



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Poznaniu

LPO.410.008.02.2019

Piotr Nowicki
Dyrektor Szpitala Wojewódzkiego w Poznaniu
ul. Juraszów 7/19
60-479 Poznań

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

zmienione zgodnie z treścią uchwały nr KPK- KPO.443.155/2019 Komisji Rozstrzygającej
z dnia 26 września 2019 r.

P/19/095

Akredytacja podmiotów leczniczych

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Poznaniu
ul. Dożynkowa 9H, 61-662 Poznań
T +48 61 655 62 00, F +48 61 655 62 01
lpo@nik.gov.pl

I.

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Szpital Wojewódzki w Poznaniu, ul. Juraszów 7/19, 62-479 Poznań, dalej również: Szpital
Kierownik jednostki kontrolowanej	Piotr Nowicki, Dyrektor Szpitala Wojewódzkiego w Poznaniu, od 1 maja 2019 r. W okresie objętym kontrolą funkcję kierownika jednostki poprzednio pełnili: Karol Chojnacki, p. o. Dyrektora Szpitala Wojewódzkiego w Poznaniu, od 11 marca 2019 r. do 30 kwietnia 2019 r. Małgorzata Piotrowska-Błochowiak, Dyrektor Szpitala Wojewódzkiego w Poznaniu, od 5 lutego 2018 r. do 30 kwietnia 2019 r. Jacek Łukomski, Dyrektor Szpitala Wojewódzkiego w Poznaniu, od 15 grudnia 1998 r. do 31 grudnia 2017 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	Wpływ zewnętrznej oceny jakości świadczeń zdrowotnych na funkcjonowanie podmiotu leczniczego, poziom świadczeń zdrowotnych i bezpieczeństwo pacjentów. Wpływ wprowadzenia standardów akredytacyjnych na sytuację ekonomiczną podmiotu leczniczego.
Okres objęty kontrolą	Lata 2016 - 2019 (do 19 czerwca ¹), z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ²
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Poznaniu
Kontrolerzy	Agnieszka Hofman, inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LPO/62/2019 z 6 maja 2019 r. Marek Gutraj, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LPO/59/2019 z 6 maja 2019 r.

(akta kontroli str. 1-4)

¹ tj. do czasu zakończenia czynności kontrolnych.

² Dz. U. z 2019 r. poz. 489, dalej: ustawa o NIK

II. Ocena ogólna³ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Przystąpienie przez Szpital Wojewódzki w Poznaniu do procesu akredytacyjnego, zakończone uzyskaniem certyfikatu potwierdzającego spełnianie standardów akredytacyjnych na poziomie 79% - w zakresie działania Szpitala Rehabilitacyjno-Kardiologicznego w Kowanówku⁴, w ocenie NIK, nie miało istotnego wpływu na funkcjonowanie Szpitala, w niżej opisanych obszarach, do których odnosi się sześć spośród 17 wybranych i objętych kontrolą standardów akredytacyjnych, pomimo że wiązało się z wprowadzeniem nowych rozwiązań zmierzających do zapewnienia zgodności z wybranymi wymogami określonymi w obwieszczeniu Ministra Zdrowia z dnia 18 stycznia 2010 r. w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania szpitali⁵.

Zweryfikowany przez NIK poziom spełniania wybranych standardów akredytacyjnych, w okresie od dnia uzyskania akredytacji (tj. 3 lipca 2018 r.) do dnia zakończenia kontroli NIK, nie w każdym przypadku pokrywał się z wynikiem ustalonym przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia (dalej: CMJ) w raporcie akredytacyjnym⁶. Z 17 standardów akredytacyjnych poddanych weryfikacji przez NIK - sześć, w różnych okresach czasu, nie było spełnionych. Przy czym, brak zgodności z wymogami standardu akredytacyjnego KZ 5 (ocenionego przez wizytatorów CMJ jako spełniony) występował przez cały okres objęty kontrolą - również w czasie przeprowadzania wizyty akredytacyjnej.

Jedną z przyczyn takiego stanu mogło być (zdaniem NIK) to, że Zespół ds. Jakości⁷, po 11 maja 2018 r., nie zbierał się w składzie określonym w wewnętrznych regulacjach Szpitala. Zapewnieniu funkcjonowania w sposób wynikający z brzmienia standardów akredytacyjnych nie sprzyjała również, trwająca od maja do lipca 2018 r., przerwa w zatrudnianiu pełnomocnika do spraw jakości, a następnie jego zatrudnienie w wymiarze 0,25 etatu.

Jednocześnie NIK wskazuje, że przy wyborze podmiotu leczniczego dla niemal trzech czwartych hospitalizowanych, objętych badaniem ankietowym, miało znaczenie posiadanie przez placówkę certyfikatu akredytacyjnego.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny częściowej⁸ kontrolowanej działalności

OBSZAR

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

1.1 Uwagi ogólne

Opis stanu faktycznego

Uchwałą Sejmiku Województwa Wielkopolskiego⁹, z dnia 1 sierpnia 2017 r., Szpital Rehabilitacyjno-Kardiologiczny w Kowanówku¹⁰ połączono ze Szpitalem

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

⁴ Szpital Wojewódzki w Poznaniu nie otrzymał akredytacji w zakresie całej działalności, lecz jedynie w zakresie działalności Szpitala Rehabilitacyjno-Kardiologicznego w Kowanówku.

⁵ Dz. Urz. MZ Nr 2 poz. 24

⁶ Standard oceniony jako w pełni spełniony – 5 pkt.

⁷ Przed dniem 28 września 2018 r. w Szpitalu funkcjonował Komitet ds. Jakości.

⁸ Oceny częściowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena częściowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

⁹ Nr XXXI/812/17 z dnia 29 maja 2019 r.

¹⁰ Z siedzibą w Kowanówku przy ul. Sanatoryjnej 34.

Wojewódzkim w Poznaniu¹¹, który z dniem połączenia (jako podmiot przejmujący) przejął całe mienie, zobowiązania i należności Szpitala Rehabilitacyjno-Kardiologicznego w Kowanówku (podmiotu przejmowanego) wynikające z bilansu zamknięcia sporządzonego na dzień 31 lipca 2017 r.; Szpital Wojewódzki stał się również następcą prawnym Szpitala w Kowanówku, który został wykreślony z rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą oraz z rejestru samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Postanowiono jednocześnie, że powstała w wyniku połączenia jednostka będzie działała pod nazwą Szpital Wojewódzki w Poznaniu.

(akta kontroli str. 5-79)

Przed połączeniem ww. jednostek, Szpital Rehabilitacyjno-Kardiologiczny w Kowanówku 6 lipca 2016 r. zawarł z CMJ, reprezentującym Skarb Państwa – porozumienie nr SZ.PA.-701-15/16 o udziale w projekcie „Wsparcie szpitali we wdrażaniu standardów i jakości bezpieczeństwa opieki” - część „Program Akredytacji Szpitali”, realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 (dalej: porozumienie).

