



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Poznaniu

LPO.410.008.03.2019

Dariusz Bierła
Dyrektor Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej
w Ostrowie Wielkopolskim
ul. Limanowskiego 20/22,
63-400 Ostrów Wielkopolski

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/19/095 – Akredytacja podmiotów leczniczych

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ostrowie Wielkopolskim, ul. Limanowskiego 20/22, 63-400 Ostrów Wielkopolski (dalej: Szpital albo ZZOZ)
Kierownik jednostki kontrolowanej	Dariusz Bierła, Dyrektor Szpitala, od 9 maja 2011 r. (dalej: Dyrektor)
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	Od 2016 r. do 31 maja 2019 r.
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 Poznaniu
Kontrolerzy	Izabela Chlebowska-Gąszczyk, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LPO/63/2019 z 7 maja 2019 r. oraz nr LPO/109/2019 z 29 lipca 2019 r. Tomasz Otworowski, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LPO/60/2019 z 6 maja 2019 r. (akta kontroli str. 1-2, 1072)

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

II. Ocena ogólna² kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Szpital właściwie przygotował się do akredytacji, prowadząc działania organizacyjne, w szczególności powołując zespoły osób do wdrożenia standardów, które m.in. opracowywały i wdrażały programy poprawy jakości oraz analizowały ich efekty. Wprowadzono także nowe lub zaktualizowano dotychczasowe procedury i instrukcje obligujące personel szpitala do przestrzegania i stosowania norm wynikających z brzmienia obwieszczenia Ministra Zdrowia z 18 stycznia 2010 r. w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania szpitali³.

W konsekwencji tych działań Szpital uzyskał w 2018 r. certyfikat akredytacyjny z oceną określającą poziom spełnienia wszystkich standardów wynoszącą 83%, w tym po uznaniu przez ośrodek akredytacyjny 165 standardów za całkowicie spełnione⁴.

Szpital realizował świadczenia zdrowotne oraz prowadził działalność z zachowaniem 10 z 12 wybranych do kontroli standardów akredytacyjnych, które CMJ uznało za spełnione w pełni oraz trzech standardów objętych badaniem ankietowym w trakcie kontroli. Z ustaleń NIK wynika, że w przypadku dwóch standardów, ocenionych przez CMJ jako spełnione, zarówno na etapie przeprowadzania wizyty akredytacyjnej przez CMJ jak i czynności kontrolnych NIK, Szpital faktycznie nie zapewnił ich realizacji. Hospitalizowanym pacjentom nie przedstawiano bowiem informacji praktycznych na temat badań radiologicznych w formie pisemnej, naruszając zasadę pisemności o której mowa w standardzie DO 3. NIK wskazuje jednak, że w Szpitalu podjęto działania mające na celu zapewnienie pełnej realizacji tego standardu, co świadczy o dążeniu do podniesienia jakości funkcjonowania podmiotu w tym obszarze. Nastąpiło to jednak dopiero w trakcie kontroli NIK, poprzez zaktualizowanie procedury⁵ oraz doprecyzowanie obowiązku przekazania pisemnej informacji o badaniu również pacjentom hospitalizowanym w Szpitalu. Ponadto, wobec braku instrumentów umożliwiających spełnienie normy akredytacyjnej dotyczącej zapewnienia szczepień przeciwko grypie, tylko częściowo realizowano wymagania określone standardem KZ 1.8 Szczepienia personelu, bowiem nie gromadzono informacji o absencji chorobowej personelu z powodu grypy.

Wyniki badania ankietowego wśród pacjentów potwierdziły zapewnienie przez Szpital możliwości odwiedzin, informowania pacjentów w zrozumiały sposób oraz prawidłowych warunków sanitarno-bytowych. 46 % respondentów wskazało, że przy wyborze podmiotu leczniczego miało dla nich znaczenie posiadanie przez placówkę certyfikatu akredytacyjnego. Ponadto w związku z przystąpieniem do procesu certyfikacji, w Szpitalu wprowadzono procedury mające poprawić jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych np. w obszarze dotyczącym analiz powtórnych rehospitalizacji i reoperacji, a także błędów przedlaboratoryjnych.

Jednocześnie, według NIK, przystąpienie do programu akredytacji nie miało znaczącego wpływu na zmianę parametrów dotyczących wykorzystania bazy szpitala i skali wykonywanych reinterwencji. Otrzymanie certyfikatu akredytacyjnego przełożyło się przede wszystkim na korzyści finansowe w ramach procesu ustalania ryczałtu systemu zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych na lata 2018-2019 w łącznej wysokości 1.847,8 tys. zł⁶.

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

³ Dz. Urz. MZ Nr 2 poz. 24.

⁴ spośród 218 poddanych ocenie przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia w Krakowie (dalej: CMJ).

⁵ Procedura QP-03-01/DO „Zasady informowania pacjentów na temat badań radiologicznych” obowiązująca od 01.07.2019 r.

⁶ wzrost o 2,6% w stosunku do okresu poprzedzającego.

Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły również nieprzeprowadzania analiz nieplanowanych, powtórnych hospitalizacji oraz analiz reoperacji, z częstotliwością określoną w uregulowaniach wewnętrznych podmiotu (standardy oceniane dotychczas również przez instytucję akredytującą jako niespełniane lub spełniane w ograniczonym zakresie), a także niesporządzenia i nieprzekazania podmiotowi tworzącemu, w wymaganym terminie, raportu o sytuacji ekonomiczno-finansowej Szpitala.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny częściowej⁷ kontrolowanej działalności

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

1.1. Certyfikacja podmiotu leczniczego

1.1.1. Na podstawie rekomendacji Rady Akredytacyjnej wyrażonej w uchwale nr 30/2018 z 6 kwietnia 2018 r. w związku z art. 3 ust. 3 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia⁸ Minister Zdrowia 7 maja 2018 r. udzielił akredytacji Szpitalowi.

(akta kontroli str. 169-170)

1.1.2. Procedura akredytacyjna została przeprowadzona na podstawie standardów określonych w Obwieszczeniu Ministra Zdrowia z 18 stycznia 2010 r. w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania szpitali⁹.

(akta kontroli str. 85-96)

1.1.3. Szpital 18 stycznia 2016 r. skierował do Ministra Zdrowia za pośrednictwem Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia z siedzibą w Krakowie (dalej: CMJ) wniosek o udzielenie akredytacji. CMJ wyznaczył termin wizyty akredytacyjnej na 14-16 lutego 2018 r. o czym poinformował ZZOZ pismem z 3 października 2017 r. Z uwagi na upływ długiego okresu czasu, na polecenie CMJ, Szpital 31 października 2017 r. złożył ponownie zaktualizowany wniosek obejmujący również dane za 2016 r. Wizyta akredytacyjna została przeprowadzona w ustalonym terminie a skład zespołu liczył cztery osoby. Raport z wizyty akredytacyjnej został przekazany do Szpitala 6 marca 2018 r. Szpital nie wniósł zastrzeżeń do raportu. Następnie 25 kwietnia 2018 r. CMJ poinformował ZZOZ o rekomendacji Rady Akredytacyjnej o udzieleniu akredytacji.

