



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI  
Delegatura w Katowicach

LKA.410.013.01.2019

Pan  
Wiesław Rycerski  
p.o. Dyrektora  
„Repty” Górnośląskiego Centrum Rehabilitacji  
im. gen. Jerzego Ziętka;  
ul. Śniadeckiego 1, 42-604 Tarnowskie Góry

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/19/095 Akredytacja podmiotów leczniczych

# I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	„Repty” Górnośląskie Centrum Rehabilitacji im. gen. Jerzego Ziętka <sup>1</sup> ; ul. Sniadeckiego 1, 42-604 Tarnowskie Góry.
Kierownik jednostki kontrolowanej	Wiesław Rycerski, p.o. Dyrektora <sup>2</sup>
Zakres przedmiotowy kontroli	Wpływ zewnętrznej oceny jakości świadczeń zdrowotnych na funkcjonowanie podmiotu leczniczego, poziom świadczeń zdrowotnych i bezpieczeństwo pacjentów. 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. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli <sup>3</sup>
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Katowicach
Kontrolerzy	1. Monika Bukowiec, inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKA/139/2019 z 28 maja 2019 r., 2. Tomasz Raszka, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKA/140/2019 z 28 maja 2019 r.,

(akta kontroli str. 1-2)

---

<sup>1</sup> Zwany dalej „Szpitalem”.

<sup>2</sup> Zwany dalej „Dyrektorem”, pełniący tę funkcję od 30 listopada 2018 r. Wcześniej, w okresie objętym kontrolą funkcję tę pełnili: Krystian Oleszczyk (w okresie do 31 sierpnia 2018 r.) i Andrzej Pilot (w okresie od 1 września do 29 listopada 2018 r.).

<sup>3</sup> Dz. U. z 2019 r. poz. 489, zwaną dalej „ustawą o NIK”.

## II. Ocena ogólna<sup>4</sup> kontrolowanej działalności

### OCENA OGÓLNA

Szpital według oceny wystawionej po przeprowadzonym w październiku 2017 r. przeglądzie akredytacyjnym przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia<sup>5</sup> spełnił standardy akredytacyjne na poziomie 90%. Osiągnięty w 2017 r. poziom spełniania standardów wg CMJ był na podobnym poziomie w stosunku do wcześniej osiągniętego w 2014 r. (91%). W latach 2014-2017, tj. pomiędzy wizytami akredytacyjnymi, Szpital usprawnił swoją działalność w obszarze objętym jednym standardem akredytacyjnym spośród 13 objętych szczegółową analizą NIK. W badaniu ankietowym, pacjenci wysoko ocenili spełnienie standardów dotyczących praw pacjenta i zarządzania środowiskiem opieki. Przystąpienie do procesu akredytacyjnego oraz spełnianie standardów akredytacyjnych korzystnie wpływa na jakość świadczeń medycznych udzielanych przez Szpital.

Proces akredytacji skutkowało wdrożeniem w Szpitalu określonych procedur mających na celu zagwarantowanie jego funkcjonowania w sposób określony w standardach akredytacyjnych. Jednocześnie, jak ustalono na podstawie badania próby 13 standardów, które zostały ocenione przez CMJ na maksymalną liczbę punktów, nie wszystkie z nich były spełnione, tak w trakcie ostatniej certyfikacji, jak i w trakcie kontroli NIK. Dwa standardy (dot. szkoleń z zakresu resuscytacji krążeniowo-oddechowej<sup>6</sup> oraz dostępności leków stosowanych w stanach zagrożenia życia) nie zostały spełnione w wyniku naruszenia obowiązujących w Szpitalu wewnętrznych procedur (odpowiednio w całości lub w części). Dodatkowo, w kolejnych latach nie odnotowano poprawy stopnia spełniania pierwszego z ww. standardów (odsetek personelu medycznego przeszkolonego z zakresu RKO zmniejszył się), a miał on bezpośredni wpływ na bezpieczeństwo pacjenta. Dwa kolejne (dot. szczepień przeciwko grypie oraz przeprowadzania badania satysfakcji personelu) zostały natomiast ocenione przez CMJ jako spełnione, jednakże Szpital nie posiadał instrumentów by zrealizować te wymogi. Ponadto w Szpitalu nie wdrożono procedury zapewniającej skuteczny nadzór nad ilością leków przechowywanych w oddziałach Szpitala, co było działaniem nierzetelnym i niespełniającym wymogów standardu dot. nadzoru nad lekami przechowywanymi w oddziałach.

Przystąpienie do procesu akredytacji nie wpłynęło na sytuację ekonomiczną Szpitala oraz na zmianę innych parametrów obrazujących jego działalność.

## III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowej<sup>7</sup> 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

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

<sup>5</sup> Zwane dalej „CMJ”.

<sup>6</sup> Zwanej dalej „RKO”.

<sup>7</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.

1. Szpital otrzymał certyfikat akredytacyjny 8 grudnia 2017 r., obowiązujący w okresie trzech lat (do 7 grudnia 2020 r.). Wskazano w nim następujący zakres: „działalność Specjalistycznego Szpitala Rehabilitacyjnego ‘Repty’ Tarnowskie Góry”.

(akta kontroli str. 4)

2. Procedura akredytacyjna zakończona aktualnie obowiązującym certyfikatem przeprowadzona została z wykorzystaniem standardów akredytacyjnych z 2009 r.<sup>8</sup> opublikowanych w drodze obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 18 stycznia 2010 r. w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania szpitali<sup>9</sup>.

3. Szpital złożył wniosek o udzielenie akredytacji w lutym 2017 r.

Pismem z 19 czerwca 2017 r. CMJ zaproponowało termin wizyty akredytacyjnej na 4-6 października 2017 r., który został przez Centrum zaakceptowany.

Szpital otrzymał harmonogram wizyty akredytacyjnej od CMJ pismem z 25 września 2017 r.<sup>10</sup> (wysłanym na 9 dni przed rozpoczęciem tej wizyty<sup>11</sup>). Harmonogram określał wymagane przepisami terminy poszczególnych czynności<sup>12</sup>.

Pracownicy CMJ odbyli jedną wizytę akredytacyjną w wyżej wyznaczonym terminie.

Raport z wizyty akredytacyjnej został sporządzony 24 października 2017 r. i przesłany do Szpitala następnego dnia.

Szpital nie wniósł zastrzeżeń do treści raportu, o czym niezwłocznie poinformował pisemnie CMJ.

(akta kontroli str. 5-19, 28)

4. Szpital posiadał certyfikat akredytacyjny obowiązujący wcześniej w okresie objętym kontrolą (od 30 września 2014 r. do 29 września 2017 r.), procedura akredytacyjna przeprowadzona została również z wykorzystaniem standardów z 2009 r.

(akta kontroli str. 28, 30)

5. Zarządzeniem wewnętrznym<sup>13</sup> Dyrektor ustanowił Regulamin Standardów Akredytacyjnych Szpitala „celem ujednoczenia zasad przygotowania, rejestrowania, wydawania i nadzorowania standardów akredytacyjnych”.

Zgodnie z ww. Regulaminem „*nadzór merytoryczny nad wskazanymi standardami akredytacyjnymi (grupą standardów)*” miał pełnić powołany z grupy pracowników Szpitala - zespół akredytacyjny, natomiast „*nadzór nad programem akredytacji szpitala*” miał sprawować wyznaczony przez Dyrektora pracownik – Koordynator ds. Jakości Świadczeń (Usług) Medycznych<sup>14</sup>.

Zgodnie z pkt 4 Regulaminu:

- Dyrektor szpitala miał odpowiadać za nadzór ogólny i zatwierdzenie wewnętrznych dokumentów obowiązujących w Szpitalu dla każdego ze

<sup>8</sup> Zwanych dalej „standardami z 2009 r.”

<sup>9</sup> Dz. Urz. MZ z 2010 r. Nr 2, poz. 24, zwanego dalej „Obwieszczeniem MZ ws. standardów”.

<sup>10</sup> Które wpłynęło do Szpitala 29 września 2017 r.

<sup>11</sup> CMJ nie dochowało tym samym terminu przesłania Szpitalowi harmonogramu przeglądu (określonego w §2 ust 2-4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 31 sierpnia 2009 r. w sprawie procedury oceniającej spełnianie przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych standardów akredytacyjnych oraz wysokości opłat za jej przeprowadzenie (Dz. U. Nr 150 poz. 1216) jako „nie później niż 14 dni przed rozpoczęciem przeglądu”.

<sup>12</sup> Rozpoczęcia przeglądu, wizytacji pomieszczeń podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, oceny dokumentacji medycznej oraz innej dokumentacji niezbędnej do przeprowadzenia przeglądu, w szczególności dotyczącej pracowników podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, struktury organizacyjnej podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, funkcjonowania podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, wywiadów z pracownikami podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, wywiadów z pacjentami podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych.

<sup>13</sup> Nr 7 z dnia 10 marca 2006 r.

<sup>14</sup> Zwany dalej „Koordynatorem ds. Jakości”.

- standardów akredytacyjnych z 2009 r., zwanych dalej „standardami akredytacyjnymi Szpitala”,
- przewodniczący poszczególnych zespołów akredytacyjnych mieli odpowiadać za przygotowanie projektów standardów akredytacyjnych Szpitala, ich aktualizację oraz modyfikację zgodnie z przydziałem,
  - Zastępcy Dyrektora mieli odpowiadać za ustalenie zgodności treści standardów z obowiązującymi przepisami prawa i wewnętrznymi regulacjami obowiązującymi w Szpitalu oraz ustalenie rozdzielnika (wskazanie podległych komórek organizacyjnych, w których standard akredytacyjny Szpitala będzie przechowywany),
  - Koordynator ds. Jakości miał odpowiadać za ustalenie zgodności treści standardów akredytacyjnych Szpitala z zasadami Programu Akredytacji Szpitali, prowadzenie rejestrów standardów i instrukcji akredytacyjnych, ich przechowywanie, dystrybucję do poszczególnych komórek organizacyjnych oraz wycofywanie i niszczenie nieaktualnych wersji standardów i instrukcji.
- (akta kontroli str. 39, 42-44)

Na podstawie zarządzeń wewnętrznych<sup>15</sup> Dyrektora powołany został 14 osobowy<sup>16</sup> Zespół ds. Jakości<sup>17</sup>, w którego skład weszli m.in. przewodniczący 11 zespołów akredytacyjnych: Zespołu ds. standardowych procedur postępowania, dokumentacji medycznej i informacji<sup>18</sup>, Zespołu ds. praw pacjenta<sup>19</sup>, Zespołu ds. farmakoterapii<sup>20</sup>, Zespołu ds. kontroli zakażeń szpitalnych<sup>21</sup>, Zespołu ds. ratownictwa<sup>22</sup>, Zespołu ds. żywienia<sup>23</sup>, Zespołu ds. środowiska opieki<sup>24</sup>, Zespołu ds. planowania strategicznego<sup>25</sup>, Zespołu ds. zasobów osobowych i szkoleń<sup>26</sup>, Zespołu ds. profilaktyki odleżyn<sup>27</sup>, Zespołu ds. edukacji i promocji zdrowia<sup>28</sup>.

Zgodnie z § 5 ww. zarządzenia przewodniczący zespołu akredytacyjnego miał zwoływać zebrania zespołu, ustalać jego tematykę, sporządzać sprawozdania zebrań i przekazywać je Koordynatorowi ds. Jakości. Do jego obowiązków (§ 7) należało również opracowanie rocznego sprawozdania z pracy zespołu i przekazania go Koordynatorowi do dnia 31 marca roku następującego po okresie będącym przedmiotem sprawozdania.