W ramach porozumienia, Szpital ten miał otrzymać wsparcie szkoleniowo-konsultacyjne w procesie przygotowania do akredytacji (o której mowa w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia¹²), które miało w szczególności polegać na przeprowadzeniu: warsztatów szkoleniowych, specjalistycznych konsultacji z bezpieczeństwa farmakoterapii, wizyty testowej, konsultacji z zakresu wdrażania standardów akredytacyjnych, szkolenia nt. bezpieczeństwa opieki i zdarzeń niepożądanych oraz 3-dniowego przeglądu akredytacyjnego.

(akta kontroli str. 97-110)

CMJ, pismem z dnia 5 września 2017 r., poinformowało Szpital Wojewódzki w Poznaniu o tym, że będąc następcą prawnym Szpitala Rehabilitacyjno-Kardiologicznego, stał się z mocy prawa, stroną porozumienia. Wskazano również, że procedurze oceniającej podlegać będą wszystkie oddziały szpitalne zlokalizowane w Kowanówku przy ul. Sanatoryjnej 34.

(akta kontroli str. 121-122)

Po połączeniu jednostek, nowa struktura organizacyjna Szpitala Wojewódzkiego została określona w statucie nadanym przez Sejmik Województwa Wielkopolskiego¹³ a następnie uszczegółowiona w regulaminie organizacyjnym¹⁴. Zgodnie z tymi dokumentami nazwę - Szpital Rehabilitacyjno-Kardiologiczny w Kowanówku nadano jednemu z zakładów leczniczych Szpitala Wojewódzkiego w Poznaniu.

(akta kontroli str. 5-41)

1.2 Certyfikacja podmiotu leczniczego

Wniosek o przeprowadzenie akredytacji Szpital Wojewódzki w Poznaniu złożył 23 listopada 2017 r.

(akta kontroli str. 189-198)

¹¹ Z siedzibą w Poznaniu, przy ul. Juraszów 7/19.

¹² Dz. U. z 2016 r. poz. 2135.

¹³ Uchwałą nr XXXIII/849/17 z dnia 24 lipca 2017 r. w sprawie nadania statutu Szpitalowi Wojewódzkiemu w Poznaniu oraz uchwałą nr XXXIX/951/17 z dnia 18 grudnia 2017 r. zmieniającą uchwałę w sprawie nadania statutu Szpitalowi Wojewódzkiemu w Poznaniu.

¹⁴ Wprowadzonym Zarządzeniem nr 122/2018 Dyrektora Szpitala Wojewódzkiego w Poznaniu z dnia 31 grudnia 2018 r. w sprawie wprowadzenia Regulaminu Organizacyjnego Szpitala Wojewódzkiego w Poznaniu.

Wizytę akredytacyjną CMJ przeprowadziło w dniach 18-20 kwietnia 2018 r. (poprzedzały ją, zgodnie z treścią porozumienia, trzy wizyty konsultacyjne oraz wizyta testowa). Wizytacji podlegały wszystkie oddziały Szpitala Wojewódzkiego w Poznaniu zlokalizowane w Kowanówku, przy ul. Sanatoryjnej 34, a oceny dokonano z wykorzystaniem standardów ogłoszonych w obwieszczeniu Ministra Zdrowia z dnia 18 stycznia 2010 r.

O terminie przeglądu akredytacyjnego oraz o harmonogramie jego przebiegu Szpital poinformowany został na trzy miesiące przed planowaną wizytą, tj. w terminie określonym w § 2 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 31 sierpnia 2009 r. w sprawie procedury oceniającej spełnianie przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych standardów akredytacyjnych oraz wysokości opłat za jej przeprowadzenie¹⁵.

(akta kontroli str. 203-207)

Raport z wizyty akredytacyjnej przeprowadzonej w Szpitalu Wojewódzkim w Poznaniu w zakresie działalności Szpitala Rehabilitacyjno-Kardiologicznego w Kowanówku, sporządzony przez CMJ 7 maja 2018 r., doręczono Szpitalowi 14 maja 2018 r., tj. 24 dni po zakończeniu przeglądu. Zgodnie z raportem, poziom spełnienia wszystkich standardów przez Szpital wyniósł 79% możliwej do uzyskania liczby punktów¹⁶. W raporcie wyszczególnione zostały jedynie te standardy, które oceniono jako niespełnione (za które Szpital uzyskał 1 pkt) oraz te, które oceniono jako częściowo niespełnione (ocena na poziomie 3 pkt). Raport nie zawierał informacji o standardach całkowicie spełnionych, a Zastępca Dyrektora ds. Szpitala Rehabilitacyjno-Kardiologicznego, [...] wyjaśniła, że Szpital nie miał wiedzy, które standardy nie będą oceniane podczas przeglądu akredytacyjnego.

(akta kontroli str. 208-219, 822, 973)

Certyfikat akredytacyjny¹⁸ dla Szpitala wydany przez Ministra Zdrowia 3 lipca 2018 r., potwierdzał spełnienie przez Szpital Wojewódzki w Poznaniu (w zakresie działania Szpitala Rehabilitacyjno-Kardiologicznego w Kowanówku) standardów akredytacyjnych dla leczenia szpitalnego.

(akta kontroli str. 220)

Zastępca Dyrektora wyjaśniła, że wszyscy pracownicy byli zaangażowani w proces przygotowujący Szpital do akredytacji, a prace nad przygotowaniem dokumentacji oraz badaniem satysfakcji pacjentów i pracowników były koordynowane przez Pełnomocnika ds. Jakości oraz Pełnomocnika ds. Lecznictwa.

(akta kontroli str. 953-955)

W Szpitalu od 2015 r. funkcjonował Komitet ds. Jakości¹⁹ (od 28 września 2018 r. - Zespół ds. Jakości²⁰), do obowiązków którego należało prowadzenie prac w zakresie: poprawy jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych; analizy i rozwiązywania problemów związanych z wdrożonym systemem zarządzania

¹⁵ Dz. U. Nr 150 poz. 1216.

¹⁶ Spełnianie standardów akredytacyjnych oceniano w skali trzypunktowej: 5 – pełna zgodność ze standardem, 3 – częściowa zgodność ze standardem i 1 – standard niespełniony. Niektóre standardy oceniano tylko na 5 lub 1, w takich przypadkach nawet częściowe niespełnienie standardy oceniano na 1.

¹⁷ Dalej: Zastępca Dyrektora. NIK, na podstawie art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2019 r. poz. 1429) - dalej: udip, wyłączyła jawność informacji za względu na prywatność osoby fizycznej.

¹⁸ Nr 2018/46.

