



LRZ.430.005.2021

Nr ewid. 168/2021/P/21/088/LRZ

Informacja o wynikach kontroli

**FUNKCJONOWANIE
SZPITALNYCH ODDZIAŁÓW ANESTEZJOLOGII
I INTENSYWNEJ TERAPII ORAZ BLOKÓW OPERACYJNYCH
W WOJEWÓDZTWIE PODKARPACKIM**

DELEGATURA W RZESZOWIE

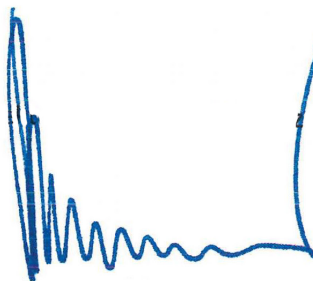
MISJA

Najwyższej Izby Kontroli jest niezależna, profesjonalna kontrola zadań publicznych w interesie obywateli i państwa

Informacja o wynikach kontroli

Funkcjonowanie szpitalnych Oddziałów Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz Bloków Operacyjnych w województwie podkarpackim

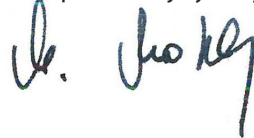
Dyrektor Delegatury NIK w Rzeszowie



Wiesław Motyka

Akceptuję:

Wiceprezes Najwyższej Izby Kontroli



Małgorzata Motylow

Zatwierdzam:

Prezes Najwyższej Izby Kontroli



Marian Banaś

Warszawa, dnia 13.01.2022

Najwyższa Izba Kontroli
ul. Filtrowa 57
02-056 Warszawa
T/F +48 22 444 50 00

www.nik.gov.pl

SPIS TREŚCI

WYKAZ STOSOWANYCH SKRÓTÓW, SKRÓTOWCÓW I POJĘĆ.....	4
1. WPROWADZENIE.....	6
2. OCENA OGÓLNA	8
3. SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI	9
4. WNIOSKI.....	19
5. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI	20
5.1. Warunki udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii.....	20
5.1.1. Organizacja Oddziałów Anestezjologii i Intensywnej Terapii i Bloków Operacyjnych pod względem wymogów prawa i uregulowań wewnętrznych	20
5.1.2. Standardy organizacyjne postępowania przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii.....	25
5.1.3. Lokalizacja pomieszczeń oraz wymagania przestrzenne pokoi łóżkowych w Oddziałach Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz sal nadzoru poznieczuleniewego.....	35
5.1.4. Organizacja udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii.....	40
5.1.5. Wymagania dotyczące pomieszczeń Bloku Operacyjnego.....	48
5.1.6. Dokumentacja medyczna pacjentów hospitalizowanych w Oddziałach Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz pacjentów poddanych anestezji w Blokach Operacyjnych	50
5.2. Czas pracy i kwalifikacje lekarzy oraz pielęgniarek zatrudnionych w Oddziałach Anestezjologii i Intensywnej Terapii	53
5.3. Wymagania dotyczące wyposażenia Oddziałów Anestezjologii i Intensywnej Terapii i Bloków Operacyjnych w wyroby medyczne	60
6. ZAŁĄCZNIKI	65
6.1. Metodyka kontroli i informacje dodatkowe.....	65
6.2. Analiza stanu prawnego i uwarunkowań organizacyjno-ekonomicznych.....	67
6.3. Wykaz aktów prawnych dotyczących kontrolowanej działalności	74
6.4. Wykaz podmiotów, którym przekazano informację o wynikach kontroli.....	75
6.5. Stanowisko Ministra do informacji o wynikach kontroli	76
6.6. Opinia Prezesa NIK do stanowiska Ministra	78

