



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Katowicach

LKA.410.026.04.2021

Pani  
Sabina Bigos-Jaworowska  
Dyrektor Szpitala Wojewódzkiego  
w Bielsku-Białej  
Al. Armii Krajowej 101  
43-316 Bielsko-Biała

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/21/056 – Organizacja i finansowanie przeszczepiania narządów

## I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej <sup>1</sup> , Al. Armii Krajowej 101, 43-316 Bielsko-Biała
Kierownik jednostki kontrolowanej	Sabina Bigos-Jaworowska – Dyrektor Szpitala, od 1 sierpnia 2019 r. <sup>2</sup> ; poprzednio od 1 lutego 1998 r. Dyrektorem Szpitala był Ryszard Batycki.
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Identyfikowanie i wskazywanie potencjalnych dawców narządów. 2. Działania szpitala mające na celu uzyskanie narządów do przeszczepienia.
Okres objęty kontrolą	Lata 2018-2021 (I półrocze) z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem, jeśli zdarzenia mające wówczas miejsce miały wpływ na kontrolowany okres i w przypadku konieczności porównania niektórych danych z danymi za lata 2016-2017.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli <sup>3</sup>
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Katowicach
Kontroler	Jacek Kordanowski, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKA/184/2021 z 23 sierpnia 2021 r.  (akta kontroli: Tom I str. 2, 3)

## II. Ocena ogólna<sup>4</sup> kontrolowanej działalności

<b>OCENA OGÓLNA</b>	Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym zakresie.
Uzasadnienie oceny ogólnej	<p>W Szpitalu w sposób prawidłowy zorganizowano proces pobierania narządów do przeszczepu. Rzetelnie weryfikowano czy potencjalny dawca nie zgłaszał sprzeciwu wobec eksplantacji narządów. O śmierci mózgu komisyjnie orzekali lekarze posiadający odpowiednią specjalizację (lekarze Ci nie brali udziału w eksplantacji narządów).</p> <p>W Szpitalu funkcjonował koordynator transplantacyjny<sup>5</sup>, który posiadał odpowiednie kwalifikacje do zajmowanego stanowiska.</p> <p>Jednostka, dysponując Centralnym Blokiem Operacyjnym oraz Oddziałem Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej, spełniała wymogi, jakim winny odpowiadać podmioty lecznicze, w których pobierane są narządy.</p> <p>Dokumentacja medyczna potencjalnych dawców była prowadzona w sposób rzetelny. Dokonywane w niej wpisy były czytelne i umożliwiały identyfikację pacjenta.</p> <p>W Szpitalu prowadzono stały monitoring sytuacji dla potrzeb transplantacji. Indywidualnie analizowano każdy przypadek zgonu na Oddziale Anestezjologii</p>

<sup>1</sup> Dalej: Jednostka lub Szpital.

<sup>2</sup> Uchwała Zarządu Województwa Śląskiego nr 1530/55/VI/2019 z dnia 10 lipca 2019 r. .

<sup>3</sup> Dz.U. z 2020 r. poz. 1200, ze zm.; dalej: ustawa o NIK.

<sup>4</sup> Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną, jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

<sup>5</sup> Dalej: Koordynator.

i Intensywnej Terapii<sup>6</sup>, wskazując czy można wysunąć podejrzenie śmierci mózgu skutkujące późniejszym orzeczeniem śmierci mózgu i kwalifikującym pacjenta, jako potencjalnego dawcę.

### **III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe<sup>7</sup> kontrolowanej działalności**

OBSZAR

#### **1. Identyfikowanie i wskazywanie potencjalnych dawców narządów.**

Opis stanu faktycznego

1.1. Analiza dokumentacji medycznej wszystkich pacjentów<sup>8</sup>, od których pobrano w Szpitalu organy w okresie od 1 stycznia 2018 r. do 30 czerwca 2021 r., wykazała że stwierdzono u nich trwale i nieodwracalne ustanie czynności mózgu tzw. śmierć mózgu. W każdym przypadku orzeczenie o śmierci mózgu pacjenta następowało przez trzech lekarzy Szpitala, w tym specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii oraz neurochirurga lub neurologa powoływanych w ramach doraźnych komisji<sup>9</sup>.

