



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Katowicach

LKA.410.013.03.2019

Pan
dr n. med. Zbigniew Eysymontt
Dyrektor Śląskiego Centrum
Rehabilitacji i Prewencji
w Ustroniu

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/19/095 – Akredytacja podmiotów leczniczych

I. Dane identyfikacyjne

| | |
|-------------------------------------|---|
| Jednostka kontrolowana | Śląskie Centrum Rehabilitacji i Prewencji w Ustroniu ¹ |
| Kierownik jednostki kontrolowanej | Dr n. med. Zbigniew Eysymontt, Dyrektor Szpitala, pełniący funkcję od 10 października 2000 r. |
| Zakres przedmiotowy kontroli | <ol style="list-style-type: none">1. Wpływ zewnętrznej oceny jakości świadczeń zdrowotnych na funkcjonowanie podmiotu leczniczego, poziom świadczeń zdrowotnych i bezpieczeństwo pacjentów.2. Wpływ wprowadzenia standardów akredytacyjnych na sytuację ekonomiczną podmiotu leczniczego. |
| Okres objęty kontrolą | 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 ² |
| Jednostka przeprowadzająca kontrolę | Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Katowicach |
| Kontrolerzy | <ul style="list-style-type: none">– Krzysztof Baron, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKA/151/2019 z dnia 7 czerwca 2019 r.– Mieczysław Handzel, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKA/127/2019 z dnia 14 maja 2019 r .– Jacek Kordanowski, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKA/137/2019 z dnia 27 maja 2019 r. |

(akta kontroli str. 1-6)

¹ Dalej zwane: „Szpitalem” lub „ŚCRIP”.

² Dz. U. z 2019 r. poz. 489, zwanej dalej „ustawą o NIK”.

II. Ocena ogólna³ kontrolowanej działalności

Szpital uzyskał certyfikat akredytacyjny w 2000 r.⁴, a ostatnia procedura akredytacyjna została przeprowadzona przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia⁵ w 2017 r. Osiągnięty w 2017 r. w stosunku do 2012 r. poziom spełniania ww. standardów wg CMJ uległ nieznacznemu obniżeniu z 83 do 81%. Przystąpienie do procesu akredytacji zakończonego otrzymaniem aktualnie obowiązującego certyfikatu wiązało się z wprowadzeniem nowych rozwiązań i aktualizacją procedur mających zapewnić zgodność z wybranymi wymogami określonymi w obwieszczeniu Ministra Zdrowia z 18 stycznia 2010 r. w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania szpitali¹. Jednocześnie jak ustalono na podstawie badania próby 16 standardów, które zostały ocenione przez CMJ w 2017 r. na maksymalną liczbę punktów⁶, dwa⁷ z nich zdaniem NIK nie zostały w całości spełnione (a jedynie w części) zarówno w trakcie ostatniej certyfikacji CMJ, jak i w trakcie niniejszej kontroli NIK. W ocenie NIK, spełnianie standardów akredytacyjnych pozytywnie wpływa na jakość świadczeń medycznych udzielanych przez Szpital.

Przystąpienie przez Szpital do procesu akredytacji nie wpłynęło bezpośrednio na sytuację finansową Szpitala, w tym na zmianę wskaźników ekonomicznych. Dysponowanie certyfikatem akredytacyjnym, od 2011 r., nie wiązało się z dodatkowymi przychodami przyznawanymi przez NFZ w procesie kontraktowania świadczeń medycznych, a wzrost kosztów działalności Szpitala w latach 2016-2018 nie był związany z wdrażaniem oraz utrzymywaniem standardów akredytacyjnych⁸.

Szpital w okresie objętym kontrolą osiągał wysokie, wskaźniki wykorzystania łóżek szpitalnych⁹, a przystąpienie do procesu certyfikacji nie wpłynęło na zmianę innych parametrów dotyczących świadczeń zdrowotnych¹⁰. Jednocześnie NIK wskazuje, że przy wyborze podmiotu leczniczego dla ponad połowy hospitalizowanych, objętych badaniem ankietowym, miało znaczenie posiadanie przez placówkę certyfikatu akredytacyjnego.

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

⁴ Z przerwą w 2016 r. kiedy wygasł certyfikat przyznany Szpitalowi w 2012 r.

⁵ Zwany dalej „CMJ”.

⁶ Wg informacji CMJ.

⁷ Co dotyczyło standardu KZ 1.8. i PJ 1.2. Zespół ds. jakości w celu realizacji swoich zadań w kolejnych latach 2016-2019 spotykał się rzadziej, niż to przewiduje standard PJ 1.2, zgodnie z którym Zespół ten winien spotykać się regularnie, nie rzadziej niż raz w miesiącu. Ponadto w Szpitalu nie przeprowadzono szczepień przeciwko grypie na poziomie co najmniej 80% personelu medycznego, co było wymagane aby uznać standard KZ 1.8 za spełniony w całości.

⁸ Poza koniecznością uiszczenia jednorazowej opłaty za przeprowadzenie wizyty akredytacyjnej.

⁹ Na poziomie przekraczającym 90%.

¹⁰ Tj. liczba łóżek czy przeciętny czas pobytu chorego w szpitalu.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe¹¹ kontrolowanej działalności

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

Dyrektor Szpitala 19 sierpnia 2016 r. wystąpił do Ministra Zdrowia za pośrednictwem Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia z wnioskiem o udzielenie akredytacji dla Szpitala, proponując przeprowadzenie wizyty akredytacyjnej na przełomie listopada i grudnia 2016 r. W odpowiedzi na ww. wniosek Dyrektor CMJ, pismem z 30 grudnia 2016 r., zaproponował Szpitalowi przeprowadzenie takiej wizyty w dniach 15-17 lutego 2017 r. Pismem z 2 stycznia 2017 r., Dyrektor Szpitala zwrócił się o zmianę powyższego terminu na późniejszy, ze względu na współorganizowanie przez Szpital w okresie 16-18 lutego symposium naukowego. Pismem z tego samego dnia (2 stycznia 2017 r.) Dyrektor CMJ zaproponował kolejny termin wizyty akredytacyjnej na 8-10 marca 2017 r. Kierownik Działu Akredytacji CMJ przesłał drogą elektroniczną 21 lutego 2017 r. Dyrektorowi Szpitala harmonogram przeglądu akredytacyjnego, mającego się odbyć w ww. terminie.

Przegląd akredytacyjny Szpitala został przeprowadzony w uzgodnionym terminie (w dniach 8-10 marca 2017 r.) wg standardów opracowanych przez CMJ w 2009 r., wprowadzonych obwieszczeniem Ministra Zdrowia z 18 stycznia 2010 r. w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania szpitali¹².

Pismem z 21 marca 2017 r. Dyrektor CMJ przesłał Dyrektorowi Szpitala raport z wizyty przeprowadzonej w Szpitalu w dniach 8-10 marca 2017 r., informując o możliwości wniesienia zastrzeżeń w terminie 14 dni od otrzymania raportu. Dyrektor Szpitala pismem z 22 marca 2017 r. poinformował CMJ, że nie wnosi żadnych zastrzeżeń do raportu akredytacyjnego. W raporcie tym oceniono spełnianie przez Szpital standardów na poziomie 81%. Raport ten zawierał jedynie opisane standardy, których Szpital nie spełnił w całości lub w części. Nie zawierał natomiast informacji, które standardy zostały sprawdzone i ocenione na 5 punktów (pełne spełnianie wymagań standardu), jak i nie zawierał informacji, spełnienia których standardów CMJ w ogóle nie sprawdzał. W poprzedniej akredytacji przeprowadzonej w Szpitalu w 2012 r. (według tych samych standardów co w 2017 r.) oceniono spełnianie przez Szpital standardów na poziomie 83%.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że „(...) Wiedza o standardach wyłączonych z oceny pozwoliłaby nam na dokładną analizę dokonanej przez wizytatorów oceny punktowej Szpitala, a także ewentualne zapytania dlaczego niektóre standardy nie były oceniane mimo, iż Szpital je spełniał”.

