



## NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Gdańsku

LGD.410.007.02.2019

Pan  
kmdr dr n. med. Dariusz Juszcak  
Komendant  
7 Szpital Marynarki Wojennej w Gdańsku  
z Przychodnią Samodzielny Publiczny Zakład  
Opieki Zdrowotnej im. kontradmirała profesora  
Wiesława Łasińskiego w Gdańsku  
ul. Polanki 117  
80-305 Gdańsk

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/19/095 - Akredytacja podmiotów leczniczych

## I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	7 Szpital Marynarki Wojennej w Gdańsku z Przychodnią Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej im. kontradmirała profesora Wiesława Łasińskiego w Gdańsku (dalej: „Szpital”), ul. Polanki 117, 80-305 Gdańsk
Kierownik jednostki kontrolowanej	kmdr dr n. med. Dariusz Juszcak - od 19 lipca 2012 r. Komendant Szpitala.
Zakres przedmiotowy kontroli	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Wpływ zewnętrznej oceny jakości świadczeń zdrowotnych na funkcjonowanie podmiotu leczniczego, poziom świadczeń zdrowotnych i bezpieczeństwo pacjentów.</li><li>2. Wpływ wprowadzenia standardów akredytacyjnych na sytuację ekonomiczną podmiotu leczniczego.</li></ol>
Okres objęty kontrolą	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 <sup>1</sup> (dalej: „ustawa o NIK”)
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Gdańsku
Kontrolerzy	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Katarzyna Michalska, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LGD/65/2019 z 9 maja 2019 r.</li><li>2. Krzysztof Holli, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LGD/63/2019 z 7 maja 2019 r. i nr LGD/93/2019 z 18 czerwca 2019 r.</li></ol> <p>(akta kontroli str. 1-4b, 24-29)</p>

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

### OCENA OGÓLNA

Przystąpienie przez Szpital do procesu akredytacyjnego, zakończone uzyskaniem w listopadzie 2017 r. certyfikatu potwierdzającego spełnianie standardów akredytacyjnych dla lecznictwa szpitalnego na poziomie 81%, miało istotny wpływ na funkcjonowanie Szpitala, poziom świadczeń zdrowotnych i bezpieczeństwo pacjentów. Wiązało się bowiem z usystematyzowaniem dotychczasowych i wprowadzeniem nowych rozwiązań systemowych zmierzających do zapewnienia zgodności z wybranymi wymogami określonymi w obwieszczeniu Ministra Zdrowia z dnia 18 stycznia 2010 r. w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania szpitali<sup>3</sup>. Po upływie ponad 1,5 roku od uzyskania certyfikatu akredytacyjnego NIK zweryfikowała spełnienie 16 standardów akredytacyjnych wybranych spośród tych, które zostały uznane przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia (dalej: „CMJ”) za w pełni wdrożone. W przypadku 15 z nich poziom spełnienia pokrywał się z wynikiem ustalonym przez CMJ w raporcie akredytacyjnym. Jeden standard natomiast nie był w pełni przestrzegany od 2017 r., tj. również w trakcie przeprowadzenia wizyty akredytacyjnej. Powołany w Szpitalu w 2015 r. Zespół ds. Jakości rzetelnie realizował swoje zadania, w tym także związane z monitorowaniem realizacji rocznych programów działań dla poprawy jakości w obszarach, które przez CMJ

<sup>1</sup> Dz. U. z 2019 r. poz. 489.

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

<sup>3</sup> Dz. Urz. MZ z 2010 r. Nr 2, poz. 24.

uznane zostały za niespełnione lub częściowo spełnione. Przestrzeganie wybranych standardów potwierdzały również wyniki przeprowadzonego w trakcie kontroli badania ankietowego 50 pacjentów Szpitala. Pacjenci, w związku z przyjęciem ich do Szpitala, czuli się poinformowani o ich prawach, a w czasie pobytu o stanie zdrowia. Potwierdzili również dobry stan techniczny pomieszczeń i zapewnienie im możliwości odwiedzin. Dla 52% ankietowanych miało znaczenie przy jego wyborze, że Szpital posiada certyfikat akredytacyjny.

Zdaniem NIK, przystąpienie Szpitala do programu akredytacji nie miało znaczącego wpływu na jego sytuację ekonomiczno-finansową oraz kształtowanie parametrów charakteryzujących wykorzystanie potencjału Szpitala, czy skalę medycznych reinterwencji. Dodatkowe przychody z Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej: „NFZ”) z tytułu posiadania przez Szpital certyfikatu akredytacyjnego (390,9 tys. zł do 31 maja 2019 r.) i koszty poniesione na etapie przygotowywania Szpitala do akredytacji (44,3 tys. zł) były nieistotne dla wartości poszczególnych wskaźników ekonomiczno-finansowych.

Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły:

- niezapewnienia personelowi Szpitala od 2017 r. dobrowolnych szczepień przeciwko grypie, niezgodnie z obowiązującą w Szpitalu procedurą pt. „Szczepienia pracowników przeciwko grypie i WZW typ B” wdrożoną 1 marca 2017 r. na podstawie standardu KZ 1.8,
- naruszenia obowiązującej w Szpitalu procedury udzielania zamówień publicznych o wartości nieprzekraczającej wyrażonej w złotych kwoty 30 tys. euro przy wyborze wykonawcy usługi polegającej na koordynacji opracowania i wdrożenia standardów akredytacyjnych w Szpitalu,
- wypłacenia wykonawcy całości wynagrodzenia w łącznej kwocie 44,0 tys. zł za ww. usługę, pomimo nieprzedłożenia przez niego załączników do faktur (zawierających informację o zrealizowanych pracach), które zgodnie z zawartymi z wykonawcą dwoma umowami stanowić miały podstawę do wypłaty wynagrodzenia,
- nieuzasadnionego wypłacenia wykonawcy ww. usług wynagrodzenia w kwocie 2,0 tys. zł za przeprowadzenie dodatkowo audytu wykorzystania zasobów na bloku operacyjnym w ramach jednej z ww. umów oraz braku udokumentowania przez Szpital wykonania tej usługi.

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

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

##### **1.1. Certyfikacja Szpitala**

Na podstawie rekomendacji Rady Akredytacyjnej wyrażonej w uchwale nr 52/2017 z dnia 27 października 2017 r. Minister Zdrowia pismem z 14 listopada 2017 r. poinformował Komendanta Szpitala o udzieleniu Szpitalowi akredytacji w zakresie działalności Wojskowego Szpitala Specjalistycznego. Certyfikat akredytacyjny nr 2017/35 wpłynął do Szpitala 4 stycznia 2018 r. Szpital uzyskał 81% możliwej do uzyskania liczby punktów w zakresie standardów akredytacyjnych.

(akta kontroli str. 163- 170, 290-293)

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

Szpital uczestniczył w procedurze akredytacyjnej po raz pierwszy i w ramach realizowanego przez CMJ projektu „Wsparcie szpitali we wdrażaniu standardów jakości i bezpieczeństwa opieki” część „Program Akredytacji Szpitali”<sup>5</sup> (dalej: „projekt”). W odpowiedzi na ogłoszony przez CMJ nabór szpitali (trwający od 5 do 20 maja 2016 r.) do ww. projektu, Komendant Szpitala w dniu 10 maja 2016 r. złożył kwestionariusz rekrutacyjny uczestnictwa w projekcie. Pismem z 9 czerwca 2016 r. Dyrektor CMJ powiadomił Komendanta Szpitala o zakwalifikowaniu Szpitala do udziału w ww. projekcie. Zasady postępowania oraz zakres działań w ramach projektu określone zostały w pisemnym porozumieniu zawartym 6 lipca 2016 r. pomiędzy CMJ a Szpitalem (dalej: „porozumienie”). Na podstawie ww. porozumienia Szpital objęty został różnymi formami wsparcia, w tym m.in. ofertą warsztatów i konsultacji szkoleniowych na temat skutecznego wdrażania standardów akredytacyjnych<sup>6</sup> oraz przeprowadzeniem przez dwóch wizytatorów CMJ w dniu 26 maja 2017 r. wizyty testowej. Wizyta ta miała na celu wstępną ocenę wdrożenia standardów i zakończona została pisemnym raportem z 1 czerwca 2017 r.