¹⁹ Komitet ds. Jakości, przed 28 września 2018 r., funkcjonował na mocy Zarządzenia Dyrektora Szpitala nr 22/2017 z dnia 1 czerwca 2017 r. w sprawie Komitetu ds. Jakości oraz Zarządzenia Dyrektora Szpitala nr 37/2015 z 31 sierpnia 2015 r. w sprawie Komitetu ds. Jakości.

²⁰ Zespół ds. Jakości powołano Zarządzeniem Dyrektora Szpitala Wojewódzkiego Nr 82 z dnia 28 września 2018 r.

jakością; doskonalenia procesów klinicznych i zarządzania, analizy badań satysfakcji pacjentów i podejmowania na ich podstawie działań naprawczych; wdrażania rekomendowanych rozwiązań na podstawie przedstawianych raportów przez pozostałe funkcjonujące w szpitalu zespoły i komitety w celu poprawy jakości oferowanych usług oraz innych w zakresie wdrożonego systemu zarządzania jakością. W skład zespołu wchodził m. in.: Pełnomocnik ds. Lecznictwa (przewodniczący), Pełnomocnik ds. Jakości (zastępca przewodniczącego) oraz 10 członków (pracowników medycznych i niemedycznych). Zgodnie z wewnętrznymi regulacjami Szpitala oraz standardem PJ 1.2 spotkania zespołu powinny odbywać się regularnie, nie rzadziej niż raz w miesiącu.

(akta kontroli str. 232 -261)

Kontrolującym przedłożono protokoły z posiedzeń Zespołu ds. Jakości ze spotkań odbytych w okresie od maja 2017 r. do maja 2018 r., z wyjątkiem protokołów za sierpień i październik 2017 r. Zastępca Dyrektora wyjaśniła, że po 11 maja 2018 r. spotkania Zespołu ds. Jakości odbywały się w ograniczonym składzie. Z uwagi na wymiar czasu Pełnomocnika ds. Jakości spotkania odbywały się najczęściej w składzie: Pełnomocnik ds. Lecznictwa, Z-ca Dyrektora ds. Szpitala Rehabilitacyjno-Kardiologicznego oraz Pełnomocnik ds. Jakości. Inni członkowie uczestniczyli w spotkaniach odpowiednio do rozpatrywanego problemu. Zastępca Dyrektora dodała również, że od czerwca 2018 r. spotkań tych nie raportowano, ale odbywały się one częściej niż raz w miesiącu. Przewodnicząca Zespołu do Spraw Jakości [...] ²¹ podała, że członkowie zespołu spotykali się rzadziej, chociaż co tydzień spotkali się ci pracownicy, którzy byli obecni na odprawach. Dodała, że jeśli były potrzeby związane z jakością to wtedy dyskutowali w trakcie odpraw, ale te dyskusje nie były protokołowane. Poruszano przede wszystkim problem zmian personalnych we wszystkich komitetach i zespołach funkcjonujących w Szpitalu, z uwagi na to, że część osób wchodzących w skład zespołów zakończyła pracę w Szpitalu. Ze względu na to, że od 1.08.2017 r. Szpital został przyłączony do Szpitala Wojewódzkiego w Poznaniu rozpoczęto rozmowy z naczelną dyrekcją Szpitala na temat kształtu i funkcjonowania komitetów i zespołów.

NIK wskazuje, że zgodnie z zarządzeniami nr 22/2017 z 1 czerwca 2017 r. oraz nr 82 z 28 września 2018 r., oprócz dwóch ww. pełnomocników w skład Zespołu ds. Jakości wchodziło jeszcze 10 innych pracowników medycznych i niemedycznych Szpitala. Zatem nieprotokołowane (wbrew wcześniejszym praktykom) spotkania jedynie niektórych członków zespołu z Zastępcą Dyrektora (która de facto, zgodnie z ww. zarządzeniami, nie była członkiem Zespołu ds. Jakości) nie sposób uznać za spełnienie standardu PJ 1.2, zgodnie z którym w szpitalu powinien funkcjonować zespół ds. jakości, a jego spotkania powinny się odbywać regularnie, nie rzadziej niż raz w miesiącu.

Zdaniem NIK, również trwająca od maja do lipca 2018 r. przerwa w zatrudnianiu Pełnomocnika do spraw Jakości, a następnie zatrudnienie tej osoby w wymiarze 0,25 etatu nie sprzyjały realizacji działań w zakresie poprawy jakości.

(akta kontroli str. 275-288)

W latach wcześniejszych ²² Szpital Rehabilitacyjno-Kardiologiczny w Kowanówku posiadał dwa certyfikaty akredytacyjne: pierwszy - od 1 lutego 1999 r. do 31 stycznia 2000 r. oraz drugi - od 9 lipca 2001 r. do 8 lipca 2004 r.

(akta kontroli str. 289-301)

1.3 Spełnianie wybranych standardów akredytacyjnych przez podmiot leczniczy

²¹ NIK, na podstawie art. 5 ust. 2 udip, wyłączyła jawność informacji za względu na prywatność osoby fizycznej.

²² tj. przed rokiem 2016 r.

W ramach kontroli NIK sprawdzeniem objęto spełnianie przez Szpital wybranych standardów akredytacyjnych, ocenione na 5 pkt, tj.:

- PJ 1 - W szpitalu opracowano program działań poprawy jakości;
- PJ 4.1 – W oparciu o dane uzyskane z monitorowania jakości w szpitalu prowadzone są projekty poprawy;
- PJ 4.2 – W szpitalu ocenia się efekty wprowadzonych zmian;
- PP 1 – Każdy pacjent jest informowany o przysługujących mu prawach i obowiązkach;
- ZZ 5.3 – Plan szkoleń uwzględnia tematykę zarządzania jakością;
- OP 4 – W szpitalu określono, które leki, sprzęt i materiały muszą być dostępne w stanach nagłego zagrożenia życia;
- OP 4.1 – Leki i materiały stosowane w stanach nagłego zagrożenia życia są stale dostępne w miejscach świadczenia opieki;
- KZ 5 – Personel medyczny uczestniczy w szkoleniach dotyczących zakażeń szpitalnych;
- FA 3 – Określono i wdrożono zasady pozyskiwania leków w trybie nagłym;
- FA 9 – W szpitalu opracowano system oznakowania przygotowanych leków;
- LA 3 – W szpitalu opracowano listę wykonywanych badań laboratoryjnych;
- DO 3 – Pacjenci otrzymują praktyczne informacje na temat badań radiologicznych;
- OD 1.1 – W szpitalu opracowano diety;
- PJ 2.4 – W szpitalu regularnie analizuje się nieplanowane, powtórne hospitalizacje;
- PJ 3 – W szpitalu regularnie prowadzi się ocenę opinii pacjentów;
- ZZ 9 – W szpitalu prowadzi się badania satysfakcji zawodowej personelu.

