



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Krakowie

LKR.410.005.04.2019

Pani

Anna Czech

Dyrektor

Wojewódzkiego Szpitala im. Św. Łukasza SP ZOZ
w Tarnowie

33-100 Tarnów ul. Lwowska 178a

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 Wojewódzki im. Św. Łukasza Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Tarnowie, 33-100 Tarnów ul. Lwowska 178a (dalej <i>Szpital</i>).
Kierownik jednostki kontrolowanej	Anna Czech, Dyrektor Szpitala od 1 sierpnia 1998 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	Art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ¹
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Krakowie
Kontrolerzy	1. Andrzej Lis, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKR/71/2019 z 7 maja 2019 r. 2. Krzysztof Kempa, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKR/72/2019 z 7 maja 2019 r. (akta kontroli. str. 1-6)

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

II. Ocena ogólna² kontrolowanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli ocenia, że przystąpienie Szpitala do procesu akredytacji wpłynęło na poprawę jakości świadczonych usług poprzez wdrożenie i stosowanie procedur według standardów ustalonych przez Ministra Zdrowia w 2009 r.³ Stopień realizacji standardów wzrósł z 76% w 2014 r. do 83% w 2018 r. Według Centrum Monitorowania Jakości w okresie tym Szpital utrzymał na najwyższym poziomie 120 spośród 209 ocenianych standardów oraz usprawnił procesy funkcjonowania 52 standardów.

Kontroli poddano 13 standardów oraz trzy standardy w ramach badania ankietowego. Pacjenci byli prawidłowo informowani o przysługujących im prawach i obowiązkach. Zapewniono im również dostęp do higienicznego przechowywania żywności, prowadzono także 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. W Szpitalu prowadzono corocznie badanie satysfakcji pacjentów, jak również satysfakcji zawodowej personelu. W badaniu ankietowym pacjenci pozytywnie ocenili spełnienie standardów dotyczących praw pacjenta i zarządzania środowiskiem opieki.

Stwierdzona nieprawidłowość dotycząca standardu FA 11 polegała na nieterminowym zgłaszaniu wystąpienia ciężkich działań niepożądanych leku.

W okresie objętym kontrolą w Szpitalu realizowany był Plan Strategiczny na lata 2015 — 2020, w którym ujęto m.in. zagadnienia w zakresie opieki nad osobami starszymi, opieki psychiatrycznej i chorób onkologicznych. Działania w zakresie poprawy jakości usług zdrowotnych oraz realizacji standardów akredytacyjnych prowadził Komitet ds. Jakości. Corocznie realizowane plany Komitetu obejmowały różne aspekty działań Szpitala: farmakoterapię, kompletność i jakość dokumentacji oraz procedury diagnostyczne i terapeutyczne.

W 2018 r. sytuacja finansowa Szpitala uległa pogorszeniu w stosunku do lat 2016 — 2017, nie miało to jednak związku z przystąpieniem do procesu certyfikacji. Uzyskanie certyfikatu miało wpływ na przyznawanie Szpitalowi przez NFZ dodatkowych punktów podczas konkursów ofert na świadczenia w zakresie leczenia szpitalnego, na zwiększenie wysokości ryczałtu oraz na uzyskanie od NFZ w 2018 r. dodatkowych środków finansowych, stanowiących 0,9% przychodów netto ze sprzedaży produktów. Proces certyfikacji w 2018 r. (oraz w 2014 r.) nie miał wpływu na koszty funkcjonowania Szpitala i na wskaźniki ekonomiczne oraz parametry charakteryzujące poziom świadczeń zdrowotnych.

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

³ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z 18 stycznia 2010 r. w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania szpitali (Dz. Urz. Ministra Zdrowia Nr 2 poz. 24)

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 NIK, w Szpitalu obowiązywał certyfikat akredytacyjny w zakresie leczenia stacjonarnego, wydany przez Ministra Zdrowia 13 sierpnia 2018 r. Nastąpiło to po wniosku Szpitala z 15 marca 2018 r. dotyczącym odnowienia ważności certyfikatu z 27 lutego 2015 r. oraz po przeglądzie akredytacyjnym (13 — 15 czerwca 2018 r.), przez CMJ, wg standardów z 2009 r.

Wcześniej obowiązujący certyfikat z 27 lutego 2015 r. poprzedzony był przeglądem akredytacyjnym CMJ przeprowadzonym 3 — 5 grudnia 2014 r. — wg standardów z 2009 r.

Zgodnie z porozumieniem z CMJ z 11 lutego 2014 r.⁵, w związku ze spełnieniem przez Szpital kryterium kwalifikowalności, uprawniającym do wzięcia udziału w Projekcie *Bezpieczny Szpital — Bezpieczny Pacjent*, Szpital został zwolniony z kosztów przeprowadzenia wizyty akredytacyjnej. Poprzedziła ją wizyta studyjna w Szpitalu — 26 marca 2014 r. w zakresie wstępnej oceny przygotowania Szpitala do przeglądu akredytacyjnego i poziomu wdrożenia standardów akredytacyjnych.

Na podstawie aneksu z 27 marca 2014 r.⁶ 8 — 9 kwietnia 2014 r. odbyły się w Szpitalu warsztaty szkoleniowe w zakresie wdrażania standardów akredytacyjnych⁷, w których uczestniczyło 40 pracowników Szpitala (m.in. kadra zarządzająca, kierownicy i ordynatorzy oddziałów, pielęgniarki oddziałowe, kierownicy: Apteki i pracowni specjalistycznych).

Aneksem z 3 czerwca 2014 r.⁸ konsultacje z zakresu farmakoterapii ustalono do 30 września 2014 r. (zgodnie z ww. porozumieniem — do 5 miesięcy od daty wizyty studyjnej — 26 marca 2014 r.), po czym 31 lipca 2014 r. farmakolog kliniczny z *Towarzystwa Promocji Jakości Opieki Zdrowotnej w Polsce*, ocenił receptariusz Szpitala. Jego uwagi, m.in. w zakresie opisu zadań Komitetu Terapeutycznego, zasad wprowadzania i wykreślenia z receptariusza produktów leczniczych, zasad postępowania w przypadku wystąpienia niepożądanych działań leków oraz ich pozyskiwania w trybie nagłym — wykorzystano w receptariuszu wprowadzonym Zarządzeniem Dyrektora Szpitala⁹.

Zgodnie z aneksem z 1 lipca 2015 r.¹⁰, szkoleniem w CMJ w zakresie zdarzeń niepożądanych objęto 8 pracowników Szpitala (10 — 11 września 2015 r. — 5 osób, oraz 1 — 2 października 2015 r. — 3 osoby).¹¹

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 Porozumienie nr BSBP-0701-1-6-/13 o udziale w projekcie *Bezpieczny Szpital — Bezpieczny Pacjent* zawarte w Krakowie 11 lutego 2014 r. pomiędzy CMJ (Realizator Projektu) a Szpitalem (Beneficjent Ostateczny). Projekt w ramach Programu Operacyjnego *Kapitał Ludzki*, działanie 2.3. Wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących oraz poprawa jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia poddziałanie 2.3.3. Podniesienie jakości zarządzania w ochronie zdrowia współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

⁶ Aneks po wniosku Pełnomocnika Dyrektora ds. Systemów Zarządzania Szpitala z 27 marca 2014 r. w sprawie przesunięcia terminu z 3-4 kwietnia 2014 r. na 8-9 kwietnia 2014 r.

⁷ Materiały szkoleniowe CMJ to m.in.: Twój szpital to szpital akredytowany i Jak skutecznie i bezpiecznie stosować leki

⁸ Aneks na podstawie pisma CMJ z 3 czerwca 2014 r. o przesunięciu terminu realizacji konsultacji z zakresu farmakologii do 30 września 2014 r. (wg porozumienia - do 31 maja 2014 r.), co uzasadniono zmianą harmonogramu wsparcia zaplanowanego w ramach projektu *Bezpieczny Szpital — Bezpieczny Pacjent*

⁹ Aktualizacja receptariusza wg zarządzenia nr 9/2017 Dyrektora Szpitala z 16 stycznia 2017 r. (7 zmian wg zarządzeń od maja 2017 r. do kwietnia 2019 r. dotyczyło rozszerzenia listy leków o leki nowszych generacji)

¹⁰ Aneks po piśmie CMJ z 1 lipca 2015 r. Określono w nim m.in. że w szkoleniu może wziąć udział 5 osób, przy możliwości zgłoszenia dodatkowych 3 osób na ewentualne szkolenie w październiku 2015 r. oraz że z uwagi na złożoność zagadnień

Po wnioskach Szpitala o udzielenie akredytacji z 1 sierpnia 2014 r. oraz z 15 marca 2018 r., CMJ ustaliło terminy przeglądów akredytacyjnych pismami z 18 listopada 2014 r. (plan przeglądu 3 — 5 grudnia 2014 r.) i z 29 maja 2018 r. (plan przeglądu 13 — 15 czerwca 2018 r.). Po przekazaniu raportów z ww. przeglądów (pisma CMJ — z 22 grudnia 2014 r. i z 27 czerwca 2018 r.) — dyrektor Szpitala, w pismach z 8 stycznia 2015 r. i z 29 czerwca 2018 r. nie zgłosiła uwag i zastrzeżeń do raportów.

W 2014 r. w przygotowywaniu Szpitala do uzyskania certyfikatu akredytacyjnego uczestniczyli członkowie 12 osobowego Komitetu ds. Jakości¹² (dalej *Komitet*), m.in. Pełnomocnik Dyrektora ds. Systemów Zarządzania oraz Specjalista ds. Systemów Zarządzania. Do zadań Komitetu należał m.in. nadzór nad opracowaniem, wdrażaniem i wprowadzeniem standardów akredytacyjnych w ramach *Programu Akredytacji Szpitali*, koordynowanie prac grup problemowych w zakresie ustalenia standardów, monitorowanie realizacji standardów i procedur oraz nadzór nad pracą zespołów zadaniowych powołanych odrębnymi zarządzeniami dyrektora.

Zadania m.in. w zakresie wdrożenia i realizacji standardów akredytacyjnych określono w corocznie zatwierdzonych przez dyrektora planach pracy Komitetu, których cele ukierunkowano na aspekty działań Szpitala — farmakoterapię, kompletność i jakość dokumentacji oraz procedury diagnostyczne i terapeutyczne.

Zgodnie z planem na 2014 r. m.in. opracowano i wdrożono rozwiązania w ramach 15 działów standardów (z 2009 r.) przez powołane do tego zespoły robocze¹³, wprowadzono procedury SOP¹⁴ w oddziałach i pracowniach Szpitala oraz instrukcje stosowania i wypełniania dokumentacji medycznej, a także opracowano receptariusz szpitalny w zakresie farmakoterapii.

związanych z bezpieczeństwem opieki i zdarzeń niepożądanych oczekuje się że w szkoleniu wezmą udział z-ca dyrektora ds. leczenia / naczelny lekarz szpitala, z-ca dyrektora ds. pielęgniarstwa / naczelna pielęgniarka, liderzy zespołów ds. jakości, ds. zakażeń i komitetu terapeutycznego

¹² Odpowiednio - Zastępca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa, Pełnomocnik Dyrektora ds. Systemów Zarządzania, Kierownik Działu Organizacji i Nadzoru, Pielęgniarka Oddziałowa i Audytor oraz dwóch Specjalistów ds. Systemów Zarządzania i Specjalista ds. BHP. Materiały szkoleniowe CMJ dla uczestników szkoleń dotyczyły bezpieczeństwa opieki zdrowotnej i monitorowania zdarzeń niepożądanych, komunikacji klinicznej, aspektów medycznych i prawnych w powyższym zakresie oraz analizę przyczyn źródłowych zdarzeń niepożądanych.

¹³ Zarządzenie nr 32/2014 Dyrektora Szpitala z 24 lutego 2014 r. w sprawie powołania Komitetu ds. Jakości (dyrektor Szpitala - Przewodniczącą Komitetu oraz zastępca dyrektora ds. leczenia, zastępca dyrektora ds. pielęgniarstwa, kierownik Działu Organizacji i Nadzoru, specjalista ds. systemów zarządzania, kierownik Kadr, kierownik Apteki Szpitalnej, koordynator epidemiologii szpitalnej i gospodarki lekiem, koordynator Ośrodka ds. Zakażeń Szpitalnych – starszy asystent ds. sanitarno-epidemiologicznych, koordynator Działu Diagnostyki Laboratoryjnej, specjalista chorób wewnętrznych, pielęgniarka oddziałowa Okulistyki Zarządzeniem nr 106/2016 z 11 maja 2016 r. Komitet powiększono o 4 osoby: nowy pełnomocnik dyrektora ds. systemów zarządzania, specjalista ds. systemów zarządzania i 2 lekarzy – chirurg i neurochirurg.

