



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Krakowie

LKR.410.005.02.2019

**Pan
Jarosław Kycia
Dyrektor Samodzielnego Publicznego Zakładu
Opieki Zdrowotnej w Bochni „Szpital Powiatowy”
im. bł. Marty Wieckiej
ul. Krakowska 31, 32-700 Bochnia**

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/19/095 - Akredytacja podmiotów leczniczych

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bochni „Szpital Powiatowy” im. bł. Marty Wieckiej (<i>Szpital</i>)
Kierownik jednostki kontrolowanej	Jarosław Kycia, dyrektor od 6 grudnia 2012 r. (<i>Dyrektor</i>) (akta kontroli str. 5-6)
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Wpływ zewnętrznej oceny jakości świadczeń zdrowotnych na funkcjonowanie podmiotu leczniczego, poziom świadczeń zdrowotnych i bezpieczeństwo pacjentów. 2. Wpływ wprowadzenia standardów akredytacyjnych na sytuację ekonomiczną podmiotu leczniczego.
Okres objęty kontrolą	Lata 2016-2019 (do czasu zakończenia czynności kontrolnych). Badania kontrolne mogły dotyczyć działań sprzed tego okresu, jeśli miały związek z zagadnieniami będącymi przedmiotem kontroli.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ¹ , z uwzględnieniem kryteriów określonych w art. 5 ust. 2 ustawy o NIK.
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Krakowie
Kontrolerzy	1. Barbara Madejska, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKR/89/2019 z 17 maja 2019 r. 2. Rafał Rossowski, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKR/75/2019 z 7 maja 2019 r. (akta kontroli str. 1-4)

¹ Dz.U. z 2019 r. poz. 489. Dalej: *ustawa o NIK*.

II. Ocena ogólna² kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

W ocenie Najwyższej Izby Kontroli przystąpienie do procesu akredytacji skutkowało kontynuacją podejmowanych przez Szpital działań w zakresie aktualizacji i realizacji procedur oraz prowadzenia analiz wpływających na poprawę jakości świadczonych usług.

Szpital dwukrotnie (w roku 2014 i 2017) poddał się ocenie w zakresie spełniania standardów akredytacyjnych, uzyskując w 2014 r. ocenę 75%, natomiast w 2017 r. ocenę 77%. Szczegółowym badaniem objęto 16 standardów przedstawionych w raporcie z wizyty akredytacyjnej Centrum Monitorowania Jakości (CMJ) w 2018 r., w tym trzy standardy w ramach badania ankietowego. I tak, w odniesieniu do poprzedniego raportu, Szpital uzyskał poprawę oceny w przypadku trzech standardów obejmujących: uczestnictwo personelu w szkoleniach dot. zakażeń szpitalnych (KZ 5), planowania szkoleń uwzględniających tematykę zarządzania jakością (ZZ 5.3) oraz zapewnienia czystości, prawidłowego ogrzewania i wentylowania pomieszczeń szpitalnych (ŚO 15). W jednym przypadku, obejmującym zapewnienie możliwości odwiedzin, przyznana ocena została obniżona (PP 14). Ocena pozostałych 12 standardów nie uległa zmianie, a ich funkcjonowanie CMJ uznało za w pełni spełnione.

W ocenie NIK standard KZ 1.8 (dotyczący szczepień przeciwko grypie oraz wirusowemu zapaleniu wątroby) nie został spełniony, ponieważ Szpital nie organizował szczepień przeciwko grypie. Standardy: KZ 5 (dotyczący uczestnictwa personelu w szkoleniach w zakresie zakażeń szpitalnych), LA 2 (w szpitalu prowadzi się analizę błędów przedlaboratoryjnych) oraz FA 3 (określenie i wdrożenie zasad pozyskiwania leków w trybie nagłym) zostały spełnione jedynie częściowo.

W badaniu ankietowym pacjenci wysoko ocenili spełnienie standardów dotyczących praw pacjenta i zarządzania środowiskiem opieki.

Proces akredytacji skutkował wdrożeniem w Szpitalu określonych procedur i analiz wymuszających działania wpływające na poprawę jakości świadczonych usług.

Pacjenci mieli w pełni zapewnioną możliwość odwiedzin, byli prawidłowo informowani o przysługujących im prawach i obowiązkach oraz otrzymywali zrozumiałe informacje o stanie zdrowia. W Szpitalu sporządzono listę leków, sprzętu i materiałów, dostępnych w stanach nagłego zagrożenia życia oraz określono i wdrożono zasady pozyskiwania leków w trybie nagłym. Opracowano również i wdrożono procedurę nadzoru nad lekami przechowywanymi w oddziałach, a także wprowadzono system znakowania leków. W Szpitalu były opracowane i na bieżąco aktualizowane listy wykonywanych badań laboratoryjnych, prowadzono monitoring i ocenę błędów przedlaboratoryjnych, a także analizowano kwestie związane z prowadzeniem reoperacji i rehospitalizacji. W Szpitalu opracowano praktyczne informacje dla pacjentów dotyczące badań radiologicznych. Pacjenci mieli zapewniony dostęp do higienicznego przechowywania żywności. W Szpitalu opracowano diety dla pacjentów z różnymi schorzeniami. Ponadto w planach szkoleń personelu uwzględniano tematykę zarządzania jakością.

Poniesione przez Szpital w 2017 r. koszty w wysokości 33,6 tys. zł dotyczyły uzyskania certyfikatu akredytacyjnego i nie miały wpływu na sytuację finansową Szpitala. Szpital nie poniósł żadnych dodatkowych kosztów związanych z uzyskaniem akredytacji, bowiem wszystkie działania Szpitala zmierzające do podniesienia standardu świadczonych usług medycznych na możliwie najwyższym poziomie prowadzono sukcesywnie, niezależnie od wymagań standardów

² Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej. W niniejszym wystąpieniu zastosowano ocenę opisową.

akredytacyjnych lub wynikały z faktu posiadania wcześniej innych certyfikatów jakościowych.

W latach 2016-2018 wahanom ulegały wskaźniki ekonomiczne, jednak przeprowadzenie procesu akredytacyjnego i uzyskanie przez Szpital certyfikatu w 2018 r. nie miało wpływu na te zmiany, jak również na wielkości podstawowych parametrów dotyczących świadczeń zdrowotnych. Wprowadzenie standardów akredytacyjnych nie wpłynęło na sytuację ekonomiczną Szpitala.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe³ kontrolowanej działalności

OBSZAR

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

Opis stanu
faktycznego

1.1. Certyfikacja podmiotu leczniczego

Pierwszy certyfikat akredytacyjny nr 2014/14 potwierdzający spełnienie standardów akredytacyjnych dla lecznictwa szpitalnego Szpital uzyskał 6 maja 2014 r. Ponowna certyfikacja nastąpiła 10 stycznia 2018 r., co potwierdzono certyfikatem nr 2018/2.

(akta kontroli str. 10-11, 624-625)

Zarówno w 2014 r., jak i w 2017 r. proces akredytacji był prowadzony przez CMJ według zestawu standardów akredytacyjnych z 2009 r.⁴

(akta kontroli str. 96-129, 624-625)

Szpital 21 listopada 2016 r., tj. ponad 5 miesięcy przed zakończeniem ważności certyfikatu, złożył wniosek do CMJ⁵ o przeprowadzenie akredytacji, uzyskując w odpowiedzi z 29 listopada 2016 r.⁶ informację o umieszczeniu Szpitala na liście oczekujących na wizytę akredytacyjną. Pismem z 19 czerwca 2017 r.⁷, tj. po upływie okresu obowiązywania Certyfikatu z 2014 r., Szpital został powiadomiony o terminie przeglądu akredytacyjnego na 8-10 listopada 2017 r. Szpital ponownie złożył wniosek⁸ 27 lipca 2017 r. i potwierdził ustalony wcześniej termin.

(akta kontroli str. 624-625)

Dyrektor wyjaśnił, że wniosek zaktualizowano na prośbę CMJ, z powodu niezależnego od Szpitala przedłużającego się terminu.

Pismem⁹ z 10 sierpnia 2017 r. Szpital złożył wyjaśnienia do pytań z CMJ, a następnie 22 września 2017 r. CMJ poinformował Szpital o opłacie za przeprowadzenie procedury oceniającej¹⁰, po czym, pismem¹¹ z 25 października 2017 r. przekazano harmonogram przeglądu akredytacyjnego.

³ 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. W wystąpieniu zastosowano ocenę opisową.

⁴ Standardy opracowane przez CMJ w 2009 r., a wprowadzone obwieszczeniem 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.

⁵ Znak SPZOZ/PE/27/2016.

⁶ Znak DA-432-160/16 wpływ 5 grudnia 2016 r.

⁷ Znak DA-432-128/17 wpływ 22 czerwca 2017 r. 14 lipca 2017 r. pismem znak SPZOZ/PE/37/2017 Szpital poinformował CMJ o zaakceptowaniu ustalonego terminu.

⁸ Znak SPZOZ/PE/41/2017.

⁹ Znak SPZOZ/PE/47/2017.

¹⁰ Znak DA-432-128/17.

¹¹ Znak DA-432-128/17.

Członkowie Zespołu Akredytacyjnego, wraz m.in. z Pełnomocnikiem ds. Jakości, dokonali przeglądu akredytacyjnego w dniach 8-10 listopada 2017 r., zgodnie z ustalonym harmonogramem. CMJ 23 listopada 2017 r.¹² przekazał sporządzony raport. Szpital nie skorzystał z uprawnienia określonego w art. 3 ust. 6 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia¹³ i nie wniósł zastrzeżeń do raportu.

Pismem z 18 grudnia 2017 r.¹⁴ CMJ poinformował, że Rada Akredytacyjna rekomendowała Ministrowi Zdrowia do udzielenia akredytacji Szpitalowi.

Akredytacja została udzielona 10 stycznia 2018 r., co potwierdzono certyfikatem.

Szpital w okresie przeprowadzania procedury akredytacyjnej nie wnosił sprzeciwu, co zgłoszono do CMJ pismem¹⁵ z 5 grudnia 2017 r.

(akta kontroli str. 624-625, 670-672)

W kontrolowanym okresie w Szpitalu funkcjonowało łącznie 18 komitetów i zespołów. Zarządzeniem nr 68/2018 z dnia 12 czerwca 2018 r.¹⁶ w sprawie składu i zakresu obowiązków Komitetu ds. Jakości w SP ZOZ w Bochni „Szpital Powiatowy” im. bł. M. Wieckiej, Dyrektor powołał Komitet oraz określił jego zadania. W jego skład wchodziło dziewięć osób, w tym Z-ca Dyrektora Szpitala ds. Medycznych oraz Pełnomocnik Dyrektora Szpitala ds. Jakości. Do głównych zadań Komitetu z zakresu wdrażania standardów należał m. in. nadzór nad systemem zarządzania jakością, zgodnie z wymogami standardów akredytacyjnych oraz norm ISO 9001. Zgodnie z *Harmonogramem spotkań na I połowę 2019 r.* oraz protokołami posiedzenia członków Komitetu w latach 2016-2019 (I półrocze) spotkania Komitetu odbywały się co miesiąc. Omawiano na nich problemy i wnioski oraz wskazywano zagadnienia do realizacji do czasu następnego spotkania.