Wykaz stosowanych skrótów, skrótowców i pojęć

AiIT	anestezjologia i intensywna terapia;
OAiIT lub Oddział	oddział anestezjologii i intensywnej terapii;
BO	blok operacyjny;
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia;
NIK	Najwyższa Izba Kontroli;
RPWDL	rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzony przez wojewodę;
SOR	szpitalny oddział ratunkowy;
SPZOZ	samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej;
anestezja	wykonywanie znieczulenia ogólnego lub regionalnego do zabiegów operacyjnych oraz do celów diagnostycznych lub leczniczych;
anestetyki	leki do znieczulenia ogólnego powodujące zniesienie świadomości, zniesienie bólu, zwiotczenie mięśni szkieletowych i zniesienie odruchów, ich działanie polega na odwracalnym hamowaniu przewodnictwa nerwowego oraz zmniejszaniu aktywności siatkowo-korowej; stosowane są wziewnie lub dożylnie podczas operacji, w celu zniesienia bólu;
lekarz anestezjolog	lekarz, który ma specjalizację I stopnia w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii;
lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii	lekarz, który ma specjalizację II stopnia w dziedzinie: [1] anestezjologii; [2] anestezjologii i reanimacji; [3] anestezjologii i intensywnej terapii, lub uzyskał tytuł specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii;
poziom referencyjny szpitali	w ramach systemu zabezpieczenia wyróżnia się sześć poziomów szpitali: szpitale I stopnia, szpitale II stopnia, szpitale III stopnia, szpitale onkologiczne lub pulmonologiczne, szpitale pediatryczne, szpitale ogólnopolskie;
poziom referencyjny OAiT	wyróżnia się trzy poziomy referencyjne OAiT: pierwszy poziom referencyjny, drugi poziom referencyjny, trzeci poziom referencyjny – wyższy poziom referencyjny OAiT wymaga m.in. zatrudnienia większej liczby lekarzy specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii oraz większej liczby stanowisk intensywnej terapii;
resuscytacja	czynności medyczne podejmowane w przypadku podejrzenia zatrzymania krążenia z utratą świadomości i bezdechem, mające na celu przywrócenie i podtrzymanie podstawowych funkcji życiowych tzn. krążenia krwi i oddechu;
saturacja	wskaźnik nasycenia hemoglobiny krwi obwodowej tlenem, saturacja jest określana jako piąty parametr życiowy obok pulsu, temperatury ciała, ciśnienia krwi i częstotliwości oddechu;
system zabezpieczenia	system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, który zapewnia świadczeniobiorcom (pacjentom) dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie: leczenia szpitalnego, świadczeń wysokospecjalistycznych, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej realizowanej w poradniach przyszpitalnych, rehabilitacji leczniczej, programów lekowych, leków stosowanych w chemioterapii oraz nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, przy jednoczesnym zagwarantowaniu ciągłości i kompleksowości udzielanych świadczeń oraz stabilności ich finansowania;
ustawa o działalności leczniczej	ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. <i>o działalności leczniczej</i> (Dz. U. z 2021 r. poz. 711, ze zm.);
ustawa o wyrobach medycznych	ustawa z dnia 20 maja 2010 r. <i>o wyrobach medycznych</i> (Dz. U. z 2021 r. poz. 1565);

ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej	ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. <i>o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych</i> (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, ze zm.);
ustawa o NIK	ustawa z dnia 23 grudnia 1994 r. <i>o Najwyższej Izbie Kontroli</i> (Dz. U. z 2020 r. poz. 1200, ze zm.);
rozporządzenie w sprawie standardów w dziedzinie AiIT	rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. <i>w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii</i> (Dz. U. z 2020 r. poz. 940, ze zm.);
rozporządzenie w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia	rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. <i>w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą</i> (Dz. U. poz. 595, ze zm.);
rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego	rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. <i>w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego</i> (Dz. U. z 2021 r. poz. 290, ze zm.).

Wykaz skrótów nazw jednostek kontrolowanych

Wojewódzki Szpital w Przemyślu	Wojewódzki Szpital im. św. Ojca Pio w Przemyślu;
Wojewódzki Szpital w Tarnobrzegu	Wojewódzki Szpital im. Zofii z Zamoyskich Tarnowskiej w Tarnobrzegu;
Szpital w Brzozowie	Szpital Specjalistyczny w Brzozowie – Podkarpacki Ośrodek Onkologiczny im. ks. Bronisława Markiewicza;
Szpital w Lesku	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Lesku;
Szpital w Leżajsku	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Leżajsku;
Szpital w Mielcu	Szpital Specjalistyczny im. Edmunda Biernackiego w Mielcu;
Szpital w Przeworsku	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Przeworsku;
Szpital w Strzyżowie	Zespół Opieki Zdrowotnej w Strzyżowie.

1. WPROWADZENIE

Pytanie definiujące cel główny kontroli

Czy funkcjonowanie szpitalnych oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii oraz bloków operacyjnych zostało dostosowane do obowiązujących standardów?

Pytania definiujące cele szczegółowe kontroli

1. Czy w szpitalach przestrzegano odpowiednich warunków do udzielania świadczeń z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii określonych przez Ministra Zdrowia?
2. Czy w OAiT zatrudniono właściwą liczbę lekarzy i pielęgniarek o odpowiednich kwalifikacjach oraz czy przestrzegano norm czasu pracy i odpoczynku tego personelu?
3. Czy szpital spełniał wymagania dotyczące wyposażenia OAiT i BO w wyroby medyczne, a aparatura i sprzęt medyczny znajdujące się w tych oddziałach były poddawane okresowym przeglądom technicznym?