(akta kontroli str. 204-256)

W odpowiedzi na pisemną prośbę CMJ z 18 maja 2017 r. Komendant Szpitala w dniu 8 czerwca 2017 r. za pośrednictwem CMJ skierował do Ministra Zdrowia wnioski o udzielenie akredytacji<sup>7</sup>. Zaproponowany przez CMJ i zaakceptowany przez Komendanta Szpitala pierwotny termin przeglądu akredytacyjnego (28-30 czerwca 2017 r.) został przez CMJ zmieniony (pismem z 19 czerwca 2017 r.) i ostatecznie ustalony na 20-22 września 2017 r. W dniu 5 lipca 2017 r. CMJ przesłał listę dokumentów, jakie należało zgromadzić i przedstawić podczas wizyty akredytacyjnej, z zastrzeżeniem, że wymienione tytuły tych dokumentów stanowią sugestie zawartości procedur wymaganych przez standardy. Harmonogram przeglądu akredytacyjnego przedstawiony został Komendantowi Szpitala w piśmie z dnia 4 września 2017 r.

(akta kontroli str. 257-287, 1122-1129)

Przegląd akredytacyjny Szpitala przeprowadzony został przez czteroosobowy zespół wizytatorów CMJ w uzgodnionym z Komendantem Szpitala terminie i zgodnie z założonym harmonogramem. Do Raportu z wizyty akredytacyjnej (przekazanego pismem z 10 października 2017 r.) Komendant Szpitala nie wniósł zastrzeżeń. Na podstawie § 9 ust. 1 porozumienia, w związku z uzyskaniem przez Szpital wyniku 81% możliwej do uzyskania liczby punktów, Szpital zwolniony został z poniesienia kosztów udziału w projekcie.

(akta kontroli str. 58-78, 163- 170, 596)

Komendant Szpitala wyjaśnił, że w przygotowanie Szpitala do procesu akredytacji był zaangażowany cały personel Szpitala<sup>8</sup>, co wynikało między innymi z konieczności wdrożenia nowych, a także modyfikacji obowiązujących ówczesnie zasad i standardów postępowania. Od 2015 r. w strukturze organizacyjnej Szpitala funkcjonował Zespół ds. Jakości<sup>9</sup> oraz Pełnomocnik/Koordynator ds. Standardów Akredytacyjnych. Do zadań Zespołu ds. Jakości należało m.in. opracowanie programu poprawy jakości, dokonywanie oceny jego realizacji, ustalanie obszarów poprawy jakości, nadzorowanie prawidłowego wdrażania standardów akredytacyjnych oraz ścisła współpraca z pozostałymi zespołami merytorycznymi, pełnomocnikami

<sup>5</sup> Projekt realizowany w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

<sup>6</sup> Zrealizowanych w dniach 10-11 października 2016 r. i 10-11 kwietnia 2017 r.

<sup>7</sup> Wniosek ten został w dniu 11 września 2017 r. przez Komendanta Szpitala uaktualniony o zmiany w zakresie bazy łóżkowej.

<sup>8</sup> W 2017 r. w Szpitalu zatrudnionych było 528 osób.

<sup>9</sup> W 2015 r. w składzie siedmioosobowym, w 2016 r. – pięćoosobowym, a od 2017 r. – sześćoosobowym.

i koordynatorami. Do zadań Pełnomocnika/Koordynatora ds. Standardów Akredytacyjnych należało koordynowanie prac pozostałych zespołów merytorycznych, komitetów i innych pełnomocników. W Szpitalu funkcjonowały inne zespoły zadaniowe (m.in. Zespół ds. Kontroli Zakażeń Szpitalnych, Zespół ds. Zdarzeń Niepożądanych, Zespół ds. Farmakoterapii, Zespół ds. Dokumentacji Medycznej), komitety (m.in. Komitet ds. Analizy Zgonów), komisje (m.in. Komisja Bezpieczeństwa i Higieny Pracy), koordynatorzy (m.in. Koordynator Okołooperacyjnej Karty Kontrolnej) i pełnomocnicy (m.in. Pełnomocnik ds. Praw Pacjenta).

(akta kontroli str. 23-48, 77-158, 592)

W okresie objętym kontrolą (tj. od 2016 r.) posiedzenia Zespołu ds. Jakości odbywały się raz w miesiącu, tj. z częstotliwością rekomendowaną w standardzie PJ 1.2 i były dokumentowane w formie protokołów. Tematyka spotkań dotyczyła m.in. programów poprawy jakości. Na każdy rok okresu objętego kontrolą Szpital posiadał „Program działań dla poprawy jakości” zatwierdzony przez Komendanta Szpitala (dalej: „Program”). Dla poszczególnych zadań określono wskaźniki monitorowania ich wykonania, termin realizacji i osoby odpowiedzialne za realizację. Realizacja Programów była na bieżąco monitorowana przez Zespół ds. Jakości, a po zakończeniu roku przedstawiana Komendantowi Szpitala w formie raportu z realizacji Programu. Z wyjaśnień Komendanta Szpitala wynikało, że po uzyskaniu certyfikatu akredytacyjnego Szpital podjął działania w celu poprawy jakości w tych obszarach, które uznane zostały przez wizytatorów CMJ za częściowo zgodne lub niezgodne ze standardami. W 2017 r. w Szpitalu zrealizowanych zostało 11 z 15 zaplanowanych zadań, a w 2018 r. 16 z 27. Odpowiednio 5 i 8 zadań niezrealizowanych w zakładanych latach przeniesiono na kolejne. Między innymi zmieniono formularz zgód pacjentów oraz godziny odwiedzin pacjentów, wprowadzono zmiany we wzorach dokumentacji medycznej oraz plan opieki w systemie Esculap, a także obowiązkowe szkolenie z dziedziny resuscytacji krążeniowo – oddechowej, wdrożono program zastosowania specjalnych wszywek w bieliznie pościelowej, dzięki którym występuje możliwość kontroli częstotliwości prania, zmieniono procedurę izolacji chorych zakażonych i pacjentów o podwyższonym ryzyku oraz stosowania środków ochrony osobistej, w ramach monitorowania zakażeń co miesiąc przedstawiano raporty na temat epidemiologii odnoszące się do poszczególnych oddziałów, zweryfikowano zapisy w karcie okołooperacyjnej, wprowadzono raportowanie przebiegu i skutków znieczuleń, a także przeprowadzono szkolenie z niepożądanych działań stosowania leków i preparatów krwiopochodnych.

(akta kontroli str. 171-191, 346-365)

## **1.2. Spełnienie wybranych standardów akredytacyjnych**

Opis stanu faktycznego

**1.2.1.** W toku kontroli zweryfikowano spełnianie przez Szpital wymienionych niżej 16 standardów akredytacyjnych, wybranych spośród tych, które CMJ ocenił jako w pełni wdrożone. Przywołane poniżej pisemne procedury medyczne Szpitala, za wyjątkiem procedury pozyskiwania leków w trybie nagłym określonej w ramach „Receptariusza Szpitalnego”, zostały stworzone w procesie przygotowywania Szpitala do procedury akredytacyjnej i w celu uzyskania certyfikatu akredytacyjnego. Dwie z nich (dotyczące działów Prawa Pacjenta i Farmakoterapia) były po uzyskaniu certyfikatu dwukrotnie modyfikowane.

(akta kontroli str. 385-518, 1130)

**a. Dział Prawa Pacjenta – PP 1. Każdy pacjent jest informowany o przysługujących mu prawach i obowiązkach.**

W Szpitalu obowiązywała pisemna procedura medyczna pt. „Prawa pacjenta” - wydanie pierwsze z 17 lutego 2017 r., drugie z 6 lutego 2018 r. i trzecie z 6 lipca

2018 r. Procedura ta stanowiła m.in., że w przypadku ograniczonej możliwości samodzielnego zapoznania się przez pacjenta z treścią jego praw i obowiązków, personel pielęgniarski zobowiązany był do ich odczytu i udokumentowania tego faktu w indywidualnej dokumentacji pacjenta. W trakcie oględzin przeprowadzonych w Oddziale Chirurgii Urazowej i Ortopedii oraz Oddziale Otolaryngologii (dalej: „wybrane dwa oddziały szpitalne”) stwierdzono, że pisemne informacje o prawach i obowiązkach pacjenta były w nich ogólnodostępne. W informacjach tych zawarte było m.in. pouczenie, że pacjent ma prawo do uzyskania informacji o stanie zdrowia oraz do odwiedzin osób bliskich. Udostępniono również numery telefonów do osób znających język migowy w stopniu zaawansowanym lub służących pomocą w przypadku potrzeby przetłumaczenia niektórych języków obcych.