(akta kontroli str. 141-170)

1.1.4. Szpital w 2011 r. podejmował próbę uzyskania certyfikatu akredytacyjnego. Uzyskana ocena na poziomie 73% nie stanowiła podstawy do przyznania statusu szpitala akredytowanego.

(akta kontroli str. 97-140)

⁷ 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.

⁸ Dz. U. z 2016 r. poz. 2135

⁹ Dalej: standardy z 2009 r.

1.1.5. W Szpitalu 17 listopada 2017 r. powołano¹⁰ Zespół ds. Jakości, który zastąpił Komitet ds. Jakości¹¹. Przewodniczącym Szpitala ustanowiono jego Dyrektora. Do zadań Zespołu należało m.in. monitorowanie jakości za pomocą kryteriów i standardów oraz gromadzenie odpowiednich informacji oraz koordynowanie przedsięwzięć sprzyjających zapewnieniu jakości. Posiedzenia Zespołu, odbywały się nie rzadziej niż raz w miesiącu¹². Ponadto Zarządzeniem Nr 6/15 z 16 kwietnia 2015 r. Dyrektor powołał Pełnomocnika ds. Systemu Zarządzania Jakością jako odpowiedzialną za opracowanie i wdrożenie zestawu standardów akredytacyjnych oraz za zintegrowanie ich z funkcjonującym w Szpitalu systemem zarządzania jakością wg ISO 9001:2008. Jednocześnie Dyrektor powołał koordynatorów odpowiedzialnych za opracowanie i wdrożenie procedur odnoszących się do poszczególnych standardów akredytacyjnych.

W przygotowanie Szpitala do akredytacji, jak wyjaśnił Dyrektor, zaangażowano kierowników oddziałów szpitalnych oraz komórek organizacyjnych i funkcjonujące w zespoły zadaniowe¹³. Podejmowane działania polegały na konfrontowaniu ze stanem faktycznym wymogów akredytacyjnych występujących w poszczególnych obszarach, definiowaniem ewentualnych odstępstw oraz wprowadzeniu rozwiązań zgodnych z obowiązującymi przepisami prawa i standardami akredytacyjnymi.

W celu uzyskania certyfikatu akredytacyjnego w 2018 r. oraz utrzymania poziomu standardów w 2019 r. wdrożono Program poprawy jakości w zakresie bezpieczeństwa pacjenta, za którego realizację odpowiadał m.in. Zespół ds. Jakości. Program zakładał m.in. doskonalenie metod i technik diagnostyki i leczenia, prowadzenie analiz istotnych zdarzeń związanych z hospitalizacją i analiz zdarzeń niepożądanych oraz wdrażanie na ich podstawie działań zmierzających do poprawy jakości świadczeń bezpieczeństwa pacjenta, poprawę satysfakcji pacjentów i poprawę dostępności do świadczeń medycznych oraz doskonalenie kadry.

(akta kontroli str. 171-197, 410-414, 435-436, 466-494)

1.1.6. Łączna ocena, jaką ZZOZ uzyskał wyniosła 83% (poziom spełnienia wszystkich standardów).

(akta kontroli str. 85-96)

1.2. Spełnianie wybranych standardów akredytacyjnych przez podmiot leczniczy.

1.2.1. Oględziny dwóch oddziałów¹⁴ potwierdziły, że, zgodnie ze standardem PP 1 „*Każdy pacjent jest informowany o przysługujących mu prawach i obowiązkach*”, dokument opisujący prawa i obowiązki pacjenta był zamieszczony w ogólnie dostępnym miejscu na tablicy ogłoszeń, oraz na ścianie w postaci książkowej umożliwiającej pacjentowi zabranie dokumentu do rąk własnych. Sposób jego udostępnienia umożliwiał zapoznanie się z treścią dokumentu każdej osobie przebywającej w oddziale. Z badania ankietowego wynikało, że 84% pacjentów potwierdziło fakt poinformowania o przysługujących im prawach i obowiązkach a jedynie 2% było przeciwnego zdania. Sposób przekazywania informacji pacjentom o przysługujących im prawach i obowiązkach, jak wyjaśnił Dyrektor, był przynajmniej raz w roku tematem omawianym podczas odpraw pielęgniarek oddziałowych.

¹⁰ Zarządzenie nr 34/17 Dyrektora Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ostrowie Wielkopolskim

¹¹ Zarządzenie Nr 36/11 Dyrektora Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ostrowie Wielkopolskim z 30 sierpnia 2011 r. Do zadań Komitetu należało m.in. opracowanie rocznego planu poprawy jakości oraz cykliczna analiza obszarów objętych realizacją poprawy jakości.

¹² Zgodnie z Zarządzeniem nr 34/17

¹³ Zespół ds. promocji zdrowia, Zespół reanimacyjny, Zespół ds. profilaktyki p/odleżynowej, Zespół oceny przyjęć i odmów, Zespół leczenia żywieniowego, Zespół ds. analizy jakości dokumentacji medycznej, Zespół ds. farmakoterapii, Zespół ds. analizy przyczyn zgonów, Zespół ds. kontroli zakażeń szpitalnych.

¹⁴ Oddział Chirurgii Ogólnej, Oddział Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu

(akta kontroli str. 198-205, 410-414)

1.2.2.1. Zgodnie ze standardem OP 3 „Pracownicy szpitala są szkoleni w resuscytacji krążeniowo-oddechowej” ZZOZ powinien zapewnić przynajmniej raz w roku podstawowe szkolenia w standardzie BLS w resuscytacji krążeniowo-oddechowej dla całego personelu pielęgniarskiego oraz pozostałego personelu medycznego. W Szpitalu natomiast szkoleniem takim nie objęto całego personelu lekarskiego, tj. w 2018 r. nie objęto 65 lekarzy, w 2017 r. 59, a w 2016 r. 75. Jak wyjaśnił Dyrektor nieobjęcie szkoleniem dotyczyło lekarzy SOR, OIOM, oraz Oddziału Kardiologicznego z Pododdziałem Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego, z uwagi na odbycie szkoleń we własnym zakresie. Potwierdzenie odbycia takich szkoleń znajdowało się w aktach osobowych.

(akta kontroli str. 206-207, 662)

1.2.2.2. W kontrolowanych oddziałach zestawy przeciwwstrząsowe były w miejscach łatwodostępnych tj. w gabinetach zabiegowym i diagnostycznym, co odpowiadało wymaganiom standardu OP 4.1 „Leki i materiały stosowane w stanach nagłego zagrożenia życia są stale dostępne w miejscach świadczenia opieki”. Zestawy, zgodnie ze standardem OP 4 „W szpitalu określono, które leki, sprzęt i materiały muszą być dostępne w stanach nagłego zagrożenia życia”, pod względem składu odpowiadały wykazowi produktów leczniczych określonych w Receptariuszu Szpitalnym. Adrenalina wchodząca w skład zestawów posiadała oznaczoną datę wyjęcia z lodówki¹⁵. Wszystkie produkty w nich umieszczone posiadały aktualną datę ważności.

