



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Krakowie

LKR.410.005.03.2019

Pan

Marian Świerz, Dyrektor Szpitala

Szpital Specjalistyczny im. H. Klimontowicza
w Gorlicach

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/19/095 Akredytacja podmiotów leczniczych

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Krakowie

ul. Łobzowska 67, 30-038 Kraków

T +48 12 342 34 00, F +48 12 342 34 44

lkr@nik.gov.pl

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Szpital Specjalistyczny im. H. Klimontowicza w Gorlicach, ul. Węgierska 21, 38-300 Gorlice (<i>Szpital</i>)
Kierownik jednostki kontrolowanej	Marian Świerż, Dyrektor Szpitala Specjalistycznego im. H. Klimontowicza w Gorlicach (<i>Dyrektor Szpitala</i>), od 1 czerwca 2004 r.
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), z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Artykuł 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. Jerzy Baranek, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKR/74/2019 z 7 maja 2019 r. 2. Marta Wojnarska, doradca ekonomiczny, upoważnienie do kontroli nr LKR/73/2019 z 7 maja 2019 r.

(akta kontroli str. 1-5)

¹ Dz. U. z 2019 r. poz. 489, zwana dalej *ustawą o NIK*.

II. Ocena ogólna² kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA I JEJ UZASADNIENIE

Najwyższa Izba Kontroli ocenia, że w efekcie przystąpienia Szpitala do procesu akredytacji aktualizowano i realizowano procedury i analizy zapewniające podejmowanie działań wpływających na poprawę jakości świadczonych usług. Zapewniono również ciągłość działania z wykorzystaniem procedur wdrożonych w czasie poprzedniego certyfikatu akredytacyjnego. Szpital dwukrotnie poddał się ocenie w zakresie spełnienia standardów akredytacyjnych i w okresie pomiędzy kolejnymi certyfikacjami, tj. w latach 2013-2017 ocena stopnia ich spełnienia wzrosła z 76 do 80%. Podmiot akredytacyjny odnotował polepszenie działalności Szpitala, w tym w zakresie dwóch³ z 13 standardów objętych szczegółowym badaniem NIK.

W okresie objętym kontrolą Szpital realizował świadczenia zdrowotne oraz prowadził działalność z zachowaniem wybranych do kontroli 11 standardów akredytacyjnych, ocenionych jako w pełni zgodne ze standardem podczas procedury akredytacyjnej przeprowadzonej w 2017 r. oraz trzech standardów objętych badaniem ankietowym w trakcie niniejszej kontroli. Pacjenci byli prawidłowo informowani o przysługujących im prawach i obowiązkach. Zapewniono im również dostęp do higienicznego przechowywania żywności. W Szpitalu były opracowane i na bieżąco aktualizowane listy wykonywanych badań laboratoryjnych, prowadzono również monitoring i ocenę błędów przedlaboratoryjnych. W wyniku podejmowanych działań liczba stwierdzonych błędów przedlaboratoryjnych w poszczególnych latach sukcesywnie się zmniejszała. Prawidłowo funkcjonowały także zasady pozyskiwania leków w trybie nagłym. Ustalony w Szpitalu system znakowania przygotowanych leków był znany personelowi oraz zapewniał minimalizację możliwości pomyłek.

W okresie objętym kontrolą w Szpitalu były realizowane zadania ujęte w programie restrukturyzacji organizacyjnej i logistycznej, który obejmował trzy najważniejsze zagadnienia zdrowotne do rozwiązania w okresie do 2020 r., tj. opiekę nad osobami starszymi, choroby onkologiczne oraz opiekę psychiatryczną. Ponadto realizowano projekt poprawy jakości dotyczący zorganizowania w Szpitalu zespołu wczesnego reagowania, który m.in. miał na celu poprawę poczucia bezpieczeństwa personelu medycznego, pacjentów i ich bliskich. W Szpitalu prowadzono corocznie badanie satysfakcji pacjentów, jak również satysfakcji zawodowej personelu. Regularnie odbywały się szkolenia uwzględniające tematykę zarządzania jakością.

W badaniu ankietowym pacjenci pozytywnie ocenili spełnienie wybranych standardów z obszarów prawa pacjenta i zarządzanie środowiskiem opieki.

W przypadku dwóch standardów poddanych szczegółowemu badaniu i ocenionych jako spełnione podczas certyfikacji w 2017 r. NIK stwierdziła nieprawidłowości dotyczące niezapewnienia kompletności zestawów przeciwwstrząsowych, w tym nieodnotowania na opakowaniu adrenaliny daty wyjęcia z lodówki, jak również nieprzekazywania pacjentom informacji o badaniach radiologicznych w formie pisemnej. Nieprawidłowości te zostały usunięte w trakcie niniejszej kontroli.

Sytuacja finansowa Szpitala w 2018 r. w porównaniu do lat 2016-2017 uległa pogorszeniu, jednak wpływ na to miały czynniki niezależne od Szpitala i niezwiązane z przystąpieniem do procesu certyfikacji. Uzyskanie certyfikatu akredytacyjnego miało wpływ przede wszystkim na przyznawanie Szpitalowi przez NFZ dodatkowych punktów przy ocenie ofert składanych w konkursach ofert na świadczenia w zakresie leczenia szpitalnego, a także na zwiększenie wysokości ryczałtu. Wymiernym rezultatem otrzymania certyfikatu akredytacyjnego było m.in.

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

³ Z obszaru prowadzenia projektów poprawy w oparciu o dane uzyskane z monitorowania jakości oraz zapewnienia pacjentom możliwości odwiedzin.

uzyskanie w latach 2017-2018 dodatkowych środków finansowych od NFZ, stanowiących 0,4% przychodów netto ze sprzedaży produktów. Przeprowadzenie procesu akredytacyjnego i uzyskanie przez Szpital certyfikatu w 2017 r. nie wpłynęło na zmianę wskaźników ekonomicznych Szpitala, jak również podstawowych parametrów dotyczących świadczeń zdrowotnych. Proces akredytacji skutkował wdrożeniem w Szpitalu określonych procedur i analiz wymuszających działania wpływające na poprawę jakości świadczonych usług, przy czym w Szpitalu nie wiązano efektywności wdrożenia poszczególnych standardów akredytacyjnych z kosztami tego procesu.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe⁴ kontrolowanej działalności

OBSZAR

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

1.1 Certyfikacja podmiotu leczniczego

Opis stanu faktycznego

W trakcie kontroli w Szpitalu obowiązywał Certyfikat Akredytacyjny nr 2017/19 wydany przez Ministra Zdrowia 11 września 2017 r. Potwierdzał on spełnienie przez Szpital w zakresie jego działalności standardów akredytacyjnych dla lecznictwa szpitalnego. Poprzednio w Szpitalu obowiązywał Certyfikat Akredytacyjny nr 2013/42 wydany przez Ministra Zdrowia 18 września 2013 r.

(akta kontroli str. 58-59, 95-96)

W dniu 19 marca 2012 r. Szpital zawarł z Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia w Krakowie (CMJ) porozumienie o udziale w projekcie pn. *Wsparcie procesu akredytacji zakładów opieki zdrowotnej*, w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego. Zgodnie z tym porozumieniem CMJ zobowiązało się do objęcia Szpitala formami wsparcia przewidzianymi w ww. Projekcie. W Szpitalu miała być przeprowadzona wizyta akredytacyjna (przegląd akredytacyjny), z której miał zostać sporządzony raport. Badanie spełnienia wymagań w zakresie określonych standardów udzielania świadczeń zdrowotnych i funkcjonowania Szpitala miało zostać przeprowadzone w oparciu o obowiązujący zestaw standardów akredytacyjnych⁵. W związku ze spełnieniem przez Szpital kryterium kwalifikowalności, uprawniającego do wzięcia udziału w ww. Projekcie, Szpital został w całości zwolniony z kosztów przeprowadzenia wizyty akredytacyjnej.

(akta kontroli str. 40-43)

W dniach 10-12 lipca 2013 r., tj. w terminie wynikającym z zawartego porozumienia, wyznaczeni wizytatorzy Ośrodka Akredytacyjnego przeprowadzili w Szpitalu nieodpłatnie wizytę akredytacyjną. W sporządzonym *Raporcie z wizyty akredytacyjnej* z 26 lipca 2013 r. stwierdzono, że Szpital w 76% spełniał wszystkie standardy akredytacyjne⁶. W raporcie akredytacyjnym wskazano standardy, które nie były w pełni spełnione wraz z przypisanymi im ocenami, jednak nie zawarto w nim zaleceń, które Szpital powinien wykonać aby w pełni spełnić te standardy.

⁴ 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.

⁵ Standardy z 2009 r. określone w obwieszczeniu 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), zwane dalej *standardami z 2009*.

⁶ Standardy akredytacyjne były oceniane w skali trzypunktowej, tj. 5 pkt – pełna zgodność ze standardem, 3 pkt – częściowa zgodność ze standardem i 1 pkt – standard niespełniony.

Szpital nie wniósł zastrzeżeń do tego raportu. W dniu 18 września 2013 r. Szpital otrzymał certyfikat akredytacyjny o spełnieniu standardów akredytacyjnych dla lecznictwa szpitalnego na trzy lata.

(akta kontroli str. 40-59)

Pismem z 25 stycznia 2016 r., tj. z zachowaniem terminu sześciu miesięcy przed upływem terminu ważności obowiązującego wówczas certyfikatu akredytacyjnego (18 września 2016 r.), Dyrektor Szpitala wystąpił do CMJ z wnioskiem o *odnowę ważności certyfikatu akredytacyjnego* i jednocześnie zwrócił się o przeprowadzenie wizyty oceniającej w okresie od 20 do 30 czerwca lub od 1 do 12 sierpnia 2016 r. Pismem z 20 czerwca 2016 r. Kierownik Działu Akredytacji CMJ zaproponował termin wizyty akredytacyjnej na 24-26 sierpnia 2016 r. Następnie 30 marca 2017 r. Dyrektor Szpitala, w związku z wyznaczeniem terminu wizyty akredytacyjnej na 21-23 czerwca 2017 r., przesłał do CMJ uaktualniony *Wniosek o udzielenie akredytacji dla szpitala*. Pismem z 5 czerwca 2017 r. Dyrektor CMJ przesłała harmonogram przeglądu akredytacyjnego ustalonego na 21-23 czerwca 2017 r. Wizytę akredytacyjną w wyznaczonym terminie przeprowadził pięcioosobowy zespół kontrolny. W sporządzonym *Raporcie z przeglądu akredytacyjnego* z 11 lipca 2017 r. oceniono, że Szpital w 80% spełniał wszystkie standardy akredytacyjne⁷. W raporcie tym nie wskazano jakie zadania Szpital powinien wykonać aby spełnić w pełni wymagania standardów akredytacyjnych. Szpital nie wniósł zastrzeżeń do ustaleń zawartych w raporcie z wizyty. Pismem z 11 września 2017 r. Minister Zdrowia poinformował Szpital o uzyskanej ocenie oraz przekazał certyfikat akredytacyjny o spełnieniu standardów akredytacyjnych dla lecznictwa szpitalnego.

(akta kontroli str. 60-96)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że w związku z zaproponowaniem przez CMJ terminu wizyty akredytacyjnej na 24-26 sierpnia 2016 r. i nieobecność w tym czasie Zastępcy Dyrektora ds. medycznych zwrócono się o zmianę tego terminu na wrzesień 2016 r. Prośba ta jednak nie została uwzględniona przez CMJ i termin następnej wizyty został wyznaczony przez CMJ na 21-23 czerwca 2017 r. Wskazał, że z uwagi na nowy rok kalendarzowy i konieczność aktualizacji danych konieczne było przesłanie uaktualnionego wniosku o udzielenie akredytacji dla Szpitala, uwzględniającego dane za ostatni rok przed planowaną wizytą (pierwszy wniosek zawierał dane za 2015 r., a uaktualniony – za 2016 r.).

(akta kontroli str. 603-605)

Przed certyfikacją w 2017 r. zarówno CMJ, jak i inny upoważniony podmiot nie przeprowadzali w Szpitalu wizyt poprzedzających proces certyfikacji. Szpital nie występował o przeprowadzenie tego typu wizyt. Pełnomocnik Dyrektora ds. systemu zarządzania jakością (*Pełnomocnik Dyrektora ds. SZJ*) wskazała, że przed oceną akredytacyjną w 2017 r. rozważano możliwość skorzystania ze wsparcia Towarzystwa Promocji Jakości Opieki Zdrowotnej w Polsce w zakresie przeprowadzenia oceny wstępnej/wyjściowej (przegląd dokumentacji szpitala, przegląd dokumentacji medycznej, wizja lokalna), przygotowania analizy i przedstawienia jej Dyrekcji oraz propozycji rozwiązań. Jednak cena tych konsultacji była na tyle wysoka, że podjęto decyzję o odstąpieniu od skorzystania z tych usług.

Dodatkowo Dyrektor Szpitala wskazał, że w związku z pierwszą akredytacją korzystano z usług zewnętrznych podmiotów doradczych w zakresie przygotowania Szpitala do uzyskania certyfikatu. Z przeprowadzonych 10 konsultacji w latach 2010-2013 otrzymano rekomendacje, a poniesione wydatki wyniosły 38,4 tys. zł.

(akta kontroli str. 603, 605, 763-765)

⁷ Przy certyfikacji korzystano ze standardów z 2009.

W proces przygotowania Szpitala do uzyskania certyfikatu akredytacyjnego w 2017 r. było zaangażowanych 49 pracowników, w tym Pełnomocnik Dyrektora ds. SZJ, Zastępca Dyrektora ds. medycznych, Zastępca Dyrektora ds. logistyki, lekarze kierujący oddziałami szpitalnymi oraz pielęgniarki oddziałowe pełniący funkcje przewodniczących powołanych w Szpitalu zespołów.