Analiza sprawozdań ze spotkań Komitetu wykazała realizację zadań wyszczególnionych w Zarządzeniu Dyrektora Szpitala nr 68/2018 z 12 czerwca 2018 r. Na spotkaniach omawiano m.in. zagadnienia związane z tematyką realizacji standardów akredytacyjnych, raport akredytacyjny z listopada 2017 r., pod kątem zwrócenia szczególnej uwagi na najistotniejsze kwestie poruszone w przedmiotowym raporcie oraz elementy wymagające natychmiastowej poprawy, tj. kwestia prawidłowego prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej, dokumentacji żywieniowej, nadzoru nad zakażeniami szpitalnymi wg standardów akredytacyjnych, zarządzania zasobami ludzkimi, środowiskiem opieki, prawa pacjenta, farmakoterapia, praca zespołów problemowych, konieczności przedstawienia raportu członkom komitetu terapeutycznego oraz personelowi szpitala.

(akta kontroli str. 411-414, 480-498, 519-521, 615, 624-625)

Zgodnie z raportem akredytacyjnym z 2014 r. poziom spełnienia standardów oceniono na 75%, a w 2017 r. na 77%.

Jak wyjaśnił Dyrektor po otrzymaniu *Raportu z przeglądu akredytacyjnego* najwyższe kierownictwo szpitala uznało, że wynik audytu był satysfakcjonujący i nie stwierdzono potrzeby wnoszenia zastrzeżeń do jego wyniku. Dyrektor wskazał również, że Szpital nie posiada wiedzy czy dany standard został oceniony przez audytujących na pięć punktów czy został wyłączony z oceny. Wyjątek stanowi standard KZ 1.11 wyłączony z oceny podczas audytu w 2017 r. ze względu na brak ogniska epidemicznego w ocenianym okresie, o czym poinformowano podczas audytu.

(akta kontroli str. 96-129, 618-620, 621-625)

¹² Znak DA-432-128/17, wpływ 23 listopada 2017 r.

¹³ Dz.U. z 2016 r. poz. 2135.

¹⁴ Znak RA-440-10/17, wpływ 8 stycznia 2018 r.

¹⁵ Znak SPZOZ/PE/54/2017.

¹⁶ Poprzednio Zarządzenie Dyrektora Szpitala Nr 75/2015 z 20 października 2015 r.

1.2. Spełnianie wybranych standardów

Pomiędzy wynikami z akredytacji w 2014 r., a 2017 r. stwierdzono 24 przypadki, kiedy standardy zostały ocenione skrajnie, tzn. w jednym procesie zostały ocenione jako niespełnione, a w drugim jako spełnione w całości.

W 45 przypadkach spełnienie standardów pogorszyło się pomiędzy 2014 r., a 2017 r., w tym 12 skrajnie, tj. z pięciu punktów na jeden punkt.

W 51 przypadkach spełnienie wymagań dotyczących ocenianych kryteriów uległo poprawie, w tym 12 skrajnie tj. z jednego punktu do na pięć punktów.

(akta kontroli str. 96-113, 114-130, 131-143)

Komitet ds. Jakości na spotkaniach nie odnosił się szczegółowo do punktacji zawartej w raporcie z przeglądu akredytacyjnego przeprowadzonego w 2017 r. i nie porównywał jej z punktacją zawartą w raporcie z wcześniejszego przeglądu akredytacyjnego. Na pierwszym po wizycie akredytacyjnej spotkaniu Komitetu ds. Jakości przeanalizowano cały raport ze zwróceniem szczególnej uwagi na elementy wymagające poprawy. Kwestie te zostały zawarte w programie poprawy jakości na kolejny rok i zostały przedstawione na spotkaniu Komitetu Terapeutycznego oraz personelowi szpitala za pośrednictwem personelu zarządzającego poszczególnymi komórkami organizacyjnymi.

(akta kontroli str. 254-255, 411-414)

W okresie objętym kontrolą Małopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia (MOW NFZ) przeprowadził łącznie dwie kontrole, tj. w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej w zakresie produktu kontraktowego (świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczo-leczniczym oraz w rodzaju szpitalne w zakresie produktu kontraktowego (pediatria – hospitalizacja) w zakresie spełniania warunku wymaganego w Oddziale Pediatricznym, tj. zapewnienie realizacji świadczeń przez lekarzy w wymiarze równoważnika co najmniej 2 etatów specjalisty w dziedzinie pediatrii albo równoważnika co najmniej jednego etatu specjalisty w dziedzinie pediatrii oraz co najmniej jednego etatu lekarza z I stopniem specjalisty z doświadczeniem. W żadnej z ww. kontroli nie stwierdzono nieprawidłowości.

(dowód: akta kontroli str. 693-698)

Z informacji przekazanych przez MOW NFZ na potrzeby niniejszej kontroli w zakresie skarg i zgłoszeń wynikało, że w latach 2016-2019 (do maja):

- wpłynęła jedna skarga (2016 r.), którą uznano za częściowo zasadną, a dotyczyła między innymi nieprawidłowej organizacji pracy rejestracji na badania kolonoskopii, RTG i USG. W tym zakresie Szpital został pouczony o konieczności przestrzegania zapisów Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej¹⁷;
- pozostałe dwie sprawy (po jednej z 2016 i 2017 r.) uznano za niezasadne – dotyczyły one m.in. braku poprawy pracy rejestracji Pracowni Endoskopii oraz sposobu przeprowadzonego procesu leczenia.

(dowód: akta kontroli str. 693-698)

W toku kontroli NIK sprawdzeniem objęto spełnianie przez Szpital wybranych standardów akredytacyjnych, które zgodnie z raportem akredytacyjnym były ocenione na 5 pkt.

¹⁷ Dz. U. poz. 1400, ze zm.

Do szczegółowej analizy spełniania przez Szpital wybrano łącznie 16 standardów, tj. ocenionych w 2017 r. na 5 pkt (w pełni spełnione): OP 4, KZ 5, KZ 1.8, LA 2, LA3, DO 3, OD 1.1, OD 4, PP 1, FA 3, FA 7, FA9, ZZ 5.3 oraz trzy PP14, PP3, ŚO15, których realizację oceniono na podstawie ankiet przeprowadzonych wśród pacjentów Szpitala:

1. Nr standardu OP 4 (2014 r. – 5 pkt, 2018 r. – 5 pkt) – w szpitalu określono, które leki, sprzęt i materiały muszą być dostępne w stanach nagłego zagrożenia życia.

Zarządzeniem nr 45 Dyrektora SP Zakładu Opieki Zdrowotnej w Bochni „Szpital Powiatowy” im. bł. Marty Wieckiej z dnia 12 maja 2011 r. określono m.in. wykaz produktów leczniczych wchodzących w skład zestawu przeciwwstrząsowego ratującego życie, które mogą być podawane przez lekarza.

Zarządzeniem wskazano również wykaz leków wchodzących w skład zestawu przeciwwstrząsowego, jakie powinny znajdować się na poszczególnych oddziałach czy pracowniach, określając m.in. ich rodzaj, ilość i sposób zabezpieczenia, uzupełniania oraz wymiany. Wskazano również wykaz sprzętu i aparatury medycznej wchodzącej w skład zestawu przeciwwstrząsowego.

(akta kontroli str. 196-218, 414, 626)

W ocenie NIK standard został spełniony, bowiem w Szpitalu określono, które leki, sprzęt i materiały muszą być dostępne w stanach nagłego zagrożenia życia.

2. Nr standardu KZ 5 (2014 r. – 3 pkt, 2018 r. – 5 pkt) – uczestnictwo personelu w szkoleniach dotyczących zakażeń szpitalnych.

Zgodnie ze standardem KZ 5 personel systematycznie uczestniczy w szkoleniach dotyczących zakażeń szpitalnych. W szkoleniach z zakresu zakażeń powinien uczestniczyć personel medyczny i niemedyczny, adekwatnie do wykonywanych obowiązków. Pracownicy form zewnętrznych, świadczących usługi na rzecz szpitala powinni być także szkoleni na temat zakażeń. Pięć punktów otrzymywał szpital w przypadku, gdy personel szpitala przynajmniej dwa razy w roku uczestniczył w szkoleniach na temat zakażeń, a trzy punkty wówczas, gdy większość personelu szpitala dwa razy w roku uczestniczy w szkoleniach na temat zakażeń.

W 2017 r. w Szpitalu zorganizowano łącznie osiem szkoleń o tematyce zakaźnej, w której udział wzięło łącznie 416 pracowników¹⁸ (61,8%) na 673 zatrudnionych, w tym: w jednym szkoleniu udział wzięło łącznie 304 pracowników (45,2%), w dwóch szkoleniach - 99 pracowników (14,7%), w trzech szkoleniach - 12 pracowników (1,8%), a w czterech szkoleniach uczestniczył jeden pracownik. Pozostałych 257 pracowników (38,2%) w ogóle nie brało udziału w szkoleniach o wskazanej tematyce.

W 2018 r. w Szpitalu zorganizowano łącznie 17 szkoleń o tematyce zakaźnej, w której udział wzięło łącznie 328 pracowników (49,7%) z 660 zatrudnionych w tym: w jednym szkoleniu udział wzięło łącznie 218 pracowników (33,0%), w dwóch - 54 (8,2%), w trzech - 28 (4,2%), w czterech - 22 (3,3%), w pięciu – pięćoro, a w sześciu - jeden pracownik. Pozostałych 332 pracowników (50,3%) w ogóle nie brało udziału w szkoleniach o wskazanej tematyce.

(akta kontroli str. 417-431, 627)

Zgodnie wyznacznikiem ww. standardu w szpitalu wszyscy pracownicy powinni przynajmniej dwa razy w roku uczestniczyć w szkoleniach na temat zakażeń. W ocenie NIK standard nie w pełni został spełniony, bowiem nie wszyscy pracownicy byli szkoleni w przedmiotowym zakresie i nie wszyscy co najmniej dwa razy.

¹⁸ Bez pracowników księgowości i kadr tj. tych, którzy nie mają kontaktu z pacjentami.