Pismem z dnia 6 czerwca 2017 r. Minister Zdrowia na podstawie rekomendacji Rady Akredytacyjnej wyrażonej w uchwale nr 12/2017 z dnia 21 kwietnia 2017 r. poinformował Szpital o udzieleniu akredytacji dla Szpitala. W dniu 7 czerwca 2017 r. Minister Zdrowia podpisał Certyfikat Akredytacyjny Szpitala.

¹¹ 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.

¹² Dz. Urz. Ministra Zdrowia Nr 2 poz. 24, zwane dalej: standardami akredytacyjnymi.

Pierwszy Certyfikat Akredytacyjny Szpital uzyskał w 2000 r., zaś kolejne w 2003, 2006, 2009¹³, w 2012 r. oraz obecnie obowiązujący w 2017 r.¹⁴

Odnosząc się do przerwy pomiędzy certyfikatem uzyskanym w 2017 r. a certyfikatem, którego ważność upłynęła w 2015 r., Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że: „Szpital nie wystąpił w 2015 r. o przyznanie certyfikatu akredytacyjnego z uwagi na fakt, że od 2014 r. NFZ wykluczył kryterium jakości w postaci certyfikatu CMJ z punktowania w kontraktowaniu (Zarządzenie Prezesa NFZ nr 3/2014/DSOZ z dnia 23.01.2014 r.). Po kontraktowaniu w 2014 r. uzyskaliśmy finansowanie na lata 2014-2019. Wynik tego kontraktowania świadczeń uzyskany w 2014 r. był bardzo niekorzystny. Szpital stracił finansowanie świadczeń w wysokości 10,0 mln zł w przeciągu kolejnych 5 lat. Sytuacja finansowa była bardzo trudna i podjęliśmy decyzję, że skoro od 2014 r. certyfikat akredytacyjny nie dawał wprost zwiększonych środków z NFZ, w pierwszej kolejności podjęliśmy działania zmierzające do poprawy sytuacji finansowej. Uznaliśmy, że należy wrócić do akredytacji ze względu na korzyści z monitorowania i podnoszenia jakości i jednocześnie przygotowując się do kolejnego kontraktowania świadczeń, mając nadzieję na przywrócenie punktowania certyfikatu akredytacyjnego wystąpiliśmy z wnioskiem o jego przyznanie”.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że: „W przygotowaniu szpitala do uzyskania Certyfikatu Akredytacyjnego w roku 2017 r. udział brali niemal wszyscy pracownicy ŚCRiP, jedni opracowując standardy i procedury inni je wdrażając. W Szpitalu działają następujące zespoły i komitety: Zespół ds. jakości, Zespół ds. zakażeń, Zespół ds. zdarzeń niepożądanych, Zespół ds. zgonów i powikłań, Komitet farmakologiczny, Zespół ds. promocji zdrowia, Zespół ds. oceny przyjęć, Zespół ds. kosztów oraz Zespoły zadaniowe powoływane zarządzeniem Dyrektora ŚCRiP na czas trwania i realizacji projektów. To wyżej wymienione zespoły odgrywały wiodącą rolę w przygotowaniach do wizyty akredytacyjnej (...).”

(akta kontroli str. 9-28, 149-175, 1145-1154)

Szczegółowej analizie poddano 16 standardów akredytacyjnych¹⁵, które przy akredytacji prowadzonej przez CMJ w Szpitalu w 2017 r. uznane zostały za spełnione przez Szpital i przyznano im po 5 punktów.

- Standard PJ 1 „W szpitalu opracowano program działań dla poprawy jakości”

W Szpitalu przyjęto w dniu 4 stycznia 2016 r. Politykę Jakości Szpitala, w której określono cele¹⁶ oraz sposoby ich realizacji¹⁷. W jej ramach co roku opracowywano

¹³ Certyfikat Akredytacyjny z 2000, 2003, 2006, 2009 r. został przyznany w oparciu o standardy akredytacyjne z 1998 r.

¹⁴ Certyfikat Akredytacyjny z 2012 i 2017 r. został przyznany w oparciu o standardy akredytacyjne z 2009 r.

¹⁵ Kontroli poddano następujące standardy: 1) PJ 1 - W Szpitalu opracowano program działań dla poprawy jakości; 2) PJ 1.1 - Program działań dla poprawy jakości jest weryfikowany przynajmniej raz w roku; 3) PJ 1.2. - W Szpitalu funkcjonuje zespół ds. jakości; 4) PP 1. - Każdy pacjent jest informowany o przysługujących mu prawach i obowiązkach; 5) OP 4.1. - Leki i materiały stosowane w stanach nagłego zagrożenia życia są stale dostępne w miejscach świadczenia opieki; 6) KZ 1.8. - Szczepienia personelu; 7) FA 3. - Określono i wdrożono zasady pozyskiwania leków w trybie nagłym; 8) FA 6. - W Szpitalu funkcjonują procedury bezpiecznego przechowywania leków; 9) FA 7. - W Szpitalu opracowano i wdrożono procedurę nadzoru nad lekami przechowywanymi w oddziałach; 10) FA 9. - W Szpitalu opracowano system oznakowania przygotowanych leków; 11) LA 3. - W Szpitalu opracowano listę wykonywanych badań laboratoryjnych; 12) OD 1.1. - W Szpitalu opracowano diety; 13) OD 4. - W Szpitalu zapewniono warunki do higienicznego przechowywania żywności pacjentów; 14) PJ 3 - W szpitalu regularnie prowadzi się ocenę opinii pacjentów; 15) ZZ 5.3. - Plan szkoleń uwzględnia tematykę zarządzania jakością; 16) ZZ 9 - W Szpitalu prowadzi się badania satysfakcji zawodowej personelu.

¹⁶ Tj. Uzyskanie wysokiego poziomu oferowanych usług medycznych; dbałość o bezpieczeństwo i komfort pacjenta, poszanowanie jego praw i godności osobistej oraz poprawa warunków bytowych pacjentów korzystających z usług; monitorowanie i podnoszenie poziomu satysfakcji pacjentów z udzielanych świadczeń; uzyskanie wysokiego poziomu kwalifikacji zatrudnionego personelu; poszerzenie zakresu świadczonych usług oraz bazy łóżkowej Szpitala; promowanie zdrowia oraz szerzenie wiedzy o zdrowiu w ramach szeroko pojętej działalności z zakresu prewencji zdrowotnej; zapewnienie bezpieczeństwa związanego z wytwarzaniem, przetwarzaniem, ochroną oraz udostępnianiem informacji; poszukiwanie dodatkowych źródeł finansowania pochodzących z programów strukturalnych; modernizację posiadanej infrastruktury; dbałość o wyposażenie Szpitala w nowoczesną, wysokiej klasy aparaturę medyczną.

¹⁷ Realizacja celów nastąpić miała poprzez: zapewnienie odpowiedniej dostępności do usług; przestrzeganie prawa pacjenta oraz informowanie o nich chorych oraz stworzenie przyjaznej atmosfery wokół pacjentów; przeprowadzenie prac remontowych

konkretne działania (cele)¹⁸ oraz określano wskaźniki monitorowania i pomiaru efektywności procesu¹⁹.