¹⁴ Zarządzeniami Dyrektora Szpitala z 10 marca 2014 r. do opracowania i wdrożenia procedur powołano na czas określony (do czasu uzyskania akredytacji) 13 Zespołów pracowników medycznych i niemedycznych szpitala (od 5 do 16 osób) do spraw: ciągłości opieki; praw pacjenta; oceny stanu pacjenta i opieki nad pacjentem; epidemiologii; zabiegów i znieczuleń; gospodarki lekami; diagnostyki laboratoryjnej; diagnostyki obrazowej; zarządzania ogólnego; zarządzania zasobami ludzkimi; zarządzania informacją; zarządzania środowiskiem opieki; odżywiania; poprawy jakości i bezpieczeństwa pacjenta. Zarządzeniami z 24 i 25 lutego 2014 r. powołano na czas nieokreślony 2 Komitety: Transfuzjologiczny (5 osób) i Terapeutyczny (12 osób) oraz 18 Zespołów (od 2 do 8 osób) do spraw: farmakoterapii; antybiotykoterapii; analizy skuteczności leczenia; leczenia żywieniowego; oceny przyjęć i wypisów pacjenta; oceny i leczenia bólu, do analizy: zgonów; częstości i skuteczności czynności reanimacyjnych; przebiegu i skutków znieczuleń; skutków zabiegów operacyjnych; kontroli dokumentacji medycznej oraz 7 Zespołów do analizy zdarzeń niepożądanych w zakresach: krew i preparaty krwiotopoczne; farmakoterapia; anestezjologia; aparatura medyczna; zabiegi operacyjne; czynności lekarskie; czynności pielęgniarstwa. Zarządzeniem z 10 października 2014 r. powołano Zespół ds. analizy embolii płucnej i zakrzepicy żył głębokich po zabiegu operacyjnym;

¹⁵ Standardowe Procedury Operacyjne m.in. w zakresie: przetaczanie krwi i jej składników; monitorowanie i leczenie bólu; zasady podawania leków pacjentom; pozyskiwania leków spoza receptariusza szpitalnego; pozyskiwanie leków w trybie nagłym; zgłaszania działań niepożądanych leku; zaopatrywanie, przechowywanie i ewidencjonowanie środków psychotropowych i odurzających; postępowanie w przypadku zasłabnięć, omdleń i nagłych zatrzymań krążenia, leczenie żywieniowe, szczepienia ochronne personelu szpitala; identyfikacja zagrożeń i ryzyka zawodowego, organizacja SOR i szpitala na wypadek zdarzenia masowego lub katastrofy poza szpitalem; postępowanie w sytuacjach kryzysowych, przechowywanie produktów leczniczych i wyrobów medycznych, kontrola apteczek oddziałowych; zakładanie i prowadzenie dokumentacji pielęgniarstwa

Zgodnie z planami pracy, w latach 2015 — 2018 na posiedzeniach Komitetu¹⁵ omawiano m.in. zagadnienia związane z realizacją standardów akredytacyjnych, w tym analizowano skargi i wnioski pacjentów, prowadzono analizy ryzyka zakażeń i procedur zapobiegających ich wystąpieniu, analizy błędów przedlaboratoryjnych, analizy sytuacji w zakresie obszarów monitorowanych¹⁶ oraz kontrole i analizy spełniania standardów przez poszczególne oddziały Szpitala. Zgodnie z planem w październiku 2017 r. omówiono stan przygotowania Szpitala do wizytacji CMJ, a we wrześniu 2016 r. i omówiono przygotowanie Szpitala do wizyty audytorów w zakresie normy ISO 9001.¹⁷

(akta kontroli str. 141-145, 148-151, 155-179)

Zgodność działań w kontekście wymagań m.in. normy ISO 9001 oraz standardów akredytacyjnych były przedmiotem planowanych w Szpitalu audytów wewnętrznych, którymi corocznie obejmowano kilkadziesiąt komórek organizacyjnych — oddziałów, pracowni, Apteki, laboratorium, służb technicznych i administracyjnych Szpitala. W kolejnych latach 2016 — 2018 sporządzono odpowiednio: 94, 101 i 104 raporty audytu, a w 2019 r. (do lipca) — 64 raporty. Odstępstwa od procedur i standardów jakościowych w latach 2016 — 2018 wykazano odpowiednio: w 27, 16 i w 10 raportach oraz w 4 raportach do lipca 2019 r. Odstępstwa te nie dotyczyły 13 standardów akredytacyjnych objętych kontrolą NIK.

(akta kontroli str. 221-223)

Spełnianie standardów akredytacyjnych w różnych obszarach przedstawiono na 6 posiedzeniach Komitetu od czerwca do listopada 2014 r. (przed wizytą CMJ w grudniu 2014 r.) i 4 posiedzeniach od stycznia do maja 2018 r. (przed wizytą CMJ w czerwcu 2018 r.), na których potwierdzono przygotowanie Szpitala do oceny spełniania standardów akredytacyjnych.

Na 3 posiedzeniach we wrześniu, październiku i listopadzie 2018 r. omówiono niespełnianie lub częściowe spełnienia niektórych standardów wg raportu CMJ z 27 czerwca 2018 r., po którym Pełnomocnik Dyrektora ds. Systemów Zarządzania pismem z 7 lipca 2018 r.¹⁸ zobowiązał Przewodniczących Komitetów i Zespołów do aktualizacji procedur. Kolejną aktualizację procedur prowadzono na podstawie pism ww. Pełnomocnika ze stycznia, lutego i lipca 2019 r.

(akta kontroli str. 148-151, 161-163, 170-171, 177, 190-209)

Podjęte we wrześniu 2015 r. i w marcu 2016 r. wnioski o podjęcie działań naprawczych dotyczyły szkoleń pracowników Szpitala w zakresie błędów przedlaboratoryjnych. W szkoleniach¹⁹, które dotyczyły przygotowania pacjentów do badań laboratoryjnych oraz identyfikacji i przygotowania materiału do badań uczestniczyło po 231 osób personelu z oddziałów szpitalnych i Sekcji ds. systemów

¹⁵ W latach 2015-2018 od 10 do 11 posiedzeń (bez miesięcy z długą nieobecnością Przewodniczącej Komitetu)

¹⁶ W latach 2014-2018 co kwartał 7 obszarów: błędy przed laboratoryjne i laboratoryjne; zdjęcia odrzucone w diagnostyce obrazowej; restyrylizacje; niska jakość produktów i wyrobów medycznych; skargi, zażalenia i uwagi pacjentów; rehospitalizacje; naruszenia zasad kodeksu etyki przez pracowników oraz 2x w roku; odleżyny i chorzy zagrożeni ich powstaniem; zakażenia szpitalne / miejsca operowanego

¹⁷ Od 7 września 2006 r. Szpital posiada odnawiany co 3 lata certyfikat ISO 9001 Świadczenie usług medycznych w zakresie diagnostyki, leczenia, pielęgnacji, rehabilitacji i profilaktyki w oddziałach szpitalnych i poradniach specjalistycznych. W latach 2014-2019 obowiązywały certyfikaty: ISO 9001:2008: od 18 września 2012 r. do 30 września 2015 r. i od 30 września 2015 r. do 15 września 2018 r., aktualnie certyfikat ISO 9001:2015 ważny od 30 września 2018 r. do 30 września 2021 r.

¹⁸ Pisma Pełnomocnika Dyrektora ds. Systemów Zarządzania do Przewodniczących 2 Komitetów (Terapeutyczny i Transfuzjologiczny) i 11 Zespołów (ds. leczenia żywieniowego / antybiotykoterapii, ds. farmakoterapii / epidemiologii, ds. oceny przyjęć i wypisów pacjentów, ds. analizy zgonów, ds. analizy przebiegu i skutków znieczuleń, ds. kontroli dokumentacji medycznej, ds. analizy skutków zabiegów operacyjnych, ds. analizy częstości podjętych czynności reanimacyjnych, ds. etyki), do zastępcy dyrektora ds. pielęgniarstwa, do kierownika Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, do kierownika Oddziału Wewnętrznego i Nefrologii, do audytora wewnętrznego, do koordynatora Sekcji Informatyków oraz do kierowników Apteki i Działu Kadr, w których przedstawiono zastrzeżenia CMJ zobowiązując adresatów do zweryfikowania standardów i wdrożenia zaleceń CMJ.

¹⁹ Szkolenia w czerwcu i w grudniu 2015 r. dla personelu pielęgniarstwa Szpitala oraz dla Oddziału Psychiatrycznego, a w lutym, marcu, kwietniu, sierpniu i październiku 2016 r. dla personelu oddziałów szpitalnych, dla kurierów i pracowników transportu wewnątrzszpitalnego, dla pielęgniarek oddziałowych oraz dla pracowników Sekcji ds. Systemów Zarządzania.

zarządzania, w szkoleniach w zakresie przechowywania i transportu materiału do badań — 285 osób z ww. oddziałów i Sekcji oraz z transportu wewnętrznego szpitala, a w szkoleniach w zakresie pobierania materiałów do badań — 552 pracowników z oddziałów szpitalnych i Sekcji ds. systemów zarządzania.

(akta kontroli str. 152-154)

Zgodnie z Regulaminem organizacyjnym Szpitala — dbałość o jakość świadczeń medycznych należała do obowiązków ordynatorów i kierowników oddziałów Szpitala, natomiast Pełnomocnik Dyrektora ds. Systemów Zarządzania zobowiązany był do współpracy z jednostką certyfikującą.

(akta kontroli str. 17)

W wyniku oceny punktowej wdrożenia standardów akredytacyjnych w raporcie CMJ z 27 czerwca 2018 r., Szpital uzyskał 83%, tj. o 7 punktów procentowych więcej niż w raporcie akredytacyjnym CMJ z 22 grudnia 2014 r. (76%). Poprawa ocen dotyczyła 52 spośród 209 ocenionych standardów, a w zakresie 120 standardów utrzymano ich pełną realizację. Na poprawę ocen wpłynęły m.in. działania w zakresie szkoleń pracowników, wykonywanych analiz oraz weryfikacji i aktualizacji procedur m.in. w zakresie 4 standardów objętych badaniem NIK²⁰.

(akta kontroli str.95-109, 130-139, 180-189)

1.2 Spełnianie wybranych standardów akredytacyjnych przez Szpital

Opis stanu
faktycznego

W okresie objętym kontrolą w Szpitalu obowiązywała Księga Zintegrowanego Systemu Zarządzania²¹ stanowiąca zobowiązanie Szpitala do stałego i systematycznego nadzorowania skuteczności wdrożonego i udokumentowanego systemu zarządzania oraz do podejmowania działań na rzecz jego ciągłego doskonalenia, wpływająca na jakość i bezpieczeństwo w czasie świadczenia usług medycznych w oddziałach szpitalnych i poradniach specjalistycznych. W ramach tego systemu opracowano i wdrożono wymagania normy ISO 9001 oraz zaimplementowano normy PN-N- 18001.

(akta kontroli str. 257, 282, 289-pliki 126-127, 294-296)

W okresie od 2016 r. do 31 maja 2019 r. Szpital zarejestrował 197 skarg łącznie:

- 61 skarg zasadnych (w całości lub w części), z czego: 4 skargi medyczne i 57 skarg niemedycznych,
- 103 skargi niezasadne,
- 5 skarg nie rozpatrywano z powodu braku możliwości ustosunkowania się do zarzutów,
- 28 skarg było w trakcie postępowań wyjaśniających²².

Po dacie otrzymania aktualnego raportu akredytacyjnego w zakresie leczenia stacjonarnego, tj. w okresie od 1 lipca 2018 r. do 31 maja 2019 r. Szpital zarejestrował 46 skarg łącznie:

- 16 skarg zasadnych, z czego jedną medyczną i 15 niemedycznych
- 19 skarg niezasadnych,
- 11 skarg będących w toku postępowań wyjaśniających.

Skargi nie dotyczyły zdarzeń powstałych w związku z nieprzestrzeganiem standardów akredytacyjnych objętych szczegółowym badaniem w niniejszej kontroli. Szpital podjął działania w celu usunięcia przyczyn powstania skarg.

²⁰ 1/Obowiązek szkolenia co najmniej 1x/rok w zakresie resuscytacji krążeniowo-oddechowej, realizacja oraz aktualizacja procedur dotyczących 2/postępowania w przypadku zaslądnięć omdleń i nagłego zatrzymania krążenia oraz przechowywania produktów leczniczych i wyrobów medycznych, 3/zgłaszania działań niepożądanych leków, przetaczania krwi i jej składników oraz 4/kwartalne analizy rehospitalizacji

²¹ Wydanie IV, obowiązujące od 7 sierpnia 2017 r.

