



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Katowicach

LKA.410.013.02.2019

Pani
Kinga Wieczorek
Prezes Zarządu
Zespołu Opieki Zdrowotnej Sp. z o.o.
w Świętochłowicach

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/19/095 - Akredytacja podmiotów leczniczych

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Zespół Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach Sp. z o.o. ul. Chorzowska 38; 41-605 Świętochłowice ¹ .
Kierownik jednostki kontrolowanej	Kinga Wieczorek, Prezes Zarządu Zespół Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach Spółka z o.o., powołana na stanowisko od 1 kwietnia 2019 r. ² W okresie objętym kontrolą funkcję kierownika jednostki pełnili: Ilona Tkocz-Furman od 1 lutego do 31 marca 2019 r. Dariusz Skłodowski od 12 czerwca 2012 r. do 31 stycznia 2019 r. (akta kontroli str. 5-33)
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 ³ .
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Katowicach
Kontrolerzy	1. Beata Olejnik, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKA/141/2019 z 28 maja 2019 r. 2. Nina Poloczek, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKA/134/2019 z 20 maja 2019 r. 3. Tomasz Kuźniak doradca ekonomiczny, nr legitymacji służbowej 18947. (akta kontroli str. 1-2)

¹ W dalszej części *Szpital* lub *Spółka*.

² W dalszej części *Prezes*.

³ Dz. U. z 2019 r. poz. 489, ze zm.; dalej: ustawa o NIK.

II. Ocena ogólna⁴ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Szpital uzyskał Certyfikat Akredytacyjny Ministra Zdrowia⁵ w 2017 r. w oparciu o standardy akredytacyjne z 2009 r.⁶ z wynikiem ich spełniania na poziomie 78%. Przygotowując się do procesu akredytacji Szpital opracował wewnętrzne procedury na potrzeby spełniania standardów określonych przez Ministra Zdrowia. Procedury te były okresowo aktualizowane⁷.

Pełnomocnik Zarządu ds. Jakości, we współpracy z Zespołem ds. Jakości, od 2017 r. sporządzał na kolejne lata Plany działań dla poprawy jakości Szpitala, przy czym określonym w nich celom nie przypisano standardów jakościowych, które powinny były ulec poprawie po ich realizacji w danym roku. Dominującą formą sprawozdawania Zarządowi Szpitala przebiegu realizacji ww. Planów, w tym również działań Zespołu ds. Jakości była forma ustna, która zdaniem NIK, nie zapewnia w pełni skutecznego monitorowania i dogłębnej oceny efektów realizacji zadań służących poprawie jakości.

Jak ustalono na podstawie badania próby 13 standardów, które zostały uznane przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia⁸ w 2017 r. za całkowicie spełnione⁹, w wyniku naruszenia obowiązujących w Szpitalu wewnętrznych procedur nie zapewniono pełnej realizacji pięciu z nich¹⁰, co stanowiło 38% badanych standardów (wg stanu na I półrocze 2019 r.).

Ponadto stwierdzono przypadek naruszenia wewnętrznej procedury, opracowanej w celu wdrożenia standardu, dot. procedur postępowania z niewykorzystanymi lekami i preparatami krwiopochodnymi¹¹, jak również przypadek dopuszczenia do świadczenia pracy osoby nieposiadającej ważnego orzeczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań do wykonywania pracy.

Przystąpienie przez Szpital do akredytacji w nieznacznym stopniu wpłynęło na jego sytuację finansową, bowiem z tytułu uzyskania dodatkowych punktów w procesie kontraktowania świadczeń¹² wzrost przychodów wyniósł jedynie ok. 1% w porównaniu do rocznej wartości zakresów świadczeń wchodzących w skład ryczału w 2017 r. Pomimo następującego w badanym okresie ogólnego wzrostu przychodów - ze względu na wysoki wzrost kosztów działalności, który nie był związany z wdrażaniem oraz utrzymywaniem standardów akredytacyjnych¹³, następowało pogorszenie większości wskaźników ekonomiczno-finansowych Szpitala, szczególnie w 2018 r., czyli w roku następnym po przyznaniu Certyfikatu.

W latach 2016-2018 liczba rehospitalizacji malała, a koszty powtórnych hospitalizacji utrzymywały się na zbliżonym poziomie, natomiast koszty reoperacji oraz ich liczba uległy w ww. okresie wzrostowi, przy czym nie były one wynikiem działalności Szpitala, prowadzonej w sposób niezgodny z wymogami standardów. Przystąpienie do procesu certyfikacji przez Szpital nie wpłynęło na zmianę parametrów dotyczących świadczeń zdrowotnych, takich jak średnie wykorzystanie łóżka czy przeciętny pobyt chorego w Szpitalu.

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

⁵ W dalszej części *Certyfikat*.

⁶ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z 18 stycznia 2010 r. w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania szpitali (Dz. Urz. MZ Nr 2 poz. 24). W dalszej części *standardy* lub *standardy z 2009 r.*

⁷ Przez powołanych w Szpitalu Koordynatorów we współpracy z merytorycznymi zespołami, komisjami i komitetami Szpitala.

⁸ W dalszej części *CMJ*.

⁹ Wg informacji *CMJ*.

¹⁰ Niepełna realizacja dotyczyła standardów: OP 4.1., KZ 5, FA 6, FA 7, OD 4.

¹¹ Tj. FA 12.

¹² Na 2018 i 2019 r.

¹³ Poza relatywnie niewysokimi kosztami związanymi z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury akredytacyjnej.

Przestrzeganie wybranych standardów potwierdzały wyniki przeprowadzonego w trakcie kontroli NIK badania ankietowego 50 pacjentów Szpitala. Pacjenci, w związku z przyjęciem do Szpitala, czuli się poinformowani o swoich prawach, a w czasie pobytu o stanie zdrowia. Potwierdzili również dobry stan higieniczny i techniczny pomieszczeń oraz zapewnienie im możliwości odwiedzin. Dla 62% ankietowanych przy wyborze podmiotu leczniczego, miało znaczenie posiadanie przez Szpital certyfikatu akredytacyjnego.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

1. Minister Zdrowia przyznał Szpitalowi Certyfikat¹⁴ 16 października 2017 r. (ważny do 15 października 2020 r.). Procedurę akredytacyjną przeprowadzono w oparciu o standardy z 2009 r., oceniając spełnienie przez Szpital wymogów dotyczących: ciągłości opieki, praw pacjenta, oceny stanu pacjenta, opieki nad pacjentem, kontroli zakażeń, zabiegów i znieczulenia, farmakoterapii, laboratorium, diagnostyki obrazowej, odżywiania, poprawy jakości i bezpieczeństwa pacjenta, zarządzania ogólnego, zarządzania zasobami ludzkimi, zarządzania informacją i zarządzania środowiskiem opieki. Spełnianie przez Szpital standardów oceniono na poziomie 78% maksymalnej liczby punktów.

(akta kontroli str. 4; 35-45)

2. Procedurę akredytacyjną poprzedziło zawarcie pomiędzy Szpitalem i CMJ porozumienia o udziale Szpitala w projekcie pn. „Wsparcie szpitali we wdrażaniu standardów i jakości bezpieczeństwa opieki” część „Program Akredytacji Szpitali”¹⁵. Porozumienie zobowiązywało Szpital do udziału w organizowanych przez CMJ warsztatach szkoleniowo-konsultacyjnych z zakresu wdrażania standardów akredytacyjnych, konsultacjach z zakresu wdrażania standardów akredytacyjnych i konsultacji z farmakoterapii, szkoleniu nt. bezpieczeństwa opieki i zdarzeń niepożądanych oraz poddaniu się wizycie testowej, którą przeprowadzono 1 sierpnia 2017 r.

W zakresie procedury akredytacyjnej, strony biorące w niej udział, dochowały zakładanych terminów liczonych od dnia 14 lipca 2017 r., tj. od dnia skierowania przez Szpital do CMJ wniosku o udzielenie akredytacji¹⁶ Szpitalowi. Odpowiedź na przesłany wniosek, zawierającą harmonogram oraz propozycję terminu przeglądu akredytacyjnego, Szpital otrzymał w dniu 18 sierpnia 2017 r.¹⁷, tj. po 31 dniach od dnia wysłania wniosku¹⁸. Raport z przeglądu akredytacyjnego¹⁹, który odbył się w dniach 30 sierpnia - 1 września 2017 r. Szpital otrzymał 15 września 2017 r. Do Raportu, jak wyjaśniła Prezes, nie wniesiono uwag.

(akta kontroli str. 4; 34; 46; 48-68; 121-163; 387-389; 405)

3. W dniu 28 lutego 2017 r., Zarząd Szpitala powołał w drodze zarządzenia wewnętrznego²⁰ 22 koordynatorów tworzenia i weryfikacji wewnętrznych procedur akredytacyjnych obowiązujących w Szpitalu²¹. Ww. zadania przypisano:

¹⁴ Nr 2017/33.

¹⁵ Porozumienie nr SZ.PA.0701-7/16 z dnia 6 lipca 2016 r. W dalszej części *Porozumienie*.

¹⁶ W dalszej części *wniosek*.

¹⁷ Pismo z dnia 16 sierpnia 2017 r. nr SZ.PA.0701-7/16.

¹⁸ Wniosek akredytacyjny nadano w dniu 18 lipca 2017 r.

¹⁹ Pismo z dnia 12 września 2017 r. nr SZ.PA.0701-7/16. W dalszej części *Raport*.

²⁰ Zarządzenie Wewnętrzne Nr 18/2017. W dalszej części *Zarządzenie nr 1*.

- w zakresie standardów dotyczących Ciągłości Opieki²² (od nr 1 do 13, z wyłączeniem standardu CO 4) - Naczelnej Pielęgniarki;
- w zakresie standardów dotyczących Praw Pacjenta²³ (od nr 1 do 14 z wyłączeniem standardu PP 8) - Ordynatorowi Oddziału Neonatologii i (od nr 15 do 20) - Ordynatorowi Oddziału Psychiatrycznego z Pododdziałem Detoksykacji Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych;
- w zakresie standardów dotyczących Oceny Stanu Pacjenta²⁴ (od nr 1 do 4) - Ordynatorowi Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej i Oddziału Rehabilitacji Ogólnoustrojowej i (od nr 5 do 5.13) - Ordynatorowi Oddziału Pediatrycznego i Oddziału Patologii Noworodka;
- w zakresie standardów dotyczących Opieki nad Pacjentem²⁵ (od nr 1 do 2.2) Ordynatorowi Oddziału Chorób Wewnętrznych i (od nr 3 do 6) - Kierownikowi Izby Przyjęć;
- w zakresie standardów dotyczących Kontroli Zakażeń²⁶ (od nr 1 do 7) - Specjaliście pielęgniarstwa epidemiologicznego;
- w zakresie standardów dotyczących Zabiegów i Znieczulenia²⁷ (od nr 1 do 13) - Kierownikowi Działu Anestezjologii;
- w zakresie standardów dotyczących Farmakoterapii (od nr 1 do 13) - Kierownikowi Apteki;
- w zakresie standardów dotyczących Laboratorium²⁸ (od nr 1 do 8 z wyłączeniem standardów 4.1, 4.2 i 5) - Kierownikowi Ambulatorium Ogólnego POZ i Poradni Medycyny Rodzinnej;
- w zakresie standardów dotyczących Diagnostyki Obrazowej²⁹ (od nr 1 do 9) - Kierownikowi Zespołu Techników Medycznych;
- w zakresie standardów dotyczących Odżywiania³⁰ (od nr 1 do 5) - Ordynatorowi Oddziału Chirurgii Ogólnej i Krótkoterminowej;
- w zakresie standardów dotyczących Poprawy Jakości i Bezpieczeństwa Pacjenta³¹ (od nr 1 do 1.2) - Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa, (od nr 2 do 2.1 i od nr 2.4. do 2.5) - Ordynatorowi Oddziału Ginekologiczno-Położniczego, (od nr 2.2 do 2.3) - Ordynatorowi Oddziału Neurologii i Oddziału Udarowego, (od nr 3 do 6) Kierownikowi Oddziału Otolaryngologicznego;
- w zakresie standardów dotyczących Zarządzania Ogólnego³² (od nr 1 do 11.3 z wyłączeniem standardów nr 7 i 11.3) - Kierownikowi Działu Organizacyjno-Prawnego;
- w zakresie standardów dotyczących Zarządzania Zasobami Ludzkimi³³ (od nr 1 do 9) - Referentowi ds. Rozliczeń Osobowych, a od 17 stycznia 2018 r. Kierownikowi Sekcji Księgowości ds. Rozliczeń Osobowych³⁴;
- w zakresie standardów dotyczących Zarządzania Informacją³⁵ (od nr 1 do 6) - Specjaliście Informatykowi;

²¹ Skład osobowy koordynatorów odpowiedzialnych za tworzenie, weryfikację i aktualizację wewnętrznych procedur akredytacyjnych w Szpitalu zmieniano dwukrotnie: w dniu 17 stycznia 2018 r. Zarządzeniem wewnętrznym nr 20/2018 – w dalszej części Zarządzenie nr 2 oraz w dniu 12 lipca 2018 r. Zarządzeniem wewnętrznym nr 77/2018 – w dalszej części Zarządzenie nr 3.

²² W dalszej części CO.

²³ W dalszej części PP.

²⁴ W dalszej części OS.

²⁵ W dalszej części OP.

²⁶ W dalszej części KZ.

²⁷ W dalszej części ZA.

²⁸ W dalszej części LA.

²⁹ W dalszej części DO.

³⁰ W dalszej części OD.

³¹ W dalszej części PJ.

³² W dalszej części ZO.

³³ W dalszej części ZZ.

³⁴ Na podstawie Zarządzenia nr 2.

³⁵ W dalszej części ZI.