(akta kontroli str. 97-99)

Stanowisko Pełnomocnika Dyrektora ds. SZJ zostało utworzone w sierpniu 2010 r. Osoba pełniąca tę funkcję w trakcie niniejszej kontroli została powołana na to stanowisko w lipcu 2012 r. Do zadań Pełnomocnika Dyrektora ds. SZJ należała realizacja polityki i celów jakościowych, w tym wprowadzenie, doskonalenie i efektywne funkcjonowanie systemu zarządzania jakością (SZJ) zgodnego z normą ISO 9001:2008, planowanie, inicjowanie prac oraz organizowanie i koordynowanie współpracy pomiędzy jednostkami i komórkami organizacyjnymi w sprawach dotyczących systemu jakości, nadzór nad prowadzeniem i aktualizacją dokumentacji systemu jakości, a także monitorowanie i doskonalenie systemu jakości.

(akta kontroli str. 585-587)

W Szpitalu funkcjonował Zespół ds. poprawy jakości, powołany zarządzeniem Dyrektora Szpitala z 3 września 2010 r. (*Zespół ds. jakości*). W okresie do 30 stycznia 2018 r. do zadań tego Zespołu należały: identyfikacja obszarów i problemów wymagających poprawy jakości, inicjowanie działań na rzecz poprawy jakości, wdrożenie rozwiązań mających na celu poprawę jakości oraz monitorowanie wdrożonych przedsięwzięć. Równolegle w okresie od 16 listopada 2010 r. do 30 stycznia 2018 r. w Szpitalu funkcjonował Komitet Jakości, w skład którego wchodził: Pełnomocnik Dyrektora ds. SZJ, Zastępca Dyrektora ds. medycznych, Naczelny pielęgniarz oraz lekarze kierujący poszczególnymi oddziałami szpitalnymi. Zespół ds. jakości spotykał się raz w miesiącu, a spotkania Komitetu Jakości odbywały się raz do roku na tzw. przeglądzie zarządzania. Od 31 stycznia 2018 r. zadania Komitetu Jakości przejął Zespół ds. jakości. Pełnomocnik Dyrektora ds. SZJ wskazała, że w wyniku dokonanej analizy funkcjonowania ww. organów oraz innych zespołów zadaniowych, zarządzeniem Dyrektora Szpitala z 31 stycznia 2018 r. powołano Zespół ds. jakości, którego członkami zostali przewodniczący poszczególnych zespołów. Wyjaśniła, że zmiana ta miała na celu zintensyfikowanie udziału pracowników w działaniach na rzecz poprawy jakości w Szpitalu, jak również motywację przewodniczących zespołów do wykonywania powierzonych im zadań. Do zadań Zespołu ds. jakości od 31 stycznia 2018 r. należały:

- sprawowanie nadzoru nad systemem jakości zgodnie z wymaganiami standardów akredytacyjnych, normy ISO 9001 oraz normy ISO 27001,
- identyfikowanie obszarów wymagających poprawy jakości oraz opracowanie, weryfikowanie i nadzór nad realizacją *Programu działań dla poprawy jakości*,
- opracowanie planu pracy Zespołu na dany rok kalendarzowy i jego realizacja,
- opracowanie i monitorowanie wskaźników jakościowych,
- analiza realizacji działań na rzecz poprawy jakości, wyszczególnienie elementów niezrealizowanych i analiza przyczyn braku ich realizacji oraz opracowanie alternatywnych rozwiązań służących poprawie jakości,
- prowadzenie ciągłej oceny realizacji standardów akredytacyjnych oraz obowiązujących w Szpitalu procedur,
- motywowanie pracowników do przestrzegania zasad służących poprawie jakości świadczeń medycznych, bezpieczeństwa pacjenta i osób pracujących w Szpitalu,
- opracowanie i wdrożenie programów szkoleniowych z zakresu zapewnienia jakości dla wszystkich grup zawodowych,

- wspieranie działań zespołów zadaniowych⁸ powołanych przez Dyrektora odrębnymi zarządzeniami oraz nadzór nad realizacją ich zadań.
(akta kontroli str. 100-101, 483-486, 633-637, 604, 605, 763-765)

W latach 2017-2019 (do 30 kwietnia) Zespół ds. jakości, z wyjątkiem września 2017 r., spotykał się raz w miesiącu. W 2017 r. nie sporządzano protokołów z posiedzeń. Od 2018 r. Zespół ds. jakości sporządzał plan pracy na dany rok kalendarzowy, który obejmował tematykę spotkań. Przedmiotem posiedzeń, które odbyły się w 2018 i 2019 r. (do 30 kwietnia) były kwestie związane m.in. z procesem wdrażania zintegrowanego SZJ opartego o normy ISO 9001:2015 oraz ISO 27001, analizą pracy zespołów zadaniowych, planu doskonalenia SZJ, realizacją szkoleń dotyczących zdarzeń niepożądanych, funkcjonowania powołanego Zespołu Wczesnego Reagowania, problematyką obiektywnego badania satysfakcji pacjenta, a także samooceną spełnienia standardów akredytacyjnych przed wizytą w 2020 r.
(akta kontroli: str. 102-134, 525-526)

Pełnomocnik Dyrektora ds. SZJ wskazała, że w związku utrzymywaniem w Szpitalu SZJ opartego o normę ISO 9001 oraz wynikającym z tej normy obowiązkiem przeprowadzania przeglądu zarządzania, przeglądy takie były organizowane corocznie do 2017 r. Ostatnia kompleksowa ocena przeglądu SZJ została dokonana 13 czerwca 2017 r. Obejmowała ona okres od 1 stycznia do 31 grudnia 2016 r. i dotyczyła wykonania *Planu doskonalenia SZJ* na 2016 r. Stwierdzono wówczas, że w 2016 r. zrealizowano zadania dotyczące szkolenia personelu, zakupiono podnośnik transportowy dla pacjentów z nadwagą, przeprowadzono remonty oraz zakupiono sprzęt i aparaturę medyczną, natomiast zadanie związane z oceną spełnienia standardów akredytacyjnych przez podmiot zewnętrzny przeniesiono na 2017 r., a przygotowanie do wdrożenia nowej normy ISO 9001:2015 (zakup normy, przeszkolenie pracowników) – na lata 2017-2018. Pełnomocnik Dyrektora ds. SZJ wyjaśniła, że termin kolejnego przeglądu zarządzania przełożono w związku z prowadzeniem prac wdrożeniowych związanych z aktualizacją normy ISO 9001 oraz podjęciem decyzji o wdrożeniu normy ISO/IEC 27001 i integracji systemu. Wskazała, że w trakcie niniejszej kontroli prace wdrożeniowe były na etapie realizacji, a przegląd zarządzania zostanie przeprowadzony po ich zakończeniu.
(akta kontroli str. 107-109, 763-765, 778-787)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1.2 Spełnianie wybranych standardów akredytacyjnych przez Szpital

Opis stanu
faktycznego

W okresie objętym kontrolą w Szpitalu obowiązywała procedura nadzoru nad dokumentami z 13 grudnia 2013 r.⁹, której celem było ustanowienie nadzoru nad wszystkimi dokumentami wymaganymi dla funkcjonowania SZJ. Proces nadzoru nad dokumentami obejmował zasady i tryb postępowania przy realizacji działań związanych m.in. z opracowaniem, zatwierdzaniem, rozpowszechnianiem i aktualizowaniem: Polityki Jakości, Księgi Jakości, procedur SZJ, instrukcji, standardów postępowania, procedur medycznych oraz innych dokumentów mających wpływ na jakość usług medycznych. Procedura nadzoru nad dokumentami obowiązywała we wszystkich komórkach organizacyjnych Szpitala.

⁸ W Szpitalu działało 10 zespołów powołanych przez Dyrektora m.in. do spraw: analizy zgonów, żywienia, farmakoterapii, kontroli zakażeń szpitalnych i antybiotykoterapii, skutków zabiegów operacyjnych, przyjęć i wypisów pacjentów, oceny leczenia bólu oraz trzy komitety, tj. Komitet Kontroli Zakażeń Szpitalnych, Komitet Terapeutyczny i Komitet Transfuzjologiczny. Kierownicy tych zespołów wchodził w skład Zespołu ds. Jakości, a ich roczne sprawozdania z działalności stanowiły załączniki do sprawozdania Zespołu.

⁹ W trakcie aktualizacji w związku z wdrażaniem zmian wynikających z norm ISO 9001:2015 i ISO/IEC 27001.

Zgodnie z Polityką Jakości (z maja 2011 r.) nadrzędnym celem Szpitala było świadczenie usług medycznych w zakresie opieki stacjonarnej, ambulatoryjnej i pomocy doraźnej na jak najwyższym poziomie jakości oraz ciągle ich doskonalenie tak, aby jak najlepiej i najszybciej zaspokajać potrzeby i oczekiwania pacjentów. Polityka jakości miała być realizowana m.in. poprzez przestrzeganie praw pacjenta i monitorowanie satysfakcji pacjentów z udzielanych świadczeń, systematyczne podnoszenie kwalifikacji zatrudnianego personelu, modernizację posiadanej infrastruktury, a także dbałość o wyposażenie Szpitala w nowoczesną, wysokiej klasy aparaturę medyczną. W obowiązującej w Szpitalu Księdze Jakości (z października 2011 r.) przedstawiono zakres i opis ustanowionego SZJ, zgodnego z normą ISO 9001:2008. Celem Księgi Jakości było m.in. udokumentowanie funkcjonującego SZJ, dostarczenie pracownikom kompleksowej informacji na ten temat, zwiększenie zadowolenia pacjentów i personelu poprzez ciągłą analizę ich wymagań, zaistniałych problemów i podejmowanie działań doskonalących.

(akta kontroli str. 137-164, 579-584, 588-602)

W latach 2016-2019 (do 31 maja) do Szpitala wpłynęło łącznie 49 skarg, z tego 18 w 2016 r., 10 w 2017 r., 16 w 2018 r. i pięć w 2019 r. Spośród tych skarg:

- 22 sprawy dotyczyły niezapewnienia oczekiwanej przez pacjentów jakości udzielanych świadczeń¹⁰ (w kolejnych latach odpowiednio: 10, 6, 4 i 2 skargi);
- pięć spraw dotyczyło nieprawidłowej organizacji pracy Szpitala¹¹ (trzy w 2016 r., a dwie skargi w 2017 r.).

Skargi te nie dotyczyły zdarzeń powstałych w związku z nieprzestrzeganiem standardów akredytacyjnych objętych szczegółowym badaniem w niniejszej kontroli.

(akta kontroli str. 491-496)

W latach 2016-2019 (do czerwca) w Szpitalu podmioty zewnętrzne przeprowadziły łącznie 74 kontrole. Najwięcej kontroli przeprowadziła Inspekcja Sanitarna, w tym 37 przeprowadził Małopolski Wojewódzki Inspektor Sanitarny, głównie w zakresie przestrzegania procedur w związku z zaistniałymi ogniskami epidemiologicznymi oraz przestrzegania warunków sanitarno-higienicznych. Analiza tych kontroli przeprowadzonych w latach 2018-2019 wykazała, że w 11 kontrolach nie stwierdzono nieprawidłowości, natomiast stwierdzone w siedmiu kontrolach uchybienia nie dotyczyły działań Szpitala realizowanych w obszarach objętych standardami poddanymi szczegółowemu badaniu przez NIK. Wojewódzki Inspektorat Farmaceutyczny w Krakowie przeprowadził w Szpitalu jedną kontrolę w zakresie gospodarki produktami leczniczymi (2017 r.), w wyniku której nie stwierdził nieprawidłowości dotyczących spełnienia standardów objętych badaniem.

(akta kontroli str. 722-737)

Z informacji przekazanych przez MOW NFZ na potrzeby niniejszej kontroli wynikało, że w latach 2016-2019 (do maja) wpłynęły trzy skargi¹², które uznano za zasadne i przeprowadzono pięć kontroli w zakresie prawidłowości realizacji umów¹³. Skargi

¹⁰ Dotyczyły one m.in. nieprzeprowadzenia wnikliwej analityki i nieskonsultowania wyników z innymi lekarzami, błędnego rozpoznania przez lekarza SOR, który nie zauważył złamania ręki.

¹¹ Dotyczyły one m.in. braku właściwej opieki i opóźnienia wyjazdu specjalistycznej karetki do szpitala w Krakowie, nieinformowania rodziny o stanie zdrowia pacjenta, czy też nieudzielenia pacjentowi na SOR stosownej pomocy i odesłania go do miejscowości oddalonej o 30 km celem konsultacji bez upewnienia się, czy w dniu wolnym od pracy taka konsultacja jest możliwa.

¹² Z tego jedna dotyczyła wykreślenia z listy osób oczekujących na operację zaćmy (2016 r.) i w tym zakresie Szpital został pouczone o obowiązkach wynikających z art. 20 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510 ze zm.) i objęty monitoringiem działalności, natomiast kolejne dwie skargi (2017 r.) dotyczyły podwójnego finansowania świadczenia i były częściowo zasadne – w tym sprawach Szpital w związku z omyłkowym rozliczeniem świadczenia dokonał korekty i zwrócił nienależnie pobrane środki.

¹³ W rodzaju: rehabilitacja lecznicza (2016 r.), leczenie szpitalne w zakresie ortopedii i traumatologii ruchu – świadczenia opieki zdrowotnej dotyczące artroskopii (2017 r.), leczenie szpitalne w zakresie okulistyki –

te, jak i stwierdzone w kontrolach uchybienia i nieprawidłowości nie dotyczyły obszarów objętych standardami poddanymi szczegółowemu badaniu przez NIK.

(akta kontroli str. 572-578)

Kontrolą w zakresie spełniania przez Szpital standardów akredytacyjnych objęto 13 standardów z 2009, z tego po jednym z zakresu: praw pacjenta, diagnostyki obrazowej i odżywiania, a także po dwa z zakresu: opieki nad pacjentem, farmakoterapii, laboratorium, poprawy jakości i bezpieczeństwa pacjenta oraz zarządzania zasobami ludzkimi. Ponadto w przeprowadzonym badaniu ankietowym wśród pacjentów zweryfikowano spełnienie trzech innych standardów, z tego dwóch z zakresu praw pacjenta i jednego z obszaru zarządzania środowiskiem opieki.