(akta kontroli str. 385-396, 1071-1117)

**b. Dział Opieka nad Pacjentem – OP 4.** *W Szpitalu określono, które leki, sprzęt i materiały muszą być dostępne w stanach nagłego zagrożenia życia, OP 4.1. Leki i materiały stosowane w stanach nagłego zagrożenia życia są stale dostępne w miejscach świadczenia opieki.*

W Szpitalu obowiązywała pisemna procedura medyczna pt. „Leki, sprzęt i materiały dostępne w stanach nagłego zagrożenia życia” z 15 maja 2017 r. W procedurze określono częstotliwość: weryfikacji składu zestawu reanimacyjnego, dat ważności leków i materiałów oraz sprawności sprzętu (dwa razy w miesiącu przez pielęgniarkę dyżuru nocnego), uzupełniania braków (po stwierdzeniu tego faktu przez pielęgniarkę dyżurną lub po każdej akcji resuscytacyjnej przez osobę wyznaczoną z personelu pielęgniarskiego), wymiany leków, materiałów i sprzętu jednorazowego (na trzy miesiące przed końcem terminu ważności) oraz aktualizacji listy leków, materiałów i sprzętu niezbędnego w stanach zagrożenia życia i wprowadzenia niezbędnych zmian w oparciu o wytyczne Europejskiej Rady Resuscytacji w porozumieniu z Komitetem Terapeutycznym (raz w roku). Wykaz leków i materiałów dostępnych w stanach nagłego zagrożenia życia stanowił załącznik do ww. procedury. Obejmował łącznie 31 pozycji, w tym pod poz. 1 Adrenalinum 0,1% w ilości 5 ampulek po 1 ml. W trakcie oględzin w wybranych dwóch oddziałach Szpitala stwierdzono, że w każdym z nich dostępny był mobilny wózek reanimacyjny (w jednym przypadku w gabinecie opatrunkowym, a w drugim w sali pooperacyjnej) umożliwiający szybkie dotarcie do pacjenta. Zestawy były dostępne, a leki w nim umieszczone miały aktualne daty ważności. Leki i materiały wchodzące w ich skład przechowywane były w sposób funkcjonalny, tj. zapewniający dogodne z nich korzystanie.

(akta kontroli str. 397-403, 1071-1117)

**c. Dział Kontrola Zakażeń – KZ 1.8.** *Redukowanie ryzyka zakażeń obejmuje m.in. szczepienia personelu.* Zgodnie z opisem szczegółowym do tej rekomendacji, szpital powinien zapewnić szczepienia w szczególności przeciwko WZW i grypie dla wszystkich osób zatrudnionych w obszarach świadczenia opieki. Informacja o rodzajach i terminach szczepień powinna być łatwo dostępna. Szpital powinien gromadzić informacje o poziomie wyszczepienia pracowników, jak również o absencji chorobowej z powodu grypy. Podmiot leczniczy otrzymywał 5 punktów, gdy udokumentowano szczepienie co najmniej 80% personelu medycznego.

W Szpitalu obowiązywała pisemna procedura pt. „Szczepienia pracowników p/grypie i WZW typ B” z 1 marca 2017 r. Jej celem było zapewnienie ochrony przed zakażeniem sezonowym wirusem grypy oraz wirusem WZW typ B wszystkim osobom narażonym w obszarach świadczenia opieki zdrowotnej. Procedura przewidywała informowanie personelu Szpitala w II kwartale każdego roku kalendarzowego o zapisach na szczepienia przeciwko grypie w danym sezonie. W przypadku szczepień przeciwko WZW typ B, w trakcie badania wstępnego lub

okresowego pracownicy Szpitala mieli określany poziom przeciwciał anty/Hbs i w zależności od ich poziomu, lekarz medycyny pracy zlecał szczepienie pełnym cyklem lub doszczepienie.

(akta kontroli str. 404-410)

W okresie objętym kontrolą Komendant Szpitala zapewniał szczepienia ochronne przeciw WZW typu B i przedstawił dane o liczbie pracowników zaszczepionych. Informacja o zapisach na dobrowolne szczepienie przeciwko grypie na sezon 2016/2017 przekazana została personelowi Szpitala 29 czerwca 2016 r. W 2016 r. zostało zaszczepionych 53 pracowników z 517 zatrudnionych w Szpitalu w tym roku (według numerów PESEL). Od 2017 r. Komendant Szpitala odstąpił od informowania personelu o zapisach na szczepienie przeciwko grypie. Komendant Szpitala nie dysponował narzędziami, które pozwoliłyby osiągnąć wśród personelu 80% poziom wyszczepialności przeciwko grypie. Nie był również uprawniony do informacji, czy absencja chorobowa była spowodowana zachorowaniem na grypę.

(akta kontroli str. 604, 1051-1052)

**d. Dział Farmakoterapia – FA 3. Określono i wdrożono zasady pozyskiwania leków w trybie nagłym, FA 7. Opracowano i wdrożono procedurę nadzoru nad lekami przechowywanymi w oddziałach i FA 9. Opracowano system oznakowania przygotowanych leków.**

Procedura pozyskiwania leków w trybie nagłym określona była w „Receptariuszu Szpitalnym”<sup>10</sup>. Określony został zarówno tryb postępowania w godzinach pracy apteki szpitalnej dla leków ratujących życie (wydawane na podstawie zapotrzebowania lub rewersu poza ogólnie przyjętymi procedurami), jak i poza godzinami jej funkcjonowania (od 14:35 do 7:00 w dni powszednie oraz w soboty i święta). Depozyt lekowy znajdował się na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Pobrania leków z depozytu były ewidencjonowane w dedykowanym do tego rejestrze. Analiza łącznie siedmiu przypadków pobrań leków z depozytu potwierdziła przestrzeganie procedury odnotowywania ich w rejestrze.

(akta kontrola str. 411-415, 604-605)

W Szpitalu funkcjonował system nadzoru nad lekami przechowywanymi w oddziałach szpitalnych określony w pisemnej procedurze pt. „Zasady przechowywania produktów leczniczych i wyrobów medycznych” z 27 października 2015 r. Określone zostały zasady przechowywania leków na oddziałach (w tym m.in. zakaz dzielenia blistrów nożyczkami w sposób uniemożliwiający odczyt daty ważności lub numeru serii), rozdział odpowiedzialności stanowiskowej w tym zakresie, a także systematyczna kontrola apteczek przez personel fachowy apteki szpitalnej. W trakcie oględzin apteczek w dwóch oddziałach szpitalnych (na przykładzie pięciu losowo wybranych leków o relatywnie wysokim zużyciu) potwierdzono ich zgodność co do ilości i numerów serii ze stanem zaewidencjonowanym w aptece szpitalnej. Stwierdzono ponadto, że pracownicy apteki szpitalnej dwa razy w roku przeprowadzali kontrolę apteczek oddziałowych, odnotowując ten fakt w książce/zeszytcie kontroli przechowywanych w oddziałach. Kontrolą obejmowano m.in. daty ważności i przydatności leków do użycia, zestaw leków na wózku reanimacyjnym oraz wrywkowo sprawdzano stany faktyczne ze stanami z ewidencji komputerowej.

(akta kontrola str. 416-426, 1071-1121)

---

<sup>10</sup> Stanowiącym załącznik do Zarządzenia Nr 14/17 Komendanta Szpitala z dnia 24 maja 2017 r., a następnie Zarządzenia Nr 26/18 z dnia 8 sierpnia 2018 r. w sprawie wprowadzenia „Receptariusza Szpitalnego”.

System oznakowania przygotowanych leków zawarty został w procedurze pt. „Dokumentowanie zleczanych leków. Oznakowanie przygotowanych leków dla pacjentów” – wydanie pierwsze z 27 stycznia 2017 r. i drugie z 28 maja 2018 r. Zgodnie z procedurą butelka do kroplówki dedykowana pacjentowi jest opisana w sposób jednolity: numerem sali, imieniem i pierwszą literą nazwiska pacjenta, nr historii choroby, nazwą i dawką leku. W trakcie oględzin na jednym z oddziałów szpitalnych potwierdzono realizację procedury.

(akta kontroli str. 427-432, 1090-1091)

**e.** Dział Laboratorium – LA 2. *W szpitalu prowadzi się ocenę błędów przedlaboratoryjnych* i LA 3. *W szpitalu opracowano listę wykonywanych badań laboratoryjnych.*

W Szpitalu obowiązywała pisemna procedura pn. „Ocena analizy błędów przedlaboratoryjnych” z 1 marca 2017 r., która miała na celu ich interpretację dla zminimalizowania systematycznych i przypadkowych błędów diagnostycznych oraz ograniczenie liczby zbędnie powtarzalnych badań. Dane statystyczne przedstawiane były systematycznie przez współpracujące ze Szpitalem laboratorium diagnostyczne i następnie analizowane w oddziałach oraz na odprawach oddziałowych i ordynatorów. Analiza błędów prowadzona była także przed otrzymaniem certyfikatu akredytacyjnego. Odsetek błędów w okresie 2017 r. – I kwartał 2019 r. (0,17%) był niższy w porównaniu do 2016 r. (0,35%). W związku z przypadkami błędów przedlaboratoryjnych personel laboratorium przeprowadzał szkolenia w ramach odpraw kadry kierowniczej oddziałów (m.in. 6 czerwca 2017 r. i 26 września 2018 r.), a następnie pielęgniarki oddziałowe w ramach szkoleń wewnątrzoddziałowych omawiały błędy z personelem pielęgniarskim.