²² W toku kontroli NIK.

(akta kontroli str. 291 pliki 160-175, 297, 302-303, 317, 333, 343, 346, 353, 359, 373-374)

Narodowy Fundusz Zdrowia Małopolski Oddział Wojewódzki w Krakowie poinformował NIK²³, że wpłynęło dziesięć skarg dotyczących niewłaściwej realizacji świadczeń zdrowotnych w Szpitalu w latach 2016 — 2019, spośród których jedna była zasadna i Szpital wdrożył działania naprawcze. Skargi nie dotyczyły zdarzeń powstałych w związku z nieprzestrzeganiem standardów akredytacyjnych objętych szczegółowym badaniem w niniejszej kontroli.

(akta kontroli str. 291 plik 159, 375, 451)

Po dacie otrzymania aktualnego certyfikatu akredytacyjnego²⁴ Szpital był przedmiotem 43 kontroli zewnętrznych²⁵. Nie dotyczyły one zdarzeń powstałych w związku z nieprzestrzeganiem standardów akredytacyjnych objętych szczegółowym badaniem w niniejszej kontroli.

(akta kontroli str. 289 pliki 89-125, 398, 411, 421, 423)

Narodowy Fundusz Zdrowia Małopolski Oddział Wojewódzki w Krakowie poinformował NIK²⁶, że przeprowadził kontrolę Szpitala od 31.01.2018 r. do 22.02.2018 r. za okres od 1.10.2017 r. do 31.12.2017 r. w zakresie warunków udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Kontrola nie stwierdziła nieprawidłowości.

(akta kontroli str. 375, 451)

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

(akta kontroli str. 452, 1377, 1386)

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

Ogłędziny przeprowadzone na Oddziałach Chirurgii Ogólnej i Ortopedyczno — Urazowym wykazały, że na korytarzach wewnętrznych — na tablicach ogłoszeń — umieszczony był (obowiązujący w Szpitalu) pisemny dokument podpisany przez zastępcę dyrektora ds. lecznictwa, zawierający katalog 25 punktów, których treść odpowiadała prawom pacjenta wymienionym w ustawie o prawach pacjenta²⁷. Dokument umieszczono w ogólnie dostępnym, widocznym miejscu, umożliwiającym każdemu pacjentowi łatwe zapoznanie się z jego treścią.

Każdy pacjent miał również możliwość osobistego, bezpośredniego zapoznania się z ww. katalogiem praw pacjenta oraz z katalogiem obowiązków pacjenta (zawierającym 6 punktów) — które zawarto w pisemnej *INFORMACJI DLA PACJENTÓW*, przedkładanej im przy przyjmowaniu na oddział. W dokumencie tym przewidziano miejsce na podpis potwierdzający fakt zapoznania się pacjenta

²³ W trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK.

²⁴ Raport z wizyty akredytacyjnej przeprowadzonej w Szpitalu Wojewódzkim im. św. Łukasza Samodzielnym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w zakresie działalności – Szpitala Wojewódzkiego im. św. Łukasza SPZOZ w Tarnowie – lecznictwo szpitalne w dniach 13-15 czerwca 2018 r.

²⁵ Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Tarnowie (30), Państwowa Agencja Atomistyki Departament Ochrony Radiologicznej w Warszawie (6), Narodowy Fundusz Zdrowia Małopolski Oddział Wojewódzki w Krakowie (2), Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Krakowie (2), Komenda Miejska Państwowej Straży Pożarnej w Tarnowie (1), Małopolski Wojewódzki Inspektor Farmaceutyczny (1), Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego (1).

²⁶ W trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK.

²⁷ Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2016 r., poz. 186 ze zm.) – dalej ustawa o prawach pacjenta.

z prawami i obowiązkami. Podczas oględzin pielęgniarki oddziałowe przedłożyły kontrolerom plik tych dokumentów.

Pielęgniarki oddziałowe wyjaśniły, że ww. pisemne informacje o prawach i obowiązkach pacjentów udostępniano pacjentom niewidzącym, słabowidzącym lub ze schorzeniami oczu. Udostępnienie polegało na odczytaniu im przez pielęgniarkę treści ww. *INFORMACJI DLA PACJENTÓW*.

(akta kontroli str. 489, 639)

2. Zgodnie ze standardem KZ 1.8 szpital powinien zapewnić szczepienia przeciwko WZW i grypie dla wszystkich osób zatrudnionych w obszarach świadczenia opieki.

Według stanu na 31 grudnia 2016 r., 2017 r., 2018 r. i 2019 (I półrocze) na wymienioną dalej liczbę pracowników zatrudnionych w Szpitalu w obszarze świadczenia opieki zdrowotnej, tj. odpowiednio 1 844, 1 914, 1 911 i 1 879 — liczba zaszczepionych pracowników wynosiła odpowiednio: przeciwko grypie — 186, 179, 199 i 0, a przeciwko WZW (wirusowe zapalenie wątroby) — 18, 33, 54 i 31 pracowników. Szpital zapewnił szczepienia ochronne przeciw WZW osobom wykonującym zawód medyczny²⁸. W 2018 r. spośród 1 821 pracowników Szpitala (zaliczonych do grupy narażonych na czynniki biologiczne HBV) — 1 676 pracowników (92,0%) posiadało odporność poszczepienną — na uodpornienie wskazało wytworzenie u nich swoistych przeciwciał anty-HBs w ochronnym stężeniu. Według CMJ udokumentowanie szczepienia co najmniej 80% personelu medycznego stanowi o pełnej zgodności ze standardem KZ 1.8. Kontrola postępowania wobec 12 pracowników nowozatrudnionych w okresie od 1.01.2019 r. do 20.05.2019 r. (w zakresie szczepień przeciwko WZW) wykazała, że zgodnie z ww. *Instrukcją nr QI-015/O*, m.in.: Szpital — na etapie przyjęcia do pracy — uzyskał od nich wiedzę czy byli dotychczas objęci szczepieniami obowiązkowymi — wykonano u nich badania HBs antygen, które wykazały wysoki poziom odporności przeciw WZW typ B (u dziewczęciu), a trzech pracowników niezwłocznie zaszczepiono; dokumentowano przebieg cyklu szczepienia.

(akta kontroli str. 200 pliki 151-152, 690, 692, 696, 700-404)

W latach 2017 — 2019 Szpital gromadził — w formie syntetycznej — informacje o absencji chorobowej pracowników (L4) z powodu grypy i chorób o objawach podobnych do grypy. Informacje sporządzano za okresy miesięczne przy pomocy systemu oprogramowania InfoMedica. Metodologia wyliczania tych danych polegała na tym, że z ogólnej liczby dni nieobecności wszystkich pracowników wykluczono absencje niezwiązane z gripą i chorobami grypopodobnymi²⁹.

Pracownik Działu Kadr i Płac oświadczył, że dane o liczbie ww. absencji chorobowej były szacunkowe, ponieważ mogły obejmować również absencję spowodowaną innymi jednostkami chorobowymi, a Szpital jako pracodawca nie posiadał informacji o jednostkach chorobowych pracowników. Pomimo tego informacje te były istotne, ponieważ wskazywały na miesiące w których absencje chorobowe pracowników były największe i wykorzystywano je np. przy planowaniu pracy i zatrudnienia w poszczególnych komórkach organizacyjnych. Komitet ds. Jakości zobowiązał Dział Kadr i Płac do ewidencjonowania danych na temat absencji chorobowej z powodu grypy.

(akta kontroli str. 289 pliki 128-135, 705, 713, 735)

²⁸ Do kontroli szczegółowej wybrano Rejestry wydanych zaświadczeń i Karty badania profilaktycznego z Kartą szczepień za 2017 r. i 2018 r.

²⁹ Opieka nad dzieckiem/członkiem rodziny, świadczenie rehabilitacyjne, urlop wypoczynkowy, urlop — opieka nad dzieckiem zdrowym, urlop macierzyński, urlop wychowawczy, urlop szkolny, urlop okolicznościowy, urlop bezpłatny, urlopów ojcowski i urlop rodzicielski.

Zasady szczepień ochronnych personelu (przeciwko grypie i WZW) ustalono w *Instrukcji Zintegrowanego Systemu Zarządzania nr QI-015/O z 20 listopada 2014 r. pn. Szczepienia ochronne personelu w Szpitalu, wydanie I, obowiązujące od 20 listopada 2014 r.*, która dawała możliwość nieodpłatnego skorzystania z takich usług.

Szpital zapewniał szczepienia przeciwko grypie. W tym celu.

- Pracownicy byli zachęcani do skorzystania z możliwości zaszczepienia³⁰.
- Przeprowadzono szkolenia pracowników informujące m.in. o ryzyku zachorowania i związanych z tym powikłaniach, o rodzajach szczepionki i jej skuteczności, o profilaktyce, diagnostyce i terapii zakażeń powodowanych przez wirusa grypy na terenie placówek służby zdrowia³¹.
- W sezonie jesiennym 2019 r. zaplanowano rozpoczęcie szczepień ochronnych.

(akta kontroli str. 289 pliki 128-135, 292 plik 176, 714, 720-721, 731, 990)

3. Zgodnie ze standardem z 2009 LA 2 w szpitalu należy prowadzić ocenę błędów przedlaboratoryjnych.

W latach 2015 — 2019 (w każdym kwartale) Dział Diagnostyki Laboratoryjnej (DDL) ewidencjonował całkowitą ilość badań wykonywanych w Szpitalu i błędów powstałych na etapie przedlaboratoryjnym. Wyniki oceny tych błędów ujmował w kwartalnych *Raportach wskaźników błędów przedlaboratoryjnych*³², ze szczególnym uwzględnieniem błędów, które przekraczały przyjęty wskaźnik graniczny błędów wynoszący 1%. Kierownik Laboratorium Działu Diagnostyki Laboratoryjnej oświadczyła, że *jako wartość graniczną przyjęto wskaźnik procentowy — 1% na podstawie wieloletnich doświadczeń własnych. Jest to bardzo niski wskaźnik co jest założeniem jak również wynikiem procesu ciągłego doskonalenia w tym zakresie.*

Do każdego raportu sporządzana była analiza szczegółowa występujących błędów. W latach 2015 — 2019 (I kwartał) w Szpitalu wykonano 3 569 546 badań, w tym DLL stwierdził: — w 18 oddziałach i w Zespole Lecznictwa Środowiskowego — 22 453 błędów przedlaboratoryjnych (0,6%). Liczba stwierdzanych błędów przedlaboratoryjnych w poszczególnych latach zmniejszała się sukcesywnie w porównaniu do roku poprzedzającego, tj. w 2016 r. była mniejsza o 9,3% w stosunku do 2015 r., a w 2017 r. — mniejsza o 2,9% w stosunku do 2016 r. a w 2018 r. — mniejsza o 1,8% w porównaniu do 2017 r.

W zakresie błędów, których wskaźnik przekraczał przyjęty graniczny stopień procentowy, stwierdzono 5 875 takich błędów przedlaboratoryjnych (0,2%).

Każdy raport zawierał analizy szczegółowe występujących błędów przedlaboratoryjnych. W raportach tych oceniano przyczyny powstania błędów (z uwzględnieniem wyjaśnień oddziałów Szpitala), porównywano ich poziom z poziomem błędów w kwartałach poprzednich oraz proponowano zastosowanie rozwiązań naprawczych w formach: zaproponowania indywidualnych rozwiązań określonego rodzaju błędów — korygowanych na bieżąco (np. rozdzielania paneli badań), wyznaczania oddziałów do szkoleń indywidualnych.

³⁰ W latach 2016-2018 (6/7 września) Dział Organizacji i Nadzoru i Pracownia Badań Profilaktycznych informowały pisemnie komórki Szpitala, że w związku ze zbliżającym się sezonem epidemiologicznym dla zachorowań na gripę sezonową proszę o zgłoszenie chętnych do szczepienia.

³¹ We wrześniu 2017 r. i w styczniu 2019 r.

³² Raporty te przekazywano Pełnomocnikowi ds. Systemów Zarządzania oraz do kierowników/ordynatorów oddziałów szpitalnych oraz były analizowane przez Komitet ds. Jakości. Działania te były kontynuacją *Projektu poprawy jakości 2014* rozpoczętego w 2014 r. w zakresie *Monitorowanie i nadzorowanie błędów przedlaboratoryjnych*, w myśl standardu PJ 4 *Wyniki monitorowania jakości są wykorzystywane do poprawy jakości*. Zagadnieniem błędów przedlaboratoryjnych grypy zajmował się również Komitet ds. Jakości.