*Jak wskazała Koordynator, powoływanie Komisji ds. orzekania śmierci mózgu odbywało się doraźnie i indywidualnie na potrzeby każdego orzeczenia. Korzystaliśmy z zapisu art. 9 pkt 5 ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (...) „Komisję, o której mowa w ust. 4 powołuje i wyznacza jej przewodniczącego kierownik zakładu opieki zdrowotnej lub osoba przez niego upoważniona.” Takie upoważnienie posiadał Ordynator Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii, a poza godzinami podstawowej ordynacji Oddziału pierwszy dyżurny OAiT czyli kierownik dyżuru.*

(akta kontroli: str. 66-91, 118-124)

Pobrań narządów i tkanek od zmarłych pacjentów Szpitala dokonywał personel zewnętrznych podmiotów leczniczych m.in. ze Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu, Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespółonego ze Szczecina, Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego im. A. Mielęckiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach czy też Okręgowego Szpitala Kolejowego (Bank Tkanek Oka). Lekarze Komisji nie wchodzili w skład zespołów dokonujących pobrania.

(akta kontroli: str. 66-67)

W dokumentacji medycznej pacjentów, od których pobrano narządy, znajdowały się zaświadczenia o sprawdzeniu wpisu *Centralnym rejestrze sprzeciwów*<sup>10</sup> w zakresie tego czy pacjent nie zgłosił sprzeciwu na pobranie narządów. Powyższe zaświadczenia uzyskiwano przed pobraniem narządów danego pacjenta.

Informacje o braku sprzeciwu na pobranie organów były odnotowywane również w karcie przebiegu leczenia pacjenta.

Dokumentacja medyczna pacjentów zawierała informacje pozyskane od rodziny potencjalnego dawcy w zakresie braku wyrażonego przez niego za życia sprzeciwu w zakresie pobrania narządów.

<sup>6</sup> Dalej: Oddział AiIT.

<sup>7</sup> Oceny cząstkowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena cząstkowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

<sup>8</sup> Dziewięciu pacjentów przyjętych w 2018 r. oraz trzech pacjentów przyjętych w 2019 r.

<sup>9</sup> Dalej: Komisja.

<sup>10</sup> Dalej: CRS.

W przypadkach, gdy zgon potencjalnego dawcy nastąpił w wyniku czynu zabronionego, Szpital zwracał się również do właściwego prokuratora w celu uzyskania stanowiska o braku bądź istnieniu sprzeciwu wobec zamiaru pobrania komórek, tkanek lub narządów od potencjalnego dawcy.

Znajdująca się w dokumentacji medycznej każdego pacjenta *Karta informacyjna z leczenia szpitalnego*, w części dotyczącej danych wypisowych zawierała m.in. informacje o pobraniu ze zwłok tkanek lub narządów, a także tzw. *Karty znieczulenia* wskazujące dane osobowe personelu Szpitala<sup>11</sup>, który był obecny przy pobieraniu narządów lub tkanek przez poszczególne zespoły.

(akta kontroli: str. 66-67)

Jak wyjaśniła Dyrektor Szpitala, *po orzeczeniu zgonu w wyniku śmierci mózgu szpitalny koordynator transplantacyjny niezwłocznie powiadamia Poltransplant. Zgłoszenie odbywa się online za pomocą Ustawowych Rejestrów Transplantacyjnych Ministerstwa Zdrowia. Do rejestrów wprowadza się szereg informacji w tym: dane personalne dawcy, grupę krwi, szczegółowe wyniki badań laboratoryjnych i obrazowych oraz dane na temat dotychczasowego leczenia. Po wykluczeniu przeciwwskazań i po sprawdzeniu braku sprzeciwu w CRS, Poltransplant zgłasza możliwość pobrania narządów do poszczególnych ośrodków transplantacyjnych. Ośrodki transplantacyjne zobowiązane są do zorganizowania i wysłania zespołu pobierającego narządy i tkanki zgodnie z przyjętymi zasadami alokacji narządów (szczegółowe zasady alokacji dostępne są na stronie internetowej Poltransplantu).*

Koordynator w zakresie procesu orzekania śmierci mózgu i czynności z tym związanych wskazała, że *po orzeczeniu zgonu w wyniku śmierci mózgu (...) powiadamiam Poltransplant online za pomocą Ustawowych Rejestrów Transplantacyjnych Ministerstwa Zdrowia. Zdarza się, że przed powiadomieniem Poltransplantu rozmawiam z rodziną potencjalnego dawcy czy nie zgłaszała sprzeciwu do pobrania organów. W przypadku ustalenia takiego sprzeciwu informuję Poltransplant o zaistniałej sytuacji i procedura zostaje zakończona. Do Ustawowych Rejestrów Transplantacyjnych Ministerstwa Zdrowia wprowadzam dane personalne potencjalnego dawcy (...). Poltransplant informuje mnie (telefonicznie oraz za pomocą rejestru) o wykluczeniu bądź o istnieniu przeciwwskazań do pobrania organów. Standardowo w przypadku braku przeciwwskazań podejmuję niezwłocznie czynności związane z poinformowaniem rodziny o możliwości pobrania organów i ustalę czy potencjalny dawca za życia nie wyraził sprzeciwu, w tym w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów. W przypadkach gdzie śmierć pacjenta mogła mieć miejsce w związku z popełnieniem przestępstwa zwracam się również do właściwego prokuratora czy nie wyraża sprzeciwu na pobranie organów. Ustalenie przeze mnie istnienia sprzeciwu prokuratora również kończy procedurę i powoduje bezcelowość dokonywania sprawdzenia sprzeciwu w CRS. W przypadku ustalenia braku sprzeciwu Poltransplant (...) zgłasza możliwość pobrania narządów do poszczególnych ośrodków transplantacyjnych. Ośrodki transplantacyjne zobowiązane są do zorganizowania i wysłania zespołu pobierającego narządy i tkanki (...).*