1. Zgodnie ze standardem z 2009 PP 1 każdy pacjent miał być informowany o przysługujących mu prawach i obowiązkach.

Funkcjonująca w Szpitalu *Księga procedur ogólnoszpitalnych* z 1 czerwca 2016 r. obejmowała standard informowania pacjenta o przysługujących mu prawach i obowiązkach. Zgodnie z tym standardem każdy pacjent przyjęty do Szpitala powinien być zaznajomiony z przysługującymi mu prawami i obowiązkami. W przypadku pacjenta małoletniego lub pacjenta, którego stan zdrowia uniemożliwiał zapoznanie się z prawami i obowiązkami, taka informacja miała być przekazywana osobie bliskiej. W procedurze tej wskazano m.in., że prawa i obowiązki pacjenta znajdują się w dostępnym miejscu w każdym oddziale Szpitala, a personel medyczny został zobowiązany do udzielania dodatkowych informacji dotyczących istoty praw i obowiązków pacjenta. Pielęgniarka Szpitalnego Oddziału Ratunkowego (SOR) lub Izby Przyjęć przy przyjęciu do Szpitala miała zapoznać pacjenta z najważniejszymi przysługującymi mu prawami oraz obowiązkami, a pielęgniarka w oddziale miała zapoznać pacjenta m.in. z obowiązującym regulaminem oddziału oraz pełnym tekstem *Praw i Obowiązków Pacjenta*.

(akta kontroli str. 137-162)

W wyniku przeprowadzonych oględzin dwóch wybranych oddziałów Szpitala, tj. Oddziału Internistyczno-Endokrynologicznego oraz Oddziału Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu stwierdzono, że na tablicach ogłoszeń znajdujących się w miejscu widocznym i ogólnodostępnym na korytarzu oddziałów były zamieszczone informacje dla pacjentów. Zawierały one m.in. zasady umieszczania pacjenta na liście oczekujących i skreślenia z tej listy, uprawnienia do bezpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej, warunki korzystania z uprawnień przez pacjentów uprzywilejowanych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, zasady dostępu do dokumentacji medycznej, uprawnienia do bezpłatnego świadczenia opieki zdrowotnej oraz cennik usług, tryb składania skarg i wniosków oraz numery ważniejszych telefonów dla pacjenta, instrukcja przechowywania produktów w lodówce w oddziale oraz instrukcja postępowania z produktami łatwopsującymi się. Ponadto w Oddziale Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu w punkcie pielęgniarskim była dostępna broszura dla pacjentów pt. *Prawa Pacjenta*.

(akta kontroli str. 172, 178-179, 189, 195-196)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił ponadto, że w przypadku pacjentów niewidzących, słabowidzących lub ze schorzeniami oczu informacje dotyczące praw i obowiązków pacjenta przekazywane są ustnie przez personel pielęgniarski.

(akta kontroli str. 603, 606)

2. Zgodnie ze standardem z 2009 ZZ 5.3 plan szkoleń winien uwzględniać tematykę zarządzania jakością, a personel powinien przejść przeszkolenie z zakresu zarządzania jakością, szczególnie kadra kierownicza powinna być systematycznie szkolona na temat jakości.

W latach 2016-2019 w Szpitalu zaplanowano łącznie 1613 szkoleń związanych z tematyką jakości, z tego 233 szkolenia zewnętrzne oraz 1380 szkoleń wewnętrznych, tj. organizowanych w ramach i przez poszczególne komórki organizacyjne Szpitala. Według stanu na 31 maja 2019 r. zrealizowano łącznie 1342 szkolenia, z tego 143 szkolenia zewnętrzne i 1199 szkoleń wewnętrznych. Szkolenia zewnętrzne dotyczyły m.in. zmian w zarządzaniu jakością w związku z nowelizacją normy ISO 9001, nowoczesnej diagnostyki obrazowej, ochrony radiologicznej, resuscytacji krążeniowo-oddechowej, ochrony danych osobowych, a także bezpieczeństwa i higieny pracy. Szkolenia wewnętrzne były organizowane średnio raz w miesiącu i obejmowały m.in. zagadnienia dotyczące pobierania, przechowywania i transportu materiałów do badań mikrobiologicznych, prawidłowości wypełniania skierowań, czy też praw pacjenta. W ramach zrealizowanych szkoleń przeszkolono, odpowiednio w:

- 2016 r. 38 osób z kadry kierowniczej¹⁴ (62,5% należących do tej grupy), 89 lekarzy (100%), 445 pielęgniarek (100%) i 71 osób pozostałego personelu medycznego (39,7%),
- 2017 r. 35 osób z kadry kierowniczej (65,5%), 78 lekarzy (100%), 411 pielęgniarek (93,2%) i 79 osób pozostałego personelu medycznego (41,4%),
- 2018 r. 42 osoby z kadry kierowniczej (71,7%), 90 lekarzy (100%), 502 pielęgniarki (93,2%) i 186 osób pozostałego personelu medycznego (91,6%),
- 2019 r. (do 31 maja) 59 osób z kadry kierowniczej (100%), 97 lekarzy (100%), 369 pielęgniarek (79,7%) i 245 osób pozostałego personelu medycznego (100%).

(akta kontroli str. 335)

Wybrani członkowie kadry kierowniczej¹⁵ odbyli szkolenia w zakresie zarządzania jakością. Dotyczyły one przykładowo zarządzania jakością w podmiocie leczniczym – narzędzia, techniki i metody, prawa medycznego w ochronie zdrowia oraz komunikacji interpersonalnej w podmiocie leczniczym, audytu wewnętrznego systemu zarządzania jakością ISO 9001:2008, a także standardów akredytacyjnych i bezpieczeństwa w zarządzaniu jakością. Ponadto Dyrektor Szpitala oraz Pełnomocnik Dyrektora ds. SZJ uczestniczyli w corocznych ogólnopolskich dwudniowych konferencjach dotyczących jakości w opiece zdrowotnej.

(akta kontroli str. 336)

Pełnomocnik Dyrektora ds. SZJ wskazała, że w Szpitalu szkolenia personelu realizowane były w następujący sposób:

- szkolenia zewnętrzne, na które zapotrzebowanie opracowywali kierownicy komórek organizacyjnych i na tej podstawie pracownik Działu Kadr opracowywał plan szkoleń na dany rok, a następnie analizę realizacji szkoleń i ich wpływu na jakość wykonywanej pracy przez przeszkolonego pracownika,
- szkolenia wewnętrzne, w przypadku których kierownicy komórek organizacyjnych opracowywali plany szkoleń wewnętrznych zgodnie z tematyką wynikającą ze specyfiki danej komórki organizacyjnej; szkolenia odbywały się co najmniej raz w miesiącu z wyjątkiem miesięcy wakacyjnych;

¹⁴ Dyrektor i jego zastępcy, główny księgowy, naczelnny pielęgniarz, kierownicy komórek organizacyjnych i ich zastępcy.

¹⁵ Dyrektor Szpitala, Zastępca Dyrektora ds. medycznych, Zastępca Dyrektora ds. logistyki, Główny księgowy, Naczelnny pielęgniarz, Pełnomocnik Dyrektora ds. SZJ.

- samokształcenie m.in. poprzez dostęp do zewnętrznych baz danych (także medycznych), dostęp do wewnętrznej bazy wiedzy, gdzie zamieszczone są standardy, normy, protokoły, zarządzenia itp.; pracownicy mają obowiązek śledzić zmiany w dokumentach wewnętrznych oraz wdrażać je w życie, a o wszelkich zmianach informowani są także za pomocą wewnętrznej sieci,
- w 2013 r. pracownicy Szpitala odbyli szkolenie tzw. *In home* na temat SZJ, w tym także z zakresu treści standardów akredytacyjnych i od tamtej pory organizowano corocznie tzw. przeglądy zarządzania, podczas których przypomniano kwestie związane z akredytacją Szpitala.

Dodatkowo Pełnomocnik Dyrektora ds. SZJ wskazała, że w razie potrzeby przeprowadza się dodatkowe szkolenia w komórkach organizacyjnych, a w przypadku osób nowo zatrudnionych kwestie związane z SZJ omawiane są podczas szkolenia indywidualnego, co odnotowane było w kartach obiegowych.

(akta kontroli str. 763-765)

Kontrola wybranej dokumentacji 10 lekarzy oraz 10 pielęgniarek i położnych wykazała personel medyczny uczestniczył w szkoleniach z zakresu zarządzania jakością. Tematyka tych szkoleń dotyczyła przykładowo zarządzania jakością w podmiocie leczniczym – narzędzia, techniki i metody, komunikacji z pacjentem, zarządzania i obsługi logistycznej procesów w obszarze gospodarki materiałowo-lekowej przy zastosowaniu narzędzi informatycznych niezbędnych do skutecznego zarządzania jednostkami ochrony zdrowia. Ponadto uczestniczono w konferencjach naukowo-szkoleniowych nt. prawa medycznego, a jedna z pielęgniarek ukończyła studia podyplomowe w zakresie organizacji i zarządzania w ochronie zdrowia.

(akta kontroli str. 337-342)

3. Zgodnie ze standardem z 2009 OP 4 w szpitalu należało określić, które leki, sprzęt i materiały muszą być dostępne w stanach nagłego zagrożenia życia.

Zgodnie ze standardem OP 4.1 leki i materiały stosowane w stanach nagłego zagrożenia życia miały być stale dostępne w miejscach świadczenia opieki. Leki i materiały powinny być przechowywane w sposób funkcjonalny, umożliwiający szybkie dotarcie do pacjenta oraz dogodne korzystanie z zestawu. Zestawy powinny podlegać kontroli, która uwzględnia: skład zestawu, datę ważności, warunki przechowywania oraz sposób uzupełniania wykorzystanych leków i materiałów.

Obowiązująca w Szpitalu *Księga procedur ogólnoszpitalnych* zawierała wykaz:

- sprzętu i aparatury niezbędnych w stanach zagrożenia życia, dostępnych w komórkach organizacyjnych udzielających pacjentom świadczeń medycznych, który zawierał 30 pozycji ze wskazaniem rodzaju sprzętu, jego liczby oraz oddziałów, na których miał być dostępny. W przypadku dziewięciu pozycji sprzęt i aparatura były wymagane jedynie na wybranych oddziałach, w tym SOR oraz Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii;
- produktów leczniczych wchodzących w skład zestawu przeciwwstrząsowego ratującego życie, który zawierał m.in. 19 pozycji leków.

(akta kontroli str. 137-139, 163)

W wyniku przeprowadzonych oględzin Oddziału Internistyczno-Endokrynologicznego oraz Oddziału Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu stwierdzono, że na każdym z tych Oddziałów w miejscu dostępnym znajdował się zestaw przeciwwstrząsowy. Poza kilkoma pozycjami, które przedstawiono w dalszej części wystąpienia, kontrolowane zestawy przeciwwstrząsowe zawierały wymagany sprzęt i aparaturę niezbędną w stanach zagrożenia życia. Na Oddziale Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu aparat do pomiaru ciśnienia tętniczego i słuchawki lekarskie znajdowały się przy monitorach w sali wzmożonego nadzoru, a także

w punkcie pielęgniarskim usytuowanym naprzeciwko tej sali, w którym znajdował się również glukometr z paskami. Zgodnie z wykazem obowiązującym w Szpitalu aparatura ta miała być dostępna na odcinku, nie stanowiła wyposażenia zestawu przeciwwstrząsowego.

(akta kontroli str. 137-139, 163, 172-175, 187-188, 189-192, 203-204)

W zestawach przeciwwstrząsowych znajdujących się w Oddziałach, na których przeprowadzono oględziny znajdowały się wszystkie leki znajdujące się na *Wykazie produktów leczniczych wchodzących w skład zestawu przeciwwstrząsowego ratującego życie*. W tym zakresie stwierdzono jednak, że zamiast wskazanego w wykazie płynu infuzyjnego znajdował się płyn infuzyjny o innej nazwie, ale o takiej samej pojemności, co szczegółowo przedstawiono w dalszej części wystąpienia. Leki umieszczone w kontrolowanych zestawach przeciwwstrząsowych posiadały aktualną datę ważności. W tym zakresie stwierdzono jednak, że w przypadku adrenaliny wchodzącej w skład zestawu przeciwwstrząsowego na:

- Oddziale Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu na opakowaniu adrenaliny (seria i nr: 03EL1018, data ważności: październik 2021 r.) zamiast oznaczenia daty umieszczenia leku w zestawie, tj. daty wyjęcia z lodówki, była oznaczona data ważności stanowiąca okres pół roku od dnia wyjęcia leku z lodówki (DW. 29.11.2019). W tej sprawie Pielęgniarka Oddziałowa wyjaśniła, że oznaczana była ww. data ważności, a nie data wyjęcia leku z lodówki ze względu na szybszą możliwość zidentyfikowania ważności/przydatności leku;
- Oddziale Internistyczno-Endokrynologicznym na opakowaniu adrenaliny (seria i nr: 01EL0318, data ważności: marzec 2021 r.) nie było oznaczenia daty umieszczenia leku w zestawie, tj. daty wyjęcia z lodówki¹⁶, co szczegółowo przedstawiono w dalszej części wystąpienia.

(akta kontroli str. 137-139, 164, 172-174, 186, 189-192, 202)

4. Zgodnie ze standardem z 2009 LA 3 w szpitalu miała być opracowana lista wykonywanych badań laboratoryjnych. Lista powinna zawierać informacje o: trybie zlecenia badań, metodach analitycznych, przybliżonym czasie oczekiwania na wynik, zakresie referencyjnym, tzn. określaniu przedziału wyników uznawanych za prawidłowe, poziomie błędów występujących przy oznaczeniach danego typu. Lista powinna być aktualna.