3. Nr standardu KZ 1.8 (2014 r. – 5 pkt, 2018 r. – 5 pkt) – szczepienia personelu.

Zgodnie ze standardem KZ 1.8 szpital powinien zapewnić szczepienia, w szczególności przeciwko wzw i grypie dla wszystkich osób zatrudnionych w obszarach świadczenia opieki. Informacja o rodzajach i terminach szczepień powinna być łatwo dostępna. Szpital powinien gromadzić informacje o poziomie wyszczepienia pracowników, jak również o absencji chorobowej z powodu grypy. Szpital otrzymywał pięć punktów za udokumentowanie szczepienia co najmniej 80% personelu medycznego, a trzy punkty, w przypadku zapewnienia szczepienia personelu medycznego w ograniczonym zakresie.

W okresie objętym kontrolą Szpital nie organizował dla pracowników szczepień przeciwko grypie. W przyjętych przez Szpital Zasadach profilaktyki chorób zakaźnych wśród personelu Szpitala – szczepienia określono schemat postępowania w profilaktyce wzw typu B oraz zakażenia wirusem grypy personelu Szpitala.

Odnosnie do szczepień przeciwko wzw typu B procedura stanowiła, że przy przyjmowaniu do pracy w Szpitalu każdy pracownik, który nie był w przeszłości szczepiony przeciw wzw typu B zostaje zaszczepiony, a każdy wcześniej zaszczepiony ma wykonywane badanie na poziom przeciwciał wzw typu B i jest informowany o jego wyniku. W latach 2016-2019 (wg stanu na koniec maja 2019 r.) w Szpitalu przeciwko wzw zaszczepiono łącznie 19 osób.

Odnosnie do szczepień przeciwko zakażeniu wirusem grypy procedura stanowiła, że w przypadku organizowania szczepienia pracownicy będą poinformowani o możliwości szczepienia. W przypadku wyrażenia chęci zaszczepienia zainteresowani pracownicy mieli możliwość zgłoszenia do pielęgniarki medycyny pracy.

Szpital nie gromadził informacji o poziomie wyszczepienia pracowników oraz o absencji chorobowej z powodu grypy i wzw typu B.

(akta kontroli str. 415-416, 474-475, 628, 670-672)

W ocenie NIK standard nie został spełniony, ponieważ w czasie prowadzonej wizyty akredytacyjnej, jak i toku kontroli NIK, Szpital nie zapewniał szczepienia przeciwko grypie, a także nie gromadził wymaganych standardem informacji o poziomie wyszczepienia przeciwko tej chorobie i absencji z jej powodu.

4. Nr standardu LA 2 (2014 r. – 5 pkt, 2018 r. – 5 pkt) – w szpitalu prowadzi się analizę błędów przedlaboratoryjnych.

Zgodnie z przyjętą w Szpitalu praktyką, dwa razy w roku - w styczniu i lipcu - Zespół w składzie: kierownik i zastępca kierownika centrum diagnostyki laboratoryjnej oraz osoba koordynująca pracę w Pracowni serologii, analizował i omawiał błędy przedlaboratoryjne oraz błędy dopuszczalne i niedopuszczalne. W wyniku analizy błędów w 2016 r. (rok przed procesem akredytacji) uznano, że aby ograniczyć błędy należy: przeprowadzić szkolenia z prawidłowego pobierania krwi systemem zamkniętym, a kolejne z zakresu prawidłowego opisywania pobranego materiału, wypełnienia zleceń, pobierania i transportu materiału do badań (dla wszystkich pielęgniarek i położnych).

(akta kontroli str. 433-464, 465-473, 633-643)

W Szpitalu prowadzono okresową (półroczną) ocenę dotyczącą m.in.:

- a) pobierania materiału do badań laboratoryjnych,
- b) przechowywania i transportu materiału,
- c) przyjmowania materiału do badań,
- d) poprawności innych czynności mogących mieć wpływ na powstawanie błędów przedlaboratoryjnych.

Wyniki przeprowadzonych analiz błędów przedlaboratoryjnych przekazywano Pełnomocnikowi ds. Jakości oraz lekarzom kierującym oddziałami i pielęgniarkom oddziałowym (analizie poddano sprawozdania ze spotkań z okresu lat 2016-2018). Realizując zalecenia wynikające z ww. analiz, w Szpitalu organizowano szkolenia z zakresów wskazanych w sprawozdaniach.

Baza błędów przedlaboratoryjnych prowadzona była w systemie komputerowym, w którym istniała możliwość oznaczania błędów jako aktywne (nienaprawione) lub nieaktywne (naprawione), w sposób chronologiczny, z podziałem na źródło materiałów do badań, tzn. oddziały, kontrahent zewnętrzny.

Forma gromadzenia danych w Szpitalu w tym zakresie umożliwiała przeprowadzenie analiz.

W Szpitalu nie prowadzono analizy dotyczącej przygotowania pacjentów do badań laboratoryjnych, jednakże na stronie internetowej Szpitala zamieszczono informacje dotyczące przygotowania pacjenta do podstawowych badań laboratoryjnych.

(akta kontroli str. 633-643, 720)

W ocenie NIK standard nie został w pełni wdrożony, bowiem w Szpitalu nie dokumentowano analizy przygotowania pacjentów do badań laboratoryjnych.

5. Nr standardu LA 3 (2014 r. – 5 pkt, 2018 r. – 5 pkt) - lista wykonywanych badań laboratoryjnych.

W Szpitalu opracowano Księgę Procedur Centrum Diagnostyki Laboratoryjnej¹⁹, obowiązującą od 1 listopada 2016 r. i zawierającą łącznie 24 procedury oraz dziesięć formularzy. Jednym z załączników do Księgi procedur był wykaz metod badań wykonywanych w Pracowni analityczno-hormonalnej.

Obowiązującą wersję aktualizowano 10 października 2017 r.²⁰ w zakresie diagnostyki mikrobiologicznej krwi (zakażenia inwazyjne) – pobieranie materiału i prawidłowy transport²¹.

Księga zawierała m.in. informacje o:

- a. trybie zlecania badań²²;
- b. metodach analitycznych²³;
- c. przybliżonym czasie oczekiwania na wynik²⁴;
- d. zakresie referencyjnym, tzn. określaniu przedziału wyników uznawanych za prawidłowe²⁵;
- e. poziomie błędów, występujących przy oznaczeniach danego typu²⁶.

(akta kontroli str. 629)

W ocenie NIK standard został spełniony, bowiem w Szpitalu opracowano listę badań oraz instrukcje technologiczne stosowanych metod analitycznych i była ona aktualna.

6. Nr standardu DO 3 (2014 r. – 5 pkt, 2018 r. – 5 pkt) – informowanie pacjentów na temat badań radiologicznych.

W Szpitalu opracowano pakiet informacji dotyczących badań radiologicznych (dostępne na Oddziałach objętych oględzinami), tj. USG, wirtualnej kolonoskopii,

¹⁹ Znak KP-CDL-01 wydanie 3.

²⁰ Procedura KP-CDL-01-22.

²¹ Wprowadzono zmiany w sposobie pobierania w związku z wprowadzonym systemem pobierania i wykonywania badania.

²² Procedura KP-CDL-01-02.

²³ Procedura KP-CDL-01-02-01.

²⁴ Procedura KP-CDL-01-04 oraz KP-CDL-01-08.

²⁵ Procedura KP-CDL-01-02-01.

²⁶ Procedura F-KCDL-0105-04 oraz KP-CDL-01-06.

RTG kręgosłupa lędźwiowego, tomografii komputerowej oraz urografii. Wśród informacji przekazywanych w formie pisemnej pacjentom znajdowały się m.in. opisy sposobu przygotowania się do danego badania, korzyści z badania, ryzyka z nim związane czy prawdopodobieństwo wystąpienia objawów niepożądanych.

Jak wyjaśnił Dyrektor w przypadku konieczności wykonania badań pacjentom niewidzącym, słabo widzącym lub ze schorzeniami oczu wszystkie niezbędne informacje przekazywane są w zrozumiałej formie ustnej. Wyjaśnił, że po decyzji o konieczności wykonania badań obrazowych, lekarz informuje ustnie pacjenta, rodzica/rodziców o planowanym badaniu, wymaganym przygotowaniu, sposobie jego wykonania, przebiegu, ew. trudnościach, itp., a pielęgniarka sprawująca opiekę nad pacjentem, znająca potrzeby psychospołeczne pacjenta/dziecka, nawiązuje kontakt werbalny, wyjaśnia przebieg badania językiem stosownym do poziomu intelektualnego pacjenta. Wyjaśnił także, że po wcześniejszym telefonicznym ustaleniu terminu, godziny wykonania badania przejmując opiekę nad pacjentem, transportuje do pracowni RTG pacjenta/dziecko w towarzystwie rodzica odpowiednim wózkiem transportowym, wcześniej informując pacjenta, dziecko i rodziców o przebiegu drogi prowadzącej do pracowni RTG i konieczności przejazdu windą. Niweluje to ewentualny stres pacjenta, odwracając uwagę od sytuacji stresogennych związanych z trudnościami przemieszczania się osoby niewidomej. W pracowni RTG pomaga pacjentowi w przemieszczaniu się ujmując go za łokieć lub pod rękę, co ułatwia pacjentowi wyczuwać dobrze ruchy pielęgniarki i łatwiej przewidzieć przeszkody. Informuje się, jakie osoby znajdują się w pracowni i zapowiada kolejne czynności. Podczas wykonywania badania do opieki nad pacjentem włącza się również technik RTG, lekarz RTG.

(akta kontroli str. 183-195, 630)

W ocenie NIK standard został spełniony, bowiem w Szpitalu opracowano pakiet informacji na temat badań radiologicznych, które przekazywane były pacjentom w wymaganej formie.

7. Nr standardu OD 1.1 (2014 r. – 3 pkt, 2018 r. – 5 pkt) – opracowanie diet.

W Szpitalu opracowano *Procedurę stosowania diet u pacjentów hospitalizowanych z SP ZOZ w Bochni „Szpital Powiatowy”*²⁷. Procedura zawierała 17 rodzajów diet, wraz z opisami m.in. dotyczącymi ich przygotowania. Osobą odpowiedzialną za przygotowanie odpowiednich diet, wraz ze wskazaniami, był dietetyk, a pielęgniarki, położne oraz pomoce pielęgniarskie odpowiadały m.in. za wydawanie posiłków w podziale na poszczególne diety, zgodnie ze zleceniem lekarza odpowiedniej diety w odniesieniu do zdiagnozowanych u pacjenta schorzeń.

(akta kontroli str. 631)

W ocenie NIK standard został spełniony, bowiem w obowiązującej procedurze określono wszystkie elementy wskazane w treści standardu akredytacyjnego.