(akta kontroli: str. 23-26118-124)

1.2. W Szpitalu, w okresie objętym kontrolą, była zatrudniona osoba w ramach umowy o udzielenie świadczeń zdrowotnych, na stanowisku koordynatora (koordynator ds. przeszczepień). Zgodnie z zawartą umową, koordynator miała przeznaczać nie mniej niż 37 godzin 55 minut miesięcznie na realizację zadań

---

<sup>11</sup> Lekarza anestezjologa oraz pielęgniarki anesteziologicznej.

związanych z koordynacją czynności związanych z pobieraniem narządów w Szpitalu. Za koordynację przeszczepień koordynatorowi przysługiwało wynagrodzenie.

Koordynator posiadała tytuł doktora nauk medycznych oraz, zgodnie z wymogami art. 40a ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów<sup>12</sup>, uczestniczyła w Poltransplancie nie rzadziej, niż co dwa lata<sup>13</sup> w specjalistycznych szkoleniach.

Powyższe kwalifikacje, zgodnie z § 6 pkt 1 i 2 rozporządzenia Ministra Zdrowie z dnia 26 października 2018 r. w sprawie szczegółowych warunków pobierania, przechowywania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów<sup>14</sup>, uprawniały ją do zajmowania ww. stanowiska.

(akta kontroli: str. 33-41)

Do zadań koordynatora, w zakresie pozyskania zmarłych dawców i koordynacji/organizacji pobrania narządów, należało:

- identyfikacja i wstępna kwalifikacja medyczna potencjalnych dawców narządów,
- organizacja i dokumentacja pracy lekarzy stwierdzających śmierć lub śmierć w mechanizmie nieodwracalnego zatrzymania krążenia poprzedzającego pobranie narządu,
- autoryzacja pobrania, w tym rozmowa z rodziną zmarłego dawcy, pozyskiwanie opinii prokuratora w przypadkach gdy jest to konieczne,
- organizacja opieki nad potencjalnym dawcą,
- koordynacja pobrania wielonarządowego z użyciem narzędzia sieciowego,
- organizacja pozyskania i zabezpieczenia materiału do typowania tkankowego,
- organizacja pobrania w szpitalu,
- współpraca z koordynatorami w ośrodkach transplantacyjnych oraz Poltransplantem,
- dokumentowanie pobrania narządów w tym wprowadzenie wszystkich danych do Ustawowych rejestrów transplantacyjnych,

Ponadto, koordynator zobowiązany był do sporządzania comiesięcznych sprawozdań składanych dyrektorowi Szpitala oraz Poltransplantowi (za pomocą narzędzia sieciowego [www.koordynator.net](http://www.koordynator.net)), obejmujących zestawienia informacji z monitorowania potencjału dawstwa w Szpitalu ze szczególnym uwzględnieniem zgonów w Oddziale AiIT, do których doszło w wyniku m.in. urazów czaszkowo-mózgowych, spontanicznych krwotoków wewnątrzczaszkowych lub zawałów mózgu (wybrana grupa rozpoznań ICD-10).

(akta kontroli: str. 26-27)

1.3. Szpital, jako podmiot leczniczy, w którym dokonywane były pobrania narządów, zgodnie z Regulaminem organizacyjnym Szpitala Wojewódzkiego w Bielsku-Białej<sup>15</sup> dysponował Oddziałem Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej<sup>16</sup> oraz Centralnym Blokiem Operacyjnym<sup>17</sup>. Powyższe było zgodne z § 13 rozporządzenia ws. transplantacji.

---

<sup>12</sup> Dz.U. z 2020 r. poz. 2134.

<sup>13</sup> Szkolenia odbyły się w dniach: 30 listopada-1 grudnia 2015 r., 20-21 listopada 2017 r., 28-29 listopada 2019 r.

<sup>14</sup> Dz.U. poz. 2060; dalej: rozporządzenie ws. transplantacji.

