

³¹ W formie wydruku na karcie w formacie A4 w dyżurce pielęgniarek w Informatorze dla pacjenta, w każdej sali chorych. Dodatkowo dokument pn. Prawa Pacjenta zamieszczony jest w ścianie na korytarzu oddziału.

³² Na Oddziale Diagnostyczno-Obszerwacyjnym Chorób Płuc i Gruźlicy każdy przyjmowany pacjent informowany był przez pielęgniarkę o prawach i obowiązkach pacjenta, a na oddziale Chirurgii Klatki Piersiowej i Nowotworów każdemu pacjentowi stosowną informację przekazywano do odczytania.

³³ W oddziałach nie było odpowiednika dokumentu informującego o prawach i obowiązkach pacjenta w wersji z większą czcionką lub w odwróconym kontraście, przeznaczonych dla osób słabowidzących lub ze schorzeniami oczu, ani dokumentu opisującego prawa i obowiązki pacjenta spisanego alfabetem Braille’a. Natomiast z oświadczeń pielęgniarek oddziałowych wynikało, że osobom słabowidzącym oraz niewidomym prawa pacjenta i najważniejsze postanowienia regulaminu organizacyjnego szpitala były odczytywane.

³⁴ Komunikaty o terminach szkoleń publikowane były w wewnętrznym systemie informatycznym szpitala.

³⁵ „Zaświadczenie o ukończeniu podstawowego szkolenia w standardzie BLS w resuscytacji krążeniowo-oddechowej”.

³⁶ W 2016 r. pięć szkoleń, w 2017 r. 10 szkoleń, w 2018 r. 25 szkoleń, w 2019 r. (do 10 maja) siedem szkoleń.

³⁷ W 2016 r. 187 osób, w 2017 r. 259 osób, w 2018 r. 405 osób, w 2019 r. (do dnia 10 maja) 177 osób.

³⁸ Według stanu na dzień poszczególnych badanych lat.

³⁹ 10 lekarzy i 10 pielęgniarek, w tym 10 osób, które rozpoczęły świadczenie pracy na rzecz szpitala w okresie objętym kontrolą.

w miejscach świadczenia opieki. Rodzaj, ilość ww. leków i materiałów, a także sposób ich zabezpieczenia i uzupełniania oraz wymiany określono w pisemnej instrukcji⁴⁰. Oględziny dwóch oddziałów szpitalnych⁴¹ wykazały, że zestawy resuscytacyjne były łatwo dostępne i kompletne⁴², a leki i materiały były przechowywane w sposób funkcjonalny, umożliwiając szybkie dotarcie do pacjenta oraz dogodne korzystanie z zestawu⁴³. Wchodzące w skład zestawów leki, sprzęt i materiały posiadały aktualne daty ważności. Zestawy podlegały kontroli, która uwzględniała: skład zestawu, daty ważności, warunki przechowywania, sposób uzupełniania wykorzystanych leków i materiałów. Czynności kontrolne zestawów resuscytacyjnych przeprowadzała pielęgniarka odpowiedzialna za dyżur raz w tygodniu⁴⁴, co odnotowywała w książce raportów pielęgniarskich.

(akta kontroli str. 358-388, 406-416)

1.2.1.3 Zapewnienie kontroli zakażeń

Standard KZ 1.8 zobowiązywał Centrum do szczepień personelu przeciwko WZW i grypie. Centrum w okresie objętym kontrolą zapewniło bezpłatne szczepienia przeciwko WZW⁴⁵ i grypie⁴⁶ wszystkim osobom zatrudnionym w obszarach świadczenia opieki. Szczepienia pracowników przeciwko WZW poprzedzone były weryfikacją w celu określenia konieczności zaszczepienia poszczególnych osób⁴⁷. Informacja o rodzajach i terminach szczepień dostępna była dla wszystkich pracowników w wewnętrznym systemie informatycznym szpitala⁴⁸. Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa wyjaśnił, że Szpital promuje szczepienia przeciwko grypie, co przyczynia się do wzrostowego charakteru krzywej wyszczepialności. Podał też, że przyczyny niskiej wyszczepialności przeciw grypie Centrum upatruje w dobrowolności szczepień i możliwości ich wykonania w innych uprawnionych placówkach.

Centrum gromadziło informacje o poziomie wyszczepienia pracowników⁴⁹, jednak nie posiadało danych o absencji chorobowej pracowników z powodu grypy. Jak wyjaśnił Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa, Centrum podejmowało działania zmierzające do pozyskiwania i gromadzenia tych informacji, jednakże, z uwagi na brak podstaw prawnych, przyczyna absencji, jeśli nie poda jej sam pracownik, objęta jest tajemnicą lekarską, a formularz ZUS ZLA, który otrzymuje pracodawca nie zawiera numeru statystycznego choroby będącej przyczyną niezdolności do pracy.

(akta kontroli str. 37-38, 342-347, 458-474, 860-870)

⁴⁰ W „Instrukcji postępowania w przypadku konieczności podjęcia czynności medycznych w stosunku do osób hospitalizowanych i przebywających na terenie i w obiektach KPCP w Bydgoszczy, u których wystąpiła utrata przytomności, nagłe zatrzymanie oddechu/krażenia” (Nr QI-104/DL/DP/OA – wprowadzonej 30 stycznia 2018 r.).

⁴¹ Oddziału Diagnostyczno-Obszerwacyjnego Gruźlicy i Chorób Płuc oraz Oddziału Chirurgii Klatki Piersiowej i Nowotworów.

⁴² Adrenalina wchodząca w skład zestawu była oznaczona datą wyjęcia z lodówki (według charakterystyki produktu leczniczego adrenalinum - dopuszczalny okres przechowywania poza lodówką wynosi sześć miesięcy).

⁴³ Zestawy ułożone były na mobilnych wózkach, umieszczonych w zamykanych pomieszczeniach, zabezpieczone przed dostępem osób nieuprawnionych.

⁴⁴ W dniu tygodnia przez nią wyznaczonym.

⁴⁵ W 2016 r. na 425 osób zatrudnionych w obszarze świadczenia opieki zaszczepiono 315 osób (74,1%), w 2017 r. na 442 osoby zaszczepiono 352 (79,6%), w 2018 r. na 475 osób zaszczepiono trzy osoby (0,6%), w 2019 r. do dnia sporządzenia zestawienia (13 maja) nie zaszczepiono żadnej osoby.

⁴⁶ W 2016 r. na 425 osób zatrudnionych w obszarze świadczenia opieki zaszczepiono 45 osób (10,6%), w 2017 r. na 442 osoby zaszczepiono 53 osoby (12,0%), w 2018 r. na 475 osób zaszczepiono 72 osoby (15,2%), w 2019 r. do dnia sporządzenia zestawienia (13 maja 2019 r.) nie zaszczepiono żadnej osoby.

⁴⁷ W październiku 2017 r. zebrano dane dotyczące stanu wyszczepienia pracowników poszczególnych komórek organizacyjnych KPCP, w grudniu 2017 r. lekarz ambulatorium zakładowego przeprowadzał wywiady z pracownikami i zlecał badanie poziomu przeciwciał anty HBS.