(akta kontroli str. 54-57)

W okresie od uzyskania ostatniej akredytacji przedstawiciele Zespołu ds. Jakości spotkali się trzykrotnie:

- w dniu 11 grudnia 2017 r. - przedstawiono wówczas oraz omówiono raport z wizyty akredytacyjnej, która odbyła się w szpitalu w październiku 2017 r. ze szczególnym uwzględnieniem standardów, które nie zostały w pełni spełnione,

<sup>15</sup> Zarządzenia Nr DN-0150 (16) 2015 z dnia 1 kwietnia 2015 r. w sprawie kontynuowania prac zespołów akredytacyjnych oraz Zarządzenia Nr DN-0150 (9) 2019 z dnia 18 lutego 2019 r. w sprawie kontynuowania prac zespołów akredytacyjnych, zwanych dalej zarządzeniami Dyrektora ws. prac zespołów akredytacyjnych.

<sup>16</sup> M.in. czterech doktorów nauk medycznych, jeden lekarz medycyny i jeden doktor nauk o kulturze fizycznej.

<sup>17</sup> Nadzorujący standardy akredytacyjne: Poprawa jakości i bezpieczeństwo pacjenta (PJ 1 – PJ 6) oraz Ciągłość opieki (CO 1 – CO 11).

<sup>18</sup> Nadzorujący standardy akredytacyjne: Ocena stanu pacjenta (OS 1 – OS 5), Opieka nad pacjentem (OP 1 – OP 6, z wyłączeniem OP 2.2; OP 3; OP 4; OP 5) oraz Zarządzanie informacją (ZI 1 – ZI 6).

<sup>19</sup> Nadzorujący standard akredytacyjny: Prawa pacjenta (PP 1 – PP 20).

<sup>20</sup> Nadzorujący standard akredytacyjny: Farmakoterapia (FA 1 – FA 13).

<sup>21</sup> Nadzorujący standardy akredytacyjne: Kontrola zakażeń (KZ 1 – KZ 6) oraz Laboratorium (LA 1 – LA 8).

<sup>22</sup> Nadzorujący standard akredytacyjny: Opieka nad pacjentem (OP 2.2 – OP 5).

<sup>23</sup> Nadzorujący standard akredytacyjny: Odżywianie (OD 1 – OD 5).

<sup>24</sup> Nadzorujący standard akredytacyjny: Zarządzanie środowiskiem opieki (ŚO 1 – ŚO 19).

<sup>25</sup> Nadzorujący standard akredytacyjny: Zarządzanie ogólne (ZO 1 – ZO 11).

<sup>26</sup> Nadzorujący standard akredytacyjny: Zarządzanie zasobami ludzkimi (ZZ 1 – ZZ 9).

<sup>27</sup> Nadzorujący standard akredytacyjny: Opieka nad pacjentem (OP 2 P/1).

<sup>28</sup> Nadzorujący standard akredytacyjny: Ciągłość opieki (CO 12 – CO 13).

- w dniu 10 grudnia 2018 r. - ustalono wówczas konieczność przeprowadzenia szkolenia przez radcę prawnego i psychologa z zakresu bezpieczeństwa pacjentów i personelu dot. agresji w ochronie zdrowia w pierwszym kwartale 2019 r. oraz modyfikację standardu akredytacyjnego z grupy prawa pacjenta dotyczącego przymusu bezpośredniego, a także standardu z grupy środowisko opieki dotyczącego segregacji odpadów, zgodnie z obowiązującymi przepisami rozporządzeń Ministra Zdrowia,
- w dniu 7 stycznia 2019 r. – omówiono konieczność aktualizacji zarządzeń wewnętrznych Dyrektora w sprawie zespołów akredytacyjnych.

(akta kontroli str. 58-59, 63-65)

Ponadto jak wynika z rocznych sprawozdań Koordynatora ds. Jakości za lata 2017 i 2018, który jednocześnie przewodniczył Zespołowi ds. Jakości (w okresie do 17 lutego 2019 r.), zespoły akredytacyjne spotykały się według ustalonego harmonogramu raz w roku. Na spotkaniach omawiano standardy nadzorowane przez poszczególne zespoły.

(akta kontroli str. 70-73, 78-81)

Stwierdzono przypadki nieprzestrzegania zarządzeń Dyrektora ws. prac zespołów akredytacyjnych w zakresie obowiązku zwoływania zebrań oraz składania sprawozdań z pracy poszczególnych zespołów, co opisano niżej w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.

6. Stopień wdrożenia standardów akredytacyjnych w Szpitalu, tj. łączna ocena ujęta w raporcie z 8 grudnia 2017 r. sporządzonym przez podmiot certyfikujący CMJ) wyniósł 90%. W raporcie omówiono 28 standardów akredytacyjnych, które nie były spełnione (14 standardów) albo były częściowo spełnione (14 standardów) przez Szpital wraz z przypisanymi im ocenami (odpowiednio 1 punkt oraz 3 punkty).

W okresie wcześniejszym stopień wdrożenia standardów akredytacyjnych w Szpitalu (łączna ocena w raporcie z 8 czerwca 2014 r. sporządzonym przez CMJ) wyniósł 91%. W raporcie omówiono 24 standardy akredytacyjne, które nie były spełnione (11 standardów) albo były częściowo spełnione (13 standardów) przez Szpital wraz z przypisanymi im ocenami (odpowiednio 1 punkt oraz 3 punkty).

(akta kontroli str. 12-18, 32-38, 82-89)

W wyniku analizy ww. dwóch kolejnych raportów z akredytacji, stwierdzono, że w grudniu 2017 r., w stosunku do stanu z czerwca 2014 r.:

- poprawie uległ stopień wdrożenia sześciu ocenianych standardów akredytacyjnych<sup>29</sup>, z tego po jednym z obszarów: ciągłość opieki (CO), ocena stanu pacjenta (OS), farmakoterapia (FA), zarządzanie ogólne (ZO), zarządzanie zasobami ludzkimi (ZZ), zarządzanie informacją (ZI),
- pogorszeniu uległ stopień wdrożenia dziewięciu ocenianych standardów akredytacyjnych, z tego: trzech z obszaru poprawy jakości i bezpieczeństwa pacjentów (PJ), dwóch z obszaru oceny stanu pacjenta (OS) oraz po jednym z obszarów: prawa pacjenta (PP), farmakoterapia (FA), ciągłość opieki (CO), zarządzanie informacją (ZI).

(akta kontroli str. 82-89)

W odpowiedzi na pytanie czy Zespół ds. Jakości dokonywał porównań/analiz dwóch kolejnych raportów z akredytacji pod kątem przyczyn zmian wynikających z punktacji poszczególnych standardów, a w szczególności pogorszenia stopnia wdrożenia dziewięciu ocenianych standardów, Przewodniczący Zespołu ds. Jakości wyjaśnił, m.in. że: *Zespół ds. jakości wykonuje każdorazowo szczegółową analizę raportu z wizyty akredytacyjnej, omawia punktację przedstawioną w raporcie.*

<sup>29</sup> W tym jednego objętego przez NIK badaniem szczegółowym (FA 11).

Natomiast przewodniczący poszczególnych zespołów zadaniowych w trybie roboczym monitorują i modyfikują funkcjonowanie poszczególnych standardów nadzorowanych przez zespół. Ewentualne sugestie i wnioski są w trybie roboczym zgłaszane do rozważenia na cotygodniowej odprawie kierownictwa szpitala.

(akta kontroli str. 28)

## **II. Spełnianie wybranych standardów akredytacyjnych przez podmiot leczniczy**

Zgodnie ze standardem PJ 1 (z 2009 r.), w Szpitalu opracowywano co roku pisemny plan pracy Zespołu ds. Jakości na kolejny rok, w skład którego wchodził projekt poprawy jakości (program działań dla poprawy jakości). Prezentował on m.in. działania mające na celu utrzymanie i poprawę jakości oferowanych usług medycznych.

Poza planowaną do zakupu liczbą łóżek, nie określono w nim wskaźników i mierników wykorzystywanych do określania zmian w funkcjonowaniu Szpitala w kontekście poprawy jakości i jej monitorowania.

(akta kontroli str. 90-95)

W odpowiedzi na pytanie w jaki sposób w Szpitalu monitorowano poprawę jakości, Dyrektor wyjaśnił, że: *Szpital posiada zintegrowany system zarządzania jakością i środowiskiem ISO 9001 i 14001. Poprawa jakości monitorowana jest przez Pełnomocnika ISO, który raz w roku organizuje przegląd zarządzania, na którym zastępcy dyrektora przedstawiają raport z pracy działu, w którym znajdują się sprawozdania, analizy, oceny a także mierzalne wskaźniki jakości.*

(akta kontroli str. 212)

W ramach kontroli NIK sprawdzaniem objęto spełnianie przez Szpital wybranych 13 standardów akredytacyjnych, które zgodnie z raportem akredytacyjnym były ocenione na 5 pkt, tj.:

1. Przestrzeganie praw pacjenta - „Każdy pacjent jest informowany o przysługujących mu prawach i obowiązkach” (standard PP 1 z 2009 r.)

W toku oględzin przeprowadzonych na dwóch oddziałach Szpitala: I Oddziale Rehabilitacji Narządu Ruchu i II Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej, stwierdzono, że w każdym z tych oddziałów w głównym holu, na ścianie, w miejscu ogólnie dostępnym, umieszczona była Karta Praw i Obowiązków Pacjenta oraz Osób Odwiedzających Gónośląskie Centrum Rehabilitacji „Repty” w Tarnowskich Górach. Dodatkowo, informacja o prawach i obowiązkach pacjenta była udostępniana indywidualnie, na życzenie, w formie papierowej. Jak wyjaśnili Dyrektor i Koordynator ds. Jakości, osobom niewidzącym, słabowidzącym lub ze schorzeniami oczu personel przekazuje informacje na temat praw i obowiązków pacjenta w formie ustnej.

(akta kontroli str. 102, 105, 107, 110, 112)

2. Jakość opieki nad pacjentem

2.1. „Pracownicy szpitala są szkoleni w resuscytacji krążeniowo-oddechowej” (standard OP 3 z 2009 r.)

W latach 2016-2019 Szpital organizował (raz w roku) szkolenia z zakresu resuscytacji krążeniowo-oddechowej<sup>30</sup>, do uczestniczenia w których zobowiązał (w formie uregulowania wewnętrznego – standardu akredytacyjnego Szpitala) wszystkich pracowników Szpitala (spośród lekarzy, pielęgniarek i pozostałego personelu medycznego).

---

<sup>30</sup> Zwanej dalej „RKO”.

W kolejnych latach okresu 2016-2018, w toku wewnętrznych szkoleń organizowanych w Szpitalu, zostało przeszkolonych w ww. zakresie odpowiednio: 218 spośród 468 pracowników (47%)<sup>31</sup>, 143 z 463 pracowników (31%)<sup>32</sup> oraz 148 z 463 pracowników (33%)<sup>33</sup>. Ponadto, grupa 54 lekarzy i 12 pielęgniarek odbyła w 2015 r. kurs ALS<sup>34</sup> pod patronatem Europejskiej Rady ds. Resuscytacji, zakończony egzaminem i uzyskaniem Certyfikatu ERC, 12 pielęgniarek ukończyło w 2018 r. kurs BLS<sup>35</sup> for Healthcare Providers Course, a całość personelu pielęgniarskiego miała ukończony kurs specjalistyczny RKO – resuscytacja krążeniowo-oddechowa osób dorosłych (organizowany sukcesywnie przez Izby Pielęgniarskie).

