

Informacja pokontrolna nr 2/2024-2025/POWR/TR

1	Podstawa prawna kontroli	Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 23 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz.U. 2020 poz. 818, z późn. zm.) oraz § 16 i § 4 ust. 1 pkt 4 decyzji o dofinansowaniu projektu nr POWR.05.02.00-00-0151/15 w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 – 2020.
2	Nazwa jednostki kontrolującej	Ministerstwo Zdrowia; Departament Nadzoru i Kontroli; IP dla Osi Priorytetowej V <i>Wsparcie dla obszaru zdrowia</i> PO WER.
3	Imiona i Nazwiska osób Kontrolujących	Na podstawie Upoważnienia nr 2/2024-2025/POWR/TR do przeprowadzenia kontroli trwałości projektu z dnia 02.09.2024 r., kontrolę przeprowadzili: Pani Małgorzata Puterman – kierownik Zespołu kontrolującego (Zk), Pani Joanna Tąkiel-Leśniewska – członek Zk.
4	Termin kontroli	12.09.2024 r.
5	Rodzaj kontroli (kontrola systemowa, kontrola projektu, kontrola prawidłowości realizacji projektu Pomocy Technicznej PO WER)	Kontrola trwałości rezultatów projektu.
6	Tryb kontroli	Planowa
7	Nazwa jednostki kontrolowanej	Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia
8	Adres jednostki kontrolowanej i miejsca, w których przeprowadzono czynności kontrolne ¹	Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia ul. Bobrzyńskiego 12 30-348 Kraków
9	Nazwa i numer kontrolowanego projektu oraz numer Działania/Poddziałania wartość projektu numery kontrolowanych wniosków o płatność oraz wartość wydatków zatwierdzonych do dnia kontroli	<u>Nazwa projektu</u> : „Wsparcie szpitali we wdrażaniu standardów jakości i bezpieczeństwa opieki”; <u>Numer projektu</u> : POWR.05.02.00-00-0151/15; <u>Numer Działania</u> : 5.2 Działania projakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych; <u>Wartość projektu</u> : 14 996 190,00 PLN;
10	Zakres kontroli (obszary, które zostały objęte kontrolą)	Kontrola swym zakresem obejmie weryfikację czy: 1. trwałość rezultatów projektu została zachowana zgodnie z zapisami § 4 ust. 1 pkt 4 decyzji o dofinansowaniu; 2. został zrealizowany proces odnowienia certyfikatów akredytacyjnych szpitali, które przystąpiły do udziału w projekcie; 3. wystąpiły modyfikacje standardów akredytacyjnych w związku z wdrożeniem programów projakościowych tj. systemu raportowania zdarzeń niepożądanych (ZN) i systemu zespołów szybkiego reagowania (ZSR)