⁴⁸ W aplikacji „Akty Prawne” w zakładce „Komunikaty”.

⁴⁹ Informacje te w przypadku grypy dostępne były w Zespole Kontroli Zakażeń Szpitalnych, a w przypadku WZW w Wojewódzkiej Przychodni Gruźlicy i Chorób Płuc.

1.2.1.4 Zapewnienie bezpieczeństwa pacjentów w zakresie farmakoterapii

Wynikający ze standardu FA 7 obowiązek opracowania i wdrożenia procedury nadzoru nad lekami przechowywanymi w oddziałach realizowano w Centrum poprzez wprowadzenie i wykonywanie instrukcji QI-103/DL/AP „Gospodarka produktami leczniczymi, środkami spożywczymi specjalnego przeznaczenia, gazami medycznymi, alkoholem etylowym i wyrobami medycznymi”⁵⁰.

W okresie objętym kontrolą w każdym oddziale szpitalnym, Kierownik Apteki Szpitalnej z udziałem Zastępcy Dyrektora ds. Pielęgniarstwa, dwukrotnie przeprowadzili kontrolę apteczek oddziałowych⁵¹. Analiza protokołów z przedmiotowych kontroli wykazała, że były one prowadzone zgodnie z częstotliwością założoną w instrukcji QI-103/DL/AP, a stwierdzone w ich toku nieprawidłowości⁵² były usuwane⁵³.

Przeprowadzone 27 maja 2019 r. oględziny dwóch wybranych oddziałów wykazały, że w apteczkach oddziałowych przechowywane były leki o ustalonym pochodzeniu, produkty pełnowartościowe (nieprzeterminowane), oznaczone co do daty ich ważności. Oględziny te wykazały jednak niezgodność ilości dwóch rodzajów leków w apteczkach oddziałowych z ewidencją, co wynikało z ich podania w tym dniu pacjentom i nierozchodowania ich w ewidencji, bowiem, jak wskazały pielęgniarki oddziałowe, przyjęto w Centrum praktykę rozchodowania leków raz na dobę. Ponadto stwierdzono niezgodności stanów leków w apteczkach oddziałowych z ewidencją w zakresie nr serii i dat ich ważności. Ustalono także, że stosowany system informatyczny ewidencji obrotu lekami nie umożliwia rozchodowania leków z apteczki oddziałowej z podaniem numerów serii, co negatywnie wpływa na rzetelność nadzoru nad lekami znajdującymi się w oddziałach. Powyższe opisano szczegółowo w sekcji ustalone nieprawidłowości.

(akta kontroli str. 358-388, 444-454, 765-786, 798-829, 965-966)

W Centrum opracowano system oznakowania przygotowanych do podania leków wskazany w standardzie akredytacyjnym FA 9. W toku oględzin ustalono, że wydane wytyczne⁵⁴ zapewniają odpowiednie do powyższych wymogów⁵⁵ znakowanie produktów leczniczych, tj. m.in. leki były czytelnie opisane imieniem i nazwiskiem pacjenta, nazwą i dawką leku, datą i godziną sporządzenia oraz numerem sali.

(akta kontroli str. 765-786, 358-388)

⁵⁰ Wydanie 4, data wprowadzenia - 5 marzec 2018 r. Procedura określała m.in.: wytyczne w zakresie: dokonywania zakupów produktów leczniczych (także w trybie nagłym), ich przechowywania (w tym na oddziałach), wydawania z apteki szpitalnej, podawania pacjentom, a także postępowania z lekami przeterminowanymi (oraz m.in. podlegającymi wycofaniu), zgłaszania działań niepożądanych leków, kontroli apteczek oddziałowych (wskazano m.in. na weryfikację: ułożenia, stanu zapasu, monitoringu warunków przechowywania, terminów ważności/rotacji, zestawów reanimacyjnych, ewidencji leków nadzorowanych).

⁵¹ Kontrole przeprowadzono w 2017 r., w dniach: 26 i 27 czerwca, 21 listopada oraz 15 grudnia - łącznie skontrolowano apteczki na 11 oddziałach, w 2018 r. w dniach: 16 lutego, 6 marca oraz 7 grudnia, łącznie skontrolowano apteczki na 11 oddziałach. W 2019 r. do dnia zakończenia czynności kontrolnych nie przeprowadzono kontroli apteczek oddziałowych.

⁵² Zalecenia dotyczyły m. in.: zaktualizowania wykazu leków psychotropowych, wpisów w książce kontroli gospodarki środkami odurzającymi, nie dokonywania zapisów na opakowaniach leków (z wyjątkiem adrenaliny), przymocowania kasyety służącej do przechowywania środków odurzających trwale do ściany lub podłogi (nie do szafki), oddzielenia leków będących w wykazie bardzo silnie działających (wykaz A) od pozostałych, ujednolicenia terminologii ich oznaczenia (leki z wykazu A lub leki bardzo silnie działające).

⁵³ Wykonanie zaleceń pokontrolnych potwierdził Kierownik Apteki dokonując stosownego zapisu na protokole.

⁵⁴ Sposób właściwego oznakowania leków określono w Instrukcji QI-103/DL/AP.

⁵⁵ Zgodnie z wyjaśnieniem standardu FA 9 - leki przygotowane do podania (strzykawki z lekiem, płyny do kroplówek) powinny być oznakowane w sposób jednolity, znany personelowi minimalizujący możliwość pomyłek. Oznakowanie powinno zawierać: nazwę leku, dawkę, informacje dla kogo dany lek jest przeznaczony. Leki przygotowane do podania doustnie także powinny być oznakowane w sposób minimalizujący możliwość pomyłek. Leki szczególnie silnie działające powinny być oznakowane w sposób zwracający uwagę.

1.2.1.5 Zapewnienie jakości usług laboratoryjnych

Zgodnie ze standardem LA 2, obligującym szpital do prowadzenia oceny błędów przedlaboratoryjnych, w KPCP prowadzone były okresowe analizy tych błędów zgodnie z wprowadzonymi instrukcjami⁵⁶. Analizy prowadzono zarówno przed, jak i po uzyskaniu certyfikatu akredytacyjnego⁵⁷ i obejmowały czynności mogące mieć wpływ na powstanie błędów przedlaboratoryjnych⁵⁸. Wyniki tych analiz⁵⁹ przekazywane były Kierownictwu Szpitala i zespołowi ds. jakości oraz zamieszczane w wewnętrznym systemie informatycznym KPCP⁶⁰ do zapoznania się z nimi przez personel lekarski i pielęgniarski i ewentualnego wdrożenia czynności naprawczych. W ramach działań naprawczych wynikających z analiz prowadzone były szkolenia personelu w tym zakresie⁶¹.