(akta kontroli str. 198-205, 248-258, 655-656)

1.2.3. Standard KZ 1.8 „Szczepienia personelu” obligował ZZOZ do zapewnienia szczepień przeciwko WZW i grypie dla wszystkich osób zatrudnionych w obszarze świadczenia opieki. Ponadto zgodnie z tym standardem Szpital był zobowiązany gromadzić informacje o poziomie wyszczepienia pracowników, jak również o absencji chorobowej z powodu grypy. W okresie od 2016 r. do 27 maja 2019 r. wszyscy lekarze, pielęgniarki i położne zatrudnione w Szpitalu posiadali świadectwo przyjęcia szczepienia przeciwko WZW. W przypadku pozostałego personelu medycznego poziom zaszczepienia w ww. okresie kształtował się od 93% do 97% ogółu takiego personelu zatrudnionego w Szpitalu, a pracowników niemedycznych od 24% do 29%. Z-ca Dyrektora wyjaśnił, że w przypadku pozostałego personelu medycznego nie zapewniono takiego szczepienia wyłącznie logopedzie, terapeutom zajęciowym, magistrom i technikowi farmacji, technikom RTG oraz magistrom i technikom fizjoterapii i rehabilitacji ruchowej, ponieważ personel ten nie był narażony na działanie biologicznych czynników chorobotwórczych. Tym samym, zgodnie z wyjaśnieniami, osoby te nie zostały objęte monitoringiem szczepień ochronnych przeciw WZW typu B. W przypadku szczepień przeciwko grypie jedynie trzy osoby (lekarze, pielęgniarki i położne) w 2017 r., trzy osoby z personelu niemedycznego w 2017 r. oraz dwie osoby z tego personelu w 2018 r. zostały zaszczepione. Organizacja szczepień przeciwko grypie polegała na informowaniu pracowników o ich terminie, określeniu ilości osób deklarujących chęć zaszczepienia, sprowadzeniu szczepionek w odpowiedniej ilości oraz przeprowadzeniu nieodpłatnej usługi medycznej uwzględniającej badanie lekarskie i procedurę zaszczepienia. Szpital nie gromadził również informacji o absencjach pracowników z tytułu grypy oraz WZW, z uwagi na brak uprawnień wynikających z obowiązujących przepisów prawa.

(akta kontroli str. 208-209, 661, 1073-1077, 1091-1092)

¹⁵ Według charakterystyki produktu leczniczego – adrenalinum – dopuszczalny okres przechowywania poza lodówką wynosi 6 miesięcy.

1.2.4. Zasady bezpiecznego przechowywania leków i materiałów medycznych zostały określone w odrębnej procedurze ujętej w Receptariuszu Szpitalnym¹⁶. Produkty lecznicze wchodzące w skład apteczek oddziałowych Oddziału Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu oraz Oddziału Chirurgii przechowywane były wyłącznie w oryginalnych opakowaniach. Leki ułożone były na Oddziale Chirurgii Ogólnej pod względem spektrum działania, natomiast na Oddziale Ortopedii tabletki ułożone były alfabetycznie. Leki gotowe do stosowania wewnętrznego oraz leki gotowe do stosowania zewnętrznego i środki odurzające, substancje psychotropowe i środki bardzo silnie działające przechowywane są oddzielnie. Szafka na Oddziale Ortopedii, w której przechowywano płyny infuzyjne posiadała oznaczenie w formie informacji: „Trzy razy sprawdź przed użyciem”. Natomiast w przypadku Oddziału Chirurgii Ogólnej jak wyjaśnił Dyrektor Szpitala, brak takiej informacji wynikał z prowadzonej wymiany mebli a zamówienie dotyczące zakupu etykiety informacyjnej było w trakcie realizacji. Produkty były przechowywane w sposób staranny, zabezpieczający je przez zakurzeniem, zniszczeniem oraz przed działaniem promieni słonecznych. Lodówki oddziałowe wykorzystywano wyłącznie do przechowywania produktów leczniczych. We wszystkich pomieszczeniach na oddziałach, w których przechowywano produkty lecznicze, prowadzono kontrolę temperatury lodówek oraz pomieszczenia. Produkty medyczne przechowywane były prawidłowo zgodnie z zasadami określonymi w standardzie FA 6 „W szpitalu funkcjonują procedury bezpiecznego przechowywania leków”.

(akta kontroli str. 198-205, 210-247, 407-409)

1.2.5. Na kontrolowanych oddziałach system oznakowania przygotowanych leków funkcjonował zgodnie z zasadami określonymi od stycznia 2018 r. w Załączniku do Receptariusza Szpitalnego oraz standardem FA 9 „W szpitalu opracowano system oznakowania przygotowanych leków”. Leki przygotowane do podania w formie wlewu kroplowego oznakowane były naklejkami z imieniem i nazwiskiem pacjenta oraz dawką i nazwą leku. Naklejki różnicowane były wg koloru tj. białe z czerwonym paskiem identyfikowały leki silnie działające, narkotyczne i psychotropowe, białe z zielonym paskiem określały antybiotyki, a białe z czarnym paskiem pozostałe leki. Jak wyjaśnił Dyrektor w okresie do 2018 r. w ZZOZ zasady oznakowania leków obowiązywały w formie ustnej przekazywanej na odprawach szkoleniowych dla pielęgniarek oddziałowych przeprowadzonych w 2016 r. i w 2011 r.

(akta kontroli str. 198-205, 259, 410-414)

1.2.6. Szpital prowadził, zgodnie ze standardem LA 2 „W szpitalu prowadzi się ocenę błędów przedlaboratoryjnych”, ocenę błędów przedlaboratoryjnych, których kryteria i zasady zostały ujęte w odrębnej procedurze¹⁷. W ramach Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej (dalej: ZDL) wydzielono pięć pracowni, z których każda prowadziła odrębny rejestr niezgodności i błędów fazy przedanalizacyjnej. W rejestrze określano rodzaj błędu i miejsce jego powstania oraz propozycje działań korygujących. Działania te, w zależności od rodzaju niezgodności, dotyczyły m.in. niewłaściwego wystawienia zlecenia, nieodpowiedniego przygotowania pacjenta do badania oraz niezgodnego z procedurami dostarczenia pobranego materiału. Co najmniej raz na kwartał pracownie przekazywały Kierownikowi ZDL informacje o najczęściej występujących błędach, z których wynikało, że w okresie od 1 stycznia 2017 r. do końca I kwartału 2019 r. we wszystkich kwartałach najczęściej odnotowywano błąd hemolizy krwi/osocza. Natomiast w okresie od połowy 2018 r. błąd ten utrzymuje tendencję wzrostową i począwszy od liczby 286 przypadków (4,4 %) na koniec I kwartału 2018 r. osiągnął liczbę 556 przypadków co stanowiło blisko 8,1 % ogółu wszystkich zleceń. Błąd ten najczęściej występował na szpitalnym

¹⁶ Wydanie III. Obowiązujące od 1 marca 2017 r.

¹⁷ Standardowa Instrukcja Działania SOP 109 „Monitorowanie błędów przedlaboratoryjnych” wyd. 3 z 3 stycznia 2017 r.

oddziale ratunkowym. Z wyjaśnień Dyrektora Szpitala i Kierownika ZDL wynikało, że wzrost poziomu błędu w tym szczególnie na SOR wynikał ze specyfiki jego pracy tj. zlecenia badań wyłącznie w trybie cito, ciężkiego stanu pacjentów generującego problemy z pobraniem materiału, wzrostu liczby „trudnych” pacjentów oraz rotacji pracowników (dyżury osób kontraktowych spoza Szpitala). Ponadto zgodnie z dostępną literaturą medyczną odnotowany poziom błędu hemolizy jest niski i wymagał jedynie stałego monitoringu bez wprowadzania szczególnych działań naprawczych.