W okresie objętym kontrolą badania diagnostyki laboratoryjnej dla pacjentów Szpitala wykonywane były przez podmiot zewnętrzny na podstawie umów z 7 stycznia 2014 r., a następnie z 3 stycznia 2019 r. Lista wykonywanych badań laboratoryjnych określona została w załącznikach do tych umów, była w miarę potrzeby aktualizowana i zawierała wymagane informacje takie jak metody analityczne, tryb zlecenia oraz przybliżony czas oczekiwania na wynik.

(akta kontroli str. 433-437, 519-566, 605)

**f.** Dział Diagnostyka Obrazowa – DO 3. *Pacjenci otrzymują praktyczne informacje na temat badań radiologicznych.*

W Szpitalu obowiązywała pisemna procedura diagnostyczna z 31 marca 2017 r. pn. „Zasady postępowania z pacjentem dla wszystkich badań wykonywanych w pracowni diagnostyki obrazowej”. W procedurze uregulowano zasady postępowania z pacjentem dla wszystkich rodzajów badań wykonywanych w Pracowni Diagnostyki Obrazowej. Zakres procedury obejmował czynności związane z kwalifikacją, zarejestrowaniem, przygotowaniem pacjenta i wykonaniem badania oraz wydaniem wyników i ich archiwizacją. Pacjenci otrzymywali instrukcje przygotowania do poszczególnych badań w formie pisemnej lub ustnej w przypadku rejestracji telefonicznej. Instrukcje były dostępne w oddziałach i rejestracji do Pracowni Diagnostyki Obrazowej.

(akta kontroli str. 438-460)

**g.** Dział Odżywianie - OD 1.1. *W szpitalu opracowano diety* i OD 4. *W szpitalu zapewniono warunki do higienicznego przechowywania żywności pacjentów.*

W Szpitalu obowiązywała pisemna procedura medyczna pt. „Diety szpitalne i informacja na temat żywienia w okresie poszpitalnym” z 1 lutego 2017 r. Określono w niej m.in. rodzaj diet obowiązujących w Szpitalu. Usługi w zakresie planowania, przygotowania, dowiezienia i dystrybucji posiłków w Szpitalu świadczyła firma cateringowa zobowiązana (umową z 14 czerwca 2016 r.) do sporządzania przez

dyplomowanego dietetyka dekadowych jadłospisów dla diet podstawowej, łatwostrawnej (żołądkowa i wątrobowa) i cukrzycowej. Szpital zastrzegł sobie prawo do systematycznego sprawdzania wykonania umowy z firmą cateringową.

(akta kontroli str. 461-497, 567-591)

W Szpitalu wdrożono także procedurę pn. „Higieniczne przechowywanie żywności pacjentów” z 1 lutego 2017 r., która miała zapewnić pacjentom możliwość przechowywania w lodówkach oddziałowych żywności zgodne z zasadami higieny. Do kontroli czystości, temperatury oraz stanu technicznego lodówek oddziałowych zobowiązany został dietetyk, który sprawdza również, czy nie znajduje się w nich przeterminowana lub psująca się żywność. W korytarzach dwóch oddziałów szpitalnych (wybranych do oględzin) stwierdzono ogólnodostępne lodówki dla pacjentów. Na każdej z nich w widocznym miejscu znajdowała się zalaminowana instrukcja opisująca zasady przechowywania żywności pozwalająca pacjentom i osobom odwiedzającym łatwo zorientować się, jakie produkty żywnościowe można posiadać oraz gdzie i w jakich warunkach należy je przechowywać. Na lodówce zamieszczona została ponadto tabela z bieżącymi odczytami temperatury. Lodówki były czyste, sprawne i przechowywano w nich wyłącznie opakowaną żywność.

(akta kontroli str. 498-504, 1071-1117)

**h. Dział Zarządzanie Zasobami Ludzkimi – ZZ 5.3. Plan szkoleń uwzględnił tematykę zarządzania jakością. Personel powinien przejść przeszkolenie z zakresu zarządzania jakością, szczególnie kadra kierownicza powinna być systematycznie szkolona na temat jakości.**

W Szpitalu obowiązywała procedura medyczna ZZ 5 pn. „Podnoszenie kwalifikacji osób zatrudnionych” z 15 maja 2017 r. Procedura zakładała m.in., że podnoszenie kwalifikacji odbywa się poprzez szkolenia wewnętrzne i zewnętrzne, które dotyczą zróżnicowanej tematyki, zarówno z zakresu medycyny, jak i zarządzania, czy wprowadzania nowych procedur, technik oraz nowego sprzętu i urządzeń itp. Szkolenia z zakresu zarządzania jakością realizowane były w ramach szkoleń wewnątrzoddziałowych oraz wewnątrzszpitalnych. Plany szkoleń na lata 2017, 2018 i 2019 zawierały problematykę związaną z zarządzaniem jakością. Członkowie kadry kierowniczej Szpitala systematycznie uczestniczyli w szkoleniach lub studiach podyplomowych obejmujących problematykę zarządzania jakością (od czterech do dziewięciu szkoleń na osobę). Wszyscy wybrani w sposób losowy pracownicy medyczni Szpitala (10 lekarzy i 10 pielęgniarek)<sup>11</sup> uczestniczyli w co najmniej jednym szkoleniu z zakresu zarządzania jakością, w tym 11 z nich w ramach procedury adaptacyjnej jako nowo zatrudnieni. Komendant Szpitala wyjaśnił, że w trakcie przygotowywania Szpitala do przeglądu akredytacyjnego cały personel był przeszkolony w tym zakresie, ale nie było możliwe dokumentowanie wszystkich jednostkowych spotkań, w trakcie których ta szeroka i wielowątkowa dla podmiotu leczniczego problematyka była omawiana. Treści obejmujące zarządzanie jakością są wpisane w codzienne wykonywanie obowiązków przez personel Szpitala i mają na celu zapewnienie bezpieczeństwa i jakości udzielanych świadczeń, również w trakcie codziennych odpraw oddziałowych.

(akta kontroli str. 509-513, 603-621, 1131-1138)

**1.2.2. W trakcie kontroli wśród 50 pacjentów Szpitala przeprowadzono badanie ankietowe, w wyniku którego zweryfikowano dodatkowo spełnienie standardów PP 3. Pacjenci otrzymują zrozumiałe informacje o stanie zdrowia, PP 14. Pacjenci mają zapewnioną możliwość odwiedzin i ŚO 15. Pomieszczenia szpitala są czyste, prawidłowo ogrzane i wentylowane. W badaniu ankietowym 48 respondentów**

<sup>11</sup> Z uwzględnieniem 10 osób, które rozpoczęły świadczenie pracy na rzecz Szpitala w okresie objętym kontrolą.

potwierdziło, że w związku z przyjęciem do szpitala byli informowani o prawach i obowiązkach pacjenta oraz że informacja taka była spisana, czytelna i łatwo dostępna (dwóch respondentów udzieliło odpowiedzi „nie wiem” i „nie pamiętam”). W opinii wszystkich 50 ankietowanych w czasie pobytu w Szpitalu otrzymywali zrozumiałą informację o stanie zdrowia oraz została im zapewniona możliwość odwiedzin. Dla 52% z nich miało znaczenie posiadanie przez placówkę certyfikatu akredytacyjnego.

(akta kontroli str. 294-345, 514-518)

**1.2.3.** W okresie objętym kontrolą (łącznie trzy lata i pięć miesięcy) do Szpitala wpłynęło łącznie 10 skarg lub wniosków wniesionych w związku z niezapewnieniem w ocenie pacjentów odpowiedniej jakości udzielonych im świadczeń zdrowotnych w Szpitalu. W siedmiu sprawach skargi zostały uznane za bezzasadne, w jednej – usterka techniczna na jednym z oddziałów została usunięta, a w dwóch pozostałych prowadzone jest postępowanie sądowe. Skargi, które wpłynęły do Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Gdańsku w przedmiocie realizacji świadczeń zdrowotnych w Szpitalu (15 w 2016 r., 6 w 2017 r., 4 w 2018 r. i 3 do 27 maja 2019 r.) dotyczyły głównie okoliczności od Szpitala niezależnych<sup>12</sup> lub zawierały braki formalne i pozostawione zostały bez rozpatrzenia.