Nie wszystkie zaplanowane cele w poszczególnych latach zostały zrealizowane, bowiem m.in.: nie utworzono dziennego domu opieki medycznej dla osób powyżej 65 roku życia, który planowano utworzyć w 2016 r. (po czym odstąpiono od realizacji tego zamierzenia); do dnia zakończenia nin. kontroli NIK nie przeprowadzono: termomodernizacji budynku Szpitala, remontów pokoi pacjentów oraz nie zakupiono echokardiografu i zestawu ergoline 5-stanowiskowego, które to działania planowano zrealizować w latach 2017 i 2018 r. Główną przyczyną nieosiągnięcia ww. celów był brak wystarczających środków finansowych.

Nie osiągnięto zakładanych mierników dotyczących pomiaru efektywności procesów związanych z jakością, dotyczących planowanej liczby osób biorących udział w „Szkole Zdrowia”, bowiem jak wyjaśnił Pełnomocnik ds. jakości, zaplanowany poziom tego wskaźnika był nazbyt wygórowany i obecnie zespół ds. jakości planuje jego zmianę. Ponadto odstąpiono od analizy wskaźnika związanego z nadwykonaniami udzielanych świadczeń medycznych, ponieważ jak wyjaśnił Pełnomocnik ds. jakości „wypracowane w ciągu roku nadwykonania w różnej wielkości wpływają na zwiększenie umowy z NFZ i nie wchodzą do tzw. ugody na koniec roku rozliczeniowego”. W pozostałym zakresie wskaźniki efektywności procesów związanych z jakością zostały zrealizowane.

(akta kontroli str. 1103-1144, 1179-1180)

- PJ 1.2 „W szpitalu funkcjonuje zespół ds. jakości”

W Szpitalu funkcjonował Zespół ds. jakości²⁰, w skład którego wchodziło 8 osób²¹. Zadaniem tego zespołu była m.in.:

- analiza aktualnych problemów związanych z jakością usług świadczonych w Szpitalu;
- koordynowanie, monitorowanie i sprawozdawanie wszelkich działań związanych z ciągłym zapewnieniem i utrzymaniem jakości;
- przygotowanie Szpitala do kolejnej wizyty akredytacyjnej i uzyskanie jej na następny okres.

i modernizacyjnych w celu dostosowania obiektu do obowiązujących wymogów i standardów; badanie satysfakcji pacjentów oraz uwzględnianie wyników z tych badań, w celu poprawy jakości i bezpieczeństwa świadczeń zdrowotnych; stałe podnoszenie kwalifikacji, motywacji i świadomości pracowników, których praca ma wpływ na jakość świadczonych usług; prowadzenie „Szkoly Zdrowia” dla pacjentów Szpitala, „Ustrońskiej Szkoły Kultury Zdrowia” dla mieszkańców Ustronia i okolic, uczestnictwo w „Wakacyjnym Tygodniu Zdrowia”; opracowywanie, doskonalenie i przystosowanie do wymogów prawa, rozwiązań związanych z bezpieczeństwem przetwarzania informacji; utrzymywanie w sprawności posiadanej aparatury medycznej, sprzętu medycznego oraz infrastruktury informatycznej, a także zakup nowoczesnych, niezbędnych wyrobów medycznych oraz informatycznych; wdrożenie analizy ryzyka w procesie, wyznaczanie celów i ocena ich realizacji.

¹⁸ Na 2016 r. m.in.: uzyskanie przedłużenia zintegrowanego systemu jakości (zrealizowany); poprawa dostępu do świadczeń poprzez finansowanie przez NFZ pełnych możliwości w zakresie stacjonarnym i ambulatoryjnym (zrealizowany); inicjowanie działań z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia (zrealizowany).

Na 2017 r. m.in.: sprawdzian w zakresie ewakuacji komórek organizacyjnych Szpitala na wypadek zaistnienia sytuacji kryzysowych (zrealizowany); przegląd warunków pracy pomieszczeń oddziałów, zaplecza kuchennego, warsztatu i zaplecza technicznego (zrealizowany); migracja serwerów na nową platformę (zrealizowana); realizacja pilotażu opieki koordynowanej dla pacjentów po zawałach mięśnia sercowego (zrealizowany).

Na 2018 r. m.in.: remont pokoi pacjentów (zrealizowany); naprawa chodników wokół budynku Szpitala (zrealizowany); zakup sprzętu dla działu fizjoterapii (zrealizowany).

¹⁹ W 2016 r. określono wskaźniki dla 10 monitorowanych procesów, w 2017 r. dla 11, zaś w 2018 r. dla 10. Przykładowo: dla procesu satysfakcji pacjentów za pomocą wskaźników oceny wiedzy na temat choroby przed i po rehabilitacji, wskaźnika oceny codziennego funkcjonowania, wskaźnika oceny oddziału; dla procesu monitorowania i pomiaru zakażeń szpitalnych za pomocą % zakażeń szpitalnych; monitorowania zdarzeń niepożądanych za pomocą częstotliwości występowania zdarzeń niepożądanych; monitorowania oceny wydolności pacjentów oddziałów rehabilitacji kardiologicznej za pomocą współczynnika wydolności.

²⁰ Powołany zarządzeniem Dyrektora Szpitala nr 36/2015 z dnia 31 grudnia 2015 r.

²¹ Zastępca Dyrektora Szpitala ds. Ekonomiczno-Administracyjnych, Pełnomocnik ds. jakości (koordynator zespołu), Pielęgniarka epidemiologiczna, Przełożona pielęgniarek, Kierownik Działu Farmacji Aptecznej, Dietetyk, Lekarz – asystent Oddziału KI, Kierownik Działu Obsługi Szpitala.

Zespół ten w celu realizacji ww. zadań w kolejnych latach 2016-2019 spotykał się odpowiednio: trzy, cztery, trzy i jeden raz. Standard został uznany przez CMJ za spełniony w pełni, a zgodnie ze standardem PJ 1.2. Zespół ten winien spotykać się regularnie, nie rzadziej niż raz w miesiącu. Na spotkaniach tych m.in. omawiano wskaźniki jakości (ich propozycje, poziom, modyfikacje), przyczyny zgonów, zdarzeń niepożądanych, analizę stanu bezpieczeństwa i higieny pracy, omawiano wyniki ankiet satysfakcji pacjentów, osiągnięcie zakładanych celów oraz dokonywano przeglądu aktualności polityki jakości oraz propozycje zmian dotyczących podnoszenia poziomu jakości.

Pełnomocnik ds. Jakości wyjaśnił, że zebrania zespołu odbywają się średnio raz na kwartał, bowiem na podstawie posiadanych doświadczeń, nie zachodzi potrzeba częstszych spotkań zespołu (czyli jeden raz w miesiącu). Ponadto wyjaśnił, że w czasie wizyty akredytacyjnej przeprowadzanej przez wizytatorów CMJ w 2017r. na okoliczność spełniania ww. standardu zostały przedłożone protokoły spotkań zespołu od 2015 r., gdzie w 2015 r. odbyły się cztery takie spotkania Zespołu.

(akta kontroli str. 1103-1144)

- PJ 1.1 „Program działań dla poprawy jakości jest weryfikowany przynajmniej raz w roku”

Zespół ds. jakości co roku analizował i weryfikował czy zaplanowane cele/działania oraz określone wskaźniki monitorowania i pomiaru efektywności procesu zostały osiągnięte²².