Dalsze ustalenia w tym zakresie opisano niżej w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.

2.2. „W szpitalu określono, które leki, sprzęt i materiały muszą być dostępne w stanach nagłego zagrożenia życia” (standard OP 4 z 2009 r.)

W Szpitalu określono w formie pisemnej<sup>36</sup>, które leki, sprzęt i materiały muszą być dostępne w stanach nagłego zagrożenia życia. W dokumencie tym określono, że wszystkie ww. elementy wchodziły w skład zestawu przeciwwstrząsowego, którego skład został opracowany przez Zespół ds. Ratownictwa (stanowił on załącznik do standardu akredytacyjnego Szpitala OP 4), a który powinien się znajdować w gabinecie zabiegowym w każdym Oddziale, w Pracowni Badań Czynnościowych Układu Krążenia, w Izbie Przyjęć i w Dziennym Ośrodku Rehabilitacji Kardiologicznej, a także że w obu Oddziałach Rehabilitacji Kardiologicznej przygotowany jest rozszerzony zestaw reanimacyjny, zawierający leki, sprzęt i materiały na wózku reanimacyjnym umożliwiającym łatwe dotarcie do miejsca zdarzenia z całym wyposażeniem. Określono również, że zestaw jest okresowo kontrolowany tak, aby był sprawny i gotowy do użycia, gwarantując możliwość niezwłocznej pomocy choremu.

(akta kontroli str. 115-122)

2.3. „Leki i materiały stosowane w stanach nagłego zagrożenia życia są stale dostępne w miejscach świadczenia opieki” (standard OP 4.1 z 2009 r.)

W toku oględzin przeprowadzonych na dwóch oddziałach Szpitala: I Oddziale Rehabilitacji Narządu Ruchu i II Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej stwierdzono, że:

- zestawy przeciwwstrząsowe przechowywane były w gabinetach zabiegowych, w szafkach zamykanych na klucz oznaczonych „Zestaw przeciwwstrząsowy”, natomiast klucz do szafki przechowywany był wraz z innymi kluczami w jednej z szuflad (oznaczonej „Bandaże i maści” w przypadku pierwszego z ww. Oddziałów oraz nieoznaczonej w przypadku drugiego z ww. Oddziałów),
- daty ważności produktów umieszczonych w zestawie były aktualne,
- w przypadku każdego z zestawów dwa leki (adrenalina oraz noradrenalina<sup>37</sup>, których daty ważności również były aktualne) przechowywane były poza zestawem

<sup>31</sup> W tym: 54 z 64 lekarzy (84%), 144 ze 179 osób z personelu pielęgniarskiego (80%) oraz 20 z 225 osób z pozostałego personelu medycznego (9%).

<sup>32</sup> W tym: 30 z 62 lekarzy (48%), 88 ze 174 osób z personelu pielęgniarskiego (51%) oraz 25 z 227 osób z pozostałego personelu medycznego (11%).

<sup>33</sup> W tym: 30 z 64 lekarzy (47%), 91 ze 161 osób z personelu pielęgniarskiego (57%) oraz 27 z 226 osób z pozostałego personelu medycznego (12%).

<sup>34</sup> Ang. Advanced Life Support - zaawansowane zabiegi RKO.

<sup>35</sup> Ang. Basic Life Support – podstawowe zabiegi RKO.

<sup>36</sup> Standard akredytacyjny Szpitala: „W szpitalu określono, które leki, sprzęt i materiały muszą być dostępne w stanach nagłego zagrożenia życia”, zatwierdzony przez Dyrektora 10 marca 2014 r. i zaktualizowany 15 lutego 2017 r., zwany dalej „standardem akredytacyjnym Szpitala OP 4”.

<sup>37</sup> Roztwór do infuzji 1mg/ml – lek stosowany w stanach zagrożenia życia, gdy dochodzi do gwałtownego spadku ciśnienia krwi – w celu przywrócenia prawidłowego ciśnienia krwi.

przeciwwstrząsowym (w lodówce znajdującej się w tym samym pomieszczeniu), w walizkach zawierających ww. zestawy umieszczono informację o tym, że te leki znajdują się poza zestawem (w lodówce).

(akta kontroli str. 105-106, 110-111)

W przypadku adrenaliny producent dopuścił jej przechowywanie przez 6 miesięcy w temperaturze poniżej 25 °C, natomiast w przypadku noradrenaliny producent leku zalecił jej przechowywanie w temperaturze od 2 °C do 8 °C, co wynikało z treści ulotek dołączonych do opakowań tych leków.

Dalsze ustalenia w tym zakresie opisano niżej w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.

3. Zapewnienie kontroli zakażeń – „W szpitalu prowadzi się działania redukujące ryzyko zakażeń. Redukowanie ryzyka zakażeń obejmuje szczepienia personelu” (standard KZ 1.8 z 2009 r.)

W obowiązujących w Szpitalu wewnętrznych uregulowaniach<sup>38</sup> w tym zakresie przyjęto, że szczepienie przeciwko WZW typu B jest obowiązkowe dla wszystkich pracowników narażonych na kontakt z materiałem biologicznym pochodzenia ludzkiego, natomiast szczepienie przeciwko grypie jest dla pracowników dobrowolne i zalecane ze względów epidemiologicznych.

W okresie objętym kontrolą w Szpitalu zostało zaszczepionych siedem osób przeciw WZW (z tego trzy osoby w 2016 r. oraz po dwie osoby w latach 2017-2018) spośród odpowiednio: 468, 463, i 454 osób zatrudnionych w danym roku Szpitalu w obszarze świadczenia opieki. Była to wyłącznie część osób nowoprzyjętych, które wcześniej nie były zaszczepione przeciw WZW.

(akta kontroli str. 129-130, 132)

Przewodniczący Zespołu ds. Jakości wyjaśnił w tej sprawie, że Szpital zapewnia szczepienia przeciw WZW wszystkim osobom zgodnie z obowiązującymi aktami prawnymi, a obowiązkowe szczepienia przeciw WZW dotyczą osób zatrudnionych w obszarze świadczenia opieki oraz że szczepione są w Szpitalu osoby nowozatrudnione, które dotychczas nie pracowały w obszarze świadczenia opieki i nie były wcześniej zaszczepione, a dokumentacja o szczepieniu tych osób jest dostępna.

(akta kontroli str. 29)

W okresie objętym kontrolą w Szpitalu zostało zaszczepionych 121 osób przeciw grypie (z tego 38 osób w 2016 r., 40 osób w 2017 r. i 43 osoby w 2018 r.), co stanowiło odpowiednio: 8%, 9% i 9% wszystkich osób zatrudnionych w danym roku w Szpitalu w obszarze świadczenia opieki.

(akta kontroli str. 131)

W toku kontroli stwierdzono, że na tablicach ogłoszeń znajdujących się w korytarzach Szpitala umieszczona była informacja o możliwości zaszczepienia personelu przeciw grypie, z podaniem miejsca, terminu szczepienia i sposobu płatności oraz zaznaczeniem, że jest to szczepienie zalecane.

(akta kontroli str. 133)

W Szpitalu nie była możliwa do określenia liczba absencji z powodu grypy w poszczególnych latach objętych kontrolą, gdyż - jak wyjaśnił Przewodniczący Zespołu ds. Jakości - z przepisów prawa wynika brak możliwości weryfikacji zwolnień lekarskich pod względem jednostki chorobowej.

---

<sup>38</sup> Standard akredytacyjny Szpitala: „Szczepienia ochronne oraz badania profilaktyczne”, zatwierdzony przez Dyrektora 28 lutego 2014 r., zaktualizowany 15 lutego 2017 r., zwany dalej „standardem akredytacyjnym Szpitala KZ 1.8”.

(akta kontroli str. 29)

Przewodniczący Zespołu ds. Jakości wyjaśnił, że ww. szczepienie jest zalecane i dobrowolne, Szpital umożliwia zakup szczepionki, przeprowadzenie badania lekarskiego przed szczepieniem i samo zaszczepienie, a koszty zakupu szczepionki ponosi osoba poddająca się szczepieniu.

Zdaniem Dyrektora ww. standard został przez Szpital spełniony w całości, gdyż w ww. zasadach punktowania standardu „w szpitalu udokumentowano szczepienie co najmniej 80% personelu medycznego” nie wskazano czy chodzi o szczepienie przeciwko grypie czy WZW, o których mowa w standardzie, a personel zatrudniony w obszarze świadczenia opieki w 100% został zaszczepiony przeciwko WZW.

(akta kontroli str. 29, 131, 212)

Jak wyjaśnili Przewodniczący Zespołu ds. Jakości i Koordynator ds. Jakości, *szpital zapewnia i umożliwia pracownikom szczepienia p/grypie ale są one nieobowiązkowe i odpłatne.*

(akta kontroli str. 229)

#### 4. Zapewnienie bezpieczeństwa pacjentów w zakresie farmakoterapii

4.1. „W szpitalu opracowano i wdrożono procedurę nadzoru nad lekami przechowywanymi w oddziałach” (standard FA 7 z 2009 r.)

W Szpitalu obowiązywała procedura<sup>39</sup> w zakresie nadzoru nad lekami przechowywanymi w oddziałach. Zgodnie z nimi nadzór ten sprawował Kierownik apteki szpitalnej (oraz okresowo Zespół ds. Farmakoterapii). Kierownik apteki szpitalnej został zobowiązany do przeprowadzania przynajmniej raz na pół roku kontroli sposobu przechowywania leków w oddziałach: terminu ważności leków, książki przychodu i rozchodu leków narkotycznych i psychotropowych (zgodności stanu książkowego z rzeczywistym), postępowania z lekami po otwarciu opakowania i lekami recepturowymi, stanu termometrów w lodówkach oraz wpisów i prowadzenia obowiązkowych zeszytów kontroli.

W okresie objętym kontrolą Kierownik apteki szpitalnej przeprowadzał przynajmniej raz na pół roku kontrolę sposobu przechowywania leków w poszczególnych oddziałach w ww. zakresie. Kontrole były dokumentowane odręcznymi wpisami w prowadzonym przez niego „Zeszytcie kontroli apteczek oddziałowych”, w którym każdorazowo wymieniano zakres kontroli i stwierdzone nieprawidłowości lub wniesione uwagi.

(akta kontroli str. 136, 140)

W wyniku oględzin przeprowadzonych w dwóch wybranych oddziałach Szpitala: I Oddziale Rehabilitacji Narządu Ruchu i II Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej stwierdzono, że w apteczkach oddziałowych przechowywano wyłącznie produkty pełnowartościowe tzn. nieprzeterminowane produkty lecznicze, o ustalonym pochodzeniu (pochodzące z apteki szpitalnej), oznaczone co do daty ich ważności.

(akta kontroli str. 106, 111)

Dalsze ustalenia w tym zakresie opisano niżej w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.

4.2 „Niepożądane działania stosowanych leków i preparatów krwiopochodnych są dokumentowane” (standard FA 11 z 2009 r.)

<sup>39</sup> Standard akredytacyjny Szpitala: „W szpitalu opracowano i wdrożono procedurę nadzoru nad lekami przechowywanymi w oddziałach”, zatwierdzony przez Dyrektora Szpitala 12 maja 2011 r., zwany dalej „standardem akredytacyjnym Szpitala FA 7”.