(akta kontroli str. 200-203, 382-384)

**1.2.4.** Po dacie otrzymania certyfikatu akredytacyjnego w Szpitalu odbyły się łącznie 22 kontrole przeprowadzone przez instytucje zewnętrzne, w tym cztery przez Pomorski Oddział Wojewódzki NFZ w Gdańsku, który w ich wyniku wydał oceny pozytywne w całości. Wyniki pozostałych kontroli także nie wskazywały na prowadzenie działalności niezgodnie z rekomendacjami wynikającymi ze standardów akredytacyjnych, w tym 10 z nich zakończonych zostało bez sformułowania wniosków i uwag.

(akta kontroli str. 200-203, 366-381, 606-611)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

W 2017 r. i kolejnych latach objętych kontrolą Komendant Szpitala odstąpił od informowania personelu Szpitala o zapisach na szczepienia przeciwko grypie w kolejnych sezonach zachorowań (odpowiednio 2017/2018 i następne), pomimo tego, że w okresie tym (od 1 marca 2017 r.) obowiązywała pisemna procedura pt. „Szczepienia pracowników p/grypie i WZW typ B”, z której taki obowiązek wynikał. Skutkowało to niezapewnieniem personelowi szczepień przeciwko grypie, wbrew rekomendacji wynikającej ze standardu KZ 1.8. Ostatnia informacja o zapisach na dobrowolne szczepienie przeciwko grypie przekazana została personelowi Szpitala 29 czerwca 2016 r. (na sezon 2016/2017). Omawiana procedura nie była zatem przestrzegana również w trakcie wizyty akredytacyjnej w listopadzie 2017.

Wyjaśnienia Komendanta Szpitala, iż zainteresowanie pracowników dobrowolnymi szczepieniami przeciwko grypie w latach poprzednich było znikome oraz że pomimo upływu kolejnych sezonów zachorowań na grypę pracownicy nie wychodzili z inicjatywą wznowienia akcji szczepień, ani nie zgłaszali zastrzeżeń z powodu braku takiej możliwości od 2017 r., w ocenie NIK, nie mogą stanowić uzasadnienia dla rezygnacji z oferowania personelowi Szpitala możliwości skorzystania z takich szczepień w świetle standardu KZ 1.8 i obowiązującej procedury Szpitala pt. „Szczepienia pracowników p/grypie i WZW typ B”.

(akta kontroli str. 404-410, 604, 1051-1053)

<sup>12</sup> Np. 12 z 15 skarg w 2016 r. dotyczyło braku możliwości kontynuowania leczenia w poradni endokrynologicznej z powodu braku zawarcia kontraktu w przedmiotowym zakresie udzielania świadczeń.

## OCENA CZĄSTKOWA

Przystąpienie przez Szpital do procesu akredytacyjnego, zakończone uzyskaniem w listopadzie 2017 r. certyfikatu potwierdzającego spełnianie standardów akredytacyjnych dla lecznictwa szpitalnego na poziomie 81%, miało istotny wpływ na funkcjonowanie Szpitala, poziom świadczeń zdrowotnych i bezpieczeństwo pacjentów. Wiązało się bowiem z usystematyzowaniem dotychczasowych i wprowadzeniem nowych rozwiązań systemowych zmierzających do zapewnienia zgodności z wybranymi wymogami określonymi w obwieszczeniu Ministra Zdrowia z dnia 18 stycznia 2010 r. w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania szpitali. Po upływie ponad 1,5 roku od uzyskania certyfikatu akredytacyjnego NIK zweryfikowała spełnienie 16 standardów akredytacyjnych wybranych spośród tych, które zostały uznane przez CMJ za w pełni wdrożone. W przypadku 15 z nich poziom spełnienia pokrywał się z wynikiem ustalonym przez CMJ w raporcie akredytacyjnym. Standard KZ 1.8 natomiast nie był w pełni przestrzegany od 2017 r., tj. również w trakcie przeprowadzenia wizyty akredytacyjnej. Komendant Szpitala nie przestrzegał w tym zakresie własnej pisemnej procedury wydanej 1 marca 2017 r. na podstawie standardu KZ 1.8. Powołany w Szpitalu w 2015 r. Zespół ds. Jakości rzetelnie realizował swoje zadania, w tym także związane z monitorowaniem realizacji rocznych programów działań dla poprawy jakości w obszarach, które przez CMJ uznane zostały za niespełnione lub częściowo spełnione. Przestrzeganie wybranych standardów potwierdzały również wyniki przeprowadzonego w trakcie kontroli badania ankietowego 50 pacjentów Szpitala. Pacjenci, w związku z przyjęciem ich do Szpitala, czuli się poinformowani o ich prawach, a w czasie pobytu o stanie zdrowia. Potwierdzili również dobry stan techniczny pomieszczeń i zapewnienie im możliwości odwiedzin. Dla 52% ankietowanych miało znaczenie przy jego wyborze, że Szpital posiada certyfikat akredytacyjny.

## OBSZAR

### **2. Wpływ wprowadzenia standardów akredytacyjnych na sytuację ekonomiczną Szpitala**

Opis stanu faktycznego

**2.1.** Wydatki Szpitala w związku z przygotowaniem do akredytacji wyniosły 44,3 tys. zł, poniesione zostały w okresie od 18 września 2014 r. do 28 lipca 2016 r. i dotyczyły: konsultacji związanej z wprowadzeniem standardów akredytacyjnych (0,3 tys. zł) oraz koordynacji prac dotyczących opracowania i wdrożenia standardów akredytacyjnych w Szpitalu (44,0 tys. zł) na podstawie realizacji dwóch umów z jednym wykonawcą<sup>13</sup>. W obu umowach określono, że należność z tytułu wykonania usługi stanowić będzie kwota 1.000,00 zł za 1 tydzień udzielania świadczeń, a w przypadku jednej z umów (obowiązującej od 1 stycznia do 30 czerwca 2016 r.) dodatkowo, że jeśli usługa będzie wykonywana poza siedzibą Szpitala to stawka będzie wynosić 500,00 zł za 1 tydzień udzielania świadczeń. Jak wyjaśnił Komendant Szpitala, zawarcie ww. umów było konieczne z uwagi na brak wśród pracowników Szpitala osób z kwalifikacjami i doświadczeniem w zakresie efektywnej organizacji prac związanych z wdrożeniem standardów akredytacyjnych.

(akta kontroli str. 623-698)

Z wyjaśnień Komendanta Szpitala wynikało, że w ramach ww. umów wykonawca: spotykał się z nim 41 razy w celu ustnego zaprezentowania zakresu wykonanych prac oraz zagadnień przewidzianych do wdrożenia; przeprowadził siedem szkoleń,

<sup>13</sup> Umowa nr 3/2015/I z dnia 14 stycznia 2015 r., obowiązująca do 31 grudnia 2015 r. i umowa nr 4/2016/I z 31 grudnia 2015 r., obowiązująca od 1 stycznia do 30 czerwca 2016 r.

w których łącznie uczestniczyło 198 pracowników Szpitala<sup>14</sup>; koordynował prace podczas tworzenia procedur i standardów Szpitala, w szczególności procedur w zakresie standardów w działach Ciągłości Opieki, Praw Pacjenta, Opieka nad Pacjentem i Ocena Stanu Pacjenta; przeprowadził we wrześniu i październiku 2015 r. audyt wykorzystania zasobów na bloku operacyjnym.

(akta kontroli str. 623-698, 842-886, 921, 928-979, 1043-1048, 1217-1232)

W badanym okresie Szpital ponosił także wydatki w związku z różnymi pracami remontowymi i doposażeniem sprzętowym na łączną kwotę 21.277,2 tys. zł. Nie były one jednak następstwem przystąpienia Szpitala do procesu certyfikacji. Zakres tych prac został przewidziany m.in. w Planie Modernizacji Technicznej oraz Centralnym Planie Inwestycji Budowlanych oraz planach finansowych i inwestycyjnych na lata 2016-2018. Źródłem ich finansowania były środki własne (1.979,5 tys. zł) i dotacje Ministerstwa Obrony Narodowej (19.297,7 tys. zł).

(akta kontroli str. 623-629, 699-798, 1034-1037)

W związku z otrzymaniem w 2017 r. certyfikatu akredytacyjnego Szpital uzyskał dodatkowe punkty w kryteriach ocen ofert w postępowaniu konkursowym NFZ, a przychody Szpitala wzrosły łącznie o 390,9 tys. zł, w tym 274,4 tys. zł w 2018 r. (0,5% przychodów ogółem w tym roku) i 116,5 tys. zł za okres od 1 stycznia do 31 maja 2019 r. Ponadto dzięki akredytacji ujednolicone zostały procedury i standardy postępowania w procesie opieki nad pacjentem i udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Komendant Szpitala wyjaśnił, że podanie skali wpływu ww. kwot na wzrost przychodów Szpitala ogółem w 2018 r. i 2019 r. w porównaniu do przychodów w roku poprzedzającym nie będzie miarodajne, głównie ze względu na istotną zmianę w 2017 r. sposobu finansowania szpitali.