<sup>15</sup> Regulamin wprowadzony Zarządzeniem Dyrektora Szpitala nr 54/2012 z dnia 25 czerwca 2012 r. z aneksami oraz Zarządzeniem Dyrektora Szpitala nr 138/2019 z dnia 27 listopada 2019 z aneksami.

<sup>16</sup> Dalej: Oddział Chirurgii.

<sup>17</sup> Dalej CBO.

W okresie objętym kontrolą liczba łóżek na Oddziale Chirurgii wahała się między 46 (w tym cztery łóżka intensywnej opieki medycznej) w 2018 r., a 40 w 2021 r. CBO dysponował sześcioma salami operacyjnymi, w tym salą do nadzoru operowanych pacjentów oraz dodatkową salą tzw. Politraumy.

(akta kontroli: str. 17, 18, 95-99)

1.4. Szpital, w związku ze zgłoszeniem potencjalnego dawcy organów, „prowadził” pacjenta do momentu stwierdzenia śmierci mózgu przez doraźnie powoływaną komisję szpitalną. Po tym etapie rola Szpitala polegała na wentylacji zwłok celem zachowania funkcjonalności organów, które miały zostać pobrane.

Przedłożona do badania dokumentacja medyczna potencjalnych dawców była kompletna; prowadzona w sposób papierowy i elektroniczny (w części) oraz czytelny, który umożliwiał identyfikację pacjenta (zgodnie z § 22 rozporządzenia ws. transplantacji). Poszczególne karty dokumentacji były numerowane.

Na dokumentację składały się m.in. protokoły postępowania diagnostycznego śmierci mózgu oraz protokoły Komisji do spraw stwierdzania śmierci mózgu, karty leczenia szpitalnego, informacje o wynikach przeprowadzonych badań, karty informacyjne z udzielonej pomocy oraz medycznych czynności ratunkowych a także wywiad lekarski.

(akta kontroli: str. 66-67)

Jak wyjaśniła Koordynator, w Szpitalu (...) funkcjonuje system AMMS wprowadzony z myślą o docelowym prowadzeniu Elektronicznej Dokumentacji Medycznej. Od momentu wdrożenia tego systemu, kolejne elementy dokumentacji medycznej sukcesywnie przenoszone są do AMMS. Zatem historie choroby pacjentów z kolejnych lat, w coraz większym stopniu prowadzone były elektronicznie-komputerowo. W związku z trwającym okresem przejściowym zmiany dokumentacji tradycyjnej (papierowej) na elektroniczną, po zakończeniu hospitalizacji, nadal część dokumentów jest drukowana, opatrywana pieczęcią lekarza i archiwizowana. Jeżeli chodzi o przedłożoną dokumentację 12 pacjentów, od których pobrano narządy, to w systemie AMMS znajdują się m.in: dane personalne, daty hospitalizacji (aktualnej oraz ew. poprzednich) z wyszczególnieniem pobytów w innych oddziałach, rozpoznania, wywiad, badanie przedmiotowe, dane o zastosowanym leczeniu, epikryza wypisowa, karta informacyjna leczenia szpitalnego, przeprowadzone konsultacje lekarskie oraz wyniki wszystkich badań laboratoryjnych i obrazowych. Ponadto część danych dot. opieki pielęgniarskiej, zawiadomienie o zgonie kierowane do Dyrektora d.s. Lecznictwa, Karta Statystyczna, karty rozliczenia osobodni TISS-28, dane o wystawionych zwolnieniach lekarskich oraz dane dotyczące zgonu (data i godzina, przyczyna, lekarz stwierdzający, skierowanie na sądową lub naukowo-lekarską sekcję zwłok). W omawianej dokumentacji dotyczącej 12 pacjentów, od których pobrano narządy, wyłącznie w formie papierowej prowadzono: obserwacje (dekursusy) lekarskie, karty obserwacyjne i zleceń lekarskich, wydruki badań gazometrycznych krwi, protokół postępowania diagnostycznego śmierci mózgu, protokół Komisji stwierdzającej śmierć mózgu, wydruk z CRS potwierdzający brak sprzeciwu, korespondencję z Prokuraturą (w przypadkach objętych postępowaniem Prokuratury), kartę znieczulenia zmarłego dawcy do pobrania narządów wraz z kartą czynności pielęgniarki na stanowisku znieczulenia oraz Okołooperacyjną Kartą Kontrolną, a także protokoły pobrania narządów przez poszczególne zespoły pobierające.

(akta kontroli: str. 118-124)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność kontrolowanej jednostki w badanym zakresie.