W strukturze organizacyjnej Szpitala funkcjonował Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej z laboratoriami, w skład którego wchodziło: Medyczne Laboratorium Diagnostyczne, Pracownia Serologii Transfuzjologicznej i Bank Krwi oraz Medyczne Laboratorium Mikrobiologiczne. W zakresie zlecenia badań laboratoryjnych w Szpitalu były opracowane następujące procedury:

- *Instrukcja zlecenia badań laboratoryjnych* z 10 maja 2013 r., która ustalała zasady właściwego wypełniania skierowania na badania laboratoryjne oraz zawierała m.in. listę wykonywanych badań w Medycznym Laboratorium Diagnostycznym oraz zakres wartości referencyjnych badań;
- *Zlecenie badań mikrobiologicznych* z 30 kwietnia 2013 r., która ustalała zasady właściwego zlecenia badań oraz zawierała listę wykonywanych badań w Medycznym Laboratorium Mikrobiologicznym; na liście wykonywanych badań wskazany był zakres referencyjny – wynik prawidłowy;
- *Zasady zlecenia badań, pobierania, transportu i przechowywania materiału oraz wydawania wyników* z 15 lutego 2017 r., obowiązująca w Pracowni Serologii Transfuzjologicznej, której załącznik stanowił wykaz badań.

¹⁶ Według charakterystyki produktu leczniczego – *adrenalinum* – dopuszczalny okres przechowywania poza lodówką wynosi 6 miesięcy.

Listy wykonywanych badań przez poszczególne laboratoria były aktualizowane raz w roku, a fakt ten był odnotowywany w rejestrze zmian/przeglądów aktualności dokumentu. Dla każdej komórki prowadzono odrębny rejestr, w którym odnotowywano m.in. datę aktualizacji, nr opisu dokonanej zmiany, nazwisko i imię oraz podpis osoby dokonującej przeglądu/osoby wdrażającej zmianę. Ostatniego przeglądu list dokonano w maju 2019 r.

(akta kontroli str. 218-266, 269-273)

5. Zgodnie ze standardem z 2009 FA 3 w szpitalu miały być określone i wdrożone zasady pozyskiwania leków w trybie nagłym.

Szpital posiadał procedurę uzyskiwania leków w trybie nagłym z 7 kwietnia 2011 r. Zgodnie z tą procedurą w nagłych i uzasadnionych przypadkach leki ratujące życie miały być wydawane z Apteki Szpitalnej poza przyjętymi procedurami pielęgniarce oddziałowej lub osobie przez nią upoważnionej. Każdorazowe wydanie leków musiało być odnotowane w systemie komputerowym, a w nagłych przypadkach wydanie leku mogło nastąpić na podstawie rewersu. W godzinach, w których Apteka była nieczynna, decyzję o sprowadzeniu leku ratującego życie miał podejmować lekarz pełniący dyżur na oddziale. Zgodnie z procedurą zobowiązany był on do telefonicznego uzgodnienia z kierownikiem apteki lub osobą przez niego upoważnioną czasu oraz sposobu uzyskania potrzebnego leku.

W latach 2016-2019 (do 15 maja) wystąpiły trzy przypadki wydania leków na oddziały szpitalne w trybie nagłym (zamówienie telefoniczne przez lekarza)¹⁷. Ponadto w latach 2016-2019 (do 15 maja), w związku ze zgłoszonym do Apteki Szpitalnej zapotrzebowaniem i brakiem wskazanych leków na stanie, w 10 przypadkach pozyskano i wydano na oddziały leki w trybie nagłym¹⁸. Osoby upoważnione do odbioru leków z Apteki Szpitalnej (pielęgniarki i lekarze z oddziałów) posiadały stosowne upoważnienie. We wszystkich przypadkach zamówienie oraz rozchód leku wprowadzono do szpitalnej ewidencji leków.

(akta kontroli str. 214-217, 488)

6. Zgodnie ze standardem z 2009 FA 9 w szpitalu należało opracować system oznakowania przygotowanych leków. Leki przygotowane do podania (strzykawki z lekiem, płyny do kroplówek) miały być oznakowane w sposób jednolity, znany personelowi i minimalizujący możliwość pomyłek. Oznakowanie powinno zawierać: nazwę leku, dawkę oraz informację dla kogo dany lek jest przeznaczony. Leki przygotowane do podania doustnie powinny być oznakowane w sposób minimalizujący możliwość pomyłek. Leki szczególnie silnie działające powinny być oznakowane w sposób zwracający uwagę.

W Szpitalu funkcjonowała Procedura oznakowania strzykawki z lekiem (do podania w bolusie lub infuzji) i pojemnika płynu infuzyjnego po połączeniu z lekiem z 27 sierpnia 2012 r. Zgodnie z tą procedurą leki iniekcyjne miały być przygotowywane i podawane przez personel pielęgniarstwa. Połączenie leku z płynem infuzyjnym miał również wykonywać personel pielęgniarstwa. Oznakowanie (niezmywalnym markerem lub na samoprzylepnej naklejce) strzykawki z przygotowanym do podania lekiem, jak również oznakowanie umieszczone na opakowaniu płynu infuzyjnego dotyczące roztworu leku/mieszaniny farmakologicznej miały zawierać czytelne dane, tj. imię i nazwisko pacjenta oraz nazwę i dawkę leku. Leki w strzykawkach oraz preparaty powstałe po połączeniu leków z płynem infuzyjnym mogła podawać/podłączać jedynie osoba, która je przygotowała.

¹⁷ W 2017 r. na Oddział Intensywnej Opieki Medycznej, w 2018 r. na SOR, a w 2018 r. na Oddział Dziecięcy.

¹⁸ W 2016 r. wydano lek na SOR, w 2017 r. dwukrotnie wydano leki na SOR oraz na Oddział Ginekologii, 2018 r. dwukrotnie wydano leki na Oddział Kardiologiczny oraz na Oddział: Dziecięcy, Noworodkowy i Intensywnej Opieki Medycznej, a w 2019 r. wydano lek na Oddział Noworodkowy.

W przypadku leków silnie działających, stanowiących wykaz „A” na szpitalnej liście leków, strzykawka z lekiem, czy też opakowanie płynu infuzyjnego po połączeniu z lekiem miały być oznakowane kolorem czerwonym i zawierać czytelne ww. dane. W *Księdze Procedur Pielęgniarskich Ogólnoszpitalnych* z 1 kwietnia 2019 r. określono zasady podawania leku drogą doustną. Po zapoznaniu się ze zleceniem lekarskim pielęgniarka przygotowywała leki w jednorazowych kieliszkach z podziałką. Przed podaniem leku obowiązana była sprawdzić tożsamość pacjenta. Należało przestrzegać reguły *pięć W*, tj. właściwy lek, właściwa dawka (przepisana ilość), właściwy czas (godzina), właściwa postać leku (np. tabletki, drażetki) i właściwy pacjent (kontrola danych osobowych).

(akta kontroli str. 170-171, 638-644)

W trakcie oględzin przeprowadzonych na Oddziale Internistyczno-Endokrynologicznym oraz Oddziale Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu nie były przygotowywane żadne leki. Pielęgniarki oddziałowe opisały przyjęty system przygotowywania leków dla pacjentów ze wskazaniem miejsca ich przygotowywania i wykorzystywanego sprzętu.

Na Oddziale Internistyczno-Endokrynologicznym leki doustne dla pacjentów przygotowywane były przez wyznaczoną każdego dnia rano pielęgniarkę dla danej sali chorych. Pielęgniarka Oddziałowa wskazała, że leki są przygotowywane z wykorzystaniem plastikowych kieliszków jednorazowych na specjalnym wózku, gdzie w oddzielnych przegrodach umieszczana jest karteczka z nazwiskiem pacjenta i numerem sali oraz kieliszek z lekami. Bezpośrednio po przygotowaniu leków pielęgniarka podaje leki pacjentom. W gabinecie zabiegowym znajdowała się szafa, w której były przechowywane płyny infuzyjne, leki i inne akcesoria niezbędne do podania leków iniekcyjnych. W trakcie oględzin jeden z pacjentów Oddziału miał podawaną kroplówkę z płynem infuzyjnym i wstrzykniętym lekiem. Na butelce leku iniekcyjnego znajdowała się oryginalna nalepka z danymi dotyczącymi płynu infuzyjnego oraz naniesione czarnym markerem dane zawierające imię i nazwisko pacjenta oraz dane dotyczące wstrzykniętego leku, w tym jego dawka.

Na Oddziale Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu leki doustne dla pacjentów są przygotowywane i podawane na podstawie karty zleceń lekarskich przez wyznaczoną danego dnia pielęgniarkę. Pielęgniarka Oddziałowa wskazała, że leki są przygotowywane i umieszczane na specjalnej tacy w pojemnikach na leki, podpisanych imieniem i nazwiskiem pacjenta. Bezpośrednio po przygotowaniu leków pielęgniarka podaje leki pacjentom. W gabinecie zabiegowym znajdowała się szafa, w której były przechowywane płyny infuzyjne, leki i inne akcesoria niezbędne do podania leków iniekcyjnych. W trakcie oględzin jeden z pacjentów Oddziału miał podawaną kroplówkę z lekiem iniekcyjnym. Na woreczku leku znajdowała się oryginalna nalepka/nadruk z danymi dotyczącymi leku, w tym jego objętość (dawka) oraz naniesione czarnym markerem dane zawierające imię i nazwisko pacjenta oraz datę podania.

(akta kontroli str. 175-176, 192-193)

7. Zgodnie ze standardem z 2009 LA 2 w szpitalu należy prowadzić ocenę błędów przedlaboratoryjnych. W szpitalu powinno prowadzić się okresową ocenę dotyczącą m.in.: przygotowania pacjentów do badań laboratoryjnych, pobierania materiału do badań laboratoryjnych, przechowywania i transportu materiału, przyjmowania materiału do badań oraz poprawności innych czynności mogących mieć wpływ na powstawanie błędów przedlaboratoryjnych.

W Szpitalu obowiązywała instrukcja postępowania w zakresie monitorowania błędów przedlaboratoryjnych z 3 października 2011 r. Zgodnie z tą instrukcją:

- pracownik laboratorium przyjmujący materiał do badań był zobowiązany do sprawdzenia obecności błędów popełnionych do momentu dostarczenia materiału,
- każdy zauważony błąd przedlaboratoryjny należało odnotować w *Księżce monitorowania błędów przedlaboratoryjnych* (zapis obejmował datę i godzinę dostarczenia próbki, nazwisko i imię pacjenta, nr próbki, rodzaj stwierdzonego błędu, osobę przyjmującą zgłoszenie oraz osobę zgłaszającą),
- każdorazowo w przypadku odrzucenia próbki przesłanej do laboratorium wyznaczony pracownik laboratorium był zobowiązany do niezwłocznego przekazania tej informacji zleceńodawcy drogą telefoniczną i odnotowania tego faktu w *Księżce monitorowania błędów przedlaboratoryjnych* z podaniem daty przekazania informacji oraz danych osoby, która tę informację przyjęła.

(akta kontroli str. 303-306)

Medyczne Laboratorium Diagnostyczne, Pracownia Serologii Transfuzjologicznej Bank Krwi oraz Medyczne Laboratorium Mikrobiologiczne prowadziły w formie papierowej *Księgę monitorowania błędów przedlaboratoryjnych*, w których były odnotowane informacje wymagane ww. instrukcją, w tym rodzaj stwierdzonego błędu w podziale na: hemolizę, skrzep, brak materiału, błędy na skierowaniu i inne.

(akta kontroli str. 306-310)

W latach 2016-2018 w Szpitalu odnotowano łącznie 709 błędów przedlaboratoryjnych (0,04% ogółu wykonanych badań laboratoryjnych), z tego 368 w 2016 r., 190 w 2017 r. i 151 błędów w 2018 r. Liczba stwierdzonych błędów przedlaboratoryjnych w poszczególnych latach zmniejszała się sukcesywnie w porównaniu do roku poprzedzającego, tj. w 2017 r. była mniejsza o 48,4% w stosunku do 2016 r., a w 2018 r. – mniejsza o 20,5% w stosunku do 2017 r. i o 59% w porównaniu do 2016 r.

Najwięcej błędów przedlaboratoryjnych stwierdzono w Medycznym Laboratorium Diagnostycznym – łącznie 556 (78,4%) błędów przedlaboratoryjnych (w kolejnych latach: 291, 126 i 139 błędów). W Pracowni Serologii Transfuzjologicznej stwierdzono łącznie 81 (11,4%) błędów przedlaboratoryjnych (30, 44 i siedem), a w Medycznym Laboratorium Mikrobiologicznym – łącznie 72 (10,2%) błędy przedlaboratoryjne (47, 20 i pięć).

(akta kontroli str. 311-324)

Kierownik Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej wskazała, że okresowa ocena błędów przedlaboratoryjnych była przedstawiana na zebraniach kadry kierowniczej podczas tzw. przeglądów zarządzania. Pełnomocnik Dyrektora ds. SZJ wyjaśniła, że zadania związane z monitorowaniem błędów przedlaboratoryjnych, ich analizą oraz podejmowaniem działań zmierzających do ich minimalizacji należały do Kierownika Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej. Analizy w tym zakresie były ustnie przedstawiane podczas przeglądów zarządzania, a dodatkowo w razie potrzeby informacje takie były przekazywane Pełnomocnikowi Dyrektora ds. SZJ.

(akta kontroli str. 311-329, 763-765)

W ramach działań podejmowanych w celu ograniczenia błędów przedlaboratoryjnych Kierownik Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej oraz Kierownik Laboratorium Mikrobiologicznego przeprowadzały szkolenia dla pracowników medycznych Szpitala odpowiedzialnych za pobieranie oraz transport materiału do badań. W latach 2016-2018 Kierownik Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej przeszkoliła łącznie 44 osoby (13 w 2016 r., 16 w 2017 r. i 15 w 2018 r.), a Kierownik Laboratorium Mikrobiologicznego – łącznie 526 osób oraz dodatkowo 242 osoby w 2019 r.