W Szpitalu obowiązywały procedury<sup>40</sup> w zakresie przekazywania właściwym podmiotom informacji o działaniu niepożądanym produktu leczniczego, o którym mowa w art. 36d ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne<sup>41</sup>. Uregulowano w nich konieczność zgłaszania – przez lekarza - do Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych każdego wystąpienia lub podejrzenia wystąpienia reakcji niepożądanego produktu leczniczego. Określono też, że personel medyczny w chwili wystąpienia niepożądanego i ciężkiego działania produktu leczniczego jest zobowiązany, po wykluczeniu możliwych innych przyczyn ustalić, który produkt leczniczy mógł dane działanie spowodować, następnie odstawić lek, ustalić drogę podania, zabezpieczyć użyty sprzęt i powiadomić Kierownika Apteki szpitalnej.

W okresie objętym kontrolą w Szpitalu nie zidentyfikowano przypadków działań niepożądanych produktów leczniczych, nie zgłaszano takich przypadków do Kierownika apteki szpitalnej oraz nie przekazywano właściwym podmiotom informacji o działaniu niepożądanym produktu leczniczego.

Nie stwierdzono również przypadków sprowadzenia leków spoza szpitalnej listy leków, które były uzasadniane wywoływaniem działań niepożądanych przez inny lek.  
(akta kontroli str. 140, 143-145, 151)

5. Zapewnienie jakości usług laboratoryjnych – „W szpitalu prowadzi się analizę błędów przedlaboratoryjnych” (standard LA 2 z 2009 r.)

W okresie objętym kontrolą Szpital nie posiadał własnego laboratorium analitycznego, a usługi z zakresu wykonywania badań laboratoryjnych zlecał podmiotowi zewnętrznemu. W Szpitalu prowadzona była ocena błędów przedlaboratoryjnych zarówno w okresie przed, jak i po otrzymaniu aktualnego certyfikatu akredytacyjnego.

W Szpitalu wprowadzono wewnętrzne regulacje dotyczące oceny błędów przedlaboratoryjnych<sup>42</sup>. Ocena ta miała obejmować: kontrolę wybranego oddziału (co najmniej raz na pół roku) oraz kontrolę w placówce wykonującej badania dla Szpitala (co najmniej raz w roku), a także bieżącą ocenę rejestracji niezgodności (w zeszycie „Monitorowanie błędu przedlaboratoryjnego”). Raporty z ww. kontroli miały być przekazywane Dyrektorowi, Dyrektorowi ds. Lecznictwa oraz Koordynatorowi ds. Jakości, a następnie w zależności od oceny mogły być wdrożone działania naprawcze obejmujące m.in. dodatkowe szkolenia dla personelu medycznego. Procedura monitorowania i oceny błędów przedlaboratoryjnych (przed przekazaniem pobranego materiału do placówki wykonującej badania) obejmowała dwa etapy, z których pierwszy przebiegał na oddziale i dot.: przygotowania pacjenta do badania, pobierania materiału, przechowywania materiału na oddziale oraz jego transportu do Koordynatora ds. Analityki Medycznej. Drugi etap miał miejsce w pomieszczeniu zajmowanym przez ww. Koordynatora w obecności osoby dostarczającej materiał do badań i dot.: identyfikacji otrzymanych próbek zgodnie z dołączonymi do nich skierowaniami oraz prawidłowości pobrania i opisanie materiału do badań. Na tym etapie materiał nieprawidłowo pobrany, niekodowany/nieopisany lub błędnie okodowany powinien być wycofany z dalszej procedury i przekazany do odpowiedniego oddziału celem utylizacji, równocześnie stwierdzona nieprawidłowość winna być zarejestrowana w zeszycie „Monitorowanie błędu przedlaboratoryjnego”, wyjaśniona telefonicznie z osobą pobierającą oraz winny być zalecane czynności korygujące.

<sup>40</sup> Standard akredytacyjny Szpitala: „Niepożądane działania stosowanych leków i preparatów krwiopochodnych są dokumentowane”, zatwierdzony przez Dyrektora Szpitala 5 maja 2014 r.

<sup>41</sup> Dz. U. z 2019 r. poz. 499 ze zm.

<sup>42</sup> Standard akredytacyjny Szpitala: „W szpitalu prowadzi się ocenę błędów przedlaboratoryjnych”, zatwierdzony przez Dyrektora 12 marca 2014 r., zwany dalej „standardem akredytacyjnym Szpitala LA 2”.

(akta kontroli str. 154-155)

W okresie objętym kontrolą Koordynator ds. Analityki Medycznej przeprowadzała kontrole w laboratorium - podmiocie, któremu przekazano próbki do badań – obejmujące m.in. przegląd dokumentacji potwierdzającej jakość świadczonych usług dwa razy w każdym roku ww. okresu (zgodnie ze standardem akredytacyjnym Szpitala LA 2), natomiast kontrole we wszystkich oddziałach (obejmujące m.in. znajomość przez personel standardów LA, procedury pobierania materiału, przechowywanie materiału pobranego do badań) raz w roku.

(akta kontroli str. 157-164)

Koordynator ds. Analityki Medycznej wyjaśniła, że ww. kontrole w oddziałach przeprowadzała raz w roku (a nie co pół roku jak określono w ww. standardzie Szpitala), gdyż w ramach drugiej wizyty kontrolnej odbywały się szkolenia z zakresu oceny błędów przedlaboratoryjnych.

(akta kontroli str. 165)

Zgodnie z ww. standardem Szpitala na bieżąco prowadzony był „Rejestr błędów przedlaboratoryjnych dotyczących próbek i skierowań na badania laboratoryjne”, w którym ujmowano w kolejnych wierszach odręczne wpisy obejmujące:

- numer kolejny wpisu,
- datę wpisu,
- dane pacjenta (imię i nazwisko),
- zleceniodawcę (symbol Oddziału),
- rodzaj próbki,
- godz. dostarczenia próbki,
- rodzaje błędów pobrania i opisanie próbek (zaznaczano krzyżyk w jednej z kolumn: brak skierowania, niewłaściwy opis skierowania/podpis, brak próbki, niewłaściwy opis próbki, hemoliza, skrzep, niewłaściwa ilość próbki, niewłaściwa próbówka),
- podpis osoby dokonującej wpisu.

Na podstawie ww. rejestru za dany rok Koordynator ds. Analityki Medycznej sporządzała raz w roku „Analizę błędów przedlaboratoryjnych dla poszczególnych oddziałów GCR”, którą przekazywała Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa i w której podawała - odrębnie dla każdego Oddziału i dla poradni łącznie: liczbę i rodzaje błędów przedlaboratoryjnych stwierdzonych w toku pobierania materiału do badań, a także wnioski. We wnioskach z tych analiz podawano łączną liczbę próbek wysłanych do badań laboratoryjnych, liczbę materiałów, w których odnotowano błąd i jaki odsetek stanowiły te materiały w łącznej liczbie pobranych próbek oraz w przeliczeniu na roczną liczbę przeprowadzonych badań, dokonywano również porównania ww. liczb z danymi za rok poprzedni.

(akta kontroli str. 157, 166, 167-172)

W ramach podjętych działań naprawczych, w okresie objętym kontrolą Koordynator ds. Analityki Medycznej przeprowadziła trzy szkolenia dla personelu pielęgniarskiego obejmujące swoim zakresem m.in. analizę błędów przedlaboratoryjnych<sup>43</sup>. Wystosowała również pisma do pielęgniarek oddziałowych dotyczące: zasad pobierania materiału oraz błędów związanych z nieprawidłowym wypełnianiem skierowań na badania laboratoryjne, mające na celu uniknięcie czy zminimalizowanie ich w przyszłości.

---

<sup>43</sup>14 kwietnia 2016 r., 14 marca 2017 r., 28 marca 2018 r.

Ponadto, Dyrektor i Koordynator ds. Jakości wymienili następujące dodatkowe działania naprawcze wdrożone w wyniku ww. analiz:

- wprowadzenie dla dokładnej identyfikacji pacjentów, drukowanych naklejek z danymi pacjenta,
- wydzierżawienie wirówki laboratoryjnej oraz zakup probówki z żelem separującym w celu wcześniejszego wykrywania błędu dotyczącego próbki krwi (hemoliza)

oraz wyjaśnili, że wyniki okresowej analizy błędów przedlaboratoryjnych były znane Zespołowi jakości i omawiane z personelem w poszczególnych Oddziałach.

(akta kontroli str. 102-103, 157)

6. Zapewnienie jakości diagnostyki obrazowej - „Pacjenci otrzymują praktyczne informacje na temat badań radiologicznych” (standard DO 3 z 2009 r.)

W obowiązujących w Szpitalu wewnętrznych uregulowaniach<sup>44</sup> w tym zakresie przyjęto, że informacja dotycząca ww. badania jest przekazywana pacjentowi przez lekarzy i pielęgniarki w formie ustnej.

W wyniku oględzin przeprowadzonych na dwóch oddziałach Szpitala: I Oddziale Rehabilitacji Narządu Ruchu i II Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej, stwierdzono, że pacjenci Szpitala, którzy mają mieć zlecone badanie radiologiczne, otrzymywali ustną informację, na czym polegać będzie badanie oraz w jaki sposób należy się do niego przygotować.

(akta kontroli str. 105, 110, 179)

NIK zwraca uwagę, że z treści wyjaśnienia do ww. standardu w Załączniku do obwieszczenia MZ ws. standardów wynika, że pacjent powinien otrzymać pisemną informację w ww. sprawie.

Jak wyjaśnili Przewodniczący Zespołu ds. Jakości i Koordynator ds. Jakości, ze względu na charakter świadczonych przez szpital usług, badania diagnostyczne wykonywane są w ograniczonym zakresie, tj.: RTG klatki piersiowej czy RTG kości, badania te nie wymagają specjalnego przygotowania pacjenta.

(akta kontroli str. 229)

7. Poprawa jakości i bezpieczeństwa pacjenta – „W szpitalu regularnie prowadzi się ocenę opinii pacjentów” (standard PJ 3 z 2009 r.)

W okresie objętym kontrolą w Szpitalu prowadzone było w systemie ciągłym, raz na kwartał: Badanie Satysfakcji Pacjentów<sup>45</sup>, z podziałem na badanie satysfakcji pacjentów leczonych w Szpitalu stacjonarnie oraz w ramach rehabilitacji dziennej (przebywających w Dziennym Ośrodku Rehabilitacji Kardiologicznej<sup>46</sup>).

Analiza satysfakcji pacjentów mierzona była zgodnie z metodą przyjętą w Szpitalu, w oparciu o ankietę wypełnianą przez pacjentów. Pacjenci oceniali w przedziale punktowym od 1 do 10 poszczególne obszary zawarte w ankiecie dot. jakości opieki lekarskiej, pielęgniarskiej, zabiegów fizjoterapeutycznych, warunków pobytu oraz jakości żywienia.

Szczegółową analizą objęto wyniki badań rocznych za pełne lata okresu objętego kontrolą (2017 r. i 2018 r. ) w porównaniu do wyników z 2016 r.

W 2017 roku takiemu badaniu poddano 6 547 pacjentów przebywających na wszystkich oddziałach Szpitala<sup>47</sup>. Porównując otrzymane wyniki BSP z rokiem 2016,

<sup>44</sup> Standard akredytacyjny Szpitala: „Pacjenci otrzymują praktyczne informacje na temat badań radiologicznych”, zatwierdzony przez Dyrektora 28 kwietnia 2011 r., zaktualizowany 15 lutego 2017 r., zwany dalej „standardem akredytacyjnym Szpitala DO 3”.

<sup>45</sup> Zwane dalej „BSP”.

<sup>46</sup> Zwanym dalej „DORK”.