## 2. Działania szpitala mające na celu uzyskanie narządów do przeszczepienia

2.1 W okresie od 1 stycznia 2018 r. do 30 czerwca 2021 r. na oddziałach z tzw. potencjałem dawstwa, tj. na oddziałach AilT, neurochirurgii i neurologii, odnotowano łącznie 918 zgonów, z tego 243 w 2018 r., 230 w 2019 r., 258 w 2020 r. oraz 187 w I półroczu 2021 r.

W okresie objętym kontrolą liczba pacjentów, u których stwierdzono śmierć mózgu, bez zaistnienia sprzeciwu w zakresie pobrania organów, których zakwalifikowano do pobrania narządów wyniosła łącznie 15, z tego: 10 zmarłych w 2018 r., trzech w 2019 r., po jednym w 2020 r. i I półroczu 2021 r. Jako potencjalnych dawców zakwalifikowano odpowiednio: dziewięciu, trzech i po jednym w 2020 i I półroczu 2021 r. (wszyscy zostali zgłoszeni do Poltransplantu).

Narządy pobrano od dziewięciu dawców w 2018 r. oraz wszystkich pacjentów zakwalifikowanych, jako potencjalni dawcy w 2019 r; w pozostałym okresie nie pobrano narządów od żadnego potencjalnego dawcy.

(akta kontroli: str. 30, 66-91)

*Jak wyjaśniła Koordynator, w 2018 r. (...) po stwierdzeniu przez komisję śmierci mózgu osoba ta była brana pod uwagę, jako potencjalny dawca. Jednakże w trakcie diagnostyki został stwierdzony proces nowotworowy dotyczący krani, co dyskwalifikowało, tę osobę, jako dawcę. Koordynator regionalny POLTRANSPLANTU, (...) (Zastępca Dyrektora POLTRANSPLANTU), poinformowała o rezygnacji z przyjęcia potencjalnej dawczyni do koordynacji. Wobec powyższego odstąpiono od sprawdzenia w CRS jako czynności bezcelowej.*

*W sprawie braku pobrania narządów od potencjalnych dawców w 2020 i I półroczu 2021 r. Koordynator wyjaśniła, że (...) potencjalny dawca z 2020 r. został zgłoszony do POLTRANSPLANTU oraz zweryfikowany w CRSie i w Prokuraturze (brak sprzeciwu). Po wykonaniu licznych badań dodatkowych, w tym wirusologicznych i markerów nowotworowych – ośrodki transplantacyjne zdyskwalifikowały tego dawcę od pobrania, wobec czego zaprzestano wentylowania zwłok. Potencjalna dawczyni z 2021 r. została również zgłoszona do POLTRANSPLANTU. Prokurator prowadzący śledztwo wyraził sprzeciw wobec pobrania narządów, w związku z tym odstąpiono od dalszej procedury zmierzającej do pobrania organów.*

(akta kontroli: str. 118-124)

Współczynnik dawców organów do stwierdzonych u pacjentów śmierci mózgu wyniósł 90% w 2018 r. i 50% w 2019 r.

W kontrolowanym okresie w Szpitalu pobrano łącznie 37 narządów, z czego: 24 nerki<sup>18</sup>, siedem wątrób<sup>19</sup>, pięć serc<sup>20</sup> i jedno płuco<sup>21</sup>.

(akta kontroli: str. 30.)

W okresie od 1 stycznia 2018 r. do 30 czerwca 2021 r. liczba pacjentów, u których stwierdzono śmierć mózgu wyniosła 18, z czego 10 pacjentów w 2018 r., 6 pacjentów w 2019 r. po jednym pacjencie w 2020 r. i I półroczu 2021 r.

Analiza dokumentacji wszystkich pacjentów, u których orzeciono śmierć mózgu wykazała, że w kontrolowanym okresie wykluczono z procedury transplantacyjnej:

- w 2018 r. jednego pacjenta<sup>22</sup> względem, którego ujawniono w procesie diagnostycznym nieokreślony proces nowotworowy, który dyskwalifikował go, jako dawcę (brak sprawdzenia w CRS),
- w 2019 r. trzech pacjentów<sup>23</sup>, którzy za życia wyrazili sprzeciw wobec pobrania organów (bez sprawdzenia w CRS),
- w 2020 r. jednego pacjenta<sup>24</sup>, którego po wykonaniu dodatkowych badań wirusologicznych i markerów nowotworowych zdyskwalifikowano, jako dawcę (sprawdzono w CRS),
- w I półroczu 2021 r. jednego pacjenta<sup>25</sup> wobec sprzeciwu prokuratora dla pobrania narządów (brak sprawdzenia w CRS).