W latach 2015—2019 przeprowadzono niżej wymienioną liczbę szkoleń (z udziałem personelu oddziałów szpitalnych oraz Sekcji ds. Systemów Zarządzania Jakością), które dotyczyły:

- 24 — przygotowania pacjenta do badań laboratoryjnych, w których uczestniczyło łącznie 1 067 pracowników Szpitala,
- 33 — pobierania materiału biologicznego, w których uczestniczyło łącznie 1 368 pracowników Szpitala,
- 26 — przechowywania i transportu materiału do badań, w których uczestniczyło łącznie 1 121 pracowników Szpitala,
- 24 - identyfikacji i przygotowania materiału do badań, w których uczestniczyło łącznie 1 067 pracowników Szpitala,
- 25 — przygotowania formularzy zleceń, w których uczestniczyło łącznie 1 067 pracowników Szpitala,
- 24 — stosowania kodów kreskowych, w których uczestniczyło łącznie 1 067 pracowników Szpitala.

W niżej wymienionych *Procedurach Zintegrowanego Systemu Zarządzania* zawarto zobowiązania do prawidłowego postępowania podczas realizacji poszczególnych czynności fazy przedanalizycznej:

- nr SOP-001 pn. *Zasady pobierania materiału do badań analitycznych*, wydanie II, obowiązujące od 15 marca 2011 r.,
- nr SOP-003/DDL pn. *Transport materiału do badań*, wydanie V, obowiązujące od 1 listopada 2014 r.,
- nr SOP-005 pn. *Postępowanie w przypadku nieprawidłowych wyników badań oraz błędów przedlaboratoryjnych i laboratoryjnych*, wydanie III, obowiązujące od 10 września 2014 r.,
- nr SOP-007 nr *Przechowywanie materiału biologicznego do badań laboratoryjnych*, wydanie III, obowiązujące od 1 stycznia 2017 r.,
- nr SOP-019/DDL pn. *Przyjmowanie, przygotowywanie i obieg materiału biologicznego w Dziale Diagnostyki Laboratoryjnej*, wydanie V, obowiązujące od 1 grudnia 2016 r.,
- nr SOP-010/DDL pn. *Postępowanie z materiałem po wykonaniu badań laboratoryjnych*, wydanie II, obowiązujące od 1 lipca 2015 r.

Kadra medyczna poszczególnych komórek organizacyjnych Szpitala została zapoznana z procedurami i instrukcjami opisującymi prawidłowe postępowanie podczas realizacji poszczególnych czynności fazy przedanalizycznej.

DDL opracował i przekazał na oddziały Szpitala pisemne instrukcje określające zasady prawidłowego pobierania materiału do badań laboratoryjnych.

(akta kontroli str. 283 pliki 031-051, 738, 814, 876, 878, 882-884, 888, 891, 896, 909, 927, 945)

4. Zgodnie ze standardem z 2009 DO 3 pacjenci powinni otrzymywać pisemne informacje na temat badań radiologicznych.

Ogłędziny przeprowadzone na Oddziałach Chirurgii Ogólnej i na Oddziale Ortopedyczno — Urazowym wykazały, że pacjenci ze zleceniem badań radiologicznych otrzymywali:

- *Skierowanie na badanie RTG*, w którym określono rodzaj i cel badania (co badanie ma wyjaśnić), pouczenie, że promieniowanie rentgenowskie może mieć niekorzystny wpływ na organizm ludzki. Pacjenci poświadczili swoim podpisem (wraz z datą) fakt zapoznania się z treścią tej informacji o sposobie wykonania badania i negatywnych skutkach promieniowania oraz wyrazili zgodę na to badanie.
- Dokument pn. *BADANIA RTG – INFORMACJE DLA PACJENTA* o sposobie i formie wykonania takiego badania, podpisane przez zastępcę dyrektora ds.

lecznictwa. W informacji określono zasady postępowania pacjenta podczas procesu takiej diagnostyki obrazowej, tj.:

- Zobowiązano pacjenta do sprawdzenia zgodności tożsamości jego danych wypisanych na skierowaniu.
- Wymieniono stanowisko pracownika medycznego wykonującego badanie i czas trwania badania.
- Poinformowano, że badanie jest bezbolesne i nie wymaga przygotowania (poza badaniem jamy brzusznej i kręgosłupa lędźwiowego).
- Określono przebieg i technikę wykonania tego badania.

Pielęgniarki oddziałowe wyjaśniły, że ww. pisemne informacje udostępniano również pacjentom niewidzącym, słabowidzącym lub ze schorzeniami oczu. Udostępnienie polegało na odczytaniu treści ww. informacji pacjentom niewidomym lub słabowidzącym przez pielęgniarki.

(akta kontroli str. 489, 639)

5. Zgodnie ze standardem OD 1.1 w szpitalu są opracowane diety.

Ogłędziny przeprowadzone na Oddziałach Chirurgii Ogólnej i na Oddziale Ortopedyczno — Urazowym wykazały, że na korytarzach wewnętrznych tych Oddziałów — (na tablicach ogłoszeń) umieszczony był (obowiązujący w Szpitalu) pisemny dokument pn. *Przygotowanie, dystrybuowanie i podawanie posiłków zgodnie z zasadami higieny i bezpieczeństwa, wydanie II, obowiązujące od 20 kwietnia 2018 r.*, podpisany przez Przewodniczącego Zespołu ds. Leczenia Żywnościowego. Dokument umieszczono w ogólnie dostępnym, widocznym miejscu, umożliwiającym każdemu pacjentowi łatwe zapoznanie się z jego treścią.

Na ww. oddziałach znajdował się *Wykaz diet Rok 2018/2019*, podpisany przez kierownika Działu Żywności, zawierający 16 diet podstawowych³³ oraz diety specjalne³⁴, a także pomieszczenie kuchenne do przygotowania i podgrzewania posiłków.

Zastępca dyrektora ds. pielęgniarstwa oświadczył, że w sprawie organizacji przygotowania i podawania diet, obowiązywały niżej wymienione zasady:

- Dienne zestawienia rodzaju i ilości poszczególnych diet dla pacjentów sporządzały dietetyczki, pielęgniarki oddziałowe lub ich zastępczynie lub pielęgniarki odpowiedzialne za dyżury w soboty, niedziele i święta.
- Takie zestawienia, po dostarczeniu dietetykowi Działu Żywności (przez pracowników Działu Higieny Szpitalnej), były podstawą przygotowania i wydawania diet na poszczególne Oddziały.
- Diety dla pacjentów Szpitala przygotowywała kuchnia wchodząca w skład Działu Żywności.
- Diety wydawane i podawane były pacjentom na oddziałach przez dietetyczki, pielęgniarki oddziałowe, ich zastępczynie lub pielęgniarki.
- Diety były porcjowane przez pracowników kuchni i przez osoby wydające bezpośrednio przed podaniem pacjentom.
- Nadzór na oddziałach nad wydawaniem i podawaniem pacjentom diet zaleconych przez lekarza, pełniły dietetyczka oddziału, pielęgniarka oddziałowa lub jej zastępczyni, pielęgniarka odcinkowa.

(akta kontroli str. 489, 639, 965)

³³ Podstawowa (pełna), podstawowa (pełna – dziecięca), łatwo strawna (lekkostrawna), łatwostrawna (lekkostrawna dziecięca), płynna – głodówkowa, płynno – papakowata, kleikowa, z ograniczeniem substancji pobudzających wydzielanie soku żołądkowego (wrzodowa), z ograniczeniem tłuszczu (wątrobową), łatwostrawna (poporodowa), łatwostrawna (niskosolna), z ograniczeniem białka (niskobiałkowa), bogatobiałkowa, z ograniczeniem cukrów prostych (cukrzycowa dziecięca), z ograniczeniem cukrów prostych (cukrzycowa – dorosła), o kontrolowanej zawartości kwasów tłuszczowych (kardiologiczna).

³⁴ Dieta miksowana, bezglutenowa, ubogoresztkowa, bogatoresztkowa, bezmleczna, ziemniaczana, wegetariańska, dieta w chorobie nowotworowej i inne.

6. Zgodnie ze standardem ZZ 9 w szpitalu prowadzi się przynajmniej raz w roku badania satysfakcji zawodowej personelu.

Satysfakcja zawodowa pracowników była przedmiotem corocznych badań ankietowych przeprowadzonych w kontrolowanym okresie³⁵ na populacji 14,8% respondentów (średnio). Badania polegały na rozdaniu wśród pracowników anonimowych ankiet, z prośbą o udzielenie odpowiedzi na pytania dotyczące: poziomu stabilności zatrudnienia, poziom wynagrodzenia, relacji z przełożonymi, systemu podnoszenia kwalifikacji, warunków pracy, współpracy z innymi działami, wykorzystania posiadanych kwalifikacji, zakresu obowiązków, znajomości zakresu obowiązków pracownika przez przełożonego.

Najniżej ocenionym aspektem pracy był poziom wynagrodzenia, który pozytywnie oceniło (średnio) 18,7% populacji a najwyżej — relacje z przełożonymi (69,2% średnio). Na podstawie analizy badań ankietowych sformułowano pisemne wnioski:

- w 2014 r. — *Należy przeanalizować, przekonsultować z przedstawicielami pracowników system podnoszenia kwalifikacji oraz poziom wynagrodzenia, udoskonalić przepływ informacji od i do pracowników.*
- w 2015 r. — *Najbardziej istotne okazało się usprawnienie przepływu informacji — ważne dla 55,9% oraz współpraca z innymi działami — 57,4%.*
- w 2016 r. — *Najbardziej istotne okazało się usprawnienie przepływu informacji — ważne dla 29,6% oraz współpraca z innymi działami — 33,9%.*
- w 2017 r. — *Najbardziej istotne okazało się usprawnienie przepływu informacji — ważne dla 32% oraz współpraca z innymi działami — 34%.*
- w 2018 r. — *Najbardziej istotne okazało się usprawnienie przepływu informacji — ważne dla 35% oraz współpraca z innymi działami — 36%. Nadal problemem okazał się poziom wynagrodzenia ... Wykonywane analizy sugerują, że dla uzyskania zmiany nastawienia personelu konieczna byłaby korekta sprawności przepływu przekazywanych informacji oraz jasnego podziału zadań i obowiązków na poszczególnych stanowiskach pracy. Ponadto można też zastanowić się nad zmianą systemu wynagradzania pracowników oraz wyznaczeniu klarownej ścieżki awansu i rozwoju zawodowego personelu.*

(akta kontroli str. 283 pliki 026-030, 966, 968)

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że w celu realizacji pisemnych wniosków zawartych w analizach z badania satysfakcji pracowników podjęto działania:

- corocznie weryfikowano wyniki badania satysfakcji pracowników, pod kątem sprawdzenia, czy brak przepływu informacji pomiędzy poszczególnymi komórkami Szpitala rzeczywiście występował i jakimi czynnikami był uwarunkowany. W związku z tym, że nie potwierdził się brak przepływu informacji — uściślono pytania w ankiecie w taki sposób, aby odpowiedzi były jednoznaczne i wskazywały na konkretne przykłady występowania zakłóceń w przepływie informacji.
- Poprawiono rozmieszczenie tablic z informacjami dla pracowników.
- Zagadnienia podnoszenia kwalifikacji zawodowych, poziomu stabilności zatrudnienia omawiano cyklicznie na spotkaniach ze Związkami Zawodowymi oraz z Radą Pracowników Szpitala. W efekcie rozwijano systemy: ponoszenia kwalifikacji personelu medycznego pielęgniarek i lekarzy, motywacji finansowej pracowników.

(akta kontroli str. 974)

³⁵ 2014 -2018. W 2019 r. przeprowadzenie badania satysfakcji zawodowej pracowników zaplanowano na IV kwartał tego roku.

7. Zgodnie ze standardem OP 3 pracownicy szpitala są szkoleni w resuscytacji krążeniowo-oddechowej.

W latach 2016 — 2018 wykonano zaplanowaną liczbę szkoleń w zakresie resuscytacji krążeniowo-oddechowej, tj. odpowiednio: 18, 25 i 19 szkoleń. W okresie tym udział przeszkolonego personelu medycznego w odniesieniu do liczby personelu szpitalnego ogółem wyniósł odpowiednio: 89,2%, 92,8% i 91,0%. W szczególności udział przeszkolonych według poszczególnych kategorii zawodowych wynosił: lekarze odpowiednio: 91,9%, 94,0% i 91,0%; personel pielęgniarski odpowiednio: 88,4%, 91,5% i 91,9%; pozostały personel medyczny odpowiednio: 88,2%, 85,5% i 86,9%.

Szkolenia miały charakter wewnętrzny i były zorganizowane przez Szpital. Przy ich realizacji zachowano standard BLS (ang. Basic Life Support) oraz uwzględniono wytyczne Polskiej Rady Resuscytacji w Krakowie w 2015 r. i aktualne wytyczne Europejskiej Rady Resuscytacji.