<sup>47</sup> 2714 pacjentów zwróciło ankiety, tym samym zwrotność ankiet za cały rok wyniosła 42 %.

zauważono spadek satysfakcji pacjentów szpitala w obszarze dotyczącym przyjęcia do szpitala<sup>48</sup>, warunków pobytu<sup>49</sup>, jakości wyżywienia<sup>50</sup>, jakości zabiegów fizjoterapeutycznych i gimnastyki rehabilitacyjnej<sup>51</sup>. Na niezmiennym poziomie utrzymała się jakość opieki medycznej lekarskiej i pielęgniarskiej<sup>52</sup>.

Pacjenci zgłaszali niezadowolenie z warunków pobytu/warunków lokalowych: zbyt dużo osób na jednej sali, brak węzła sanitarnego w salach chorych, za mało sal 2-3 osobowych, za mała liczba sanitariatów, stare niewygodne łóżka i materace. Duża część uwag dotyczyła jakości wyżywienia (niesmaczne, zbyt chłodne posiłki, brak przypraw, brak estetyki podania) oraz zabiegów rehabilitacyjnych (mała liczba zabiegów, zabiegi w godzinach popołudniowych), wyposażenia sal gimnastycznych i gabinetów zabiegowych (przestarzały sprzęt).

W 2018 roku badaniu satysfakcji poddano 5 837 pacjentów przebywających na wszystkich Oddziałach Szpitala<sup>53</sup>. Nastąpił niewielki wzrost zadowolenia w porównaniu do wyników z poprzedniego roku w ocenianych przez pacjentów obszarach tj. w obszarze dotyczącym przyjęcia do szpitala, warunków pobytu, jakości wyżywienia, jakości gimnastyki rehabilitacyjnej<sup>54</sup> oraz zabiegów fizjoterapeutycznych oraz jakości opieki medycznej lekarskiej i pielęgniarskiej<sup>55</sup>, na niezmiennym poziomie utrzymała się ocena jakości zabiegów fizykoterapeutycznych.

Badaniu satysfakcji poddano również osoby przebywające w DORK (540 osób<sup>56</sup> w 2017 r. i 506 osób w 2018 r.<sup>57</sup>.) Pacjenci oceniali w przedziale: bardzo zadowolony, zadowolony, raczej zadowolony, niezadowolony i bardzo niezadowolony poszczególne obszary zawarte w ankiecie dot. warunków panujących w DORK: przyjęcia do Ośrodka, poziomu życzliwości i uprzejmości personelu, jakości opieki personelu: lekarskiego, pielęgniarskiego, fizjoterapeutycznego oraz psychologa, jakości zabiegów rehabilitacyjnych i programu edukacyjnego oraz odpowiadali „tak” lub „nie” na pytanie czy zrealizowany program edukacyjny wpłynie na zmianę ich stylu życia. Pacjenci mogli również zaproponować zmiany jakie należałoby wprowadzić w DORK w pierwszej kolejności.

Analiza wyników ww. badań wykazała, że:

- w obu badanych latach ponad 50% ankietowanych było bardzo zadowolonych z przyjęcia do Ośrodka oraz z warunków pobytu, z życzliwości i uprzejmości personelu oraz opieki personelu lekarskiego,
- z opieki personelu pielęgniarskiego było bardzo zadowolonych ponad 48% pacjentów w 2017 r. i blisko 50% w 2018 r.,
- z opieki personelu fizjoterapeutycznego bardzo zadowolonych było 48% pacjentów w 2017 r. i 47% pacjentów w 2018 r.,
- w obu badanych latach z opieki psychologa bardzo zadowolonych było 43% pacjentów,
- skuteczność zabiegów rehabilitacyjnych w obu latach ok. 58% ankietowanych oceniło na poziomie zadowalającym,

<sup>48</sup> Z 7,9 pkt otrzymanych w 2016 r. do 7,8 pkt w roku 2017.

<sup>49</sup> Z 7,9 pkt otrzymanych w 2016 r. do 7,8 pkt w roku 2017.

<sup>50</sup> Z 7,9 pkt otrzymanych w 2016 r. do 7,7 pkt w roku 2017.

<sup>51</sup> Z 7,9 pkt otrzymanych w 2016 r. do 7,8 pkt w roku 2017.

<sup>52</sup> Pacjenci szpitala ocenili jakość usług lekarskich na poziomie 7,8 pkt natomiast usługi pielęgniarskie na poziomie 8 pkt.

<sup>53</sup> 2254 pacjentów zwróciło ankiety, zwrotność ankiet za cały rok wyniosła 40%.

<sup>54</sup> Wymienione obszary w 2018 r. pacjenci ocenili na poziomie 7,9 pkt.

<sup>55</sup> Pacjenci ocenili te obszary na poziomie 8 punktów.

<sup>56</sup> 413 pacjentów zwróciło wypełnione ankiety, zwrotność ankiet za cały rok wyniosła 77%.

<sup>57</sup> 373 pacjentów oddało ankiety, zwrotność ankiet za cały rok wyniosła 74 %.

- ok. 60% pacjentów w obu latach oceniło zrealizowany program edukacyjny jako zadowolający, natomiast 95-96% ankietowanych pacjentów stwierdziło, że ww. program wpłynie na zmianę stylu ich życia.

Propozycje zmian jakie należałoby wprowadzić w DOKR wg ankietowanych pacjentów, dotyczyły przede wszystkim:

- powiększenia szatni,
- wprowadzenia większej liczby zabiegów rehabilitacyjnych oraz poszerzenia ich zakresu,
- możliwości korzystania z basenu przez cały okres pobytu,
- wymiany materaców w sali gimnastycznej,
- założenia klimatyzacji w salach zabiegowych,
- większej liczby lekarzy,
- mniejszej liczby zajęć z psychologiem.

Z treści rocznych sprawozdań z pracy Koordynatora ds. Jakości za lata 2017 i 2018 wynikało, że każdorazowo uwagi i zastrzeżenia pacjentów były dokładnie analizowane przez kierowników oddziałów<sup>58</sup>.

(akta kontroli str. 66-70, 74-78, 180-193)

## 8. Zapewnienie jakości żywienia pacjentów

### 8.1. „W szpitalu opracowano diety” (standard OD 1.1. z 2009 r.)

W okresie objętym kontrolą Szpital zlecił usługę żywienia konsorcjum firm<sup>59</sup>.

W zatwierdzonym przez Dyrektora standardzie akredytacyjnym Szpitala: „W szpitalu stosuje się różne sposoby terapii żywieniowej”<sup>60</sup> określono rodzaje diet w Szpitalu: podstawową, łatwostrawną, z ograniczeniem łatwo przyswajalnych węglowodanów, z kontrolowaną zawartością kwasów tłuszczowych, ubogoenergetyczną, łatwostrawną z ograniczeniem tłuszczu, płynną do żywienia przez zgłębnik lub sondę, bogatobiałkową, bezpurynową, wegetariańską oraz przemysłową. Określono też osoby odpowiedzialne za przygotowanie i podawanie diet: „dietetyk firmy świadczącej usługę żywienia w Szpitalu odpowiedzialny jest za planowanie diet, natomiast ich personel za przygotowywanie diet, za dystrybucję posiłków odpowiedzialny jest dietetyk Szpitala<sup>61</sup>, a nadzór nad żywnością sprawuje Zastępca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa”. Podano też, że wskazania do stosowania diety, wynikają ze stanu zdrowia pacjenta, a dieta zlecana jest przez lekarza prowadzącego.

Sposób przygotowania każdej z ww. diet, w tym wartość kaloryczna i zawartość składników odżywczych poszczególnych diet, określone zostały w opisach poszczególnych diet sporządzonych przez Dietetyka Szpitala oraz w umowach zlecających usługi żywienia.

(akta kontroli str. 196-198, 202)

### 8.2. „W szpitalu zapewniono warunki do higienicznego przechowywania żywności pacjentów” (standard OD 4 z 2009 r.)

Zgodnie z zatwierdzonym przez Dyrektora standardem akredytacyjnym Szpitala: „W szpitalu zapewniono warunki do higienicznego przechowywania żywności

<sup>58</sup> Kwartalne raporty z w/w badania opinii pacjentów otrzymują m.in. Pełnomocnik ds. Zintegrowanego Systemu Zarządzania Jakością i Środowiskiem, Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa, Z-ca Dyrektora ds. Fizjoterapii, Kierownicy oddziałów, Kierownik Dziennego Ośrodka Rehabilitacji Kardiologicznej, Pielęgniarka Epidemiologiczna, Dietetyk Szpitala.

<sup>59</sup> Na podstawie umowy nr DN/060/102/2014 zawartej 11 kwietnia 2014 r. oraz umowy nr DN-060 (167) 2018 zawartej 7 sierpnia 2018 r.

<sup>60</sup> Zatwierdzonym przez Dyrektora stycznia 2017 r.

<sup>61</sup> Kontroluje on, przynajmniej raz w miesiącu, temperaturę podawanych posiłków na każdym z oddziałów Szpitala, sporządzając każdorazowo raport, który otrzymuje również Naczelną Pielęgniarkę Szpitala oraz przedstawiciel konsorcjum firm zapewniających usługę żywienia pacjentów Szpitala.

pacjentów<sup>62</sup>, pacjenci przebywający na leczeniu w Szpitalu mają zapewnione warunki do higienicznego przechowywania żywności. Każdy oddział Szpitala posiada lodówkę<sup>63</sup> do przechowywania produktów żywnościowych, w których pacjenci mogą przechowywać swoją żywność w podpisanych pojemnikach na żywność.

Przegląd czystości i świeżości przechowywanych produktów odbywa się raz w tygodniu. Rozmrażanie i mycie lodówek oraz odczyty temperatury w lodówkach odbywa się raz w miesiącu, co dokumentowane jest wpisem do zeszytu kontroli.

(akta kontroli str. 205)

W toku oględzin przeprowadzonych na dwóch oddziałach Szpitala: I Oddziale Rehabilitacji Narządu Ruchu i II Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej stwierdzono, że w każdym z nich, w głównym holu, znajdowała się lodówka<sup>64</sup> oraz że sposób przechowywania żywności przez pacjentów był zgodny z obowiązującymi w Szpitalu regulacjami, że urządzenia były czyste i sprawne, zachowywały odpowiednią temperaturę, nie przechowywano w nich innych niż żywność substancji. Ponadto w każdym z oddziałów znajdował się zeszyt, w którym odnotowywano fakt comiesięcznego rozmrażania i mycia lodówek oraz pomiary temperatury.

(akta kontroli str. 106, 111)

9. Jakość zarządzania – „W szpitalu prowadzi się badania satysfakcji zawodowej personelu” (standard ZZ 9 z 2009 r.).

W okresie objętym kontrolą<sup>65</sup> w Szpitalu nie prowadzono badania satysfakcji zawodowej personelu<sup>66</sup>. Tym samym Szpital, zarówno w trakcie ostatniej wizyty akredytacyjnej, jak również w toku niniejszej kontroli nie spełniał ww. standardu.

Dyrektor wyjaśnił, że świadomie zrezygnowano ze spełnienia tego standardu, ponieważ uznano, że prowadzenie takiego badania jest kosztowne, czasochłonne i niesie możliwość wzrostu antagonizmów wśród pracowników.

(akta kontroli str. 103, 208)

10. W trakcie kontroli NIK wśród pacjentów Szpitala przeprowadzono badania ankietowe, w wyniku którego pacjenci Szpitala mogli odpowiedzieć na pytania: czy byli informowani o prawach i obowiązkach pacjenta, czy mają zapewnioną możliwość odwiedzin, czy otrzymali zrozumiałe informacje o stanie zdrowia oraz czy pomieszczenia szpitala są czyste, prawidłowo ogrzane i wentylowane.