¹ O ile są różne

		w szpitalach; 4. w ramach projektu wywiązano się z zobowiązań określonych w decyzji o dofinansowaniu projektu dotyczących archiwizacji dokumentacji.
11	Informacje na temat sposobu wyboru dokumentów do kontroli (należy opisać metodykę doboru próby dokumentacji w poszczególnych zakresach tematycznych oraz podać wielkość próby skontrolowanych dokumentów w przypadku każdego kontrolowanego obszaru)	Weryfikacji poddano dokumentację przedstawioną przez Beneficjenta, w celu potwierdzenia prawidłowości zachowania trwałości rezultatu projektu oraz prawidłowości sposobu przechowywania i archiwizacji dokumentacji projektowej.
12	Ustalenia kontroli (należy wskazać związane i przejrzyste podsumowanie poszczególnych obszarów tematycznych) We wniosku o dofinansowanie Beneficjent założył następujący sposób zachowania zasady trwałości: „Wzrost liczby szpitali które wdrożyły działania projakościowe, i uzyskały certyfikat akredytacyjny stanowi jednoznaczne przełożenie na bardziej bezpieczną opiekę, ponieważ wzrasta świadomość personelu w zakresie działalności klinicznej, w tym przyczyn i skutków przedłużonych hospitalizacji, rehospitalizacji, zagrożeń związanych ze znieczuleniami, zabiegami, bezpieczeństwa farmakoterapii oraz w zakresie istotności nadzoru nad zdarzeniami niepożądanymi, w tym zakażeń. Zwiększa się zatem populacja pacjentów uzyskujących świadczenia zdrowotne wysokiej jakości. Zgodnie z obowiązującymi przepisami szpitale uzyskują certyfikat akredytacyjny na okres 3 lat, po czym wymagane jest ponowne poddanie się ocenie. Z uwagi na fakt, że wsparcie w projekcie zaplanowano dla szpitali które po raz pierwszy przystępują do procedury akredytacyjnej, dalszy proces odnowienia certyfikatu akredytacyjnego będzie realizowany poza projektem. Z doświadczeń Wnioskodawcy wynika, że ok. 80% placówek decyduje się na odnowę certyfikatu, co spowoduje zachowanie trwałości rezultatów projektu. Ponadto programy projakościowe, tj. system raportowania zdarzeń niepożądanych (ZN) i system zespołów szybkiego reagowania (ZSR) w szpitalach, wypracowane i wdrożone w ramach projektu, będą stanowić materiał wyjściowy służący modyfikacji standardów akredytacyjnych. Co z kolei będzie impulsem do wdrożenia tych systemów w szpitalach odnawiających certyfikat akredytacyjny oraz przystępujących po raz pierwszy do procesu akredytacji po zakończeniu projektu”. Końcową datą zachowania trwałości projektu jest 18.02.2029 r. W trakcie przeprowadzonej, w dniu 12.09.2024 r., kontroli trwałości rezultatów projektu, zapewniono obecność przedstawicieli Beneficjenta, którzy udzielali wyjaśnień Zespołowi kontrolującemu oraz przekazywali wszystkie wymagane dokumenty. W wyniku przeprowadzonej kontroli trwałości dokonano następujących ustaleń: 1. Zgodnie z informacją uzyskaną od Beneficjenta, w ramach zrealizowanego przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia projektu "Wsparcie szpitali we wdrażaniu standardów jakości i bezpieczeństwa opieki", zaangażowane do projektu szpitale, które uzyskały wynik z przeglądu akredytacyjnego co najmniej na poziomie 75% możliwych do zdobycia punktów, były uprawnione do otrzymania certyfikatu akredytacyjnego wydawanego przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Spośród tych szpitali, które uzyskały akredytację, a następnie wygasła ważność ich certyfikatu, 88,46% odnowiło certyfikat akredytacyjny i oczekują na przegląd akredytacyjny. W części szpitali zakończono już procedurę oceniającą, a pozostałe oczekują na ponowny przegląd akredytacyjny, co dodatkowo potwierdza ich ciągłe dążenie do doskonalenia jakości udzielanych świadczeń	

zdrowotnych. Wysoki odsetek szpitali, które odnowiły certyfikat, wskazuje na skuteczność projektu w promowaniu i utrzymaniu wysokich standardów akredytacyjnych w podmiotach leczniczych. Kontynuacja procesu akredytacji przez te szpitale jest bezpośrednim dowodem na trwałość rezultatów projektu i ich pozytywny wpływ na system opieki zdrowotnej.