(akta kontroli str. 1103-1144)

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

Dokument opisujący prawa i obowiązki pacjenta był dostępny w recepcji Izby Przyjęć Szpitala oraz w dyżurkach pielęgniarskich dwóch oddziałów poddanych oględzinom²³. W gablotach na korytarzu oddziałów poddanych oględzinom znajdowała się skrócona wersja praw pacjenta wraz z informacją o dostępności pełnego tekstu w dyżurce pielęgniarskiej. Pielęgniarki Oddziałowe oświadczyły, że osobom niewidzącym, słabo widzącym lub ze schorzeniem oczu, prawa pacjenta i obowiązujący regulamin Szpitala przedstawia się ustnie przy przyjęciu do Szpitala.

Informowanie pacjentów o przysługujących prawach i obowiązkach pacjenta potwierdziło badanie ankietowe pacjentów Szpitala przeprowadzone przez kontrolerów²⁴.

(akta kontroli str. 877-879, 1003-1006, 1155-1156)

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

Dyrekcja Szpitala w porozumieniu z Komitetem Terapeutycznym²⁵ określiła pisemnie leki i materiały dostępne w nagłych przypadkach, tzw. zestaw przeciwwstrząsowy. Leki i materiały te były dostępne w czerwonej torbie (tzw. reanimacyjnej) znajdującej się na szafie z lekami w dyżurce pielęgniarskiej na każdym z dwóch oddziałów poddanych oględzinom. Zawartość torby reanimacyjnej

²² Co przedstawiono w punkcie dot. opisu standardu PJ 1 nin. wystąpienia.

²³ Oddział Rehabilitacji Narządu Ruchu i II Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej.

²⁴ Badanie ankietowe zostało przeprowadzone w okresie prowadzenia kontroli wśród 50 losowo wybranych pacjentów Szpitala, z których 42 zwróciło wypełnione ankiety - zwanego dalej badaniem ankietowym. Wszyscy pacjenci, którzy wypełnili ankiety potwierdzili, że byli informowani o prawach i obowiązkach pacjenta.

²⁵ Powołanym Zarządzeniem Dyrektora Szpitala nr 18/2013 z dnia 31 lipca 2013 r. Zadaniem Komitetu było uchwalenie i stała aktualizacja receptariusza szpitalnego oraz ocena współczesnych metod farmakoterapii stosowanych w Szpitalu.

podlegała comiesięcznej kontroli przez pielęgniarkę oddziałową²⁶ oraz kontroli codziennej przez pielęgniarkę zdającą raport zmianowy²⁷. Kontrole miesięczne zostały udokumentowane odpowiednim wpisem w założonym w tym celu zeszytcie. W przypadku codziennej kontroli dokonywano wpisów w zeszytcie przekazywania dyżurów pielęgniarskich.

Torba reanimacyjna była łatwo dostępna, a daty ważności produktów i leków w niej znajdujących się (w tym również adrenalinę, która znajdowała się w zestawie w torbie reanimacyjnej) były aktualne.

(akta kontroli str. 975-982, 1025-1100, 1157)

- KZ 1.8 „Szczepienia personelu”

Szpital zapewnił szczepienia przeciwko WZW dla wszystkich osób zatrudnionych w obszarach świadczenia opieki. Personel ten przechodzi obowiązkowe badania wstępne, okresowe lub kontrolne, gdzie obowiązkowo wykonuje się badania w kierunku przeciwciał anty HBS, na podstawie których lekarz zakładowy decyduje o podaniu szczepionki przeciwko WZW.

Co roku w sezonie jesiennym Dyrekcja Szpitala deklarowała gotowość pokrycia kosztów szczepionki przeciwko grypie²⁸, jednak nieliczna część personelu zdecydowała się na takie szczepienie. Szpital gromadził informacje o poziomie wyszczepienia pracowników przeciwko WZW i przeciwko grypie. W Szpitalu udokumentowano szczepienia personelu przeciwko WZW, jednak nie udokumentowano szczepienia przeciwko grypie na poziomie co najmniej 80% personelu medycznego²⁹, co było wymagane w przedmiotowym standardzie, aby uznać go za spełniony i otrzymać 5 punktów w tym zakresie. Szpital nie gromadził informacji dotyczącej absencji chorobowej pracowników z powodu grypy. Standard ten mimo to został oceniony przez CMJ za w pełni spełniony.

Dyrektor Szpitala odnośnie braku uzyskania odpowiedniego poziomu wyszczepienia przeciwko grypie, wyjaśnił że: „(...) Niestety w Polsce nie ma obowiązku obligującego świadczeniodawcę, osoby przez niego zatrudnione lub udzielające świadczeń w jego imieniu do zaszczepienia się przeciwko grypie (...)”. Natomiast w odniesieniu do gromadzenia informacji o absencji chorobowej spowodowanej grypą stwierdził, że „Szpital nie gromadził informacji o absencji chorobowej pracowników z powodu grypy. Pracodawca, co wynika z art. 221 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (...) nie może żądać od pracownika podania informacji o stanie jego zdrowia, chyba że informacje te są niezbędne w celu skorzystania przez pracownika ze szczególnych uprawnień prawa pracy, gdzie sankcjonuje się umieszczenie na zaświadczeniu lekarskim informacji o rodzaju określonych chorób lub przyczyn niezdolności do pracy (...). Obecnie zwolnienie lekarskie nie zawiera słownej informacji na temat rodzaju choroby pracownika (...)”.

W trakcie kontroli prowadzonej przez CMJ w 2017 r., Szpital jako spełnianie tego standardu przedłożył kontrolerom CMJ oświadczenie, w którym m.in. stwierdzono, że *„Były podjęte działania akcji szczepienie przeciw grypie. Dyrektor wyszedł z propozycją zakupu szczepionek dla pracowników. Pracownicy nie wyrazili zgody na szczepienia. Wrzesień 2017 - będzie podjęta ponowna akcja szczepienia przeciw grypie (...)”*.

²⁶ Pod kątem zawartości i uzupełnienia wykorzystanych leków czy materiałów, daty ich ważności oraz sposobu ich przechowywania.

²⁷ Pod kątem zawartości torby.

²⁸ Informacja ta była przekazywana e-mailem do pracowników, ustnie przez bezpośrednich przełożonych (np. pielęgniarki oddziałowe, ordynatorów), na tablicach ogłoszeń oraz w dyżurkach oddziałowych. Zbierano informacje o liczbie osób chętnych do zaszczepienia w celu wykupienia szczepionki oraz ich zaszczepienia.

²⁹ W 2016 r. zaszczepiono przeciwko grypie 7% personelu zatrudnionego w obszarze świadczeń opieki medycznej, w 2017 r. 6%, a w 2018 r. 9%.

- FA.3 „Określono i wdrożono zasady pozyskiwania leków w trybie nagłym”

W Szpitalu obowiązywała procedura pozyskiwania leków w trybie nagłym³⁰, zgodnie z którą m.in.:

- w nagłych i uzasadnionych przypadkach leki wydawane są z Działu Farmacji pielęgniarsce oddziałowej lub osobie przez nią upoważnionej³¹;
- w godzinach, w których apteka jest nieczynna, decyzję o sprowadzeniu leku w przypadku jego braku w Dziale Farmacji podejmuje lekarz pełniący dyżur w Szpitalu, kontaktuje się telefonicznie z kierownikiem Działu Farmacji i uzgadnia czas oraz sposób uzyskania potrzebnego leku.