Z przeprowadzonej przez kontrolujących analizy uzyskanych odpowiedzi wynika, że respondenci nie mieli zastrzeżeń w zakresie spełniania przez Szpital standardów<sup>67</sup> w powyższym zakresie, a przy wyborze podmiotu leczniczego dla 52% z nich miało znaczenie posiadanie przez placówkę certyfikatu akredytacyjnego.

(akta kontroli str. 104)

W okresie objętym kontrolą do Rzecznika Praw Pacjenta przy Śląskim Oddziale Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia w Katowicach wpłynęła jedna skarga (w listopadzie 2018 r.) na Szpital dotycząca niezapewnienia oczekiwanej przez

---

<sup>62</sup> Zatwierdzonym w dniu 28 lutego 2011 r.

<sup>63</sup> Opisaną: „Lodówka tylko dla pacjentów”.

<sup>64</sup> Jedną z nich była opisana: „Lodówka dla pacjentów. Żywność opisujemy” druga z kolei miała przyklejony kartkę z następującym tekstem: „Uwaga !!! Na pojemnikach z żywnością proszę wpisać imię i nazwisko, numer pokoju, datę przyjęcia. Żywność nie podpisana będzie wyrzucona.”

<sup>65</sup> Do dnia 19 czerwca 2019 r.

<sup>66</sup> Ostatnie takie badanie przeprowadzono w 2013 r.

<sup>67</sup> 94% respondentów - w związku z przyjęciem do Szpitala - było informowanych o prawach i obowiązkach pacjenta, pozostali pacjenci nie pamiętali tego faktu, 86% ankietowanych potwierdziło fakt otrzymania zrozumiałej informacji o stanie zdrowia, 98% ankietowanych pacjentów potwierdziło, że miało zapewnioną możliwość odwiedzin, 92% ankietowanych pacjentów oceniło pomieszczenia Szpitala jako czyste, prawidłowo ogrzane i wentylowane.

pacjentów jakości udzielanych świadczeń<sup>68</sup>, jeden z pacjentów skarżył się m.in. na warunki zakwaterowania (w dwuosobowym, ciasnym i jego zdaniem słabo ogrzewanym pokoju bez umywalki i łazienki). Szpital udzielił odpowiedzi Śląskiemu Oddziałowi NFZ, w treści której ustosunkowano się do wszystkich zarzutów przedstawionych w piśmie, poinformowano też, że w celu poprawy warunków pobytu pacjentów realizowana jest inwestycja - nowy pawilon szpitalny, po jego oddaniu do użytku (w połowie 2019 r.) warunki pobytu poprawią się.

W toku niniejszej kontroli NIK ww. inwestycja została ukończona, a nowy pawilon szpitalny został oddany do użytku. Od 30 maja 2019 r. mieszczą się w nim oddziały: I Kardiologiczny i II Kardiologiczny.

(akta kontroli str. 133, 213, 214-219)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

1. W latach 2017 i 2018 przewodniczący odpowiednio: trzech<sup>69</sup> i czterech<sup>70</sup> zespołów akredytacyjnych nie wywiązali się z obowiązku zwoływania zebrań zgodnie z § 5 obowiązujących zarządzeń Dyrektora ws. prac zespołów akredytacyjnych, a po trzech przewodniczących zespołów<sup>71</sup> w każdym roku ww. okresu nie złożyło rocznych sprawozdań z ich pracy Koordynatorowi ds. Jakości, zgodnie z § 7 ww. zarządzeń.

Przewodniczący Zespołu ds. Jakości wyjaśnił w tej sprawie, że Dyrektor w formie ustnej zwrócił się do kierowników zespołów z prośbą o przestrzeganie wewnętrznych regulacji, nie podejmował działań dyscyplinarnych mając na uwadze utrzymanie właściwej atmosfery w Szpitalu, zaangażowanie i wkład pracy grona kilkudziesięciu kluczowych osób, członków kierownictwa, pracowników medycznych i niemedycznych Szpitala.

(akta kontroli str. 29, 55, 57-60)

W ocenie NIK brak wypełniania ww. obowiązków przez przewodniczących zespołów akredytacyjnych może mieć wpływ na prawidłową realizację wdrożenia niektórych standardów akredytacyjnych, o czym świadczy choćby fakt niespełnienia lub częściowego spełnienia przez Szpital standardów OP 3 i OP 4.1, za wdrożenie których odpowiedzialny był Zespół ds. ratownictwa.

2. Naruszono wewnętrzne regulacje<sup>72</sup>, obowiązujące w Szpitalu, w myśl których „każdy pracownik GCR ‘Repty’ raz w roku bierze udział w szkoleniu z zakresu podstawowych czynności resuscytacji krążeniowo-oddechowej”. W kolejnych latach okresu 2016-2018, w toku wewnętrznych szkoleń organizowanych w Szpitalu, nie zostało przeszkolonych w ww. zakresie odpowiednio: 250 spośród 468 pracowników (53%)<sup>73</sup>, 320 z 463 pracowników (69%)<sup>74</sup> oraz 315 z 463 pracowników (67%)<sup>75</sup>.

<sup>68</sup> Śląski Oddział NFZ skierował ją do Szpitala pismem z 26 listopada 2018 r. z prośbą o zajęcie stanowiska.

<sup>69</sup> Zespół ds. ratownictwa, Zespół ds. zasobów osobowych i szkoleń i Zespół ds. edukacji i promocji zdrowia.

<sup>70</sup> Zespołu ds. standardowych procedur postępowania, dokumentacji medycznej i informacji, Zespołu ds. ratownictwa, Zespołu ds. zasobów osobowych i szkoleń oraz Zespołu ds. edukacji i promocji zdrowia.

<sup>71</sup> W 2017 r.: Zespołu ds. żywienia, Zespołu ds. planowania strategicznego i Zespołu ds. zasobów osobowych i szkoleń, a w 2018 r. Zespołu ds. standardowych procedur postępowania dokumentacji medycznej i informacji, Zespołu ds. planowania strategicznego i Zespołu ds. zasobów osobowych i szkoleń.

<sup>72</sup> Standard akredytacyjny Szpitala: „Pracownicy szpitala są szkoleni w resuscytacji krążeniowo-oddechowej”, zatwierdzony przez Dyrektora 10 marca 2014 r., zaktualizowany 15 lutego 2017 r., zwany dalej „standardem akredytacyjnym Szpitala OP 3”.

<sup>73</sup> W tym: 10 z 64 lekarzy (16%), 35 ze 179 osób z personelu pielęgniarskiego (20%) oraz 205 z 225 osób z pozostałego personelu medycznego (91%).

<sup>74</sup> W tym: 32 z 62 lekarzy (52%), 86 ze 174 osób z personelu pielęgniarskiego (49%) oraz 202 z 227 osób z pozostałego personelu medycznego (89%).

Tym samym Szpital w latach 2016-2019 nie spełniał standardu OP 3 z 2009 r. („Pracownicy szpitala są szkoleni w resuscytacji krążeniowo-oddechowej”).

(akta kontroli str. 222-226)

Przewodniczący Zespołu ds. Jakości i Koordynator ds. Jakości wyjaśnili w tej sprawie, że: *trudno w 100% spełnić oczekiwania standardu, zdarza się że część pracowników w danym roku nie bierze udziału w szkoleniu z różnych, niewyjaśnionych przyczyn. Natomiast nie ma takiej sytuacji, że pracownicy w ogóle nie znają zasad udzielania pierwszej pomocy. Jeśli nie uczestniczą w szkoleniu w danym roku to na pewno biorą w nim udział w roku wcześniejszym lub następnym.*

W odpowiedzi na pytanie dlaczego nie wszyscy pracownicy Szpitala zostali przeszkoleni w RKO, Dyrektor i Koordynator ds. Jakości odpowiedzieli, że raz w roku organizowane było szkolenie z zakresu podstawowych czynności RKO, w którym brała udział większość personelu medycznego. Nie egzekwowano od personelu medycznego obowiązku uczestniczenia w ww. szkoleniu, ani nie wyciągano konsekwencji z powodu nieuczestniczenia w szkoleniu, gdyż - zdaniem Dyrektora - *standard nie przewiduje przeszkolenia każdego pracownika.*

(akta kontroli str. 98, 212, 229)

NIK nie podziela ww. wyjaśnień, bowiem treść wewnętrznych uregulowań przyjętych w tym zakresie przez Szpital (standard akredytacyjny Szpitala OP 3) jednoznacznie wskazuje, że zamiarem kierownictwa Szpitala było coroczne objęcie ww. szkoleniami każdego pracownika.

NIK nie podziela też opinii, że „większość personelu medycznego została przeszkolona w ww. zakresie”, skoro w poszczególnych latach okresu objętego kontrolą odpowiednio jedynie: 47%, 31% i 33% wszystkich pracowników personelu medycznego zatrudnionych w Szpitalu uczestniczyło w ww. szkoleniach, przy czym w grupie pracowników należących do pozostałego personelu medycznego (głównie fizjoterapeutów) znaczna większość pracowników (ok. 90%) nie była szkolona w tym zakresie, gdyż udział przeszkolonych wynosił w kolejnych latach odpowiednio zaledwie: 9%, 11% i 12%.

NIK nie zgadza się również ze stwierdzeniem Dyrektora, że „standard nie przewiduje przeszkolenia każdego pracownika”.

W treści samego standardu podano wprawdzie, że „pracownicy szpitala są szkoleni w RKO”, jednak z określonego bezpośrednio pod tym standardem sposobu oceniania tego standardu jednoznacznie wynika, że uzyskana ocena zależy bezpośrednio od liczby przeszkolonego personelu. Skoro bowiem ocena „3” (za częściowe jego spełnienie) przysługuje w sytuacji, gdy „Większość personelu” jest przeszkolona w RKO, a ocena „5” (oznaczająca całkowite spełnienie) przysługuje gdy „personel” jest przeszkolony w RKO, to oczywistym jest, że chodzi w tym przypadku o cały personel.

3. Poprzez przechowywanie jednego z leków (adrenaliny) w lodówkach znajdujących się w pokojach zabiegowych dwóch oddziałów poddanych oględzinom, naruszono obowiązujące w Szpitalu wewnętrzne procedury przechowywania leków w oddziałach: standard akredytacyjny Szpitala OP 4 (zgodnie z którym lek ten winien wchodzić w skład zestawu przeciwwstrząsowego) oraz standard akredytacyjny Szpitala FA 6<sup>76</sup> (stanowiący, że: „Jeżeli lek wymaga przechowywania w obniżonej temperaturze, w miejscu zimnym, wówczas producent określa

<sup>75</sup> W tym: 34 z 64 lekarzy (53%), 70 ze 161 osób z personelu pielęgniarskiego (43%) oraz 199 z 226 osób z pozostałego personelu medycznego (88%).

<sup>76</sup> Standard akredytacyjny Szpitala: „W szpitalu funkcjonują procedury bezpiecznego przechowywania leków”, zatwierdzony przez Dyrektora 12 maja 2011 r., zwany dalej „standardem akredytacyjnym Szpitala FA 6”.

temperaturę w przedziale 5-15°C, co oznacza, że należy go przechowywać w lodówce. Jeśli na opakowaniu producent określa miejsce chłodne, to lek należy przechowywać w temperaturze nieprzekraczającej 20°C. Jeśli natomiast producent nie określa warunków, to lek przechowujemy w temperaturze pokojowej do 25°C.”).

W przypadku adrenaliny producent dopuścił jej przechowywanie przez 6 miesięcy w temperaturze poniżej 25°C - czyli niekoniecznie w lodówce - co wynikało z treści ulotki dołączonej do opakowania leku.