(akta kontroli str. 458-474, 639-682)

1.2.1.6 Zapewnienie jakości diagnostyki obrazowej

Spełnienie standardu DO 3 stanowiącego o tym, że pacjenci otrzymują praktyczne informacje na temat badań radiologicznych, zweryfikowano w trakcie oględzin dwóch wskazanych wyżej oddziałów szpitalnych. W każdym z nich dostępne były pisemne informacje (w formie broszury⁶²) na czym polega zlecone badanie radiologiczne oraz w jaki sposób należy się do niego przygotować. W przypadku badań radiologicznych wymagających pisemnej zgody⁶³ pacjent otrzymywał dokument pn. Informacja dla pacjenta o proponowanej procedurze medycznej⁶⁴, zawierający podstawowe informacje o badaniu (w tym informację, jak należy się przygotować do badania), potencjalnych powikłaniach i ryzyku związanym z badaniem, możliwych następstwach rezygnacji z proponowanej procedury. Z oświadczeń pielęgniarek oddziałowych wynikało, że osobom słabowidzącym lub niewidomym niezbędne informacje odczytywano. Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa podał m.in., że rozpoczęto przygotowanie wersji powyższych dokumentów wydrukowanych większą czcionką oraz spisanych alfabetem Braille'a.

(akta kontroli str. 358-388, 417-442, 475-479)

1.2.1.7 Zapewnienie jakości żywienia pacjentów

Zadanie wynikające z brzmienia standardu OD 4 obligującego szpital do zapewnienia warunków do higienicznego przechowywania żywności pacjentów, KPCP realizowało w oparciu o opracowaną w grudniu 2017 r. instrukcję utrzymania

⁵⁶ Opracowano Instrukcję Systemu Zarządzania Jakością QI-56/DLA/LA Zasady monitorowania błędów przedlaboratoryjnych (obowiązująca od 27 listopada 2012 r.) oraz Standardową Instrukcję Operacyjną SOP nr 132 Monitorowanie błędów przedlaboratoryjnych (wydanie nr 2 z 1 marca 2017 r.).

⁵⁷ W latach 2016 - 2018 analizy przeprowadzane były jeden raz na kwartał, a w 2019 r. analizy błędów przedlaboratoryjnych prowadzone były w cyklu półrocznym.

⁵⁸ W tym: przygotowanie pacjentów do badań laboratoryjnych, pobieranie materiału do badań laboratoryjnych, przechowywanie i transport materiału, przyjmowanie materiału do badań.

⁵⁹ Analizy zawierały: odnotowane w poszczególnych oddziałach rodzaje błędów, rodzaje błędów wg badań, przyczyny błędów, analizy ponownych pobrań na poszczególnych oddziałach w celu weryfikacji błędów przedanalizy oraz czynności naprawcze.

⁶⁰ W aplikacji „Akty Prawne” w zakładce „Informacje od Laboratoriów i Pracowni Diagnostycznych – Laboratorium Analityczne”.

⁶¹ Szkolenia ogólnoszpitalne (np. Zasady pobierania, przechowywania i transportu materiału do badań laboratoryjnych zleczanych do Laboratorium Analitycznego, Monitorowanie błędów przedlaboratoryjnych. Omówienie standardów akredytacyjnych dotyczących w/w zagadnień) oraz prowadzone w poszczególnych oddziałach przez Kierownika Laboratorium analitycznego (np. Zasady postępowania przy przygotowaniu pacjenta, pobieraniu i transporcie materiału do badań analitycznych).

⁶² „Informator dla pacjenta Kujawsko-Pomorskiego Centrum Pulmonologii w Bydgoszczy – Zakład Radiologii” zawiera podstawowe informacje o badaniach i przygotowaniu do: zdjęć RTG, do badania tomografii komputerowej oraz badania USG.

⁶³ Np. tomografia komputerowa z podaniem kontrastu.

⁶⁴ Załączniki do Procedury uzyskiwania zgody pacjenta na udzielenie świadczeń zdrowotnych w Kujawsko-Pomorskim Centrum Pulmonologii w Bydgoszczy QP-97/DL/DA (Wydanie nr IV)– wprowadzonej 7 marca 2018 r.

higieny w miejscu przechowywania żywności pacjentów oraz postępowania z produktami łatwopsującymi⁶⁵. Spełnienie przywołanego standardu zostało zweryfikowane w trakcie oględzin przeprowadzonych w dwóch ww. oddziałach szpitalnych. Ustalono, że sposób przechowywania żywności pacjentów w tych oddziałach był zgodny z obowiązującymi w szpitalu regulacjami. Urządzenia (lodówki) były czyste⁶⁶ i sprawne, nie przechowywano w nich innych substancji niż żywność. Przy każdej lodówce udostępniona była informacja pozwalająca pacjentom i osobom odwiedzającym łatwo zorientować się, jakie produkty żywnościowe można posiadać oraz gdzie i w jakich warunkach należy je przechowywać.

(akta kontroli str. 358-388, 455-457)

1.2.1.8 Zapewnienie jakości i bezpieczeństwa pacjenta

W celu spełnienia standardu PJ 2.3, stanowiącego o tym, że w szpitalu regularnie analizuje się przyczyny zgonów okołoperacyjnych, już w styczniu 2016 r. powołano w Centrum zarządzeniem Dyrektora⁶⁷ Zespół ds. analizy zgonów i reoperacji, a od czerwca 2017 r. Zespół ds. analizy zgonów⁶⁸.

W Centrum przyjęto definicję zgonu okołoperacyjnego zgodną ze standardem akredytacyjnym⁶⁹. Analizy zgonów okołoperacyjnych przeprowadzane były w Oddziale Chirurgii Klatki Piersiowej i Nowotworów. Zawierały one szczegółowe opisy każdego przypadku, w tym rozpoznanie kliniczne, datę przyjęcia do szpitala, datę i przyczynę zgonu oraz inne ważne informacje dotyczące przebiegu hospitalizacji.

Przegląd dokumentacji odnoszącej się do analiz przeprowadzonych w tym zakresie wykazał, że w poszczególnych latach objętych kontrolą systematycznie, zgodnie z częstotliwością założoną w obowiązujących w Szpitalu regulacjach⁷⁰, prowadzone były analizy zgonów okołoperacyjnych, a ich wyniki przekazywane były do zespołu ds. analizy zgonów, który sporządzał sprawozdanie⁷¹, wskazując w podsumowaniu na konieczne do podjęcia działania naprawcze⁷².

(akta kontroli str. 53-145, 683-718, 967-968)

⁶⁵ QI-128/DP/ŻW (wprowadzoną 4 grudnia 2017 r.). Do Instrukcji załączono informację dla pacjentów dotyczącą zasad przechowywania żywności.

⁶⁶ Za kontrolę zawartości lodówki, jej temperatury oraz mycie i dezynfekcję odpowiada pracownik Działu Żywnienia.

⁶⁷ Nr QZ-5/2016 z 19 stycznia 2016 r. w sprawie zespołów, komitetów i pełnomocników wybranych do wdrażania i nadzorowania programu akredytacji szpitali Centrum.