- w zakresie standardów dotyczących Zarządzania Środowiskiem Opieki³⁶ (od nr 1 do 5 i od nr 9 do 19 z wyłączeniem standardu nr 13.3) - Kierownikowi Sekcji Administracyjno-Technicznej, a od 17 stycznia 2018 r. Koordynatorowi ds. Administracyjno-Eksploatacyjnych³⁷ i (od nr 6 do 8 z wyłączeniem standardu nr 7.1) – Inspektorowi p.poż.

Zarządzeniami Wewnętrznymi nr 124 i 125 z 28 lipca 2017 r., a następnie Uchwałą nr 1 Rady Nadzorczej Szpitala z dnia 5 października 2017 r. powołano Pełnomocników Zarządu ds. Jakości z równoczesnym zapisaniem zakresu ich obowiązków w Regulaminie Organizacyjnym³⁸.

(akta kontroli str. 217; 221; 280-281; 390-403; 409-412; 622-623)

4. Zespół ds. Jakości³⁹ powołano w Szpitalu w dniu 29 marca 2016 r.⁴⁰ W skład Zespołu wchodziło 11 członków, w tym m.in.: Zastępca Dyrektora ds. Lecznicznych pełniący funkcję Przewodniczącego Zespołu, Ordynator Oddziału Pediatrycznego/Oddziału Patologii Noworodka pełniący funkcję Zastępcy Przewodniczącego, Naczelna Pielęgniarka - pełniąca funkcję osoby odpowiedzialnej za kontakt z CMJ oraz Kierownik Działu Organizacyjno-Prawnego, Biura Zarządu, pełniący funkcję sekretarza Zespołu. Do zadań Zespołu wg stanu na 29 marca 2016 r. należało: ustalenie rocznego planu pracy z uwzględnieniem klinicznej działalności Szpitala w zakresie poprawy jakości opieki, koordynacja działań w zakresie Akredytacji, identyfikacja problemów na podstawie wyników monitorowania, formułowanie wniosków dotyczących Akredytacji oraz ustalanie celów dotyczących Akredytacji. Likwidacja funkcji osoby odpowiedzialnej za kontakt z CMJ i sekretarza Zespołu nastąpiła Zarządzeniem wewnętrznym nr 17/2017 z 27 lutego 2017 r.⁴¹. W tym samym Zarządzeniu dokonano zmian zakresu zadań przypisanych Zespołowi⁴². Do jego zadań należało: ustalanie rocznego planu pracy z uwzględnieniem klinicznej działalności Szpitala w zakresie poprawy jakości opieki; koordynowanie działań w zakresie realizacji ww. rocznego planu; identyfikacja problemów i formułowanie wniosków na podstawie wyników monitorowania; wprowadzanie zmian i ocena ich efektów; dokonywanie analiz zdarzeń związanych z działalnością Szpitala w poszczególnych komórkach organizacyjnych. Ponadto wprowadzono zapis dotyczący częstotliwości spotkań Zespołu, tj. nie rzadziej niż raz w miesiącu oraz przekazywania, nie rzadziej niż raz na kwartał, Zarządowi Szpitala sprawozdań ze swojej działalności. Na dzień 7 czerwca 2019 r. Zespół ds. Jakości składał się z 19 osób zatrudnionych w Szpitalu, w tym pełniącego funkcję Przewodniczącego Zespołu - Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa oraz Zastępcy Przewodniczącego Zespołu - Ordynatora Oddziału Pediatrycznego, Ordynatora Oddziału Patologii Noworodka.

(akta kontroli str. 413-525)

5. Szpital posiadał Programy działań dla poprawy jakości opracowane przez Pełnomocnika Zarządu ds. Jakości⁴³, we współpracy z Zespołem ds. jakości, w formie dokumentów pn. Plany działań dla poprawy jakości na kolejne lata⁴⁴. Plany sporządzano począwszy od 2017 r. odpowiednio 9 stycznia 2017 r., 17 stycznia

³⁶ W dalszej części ŚO.

³⁷ Na podstawie Zarządzenia nr 2.

³⁸ Uchwała nr 2 Rady Nadzorczej Spółki z 5 października 2017 r. w sprawie zatwierdzenia tekstu jednolitego Regulaminu Organizacyjnego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach Sp. z o.o.

³⁹ W dalszej części Zespół.

⁴⁰ Zarządzenie wewnętrzne nr 43/2016 Zarządu Spółki w sprawie powołania komisji, zespołów oraz komitetów działających w Zespole Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach Sp. z o.o. W dalszej części Zarządzenie 43/2016.

⁴¹ Zarządzenie wewnętrzne nr 17/2017 Zarządu Spółki w sprawie powołania komisji, zespołów oraz komitetów działających w Zespole Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach Sp. z o.o. W dalszej części Zarządzenie 17/2017.

⁴² Które w niezmienionej treści obowiązywały w okresie prowadzenia niniejszych czynności kontrolnych, w ramach aktualizacji wprowadzanych kolejnymi zarządzeniami wewnętrznymi, w tym m.in. nr 26/2019 z dnia 1 kwietnia 2019 r.

⁴³ W dalszej części Pełnomocnik.

⁴⁴ W dalszej części Plan.

2018 r., 8 stycznia 2019 r. Ponadto w 2017 r. poza Planem rocznym w Szpitalu opracowano dokument pn. „Projekt poprawy jakości - Profilaktyka i leczenie odleżyn” na okres od 1 lipca do 31 grudnia 2017 r., który ostatecznie przedłużono do 31 sierpnia 2018 r.

Określając w Planach cele nie przypisano im standardów jakościowych, które powinny być ulec poprawie po ich realizacji w danym roku. Plany nie zawierały również zapisów lub wskazówek o stosowanych w Szpitalu mechanizmach kontrolnych służących monitorowaniu i ocenie ich realizacji oraz mierników i wartości docelowych planowanych do osiągnięcia celów określonych w Planach.

(akta kontroli str. 981-1005; 1011-1014)

Podstawą do opracowania ww. Planów, jak wyjaśniła Pełnomocnik ds. Jakości były badania satysfakcji pacjentów, bieżące potrzeby związane z działalnością Szpitala, wyniki analiz medycznych oraz rejestr uwag dotyczących żywienia. Jak dalej wyjaśniła Pełnomocnik ds. Jakości, z realizacji przyjętych w Szpitalu Planów nie sporządzano sprawozdań w formie papierowej, a ocena stopnia ich wykonania była omawiana na spotkaniach z Zarządem Szpitala.

Realizacja Planu poprawy jakości za 2017 r. w zakresie inwestycji została ujęta w formie załącznika do ww. Planu, w którym odnotowano całkowitą lub częściową realizację 9 z 11 zadań. Dodatkowo opracowano dokument pt.: „Ocena Projektu poprawy jakości - Profilaktyka i leczenie odleżyn”, stanowiący podsumowanie wyników realizacji projektu poświęconego profilaktyce leczenia odleżyn w Szpitalu. W trakcie niniejszej kontroli, Pełnomocnik ds. Jakości sporządziła Sprawozdanie ze stanu realizacji Planów Poprawy Jakości w Szpitalu za 2018 r. oraz dotychczasowe wykonanie za 2019 r.

(akta kontroli str. 984-993; 1012-1014; 2720-2722)

Jak wyjaśniła Przewodnicząca Zespołu ds. Jakości - Zastępca Dyrektora ds. Lecznicych, udział Zespołu w ustalaniu rocznego Planu działań dla poprawy jakości polegał na delegowaniu zadań oraz ich koordynowaniu, m.in. w zakresie analizy procedur diagnostycznych i terapeutycznych, kompletności i jakości dokumentacji medycznej, działalności organizacyjnej, poprawy dostępności usług, poprawy satysfakcji pacjenta, jak również farmakoterapii. Ponadto jak m.in. wyjaśniła, Zespół weryfikuje analizy sporządzane przez kierowników komórek organizacyjnych, dotyczące obowiązujących w Szpitalu wewnętrznych procedur akredytacyjnych, a także formułuje wnioski na podstawie rozmów z ww. kierownikami, członkami innych zespołów oraz koordynatorami zajmującymi się tworzeniem i weryfikacją wewnętrznych procedur akredytacyjnych.

Przewodnicząca Zespołu ds. Jakości wyjaśniła, że spotkania Zespołu odbywały się cotygodniowo, w ramach spotkań kierowników poszczególnych komórek organizacyjnych z przedstawicielami Zarządu, podczas których analizowano sytuację medyczną Szpitala oraz identyfikowano i rozwiązywano problemy, w tym odnoszące się do obowiązujących standardów akredytacyjnych.

Ze spotkań ww. Zespołu nie sporządzono protokołów, a ich przebieg, w tym wyniki działalności Zespołu, relacjonowano Zarządowi Spółki w formie ustnej. Jak wyjaśniła Zastępca Dyrektora ds. Lecznicych (Przewodnicząca Zespołu), podjęto decyzję aby od września 2019 r. protokołować cotygodniowe spotkania Zespołu ds. Jakości.

(akta kontroli str.3134-3139)

NIK zwraca uwagę, że ustne przekazywanie Zarządowi Szpitala sprawozdań z działalności Zespołu ds. jakości, w tym dotyczących zagadnień związanych z realizacją rocznych Planów działań dla poprawy jakości, nie sprzyja skutecznemu ujawnianiu a następnie rozwiązywaniu istotnych problemów Szpitala. W związku

z zachodzącymi zmianami organizacyjnymi i kadrowymi, ustna forma sprawozdawania nie zapewnia trwałego odnotowywania np. stanów wymagających poprawy, a w szczególności sprawnego monitorowania przebiegu ich zmian oraz oceny osiągniętych efektów.

6. Szczegółowej analizie poddano 13 poniższych standardów⁴⁵, które przy akredytacji prowadzonej przez CMJ w Szpitalu w 2017 r. uznane zostały za spełnione przez Szpital i przyznano im po 5 punktów. Wybrano do badania standardy: PP 1, OP 4, OP 4.1, KZ 5, FA 6, FA 7, LA 3, DO 3, OD 1.1, OD 4, PJ 3, ZZ 5.3 oraz ZZ 9.

(akta kontroli str. 36, 395-402)

- Standard PP 1 - Każdy pacjent jest informowany o przysługujących mu prawach i obowiązkach

Prawa i obowiązki pacjenta określono w procedurze⁴⁶ wprowadzonej Zarządzeniem wewnętrznym⁴⁷ z 23 marca 2016 r. Procedura określała w jaki sposób odbywa się przekazanie informacji o przysługujących pacjentom Szpitala prawach i obowiązkach. Integralną częścią Procedury był załącznik w formie broszury z 11 punktami, w których spisano prawa i obowiązki pacjentów oraz podano numer telefoniczny ogólnopolskiej bezpłatnej infolinii rzecznika praw pacjenta.

Ogłędziny Oddziałów: Neurologii i Chorób Wewnętrznych Szpitala potwierdziły stosowanie standardu dotyczącego informowania pacjentów o przysługujących im prawach i obowiązkach. Informacje o prawach i obowiązkach pacjenta zamieszczono na tablicach informacyjnych ww. Oddziałów, a w dyżurkach pielęgniarek znajdowały się kopie ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Ponadto weryfikacja kart chorobowych⁴⁸ potwierdziła, że w każdej z nich znajdowały się załączone oświadczenia pacjentów o zapoznaniu się z prawami i obowiązkami. Wiceprezes wyjaśniła, że pacjentom niedowidzącym, słabowidzącym lub ze schorzeniami wzroku przyjmowanym do Szpitala, ich prawa i obowiązki odczytuje personel medyczny Izby Przyjęć, a wzmiankę o odczytaniu zamieszcza osoba dokonująca czynności i opatruje ją swoim podpisem. Ponadto, jak wyjaśniła Prezes, w trakcie niniejszych czynności kontrolnych Szpital zamówił wersje praw pacjenta dla słabowidzących i pismem Braille'a dla osób niewidomych. Spełnianie przez Szpital ww. standardu potwierdziło badanie ankietowe przeprowadzone na grupie 50 pacjentów, którzy w 93% odpowiedzi potwierdzili, iż byli poinformowani o przysługujących im prawach i obowiązkach w dniu przyjęcia ich do Szpitala.

(akta kontroli str. 1359-1367; 2720; 2773-2778)

- Standard OP 4 - W Szpitalu określono, które leki, sprzęt i materiały muszą być dostępne w stanach nagłego zagrożenia życia

Szpital posiadał procedurę postępowania w NZK⁴⁹ - resuscytacja krążeniowo-oddechowa⁵⁰, w której określono: wykaz leków, ich ilość oraz sposób ich zabezpieczenia oraz wykaz sprzętu i materiałów, które muszą być dostępne

⁴⁵ M.in. analizując dokumentację posiadaną przez Szpital oraz w drodze oględzin na dwóch oddziałach Szpitala: Chorób Wewnętrznych i Neurologii.

⁴⁶ Procedura „Prawa i obowiązki pacjenta” wydanie pierwsze z dnia 23 marca 2016 r. oraz jej aktualizacje i przeglądy: z 18 grudnia 2016 r., 30 marca 2017 r. oraz 21 grudnia 2018 r.

⁴⁷ Zarządzenie wewnętrzne nr 37/2016 Zarządu Spółki.

⁴⁸ Oddział Neurologii - karty chorobowe zaewidencjonowane w Księdze głównej pod numerami: 4383, 4354, 4255, 4262, 4375; Oddział Chorób Wewnętrznych - karty chorobowe zaewidencjonowane w Księdze głównej pod numerami: 4269, 4379, 4158, 4361, 4388.

⁴⁹ Nagłe Zatrzymanie Krążenia.

