



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Bydgoszczy

LBY.410.007.02.2019

Pani
dr n. med. Wanda Korzycka-Wilińska
Dyrektor Szpitala Uniwersyteckiego nr 2
im. dr. Jana Biziela w Bydgoszczy
ul. Kornela Ujejskiego 75
85-168 Bydgoszcz

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/19/095 – Akredytacja podmiotów leczniczych

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr. Jana Bizuela w Bydgoszczy, ul. Kornela Ujejskiego 75, 85-168 Bydgoszcz ¹
Kierownik jednostki kontrolowanej	Wanda Korzycka-Wilińska, Dyrektor Szpitala, od 28 maja 2010 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	<ol style="list-style-type: none">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	Lata 2016-2019 (do czasu zakończenia czynności kontrolnych), z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ² , z uwzględnieniem kryteriów określonych w art. 5 ust. 1 ustawy o NIK.
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Bydgoszczy
Kontrolerzy	<ol style="list-style-type: none">1. Monika Kazimierczak, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LBY/71/2019 z 7 maja 2019 r.2. Karol Gromotka, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LBY/70/2019 z 7 maja 2019 r. <p>(dowód: akta kontroli str. 1-2)</p>

¹ Dalej „Szpital”.

² Dz. U. z 2019 r. poz. 489, dalej: „ustawa o NIK”.

II. Ocena ogólna³ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Szpital właściwie przygotował się do akredytacji, ponosząc z tego tytułu nakłady finansowe oraz podejmując działania organizacyjne, w szczególności poprzez powołanie komitetów do poprawy jakości oferowanych świadczeń zdrowotnych.

Komitet Zarządzania Jakością⁴ inicjował realizację programów poprawy jakości świadczeń zdrowotnych. Wymienione działania jak również inne podejmowane w związku z przystąpieniem Szpitala do procesu certyfikacji wpłynęły pozytywnie na poprawę łącznej oceny spełnienia wszystkich standardów do 85%, wobec uzyskanej w 2013 r. oceny 80%. Izba zwraca jednak uwagę, że częstotliwość spotkań KZJ nie spełniała wymogów akredytacyjnych, a ponadto w latach 2016-2018 liczba posiedzeń tego zespołu systematycznie spadała.

Wprowadzenie standardów akredytacyjnych miało wpływ na zwiększenie dochodów Szpitala oraz inne pozytywne efekty związane z jakością świadczeń zdrowotnych, a niekorzystne zmiany niektórych wskaźników ekonomicznych nie były związane z przystąpieniem do procedury akredytacyjnej.

Kontrola NIK wykazała, że dziesięć z 13 zbadanych standardów, które jednostka akredytująca uznała za wdrożone w pełni, było faktycznie prawidłowo stosowanych w czasie wizyty akredytacyjnej, a także prawidłowo utrzymywanych w późniejszym okresie.

Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły trzech spośród 13 zbadanych standardów. Szpital nie podjął bowiem rzetelnych działań w celu zapewnienia szczepień przeciwko grypie wszystkim osobom zatrudnionym w obszarach świadczenia opieki oraz dostępności pisemnej informacji o badaniach radiologicznych dla każdego pacjenta, bez względu na jego kwalifikację i rodzaj wykonywanego badania. Ponadto sposób realizacji standardu w zakresie nadzoru nad lekami przechowywanymi w oddziałach, uniemożliwiał rzetelny monitoring nad ich obrotem w Szpitalu.

Stwierdzono także przypadek nieterminowego zgłoszenia Prezesowi Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych⁵ ciężkiego działania niepożądanego dwóch produktów leczniczych.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe⁶ kontrolowanej działalności

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

I. Certyfikacja podmiotu leczniczego

1. Przegląd akredytacyjny spełniania przez Szpital standardów, przed wydaniem obowiązującego certyfikatu, zrealizowano od 11 do 13 października 2017 r.

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

⁴ Dalej: „Komitet” lub „KZJ”.

⁵ Dalej: „Prezes URPL”.

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.

Certyfikat Akredytacyjny nr 2017/43⁷ Szpital otrzymał 8 grudnia 2017 r. Proponowana łączna ocena Szpitala (poziom spełnienia wszystkich standardów) wynosił 85%.

(akta kontroli str. 16-25; 27)

2. Procedura akredytacyjna Szpitala zakończona aktualnie obowiązującym certyfikatem akredytacyjnym dla lecznictwa szpitalnego została przeprowadzona w oparciu o standardy z 2009 r.⁸

(akta kontroli str. 27)

3. Wniosek o udzielenie akredytacji Szpital złożył 14 czerwca 2016 r. Ponowił go 6 lipca 2017 r. Notę księgową w sprawie opłaty akredytacyjnej wystawiono 18 września 2017 r. Szpital opłatę wniósł 2 października 2017 r.

Raport CMJ przekazano Szpitalowi 6 listopada 2017 r. Szpital nie wnosił zastrzeżeń do raportu.

(akta kontroli str. 16-25; 27-39; 251-256; 260-271)

4. Przed uzyskaniem akredytacji w 2017 r. Szpital posiadał certyfikat akredytacyjny nr 2014/6, obowiązujący od 3 marca 2014 r. do 2 marca 2017 r. Akredytacja ta odbywała się z wykorzystaniem standardów z 2009 r.

W raporcie z 18 grudnia 2014 r. poziom spełnienia standardów oceniono na 80%.

(akta kontroli str. 4-15; 26; 322-327)

5. Zgodnie z wykazem zakładów leczniczych i jednostek organizacyjnych stanowiącym załącznik nr 2 do statutu Szpitala z 25 października 2016 r.⁹, postanowieniami rozdziału II regulaminu Działu Obsługi Pacjenta i Zarządzania Jakością oraz zakresami czynności Kierownika ww. Działu i Pełnomocnika Dyrektora ds. Zintegrowanego Systemu Zarządzania, czynności dotyczące jakości usług medycznych podejmował i koordynował ten Dział oraz Pełnomocnik.

W okresie objętym kontrolą w Szpitalu funkcjonował powołany przez Dyrektora Szpitala KZJ¹⁰, składający się z pracowników medycznych i innych osób zatrudnionych w Szpitalu. Komitetowi przewodniczył Dyrektor ds. Lecznictwa.

Zasady funkcjonowania Komitetu określały regulaminy dołączone do zarządzeń o ich powołaniu.

KZJ opracowywał i realizował roczne plany pracy (programy/projekty) obejmujące w szczególności procedury diagnostyczne i terapeutyczne; zawartość, kompletność i jakość dokumentacji medycznej; działalność organizacyjną; poprawę dostępności usług; poprawę satysfakcji pacjentów; farmakoterapię¹¹.

Realizowane programy okresowo weryfikowane były przez Dyrektora Szpitala. Ocenie podlegał między innymi stopień realizacji założonych celów.

W 2018 r. rozpoczęto realizację dwóch projektów poprawy jakości: *Utrzymanie chorych operowanych w stanie normotermii* oraz *Zmniejszenie liczby reoperacji w Klinice Ortopedii*.

⁷ Dalej: „Certyfikat”.

⁸ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 18 stycznia 2010 r. w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania szpitali, Dz. Urz. MZ Nr 2, poz. 24.

⁹ Uchwalonego przez Senat Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu uchwałą nr 183 <https://www.biziel.umk.pl/assets/files/statut.pdf> – dostęp: 6 czerwca 2019 r.

¹⁰ Powołany zarządzeniami Dyrektora nr 22/2014 z 19 marca 2014 r. i nr 23/2017 z 23 marca 2017 r. w sprawie komitetu zarządzania jakością.

¹¹ Rok 2015/2016 – Koncyliacja lekowa; rok 2016/2017 – Stosowanie leków poza zarejestrowanymi wskazaniami; rok 2016-2018 – Poprawa bezpieczeństwa pacjenta i jakości udzielanych świadczeń w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym; rok 2017-2019 – Dobre praktyki w niepowodzeniach położniczych; rok 2018/2019 – Profilaktyka przeciwzakrzepowa – zabezpieczenie Szpitala w sprzęt do mechanicznych metod profilaktyki według aktualnych wytycznych.

Przygotowując się do procedury akredytacyjnej w każdej jednostce organizacyjnej Szpitala wyznaczono osoby do współpracy w procesie akredytacji¹².

Dodatkowo Dyrektor Szpitala powołała Komitet Terapeutyczny, którego zadaniem była optymalizacja procesu leczenia i racjonalizacja gospodarki lekami przez oddziały szpitalne¹³.

(akta kontroli str. 225-250; 277-289; 321; 329; 353-531)

Szpital osiągnął poprawę wyniku badań akredytacyjnych z 80% do 85%, co wskazuje, że Komitet, pomimo iż częstotliwość jego spotkań nie spełniała wymogów akredytacyjnych, realizował przypisane mu zadania związane z wdrożeniem standardów akredytacyjnych, a także programy poprawy jakości usług medycznych. W trakcie spotkań KZJ zwracano uwagę m.in. na obszary podlegające ocenie w trakcie wizyty akredytacyjnej, które wymagają poprawy, przygotowywano także kadrę kierowniczą do tej wizyty wskazując na konieczność dokonywania analiz różnych aspektów własnej działalności klinicznej. Po otrzymaniu certyfikatu analizowano zalecenia poakredytacyjne.

(akta kontroli str. 4-25; 151-192; 321; 353-531)

6. Stopień wdrożenia standardów akredytacyjnych w Szpitalu, według raportu akredytacyjnego CMJ z 2013 r. wynosił 80%, natomiast według raportu z 2017 r. - 85%.

Raporty z wizyt akredytacyjnych, sporządzone przed wydaniem certyfikatów, zawierały m.in. opis systemu punktowania, ocenę, pouczenie o prawie do odwołania, uwagi szczegółowe.

W raporcie z 2017 r. przedmiotem oceny było 221 standardów, w tym 169 standardów (76,5%) otrzymało pięć punktów (co oznacza pełną zgodność ze standardem), 34 standardy (15,4%) trzy punkty (co oznacza częściową zgodność ze standardem) i 18 standardów (8,1%) jeden punkt (co oznacza standard niespełniony).