⁶⁸ Do 27 czerwca 2017 r. funkcjonował dwuosobowy (lekarze) zespół ds. analizy zgonów i reoperacji. Aktualny skład Zespołu: Przewodniczący – lekarz Oddziału Chorób Płuc i Leczenia Raka Płuc, członek – lekarz Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Do zadań tego zespołu należy: weryfikowanie wybranych danych zawartych w formularzu „Analiza przyczynowo – skutkowa zgonów” z danymi zawartymi w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta, dokonywanie analizy zgonów pacjentów niebędących w stanie terminalnym, weryfikowanie danych statystycznych dotyczących wszystkich zgonów w Centrum, analizowanie badań sekcyjnych i weryfikowanie rozpoznań sekcyjnych z rozpoznaniem klinicznym, koordynowanie działań związanych z analizą i dokumentowaniem zgonów.

⁶⁹ Tj. zgon, który wystąpił w czasie pobytu pacjenta w szpitalu od momentu znieczulenia do wypisu.

⁷⁰ W 2016 roku analizy dokonywane były jeden raz w miesiącu i dodatkowo jeden raz na pół roku, a w latach 2017 - 2018 jeden raz na pół roku. W I półroczu 2018 roku nie odnotowano zgonów okołoperacyjnych.

⁷¹ Dotyczące wszystkich zgonów, które miały miejsce w Szpitalu. Sprawozdanie zawierało m. in.: łączną liczbę zgonów (z podziałem na poszczególne oddziały), rodzaje zgonów (terminalne, przed rozpoczęciem leczenia, okołoperacyjne, w trakcie diagnostyki, w trakcie leczenia, inne), liczbę przeprowadzonych reanimacji/uzasadnionych odstępień od reanimacji, liczby przeprowadzonych sekcji zwłok/przyczyn odstępień od wykonania sekcji zwłok, analizę przyczyn zgonów wpisanych w dokumentacji medycznej oraz wnioski lub komentarz.

⁷² Zalecenia dotyczyły głównie sposobu dokumentowania zgonów (wprowadzono formularz – Analiza przyczynowo – skutkowa zgonu), a także m.in. wykonywania sekcji zwłok w każdym przypadku zgonu tzw. „nieterminalnego”, wpisywania w dokumentacji przyczyny wtórnej zgonu, przyczynę odstąpienia od sekcji zwłok.

Do realizacji zadań wynikających z brzmienia standardu PJ 3 (wymagającego prowadzenia oceny opinii pacjentów) zarządzeniem Dyrektora⁷³ powołano w Centrum Pełnomocnika ds. Praw Pacjenta. Do jego zadań należało, obok rozwiązywania bieżących problemów zgłaszanych przez pacjenta lub jego rodzinę, prowadzenie badań satysfakcji pacjenta. W latach objętych kontrolą w KPCP regularnie, raz na pół roku (tj. zgodnie z uregulowaniami wewnętrznymi) prowadzone były badania opinii pacjentów w oparciu o anonimową ankietę. Oceniano w ten sposób jakość opieki pielęgniarskiej i lekarskiej oraz oczekiwania pacjentów KPCP. Celem poprawy metodologii badania, na przełomie 2017 i 2018 r. wprowadzono zmiany zmierzające do poprawy zwrotności ankiet. Ankietyzacja zaczęła być prowadzona w sposób ciągły na każdym z oddziałów⁷⁴.

Wyniki badań przeprowadzonych w okresie objętym kontrolą wskazywały na wysoki poziom satysfakcji pacjentów z udzielonej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej, a zgłoszone uwagi dotyczyły innych usług i wyposażenia oddziałów⁷⁵. Wyniki analiz zostały wykorzystane do poprawy funkcjonowania placówki w obszarach, w których pojawiły się oceny negatywne⁷⁶.

(akta kontroli str. 53-145, 741-764, 977-981)

1.2.1.9 Jakość zarządzania

Zgodnie ze standardem ZZ 9 w szpitalu prowadzi się badania satysfakcji zawodowej personelu w oparciu o anonimowe ankietę. W KPCP w okresie objętym kontrolą badania przeprowadzone były dwukrotnie (w 2017 r. i 2018 r.⁷⁷) i wskazywały przede wszystkim na niezadowolenie z otrzymywanego wynagrodzenia⁷⁸ oraz niezadowolenie z warunków pracy⁷⁹. Pozytywnie oceniano atmosferę, jako czynnik motywujący do pracy oraz poczucie bezpieczeństwa w pracy⁸⁰. Wyniki przeprowadzonych badań poddawane były analizie, która była podstawą do sformułowania wniosków i podjęcia przez Kierownictwo Szpitala stosownych działań⁸¹.

(akta kontroli str. 41, 719-740)

1.2.2 Przeprowadzone w KPCP, przez NIK, anonimowe badanie ankietowe wśród 50 pacjentów szpitala dotyczące czterech standardów wykazało, że wszystkim ankietowanym osobom zapewniono możliwości odwiedzin⁸² i wszyscy pozytywnie ocenili czystość, prawidłowe ogrzewanie i wentylowanie pomieszczeń szpitala⁸³. 98% ankietowanych (49 spośród 50) podało, że w czasie pobytu w szpitalu otrzymali zrozumiałą informacji o stanie zdrowia⁸⁴. 94% ankietowanych (tj. 46 spośród 49,

⁷³ QZ-5/2016 z 19 stycznia 2016 r., QZ-45/2017 (Wydanie 2) z 27 czerwca 2017 r. i QZ-41/2018 (Wydanie 3) z 26 czerwca 2018 r.

⁷⁴ Wcześniej prowadzona była doraźnie i na wybranych, rotacyjnie zmienianych oddziałach.

⁷⁵ Zgłaszano: monotonne powtarzające się posiłki, brak telewizorów, brak zagospodarowania terenu wokół szpitala, zbyt mały asortyment sklepu, brak dostępu do Internetu, stan łazienek, zbyt wysokie łóżka.

⁷⁶ Zaplanowano m.in.: sukcesywną modernizację łazienek, uruchomienie bezprzewodowego dostępu do Internetu, zakup podnóżków ułatwiających schodzenie z łóżka pacjentom o niskim wzroście, rozszerzenie asortymentu sklepu szpitalnego.

⁷⁷ W okresie od 18 września do 6 października 2017 r. oraz od 15 do 31 października 2018 r.

⁷⁸ W 2017 r. 90% badanych, w 2018 85% badanych.

⁷⁹ W 2017 r. 48% badanych, w roku 2018 34% badanych.

⁸⁰ Odpowiednio w 2017 r. 42% i 66%, w 2018 r. 62% 80%.

⁸¹ Po analizach z 2017 r. m. in.: dokonano przeglądu wynagrodzeń pracowników i ustalono zasady ich zmiany (zwiększenia), poprawiono warunki pracy poprzez przeniesienie poszczególnych komórek organizacyjnych do nowego budynku, przywrócono uznaniowy urlop wypoczynkowy w wymiarze pięciu dni roboczych od 1 stycznia 2018 r. Natomiast po analizie z 2018 r. podjęto decyzję o zwiększeniu wynagrodzenia od 1 stycznia 2019 r., a w kwietniu 2019 r. pracownicy otrzymali tzw. premię akredytacyjną.