W okresie od 1 stycznia do 31 maja 2019 r. nie wykonywano szkoleń w zakresie resuscytacji krążeniowo-oddechowej.

(akta kontroli str. 976-977, 984)

Do badania szczegółowego, spośród personelu medycznego wytypowano 17 lekarzy i 10 osób z personelu pielęgniarskiego³⁶, z uwzględnieniem 23 osób³⁷ zatrudnionych na podstawie umowy o pracę i na podstawie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne (kontrakt). Spośród nich w zakresie resuscytacji krążeniowo-oddechowej przeszkolono 17 pracowników medycznych:

- W 2018 r. — 11 osób, (ośmiu lekarzy i trzy osoby z personelu pielęgniarskiego), z czego osiem w grudniu, dwie w listopadzie i jedną osobę w maju. Uczestnictwo tych pracowników w szkoleniach z zakresu resuscytacji krążeniowo-oddechowej zostało stwierdzone na podstawie podpisów na listach obecności, w związku z brakiem właściwych zaświadczeń w dokumentacji kadrowej.
- W 2017 r. — trzech lekarzy,
- W latach 2015, 2016 i 2017 — trzy osoby z personelu pielęgniarskiego.

W aktach osobowych 10 pracowników medycznych brak było informacji na temat przeszkolenia ich w zakresie resuscytacji krążeniowo-oddechowej — sześciu lekarzy: trzech zatrudnionych w okresie od 11 maja 2019 r. do 1 czerwca 2019 r., dwóch zatrudnionych w 2018 r. i jednego zatrudnionego w 2017 r. (w roku ich przyjęcia do pracy) oraz czterech osób z personelu pielęgniarskiego zatrudnionych w okresie od drugiego stycznia do 17 stycznia 2019 r.

(akta kontroli str. 985, 990, 992, 999)

Prowadzenie spraw związanych ze szkoleniem pracowników należało zadań Działu Kadr i Płac.

Kierownik tego działu wyjaśniła, że: *osoby nieuczestniczące w szkoleniu to pracownicy przebywający na zwolnieniach lekarskich, urlopach wychowawczych, macierzyńskich, rodzicielskich, bezpłatnych, świadczeniach rehabilitacyjnych oraz stażach do specjalizacji; w 2019 roku szkolenie w zakresie resuscytacji krążeniowo-oddechowej zaplanowane zostało na miesiące październik-listopad (około 25 szkoleń).*

(akta kontroli str. 976, 1000)

8. Zgodnie ze standardem OP 4 w szpitalu określono, które leki, sprzęt i materiały muszą być dostępne w stanach nagłego zagrożenia życia.

³⁶ Które w tym okresie były personelem Szpitala.

³⁷ Które rozpoczęły świadczenie pracy na rzecz szpitala w okresie objętym kontrolą.

Rodzaj i ilość leków, sprzętu oraz materiałów stosowanych w stanach nagłego zagrożenia życia, sposób ich zabezpieczenia, uzupełniania oraz wymiany określono pisemnie w: *Procedurze Zintegrowanego Systemu Zarządzania QP-006/O – Postępowanie w przypadku zapaść, omdleń i nagłego zatrzymania krążenia*, wydanie V, obowiązujące od 22 grudnia 2017 r., w zarządzeniach Dyrektora Szpitala: nr 38/2014 z 24 lutego 2014 r. w sprawie powołania Zespołu ds. analizy częstości i skuteczności podjętych czynności reanimacyjnych, pod przewodnictwem specjalisty ds. anestezjologii i intensywnej terapii oraz nr 62/2016 z 31 marca 2016 r. w sprawie powołania Komitetu terapeutycznego. Do zadań tego Zespołu należała m.in. *analiza dostępności leków, sprzętu i materiałów stosowanych w stanach nagłego zagrożenia życia*, a Komitet terapeutyczny miał za zadanie m.in. *wyciągnięcie wniosków na podstawie ocen dla poprawy gospodarki lekowej i przedkładanie Komitetowi Terapeutycznemu i Komitetowi ds. Jakości, nie rzadziej niż raz na kwartał*.

Ogłędziny przeprowadzone na Oddziałach Chirurgii Ogólnej i na Oddziale Ortopedyczno — Urazowym wykazały, że rodzaj i ilość leków w zestawach przeciwwstrząsowych była zgodna z wykazem wymienionym w załącznikach nr 2 i nr 3 do Procedury QP-006/O.

(akta kontroli str. 489, 639)

Zastępca dyrektora ds. leczenia wyjaśnił, że załączony w *Procedurze QP-006/O wykaz leków stanowiący zestaw przeciwwstrząsowy* został opracowany przez doświadczonego anestezjologa zatrudnionego w tym Szpitalu w oparciu o potrzeby Szpitala specjalistycznego i zabezpiecza potrzeby pacjentów wymagających interwencji w stanach ratujących życie. Zestaw ten jest optymalny dla potrzeb świadczenia usług medycznych w powyższym zakresie. Dodatkowo wyjaśniam, że względu na profil Szpitala specjalistycznego oddziały dysponują apteczkami oddziałowymi z liczbą i rodzajem leków, które mogą zostać użyte i zabezpieczają pacjentów w różnych stanach chorobowych, w tym ratujących życie.

(akta kontroli str. 489, 639, 1001-1002, 1006, 1015, 1402)

9. Zgodnie ze standardem OP 4.1 w szpitalu leki i materiały stosowane w stanach nagłego zagrożenia życia są stale dostępne w miejscach świadczenia opieki.

Ogłędziny przeprowadzone na Oddziale Chirurgii Ogólnej i na Oddziale Ortopedyczno — Urazowym wykazały, że leki, sprzęt i materiały stosowane w stanach nagłego zagrożenia życia były przechowywane w sposób funkcjonalny, umożliwiając szybkie dotarcie do pacjenta oraz dogodne korzystanie z zestawu. Rodzaj i ilość leków w zestawie przeciwwstrząsowym oraz rodzaj i ilość sprzętu i aparatury niezbędnej w stanach zagrożenia życia były zgodne z wykazami w załącznikach nr 2 i nr 3 do *Procedury QP-006/O*. Nie zdekompletowano zestawu przeciwwstrząsowego — produkty lecznicze w nim umieszczone miały aktualną datę ważności, w tym adrenalinę wchodzącej w skład zestawu (poprzez oznaczenie datą umieszczenia w nim — datą wyjęcia z lodówki³⁸). Według ww. *Procedury* kontrolę zestawu przeciwwstrząsowego i sprzętu do resuscytacji powierzono pielęgniarkom oddziałowym, które codziennie sprawdzały kompletność zestawu i sprawność defibrylatora.

(akta kontroli str. 489, 639)

10. Zgodnie ze standardem FA 3 w szpitalu określono i wdrożono zasady pozyskiwania leków w trybie nagłym (w godzinach nocnych; podczas świąt, itp.).

³⁸ Według charakterystyki produktu leczniczego – adrenalinum – dopuszczalny okres przechowywania poza lodówką wynosi 6 miesięcy.

Ogledziny przeprowadzone na Oddziałach Chirurgii Ogólnej i na Oddziale Ortopedyczno — Urazowym wykazały, że jednostki te posiadały kopie pisemnej *Instrukcji Zintegrowanego Systemu Zarządzania QI-003/A Pozyskiwanie leków w trybie nagłym - wydanie III, obowiązujące od 4 lutego 2019 r.*, z którą zapoznali się pracownicy medyczni przez złożenie podpisów i odnotowanie daty zapoznania. *Instrukcja* określała sposoby pozyskiwania leków w trybie nagłym:

- w godzinach pracy Apteki Szpitala przez:
 - złożenie zapotrzebowania do Apteki Szpitala,
 - pobranie leku z innego oddziału Szpitala,
 - zamówienie leku u dostawcy w trybie „cito”,
- po godzinach pracy Apteki Szpitala oraz w dni wolne od pracy — przez pobranie leku z: Depozytu leków na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii (dostępnego 24/7 dni w tygodniu)³⁹ lub z innego oddziału Szpitala,
- pozyskanie leków do Szpitala z innych placówek służby zdrowia na podstawie podpisanych porozumień: ze Specjalistycznym Szpitalem im. E. Szczeklika w Tarnowie oraz z Samodzielnym Publicznym Zespołem Opieki Zdrowotnej w Brzesku.

(akta kontroli str. 489, 639, 1016, 1023)

Kierownik Apteki Szpitala⁴⁰ oświadczyła, że Szpital nie posiadał zbiorczych danych o pozyskiwanych lekach w trybie nagłym, ale Apteka weryfikowała te zamówienia poprzez dostosowanie wielkości zamówienia do posiadanego stanu magazynowego.

Kierownikowi Apteki szpitalnej powierzono obowiązek monitorowania gospodarki produktami leczniczymi i wyrobami medycznymi. W zakresie stosowania Procedury QI-003/A nadzór ten przekładał się na realizowanie zapotrzebowania na leki z adnotacją „Cito”, a dla leków z listy LR_Z⁴¹ z dodatkowo z wypełnionym formularzem *wniosku o Lek Sprowadzany z zaznaczonym terminem realizacji do 12 godzin*, monitorowanie stanu tych leków na oddziałach, w Depozycie leków na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii i leków pozyskanych w trybie porozumień z innymi placówkami medycznymi.

Analiza dokumentów dotyczących tego zagadnienia (po dwie umowy z każdego roku objętego badaniem) wykazała, że przy pozyskaniu tych leków stosowano wytyczne Szpitala w tym zakresie:

- Zapotrzebowania na leki zlecano na właściwych formularzach⁴² z zaznaczeniem m.in. terminu realizacji, zatwierdzenia przez dyrektora Szpitala, jego zastępcy ds. lecznictwa lub lekarza z upoważnienia dyrektora Szpitala.
- Prowadzono ewidencję finansowo-księgową przepływu leków do oddziałów Szpitala pozyskanych z Depozytu leków oraz z innych placówek medycznych. Ewidencja uwzględniała nr serii i daty ważności leków.

(akta kontroli str. 1028-1029, 1033, 1036, 1046, 1062, 1065)

11. Zgodnie ze standardem FA 11 niepożądane działania stosowanych leków i preparatów krwiopochodnych są dokumentowane — informacje powinny być zamieszczane w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjentów, a także raportowane do Apteki szpitalnej i punktów krwiodawstwa. Informacja dotycząca

³⁹ Pracownicy Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii potwierdzili swoim podpisem i datą, że zostali przeszkoleni z zasadami INSTRUKCJI QI-003/A, która w załączniku nr 1 zawierał spis 19 pozycji leków stanowiący *DEPOZYT LEKÓW*.

⁴⁰ Według zakresu czynności kierownik Apteki Szpitala odpowiadał m.in. za składanie zamówień produktów leczniczych i wyrobów medycznych zgodnie z zapotrzebowaniem z oddziałów.

⁴¹ Leki rezerwowe zastrzeżone - zastosowane tylko w ściśle określonych sytuacjach klinicznych, po każdorazowej akceptacji przez Dyrektora Szpitala.

⁴² Stanowiących załączniki do zarządzeń Dyrektora Szpitala Wojewódzkiego im. Św. Łukasza SP ZOZ w Tarnowie: nr 174/2012 z dnia 30 października 2012 r. zmieniającego zarządzenie nr 225/2011 r. z dnia 9 grudnia 2011 r. w sprawie wprowadzenia receptariusza szpitalnego i nr 9/2017 z dnia 16 stycznia 2017 r. w sprawie receptariusza.

raportowania działań niepożądanych leków oraz preparatów krwiopochodnych powinna być łatwo dostępna w oddziałach.

Zasady postępowania i przekazywania informacji o działaniu niepożądanym produktów leczniczych określono w pisemnej *Procedurze Zintegrowanego Systemu Zarządzania* pn. QP-007/A *Zgłaszanie niepożądanych działań leków*, wydanie II, obowiązujące od 4 grudnia 2015 r. Ustalono w niej m.in., że okoliczności zdarzenia, co do którego zachodzi podejrzenie wystąpienia działania niepożądanego, dokumentuje⁴³ ordynator/zastępca ordynatora lub lekarz odpowiedzialny za zlecenie podanego leku i przekazuje kierownikowi Apteki Szpitala, w celu zgłoszenia do Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych (URPLWM i PB). W przypadku podejrzenia wady jakościowej produktu leczniczego ustalono obowiązek zgłoszenia takiego wyrobu do Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego⁴⁴.

(akta kontroli str. 1067, 1072)

Kierownik Apteki Szpitala oświadczyła, że do leków dla których odnotowano ciężkie zdarzenia niepożądane, nie zgłoszono podejrzenia wady jakościowej tych produktów.