(akta kontroli str. 330-334)

Ponadto w Szpitalu funkcjonowały procedury, które odnosiły się do kwestii mających wpływ na powstawanie błędów przedlaboratoryjnych, w tym:

- procedura pobierania materiału do badań laboratoryjnych, która obejmowała zagadnienia związane z przygotowaniem pacjenta, identyfikacją, pobieraniem materiału, zabezpieczeniem materiału, czasem transportu oraz dopuszczalnym zakresem temperatury,
- procedura przyjmowania materiału do badań laboratoryjnych oraz zlecania dodatkowych badań,
- procedura zlecania badań mikrobiologicznych, obejmująca skierowanie na badanie mikrobiologiczne, pobieranie materiałów do badań mikrobiologicznych oraz przechowywanie i transport materiału do badań.

(akta kontroli str. 244-274)

8. Zgodnie ze standardem z 2009 DO 3 pacjenci powinni otrzymywać praktyczne informacje na temat badań radiologicznych. Pacjenci powinni otrzymać pisemną informację na czym polega badanie oraz w jaki sposób należy się do niego przygotować. Informacja powinna być dostępna w oddziałach, w ambulatorium i w pracowni.

W Szpitalu obowiązywała *Księga Procedur Zakładu Diagnostyki Obrazowej (ZDO)* z 28 maja 2014 r., która dotyczyła skierowań, na podstawie których wykonywane były procedury diagnostyczne w ZDO oraz *Księga Instrukcji Ogólnych ZDO* z 30 września 2015 r. obejmująca m.in. instrukcje postępowania z pacjentem oraz ze skierowaniem, zakres odpowiedzialności i uprawnień, regulamin pracowni RTG, a także instrukcje ochrony radiologicznej.

Zgodnie z instrukcją postępowania z pacjentem pacjenci z oddziałów szpitalnych wzywani byli na badanie radiologiczne przez technikę RTG na podstawie wcześniej dostarczonego do rejestracji skierowania lub zgłaszali się bezpośrednio do Pracowni RTG, USG, KT, DNS pod opieką osoby wyznaczonej z danego oddziału. Pacjenci, u których miało być wykonane badanie z użyciem środków kontrastowych wymagały wcześniejszego przygotowania, o czym mieli być poinformowani przez osobę rejestrującą. Przed oraz podczas wykonywania badania pacjent miał być informowany o sposobie jego wykonania przez osobę wykonującą badanie (lekarz, technik). Na podstawie skierowania osoba wykonująca badanie uzyskiwała informacje konieczne do prawidłowego przeprowadzenia danej procedury.

(akta kontroli str. 510-513, 514-523)

Z wyjaśnień uzyskanych w trakcie oględzin przeprowadzonych na dwóch wybranych oddziałach wynikało, że w przypadku zlecenia badania radiologicznego (zdjęcia rtg), a także wykonania tomografii komputerowej (TK) po podjęciu decyzji przez lekarza o potrzebie wykonania takich badań, lekarz informował ustnie pacjenta o potrzebie wykonania badania i sposobie jego wykonania, a następnie zlecał jego wykonanie. W przypadku TK z kontrastem lekarz dodatkowo przed zleceniem badania analizował ewentualne przeciwwskazania do podania środka kontrastowego oraz odbierał pisemną zgodę pacjenta na podanie kontrastu (formularz zgody znajdował się na rewersie skierowania). W zakresie poinformowania i przygotowania pacjenta do wykonania badania radiologicznego podano, że personel Oddziału czynnie uczestniczył w przygotowaniu pacjenta.

(akta kontroli str. 172-173, 181-185, 190, 198-201)

Szczegółowy opis dotyczący nieprzekazywania pacjentom pisemnych informacji na czym polega badanie radiologiczne oraz w jaki sposób należy się do niego przygotować przedstawiono w dalszej części wystąpienia.

9. Zgodnie ze standardem z 2009 PJ 4.1 w oparciu o dane uzyskane z monitorowania jakości w szpitalu prowadzone są projekty poprawy. Projekty,

prorowadzone zgodnie z metodologią poprawy jakości E. Deming'a (cykl PDCA: zaplanuj, wykonaj, sprawdź, zastosuj) mogą być realizowane tak na poziomie oddziału jak i szpitala.

W Szpitalu obowiązywał *Program restrukturyzacji organizacyjnej i logistycznej Szpitala* z listopada 2016 r., który obejmował działania mające na celu poprawę efektywności wykorzystania istniejącej infrastruktury technicznej Szpitala, a przede wszystkim poprawę jakości i skuteczności świadczonych usług zdrowotnych, zarówno przez lepsze warunki udzielania świadczeń, jak również poszerzenie możliwości szybkiej nowoczesnej diagnostyki. Działania restrukturyzacyjne obejmowały trzy najważniejsze zagadnienia zdrowotne do rozwiązania w najbliższych latach, tj. opiekę nad osobami starszymi, choroby onkologiczne oraz opiekę psychiatryczną. Podstawowymi przesłankami do zidentyfikowania tych działań była aktualna sytuacja epidemiologiczna na terenie powiatu gorlickiego oraz powiatów sąsiednich. Ujęte w tym Programie działania restrukturyzacyjne obejmowały utworzenie Centrum Opieki nad Osobami Starszymi¹⁹, Powiatowego Centrum Zdrowia Psychicznego²⁰ oraz Centrum Wczesnej Diagnostyki Onkologicznej i Ambulatoryjnych Świadczeń Zabiegowych²¹. Wartość zadań ujętych w ww. Programie restrukturyzacji wyceniono na 12 664,3 tys. zł, a po przeprowadzeniu postępowań przetargowych wartość ta wyniosła 11 520,2 tys. zł. Zadania te były realizowane w ramach projektu pn. *Podniesienie funkcjonalności Szpitala Specjalistycznego im. Henryka Klimontowicza w Gorlicach w celu dostosowania do aktualnych trendów demograficzno-epidemiologicznych*, dofinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020. Umowa o dofinansowanie została zawarta 11 maja 2018 r. Do dnia kontroli (31 maja 2019 r.) łączne nakłady poniesione na realizację zadań ujętych w Programie restrukturyzacji wyniosły 6 559,9 tys. zł, a uzyskane dofinansowanie wyniosło 3 584,9 tys. zł.

(akta kontroli str. 460-473, 474-477, 787, 788-789, 791-800, 802-806)

W dniu 30 listopada 2017 r. Szpital zawarł porozumienie z CMJ o udziale w projekcie pn. *Wsparcie szpitali we wdrażaniu standardów jakości i bezpieczeństwa opieki* w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 (PO WER), część *Zespoły Szybkiego Reagowania (ZSR)*. Projekt ten był współfinansowanym ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego. Celem tego porozumienia było określenie zasad postępowania, obowiązków stron oraz zasad finansowania uczestnictwa w tym projekcie. Realizatorem tego projektu było CMJ. Szpital był w całości zwolniony z kosztów udzielonego wsparcia i nie ponosił żadnych kosztów udziału w projekcie. Udzielone w ramach tego projektu wsparcie obejmowało przeprowadzenie dwudniowego szkolenia specjalistycznego w siedzibie Szpitala dla personelu medycznego z zakresu ZSR, jednodniowe seminarium wieloosrodkowe służące bezpośredniej wymianie doświadczeń z wdrażania w szpitalach systemu ZSR oraz konsultacje dotyczące uruchomienia systemu ZSR prowadzone w siedzibie szpitali. Zgodnie z porozumieniem, zmienionym aneksem z 26 marca

¹⁹ W tym modernizacja pomieszczeń Oddziału Medycyny Paliatywnej, poprawa funkcjonalności oraz warunków pobytu i leczenia w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym, a także poprawa funkcjonalności istniejących poradni specjalistycznych związanych z opieką nad osobami starszymi.

²⁰ W tym modernizacja Oddziału Psychiatrycznego, poprawa jakości leczenia i pobytu pacjentów na Oddziale Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych oraz utworzenie kompleksu Ambulatoryjnej Opieki Psychiatrycznej w budynku Starego Szpitala (Poradnia Zdrowia Psychicznego, Zespół Leczenia Środowiskowego, Poradnia Psychologiczna, Dzienny Oddział Psychiatrii).

²¹ W ramach którego miał powstać Zespół pracowni endoskopowych, składający się z pracowni bronchoskopii, endoskopii górnego odcinka przewodu pokarmowego, kolonoskopii, a także gabinet diagnostyki onkologii ginekologicznej oraz gabinet diagnostyczno-zabiegowy z niezbędnym zapleczem i wyposażeniem do ambulatoryjnej działalności zabiegowej.

2019 r., system ZWR miał być wdrażany do 30 listopada 2019 r. Do zadań Szpitala należało m.in. zorganizowanie systemu ZSR według koncepcji projektu oraz oddelegowanie i zapewnienie udziału swoich przedstawicieli, pracowników medycznych (ok. 30 osób), w tym lekarzy w szkoleniu nt. ZSR. W ramach realizowanego projektu 52 pracowników Szpitala zostało przeszkolonych w zakresie systemu działania ZSR, korzyści z jego wprowadzenia oraz działań koniecznych do jego funkcjonowania.

(akta kontroli str. 738-758, 790)

W związku z realizacją ww. porozumienia, w celu poprawy jakości leczenia i bezpieczeństwa pacjentów, Dyrektor Szpitala zarządzeniem z 21 czerwca 2018 r. powołał Zespół Wczesnego Reagowania (ZWR), którego głównymi zadaniami były:

- wczesna identyfikacja zagrożonych gwałtownym pogorszeniem stanu zdrowia lub zatrzymaniem krążenia/oddychania oraz ich szybkie leczenie,
- poprawa komunikacji między personelem oddziałów szpitalnych i Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii,
- poprawa poczucia bezpieczeństwa personelu medycznego, pacjentów i ich bliskich,
- racjonalizacja przyjęć pacjentów na Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii poprzez identyfikację pacjentów nie odnoszących korzyści z intensyfikacji leczenia (tzw. terapia daremna).

(akta kontroli str. 383-396)

Pełnomocnik Dyrektora ds. SZJ wskazała, że Szpital jako jeden z 25 szpitali w Polsce, po pozytywnym wyniku rekrutacji, realizował projekt z zakresu utworzenia ZSR (aktualizacja nazewnictwa na ZWR). Projekt ten decyzją Dyrektora Szpitala oraz członków Zespołu ds. jakości na posiedzeniu z 22 lutego 2018 r. został ustanowiony *Projektem poprawy jakości na lata 2018-2019*. Został opracowany harmonogram działań obejmujący: opracowanie dokumentu regulującego działanie ZWR, szkolenia personelu, wyposażenie Zespołu, powołanie i rozpoczęcie funkcjonowania ZWR, rozpowszechnienie wiedzy (ulotki, numer telefonów itp.), zbieranie miesięcznych danych dotyczących wpływu ZWR na pracę personelu i bezpieczeństwo pacjentów oraz analiza końcowa i podjęcie decyzji odnośnie do stałego funkcjonowania ZWR w Szpitalu.

(akta kontroli str. 763)

W okresie od lipca 2018 r. do maja 2019 r. ZWR był wzywany 52 razy, z tego 28 razy w 2018 r., a 24 razy w 2019 r. Najczęściej był wzywany na Oddział Internistyczno-Kardiologiczny oraz Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu.

(akta kontroli str. 759-762)

10. Zgodnie ze standardem z 2009 PJ 3 w szpitalu regularnie prowadzi się ocenę opinii pacjentów. Ocena opinii pacjentów powinna być prowadzona regularnie, przynajmniej raz w roku.

W okresie objętym kontrolą w Szpitalu funkcjonował powołany przez Dyrektora Szpitala Zespół ds. badania satysfakcji pacjentów z 27 marca 2014 r. Do jego obowiązków należało opracowanie ankiet, określenie sposobu prowadzenia badań satysfakcji pacjentów oraz analiza wyników badania satysfakcji pacjentów, wyciąganie wniosków oraz przedkładanie ich Dyrekcji Szpitala oraz Komitetowi Jakości. Zespół ten raz w roku przeprowadzał wśród pacjentów Szpitala badanie ankietowe satysfakcji pacjentów. Badanie to przeprowadzano drogą elektroniczną poprzez zamieszczenie na stronie internetowej Szpitala stosownej ankiety, rozdanie ankiet wśród pacjentów oraz włożenie ankiet do skrzynek, znajdujących się na terenie Szpitala. Badaniem ankietowym na oddziałach szpitalnych objęto m.in. takie zagadnienia jak: przesłanki wyboru szpitala, ocena przyjęcia i pobytu w oddziale

szpitalnym (przyjęcie do oddziału, warunki pobytu w oddziale, ocena personelu medycznego) oraz ocena leczenia bólu pooperacyjnego/przewlekłego. Każdego roku Zespół ds. badania satysfakcji pacjentów sporządzał sprawozdanie/raport podsumowujące prace Zespołu, który przedkładał Pełnomocnikowi Dyrektora ds. SZJ. W sprawozdaniach tych analizowano wyniki badań satysfakcji pacjentów na oddziałach, w poradniach specjalistycznych oraz innych komórkach (diagnostyka laboratoryjna i diagnostyka obrazowa). Przykładowo według sprawozdania z badania satysfakcji za 2016 i 2017 r. średnia ocen²² jakości usług medycznych (w skali od 2 do 5 pkt) na oddziałach szpitalnych wyniosła odpowiednio 4,76 pkt i 4,64 pkt, a głównymi przesłankami wyboru Szpitala były: dogodna lokalizacja, zasoby kadrowe oraz zasoby sprzętowe i lokalowe. W rekomendacjach z badania przeprowadzonego w 2016 r. zalecono kierownikom komórek organizacyjnych zapoznanie z raportem podległych pracowników oraz przeanalizowanie obszarów, które zostały ocenione źle i dostatecznie i podjęcie działań w celu poprawy jakości świadczonych usług. W sprawozdaniu za 2017 r. nie zawarto zaleceń i rekomendacji, natomiast wyniki badań ankietowych przeprowadzonych w 2018 r. były w trakcie opracowywania.