Przeprowadzona przez kontrolerów weryfikacja poziomu spełniania przez Szpital ww. standardów wykazała, że w zakresie:

a) standardów: PJ 1, PJ 4.1 i PJ 4.2 - w Szpitalu (w okresie objętym kontrolą) opracowywano plany działalności na dany rok kalendarzowy, w których określono cele i zadania, przyjęte wskaźniki i mierniki ich monitorowania oraz osoby odpowiedzialne za ich realizację. Zastępca Dyrektora wyjaśniła, że plany działalności Szpitala stanowiły jednocześnie plany poprawy jakości, o których mowa w standardzie PJ 1.

Z realizacji planów działalności, co pół roku, opracowywano sprawozdania, które odnosiły się do stopnia osiągnięcia zaplanowanego miernika, a w przypadku jego nieosiągnięcia wskazywały przyczyny tego stanu. Ze sprawozdaniami zapoznawano kadrę kierowniczą oraz zespoły problemowe. Analiza sprawozdań wykazała, że na 33 zadania zaplanowane na 2018 r., w 12 przypadkach nie osiągnięto zamierzonego w planie stopnia realizacji.

Zastępca Dyrektora wyjaśniła, że część niezrealizowanych celów z roku 2018 zostało uwzględnionych w planie działalności/w planie poprawy jakości na rok 2019²³. Zastępca Dyrektora zaznaczyła również, że zaplanowane zadania na dany rok stanowią same w sobie zamierzenie poprawy funkcjonowania danego obszaru.

NIK wskazuje, że zgodnie ze standardem PJ 4.1 w oparciu o dane uzyskane z monitorowania jakości w szpitalu powinno prowadzić się projekty poprawy w istotnych obszarach opieki. Zatem w przypadkach niezrealizowania

²³ tj. utrzymanie minimalnego poziomu wskaźnika odleżyn; wprowadzenie do zakresu świadczonych usług medycznych zabiegów ablacji; wzrost zadowolenia pacjentów z czasu oczekiwania na przyjęcie do oddziału; usprawnienie procesu ordynowania leków, zwłaszcza antybiotyków; realizację przyjętego na 2019 r. planu szkoleń oraz skrócenie czasu oczekiwania na wynik badania holterowskiego

zaplanowanych celów w programie poprawy jakości na dany rok należy przyczynić tego stanu poddać analizie i ocenie, a uzyskane wnioski i obserwacje stanowić powinny podstawę do prowadzenia projektów poprawy. Z kolei, zgodnie ze standardem PJ 4.2, efekty wprowadzonych zmian powinny zostać ocenione. Konieczne jest zatem dokonywanie kolejnych pomiarów, w celu oceny i ustalenia, czy zmiany i modyfikacje oznaczają poprawę. Zdaniem NIK, samego przeniesienia zadań niezrealizowanych w danym roku do planu poprawy jakości na rok kolejny, bez prowadzenia projektów poprawy i dokonywania oceny wprowadzonych zmian, nie można uznać za spełnienie standardów PJ 4.1 i PJ 4.2.

(akta kontroli str. 303-377, 875-877, 951)

b) standardu PP 1 – przeprowadzone na Oddziale Kardiologii oraz II Oddziale Rehabilitacji Kardiologicznej oględziny²⁴ wykazały, że na ww. oddziałach zamieszczono (w ogólnie dostępnym miejscu) informacje o prawach i obowiązkach pacjenta oraz wyciąg z regulaminu Szpitala. Ponadto osoba wyznaczona do udziału w oględzinach – [...] ²⁵ (lekarz na Oddziale Kardiologii) wyjaśniła, że każdy pacjent w chwili przyjęcia otrzymuje tzw. informator (kartkę formatu A4), który zawiera m. in. pisemną informację o prawach i obowiązkach pacjenta.

(akta kontroli str. 378-391, 519-630)

c) standardu ZZ 5.3 – plany szkoleń na lata 2016-2018 uwzględniały tematykę zarządzania jakością. W 2016 r. przeprowadzono pięć szkoleń z tego zakresu (przy zaplanowanych trzech). W 2017 r. zaplanowano i zrealizowano po jednym szkoleniu. Natomiast w 2018 r. z zaplanowanych dwóch szkoleń zrealizowano jedno. Szkoleń z zarządzania jakością nie zaplanowano na 2019 r. Zastępca Dyrektora wyjaśniła, że z uwagi na sytuację finansową, na polecenie Dyrektora Szpitala Wojewódzkiego w Poznaniu, w planie szkoleń na 2019 r. zostały ujęte tylko szkolenia przeprowadzane wewnętrznie przez personel Szpitala, bez ponoszenia dodatkowych nakładów w tym zakresie. NIK wskazuje, że brak zaplanowanych szkoleń w zakresie zarządzania jakością na 2019 r. skutkuje niespełnieniem przez Szpital standardu ZZ 5.3.

(akta kontroli str. 482-518)

d) standardów OP 4 i OP 4.1 – w kontrolowanym okresie listę leków, sprzętu i materiałów dostępnych w stanach nagłego zagrożenia życia określano w receptariuszu szpitalnym (w szczególności: ich rodzaj, ilość i sposób zabezpieczenia, uzupełnienia oraz wymiany, a także miejsce ich przechowywania). W trakcie przeprowadzonych oględzin dokonano analizy wyposażenia dwóch wózków reanimacyjnych (znajdujących się na Oddziale Kardiologii²⁶ oraz na II Oddziale Rehabilitacji Kardiologicznej²⁷) a także zawartości jednej torby reanimacyjnej (znajdującej się w Pracowni RTG). Stwierdzono, że:

- w wózku reanimacyjnym znajdującym się na Oddziale Kardiologii brakowało: trzech zestawów do przetaczania płynów infuzyjnych - przezroczystych, trzech strzykawek 5 ml, siedmiu strzykawek 10 ml, jednej strzykawki 20 ml oraz rurek intubacyjnych w rozm.: 6, 7 i 7,5;

- w wózku reanimacyjnym znajdującym się w dyżurce pielęgniarek na II Oddziale Rehabilitacji Kardiologicznej brakowało: jednego leku pulmonologicznego, dwóch wenflonów zielonych 18 G, trzech wenflonów różowych 20 G, dwóch strzykawek 5 ml, jednej strzykawki 20 ml, pięciu igieł 0,7, dwóch igieł 0,9, trzech igieł 1,1; zestawów do przetaczania płynów – jednego przezroczystego i jednego

²⁴ Oględziny przeprowadzono w dniu 29 maja 2019 r.

²⁵ NIK, na podstawie art. 5 ust. 2 u.dip, wyłączyła jawność informacji za względu na prywatność osoby fizycznej.

²⁶ na Sali Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego.