8. Nr standardu OD 4 z 2009 (2014 r. – 5 pkt, 2018 r. – 5 pkt) - zapewnienie warunków do higienicznego przechowywania żywności pacjentów.

W Szpitalu opracowano procedurę dotyczącą przechowywania żywności przez pacjenta w lodówce szpitalnej²⁸ oraz procedurę dotyczącą zasad postępowania z żywnością²⁹. Obie procedury wskazywały m.in. zasady korzystania z lodówki. Procedura dotycząca przechowywania żywności określała warunki przechowywania

²⁷ Nr P-OS-25 zatwierdzona 24 października 2017 r.

²⁸ Nr P-OS-66 obowiązuje od 6 listopada 2017 r., wydanie 1.

²⁹ Nr P-EPI-20 obowiązuje od 1 listopada 2016 r., wydanie 2.

produktów, rodzaje produktów, wielkość porcji czy terminy kontroli przechowywanych w lodówce produktów spożywczych.

W wybranych do oględzin³⁰ dwóch Oddziałach Szpitalnych Dziecięcego oraz Chorób Wewnętrznych II zainstalowane były lodówki³¹ z przeznaczeniem do przechowywania żywności pacjentów. Sposób przechowywania żywności przez pacjentów był zgodny z obowiązującymi w szpitalu regulacjami, a w lodówce prócz żywności nie znajdowały się inne substancje niż żywność. W dniu przeprowadzania oględzin żywność pacjentów przechowywana była w sposób zgodny ze standardem.
(akta kontroli str. 74-81, 196-198, 207-208, 632, 709-716)

W ocenie NIK standard został spełniony, bowiem w Szpitalu opracowano odpowiednie procedury, a stan faktyczny był z nimi zgodny.

9. Nr standardu FA 3: (2014 r. – 5 pkt, 2018 r. – 5 pkt) – określono i wdrożono zasady pozyskiwania leków w trybie nagłym.

Receptariusz szpitalny³² zawierał uregulowania dotyczące postępowania w przypadkach pozyskiwania leków w trybie nagłym. I tak, w wyjątkowych sytuacjach, bezpośrednio zagrażających życiu pacjenta, apteka mogła wydać lek poza ogólnie przyjętymi procedurami pielęgniarki oddziałowej lub osobie przez nią upoważnionej, a każdorazowe wydanie leków musiało być odnotowane i pokwitowane na zapotrzebowaniu. Ponadto w Receptariuszu zapisano, że jeśli zachodzi potrzeba podania pacjentowi danego leku, którego nie stwierdzono w apteczce oddziałowej i było to poza godzinami pracy apteki, pielęgniarka dyżurująca miała sprawdzić, czy lek jest dostępny w innych oddziałach. Jeśli tak, pobierała lek za pokwitowaniem, a po jego sprowadzeniu oddawała pożyczony lek; jeśli nie – lekarz dyżurujący kontaktował się telefonicznie z Kierownikiem Apteki Szpitalnej lub jego zastępcą i uzgadniał czas oraz sposób uzyskania potrzebnego leku. W przypadku konieczności zamówienia leków z hurtowni na cito, były one najczęściej dostarczane bezpośrednio na dany oddział. W Receptariuszu wskazano harmonogram przyjmowania zapotrzebowań na leki w sytuacji nagłej potrzeby³³. Opisano w nim również zasady sprowadzania leków nie występujących w Receptariuszu, a także leków niezbędnych dla ratowania życia lub zdrowia pacjentów sprowadzanych z zagranicy. Receptariusz nie wymagał prowadzenia rejestru leków pozyskiwanych w stanach nagłych.

(akta kontroli str. 219-245, 386-409)

W okresie objętym kontrolą miały miejsce przypadki pozyskiwania leków w trybie nagłym, jednak - jak wyjaśniła kierownik apteki szpitalnej - Szpital nie prowadził rejestru w tym zakresie, zatem nie posiada wiedzy na temat szczegółowej liczby podejmowanych działań w tym zakresie. W okresie objętym kontrolą w trybie nagłym sprowadzono leki na Oddział Chirurgii, Intensywnej Terapii, Noworodków oraz wewnętrzny. Zgodnie z procedurą leki były dostarczane bezpośrednio na oddziały szpitalne, które je zamawiały.

(akta kontroli str. 697-707)

Kierownik Apteki Szpitalnej wyjaśniła, że nie spotkała się dotychczas z obowiązkiem prowadzenia rejestru leków dopuszczonych do obrotów na terytorium RP

³⁰ Oględziny przeprowadzono dwukrotnie: 25 maja 2019 r. oraz 31 lipca 2019 r.

³¹ Na Oddziale Wewnętrznym II lodówka została ponownie zainstalowana po remoncie trwającym od jesieni 2018 r. do czerwca 2019 r.

³² Opracowany przez Sekcję ds. Farmakoterapii, Komitet Terapeutyczny oraz Sekcję ds. Antybiotykoterapii – aktualizacja – 21.10.2015 r., wraz ze zmianami; zatwierdzone przez dyrektora Szpitala w dniu opracowania, obowiązujące z dnia podpisania.

³³ W tych sytuacjach leki miały być wydawane zaraz po otrzymaniu zapotrzebowania z oddziału z adnotacją PILNE lub CITO.

sprowadzanych w trybie nagłym. Priorytetem dla Szpitala jest jak najszybsze sprowadzenie leków, których zakup jest często utrudniony z powodu nieczynnych hurtowni w dni wolne od pracy. Leki dostarczane są bezpośredni na Oddział a potwierdzeniem skuteczności działania i dostarczania leków jest faktura, która dostarczana jest wraz z lekiem, a jej wpisanie do systemu ma miejsce w najbliższym dniu roboczym. Wyjaśniła również, że jeżeli zachodzi taka potrzeba, Szpital będzie prowadził taki rejestr.

Dodatkowo Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że rejestr pozyskiwanych leków w trybie nagłym nie był prowadzony, ponieważ nie widzi potrzeby prowadzenia takiego rejestru, bowiem na bieżąco monitorowana jest każda dostawa takiego leku, a podejmowane działania wyczerpują wymogi standardu FA 3.

(akta kontroli str. 718-719)

Zgodnie wyznacznikiem ww. standardu w szpitalu powinno się opracować i wdrożyć zasady pozyskiwania leków w trybie nagłym. Dotyczy to również braku rejestru leków pozyskiwanych w stanach nagłych, bowiem kompleksowa procedura pozyskiwania leków w trybie nagłym powinna regulować także zasady dokumentowania i ewidencjonowania wszystkich przypadków, w wyniku których doszło do zastosowania tej procedury przez personel medyczny. Brak dokumentowania ww. zdarzeń uniemożliwia prowadzenia nadzoru nad prawidłowością stosowania tej procedury oraz monitorowanie jakości funkcjonowania podmiotu w zakresie wdrożenia zasad pozyskiwania leków w trybie nagłym.

10. Nr standardu FA 7: (2014 r. – 5 pkt, 2018 r. – 5 pkt) – w szpitalu opracowano i wdrożono procedury nadzoru nad lekami przechowywanymi w oddziałach.

Zapisy Receptariusza szpitalnego stanowiły, że definiowanie procedur obowiązujących w Szpitalu dotyczących zarządzania lekami należało do Komitetu Terapeutycznego. Do zadań Komitetu należała również okresowa (nie rzadziej niż raz w roku) weryfikacja, analiza i aktualizacja Receptariusza tak, aby był on zgodny ze standardami akredytacyjnymi. Receptariusz stanowił również, że na poszczególnych oddziałach szpitalnych, w poradniach i gabinetach muszą się znajdować apteczki oddziałowe, wyposażone w szafy zamykane na klucz, który miał być przechowany przez pracownika nadzorującego apteczkę, tj. pielęgniarkę oddziałową lub upoważnioną osobę, odpowiedzialną za ich stan.

Do obowiązków pielęgniarki oddziałowej lub upoważnionej osoby należało w szczególności: zaopatrzenie oddziału w potrzebne środki farmaceutyczne i materiały medyczne, kontrola zużycia środków farmaceutycznych i materiałów medycznych, kontrola terminów ważności, nadzór nad właściwym przechowywaniem środków farmaceutycznych i materiałów medycznych oraz przeprowadzanie remanentu w apteczkach oddziałowych.

Receptariusz zawierał także zapis dotyczący umieszczenia w widocznym miejscu napisu, aby w celu uniknięcia pomyłek sprawdzić, czy podaje się właściwy lek, zgodny z zaleceniem lekarza.

Zgodnie z Receptariuszem raz w tygodniu pielęgniarka oddziałowa sprawdzała stan w apteczkach oddziałowych, raz w miesiącu – lekarz kierujący oddziałem oraz raz na kwartał – kierownik apteki szpitalnej.

(akta kontroli str.89-92, 211-245, 386-409)

Stanu leków w apteczkach oddziałowych sprawdzono 24 maja 2019 r., dokonując oględzin, na podstawie losowo wybranych pięciu leków w każdym z Oddziałów na podstawie stanu ewidencyjnego i porównanie go ze stanem magazynowym apteki szpitalnej (standard z 2009 FA 7).

W obu Oddziałach leki przechowywane były w zamykanych szafkach w formie umożliwiającej ich identyfikację w zakresie nazwy, serii i daty ważności. Ponadto stwierdzono, że w widocznych miejscach na szafkach z lekami znajdowała się informacja: „UWAGA! Sprawdź czy podajesz lek właściwy ZGODNY z zaleceniem lekarza”.

Stan ośmiu skontrolowanych leków był zgodny ze stanem ewidencyjnym, natomiast w przypadku dwóch leków (po jednym w każdym Oddziale) stwierdzono niezgodności ewidencyjne.

Wymienione wyżej niezgodności zostały usunięte w trakcie kontroli.

(akta kontroli str. 145-195, 196-218)

W odniesieniu do stwierdzonego w trakcie oględzin stanu niezgodnego z ewidencją, w Oddziale Wewnętrznym II Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że różnica wynikała z dokonanego rozchodu całego opakowania leku przed jego całkowitym zużyciem. Wyjaśnił, że 19 lutego 2019 r. pobrano z Apteki Szpitalnej jedno opakowanie leku, a ze względu na zużycie większości tabletek z tego opakowania, celem zabezpieczenia ciągłości terapii pacjentów, 15 maja 2019 r. pobrano z Apteki Szpitalnej dwa kolejne opakowania tego leku. Następnie kontynuowano terapie z wykorzystaniem leku z dwóch opakowań, co spowodowało, że w trakcie kontroli odnotowano dwa niepełne opakowania leku.