(akta kontroli: str. 66-67, 118-124)

Jak wskazała Koordynator, nie każdego pacjenta, u którego stwierdzono śmierć mózgu zgłaszano do Poltransplantu. Powyższe wynikało z faktu, że (...) że *pacjent, u którego stwierdzono śmierć mózgu mógł mieć chorobę nowotworową lub inną współistniejącą, które a priori dyskwalifikują go z dawstwa. Diagnostyka śmierci mózgu może być i jest również prowadzona w celu stwierdzenia nieodwracalnego ustania czynności mózgu i zakończenia procesu leczenia, wycofania bezcelowych metod podtrzymywania funkcji życiowych pacjenta. Do Poltransplantu zgłaszani byli potencjalni dawcy, w trakcie orzekania śmierci mózgu lub po orzeczeniu śmierci mózgu w przypadku stwierdzenia braku medycznych przeciwwskazań do pobrania narządów.*

(akta kontroli: str. 118-124)

Koordynator monitorowała sytuację w Szpitalu dla potrzeb transplantacji prowadząc miesięczną statystykę dotyczącą potencjału dawstwa w Szpitalu i OIT oraz indywidualne karty osób zmarłych dotyczących oceny pacjenta, jako potencjalnego dawcy. Koordynator indywidualnie analizowała każdy przypadek śmierci pacjenta stwierdzony na Oddziale AilT. Prowadzona w tym zakresie dokumentacja zawierała m.in. dane w zakresie możliwości rozpoznania śmierci mózgu gdzie zamieszczano informację, w jaki sposób analizowano każdy przypadek (prospektywnie albo na podstawie dokumentacji medycznej), czy wysunięto podejrzenie śmierci mózgu, a w przypadku braku wysunięcia takiego podejrzenia, przyczynę, dla której to nastąpiło. Pośród przyczyn niewysunięcia podejrzenia śmierci mózgu był brak spełnionych medycznych kryteriów do jej wysunięcia (np. aktywne źrenice, zachowany napęd oddechowy).

<sup>18</sup> 18 nerek pobrano w 2018 r. i sześć w 2019 r.

<sup>19</sup> Sześć wątrób pobrano w 2018 r. i jedną w 2019 r.

<sup>20</sup> Cztery serca pobrano w 2018 r. i jedno w 2019 r.

<sup>21</sup> Płuco pobrano w 2018 r.

<sup>22</sup> Numer księgi głównej Szpitala: 52131/2018

<sup>23</sup> Numery księgi głównej Szpitala: 3468/2019, 6093/2019, 20798/2019.

<sup>24</sup> Numer księgi głównej Szpitala: 23121/2020.

<sup>25</sup> Numer księgi głównej Szpitala: 3717/2021.



W Szpitalu w ramach potencjału dawstwa w okresie: 2018, 2019, 2020 oraz I półroczu 2021 r. wysunięto odpowiednio: 20, 10, cztery oraz trzy podejrzenia śmierci mózgu pacjenta.

W 2018, 2019, 2020 oraz I półroczu 2021 r. stosunek osób z komisyjnie stwierdzoną śmiercią mózgu w stosunku do liczby zgonów na oddziałach AiiT, Neurochirurgii i Neurologii wyniósł odpowiednio: 4,12%<sup>26</sup>, 2,61%<sup>27</sup>, 0,39%<sup>28</sup> oraz 0,53%<sup>29</sup>.

(akta kontroli: str. 30, 66-67)

W odpowiedzi na pytania dotyczące niskich współczynników stwierdzenia śmierci mózgu u potencjalnych dawców organów w latach 2019 - I półrocze 2021 r. Koordynator wyjaśniła, że *każdy przypadek śmierci na OAiiT analizowany jest indywidualnie. W 2018 i 2019 roku w tym okresie wysunięto podejrzenie śmierci mózgu w stosunku do odpowiednio 20 i 10 pacjentów. Nie każde wysunięcie podejrzenia śmierci mózgu skutkuje orzeczeniem śmierci mózgu. Spadek ilości wysunięć podejrzeń śmierci mózgu w 2019 r. związany był z mniejszą ilością pacjentów przyjętych do Szpitala w 2019 r., w tym na OAiiT w stosunku do roku poprzedniego. Jeżeli chodzi o lata 2020 i I półrocze 2021 r. spadek wysunięć podejrzeń śmierci mózgu do odpowiednio czterech i trzech był związany z sytuacją epidemiczną w kraju i zarządzonym w związku z tym lockdownem. Fizycznie było wtedy mniej pacjentów na OAiiT z urazami głowy lub ostrymi incydentami naczyniowymi (udar krwotoczny lub niedokrwienny), które najczęściej kwalifikują pacjenta, jako potencjalnego dawcę. Mając na uwadze powyższe nie jestem w stanie wysunąć większej liczby podejrzeń śmierci mózgu niż faktycznie znajduje się na oddziale pacjentów, wobec których takie podejrzenie może zaistnieć. Warunkiem wysunięcia podejrzenia śmierci mózgu jest brak odruchów pniowych oraz bezdech. W związku z tym pacjent z wysuniętym podejrzeniem śmierci mózgu jest wentylowany respiratorem. Prawie wszyscy pacjenci wentylowani mechanicznie znajdują się na OAiiT. Incydentalnie pacjent wentylowany znajduje się na oddziale Neurochirurgii lub Neurologii, ale wtedy ja, jako Koordynator mam wiedzę o tym pacjencie i monitoruję sytuację w zakresie możliwości pobrania od tego pacjenta narządów.*