²⁷ w dyżurce pielęgniarek.

bursztynowego; rurki intubacyjnej rozm. 7,5; cewników do odsysania treści z górnych dróg oddechowych – rozm. 14 CH, 16 CH i 18 CH, opaski dzianej oraz dwóch gazików sterylnych 10 x 10 cm;

- w torbie reanimacyjnej znajdującej się w Pracowni RTG brakowało ssaka, a przy ampulce z adrenaliną wpisano omyłkowo błędną datę jej ważności (zamiast daty 29 listopada 2019 r. wpisano datę 30 listopada 2019 r.).

Przeprowadzone oględziny wykazały, że nie wszystkie leki i materiały stosowane w stanach nagłego zagrożenia życia były dostępne w miejscach świadczenia opieki, co było niezgodne z receptariuszem szpitalnym, a co za tym idzie z wymogami standardu OP 4.1. Ponadto NIK wskazuje, że brak leku na wózku reanimacyjnym lub niewłaściwe oznaczenie daty przydatności leku do użycia (znajdującego się w torbie reanimacyjnej) mogły mieć negatywny wpływ na czas udzielenia pomocy.

Obecne przy oględzinach pielęgniarki oddziałowe na Oddziale Kardiologii i na II Oddziale Rehabilitacji Kardiologicznej oświadczyły, że brakujące elementy zestawów reanimacyjnych zostaną niezwłocznie uzupełnione na obu oddziałach. Z kolei pielęgniarka obecna w Pracowni RTG wskazała, że półroczny termin ważności adrenaliny będzie liczyć od dnia wyjęcia adrenaliny z lodówki, a nie od dnia następnego.

(akta kontroli: str. 378-391, 518-646, 857-868)

e) standardu KZ 5 – nie wszyscy pracownicy Szpitala w kontrolowanym okresie uczestniczyli w szkoleniach dotyczących zakażeń szpitalnych. Stwierdzono (na próbie przeanalizowanych szkoleń 29 pracowników), że wymogu tego nie spełniało, w 2017 r. siedmiu, a w 2018 r. czterech pracowników Szpitala. Jednocześnie, w latach 2017-2018, w szkoleniach z zakresu zakażeń (organizowanych przez Szpital) nie uczestniczył żaden pracownik firm zewnętrznych. Ponadto stwierdzono, że Szpital nie gromadził danych pozwalających na ustalenie, którzy pracownicy uczestniczyli w szkoleniach przeprowadzonych w 2016 r. Na niebranie udziału w szkoleniach z zakresu zakażeń przez pracowników medycznych Szpitala wizytator CMJ zwracał uwagę podczas wizyty testowej 2 października 2017 r.

Pełnomocnik ds. Lecznictwa wyjaśniła, że jeden z lekarzy nie brał udziału w szkoleniach z uwagi na to, że w Pracowni Kardiologii Inwazyjnej pracuje jedynie w soboty i niedziele. Pielęgniarka epidemiologiczna wyjaśniła, że w 2016 i w 2017 r. pracownicy personelu niemedycznego uczestniczyli w szkoleniach z zakresu zakażeń raz w roku. Również dwóch kierowników pracowni, w 2017 r., w szkoleniu wzięło udział raz. Dodała, iż obecnie trwają prace nad udoskonaleniem systemu kontroli w szkoleniach z zakresu zakażeń. Zastępca Dyrektora przyznała, że system ewidencji na szkoleniach nie jest doskonały, i że należy w tym obszarze podjąć działania naprawcze.

Prowadzone przez Szpital działania mające na celu całkowite spełnienie standardu KZ 5 nie przyniosły rezultatu, jednak w 2018 r. skutkowały spadkiem liczby pracowników nieprzeszkolonych w zakresie zakażeń o 50% w stosunku do roku 2017.

(akta kontroli: str. 417-462)

f) standardu FA 3 - w receptariuszu szpitalnym, w okresie objętym kontrolą określone zostały zasady pozyskiwania leków w trybie nagłym, do stosowania w czasie gdy apteka szpitalna jest nieczynna i zachodzi potrzeba podania pacjentowi leku, którego nie ma w apteczce oddziałowej. Kierownik apteki wyjaśniła, że w okresie objętym kontrolą nie odnotowywano przypadków nagłego pozyskania leku i nie jest możliwe ustalenie ile takich przypadków wystąpiło. Zaznaczyła jednocześnie, że pozyskiwanie leków w trybie nagłym zdarza się rzadko, a z uwagi na brak wymogów, zdarzenia takie nie są ewidencjonowane.

(akta kontroli: str. 518-649)

g) standardu FA 9 – w receptariuszu szpitalnym określono również zasady ordynowania, przygotowania, znakowania i podawania leków w Szpitalu, odrębnie dla leków podawanych drogą doustną i dożylną.

Na próbie trzech przypadków stwierdzono, że na Oddziale Kardiologii oraz na II Oddziale Rehabilitacji Kardiologicznej, sposób przygotowania leków dla pacjentów był zgodny z regulacjami zawartymi w receptariuszu szpitalnym²⁸.

(akta kontroli: str. 378-391, 518-649)

h) standardu LA 3 – Szpital nie posiadał własnego laboratorium. W kontrolowanym okresie, na przeprowadzanie badań laboratoryjnych zawierano umowy z podmiotami zewnętrznymi. Lista wykonywanych badań laboratoryjnych stanowiła każdorazowo załącznik do umowy i zawierała informacje o: trybie zlecenia badań, metodach analitycznych, przybliżonym czasie oczekiwania na wynik, zakresie referencyjnym oraz poziomie błędów, występujących przy oznaczeniach danego typu. Zastępca Dyrektora wyjaśniła, że ostatnio lista była aktualizowana 27 listopada 2017 r., a wcześniej 7 listopada 2014 r. Zaznaczyła również, że na chwilę obecną nie ma konieczności aktualizacji listy badań, a w przypadku gdy taka potrzeba zajdzie, zostanie sporządzony aneks do umowy z firmą zewnętrzną.

(akta kontroli: str. 463-481, 659-671)

i) standardu DO 3 - w ramach przeprowadzonych oględzin stwierdzono, że na Oddziale Kardiologii, II Oddziale Rehabilitacji Kardiologicznej oraz w Pracowni RTG zamieszczono na tablicach (umieszczonych w ogólnie dostępnym miejscu) informację o tym, na czym polega badanie radiologiczne oraz w jaki sposób należy się do niego przygotować. Uczestnicząca w oględzinach [...] ²⁹ podała, że każdy pacjent jest informowany o konieczności wykonania badań radiologicznych, o ich przebiegu oraz o tym w jaki sposób należy przygotować się do badania. Dodała, że pacjentki są również informowane o potencjalnych skutkach promieniowania na płód oraz o tym, że istnieje obowiązek poinformowania technika wykonującego badanie o ewentualnej ciąży.