⁵⁰ „Procedura postępowania w NZK - resuscytacja krążeniowo-oddechowa OP 3-5” wydanie drugie z 19 kwietnia 2016 r. wprowadzona Zarządzeniem wewnętrznym nr 58/2016 Zarządu Spółki z 19 kwietnia 2016 r., aktualizowana 11 lipca 2017 r. i 9 lipca 2018 r.

w stanach nagłego zagrożenia życia. Zgodnie z treścią procedury przyjętej w Szpitalu, osobami odpowiedzialnymi za aktualizację ww. listy leków, sprzętu i materiałów niezbędnych w stanach nagłego zagrożenia życia byli: Kierownik i Pielęgniarka Oddziałowa Działu Anestezjologii.

(akta kontroli str. 702-783)

- Standard OP 4.1 - Leki i materiały stosowane w stanach nagłego zagrożenia życia są stale dostępne w miejscach świadczenia opieki

Spełnianie Standardu OP 4.1 zweryfikowano w drodze oględzin zestawów ratujących życie i przeglądu dokumentacji wewnętrznej Szpitala, określonej w procedurze Szpitala dotyczącej jego stosowania⁵¹ na oddziałach: Chorób Wewnętrznych (dwa zestawy) i Neurologicznym (jeden zestaw). Stwierdzono, że zestawy ratujące życie przechowywano w miejscu świadczenia opieki. Oddziałów nie wyposażono w torby ratownicze, a każdy zestaw ratujący życie składał się z dwóch plastikowych koszy z uchwytami, w których osobno przechowywano sprzęt do resuscytacji i osobno zestawy leków przeciwwstrząsowych w oryginalnych opakowaniach. Dla każdego zestawu poddanego oględzinom, zgodnie z obowiązującą w Szpitalu procedurą, prowadzono na oddziałach osobne karty ich kontroli, w których raz w tygodniu, bądź po ich użyciu pielęgniarka danego oddziału dokonywała wpisów o przeprowadzeniu ich sprawdzenia. Oględziny zestawów ratujących życie i kart kontroli zestawów z okresu od lipca 2018 r. do dnia przeprowadzania oględzin⁵² wykazały odstępstwa w ich zawartości od wykazu wynikającego z załączników nr 1 i 2 do obowiązującej w Szpitalu procedury postępowania w NKZ oraz brak niektórych kwartalnych wyrwykowych kontroli, których obowiązek przeprowadzania spoczywał na Pielęgniarence Oddziałowej Działu Anestezjologii Szpitala lub na wyznaczonej przez nią pielęgniarence anestezjologicznej.

Nieprawidłowości w powyższym zakresie opisano szczegółowo w dalszej części wystąpienia w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.

NIK zwraca uwagę, że zestaw ratujący życie, został zorganizowany w plastikowych koszach z uchwytami (dwóch osobnych - na materiały i na leki), co nie zapewnia sprawnego transportu takiego zestawu do potrzebującego pomocy przez jedną osobę. Zarówno sprzęt jak i leki wchodzące w skład zestawu, m.in. ze względu na brak ich uporządkowania w koszach, nie w pełni odpowiadał Standardowi OP 4.1, który wymaga, m.in. by leki i materiały do ratowania życia były zorganizowane w sposób funkcjonalny umożliwiający szybkie dotarcie do pacjenta.

(akta kontroli str. 702-783; 2640-2678)

Pełnomocnik ds. Jakości wyjaśniła, że skład oraz funkcjonalność zestawów ratujących życie, w trakcie wizyty akredytacyjnej została oceniona w oparciu o obowiązującą w Szpitalu procedurę postępowania w NZK (OP 3-5) i zarówno wyposażenie jak i funkcjonalność nie budziły wątpliwości zespołu oceniającego. Jednocześnie wyjaśniła, że w trakcie wizyty akredytacyjnej w 2017 r., zestawy ratujące życie były zorganizowane w sposób „jaki stwierdzono w toku oględzin Kontrolerów NIK w dniu 11 lipca 2019 r.”

(akta kontroli str. 2890)

Wiceprezes wyjaśniła, że zorganizowanie zestawów ratujących życie w plastikowych koszach pozwala „na wizualną ocenę zestawu oraz przeprowadzenie procesu skutecznej dekontaminacji po zakończonej reanimacji” i jak dalej wyjaśniła, do chwili

⁵¹ „Procedura postępowania w NZK resuscytacja krążeniowo-oddechowa OP 3-4”, wydanie czwarte z dnia 9 lipca 2018 r., wprowadzona Zarządzeniem wewnętrznym nr 76/2018 Zarządu Spółki z 9 lipca 2018 r.

⁵² 11 lipca 2019 r.

obecnej, personel medyczny poszczególnych komórek organizacyjnych nie wnosił uwag do formy przechowywania zestawów ratujących życie, a w torby ratunkowe wyposażone są Oddziały: Anestezjologii, Izby Przyjęć i Gabinet nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej Szpitala. Niemniej, jak dalej wyjaśniła, podjęto decyzję w toku niniejszej kontroli o zakupie dwóch toreb ratunkowych na potrzeby Oddziałów, które poddano oględzinom.

(akta kontroli str. 2888)

- Standard KZ 5 - Personel systematycznie uczestniczy w szkoleniach dotyczących zakażeń szpitalnych

Szpital posiadał opracowaną procedurę wewnętrzną na potrzeby spełniania m.in. standardu akredytacyjnego KZ 5⁵³, w tym przeprowadzania szkoleń z zakresu profilaktyki zakażeń dla personelu medycznego i niemedycznego, zgodnie z którą okresowe szkolenia dla poszczególnych grup pracowników odbywają się nie rzadziej niż dwa razy w roku. W latach 2016-2018 plan szkoleń zrealizowano na poziomie 53% przeprowadzając łącznie 10 z 19 zaplanowanych szkoleń z zakresu zakażeń szpitalnych⁵⁴.

Jak wyjaśniła Prezes, w Szpitalu nie opracowano listy stanowisk pracy, na których szkolenia dotyczące zakażeń szpitalnych są konieczne. Pielęgniarka epidemiologiczna wyjaśniła, że w trakcie wizyty akredytacyjnej, w 2017 r., przedstawicielom CMJ, celem zweryfikowania spełnienia ww. standardu, przedstawiono listę osób, które przeszkolono w Szpitalu z tematu zakażeń.

Liczba osób przeszkolonych w stosunku do liczby personelu zatrudnionego w Szpitalu, w okresie objętym kontrolą wynosiła:

- wg stanu na 31 grudnia 2016 r. - 117 osób (tj. 22,1%) na 530 zatrudnionych, w tym przeszkolono 22 osoby z 29 osób zatrudnionych na stanowiskach kadry kierowniczej, czterech (tj. 2,2%) ze 179 lekarzy, 73 osoby (tj. 34,1%) z 214 osób personelu pielęgniarskiego, 16 (tj. 20,8%) z 77 pozostałego personelu medycznego i dwie osoby (tj. 6,5%) z personelu niemedycznego;
- wg stanu na 31 grudnia 2017 r. - 481 osób (tj. 77,5%) na 621 zatrudnionych, z czego: 18 osób (tj. 60,0%) na 30 osób zatrudnionych na stanowiskach kadry kierowniczej, 107 osób (tj. 52,7%) z 203 lekarzy, 313 (tj. 130,4%)⁵⁵ osób z 240 osób personelu pielęgniarskiego, 34 (tj. 40,1%) z 83 pozostałego personelu medycznego i dziewięć (tj. 13,8%) z 65 osób personelu niemedycznego;
- wg stanu na 31 grudnia 2018 r. - 149 (tj. 24,2%) z 617 osób zatrudnionych, z czego: 15 (tj. 48,4%) z 31 osób zatrudnionych na stanowiskach kadry kierowniczej, pięciu (tj. 2,6%) z 193 lekarzy, 94 (tj. 37,9%) z 248 osób personelu pielęgniarskiego, 27 (tj. 32,1%) z 84 pozostałego personelu medycznego i osiem (tj. 13,1%) z 61 osób personelu niemedycznego.
- wg stanu na 3 czerwca 2019 r. - 265 (tj. 44,8%) z 591 osób zatrudnionych, z czego: 12 (tj. 40,0%) z 30 osób kadry kierowniczej, 52 (tj. 27,2%) z 191 lekarzy, 188 (tj. 82,8%) z 227 osób personelu pielęgniarskiego, 12 (tj. 14,6%) z 82 pozostałego personelu medycznego i jedna osoba (tj. 1,6%) z 61 zatrudnionych na stanowiskach personelu niemedycznego.

⁵³ Kontrola Zakażeń - Standardy Akredytacyjne KZ 1 - KZ 7 wydanie pierwsze z dnia 4 maja 2017 r. wprowadzone do stosowania Zarządzeniem wewnętrznym Nr 168/2017 Zarządu Spółki z 23 sierpnia 2017 r.

⁵⁴ W tym w 2016 r. - z zaplanowanych trzech szkoleń zrealizowano dwa, w 2017 r. z zaplanowanych pięciu szkoleń zrealizowano cztery, w 2018 r. z zaplanowanych sześciu szkoleń zrealizowano trzy i do 3 czerwca 2019 r. z zaplanowanych na 2019 r. pięciu szkoleń zrealizowano jedno.

⁵⁵ Liczba osób przeszkolonych w tej grupie uwzględnia dwukrotne przeszkolenie części personelu tym w roku.

Szkoleniami wstępnymi⁵⁶ z zakresu zapobiegania zakażeniom szpitalnym, w latach 2016-2019 (do 3 czerwca) objęto 1 022 w tym 64 nowo przyjmowanych pracowników Szpitala, z czego w 2016 r. - 94 (w tym sześciu pracowników), w 2017 r. - 256 osób (w tym 36 pracowników), w 2018 r. - 498 osób (w tym 16 pracowników) i w 2019 r. - 174 osoby (w tym sześciu pracowników).

(akta kontroli str. 546-563; 819; 1436; 1461-1462)

Szkolenia pracowników firmy zewnętrznej, świadczącej kompleksowe usługi w zakresie utrzymania czystości na terenie Szpitala, zgodnie z treścią zawartych umów⁵⁷ świadczył wykonawca, z wyłączeniem okresu od 28 maja do 31 sierpnia 2017 r., kiedy to na skutek unieważnienia postępowania przetargowego na wyłonienie wykonawcy usług sprzątających, Szpital powierzył utrzymanie czystości osobom fizycznym w drodze umów zleceń⁵⁸.

(akta kontroli str. 791-818; 820-837; 840-843)

Nieprawidłowości w ww. zakresie przedstawiono szczegółowo w dalszej części wystąpienia w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.

- Standardy: FA 6 - W szpitalu funkcjonują procedury bezpiecznego przechowywania leków i FA 7 - W szpitalu opracowano i wdrożono procedurę nadzoru nad lekami przechowywanymi w oddziałach

Procedury bezpiecznego przechowywania leków oraz nadzoru nad lekami przechowywanymi w oddziałach wprowadzono w Szpitalu Zarządzeniem wewnętrznym nr 81/2017 Zarządu Spółki z dnia 22 maja 2017 r.⁵⁹ Nadzór nad lekami przechowywanymi na terenie Szpitala, zgodnie z pkt 3.2 procedury, tj. prowadzenie ich bieżącej ewidencji w apteczkach oddziałowych, powierzono, w zależności od grup leków: pielęgniarkom oddziałowym⁶⁰ (lub innym upoważnionym osobom); lekarzom⁶¹ kierującym danymi oddziałami (lub upoważnionym lekarzom). Przeprowadzanie kontroli apteczek oddziałowych dwa razy w roku lub w razie potrzeby powierzono Kierownikowi Apteki Szpitalnej lub magistrowi farmacji przez niego upoważnionemu.

Nieprawidłowości w funkcjonowaniu nadzoru nad przechowywanymi lekami prowadzonego przez Kierownika Apteki Szpitalnej przedstawiono w dalszej części wystąpienia, w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.

Oględziny apteczek na oddziałach: Chorób Wewnętrznych i Neurologicznym wykazały niezapewnienie warunków odpowiedniego przechowywania leków, niezgodności w numerach serii i liczbie leków z danymi pochodzącymi z systemu AMMS⁶², pobranymi w dniu dokonania oględzin z Apteki Szpitalnej.

Nieprawidłowości w ww. zakresie przedstawiono w dalszej części wystąpienia w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.

(akta kontroli str. 588-621; 2900-2955; 3020-3024)

- Standard LA 3 - W szpitalu opracowano listę wykonywanych badań laboratoryjnych

⁵⁶ Zgodnie zapisami procedury Szpitala „Szkolenie wstępne” – przeprowadzane jest przy przyjęciu do pracy nowego pracownika. Standardy Akredytacyjne KZ 1 – KZ 7 wydanie pierwsze z 4 maja 2017 r. str. 15 z 17.

⁵⁷ W okresie objętym kontrolą, obowiązywały dwie umowy: zawarta w dniu 27 maja 2015 r. umowa nr 10/ZA/13 na okres 48 miesięcy od daty jej podpisania tj. do dnia 27 maja 2017 r. i zawarta w dniu 1 września 2017 r. umowa na 14/ZA/17 na okres 36 miesięcy tj. do dnia 1 września 2020 r.

⁵⁸ Na usługi utrzymania czystości zawarto łącznie 42 umowy zlecenia.

⁵⁹ Procedura FA 6, FA 7 przechowywania leków oraz nadzoru nad apteczkami w jednostkach Zespołu Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach Sp. z o.o. wydanie pierwsze z dnia 24 marca 2017 r. oraz wydanie drugie z dnia 2 października 2018 r.

⁶⁰ Leki psychotropowe z grup III-P, IV-P.

⁶¹ Leki narkotyczne / psychotropowe z grup I-N, II-P.

⁶² Kompleksowy, zintegrowany system informatyczny wspomagający działalność średnich i dużych placówek medycznych.