Kierownik ZDL co kwartał przedstawiał kierownikom oddziałów oraz ich pielęgniarkom wyniki analiz i propozycje działań naprawczych. Do takich działań należało m.in. opracowanie i uaktualnienie instrukcji pobierania materiału oraz szkolenia personelu w tym w lutym 2019 r. dotyczące błędu hemolizy.

(akta kontroli str. 267-384)

1.2.7. Hospitalizowani pacjenci otrzymywali wyłącznie w formie ustnej, a nie pisemnej, o której mowa w standardzie DO 3 „*Pacjenci otrzymują praktyczne informacje na temat badań radiologicznych*”, informacje na temat przebiegu badania radiologicznego, sposobu przygotowania się do niego oraz ewentualnych skutków ubocznych. W przypadku badania tomografii komputerowej pacjent pisemnie wyrażał zgodę na przeprowadzenie badania oraz potwierdzał fakt uzyskania informacji od lekarza prowadzącego o celu badania, skutkach ubocznych promieniowania jonizującego i możliwych powikłaniach związanych z podaniem kontrastu. Jak wyjaśnił Dyrektor Szpitala wymienione zasady zostały ujęte w odrębnej procedurze¹⁸, która nie przewidywała informowania pacjentów w formie pisemnej, obowiązującej w trakcie przeprowadzania wizyty akredytacyjnej. Taka praktyka przekazywania informacji obowiązywała również w trakcie wizyty akredytacyjnej. Dopiero w trakcie kontroli NIK zaktualizowano procedurę¹⁹ oraz doprecyzowano obowiązek przekazania pisemnej informacji o badaniu również pacjentom hospitalizowanym w szpitalu.

(akta kontroli str. 198-205, 385-396, 407-409, 1073-1080, 1082-1090)

1.2.8. Zgodnie ze standardem PJ 4.1 „*W oparciu o dane uzyskane z monitorowania jakości w szpitalu prowadzone są projekty poprawy*” w Szpitalu realizowano od 2018 r. jeden plan poprawy jakości opracowany wg metodologii poprawy jakości E. Deming’a²⁰, którego celem było zmniejszenie ilości upadków na Oddziale Neurologicznym z Pododdziałem Udarowym o 50%. Dobór celu wynikał z występowania największej liczby tego rodzaju przypadków odnotowanych w prowadzonym rejestrze zdarzeń niepożądanych. Program zakładał naprawę łóżek pacjentów, przegląd i ewentualne przeprowadzenie naprawy instalacji przyzywowej na oddziale oraz sprzętu ortopedycznego. W wyniku realizacji programu wskaźnik upadków na oddziale w przeliczeniu na 100 pacjentów zmniejszył się w 2018 r. i wyniósł 0,54 w porównaniu do 0,91 w 2017 r. Kolejny program opracowany wg tej metodologii, jak wyjaśnił Z-ca Dyrektora, zostanie wdrożony w Szpitalu w drugim półroczu 2019 r., a jego celem będzie zmniejszenie liczby reoperacji.

Ponadto w ZZOZ prowadzono od 2015 r. program „Czyste ręce – Plus dla Ciebie”, którego celem nadrzędnym było zwiększenie bezpieczeństwa pacjentów i personelu Szpitala oraz skuteczna profilaktyka zakażeń szpitalnych. Od 2011 r. w Szpitalu utworzono Zespół ds. profilaktyki p/odleżynowej, który w oparciu o kwartalne analizy funkcjonowania oddziałów w zakresie leczenia i profilaktyki odleżyn wdrażał programy poprawy bezpieczeństwa pacjentów w tym zakresie.

¹⁸ Procedura QP-03-01/DO „Zasady informowania pacjentów na temat badań radiologicznych. Wydanie II z 2 stycznia 2016 r.

¹⁹ Procedura QP-03-01/DO „Zasady informowania pacjentów na temat badań radiologicznych” obowiązująca od 01.07.2019 r.

²⁰ Cykl PDCA: zaplanuj, wykonaj, sprawdź, zastosuj.

(akta kontroli str. 397-401, 410-414, 466-468, 475)

1.2.9. Szpital zapewnił warunki do higienicznego przechowywania żywności hospitalizowanych pacjentów zgodnie ze standardem OD 4 „*W szpitalu zapewniono warunki do higienicznego przechowywania żywności pacjentów*”, których zasady zostały określone w procedurze²¹. Żywność dostarczana z zewnątrz przechowywana była w wyznaczonych lodówkach w ogólnodostępnym i oznakowanym miejscu na oddziałach chirurgii ogólnej oraz ortopedii i traumatologii narządu ruchu. Oba urządzenia były czyste i sprawne, a temperatura wewnątrz odpowiadała ustalonemu zakresowi od +1 do +4° C. W lodówkach przechowywano wyłącznie żywność. Zasady korzystania z lodówki w formie pisemnej zostały umieszczone na tych urządzeniach. W lodówce Oddziału Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu żywność umieszczona w lodówce była oznaczona imieniem i nazwiskiem pacjenta oraz numerem sali, na której przebywał, natomiast nie posiadała oznaczenia daty włożenia do lodówki. Na Oddziale Chirurgii Ogólnej żywność nie posiadała żadnych oznaczeń. Z wyjaśnień Dyrektora Szpitala wynikało, że pacjenci zostali szczegółowo poinformowani o zasadach korzystania z lodówek i obowiązku oznakowania żywności. Ujawnione przypadki przechowywania żywności bez oznaczenia imienia i nazwiska oraz numeru sali świadczyły o umieszczeniu jej w lodówce w okresie pomiędzy rutynowymi, wynikającymi z procedury, kontrolami jej zawartości, która przeprowadzana była co drugi dzień przez pracownika ZZOZ. W przypadku braku oznaczenia żywności datą umieszczenia w lodówce, pracownik kontrolujący urządzenia opiera się wyłącznie na dacie przydatności do spożycia umieszczonej na opakowaniu przez producenta.

(akta kontroli str. 198-205, 402-409)

1.2.10.1. Zgodnie ze standardem ZZ 9 „*W szpitalu prowadzi się badania satysfakcji zawodowej personelu*” w okresie lat 2016-2018 ZZOZ przeprowadzał raz w roku badanie satysfakcji zawodowej personelu. Badanie przeprowadzano w formie anonimowej ankiety. Na skutek analizy wyników Szpital podjął działania w zakresie wzrostu poziomu wynagrodzeń, dostosowania norm zatrudnienia na oddziałach, organizacji szkoleń oraz zapewnienia udziału w konferencjach specjalistycznych i poprawy warunków pracy.