(akta kontroli: str. 378-391)

j) standardu OD 1.1 – w kwietniu 2018 r. w trakcie przygotowań do akredytacji, opracowano procedurę żywienia (PJ-16), w której określono: rodzaje diet, sposób ich przygotowania, osoby odpowiedzialne oraz wskazania do stosowania diet. Powyższe było zgodne z wymogami określonymi w ww. standardzie. Dietetyk, [...] ³⁰, wyjaśniła, że w okresie wcześniejszym (przed opracowaniem ww. procedury) w szpitalu stosowano diety odpowiadające potrzebom pacjentów, z uwzględnieniem ich schorzeń. Należała do nich: dieta dla cukrzyków, dieta niskocholesterolowa oraz oszczędzająca – z ograniczeniem pobudzania wydzielania soków żołądkowych. Ponadto w zależności od potrzeb przygotowywano diety indywidualne (na zalecenie lekarza), np. dietę kleikową, dietę dla osób chorych na celiakię, czy dietę niskopurynową. Dietetyk zaznaczyła, że ww. diety opracowywano zgodnie z wytycznymi Instytutu Żywności i Żywienia.

²⁸ W trakcie kontroli zbadano trzy przypadki (dwa na Sali Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego i jeden na II Oddziale Rehabilitacji Kardiologicznej) przygotowywania leków dla pacjentów, w dwóch przypadkach były to leki doustne i w jednym przypadku lek dożylny. Leki doustne umieszczono w kieliszkach znajdujących się na tacy z przegródkami zawierającymi: imię i nazwisko pacjenta, numer sali oraz nazwę leku i jego dawkę. Z kolei butelka z lekiem przygotowanym do podania drogą dożylną zawierała: nazwę i dawkę leku, numer księgi głównej pacjenta, numer sali, datę i godzinę przygotowania, godzinę rozpoczęcia przetaczania oraz podpis osoby przygotowującej. Powyższe było zgodne z regulacjami zawartymi w receptariuszu szpitalnym.

²⁹ NIK, na podstawie art. 5 ust. 2 u.d.p., wyłączyła jawność informacji za względu na prywatność osoby fizycznej.

³⁰ NIK, na podstawie art. 5 ust. 2 u.d.p., wyłączyła jawność informacji za względu na prywatność osoby fizycznej.

(akta kontroli str. 672-688, 1278)

k) standardu PJ 2.4 - zarządzeniem Dyrektora Szpitala Nr 52/2015 z 12 listopada 2015 r. powołano Zespół ds. Analizy Istotnych Zdarzeń Związanych z Hospitalizacją. Do zadań zespołu należało m. in. gromadzenie i poddawanie analizie (raz na kwartał) danych o nieplanowanych powtórnych hospitalizacjach. W latach 2016-2018 ww. zespół przeprowadzał takie analizy z częstotliwością co pół roku. Pełnomocnik ds. Lecznictwa wyjaśniła, że zarządzenie nr 52/2015 zostało wprowadzone na początku okresu przygotowywania Szpitala do uzyskania akredytacji i nieznana była wówczas liczba powtórnych hospitalizacji. Pełnomocnik zaznaczyła, że nie zdawano sobie wówczas sprawy, że analizy te wymagają wypracowania systemu analizowania powtórnych hospitalizacji oraz zbierania i ewidencjonowania danych. Z tego względu, w praktyce, analizy obejmowały okresy półroczne i takie były przedstawiane dyrekcji i kierownictwu Szpitala na przeglądach systemu zarządzania jakością. Zastępca Dyrektora wyjaśniła, że zasadą jest, iż wszystkie omawiane na cyklicznych odprawach, spotkaniach zespołów czy przeglądach podsumowujących zarządzanie jakością sprawy są przekazywane przez personel w nich uczestniczący pozostałemu personelowi, z informacją, że materiał lub dokumenty zostały umieszczone w formie elektronicznej, w ogólnie dostępnym dla pracowników Szpitala folderze. NIK wskazuje, że zgodnie z obecnie obowiązującym zarządzeniem, analizy danych o nieplanowanych powtórnych hospitalizacjach powinny być przeprowadzane raz na kwartał. Natomiast sugerowana przez Pełnomocnika ds. Lecznictwa ewentualna zmiana częstotliwości przeprowadzania takich analiz powinna zostać rozważona na posiedzeniu Zespołu ds. Jakości oraz znaleźć odzwierciedlenie w zapisach zarządzenia.

(akta kontroli str. 689-745)

l) standardu PJ 3 – zasady przeprowadzania badań satysfakcji pacjentów określono w procedurze Szpitala PJ-02 – postępowanie ze skargami, wnioskami i opiniami pacjentów, obowiązującą od 2015 r., zgodnie z którą, badanie satysfakcji pacjentów przeprowadza się w sposób ciągły – przez cały rok. Zastępca Dyrektora wyjaśniła, że w kontrolowanym okresie, ankiety rozprowadzane były na oddziałach przez psychologów i pielęgniarki oddziałowe. Natomiast wyniki badań, w formie prezentacji, przedstawiano kadrze kierowniczej na zorganizowanym w tym celu spotkaniu lub na przeglądzie systemu zarządzania jakością (za dany rok). Ponadto zaznaczyła, że wynik badań umieszczano w formie elektronicznej w ogólnie dostępnym dla pracowników folderze „Akredytacja”. Przeprowadzenie badania satysfakcji pacjentów ujmowano w rocznych planach działalności Szpitala, podlegało ono corocznie analizie.

(akta kontroli str. 746-773)

l) standardu ZZ 9 – w latach 2016-2017 przeprowadzano (raz w roku) badania satysfakcji zawodowej personelu, w oparciu o obowiązującą w Szpitalu od 3 lutego 2015 r. w Szpitalu procedurę PJ-06. Wyniki przeprowadzonych badań były przedmiotem analizy Zespołu ds. Jakości. Badań satysfakcji personelu Szpitala nie przeprowadzono w roku 2018. Zastępca Dyrektora wyjaśniła, że przyczyną nieprzeprowadzenia badań w 2018 r. były zmiany reorganizacyjne Szpitala Wojewódzkiego w Poznaniu i Szpitala Rehabilitacyjno-Kardiologicznego w Kowanówku (wynikające z połączenia obu szpitali) oraz wiele dodatkowych zadań. NIK wskazuje, że nieprzeprowadzenie badań satysfakcji zawodowej personelu Szpitala w 2018 r. skutkuje niespełnieniem standardu ZZ 9.