Szpital posiadał procedurę dotyczącą listy wykonywanych badań laboratoryjnych⁶³, zgodnie, z którą usługi w zakresie wykonywania badań laboratoryjnych świadczyło na podstawie umowy laboratorium zewnętrzne⁶⁴. Listy badań⁶⁵ opracowane przez podmiot zewnętrzny zawierały: nazwę badania, metodę, czas oczekiwania na wyniki, zakres referencyjny⁶⁶, tryb zleconych badań, sposób przekazywania wyników badań oraz wielkość dopuszczalnych błędów pomiaru, postępowanie w przypadku przekroczenia kryteriów akceptacji badań kontrolnych oraz wykaz osób odpowiedzialnych za wykonanie pomiarów i merytoryczny nadzór nad kontrolą jakości⁶⁷.

(akta kontroli str. 164-363; 624-671; 2586-2621)

- Standard DO 3 - Pacjenci otrzymują praktyczne informacje na temat badań radiologicznych

Szpital posiadał procedurę dotyczącą przygotowania pacjenta do badań RTG/TK⁶⁸, stosowanie której obowiązywało wszystkich pracowników zatrudnionych w pracowni RTG Szpitala. Integralną częścią procedury były dwa załączniki: Wywiad przed badaniem tomografii komputerowej⁶⁹ oraz Indywidualna karta podania środka kontrastowego i wykonania ekspozycji⁷⁰. Zgodnie z treścią procedury, instrukcje dotyczące przygotowania pacjenta do ww. badań były dostępne w systemie szpitalnym. Dodatkowo wprowadzono zapis, iż istnieje możliwość ich wydruku dla pacjenta hospitalizowanego i ambulatoryjnego, co było niezgodne ze standardem akredytacyjnym DO 3, który nakazuje by pacjent otrzymał pisemną informację, na czym polegają badania oraz w jaki sposób należy się do nich przygotować.

W trakcie oględzin wykonanych na Oddziałach: Chorób Wewnętrznych i Neurologii, stwierdzono, że pacjenci, u których należy wykonać badania RTG lub TK, są ustnie informowani o konieczności odpowiedniego przygotowania się do badań i ich przebiegu.

(akta kontroli str. 2573-2585, 2773-2778)

- Standard OD 1.1 - W szpitalu opracowano diety

Szpital posiadał wykaz obowiązujących diet określony w procedurze wewnętrznej dotyczącej terapii żywieniowej oraz zasadach postępowania z 10 sierpnia 2017 r.⁷¹ Przedmiot i zakres procedury dotyczył dietetyków, lekarzy oraz pielęgniarek. Ww. procedura uwzględniała również: wskazania do stosowania diet, sposób określenia rodzaju diety indywidualnie dla każdego pacjenta oraz osobę, sposób i częstotliwość przekazywania raportów ws. diet zewnętrznej firmie cateringowej. Wytyczne dotyczące kontroli nad usługami firmy cateringowej określono w procedurze dotyczącej nadzoru nad jakością usług firmy dostarczającej żywność⁷².

(akta kontroli str. 564-579; 672-700)

- Standard OD 4 - W Szpitalu zapewniono warunki do higienicznego przechowywania żywności pacjentów

⁶³ Procedura Laboratorium - LA 3 wydanie pierwsze z 10 maja 2017 r., wprowadzona Zarządzeniem wewnętrznym nr 63/2017 Zarządu Spółki z 10 maja 2017 r., aktualizowana 7 maja 2018 r.

⁶⁴ Umowa nr 71/ZA/15 z 27 października 2015 r. zawarta na okres od 1 grudnia 2015 r. do 30 listopada 2019 r.

⁶⁵ Listy badań sporządzono 4 kwietnia 2017 r. i 7 maja 2018 r. Aktualizacja listy badań na 2019 r. była w trakcie realizacji.

⁶⁶ Tzn. określenie przedziału wyników uznawanych za prawidłowe.

⁶⁷ Poziom błędów określony został w posiadany przez Szpital Oświadczeniu firmy zewnętrznej z 22 lutego 2017 r.

⁶⁸ Procedura pn. „Informacje dotyczące przygotowania pacjenta do badań RTG/TK” wydanie drugie z 10 sierpnia 2017 r. wprowadzona Zarządzeniem wewnętrznym nr 150/2017 Zarządu Spółki z 18 sierpnia 2017 r., aktualizowana 8 września 2018 r. i 9 maja 2019 r.

⁶⁹ Załącznik nr 1.

⁷⁰ Załącznik nr 2.

⁷¹ Aktualizacji i przeglądu procedury dokonano w dniu 17 września 2018 r.

⁷² Procedura dotycząca nadzoru nad jakością usług firmy dostarczającej żywność - Odżywianie - standard OD 2 z 10 sierpnia 2017 r. wydanie pierwsze, aktualizowana 10 sierpnia 2018 r.

Warunki higienicznego przechowywania żywności pacjentów Szpitala określono w procedurze dotyczącej przechowywania żywności pacjentów⁷³, w której oprócz zasad przechowywania żywności pacjentów określono maksymalny czas przechowywania produktów spożywczych w lodówce w zależności od ich rodzaju, częstotliwości pomiarów temperatury w lodówkach oraz częstotliwości ich mycia i dezynfekcji wraz ze sposobem odnotowywania tych czynności.

Ogłędziny lodówek przeznaczonych do przechowywania żywności pacjentów przeprowadzone na oddziałach: Chorób Wewnętrznych i Neurologii, potwierdziły częściowe spełnianie ww. standardu w oparciu o wewnętrzne regulacje Szpitala przyjęte w tym zakresie. Lodówki były opatrzone informacjami dla pacjentów o zasadach przechowywania w nich żywności, a pobrane karty rozmrażania, mycia oraz dezynfekcji oraz kontroli pomiaru temperatury potwierdzały wykonywanie ww. czynności zgodnie z przyjętą w Szpitalu procedurą.

(akta kontroli str. 580-587; 2679-2716; 2874-2877)

Nieprawidłowości w realizacji wewnętrznej procedury dotyczącej przechowywania żywności przedstawiono w dalszej części wystąpienia, w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.

- Standard PJ 3 - W szpitalu regularnie prowadzi się ocenę opinii pacjentów

W Szpitalu, zgodnie z wymogami standardu PJ 3 oraz procedury wewnętrznej⁷⁴, prowadzono ocenę opinii pacjentów⁷⁵. Badania prowadzono z użyciem dedykowanego do tego celu systemu informatycznego pn. „PASAT - pakiet satysfakcja”. Raporty zbiorcze tzw. końcowe globalne za 2016 r., 2017 r. i 2018 r. zawierały podsumowanie wyników anonimowych ankiet wypełnionych przez pacjentów w formie wykresów, a opisową analizę wyników odpowiedzi udzielonych w ankietach, sporządzono i dołączono wyłącznie do raportu z badania opinii pacjentów za 2016 r. W trakcie nin. kontroli NIK, Przewodnicząca Komisji ds. oceny satysfakcji pacjenta i pracowników⁷⁶ dokonała pisemnej analizy badań satysfakcji pacjentów hospitalizowanych w 2017 r. i 2018 r.

(akta kontroli str. 446; 1220-1358; 2546-2559)

Jak wyjaśniła Przewodnicząca Komisji ds. oceny satysfakcji pacjenta, analizy i oceny wyników badań przekazywane są Zarządowi Spółki z informacją ustną podsumowującą raport oraz kierownikom poszczególnych oddziałów, ponieważ raport zawiera wszystkie niezbędne informacje dotyczące wyników badania.

(akta kontroli str. 2546)

NIK zwraca uwagę, że ustne przekazywanie zainteresowanym stronom informacji podsumowujących wyniki badań ankietowych, biorąc pod uwagę ich obszerność oraz różnorodność, nie jest skutecznym sposobem komunikowania zgłaszanych przez pacjentów problemów. W szczególności dotyczy to np. ograniczonych możliwości wyczerpującego porównania wyników badań ankietowych danego roku do ich wyników z lat poprzednich wraz z przedstawieniem trendów dla poszczególnych obszarów będących przedmiotem ankietyzacji, które pozwoliłoby Kierownictwu Szpitala podejmować działania ukierunkowane na poprawę jakości.

- Standard ZZ 5.3 - Plan szkoleń uwzględnia tematykę zarządzania jakością

⁷³ Procedura dotycząca przechowywania żywności pacjentów - Odżywianie - OD 4 z dnia 10 sierpnia 2017 r. – wydanie pierwsze - aktualizowana 17 września 2018 r.

⁷⁴ Zarządzenie wewnętrzne nr 46/2017 Zarządu Spółki z 18 kwietnia 2017 r., którego aktualizacji i przeglądu dokonano 13 marca 2018 r. oraz 6 marca 2019 r.

⁷⁵ W 2016 r. badanie opinii pacjentów prowadzono w okresie od 25 kwietnia do 22 lipca, w 2017 r. badanie opinii pacjentów prowadzono w okresie od 4 maja do 18 sierpnia, w 2018 r. badanie opinii pacjentów przeprowadzono w okresie od 2 lipca do 30 listopada.

⁷⁶ Powołana do pełnienia funkcji Zarządzeniem wewnętrznym nr 17/2017 Zarządu Spółki z 27 lutego 2017 r.

W związku ze standardem akredytacyjnym ZZ 5.3 w Szpitalu wprowadzono Zarządzeniem wewnętrznym nr 156/2017 r. z dnia 23 sierpnia 2017 r. i wdrożono procedurę realizowania polityki stałego podnoszenia kwalifikacji osób zatrudnionych⁷⁷. Procedura zakładała objęcie ww. tematyką szkoleń zwłaszcza kadry kierowniczej, która powinna być systematycznie szkolona z zakresu zarządzania jakością. W latach 2016-2019 (do 10 czerwca) w Szpitalu zorganizowano łącznie 506 szkoleń wewnątrzzakładowych zawierających tematykę zarządzania jakością, w których udział wzięło łącznie 1 179 osób, z czego: 129 pracowników zatrudnionych jako kadra kierownicza, 210 lekarzy, 628 pracowników zatrudnionych na stanowiskach personelu pielęgniarskiego i 212 osób pozostałego personelu medycznego. Potwierdzeniem odbycia szkoleń były listy obecności pracowników biorących w nich udział. Najwyższy odsetek przeszkolonych z zakresu zarządzania jakością w ww. okresie objętym kontrolą występował wśród kadry kierowniczej Szpitala i wahał się od 75,8% w 2016 r. do 143,3%⁷⁸ w 2019 r. Najniższy odsetek pracowników, którzy wzięli udział w szkoleniach z zakresu zarządzania jakością występował wśród lekarzy i w całym badanym okresie nie przekroczył poziomu 30,0 %, oscylując od 24,6% w 2016 r. do 29,3% w 2019 r. Odsetek przeszkolonego z zakresu zarządzania jakością personelu pielęgniarskiego oraz pozostałego personelu medycznego w badanym okresie wynosił, odpowiednio: od 63,7% do 75,4% i od 56,6% do 79,3%.

(akta kontroli str. 528-543; 784-790; 1468; 1608-2516; 2956-3019)

- Standard ZZ 9 - W szpitalu prowadzi się badania satysfakcji zawodowej personelu

Szpital posiadał określoną i wdrożoną procedurę, dotyczącą badania satysfakcji zawodowej personelu⁷⁹. Zgodnie ze standardem akredytacyjnym ZZ 9 i procedurą Szpitala, prowadzono w okresie objętym kontrolą raz do roku badania satysfakcji zawodowej personelu. Badania satysfakcji personelu przeprowadzono w formie ankiet, a ich wyniki Przewodniczący Komisji ds. oceny satysfakcji pacjenta i pracowników przedstawiał Zarządowi Szpitala w dokumentach pn. „Analiza badania satysfakcji zawodowej personelu”. Jak wyjaśniła Wiceprezes, wyniki badań ankietowych satysfakcji zawodowej personelu, po ich przeanalizowaniu wraz z uwagami zgłaszanymi przez ankietowanych, były podstawą do podejmowania działań zmierzających do poprawy warunków pracy, między innymi w obszarach podnoszenia kwalifikacji personelu i poprawy komfortu pracy poprzez realizację planów remontowych i drobnych zmian architektonicznych, a także wprowadzenia rotacji personelu pomiędzy komórkami Szpitala, adekwatnie do potrzeb organizacyjnych.

(akta kontroli str. 77-120; 446, 467; 503; 519; 526; 1437-1459; 2541-2542)

Ponadto, według badania ankietowego przeprowadzonego na potrzeby nin. kontroli NIK na próbie 50 pacjentów Szpitala oraz odesłanych 42 odpowiedzi: 83% pacjentów otrzymało zrozumiałą informację o stanie swojego zdrowia, 98% pacjentom zapewniono możliwość odwiedzin, 88% uznało, że świadczenia udzielane są w pomieszczeniach czystych, prawidłowo ogrzanych i wentylowanych, a 62% ankietowanych wskazało, że posiadanie przez Szpital Certyfikatu miało dla nich znaczenie przy wyborze miejsca hospitalizacji.

(akta kontroli str. 1218)

⁷⁷ Procedura dotycząca realizowania polityki stałego podnoszenia kwalifikacji osób zatrudnionych ZZ 5, wydanie drugie z dnia 25 sierpnia 2017 r.

⁷⁸ Odsetek (liczba) osób przeszkolonych w tej grupie uwzględnia dwukrotne przeszkolenie części personelu tym w roku.

⁷⁹ Z dnia 12 lipca 2017 r. - wydanie pierwsze, wprowadzoną Zarządzeniem wewnętrznym Nr 83/2016 Zarządu z 20 lipca 2016 r., aktualizowaną 23 sierpnia 2017 r., 13 sierpnia 2018 r. i 11 kwietnia 2019 r.