W latach 2016-2019³² nie wystąpił przypadek pozyskania leków w trybie nagłym. Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa powyższe wyjaśnił specyfiką Szpitala, który jest Szpitalem rehabilitacyjnym w zakresie kardiologii i narządu ruchu.

(akta kontroli str. 886-887, 1025-1100)

- FA 6 „W szpitalu funkcjonują procedury bezpiecznego przechowywania leków”

W Szpitalu obowiązywała pisemna procedura dotycząca zabezpieczenia leków i wyrobów medycznych³³. Określała ona sposób zabezpieczenia leków przechowywanych zarówno w Dziale Farmacji Szpitalnej jak i na oddziałach Szpitala.

W wyniku oględzin Działu Farmacji Szpitala ustalono, że pomieszczenia były zabezpieczone przed wejściem osób nieupoważnionych kratą metalową i zamkami. W pomieszczeniach znajdowały się szafki na leki zamykane na klucz. Leki były ułożone alfabetycznie. Dla leków wymagających przechowywania w temperaturach niższych niż 6 stopni C przeznaczona była lodówka. Dla leków psychotropowych i leków silnie działające z grupy A (były dodatkowo oznakowane jako leki silnie działające) przeznaczona była kasa pancerna. Pomieszczenia były klimatyzowane i była w nich utrzymywana stała temperatura poniżej 25 stopni.

W wyniku oględzin dwóch oddziałów Szpitalnych ustalono, że leki znajdowały się w dyżurkach pielęgniarskich tych oddziałów (Gabinetach Zabiegowych), a pomieszczenia te były zamykane na klucz i posiadały klamkę kulkową, która uniemożliwiała wejście do pomieszczenia osobom postronnym nieposiadającym klucza. Klucze do pomieszczenia posiadały wszystkie osoby z personelu medycznego. Leki w tych pomieszczeniach przechowywane były w lodówce, szafkach i gablotach zamykanych na klucz. Klucz znajdował się w zamku szafki. Leki przechowywano w szafach w kolejności alfabetycznej. Z kolei leki wymagające przechowywania w temperaturze od 4 do 6 stopni C przechowywano w lodówce, zaś leki psychotropowe i leki silnie działające z grupy A (dodatkowe oznakowanie leku silnie działającego) przechowywane były w osobnych szafkach zamykanych na klucz, który znajdował się w miejscu znanym wszystkim osobom z personelu medycznego. Maści przechowywane były w osobnej szafce. W pomieszczeniach tych prowadzono zeszyt kontroli temperatury i wilgotności panującej w pomieszczeniu. Badanie wilgotności i temperatury przeprowadzano każdej doby

³⁰ Procedura nr FA-3/P1 – wydanie nr 2 z dnia 6 października 2014 r. opracowana przez Kierownika Działu Farmacji Szpitala, a zatwierdzona przez Zastępcę Dyrektora Szpitala ds. Lecznictwa.

³¹ Każdorazowe wydanie leków musi być odnotowane w systemie komputerowym lub w nagłych przypadkach wydanie leku może nastąpić na podstawie dokumentu wydania potwierdzonego podpisem osoby odbierającej.

³² Do dnia 17 czerwca 2019 r.

³³ Procedura nr FA-6/P2 – wydanie nr 2 z dnia 6 października 2014 r.

jeden raz, tj. o godz. 6.00, a wyniki pomiaru były odnotowywane w zeszycie kontroli temperatury.

Pomieszczenia, w których przechowywano leki i które zostały poddane oględzinom były czyste, suche, odpowiednio wentylowane i posiadały klimatyzację. Produkty lecznicze i wyroby medyczne były zabezpieczone przed działaniem promieni słonecznych i przechowywane były w sposób staranny, zabezpieczający je przed zakurzeniem, zabrudzeniem i zniszczeniem.

Sposób przechowywania leków był zgodny z uregulowaniami wewnętrznymi szpitala i standardem akredytacyjnym.

(akta kontroli str. 1007-1008, 1025-1100)

- FA 7 „W szpitalu opracowano i wdrożono procedurę nadzoru nad lekami przechowywanymi w oddziałach”

W Szpitalu obowiązywała pisemna procedura nadzoru nad lekami przechowywanymi w oddziałach Szpitala dot. kontroli apteczek w oddziałach³⁴. Kontrola apteczek szpitalnych obejmowała: sprawdzenie właściwego ułożenia środków farmaceutycznych i materiałów medycznych; sprawdzenie warunków przechowywania leków; sprawdzenie stanu zapasów; sprawdzenie terminów ważności leków. Kontrolę w ww. zakresie przeprowadzała pielęgniarka oddziałowa (raz w miesiącu) oraz Kierownik Działu Farmacji (raz na pół roku). Były one odnotowywane w zeszycie kontroli oddziału poddanego oględzinom.

W wyniku przeprowadzonych oględzin na dwóch oddziałach Szpitala stwierdzono, że w apteczkach oddziałowych przechowywano wyłącznie produkty pełnowartościowe, tzn. nieprzetworzone produkty lecznicze, o ustalonym pochodzeniu (pochodzące z apteki szpitalnej), oznaczone co do daty ich ważności. Wszystkie daty przydatności do użycia i numery serii leków oraz ilości poszczególnych leków były zgodne z wydrukiem z Działu Farmacji Szpitala.

(akta kontroli str. 1007-1008, 1025-1100)

- FA 9 „W szpitalu opracowano system oznakowania przygotowanych leków”

W Szpitalu obowiązywała pisemna procedura dotycząca systemu oznaczania i zasad podawania produktów leczniczych³⁵. Określono w niej sposób oznaczania i podawania leków doustnie, podskórnym, domięśniowo i dożylnie.

W trakcie oględzin prowadzonych na dwóch oddziałach stwierdzono, że leki przygotowane do podania doustnego znajdowały się w kieliszkach opisanych inicjałami pacjentów w przegródkach z numerem sali, zaś leki do podania dożylnego były opisane imieniem i nazwiskiem pacjenta, numerem sali, nazwą leku oraz dawką.

Znakowanie leków było zgodne zarówno z wewnętrzną procedurą, jak i wymogami standardu.

(akta kontroli str. 1009-1013, 1025-1100)

- LA 3 „W szpitalu opracowano listę wykonywanych badań laboratoryjnych”

Szpital nie posiadał własnego laboratorium. W okresie objętym kontrolą obowiązywały dwie umowy zawarte z innym podmiotem (laboratorium medycznym), których przedmiotem było wykonywanie badań laboratoryjnych i mikrobiologicznych na potrzeby ŚCRiP. Załącznik do tych umów stanowił wykaz badań laboratoryjnych.

³⁴ Procedura nr FA-7/P1 – wydanie nr 2 z dnia 6 października 2014 r.

³⁵ Procedura nr FA-8/P1 – wydanie nr 2 z dnia 6 października 2014 r.

(akta kontroli str. 893-906, 951-955)

- OD 1.1 „W Szpitalu opracowano diety”

Zgodnie z Zarządzeniem³⁶ Dyrektora Szpitala, w ŚCRiP wprowadzono następujące diety: dieta podstawowa (niskocholesterolowa), ubogowęglowodanowa, łatwostrawna (wątrobową); kleikowa i inne - stosowane ze względu na wymogi zdrowotne (np. w dniu moczanowej; o kontrolowanej zawartości kwasów tłuszczowych, cukrzycowa). Powyższe diety zostały opracowane przez dietetyka zatrudnionego w Szpitalu w oparciu o literaturę w tym zakresie. W procedurach określono sposób ich przygotowania (Szpital posiada własną kuchnię) oraz wyznaczono osoby odpowiedzialne za przygotowanie i podawanie diet (personel kuchni, jadalni, kuchmistrz, dietetyk). O zastosowaniu konkretnej diety decydował lekarz, kierując się stanem zdrowia pacjenta.