(akta kontroli str. 4-25; 312-319)

W ocenie Dyrektora Szpitala, czynniki, które spowodowały poprawę stopnia wdrożenia standardów akredytacyjnych, to m.in.:

- standardy postępowania, które w 2013 r. były nowością dla personelu szpitala, w 2017 r. stały się już raczej normą postępowania;
- szkolenia, które wpłynęły na większą świadomość personelu, że proces akredytacji ma na celu poprawę jakości opieki medycznej i bezpieczeństwo pacjentów oraz zapewnienie większego bezpieczeństwa pracy personelu;
- angażowanie się pracowników w tworzenie i aktualizację procedur zgodnie ze standardami postępowania.

(akta kontroli str. 1278, 1281)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

Spotkania Komitetu odbywały się z częstotliwością naruszającą standard w zakresie funkcjonowania zespołu ds. jakości, albowiem w latach 2016-2019 (do 31 maja), działający w Szpitalu Komitet, zbierał się rzadziej niż jeden raz w miesiącu, tj. odpowiednio dziewięć, siedem, pięć i trzy razy w roku¹⁴.

¹² Z 55 jednostek organizacyjnych wskazano 84 osoby.

¹³ Zarządzenia nr 67/2014 z 17 września 2014 r. i nr 6/2019 z 5 lutego 2019 r. w sprawie Komitetu Terapeutycznego.

¹⁴ W badanym okresie spotkania Komitetu nie odbyły się w maju, wrześniu i grudniu 2016 r., w marcu, maju, sierpniu, październiku i grudniu 2017 r., w lutym, kwietniu, czerwcu – sierpniu, październiku i grudniu 2018 r. oraz w lutym i maju 2019 r.

Zgodnie z wyjaśnieniem do standardu PJ 1.2 zawartym w załączniku do obwieszczenia Ministra Zdrowia z 18 stycznia 2010 r. w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania szpitali¹⁵, spotkania zespołu powinny odbywać się regularnie, nie rzadziej niż raz w miesiącu.

W powyższej sprawie, Dyrektor Szpitala podała, że ma świadomość, iż częstotliwość spotkań Komitetu nie spełnia wymagań standardu akredytacyjnego PJ 1.2, jest jednak wystarczająca, żeby na bieżąco omawiać problemy zgłaszane przez uczestników i mieć odpowiednią ilość czasu na ich rozwiązywanie. Z reguły dłuższe odstępy między spotkaniami ww. Komitetu miały miejsce w okresie urlopowym – występowała trudność zorganizowania spotkania komitetu w takim czasie, żeby był dogodny dla wszystkich pracowników.

(akta kontroli str. 322-327; 353-470)

II. Spełnianie wybranych standardów akredytacyjnych przez podmiot leczniczy

W toku kontroli badaniem objęto 13 standardów akredytacyjnych, ocenionych jako spełnione w całości w trakcie procedury akredytacyjnej zakończonej aktualnie obowiązującym certyfikatem akredytacyjnym. Badane standardy dotyczyły niżej wymienionych dziewięciu działów:

1. Przestrzeganie praw pacjenta (standard PP 1 zobowiązujący do informowania każdego pacjenta o przysługujących mu prawach i obowiązkach).

W badanym okresie dokumenty informujące o prawach i obowiązkach pacjenta, były umieszczane w ogólnodostępnych miejscach, na tablicach ogłoszeń, w trakcie przyjmowania do Szpitala pacjenci byli informowani przez personel pielęgniarski o przysługujących im prawach i obowiązkach¹⁶. Ponadto na życzenie udostępniano pacjentom publikację książkową związaną z tym tematem¹⁷. Pacjentom niewidzącym, słabowidzącym lub ze schorzeniami oczu informacje o prawach i obowiązkach, udzielane były ustnie, w miarę możliwości w obecności członka rodziny lub opiekuna¹⁸.

Dyrektor Szpitala podała, że na stronie internetowej Szpitala w zakładce Pacjent znajduje się treść praw pacjenta zgodnie z wymogami Rzecznika Praw Pacjenta, dedykowana szczególnie dla osób słabowidzących lub ze schorzeniami oczu. Po kliknięciu symbolu „oko” następuje dostosowanie wielkości czcionki i koloru.

(dowód: akta kontroli str. 532-548; 660-685; 1134; 1141; 1364-1366)

W trakcie przeprowadzonego przez NIK anonimowego badania ankietowego¹⁹, 78% ankietowanych pacjentów wskazało, że w związku z przyjęciem do Szpitala zostało poinformowanych o ich prawach i obowiązkach, 20% nie wiedziało bądź nie pamiętało czy udzielono im informacji w ww. zakresie, 2% nie zostało poinformowanych.

(dowód: akta kontroli str. 584-634; 1127-1133)

2. Jakość opieki nad pacjentem (standardy: OP 4 wymagający określenia, które leki, sprzęt i materiały muszą być dostępne w stanach nagłego zagrożenia życia,

¹⁵ Dalej „załącznik do obwieszczenia”.

¹⁶ Pacjenci podpisywali oświadczenie o zapoznaniu się z treścią Karty Praw Pacjenta, określającą przysługujące im prawa oraz regulaminem kliniki/oddziału.

¹⁷ Publikacja pod nazwą: „Zrozumieć prawa pacjenta. Podstawowe wiadomości o organizacji systemu ochrony zdrowia w Polsce”, autorzy: Tomasz Filarski, Tomasz Sroka.

¹⁸ Stan faktyczny ustalony w trakcie oględzin przeprowadzonych 30 maja 2019 r. w Klinice Kardiologii oraz 30 i 31 maja 2019 r. w Klinice Chorób Naczyń i Chorób Wewnętrznych.

¹⁹ W toku kontroli ankietę skierowano do 50 pacjentów Szpitala. Otrzymano zwrot 50 wypełnionych ankiet.

OP 4.1 zobowiązujący aby leki i materiały stosowane w stanach nagłego zagrożenia życia były stale dostępne w miejscach świadczenia opieki.).

2.1. W Szpitalu obowiązywała standardowa procedura operacyjna²⁰, której celem było zapewnienie dostępności leków, sprzętu i materiałów stosowanych w stanach nagłego zagrożenia życia. Procedura mająca zastosowanie we wszystkich obszarach, w których mógł się znaleźć pacjent, zawierała wykazy leków, sprzętu i materiałów do stosowania w stanach nagłego zagrożenia życia u osób dorosłych, noworodków i w poradniach. Opisywała ona zasady i częstotliwość kontroli oraz nadzorowania produktów umieszczonych w zestawie²¹.

(dowód: akta kontroli str. 635-644)

2.2. Zestawy przeciwwstrząsowe znajdowały się na terenie Szpitala w łatwo dostępnych miejscach, produkty umieszczone w zestawach, zgodne z wyszczególnieniem zawartym w ww. procedurze, miały aktualne terminy ważności. Adrenalina wchodząca w skład zestawu oznaczona była datą, nieprzekraczającą półrocznego okresu od momentu wyjęcia z lodówki i umieszczenia w zestawie²².

(dowód: akta kontroli str. 532-547; 660-685)

3. Zapewnienie kontroli zakażeń (standard KZ 1.8 określający wymagania w zakresie szczepienia personelu).

Szpital zapewniał szczepienia pracowników przeciwko WZW typu B i gromadził informacje o poziomie ich wyszczepienia, zgodnie z którymi 91,9% pracowników Szpitala zostało zaszczepionych przeciwko tej chorobie²³. Informacje o szczepieniach dostępne były w Portalu Informacji Szpitalnej²⁴.

W okresie objętym kontrolą Szpital nie posiadał informacji na temat liczby osób zaszczepionych w danym sezonie przeciwko grypie, ani o liczbie absencji chorobowej z powodu grypy²⁵. Szpital oferował pracownikom dostęp do szczepienia przeciwko grypie poprzez nieodpłatne wykonanie szczepienia, z zastrzeżeniem, że koszt samej szczepionki winien ponieść pracownik. Informacje dotyczące szczepień przeciwko grypie były dostępne w PISZ. Powyższe ustalenia opisano szczegółowo w dalszej części wystąpienia w sekcji „stwierdzone nieprawidłowości”.

CMJ w raporcie akredytacyjnym z 31 października 2017 r. wskazał, że Szpital nie ma oferty szczepienia pracowników przeciwko grypie w sezonie jesień 2017 r., uznając jednocześnie standard za w pełni wdrożony.

(dowód: akta kontroli str. 22; 651-659; 1134; 1141; 1317; 1320)

4. Zapewnienie bezpieczeństwa pacjentów w zakresie farmakoterapii (standardy: FA 7 wymagający opracowania i wdrożenia procedury nadzoru nad lekami przechowywanymi w oddziałach oraz FA 11 wymagający dokumentowania działań niepożądanych stosowanych leków i preparatów krwiopochodnych).

²⁰ Pod nazwą: „Leki, sprzęt i materiały do stosowania w stanach nagłego zagrożenia życia”, zatwierdzona przez Dyrektora ds. Pielęgniarstwa 30 lipca 2014 r.

²¹ Pielęgniarka/ratownik medyczny będący na dyżurze obowiązany był kontrolować jeden raz na dobę ilość i sprawność zestawu, Pielęgniarka Oddziałowa/Koordynująca zobowiązana była jeden raz w tygodniu sprawdzić ilość, sprawność i terminy ważności zestawu.

²² Stan faktyczny ustalony w trakcie oględzin przeprowadzonych w Klinice Kardiologii oraz Klinice Chorób Naczyń i Chorób Wewnętrznych.

²³ Według stanu na 31 grudnia 2016 r. – 94,8%, tj. 1538 osób na 1623 osób zatrudnionych w obszarze świadczenia opieki. W latach 2017-2019 (do 15 maja 2019 r.) ze szczepień skorzystało 61 osób (na 1740 zatrudnionych według stanu na 15 maja 2019 r.). Dyrektor Szpitala podała w wyjaśnieniach, że niska wyszczepialność w latach 2017-2019 wynika z tego, że szczepienie było wykonywane tylko raz u każdego nowo przyjętego pracownika, który nie był wcześniej szczepiony.

²⁴ Dalej: „PISZ”.

²⁵ Dyrektor Szpitala podała w wyjaśnieniach, że Szpital nie ma możliwości gromadzić informacji o absencji chorobowej z powodu grypy ani jakiegokolwiek innej jednostki chorobowej. Regulowane jest to aktami prawnymi związanymi z ochroną danych wrażliwych.