(akta kontroli str. 1081)

W latach 2016 — 2019 wystąpiło 14 przypadków działań niepożądanych leków (jeden przypadek w 2017 r., sześć w 2018 r. i siedem w 2019 r.), w tym sześć zareportowane jako ciężkie (w 2019 r.) wystąpiło u sześciu pacjentów⁴⁵ po podaniu im koncentratu do sporządzania roztworu do infuzji. W przypadku pięciu pacjentów, u których wystąpiła reakcja polegająca na trwałym lub znaczącym inwalidztwie lub upośledzeniu sprawności) — ciężkie działanie niepożądane leku zgłoszono do URPLWM i PB⁴⁶ po upływie od siedmiu dni do 65 dni od ich wystąpienia. Natomiast w przypadku jednego pacjenta, u którego wystąpiła reakcja polegająca na zagrożeniu życia i inne reakcje — ciężkie działanie niepożądane leku zgłoszono do URPLWM i PB⁴⁷ po dwóch dniach od ich wystąpienia. Zgłoszenie przesłano również do podmiotu uprawnionego do sprzedaży tego produktu leczniczego. Wyżej wymieniana klasyfikacja ciężkich działań była zgodna z katalogiem wymienionym w *Procedurze QP-007/A*.

Nieciężkie działania niepożądane zgłoszono⁴⁸: w jednym przypadku po czterech dniach od ich wystąpienia (w 2017 r.), w jednym przypadku — po 21 dniach (w 2018 r.), w pozostałych przypadkach — w dniu ich wystąpienia (w 2018 r. — pięć przypadków, w 2019 r. — jeden przypadek).

Wystąpienie działań niepożądanych odnotowano na właściwych formularzach.

(akta kontroli str. 1081-1083, 1093, 1108, 1132-1133, 1135, 1138, 1163)

W Szpitalu określono również zasady postępowania i przekazywania informacji o niepożądanych poważnych reakcjach poprzetoczeniowych krwi i jej składników — w *pisemnej Procedurze Zintegrowanego Systemu Zarządzania* QP-039/O pn. *Przetaczanie krwi i jej składników*, wydanie IV, obowiązujące od 13 kwietnia 2018 r.

Ustalono w niej m.in. obowiązek przesłania do Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa (RCKiK) formularza *Zgłoszenia niepożądanego reakcji lub zdarzenia* wraz próbkami i preparatami przetaczanej krwi pacjentów

⁴³ Na właściwym formularzu.

⁴⁴ Instrukcja Zintegrowanego Systemu Zarządzania QI-002/A pn. Wstrzymywanie i wycofywanie z obrotu produktów leczniczych i wyrobów medycznych, wydanie IV, obowiązujące od 9 października 2015 r.

⁴⁵ W okresie od 30.10.2018 r. do 16.01.2019 r., tj. po wizycie akredytacyjnej przeprowadzonej w okresie od 13-15 czerwca 2018 r.

⁴⁶ 3 stycznia 2019 r.

⁴⁷ 18 stycznia 2019 r.

⁴⁸ Wystąpiły: 1.09.2017 r., w I i IV kwartale 2018 r. oraz 4.01.2019 r.

oraz powiadomienia Pracowni Immunologii Transfuzjologicznej z Bankiem Krwi, która wykonała badania przed przetoczeniem.

(akta kontroli str. 1164)

W latach 2016 — 2019 wystąpiło 7 przypadków niepożądanych poważnych reakcji poprzetoczeniowych krwi i jej składników. Szpital niezwłocznie (tego samego dnia lub następnego) przekazał do RCKiK próbki i preparaty przetaczanej krwi, nie sporządzano natomiast kopii formularzy *Zgłoszeń niepożądanego reakcji lub zdarzenia*.

Kierownik Pracowni Serologii Transfuzjologicznej z Bankiem Krwi wyjaśniła, że wypełnione oryginały formularzy *Zgłoszenia niepożądanego reakcji lub zdarzenia* przekazano do RCKiK wraz próbkami i preparatami przetaczanej krwi pacjentów. Informacje zawarte w formularzach *Zgłoszenia niepożądanego reakcji lub zdarzenia* zostały odnotowane w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjentów.

(akta kontroli str. 1189, 1191)

12. Zgodnie ze standardem PJ 2.4 w szpitalu regularnie analizuje się przynajmniej dwa razy w roku nieplanowane, powtórne hospitalizacje — przypadki readmisji w formie nieplanowanych przyjęć do 30 dni od daty poprzedniego wypisu.

Kierownicy oddziałów analizowali i oceniali przyczyny rehospitalizacji pacjentów, wygenerowanych pod tym względem ze szpitalnego systemu InfoMedica, tj. przypadki nieplanowanych przyjęć w okresie do 30 dni od wypisu z oddziałów i w ciągu 72 godzin od wypisu z SOR. Zdarzenie te były analizowane i oceniane co kwartał we wszystkich 22 oddziałach i SOR. Ostateczne analizy i oceny były konsultowane z lekarzami uczestniczącymi w procesie leczenia analizowanych pacjentów, przekazywane ustnie personelowi oddziału na porannych raportach/odprawach przed porannymi wizytami lekarzy prowadzących, a w formie papierowej — Przewodniczącemu Zespołu ds. oceny przyjęć i wypisów pacjentów⁴⁹.

Katalog przyczyn hospitalizacji obejmował przypadki: braku związku z poprzednią hospitalizacją, zaostrzenie choroby przewlekłej, nawrót ostrego stanu chorobowego, powikłania poprzedniej hospitalizacji i inne przyczyny. W analizach uwzględniono również informacje na temat schorzeń/chorób, w następstwie których odnotowano hospitalizację.

(akta kontroli str. 290 pliki 153-158, 1198, 1207, 1279, 1395)

13. Zgodnie ze standardem PJ 3 w szpitalu regularnie prowadzi się ocenę opinii pacjentów, przynajmniej raz w roku.

Szpital przeprowadzał corocznie ocenę opinii pacjentów na temat jakości usług świadczonych (w latach 2014 — 2018), w tym przed przeglądem akredytacyjnym, który się odbył od 3 do 5 grudnia 2014 r. Badania polegały na rozdaniu wśród pacjentów Szpitala anonimowych *arkuszy oceny, ankiet*, z prośbą o udzielenie odpowiedzi na zawarte w nich pytania.

W latach 2014 — 2016 badania przeprowadzono na podstawie *arkuszy oceny* otrzymanych z CMJ, który zapewniał obróbkę danych i graficzną prezentację wyników badań za pomocą programu *PASAT-PAKIET SATYFFAKCJA*⁵⁰, a w latach 2017 — 2018 na podstawie *ankiet* zamkniętych opracowanych przez Sekcję Systemów Zarządzania. Wyniki badań ankietowych były następujące:

⁴⁹ Powołany na podstawie zarządzenia nr 39/2014 z dnia 24 lutego 2014 r. Dyrektora Szpitala Wojewódzkiego im. Św. Łukasza SP ZOZ w Tamowie w sprawie powołania Zespołu ds. oceny przyjęć i wypisów pacjentów, ze zmianą w 2018 r. (zarządzenie nr 35/2018 z dnia 12 marca 2018 r.). Zadaniem Zespołu było analizowanie rehospitalizacji na rzecz Komitetu ds. Jakości.

⁵⁰ Narzędzie do prowadzenia badań opinii stworzonym w CMJ.

- W 2016 r. (od pierwszego do trzeciego lipca) — w 14 oddziałach — udział respondentów⁵¹, którzy ocenili *bardzo dobrze i dobrze*, wszystkie ujęte w *arkuszach oceny* aspekty opieki nad pacjentami, wynosił: opieka lekarska — 85,7% respondentów, opieka pielęgniarska — 88,8%, opieka pacjentów obłożnie chorych — 71,5%, profilaktyka przeciwoleżynowa — 54,7%, warunki na oddziałach — 79,8%, opieka rehabilitacyjna na Oddziale Rehabilitacji — 75,7%, inne aspekty pobytu w szpitalu — 80,6%, ocena ogólna — 82,5%.
- W 2017 r. (od marca do maja) i w 2018 r. (od maja do lipca) — odpowiednio: w 18 i 17 oddziałach zabiegowych i zachowawczych — udział respondentów⁵², którzy ocenili *bardzo dobrze i dobrze*, wszystkie ujęte w tych w *ankietach*, aspekty opieki nad pacjentami, wynosił: opieka lekarska — 90,6% i 90,6 % respondentów, opieka pielęgniarska — 92,3% i 94,1%, samopoczucie pacjenta w trakcie pobytu na oddziałach — 88,0% i 90,0%, warunki na oddziałach — 89,0% i 91,5%, dieta i posiłki⁵³ — 87,8% i 90,0%, możliwość skorzystania z innych świadczeń — 75,0% i 77,5%, opieka rehabilitacyjna na Oddziale Rehabilitacji — 69,8% i 73,8%, ocena ogólna — 85,0% i 85,7%.
- W 2017 r. (od marca do maja) w pracowniach diagnostycznych, tj.:
 - W Dziale Diagnostyki Obrazowej — udział respondentów⁵⁴, którzy ocenili *bardzo dobrze i dobrze* wszystkie aspekty ujęte w tych w *ankietach*, wynosił: czas oczekiwania na badanie przed Pracownią — odpowiednio 42,0%, 66,0%, 88,0% i 92,0% respondentów, wyjaśnienie celowości badania — odpowiednio 58,0%, 67,0%, 94,0% i 98,0% respondentów, objaśnienie kolejności postępowania w trakcie badania — odpowiednio 52,0%, 77,0%, 94,0% i 97,0% respondentów, możliwość eliminacji bólu w czasie badania — odpowiednio 42,0%, 72,0%, 94,0% i 97,0% respondentów, uprzejmość personelu gabinetu diagnostycznego — odpowiednio 55,0%, 78,0%, 100,0% i 98,0% respondentów, zachowanie intymności podczas badania — odpowiednio 61,0%, 78,0%, 97,0% i 100,0% respondentów.
 - W Dziale Diagnostyki Laboratoryjnej — udział respondentów⁵⁵, którzy ocenili *bardzo dobrze i dobrze* wszystkie aspekty ujęte w tych w *ankietach*, wynosił: praca rejestracji punktu pobrań materiału — 98,0% respondentów, godziny pracy punktu pobrań materiału — 96,0%, profesjonalizm personelu medycznego — 97,0%, stosunek personelu do pacjenta — 97,0%, skuteczność ulotki informacyjnej w przygotowaniu do badań — 93,0%, czystość na stanowisku pobierania krwi — 97,0%.
 - w SOR — udział respondentów⁵⁶, którzy ocenili *bardzo dobrze i dobrze* wszystkie aspekty ujęte w tych w *ankietach* (w części SOR: urazowej, ogólnej i chirurgicznej), wynosił: praca Rejestracji Medycznej SOR — odpowiednio 89,0%, 92,0% i 100,0% respondentów, udzielenie informacji o stanie zdrowia i planowaniu leczenia — odpowiednio 93,0%, 92,0% i 100,0% respondentów, zapewnienie poczucia intymności podczas badania — odpowiednio 66,0%, 92,0% i 88,0% respondentów, reakcja lekarza na potrzeby pacjenta — odpowiednio 87,0%, 88,0% i 100,0%

⁵¹ Zwrócili 217 wypełnionych *arkuszy ocen*.

⁵² Zwrócili wypełnione ankiety odpowiednio: 762 i 850.

⁵³ Ocenie podlegały: przekazanie informacji na temat stosowanej diety, wielkość porcji żywieniowych, różnorodność posiłków, temperatura podawanych posiłków.

⁵⁴ Zwrócili wypełnione ankiety odpowiednio: 30, 18, 33 i 38.

⁵⁵ Zwrócili 73 wypełnione ankiety.

⁵⁶ Zwrócili 73 wypełnione ankiety.

respondentów, reakcja pielęgniarki na potrzeby pacjenta — odpowiednio 90,0%, 92,0% i 87,0% respondentów.

– w 2018 r.

- W Dziale Diagnostyki Laboratoryjnej — udział respondentów⁵⁷, którzy ocenili bardzo dobrze i dobrze wszystkie aspekty ujęte w tych w *ankietach*, wynosił: praca rejestracji punktu pobrań materiału — 100,0% respondentów, godziny pracy punktu pobrań materiału — 100,0%, profesjonalizm personelu medycznego — 72,0%, stosunek personelu do pacjenta — 100,0%, skuteczność ulotki informacyjnej w przygotowaniu do badań — 79,0%, czystość na stanowisku pobierania krwi — 100,0%.
- w SOR — udział respondentów⁵⁸, którzy ocenili bardzo dobrze i dobrze wszystkie aspekty ujęte w tych w *ankietach* (w części SOR: ogólnej i chirurgicznej), wynosił: praca Rejestracji Medycznej SOR — odpowiednio 94,0% i 91,0% respondentów, udzielenie informacji o stanie zdrowia i planowaniu leczenia — odpowiednio 94,0% i 86,0% respondentów, zapewnienie poczucia intymności podczas badania — odpowiednio 69,0% i 72,0% respondentów, reakcja lekarza na potrzeby pacjenta — odpowiednio 89,0% i 88,0% respondentów, reakcja pielęgniarki na potrzeby pacjenta — odpowiednio 100,0% i 96,0% respondentów.