(akta kontroli str. 274-302, 489-490)

Dyrektor Szpitala wskazał, że w trakcie przeglądu SZJ w 2017 r. kierownicy komórek organizacyjnych zostali zapoznani z wynikami badania satysfakcji pacjenta i zostali zobowiązani do realizacji wniosków zawartych w raporcie. Wersja elektroniczna raportu z prac Zespołu została udostępniona dla pozostałych pracowników na portalu wewnętrznym Szpitala.

(akta kontroli str. 813-815, 816)

Z przeprowadzonych przez NIK w trakcie niniejszej kontroli badań ankietowych²³ wśród pacjentów Szpitala wynikało, że:

- na 36 udzielonych odpowiedzi, w 21 (58,3%) przypadkach ankietowani podali, że przy wyborze szpitala miało znaczenie posiadanie przez Szpital certyfikatu akredytacyjnego, w 11 (30,6%) nie miało to znaczenia, natomiast cztery (11,1%) osoby wskazały odpowiedź *nie miałem możliwości wyboru szpitala*;
- w 36 (97,3%) przypadkach ankietowani podali, że w związku z przyjęciem do Szpitala byli informowani o prawach i obowiązkach pacjenta, a informacja w tym zakresie była czytelna i łatwo dostępna w miejscu pobytu pacjenta, natomiast jedna (2,7%) odpowiedź w tym zakresie była negatywna. Spełnienie wymagań standardu PP 1 *Każdy pacjent jest informowany o przysługujących mu prawach i obowiązkach* było objęte badaniem w niniejszej kontroli. Podczas procedury certyfikacyjnej z 2013 i 2017 r. standard ten był oceniony jako spełniony (5 pkt);
- we wszystkich przypadkach ankietowani podali, że w czasie pobytu w szpitalu otrzymywali zrozumiałą informację o stanie zdrowia oraz mieli zapewnioną możliwość odwiedzin. Podczas procedury certyfikacyjnej z 2013 i 2017 r. standard PP 3 *Pacjenci otrzymują zrozumiałe informacje o stanie zdrowia* oceniono jako spełniony;
- we wszystkich przypadkach ankietowani podali, że w czasie pobytu w Szpitalu mieli zapewnioną możliwość odwiedzin. Standard PP 14 *Pacjenci mają zapewnioną możliwość odwiedzin* oceniono jako częściowo spełniony podczas procedury certyfikacyjnej w 2013 r., a następnie jako spełniony w 2017 r.;
- w 36 (97,3%) przypadkach ankietowani podali, że podczas pobytu w Szpitalu pomieszczenia szpitalne były czyste, prawidłowo ogrzane i wentylowane,

²² W 2016 r. rozdano 750 ankiet, spośród których zwrócono 435 ankiet (58%), a w 2017 r. rozdano 650 ankiet, spośród których zwrócono 367 ankiet (56,4%).

²³ Rozdano wśród pacjentów 50 ankiet, zwrócono 37.

a w jednym (2,7%) przypadku – że pomieszczenia były brudne. Podczas procedury certyfikacyjnej z 2013 i 2017 r. standard ŚO 15 *Pomieszczenia szpitala są czyste, prawidłowo ogrzane i wentylowane* oceniono jako spełniony.
(akta kontroli str. 487, 548-556)

11. Zgodnie ze standardem z 2009 OD 4 w szpitalu należy zapewnić warunki do higienicznego przechowywania żywności pacjentów. Należy opracować i wdrożyć procedury utrzymania higieny w miejscach przechowywania żywności pacjentów oraz procedury postępowania z produktami łatwo psującymi się.

W Szpitalu obowiązywała *Procedura dystrybucji potraw z kuchni i ich ekspedycji w oddziałach szpitalnych* z 24 października 2016 r. Zawierała one m.in. informacje dla pacjentów dotyczące produktów, które można przechowywać w oddziale oraz postępowania z produktami łatwo psującymi się, a także instrukcję przechowywania produktów w lodówce w oddziale Szpitala. Zgodnie z tą instrukcją:

- w każdym oddziale miała znajdować się lodówka do przechowywania żywności pacjentów,
- produkty żywnościowe pacjentów przekazane do przechowywania w lodówce miały być w zamkniętym, oryginalnym opakowaniu, z oznaczoną datą przydatności do spożycia oraz opisane imieniem i nazwiskiem pacjenta,
- bezpieczeństwo przechowywania produktów żywnościowych miała zapewniać codzienna kontrola i monitorowanie temperatury lodówki, a także codzienna kontrola przechowywanych produktów (zadania pracownika firmy zewnętrznej),
- nieodebrane przez pacjenta po wypisie ze Szpitala produkty miały być usuwane w dniu wypisu pacjenta do odpadów pokonsumpcyjnych.

(akta kontroli str. 165-169)

W wyniku przeprowadzonych oględzin stwierdzono, że na kontrolowanych oddziałach zapewniono pacjentom warunki do przechowywania żywności w sposób wynikający z procedury wewnętrznej Szpitala w tym zakresie oraz standardu OD 4.

(akta kontroli str. 176, 193-194)

12. Zgodnie ze standardem z 2009 ZZ 9 w szpitalu prowadzi się badania satysfakcji zawodowej personelu. Badanie satysfakcji zawodowej powinno być prowadzone przynajmniej raz w roku. Wyniki badania powinny podlegać analizie, na podstawie której kierownictwo szpitala wyciąga wnioski i podejmuje stosowne działania.

W Szpitalu nie były opracowane wewnętrzne uregulowania dotyczące przeprowadzania badania satysfakcji zawodowej personelu. Kierownik Działu Kadr wyjaśniła, że badania satysfakcji personelu przeprowadzano w uzgodnieniu z Dyrektorem Szpitala raz w roku, w oparciu o ankiety opracowane przez Dział Kadr. Były one skierowane do wszystkich pracowników Szpitala, dobrowolne i anonimowe.

W okresie objętym kontrolą każdego roku przeprowadzono badanie ankietowe satysfakcji zawodowej personelu, które obejmowało m.in. ocenę:

- miejsca pracy pod względem wyposażenia, estetyki i czystości,
- atmosfery panującej w Szpitalu, relacji i współpracy między pracownikami i przełożonymi oraz między poszczególnymi komórkami organizacyjnymi,
- znajomości zadań i obowiązków oraz wykorzystywania własnych kwalifikacji,
- rozwoju zawodowego i zależności między płacą a osiąganymi wynikami pracy,
- zadań, które są ważne dla poprawy współpracy w Szpitalu.

(akta kontroli str. 344-379)

Z przeprowadzonych badań wynikało m.in., że:

- wyposażenie swojego stanowiska pracy – *dobrze i bardzo dobrze* w 2016 r. oceniło 86% ankietowanych, w 2017 r. 79,5%, a w 2018 r. 83% badanych,

- estetykę i czystość miejsca pracy *dobrze i bardzo dobrze* w 2016 r. oceniło 88,9% ankietowanych, w 2017 r. 84,3%, a w 2018 r. 84% badanych,
- panującą atmosferę w Szpitalu jako *dobrą i bardzo dobrą* w 2016 r. oceniło 52,4% ankietowanych, w 2017 r. 43,3%, a w 2018 r. 59% badanych,
- współpracę między działami/oddziałami jako *dobrą i bardzo dobrą* w 2016 r. oceniło 72% ankietowanych, w 2017 r. 59%, a w 2018 r. 71% badanych;
- na znajomość własnych obowiązków *raczej tak i tak* wskazało w poszczególnych latach od 99 do 100% ankietowanych,
- wykorzystanie swoich umiejętności na poziomie *dobrym i bardzo dobrym* w 2016 r. oceniło 95,1% badanych, w 2017 r. 94%, a w 2018 r. 98% osób,
- na możliwość rozwoju zawodowego w 2016 r. wskazało 57,9% ankietowanych, w 2017 r. 61,5%, a w 2018 r. 70% badanych,
- relacje między płacą a osiągniętymi wynikami pracy *dobrze i raczej dobrze* w 2016 r. oceniło 21,5% ankietowanych, w 2017 r. 18,1%, a w 2018 r. 35% osób (*słabo i raczej słabo* odpowiednio: 75,7%, 78,3% i 56% badanych),
- zatrudnienie w Szpitalu poleciłoby swoim znajomym w 2016 r. 70,2% ankietowanych, w 2017 r. 73,5%, a w 2018 r. 81% badanych.

Jako ważne dla poprawy współpracy w Szpitalu ankietowani wskazali m.in. na usprawnienie przepływu informacji, usprawnienie współpracy z innymi komórkami, przestrzeganie procedur, a także organizowanie imprez integracyjnych.

(akta kontroli str. 365-379)

Na podstawie przeprowadzonych badań ankietowych Kierownik Działu Kadr wysunęła wniosek, że pracownicy są niezadowoleni z otrzymywanego wynagrodzenia, oraz że należy podjąć działania w kierunku usprawnienia współpracy między komórkami organizacyjnymi Szpitala oraz lepszego przepływu informacji pomiędzy nimi. W 2018 r. w ramach realizacji wniosków podwyższono wynagrodzenia pracowników oraz zalecono zwrócenie uwagi pracownikom Szpitala na korzystanie z portalu szpitala, pozwalającego na bezpapierowy obieg dokumentów, co miało usprawnić przepływ informacji.

(akta kontroli str. 364-365, 378-379)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. W trakcie oględzin przeprowadzonych 29 maja 2019 r. na dwóch wybranych oddziałach stwierdzono, że w zestawach przeciwwstrząsowych brakowało niektórych pozycji ujętych w obowiązującym w Szpitalu wykazie sprzętu i aparatury niezbędnej w stanach zagrożenia życia, tj.:
 - na Oddziale Internistyczno-Endokrynologicznego brakowało kaniul dożylnych białych (2 szt.) oraz strzykawki o pojemności 2 ml. W tym zakresie Pielęgniarka Oddziałowa wyjaśniła, że w Oddziale bardzo rzadko stosowane są kaniule dożylnie białe i strzykawki o pojemności 2 ml. Wskazała, że w zestawie znajdują się cztery kaniule dożylnie różowe, a wymagane są dwie sztuki oraz większa niż wymagana liczba strzykawek o większej pojemności, tj. pięć zamiast dwóch strzykawek o pojemności 20 ml, 10 zamiast dwóch strzykawek o pojemności 10 ml oraz pięć zamiast jednej strzykawki o pojemności 5 ml.
 - na Oddziale Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu brakowało płynu do odkażania skóry i w tym zakresie Pielęgniarka Oddziałowa wyjaśniła, że znajdował się on w punkcie pielęgniarskim usytuowanym naprzeciwko sali wzmożonego nadzoru, w której znajdował się zestaw przeciwwstrząsowy.

Ponadto w zestawach przeciwwstrząsowych zamiast wskazanego w wykazie płynu infuzyjnego znajdował się płyn infuzyjny o takiej samej pojemności, ale o innej

nazwie. Zastępca Dyrektora ds. Medycznych wyjaśniła, że w Szpitalu wycofano się ze stosowania wskazanego w wykazie płynu infuzyjnego z uwagi na jego skutki uboczne (m.in. uczulenia na skrobię) i podjęto decyzję o stosowaniu zamiennika, który był również rekomendowany do stosowania przez anestezjologów.

Zgodnie ze standardem OP 4.1 leki i materiały stosowane w stanach nagłego zagrożenia życia miały być stale dostępne w miejscach świadczenia opieki. Lek i materiały powinny być przechowywane w sposób funkcjonalny, umożliwiający szybkie dotarcie do pacjenta oraz dogodne korzystanie z zestawu.

Obowiązująca w Szpitalu *Księga procedur ogólnoszpitalnych* z 1 czerwca 2016 r. zawierała wykaz sprzętu i aparatury niezbędnych w stanach zagrożenia życia, dostępnych w komórkach organizacyjnych udzielających pacjentom świadczeń medycznych oraz wykaz produktów leczniczych wchodzących w skład zestawu przeciwwstrząsowego ratującego życie.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że braki w zestawach przeciwwstrząsowych wykazane podczas oględzin 29 maja 2019 r. zostały uzupełnione jeszcze w tym samym dniu. Wskazał, że stwierdzone braki nie miały wpływu na bezpieczeństwo pacjentów, były dostępne w miejscu udzielania świadczeń wiadomym dla personelu, co umożliwiało ich szybkie użycie. Podał również, że wykaz sprzętu i aparatury niezbędnej w stanach zagrożenia życia oraz produktów leczniczych wchodzących w skład zestawu przeciwwstrząsowego ratującego życie pozostawał w trakcie aktualizacji, ze względu na dostępność leków na rynku. Wyjaśnił także, że niezaktualizowanie wykazu produktów leczniczych wchodzących w skład zestawu przeciwwstrząsowego ratującego życia wynikało z oczekiwania na zmianę przepisów prawa i ich dostosowania do zaleceń i rekomendacji towarzystw naukowych.