(akta kontroli str. 605-608, 657-660)

1.2.10.2. W wyniku przeprowadzonego badania ankietowego²² pacjentów ustalono, że dla 46% z nich miało znaczenie posiadanie przez Szpitala certyfikatu akredytacyjnego, a dla 22% nie miało to znaczenia. W związku z przyjęciem do Szpitala, 84% hospitalizowanych potwierdziło fakt poinformowania o prawach i obowiązkach pacjenta, a sama informacja w tym zakresie była spisana czytelnie i znajdowała się w łatwo dostępnym miejscu. W trakcie hospitalizacji 84% osób potwierdziło, że uzyskało zrozumiałe informacje o stanie swojego zdrowia, a 98% z nich przyznało, że miało zapewnioną możliwość odwiedzić. 94% pacjentów uznało pomieszczenia Szpitala za czyste, prawidłowo ogrzewane i wentylowane.

(akta kontroli str. 504-604)

1.2.10.3 Zgodnie z „*Programem poprawy jakości w zakresie bezpieczeństwa pacjenta*” oraz standardem PJ 3 „*W szpitalu regularnie prowadzi się ocenę opinii pacjentów*”, w latach 2016-2019 co kwartał pozyskiwane były opinie pacjentów w celu uzyskiwania wiedzy na temat ich oczekiwań, preferencji oraz poziomu uzyskanych świadczeń. Badanie opinii pacjentów prowadzone było metodą ankietową. Celem badania było uzyskanie opinii pacjentów na temat warunków

²¹ Zasady przechowywania produktów żywnościowych pacjentów w oddziałach szpitalnych. Wydanie nr 02 z 24 kwietnia 2016 r.

²² Na próbie 50 osób.

socjalno-bytowych oraz sposobu udzielania świadczeń medycznych i zaangażowania personelu medycznego w wykonywane świadczenia zdrowotne. Ankiety były analizowane i omawiane przez Kierowników, a Pełnomocnik ds. Pacjenta sporządzał analizy zbiorcze i przedstawiał je Dyrektorowi Szpitala. W wyniku prowadzonych analiz formułowane były wnioski oraz podejmowane działania zmierzające do realizacji postawionych zaleceń. Polegały one w szczególności na uwzględnieniu uwag pacjentów w zakresie poprawy stanu technicznego łazienek, a także warunków socjalno-bytowych zaplecza socjalnego dla pacjentów. W przypadku przebudowy oddziałów uwzględniono ww. uwagi m.in. w taki sposób, aby sale chorych posiadały bezpośredni dostęp do łazienek. Natomiast w oddziałach, które nie podlegały kompleksowej przebudowie - przeprowadzano remonty łazienek. W przypadku uwag dotyczących nieodpowiedniego zachowania personelu medycznego, Dyrektor Szpitala lub Pielęgniarka Naczelna (każdy w swoim zakresie) rozpatrywali sprawy zgłoszone w ankietach, indywidualnie wraz z personelem wobec którego uwagi zostały wniesione.

(akta kontroli str. 1073-1075, 1081, 1094-1139)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

Obowiązująca w Szpitalu w okresie objętym kontrolą (a także w trakcie przeprowadzania wizyty akredytacyjnej) procedura dotycząca zasad informowania pacjentów na temat badań radiologicznych²³ nie przewidywała informowania w formie pisemnej hospitalizowanych pacjentów, zatem nie została zapewniona pisemność, o której mowa w standardzie DO 3²⁴. Pacjenci hospitalizowani, którym zlecono badania radiologiczne byli ustnie informowani przez lekarza kierującego na badanie o przygotowaniu i przebiegu badania radiologicznego oraz o ewentualnych skutkach ubocznych badania.

Dopiero w trakcie kontroli NIK (1 lipca 2019 r.) zaktualizowano procedurę²⁵ oraz doprecyzowano obowiązek przekazania pisemnej informacji o badaniu również pacjentom hospitalizowanym w Szpitalu.

(akta kontroli str. 198-205, 385-396, 407-409, 1073-1080, 1082-1090)

OCENA CZĄSTKOWA

Poziom świadczonej opieki przez ZZOZ nie uległ zmianie w stosunku do stanu z okresu przeprowadzania wizytacji akredytacyjnej. Ponadto w związku z przystąpieniem do procesu certyfikacji w Szpitalu wprowadzono procedury mające poprawić jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych np. w obszarze dotyczącym analiz powtórnych rehospitalizacji i reoperacji, a także błędów przedlaboratoryjnych. Szpital zapewniał pacjentom bezpieczeństwo w zakresie prawidłowego przechowywania leków oraz oznakowania przygotowywanych leków. Zestawy przeciwwstrząsowe były kompletne i dostępne w razie konieczności użycia. Cały personel posiadał udokumentowane przeszkolenia w resuscytacji krążeniowo-oddechowej. Szpital prowadził również ocenę błędów przedlaboratoryjnych i podejmował niezbędne działania naprawcze w tym obszarze. Pacjenci otrzymywali informacje o przysługujących im prawach i obowiązkach oraz zapewniono im możliwość higienicznego przechowywania żywności. Szpital prowadził badania satysfakcji zawodowej personelu. Szpital nie zapewniał, na etapie przeprowadzania akredytacji przez CMJ oraz czynności kontrolnych NIK, pacjentom informacji

²³ Procedura QP-03-01/DO „Zasady informowania pacjentów na temat badań radiologicznych. Wydanie II z 2 stycznia 2016 r.

²⁴ Standard DO 3 „Pacjenci otrzymują praktyczne informacje na temat badań radiologicznych”.

²⁵ Procedura QP-03-01/DO „Zasady informowania pacjentów na temat badań radiologicznych” obowiązująca od 01.07.2019 r.

praktycznych na temat wszystkich badań radiologicznych w formie pisemnej (dopiero w trakcie kontroli NIK zaktualizowano procedurę oraz doprecyzowano obowiązek przekazania pisemnej informacji o badaniu również pacjentom hospitalizowanym w Szpitalu) oraz nie gromadził informacji o absencji chorobowej personelu z powodu grypy. Wyniki badania ankietowego wśród pacjentów potwierdziły zapewnienie przez Szpital możliwości odwiedzin, informowania pacjentów w zrozumiały sposób zrozumiały oraz prawidłowych warunków sanitarno-bytowych.

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

2.1. W związku z przygotowaniem Szpitala do procedury akredytacyjnej, przeprowadzeniem certyfikacji oraz wdrożeniem nowych rozwiązań poniesione zostały nakłady w łącznej wysokości 78.135,84 zł, w tym na:

- opracowanie dokumentacji systemowej według wymagań CMJ w Krakowie oraz przygotowanie do wizyty akredytacyjnej, w kwocie 9.840 zł brutto, a także przeprowadzenie dwóch szkoleń z zakresu „Proces standaryzacji zgodnej z wymaganiami CMJ” oraz „Auditor Wewnętrzny zgodny z ISO 19011”, w kwocie 10.000 zł, zgodnie z umową zawartą w dniu 29 stycznia 2015 r. z firmą SERV MED z Poznania,

- doradztwo z zakresu wdrożenia standardów akredytacyjnych zgodnie z Programem akredytacji szpitali (4 dni konsultacji, łącznie 28 godz., w tym: konsultacje z dyrekcją i wskazanymi osobami odpowiedzialnymi za wdrożenie wybranych standardów akredytacyjnych, pomoc przy wdrożeniu standardów akredytacyjnych) w kwocie 9.999,90 zł, zgodnie z umową zawartą w dniu 12 stycznia 2018 r. z Centrum Jakości ProQuality Artur Mączyński.