(akta kontroli str. 699-798, 842-874, 910-927)

**2.2.** W okresie objętym kontrolą ogółem wzrastały zarówno przychody, jak i koszty działalności Szpitala. Dynamika wzrostu tych kategorii ekonomicznych była różna. W 2017 r. przychody i koszty Szpitala wyniosły odpowiednio 55.500,5 tys. zł i 57.458,7 tys. zł i w porównaniu do 2016 r. wzrosły o odpowiednio 3,2% (przychody) i 5,8% (koszty). W 2018 r. przychody i koszty Szpitala wyniosły 59.144,9 tys. zł i 59.679,9 tys. zł i wzrosły o odpowiednio 6,6% (przychody) i 3,9% (koszty). W każdym z lat objętych kontrolą Szpital odnotował ujemny wynik finansowy. W 2016 r. strata wynosiła 551,5 tys. zł, w 2017 r. 1.958,2 tys. zł, a w 2018 r. 535,0 tys. zł. Istotnie wyższa strata w 2017 r. (o 1.406,7 tys. zł) nie wynikała z przystąpienia przez Szpital do procesu akredytacji.

(akta kontroli str. 738-739, 887-888, 910-927, 1221)

Komendant Szpitala wyjaśnił, że w okresie objętym kontrolą w Szpitalu koszty ewidencjonowano w układzie rodzajowym oraz miejscach powstania kosztów (np. oddziały, pracownie, komórki organizacyjne itd.). Nie prowadzono rachunku kosztów rzeczywistych na pacjenta, w tym nie analizowano kosztów przeprowadzenia powtórnych i nieplanowanych hospitalizacji oraz reoperacji w przeliczeniu na jednego pacjenta. Użytkowany w Szpitalu program do obsługi rozliczeń „Esculap” nie posiadał modułu o funkcjonalności umożliwiającej wygenerowanie kosztów rzeczywistych dla danego świadczeniobiorcy.

(akta kontroli str. 799-804)

<sup>14</sup> Szkolenia: w dniu 21 stycznia 2015 r. z zakresu akredytacji przeznaczone dla kadry zarządzającej Szpitala, uczestniczyło 48 osób; w dniu 9 kwietnia 2015 r. dotyczące pielęgniarstwa dokumentacji medycznej – szkolenie dla pielęgniarek oddziałowych i odcinkowych, uczestniczyło 27 osób; w dniu 10 września 2015 r. dotyczące dokumentacji medycznej dla sekretarek medycznych oraz pracowników działu ruchu chorych, uczestniczyło 9 osób; w dniach 5, 12 i 26 listopada 2015 r. oraz w dniu 17 grudnia 2015 r. dotyczące wymagań akredytacyjnych dla ordynatorów, kierowników komórek organizacyjnych i oddziałowych, uczestniczyło odpowiednio 27, 28, 28 i 31 osób.

Zgodnie ze standardem PJ 2, w szpitalu dokonuje się regularnej analizy istotnych zdarzeń związanych z hospitalizacją, w tym m.in. nieplanowane, powtórne hospitalizacje (PJ 2.4) i reoperacje (PJ 2.5). W raporcie z przeglądu akredytacyjnego z 10 września 2017 r. wizytatorzy CMJ potwierdzili, że rozpoczęto analizowanie przyczyn hospitalizacji i reoperacji. W odniesieniu do liczby hospitalizowanych w pełnych latach 2016, 2017 i 2018, liczba rehospitalizacji stanowiła odpowiednio 0,6%, 0,7% i 0,3%, a reoperacji – 0,6%, 0,8% i 0,8%. Przyczyny reoperacji oraz rehospitalizacji były analizowane przez: Zespół do Spraw Analizy Zgonów i Reoperacji (od 2016 r. do I półrocza 2018 r.) w cyklu półrocznym i rocznym, ordynatorów poszczególnych oddziałów (za II półrocze 2018 r.) w cyklu miesięcznym i Zespół do Spraw Zdarzeń Niepożądanych (od 2019 r.) w cyklu półrocznym i rocznym. Wnioski z prowadzonych ww. analiz przedstawiono Komendantowi Szpitala oraz Zespołowi ds. Jakości w cyklu półrocznym i rocznym oraz omawiano na odprawach. Ponadto od 2017 r. analizy istotnych zdarzeń związanych z reoperacjami i rehospitalizacją pacjenta prowadzili ordynatorzy poszczególnych oddziałów i przedstawiali je na bieżąco personelowi oddziałów oraz Zespołowi ds. Jakości raz w miesiącu oraz raz w roku jako analiza zbiorcza. Analizy istotnych zdarzeń związanych z hospitalizacją (w tym reoperacji i rehospitalizacji) omawiano również na cotygodniowych odprawach z Zastępcą Komendanta Szpitala, podczas których prezentowano dany przypadek medyczny oraz podjęte działania. W wyniku powyższych analiz Zespół do Spraw Zdarzeń Niepożądanych w listopadzie 2016 r., w listopadzie i grudniu 2017 r. oraz w kwietniu 2018 r. przeszkolił pracowników na wszystkich oddziałach Szpitala odnośnie procedury zdarzeń niepożądanych, idei ich zgłaszania i procedury postępowania w przypadku ich powstania. (akta kontroli str. 74, 799-806, 810-841, 1006-1031)

W okresie objętym kontrolą do Szpitala wpłynęły informacje o dziewięciu pozwach pacjentów, którzy kwestionowali w nich jakość udzielonych im świadczeń. W przypadku sześciu pozwów sprawy były w toku, w jednej sprawie Sąd oddalił roszczenie, jeden pozew został przez Sąd odrzucony, a w jednej sprawie Wojewódzka Komisja do spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych orzekła o braku zdarzenia.

(akta kontroli str. 799-807)

**2.3. Analiza wartości wskaźników ekonomiczno-finansowych<sup>15</sup> za lata 2016-2018 wykazała, że:**

- wskaźniki zyskowności były najniższe w 2017 r. i wynosiły -3,53 (zyskowności netto), -2,06% (zyskowności działalności operacyjnej) i -2,43% (zyskowności aktywów); porównując wartości tych wskaźników w 2018 r. do 2016 r. (tj. roku przed akredytacją) odnotowano jednak ich nieznaczny wzrost o odpowiednio: 0,3 (z -1,2 do -0,9); 0,05 (z 0,44 do 0,49) i 0,71 (z -0,7 do 0,64);
- obniżyły się wartości wskaźników płynności (bieżącej płynności z 0,61 do 0,5, a szybkiej płynności z 0,52 do 0,42) oraz wskaźników efektywności (rotacji należności w dniach z 36,23 w 2016 r. do 35,94 w 2018 r., a rotacji zobowiązań w dniach z 43,26 w 2016 r. do 55,42 w 2018 r.); wartości wskaźników efektywności mieściły się w optymalnych przedziałach (odpowiednio do 45 dni i do 60 dni),
- wskaźnik zadłużenia aktywów wzrastał i kształtował się na poziomie od 28,07% w 2016 r. do 30,58% w 2018 r., a wskaźnik wypłacalności wynosił od 8,42 w 2016 r. do -79,29 w 2018 r.

(akta kontroli str. 1032-1033, 1046-1048, 1220-1225)

<sup>15</sup> Określonych w rozporządzeniu 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 zdrowotnej (Dz. U. poz. 832).