4.1. W Szpitalu obowiązywała procedura nadzoru nad lekami przechowywanymi w oddziałach²⁶, której celem było zapewnienie skutecznego nadzoru nad gospodarką produktami leczniczymi i wyrobami medycznymi przekazanymi do dyspozycji komórkom działalności medycznej Szpitala²⁷. W badanym okresie kontrola apteczek oddziałowych odbywała się zgodnie z tą procedurą, raz na sześć miesięcy²⁸. Ponadto Kierownik Apteki Szpitalnej sporządzał półroczne sprawozdania z zapewnienia bezpieczeństwa przechowywania produktów leczniczych/wyrobów medycznych w komórkach działalności medycznej oraz magazynach medycznych Działu Administracyjno-Technicznego Szpitala. Dyrektor Szpitala podała w wyjaśnieniach, że sprawozdania te stosownie do potrzeb przekazywane były pocztą wewnętrzną Dyrektorowi ds. Lecznictwa, Dyrektor ds. Pielęgniarstwa, Koordynatorowi Opieki Pielęgniarskiej, Kierownikowi Działu Zamówień Publicznych i Zaopatrzenia.

Leki przechowywano w apteczkach oddziałowych w formie umożliwiającej ich identyfikację w zakresie nazwy, serii i daty ważności.

Występowały natomiast niezgodności pomiędzy ewidencją²⁹, a stanem rzeczywistym apteczek w zakresie dat ważności, numerów serii oraz ilości leków³⁰, stwierdzono także przypadki występowania w ewidencji leków z przekroczonym terminem ważności³¹. Powyższe ustalenia opisano szczegółowo w dalszej części niniejszego wystąpienia pokontrolnego, w sekcji „stwierdzone nieprawidłowości”.

(dowód: akta kontroli str. 532-547; 549-583; 660-685; 805-886, 1318, 1322)

Spełnienie przez Szpital ww. standardu, w trakcie wizyty akredytacji prowadzonej w 2017 r., zostało ocenione przez CMJ na pięć punktów, co stanowiło wzrost oceny, w stosunku do uzyskanej w procesie akredytacyjnym z 2013 r., kiedy to Szpital otrzymał trzy punkty.

Kierownik Działu Obsługi Pacjenta i Zarządzania Jakością podała, że do czasu drugiej wizytacji zaktualizowano procedurę „Kontrola apteczek oddziałowych i zabiegowych”, wzmocniono kontrole apteczek oddziałowych i lodówek do przechowywania leków.

(dowód: akta kontroli str. 11; 18-19; 23; 1279; 1285)

4.2. W okresie objętym kontrolą w Szpitalu obowiązywała instrukcja przekazywania do podmiotu odpowiedzialnego informacji o niepożądanym działaniu produktu leczniczego³². Zgodnie z tą instrukcją, Apteka Szpitalna prowadziła w formie elektronicznej ewidencję pod nazwą „Apteczny wykaz zgłoszeń niepożądanego działania produktu leczniczego”, w której w badanym okresie zaewidencjonowano 133 zgłoszenia o działaniach niepożądanych produktu leczniczego³³, z tego

²⁶ Pod nazwą: „Kontrola apteczek oddziałowych i zabiegowych”, zatwierdzona przez Dyrektora ds. Lecznictwa 24 lipca 2017 r. (wydanie 4). Poprzednio obowiązywała procedura, zatwierdzona przez Dyrektora ds. Lecznictwa 8 czerwca 2016 r. (wydanie 3).

²⁷ Zgodnie z procedurą „Kontrola apteczek oddziałowych i zabiegowych” z 24 lipca 2017 r. okresowej kontroli w komórce działalności medycznej podlega m.in.: poziom zapasu produktów leczniczych/wyrobów medycznych/środków dezynfekujących (wyrwykowo) oraz poprawność monitorowania terminów ważności produktów leczniczych/wyrobów medycznych (wyrwykowo).

²⁸ Kontrola przeprowadzana przez magistrów farmacji z Apteki Szpitalnej. Przedmiotem kontroli była m.in.: temperatura pomieszczeń w lodówce, oznakowanie napęczonych opakowań leku, leki przeterminowane, leki – koncentraty, leki pacjentów, środki odurzające, leki psychotropowe, spirytus czysty, oznakowanie leków do podania pacjentom, leki stosowane w stanach nagłego zagrożenia życia, środki dezynfekcyjne, znajomość procedur z zakresu bezpieczeństwa farmakoterapii.

²⁹ Ewidencja produktów leczniczych (stan apteczki oddziałowej) według danych Apteki Szpitalnej.

³⁰ Stan faktyczny ustalony w trakcie oględzin przeprowadzonych 30 maja 2019 r. w Klinice Kardiologii oraz 30 i 31 maja 2019 r. w Klinice Chorób Naczyń i Chorób Wewnętrznych.

³¹ Stan stwierdzony 30 i 31 maja 2019 r. w trakcie oględzin w Klinice Chorób Naczyń i Chorób Wewnętrznych.

³² Pod nazwą: „Zgłaszanie podejrzenia niepożądanego działania produktu leczniczego stosowanego w komórce działalności medycznej Szpitala”, zatwierdzona przez Dyrektora ds. Lecznictwa 5 lipca 2011 r.

³³ Z tego: w 2016 r. – 49, w 2017 r. – 37, w 2018 r. – 31, w 2019 r. (według stanu na 21 maja) – 16.

23 zgłoszenia zakwalifikowano jako działania niepożądane ciężkie³⁴. Formularz zgłoszenia, wypełniony przez osobę wykonującą zawód medyczny³⁵, przekazywany był Kierownikowi Apteki Szpitalnej, a następnie przesyłany³⁶ Prezesowi UPRL. Działania niepożądane ciężkie zgłaszano Prezesowi URPL w terminie do 15 dni od wystąpienia działania niepożądanego, za wyjątkiem jednego przypadku, kiedy to zgłoszenie dotyczące działania niepożądanego dwóch produktów leczniczych nastąpiło w terminie 20 dni, co opisano dalej w sekcji „stwierdzone nieprawidłowości”.

(dowód: akta kontroli str. 292-294; 932-960; 1259-1262)

5. Zapewnienie jakości usług laboratoryjnych (standard LA 2 określający zasadę prowadzenia oceny błędów przedlaboratoryjnych).

W okresie objętym kontrolą w Szpitalu, w sytuacji wystąpienia błędów przedlaboratoryjnych, pracownicy Szpitalnego Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej analizowali i dokonywali ich oceny, sporządzając kwartalne raporty z monitorowania ryzyka w tym zakresie³⁷. Raporty te wskazywały na liczbę popełnionych błędów: [1] błędnej daty/godziny pobrania materiału, [2] pobrania materiału do niewłaściwego pojemnika, [3] obecności hemolizy w próbce, [4] zbyt małej objętości próbki, [5] nierealnego wyniku, [6] obecności skrzepu w próbce pobranej na antykoagulant, [7] późniejszego dostarczenia zlecenia niż materiał do analizy, [8] niewłaściwej proporcji krwi/antykoagulantu³⁸. Następnie raporty przedkładane były Pełnomocnikowi Szpitala ds. Ryzyka. Dyrektor Szpitala podała w wyjaśnieniach, że szczegółowa informacja, dotycząca błędów przedlaboratoryjnych popełnionych w konkretnym oddziale/klinice Szpitala, przekazywana była za pomocą poczty wewnętrznej pielęgniarkom oddziałowym / koordynującym / menadżerom. Raz w roku informacja, dotycząca popełnionych błędów przedlaboratoryjnych, ujmowana była w sprawozdaniu z działalności procesów, przekazywanym Pełnomocnikowi ds. Zintegrowanego Systemu Zarządzania oraz w raporcie z monitorowania ryzyka (rocznym) przekazywanym Pełnomocnikowi ds. Ryzyka³⁹. W celu zapobieżenia występowania błędów przedlaboratoryjnych przedstawiciel Szpitalnego Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej wraz z reprezentantami pozostałych Zakładów Diagnostycznych przeprowadzał okresowe⁴⁰ szkolenia personelu medycznego Szpitala w temacie „Pobieranie i transport materiału biologicznego do badań diagnostycznych”⁴¹.

(dowód: akta kontroli str. 903-931; 1134; 1136-1139; 1143-1225; 1318-1319; 1323-1325)

6. Zapewnienie jakości diagnostyki obrazowej (standard DO 3 określający, że pacjenci otrzymują praktyczne informacje na temat badań radiologicznych).

³⁴ Z tego: w 2016 r. – 11, w 2017 r. – 3, w 2018 r. – 9, w 2019 r. (według stanu na 21 maja) – 0.

³⁵ Lekarze, pielęgniarki oddziałowe.

³⁶ Faxem bądź pocztą. Zgłoszenia wysyłane były przez Aptekę Szpitalną, odpowiednie Oddziały lub Kancelarię Szpitala.

³⁷ W Szpitalu obowiązywała instrukcja pod nazwą: „Zasady pobierania i postępowania z materiałem biologicznym do badań laboratoryjnych”, zatwierdzona przez Dyrektora Szpitala 1 sierpnia 2011 r., której celem było uzyskanie wiarygodnego wyniku analizy i zapobieżenie wystąpienia błędów przedlaboratoryjnych.

Analiza popełnionych błędów przedlaboratoryjnych prowadzona była zarówno w okresie przed, jak i po otrzymaniu aktualnego certyfikatu akredytacyjnego.

³⁸ Dyrektor Szpitala podała w wyjaśnieniach m.in., że na etapie laboratoryjnym wykrycie wszystkich błędów przedlaboratoryjnych jest niemożliwe. Dlatego też pomiar błędów sprowadzał się do tych, które można zaobserwować na podstawie wyglądu próbki, dostarczonego skierowania, ewentualnie otrzymanych wyników badań laboratoryjnych.

³⁹ Całkowity błąd przedlaboratoryjny wynosił: w 2016 r. – 2,96% ogółu pobrań, w 2017 r. – 3,10%, w 2018 r. – 3,10%, w 2019 r. (I kwartał) – 3,05%.

⁴⁰ Cztery razy w roku.

⁴¹ W 2017 roku zorganizowano szkolenie, przy współdziałaniu firmy związanej ze Szpitalem umową przetargową na dostawę zamkniętego systemu do pobierania krwi, na temat „Błędy przedlaboratoryjne w procesie pobierania materiału biologicznego”.