Na podstawie § 10 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 31 sierpnia 2009 r. w sprawie procedury oceniającej spełnienie przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych standardów akredytacyjnych oraz wysokości opłat za jej przeprowadzenie²⁶ Szpital poniósł również opłatę akredytacyjną w kwocie 48.295,94 zł, która wniesiona została 9 lutego 2018 r.

(akta kontroli str.665-690)

W Szpitalu nie były prowadzone analizy dotyczące planowanych i zrealizowanych kosztów związanych z przygotowaniem jednostki do certyfikacji i wdrożenia standardów akredytacyjnych, zgodnie z wyjaśnieniami Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych, ze względu na ich niski wymiar.

(akta kontroli str.605-608, 615)

Koszty poniesione w związku z przeprowadzeniem procesu akredytacji stanowiły od 0 do 0,05% kosztów operacyjnych w poszczególnych latach.

Otrzymanie certyfikatu akredytacyjnego przełożyło się na korzyści finansowe w ramach procesu ustalania ryczałtu systemu zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych (wzrost o 2,6% w stosunku do okresu poprzedzającego tj. o kwotę 615.923 zł w II półroczu 2018 r. oraz o kwotę 1.231.846 zł w 2019 r.).

(akta kontroli str.616-647)

²⁶ Dz. U. z 2009 r., poz. 1216.

2.2. W latach 2016-2018 liczba hospitalizowanych wyniosła odpowiednio: 22.107, 23.526 i 24.485 osób rocznie. Liczba powtórnych nieplanowanych hospitalizacji wynosiła odpowiednio 0,33%, 0,37% oraz 0,38% ogólnej liczby hospitalizowanych. Przy obecnie posiadanym systemie informatycznym Szpital nie prowadzi wycen pojedynczych hospitalizacji czy poszczególnych procedur medycznych, zatem nie było możliwości oszacowania bezpośrednich kosztów powtórnych nieplanowanych hospitalizacji. Ponadto, zgodnie z wyjaśnieniami Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych, z obserwacji i przyjętych założeń wynika, że nie ma związku między ilością i potencjalnym kosztem powtórnych nieplanowanych hospitalizacji, a akredytacją.

(akta kontroli str. 719, 706-710)

W okresie objętym kontrolą było po 35 reoperacji w 2016 r. i 2017 r. oraz 49 w 2018 r. Stanowiły one 0,59% w 2016 r., 0,54% w 2017 r. oraz 0,68% w 2018 r. ogólnej liczby operacji w ww. latach. Koszty reoperacji (do wskazania których przyjęto uśrednione koszty operacji na poszczególnych oddziałach zabiegowych) przed uzyskaniem certyfikatu, tj. w 2017 r. wynosiły 5,1 tys. zł (od 4 tys. zł na oddziale laryngologii do 6,8 tys. zł na oddziale chirurgii ogólnej) natomiast po uzyskaniu certyfikatu akredytacyjnego, tj. w 2018 r. wynosiły 5,5 tys. zł (od 4 tys. zł na oddziale chirurgii dziecięcej do 6,8 tys. zł na oddziale chirurgii ortopedii i traumatologii). Zgodnie z wyjaśnieniami Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych, nie ma jednak związku między ilością reoperacji, akredytacją jak i kosztem pojedynczych zabiegów reoperacyjnych.

(akta kontroli str.706, 711-715, 606, 648-652)

Zgodnie z „Programem poprawy jakości w zakresie bezpieczeństwa pacjenta” z 15 stycznia 2018 r. analizę nieplanowanych, powtórnych hospitalizacji oraz analizę reoperacji przeprowadzają kierownicy oddziałów oraz Zespół ds. Odmów i Przyjęć, natomiast nadzór pełni Dyrektor ZZOZ. Każda analiza (przeprowadzana raz na pół roku), zgodnie z ww. programem, powinna być zakończona wnioskami i wynikającymi z nich planami działań naprawczych, a kolejne analizy mają weryfikować skuteczność wdrożonych działań doskonalących.

(akta kontroli str.720-728)

Do zadań tego Zespołu, zgodnie z zarządzeniem Dyrektora ZZOZ z 2 września 2011 r., należało m.in.: prowadzenie analiz i ocen powtórnych przyjęć do szpitala oraz analiz reoperacji. Pracami zespołu, zgodnie z zarządzeniem, kieruje przewodniczący, który przedstawia Komitetowi ds. Jakości wnioski z oceny i analizy (dwa razy w roku: w maju i grudniu). Przewodniczącym zespołu był [...] ²⁷ ²⁸, a następnie od 10 kwietnia 2019 r. – [...] ²⁹ ³⁰.

(akta kontroli str. 729-731)

Zespół ds. Odmów i Przyjęć nie przeprowadził analizy nieplanowanych, powtórnych hospitalizacji oraz analizy reoperacji za 2018 r., natomiast kierownicy części oddziałów przeprowadzili analizy dotyczące całego roku 2018 r. (nie natomiast okresów półrocznych), lub brak było informacji, jakiego okresu dotyczyła analiza (I, II półrocze czy cały 2018 r.), a także nie przeprowadzili za 2018 r. takiej analizy, o

²⁷ Zarządzenie Nr 11/12 Dyrektora Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ostrowie Wielkopolskim z dnia 30 maja 2012 r.

²⁸ Usunięto dane osobowe - art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz.U. z 2019, poz. 1429 t.j.).

²⁹ Zarządzenie Nr 9/19 Dyrektora Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ostrowie Wielkopolskim z dnia 24 kwietnia 2019 r.

³⁰ Usunięto dane osobowe - art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz.U. z 2019, poz. 1429 t.j.).

czym w dalszej części wystąpienia pokontrolnego w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.

(akta kontroli str. 716-718)

Przed uzyskaniem certyfikatu akredytacyjnego wniesiono 8 pozwów w obszarze opieki nad pacjentem, tj. trzy pozwы w 2017 r.³¹ (w toku), dwa w 2013 r. (wyroki zapadły w 2017 r. i 2019 r.³²), jeden w 2014 r. (wyrok zapadł w 2019 r.³³) oraz dwa w 2015 r.³⁴ (w toku). Po uzyskaniu certyfikatu akredytacyjnego, tj. w 2018 i 2019 r. (do czasu zakończenia kontroli) nie wniesione zostały pozwы dotyczące niezapewnienia oczekiwanej przez pacjentów jakości udzielanych świadczeń.

W zakresie natomiast roszczeń, w 2018 r. wypłacone zostało odszkodowanie w wysokości 12,5 tys. zł dotyczące wypadku podczas zabiegu operacyjnego³⁵.

W zakresie roszczeń i pozwów przeprowadzone były wewnętrzne postępowania wyjaśniające. Przeprowadzono rozmowy z osobami zaangażowanymi w proces diagnostyczno-leczniczy pacjenta. Zweryfikowano stan techniczny urządzeń stosowanych na bloku operacyjnym. Przypadek zakażenia pacjenta gronkowcem złośliwym w wyniku leczenia szpitalnego omawiany był na jednym z posiedzeń Zespołu ds. Kontroli Zakażeń Szpitalnych.