(akta kontroli str. 951-973)

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

W Szpitalu zapewniono warunki do higienicznego przechowywania żywności pacjentów. Na korytarzu każdego z poddanych oględzinom dwóch oddziałów znajdowała się lodówka, z której korzystali pacjenci danego oddziału. W lodówce znajdowała się żywność opisana za pomocą karteczek z nazwiskami lub inicjałami pacjentów. W lodówkach panował ład i porządek.

(akta kontroli str. 1025-1100)

- PJ 3 „W szpitalu regularnie prowadzi się ocenę opinii pacjentów”

W Szpitalu prowadzono regularną ocenę opinii pacjentów w formie anonimowych ankiet. Na podstawie ankiet Kierownik Sekcji Statystyki, Dokumentacji Medycznej i Poprawy Jakości sporządzał co miesiąc ich analizę. Ocenę opinii pacjentów prowadzono w całym okresie objętym kontrolą - również przed uzyskaniem certyfikatu akredytacyjnego w 2017 r.

Z analizy ankiet przeprowadzanych wśród pacjentów Szpitala w latach 2016-2019 wynikały następujące wnioski bądź uwagi dotyczące:

- poprawy standardu w łazienkach;
- remontu pomieszczeń pobytu pacjentów;
- zapewnienia większej powierzchni sal w salach 3-osobowych;
- poprawy sprzątania w miejscach pobytu pacjentów;
- urozmaicenia podawanych posiłków;
- zmniejszenia wysokości dopłat do wyżywienia w „bogatszej” opcji;
- konieczności opłat za korzystanie telewizji;
- zbyt wczesnego roznoszenia leków (o 6 godzinie);
- słabej wentylacji w łazienkach;
- małej liczby zabiegów rehabilitacyjnych;
- opłat za parking;
- braku internetu w pokojach.

³⁶ Nr 1/2015 z dnia 12 stycznia 2015 r.

Dyrekcja Szpitala w odniesieniu do części z ww. wniosków bądź uwag:

- realizowała je (np. sukcesywnie poprawiano standard w łazienkach, remontowano pomieszczenia pobytu pacjenta, poprawiano wentylację, zwiększono nadzór nad firmą sprzątającą);
- podejmowała działania w celu ich realizacji (np. zgłaszanie podmiotowi tworzącemu Szpital potrzeby poszerzenia bazy łóżkowej);
- nie podejmowała działań nie widząc takiej potrzeby bądź możliwości (w przypadku wniosków i uwag dotyczących zmiany godzin roznoszenia lekarstw, urozmaicenia posiłków, odpłatności za parking, liczby zabiegów rehabilitacyjnych).

(akta kontroli str. 247-410, 1145-1154)

- ZZ 5.3 „Plan szkoleń uwzględni tematykę zarządzania jakością”

W Szpitalu rokrocznie opracowywano plan szkoleń³⁷, który uwzględniał tematykę zarządzania jakością. W latach 2016-2019 zrealizowano odpowiednio: 26, 27, 20, 13 szkoleń związanych z jakością. W szkoleniach tych co roku brała udział cała kadra kierownicza oraz wszyscy lekarze. W kolejnych latach objętych kontrolą przeszkolono odpowiednio: 22 (z 23 zatrudnionych), 24 (z 26), 22 (z 24), 17 (z 23) pielęgniarek. W 2017 i 2018 odbył to takie szkolenie cały pozostały personel medyczny, zaś w 2016 - 26 osób (z 30), a w 2019 r. 18 (z 39). Niepełny udział personelu w szkoleniach wynikał m.in. z długotrwałych absencji chorobowych, urlopów macierzyńskich bądź rodzicielskich, a w 2019 r. także z uwagi na ich zaplanowanie w drugiej połowie roku.

Wszystkie osoby z kierownictwa Szpitala legitymowały się ukończeniem studiów podyplomowych obejmujących swym zakresem zarządzanie jakością w służbie zdrowia (trzy osoby, w tym dwóch lekarzy) lub uczestnictwem w konferencjach związanych z podnoszeniem jakości w placówkach opieki zdrowotnej (jedna osoba - przełożona pielęgniarek). Dodatkowo jedna pielęgniarka ukończyła studia podyplomowe w zakresie zarządzania placówkami zdrowia, brała udział w konferencji związanej z podnoszeniem jakości w placówkach opieki zdrowotnej, a ponadto posiada uprawnienia audytora jakości.

(akta kontroli str. 745-863, 888-892)

- ZZ 9 „W szpitalu prowadzi się badania satysfakcji zawodowej personelu”

W Szpitalu rokrocznie prowadzono badania satysfakcji personelu w formie anonimowych ankiet³⁸, na podstawie których Zastępca Dyrektora Szpitala ds. Ekonomiczno-Administracyjnych sporządzał analizę przedkładaną Dyrektorowi Szpitala. Wnioski z nich płynące dotyczyły głównie poprawy poziomu wynagrodzeń, włączenia premii do wynagrodzenia, czy zapewnienia większej liczby miejsc parkingowych dla pracowników. Dyrekcja Szpitala podejmowała działania w celu realizacji wniosku dotyczącego podniesienia niezadowolającego poziomu wynagrodzeń personelu Szpitala czy zwiększenia liczby miejsc parkingowych. Nie zrealizowano wniosku dotyczącego włączenia premii jako dodatkowego elementu wynagradzania, bowiem jak oświadczyła Zastępca Dyrektora ds. Ekonomiczno-Administracyjnych nie widziano takiej potrzeby.

(akta kontroli str. 219-241, 983)

³⁷ Zarówno zewnętrznych jak i wewnętrznych.

³⁸ Badania ankietowe przeprowadzono w: marcu 2016, 2017 i 2018 oraz w kwietniu 2019 r.

Ponadto na podstawie badania ankietowego zweryfikowano również spełnianie przez Szpital następujących trzech standardów:

- PP 14 „Pacjenci mają zapewnioną możliwość odwiedzin”

Wszyscy ankietowani pacjenci potwierdzili, że mieli zapewnioną możliwość odwiedzin w trakcie pobytu w Szpitalu.

- PP 3 „Pacjenci otrzymują zrozumiałe informacje o stanie zdrowia”

Spośród ankietowanych 88% stwierdziło, że w trakcie pobytu w Szpitalu otrzymywało zrozumiałe informacje o stanie zdrowia

- ŚO 15 „Pomieszczenia Szpitala są czyste, prawidłowo ogrzane i wentylowane”

Spośród ankietowanych 95% stwierdziło, że pomieszczenia Szpitala są czyste, prawidłowo ogrzane i wentylowane.

(akta kontroli str. 1155-1156)

W Szpitalu w okresie od 2016-2019 roku przeprowadzono 17 kontroli zewnętrznych, przy czym żadna z nich nie została przeprowadzona przez Śląski Oddział NFZ, jak również żadna nie dotyczyła standardów akredytacyjnych. W tym okresie do Dyrektora Szpitala wpłynęły 33 skargi i żadna z nich nie dotyczyła braku realizacji standardów akredytacyjnych.