Pacjenci Szpitala, którzy mieli zlecone badania radiologiczne otrzymywali w oddziałach pisemną informację, na czym polegać będzie badanie oraz w jaki sposób należy się do niego przygotować, w sytuacji kiedy badanie wymagało świadomej pisemnej zgody pacjenta (np. badanie z kontrastem). Wówczas dokument, na którym należało wyrazić świadomą zgodę, zawierał pisemną informację o badaniu. Natomiast w przypadku badań, które nie wymagały pisemnej zgody pacjenta (np. badanie USG, czy RTG klatki piersiowej), pacjent nie otrzymywał pisemnej informacji na temat badania. Był informowany o badaniu ustnie i wyrażał ustną zgodę na badanie. Szczegółowe ustalenia w tym zakresie opisano w dalszej części niniejszego wystąpienia pokontrolnego, w sekcji „stwierdzone nieprawidłowości”.

W sytuacji pacjentów niewidzących, słabowidzących lub ze schorzeniami oczu informacji na temat badania udzielało ustnie dwóch lekarzy lub lekarz i pielęgniarka, w miarę możliwości w obecności członka rodziny lub opiekuna pacjenta⁴².

(dowód: akta kontroli str. 532-534; 660-663; 887-889; 892-896)

7. Poprawa jakości i bezpieczeństwo pacjenta (standardy: PJ 2.4 określający, że w szpitalu regularnie analizuje się nieplanowane, powtórne hospitalizacje i PJ 3 wymagający regularnego prowadzenia oceny opinii pacjentów).

7.1. W okresie objętym kontrolą w Szpitalu lekarze delegowani przez kierującego kliniką/oddziałem raz na kwartał dokonywali analizy nieplanowanych powtórnych hospitalizacji⁴³. Wnioski z przeprowadzanych analiz przedstawiane były na bieżąco na odprawie pozostałym członkom personelu kliniki. Na podstawie analiz z poszczególnych klinik, raz na pół roku przeprowadzana była analiza zbiorcza⁴⁴, której wyniki przedstawiane były do wiadomości Dyrektora Szpitala lub Dyrektorowi ds. Lecznictwa oraz omawiane na najbliższym spotkaniu KZJ. Wszyscy pozostali pracownicy medyczni Szpitala mieli możliwość zapoznania się z wynikami analiz zamieszczanymi w PISZ⁴⁵.

Dyrektor Szpitala podała, że w ramach działań usprawniających Szpital skupiał się na większej edukacji pacjentów i ich najbliższych. W tym celu w części klinik wprowadzona została Pielęgniarska Karta Informacyjna, z zaleceniami odnośnie pielęgnacji ran i postępowania po wypisie. W klinikach w miejscach ogólnodostępnych zamieszczono opracowany przez Dział Obsługi Pacjenta i Zarządzania Jakością plakat „Zapobieganie upadkom pacjentów”. Pacjenci otrzymywali ulotki o tej samej tematyce, które zawierały zalecenia jak uniknąć upadku zarówno w czasie hospitalizacji jak i w środowisku domowym.

⁴² Stan ustalony w trakcie oględzin przeprowadzonych 30 maja 2019 r. w Klinice Kardiologii oraz 30 i 31 maja 2019 r. w Klinice Chorób Naczyń i Chorób Wewnętrznych, na podstawie oświadczeń odpowiednio: Kierownika Kliniki i lekarza uczestniczącego w oględzinach.

⁴³ W Szpitalu obowiązywała procedura zarządzania ryzykiem i zdarzeniami niepożądanymi, zatwierdzona przez Dyrektora Szpitala 30 stycznia 2018 r. (wydanie 3). Upřednio obowiązywała procedura zarządzania ryzykiem zatwierdzona przez Dyrektora Szpitala 26 lipca 2013 r. (wydanie 2). Analizy w zakresie nieplanowanych, powtórnych hospitalizacji prowadzone były zarówno przed, jak i po otrzymaniu aktualnego certyfikatu akredytacyjnego. Częstotliwość prowadzenia analiz wynikała z pisma Dyrektora Szpitala z 8 lipca 2013 r. skierowanego do kierowników/ordynatorów klinik/oddziałów klinicznych/oddziałów.

⁴⁴ Podsumowania analiz w 2016 r. dokonał mł. Asystent Działu Obsługi Pacjenta i Zarządzania Jakością pod kierownictwem Pełnomocnika Dyrektora ds. Zarządzania Jakością. W latach 2017-2018 podsumowania dokonał Pełnomocnik Dyrektora ds. Zarządzania Ryzykiem.

⁴⁵ Liczba powtórnych hospitalizacji: 2016 r. – 288 (I półrocze), 260 (II półrocze), 2017 r. – 324 (I półrocze), 252 (II półrocze), 2018 r. – 256 (I półrocze). Nie sporządzono analizy zbiorczej za II półrocze 2018 r. z powodu nie otrzymania do 14 czerwca 2019 r. analiz z poszczególnych Klinik.

Przyczyny powtórnych hospitalizacji to: zaostrenie procesu chorobowego, zaawansowany proces chorobowy, nawrotowy charakter choroby podstawowej, charakterystyka schorzenia głównego i chorób współistniejących, powikłania po zabiegach wynikające ze schorzeń współistniejących, nienależyta opieka w domu chorego.

W poszczególnych klinikach prowadzono programy edukacji zdrowotnej dla pacjentów z konkretnymi jednostkami chorobowymi.

(dowód: akta kontroli str. 1073-1126; 1134; 1139-1140; 1246-1254, 1319, 1326)

Spełnienie przez Szpital ww. standardu, w trakcie wizyty akredytacji prowadzonej w 2017 r., zostało ocenione przez CMJ na pięć punktów, co stanowiło wzrost oceny, w stosunku do uzyskanej w procesie akredytacyjnym z 2013 r., kiedy to Szpital otrzymał trzy punkty.

Kierownik Działu Obsługi Pacjenta i Zarządzania Jakością podała, że w 2013 r. Szpital rozpoczął prowadzenie analiz swojej działalności klinicznej, uzyskano pierwsze wnioski. Podczas drugiej wizytacji przedstawiono analizy obejmujące trzyletni okres działalności Szpitala.

(dowód: akta kontroli str. 12; 18-19; 23; 1279; 1286)

7.2. Badania satysfakcji pacjenta prowadził pracownik Działu Obsługi Pacjenta i Zarządzania Jakością raz w roku, w oparciu o anonimowe ankiety⁴⁶. Badano zadowolenie pacjenta z otrzymanej usługi medycznej w zakresie leczenia otwartego i zamkniętego, w podziale na świadczenie usług administracyjnych i medycznych⁴⁷. Wyniki analiz przedstawiane każdorazowo Dyrekcji Szpitala oraz za pośrednictwem PISZ wszystkim pracownikom Szpitala, posłużyły do poprawy funkcjonowania placówki w obszarach, których dotyczyły oceny negatywne⁴⁸.

(dowód: akta kontroli str. 961-966; 984-1008; 1134; 1140)

8. Zapewnienie jakości żywienia pacjentów (standard OD 4 wymagający zapewnienia warunków do higienicznego przechowywania żywności pacjentów).

W Szpitalu wdrożono Instrukcję przechowywania żywności własnej pacjenta⁴⁹, opisującą zasady utrzymania higieny w miejscach przechowywania żywności pacjentów oraz postępowania z produktami łatwopsującymi się. Oględziny wykazały, że pacjenci Szpitala przechowywali żywność w sposób zgodny z tą instrukcją, w szczególności żywność przechowywana w lodówkach była odpowiednio zabezpieczona, opatrzona nazwiskiem pacjenta, numerem sali i datą umieszczenia w lodówce. Lodówki, w których przechowywano żywność były czyste i sprawne. Wraz z żywnością nie przechowywano innych substancji. Nad lodówkami umieszczono informację – „Regulamin korzystania z lodówek dla pacjentów” zawierającą informacje jakie produkty żywnościowe można posiadać oraz gdzie i w jakich warunkach należy je przechowywać⁵⁰.

(dowód: akta kontroli str. 532-547; 660-685; 796-804)

9. Jakość zarządzania (standard ZZ 5.3 – wymagający aby plan szkoleń uwzględniał tematykę zarządzania jakością i ZZ 9 – zobowiązujący do prowadzenia badań satysfakcji zawodowej personelu).

⁴⁶ Zgodnie z procedurą pod nazwą: „Badanie zadowolenia klientów” zatwierdzoną przez Dyrektora ds. Lecznictwa 9 maja 2016 r. (wydanie 6). Badania prowadzone były zarówno przed, jak i po otrzymaniu aktualnego certyfikatu akredytacyjnego.

⁴⁷ W badanym okresie (lata 2016-2018) założenia wynikające z zapewnienia pacjentom wysokiego poziomu usług (wskaźnik 90%), zostały spełnione dla: oddziałów szpitalnych, poradni specjalistycznych, oraz rejestracji do poradni specjalistycznych. Największa liczba ocen negatywnych w ramach różnych jednostek organizacyjnych, dotyczyła czasu oczekiwania na termin wizyty u specjalisty, przyjęcie do lekarza, załatwienie formalności, warunków panujących w poczekalniach.

⁴⁸ Dyrektor Szpitala podała m.in, że w zakresie działań naprawczych wyodrębniono rejestrację telefoniczną do poradni specjalistycznych, uruchomiono dodatkowe stanowisko rejestracyjne, zmieniono organizację pracy, przeprowadzono remont toalet dla pacjentów, zorganizowano punkt dla matki z dzieckiem, zapewniono dostęp do telewizora w holach poradni, zapewniono dystrybutory z wodą w bloku poradni specjalistycznych.

⁴⁹ Zatwierdzoną przez Dyrektora Szpitala 8 lutego 2019 r. (wydanie 2). Poprzednio obowiązywała Instrukcja przechowywania prywatnej żywności pacjentów na oddziałach szpitala, zatwierdzona przez Dyrektora Szpitala 16 października 2013 r. (wydanie 1).

⁵⁰ Stan ustalony w trakcie oględzin przeprowadzonych 30 maja 2019 r. w Klinice Kardiologii oraz 30 i 31 maja 2019 r. w Klinice Chorób Naczyń i Chorób Wewnętrznych.

9.1. W okresie objętym kontrolą plany szkoleń uwzględniały tematykę zarządzania jakością w zakresie akredytacji i zintegrowanych systemów zarządzania oraz segregacji odpadów. Przeprowadzono łącznie 194 szkolenia⁵¹, w których uczestniczyło w poszczególnych latach od 20% do 64% personelu, w tym lekarze, personel pielęgniarski i pozostały personel medyczny⁵², z tego od 18% do 74% osób z kadry kierowniczej⁵³.