Badanie satysfakcji pacjentów w 2019 r. Sekcja ds. Systemów Zarządzania zaplanowała przeprowadzić w drugiej połowie tego roku.

(akta kontroli str. 292 pliki 185-189, 1283, 1301, 1306, 1310, 1312-1313, 1315, 1324, 1332, 1337, 1341, 1343, 1353, 1357, 1363, 1370, 1372)

Dyrektor Szpitala oświadczyła, że *wyniki badania satysfakcji pacjentów, były przedstawiane kierownictwu Szpitala oraz kadrze kierowniczej komórek organizacyjnych. Wyniki tych badań posłużyły uzyskaniu wiedzy na temat oczekiwań, preferencji hospitalizowanych pacjentów. Dzięki tym badaniom Szpital uzyskiwał wiedzę czy prawidłowo realizował kontrolę jakości, w myśl obowiązującej w Szpitalu zasady, według której satysfakcja pacjentów jest warunkiem koniecznym uzyskania dobrych wyników leczenia.*

(akta kontroli str. 1373)

Analiza treści na stronie internetowej Szpitala www.lukasz.med.pl wykazała, że nie zamieszczono tam komentarzy, zarówno pozytywnych jak negatywnych, na temat oczekiwań, preferencji i doświadczeń hospitalizowanych pacjentów.

(akta kontroli str. 282 plik 002)

Z inicjatywy NIK przeprowadzono badania ankietowe wśród pacjentów w zakresie jakości usług medycznych, w szczególności standardów: PP 14⁵⁹, PP 36⁶⁰ i ŚO 15⁶¹. Badanie polegało na rozdaniu wśród pacjentów 50 sztuk anonimowych ankiet (zwrotność wynosiła średnio 90,2%) z prośbą o udzielenie odpowiedzi na pięć pytań jednokrotnego wyboru (tak, nie, nie wiem/nie pamiętam). Wyniki badań ankietowych były następujące, na pytanie:

1. *Czy przy wyborze szpitala miało dla Pani/Pana znaczenie posiadanie przez ten podmiot leczniczy certyfikatu akredytacyjnego?* — procentowy udział respondentów w udzielonych odpowiedziach i w odesłanych ankietach wynosił: 67% — tak, 23% — nie, 10% — nie wiem.
2. *Czy w związku z przyjęciem do szpitala był/a Pani/Pan informowana/y o prawach i obowiązkach pacjenta (informacja w tym zakresie była spisana, czytelna i łatwo*

⁵⁷ Zwrócili 98 wypełnionych ankiet.

⁵⁸ Zwrócili 140 wypełnionych ankiet.

⁵⁹ Pacjenci mają zapewnioną możliwość odwiedzin.

⁶⁰ Pacjenci otrzymują zrozumiałe informacje o stanie zdrowia.

⁶¹ Pomieszczenia szpitala są czyste, prawidłowo ogrzane i wentylowane.

dostępna w miejscu pobytu pacjenta, a na życzenie — indywidualnie)? — procentowy udział respondentów w udzielonych odpowiedziach i w odesłanych ankietach wynosił odpowiednio: 96% — tak, 4% — nie.

3. Czy w czasie pobytu w szpitalu otrzymywał/a Pani/Pan zrozumiałą informację o stanie zdrowia? — procentowy udział respondentów w udzielonych odpowiedziach i w odesłanych ankietach wynosił odpowiednio: 94% — tak, 6% — nie.
4. Czy w czasie pobytu w Szpitalu miał/a Pani/Pan zapewnioną możliwość odwiedzin? — procentowy udział respondentów w udzielonych odpowiedziach i w odesłanych ankietach wynosił: 100% — tak.
5. Czy w Pani/Pana ocenie pomieszczenia szpitala były czyste, prawidłowo ogrzane i wentylowane? procentowy udział respondentów w udzielonych odpowiedziach i w odesłanych ankietach wynosił odpowiednio: 94% — tak, 6% — nie (CMJ w ostatniej akredytacji ocenił, że ŚO 15 był częściowo zgodny ze standardem).

(akta kontroli str. 1374-1376)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

Wystąpienie ciężkich działań niepożądanych leku podanego pięciu pacjentom zgłoszono po upływie terminu wymaganego art. 36f Prawa farmaceutycznego⁶², co świadczy o niezachowaniu standardu FA 11. Według Prawa farmaceutycznego osoby wykonujące zawód medyczny zgłaszają ciężkie niepożądane działania produktów leczniczych w terminie 15 dni od dnia powzięcia informacji o ich wystąpieniu. O zdarzeniach tych onkolog kliniczny zaraportowała kierownikowi Apteki Szpitala 3 stycznia 2019 r., która w tym dniu przesłała je do URPLWM i PB oraz do podmiotu uprawnionego do sprzedaży tego produktu leczniczego.

Od wystąpienia ww. działań niepożądanych do zaraportowania zgłoszeń kierownikowi Apteki Szpitala upłynęło: w przypadku pacjenta K.K. – 22 dni; pacjenta A.G.M. – 44 dni, pacjenta M.P. – 64 dni, pacjenta J.C. – 65 dni.

(akta kontroli str. 1082-1083, 1093, 1108)

Kierownik Oddziału Onkologii Klinicznej z Pododdziałem Chemioterapii wyjaśniła, że *Data zakwestionowana podczas kontroli w formularzach zgłoszenia niepożądanego działania produktu leczniczego została błędnie umieszczona przez lekarza onkologa wypełniającego formularz. W rzeczywistości jak w dokumentacji medycznej pacjenta była momentem pojawienia się po raz pierwszy objawu ubocznego leku a nie objawem niepożądanym w stopniu ciężkim, który skutkował decyzją o odstąpieniu od kontynuacji leczenia lub redukcji dawki leku pomimo radykalnego charakteru leczenia onkologicznego prowadzonego u chorych. Błąd wynika z ogólnego określenia „Data wystąpienia działania niepożądanego:” na formularzu, którą lekarz onkolog interpretował jako datę wystąpienia pierwszych objawów działania niepożądanego tego preparatu. W związku z powyższym daty wystąpienia ciężkich objawów niepożądanych zgłaszanych pacjentów powinny być skorygowane.*

(akta kontroli str. 1111)

NIK nie podziela powyższych wyjaśnień. Obowiązująca w Szpitalu procedura nakazywała wypełnić i przekazać formularz zgłoszenia, w każdym przypadku gdy zachodziło podejrzenie wystąpienia działania niepożądanego produktu leczniczego.

Ponadto w formularzach zgłoszenia niepożądanego działania produktu leczniczego dla ww. czterech pacjentów lekarz onkolog zakwalifikowała działania niepożądane leku jako ciężkie, wskazując daty ich wystąpienia (od 30 października do 11 grudnia

⁶² Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2019. poz. 499 ze zm.), dalej Prawo farmaceutyczne.

2018 r.). Wszystkie te formularze sporządziła w jednym dniu, tj. 28 grudnia 2018 r., pomimo różnego terminu wystąpienia ciężkich działań niepożądanych leku.

OCENA CZĄSTKOWA

Najwyższa Izba Kontroli ocenia, że pomimo nieprawidłowości stwierdzonej w zakresie realizacji standardu FA 11, przystąpienie do procesu akredytacji skutkowało realizacją w Szpitalu określonych procedur wymuszających działania wpływające na poprawę jakości świadczonych usług.

W działalności odnoszącej się do obszarów objętych pozostałymi 12 standardami podlegającymi weryfikacji oraz trzech standardów objętych badaniem ankietowym nie stwierdzono nieprawidłowości. Szpital realizował świadczenia zdrowotne i zapewnił ciągłość działania w ww. zakresie z wykorzystaniem procedur wdrożonych w czasie obowiązywania poprzedniego certyfikatu akredytacyjnego.

Szpital dwukrotnie poddał się ocenie przez CMJ w zakresie spełnienia standardów akredytacyjnych. W latach 2014 — 2018, tj. w okresie pomiędzy terminami przeprowadzenia kolejnych wizyt akredytacyjnych, ocena stopnia spełnienia wszystkich standardów wzrosła z 76% do 83%.

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

Przygotowanie Szpitala do uzyskania akredytacji w 2015 r. oraz wdrażanie standardów akredytacyjnych poprzez przygotowanie i aktualizację dokumentacji, prowadzenie badań opinii pacjentów oraz badań satysfakcji zawodowej personelu nie spowodowało poniesienia kosztów z ww. tytułów, oraz konieczności zatrudnienia dodatkowego personelu, gdyż prace te realizowali pracownicy Szpitala, w ramach ich obowiązków. Byli to członkowie *komitetów i zespołów* powołanych w 2014 r. zarządzeniami dyrektora Szpitala, w tym Komitetu ds. Jakości (12 osób, m.in. Pełnomocnik Dyrektora ds. Systemów Zarządzania i Specjalista ds. Systemów Zarządzania), 13 zespołów roboczych powołanych na czas określony (do czasu uzyskania akredytacji) do opracowania i wdrożenia procedur i instrukcji (117 osób) oraz 15 zespołów i 2 komitetów m.in. do analiz w ramach różnych dziedzin działalności Szpitala (97 osób). Łącznie w procesie certyfikacji Szpitala uczestniczyło 226 pracowników medycznych i niemedycznych.

(akta kontroli str.156-157, 228-229)

Przystąpienie do procesu akredytacji nie miało wpływu na koszty funkcjonowania Szpitala, w szczególności w zakresie jego rozbudowy oraz doposażenia, które realizowano zgodnie z planami.

W 2016 r. tj. w następnym roku po uzyskaniu certyfikatu akredytacyjnego koszty operacyjne Szpitala (bez amortyzacji) wynosiły 174 265,3 tys. zł, w 2017 r. (który poprzedził aktualizację certyfikatu w sierpniu 2018 r.) wzrosły o 7,4% — do 187 206,0 tys. zł, a w 2018 r. zwiększyły się o 13,1% do 211 667,2 tys. zł.

W 2016 r. koszty rozbudowy Szpitala wynosiły 4 569,0 tys. zł, a koszty jego doposażenia — 3 251,1 tys. zł, co stanowiło — odpowiednio — 2,6% i 1,9% kosztów operacyjnych ogółem. W 2017 r. i w 2018 r. koszty rozbudowy Szpitala zwiększyły się — odpowiednio — do 5 697,7 tys. zł i do 8 731,4 tys. zł, a koszty jego doposażenia — odpowiednio — do 5 159 tys. zł i do 7 040,3 tys. zł, a ich udział w kosztach operacyjnych zwiększył się odpowiednio do 3% i 4,1% oraz do 2,8% i 3,3%.

W czerwcu 2018 r. za przeprowadzenie procedury oceniającej, Szpital wpłacił 48,3 tys. zł na konto CMJ.

Wg sporządzonych analiz, w 2016 r. koszty rehospitalizacji wynosiły 8 02,6 tys. zł, a w 2017 r. i w 2018 r. zmniejszyły się — odpowiednio — do 7 500,6 tys. zł (o 10,7%) i do 6 861,4 tys. zł (o 8,5%). Ich udział w kosztach operacyjnych ogółem zmniejszył się z 4,8% do 4,0% i do 3,2%. Liczba pacjentów objętych rehospitalizacjami zmniejszyła się z 1 757 do 1 672 i do 1 543 osób.

Koszty reoperacji zmniejszyły się w ww. latach — odpowiednio — z 883,8 tys. zł do 660,7 tys. zł (o 25,2%) i do 135,8 tys. zł (o 79,4%), a ich udział w kosztach operacyjnych ogółem zmniejszył się z 0,5% do 0,4% i 0,1%.