Lista szpitali, które odnowiły ważność certyfikatu akredytacyjnego lub oczekują na przegląd akredytacyjny:

Lp	Nazwa szpitala
1	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej Nr 1 w Rzeszowie
2	MEDIKOR III Sp. z o.o.
3	Zespół Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach Sp. z o.o.
4	Wojewódzki Szpital Dziecięcy im. J. Brudzińskiego w Bydgoszczy
5	Szpital Wojewódzki im. dr. Ludwika Rydygiera w Suwałkach
6	7 Szpital Marynarki Wojennej z Przychodnią Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej im. kontradmirała prof. Wiesława Łasińskiego w Gdańsku
7	MED Holding S.A.
8	4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej we Wrocławiu
9	Szpital Wojewódzki im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży
10	Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. M. Pirogowa w Łodzi
11	Wojskowy Instytut Medyczny w Warszawie
12	Kociewskie Centrum Zdrowia Sp. z o.o. z siedzibą w Starogardzie Gdańskim
13	Szpital Wielospecjalistyczny Sp. z o.o. w Gliwicach
14	Kujawsko-Pomorskie Centrum Pulmonologii w Bydgoszczy
15	Szpital Wojewódzki w Poznaniu
16	SZPITAL POWIATOWY W JAROCINIE' SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ
17	Ortopedyczno-Rehabilitacyjny Szpital Kliniczny im. Wiktora Degi Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
18	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Białymstoku
19	Centrum Opieki Medycznej w Jarosławiu
20	Szpital w Puszczykowie im. prof. Stefana Tytusa Dąbrowskiego S.A.
21	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Wojskowej Akademii Medycznej Uniwersytetu Medycznego - Centralny Szpital Weteranów
22	Katowickie Centrum Onkologii
23	Świętokrzyskie Centrum Onkologii
24	Wielospecjalistyczny Szpital Powiatowy S.A.
25	Mazowieckie Centrum Rehabilitacji "Stocer" Sp. z o.o.
26	Wielkopolski Ośrodek Reumatologiczny Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Śremie
27	Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Olsztynie
28	1 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SPZOZ w Lublinie
29	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 2 Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie
30	Szpital Miejski im. Franciszka Raszei
31	Wojewódzki Szpital Zakaźny w Warszawie
32	Instytut Matki i Dziecka, Warszawa
33	Szpital Powiatowy w Radomsku
34	Szpital Chorób Płuc w Orzeszu
35	Szpital Grochowski im. dr med. Rafała Masztaka Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, Warszawa

36	Szpital Powiatowy w Zambrowie Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością
37	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej we Włodawie
38	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Marii Skłodowskiej-Curie w Zgierzu
39	MEGREZ Sp. z o.o. Tychy
40	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 im. prof. T. Sokołowskiego Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie
41	5 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką-Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Krakowie
42	ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W OŚWIĘCIMIU
43	SCANMED SPÓŁKA AKCYJNA
44	Szpital Specjalistyczny w Brzozowie Podkarpacki Ośrodek Onkologiczny im. ks. B. Markiewicza
45	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łapach
46	Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa
47	SZPITAL POWIATOWY IM. TADEUSZA MALIŃSKIEGO W ŚREMIE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ
48	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ZESPÓŁ SZPITALI MIEJSKICH
49	POWIATOWY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ
50	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
51	Szpital Miejski im. Jana Garduły w Świnoujściu Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością
52	WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOŁONY W LESZNIE
53	Wojewódzki Specjalistyczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Chorób Płuc i Gruźlicy w Wolicy k. Kalisza
54	Uniwersyteckie Centrum Kliniczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
55	Szpital Miejski w Rudzie Śląskiej Sp. z o.o.
56	Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku
57	Szpital w Szczecinku Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością
58	SZPITAL UNIWERSYTECKI IMIENIA KAROLA MARCINKOWSKIEGO W ZIELONEJ GÓRZE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ
59	Wielkopolskie Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii im. Eugenii i Janusza Zeylandów w Poznaniu
60	SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM.A.FALKIEWICZA WE WROCŁAWIU
61	"UROVITA" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ
62	Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. J. Strusia z Zakładem Opiekuńczo-Leczniczym Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej z siedzibą w Poznaniu przy ul. Szwajcarskiej 3.
63	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Puławach
64	SZPITAL SPECJALISTYCZNY W PILE IM. STANISŁAWA STASZICA
65	"SZPITAL MIEJSKI W RABCE-ZDROJU" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ
66	Szpital Pomnik Chrztu Polski, Gniezno
67	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Sanoku
68	Mazowiecki Szpital Specjalistyczny Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością
69	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Szczecinie