Dyrektor Szpitala podała, że standard nie uwzględnia procentowości udziału kadry kierowniczej w szkoleniach z zarządzania jakością.

(dowód: akta kontroli str. 1009-1072; 1318-1319; 1325)

Spełnienie przez Szpital tego standardu, w trakcie wizyty akredytacyjnej z 2017 r., zostało ocenione przez CMJ na pięć punktów, co stanowiło wzrost oceny, w stosunku do uzyskanej w procesie akredytacyjnym z 2013 r., kiedy to Szpital nie spełnił ww. standardu.

Kierownik Działu Obsługi Pacjenta i Zarządzania Jakością podała, że w 2013 r. tematyka jakości w planie szkoleń ograniczona była do zintegrowanych systemów zarządzania ISO. Po wizytacji zaplanowano i realizowano szkolenia z zakresu „Programu akredytacji szpitali”.

(dowód: akta kontroli str. 13; 18-19; 1280-1286)

9.2. W Szpitalu w badanym okresie pracownik Działu Obsługi Pacjenta i Zarządzania Jakością, prowadził raz w roku, w oparciu o anonimowe ankiety, badanie w zakresie satysfakcji zawodowej personelu⁵⁴. Informacje uzyskane w wyniku badania dotyczyły niektórych aspektów związanych z pracą zawodową, m.in. ogólnej oceny Szpitala, komunikacji wewnętrznej, oceny działalności szkoleniowej Szpitala, oceny satysfakcji z pracy, wypalenia zawodowego oraz występowania zjawiska mobbingu⁵⁵. Wyniki analiz przedstawiane każdorazowo Dyrekcji Szpitala oraz za pośrednictwem PISZ wszystkim pracownikom Szpitala, posłużyły do wprowadzenia zmian w obszarach, które w ocenie personelu wymagały poprawy⁵⁶.

(dowód: akta kontroli str. 295-299; 961-966; 1134; 1140-1141)

10. Badanie ankietowe.

W przeprowadzonym przez NIK anonimowym badaniu ankietowym wśród 50 pacjentów Szpitala 90% ankietowanych podało, że zapewniono im możliwość odwiedzin⁵⁷, 88% ankietowanych pozytywnie oceniło czystość, prawidłowe ogrzanie

⁵¹ Z tego: w 2016 r. – 37, w 2017 r. – 78, w 2018 r. – 59, w 2019 r. (stan na 30 kwietnia 2019 r.) – 20.

⁵² Najwięcej osób przeszkolono w 2017 r., najmniej w 2019 r. (stan na 30 kwietnia 2019 r.).

⁵³ Zarząd Szpitala, Kierownicy Klinik, Oddziałów, Zespołów, Pielęgniarki Oddziałowe i Koordynujące, Zastępcy Kierowników i Pielęgniarek Oddziałowych, Menedżerowie i Koordynatorzy.

⁵⁴ Zgodnie z procedurą „Badanie zadowolenia klientów” zatwierdzoną przez Dyrektora ds. Lecznictwa 9 maja 2016 r. (wydanie 6). Badania prowadzone były zarówno przed, jak i po otrzymaniu aktualnego certyfikatu akredytacyjnego.

⁵⁵ W latach 2016-2018 w zakresie poziomu satysfakcji odpowiedzi pozytywne kształtowały się w przedziale od 46,1% do 50,6%, negatywne od 25,3% do 27,7%, odpowiedzi „trudno powiedzieć” od 20,6% do 26,1%.

Wśród propozycji zmian jakie respondenci podawali najczęściej powtarzały się: wzrost wynagrodzenia oraz premii motywacyjnej, zmiany organizacji pracy, zwiększenie i zróżnicowanie oferty szkoleniowej, poprawę warunków pracy (remonty, zakup nowego sprzętu), traktowanie z szacunkiem pracowników. Wskaźnik pracowników ankietowanych, którzy deklarowali, że spotkali się ze zjawiskiem mobbingu wynosił od 25% (w 2016 r.) do 20% w (2018 r.).

⁵⁶ Wyniki analizy posłużyły do wprowadzenia zmian w zakresie: zwiększenia liczby szkoleń, poprawy warunków pracy (remonty, zakup nowego sprzętu i aparatury medycznej), wprowadzenia jasnych i czytelnych zakresów obowiązków, wdrożenia dodatkowej ankiety pod kątem występowania cech mobbingu.

⁵⁷ Standard PP 14, oceniony na 3 punkty w raporcie z akredytacji, ze względu na brak możliwości odwiedzin przez dzieci na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

i wentylowanie pomieszczeń Szpitala⁵⁸ oraz 88% podało, że w czasie pobytu w Szpitalu otrzymali zrozumiałą informację o stanie zdrowia⁵⁹.

(dowód: akta kontroli str. 584-634; 1127-1133)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Podejmowane przez Szpital działania związane z wdrożeniem standardów akredytacyjnych były nierzetelne w odniesieniu do dwóch z 13 zbadanych standardów, za których spełnienie Szpital otrzymał w toku wizyty akredytacyjnej maksymalną liczbę punktów. Standardy KZ 1.8 i DO 3 Szpital realizował w sposób, który nie spełniał wszystkich wymogów określonych w wyjaśnieniach do tych standardów. I tak:

a) Szpital nie podjął wystarczających działań służących spełnieniu standardu w zakresie zapewnienia pracownikom szczepień przeciwko grypie zarówno przed uzyskaniem aktualnego certyfikatu akredytacyjnego, jak i w okresie późniejszym, nie monitorował także poziomu wyszczepienia pracowników przeciwko ww. chorobie.

Oferta Szpitala z 14 listopada 2013 r., w której udostępniono pracownikom możliwość poddania się odpłatnemu szczepieniu przeciwko grypie (szczepionka odpłatna, wykonanie szczepienia nieodpłatne), nie zachęciła personelu do poddawania się szczepieniom. Pomimo że nie zgłosił się żaden chętny do zaszczepienia, Szpital w latach 2016-2018 nie modyfikował ww. oferty w celu uatrakcyjnienia jej dla pracowników.

Zgodnie z wyjaśnieniem do standardu KZ 1.8 zawartym w załączniku do obwieszczenia, szpital powinien m.in. zapewnić szczepienia przeciwko grypie dla wszystkich osób zatrudnionych w obszarach świadczenia opieki. Szpital powinien także gromadzić informacje o poziomie wyszczepienia pracowników (...). Pełne spełnienie tego standardu wymagało udokumentowania szczepień co najmniej 80% personelu medycznego.

Dyrektor Szpitala wyjaśniła m.in., że szczepienia przeciwko grypie nie są obowiązkowe z tego powodu, że ich skuteczność nie jest stuprocentowa. Wobec tego Szpital, jako pracodawca może, ale nie ma obowiązku zapewniania personelowi tego rodzaju szczepień. Brak regulacji prawnych w zakresie tego szczepienia stwarza problem polegający na tym, że nie jest wiadomo, kto ponosiłby odpowiedzialność za ewentualne wystąpienie poszczepiennych odczynów wczesnych lub późnych, mogących być przedmiotem roszczeń (organizator szczepień czy szczepiony). W świetle tych ustaleń nie jest wymagana jakakolwiek rejestracja tych szczepień, monitoring wyszczepienia lub prowadzenie akcji wśród personelu propagującej to szczepienie. W okresie sześciu lat nie zgłosił się żaden chętny do wykonania szczepienia. W związku z tym, że stan finansów Szpitala poprawił się w obecnym roku umożliwiono chętnym całkowicie nieodpłatne szczepienia przeciwko grypie (nieodpłatna szczepionka i usługa pielęgniarska). Umieszczenie w standardzie akredytacyjnym zapewniania przez Szpital szczepienia personelu przeciwko grypie nie ma podstaw prawnych i nawet brak spełniania tego standardu przez Szpital nie ma żadnych konsekwencji prawnych.

(dowód: akta kontroli str. 651-654; 1317; 1321)

⁵⁸ Standard ŚO 15, oceniony na 5 punktów w raporcie akredytacji.

⁵⁹ Standard PP 3, oceniony na 5 punktów w raporcie akredytacji.

W ocenie Izby badany standard nie odnosi się do zapewnienia personelowi elementów składowych usługi szczepienia (czynności czy materiałów), ale ma na celu zagwarantowanie dostępności szczepienia wszystkim osobom zatrudnionym w obszarach świadczenia opieki. Konieczność poniesienia kosztów szczepionki przez pracowników wyklucza swobodny dostęp do szczepienia dla wszystkich zainteresowanych. Argumentacja Dyrektora Szpitala o braku podstaw prawnych do zapewnienia personelowi szczepienia przeciwko ww. chorobie, nie może zostać uwzględniona z tego powodu, że Szpital uczestniczy w procesie akredytacyjnym. To z kolei wymaga niejednokrotnie spełniania standardów wykraczających ponad obowiązki nałożone przez prawo.

Zwrócić należy także uwagę, że w Programach Szczepień Ochronnych na lata 2016-2019⁶⁰ zalecano stosowanie szczepień przeciwko grypie wobec pracowników ochrony zdrowia⁶¹.

- b) W Oddziałach Szpitala⁶² nie podjęto wystarczających działań, które zapewniłyby każdemu pacjentowi udzielanie pisemnych informacji na temat badań radiologicznych, przewidzianych w standardzie DO 3.

W badanym okresie w przypadku badań, które nie wymagały wyrażenia zgody na piśmie (np. badanie USG, czy RTG klatki piersiowej), pacjent nie otrzymywał pisemnej informacji na temat badania. Powyższe potwierdzili Kierownik Kliniki Kardiologii oraz lekarz kardiolog w Klinice Chorób Naczyń i Chorób Wewnętrznych Szpitala w trakcie oględzin Klinik dokonanych przez kontrolerów NIK.

Zgodnie z wyjaśnieniem do standardu DO 3, pacjent powinien otrzymać pisemną informację, na czym polega badanie oraz w jaki sposób się do niego przygotować. Informacja powinna być dostępna w oddziałach, w ambulatorium i w pracowni.