(akta kontroli str. 974, 1000)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

Zdaniem NIK, podejmowane przez Szpital działania świadczyły o dążeniu do realizacji przez niego zadań w sposób odpowiadający wymogom określonym w standardach poddanych przez NIK badaniu. Osiągnięty w 2017 r. w stosunku do 2012 r. poziom spełniania ww. standardów wg CMJ uległ nieznacznemu obniżeniu z 83 do 81%. Jednocześnie, jak ustalono na podstawie badania próby 16 standardów, które zostały ocenione przez CMJ w 2017 r. na maksymalną liczbę punktów, dwa z nich nie zostały w całości spełnione (a jedynie w części) zarówno w trakcie ostatniej certyfikacji CMJ, jak i w trakcie niniejszej kontroli NIK. I tak, Zespół ds. jakości w celu realizacji swoich zadań w kolejnych latach 2016-2019 spotykał się rzadziej, niż to przewiduje standard PJ 1.2, zgodnie z którym Zespół ten winien spotykać się regularnie, nie rzadziej niż raz w miesiącu. Ponadto w Szpitalu nie przeprowadzono szczepień przeciwko grypie na poziomie co najmniej 80% personelu medycznego, co było wymagane aby uznać standard KZ 1.8 za spełniony w całości.

OBSZAR

2. Wpływ wprowadzenia standardów akredytacyjnych na sytuację ekonomiczną podmiotu leczniczego

Opis stanu
faktycznego

Jedynym kosztem poniesionym przez Szpital w związku z poddaniem się procedurze akredytacyjnej przeprowadzonej przez CMJ była jednorazowa opłata poniesiona w 2017 r. w wysokości 29 413,37 zł. Powyższa opłata stanowiła wartość 0,28% ogółu kosztów operacyjnych pomniejszonych o koszty amortyzacji w 2017 r.

(dowód: akta kontroli, str. 413-428)

Zgodnie z art. 53a ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej³⁹, w terminie 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. Z kolei rozporządzenie 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 zdrowotnej⁴⁰ określa sposób obliczania wskaźników ekonomiczno-finansowych oraz przypisane im punktowe oceny, które służą do ww. analizy ekonomiczno-finansowej. Na podstawie analizy wskaźników zyskowności, płynności, efektywności oraz zadłużenia kontrolowanej jednostki⁴¹ w odniesieniu do okresów przed⁴² oraz po uzyskaniu certyfikatu akredytacji, stwierdzono m.in., że:

- W okresie objętym kontrolą następowało stopniowe pogarszanie się wskaźników zyskowności⁴³. Osiągnięte w 2018 r. ujemne wartości wskaźników rentowności Szpitala wskazały, że uzyskiwane przez Szpital przychody nie były w stanie pokryć kosztów działalności jednostki;
- Wskaźniki płynności finansowej osiągnięte przez Szpital w latach 2016-2018 miały zmienne wartości⁴⁴. W 2018 r. Szpital posiadał relatywnie niski poziom płynności finansowej, co w przypadku dalszego obniżenia wskaźników może powodować problemy z terminowym regulowaniem bieżących zobowiązań;
- W latach 2016-2018 wydłużeniu uległ okres oczekiwania Szpitala na uzyskanie należności za świadczone usługi oraz skróceniu uległ okres regulowania przez Szpital swoich zobowiązań krótkoterminowych⁴⁵. Jak wyjaśnił Dyrektor Szpitala od listopada 2017 r. Szpital bierze udział w programie kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego (KOS-zawał)⁴⁶, w ramach którego świadczy usługi na rzecz innych szpitali. Zawierane z nimi umowy zawierają dłuższe terminy płatności aniżeli te wynikające z realizowanej umowy z NFZ. Ponadto wyjaśnił, że Szpital reguluje swoje zobowiązania zgodnie z terminami płatności tak aby zachować ciągłość dostaw oraz aby nie dochodziło do przekroczeń terminów płatności i konieczności zapłaty ewentualnych odsetek, a skracające się terminy spłaty zobowiązań wynikają z tego, iż poziom zobowiązań Szpitala z tytułu dostaw i usług w poszczególnych latach pozostawał na porównywalnym poziomie, natomiast wzrastały z roku na rok przychody ze sprzedaży netto, stąd wskaźnik rotacji zobowiązań w dniach osiągał z roku na rok coraz niższą wartość;
- Poziom wskaźników zadłużenia w latach 2017-2018 wskazuje, że Szpital w niewielkim zakresie finansuje swoje aktywa kapitałami obcymi⁴⁷. W 2017 r.

³⁹ Dz.U. z 2018 r. poz. 2190.

⁴⁰ Dz.U. z 2017 r. poz. 832.

⁴¹ Obliczonych zgodnie z przywołanymi wyżej regulacjami.

⁴² Czyli przed 2017 r.

⁴³ Wskaźnik zyskowności netto na przestrzeni lat 2016-2018 kształtowały się odpowiednio na poziomach: 0,15; 0,04; (-)3,38, wskaźnik zyskowności działalności operacyjnej w 2016 r. wynosił: 0,28%, w 2017 r. wynosił: 0,25%, a w 2018 r. wynosił: (-)3,11%. Natomiast wskaźniki zyskowności aktywów na przestrzeni lat 2016-2018 wynosiły odpowiednio: 0,15%; 0,04%; (-)3,82%.

⁴⁴ Wskaźniki bieżącej płynności na przestrzeni lat 2016-2018 kształtowały się odpowiednio na poziomie: 0,82; 0,54; 0,84. Natomiast wskaźniki szybkiej płynności w 2016 r. wynosiły: 0,75, w 2017 r. wynosiły: 0,50, a w 2018 r. wynosiły: 0,80.

⁴⁵ Wskaźniki rotacji należności w dniach na przestrzeni lat 2016-2018 kształtowały się odpowiednio: 27, 28, 38. Natomiast wskaźnik rotacji zobowiązań w dniach w 2016 r. wyniósł: 15, w 2017 r. wyniósł: 14, a w 2018 r. wyniósł: 13.

⁴⁶ Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16.12.2016 r. (Dz. U. 2016, poz. 2164) poszerzono zakres gwarantowanych świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej o kompleksową opiekę po zawale mięśnia sercowego. Zarządzeniem nr 38/2017/DSOZ prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29.05.2017 r. określono warunki zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenia szpitalnego – świadczenia kompleksowe.

⁴⁷ Wskaźniki zadłużenia aktywów na przestrzeni lat 2016-2018 kształtowały się odpowiednio: 22,92%; 32,75%; 32,01%.

stopniowemu pogorszeniu uległ wskaźnik wypłacalności, określający wielkość funduszy obcych przypadających na jednostkę funduszu własnego⁴⁸.

(dowód: akta kontroli str. 429; 432-439; 492-738; 907-909)

Dyrektor Szpitala wskazał m.in., że utrzymywanie jakości jest procesem ciągłym i ewoluującym, co niejednokrotnie pociąga za sobą pewne koszty, jednak koszty te nie są wydzielane odrębnie, w związku z czym nie jest możliwe powiązanie danego kosztu ze spełnieniem konkretnego standardu akredytacyjnego. Szpital poinformował również, że przed badanym okresem posiadanie certyfikatu akredytacyjnego CMJ powodowało zwiększenie wartości kontraktu o 10%, bądź było traktowane jako premia punktowa przy kontraktowaniu świadczeń. Od 2011 r. w przypadku rehabilitacji leczniczej posiadanie certyfikatu akredytacyjnego przez Szpital nie wiązało się z dodatkowymi przychodami Szpitala, tj. nie było premiowane przy kontraktowaniu świadczeń przez NFZ, co wynikało z obowiązujących w tym okresie regulacji⁴⁹.