(akta kontroli, str.224-229, 237-238)

Główny Księgowy Szpitala wyjaśnił, że na wzrost kosztów rehospitalizacji w 2016 r. w stosunku do 2015 r. o 24% wpłynęło zwiększenie kosztów całkowitych szpitala (z 168 951,6 tys. zł do 183 443,6 tys. zł), ale udział kosztów rehospitalizacji w całkowitym koszcie sprzedaży (140 591,5 tys. zł) nie przekroczył 6% i był niewiele większy niż w 2015 r. (5,2%), co wobec liczby hospitalizowanych nie było niepokojącym zjawiskiem. *Zmniejszenie kosztów jednostkowych świadczy o tym, że były to drobne zabiegi niewymagające dużych wydatków.*

(akta kontroli str. 237-238)

W kontrolowanym okresie obowiązywało zarządzenie dyrektora Szpitala z 24 lutego 2014 r.⁶³, zgodnie z którym analiza i ocena reoperacji miała być dokonywana nie rzadziej niż dwa razy na rok przez Zespół ds. analizy skutków zabiegów operacyjnych, a wyniki miały być przedstawiane Komitetowi ds. Jakości nie rzadziej niż jeden raz na rok.

W latach 2016 – 2017 Zespół ds. analizy skutków zabiegów operacyjnych sporządził dla 8 oddziałów zabiegowych Szpitala po dwie analizy półroczne. Natomiast w 2018 r. sporządzono jedną analizę obejmującą cztery oddziały zabiegowe. Wszystkie powyższe analizy zostały przekazane do Pełnomocnika ds. systemów zarządzania.

Do czasu kontroli NIK nie sporządzono analizy za I półrocze 2019 r. (

(akta kontroli str. 240-254)

Przewodniczący Zespołu ds. analizy skutków zabiegów operacyjnych wyjaśnił, że w poprzednich latach (2016 r., 2017 r.) kierownicy oddziałów zabiegowych dostarczali regularnie raporty dotyczące reoperacji, a w 2019 r. - tylko z 4 oddziałów za 2018 r. - *Raportów za I półrocze 2018 r nie wykonałem z powodu braku danych.* O braku dokumentów od ordynatorów i kierowników oddziałów do wykonania analizy Przewodniczący Zespołu poinformował 6 marca 2019 r. Pełnomocnika Dyrektora ds. Systemów Zarządzania, powołując się na pismo w tej sprawie z 24 stycznia 2019 r. do kierownika Działu Organizacji i Zarządzania. W I półroczu 2019 r. Zespół ds. Jakości nie omawiał tej analizy. Wyjaśnił dalej, że przyczyny reoperacji były omawiane podczas odpraw lekarskich z personelem medycznym.

(akta kontroli str. 151, 255-256)

W I i w II półroczu 2016 r. liczba reoperacji ogółem w skali całego Szpitala stanowiła — odpowiednio — 1,5% i 0,8% ogólnej liczby operowanych (odpowiednio — 4 611 i 3 859 pacjentów), w kolejnych półroczach 2017 r. — odpowiednio — 1% i 1,5% (5 226 oraz 5 381 pacjentów), a w 2018 r. (tylko dla 4 Oddziałów objętych analizą) — 0,8% (2 301 pacjentów ogółem operowanych w tych oddziałach).

(akta kontroli str. 242-250)

W 2016 r. przeciwko Szpitalowi wniesiono 3 pozwy dotyczące niezapewnienia oczekiwanej przez pacjentów jakości świadczeń. Wartość roszczeń z tego tytułu wynosiła 143 tys. zł, z czego 2 sprawy na podstawie wyroków sądowych zostały oddalone (łącznie kwota roszczeń 113 tys. zł), a w 1 sprawie (roszczenie — 30 tys.

⁶³ Zarządzenie nr 35/2014 z 24 lutego 2014 r. w sprawie powołania Zespołu ds. analizy skutków zabiegów operacyjnych.

zł) na podstawie ugody przedsądowej z 10 maja 2016 r. Szpital wypłacił na rzecz poszkodowanego 22 tys. zł i poniósł koszty sądowe 2,5 tys. zł. Pozew ze stycznia 2016 r. dotyczył niewłaściwego leczenia w 2013 r. złamania ręki w SOR⁶⁴.

W toku postępowania są dwie sprawy wniesione przeciwko Szpitalowi w 2018 r. i w I kwartale 2019 r. z wartością roszczeń wynoszącą odpowiednio 51 tys. zł i 200 tys. zł.

(akta kontroli str. 239)

W 2018 r. w porównaniu do lat 2016 — 2017 pogorszyły się niektóre wskaźniki ekonomiczne w działalności Szpitala, w tym głównie wskaźniki zyskowności netto (z 0,39% do 0,17% i do minus 6,68%), zyskowności działalności operacyjnej (z 0,39% do 0,14% i do minus 6,66%) oraz zyskowności aktywów (z 0,46% do 0,22% i do minus 8,8%). W 2018 r. pogorszeniu uległy wskaźniki: bieżącej płynności (w latach 2016 — 2017 — wynosiły od 1,24% do 1,28%, a w 2018 r. wynosił 0,87%) i szybkiej płynności (w latach 2016 — 2017 — od 1,10% do 1,14%, a w 2018 r. wynosił 0,75%). Poprawa dotyczyła wskaźnika rotacji należności (w latach 2016 — 2017 — od 41 do 49 dni, a w 2018 r. ok. 37 dni), a wskaźnik rotacji zobowiązań wzrósł z 20 dni w 2016 r. do ok. 24 dni w 2017 r. i w 2018 r.

Poprawnie (poniżej 0,5%) kształtował się wskaźnik zadłużenia aktywów, który w latach 2016 — 2018 wynosił od 0,23% do 0,30%, a korzystna tendencja wzrostu dotyczyła wskaźnika wypłacalności, który zwiększył się z 0,86% w 2016 r. do 1,58% w 2018 r.

(akta kontroli str. 231-232)

Główny Księgowy wyjaśnił, że wskaźnik zyskowności netto oraz wskaźniki zyskowności na działalności operacyjnej i zyskowności aktywów miały tendencję spadkową wskutek zmniejszenia zysku netto (z 720,5 tys. zł w 2016 r. do 344 tys. zł w 2017 r.), a w 2018 r. wystąpiła strata (13 957,9 tys. zł). Przyczynił się do tego m.in. spadek wyceny kontraktów z NFZ w zakresie kardiologii i neurochirurgii, ustalenie przychodów ryczałtowych w 2017 r. na poziomie z 2015 r. (ok. 2 mln mniej) i zaktualizowanie go w 2018 r. tylko o 5,8% ze wzrostem wynagrodzeń pielęgniarek, wzrost kosztów wynagrodzeń lekarzy (na podstawie ustawy z 5 lipca 2018 r.⁶⁵) oraz wynagrodzeń pielęgniarek (na podstawie ustawy z 8 czerwca 2017 r.⁶⁶), które nie były w pełni sfinansowane przez NFZ.

Przyczynami był także wzrost kosztów eksploatacyjnych i zakupu środków medycznych wraz z lekami niezbędnymi do realizacji świadczeń dla pacjentów hospitalizowanych (z 43 607,2 tys. zł w 2014 r. do 54 360,7 tys. zł w 2018 r., wzrost kosztów związanych z *nadwykonaniami* kontraktów z NFZ (w latach 2015 — 2018 — odpowiednio — 3 869,7 tys. zł, 4 181,9 tys. zł, 6 999 tys. zł i 8 025 tys. zł), za które NFZ nie zapłacił. Na obniżenie wskaźników bieżącej płynności i szybkiej płynności poniżej 1% w 2018 r. (w latach 2016 — 2017 powyżej 1%) wpłynął wzrost wartości zobowiązań na 31 grudnia 2018 r., które spłacono w I kwartale 2019 r.

(akta kontroli str. 237-238)

W latach 2016 — 2018 w Szpitalu hospitalizowano ogółem — odpowiednio 33 742, 35 403 i 35 120 osób. W latach 2016 — 2018 zwiększono z 693 do 697 liczbę łóżek szpitalnych. W latach 2016 — 2018 na jedno łóżko przypadało w ciągu roku, od 49 do 51 osób. Przeciętny pobyt chorego w latach 2016 — 2018 wynosił po 6 dni,

⁶⁴ Pacjent lat 62 uległ wypadkowi na łyżworolkach (złamanie nasady kości promieniowej lewej). Złamanie prawidłowo zaopatrzone w SOR, ale podczas leczenia poza szpitalem nastąpiło przemieszczenie odłamów kości, czego nie zauważył lekarz poradni. Pacjent złożył wniosek do Wojewódzkiej Komisji Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w Krakowie (WKO) żądając 30 tys. zł. WKO orzeczeniem z 22 stycznia 2015 r. uznała leczenie pacjenta w Szpitalu za zdarzenie medyczne. Szpital zaproponował wypłatę 4,9 tys. zł, czego pacjent nie zaakceptował i złożył pozew do sądu, domagając się 30 tys. zł. W uzgodnieniu z PZU SA, Szpital zawarł ugodę z powodem na kwotę łączną 24,5 tys. zł, którą mu wypłacono.

⁶⁵ Ustawa z dnia 5 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2018 r. poz. 1532 ze zm.)

⁶⁶ Ustawa z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1473 ze zm.)

a średnie obłożenie łóżek zwiększyło się z 293 osób w 2016 r. do 311 osób w 2017 r. i 302 osób w 2018 r.

(akta kontroli str. 230)

W szpitalu nie analizowano efektywności wdrożenia poszczególnych standardów akredytacyjnych w odniesieniu do kosztów ich wprowadzania, co dyrektor Szpitala uzasadniła tym, że *dane tego typu nie są istotne dla procesów zarządczych*.

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że w wyniku akredytacji Szpital uzyskał dodatkowo 794,4 tys. zł za I półrocze 2018 r. i 1 013,7 tys. zł za II półrocze 2018 r.⁶⁷, a na 2019 r. zaplanowano je w kwocie 2 102, 8 tys. zł.

Ww. kwoty obejmują zarówno akredytację jak też certyfikaty z oceny zewnętrznej z zakresu badań diagnostyki laboratoryjnej i wchodzi w skład ryczałtu, wypłacanego w równych miesięcznych częściach. Posiadanie akredytacji było dodatkowym elementem oceny w procesie składania ofert ogłaszanych przez Ministerstwo Zdrowia w ramach realizacji programów polityki zdrowotnej państwa, w tym Programu Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego *Polcard* na lata 2017 — 2020 (przedział punktów 0 —2). Fakt posiadania akredytacji nie miał wpływu na rozstrzygnięcia konkursów ofert ogłaszanych przez NFZ, w ramach których Szpital zawarł umowy. Od 1 października 2017 r. Szpital włączono do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej i otrzymał kontrakt na poziomie wykonania kontraktu w 2015 r.⁶⁸ Posiadanie akredytacji nie miało bezpośrednio wpływu na wielkość i wartość kontraktu, mogło tylko zmienić miejsce w rankingu oferentów wg liczby punktów i zdecydować o fakcie otrzymania kontraktu (od IV kwartału 2017 r. nie funkcjonuje system płatności za nadwykonania w części objętej ryczałtem).

(akta kontroli str. 210-218)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności Szpitala w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

OCENA CZĄSTKOWA

W 2018 r. sytuacja finansowa Szpitala uległa pogorszeniu w stosunku do lat 2016 — 2017 nie miało to jednak związku z przystąpieniem do procesu certyfikacji. Uzyskanie certyfikatu miało wpływ na przyznawanie Szpitalowi przez NFZ dodatkowych punktów podczas konkursów ofert na świadczenia w zakresie leczenia szpitalnego, na zwiększenie wysokości ryczałtu oraz na uzyskanie od NFZ w 2018 r. dodatkowych środków finansowych, stanowiących 0,9% przychodów netto ze sprzedaży produktów. Proces certyfikacji w 2018 r. (oraz w 2014 r.) nie miał wpływu na koszty funkcjonowania Szpitala i na wskaźniki ekonomiczne oraz parametry charakteryzujące poziom świadczeń zdrowotnych.

IV. Uwagi i wnioski

Najwyższa Izba Kontroli nie formułuje uwag i wniosków.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Wystąpienie pokontrolne zostało sporządzone w dwóch egzemplarzach; jeden dla kierownika jednostki kontrolowanej, drugi do akt kontroli.

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się

⁶⁷ Uzyskane w 2018 r. od NFZ dodatkowe środki finansowe w łącznej kwocie 1.808,1 tys. zł stanowiły 0,9 % przychodów netto ze sprzedaży (198.193 tys. zł)

⁶⁸ Poza systemem są świadczenia z zakresu: okulistyki (leczenie stacjonarne, ambulatoryjne, program lekowy), psychiatrii (leczenie stacjonarne, dzienne i ambulatoryjne), leczenie uzależnień (stacjonarne, dzienne i ambulatoryjne), rehabilitacja ambulatoryjna (Poradnia i Zakład Rehabilitacji Leczniczej, leczenie dzienne).

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.

Kraków, dnia sierpnia 2019 r.

Kontroler:

.....

Andrzej Lis

Specjalista kontroli państwowej