Dyrektor Szpitala podała m.in., że Szpital spełniał wszelkie wymogi akredytacyjne pod względem informacji i ich dostępności dla pacjentów, zgodnie z opisem punktacji w standardzie DO 3. Na drzwiach każdej Pracowni w Zakładzie Radiologii i Diagnostyki Obrazowej⁶³ znajdowały się informacje, jakie badania się w niej wykonuje oraz krótki opis wykonywanych badań⁶⁴. W przypadku pacjentów hospitalizowanych wszelkie informacje uzyskiwali oni od personelu danego oddziału w ramach kompetencji posiadanych przez personel. Personel otrzymał Instrukcje informujące o sposobie przygotowania do badań radiologicznych, zagrożeniach z nich wynikających, przeciwwskazaniach do badań, w formie Instrukcji roboczych dostępnych w programie PISZ. W przypadku badań o podwyższonym ryzyku opracowana została ankieta służąca do wskazania ewentualnych przeciwwskazań oraz ograniczeń, która stanowi drugą stronę skierowania do badania z użyciem środka cieniującego. Lekarz kierujący wypełniając skierowanie informował pacjenta o samym badaniu, ewentualnie powikłaniach oraz uzyskiwał świadomą pisemną zgodę pacjenta na wykonanie danego badania oraz

⁶⁰ Stanowiących załącznik do Komunikatów Głównego Inspektora Sanitarnego: z dnia 16 października 2015 r. (Dz. Urz. MZ z 2015 r. poz. 63); z dnia 31 marca 2016 r. (Dz. Urz. MZ z 2016 r., poz. 35); z dnia 4 stycznia 2017 r. (Dz. Urz. MZ z 2017 r., poz. 1); z dnia 31 października 2017 r. (Dz. Urz. MZ z 2017 r. poz. 108); z dnia 25 października 2018 r. (Dz. Urz. MZ z 2018 r. poz. 104).

⁶¹ W tym personelu medycznego (niezależnie od posiadanej specjalizacji) oraz personelu administracyjnego.

⁶² Klinice Kardiologii oraz Klinice Chorób Naczyń i Chorób Wewnętrznych Szpitala.

⁶³ Dalej: „ZRIDO”.

⁶⁴ Informacja na drzwiach lub tablicach informacyjnych była jedyną informacją pisemną o badaniu.

podanie kontrastu przed wykonaniem badania. W ZRiDO personel wykonujący badanie ponownie zbierał wywiad od pacjenta, upewniając się o braku przeciwwskazań do wykonania, decydował o sposobie wykonania badania oraz odpowiadał w ramach własnych kompetencji na pytania pacjenta. Pacjenci ambulatoryjni rejestrujący się na badanie planowe o podwyższonym ryzyku otrzymywali informację w formie ulotki, na której prócz daty i godziny badania znajdował się dokładny opis wymagań, sposobu przygotowania do badania oraz odbioru wyniku badania. W przypadku osób niedowidzących, słabowidzących lub ze schorzeniami oczu otrzymywali oni informację pisemną w formie ulotki, a prócz tego informacja ta była odczytywana przez personel⁶⁵.

Ponadto Dyrektor wskazała, że w rentgenodiagnostyce i diagnostyce obrazowej, specjalnego przygotowania wymagają jedynie badania RTG, TK i MR z użyciem środka cieniującego oraz badania USG, istnieją także przeciwwskazania do wykonania ww. badań. Gdyby o badaniu informować każdego pacjenta pisemnie, to w przypadku zdjęć RTG widniałoby na kartce jedno zdanie informujące, że jest to badanie z zastosowaniem promieniowania jonizującego, a jest to wiedza powszechnie znana.

(dowód: akta kontroli str. 532-534; 660-663; 887-889; 892-896; 1135; 1141-1142; 1226-1245; 1318; 1325)

NIK zauważa, że działania podejmowane przez Szpital mające na celu uzyskanie wysokiej oceny od jednostki akredytacyjnej, nie były wystarczające do pełnej realizacji wymogów zawartych w wyjaśnieniu do standardu DO 3. Nie można uznać, że wywieszenie informacji w pracowniach i zakładach radiologicznych spełnia wymóg pisemnej informacji na oddziałach i w ambulatoriach. Także informacje przekazywane wraz z innymi dokumentami (m.in. ankietami) nie zapewniały dochowania powyższego standardu, gdyż otrzymywali je jedynie pacjenci kierowani na badanie, którego przeprowadzenie wymagało wcześniejszego wyrażenia zgody przez pacjenta w formie pisemnej.

2. W Szpitalu, pomimo że obowiązywała procedura nadzoru nad lekami przechowywanymi w oddziałach, przewidziana w standardzie FA 7, nie zapewniono zgodności pomiędzy stanem ewidencyjnym, a rzeczywistym zasobem leków w apteczkach oddziałowych. Świadczy to o niewystarczającym nadzorze nad gospodarką lekami.

Zgodnie z wyjaśnieniem do standardu FA 7, w szpitalu funkcjonuje system nadzoru nad lekami przechowywanymi w oddziałach. Polega on na okresowej kontroli sposobu przechowywania leków w oddziałach, ich ilości, sposobu stosowania, przyjętych w szpitalu zasad ułożenia leków oraz sprawdzaniu terminu ważności leków, a także zgodności stanu z dokumentacją wydawania (w odniesieniu do leków, dla których przyjęto zasady kontroli wydawania, np. leków narkotycznych).

W toku kontroli stwierdzono, że realizacja przez Szpital powyższego standardu nie spełniała ww. wymogów. I tak:

a) Obowiązująca w Szpitalu procedura pod nazwą „Kontrola apteczek oddziałowych i zabiegowych”, nie stanowiła narzędzia do sprawowania rzetelnego nadzoru nad ewidencjonowaniem leków w oddziałach, w odniesieniu do ich partii (numerów serii), a przez to i terminów przydatności.

⁶⁵ Opisana procedura miała zastosowanie już w trakcie przygotowań do akredytacji.

Szpital bowiem nie weryfikował zgodności stanu faktycznego w tym zakresie ze stanami ewidencyjnymi⁶⁶.

W trakcie oględzin⁶⁷ stwierdzono, że siedem produktów leczniczych (na 10 badanych przypadków) znajdujących się w apteczkach oddziałowych nie było zgodnych w zakresie numerów serii z ewidencją Szpitala. Ponieważ nr serii jest powiązany z datą przydatności leku, w pięciu z ww. przypadków rozbieżności dotyczyły także tego istotnego parametru⁶⁸. W rezultacie, ewidencji leków Szpitala nie można wykorzystać do monitorowania przydatności leków przechowywanych w oddziałach. Potwierdza to także przeprowadzona weryfikacja ewidencji produktów leczniczych w Klinice Chorób Naczyń i Chorób Wewnętrznych. Pomimo, że apteczka tej jednostki zawierała leki w terminie przydatności, to w ewidencji znajdowało się osiem produktów leczniczych, które były przeterminowane. Pracownicy Szpitala odpowiedzialni za stan apteczek szpitalnych⁶⁹ wyjaśnili, że podając leki nie weryfikuje się numerów serii, sprawdza się datę ważności, dawkę, wygląd, drogę podania i postać leku. W odniesieniu do pozostawienia na ewidencji leków z przekroczoną datą przydatności Zastępca Pielęgniarki Oddziałowej wyjaśniła, że zejście leków ze stanu nie zostało odnotowane w ewidencji lub w toku oględzin na stanie apteczki stwierdzono leki o innych numerach serii i datach ważności.

(dowód: akta kontroli str. 532-547; 549-583; 660-686; 805-886)

- b) W Szpitalu w sposób niejednolity aktualizowano ewidencję stanu leków w oddziałach. W toku oględzin w czterech przypadkach ustalono rozbieżność między liczbą produktów leczniczych znajdujących się w apteczce szpitalnej, a danymi ewidencyjnymi. W Klinice Chorób Naczyń i Chorób Wewnętrznych stwierdzono dwa przypadki, w których stan ewidencyjny był wyższy niż faktyczny, natomiast w Klinice Kardiologii stwierdzono dwa przypadki, w których stan faktyczny był niższy od danych ewidencyjnych. Jak wynika z wyjaśnień osób odpowiedzialnych za stan apteczek oddziałowych, poza możliwą pomyłką, wynika to z naniesienia zmian w ewidencji jeszcze przed podaniem leków, lub przeciwnie, po ich podaniu – na koniec dnia.

(dowód: akta kontroli str. 532-547; 549-583; 660-686)

Kierownik Apteki Szpitalnej podał m.in., że personel farmaceutyczny Apteki prowadzi okresowe, tj. w cyklu minimum półrocznym, kontrole apteczek oddziałowych/zabiegowych Szpitala. Bieżąca weryfikacja poprawności prowadzenia ewidencji produktów leczniczych, w trakcie prowadzonej w oddziale farmakoterapii jest niemożliwa.

Dyrektor Szpitala podała, że w ramach analizy przedkontrolnej dotyczącej dostępnego w apteczce oddziałowej asortymentu leków i wyrobów medycznych, farmaceuci dokonują oceny tych danych z poziomu modułu programu aptecznego oraz bezpośrednio w oddziale w zakresie poprawności obrotu magazynowego (poziom zapasów, ilość, terminy ważności czy obecność leków przeterminowanych). Przywołany standard akredytacyjny FA 7 nie wymaga weryfikacji numerów serii

⁶⁶ Opis ustaleń dotyczących próby leków wybranych na podstawie ewidencji produktów leczniczych pobranej z Apteki Szpitalnej 30 maja 2019 r., dalej: „ewidencja”.

⁶⁷ Ustalenia na podstawie oględzin przeprowadzonych 30 maja 2019 r. w Klinice Kardiologii oraz 30 i 31 maja 2019 r. w Klinice Chorób Naczyń i Chorób Wewnętrznych.

⁶⁸ W dwóch przypadkach (po jednym w Klinice Kardiologii i Klinice Chorób Naczyń i Chorób Wewnętrznych) różnice dotyczyły wyłącznie numerów serii leków, które miały jednak taką samą datę ważności. W pięciu przypadkach (dwa przypadki w Klinice Kardiologii i trzy przypadki w Klinice Chorób Naczyń i Chorób Wewnętrznych) różnice dotyczyły zarówno numerów serii, jak i dat ważności.

⁶⁹ Uczestniczący w oględzinach pracownicy odpowiedzialni za apteczki oddziałowe, tj. Pielęgniarka Oddziałowa w Klinice Kardiologii i Zastępca Pielęgniarki Oddziałowej w Klinice Chorób Naczyń i Chorób Wewnętrznych.