⁸² Standard PP 14.

⁸³ Standard ŚO 15.

⁸⁴ Standard PP 3.

kórzy odpowiedzieli na to pytanie) podało, że byli informowani o prawach pacjenta⁸⁵.

(akta kontroli str. 515-569)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następującą nieprawidłowość:

Pomimo wdrożenia Instrukcji QI-103/DL/AP nie zapewniono zgodności pomiędzy stanem ewidencyjnym, a rzeczywistym zasobem leków w apteczce oddziałowej, co świadczy o niewystarczającym nadzorze nad gospodarką lekami z apteczek oddziałowych.

Wykorzystywany w Centrum system informatyczny ewidencji obrotu lekami nie umożliwiał rozchodowania leków z apteczki oddziałowej z podaniem numerów serii⁸⁶. W rezultacie to rozwiązanie informatyczne oraz fakt, iż jak wskazały pielęgniarki oddziałowe, rozchód leków w systemie dokonywany był losowo, doprowadziło do stanu, że w trakcie oględzin NIK dwóch oddziałów⁸⁷ stwierdzono, iż w apteczkach oddziałowych znajdowały się inne partie leków niż określone w ewidencji⁸⁸. Niezgodność dotyczyła także daty przydatności leków, która jest powiązana z numerem serii leków.

Dyrektor KPCP wyjaśniła m.in., że planuje w przyszłości, dla podniesienia jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych, wprowadzenie ewidencji danych o lekach z uwzględnieniem nr serii i daty ważności w obrocie na poziomie oddziału/komórki organizacyjnej. Funkcjonujący w Centrum medyczny system informatyczny jest archaiczny i nie posiada funkcjonalności nowoczesnego znakowania i odczytywania leków. Po wymianie systemu na nowocześniejszy będzie możliwe dokonywanie ewidencji danych o lekach w zakresie nr serii i daty ważności.

Wyjaśniła ponadto, że przyjęty w Centrum sposób kontroli apteczek oddziałowych (zgodnie z instrukcją opartą na standardzie FA 7), a w odniesieniu do oddziałów odpowiednie ułożenie leków oraz monitorowanie i kontrola dat ważności leków, gwarantują bezpieczeństwo farmakoterapii.

(akta kontroli str. 358-388, 444-454, 765-786, 798-829, 977-1010)

W ocenie NIK niezgodności danych ewidencyjnych ze stanem rzeczywistym mają negatywny wpływ na rzetelność nadzoru nad obrotem lekami oraz monitorowanie ich zużycia. Stwierdzony stan stwarza ryzyko utraty kontroli nad obrotem konkretnym lekiem i pozbawia Centrum możliwości monitorowania posiadanych zapasów leków. Ponadto Izba zwraca uwagę, iż zarówno wojewódzki inspektor farmaceutyczny jak i Główny Inspektor Farmaceutyczny przy wydawaniu decyzji o wycofaniu produktu leczniczego z obrotu posługują się numerem serii i terminem jego ważności⁸⁹. Tym bardziej, dla jakości świadczonych usług medycznych, jak i dla niedopuszczenia przez Centrum do utraty kontroli nad posiadanymi zasobami leków niezbędne jest ich rzetelne ewidencjonowanie, tak aby rozchód leków z apteczki oddziałowej pozwalał w każdej chwili na identyfikację posiadanych zasobów.

⁸⁵ Standard PP 1.

⁸⁶ Zgodnie z instrukcją obsługi powyższego systemu (moduł apteczka oddziałowa) odnotowanie podania pacjentowi leku obejmowało: nazwę i dawkę leku, datę jego ważności oraz datę, czas i drogę podania leku.

⁸⁷ Tj. Diagnostyczno-Obszerwacyjnego Gruźlicy i Chorób Płuc oraz Chirurgii Klatki Piersiowej i Nowotworów.

⁸⁸ Różnice dotyczyły dwóch spośród dziesięciu badanych w tym dniu leków: osiem opakowań (1595 dawek) jednego produktu leczniczego w Oddziale Diagnostyczno-Obszerwacyjnym Gruźlicy i Chorób Płuc i 90 flakonów innego produktu leczniczego. w Oddziale Chirurgii Klatki Piersiowej.

⁸⁹ Patrz rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 marca 2008 r. w sprawie określenia szczegółowych zasad i trybu wstrzymywania i wycofywania z obrotu produktów leczniczych i wyrobów medycznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 57, poz. 347).

NIK pozytywnie ocenia podejmowane działania Centrum w zakresie przygotowania się do akredytacji, w wyniku czego w przeglądzie akredytacyjnym w marcu 2018 r. spełniono w pełni 183 i częściowo 17 standardów (spośród 215 podlegających ocenie) i uzyskano ocenę (poziom spełnienia wszystkich standardów) na poziomie 88%. Umożliwiły to m.in. prowadzone – tak przed jak i po przeglądzie akredytacyjnym – działania organizacyjne, w szczególności przez powołane zespoły do wdrożenia standardów i opracowane przez nie programy poprawy jakości. Wprowadzono także nowe lub zaktualizowano dotychczasowe procedury i instrukcje obligujące personel Centrum do przestrzegania i stosowania standardów, co w konsekwencji poprawiało jakość udzielanych usług. Wdrożenie standardów akredytacyjnych i uzyskanie akredytacji przyczyniło się do poprawy funkcjonowania Centrum, w szczególności do podniesienia jakości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej. Na poprawę funkcjonowania Centrum w okresie objętym kontrolą wskazuje spełnienie w przeglądzie akredytacyjnym: 50 standardów w pełni spośród wcześniej 62 spełnionych tylko częściowo, a także 12 w pełni i dwóch częściowo spośród 17 standardów wcześniej niespełnionych.

Kontrola NIK wykazała jednak niespełnienie jednego spośród 13 badanych standardów akredytacyjnych, który w ocenie CMJ otrzymał maksymalną ocenę punktową. Zdaniem NIK, świadczy to o braku rzeczywistej poprawy jakości funkcjonowania podmiotu leczniczego w tym zakresie i niewystarczającym nadzorze nad lekami znajdującymi się w apteczkach oddziałowych, pomimo poddania się przez podmiot zewnętrznemu, dobrowolnemu procesowi oceny.

2. Wpływ wprowadzenia standardów akredytacyjnych na sytuację ekonomiczną Centrum

Opis stanu faktycznego

2.1. Centrum, w związku z udziałem w Projekcie, nie poniosło kosztów na uiszczenie opłaty akredytacyjnej za przeprowadzenie procedury oceniającej, o której mowa w § 10 rozporządzenia w sprawie standardów.

Centrum nie przedstawiło do kontroli pisemnych analiz dotyczących planowanych i zrealizowanych kosztów związanych z przygotowaniem jednostki do procedury certyfikacji i wdrożeniem standardów akredytacyjnych. Nie agregowało także kosztów tych działań.

Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa wyjaśnił, że przed uzyskaniem akredytacji analizowano koszty dotyczące zatrudnienia Pełnomocnika Dyrektora ds. wdrażania akredytacji i koszty materiałowe tworzenia dodatkowej dokumentacji (materiały biurowe), które trudne były jednak do wyceny.

(akta kontroli str. 245-262, 348-357)

Z wyjaśnień Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa wynikało, że Centrum, w związku z akredytacją poniosło w okresie stycznia 2016 r. do 20 czerwca 2018 r. (przed uzyskaniem akredytacji) szacunkowe koszty w wysokości 117,1 tys. zł⁹⁰, natomiast od 21 czerwca 2018 r. do końca maja 2019 r. (w okresie po uzyskaniu akredytacji) koszty te, według szacunków Centrum, wynosiły 13,7 tys. zł⁹¹. Stanowiły one odpowiednio: 0,09% i 0,02% poniesionych w tych okresach przez Centrum kosztów operacyjnych pomniejszonych o amortyzację. Ponadto Zastępca Dyrektora wyjaśnił, że niezależnie od przygotowania się do akredytacji Centrum poniosło w latach 2016-

⁹⁰ W tym na: przygotowanie dokumentacji - 18 tys. zł, zatrudnienie dodatkowego personelu - 98 tys. zł, prowadzenie badania opinii pacjentów - 0,9 tys. zł i prowadzenie badania satysfakcji zawodowej personelu - 0,2 tys. zł.

⁹¹ W tym na: przygotowanie dokumentacji -13,1 tys. zł, prowadzenie badania opinii pacjentów - 0,3 tys. zł i na badanie satysfakcji zawodowej personelu - 0,2 tys. zł.

2018 koszty w wysokości 6 066,6 tys. zł na działania związane z programem dostosowawczym do wymagań jakie powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą⁹². Według Dyrektora, działania te, niezależne od akredytacji, umożliwiły realizację programu dostosowawczego szpitala do certyfikacji i wdrażania standardów akredytacyjnych.

(akta kontroli str. 348-357, 475-479)

Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa podał m.in., że Centrum po otrzymaniu certyfikatu akredytacyjnego, uzyskało wymierne korzyści polegające na: (1) wzroście przychodów z tytułu dodatkowej wartości ryczałtu w II półroczu 2018 r. o 248,8 tys. zł (wzrost o 0,5% w stosunku do pierwotnego kontraktu na 2018 r.) i w 2019 r. o 497,5 tys. zł (wzrost o 0,8% w stosunku do kontraktu bez tego zwiększenia), (2) uzyskaniu dodatkowych punktów w ocenie kryteriów wyboru projektu⁹³ dofinansowanego ze środków unijnych.

(akta kontroli str. 348-357, 475-479)

2.2. W 2018 r. w Centrum odnotowano 227 powtórnych, nieplanowanych hospitalizacji (rehospitalizacji), co stanowiło 2,17% w stosunku do 10 446 leczonych pacjentów i pięć reoperacji, co stanowiło 1,1% wszystkich 467 zabiegów operacyjnych. W II półroczu 2018 r. (tj. po uzyskaniu akredytacji) liczba rehospitalizacji wyniosła 165, tj. wzrosła w stosunku do I półrocza 2018 r. (62) sprzed akredytacji o 103 (166,1%). Natomiast liczba reoperacji zmniejszyła się z czterech w II półroczu do jednej w I półroczu 2018 r.

Jednocześnie koszty rehospitalizacji w II półroczu 2018 r. wyniosły 553,4 tys. zł, tj. wzrosły o 245,3 tys. zł (79,6%) w porównaniu do pierwszego półrocza (308,1 tys. zł), a koszty reoperacji zmniejszyły się z 26,3 tys. zł w I półroczu do 6,6 tys. zł w II półroczu, tj. o 19,7 tys. zł (74,9%).

Według Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa uzyskanie i wdrożenie certyfikacji nie miało wpływu na zwiększenie liczby rehospitalizacji po uzyskaniu akredytacji, bowiem liczba przeprowadzonych rehospitalizacji wynika głównie ze specyfiki chorób układu oddechowego, chorób towarzyszących oraz wieku pacjenta.

(akta kontroli str. 348-357, 475-479, 969-970)

Centrum sporządziło analizy z rehospitalizacji i reoperacji przed uzyskaniem (za I i II półrocze 2017 r. i I półrocze 2018 r.) i po uzyskaniu akredytacji (za II półrocze 2018 r.). W analizach tych zawarto liczby dotyczące przeprowadzonych rehospitalizacji i reoperacji, a także przyczyny ich występowania oraz wnioski i zalecenia dotyczące ograniczenia ich występowania lub nie wskazywano takich działań. W przypadku analizy za II półrocze 2018 r., jak to wyjaśnił Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa, nie było konieczności wskazania podjęcia działań, bowiem wszystkie przyczyny ich prowadzenia były uzasadnione i nie wynikały z nieprawidłowego postępowania (np. ze zbyt wczesnego wypisu pacjenta przed uzyskaniem stabilizacji jego zdrowia).

Raporty/analizy te sporządzono za poszczególne półrocza – za I półrocze w terminie do 31 lipca, a za II półrocze do 31 stycznia następnego roku, zgodnie z terminami określonymi w zarządzeniach Dyrektora w sprawie zespołów, komitetów

⁹² Do wymagań wynikających z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. poz. 739).

⁹³ Pn. „Zakup wyposażenia medycznego na utworzenie nowych miejsc świadczeń opieki długoterminowej – nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej w warunkach domowych dla pacjentów Centrum”.

i pełnomocników wybranych do wdrażania i nadzorowania programu akredytacji szpitali Centrum⁹⁴.

Analizy przedstawiano, jak wyjaśnił to Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa na spotkaniach oddziałów.

(akta kontroli str. 104-147, 348-357, 475-479, 969-970)

W badanym okresie do Centrum zgłoszono tylko jedno roszczenie dotyczące niezapewnienia w 2017 r., tj. przed uzyskaniem akredytacji, oczekiwanej przez pacjenta jakości udzielonego świadczenia. Roszczenie to uznano za niezasadne i nie poniesiono w związku z tym żadnych kosztów.

(akta kontroli str. 42)

2.3. Centrum w 2016 r. osiągnęło zysk w wysokości 120,9 tys. zł, natomiast w następnych latach (2017 r., 2018 r.) odnotowało stratę odpowiednio: 1 732,9 tys. zł i 2 095,4 tys. zł.

W 2018 r. (w roku uzyskania certyfikatu) jak i w roku poprzednim, wszystkie wskaźniki zyskowności były ujemne. Jednocześnie wskaźniki te w 2018 r. uległy pogorszeniu w stosunku do 2016 r. i 2017 r.