Jak wyjaśnił Komendant Szpitala, brak poprawy poszczególnych wskaźników ekonomicznych po przeprowadzeniu w Szpitalu procesu akredytacji i uzyskaniu certyfikatu akredytacyjnego wynika z tego, że akredytacja sama w sobie nie jest nakierowana na poprawę sytuacji ekonomiczno-finansowej Szpitala. Ponadto wyjaśnił, że na kondycję finansowo-ekonomiczną Szpitala w badanym okresie istotny wpływ miało szereg czynników, w tym m.in. następujące:

- w ustawie z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>16</sup> wprowadzono czynniki jakościowe *in minus* i *in plus* (np. certyfikat); Szpital otrzymał zwiększony ryczałt 0,015 za uzyskanie certyfikatu akredytacyjnego oraz współczynnik korygujący minus 0,01 przy wyliczeniu ryczałtu na 2018 r. i 2019 r.; wartość zwiększenia ryczałtu za uzyskanie akredytacji w pewnym sensie zrekompensowało tzw. współczynnik korygujący „spadek średniej wartości hospitalizacji”;
- niedoszacowanie przez NFZ procedur medycznych<sup>17</sup> oraz strata wynikająca ze zmian wprowadzonych przez NFZ od 1 lipca 2018 r. w rozliczeniach świadczeń w zakresie okulistyki, jednostek rozliczeniowych<sup>18</sup> poprzez przyjęcie cen z postępowań konkursowych z lat 2012-2013, kwoty ryczałtu na podstawie niższego wykonania świadczeń w Szpitalu z 2015 r., zamiast wyższego wykonania świadczeń z 2016 r. oraz włączenie do ryczałtu świadczeń ratujących życie<sup>19</sup>, co skutkowało niezaplaceniem nadwykonań w pełnym zakresie (240,1 tys. zł za 2016 r. i 808,1 tys. zł w 2017 r.);
- brak finansowania ze strony NFZ świadczeń wykonanych ponad ryczałt (strata Szpitala w 2018 r. – 219,7 tys. zł);
- utrata kontraktu w 2017 r. w wyniku wprowadzenia „sieci szpitali” w zakresie świadczeń gastroenterologii i w efekcie likwidacja oddziału po 30 września 2017 r.; przychód Oddziału Gastroenterologicznego w 2016 r. wyniósł 1.953,0 tys. zł, a za trzy kwartały 2017 r. 1 271,0 tys. zł;
- wysoki koszt obsługi zadłużenia - odsetki od kredytu i od zobowiązań w latach 2016-2018 wynosiły odpowiednio: 765,1 tys. zł; 810,5 tys. zł i 796,1 tys. zł;
- wypłata dodatku dla pielęgniarek oraz lekarzy (Szpital otrzymał środki finansowe z NFZ), skutki finansowe w latach 2017-2019, odpowiednio: 2.113,0 tys. zł; 3.437,0 tys. zł i około 4.467,0 tys. zł.

(akta kontroli str. 842-846, 887, 910-927, 1032-1033, 1046-1048, 1220-1225)

Porównując 2016 r. do 2018 r. liczba hospitalizowanych zmniejszyła się z 9.809 do 9.589 (tj. o 2,2%), a liczba łóżek ze 194 do 165 (tj. o 14,9%). Liczba pacjentów na jedno łóżko w Szpitalu z roku na rok rosła i wynosiła odpowiednio 50,6; 52,9 i 58,1. Wskaźnik ten w 2016 r. był niższy, a w 2017 r. wyższy od wskaźnika dla województwa pomorskiego (odpowiednio 51,3 i 46,1)<sup>20</sup>, a w porównaniu do wskaźnika dla całego kraju (45,3) zarówno w 2016 r., jak i w 2017 r. wyższy.

Średni okres pobytu chorego w Szpitalu w latach 2016-2018 wynosił odpowiednio 4,3; 4,2 i 4,1. W 2016 r. i 2017 r. był niższy od średniego czasu hospitalizacji w województwie pomorskim (4,6 i 5,1) i w kraju (5,3 w obu latach). Średnie obłożenie łóżek w ww. latach nieznacznie rosło i wynosiło odpowiednio 219,4; 220,6 i 238,1. W latach 2016 i 2017 było niższe od średniego wykorzystania łóżek w województwie pomorskim (235,4 i 233,9) oraz w kraju (241,5 i 240,1).

(akta kontroli str. 799-808)

<sup>16</sup> Dz. U. z 2017 r. poz. 844.

<sup>17</sup> Dotyczy: Chirurgii, Urologii, Oddziału Chorób Wewnętrznych.

<sup>18</sup> Dotyczy: poradni (AOS), programów lekowych, czy świadczeń kosztochłonnych, tj. świadczeń poza ryczałtem.

<sup>19</sup> Dotyczy: Oddziału Intensywnej Terapii i Neurologia – Udary.

<sup>20</sup> Dane o wskaźnikach dla województwa pomorskiego i kraju za rok 2016 i 2017 pochodzą z Biuletynu statystycznego Ministerstwa Zdrowia /<https://www.csioz.gov.pl/projekty/statystyka/biuletyn-statystyczny/>; za 2018 r. dane nie zostały opublikowane.

Komendant Szpitala wyjaśnił, że średnie wykorzystanie łóżek w Szpitalu w porównaniu do województwa pomorskiego i kraju (dla porównywalnego 2016 r. i 2017 r.) kształtowało się na podobnym poziomie z uwagi na skrócenie średniego pobytu pacjenta, a co za tym idzie zmniejszenie liczby osobodni przy różnicy łóżek o 10 szt. (stan liczby łóżek na dzień 31 grudnia 2016 r. - 194 szt., a na dzień 31 grudnia 2017 - 184 szt.) w związku z wygaszeniem prac: Oddziału Gastroenterologicznego od 30 września 2017 r. i Pododdziału Ginekologicznego do 30 czerwca 2016 r. Ponadto zwrócił uwagę, że baza łóżkowa w Szpitalu jest dużo mniejsza niż w innych szpitalach działających na rynku medycznym, a więc podstawowe parametry dotyczące świadczeń medycznych również były mniejsze.  
(akta kontroli str. 868-870, 887-893)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

Komendant Szpitala zawarł z wykonawcą dwie umowy na koordynację prac dotyczących opracowania i wdrożenia standardów akredytacyjnych w Szpitalu na okres od 14 stycznia 2015 r. do 30 czerwca 2016 r. Wydatki na wynagrodzenie dla wykonawcy wyniosły łącznie 44,0 tys. zł. Obie umowy zawarte zostały z naruszeniem niżej wymienionych postanowień „Regulaminu przygotowywania udzielania zamówień publicznych o wartości nieprzekraczającej wyrażonej w złotych kwoty 30 tys. euro”<sup>21</sup> (dalej: „Regulamin”):

1. W „Regulaminie” Komendant Szpitala ustanowił m.in. następujące obowiązki: określenia z należytą starannością wartości szacunkowej zamówienia w rozumieniu przepisów art. 32 ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych<sup>22</sup> (§ 4 ust. 1), zamieszczania danych dotyczących zamówienia w Rejestrze Zamówień Publicznych (§ 4 ust. 6), skierowania zapytania ofertowego do co najmniej trzech wykonawców, chyba że ze względu na specjalistyczny charakter zamówienia liczba wykonawców mogących je wykonać jest mniejsza (§ 5 ust. 1), udzielenia zamówienia wykonawcy, który złożył najkorzystniejszą ofertę (§ 5 ust. 7), dokumentowania procedury udzielenia zamówienia w karcie zamówienia i dołączenia jej wypełnionej do projektu umowy z wykonawcą (§ 8). W § 10 ust. 1 „Regulaminu” określone zostały przesłanki, na podstawie których Komendant Szpitala mógł odstąpić od wyboru wykonawcy na podstawie zapytania ofertowego<sup>23</sup>. Powody odstąpienia od procedury, w tym m.in. od skierowania zapytania ofertowego, powinny zostać opisane w karcie zamówienia (§ 10 ust. 2).

Komendant Szpitala w trakcie kontroli nie przedstawił karty omawianego zamówienia. Ponadto zamówienie nie zostało zamieszczone w Rejestrze Zamówień Publicznych. Niemożliwe zatem było stwierdzenie, czy wartość omawianej usługi została ustalona z należytą starannością oraz czy zaistniały przesłanki umożliwiające odstąpienie od konkurencyjnej procedury wyboru wykonawcy, w tym m.in. określonej w § 10 ust. 1 lit. b „Regulaminu” (wykonanie zamówienia będzie uzależnione od szczególnych przymiotów osobistych wykonawcy).

<sup>21</sup> Wprowadzony Zarządzeniem Komendanta Szpitala Nr 23/2014 z dnia 22 kwietnia 2014 r.

<sup>22</sup> Dz. U. z 2018 r. poz. 1986, ze zm.

<sup>23</sup> Gdy wystąpiła pilna potrzeba udzielenia zamówienia, a Szpital nie dysponował czasem odpowiednim do przeprowadzenia procedury wyboru wykonawcy (w szczególności w przypadku awarii, zagrożenia dla bezpieczeństwa ludzi lub mienia), zamówienie będzie realizowane w formie umowy o dzieło lub umowy zlecenia, a jego wykonanie będzie uzależnione od szczególnych przymiotów osobistych wykonawcy (np. specjalistycznej wiedzy, dorobku naukowego) lub w innych szczególnych wypadkach uzasadnionych charakterem zamówienia.