Ponadto nie ma możliwości bieżącego odznaczania w programie zleconych leków kilkakrotnie w ciągu dnia dla każdego pacjenta, dlatego mogły wystąpić niezgodności w zakresie stanu leków w systemie a faktycznie w klinice.

(dowód: akta kontroli str. 1255; 1257-1258, 1318; 1321-1323)

W ocenie NIK, nadzór nad gospodarką lekami ograniczający się do okresowego sprawdzenia przez służby farmaceutyczne stanu zapasów, dat ważności i sposobu przechowywania leków w apteczkach oddziałowych, był niewystraszający. Świadczy o tym niezapewnienie zgodności pomiędzy stanem ewidencyjnym a rzeczywistym zasobem produktów leczniczych w apteczkach oddziałowych. Na skutek nierzetelnej realizacji przez personel Szpitala obowiązków wprowadzania do ewidencji danych o ich podaniu pacjentom, Szpital nie dysponował kompletnymi i wiarygodnymi informacjami o posiadanych zasobach. Mogło to prowadzić do powstania ryzyka utraty kontroli nad obrotem konkretnym lekiem i pozbawiało możliwości monitorowania posiadanych zapasów leków.

3. W jednym przypadku z pięciodniowym opóźnieniem powiadomiono Prezesa UPRL o ciężkim działaniu niepożądanym dwóch produktów leczniczych, które wystąpiły u jednego pacjenta⁷⁰. Stanowiło to naruszenie art. 36f ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne⁷¹, zgodnie z którym osoby wykonujące zawód medyczny zgłaszają ciężkie niepożądane działania produktów leczniczych w terminie 15 dni od dnia powzięcia informacji o ich wystąpieniu, a także obowiązującej w tym zakresie w Szpitalu instrukcji przekazywania do podmiotu odpowiedzialnego informacji o niepożądanym działaniu produktu leczniczego, która w opisie postępowania wskazywała, że w przypadku ciężkich, niepożądanych działań produktu leczniczego, lekarz / pielęgniarka komórki działalności medycznej dokonuje zgłoszenia nie później niż w terminie 15 dni od dnia uzyskania informacji.

Kierownik Apteki Szpitalnej podał m.in., że zgłoszenie zostało przygotowane przez lekarza z dziesięciodniowym przesunięciem czasowym (w odniesieniu do daty wystąpienia objawów), celem przeprowadzenia w warunkach oddziału weryfikacji poprawności kwalifikacji działania niepożądanego leku. Dotychczasowa farmakoterapia pacjenta przebiegała bez objawów niepożądanych. Nadanie przesyłki zwrotnej za potwierdzeniem odbioru miało miejsce 4 maja 2016 r. (pierwszy dzień roboczy po święcie majowym) i wobec braku pocztowych ksiąg nadawczych za 2016 r. nie był w stanie podać konkretnej daty wysłania przez Kancelarię Szpitala/odbioru przez operatora przedmiotowego zgłoszenia.

Dyrektor Szpitala podała, że odbiór korespondencji przez operatora pocztowego dokumentowano poprzez druk potwierdzenia odbioru i jako jedyny dowód nadania ww. przesyłki wskazała na zwrotne potwierdzenie odbioru opatrzone datą nadawczą 4 maja 2016 r.

(dowód: akta kontroli str. 292; 932-939; 942; 959; 1255; 1257; 1259-1262; 1309; 1311-1313)

OCENA CZĄSTKOWA

Podejmowane przez Szpital działania w zakresie wdrażania standardów akredytacyjnych wpłynęły pozytywnie na uzyskanie w 2017 r. łącznej oceny potwierdzającej poziom ich spełnienia na 85%, wobec uzyskanej w 2013 r. oceny 80%. Aktywny udział przy realizacji działań związanych ze spełnieniem standardów

⁷⁰ Formularz zgłoszenia wystąpienia ciężkiego działania niepożądanego dwóch produktów leczniczych (w wyniku którego wystąpiła hospitalizacja lub jej przedłużenie), wypełniony został przez lekarza zgłaszającego 24 kwietnia 2016 r. W formularzu tym wskazano jako datę wystąpienia objawów niepożądanych 14 kwietnia 2016 r. Termin zgłoszenia ciężkiego działania niepożądanego ww. produktów leczniczych upłynął zatem 29 kwietnia 2016 r. Zwrotne potwierdzenie odbioru w dacie nadania przesyłki zawierającej zgłoszenie, opatrzone zostało datą oddziału nadawczego – 4 maja 2016 r.,

⁷¹ Dz. U. z 2019 r. poz. 499, ze zm., dalej: „UPF”.

akredytacyjnych brały wszystkie jednostki organizacyjne Szpitala, a w szczególności Dział Obsługi Pacjenta, Pełnomocnik Dyrektora ds. Zintegrowanego Systemu Zarządzania oraz Komitet. Na polepszenie wyniku procedury akredytacyjnej wpływ miała m.in. realizacja pięciu programów poprawy jakości usług medycznych. Izba zwraca jednak uwagę, że częstotliwość spotkań Komitetu nie spełniała wymogów akredytacyjnych, a ponadto w latach 2016-2018 liczba posiedzeń tego Zespołu systematycznie malała.

O skuteczności działań Szpitala w poprawianiu jakości oferowanych usług, świadczy trwałość w utrzymaniu ośmiu z 13 zbadanych standardów, które ocenione zostały w trakcie pierwszej i drugiej akredytacji jako spełnione w całości oraz otrzymanie wyższej oceny punktowej podczas kolejnej akredytacji w odniesieniu do dwóch standardów.

Jednocześnie w przypadku dwóch badanych standardów – w zakresie zapewnienia personelowi szczepień przeciwko grypie oraz udzielania pisemnej informacji o badaniach radiologicznych stwierdzono, że działania Szpitala w celu wdrożenia i realizowania tych standardów były nierzetelne i nie zapewniły spełnienia wymogów określonych tymi standardami. Weryfikacji wymaga również realizowanie standardu w zakresie nadzoru nad lekami przechowywanymi w oddziałach. Ustalone niezgodności w stanach ewidencyjnych apteczek oddziałowych uniemożliwiały rzetelny nadzór nad obrotem lekami w Szpitalu, gdyż dane z używanego do tego celu systemu nie mogły stanowić dla Apteki Szpitalnej wiarygodnego punktu odniesienia przy analizie informacji o produktach leczniczych. Stwierdzono także przypadek zgłoszenia ciężkiego działania niepożądanego leków, z naruszeniem terminu określonego w art. 36f UPF.

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

2.1. Przed uzyskaniem certyfikatów akredytacyjnych w 2014 r. i w 2017 r., Szpital nie prowadził analiz dotyczących planowanych i zrealizowanych kosztów związanych z przygotowaniem jednostki do procedury certyfikacji i wdrożeniem standardów akredytacyjnych.

Koszty związane z akredytacją wyniosły:

- z tytułu wniesionej w 2017 r. opłaty – 46,2 tys. zł;
- z tytułu aktualizacji dokumentacji w latach 2012-2013 – 5,5 tys. zł, od 2014 r. do marca 2019 r. – 110,0 tys. zł;
- z tytułu zatrudnienia dodatkowego personelu w latach 2012-2013 – 201,6 tys. zł; od 2014 do marca 2019 r. – 340,2 tys. zł;
- z tytułu zakupu sprzętu (fantomy, lodówka) w latach 2012-2014 – 7,1 tys. zł.

Przy wykonywaniu remontów Szpital nie prowadził ewidencji, czy dany zakres prac jest związany ze standardami akredytacyjnymi. Szpital nie dysponował także danymi o kosztach prowadzenia badań: opinii pacjentów i satysfakcji zawodowej personelu.

(akta kontroli str. 38-39; 333)

Od stycznia 2018 r. uzyskany przez Szpital certyfikat akredytacyjny miał wpływ na wyliczenie przez NFZ ryczałtu. Dochody zwiększyły się o 1 807,8 tys. zł w 2018 r. i o 1 844,6 tys. zł w 2019 r.

W poprzednich latach akredytacja nie miała wpływu na wartość punktu oraz wysokość kontraktu.

(akta kontroli str. 328)

Dyrektor Szpitala podała, że dostosowanie Szpitala do wymogów akredytacyjnych w 2014 r. wpłynęło na: preferencyjne warunki w zakresie ubezpieczenia, zwiększenie kontraktu z NFZ, ujednoczenie procedur i formularzy w całym szpitalu (ograniczenie drukowania zbędnych, nieaktualnych dokumentów), zwiększenie świadomości personelu lekarskiego, pielęgniarskiego i pomocniczego w zakresie przestrzegania praw pacjenta, inicjatywę innowacyjną pracowników, wspieranie edukacji personelu oraz umożliwienie podnoszenia kwalifikacji, pozytywne nastawienie pracowników do wzajemnej współpracy.

(akta kontroli str. 322-327)

2.2. W okresie objętym kontrolą odnotowano 1 382 powtórnych, nieplanowanych hospitalizacji (rehospitalizacji)⁷² oraz 588 reoperacji⁷³. Liczba rehospitalizacji i reoperacji w latach 2016-2017 pozostawała na zbliżonym poziomie. Zwiększenie o 30 liczby rehospitalizacji w 2017 r. odbywało się w warunkach większej liczby hospitalizowanych.

W latach 2016-2018 koszty rehospitalizacji ulegały wahaniom tak, że w 2018 r. były wyższe o 1,6% od roku początkowego. Wyniosły one łącznie 6 784,4 tys. zł⁷⁴. Koszty reoperacji spadły między rokiem 2016 i 2017 o 6,5%, a w kolejnym roku pozostały na niezmiennym poziomie. Wyniosły one w okresie kontrolowanym łącznie 1 076,4 tys. zł⁷⁵.

(akta kontroli str. 303, 332-333)

Szpital sporządzał analizy dotyczące nieplanowanych, powtórnych hospitalizacji oraz reoperacji. Analizy zawierały liczby dotyczące przeprowadzonych rehospitalizacji i reoperacji, a także przyczyny ich występowania, wnioski i zalecenia dotyczące ograniczenia takich zjawisk oraz porównania z okresami poprzednimi. W dwóch przypadkach lekarz kierujący oddziałem składał dodatkowe, szczegółowe wyjaśnienia dotyczące przyczyn wzrostu liczby reoperacji oraz podejmowanych działań zaradczych.