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

1. Naruszenie procedury wewnętrznej Szpitala⁸⁰, określonej na potrzeby spełniania standardu OP 4.1, polegające na:

1.1. Niepełnym składzie zestawów ratujących życie, poddanych oględzinom na dwóch oddziałach Szpitala - w zestawach stwierdzono: na Oddziale Chorób Wewnętrznych - przeterminowany od lutego 2019 r. jeden z leków, brak rurek intubacyjnych o rozmiarach 7 i 9, brak kaniuli 22 G; na Oddziale Neurologii - brak rurki intubacyjnej o rozmiarze 7, brak kaniuli o rozmiarach nr 16 i 22 G.

Powyższe nieprawidłowości świadczą także o nierzetelnej cotygodniowej kontroli zestawu przez pielęgniarkę danego oddziału. Ww. braki i przeterminowany lek, zostały uzupełnione i wymienione w toku prowadzonych oględzin przez personel Szpitala.

(akta kontroli str. 2640-2678)

Zgodnie ze standardem OP 4.1, leki i materiały powinny podlegać kontroli ich składu, dat ważności, warunków przechowywania i sposobu uzupełniania wykorzystanych leków i materiałów. Z oględzin przeprowadzonych w dniu 11 lipca 2019 r. wynika, że ww. warunki nie zostały w pełni dochowane na oddziałach poddanych oględzinom.

1.2. Nieprzeprowadzeniu przez Pielęgniarkę Oddziałową Działu Anestezjologii Szpitala lub wyznaczoną przez nią pielęgniarkę anestezjologiczną wrywkowych kontroli zestawów ratujących życie na Oddziale Chorób Wewnętrznych i Neurologicznym w III i IV kwartale 2018 r. i w I kwartale 2019 r. na Oddziale Neurologicznym.

Jak wyjaśniła Pielęgniarka Oddziałowa Działu Anestezjologii – Zastępca Kierownika Bloku Operacyjnego: „(...) zalecenia dotyczące kontroli ujęte w procedurze OP 3-4 (...) zostały potraktowane, jako kontrole planowe nie rzadziej niż raz na kwartał, niemniej dotrzymanie konkretnych terminów ich realizacji jest kłopotliwe ze względu na specyfikę pracy Oddziału Anestezjologii”. Jak dalej wyjaśniła, nieprzeprowadzenie kontroli w III i IV kwartale 2018 r. i w I kwartale 2019 r. było konsekwencją nadmiernego obciążenia pracą, w tym związanego z pełnieniem od czerwca 2018 r. funkcji Zastępcy Kierownika i obowiązków Pielęgniarki Oddziałowej Bloku Operacyjnego.

(akta kontroli str. 2645-2665; 2670-2677; 2880)

NIK zwraca uwagę, że kwartalne kontrole zestawów ratujących życie oprócz Pielęgniarki Oddziałowej Działu Anestezjologii Szpitala może przeprowadzać także wyznaczona przez nią pielęgniarka anestezjologiczna.

2. Naruszenie procedury wewnętrznej Szpitala, określonej na potrzeby spełniania standardu KZ 5⁸¹, dotyczącej szkolenia personelu Szpitala z zakresu zakażeń szpitalnych. W żadnym z okresów objętych kontrolą, szkoleniom nie poddawano personelu Szpitala z częstotliwością określoną w procedurze Szpitala⁸², tj. nie rzadziej niż dwa razy do roku. Najwyższy odsetek przeszkolonego personelu Szpitala na poziomie 77,5% odnotowano w 2017 r., a najniższy 23,7% w 2018 r., tj. w roku następnym po uzyskaniu przez Szpital Certyfikatu. W obu tych latach

⁸⁰ „Procedura postępowania w NZK resuscytacja krążeniowo-oddechowa OP 3-4”, wydanie czwarte z dnia 9 lipca 2018 r., wprowadzona Zarządzeniem wewnętrznym nr 76/2018 Zarządu Spółki z 9 lipca 2018 r.

⁸¹ Kontrola Zakażeń - Standardy Akredytacyjne KZ 1 - KZ 7 wydanie pierwsze z dnia 4 maja 2017 r. wprowadzone do stosowania Zarządzeniem wewnętrznym Nr 168/2017 Zarządu Spółki z 23 sierpnia 2017 r.

⁸² Zarządzenie wewnętrzne nr 168/2017 Zarządu Spółki z 23 sierpnia 2017 r., strona 15 z 17 standardu „Kontrola zakażeń”, wydanie pierwsze z dnia 4 maja 2017 r.

odsetek przeszkolonego personelu wskazuje, że nie cały personel Szpitala został przeszkolony nawet jednokrotnie.

(akta kontroli str. 546-563; 819)

Prezes wyjaśniła, że niski odsetek przeszkolonego personelu medycznego Szpitala w zakresie zakażeń szpitalnych wynikał z bieżącej sytuacji oddziałów. Na sytuację tę, jak wyjaśniła Pielęgniarka epidemiologiczna, miał wpływ przede wszystkim „(...) charakter wykonywanych czynności służbowych i realizacja wykonywanych świadczeń zdrowotnych w różnych komórkach organizacyjnych (...), duża ilość pacjentów w stanie ciężkim” oraz duże obłożenie łóżek. Pielęgniarka epidemiologiczna, wyjaśniła, że 3 lipca 2019 r., w trakcie trwania kontroli NIK, na spotkaniu z Ordynatorami, omówiono i przyjęto do stosowania w Szpitalu Zarządzenie wewnętrzne⁸³, określające stanowiska i częstotliwość szkoleń z zakresu zakażeń szpitalnych, a także, jak wynika z przedłożonej kontrolującą kopii przyjętego dokumentu, określono wzór zaświadczenia o odbyciu szkolenia z zakresu zakażeń.

(akta kontroli str. 1436; 1462-1467)

Szpital w dniu dokonywania oceny przez zespół akredytacyjny, jak również w latach późniejszych, jedynie częściowo spełniał standard KZ 5, dla którego maksymalną ocenę pięciu punktów przewidziano w sytuacji, gdy personel szpitala przynajmniej dwa razy w roku uczestniczy w szkoleniach na temat zakażeń.

3. Naruszenie procedury wewnętrznej Szpitala⁸⁴, określonej na potrzeby spełniania standardów akredytacyjnych FA 6 i FA 7:

3.1. Nierzetelny nadzór Kierownika Apteki Szpitalnej nad sposobem, warunkami przechowywania i zabezpieczeń leków przechowywanych w apteczkach oddziałowych Szpitala, polegający na niedokonywaniu kontroli apteczek oddziałowych Szpitala dwa razy w roku (i w razie potrzeby) oraz nieobjęciu ww. kontrolami wszystkich Apteczek Oddziałowych funkcjonujących w Szpitalu.

(akta kontroli str. 593-594; 611-612)

W 2017 r. i 2018 r. na 38 Apteczek Oddziałowych⁸⁵, skontrolowanych zostało wg przedstawionych protokołów odpowiednio: 26 i 27. W 2019 r. - do dnia 11 lipca, z 39 Apteczek Oddziałowych kontrolę przeprowadzono wg przedstawionych protokołów w 30. Żadna apteczka oddziałowa Szpitala w ww. okresie nie została poddana kontroli dwukrotnie w ciągu roku, jak stanowiła ww. procedura. Żadnej kontroli w latach 2017-2019 (do 11 lipca) nie przeprowadzono w Apteczkach Oddziałowych znajdujących się w Pracowni EKG, Pracowni Endoskopii, Nocnej i świątecznej opiece medycznej, Poradni Ginekologicznej, Poradni Rehabilitacyjnej i w Pracowni USG.

(akta kontroli str. 1565-1603; 2626)

Jak wyjaśniła zastępująca Kierownika Apteki, w 2017 r. uchybienia obowiązującym procedurom wynikały m.in. z konieczności zapoznania się przez obejmującego w listopadzie 2017 r. stanowisko nowego Kierownika Apteki Szpitalnej ze wszystkimi procedurami i standardami akredytacyjnymi obowiązującymi w Szpitalu. Jak dalej wyjaśniono, kontrole przeprowadzone w 2017 r. objęły wszystkie te oddziały Szpitala, na których występowała ciągła podaż leków narkotycznych i psychotropowych. W 2018 r. nierrealizowanie procedur Szpitala wynikało z zaangażowania się Kierownika Apteki w prace nad nową edycją receptariusza

⁸³ Nr 68/2019 ws. uczestnictwa personelu w szkoleniach z zakresu zakażeń.

⁸⁴ Procedura FA 6, FA 7 przechowywania leków oraz nadzoru nad apteczkami w jednostkach Zespołu Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach Sp. z o.o. wydanie pierwsze z dnia 24 marca 2017 r. oraz wydanie drugie z dnia 2 października 2018 r.

⁸⁵ W tym 14 znajdujących się w Poradniach Specjalistycznych Szpitala.

Szpitala i wdrożeniem elektronicznego systemu rozchodów leków. Natomiast w 2019 r., jak m.in. wyjaśniono plan kontroli został zawieszony z przyczyn niezależnych, spowodowanych czasową nieobecnością Kierownika Apteki.

(akta kontroli str. 2624-2625)

NIK zwraca uwagę, że zgodnie z wewnętrzną procedurą Szpitala Kierownik Apteki mógł w sytuacji znacznego obciążenia pracą upoważnić magistra farmacji do wykonania kontroli okresowej Apteczek Oddziałowych. Skutkiem nierzetelnej realizacji wewnętrznych procedur obowiązujących w Szpitalu, była niepełna realizacja standardu akredytacyjnego FA 7, zgodnie z którym w szpitalu funkcjonuje system nadzoru nad lekami przechowywanymi w oddziałach, polegający na okresowej kontroli, a przyznanie maksymalnej liczby punktów uwarunkowane jest opracowaniem, wdrożeniem i stosowaniem ww. procedury nadzoru nad lekami.

Ponadto w toku oględzin apteczek Oddziałów Chorób Wewnętrznych oraz Neurologii stwierdzono:

3.2. Niedochowanie warunków przechowywania leków na Oddziale Chorób Wewnętrznych, tj. temperatury przechowywania leków w Gabinetach Pielęgniarki Oddziałowej i Gabinetach Zabiegowym, sposobu przechowywania leków w lodówce, przechowywania leków narkotycznych znajdujących się w pokoju Lekarskim, przechowywania leków psychotropowych znajdujących się w Gabinetach Pielęgniarki Oddziałowej, stwierdzone w wyniku oględzin przeprowadzonych w 22 lipca 2019 r.

(akta kontroli str. 2930; 2934)

Zastępca Ordynatora wyjaśniła, że ww. nieprawidłowości dotyczące warunków przechowywania leków stwierdzone w toku oględzin na Oddziale Chorób Wewnętrznych zostały usunięte w dniu 24 lipca 2019 r. W celu doraźnego obniżenia temperatury wprowadzono w ww. gabinetach przenośne urządzenia chłodzące w postaci wentylatorów wraz z umieszczeniem w miejscach przechowywania leków żelowych wkładów chłodzących, co pozwoliło obniżyć temperaturę poniżej 25°C. Następnie, jak wyjaśniła Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa⁸⁶, w ww. pomieszczeniach zainstalowano dwa urządzenia chłodzące - klimatyzatory, w celu zapewnienia optymalnych warunków przechowywania leków.

(akta kontroli str. 3034-3039; 3114; 3139)

3.3. Niezgodność nw. leków przechowywanych w apteczkach oddziałowych z wykazem pozyskanym w dniu oględzin z Apteki Szpitalnej z systemu AMMS:

a) Oddział Neurologii⁸⁷: lek nr 1 - TABL. 0,02 G x 30 tabl.: poz. 316 wykazu nr serii HN2005 - superata leku w apteczce Oddziałowej w ilości jednej tabletki; lek nr 2 - KAPS. 0,11 G x 180 kaps. = 3x 60 kaps i 0,15 G x 180 kaps. = 3 x 60 kaps.: poz. 452 wykazu nr serii 68473: brak jednej kapsułki i poz. 453 wykazu nr serii 608473 superata leku w ilości trzech kapsulek; lek nr 3 - TABL. 0,002 G x 30 tabl.: poz. 516 wykazu seria 703285 superata leku o ½ tabletki; niezgodność nr serii leków w Apteczce Oddziałowej lek nr 4 - TABL. 0,2 Gx30⁸⁸ i lek nr 5 - TABL. POWL. 0,8 Gx30⁸⁹ z nr serii podanymi na wykazie AMMS.

(akta kontroli str. 2900-2902; 2906-2923)

Ordynator Oddziału wyjaśniła, że ww. rozbieżności pomiędzy stanem faktycznym Apteczki Oddziałowej i danymi zawartymi w elektronicznym systemie AMMS wynikają z zużywania opakowań w innej kolejności niż wynikałoby to z rejestru w systemie AMMS, gdyż lekarze zlecający oraz pielęgniarki odbierające zlecenia nie

⁸⁶ W dniu 6 września 2019 r.

⁸⁷ Kontroli poddano osiem (tj. 1,3%) z 610 pozycji leków znajdujących się w apteczce Oddziału wg danych z systemu AMMS z dnia 19 lipca 2019 r. godz. 10:13.

⁸⁸ Poz. 132 i 133 wykazu AMMS.

⁸⁹ Poz. 265 wykazu AMMS.

mają podglądu w numery serii zlecanych leków. Natomiast, jak wyjaśniła dalej, rozbieżności w sztukach leków pomiędzy apteczką oddziałową, a ilością sztuk znajdującą się na wydruku z systemu AMMS wynikają z błędu „(...) w realizacji »tacy leków« (...)”, polegającego na wydaniu leku pacjenta z jednoczesnym zdjęciem w systemie AMMS z apteczki oddziałowej leku o tej samej nazwie. Występujące na Oddziale w dniu przeprowadzania oględzin braki sztuk leku nr 2, jak wyjaśniła Ordynator, mogą być następstwem zniszczenia/utylizacji tabletki oraz „zapomnienia odnotowania tego faktu w systemie komputerowym”.