(akta kontroli str. 691-695, 605-607, 653, 732)

W okresie objętym kontrolą do Szpitala wniesiono 62 skargi, z czego: 22 skargi w 2016 r. (16 dotyczących niezapewnienia oczekiwanej przez pacjentów jakości udzielanych świadczeń oraz 6 – dotyczących nieprawidłowej organizacji pracy podmiotu leczniczego), 17 skarg w 2017 r. (z tego odpowiednio: 13 oraz 4), 22 skargi w 2018 r. (z tego odpowiednio: 15 oraz 7) oraz 1 skargę w 2019 r. dotyczącą niezapewnienia oczekiwanej przez pacjentów jakości udzielanych świadczeń.

Spośród wszystkich ww. skarg 79% uznanych zostało za bezzasadne (18 w 2016 r., 16 – w 2017 r., 15 w 2018 r.).

(akta kontroli str. 696-699)

Do Wielkopolskiego Oddziału NFZ w latach 2016-2019³⁶ wpłynęło 11 skarg i 4 zgłoszenia dotyczące niewłaściwej realizacji świadczeń zdrowotnych w Szpitalu, z czego 2 były niezasadne³⁷, 3 – zasadne³⁸, 10 - pozostawiono bez rozpoznania³⁹.

(akta kontroli str. 700-705)

³¹ Trzy pozwы Sąd połączył do wspólnego rozpoznania. Dotyczą one zadośćuczynienia za krzywdy dla najbliższych członków rodziny zmarłego pacjenta (śmierć nastąpiła w związku z przetoczeniem błędnej grupowo krwi). Sprawa toczy się przed Sądem Okręgowym w Kaliszu (wysokość przedmiotu sporu 100 tys. zł, 130 tys. zł i 130 tys. zł).

³² W stosunku do jednej z ww. spraw zapadł wyrok oddalający powództwo w całości, w drugiej – zapadł wyrok uwzględniający powództwo w części, tj. 60 tys. zł (sprawa dotyczyła odpowiedzialności Szpitala za zakażenie gronkowcem złośliwym w wyniku leczenia szpitalnego – endoprotezoplastyka stawu biodrowego).

³³ zasądzono zadośćuczynienie w wysokości 350 tys. zł, odszkodowanie w wysokości 23,6 tys. zł oraz wypłatę renty w wysokości 1,5 tys. zł (sprawa dotyczyła odmowy przyjęcia na oddział szpitalny i wynikającymi stąd konsekwencjami w postaci rozległego udaru).

³⁴ Wielkość przedmiotu sporu w toczącej się jednej z ww. spraw wynosi 155,4 tys. zł (zadośćuczynienie i wypłata renty), natomiast drugiej 1.501 tys. zł (zadośćuczynienie).

³⁵ Na skutek dysfunkcji płytki pacjent doznał oparzeń pośladków i ud.

³⁶ Wg stanu na 15 maja 2019 r.

³⁷ Jedna sprawa dotyczyła odmowy udzielenia świadczeń 3-letniej dziewczynce, druga – możliwości wykonania znieczulenia zewnątrzoponowego – całodobowo podczas porodu.

³⁸ Jedna skarga na ograniczenie realizacji skierowania na rehabilitację w ramach fizjoterapii domowej, druga dotyczyła odmowy udzielenia świadczenia chirurgicznego małoletniemu w trybie pilnym, trzecia natomiast – pobrania opłaty od pacjentki narodowości ukraińskiej, która zgłoszono zastała do polskiego ubezpieczenia zdrowotnego przez pracodawcę.

³⁹ Z uwagi na to, że zarzuty były poza kompetencjami NFZ – pouczono o właściwościach izb lekarskich, Rzecznika Praw Pacjenta, a także o możliwości wniesienia powództwa cywilnego.

2.3. W okresie objętym kontrolą Szpital osiągnął zysk netto w wysokości: 1.020.002,46 zł – za 2016 r., 2.411.331,24 zł – za 2017 r. oraz 197.503,10 zł – za 2018 r.

Wskaźniki ekonomiczne⁴⁰ w latach 2016, 2017 i 2018 r. przedstawiały się odpowiednio:

- wskaźnik zyskowności netto: 1,01%, 2,00% oraz 0,15%;
- wskaźnik zyskowności działalności operacyjnej: 1,49%, 2,26% oraz 0,49%;
- wskaźnik zyskowności aktywów: 1,53%, 2,97% oraz 0,20%;
- wskaźnik bieżącej płynności: 1,04; 1,06 oraz 0,69;
- wskaźnik szybkiej płynności: 0,91; 0,95 oraz 0,57;
- wskaźnik rotacji należności: 43,51; 34,56 oraz 30,95;
- wskaźnik rotacji zobowiązań w dniach: 21,38; 19,92 oraz 23,52;
- wskaźnik zadłużenia aktywów: 36,96%; 43,29% oraz 39,19%;
- wskaźnik wypłacalności: 1,44; 2,02 oraz 1,97.

(akta kontroli str. 733-777)

Istotne zdarzenia, które mogły mieć wpływ na sytuację ekonomiczno-finansową Szpitala oraz na wysokość wskaźników ekonomicznych, zgodnie z raportami o sytuacji ekonomiczno-finansowej za lata 2016-2018, to w szczególności:

- brak stabilnej informacji o wielkości kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia (umowy zawierane są na okresy półroczne);
- zmiana systemu rozliczeń z NFZ z kontraktowego na ryczałtowy;
- niepewność finansowa Szpitala związana z wprowadzeniem w życie Mapy Potrzeb Zdrowotnych i związanych z tym zmian w rozliczeniach;
- brak dostosowania wyceny punktów przez NFZ do realnych kosztów;
- dalsze realizowanie inwestycji na terenie ZZOZ wpływające na zwiększenie powierzchni użytkowej, a w konsekwencji na zwiększenie nakładów na ich bieżące utrzymanie;
- oczekiwania załogi co do wynagrodzeń;
- znaczny wzrost cen mediów.

(akta kontroli str. 733-777)

W latach 2016-2018 liczba hospitalizowanych wyniosła odpowiednio: 22.107, 23.526 i 24.485 osób rocznie. Parametry dotyczące świadczeń zdrowotnych w zakresie wykorzystania łóżek szpitalnych, tj. przeciętny pobyt chorego wynosił w latach 2016 r., 2017 r. oraz 2018 r. odpowiednio: 5,99, 5,91 oraz 5,56, natomiast średnie obłożenie łóżek wynosiło odpowiednio 43,68; 45,33 oraz 47,17.

(akta kontroli str. 719)

Zgodnie z wyjaśnieniami Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych, w Szpitalu nie analizuje się w odniesieniu do kosztów, wprowadzenia poszczególnych standardów akredytacyjnych.