(akta kontroli: str. 118-124)

2.2. W okresie epidemii COVID- 19 liczba pobrań narządów i tkanek w Szpitalu spadła do zera.

Jak wskazał upoważniony Zastępca Dyrektora Szpitala, w roku 2020 i I półroczu 2021 r. nie było pobrań narządów głównie z powodu braku dawców. Fakt ten był związany z panującą w tym czasie pandemią i nałożonymi na nas obowiązkami – zapobieganiem i zwalczaniem epidemii. W tym czasie  $\frac{3}{4}$  oddziałów szpitala było przekształcone w oddziały covidowe, w tym Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Obserwowaliśmy, w tym czasie również zmniejszoną ilość pacjentów po wypadkach komunikacyjnych z izolowanymi urazami głowy, a głównie to tacy pacjenci stawali się potencjalnymi dawcami.

Koordynator wskazała także, że pandemia COVID-19 wpłynęła na zmianę profilu leczonych pacjentów zarówno w odniesieniu do OIT jak również w skali wszystkich hospitalizowanych chorych. Przeważająca część chorych w ciężkim stanie trafiająca

<sup>26</sup> 10 komisyjnie stwierdzonych śmierci mózgu.

<sup>27</sup> Sześć komisyjnie stwierdzonych śmierci mózgu.

<sup>28</sup> Jedna komisyjnie stwierdzona śmierć mózgu.

<sup>29</sup> Jedna komisyjnie stwierdzona śmierć mózgu.

do OIT-ów, leczona była z powodu niewydolności oddechowej w przebiegu infekcji SARS-CoV-2. Ponadto zauważalne było zmniejszenie liczby chorych trafiających do szpitala (SOR, Neurologia, Neurochirurgia, Chirurgia Urazowo-Ortopedyczna) z urazami czaszkowo-mózgowymi lub urazami wielonarządowymi. Był to niewątpliwie efekt „lock-down’u” związanego z pandemią i wtórnego ograniczenia ruchu ulicznego, czasowego wstrzymania przemysłu, transportu, zamknięcia lokali rozrywkowych, ograniczenia podróży itp. Kolejnym czynnikiem powiązanim z powyższym, był brak możliwości przyjęcia do OIT chorych bez COVID, ale z ostrą patologią wewnątrzczaszkową (pula możliwych/prawdopodobnych dawców). Powodem był rzeczywisty brak wolnych miejsc, lub przeznaczenie wszystkich wolnych stanowisk na powiększane doraźnie strefy „czerwone”- zakaźne. Wobec powyższego tacy chorzy (bez infekcji SARS-CoV-2, za to z patologią OUN) kierowani byli do innych oddziałów, przy czym lekarze tam pracujący, nie mieli doświadczenia w prowadzeniu opieki nad potencjalnymi dawcami. Ponadto Oddział Neurochirurgii w Szpitalu Wojewódzkim w Bielsku-Białej był czasowo całkowicie zamknięty (zawieszona działalność od 02.03.2020 r. do 31.08.2020 r.), a po ponownym otwarciu przez pewien czas pełnił rolę tymczasowego oddziału zakaźnego covid-owego. Zatem chorzy z urazami głowy lub samoistnymi krwotokami wewnątrzczaszkowymi byli już na etapie dyspozytorni pogotowia kierowani do innych szpitali.

(akta kontroli: str. 118-124)

Jak ustalono, dziesięć Oddziałów Szpitalnych pełniło w różnych okresach epidemii COVID-19 funkcje tzw. oddziałów covidowych, i tak:

- Oddział AilT oraz Oddział Chorób Wewnętrznych i Diabetologii z pełniły tę funkcję w okresie od 9 października 2020 r. do 31 maja 2021 r.,
- Oddział Neurochirurgiczny pełnił tę funkcję od 28 marca do 18 kwietnia 2021 r.,
- Oddział Chirurgii Ortopedyczno – Urazowej pełnił do funkcję w okresie od 17 października do 9 grudnia 2020 r. oraz od 15 marca do 11 maja 2021 r.
- Oddział Laryngologii pełnił tę funkcję w okresie od 25 października do 1 grudnia 2020 r. oraz od 20 marca do 2 maja 2021 r.,
- Oddział Kardiologiczny pełnił tę funkcję od 30 października do 30 grudnia 2020 r. oraz od 13 marca do 9 maja 2021 r.,
- Oddział Gastroenterologiczny i Chorób Wewnętrznych pełnił tę funkcję od 3 listopada do 9 grudnia 2020 r. oraz od 28 lutego do 23 kwietnia 2021 r.,
- Oddział Ginekologiczno – Położniczy pełnił tę funkcję od 3 listopada 2020 r. do 30 czerwca 2021 r.,
- Oddział Urologii i Onkologii Urologicznej pełnił tę funkcję od 1 kwietnia do 2 maja 2021 r.,
- Oddział Okulistyczny pełnił tę funkcję od 10 kwietnia do 22 kwietnia 2021 r.

(akta kontroli: str. 32)

2.3 W okresie objętym kontrolą podmiotami finansującymi koszty czynności związanych z pobieraniem w Szpitalu organów były: Narodowy Fundusz Zdrowia oraz Poltransplant.

W latach 2018-2019 Poltransplant zwrócił Szpitalowi ogółem 52 850,10 zł z tytułu kosztów pobrania narządów, w tym: 46 800,70 zł w 2018 r. i 6 049,40 zł w 2019 r. Refundacja tych kosztów dotyczyła pobrania wątroby, serca, płuca oraz w dwóch przypadkach – kosztów wysłania przez inny podmiot leczniczy zespołu lekarsko-pielęgniarskiego w celu pobrania wątroby (w 2020 r. oraz w I półroczu 2021 r. Poltransplant nie refundował Szpitalowi kosztów z tytułu pobrań, ponieważ ich w tym

okresie w Szpitalu nie dokonano). Należności te dotyczyły kosztów pobrania od pacjentów narządów takich jak: wątroba, serce i płuca, a także (w dwóch przypadkach) refakturowania kosztów za wysłanie zespołu lekarsko-pielęgniarskiego (Samodzielnego Publicznego Centralnego Szpitala Klinicznego w Warszawie) celem pobrania wątroby od dawcy.

Szpital ponosił koszty czynności dotyczących pobierania narządów, których wysokość była zgodna z wyceną określoną w załączniku nr 2 tabela C rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 marca 2010 r. w sprawie szczegółowego sposobu ustalania kosztów czynności związanych z pobieraniem, przechowywaniem, przetwarzaniem, sterylizacją i dystrybucją komórek, tkanek i narządów<sup>30</sup>.

W przypadku pobrania nerek oraz jednego lub dwóch innych narządów (poza trzustką) podmiotem finansującym koszty związane z pobraniem<sup>31</sup> był Narodowy Fundusz Zdrowia. Łączna wartość należności wynikająca z pobrań organów jak w tych przypadkach wyniosła: 40 029,46 zł w 2018 r. i 18 224,74 zł w 2019 r. (w 2020 r. oraz I półroczu 2021 r. nie powstawały w Szpitalu koszty związane z pobieraniem narządów finansowane przez NFZ).

Koszty pobrania narządu finansowane przez NFZ były zgodne z tabelami kosztów zamieszczonych w załącznikach do Zarządzeń Prezesa NFZ nr 14/2018/DSOZ z dnia 22 lutego 2018 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz nr 66/2018/DSOZ z dnia 29 czerwca 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne.

Faktury wystawione przez Szpital w związku z pobieraniem narządów zostały uregulowane przez Poltransplant i NFZ w pełniej wysokości i w terminie ich płatności.

(akta kontroli: str. 42-65, 128-144)

2.4. W okresie objętym kontrolą Minister Zdrowia, NFZ, konsultant krajowy w dziedzinie transplantologii lub służby sanitarno-epidemiologiczne nie przeprowadzały w Szpitalu kontroli dotyczących pobierania narządów do przeszczepu.

(akta kontroli: str. 92-94)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

**OCENA CZĄSTKOWA**

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność kontrolowanej jednostki w badanym zakresie.

## **IV. Uwagi i wnioski**

W związku z niestwierdzeniem nieprawidłowości, Najwyższa Izba Kontroli nie formułuje uwag ani wniosków.

---

<sup>30</sup> Dz.U. z 2014 r. poz. 469

<sup>31</sup> W ramach ryczału z NFZ.

## 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 Katowicach. 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.

Katowice, dnia 15 października 2021 r.

**Kontroler**

**Jacek Kordanowski**

**Specjalista kontroli państwowej**

**Najwyższa Izba Kontroli**

**Delegatura w Katowicach**

.....