(akta kontroli: str. 774-817)

W trakcie kontroli NIK, wśród pacjentów Szpitala przeprowadzono badania ankietowe, w wyniku których pacjenci Szpitala mogli odpowiedzieć na pytania: czy byli informowani o prawach i obowiązkach pacjenta, czy mają zapewnioną możliwość odwiedzin, czy otrzymali zrozumiałe informacje o stanie zdrowia oraz czy pomieszczenia szpitala są czyste, prawidłowo ogrzane i wentylowane. Z przeprowadzonej przez kontrolujących analizy uzyskanych odpowiedzi wynika, że respondenci nie mieli zastrzeżeń w zakresie spełniania przez Szpital standardów³¹ w powyższym zakresie, a przy wyborze podmiotu leczniczego dla 72% z nich miało znaczenie posiadanie przez placówkę certyfikatu akredytacyjnego.

(akta kontroli: str. 849-856)

Z analiz protokołów posiedzeń Zespołu ds. Jakości wynika, że zespół nie monitorował działań szpitala w zakresie realizacji standardów, które nie były spełnione, nie podejmował także działań mających zapewnić funkcjonowanie zgodnie z tymi standardami.

(akta kontroli: str. 230-267)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Spotkania Zespołu ds. Jakości, po 11 maja 2018 r., nie odbywały się w składzie określonym w regulacjach wewnętrznych Szpitala, nie protokolowano spotkań Zespołu, co uniemożliwiało zapoznanie się z ustaleniami osobom nieobecnym oraz monitorowanie realizacji standardu PJ 2.

(akta kontroli str. 232-261, 275-288)

2. Dla niezrealizowanych celów i zadań określonych w planie poprawy na 2018 r., nie prowadzono projektów poprawy oraz nie dokonywano oceny wprowadzonych zmian zgodnie z wymogami określonymi w standardach PJ 4.1 i PJ 4.2.

(akta kontroli str. 303-377, 875-877, 951)

3. W planie szkoleń na 2019 r. nie uwzględniono szkoleń z zakresu zarządzania jakością, co świadczyło o niespełnieniu wymogów określonych standardem ZZ 5.3.

(akta kontroli str. 482-518)

4. W 2018 r. nie przeprowadzono badań satysfakcji personelu Szpitala³², w sytuacji gdy zgodnie ze standardem ZZ 9 badanie takie powinno być przeprowadzone przynajmniej raz w roku.

(akta kontroli str. 774-817)

5. Wózki reanimacyjne oraz torba reanimacyjna, poddane oględzinom, nie zawierały wszystkich leków i materiałów stosowanych w stanach nagłego zagrożenia życia, co nie odpowiadało wymogom określonym w receptariuszu szpitalnym, jak również w standardzie OP 4.1.

(akta kontroli str. 378-391, 518-646, 857-868)

6. Nieobjęcie szkoleniami wszystkich pracowników Szpitala, naruszało standard KZ 5, jednak Szpital podjął działania, na skutek których nastąpił wzrost liczby personelu objętego szkoleniami w zakresie zakażeń.

(akta kontroli str. 417-462)

³¹ PP 1, PP 14, PP 3 i ŚO 15.

³² Które prowadzone były przez Szpital w 2016 r. i 2017 r.

OCENA CZĄSTKOWA

Przystąpienie przez Szpital do procesu akredytacji oraz potwierdzenie w raporcie CMJ spełniania przez niego standardów na poziomie umożliwiającym otrzymanie certyfikatu akredytacyjnego nie zapewniło wdrożenia wymogów określonych w obwieszczeniu MZ z 2010 r. na poziomie wynikającym z oceny CMJ odnoszącej się do wybranych standardów. Niespełnienie wybranych standardów akredytacyjnych, które w ocenie CMJ otrzymały maksymalną ocenę punktową, zdaniem NIK świadczy o braku rzeczywistej poprawy jakości funkcjonowania podmiotu leczniczego w tym zakresie, pomimo poddania się przez podmiot zewnętrznemu, dobrowolnemu procesowi oceny.

Z 17 standardów akredytacyjnych poddanych weryfikacji przez NIK – sześć nie było spełnionych, przy czym wymogów określonych dla jednego z nich Szpital nie spełniał również w momencie prowadzenia wizyty akredytacyjnej.

Kontrola NIK wykazała, że w odniesieniu do standardu OD 1.1 (dotyczącego opracowania diet) Szpital z związku z przystąpieniem do procesu akredytacji wprowadził zmiany skutkujące dostosowaniem sposobu funkcjonowania do wymogów akredytacyjnych. NIK wskazuje, że osoby odpowiedzialne za wprowadzanie projektów poprawy jakości, po uzyskaniu certyfikatu brały udział w spotkaniach zespołu do spraw jakości z ograniczoną częstotliwością, a sformalizowana działalność zespołu została zakończona po otrzymaniu certyfikatu. Ponadto w toku kontroli NIK ustalono, że Zespół nie dokumentował działań, mających na celu zapewnienie utrzymania poziomu zgodności ze standardami (wg NIK niespełnionymi), pomimo, że wskazówki dotyczące realizacji jednego z nich (KZ 5) przekazało CMJ w trakcie wizyty „testowej” w 2017 r.

Powyższe, w ocenie NIK, świadczy o ograniczonym zaangażowaniu podmiotu leczniczego w stałe podnoszenie jakości usług i poprawy funkcjonowania jednostki.

OBSZAR

1. Wpływ wprowadzenia standardów akredytacyjnych na sytuację ekonomiczną podmiotu leczniczego

Opis stanu faktycznego

Szpital Wojewódzki w Poznaniu – Szpital Rehabilitacyjno-Kardiologiczny w Kowanówku został zwolniony z poniesienia kosztów udziału w projekcie „Wsparcie szpitali we wdrażaniu standardów i jakości bezpieczeństwa opieki” (dalej: Projekt), w tym z poniesienia opłaty za przeprowadzenie procedury oceniającej, o której mowa w § 10 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 31 sierpnia 2009 r. w sprawie procedury oceniającej spełnianie przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych standardów akredytacyjnych oraz wysokości opłat za jej przeprowadzenie. Wynikało to z uregulowań zawartych w § 9 Porozumienia, na mocy których Szpital był zwolniony z kosztów udziału w Projekcie w przypadku gdy spełni wszystkie adekwatne standardy na poziomie co najmniej 75% i uzyska pozytywną rekomendację Rady Akredytacyjnej.

Zastępca Dyrektora wyjaśniła, że Szpital nie poniósł dodatkowych nakładów na uzyskanie certyfikatu. Realizacja procesu przygotowania Szpitala do uzyskania certyfikatu akredytacyjnego odbywała się w ramach posiadanych zasobów kadrowych. Dodała również, że przeprowadzone remonty oddziałów szpitalnych czy innych pomieszczeń w Szpitalu nie były bezpośrednim skutkiem przygotowania jednostki do procesu akredytacji.