(akta kontroli str. 3031)

b) Oddział Chorób Wewnętrznych⁹⁰: lek nr 1 - 1 G x 1 fiol.: poz. 85 wykazu nr serii 7010419A - brak siedmiu fiolek, poz. 86 wykazu nr serii 7030519A – brak 28 fiolek; lek nr 2 - TABL. 960 MG x 10 tabl.: poz. 91 wykazu seria 11828735 - brak 20 tabletek, poz. 92 wykazu seria 41745641 - brak 27 tabletek; superata 38 tabletek leku z serii 41726733⁹¹ data ważności 2/2023; lek nr 3 - TABL. 0,05 G x 30 tabl.: poz. 238 wykazu nr serii 11824778 - brak pięciu tabletek, poz. 239 wykazu seria 11828739 - brak 21 tabletek; lek nr 4 - TABL. POWL. 0,025 G x 30 tabl.: poz. 350 wykazu seria 183896 - brak czterech tabletek; lek nr 5 - TABL. POWL. 0,01 G x 56 tabl.: poz. 425 wykazu seria H79136A - superata w Apteczce Oddziałowej w ilości 5,5 tabletki; lek nr 6 - TABL. POWL 0,025 G x 30 tabl.: poz. 21 wykazu seria 318526 - brak 14 tabletek.

(akta kontroli str. 2925-2928; 2936-2955)

Zastępca Ordynatora Oddziału wyjaśniła, że ww. braki wynikają z dynamiki pracy na Oddziale, dużej liczby pacjentów, które mają wpływ na synchronizację numerów serii i faktycznej ilości leków ewidencjonowanych w systemie AMMS przez personel Oddziału. Stwierdzone braki poszczególnych sztuk tabletek w Apteczce Oddziałowej wynikają z faktu wydania pacjentowi leku i nie odznaczenia tego w systemie informatycznym.

(akta kontroli str. 3034)

Prezes wyjaśniła, że po ujawnieniu stwierdzonych w toku niniejszej kontroli nieprawidłowości, zlecono w trybie natychmiastowym przeprowadzenie inwentaryzacji leków i wyzerowanie ich stanów, co pozwoli na wprowadzenie ścisłego ich rozchodu, zobowiązano pracowników Apteki Szpitalnej do systematycznej kontroli Apteczek Oddziałowych przez porównanie ich stanów z systemem AMMS i przekazywanie protokołów z ich kontroli nie rzadziej niż raz w miesiącu. Ponadto, jak zadeklarowała Prezes, Apteczki wszystkich Oddziałów Szpitala zostaną w najbliższym czasie poddane kontroli.

(akta kontroli str. 3114)

3.4. Brak na stanie Apteczki Oddziału Chorób Wewnętrznych w porównaniu do wykazu z systemu AMMS 7,5 ampułki leku zaliczanego do grupy I-N⁹², którą stwierdzono w dniu 23 lipca 2019 r. w trakcie oględzin. Prezes wyjaśniła, że różnica pomiędzy stanem faktycznym, a zapisami w systemie AMMS jest wynikiem niesporządzania na Oddziale Chorób Wewnętrznych protokołu utylizacji niewykorzystanych ampułek leku.

(akta kontroli str. 3020-3024; 3040-3064)

NIK zwraca uwagę, że wspomniany w wyjaśnieniach Prezes protokół utylizacji stanowi Załącznik nr 2 do procedury przyjętej w Szpitalu pn. „Postępowanie z lekami uszkodzonymi, terminującymi się i przeterminowanymi oraz niewykorzystanymi

⁹⁰ Kontroli poddano 10 (tj. 1,5%) z 680 pozycji leków znajdujących się w apteczce Oddziału wg danych z systemu AMMS z dnia 22 lipca 2019 r. godz. 10:31.

⁹¹ Dotyczy serii, która nie figurowała w wykazie leków apteczki oddziałowej.

⁹² Leki narkotyczne/psychotropowe.

preparatami krwi i jej pochodnymi”, którą opracowano na potrzeby spełnienia standardu akredytacyjnego FA 12, a postępowanie z niewykorzystanymi lekami w powyższym przypadku odbyło się z pominięciem ww. procedury.

3.5. Brak na Oddziale Chorób Wewnętrznych wykazu leków i leków powierzonych przez pacjentów, przechowywanych i ordynowanych przez lekarzy prowadzących w sposób wskazany w Receptariuszu Szpitalnym.

Jak wyjaśniła Zastępca Ordynatora, w Szpitalu jest praktyka zlecenia pacjentom leków zamiennych, które są w Aptece Szpitalnej zamiast leków przyjmowanych przez pacjentów na choroby współistniejące przez nich na co dzień. Nadto Zastępca Ordynatora wyjaśniła, że być może pacjenci mają przy sobie leki, które zażywają, lecz personel o tym nie wie.

(akta kontroli str. 2925-2955)

Zdaniem NIK, niepełne stosowanie na Oddziale Chorób Wewnętrznych procedury Szpitala, opracowanej na potrzeby spełnienia Standardów FA 6 i FA 7 oraz postanowień zawartych w Receptariuszu Szpitalnym⁹³, nie zapewnia pacjentom bezpiecznych warunków farmakoterapii - w związku z brakiem rzetelnej kontroli nad przyjmowanymi przez nich lekami na choroby współistniejące.

4. Nierzetelna realizacja procedury wewnętrznej dotyczącej przechowywania żywności pacjentów⁹⁴, w tym właściwego nadzoru personelu Szpitala nad warunkami jej przechowywania, przyjętej w celu spełnienia standardu akredytacyjnego OD 4 na oddziałach: Chorób Wewnętrznych i Neurologii.

W toku oględzin stwierdzono, że na Oddziale Chorób Wewnętrznych nie wszystkie produkty spożywcze przechowywane w lodówce były podpisane imieniem i nazwiskiem pacjenta, numerem sali i datą umieszczenia w lodówce, a na Oddziale Neurologii część produktów nie posiadała oznaczenia sali i daty umieszczenia żywności przez pacjentów Oddziału w lodówce. Zgodnie z przyjętą przez Szpital procedurą, personel medyczny jest upoważniony do usuwania m.in. produktów niepodpisanych lub po terminie ważności.

Ordynator Oddziału Neurologii oraz Zastępca Ordynatora Oddziału Chorób Wewnętrznych wyjaśniły, że stwierdzone w toku oględzin nieprawidłowości w przechowywaniu produktów żywnościowych wynikają z faktu, iż żywność opisywana jest przez pacjentów lub ich bliskich. Osoby te mają dostęp do informacji, jak powinna być oznaczona żywność, ale przyjętych w Szpitalu zasad nie stosują. Jednocześnie, jak wyjaśniły dalej, personel Szpitala przyjmuje stanowisko, że jeżeli identyfikacja produktu jest wystarczająca oraz jego stan jest przydatny do spożycia to produkty takie nie są usuwane z lodówek, a personel pozwala chorym na bezpieczne wykorzystanie produktów spożywczych.

(akta kontroli str. 583-584, 2874-2877)

5. Dopuszczenie do świadczenia pracy w dniach od 3 lipca 2017 r. do 10 lipca 2017 r.⁹⁵ na terenie Szpitala, na podstawie umowy zlecenia⁹⁶, osoby nieposiadającej ważnego orzeczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań do wykonywania pracy, czym naruszono art. 229 § 4 ustawy z dnia 24 czerwca 1974 r. Kodeks Pracy⁹⁷, który mówi, że pracodawca nie może dopuścić do pracy pracownika bez aktualnego orzeczenia lekarskiego stwierdzającego brak przeciwwskazań do pracy na

⁹³ Zarządzenie wewnętrzne nr 58/2019 Zarządu Spółki Zespołu Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o.o. z dnia 12 czerwca 2019 r.

⁹⁴ Procedura dotycząca przechowywania żywności pacjentów - Odżywianie - OD 4 z dnia 10 sierpnia 2017 r. – wydanie pierwsze - aktualizowana 17 września 2018 r.

⁹⁵ Potwierdzone podpisem na liście obecności Oddziału Psychiatrii.

⁹⁶ nr 42/S/2017.

⁹⁷ tj. Dz. U z 2019 r. poz. 1040.

określonym stanowisku w warunkach pracy opisanych w skierowaniu na badania. Ww. orzeczenie salowa otrzymała w dniu 10 lipca 2017 r.

(akta kontroli str. 844-851)

Pielęgniarka Oddziałowa Oddziału Psychiatrii wyjaśniła, że dopuściła salową do pracy w ww. terminie, gdyż sądziła, iż pracownik przyprowadzony na Oddział przez Kierownika Sekcji Administracyjno-Eksploatacyjnej jest zdolny do podjęcia pracy i przeszedł całą procedurę przyjęcia do pracy.

Wiceprezes wyjaśniła, że ww. umowa została przygotowana 3 lipca 2017 r., ale podpisana dopiero 6 lipca 2017 r - na co wskazuje data otrzymania oświadczenia zleceniobiorcy oraz skierowania na badania lekarskie, jak również data zgłoszenia do ubezpieczenia społecznego ZUS ZUA. Ponadto Wiceprezes wyjaśniła, że osobą odpowiedzialną za dopuszczenie pracownika do pracy wówczas był Kierownik Sekcji Administracyjno-Eksploatacyjnej, któremu w okresie od 28 maja do 31 sierpnia 2017 r. powierzono obowiązki koordynacji zleceniobiorców świadczących usługi z zakresu utrzymania czystości w Szpitalu.

(akta kontroli str. 845-851, 2761; 2883-2887)

NIK zwraca uwagę, że za skierowanie na ww. badania i wygezekwowanie od pracownika tych badań we właściwym terminie odpowiada pracodawca, bez względu na fakt powierzenia tych obowiązków podległemu pracownikowi.

OCENA CZĄSTKOWA

Szpital uzyskał Certyfikat Akredytacyjny Ministra Zdrowia w 2017 r., w oparciu o standardy akredytacyjne z 2009 r., z wynikiem ich spełniania na poziomie 78%. Przygotowując się do procesu akredytacji Szpital opracował wewnętrzne procedury na potrzeby spełniania standardów określonych przez Ministra Zdrowia. W Szpitalu powołano Koordynatorów dla tworzenia, weryfikacji i aktualizacji ww. obowiązujących procedur, którzy we współpracy z merytorycznymi zespołami, komisjami i komitetami Szpitala dokonywali ich okresowych aktualizacji.

Pełnomocnik Zarządu ds. Jakości, we współpracy z Zespołem ds. Jakości, od 2017 r. sporządzał na kolejne lata Plany działań dla poprawy jakości Szpitala, przy czym określonym w nich celom nie przypisano standardów jakościowych, które powinny były ulec poprawie po ich realizacji w danym roku. Dominującą formą sprawozdawania Zarządowi Szpitala przebiegu realizacji ww. Planów, w tym również działań Zespołu ds. Jakości była forma ustna, która zdaniem NIK, nie zapewnia w pełni skutecznego monitorowania i dogłębnej oceny efektów realizacji zadań służących poprawie jakości.

Jak ustalono na podstawie badania próby 13 standardów, które zostały ocenione przez CMJ w 2017 r. na maksymalną liczbę punktów⁹⁸, w wyniku naruszenia obowiązujących w Szpitalu wewnętrznych procedur, pięć z nich nie zostało w całości spełnione (a jedynie w części)⁹⁹, co stanowiło 38% badanych standardów (wg stanu na I półrocze 2019 r.). Ponadto stwierdzono przypadek naruszenia wewnętrznej procedury, opracowanej w celu wdrożenia standardu, dot. procedur postępowania z niewykorzystanymi lekami i preparatami krwiopochodnymi¹⁰⁰, jak również przypadek dopuszczenia do świadczenia pracy osoby nieposiadającej ważnego orzeczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań do wykonywania pracy.

Jak wykazały wyniki badań ankietowych przeprowadzonych wśród pacjentów Szpitala, w trakcie nin. kontroli NIK, w ocenie pacjentów: przekazywano im w zrozumiały sposób informacje o stanie ich zdrowia, zapewniano możliwości

⁹⁸ Wg informacji CMJ.

⁹⁹ Co dotyczyło standardów: OP 4.1., KZ 5, FA 6, FA 7, OD 4.

¹⁰⁰ Tj. FA 12.

odwiedzin, pomieszczenia, w których udzielano świadczeń były czyste, prawidłowo ogrzane i wentylowane, a dla większości pacjentów posiadanie Certyfikatu przez Szpital miało dla nich znaczenie przy wyborze Szpitala, jako miejscu leczenia.

OBSZAR

2. Wpływ wprowadzenia standardów akredytacyjnych na sytuację ekonomiczną podmiotu leczniczego

Opis stanu faktycznego

2.1. W Szpitalu nie analizowano kosztów związanych z przygotowaniem Szpitala do procedury certyfikacji i wdrożenia standardów akredytacyjnych, ponieważ, jak wyjaśniła Prezes, ponoszone koszty dotyczyły bieżącej działalności Szpitala, były związane z jego funkcjonowaniem w sposób wynikający z powszechnie obowiązujących przepisów oraz nie były wydatkami dedykowanymi na potrzeby uzyskania akredytacji. Dotyczyło to także realizowanych zakupów wyposażenia oraz środków trwałych¹⁰¹.

(akta kontroli str. 905, 972-977; 981-983)

Szpital nie ponosił dodatkowych kosztów zarówno przed jak i po akredytacji na przygotowanie dokumentacji czy prowadzenie badań satysfakcji zawodowej personelu, gdyż te czynności wykonywali pracownicy Szpitala, w tym członkowie poszczególnych Zespołów powołanych do procesu wdrożenia akredytacji.

(akta kontroli str. 854, 858-904, 978, 1433)

Przed okresem objętym kontrolą, w ramach przygotowań do procesu akredytacji, tj. w latach 2014-2015 Szpital poniósł wydatki na rzecz CMJ w wysokości 9 423,14 zł, przeznaczone na przygotowanie personelu Szpitala do procedury akredytacyjnej oraz przeprowadzanie badania opinii pacjentów PASAT¹⁰².