(akta kontroli str. 137-139, 163, 172-175, 187-192, 203-204, 813-816, 824-825)

2. W trakcie oględzin przeprowadzonych na Oddziale Internistyczno-Endokrynologicznym 29 maja 2019 r. stwierdzono, że w zestawie przeciwwstrząsowym umieszczone było opakowanie adrenaliny (seria i nr: 01EL0318, data ważności: marzec 2021 r.), na którym nie było oznaczenia daty umieszczenia leku w zestawie, tj. daty wyjęcia z lodówki. W tej sprawie pielęgniarka z Oddziału wyjaśniła, że osobiście wyjmowała ten lek z lodówki 23 maja 2019 r. (tj. sześć dni przed oględzinami) i w trakcie oględzin naniosła na opakowanie adrenaliny brakującą datę wyjęcia z lodówki. Według charakterystyki produktu leczniczego *adrenalinum* dopuszczalny okres przechowywania poza lodówką wynosi 6 miesięcy. Według przedłożonej w trakcie oględzin dokumentacji dotyczącej kontroli zestawu przeciwwstrząsowego ostatnia kontrola była przeprowadzona 1 maja 2019 r. Wówczas w zestawie przeciwwstrząsowym znajdowała się adrenalina z datą ważności: lipiec 2021 r.

Pielęgniarka Oddziałowa wskazała, że pielęgniarka, która w trakcie oględzin naniosła na opakowanie adrenaliny brakującą datę wyjęcia z lodówki, w dniu 23 maja 2019 r. po przeprowadzeniu reanimacji wyjęła adrenalinę z lodówki i umieściła ją w zestawie przeciwwstrząsowym. Wyjaśniła, że brak oznaczenia daty umieszczenia leku w zestawie był spowodowany dużą ilością zadań w czasie dyżuru. Podała również, że reanimacja pacjentki, której podano lek była skuteczna i pacjentka została przewieziona na Oddział Intensywnej Opieki Medycznej.

(akta kontroli str. 189-192, 195-196, 202, 625, 626)

3. W Szpitalu pacjenci przebywający na kontrolowanych oddziałach byli ustnie informowani przez lekarza o potrzebie wykonania badania radiologicznego oraz sposobie jego wykonania, podczas gdy zgodnie ze standardem z 2009 DO 3

pacjenci powinni otrzymać pisemną informację na czym polega badanie oraz w jaki sposób należy się do niego przygotować. Informacja powinna być dostępna w oddziałach, w ambulatorium i w pracowni. W 2017 r. podczas przeprowadzanej procedury akredytacyjnej CMJ ocenił, że tym zakresie postępowano w pełni zgodnie z ww. standardem.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że w 2017 r. informacje na czym polega badanie radiologiczne były opracowane, dostępne i przekazywane pacjentom. Nadal są dostępne na portalu wewnętrznym Szpitala, jednak z niewyjaśnionych przyczyn personel zaniechał przekazywania pisemnych informacji dla pacjenta. Aktualnie informacje w wersji papierowej zostały przekazane na każdy oddział, do poradni specjalistycznej oraz do pracowni, a personel został zobligowany do udostępniania tych informacji pacjentom.

(akta kontroli str. 172-173, 181-185, 190, 198-201, 813-815, 816-823)

OCENA CZĄSTKOWA

Najwyższa Izba Kontroli ocenia, że w efekcie przystąpienia Szpitala do procesu akredytacji aktualizowano i realizowano procedury i analizy zapewniające podejmowanie działań wpływających na poprawę jakości świadczonych usług. Zapewniono ciągłość działania z wykorzystaniem procedur wdrożonych w czasie obowiązywania poprzedniego certyfikatu akredytacyjnego. Szpital realizował świadczenia zdrowotne oraz prowadził działalność z zachowaniem wybranych do kontroli 11 standardów akredytacyjnych, ocenionych jako w pełni zgodne ze standardem podczas procedury akredytacyjnej przeprowadzonej w 2017 r. oraz trzech standardów objętych badaniem ankietowym w trakcie niniejszej kontroli. W badaniu ankietowym pacjenci pozytywnie ocenili spełnienie standardów dotyczących praw pacjenta i zarządzania środowiskiem opieki. Szpital dwukrotnie poddał się ocenie przez CMJ w zakresie spełnienia standardów akredytacyjnych. W latach 2013-2017, tj. w okresie pomiędzy terminami przeprowadzenia kolejnych wizyt akredytacyjnych, ocena stopnia spełnienia wszystkich standardów wzrosła z 76 do 80%. Podmiot akredytacyjny odnotował polepszenie działalności Szpitala, w tym w zakresie dwóch z 13 standardów objętych szczegółowym badaniem NIK poprzez prowadzenie projektów poprawy jakości oraz w zakresie zapewnienia pacjentom możliwości odwiedzin.

OBSZAR

2. Wpływ wprowadzenia standardów akredytacyjnych na sytuację ekonomiczną Szpitala

Opis stanu faktycznego

W związku z przygotowaniem do procedury akredytacyjnej oraz przeprowadzeniem certyfikacji Szpital poniósł jedynie koszt opłaty akredytacyjnej, stanowiącej wynagrodzenie dla CMJ za przeprowadzenie procedury oceniającej spełnienie przez Szpital standardów akredytacyjnych w 2017 r. w wysokości 46,2 tys. zł. Koszt ten stanowił 0,05% kosztów działalności operacyjnej Szpitala (pomniejszonych o amortyzację) poniesionych w 2017 r. (92 884,3 tys. zł).

Dodatkowo do kosztów związanych z akredytacją zaliczono częściowo wynagrodzenie Pełnomocnika Dyrektora ds. SZJ oraz premie dla audytorów wewnętrznych za wykonywanie zadań związanych z zarządzaniem jakością, które w latach 2016-2018 wyniosły łącznie 162,1 tys. zł i stanowiły 0,06% kosztów działalności operacyjnej Szpitala (pomniejszonych o amortyzację) poniesionych w latach 2016-2018 (291 753,2 tys. zł).

Ponadto w latach 2013-2019 Szpital poniósł wydatki związane z modernizacją Szpitala i doposażeniem w sprzęt i aparaturę medyczną, które podnosiły jakość świadczonych usług medycznych i zapewniały funkcjonowanie jednostki zgodnie ze standardami akredytacyjnymi. Wyniosły one łącznie 28 724,4 tys. zł, z tego 15 862,2 tys. zł na modernizację budynków szpitalnych oraz 12 862,2 tys. zł na

zakup sprzętu medycznego i wyposażenia²⁴. Wydatki te poniesione w latach 2016-2018 wyniosły łącznie 12 300,6 tys. zł, z tego 4 521,5 tys. zł na modernizację budynków, a 7 779,1 tys. zł na zakup sprzętu i aparatury medycznej.

W ramach realizowanego *Programu restrukturyzacji organizacyjnej i logistycznej infrastruktury Szpitala na lata 2016-2020*, który zakładał utworzenie Centrum Opieki nad Osobami Starszymi, Centrum Zdrowia Psychicznego oraz Centrum Wczesnej Diagnostyki Onkologicznej i Ambulatoryjnych Świadczeń Zabiegowych do dnia kontroli (31 maja 2019 r.) poniesiono nakłady w wysokości 6 559,9 tys. zł. Uzyskane dofinansowanie w ramach realizowanego projektu wyniosło 3 584,9 tys. zł.

(akta kontroli str. 445-458, 459-477, 645-702, 802-806)

Pełnomocnik Dyrektora ds. SZJ wskazała, że badanie satysfakcji pacjenta, badanie poziomu zadowolenia personelu oraz tworzenie procedur w Szpitalu było wykonywane przez personel szpitala w ramach obowiązków służbowych. Nie zlecano tych zadań do realizacji zewnętrznym podmiotom i nie ponoszono żadnych kosztów w tym zakresie. Podała, że za przeprowadzanie badania satysfakcji pacjenta odpowiadał Zespół ds. badania satysfakcji pacjenta, którego członkami są pracownicy Szpitala, za przeprowadzanie badania poziomu zadowolenia personelu odpowiadali pracownicy Działu Kadr, natomiast procedury wewnętrzne były tworzone przez personel Szpitala odpowiadający za przebieg danego procesu.

(akta kontroli str. 801)

Dyrektor Szpitala wskazał, że wprowadzenie standardów akredytacyjnych nie miało bezpośredniego wpływu na koszty funkcjonowania Szpitala. Jedynie koszty wizyty akredytacyjnej oraz częściowo wynagrodzenia Pełnomocnika Dyrektora ds. SZJ były bezpośrednio związane z akredytacją. Do kosztów nie wliczono nakładu pracy wszystkich pracowników Szpitala w zakresie wprowadzenia w życie regulacji wynikających z procesu akredytacji. Dyrektor Szpitala wskazał również, że akredytacja nie wiąże się bezpośrednio z kosztami zakupu sprzętu, aparatury medycznej, czy też zatrudnieniem dodatkowych pracowników, ponieważ wymogi w tym zakresie wynikają z przepisów prawa oraz regulacji Prezesa NFZ.

(akta kontroli str. 604, 606, 631)

W Szpitalu nie prowadzono wyodrębnionej ewidencji powtórnych nieplanowanych hospitalizacji oraz nie dokonywano analiz ponoszonych kosztów w tym zakresie. Na potrzeby niniejszej kontroli dokonano ustalenia kosztów przeprowadzenia powtórnych, nieplanowanych hospitalizacji w latach 2013-2018, które wyniosły łącznie 47 949,4 tys. zł. Nie były one związane z prowadzeniem działalności w sposób niezgodny ze standardami.

(akta kontroli str. 438-444, 628, 630)

W Szpitalu od 2010 r. funkcjonował Zespół ds. oceny przyjęć i wypisów pacjentów oraz Zespół ds. analizy skutków zabiegów chirurgicznych. Do zadań Zespołu ds. oceny przyjęć i wypisów pacjentów należało m.in. przeprowadzanie oceny nieplanowanych powtórnych hospitalizacji nie rzadziej niż raz do roku oraz przekazywanie wniosków z przeprowadzonych analiz Komitetowi Jakości, a od 5 kwietnia 2018 r. – przewodniczącemu Zespołu ds. jakości.

W latach 2016-2019 (do 30 czerwca) Zespół ds. oceny przyjęć i wypisów pacjentów sporządzał raporty za okresy półroczne, które zawierały m.in. analizę nieplanowanych powtórnych hospitalizacji na wybranych oddziałach. We wszystkich przeanalizowanych przypadkach stwierdzono, że ponowna hospitalizacja była uzasadniona. Raporty nie zawierały wniosków do realizacji. Przewodniczący

²⁴ W tym: zestaw endoskopowy z wyposażeniem (899 tys. zł), cyfrowy aparat RTG z ramieniem C (600 tys. zł), aparat RTG przyłóżkowy (445 tys. zł), aparat USG (280 tys. zł), ultrasonograf (109,1 tys. zł), 2 aparaty do znieczulenia (498,1 tys. zł), 2 ambulanse drogowe (558,5 tys. zł) oraz 2 ambulanse sanitarne (1 006 tys. zł).

Zespołu wyjaśnił, że nie formułowano wniosków do realizacji z uwagi na fakt, że przypadki powtórnych hospitalizacji uznano za zasadne.

(akta kontroli str. 397-421)

W toku akredytacji dokonanej w 2013 r. standard z 2009 PJ 2.4 *W Szpitalu regularnie analizuje się nieplanowane, powtórne hospitalizacje* został oceniony przez CMJ jako częściowo spełniony, natomiast w toku akredytacji dokonanej w 2017 r. – jako niespełniony. W tym zakresie Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że pogorszenie oceny w zakresie spełnienia standardu PJ 2.4 w 2017 r. w stosunku do 2013 r. wynikało z faktu, że odpowiedzialne za te zadania zespoły nie dokonywały analiz wynikających z tego standardu.

(akta kontroli str. 44-57, 85-94, 628-630)

Do zadań Zespołu ds. analizy skutków zabiegów operacyjnych należała m.in. analiza reoperacji w oparciu o przyjęte kryteria nie rzadziej niż dwa razy do roku. Wyniki analiz wraz z wnioskami z analizy miały być przekazywane Komitetowi Jakości, a od 5 kwietnia 2018 r. – przewodniczącemu Zespołu ds. poprawy jakości. Ponadto wyniki miały być prezentowane personelowi medycznemu danego oddziału oraz zespołowi bloku operacyjnego do końca lipca każdego roku za I półrocze oraz do końca stycznia następnego roku za II półrocze roku poprzedzającego.

Za lata 2016-2019 (do 30 czerwca) Zespół ds. analizy skutków zabiegów operacyjnych sporządził trzy raporty, tj. za 2016 r., I półrocze 2017 r. oraz za 2018 r. Raporty te zawierały nazwę oddziału, na którym badano przypadki ponownej reoperacji, liczbę kart poddanych analizie oraz powód ponownej reoperacji. Raporty nie zawierały wniosków, których realizacja pozwoliłaby w przyszłości ograniczyć liczbę reoperacji. Były przewodniczący Zespołu ds. analizy skutków zabiegów operacyjnych wyjaśnił, że ze względów zdrowotnych nie był w stanie zastosować się do przewidzianej cykliczności raportów, stąd za 2016 i 2018 r. dokonano analizy za cały rok, a także nie dokonano analizy za II półrocze 2017 r. Wskazał również, że wyniki analiz omówił z kierującymi oddziałami, którzy następnie mieli omówić je z pozostałym personelem oddziału. Pełniący w trakcie niniejszej kontroli funkcję przewodniczącego Zespołu ds. analizy skutków zabiegów operacyjnych wyjaśnił, że 15 kwietnia 2019 r. zgłosił do Działu Informatyki potrzebę zaimplementowania formularza dotyczącego zbierania informacji niezbędnych do rzetelnej oceny i analizy wykonanych w szpitalu reoperacji, jednak do 26 czerwca 2019 r. nie został taki formularz przygotowany (pomimo monitu z 13 czerwca 2019 r.), oraz że planowana analiza za I półrocze 2019 r. zostanie dokonana w terminie do 31 lipca 2019 r. pod warunkiem uzyskania z oddziałów niezbędnych danych. Wskazał również, że planowana jest zmiana wewnętrznych regulacji w tym zakresie.

(akta kontroli str. 423-444)

Koszty przeprowadzenia reoperacji w latach 2013-2018 wyniosły 1 080,2 tys. zł i dotyczyły 93 przypadków. Nie były one związane z prowadzeniem działalności w sposób niezgodny ze standardami.