(akta kontroli str.97-109, 954, 966)

Jeśli chodzi o potencjalne korzyści wynikające z uzyskania przez Szpital certyfikacji, Zastępca Dyrektora wyjaśniła, że otrzymanie akredytacji wpłynęło przede wszystkim na prestiż i rangę Szpitala. Ponadto wskazała, że praca włożona w proces

przygotowania się do uzyskania certyfikatu przełożyła się na uporządkowanie i poprawę wewnętrznych procesów funkcjonowania Szpitala. Korzyści nie przełożyły się natomiast na konkretne dane liczbowe i korzyści finansowe. Zastępca Dyrektora zauważyła, że połączenie Szpitala Kardiologiczno-Rehabilitacyjnego w Kowanówku ze Szpitalem Wojewódzkim w Poznaniu nie przyczyniło się do uzyskania przez Szpital dodatkowych korzyści w ramach procesu ustalania ryczałtu systemu zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.

Z kolei, Pełnomocnik ds. Lecznictwa wyjaśniła, że z uwagi na to, iż Szpital wdrażał standardy akredytacyjne jedynie własnym nakładem pracy - nie mierzono efektywności wdrożenia poszczególnych standardów akredytacyjnych, w stosunku do kosztów ich wprowadzenia.

(akta kontroli str. 953-955, 966-967)

W latach 2016-2018, liczba hospitalizowanych wyniosła odpowiednio: 4.482; 4.873 i 4.636 osób rocznie. W tym samym okresie, liczba chorych w ciągu roku na jedno łóżko wyniosła: 22; 24,2 i 23, przy ilości łóżek (wg. stanu na 31 grudnia): 207, 203 i 180 szt. Z kolei, przeciętny pobyt chorego trwał odpowiednio: 13, 12 i 12 dni.

Pełnomocnik ds. Lecznictwa wyjaśniła, że liczba hospitalizowanych zmniejszyła się w roku 2018 (w porównaniu do roku 2017) głównie z powodu niższego kontraktu na oddziałach rehabilitacji kardiologicznej, a także z powodu zmniejszenia liczby przyjęć pacjentów tzw. zachowawczych-diagnostycznych (przesunięto diagnostykę zachowawczą do Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej).

(akta kontroli str. 871-874, 977-978)

Z analiz przeprowadzonych przez Zespół ds. Analizy Istotnych Zdarzeń Związanych z Hospitalizacją (za lata 2016-2018) wynika, że odsetek powtórnych nieplanowanych hospitalizacji (zarówno w okresie przed, jak i po uzyskaniu akredytacji przez Szpital) nie przekraczał 0,5% w stosunku do liczby wszystkich hospitalizacji³³. Z kolei odsetek reoperacji oscylował w przedziale 3-6% w stosunku do liczby wszystkich zabiegów³⁴. Analizą nie obejmowano kosztów powtórnych hospitalizacji i reoperacji.

Pełnomocnik ds. Lecznictwa w Szpitalu Rehabilitacyjno-Kardiologicznym wyjaśniła, że w Szpitalu nie analizowano kosztów rehospitalizacji, ponieważ jeśli dochodziło do powtórnej hospitalizacji, to najczęściej wynikało to z naturalnego przebiegu procesu chorobowego. Zaznaczyła również, że w standardach akredytacyjnych nie ma obowiązku prowadzenia analiz kosztów hospitalizacji oraz poszczególnych zabiegów.

(akta kontroli str. 689-745, 818, 820-821)

W latach 2016-2019³⁵ zarówno w stosunku do Szpitala Wojewódzkiego w Poznaniu (w zakresie działalności Szpitala Rehabilitacyjno-Kardiologicznego w Kowanówku) jak i przed połączeniem jednostek - w stosunku do Szpitala Rehabilitacyjno-Kardiologicznego w Kowanówku, nie kierowano roszczeń i pozwów w związku z niezapewnieniem oczekiwanej przez pacjentów jakości udzielanych świadczeń oraz nieprawidłowej organizacji pracy podmiotu leczniczego.

(akta kontroli str. 819)

Zasadniczo odmiennie, przed połączeniem obu jednostek w 2017 r., kształtowała się sytuacja ekonomiczna Szpitala Rehabilitacyjno-Kardiologicznego w Kowanówku oraz Szpitala Wojewódzkiego w Poznaniu. Pierwszy z ww. szpitali, przed

³³ W 2016 r. – 0,27% (12 przypadków), w 2017 r. – 0,27% (13 przypadków) oraz w 2018 r. – 0,32% (15 przypadków).

³⁴ W 2016 r. – 5,32% (26 przypadków), w 2017 r. – 3,54% (20 przypadków) oraz w 2018 r. – 3,75% (22 przypadki).

³⁵ Dane na dzień 13 maja 2019 r.

połączeniem, w latach 2015-2016 osiągał dodatnie wyniki finansowe (zysk netto) w wysokościach odpowiednio: 1.842,8 tys. zł i 1.260,7 tys. zł. Drugi szpital, w tych samych latach, osiągał ujemny wynik finansowy (stratę netto) w wysokościach odpowiednio: 5.399,2 tys. zł i 6.346,8 tys. zł.
Z kolei w 2017 r. Szpital Wojewódzki w Poznaniu (już po połączeniu) osiągnął stratę (netto) w wysokości 8.948,9 tys. zł.

(akta kontroli str. 42-46)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

NIK odstąpiła od analizy wpływu wprowadzenia standardów akredytacyjnych na sytuację ekonomiczną Szpitala Wojewódzkiego w Poznaniu, w tym na wysokość wskaźników ekonomiczno-finansowych (zyskowności, płynności, efektywności i zadłużenia)³⁶, z uwagi na to, że połączenie obu szpitali nastąpiło w trakcie 2017 r., a nowo powstała jednostka uzyskała akredytację w trakcie 2018 r. (i to jedynie w zakresie działalności Szpitala Rehabilitacyjno-Kardiologicznego w Kowanówku).

Wnioski

IV. Wnioski

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

- 1) Podjęcie działań w celu zapewnienia spełnienia przez Szpital wymogów określonych w wyjaśnieniach standardów akredytacyjnych PJ 4.1; PJ 4.2; ZZ 5.3; OP 4.1 i ZZ 9, KZ 5.
- 2) Przeprowadzanie regularnych posiedzeń z udziałem wszystkich członków Zespołu do spraw Jakości, oraz ich dokumentowanie w celu umożliwienia nadzoru nad realizacją standardu PJ 2.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

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

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 Poznaniu. 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 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

W przypadku wniesienia zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, termin przedstawienia informacji liczy się od dnia otrzymania uchwały o oddaleniu zastrzeżeń w całości lub zmienionego wystąpienia pokontrolnego.

³⁶ O których mowa w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 12 kwietnia 2017 r. w sprawie wskaźników ekonomiczno-finansowych niezbędnych do sporządzenia analizy oraz prognozy sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

Poznań, 7 sierpień 2019 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Poznaniu

Dyrektor
z up. Grzegorz Malesiński
p.o. Wicedyrektor

.....
podpis