W odniesieniu do stwierdzonego w trakcie oględzin stanu niezgodnego z ewidencją, który wystąpił w Oddziale Dziecięcym, Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że różnica wynikała z częstotliwości dokonywania rozchodu przez pielęgniarkę oddziałową. Zgodnie z obowiązującymi w Szpitalu procedurami rozchód leków na oddziale dokonywany jest przed pobraniem kolejnej partii produktów z apteki szpitalnej. W Szpitalu nie prowadzi się rozchodu leków na pacjenta, wydruk z apteki szpitalnej otrzymano 24 maja 2019 r., a ostatni rozchód dokonany był 8 maja 2019 r. W tym czasie więc został, podany pacjentom lek w ilości stanowiącej odnotowaną różnicę. Po dokonaniu rozchodu 24 maja 2019 r.³⁴ stan leków był zgodny z wydrukiem z apteki szpitalnej.

Zgodnie z Receptariuszem, zapotrzebowanie oddziałów na środki farmaceutyczne i materiały medyczne sporządza się w celu uzupełnienia ustalonego 5-dniowego zapasu w oparciu o faktyczne bieżące zużycie.

(akta kontroli str. 219-245, 411-414)

W ocenie NIK ww. standard został przez Szpital spełniony. Stwierdzone w trakcie oględzin stany niezgodne z ewidencją wynikały z faktycznego bieżącego zużycia leku na Oddziałach, jednakże nie powodowało to zagrożenia wystąpienia braku leków w apteczce oddziałowej.

(akta kontroli str. 219-245, 386-409)

11. Nr standardu FA 9: (2014 r. – 5 pkt, 2018 r. – 5 pkt) – w szpitalu opracowano system oznakowania przygotowanych leków.

W Receptariuszu ustalono zasady przygotowywania oraz oznakowania sporządzonych leków do podania doustnego, dojelitowego i pozajelitowego, w tym oznakowanie strzykawkę z lekiem do wielogodzinnej podawania, oznakowanie butelki płynu infuzyjnego po połączeniu z lekiem oraz oznakowanie leków do podania doustnego.

Oględziny przeprowadzone na dwóch wybranych oddziałach szpitalnych wykazały zgodność stanów leków z wykazami wchodzącymi w skład zestawu przeciwwstrząsowego. Ponadto stwierdzono w Oddziale Dziecięcym, że stan sprzętu

³⁴ Po przeprowadzonych oględzinach.

i aparatury był dostosowany do potrzeb tego Oddziału, jak również wieku pacjentów³⁵. Ponadto oględziny wykazały, że na osobnym wózku znajdowały się organizery przeznaczone na leki dla pacjentów z wyszczególnionymi nazwiskami i imionami danego pacjenta. W momencie przeprowadzania oględzin³⁶ organizery były puste, ponieważ leki zostały już podane pacjentom przed przeprowadzanymi oględzinami.

(akta kontroli str. 89-98, 99-113, 117-143, 196-218, 219-245, 386-409, 709-716)

Ponadto, oględziny przeprowadzone dwóch oddziałach szpitalnych wykazały niejednolity sposób oznakowania jednego leku (adrenalina), bowiem w Oddziale Dziecięcym adrenalina wchodząca w skład zestawu przeciwwstrząsowego posiadała datę przydatności do użycia, tj. 21 lipca 2019 r., podczas gdy w Oddziale Wewnętrznym II stwierdzono, iż adrenalina posiada datę wyjęcia z lodówki, tj. 14 stycznia 2019 r.

(akta kontroli str. 159-172, 196-206, 219-241)

Dyrektor wyjaśnił, że w Szpitalu nie przyjęto jednolitego systemu oznakowania adrenaliny po wyjęciu z lodówki, bowiem ulotka leku informuje tylko, że dopuszcza się przechowywanie leku przez 6 miesięcy w temp. poniżej 25° C i była to dla Szpitala kwestia kluczowa. Wyjaśnił że na opakowaniu po wyjęciu leku z lodówki umieszczano zapis: *data wyciągnięcia z lodówki...* lub *data przydatności leku do użycia po wyjęciu z lodówki...*, a wybór formy zapisu zależał od decyzji kierującego oddziałem [...]. Wyjaśnił również, że analiza powyższego przypadku skłoniła Szpital do ujednolicenia sposobu oznakowania leku wyjmowanego z lodówki, poprzez przyjęcie zasady, że na opakowaniu leku adrenalina bezpośrednio po wyjęciu z lodówki należy umieścić datę przydatności do użycia [...].

Zgodnie z wyznacznikiem ww. standardu leki do podania powinny być oznakowane w sposób jednolity, znany personelowi, minimalizujący możliwość pomyłek.

W trakcie trwania czynności kontrolnych Szpital ujednolicił sposób oznakowania adrenaliny.

(akta kontroli str. 196-218, 254-255, 411- 414)

W ocenie NIK ww. standard został przez Szpital spełniony w trakcie kontroli NIK, poprzez wprowadzenie ujednoliconego systemu oznakowania wymienionego wyżej leku.

12. Nr standardu ZZ 5.3: (2014 r. – 1 pkt, 2018 r. – 5 pkt) – plan szkoleń uwzględnia tematykę zarządzania jakością, a personel powinien przejść przeszkolenie z zakresu zarządzania jakością, szczególnie kadra kierownicza powinna być systematycznie szkolona na temat jakości.

W Szpitalu sporządzono plany szkoleń na lata 2016-2019. W planach szkoleń przewidziano szkolenia z zakresu zarządzania jakością, m.in. Zarządzanie jakością w kontekście nowej normy ISO 9001:2015 szkolenie dla kadry kierowniczej i audytorów wewnętrznych; Jakość i bezpieczeństwo opieki zdrowotnej w systemie akredytacji placówek opieki zdrowotnej; Ogólne wymagania dotyczące kompetencji laboratoriów [...] oraz system zarządzania jakością w laboratorium; Doskonalenie systemu zarządzania jakością; Kontrola jakości w Laboratorium mikrobiologicznym wg Eucast, Doskonalenie SZJ w SP ZOZ w Bochni Zarządzanie jakością w kontekście normy ISO 9001-2015 – szkolenie dla audytorów wewnętrznych. Szkolenia zostały przeprowadzone.

(akta kontroli str. 89-98, 99-113, 117)

³⁵ Tj. rurki ustno-gardłowe Guedela (12 szt.) i rurki intubacyjne w pięciu rozmiarach w pięciu rozmiarach (pięć sztuk) oraz laryngoskop z kompletem łyżek (dwie szt.)

³⁶ Oględziny przeprowadzono około godziny 9.30.

W latach 2016-2019 zaplanowano i zrealizowano łącznie 16 przedmiotowych szkoleń, przy czym planowane w 2019 r. dwa szkolenia odbędą się w II półroczu.

W 2016 r., w dziewięciu zrealizowanych szkoleniach udział wzięło 219 pracowników, spośród 444 pracujących w Szpitalu jako kadra kierownicza³⁷ i personel medyczny, co stanowiło 49,3%. W 2017 r., w pięciu zrealizowanych szkoleniach udział wzięło 175 pracowników z 458 pracujących w Szpitalu na stanowiskach kadry kierowniczej oraz personelu medycznego, tj. 38,2%. W 2018 r. w dwóch zrealizowanych szkoleniach wzięło udział 227 pracowników Szpitala z 596 pracujących w szpitalu, co stanowiło 38,1%.

W 2016 r., spośród 32 pracowników spośród kadry kierowniczej, przeszkolonych zostało 11 osób (34,3%), w 2017 r. – na 32 pracowników, przeszkolonych zostało 32 pracowników (100%), w 2018 r. – na 32 osoby, przeszkolono 23 osoby (71,9%). Spośród 78 lekarzy, w 2016 r. przeszkolono 5 osób (6,4%), w 2017 r. – na 80, przeszkolono 6 osób (7,5%), w 2018 – na 135, przeszkolono 16 pracowników (11,9%).

Spośród 216 personelu pielęgniarskiego, w 2016 r. przeszkolono 160 (74,1%), w 2017 r. – na 221 osób przeszkolono 95 (43%), a w 2018 – na 250 pracowników, przeszkolono 127 (50,8%).

Spośród 118 pracowników pozostałego personelu medycznego, w 2016 r. przeszkolono 43 osoby (36,4%), w 2017 r. – na 125 osób przeszkolono 42 (33,6%), w 2018 r. na 179 pracowników przeszkolono 61 osoby (34,1%).

W latach 2016-2018 odsetek przeszkolonych lekarzy sukcesywnie wzrastał³⁸.

Liczba pracowników przeszkolonych w 2018 r. w zakresie zarządzania jakością w stosunku do 2017 r. wzrosła wśród: lekarzy, personelu pielęgniarskiego i pozostałego personelu medycznego, natomiast wśród kadry kierowniczej liczba przeszkolonych spadła.

(akta kontroli str. 99-113, 117-143, 323-383, 600-614, 651, 708)

Dyrektor wyjaśnił, że w związku z wejściem w życie ustawy z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wprowadzającej „sieć szpitali”, która w sposób zdecydowany ograniczyła przychody szpitali przy jednoczesnym zwiększeniu kosztów działalności szpitali oraz pogorszeniu wskaźników ekonomicznych Szpitala, dyrekcja została zmuszona ograniczyć wydatki na szkolenia personelu, co w zdecydowany sposób wpłynęło na fakt, iż mniej osób skorzystało ze szkoleń. Ponadto Dyrektor wyjaśnił, że uczestnictwo w szkoleniach uzależnione jest od wielu czynników w tym m.in. braku możliwości udziału w szkoleniu przez lekarzy, bowiem często spowodowane jest koniecznością zabezpieczenia ciągłości udzielanych świadczeń i brakiem możliwości zorganizowania zastępstwa za osobę, która brałaby udział w szkoleniu, braku możliwości odstąpienia od czynności medycznych w celu wzięcia udziału w szkoleniach w wyznaczonym terminie oraz absencjami personelu w tym kadry kierowniczej. Wyjaśnił również, że personel lekarski uczestniczy systematycznie w szkoleniach zewnętrznych płatnych, niemniej - ze względu na brak możliwości dofinansowania tych szkoleń ze strony Szpitala - lekarze realizują je we własnym zakresie i nie dostarczają certyfikatów pracodawcy.

(akta kontroli str. 722)

Zgodnie z wyznacznikiem ww. standardu, personel powinien przejść przeszkolenie z zakresu zarządzania jakością, szczególnie kadra kierownicza powinna być

³⁷ W kadrze kierowniczej uwzględniono dyrekcję, główną księgową, lekarzy kierujących oddziałami, pielęgniarki oddziałowe, naczelną pielęgniarkę, kierowników poszczególnych komórek.