(akta kontroli str. 437-444)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że wzrost wykazanych reoperacji od 2013 do 2018 r. jest związany z ich rzetelniejszym monitorowaniem oraz zwiększoną świadomością personelu na potrzebę odnotowywania tego faktu w dokumentacji i zgłaszania do analizy. Wyjaśnił również, że w okresie objętym kontrolą nie dokonywano w Szpitalu całościowej analizy w zakresie wykonanych reoperacji z przewidzianą w procedurach częstotliwością ponieważ Zespół powołany do realizacji tego zadania nie wywiązywał się ze swoich obowiązków. W związku z tym w celu poprawy działalności Zespołu podjęto decyzję o zmianie składu osobowego.

(akta kontroli str. 604, 606, 628, 630)

W latach 2016-2019 (do czerwca) wobec Szpitala zgłoszono 24 roszczenia/pozwy (z tego siedem w 2016 r., 10 w 2017 r. i siedem w 2018 r.), z czego w jednym przypadku wycofano pozew z przyczyn formalnych, w kolejnym przypadku zawieszono postępowanie, a w 22 przypadkach sprawa była w toku. Spośród tych spraw dziewięć roszczeń/pozwów dotyczyło okresu objętego kontrolą, z tego pięć dotyczyło 2016 r., a cztery – 2017 r. (nie było roszczeń i pozwów dotyczących 2018 i 2019 r.). Wszystkie te sprawy dotyczyły niezapewnienia oczekiwanej przez pacjentów jakości udzielanych świadczeń. W trakcie niniejszej kontroli pięć z tych spraw toczyło się przed sądem, a cztery²⁵ dotyczyły zdarzeń medycznych przez Wojewódzką Komisję ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w Krakowie. Pięć spraw dotyczyło Oddziału Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu, dwie sprawy Oddziału Chirurgii (w tym jedna również Pracowni TK), a po jednej sprawie Oddziału Noworodków i Wcześnieaków oraz SOR.

W latach 2016-2019 (do 23 czerwca) Szpital wypłacił odszkodowania na łączną kwotę 122 tys. zł z tytułu trzech zdarzeń, które miały miejsce w 2011 i 2014 r.

(akta kontroli str. 479-482, 623-624)

Dyrektor Szpitala wskazał, że dzięki akredytacji w Szpitalu uporządkowano działania poprzez wprowadzenie procedur pozwalających na pracę i udzielanie świadczeń w oparciu o ustalone zasady. Akredytacja pozwoliła również na uzyskanie większej konkurencyjności przy ocenie ofert zgodnie z zarządzeniem Prezesa NFZ z 17 grudnia 2014 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Składane oferty zyskały wyższą liczbę punktów w zakresie *Jakość – zewnętrzna ocena – akredytacja Ministra Zdrowia/standardy*²⁶. Wskazał również, że wzrost przychodów w odniesieniu do roku poprzedzającego uzyskanie certyfikatu można obliczyć do umowy podstawowego zabezpieczenia szpitalnego w ramach ryczału, która obowiązuje od października 2017 r. i przedstawia się on następująco: 146,3 tys. zł w 2017 r., 593,8 tys. zł w 2018 r. i 620,1 tys. zł w 2018 r.

(akta kontroli str. 604, 606-608, 631-632)

We wszystkich latach z okresu 2016-2018 Szpital wykazywał dodatni wynik finansowy, przy czym w 2016 r. zysk netto wyniósł 1 915,5 tys. zł, w 2017 r. 1 599,3 tys. zł (niższy o 316,2 tys. zł, tj. 16,5%), a w 2018 r. 483,3 tys. zł. Osiągnięty w 2018 r. zysk netto był niższy o 1 116 tys. zł (69,8%) w porównaniu do 2017 r. i o 1 432,2 tys. zł (74,8%) w stosunku do 2016 r.).

Niekorzystna tendencja wyników finansowych znalazła odzwierciedlenie w pogorszeniu się wskaźników zyskowności netto, działalności operacyjnej oraz aktywów, które w 2018 r. wyniosły odpowiednio 0,4%, 0,4% i 0,6% i były niższe od tych wskaźników w 2017 r. odpowiednio o: 1,2; 1,1 i 1,3 punktu procentowego²⁷, a w stosunku do 2016 r. niższe odpowiednio o: 1,7; 1,6 i 1,8 punktu procentowego.

²⁵ Z tego jedna sprawa została zwrócona bez rozpatrzenia, jedna zakończyła się orzeczeniem o braku zdarzenia medycznego, a dwie pozostawały w toku rozpatrywania.

²⁶ Dotyczyło to: w 2015 r. chemioterapii w trybie jednodniowym; w 2016 r. programu lekowego – leczenie podtrzymujące *olaparybem* chorych na nowotworowego płatynowrażliwego zaawansowanego raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej oraz leki w programie lekowym w ww. zakresie; w 2017 r. okulistyki hospitalizacji planowej, programu lekowego – leczenie neowaskularnej wysiękowej postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem, świadczeń dziennych psychiatrycznych dla dorosłych, świadczeń w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, fizjoterapii ambulatoryjnej, świadczeń w oddziale medycyny paliatywnej oraz lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej; w 2018 r. świadczeń psychologicznych, leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych, świadczeń psychiatrycznych dla dorosłych, programu lekowego – leczenie raka piersi, programu lekowego – leczenie zaawansowanego raka jelita grubego oraz świadczeń ogólnostomatologicznych dla dorosłych, dzieci, ortodoncji oraz protetyki stomatologicznej.

²⁷ W latach 2016-2018 wskaźnik zyskowności netto wyniósł 2,1% w 2016 r., 1,6% w 2017 r. i 0,4% w 2018 r., wskaźnik zyskowności działalności operacyjnej odpowiednio: 2%, 1,5% i 0,4%, a wskaźnik zyskowności aktywów odpowiednio: 2,4%, 1,9% i 0,6%.

W 2018 r. wskaźnik bieżącej płynności wyniósł 1,3%, a wskaźnik szybkiej płynności 1,2% i w porównaniu do 2017 r. obydwa wskaźniki były niższe o 0,3 punktu procentowego, a w porównaniu do 2016 r. – niższe o 0,4 punktu procentowego.

W 2018 r. w porównaniu do lat 2016-2017 poprawie uległ wskaźnik rotacji należności w dniach. W 2018 r. wyniósł on 27,3 dnia i w porównaniu do 2017 r. był niższy o 4,2% (1,2 dnia), a w stosunku do 2016 r. niższy o 17,8% (5,9 dnia). Wskaźnik rotacji zobowiązań w dniach w latach 2016-2018 kształtował się na zbliżonym poziomie (odpowiednio: 12,9; 12,9 i 12,8 dnia).

Wskaźnik zadłużenia aktywów w 2018 r. wyniósł 30,8% i był wyższy niż w latach 2016-2017 odpowiednio o: 6,1 punktu procentowego i 2,9 punktu procentowego, natomiast wskaźnik wypłacalności w 2018 r. wyniósł 1,1 i w porównaniu do 2017 r. był wyższy o 0,1 (10%), a w stosunku do 2016 r. o 0,2 (22,2%).

(akta kontroli str. 645-702, 807)

Dyrektor Szpitala wskazał, że pogorszenie się wyniku finansowego Szpitala w 2018 r. w porównaniu do 2017 r. wynikało głównie z dużego wzrostu kosztów, w tym z tytułu wynagrodzeń wraz z pochodnymi od wynagrodzeń (wzrost o 9 734,3 tys. zł), usług obcych (3 849,5 tys. zł) oraz zużycia materiałów i energii (2 357,4 tys. zł). Największy wzrost kosztów usług dotyczył zakupu procedur medycznych oraz kontraktów z lekarzami, pielęgniarkami i ratownikami (3 214 tys. zł), natomiast w zakresie zużycia materiałów i energii – zakupu leków (1 586,1 tys. zł). Wzrost kosztów wynagrodzeń²⁸ w 2018 r. wynikał z realizacji postanowień przepisów prawa, przy czym NFZ zrefundował wzrost wynagrodzeń dla pielęgniarek za 2018 r. w wysokości 9 547,3 tys. zł. Dyrektor Szpitala podał również, że pomimo osiągnięcia w 2018 r. wyższych w stosunku do 2017 r. przychodów ze sprzedaży o 13 575,6 tys. zł Szpital wykazał niższy wynik finansowy o 1 115,9 tys. zł.

(akta kontroli str. 810-812)

Podstawowe parametry Szpitala w latach 2016-2018 (według stanu na koniec roku) dotyczące świadczeń zdrowotnych przedstawiały się następująco:

- liczba pacjentów w danym roku, pomniejszona o liczbę chorych pozostających z roku poprzedniego (bez ruchu międzyoddziałowego) wyniosła: 23 218 osób w 2016 r., 19 887 osób w 2017 r. i 18 842 osoby w 2018 r.;
- liczba hospitalizowanych (poza SOR) wyniosła: 20 559 osób w 2016 r., 20 606 osób w 2017 r. i 19 957 osób w 2018 r. Ponadto liczba pacjentów przyjętych na SOR w tym okresie wyniosła odpowiednio: 25 255, 24 806 i 24 349 osób;
- liczba leczonych w ciągu roku na jedno łóżko wyniosła: 88 osób w 2018 r., 87 osób w 2017 r. i 86 osób w 2016 r.;
- średnia liczba łóżek wyniosła: 480 w 2016 r., 495 w 2017 r. i 490 łóżek w 2018 r., natomiast liczba łóżek według stanu na koniec roku odpowiednio: 490, 488 i 480 łóżek (bez SOR);
- przeciętny pobyt chorego²⁹ w każdym roku wyniósł siedem dni;
- średnie obłożenie łóżek (w dniach) wyniosło: 278 (78% wykonania) w 2016 r., 277 (73%) w 2017 r. i 286 (70%) w 2018 r.³⁰.

(akta kontroli str. 508)

²⁸ Wzrost kosztów wynagrodzeń w 2018 r. wynikał z realizacji postanowień: ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. poz. 1473 ze zm.) – roczny koszt 1 396 tys. zł; rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1628 ze zm.) – roczny koszt 7 905 tys. zł; ustawy z dnia 5 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1532 ze zm.) – roczny koszt 1 094 tys. zł.

²⁹ Średni okres pobytu chorego w szpitalu wyraża się stosunkiem liczby osobodni leczenia w danym okresie do liczby chorych hospitalizowanych w tym okresie.

³⁰ Szpital w 2016 r. dysponował 480 łózkami, w 2017 r. – 495 i 490 w 2018 r.

Dyrektor Szpitala wskazał, że nie wprowadzono mierników efektywności wdrożenia poszczególnych standardów, oraz że zagadnienie efektywności wdrożenia poszczególnych standardów jest bardzo złożone, głównie z uwagi na brak wcześniejszych danych historycznych zarówno w Szpitalu, jak i w polskim systemie szpitalnictwa.

(akta kontroli str. 604, 606)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

Sytuacja finansowa Szpitala w 2018 r. w porównaniu do lat 2016-2017 uległa pogorszeniu, jednak wpływ na to miały czynniki zewnętrzne, niezależne od Szpitala i niezwiązane z przystąpieniem do procesu certyfikacji. Uzyskanie certyfikatu akredytacyjnego miało wpływ przede wszystkim na przyznawanie Szpitalowi przez NFZ dodatkowych punktów przy ocenie ofert składanych w konkursach ofert na świadczenia w zakresie leczenia szpitalnego, a także na zwiększenie wysokości ryczałtu. Wymiernym rezultatem otrzymania certyfikatu akredytacyjnego był m.in. uzyskanie od NFZ w latach 2017-2018 dodatkowych środków finansowych, stanowiących 0,4%³¹ przychodów netto ze sprzedaży produktów. Przeprowadzenie procesu akredytacyjnego i uzyskanie przez Szpital certyfikatu w 2017 r. nie wpłynęło na zmianę wskaźników ekonomicznych Szpitala, jak również podstawowych parametrów dotyczących świadczeń zdrowotnych. Proces akredytacji skutkował wdrożeniem w Szpitalu określonych procedur i analiz wymuszających działania wpływające na poprawę jakości świadczonych usług, przy czym w Szpitalu nie wiązano efektywności wdrożenia poszczególnych standardów akredytacyjnych z kosztami tego procesu.

IV. Uwagi i wnioski

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

Wnioski

Najwyższa Izba Kontroli wnosi o:

- 1) zapewnienie przekazywania pacjentom pisemnych informacji o sposobie wykonania oraz przygotowania się do badania radiologicznego,
- 2) zaktualizowanie do potrzeb Szpitala wykazu leków i materiałów stosowanych w stanach nagłego zagrożenia życia.

Uwagi

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę na konieczność zapewnienia kompletności zestawów przeciwwstrząsowych, w tym nanoszenia na opakowanie adrenaliny daty umieszczenia leku w zestawie przeciwwstrząsowym bezpośrednio po jego wyjęciu z lodówki. Według charakterystyki tego produktu leczniczego dopuszczalny okres przechowywania poza lodówką wynosi sześć miesięcy. Zdaniem NIK niezapewnienie kompletności zestawu przeciwwstrząsowego może mieć negatywny wpływ na czas udzielenia pomocy w przypadku wystąpienia wstrząsu, który charakteryzuje się gwałtownym przebiegiem, a szybkie wdrożenie procedur medycznych może zapobiec śmierci, zwiększyć skuteczność późniejszego leczenia oraz zmniejszyć ewentualne powikłania.

³¹ Suma wzrostu przychodów w 2017 i 2018 r. w odniesieniu do roku poprzedzającego uzyskanie certyfikatu obliczony do umowy podstawowego zabezpieczenia szpitalnego w ramach ryczałtu, która obowiązuje od października 2017 r.

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 wykorzystania 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, lipca 2019 r.

Kontroler

Marta Wojnarska
doradca ekonomiczny

.....
podpis