(akta kontroli str. 334-352)

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że analizy dotyczące nieplanowanych, powtórnych hospitalizacji oraz reoperacji przeprowadzane są raz na kwartał w każdej klinice/oddziale klinicznym przez lekarza wyznaczonego przez kierownika kliniki. W większości przypadków wnioski z przeprowadzanych analiz przedstawiane są na bieżąco na odprawie pozostałym członkom personelu kliniki. Na podstawie analiz z poszczególnych klinik, raz na pół roku przeprowadzana jest analiza zbiorcza.

(akta kontroli str. 322-327)

W okresie objętym kontrolą⁷⁶, w związku z roszczeniami, Szpital poniósł następujące koszty:

- z tytułu wypłaconych pacjentom odszkodowań – 265,0 tys. zł⁷⁷;
- z tytułu ubezpieczenia OC – 1 716,4 tys. zł⁷⁸;
- z tytułu obsługi prawnej – 817,1 tys. zł⁷⁹;
- z tytułu kosztów postępowań – 25,8 tys. zł⁸⁰.

⁷² 548 w 2016 r.; 578 w 2017 r. i 256 w I półroczu 2018 r.

⁷³ 212 w 2016 r.; 203 w 2017 r. i 173 w I półroczu 2018 r., co stanowiło odpowiednio 1,3%, 1% i 1,8% wykonanych w danym okresie zabiegów operacyjnych.

⁷⁴ Liczba rehospitalizacji x średni koszt jednej hospitalizacji; 2 097,2 tys. zł w 2016 r.; 2 254,6 tys. zł w 2017 r.; 2 132,5 tys. zł w 2018 r.

⁷⁵ Liczba reoperacji x średni koszt jednej operacji; 375,4 tys. zł w 2016 r.; 350,8 tys. zł w 2017 r.; 350,2 tys. zł w 2018 r.

⁷⁶ Do 3 czerwca 2019 r.

⁷⁷ 97,2 tys. zł w 2016 r.; 47,0 tys. zł w 2017 r.; 120,7 tys. zł w 2018 r. (koszty zwrócone przez ubezpieczyciela).

⁷⁸ 539,1 tys. zł w 2016 r.; 486,8 tys. zł w 2017 r.; 487,1 tys. zł w 2018 r.; 203,5 tys. zł w 2019 r.

⁷⁹ 271,0 tys. zł w 2016 r.; 273,1 tys. zł w 2017 r.; 273,1 tys. zł w 2018 r.

Liczba roszczeń dotyczących obszaru objętego certyfikacją wyniosła 93⁸¹, w tym w 26 przypadkach sprawy były w toku postępowania, w 58 przypadkach ubezpieczyciel lub Szpital odmówił wypłaty odszkodowania albo Komisja ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych (KOZM) orzekła brak zdarzenia, w 9 przypadkach ubezpieczyciel lub Szpital wypłacił świadczenie albo KOZM stwierdziła wystąpienia zdarzenia i zasądziła świadczenie.

(akta kontroli str. 300; 320)

2.3. W latach 2016-2018 Szpital wypracował zysk 137,8 tys. zł w 2016 r., 168,6 tys. zł w 2017 r., natomiast w 2018 r. poniósł stratę 7 515,5 tys. zł.

Wybrane wskaźniki ekonomiczne kształtowały się odpowiednio:

- zyskowność netto⁸² – 0,06%, 0,06% i -2,69%;
- zyskowność działalności operacyjnej⁸³ – 0,38%, 0,37% i -2,77%;
- zyskowność aktywów⁸⁴ – 0,12%, 0,14% i -5,57%;
- bieżąca płynność⁸⁵ – 0,86, 0,91 i 0,72;
- szybka płynność⁸⁶ – 0,78, 0,84 i 0,64;
- rotacja należności⁸⁷ – 48,1; 45,6 i 48,1 dni;
- rotacji zobowiązań⁸⁸ – 59,8; 59,8 i 63,6 dni;
- zadłużenia aktywów⁸⁹ – 48,5%, 46,2% i 15,5%;
- wypłacalności⁹⁰ – 4,33, 4,81 i 15,51.

Wybrane parametry wynosiły:

- liczba pacjentów w roku⁹¹ – 35 479, 37 380 i 34 903 osoby;
- liczba hospitalizowanych – 36 622, 38 521 i 36 147 osób;
- liczba wykonanych operacji – 16 358, 20 252 i 36 147;
- liczba leczonych w ciągu roku na jedno łóżko⁹² – 62,7, 66,7 i 63,4;
- średnia liczba łóżek – 584, 577 i 570;
- przeciętny pobyt chorego w Szpitalu⁹³ – 4,4, 4,0 i 4,0 dni;
- średnie obłożenie łóżek⁹⁴ – 62,7, 66,8 i 63,1;
- procent wykonania⁹⁵ – 66,7, 70,9 i 67,9%.

(akta kontroli str. 300-303; 320)

⁸⁰ 1,8 tys. zł w 2016 r.; 3,7 tys. zł w 2017 r.; 20,3 tys. zł w 2018 r.

⁸¹ W 2016 r. – 27, w tym 6 sprawy w postępowaniu sądowym (S), 4 sprawy rozpatrywane przez Komisję ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych (K), 17 sprawy rozpatrywane przez Ubezpieczyciela (U); w 2017 r. – 32, w tym 11 S, 4 K i 17 U; w 2018 r. – 22, w tym 2 S, 6 K i 14 U w 2019 r. – 12, w tym 1 S, 3 K i 8 U.

⁸² Wynik finansowy netto x100% / przychody ogółem.

⁸³ Wynik z działalności operacyjnej x 100% / przychody netto ze sprzedaży + przychody netto ze sprzedaży towarów i materiałów + pozostałe przychody operacyjne.

⁸⁴ Wynik netto x 100% / średni stan aktywów - suma aktywów razem na koniec poprzedniego roku obrotowego i aktywów na koniec bieżącego roku obrotowego podzielona przez 2.

⁸⁵ 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.

⁸⁶ 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.

⁸⁷ 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.

⁸⁸ 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.

⁸⁹ Zobowiązania długoterminowe + krótkoterminowe + rezerwy na zobowiązania / aktywa razem.

⁹⁰ Zobowiązania długoterminowe + zobowiązania krótkoterminowe + rezerwy na zobowiązania/fundusz własny.

⁹¹ Pomniejszona o liczbę chorych pozostających z roku poprzedniego (bez ruchu międzyoddziałowego).

⁹² Iloraz liczby chorych hospitalizowanych do średniej liczby łóżek rzeczywistych.

⁹³ Średni okres pobytu chorego w szpitalu wyraża się stosunkiem liczby osobodni leczenia w danym okresie do liczby chorych hospitalizowanych w tym okresie.

⁹⁴ Średnie obłożenie łóżek - stosunek liczby chorych hospitalizowanych do średniej liczby łóżek rzeczywistych.

⁹⁵ Osobodni wykonane x 100/potencjalna liczba osobodni z łóżek rzeczywistych w ciągu okresu sprawozdawczego.

Dyrektor Szpitala podała:

– w sprawie pogorszenia wskaźników ekonomicznych, że 2018 r. był kolejnym okresem, w którym finansowanie służby zdrowia podlegało dość drastycznym zmianom. Strajk lekarzy rezydentów, zakończył się w lutym 2018 r., podpisaniem porozumienia z Ministerstwem Zdrowia, w myśl którego m.in.: nakłady na służbę zdrowia mają wzrosnąć do 6% PKB do 2024 r., lekarze rezydenci otrzymali kolejny wzrost wynagrodzeń od 1 lipca 2018 r., lekarze specjaliści zatrudnieni wyłącznie na umowę o pracę, którzy zdecydują się dyżurować wyłącznie w jednym szpitalu, otrzymają wzrost wynagrodzenia zasadniczego do min. 6 750 zł.

Dodała, że pomimo deklaracji Ministerstwa Zdrowia o zwiększeniu finansowania służby zdrowia, wprowadzone rozwiązania wynikające m.in. z podpisanego porozumienia spowodowały drastyczne i radykalne pogorszenie wyników finansowych szpitali. Podpisywanie porozumień z wybranymi grupami zawodowymi, pomijając pozostałych pracowników szpitali spowodowały dewastację siatki płac, co przy szeroko znanym deficycie pracowników spowodowało znaczny wzrost kosztów pracy, nie uwzględniony w wycenach świadczeń finansowanych z NFZ pogarszając i tak nie łatwą sytuację finansową szpitala.

– w sprawie mierników i analiz efektywności wdrożenia poszczególnych standardów akredytacyjnych w odniesieniu do kosztów ich wprowadzania, że takich analiz nie prowadzono.

(akta kontroli str. 322-327)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

Szpital przystąpił po raz pierwszy do procesu certyfikacji w 2013 r. Poniesione od tego czasu nakłady finansowe, wprowadzone zmiany organizacyjne oraz inne działania związane z akredytacją przyczyniły się do zwiększenia przychodów, uzyskania preferencyjnych warunków dla szpitali akredytowanych w zakresie ubezpieczenia, zwiększenia kontraktu z NFZ, ujednoczenia procedur i formularzy oraz poprawy świadomości personelu lekarskiego, pielęgniarskiego i pomocniczego w zakresie przestrzegania praw pacjenta.

Pogorszenie niektórych wskaźników ekonomicznych powstało z przyczyn niezwiązanych z przystąpieniem przez Szpital do procesu akredytacji.

IV. Wnioski

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK, wnosi o:

1. Podjęcie działań w celu spełnienia standardów w zakresie zapewnienia personelowi szczepień przeciwko grypie oraz pisemnej informacji dla pacjentów o badaniach radiologicznych.
2. Zwiększenie nadzoru nad gospodarką lekami w zakresie ewidencjonowania ich rozchodu w oddziałach Szpitala.
3. Przestrzeganie terminowości dokonywania zgłoszeń do Prezesa UPRL o działaniu niepożądanym ciężkim produktów leczniczych.
4. Organizowanie spotkań Komitetu nie rzadziej niż raz w miesiącu.

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
wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 21 od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie 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.

Bydgoszcz, września 2019 r.

Kontrolerzy
Monika Kazimierczak
specjalista kontroli państwowej

.....
podpis

Karol Gromotka
główny specjalista kontroli państwowej

.....
podpis

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

.....
podpis