I tak wskaźnik: (1) zyskowności netto⁹⁵ (%) w 2018 r. wynosił -3,21, a w poprzednich latach (2016 r. i 2017 r.) odpowiednio: 0,23 i -2,97; (2) zyskowności działalności operacyjnej⁹⁶ (%) wynosił -3,09, a w ww. poprzednich latach odpowiednio: -0,50 i -2,93; (3) zyskowności aktywów⁹⁷ (%) wynosił -5,42, a w poprzednich latach odpowiednio: 0,33 i -4,56.

Ponadto pogorszeniu uległy w 2018 r. w stosunku do ww. lat poprzednich wskaźniki: płynności jak i efektywności i zadłużenia.

Wskaźniki bieżącej i szybkiej płynności w 2018 r. zmniejszyły się w porównaniu do 2016 r. i 2017 r. Centrum w 2018 r. osiągnęło: (1) wskaźnik bieżącej płynności⁹⁸ w wysokości 1,59, a w latach poprzednich (2016 r. i 2017 r.) odpowiednio: 2,97 i 2,23; (2) wskaźnik szybkiej płynności⁹⁹ - 1,46, a w latach poprzednich odpowiednio: 2,89 i 2,15.

Wskaźniki efektywności zwiększyły się w 2018 r. w stosunku do lat poprzednich (2016 r. i 2017 r.). Wskaźnik rotacji należności¹⁰⁰ (w dniach) w 2018 r. wyniósł 45,68, a w poprzednich latach 2016 r. i 2017 r. wynosił odpowiednio: 42,44 i 44,15. Wskaźnik rotacji zobowiązań¹⁰¹ (w dniach) w 2018 r. wyniósł 20,40 a w ww. latach poprzednich odpowiednio: 18,52 i 19,97.

⁹⁴ Nr QZ-5/2016 z 19 stycznia 2016 r. i QZ-45/2017 z 27 czerwca 2017 r. Nr QZ-41/2018 z 26 czerwca 2018 r.

⁹⁵ Wynik finansowy netto x100%/przychody ogółem.

⁹⁶ Wynik z działalności operacyjnejx100%/przychody netto ze sprzed. + przychody netto ze sprzedaży towarów i materiałów + pozostałe przychody operacyjne.

⁹⁷ Wynik netto x 100% / średni stan aktywów (gdzie średni stan aktywów to suma aktywów razem na koniec poprzedniego roku obrotowego i aktywów na koniec bieżącego roku obrotowego podzielona przez 2).

⁹⁸ Aktywa obrotowe – należności krótkoterminowe z tytułu dostaw i usług, o okresie spłaty powyżej 12 miesięcy – krótkoterminowe rozliczenia międzyokresowe (czynne)/zobowiązania krótkoterminowe – zobowiązania z tytułu dostaw i usług, o okresie wymagalności powyżej 12 miesięcy + rezerwy na zobowiązania krótkoterminowe.

⁹⁹ Aktywa obrotowe - należności krótkoterminowe z tytułu dostaw i usług, o okresie spłaty powyżej 12 miesięcy – krótkoterminowe rozliczenia międzyokresowe czynne - zapasy/zobowiązania krótkoterminowe – zobowiązania z tytułu dostaw i usług, o okresie wymagalności powyżej 12 miesięcy + rezerwy na zobowiązania krótkoterminowe

¹⁰⁰ Średni stan należności z tytułu dostaw i usług x liczba dni w okresie (365) / przychody netto ze sprzedaży produktów + przychody netto ze sprzedaży towarów i materiałów (gdzie średni stan należności stanowi sumę należności z tytułu dostaw i usług na koniec poprzedniego roku obrotowego i na koniec bieżącego roku obrotowego podzielona przez 2).

¹⁰¹ Średni stan zobowiązań z tytułu dostaw i usług x liczba dni w okresie (365) / przychody netto ze sprzedaży produktów + przychody netto ze sprzedaży towarów i materiałów (gdzie średni stan zobowiązań z tytułu dostaw i usług stanowił sumę zobowiązań z tytułu dostaw i usług na koniec poprzedniego roku obrotowego i na koniec bieżącego roku obrotowego podzielona przez 2).

Zwiększyły się również w 2018 r. w stosunku do poprzednich lat wskaźniki zadłużenia. Wskaźnik zadłużenia aktywów¹⁰² (%) wyniósł w 2018 r. 27,96, a w poprzednich latach odpowiednio: 24,95 i 24,44. Wskaźnik wypłacalności¹⁰³ wyniósł w 2018 r. 0,47, a w poprzednich latach odpowiednio: 0,36 i 0,37.

Pomimo pogorszenia w 2018 r., wszystkie ww. wskaźniki (płynności, efektywności i zadłużenia) osiągnęły w badanych latach najwyższe punktowe wartości jakie są brane do oceny analizy i prognozy sytuacji ekonomiczno-finansowej szpitala, według rozporządzenia Ministra Zdrowia z 12 kwietnia 2017 r. w sprawie wskaźników ekonomiczno-finansowych niezbędnych do sporządzenia analizy oraz prognozy sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej¹⁰⁴.

Z raportu o sytuacji ekonomiczno-finansowej Centrum za 2017 r. wynikało, że główną przyczyną wpływającą negatywnie na skutki finansów szpitala były działania podejmowane w zakresie modyfikacji infrastruktury, w szczególności związane z przejściem nowego budynku D z istotnymi wadami budowlanymi, uniemożliwiającymi jego funkcjonowanie oraz koniecznością zakupu do niego wyposażenia.

(akta kontroli str. 43, 478-479, 570-638)

Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa podał, że przeprowadzenie procesu i uzyskanie akredytacji w żaden sposób nie wpłynęło na poziom wskaźników charakteryzujących sytuację ekonomiczną Centrum. Według niego pogorszenie wskaźników zyskowności związane było z odebraniem w grudniu 2016 r. od inwestora Kujawsko-Pomorskich Inwestycji Medycznych Sp. z o. o. nowego pawilonu łóżkowo-diagnostycznego (budynku D), który trzeba było wyposażyć. Na początku 2017 r. kierownictwo Centrum podjęło decyzję o rozpoczęciu niezbędnych zakupów z własnych środków. W 2018 r. nowy budynek wykorzystywany był w 60% swojej powierzchni. Nie funkcjonowały w nim tak istotne dla szpitala komórki organizacyjne jak Blok Operacyjny, Zakład Radiologii oraz Centralna Sterylizacja. Natomiast opuszczone pomieszczenia po oddziałach przeniesionych do nowego budynku wymagały kapitalnego remontu. Opóźnienia w realizacji tych zadań powodowały powstawanie kosztów związanych z utrzymaniem niewykorzystanych powierzchni.