(dowód: akta kontroli str. 432-434; 440-482)

Osiągane przez Szpital przychody ogółem wzrastały na przestrzeni lat 2016-2018⁵⁰, nie dotyczyło to jednak przychodów osiąganych z tytułu podstawowego kontraktu z NFZ w 2018 r.⁵¹ gdzie nastąpił ich spadek. Od 2017 r. Szpital pozyskał dodatkowe źródło finansowania w postaci przychodów z realizacji świadczeń na rzecz innych Szpitali w ramach programu KOS-zawał. Przychody z tego tytułu w 2017 r. osiągnęły 229 632,04 zł, natomiast w 2018 r. wzrosły do 2 678 807,36 zł.

(dowód: akta kontroli str. 432-438; 492-738)

Wynagrodzenia wraz z pochodnymi, wynikające z rachunku zysków i strat Szpitala, w badanym okresie wzrastały i wynosiły: w 2016 r. - 5 330 503,38 zł, w 2017 r. - 6 062 793,19 zł, a w 2018 r. - 7 262 106,91 zł, co stanowiło odpowiednio: 52%, 55% i 58% ogółu kosztów działalności operacyjnej.

(dowód: akta kontroli str. 492-738)

Z wyjaśnień złożonych przez Dyrektora Szpitala wynika, że zmiany wskaźników ekonomicznych nie wiążą się z przystąpieniem przez Szpital do procesu akredytacji. Jak wyjaśnił Dyrektor Szpitala, na wzrost tych kosztów wpłynęła m.in. ustawa z dnia 10 października 2012 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę⁵² oraz ustawa z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych⁵³, na realizację której Szpital nie otrzymuje środków z NFZ. Rachunek zysków i strat Szpitala wskazuje również wzrost kosztów tytułem zużycia materiałów i energii⁵⁴. Wzrostowi w latach 2016-2018 uległy opłaty m.in. za: dozór mienia o 97,19%, usługi pralnicze o 55,49%, wywóz odpadów o 57,35%, usługi sprzątnięcia o 24,02% oraz składki na rzecz PFRON o 168,68%.

(dowód: akta kontroli str. 432-434; 492-738)

⁴⁸ Wskaźnik wypłacalności w 2016 r. wyniósł: 0,65, w 2017 r. wyniósł: 1,07, a w 2018 r. wyniósł: 1,08.

⁴⁹ Zarządzenia Prezesa NFZ nr 54/2011/DSOZ z dnia 30.09.2011r. (tab. 1.2.), nr 3/2014/DSOZ z dnia 23.01. 2014 r. (tabela nr 10) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1372) oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12.07.2018 r. zmieniające ww. rozporządzenie

⁵⁰ Przychody ogółem (suma przychodów netto ze sprzedaży i zrównanych z nimi, pozostałych przychodów operacyjnych oraz przychodów finansowych) w 2016 r. stanowiły wartość: 10 242 039,03 zł, w 2017 r.: 11 117 543,24 zł, natomiast w 2018 r. wyniosły: 12 203 591,56 zł.

⁵¹ Przychody z kontraktu podstawowego z NFZ wraz ze wzrostem wynagrodzeń (bez programu KOS-zawał) w latach 2016-2018 wyniosły odpowiednio w 2016 r.: 8 449 551,39 zł, w 2017 r.: 9 297 045,86 zł w 2018 r. 8 452 562,95 zł.

Dyrektor Szpitala stwierdził, że posiadanie certyfikatu akredytacyjnego pozwala zmniejszyć ryzyko wszelkich zdarzeń, które potencjalnie stanowią zagrożenia finansowe dla Szpitala, a wyróżnik jakości jakim jest certyfikat akredytacyjny jest ważną informacją dla pacjentów, budującą pozytywny wizerunek Szpitala. Ponadto podał, że proces certyfikacji Szpital traktuje jako proces audytu, który umożliwia ocenę uporządkowania procesów zarządzania Szpitalem, wyznaczenia zakresu zadań, kompetencji i odpowiedzialności każdego pracownika oraz pozwala na usprawnienie wewnętrznej współpracy pomiędzy komórkami organizacyjnymi Szpitala.

Wskazał także, iż zmniejszono ryzyko potencjalnego spadku przychodów w porównaniu do przypadku gdyby Szpital nie posiadał certyfikatu akredytacyjnego. Ponadto wskazał, że wymiernymi wskaźnikami utrzymania jakości są: procent wykorzystania łóżek, zerowa szkodowość, częstość zdarzeń niepożądanych, inne certyfikaty jednostek zewnętrznych potwierdzające jakość oraz wyniki ankiet satysfakcji pacjentów.

(dowód: akta kontroli str. 432-434)

Wyniki anonimowych ankiet przedłożonych do wypełnienia pacjentom Szpitala przez kontrolujących pokazały, że dla 55% z nich przy wyborze Szpitala miało znaczenie, że ŚCRiP w Ustroniu posiada certyfikat akredytacyjny.

(dowód: akta kontroli str. 1155-1156)

W latach 2016-2019⁵⁵ nie wniesiono przeciwko ŚCRiP w Ustroniu żadnego pozwu sądowego lub roszczenia dotyczącego braku zapewnienia oczekiwanej przez pacjentów jakości udzielanych świadczeń w Szpitalu bądź związanego z nieprawidłową organizacją pracy podmiotu leczniczego.

(dowód: akta kontroli str. 487-491)

Szpital w latach 2016-2017 osiągał wysokie, wskaźniki wykorzystania łóżek szpitalnych na poziomie przekraczającym 90%⁵⁶.

(dowód: akta kontroli str. 483-486, 910-950)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

**OCENA CZĄSTKOWA
OBSZARU**

Wdrożenie przez Szpital standardów akredytacyjnych nie wpłynęło bezpośrednio na sytuację finansową Szpitala w okresie objętym kontrolą, co m.in. związane było z tym, iż posiadanie certyfikatu akredytacyjnego od 2011 r. nie było premiowane przez NFZ w procesie kontraktowania świadczeń medycznych, a wzrost kosztów działalności Szpitala w latach 2016-2018 nie był związany z wdrażaniem standardów akredytacyjnych lub ich utrzymywaniem⁵⁷. Istotną przyczyną pogarszającej się zyskowności Szpitala był wzrost kosztów wynagrodzeń, wynikający ze zmiany przepisów dot. wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne, a także wzrastające koszty usług outsourcingowych. Szpital w okresie objętym kontrolą osiągał wysokie, wskaźniki wykorzystania łóżek szpitalnych na poziomie przekraczającym 90%.

⁵⁵ Stan na dzień 17.05.2019 r.

⁵⁶ Wskaźniki wykorzystania łóżek szpitalnych w latach 2016-2018 wynosiły odpowiednio: 93,31%, 90,98%, 95,21%.

⁵⁷ Poza koniecznością uiszczenia jednorazowej opłaty za przeprowadzenie wizyty akredytacyjnej.

IV. Wnioski i uwagi

W związku z niestwierdzeniem nieprawidłowości Najwyższa Izba Kontroli nie formułuje uwag ani wniosków.

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.

Katowice, dnia 13 sierpnia 2019 r.

Kontrolerzy
Mieczysław Handzel
Główny specjalista kontroli
państwowej

.....

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Katowicach

Krzysztof Baron
Główny specjalista kontroli
państwowej

.....

Jacek Kordanowski
Starszy inspektor kontroli państwowej

.....