2. Rekomendacje zawarte w raporcie końcowym komponentu Zespoły Wczesnego Reagowania z 2019 roku zostały wdrożone w formie standardów akredytacyjnych, opracowanych przez Ośrodek Akredytacji CMJ w 2021 r. oraz ostatecznie zatwierdzone przez Radę Akredytacyjną i opublikowane w Obwieszczeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 września 2024 r. w sprawie standardów akredytacyjnych dla działalności leczniczej w rodzaju całodobowe i stacjonarne świadczenia zdrowotne szpitalne.

Standardy z działu „zagrożenie życia” (ZŻ) dotyczą:

- postępowania w przypadku zagrożenia nagłym pogorszeniem stanu zdrowia (standard ZŻ7);
- wdrożenia systemu wczesnej identyfikacji pacjentów zagrożonych nagłym pogorszeniem stanu zdrowia (standard ZŻ7.1);
- funkcjonowania interwencyjnego zespołu wczesnego reagowania ZWR (standard ZŻ7.2).

Rekomendacje zawarte w raporcie końcowym komponentu Zdarzenia Niepożądane z 2019 roku zostały wdrożone w formie standardów akredytacyjnych, opracowanych przez Ośrodek Akredytacji CMJ w 2021 r. oraz ostatecznie zatwierdzone przez Radę Akredytacyjną i opublikowane w Obwieszczeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 września 2024 r. w sprawie standardów akredytacyjnych dla działalności leczniczej w rodzaju całodobowe i stacjonarne świadczenia zdrowotne szpitalne.

Standardy dotyczące Zdarzeń niepożądanych dotyczą:

- adaptacji formularza zgłoszeniowego WHO;
- organizacji systemu poprawy bezpieczeństwa pacjenta w szpitalu: polityki szpitalnej i planu działania w zakresie redukcji ryzyka hospitalizacji poprzez wprowadzenie systemu monitorowania zdarzeń niepożądanych;
- przyjętej w projekcie definicji zdarzenia niepożądanego;
- metodologii prowadzenia analiz przyczyn źródłowych zdarzeń niepożądanych (ZN);
- monitorowania upadków, jako najczęściej zgłaszanego zdarzenia niepożądanego;
- szkolenia personelu medycznego w zakresie efektywnej komunikacji;
- wsparcia psychologicznego dla personelu medycznego.

Są to standardy z grup: BP1 Szpital wdrożył system poprawy bezpieczeństwa pacjent, BP2 Szpital minimalizuje ryzyko pomylenia pacjenta oraz OP10 Szpital zapobiega upadkom pacjentów.

3. Beneficjent przechowuje zarchiwizowaną dokumentację projektową w swojej siedzibie:

- w pokoju nr 6 w biurze CMJ znajdują się dokumenty finansowo-księgowe, kadrowo-płacowe oraz dokumenty dotyczące zamówień publicznych, dokumenty są przechowywane w zamykanych szafach, w zamykanym pokoju, pod nadzorem dwóch pracowników stale pracujących w tym pokoju,
- w pokoju nr 13 w biurze CMJ znajdują się dokumenty dotyczące projektu 151, dokumenty przechowywane są w zamykanych szafach, w zamykanym pokoju, pod nadzorem kierownika Działu Akredytacji,
- dokumenty zdane do Archiwum Zakładowego znajdują się w pokoju 032 (tj. pomieszczeniu Archiwum) na parterze budynku, w którym znajduje się siedziba CMJ, dokumenty znajdują się w zamykanym pomieszczeniu pod nadzorem pracownika odpowiedzialnego za Archiwum.