(akta kontroli str.605-607, 654)

⁴⁰ Rozporządzenie z 12 kwietnia 2017 r. w sprawie wskaźników ekonomiczno-finansowych niezbędnych do sporządzenia analizy oraz prognozy sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2017 r., poz. 832) określa: wskaźniki ekonomiczno-finansowe, na podstawie których dokonuje się analizy oraz prognozy sytuacji ekonomiczno-finansowej, o których mowa w art. 53a ust. 2 ustawy o działalności leczniczej (Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r., poz. 2190 j.t.), a także sposób obliczania wskaźników oraz przypisane im punktowe oceny, które służą do analizy ekonomiczno-finansowej

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

1. Zespół ds. Odmów i Przyjęć, (Przewodniczącym zespołu był [...] ⁴¹⁴², a następnie od 10 kwietnia 2019 r. – [...] ⁴³⁴⁴), nie przeprowadził analizy nieplanowanych, powtórnych hospitalizacji oraz analizy reoperacji za 2018 r., natomiast analizy nieplanowanych, powtórnych hospitalizacji przeprowadzone przez kierowników dwóch oddziałów ⁴⁵ nie dotyczyły okresów półrocznych (tylko rocznych) lub brak było informacji, jakiego okresu dotyczy (I, II półrocze czy cały 2018 r.) ⁴⁶ – wymóg przeprowadzenia, przez kierowników oddziałów oraz Zespół ds. Odmów i Przyjęć, raz na pół roku rehospitalizacji i reoperacji wynikał z „Programu poprawy jakości w zakresie bezpieczeństwa pacjenta” z 15 stycznia 2018 r. Każda analiza (przeprowadzana raz na pół roku), zgodnie z ww. programem, powinna być zakończona wnioskami i wynikającymi z nich planami działań naprawczych, a kolejne analizy mają weryfikować skuteczność wdrożonych działań doskonalących. Poza tym nie przeprowadzona została, przez kierowników oddziału internistycznego i neurologicznego, analiza powtórnych hospitalizacji, a jedynie przedstawiono karty powtórnej hospitalizacji.

(akta kontroli str.716-718, 720-731)

Dyrektor Szpitala w wyjaśnieniach przedstawił odpowiedź obecnego przewodniczącego Zespołu ds. Odmów i Przyjęć, który wskazał m.in., że kierownicy oddziałów szpitalnych zostaną pisemnie poproszeni o uzupełnienie ww. braków w dostarczanej dokumentacji, a następnie po jej zgromadzeniu zostanie przeprowadzona analiza zbiorcza oraz zostanie przedstawiony plan działań naprawczych ⁴⁷.

(akta kontroli str.605-610)

2. Raport o sytuacji ekonomiczno-finansowej Szpitala, do dnia kontroli (25 czerwca 2019 r.) nie został sporządzony i przekazany podmiotowi tworzącemu, pomimo tego, że zgodnie z art. 53a ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej ⁴⁸, powinien być zarówno sporządzony jak i przekazany do 31 maja 2019 r.

(akta kontroli str. 663)

Zastępca Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych wyjaśnił, że raport o sytuacji ekonomiczno-finansowej sporządzany na podstawie sprawozdania finansowego za 2018 r. wraz z prognozą sytuacji ekonomiczno-finansowej na kolejne lata jest w trakcie opracowywania. Opóźnienie wynika z późnego przygotowania sprawozdania biegłego rewidenta z badania rocznego sprawozdania finansowego Szpitala za 2018 r. oraz zatwierdzenia rocznego sprawozdania finansowego na sesji Rady Powiatu, która odbędzie się dopiero 25 czerwca 2019 r.

(akta kontroli str. 663-664)

⁴¹ Zarządzenie Nr 11/12 Dyrektora Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ostrowie Wielkopolskim z dnia 30 maja 2012 r.

⁴² Usunięto dane osobowe - art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz.U. z 2019, poz. 1429 t.j.).

⁴³ Zarządzenie Nr 9/19 Dyrektora Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ostrowie Wielkopolskim z dnia 24 kwietnia 2019 r.

⁴⁴ Usunięto dane osobowe - art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz.U. z 2019, poz. 1429 t.j.).

⁴⁵ Analiza powtórnych hospitalizacji oddziału ortopedii i traumatologii narządu ruchu oraz ginekologiczno-polożniczego dotyczyła całego 2018 r., nie natomiast okresów półrocznych

⁴⁶ w przypadku oddziału rehabilitacyjnego dla dzieci i laryngologicznego brak było informacji, jakiego okresu dotyczy (I, II półrocze czy cały 2018 r.)

⁴⁷ Zgodnie z raportem z wizyty akredytacyjnej przeprowadzonej w dniach 14-16 lutego 2018 r. standard PJ 2.4. (W Szpitalu regularnie analizuje się nieplanowane, powtórne hospitalizacje) oceniony został na 1 (co oznacza: „w Szpitalu nie analizuje się nieplanowanych, powtórnych hospitalizacji”), natomiast standard PJ 2.5. (W Szpitalu regularnie analizuje się reoperacje) oceniony został na 3 (co oznacza: „w Szpitalu analizuje się reoperacje w ograniczonym zakresie”).

⁴⁸ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r., poz. 2190 ze zm.)

NIK wskazuje, że ustawa o działalności leczniczej jednoznacznie określa termin sporządzenia i przekazania podmiotowi tworzącemu raportu o sytuacji ekonomiczno-finansowej, nie odnosi tego terminu do roku obrotowego, zatem w przypadku gdy rok obrotowy pokrywa się z rokiem kalendarzowym, raport może bazować na sprawozdaniu finansowym, które jeszcze nie zostało zatwierdzone przez podmiot tworzący.

Szpital dopiero w dniu 5 lipca 2019 r. przekazał do organu tworzącego ww. raport, przekraczając o ponad miesiąc wymagany termin.

(akta kontroli str. 763-776, 1093)

OCENA CZĄSTKOWA

Otrzymanie certyfikatu akredytacyjnego przełożyło się przede wszystkim na korzyści finansowe w ramach procesu ustalania ryczałtu systemu zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych na lata 2018-2019 w łącznej wysokości 1.847,8 tys. zł, tj. 615,9 tys. zł w II półroczu 2018 r. (co stanowiło 0,5% przychodów 2018 r.) oraz 1.231,8 tys. zł w 2019 r., przy jednoczesnym wydatkowaniu na zadania związane z przystąpieniem do procesu akredytacji środków mających marginalne znaczenie dla sytuacji finansowej podmiotu. Zdaniem NIK, przystąpienie do programu akredytacji nie miało wpływu na zmianę parametrów dotyczących wykorzystania bazy szpitala i skali wykonywanych rehospitalizacji i reoperacji. Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły nierealizowania działań w ramach dwóch standardów (ocenianych dotychczas również przez instytucję akredytującą jako niespełnianych lub spełnianych w ograniczonym zakresie) w obszarze poprawa jakości i bezpieczeństwa pacjenta, pomimo wprowadzenia obowiązku cyklicznego przeprowadzania analiz nieplanowanych, powtórnych hospitalizacji oraz analiz reoperacji. Ponadto raport o sytuacji ekonomiczno-finansowej Szpitala sporządzono i przekazano do właściwej instytucji po upływie miesiąca od wymaganego terminu.

IV. Wnioski

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK wnosi o zwiększenie nadzoru w zakresie przeprowadzania analiz nieplanowanych, powtórnych hospitalizacji oraz analiz reoperacji.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do dyrektora Delegatury NIK w 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
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 wniosku pokontrolnego oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

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

Poznań, 4 września 2019 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Poznaniu

Kontrolerzy
Izabela Chlebowska-Gąsczyk
główny specjalista kontroli państwowej

Dyrektor
z up. Grzegorz Malesiński
p.o. Wicedyrektor

.....
podpis

Tomasz Otworowski
specjalista kontroli państwowej

.....
podpis

.....
podpis