(akta kontroli str. 905-971)

W latach objętych kontrolą, tj. 2016-2018 Szpital poniósł koszty związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury akredytacyjnej, a także już po uzyskaniu akredytacji na działania związane z jej wdrożeniem w łącznej wysokości 16 993,48 zł. Należały do nich:

➤koszty bezpośrednio poniesione w związku z akredytacją w łącznej wys. 7 586,48 zł, które w odniesieniu do kosztów operacyjnych, pomniejszonych o koszty amortyzacji, wykazane w rachunku wyników za lata 2016-2018 r. stanowiły 0,007%, z czego:

- przed uzyskaniem akredytacji: na prowadzenie badania opinii pacjentów PASAT, w wys. 2 350,00 zł¹⁰³ oraz inne koszty w wysokości 2 900,00 zł¹⁰⁴;

¹⁰¹ W latach 2016-2019 wydatki te wyniosły łącznie 1 791 084,24 zł. W badanym okresie zakupiono - w 2016 r. (505 530,69 zł) m.in.: osiem sztuk KTG, sześć sztuk kardiomonitorów, lampę operacyjną dwuramienną, lampę sufitową, samochód sanitarny, zestaw laparoskopowy z resektoskopem bipolarnym i oprzyrządowaniem, system ogrzewania pacjenta, promiennik podczerwieni - ogrzewacz noworodkowy mobilny; w 2017 r. - przed akredytacją (519 714,67 zł) m.in.: RTG Smart z cyfrowym systemem obrazowania, lampę operacyjną bezcieniową dwuczyszową, szafkę grzewczą); w 2017 r. - po akredytacji (300 018,00 zł) m.in. zmodernizowano budynek (pracownia RTG i TK), zakupiono urządzenie do wspomaganie oddechu wraz z wyposażeniem; w 2018 r. (339 480,47 zł) m.in.: respirator stacjonarny, stół operacyjny wraz z wyposażeniem, resektoskop bipolarny; w 2019 r. (126 340,41 zł) m.in.: morcelator do zabiegów laparoskopowych, nóż harmoniczny oraz trzy Holtery.

¹⁰² W 2014 r. - udział w szkoleniu pn. „Akredytacja szpitali – standardy akredytacyjne”, koszt 750,00 zł; w 2015 r. - udział w szkoleniach w tym także dofinansowywanych z Krajowego Funduszu Szkoleniowego kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawcy w wieku, co najmniej 45 lat w tematach w tematach: „Zarządzanie jakością w ochronie zdrowia”, XIX Ogólnopolska konferencja pn. „Jakość w opiece zdrowotnej” organizowana w dniach 25-26 maja 2015r. „Receptariusz szpitalny - bezpieczna farmakoterapia”, „Problem odleżyn problemem jakości”, „Akredytacja szpitali - standardy akredytacyjne”, „Zarządzanie jakością w ochronie zdrowia”, „Receptariusz szpitalny - bezpieczna farmakoterapia”, „Akredytacja szpitali - standardy akredytacyjne” (łączny koszt szkoleń wyniósł 6 673,14 zł); zakup kompletu do realizacji badania PASAT HOSPIT składający się z: ankiet PASAT HOSPIT w liczbie 400 sztuk, instrukcji obsługi bazy danych PASAT i wytycznych do przeprowadzenia badania, płyty CD, bazy danych PASAT służącej do kumulowania odpowiedzi z ankiet, logo PASAT, koszt w wysokości 2 000,00 zł.

¹⁰³ Zakupiono: w 2017 r. komplet do realizacji badania PASAT HOSPIT koszt w wysokości 2 000,00 zł; w 2016 r. dodatkowy komplet ankiet koszt w wysokości 350,00 zł brutto.

- po uzyskaniu akredytacji: koszt opłaty za przeprowadzenie procedury akredytacyjnej w wys. 336,48 zł¹⁰⁵ oraz na prowadzenie badania opinii pacjentów PASAT, w wys. 2 000,00 zł¹⁰⁶.
(akta kontroli str. 854, 905, 927, 947, 949-955, 967, 1158-1167, 1384-1385, 1389, 1403)

➤koszty pośrednio związane z akredytacją w łącznej wys. 9 407,00 zł poniesione:

- przed uzyskaniem akredytacji: na szkolenia personelu medycznego i niemedycznego w wys. 8 300,00 zł¹⁰⁷;
- po uzyskaniu akredytacji na szkolenia personelu medycznego i niemedycznego w wys. 1 107,00 zł¹⁰⁸.

(akta kontroli str. 905-971)

W procesie kontraktowania świadczeń w 2017 r. Szpital uzyskał osiem dodatkowych punktów, natomiast w 2018 r. łącznie 15 punktów (w trzech postępowaniach – w każdym postępowaniu po pięć punktów). Nastąpił także wzrost wysokości środków zakontraktowanych w umowie z Narodowym Funduszem Zdrowia¹⁰⁹ - w roku 2018 o 165 394 zł, tj. o 1,05%, a w roku 2019 o 170 888 zł, tj. o 1,08% - w odniesieniu do wartości rocznej zakresów wchodzących w skład ryczału w 2017 r. W latach 2017-2019 zrealizowano (lub zaplanowano) wzrastający łączny poziom przychodów netto ze sprzedaży produktów: w 2017 r. - o 4 075 755,68 zł, w 2018 r. o 7 921 180,42 zł oraz w 2019 r. (plan) - o 11 914 146,13 zł, tj. odpowiednio o: 12,4%, 24,0% oraz 36,2% więcej w odniesieniu do roku 2016 - poprzedzającego uzyskanie Certyfikatu.

(akta kontroli str. 854-857, 977, 1371-1382)

2.2. Koszty rehospitalizacji w Szpitalu w latach 2016-2018 były zmienne, natomiast liczba pacjentów powtórnie, nieplanowo hospitalizowanych wykazywała tendencję malejącą. W 2016 r. całkowity koszt 100 powtórnych hospitalizacji wyniósł 233 772,00 zł. W 2017 r., tj. w roku uzyskania przez Szpital Certyfikatu, koszt 97 powtórnych hospitalizacji wyniósł 251 879,31 zł i był wyższy w stosunku do 2016 r. o 7,7%. W 2018 r. koszt 82 powtórnych hospitalizacji wyniósł 232 822,00 zł i był niższy w stosunku do 2016 r. o 0,4%. W 2019 r. w okresie od stycznia do maja koszt 29 powtórnych hospitalizacji zamknął się kwotą 96 418,00 zł¹¹⁰.

Koszty reoperacji wykonywanych w Szpitalu w latach 2016-2018 wykazywały tendencję wzrostową, podobnie jak liczba powtórnych operacji. W 2016 r. koszt siedmiu powtórnych operacji wyniósł 6 529,00 zł. W 2017 r. (w roku uzyskania przez Szpital Certyfikatu) koszt przeprowadzonych 17 powtórnych operacji wyniósł 9 164,00 zł i był wyższy w stosunku do roku poprzedniego o 40%. W 2018 r. koszt wykonanych 22 powtórnych operacji osiągnął 11 562,00 zł i był wyższy w stosunku do 2016 r. o 77%. W 2019 r. od stycznia do maja koszt ośmiu reoperacji wyniósł 47 445,00 zł¹¹¹.

(akta kontroli str. 74,75,1009,1010)

¹⁰⁴ Jednorazowe premie uznaniowe dla dziewięciu pracowników przyznano zgodnie z Regulaminem wynagradzania za wykonywanie innych szczególnie ważnych zadań, tj. udział w przygotowaniach do wizyty akredytacyjnej oraz dyspozycyjność podczas wizyty.

¹⁰⁵ Wysokość kosztu wynikała z uzyskanego zewnętrznego wsparcia udzielonego w ramach projektu „Wsparcie szpitali we wdrażaniu standardów jakości i bezpieczeństwa opieki”.

¹⁰⁶ Zakupiono w 2018 r. komplet do realizacji badania PASAT HOSPIT koszt w wysokości 2.000,00 zł.

¹⁰⁷ W 2016 r. - udział w szkoleniu pn. „Akredytacja szpitali - standardy akredytacyjne”, koszt 3 995,00 zł, XX Ogólnopolska Konferencja „Jakość w opiece zdrowotnej” w dniach 23-24 maja 2016 r., koszt 1 107,00; 2017 r. - udział w szkoleniu pn. XXI Ogólnopolska Konferencja „Jakość w opiece zdrowotnej” w dniach 29-30 maja 2017 r., koszt 3 198,00 zł.

¹⁰⁸ W 2018 r. - udział w szkoleniu pn. XXII Ogólnopolska Konferencja „Jakość w opiece zdrowotnej” w dniach 21-22 maja 2018 r., koszt 1 107,00 zł.

¹⁰⁹ Mnożnik Q1 - Akredytacja CMJ, o wartości 0,01, wynikający z faktu uzyskania Certyfikatu w przedziale punktowym 75-80.

¹¹⁰ Na podstawie danych za 5 miesięcy 2019 r. – prognozowana (szacunkowa) liczba rehospitalizacji może wynieść 70, a ich koszt 231 403,20 zł (dane za 5 m-cy x12/5), tj. o ok. 1% niższy w stosunku do kosztów poniesionych w 2016 r.

¹¹¹ Na podstawie danych za 5 miesięcy 2019 r. - prognozowana (szacunkowa) liczba reoperacji może wynieść 19 (dane za 5 m-cy x12/5).

Prezes wyjaśniła, że nieplanowe, powtórne hospitalizacje w przeważającej większości dotyczą pacjentów z chorobą nowotworową w różnym stadium ich zaawansowania oraz pacjentek ciężarnych. Z uwagi na stan pacjentów, powtórna hospitalizacja jest koniecznością i Szpital nie ma wpływu na ich liczbę, a co z tym się wiąże nie potrafi obniżyć kosztów z nimi związanych. Jak dalej wyjaśniła Prezes, przekrój schorzeń leczonych w Oddziale Chirurgii Ogólnej i Krótkoterminowej zwiększył się w okresie objętym kontrolą ze względu na podejmowanie się leczenia schorzeń różnego typu, w tym również nowotworowych w stanie zaawansowanym ze wskazaniami do reoperacji. Reoperacje i powikłania w okresie pooperacyjnym w zasadniczej części wynikały z przebiegu choroby podstawowej i licznych schorzeń współistniejących, a nie z nieprawidłowej techniki chirurgicznej bądź niewłaściwego leczenia.

(akta kontroli str. 981-983,1007)

Jak wyjaśniła Prezes: *„Zadaniem Komisji ds. Analizy i Skuteczności Leczenia jest między innymi analiza reoperacji, która w formie zbiorczej przekazywana jest Zarządowi. Wcześniej ordynatorzy oddziałów zabiegowych wspólnie z zespołem asystentów analizują poszczególne przypadki. Do tej pory zespół, po przeprowadzonej analizie, nie znalazł nieprawidłowego postępowania medycznego personelu, którego działania miałyby wpływ na większą ilość powtórnych operacji”*.

(akta kontroli str. 981-983)

Zagadnienie powtórnych hospitalizacji i reoperacji było w badanym okresie poddawane analizie przez poszczególne oddziały szpitalne, na których miały miejsce powtórne hospitalizacje i operacje. Dane w tym zakresie były publikowane w dokumencie Analizy medyczne, przygotowywanym przez Pełnomocnika ds. Jakości przy współudziale członków Komisji ds. Analizy Skuteczności Leczenia z częstotliwością raz na pół roku. Pisemne wyniki, wnioski oraz propozycje działań naprawczych były przedstawiane Zarządowi. W analizach przedstawiano dane liczbowe i opis przypadków, czasami także formułowano wnioski.

(akta kontroli str. 1038-1157, 2525-2539)

Zarządzeniem wewnętrznym z 27 lutego 2017 r.¹¹² zobowiązano Komisję ds. Analizy Skuteczności Leczenia¹¹³ do organizowania spotkań, co najmniej raz na kwartał oraz przekazywania Zarządowi Szpitala sprawozdań ze swojej działalności nie rzadziej niż raz na pół roku.

(akta kontroli str. 1015-1024, 435-451)

W latach 2016-2019 ze spotkań ww. Komisji przygotowano sześć protokołów spotkań¹¹⁴, w tym cztery w latach 2017-2018. Ponadto dwukrotnie w trakcie każdego roku przedkładano Zarządowi Szpitala analizy medyczne opracowywane m.in. przez członków ww. Komisji.

(akta kontroli str. 1026-1157)

Jak wyjaśniła Prezes, poza spotkaniami potwierdzonymi protokołami, członkowie Komisji ds. Analizy Skuteczności Leczenia dokonywali przeglądu oraz analiz materiałów roboczych, których wyniki przekazywali Zarządowi Spółki w formie

¹¹² Nr 17/2017 Zarządu Spółki Zespół Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o.o. z dnia 27 lutego 2017r. w sprawie: powołania komisji, zespołów oraz komitetów działających w Zespole Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o.o.

¹¹³ Do zadań Komisji należało m.in.: dokonywanie okresowych analiz skuteczności leczenia, przy użyciu wypracowanych przez siebie metod pracy. Komisja analizuje w szczególności: liczbę powtórnych hospitalizacji, trafność wstępnej diagnozy ze stwierdzoną chorobą zasadniczą, częstotliwość występowania powikłań po zabiegowych, choroby współistniejące, wpływające na proces terapeutyczny oraz długość leczenia, liczbę i przyczyny odnotowanych zgonów (we współpracy z Komisją Analiz Przyczyn Zgonów) oraz skuteczność działania leków (we współpracy z Komitetem Terapeutycznym). Komisja została powołana już m.in. wcześniejszym zarządzeniem wewnętrznym nr 12/2016 z 10 listopada 2015 r. Analiza m.in. reoperacji przez ww. Komisję była zadaniem wskazanym w Zarządzeniu wewnętrznym nr 47/2016 z 8 kwietnia 2016 r.