³⁸ Przy bardzo niewielkim ogółem udziale w szkoleniach w tej grupie pracowniczej Szpitala.

systematycznie szkolona na temat jakości. W ocenie NIK standard był przez Szpital realizowany, bowiem plany szkoleń uwzględniały tematykę zarządzania jakością, a personel medyczny, jak i kadra kierownicza był systematycznie szkolony w zakresie zarządzania jakością, niemniej NIK zwraca uwagę na fakt, iż w roku akredytacji kadra kierownicza była przeszkolona 100%, a w rok później mniej liczba ta spadła o 28,1%.

13. Nr standardu PP 1: (2014 r. – 1 pkt, 2018 r. – 5 pkt) – każdy pacjent jest informowany o przysługujących mu prawach i obowiązkach.

W Regulaminie organizacyjnym dokonano zapisów odnośnie do informowania pacjentów o prawach i obowiązkach. Zapisano, że pacjent ma prawo do pełnej informacji dotyczącej jego prawa do uzyskania świadczenia finansowanego ze świadczeń publicznych oraz warunkach uzyskania takiego świadczenia. Ponadto pacjent ma prawo w trakcie udzielanych świadczeń do wyrażenia zgody na określone świadczenia i procedury, wynikające z procesu leczenia oraz do odmowy wyrażenia zgody na poddanie się ich udzieleniu, po uzyskaniu przystępnej informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniach. Informacji miał udzielać lekarz leczący pacjenta. Zapisano również, że pacjent w trakcie objęcia go świadczeniem zdrowotnym ma prawo do koniecznych konsultacji i badań diagnostycznych wykonywanych w pracowniach Zakładu, jak również w innych jednostkach służby zdrowia. Regulamin stanowi również, że pacjent ma prawo do intymności i poszanowania jego godności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych, a także do umierania w spokoju i godności. W Regulaminie dokonano także zapisów odnośnie do udostępniania dokumentacji medycznej oraz wysokości opłaty za jej udostępnianie. Ponadto w regulaminach dwóch oddziałów, poddanych w trakcie czynności kontrolnych oględzinom, znajdowały się zapisy, że pacjent po przyjęciu do oddziału zostaje [...] zapoznany z najważniejszymi punktami regulaminu oddziału oraz karty praw i obowiązków pacjenta.

Obowiązująca w Szpitalu Karta praw i obowiązków pacjenta stanowiła, że prawa pacjenta spisano również języku Braille'a, a także w języku angielskim.

(akta kontroli str. 12-50, 652-669)

Oględziny dwóch oddziałów szpitalnych wykazały, że dokument opisujący prawa i obowiązki pacjenta, tj. regulamin Szpitala oraz Oddziałów zamieszczono w ogólnie dostępnym miejscu, tj. na tablicy ogłoszeń naprzeciw wejścia na Oddział, a sposób jego udostępnienia umożliwiał zapoznanie się z treścią dokumentu każdej osobie przebywającej i/lub wchodzącej na Oddział. W dokumencie znajdowały się zapisy odnośnie do praw do informacji, w tym wyszczególniono katalog tychże praw (w tym żądanie pełniej informacji w sytuacjach niepomyślnego rokowania), a także do obowiązku poinformowania o odstąpieniu od leczenia.

(akta kontroli str. 196-218, 247-253)

Badanie ankietowe przeprowadzone wśród 49 pacjentów Szpitala wykazało, że w związku z przyjęciem do Szpitala 39 (79,6%) osób zostało poinformowanych o przysługujących im prawach i obowiązkach, siedem osób zaznaczyło odpowiedź, że nie zostało poinformowanych, a trzech pacjentów podało, że nie pamięta.

(akta kontroli str. 522-573)

Zgodnie z wyznacznikiem ww. standardu pacjent powinien być informowany o przysługujących mu prawach i obowiązkach. W ocenie NIK standard został spełniony, bowiem opracowane i obowiązujące w Szpitalu uregulowania odnośnie do praw i obowiązków pacjentów były dostępne dla wszystkich pacjentów.

14. Standardy: PP 3 – pacjenci otrzymują zrozumiałe informacje o stanie zdrowia (2014 r. – 5 pkt, 2018 r. – 5 pkt); PP 14 - pacjenci mają zapewnioną możliwość odwiedzin (2014 r. – 5 pkt, 2018 r. – 3 pkt); ŚO 15 - pomieszczenia szpitala są czyste, prawidłowo ogrzane i wentylowane (2014 r. – 3 pkt, 2018 r. – 5 pkt).

W trakcie kontroli NIK wśród pacjentów wszystkich oddziałów szpitalnych przeprowadzono badania ankietowe³⁹, w wyniku którego pacjenci mogli odpowiedzieć na pytanie m.in. czy byli informowani o prawach i obowiązkach pacjenta, czy mieli zapewnioną możliwość odwiedzin, czy otrzymali zrozumiałe informacje o stanie zdrowia, czy pomieszczenia szpitala są czyste, prawidłowo ogrzane i wentylowane oraz czy przy wyborze podmiotu leczniczego miało znaczenie posiadanie przez placówkę certyfikatu akredytacyjnego.

Z analizy uzyskanych odpowiedzi wynika, że respondenci nie mieli zastrzeżeń w zakresie spełniania przez Szpital standardu PP 3, tj. otrzymywania zrozumiałych informacji o stanie zdrowia⁴⁰.

Odnosnie do standardu dotyczącego zapewnienia możliwości odwiedzin (standard PP 14) badanie ankietowe przeprowadzone wśród pacjentów wykazało, że wszyscy (49 osób) mieli zapewnioną możliwość odwiedzin. Prawidłowość funkcjonowania podmiotu w tym zakresie wynikała również z wdrożenia uregulowań wewnętrznych normujących ww. kwestie. W ocenie NIK standard został przez Szpital spełniony.

W zakresie zapewnienia czystych, prawidłowo ogrzanych i wentylowanych pomieszczeń (standard ŚO 15), badania ankietowe wśród pacjentów wykazały, że wszyscy ankietowani pacjenci (49 osób) potwierdzili, że pomieszczenia szpitalne były czyste, prawidłowo ogrzane i wentylowane.

Po pierwszej akredytacji Szpital dokonał poprawy w zakresie higieny czystości pomieszczeń (m.in. zakupiono urządzenia do szorowania oraz polerowania wykładzin podłogowych i ściennych), zmodernizowano oddziały i pracownie, wykonano modernizację własnej kotłowni, wraz z wymianą kotłów do centralnego ogrzewania, na oddziałach szpitalnych wymieniono okna z drewnianych na PCV oraz grzejniki z termostatem do regulacji temperatury w danych pomieszczeniu. Na oddziałach operacyjnych, zabiegowych i intensywnej terapii zainstalowano centrale klimatyzacyjne nawiewowo-wywiewne, a na pozostałych oddziałach są wentylacje mechaniczne oraz grawitacyjne.

Badanie ankietowe wykazało, że dla 19 pacjentów (38,8%) miało znaczenie fakt, iż Szpital posiada certyfikat akredytacyjny, a dla 22 – nie miało to znaczenia (44,9%)⁴¹.

(akta kontroli str. 12-50, 99-113, 117-144, 196-218, 247-253, 522-573, 652-669)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Niezgodność ze standardem KZ 5, zgodnie z którym w szpitalu wszyscy pracownicy powinni przynajmniej dwa razy w roku uczestniczyć w szkoleniach na temat zakażeń. W ocenie NIK standard nie w pełni został spełniony, bowiem nie wszyscy pracownicy byli szkoleni w przedmiotowym zakresie i nie wszyscy co najmniej dwa razy w roku.

³⁹ Rozdano 50 ankiet wśród pacjentów wszystkich oddziałów. Ankiety wypełniło 49 pacjentów.

⁴⁰ 43 pacjentów (87,8%) odpowiedziało, że otrzymało zrozumiałą informację o stanie zdrowia, trzy osoby (6,1%) nie pamiętały oraz trzy (6,1%) odpowiedziały, że nie otrzymały takiej informacji.

⁴¹ Siedem osób odpowiedziało, że nie pamięta/nie wie, a jedna nie udzieliła żadnej odpowiedzi na to pytanie.

Jak wyjaśnił Dyrektor Szpitala, biorąc pod uwagę sposób organizacji pracy personelu w tutejszej placówce (tj. dla większości praca w systemie zmianowym) należy w sposób zdecydowany stwierdzić, że duży odsetek zatrudnionego personelu bierze czynny udział w organizowanych szkoleniach wewnętrznych. Dyrektor wyjaśnił również, że pracownicy firm zewnętrznych również biorą udział w organizowanych w Szpitalu szkoleniach wewnętrznych, w tym również z zakresu zakażeń szpitalnych, a ich udział w szkoleniach jest z reguły uzależniony od dyspozycyjności. Niemniej jednak personel Przyjmującego zamówienie jest zobowiązany znać i przestrzegać standardy akredytacyjne obowiązujące w Szpitalu.

(akta kontroli str. 618-620, 621-623)

2. Niezgodność ze standardem KZ 1.8, zgodnie z którym szpital powinien zapewnić szczepienia, w szczególności przeciwko wzw i grypie dla wszystkich osób zatrudnionych w obszarach świadczenia opieki. Informacja o rodzajach i terminach szczepień powinna być łatwo dostępna. Szpital powinien gromadzić informacje o poziomie wyszczepienia pracowników, jak również o absencji chorobowej z powodu grypy. Zarówno w czasie wizyty akredytacyjnej, jak i w toku kontroli NIK Szpital nie zapewniał przedmiotowych szczepień oraz nie posiadał nie gromadził informacji o poziomie wyszczepienia pracowników oraz o absencji chorobowej z powodu grypy i wzw typu B.

Jak wyjaśnił Dyrektor, szczepienia przeciwko grypie personel przeprowadza we własnym zakresie, ponieważ Szpital nie posiada dodatkowych funduszy na przeprowadzenie przedmiotowych szczepień i również z tego względu nie gromadzone danych dotyczących o poziomie wyszczepienia pracowników. Szpital nie gromadził również informacji o absencji chorobowej z powodu grypy ponieważ nie posiadał wiedzy o powodzie wystawienia zwolnienia lekarskiego.

(akta kontroli str. 415-416, 474-475, 628, 670-672)

3. Niezgodność ze standardem LA 2, zgodnie z którym w Szpitalu nie prowadzono analizy dotyczącej przygotowania pacjentów do badań laboratoryjnych.

Jak wyjaśniła Zastępca kierownika Centrum Diagnostyki Laboratoryjnej Szpitala przygotowanie pacjenta nie wymaga analizy, ponieważ przed pobraniem materiału do badań przeprowadzono wywiad z pacjentem i na jego podstawie diagnosta laboratoryjny (punkt pobrań) lub lekarz (oddziały i poradnie szpitalne) podejmuje decyzję czy pacjentowi można pobrać materiał do analizy.