Ponadto podał, że nie był również możliwy rozwój działalności szpitala w takich obszarach jak: nieinwazyjna wentylacja mechaniczna oraz leczenie obturacyjnego bezdechu sennego. Dodatkowo na sytuację ekonomiczno-finansową wpływ miała, według Centrum, zaniżona czterokrotnie wycena dotycząca leczenia niewydolności oddychania przy zastosowaniu nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej. Centrum zwracało się wielokrotnie do Oddziału NFZ w Bydgoszczy oraz do Ministra Zdrowia z prośbą o weryfikację wyceny świadczenia, przedstawiając równocześnie rzeczywiste koszty leczenia pacjentów. Starania te pozwoliły m.in. na powstanie 30 kwietnia 2018 r. raportu Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie ustalenia nowej taryfy tego świadczenia wyższej od dotychczasowej o 235%. Według Centrum zniżenie wyceny tego świadczenia spowodowało wygenerowanie straty w wysokości 5 000 tys. zł, a w 2018 r. niez uzyskanie przychodów w wysokości 624,1 tys. zł.

(akta kontroli str. 348-357, 478-479)

Centrum nie analizowało efektywności wdrożenia poszczególnych standardów akredytacyjnych w odniesieniu do kosztów ich wprowadzania.

¹⁰² Zobowiązania długoterminowe + krótkoterminowe + rezerwy na zobowiązania/aktywa razem.

¹⁰³ Zobowiązania długoterminowe + zobowiązania krótkoterminowe + rezerwy na zobowiązania/fundusz własny.

¹⁰⁴ Dz.U. poz. 832.

Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa wyjaśnił, że KPCP nie prowadziło oceny efektywności wdrożenia poszczególnych standardów w odniesieniu do kosztów ich wprowadzenia, gdyż nie dysponuje odpowiednimi narzędziami - uniwersalnymi miernikami. Dodatkowo nie wszystkie standardy są równoważne. Większą wagę mają standardy, które bezpośrednio dotyczą opieki nad pacjentem. Oceny szpitala w oparciu o poszczególne standardy akredytacyjne dokonują wizytatorzy CMJ na podstawie obserwacji, przeglądu dokumentacji oraz wywiadów przeprowadzanych w trakcie wizytacji.

(akta kontroli str. 348-357)

W 2018 r. (w roku uzyskania certyfikatu z akredytacji), zmniejszyła się liczba pacjentów na jedno łóżko¹⁰⁵ z 34 w 2017 r. do 33 w 2018 r. i jednocześnie zwiększył się czas pobytu¹⁰⁶ (w dniach) z 7,8 w 2017 r. do 8,0 w 2018 r., tj. wskaźniki te uległy pogorszeniu. Natomiast zwiększyło się średnie wykorzystanie łóżek w dniach¹⁰⁷ i procentach¹⁰⁸ z 262,5 dni w 2017 r. do 264 dni w 2018 r. i z 71,9 % w 2017 r. do 72,3 % w 2018 r.

(akta kontroli str. 44)

Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa wskazał, że akredytacja nie ma bezpośredniego przełożenia na efektywność funkcjonowania Centrum. Ukierunkowana jest na jakość i bezpieczeństwo opieki pacjentów jak również bezpieczeństwo zatrudnionych osób.

(akta kontroli str. 348-357)

Stwierdzone
nieprawidłowości
OCENA CZĄSTKOWA

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości

Przystąpienie przez Centrum do programu akredytacji szpitali nie miało negatywnego wpływu na sytuację ekonomiczno-finansową Centrum. Generowanie straty w Centrum i związane z tym pogorszenie wskaźników zyskowności, zaczęło się jeszcze przed uzyskaniem w czerwcu 2018 r. certyfikatu. Jednocześnie na wynik finansowy szpitala wpływały inne, istotniejsze czynniki, jak m.in. prowadzenie procesu inwestycyjnego.

Pomimo pogorszenia w 2018 r. w stosunku do lat poprzednich (2016-2017) wskaźników płynności, efektywności i zadłużenia, utrzymywały się one na optymalnym poziomie.

¹⁰⁵ Tj. wskaźnik przelotowości określony jako iloraz liczby leczonych i średniej liczby łóżek. Określa ilu przeciętnie pacjentów korzysta kolejno z jednego łóżka w okresie sprawozdawczym. Wskaźnik ten w 2017 r. wynosił średnio: dla całego kraju 45,3; dla województwa kujawsko-pomorskiego 41,8 - dane na podstawie Biuletynu Statystycznego Ministerstwa Zdrowia 2017 wydawanego przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia <https://www.csioz.gov.pl/projekty/statystyka/biuletyn-statystyczny/> dostęp 24 czerwca 2019 r.

¹⁰⁶ Wskaźnik średniego pobytu chorego w szpitalu w dniach, określony jako iloraz liczby osobodni leczenia i liczby leczonych w okresie sprawozdawczym. Wskaźnik ten w 2017 r. wynosił średnio: dla całego kraju 5,3 dni; dla województwa kujawsko-pomorskiego 5,6 dni - dane na podstawie Biuletynu Statystycznego Ministerstwa Zdrowia 2017 wydawanego przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia <https://www.csioz.gov.pl/projekty/statystyka/biuletyn-statystyczny/> dostęp 24 czerwca 2019 r.

¹⁰⁷ Wskaźnik średniego wykorzystania łóżka w dniach, liczony jako iloraz liczby osobodni leczenia i średniej liczby łóżek w danym okresie sprawozdawczym. Wskaźnik ten określa przez ile przeciętnie dni w ciągu roku sprawozdawczego łóżko było zajęte przez chorych. Wskaźnik ten w 2017 r. wynosił średnio: dla całego kraju 240,1 dni; dla województwa kujawsko-pomorskiego 235 dni- dane na podstawie Biuletynu Statystycznego Ministerstwa Zdrowia 2017 wydawanego przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia <https://www.csioz.gov.pl/projekty/statystyka/biuletyn-statystyczny/> dostęp 24 czerwca 2019 r.

¹⁰⁸ Wskaźnik wyrażony w %, liczony jako iloraz średniej liczby dni, przez które łóżko było zajęte i liczby dni okresu sprawozdawczego (w roku – 365 dni kalendarzowych, które przyjmuje się za 100). Wskaźnik ten w 2017 r. wynosił średnio: dla całego kraju 65,8%; dla województwa kujawsko-pomorskiego i 64,4%- dane na podstawie Biuletynu Statystycznego Ministerstwa Zdrowia 2017 wydawanego przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia <https://www.csioz.gov.pl/projekty/statystyka/biuletyn-statystyczny/> dostęp 24 czerwca 2019 r.

IV. Uwagi i wnioski

W związku ze stwierdzoną nieprawidłowością, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK, wnosi o podjęcie działań organizacyjnych w celu zwiększenia nadzoru nad gospodarką lekami przechowywanymi w oddziałach w zakresie ewidencjonowania ich rozchodu w oddziałach Centrum.

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 Delegatury NIK w Bydgoszczy. 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 proszę o poinformowanie Najwyższej Izby Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykonania wniosku pokontrolnego 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.

Bydgoszcz, sierpnia 2019 r.

Kontrolerzy
Karol Sobieszczyk
główny specjalista k.p.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Bydgoszczy
p.o. Dyrektor
Oliwia Bar

.....
podpis

Jolanta Szydłowska-Hęsiak
specjalista k.p.

.....
podpis

.....
podpis