¹¹⁴ Z 6 kwietnia 2016 r., 5 października 2016 r., 12 kwietnia 2017 r., 11 października 2017 r., 4 kwietnia 2018 r. i 24 października 2018 r.

zbiorczych analiz oddziałów za I i II półrocze każdego roku. Przewodnicząca Komisji wyjaśniła, że dwukrotne spotkania Komisji w każdym roku były odnotowywane w protokołach, a brak pisemnych protokołów ze spotkań kwartalnych jest wynikiem dużej ilości obowiązków i koniecznością ustalenia priorytetów zadań, w szczególności dot. bezpieczeństwa i dobra pacjentów.

(akta kontroli str. 982, 2529, 3066)

W badanym okresie, liczba pozwów/roszczeń przeciwko Szpitalowi - przed, jak i po otrzymaniu Certyfikatu, utrzymywała się na porównywalnym poziomie. W latach 2016-2018, przeciwko Szpitalowi wniesiono łącznie cztery pozwy, z czego: w 2016 r. jeden pozew, którego przedmiotem było zadośćuczynienie za błąd medyczny, a proces zakończył się w 2018 r. oddaleniem powództwa; w 2017 r. dwa pozwy, z których jeden dotyczył zdarzenia z 2014 r., został oddalony w I instancji oraz drugi dotyczący zdarzenia z 2009 r. zakończony zasądzeniem na rzecz powoda odszkodowania, w wyniku którego Szpital zapłacił kwotę 165 000 zł i koszty procesu w wysokości 19 067,00 zł, które pokryto z ubezpieczenia Szpitala i lekarza; w 2018 r. jeden pozew, dotyczący zdarzenia z 2003 r., w związku z którym Szpital poniósł do lipca 2019 r. wyłącznie koszty korespondencji (sprawa jest w toku). Ponadto w 2019 r. przeciwko Szpitalowi wniesiono do Komisji ds. orzekania o zdarzeniach medycznych w Katowicach wniosek z 21 lutego 2019 r. o ustalenie zdarzenia medycznego. Sprawa jest w toku i na dzień 5 czerwca 2019 r. Szpital nie poniósł żadnych kosztów.

(akta kontroli str. 1173-1178)

2.3. Szpital funkcjonuje jako spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, w związku z czym nie miał zastosowania art. 53a ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej¹¹⁵ i Szpital nie sporządzał do dnia 31 maja każdego roku raportu o sytuacji ekonomiczno-finansowej¹¹⁶.

Analiza wskaźników ekonomicznych Szpitala¹¹⁷ dla lat 2016-2018, wykazała m.in., że stopniowo pogarszały się wskaźniki zyskowności Szpitala¹¹⁸, które w tym okresie osiągały ujemne wartości (przychody Szpitala nie były w stanie pokryć kosztów jego działalności). Choć w latach 2016-2018 osiągnięte przez Szpital wskaźniki płynności finansowej nieznacznie poprawiały się¹¹⁹, to jednak ich niskie wartości świadczyły o ryzyku utraty płynności finansowej i problemach z terminowym regulowaniem bieżących zobowiązań, co potwierdzał wzrost poziomu zobowiązań wymagalnych¹²⁰. W latach 2016-2018 nieznacznie skróceniu uległ okres oczekiwania Szpitala na uzyskanie należności za świadczone usługi, natomiast wydłużeniu uległ okres regulowania przez Szpital swoich zobowiązań

¹¹⁵ Dz.U. z 2018 poz. 2190, ze zm.

¹¹⁶ Do dnia 31 maja każdego roku kierownik samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej sporządza i przekazuje podmiotowi tworzącemu raport o sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Ustęp 2 ww. przepisu stanowi, że raport, o którym mowa w ust. 1, jest przygotowywany na podstawie sprawozdania finansowego za poprzedni rok obrotowy i zawiera w szczególności analizę sytuacji ekonomiczno-finansowej za poprzedni rok obrotowy, prognozę sytuacji ekonomiczno-finansowej na kolejne trzy lata obrotowe wraz z opisem przyjętych założeń oraz informację o istotnych zdarzeniach mających wpływ na sytuację ekonomiczno-finansową samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej).

¹¹⁷ Obliczonych wg zasad określonych rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 12 kwietnia 2017 r. w sprawie wskaźników ekonomiczno-finansowych niezbędnych do sporządzenia analizy oraz prognozy sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2017 r. poz. 832).

¹¹⁸ Wskaźnik zyskowności netto wynosił: w 2016 r. (-)0,82; w 2017 r. (-)1,13; w 2018 r. (-)9,37, wskaźnik zyskowności działalności operacyjnej wynosił: w 2016 r. (-) 0,07%, w 2017 r. (-)0,54%, a w 2018 r. (-)8,26%. Wskaźniki zyskowności aktywów wynosiły: w 2016 r. (-) 0,79%, w 2017 r. (-)1,18%, a w 2018 r. (-)10,56%.

¹¹⁹ Wskaźniki bieżącej płynności wynosił: w 2016 r. 0,42; w 2017 r. 0,47; w 2018 r. 0,50. Wskaźnik szybkiej płynności wynosił: w 2016 r. 0,37, w 2017 r. 0,42, a w 2018 r. 0,46.

¹²⁰ Zobowiązania wymagalne wynosiły: w 2018 r. 1.018.879,68 zł; na dzień 31 marca 2019 r. 1.218.370,39 zł, a na dzień 30 czerwca 2019 r. 1.351.760,39 zł.

krótkoterminowych¹²¹. Wskaźniki zadłużenia aktywów Szpitala, a w szczególności wskaźniki wypłacalności Szpitala w latach 2016-2018 uległy pogorszeniu¹²².

Siedem na dziewięć wskaźników ekonomiczno-finansowych Szpitala w latach 2016-2018 miało tendencję do pogarszania się, szczególnie w 2018 r., czyli w roku następnym po przyznaniu Certyfikatu.

(akta kontroli str. 1179-1196)

Prezes wyjaśniła, że na pogorszenie wskaźników ekonomiczno-finansowych Szpitala wpływ miała osiągnięta strata wynosząca 3 883 972,80 zł, będąca skutkiem regulacji prawnych zmieniających między innymi rozliczanie szpitali, wzrost minimalnego wynagrodzenia oraz niedobór personelu medycznego na rynku pracy, co spowodowało podwyższenie kosztów osobowych, rozliczanych w ramach zawartych umów cywilno-prawnych. Ponadto, jak wyjaśniła Prezes, Szpital po wejściu do sieci szpitali przeszedł z kontraktowej na ryczałtową formę rozliczeń, której poziom wyliczono na podstawie wykonania z roku 2015 i taki nadal obowiązuje. Skutkowało to brakiem możliwości rozliczania nadwykonań i tym samym następował spadek przychodów za rzeczywiście wykonane usługi, które Szpital zgodnie z przepisami powszechnie obowiązującymi musi świadczyć osobom, które potrzebują natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia, ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia. Dalej wśród przyczyn pogorszenia wskaźników ekonomiczno-finansowych Szpitala Prezes wymieniła m.in: wprowadzenie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych; wzrost stawek godzinowych personelu medycznego zatrudnionego na podstawie umów cywilno-prawnych, standardy liczby zatrudnionego personelu czy wzrost cen leków i usług, w tym outsourcingowych. Jak wyjaśniła Prezes, aktualnie opracowywany jest program restrukturyzacyjny Szpitala, który ma na celu doprowadzenie do sytuacji, w której Szpital pokryje koszty funkcjonowania z uzyskiwanych przychodów i uzyska płynność finansową oraz zdolność kredytową.

(akta kontroli str. 983, 1007-1008, 1197-1214)

2.4. W latach 2016-2018 Szpital osiągał nieznacznie malejące wskaźniki średniego wykorzystania łóżka¹²³ w dniach, wynoszące odpowiednio: 263,2; 257,8 i 249,4 dnia. Wskaźniki dotyczące liczby leczonych w ciągu roku na jedno łóżko¹²⁴ w kolejnych latach miały zbliżone wartości i wyniosły odpowiednio: 34,1; 33,0 i 33,0. Dotyczyło to także przeciętnego pobytu chorego w Szpitalu¹²⁵, który wyniósł odpowiednio: 7,7; 7,8 i 7,6 dnia.

(akta kontroli str. 1215-1217)

Prezes wyjaśniła, że Szpital nie posiada opracowanych mierników efektywności wdrożenia standardów w odniesieniu do kosztów funkcjonowania, jednak wprowadzenie standardów akredytacyjnych miało kluczowe znaczenie dla poprawy funkcjonowania poszczególnych komórek organizacyjnych Szpitala poprzez wprowadzenie planów rutynowego postępowania w wybranych jednostkach chorobowych, ujednoczenie dokumentacji medycznej czy wprowadzenie elektronicznej karty zleceń, co miało wpływ na bezpieczeństwo pacjentów i pracy personelu. Zdaniem Prezes, poprawie uległy także warunki pobytu pacjenta

¹²¹ Wskaźnik rotacji należności w dniach wyniósł: w 2016 r. 31,2, w 2017 r. 30,3, a w 2018 r. 30,3. Wskaźnik rotacji zobowiązań w dniach wyniósł: w 2016 r. 26,7, w 2017 r. 27,7 a w 2018 r. 33,4.

¹²² Wskaźniki zadłużenia aktywów na przestrzeni lat 2016-2018 kształtowały się odpowiednio: 39,4%; 40,7%; 46,5%. Natomiast wypłacalności wyniosły: w 2016 r. 0,69, w 2017 r. 0,73, a w 2018 r. 1,03.

¹²³ Średnie obłożenie łóżek: iloraz liczby osobodni leczenia do średniej liczby łóżek.

¹²⁴ Liczba leczonych w ciągu roku na jedno łóżko - iloraz liczby chorych hospitalizowanych do średniej liczby łóżek rzeczywistych.

¹²⁵ Przeciętny pobyt chorego wyraża się stosunkiem liczby osobodni leczenia w danym okresie do liczby chorych hospitalizowanych w tym okresie.

w oddziałach. Opracowanie algorytmów w przypadku zabiegów ratujących życie ujednoliciło sposób postępowania na oddziałach, a wprowadzenie leczenia empirycznego w przypadku antybiotykoterapii w oddziałach ujętych w receptariuszu wpłynęło na skrócenie w 2018 r. długości hospitalizacji oraz na skuteczność leczenia.

(akta kontroli, str. 981-983, 1215)

W trakcie prowadzonych czynności przedłożono pacjentom Szpitala do wypełnienia anonimowe ankiety. Według wyników ankiet dla 62% pacjentów przy wyborze szpitala miało znaczenie posiadanie Certyfikatu przez Szpital w Świętochłowicach.

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

Przystąpienie przez Szpital do akredytacji w nieznacznym stopniu wpłynęło na jego sytuację finansową, bowiem z tytułu uzyskania dodatkowych punktów w procesie kontraktowania świadczeń na 2018 i 2019 r. wzrost przychodów wyniósł jedynie ok. 1% w porównaniu do wartości rocznej zakresów wchodzących w skład ryczałtu w 2017 r. Pomimo następującego w badanym okresie ogólnego wzrostu przychodów - ze względu na istotny wzrost kosztów działalności, który nie był związany z wdrażaniem oraz utrzymywaniem standardów akredytacyjnych¹²⁶, następowało pogorszenie większości wskaźników ekonomiczno-finansowych Szpitala, szczególnie w 2018 r., czyli w roku następnym po przyznaniu Certyfikatu.

W latach 2016-2018 liczba rehospitalizacji malała, a koszty powtórnych hospitalizacji utrzymywały się na zbliżonym poziomie, natomiast koszty reoperacji oraz ich liczba uległy w ww. okresie wzrostowi, przy czym nie były one wynikiem działalności Szpitala, prowadzonej w sposób niezgodny z wymogami standardów. Przystąpienie do procesu certyfikacji przez Szpital nie wpłynęło na zmianę parametrów dotyczących świadczeń zdrowotnych, takich jak średnie wykorzystanie łóżka czy przeciętny pobyt chorego w Szpitalu. Jednocześnie NIK wskazuje, że przy wyborze podmiotu leczniczego dla 62% hospitalizowanych, objętych badaniem ankietowym, miało znaczenie posiadanie przez Szpital Certyfikatu.

IV. Wnioski

Przedstawiając powyższe oceny wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK, wnosi o:

Wnioski

1. Zapewnienie właściwego wyposażenia zestawów ratujących życie oraz rzetelnego nadzoru nad tymi zestawami.
2. Zapewnienie realizacji obowiązku szkoleń personelu z zakresu zakażeń szpitalnych z wymaganą częstotliwością.
3. Zapewnienie skutecznego i rzetelnego nadzoru nad lekami przechowywanymi w oddziałach, w tym nad warunkami ich przechowywania.
4. Zapewnienie rzetelnego nadzoru nad ewidencjonowaniem oraz ordynowaniem powierzonych przez pacjentów leków na choroby współistniejące.
5. Wzmocnienie nadzoru nad przechowywaniem żywności pacjentów w Szpitalu.
6. Dokonanie przeglądu wdrożenia procedury wprowadzonej w celu spełniania standardu akredytacyjnego FA 12¹²⁷.

¹²⁶ Poza relatywnie niewysokimi kosztami związanymi z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury akredytacyjnej.

¹²⁷ „W szpitalu wdrożono procedurę postępowania z niewykorzystanymi lekami i preparatami krwiopochodnymi”.

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 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.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykonania wniosków

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, dnia 12 wrzesień 2019 r.

Kontrolerzy

Nina Poloczek

St. inspektor kontroli państwowej

.....

Tomasz Kuźniak
Doradca ekonomiczny

.....

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Katowicach