Szpital nie spełniał standardu OP 4.1, w myśl którego „Leki i materiały stosowane w stanach nagłego zagrożenia życia są stale dostępne w miejscach świadczenia opieki”. Choć zestawy przeciwwstrząsowe były dostępne w miejscach udzielania świadczeń, nie były przechowywane w sposób funkcjonalny, tj. (zgodnie z wyjaśnieniem tego standardu w Załączniku do obwieszczenia MZ ws. standardów) „umożliwiający szybkie dotarcie do pacjenta oraz dogodne korzystanie z zestawu”. Znajdowały się one bowiem w gabinetach zabiegowych, w szafkach zamykanych na klucz oznaczonych „Zestaw przeciwwstrząsowy”, natomiast klucz do szafki przechowywany był wraz z innymi kluczami w jednej z szuflad (oznaczonej „Bandaże i maści” w przypadku pierwszego z ww. Oddziałów oraz nieoznaczonej w przypadku drugiego z ww. Oddziałów).

(akta kontroli str. 105-106, 110-111, 117, 119, 125)

Dyrektor i Koordynator ds. Jakości wyjaśnili, że: *zgodnie z zaleceniami producenta, zawartymi w ulotce informacyjnej leku, adrenalina powinna być przechowywana w temperaturze od 2°C do 8°C czyli w lodówce oraz że obecny sposób przechowywania leków i materiałów stosowanych w stanach nagłego zagrożenia życia jest funkcjonalny, ustalony i znany personelowi oddziału. Zestaw jest dostępny a personel ma możliwość szybkiego skorzystania z tego sprzętu.*

(akta kontroli str. 98)

Pomimo iż przechowywanie adrenaliny w obniżonej temperaturze (w lodówce) pozwala na zachowanie długiego okresu ważności, praktyka taka w ocenie NIK może mieć negatywny wpływ na czas udzielenia pomocy w przypadku wystąpienia wstrząsu, który charakteryzuje się gwałtownym przebiegiem, a szybkie wdrożenie postępowania farmakologicznego może zapobiec śmierci, zwiększyć skuteczność późniejszego leczenia oraz zmniejszyć ewentualne powikłania.

Ponadto, w ocenie NIK dostęp do ww. zestawów przeciwwstrząsowych był utrudniony. Znajdowały się one bowiem w szafkach zamykanych na klucz, a klucze do szafek przechowywane były w szufladzie, o czym wiedział wyłącznie personel tego oddziału. Nie można jednak wykluczyć sytuacji, że konieczne będzie użycie zestawu przez osobę niebędącą członkiem personelu danego oddziału (np. lekarza czy pielęgniarkę, którzy na stałe pracują w innym oddziale).

(akta kontroli str. 230)

4. W Szpitalu nie wdrożono procedury zapewniającej skuteczny nadzór nad lekami przechowywanymi w oddziałach Szpitala. Obowiązująca bowiem w Szpitalu procedura<sup>77</sup> w tym zakresie nie obejmowała nadzoru nad ilością leków (poza lekami narkotycznymi i psychotropowymi). Ponadto, prowadzona w Szpitalu ewidencja produktów leczniczych nie umożliwiała wygenerowania raportów na dany dzień, obejmujących stan leków przechowywanych poza apteką szpitalną (w poszczególnych oddziałach szpitalnych). W związku z powyższym w okresie objętym kontrolą Kierownik apteki szpitalnej, w toku przeprowadzanych okresowych kontroli sposobu

---

<sup>77</sup> Standard akredytacyjny Szpitala: „W szpitalu opracowano i wdrożono procedurę nadzoru nad lekami przechowywanymi w oddziałach”, zatwierdzony przez Dyrektora Szpitala 12 maja 2011 r., zwany dalej „Standardem Akredytacyjnym FA 7”.

przechowywania leków w poszczególnych oddziałach, nie kontrolował ilości leków innych niż narkotyczne i psychotropowe.

Zgodnie natomiast z wyjaśnieniem do standardu FA 7 z 2009 r., w załączniku do obwieszczenia MZ ws. standardów, system nadzoru nad lekami przechowywanymi w oddziałach polega m.in. na okresowej kontroli ilości leków.

(akta kontroli str. 136, 140)

Jak wyjaśnili Dyrektor oraz Koordynator ds. Jakości, przyczyną braku prowadzenia ewidencji wszystkich produktów leczniczych na oddziałach Szpitala był brak programu komputerowego zintegrowanego z programem komputerowym apteki szpitalnej, a sporządzenie raportu na dany dzień, obejmującego stan produktów leczniczych, jest możliwe po wykonaniu inwentaryzacji.

(akta kontroli str. 99)

W ocenie NIK brak odpowiedniego oprogramowania nie może być usprawiedliwieniem dla braku wiedzy o posiadanych zasobach leków w oddziałach. Zdaniem NIK nie jest możliwe sprawowanie przez Kierownika apteki szpitalnej skutecznego i rzetelnego nadzoru nad gospodarką lekami w oddziałach bez możliwości sprawdzenia zgodności stanu na dany dzień leków w apteczkach oddziałowych wybranych komórek organizacyjnych Szpitala ze stanem zaewidencjonowanym w aptece szpitalnej.

#### OCENA CZĄSTKOWA

Proces akredytacji skutkowało wdrożeniem w Szpitalu procedur mających na celu zagwarantowanie jego funkcjonowania w sposób określony w standardach akredytacyjnych. Osiągnięty w 2017 r. poziom spełniania standardów wg CMJ (90%) był podobny w stosunku do wcześniej osiągniętego w 2014 r. (91%). W badaniu ankietowym, pacjenci wysoko ocenili spełnienie standardów dotyczących praw pacjenta i zarządzania środowiskiem opieki. Przystąpienie do procesu akredytacyjnego oraz spełnianie standardów akredytacyjnych korzystnie wpływa na jakość świadczeń medycznych udzielanych przez Szpital.

Jak ustalono na podstawie badania próby 13 standardów, które zostały ocenione przez CMJ na maksymalną liczbę punktów, nie wszystkie z nich były spełnione, tak w trakcie ostatniej certyfikacji, jak i w trakcie kontroli NIK. Dwa standardy (dot. szkoleń z zakresu resuscytacji krążeniowo-oddechowej<sup>78</sup> oraz dostępności leków stosowanych w stanach zagrożenia życia) nie zostały spełnione w wyniku naruszenia obowiązujących w Szpitalu wewnętrznych procedur (odpowiednio w całości lub w części). Dodatkowo, stopień spełniania standardu OP 3 (odsetek personelu medycznego przeszkolonego z zakresu RKO) w okresie, w którym obowiązuje aktualny certyfikat akredytacyjny (lata 2017-2018) zmniejszył się w stosunku do poprzedniego okresu (2016 r.), a miał on bezpośredni wpływ na bezpieczeństwo pacjenta. Dwa kolejne (dot. szczepień przeciwko grypie oraz przeprowadzania badania satysfakcji personelu) zostały natomiast ocenione przez CMJ jako spełnione, Szpital nie posiadał natomiast instrumentów by zrealizować te wymogi. Ponadto w Szpitalu nie wdrożono procedury zapewniającej skuteczny nadzór nad ilością leków przechowywanych w oddziałach Szpitala, co było działaniem nierzetelnym i niespełniającym wymogów standardu dot. nadzoru nad lekami przechowywanymi w oddziałach.

---

<sup>78</sup> Zwanej dalej „RKO”.

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

Opis stanu faktycznego

2.1. Koszty przeprowadzenia procedury akredytacyjnej oraz wdrożenia standardów akredytacyjnych w Szpitalu.

W związku z przeprowadzoną procedurą akredytacyjną Szpital poniósł jedynie koszty opłaty za przeprowadzenie wizyty akredytacyjnej w wysokości 46 221,01 zł na rzecz CMJ.

Jak wyjaśnił Dyrektor, w związku z utrzymywaniem od roku 1999 systemu akredytacji Szpitala nadzór nad całością dokumentacji dotyczącej zapewnienia jakości i bezpieczeństwa powierzono jednemu z pracowników. Do 30 czerwca 2017 r. obowiązki te (w tym również pozyskiwanie i opracowywanie opinii pacjentów) wykonywała pielęgniarka epidemiologiczna (specjalistka) zatrudniona w wymiarze 1/8 etatu, na stanowisku *Koordinator ds. ciągłego podnoszenia jakości usług medycznych*, natomiast od 1 lipca 2017 r. ww. obowiązki zostały włączone do jej dotychczasowego zakresu czynności w ramach podstawowej umowy o pracę. Wysokość miesięcznego wynagrodzenia z tego tytułu wynosiła 434 zł brutto wraz z pochodnymi.

Przed uzyskaniem aktualnego certyfikatu akredytacyjnego nie poniesiono też żadnych kosztów na: remonty, budowę, rozbudowę Szpitala, jego wyposażenia wyłącznie w celu spełnienia wymogów akredytacji, ani też kosztów związanych z badaniem satysfakcji zawodowej personelu Szpitala.

Szpital nie poniósł też dodatkowych kosztów w okresie po uzyskaniu aktualnego certyfikatu akredytacyjnego. Jak wyjaśnił Dyrektor, dokonano aktualizacji wewnętrznej dokumentacji (13 standardów akredytacyjnych), co było zwykłym obowiązkiem Kierownictwa Szpitala, a nie czynnością związaną wyłącznie z uzyskaniem i utrzymaniem certyfikatu akredytacyjnego. W okresie po uzyskaniu aktualnego certyfikatu akredytacyjnego nie poniesiono też żadnych dodatkowych kosztów, w tym kosztów remontów, budowy, rozbudowy i wyposażenia, zatrudnienia dodatkowego personelu ani kosztów badania opinii pacjentów.

(akta kontroli str. 22-23)

Szpital nie poniósł żadnych kosztów pierwotnego dostosowania Szpitala do wymogów akredytacyjnych, gdyż, jak wyjaśnił Dyrektor, wszelkie prace remontowe, budowlane, rozbudowa Szpitala i wyposażenie wynikały z wymogów prawa oraz z zatwierdzonego przez Radę Społeczną oraz Zarząd Województwa Planu Strategicznego na lata 2016-2020, a także bieżącej polityki jakości i bezpieczeństwa.

(akta kontroli str. 23-24)

Jak wyjaśnił Dyrektor, Szpital nie odnosi korzyści w zakresie wzrostu przychodów, ani nie uzyskuje dodatkowych punktów w procesie kontraktowania świadczeń zdrowotnych w NFZ, gdyż specjalistyczne Szpitale Rehabilitacyjne zostały wykluczone z tych możliwości (w odróżnieniu od szpitali wieloprofilowych).

Wśród korzyści, które uzyskał Szpital w okresie stosowania standardów systemu akredytacji szpitali (od 1999 r.) Dyrektor wymienił:

- *wdrożenie i utrzymywanie polityki jakości i bezpieczeństwa pacjentów i pracowników,*
  - *istotny wpływ na społeczną pozycję Szpitala,*
- świadomą aktywność i działania kilkudziesięciu kluczowych pracowników Szpitala w pracach zespołów opracowujących i nadzorujących grupy standardów akredytacyjnych.

(akta kontroli str. 24)

## 2.2. Wpływ wprowadzenia standardów akredytacyjnych na koszty funkcjonowania Szpitala i poprawę jego funkcjonowania.

W okresie objętym kontrolą nie wniesiono roszczeń/pozwów, których treść wskazywałaby na nierealizowanie przez Szpital standardów akredytacyjnych objętych badaniami szczegółowymi (opisanymi w pkt 1 niniejszego wystąpienia). Również wyniki kontroli przeprowadzanych przez uprawnione organy nie wykazały nieprawidłowości wskazujących na nierealizowanie przez Szpital ww. standardów.