Pomimo braków takich przypadków w Szpitalu zdaniem NIK analizy takie powinny być formalnie udokumentowane.

4. Niezgodność ze standardem FA 3, zgodnie z którym szpital ma określić i wdrożyć zasady pozyskiwania leków w trybie nagłym. Wprawdzie zasady zostały określone i wprowadzone, niemniej nie prowadziła rejestru leków pozyskiwanych w trybie nagłym.

Kierownik Apteki Szpitalnej wyjaśniła, że nie spotkała się dotychczas z obowiązkiem prowadzenia rejestru leków dopuszczonych do obrotów na terytorium RP sprowadzanych w trybie nagłym. Priorytetem dla Szpitala jest jak najszybsze sprowadzenie leków, których zakup jest często utrudniony z powodu nieczynnych hurtowni w dni wolne od pracy. Leki dostarczane są bezpośredni na Oddział a potwierdzeniem skuteczności działania i dostarczania leków jest faktura, która dostarczana jest wraz z lekiem, a jej wpisanie do systemu ma miejsce w najbliższym dniu roboczym. Wyjaśniła również, że jeżeli zachodzi taka potrzeba, Szpital będzie prowadził taki rejestr.

Dodatkowo Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że rejestr pozyskiwanych leków w trybie nagłym nie był prowadzony, ponieważ nie widzi potrzeby prowadzenia takiego rejestru, bowiem na bieżąco monitorowana jest każda dostawa takiego leku, a podejmowane działania wyczerpują wymogi standardu FA 3.

(akta kontroli str. 633-643, 718-720)

W ocenie NIK, kompleksowa procedura pozyskiwania leków w trybie nagłym powinna regulować także zasady dokumentowania i ewidencjonowania wszystkich przypadków, w wyniku których doszło do zastosowania tej procedury przez personel medyczny. Brak dokumentowania ww. zdarzeń uniemożliwia bowiem prowadzenie nadzoru nad prawidłowością stosowania tej procedury oraz monitorowanie jakości funkcjonowania podmiotu w zakresie wdrożenia zasad pozyskiwania leków w trybie nagłym.

Uwaga NIK dotyczy opracowanej procedury nadzoru nad lekami przechowywanymi w oddziałach, która powinna zapewnić nadzór nad nimi, obejmujący kontrolę ilości leków. Stwierdzone niezgodności stanów ewidencyjnych leków z rzeczywistymi uniemożliwiają podjęcie natychmiastowych podjęcia działań w przypadku zaistnienia konieczności np. wycofania leku.

OCENA CZĄSTKOWA W ocenie Najwyższej Izby Kontroli przystąpienie do procesu akredytacji skutkowało kontynuacją podejmowanych przez Szpital działań w zakresie aktualizacji i realizacji procedur oraz analiz wpływających na poprawę jakości świadczonych usług, bowiem Szpital w 2014 r. uzyskał ocenę 75%, natomiast w 2017 r. otrzymał ocenę wyższą tj. 77%.

W ocenie NIK Szpital nie w pełni prowadził działalności w sposób wynikający z brzmienia czterech standardów tj. nie organizował szczepień przeciwko grypie, nie cały personel szpitalny uczestniczył przynajmniej dwa razy w roku w szkoleniach, dotyczących zakażeń szpitalnych, nie prowadził analizy dotyczącej przygotowania pacjentów do badań laboratoryjnych oraz nie prowadził rejestru leków pozyskiwanych w trybie nagłym.

Ponadto NIK wnosi uwagi do sposobu sprawowania nadzoru nad lekami znajdującymi się w apteczkach oddziałowych, bowiem niezgodności ewidencyjne leków ze stanami rzeczywistymi mogłyby uniemożliwić podjęcie natychmiastowych działań w przypadku zaistnienia konieczności np. wycofania leku.

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

Opis stanu faktycznego Za przeprowadzenie procedury akredytacyjnej w 2017 r. Szpital poniósł koszty w wysokości 33 615,28 zł.

Oprócz wymienionej wyżej kwoty Szpital nie poniósł dodatkowych kosztów związanych z uzyskaniem akredytacji, bowiem, jak wyjaśnił Dyrektor, jednym z zadań Szpitala jest świadczenie usług medycznych najwyższej jakości. W tym celu w sposób ciągły podejmowane są działania zmierzające do poprawy jakości we wszystkich obszarach funkcjonowania szpitala, czyli w części dotyczącej personelu, wyposażenia, warunków lokalowych, itp. Dlatego też m.in. prowadzimy badania zadowolenia pacjentów i personelu, przeprowadzamy sukcesywnie remonty i zakupy sprzętu/aparatury, dostosowując pomieszczenia szpitala do wymagań prawnych i sanitarno-epidemiologicznych, zatrudniamy wykwalifikowany personel i podnosimy kwalifikacje naszych pracowników. Wszystkie te działania prowadzimy niezależnie od wymagań standardów akredytacyjnych, których przesłaniem jest podniesienie

jakości świadczonych usług. Można więc stwierdzić, że wymagania akredytacyjne są zbieżne z podejmowanymi przez nas niezależnie od nich działaniami – akredytacja służy zatem temu samemu celowi, co szpital. Należy również dodać, że część podejmowanych przez nas działań wynikała z faktu posiadania już wcześniej innych certyfikatów jakościowych (np. ISO, Szpital przyjazny dziecku).

(akta kontroli str. 411-414, 624)

Odnosnie do korzyści wynikających z certyfikacji, Dyrektor wyjaśnił, że wprowadzając standardy akredytacyjne Szpital kierował się faktem, iż za posiadanie przez placówkę certyfikatu akredytacyjnego Narodowy Fundusz Zdrowia przyznaje dodatkowo 8 punktów przy ocenie ofert złożonych w konkursach ofert na świadczenia w zakresie leczenia szpitalnego. Ponadto wyjaśnił, że od 1 października 2017 r. Szpital w Bochni został zakwalifikowany do tzw. sieci szpitali - tj. I poziomu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń (PSZ), otrzymując w ramach umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia – ryczałt na pokrycie świadczeń [...].

(akta kontroli str. 246) W latach 2018-2019 Szpital otrzymał dodatkowe środki finansowe z Narodowego Funduszu Zdrowia z wymienionego wyżej tytułu w łącznej wysokości 536 959,99 zł, w tym w 2018 r. – 256 953,99 zł oraz w 2019 r. – 280 006 zł.

(akta kontroli str. 717)

W okresie objętym kontrolą liczba pacjentów hospitalizowanych⁴² wynosiła łącznie 30 712 osób, w tym w 2016 r. 9 971; w 2017 - 10 229 oraz w 2018 r. - 10 512⁴³.

W latach 2016-2018 liczba pacjentów rehospitalizowanych wyniosła łącznie 1 154, w tym w 2016 r. – 263 osoby, w 2017 – 414, a w 2018 – 477.

Liczba rehospitalizowanych pacjentów w stosunku do liczby pacjentów ogółem leczonych w Szpitalu wyniosła łącznie 3,7%, w tym w 2016 r. – 2,6%, w 2017 – 4%, a w 2018 – 4,5%.

Przyczyny ponownej hospitalizacji pacjentów były analizowane przez Zespół ds. oceny przyjęć i wypisów dot. rehospitalizacji. I tak, ponowny pobyt w Szpitalu wynikał m.in. z zaostrzenia choroby przewlekłej i ogólnego stanu zdrowia, podeszłego wieku, przedwczesnych porodów, poronień i ciąż obumarłych, dyskwalifikacji z zabiegu, zmiany terminu zabiegu, ponownego przyjęcia po leczeniu operacyjnym w innym szpitalu, wystąpienia innej jednostki chorobowej u pacjenta. Z analiz Zespołu wynikało, że konieczność rehospitalizacji nie wynikała z prowadzenia działalności Szpitala w sposób niezgodny z założeniami przyjętymi w standardach akredytacyjnych.

(akta kontroli str. 2578-594)

Średnia liczba łóżek pozostawała na niezmiennym poziomie w całym kontrolowanym okresie i wynosiła 233.

Liczba leczonych pacjentów w ciągu danego roku objętego kontrolą w przeliczeniu na jedno łóżko wynosiła odpowiednio: 42,79; 43,90 i 45,12.

Średni czas pobytu pacjenta w Szpitalu wykazywał tendencję wzrostową i wynosił odpowiednio : 5,23; 5,37 i 5,45 dnia. Wzrosło również średnie obłożenie łóżek, które wynosiło odpowiednio: 62,22, 66,41 oraz 68,26 dnia.

(akta kontroli str. 385)

⁴² Według stanów na 31 grudnia każdego roku objętego kontrolą, bez uwzględnienia Oddziału SOR.

⁴³ Liczba pacjentów w danym roku, pomniejszona o liczbę chorych pozostających z roku poprzedniego (bez ruchu międzyoddziałowego) wynosiła odpowiednio: 9 877; 10 132 i 10 378.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że Szpital nie prowadził ewidencji w zakresie kosztów rehospitalizacji.

(akta kontroli str. 595)

W okresie objętym kontrolą wykonano łącznie 66 reoperacji, z tego w 2016 r. - 22; w 2017 r. - 15 oraz w 2018 r. - 29. Koszty reoperacji poniesione przez Szpital w 2013 r.⁴⁴ wyniosły 1 051,69 zł⁴⁵.

Średni koszt reoperacji kształtował się w latach 2016-2018 na poziomie odpowiednio: 1 033,99 zł; 1 240,12 zł oraz 1 341,85 zł⁴⁶. Podane koszty⁴⁷ zostały obliczone przez Komisję ds. Skutków Zabiegów Operacyjnych na podstawie dokumentacji indywidualnej pacjentów, tj. kosztów leków i sprzętu użytych do poszczególnych zabiegów oraz kosztów pracy bloku operacyjnego bez kosztów anestezjologii, tj. kosztów znieczulenia pacjenta podczas zabiegu oraz kosztów wybudzenia po zabiegu⁴⁸.

(akta kontroli str. 574-577, 645)

Analizy przyczyn reoperacji i rehospitalizacji prowadziły odpowiednio Zespoły: do spraw analizy skutków zabiegów operacyjnych oraz do spraw oceny przyjęć i wypisów pacjentów, na podstawie zarządzeń dyrektora Szpitala⁴⁹. I tak, analizy przyczyn reoperacji (wczesnych lub odległych skutków zabiegów operacyjnych) miały być dokonywane z częstotliwością: przynajmniej dwa razy w roku (skutki wczesne zabiegów) lub przynajmniej raz w roku⁵⁰ (skutki odległe zabiegów), przy czym na wniosek Zespołu Terapeutycznego przyjęto zasadę, że analizowane są tylko przypadki reoperacji, które nie były wcześniej planowane. Raporty z analizy skutków zabiegów operacyjnych były przedstawiane Komitetowi ds. Jakości personelowi oddziałów zabiegowych i Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz pracownikom bloku operacyjnego nie rzadziej niż dwa razy w roku. Komitet ds. Jakości analizował otrzymane dane i jeśli była taka potrzeba wydawał zalecenia i przez swoich przedstawicieli przekazywał je personelowi oddziałów. Dodatkowo analizy z ewentualnymi zmianami postępowania przekazywane były pozostałemu personelowi.