W pisemnych wyjaśnieniach Komendant Szpitala potwierdził m.in., że:

- wykonawca przedstawił jemu ustną ofertę, a wynagrodzenie wykonawcy ustalono w oparciu o analizę zakresu zadań do wykonania oraz informacje uzyskane od podmiotów leczniczych z województwa kujawsko-pomorskiego oraz pomorskiego, z którymi wykonawca współpracował w zakresie wdrażania akredytacji,
- był osobiście zaangażowany w wybór wykonawcy i podjął decyzję o zawarciu ww. umów z wykonawcą po uzyskaniu ustnych rekomendacji z innych szpitali, w których wykonawca świadczył podobne usługi, a także na podstawie posiadanego przez wykonawcę doświadczenia zawodowego w zakresie zarządzania jakością w podmiotach leczniczych,
- Szpital nie posiadał informacji na temat innych podmiotów posiadających wiedzę i doświadczenie pozwalające na zrealizowanie zakładanego celu, do których można było zwrócić się o przedstawienie oferty.

Ponadto, w ocenie Komendanta Szpitala, niecelowe i niemożliwe było formalne udokumentowanie procedury udzielenia przedmiotowego zamówienia, w tym nie było konieczne, aby dane dotyczące wykonawcy zostały zamieszczone w Rejestrze Zamówień Publicznych Szpitala, ponieważ są w nim ewidencjonowane umowy, w których zawarcie nie jest osobiście zaangażowany. Ponadto Komendant Szpitala wyjaśnił, że omawiany „Regulamin”, jak i wszelkie postanowienia w nim zawarte pełnią funkcję pomocniczą dla nadzoru Komendanta Szpitala nad postępowaniami, których nie może przeprowadzić i nadzorować osobiście i nie miał nigdy na celu zrównania roli Komendanta Szpitala i zakresu jego kompetencji do roli i zakresu kompetencji pracownika Szpitala.

(akta kontroli str. 77-158, 842-846, 868-874, 928-932, 942-979)

Przedstawione przez Komendanta Szpitala wyjaśnienia nie mogą stanowić uzasadnienia dla stwierdzonych nieprawidłowości. W „Regulaminie” nie określono wymienionych przez Komendanta odstępstw od jego przestrzegania. W ocenie NIK, Komendant Szpitala nie dołożył należytej staranności przy wyborze podmiotu, z którym podpisał umowy na koordynację prac związanych z przygotowaniem Szpitala do procedury akredytacji. Komendant Szpitala prowadził negocjacje tylko z jednym wykonawcą i nie wystąpił do właściwej komórki organizacyjnej Szpitala (zajmującej się w Szpitalu zamówieniami publicznymi) z prośbą o ustalenie, czy istnieją na rynku inne podmioty świadczące takie usługi. Ponadto Komendant Szpitala nie udokumentował prowadzonych działań, czym naruszył § 8 i § 10 ust. 2 „Regulaminu”. W trakcie kontroli nie było zatem możliwe potwierdzenie, czy zakupu usług dokonano z zachowaniem zasady określonej w art. 44 ust. 3 pkt 1 lit. a ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych<sup>24</sup>, tj. uzyskiwania najlepszych efektów z danych nakładów.

2. Komendant Szpitala w trakcie kontroli nie przedstawił załączników do wystawionych przez wykonawcę 17 faktur na łączną kwotę 44,0 tys. zł, wymaganych na podstawie § 8 ust. 1 umów, które stanowić miały wykaz udzielonych na rzecz Szpitala świadczeń.

Komendant Szpitala wyjaśnił m.in., że ww. zapisy umów dotyczące załączników do faktur miały na celu pomóc mu w kontroli realizacji umowy, gdyby takiej kontroli nie mógł sprawować osobiście. W przypadku gdy bezpośrednio kontrolował realizację umów i podczas spotkań z wykonawcą miał bieżącą

---

<sup>24</sup> Dz. U. z 2019 r. poz. 869.

wiedzę o realizacji umów, nie było konieczne sporządzanie załączników do ww. faktur dla uruchomienia płatności.

(akta kontroli str. 1046-1048, 1220-1225)

Przedstawione przez Komendanta Szpitala wyjaśnienia nie mogą stanowić uzasadnienia dla nieprzestrzegania postanowień zawartych w § 8 ust. 1 umów zobowiązujących do przedkładania faktur wraz z załącznikami zawierającymi istotne informacje o zrealizowanych działaniach. Podkreślić przy tym należy, że w czasie obowiązywania umów nie wprowadzono w ich treści żadnych zmian dezaktualizujących wcześniejsze postanowienia.

3. Faktura na kwotę 6 tys. zł wystawiona przez wykonawcę za usługi wykonane w październiku 2015 r. została zatwierdzona przez Komendanta Szpitala bez uwag do wypłaty, pomimo tego, że październik 2015 r. obejmował 4 tygodnie, a w umowie ustalono stawkę w wysokości 1.000 zł za tydzień.

(akta kontroli str. 633, 675-677)

Według wyjaśnień Komendanta Szpitala w ramach realizacji jednej z umów na koordynację wdrożenia w Szpitalu standardów akredytacyjnych ustnie zlecił wykonawcy przeprowadzenie dodatkowo audytu wykorzystania zasobów na bloku operacyjnym Szpitala (w sierpniu i wrześniu 2015 r.) za dodatkowe wynagrodzenie w kwocie 2,0 tys. zł ujęte przez wykonawcę w ww. fakturze za październik 2015 r. Komendant Szpitala nie przedstawił jednak kontrolerom NIK dokumentów potwierdzających wykonanie audytu wyjaśniając, że Szpital nie miał prawnego obowiązku archiwizacji tych dokumentów. Wyjaśnił ponadto, że po zakończeniu audytu i zapoznaniu się z jego wynikami przyjął od wykonawcy ww. pracę, ale po upływie prawie 4 lat nie jest w stanie podać szczegółów dotyczących jej wykorzystania.

(akta kontroli str. 1218-1232)

W ocenie NIK, działanie to było niezgodne z § 13 umowy, zgodnie z którym zmiana jej warunków wymagała zachowania formy pisemnej pod rygorem nieważności. Zlecenie wykonawcy powyższych działań w ramach jednej z obowiązujących umów na koordynację prac wdrożenia standardów akredytacyjnych powinno być poprzedzone zmianą jej treści, w tym w zakresie przedmiotu dodatkowej pracy, jak i kalkulacji wynagrodzenia. Podkreślić należy, że faktury wystawione przez wykonawcę za sierpień i wrzesień 2015 r. dotyczyły tylko prac związanych z wdrożeniem standardów akredytacyjnych i nie została w ich treści wyszczególniona żadna praca dodatkowa.

#### OCENA CZĄSTKOWA

Zdaniem NIK, przystąpienie Szpitala do programu akredytacji nie miało znaczącego wpływu na jego sytuację ekonomiczno-finansową oraz kształtowanie parametrów charakteryzujących wykorzystanie potencjału Szpitala, czy skalę medycznych reinterwencji. Dodatkowe przychody z NFZ z tytułu posiadania przez Szpital certyfikatu akredytacyjnego i koszty poniesione na etapie przygotowywania Szpitala do akredytacji były nieistotne dla wartości poszczególnych wskaźników ekonomiczno-finansowych. Zastrzeżenia NIK dotyczyły sposobu wyboru wykonawcy usługi polegającej na koordynacji opracowania i wdrożenia standardów akredytacyjnych w Szpitalu oraz rozliczenia zawartej z nim umowy.

## IV. Wnioski

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

#### Wnioski

1. Zapewnić wszystkim osobom zatrudnionym w Szpitalu w obszarze świadczenia opieki zdrowotnej możliwość zaszczepienia przeciwko grypie.

2. Wprowadzić skuteczne mechanizmy kontrolne uniemożliwiające udzielanie zamówień publicznych z pominięciem obowiązujących w Szpitalu regulacji wewnętrznych.
3. Wprowadzić skuteczne mechanizmy kontrolne zapewniające realizację umów zgodnie z ich postanowieniami.

## 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 Gdańsku. Prawo zgłaszania zastrzeżeń, zgodnie z art. 61b ust. 2 ustawy o NIK, nie przysługuje do wystąpienia pokontrolnego zmienionego zgodnie z treścią uchwały w sprawie zastrzeżeń.

Obowiązek  
poinformowania  
NIK o sposobie  
wykorzystania uwag  
i wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

W przypadku wniesienia zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, termin przedstawienia informacji liczy się od dnia otrzymania uchwały o oddaleniu zastrzeżeń w całości lub zmienionego wystąpienia pokontrolnego.

Gdańsk, ... lipca 2019 r.

Kontroler:  
Katarzyna Michalska  
główny specjalista k.p.

Najwyższa Izba Kontroli  
Delegatura w Gdańsku

.....  
*podpis*

.....  
*podpis*