(akta kontroli str. 213, 216-217 232-233)

W latach 2016-2018 systematycznemu pogorszeniu ulegały wybrane wskaźniki ekonomiczne Szpitala (zyskowności, płynności i efektywności). I tak wskaźnik zyskowności netto<sup>79</sup> był ujemny w całym ww. okresie i w roku uzyskania ostatniej akredytacji (2017 r.) był na nieco wyższym poziomie (-2,06%) niż w roku poprzednim (-2,13%), jednak już w kolejnym roku po jej uzyskaniu znacznie się pogorszył (-4,45%). Podobnie było ze wskaźnikiem zyskowności działalności operacyjnej<sup>80</sup>, który wynosił w kolejnych latach odpowiednio: -2,07%, -1,96% i -4,22% oraz wskaźnikiem zyskowności aktywów<sup>81</sup>, który wynosił w kolejnych latach odpowiednio: -2,74%, -2,33% i -3,85%.

Spadek wskaźników zyskowności spowodowany był głównie pogłębiającym się ujemnym wynikiem finansowym netto, który w 2016 r. wyniósł -894,2 tys. zł, w 2017 r. -906,7 tys. zł, a w 2018 r. -2 074,2 tys. zł). Ten z kolei spowodowany był głównie znacznym wzrostem wynagrodzeń (głównego składnika kosztów działalności) spowodowanym: koniecznością zrealizowania postanowień ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych<sup>82</sup>, ustawowym wzrostem wynagrodzeń minimalnych oraz wymaganiami dot. warunków kontraktowania świadczeń z NFZ w oddziałach rehabilitacyjnych, a także oczekiwaniami płacowymi niezbędnymi dla utrzymania kontraktu lekarzy specjalistów.

Wskaźniki płynności malały z roku na rok w ww. okresie wynosząc odpowiednio:

- wskaźnik płynności bieżącej<sup>83</sup>: 1,07; 0,98 i 0,80;
- wskaźnik płynności szybkiej<sup>84</sup>: 1,02; 0,95 i 0,77.

Wskaźniki efektywności pogarszały się z roku na rok wynosząc odpowiednio:

- wskaźnik rotacji należności w dniach<sup>85</sup>: 42; 45 i 46,
- wskaźnik rotacji zobowiązań w dniach<sup>86</sup>: 25; 34, 42 (co mogło świadczyć o coraz większych trudnościach Szpitala w regulowaniu bieżących zobowiązań),

<sup>79</sup> Wynik finansowy netto x 100% / przychody ogółem.

<sup>80</sup> Wynik z działalności operacyjnej x 100% / przychody netto ze sprzedaży + przychody netto ze sprzedaży towarów i materiałów + pozostałe przychody operacyjne.

<sup>81</sup> Wynik netto x 100% / średni stan aktywów (czyli sumę aktywów razem na koniec poprzedniego roku obrotowego i aktywów na koniec bieżącego roku obrotowego podzieloną przez 2).

<sup>82</sup> Dz. U. z 2017 r. poz. 1473.

<sup>83</sup> 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.

<sup>84</sup> Aktywa obrotowe - należności krótkoterminowe z tytułu dostaw i usług, o okresie spłaty powyżej 12 miesięcy – krótkoterminowe rozliczenia międzyokresowe czynne - zapasy/ zobowiązania krótkoterminowe – zobowiązania z tytułu dostaw i usług, o okresie wymagalności powyżej 12 miesięcy + rezerwy na zobowiązania krótkoterminowe.

<sup>85</sup> Średni stan należności z tytułu dostaw i usług (czyli suma należności z tytułu dostaw i usług na koniec poprzedniego roku obrotowego i na koniec bieżącego roku obrotowego podzielona przez 2) x liczba dni w okresie (365) / przychody netto ze sprzedaży produktów + przychody netto ze sprzedaży towarów i materiałów.

<sup>86</sup> Średni stan zobowiązań z tytułu dostaw i usług (czyli suma zobowiązań z tytułu dostaw i usług na koniec poprzedniego roku obrotowego i na koniec bieżącego roku obrotowego podzielona przez 2) x liczba dni w okresie (365) / przychody netto ze sprzedaży produktów + przychody netto ze sprzedaży towarów i materiałów

Systematycznej poprawie w okresie objętym kontrolą ulegał wskaźnik zadłużenia aktywów<sup>87</sup> (informujący o stopniu finansowania aktywów kapitałami obcymi), wynosząc w kolejnych latach odpowiednio: 47%, 42% i 32%.

Pogorszeniu natomiast ulegał wskaźnik wypłacalności<sup>88</sup> (określający wielkość funduszy obcych przypadających na jednostkę funduszu własnego), wynosząc w kolejnych latach odpowiednio: 3, 4 i 9.

(akta kontroli str. 234-238, 243, 264)

Jak wyjaśnił Dyrektor, spadek wskaźników płynności spowodowany był m.in.: zmniejszeniem liczby hospitalizowanych pacjentów, co miało bezpośredni wpływ na zmniejszenie przychodów ze sprzedaży świadczeń zdrowotnych w NFZ, niezmienną od 2011 roku wyceną świadczeń przez NFZ, realizacją założeń przepisów o minimalnym wynagrodzeniu za pracę oraz corocznym zwiększaniem się kosztów utrzymania Szpitala.

Spadek wskaźników efektywności i wypłacalności, jak wyjaśnił Dyrektor, wynikał z faktu, że z roku na rok otrzymywane środki finansowe były niewystarczające, a Szpital osiągał coraz większą stratę finansową, zwiększał swoje zobowiązania wobec wierzycieli, w tym zobowiązania wymagalne.

(akta kontroli str. 209)

W latach 2016-2018 systematycznie zmniejszała się liczba hospitalizowanych wynosząc odpowiednio: 6 746, 6 068 i 5 845. W związku z powyższym, przy stałej liczbie łóżek w całym ww. okresie (560), zmniejszała się również liczba leczonych w ciągu roku na jedno łóżko, wynosząc odpowiednio: 12,0; 11,7 i 11,1. Długość przeciętnego pobytu chorego w Szpitalu<sup>89</sup> kształtowała się na podobnym poziomie, wynosząc w kolejnych latach odpowiednio (w dniach): 29,1; 31,4 i 30,6. Średnie obłożenie łóżek<sup>90</sup> nieznacznie malało z roku na rok, wynosząc w kolejnych latach odpowiednio: 351, 346 i 341. Podobnemu spadkowi ulegał „procent wykonania”<sup>91</sup> wynosząc w kolejnych latach odpowiednio: 96%, 95% i 93%.

(akta kontroli str. 282)

Przyczyną zmniejszenia się liczby hospitalizowanych w latach 2016-2018, jak wyjaśnił Dyrektor, było przede wszystkim wydłużenie się średniego pobytu chorych spowodowane ciężkim stanem chorobowym w dniu przyjęcia, czy też pogorszeniem stanu zdrowia w pierwszych dniach pobytu pacjenta w Szpitalu. W odniesieniu do zaobserwowanego w latach 2016 – 2018 spadku średniego obłożenia łóżek, uznano, że możliwe przyczyny mogą być wynikiem:

- rosnącej liczby chorych, którzy nie zgłaszają się do planowego przyjęcia, czy też dyskwalifikacją pacjenta w dniu przyjęcia lub w pierwszych dniach pobytu z różnych przyczyn, czy to zdrowotnych czy względów formalnych NFZ,
- większą liczbą chorych przekazywanych do innych szpitali, w związku z nagłym pogorszeniem się stanu zdrowia,
- wzrostem liczby pacjentów kwalifikowanych przy przyjęciu do III kategorii opieki (tzw. kategoryzacja pacjentów wg rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych nie będących przedsiębiorstwami<sup>92</sup>),

<sup>87</sup> Zobowiązania długoterminowe + krótkoterminowe + rezerwy na zobowiązania) x100% / aktywa razem.

<sup>88</sup> Zobowiązania długoterminowe + zobowiązania krótkoterminowe + rezerwy na zobowiązania / fundusz własny.

<sup>89</sup> Średni okres pobytu chorego w szpitalu wyrażony stosunkiem liczby osobodni leczenia w danym okresie do liczby chorych hospitalizowanych w tym okresie.

<sup>90</sup> Liczba wypracowanych osobodni / średnia liczba łóżek w Szpitalu.

<sup>91</sup> Osobodni wykonane x 100% / potencjalna liczba osobodni z łóżek rzeczywistych w ciągu okresu sprawozdawczego.

<sup>92</sup> Dz. U. z 2012 r., poz.1545.

- przeprowadzanymi remontami na oddziałach Szpitala.
- Zdaniem Dyrektora przedstawiony „procent wykonania” był niezmiernie wysoki, a jego spadek był pochodną spadku średniego obłożenia łóżek.  
(akta kontroli str. 208-209)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

**OCENA CZĄSTKOWA**

W okresie objętym kontrolą systematycznemu pogorszeniu ulegały wybrane wskaźniki ekonomiczne Szpitala (zyskowności, płynności i efektywności). Przyczyną powyższego był głównie pogłębiający się ujemny wynik finansowy, który z kolei wynikał ze znacznego wzrostu wynagrodzeń (głównego składnika kosztów działalności) spowodowanego koniecznością realizowania zmienionych przepisów dot. wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne.

Systematycznie zmniejszała się też liczba hospitalizowanych, w związku z czym, przy stałej liczbie łóżek zmniejszała się również liczba leczonych w ciągu roku na jedno łóżko. Malo też z roku na rok średnie obłożenie łóżek, jakkolwiek jego poziom nadal był bardzo wysoki.

Wzrost kosztów działalności, niekorzystne zmiany poziomu wskaźników ekonomicznych, pogorszenie się parametrów odnoszących się do realizacji świadczeń zdrowotnych wynikały z przyczyn niezwiązanych z wdrażaniem bądź utrzymaniem standardów akredytacyjnych. Posiadanie przez Szpital certyfikatu akredytacyjnego nie wpływało bezpośrednio na jego sytuację finansową, ani na koszty jego funkcjonowania, bowiem poza koniecznością uiszczenia opłaty za przeprowadzenie wizyty akredytacyjnej, Szpital nie ponosił innych kosztów, w tym związanych ze spełnianiem standardów akredytacyjnych.

## IV. Wnioski

Przedstawiając powyższe oceny wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli<sup>93</sup>, wnosi o:

Wnioski

1. Zapewnienie realizacji obowiązku corocznego przeszkolenia każdego pracownika z zakresu resuscytacji krążeniowo-oddechowej;
2. Zapewnienie właściwego wyposażenia zestawów przeciwwstrząsowych, a także przechowywania ich w sposób umożliwiający szybkie dotarcie do pacjenta oraz dogodne korzystanie z zestawu;
3. Zapewnienie skutecznego i rzetelnego nadzoru nad ilością leków przechowywanych w oddziałach;
4. Zapewnienie zwoływania z wymaganą częstotliwością zebrań przez przewodniczących wszystkich zespołów akredytacyjnych oraz sporządzania rocznych sprawozdań z ich pracy.

## 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

<sup>93</sup> Dz. U. z 2019 r. poz. 489, zwanej dalej *ustawą o NIK*.

Obowiązek  
poinformowania  
NIK o sposobie  
wykonania wniosków

pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do dyrektora Delegatury NIK w Katowicach. 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.

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 21 dni 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.

Katowice, 5 sierpnia 2019 r.

Kontrolerzy  
Tomasz Raszka  
główny specjalista kontroli  
państwowej

.....  
Monika Bukowiec  
inspektor kontroli państwowej  
.....

Najwyższa Izba Kontroli  
Delegatura w Katowicach