(akta kontroli str. 574-577, 645)

W okresie objętym kontrolą Zespół ds. analizy skutków zabiegów operacyjnych wnioskował m.in. o zmianę dokumentacji, wprowadzenie do receptariusza szpitalnego dodatkowych leków i nieprzyjmowanie pacjentów po urazie wielonarządowym.

(akta kontroli str. 692)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że część odnotowanych przez wymieniony wyżej Zespół uwag i działań dla poprawy jakości była podejmowana bez dokumentowania. Kierujący oddziałami zabiegowymi, będący członkami Zespołu, znając specyfikę

⁴⁴ Tj. roku poprzedzającego otrzymanie certyfikatu akredytacyjnego po raz pierwszy.

⁴⁵ Liczba przeprowadzonych reoperacji wyniosła 21, w tym Ginekologia - jedna; Chirurgia Urazowo-Ortopedyczna - dziewięć i Anestezjologia i Intensywna Terapija - 11.

⁴⁶ Koszty wahały się od 647,79 zł do 1 551,86 zł (w 2016 r.); 701,18 zł do 1 318,81 zł (w 2017 r.) i 799,55 zł do 2 409,06 zł (w 2018 r.).

⁴⁷ Sporządzone na spotkaniu Komisji ds. skutków zabiegów operacyjnych 30 maja 2019 r. Spotkanie odbyło się w celu porównania kosztów reoperacji w roku 2013 w stosunku do lat 2016-2018.

⁴⁸ Wymienione procedury medyczne wykonuje inny oddział, tj. Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

⁴⁹ Zarządzenia Dyrektora SP ZOZ w Bochni „Szpital Powiatowy” im. bł. M. Wieckiej w sprawie składu i zakresu obowiązków Zespołu ds. analizy skutków zabiegów operacyjnych w SP ZOZ w Bochni „Szpital Powiatowy” im. bł. M. Wieckiej nr: 64/2014 z 15.09.2014 r. oraz nr 71/2018 z dnia 12.06.2018 r. oraz Zarządzenia Dyrektora SP ZOZ w Bochni „Szpital Powiatowy” im. bł. Marty Wieckiej: nr 67/2014 r. z dnia 15.09.2014 r. Dyrektora SP ZOZ w sprawie składu i zakresu obowiązków Zespołu ds. oceny przyjęć i wypisów pacjentów oraz 73/2018 z dnia 12.06.2018 r.

⁵⁰ Terminy przygotowania raportów - do 30 lipca za I półrocze oraz do 30 stycznia za drugie półrocze.

oddziału i hospitalizowanych pacjentów inicjowali stosowne działania bez angażowania członków Komitetu Terapeutycznego czy Komitetu ds. Jakości.

(akta kontroli str.692)

Analizy przyczyn rehospitalizacji⁵¹ miały być dokonywane przynajmniej raz na pół roku (do 15 lipca za I półrocze oraz do 15 stycznia za II półrocze), a jej wyniki przekazywane miały być Komitetowi ds. Jakości oraz personelowi medycznemu w poszczególnych oddziałach w celu modyfikacji przyjętych sposobów postępowania, poprawy organizacji pracy i jakości opieki. Przedmiotowe analizy były wykonywane z częstotliwością wynikającą z zarządzenia. Według analiz, przyczynami rehospitalizacji były: inna jednostka chorobowa, zaostrzenia lub nowa infekcja, inne przyczyny (zaburzenia emocjonalne/stan po zasłabnięciu z drżeniem kończyn oraz zaburzenia rytmu serca/stan po omdleniu). Analizy przedkładano Pełnomocnikowi Dyrektora ds. Jakości i Komitetowi ds. Jakości⁵².

(akta kontroli str. 578-594, 481-498, 598-599, 615-617, 692)

W latach 2016-2019⁵³ liczba roszczeń/pozwów dotyczących niezapewnienia oczekiwanej przez pacjentów jakości udzielanych przez Szpital świadczeń wynosiła odpowiednio: 2, 4, 8 oraz 1. Nie wnoszono roszczeń/pozwów z tytułu nieprawidłowej pracy podmiotu leczniczego oraz w odniesieniu do obszaru objętego certyfikacją (np. jakości opieki, laboratorium). Na dzień zakończenia czynności kontrolnych brak było ostatecznych rozstrzygnięć w wymienionych wyżej postępowaniach.

W 2015 r. miało miejsce rozstrzygnięcie postępowania w sprawie roszczeń /pozwów sprzed 2015 r., a Szpital poniósł koszt w wysokości 16 800 zł.

(akta kontroli str. 596-597, 621-623)

W latach 2016-2018⁵⁴ wskaźniki ekonomiczne kształtowały się na poziomie:

- / zyskowność netto – odpowiednio (%): -0,02; 0,01 i -0,01;
- / zyskowność działalności operacyjnej (%) – odpowiednio: 0,0013; 0,01 i -0,02;
- / zyskowność aktywów (%) – odpowiednio: -0,02; 0,01 i -0,01;
- / bieżącej płynności aktywów obrotowych – odpowiednio: 1,28; 1,32 i 1,14;
- / szybkiej płynności aktywów obrotowych – odpowiednio: 1,23; 1,24 i 1,09.

Zarówno wskaźnik rotacji należności, jak i rotacji zobowiązań wykazywały tendencje spadkowe i wynosiły odpowiednio: 36; 34 i 33 dni oraz 54; 53 i 49 dni.

Wskaźnik zadłużenia aktywów pozostawał na poziomie – odpowiednio w latach 2016-2018: 0,71; 0,69 i 0,71, a wskaźnik wypłacalności - 2,50; 2,21 i 2,42.

(akta kontroli str. 256)

Przystąpienie do procesu akredytacji nie wpłynęło na pogorszenie się analizowanych wskaźników ekonomicznych, bowiem, jak wyjaśnił Dyrektor Szpital, obniżenie niektórych wskaźników ekonomicznych wynikało z ujemnego wyniku finansowego [...], który z kolei jest wynikiem wyższych kosztów funkcjonowania Zakładu niż osiągnięte przychody. Wyjaśnił, że w sprawozdaniu finansowym za 2016 r. uwzględniono dodatkowe koszty w łącznej kwocie 2 604 409,02 zł, wynikające z utworzonej rezerwy na zaległości za okres 2007-2012 w składkach na

⁵¹ Wg ustalonej w zarządzeniu definicji: rehospitalizacja to nieplanowane przyjęcie do szpitala do 30 dni od daty poprzedniego wypisu, jeżeli ostatnia (poprzednia) rehospitalizacja nie była zakończona wskazaniem do powtórnego przyjęcia.

⁵² Zgodnie z Zarządzeniem Dyrektora SP ZOZ w Bochni „Szpital Powiatowy” im. bł. M. Wieckiej w sprawie składu i zakresu obowiązków Komitetu ds. Jakości w SP ZOZ w Bochni „Szpital Powiatowy” im. bł. M. Wieckiej nr: 68/2018 z 12.06.2018 r. oraz nr 71/2015 z dnia 2015 r. do zadań Komitetu należało m.in. analiza raportów opracowanych przez zespoły problemowe, zbieranie i analizowanie danych oraz informacji o nieprawidłowościach związanych z obsługą pacjenta, wyciąganie wniosków dla poprawy jakości, przekazywanie informacji zwrotnej, informowanie o w/w dyrekcyi i personelu szpitala.

⁵³ Wg stanu na 28 maja 2019 r.

⁵⁴ Według stanu na 31 grudnia 2018 r.

ubezpieczenia społeczne pracodawcy i pracownika, które wynikają z ustaleń zawartych w protokole kontroli ZUS z dnia 4 lipca 2016 r., a następnie decyzji ZUS. Obecnie w sprawie toczy się postępowanie sądowe w związku z odwołaniem Zakładu od tych decyzji. Kwota rezerwy wpływa na ujemny wynik finansowy Zakładu za 2016 r., który bez uwzględnienia wyżej wymienionej kwoty rezerwy wyniósłby +1 531 102,25 zł. W sprawozdaniu finansowym za 2018 r. ujemny wynik finansowy był spowodowany brakiem zapłaty ze strony Narodowego Funduszu Zdrowia, które w ubiegłych latach były finansowane w 100% przez NFZ. Od 2018 r. świadczenia te ze względu na tzw. sieć szpitali są rozliczane w ogólnym ryczałcie Szpitala.

(akta kontroli str. 595)

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

OCENA CZĄSTKOWA

Przystąpienie do procesu akredytacji nie spowodowało zwiększenia kosztów funkcjonowania Szpitala, jak również nie wpłynęło na zmianę wartości parametrów obrazujących jego działalność. Uzyskanie certyfikatu miało wpływ na przyznawanie przez NFZ dodatkowych punktów przy ocenie ofert składanych przez Szpital w konkursach ofert na świadczenia w zakresie leczenia szpitalnego, a także na zwiększenie wysokości ryczałtu. Dzięki uzyskaniu certyfikatu akredytacyjnego Szpital uzyskał w latach 2018-2019 wyższą kwotę ryczałtu z NFZ wynoszącą 536 959,99 zł. W Szpitalu prowadzono analizy przyczyn reoperacji i rehospitalizacji przez powołane zarządzeniami dyrektora Szpitala odpowiednie zespoły.

IV. Wnioski i uwagi

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

Wnioski

1. Zapewnienie personelowi szczepień przeciwko zakażeniu wirusem grypy, zgodnie ze standardem KZ 1.8;
2. Realizacja szkoleń personelu w zakresie zakażeń szpitalnych, stosownie do wymogów standardu KZ 5;
3. Prowadzenie analizy błędów przedlaboratoryjnych wymaganych standardem LA 2;
4. Wprowadzenie rejestru leków pozyskiwanych w trybie nagłym, zgodnie ze standardem FA 3.

Uwagi

NIK zwraca uwagę, że pomimo posiadania opracowanej procedury nadzoru nad lekami, brak zgodności stanów ewidencyjnych leków z rzeczywistym ma szczególne znaczenie w przypadku gdy zaistnieje konieczność np. wycofania leku.

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

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

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

Kraków, sierpnia 2019 r.

Kontroler:

Barbara Madejska
główny specjalista kontroli państwowej

.....
podpis