4. Zespół kontrolujący potwierdził, że budynek, w którym znajduje się siedziba Beneficjenta jest przystosowany dla osób z niepełnosprawnościami. Beneficjent w powyższej kwestii przedstawił następujące wyjaśnienia:

- wejście do budynku jest wolne od barier architektonicznych,
- przemieszczanie pomiędzy piętrami budynku odbywa się windą,
- na każdym piętrze znajduje się toaleta dla osób z niepełnosprawnościami,
- przy budynku znajduje się parking z miejscami dla osób z niepełnosprawnościami.

13	Stwierdzone uchybienia/ nieprawidłowości	W wyniku przeprowadzonej kontroli nie stwierdzono nieprawidłowości i uchybień.
14	Stwierdzone podejrzenia oszustw finansowych lub działania o charakterze korupcyjnym	Nie stwierdzono podejrzenia oszustw finansowych lub działania o charakterze korupcyjnym.

15	Ocena wg kryteriów	Nie dotyczy
16	Zalecenia pokontrolne ²	Nie dotyczy.
17	Data sporządzenia Informacji pokontrolnej	04.10.2024 r

Pouczenie:

Na podstawie art. 25 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz.U. 2020 poz. 818, z późn. zm.) podmiot kontrolowany ma prawo do zgłoszenia, w terminie 14 dni od dnia otrzymania informacji pokontrolnej, umotywowanych pisemnych zastrzeżeń do tej informacji.

Termin 14 dni może być przedłużony przez instytucję kontrolującą na czas oznaczony, na wniosek podmiotu kontrolowanego, złożony przed upływem terminu zgłoszenia zastrzeżeń. Zastrzeżenia podmiotu kontrolowanego mogą zostać w każdym czasie wycofane. Zastrzeżenia, które zostały wycofane, pozostawia się bez rozpatrzenia.

Podpisy członków Zespołu kontrolującego:

Małgorzata Puterman

/dokument podpisany elektronicznie/

.....

(Podpis kierownika zespołu kontrolującego)

Joanna Tąkiel-Leśniewska

/dokument podpisany elektronicznie/

.....

(Podpis członka zespołu kontrolującego)

Akceptowane przez:

Marcin Marciński

Radca - Koordynator Kontroli FERS

/dokument podpisany elektronicznie/

.....

(Podpis osoby akceptującej)

Zatwierdzone przez:

Ernest Bober

Zastępca Dyrektora

Departamentu Nadzoru i Kontroli

/dokument podpisany elektronicznie/

.....

(Podpis osoby zatwierdzającej)

Potwierdzam zgodność wydruku z dokumentem wydanym w postaci elektronicznej:

Identyfikator dokumentu	3990212.14352472.15083917
Nazwa dokumentu	IP POWR.05.02.00-00-0151.15 KTR.pdf
Tytuł dokumentu	IP POWR.05.02.00-00-0151.15 KTR
Sygnatura dokumentu	NKK2.9062.359.2024
Data dokumentu	2024-10-04 09:57:01
Skrót dokumentu	47F1119515B43878EFFF60D35326EBC7ED0D2FDF
Wersja dokumentu	1.5
Data podpisu	2024-10-04
Sygnatariusz	Małgorzata Puterman
Stanowisko	Główny Specjalista
Rodzaj certyfikatu	Certyfikat kwalifikowany podpisu elektronicznego
Data podpisu	2024-10-04
Sygnatariusz	Joanna Tąkiel-Leśniewska
Stanowisko	Główny Specjalista
Rodzaj certyfikatu	Certyfikat kwalifikowany podpisu elektronicznego
Data podpisu	2024-10-04
Sygnatariusz	Marcin Marciński
Stanowisko	Radca
Rodzaj certyfikatu	Certyfikat kwalifikowany podpisu elektronicznego
Data podpisu	2024-10-04
Sygnatariusz	Ernest Piotr Bober
Stanowisko	Zastępca Dyrektora
Rodzaj certyfikatu	Certyfikat kwalifikowany podpisu elektronicznego
	EZD 3.124.8.8.
Data wydruku:	2024-10-04 10:48:59
Autor wydruku:	Puterman Małgorzata