Jednostki kontrolowane

Dwa szpitale wojewódzkie i sześć szpitali powiatowych na terenie województwa podkarpackiego

Okres objęty kontrolą

Lata 2018–2020

Anestezjologia, to nauka i dział medycyny klinicznej zajmującej się wszystkimi metodami znieczulenia, prowadzeniem chorych bezpośrednio przed, w czasie i po operacji. Anestezjolog znieczula pacjenta do zabiegu, dba o jego bezpieczeństwo w trakcie zabiegu i pozwala lekarzom „zabiegowcom” koncentrować się na polu operacyjnym. Pomaga także pacjentowi w dochodzeniu do zdrowia po zabiegu, np. przy zwalczaniu bólu pooperacyjnego.

Intensywna terapia, to leczenie chorych w stanie zagrożenia życia. Za stan zagrożenia życia uznaje się sytuację, gdy z powodu choroby lub innej przyczyny dochodzi do ustania lub zagrożenia podstawowych czynności życiowych, takich jak krążenie, oddychanie, czynności ośrodkowego układu nerwowego. Intensywna terapia polega na wsparciu lub zastąpieniu zagrożonych czynności organizmu metodami leczniczymi oraz na diagnostowaniu przyczyn powodujących taki stan i chorobę.

Przepisy ustawy *o działalności leczniczej* oraz aktów wykonawczych, tj. rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT i rozporządzenia w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia, określają standardy organizacyjne opieki zdrowotnej w dziedzinie AiIT oraz wymagania dotyczące BO dla podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych. Standardy dotyczą: stanu zatrudnienia lekarzy i pielęgniarek, organizacji udzielania świadczeń, wyposażenia w wyroby medyczne oraz wymagań przestrzennych i rozwiązań architektonicznych.

Delegatura NIK w Rzeszowie podjęła kontrolę wypełnienia standardów dotyczących OAiIT oraz BO w szpitalach funkcjonujących na terenie województwa podkarpackiego. Sprawdzono czy wytypowane do kontroli jednostki spełniały wymagania kadrowe, organizacyjne oraz techniczne, określone tymi przepisami. Kontrolą objęto również zatrudnienie i czas pracy lekarzy anestezjologów i pielęgniarek, z uwzględnieniem świadczenia pracy podczas dyżurów nocnych oraz weekendowych i świątecznych. Sprawdzono także prawidłowość wykonywania okresowych przeglądów technicznych aparatury medycznej, stanowiącej wyposażenie OAiIT oraz BO.

Analiza przedkontrolna potwierdziła, że w województwie podkarpackim występuje znaczny niedobór lekarzy specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii.

Dane statystyczne wykazały, że w tym województwie, na koniec 2019 r. zmniejszyła się łączna liczba łóżek szpitalnych w stosunku do końca 2015 r. – o 10%.

Na koniec 2020 r., na terenie województwa podkarpackiego system zabezpieczenia tworzyło 29 szpitali. Kontrolę przeprowadzono w ośmiu podkarpackich szpitalach funkcjonujących w tym systemie jako SPZOZ:

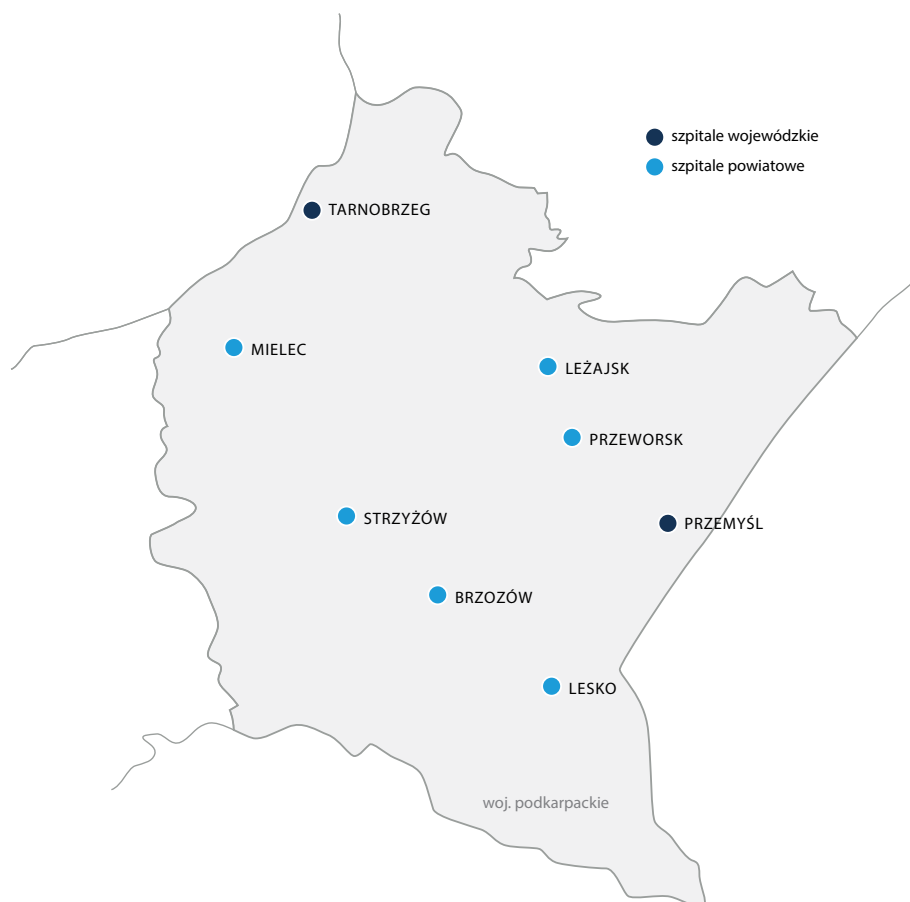
- w dwóch szpitalach wojewódzkich (których podmiotem tworzącym był Samorząd Województwa Podkarpackiego),
- w sześciu szpitalach powiatowych (których podmiotem tworzącym były samorządy powiatowe).

Kontrola została przeprowadzona z inicjatywy własnej NIK.

WPROWADZENIE

Infografika nr 1

Mapa województwa podkarpackiego z zaznaczonymi szpitalami, w których przeprowadzono kontrolę



Źródło: opracowanie własne NIK.

2. OCENA OGÓLNA

Niepełne dostosowanie
OAiT i BO
do obowiązujących
standardów

Funkcjonowanie szpitalnych OAiT i BO na terenie województwa podkarpackiego, nie zostało w pełni dostosowane do standardów określonych przez Ministra Zdrowia, obowiązujących od 2017 r.

W pięciu z ośmiu skontrolowanych szpitali w OAiT nie zapewniono zgodnej z wymogami obecności specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii. Lekarze, pracując w Oddziale, jednocześnie wykonywali znieczulenia w BO, a także pełnili dyżury medyczne w innych oddziałach. Kontrola wykazała liczne sytuacje, w których jeden lekarz, w tym samym czasie, znieczulał dwóch pacjentów podczas zabiegów operacyjnych.

Stwierdzono przypadki, że świadczeń zdrowotnych udzielali lekarze będący dopiero w trakcie specjalizacji lub z I stopniem specjalizacji, a ich pracy nie nadzorował specjalista anestezjologii i intensywnej terapii.

Znieczulenia wykonywali nieuprawnieni lekarze, którzy nie odbyli co najmniej dwóch lat szkolenia w ramach specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii.

W okresie objętym kontrolą (lub w jego części), sześć szpitali nie spełniało obowiązujących wymagań dotyczących liczby łóżek w OAiT, a jeden szpital, na koniec 2020 r., warunków określonych dla pomieszczeń w BO.

W czterech szpitalach, według stanu na koniec 2020 r. nie zatrudniono wymaganej liczby specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii, jednakże termin na dostosowanie się do tego wymogu upływa z końcem 2022 r.

Lekarze anestezjolodzy pracowali w OAiT oraz BO nieprzerwanie nawet po kilka dni, a w skrajnym przypadku taka ciągła praca trwała aż 12 dób. Działanie takie mogło stwarzać zagrożenie dla pacjentów, a nawet dla zdrowia samych lekarzy.

W pięciu szpitalach nierzetelnie wypełniano dokumentację medyczną. Brakowało w niej niektórych informacji bądź dokumentów, a także danych personalnych lekarzy oraz ich podpisów.

Aż w siedmiu szpitalach, w OAiT lub w BO brakowało sprzętu medycznego, określonego rozporządzeniem w sprawie standardów w dziedzinie AiIT, jednakże termin na dostosowanie się do tych wymogów upływa z końcem 2022 r.

Kontrolą objęto funkcjonowanie szpitali także w czasie epidemii COVID-19. Nie miała ona wpływu na ocenę kontrolowanej działalności. Jedynie niektórzy dyrektorzy szpitali usprawiedliwiali opóźnienia w wykonywaniu przeglądów technicznych sprzętu medycznego w OAiT i BO sytuacją wywołaną SARS-CoV-2.

3. SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI

W latach 2018–2020 tylko dwa OAiIT spełniały wymagania dotyczące liczby łóżek, określone w § 4 ust. 3 rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT, zgodnie z którym liczba łóżek w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii powinna stanowić co najmniej 2% ogólnej liczby łóżek w szpitalu. Pozostałe sześć oddziałów nie spełniało tych wymagań, z tym że:

- dwa oddziały wymagań tych nie spełniały w całym okresie objętym kontrolą,
- w czterech oddziałach wymagania te nie były spełnione w części okresu objętego kontrolą.

Dodatkowo w jednym oddziale (zaliczonym do pierwszego poziomu referencyjnego) liczba łóżek nie spełniała wymagań określonych „w warunkach szczegółowych”, które dla poszczególnych poziomów referencyjnych OAiIT zostały określone w części II załącznika nr 1 do tego rozporządzenia. Zgodnie z tymi przepisami, liczba stanowisk intensywnej terapii powinna wynosić:

- co najmniej cztery stanowiska, dla pierwszego poziomu referencyjnego,
- co najmniej sześć stanowisk, dla drugiego poziomu referencyjnego.

W okresie objętym kontrolą, a także w roku 2021 do czasu zakończenia czynności kontrolnych, w oddziale tym były trzy stanowiska, przy wymaganych co najmniej czterech. Stosownie do postanowień przepisu § 17 ust. 1 tego rozporządzenia, podmioty lecznicze prowadzące szpitale powinny dostosować się do tych wymagań w terminie do 31 grudnia 2022 r.

Pozostałe OAiIT wyposażono w tyle stanowisk, ile określono w „warunkach szczegółowych” lub w okresie objętym kontrolą dostosowały liczbę stanowisk do tych wymagań. [str. 21–23, 44]

W sześciu szpitalach stwierdzono przypadki, w których jeden lekarz, w tym samym czasie znieczulał dwóch pacjentów. Było to niezgodne z postanowieniami § 9 pkt 9 rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT. Przepis ten stanowi, że lekarz wykonujący znieczulenie może w tym samym czasie znieczulać tylko jednego pacjenta.

W jednym szpitalu stwierdzono przypadki dokonywania nierzetelnych wpisów w dokumentacji medycznej, dotyczące rozpoczęcia i zakończenia znieczulania pacjenta. W protokołach zabiegów operacyjnych wpisany był inny czas rozpoczęcia i zakończenia znieczulenia, niż czas rozpoczęcia i zakończenia znieczulenia zanotowany w karcie znieczulenia. [str. 28–30]

Zgodnie z postanowieniami § 11 pkt 2 i 2a rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT, udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu intensywnej terapii wymaga stałej obecności lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii oraz pielęgniarki anestezjologicznej w oddziale. Lekarz specjalista może opuścić oddział w celu przeprowadzenia resuscytacji lub innych czynności w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii z wyjątkiem znieczulenia pacjenta poza oddziałem, jeżeli uzna, że opuszczenie oddziału nie stanowi bezpośredniego zagrożenia dla życia pacjentów w nim przebywających¹.

Nieodpowiednia liczba łóżek w OAiIT

Znieczulanie przez jednego lekarza jednocześnie dwóch pacjentów

Brak stałej obecności lekarza w OAiIT

¹ Przepisy te (w podanym brzmieniu) obowiązują od 17 marca 2020 r., tj. od wejścia w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 marca 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie

W pięciu skontrolowanych szpitalach stwierdzono, że lekarze anestezjodzy OAiIT, opuszczali ten oddział, by wykonać znieczulenie w BO do zabiegów operacyjnych, pozostawiając jego pacjentów bez opieki lekarskiej.

W jednym szpitalu stwierdzono także, iż lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii opuszczał OAiIT, gdyż pełnił dyżur jednocześnie w dwóch oddziałach, w OAiIT oraz w ramach Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej Szpitala. Stanowiło to naruszenie przepisów oraz „warunków szczegółowych” organizacji udzielania świadczeń, określonych w części II załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT. Przepisy te stanowią, że udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu intensywnej terapii wymaga stałej obecności lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii w oddziale, a wyodrębniona całodobowa opieka lekarska w OAiIT, nie może być łączona z innymi oddziałami lub wykonywaniem świadczeń z zakresu anestezji. [str. 40–42]

Leczenie pacjentów
(wykonywanie świadczeń
zdrowotnych) w OAiIT
bez wymaganego
nadzoru lekarza
specjalisty

W dwóch szpitalach świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii udzielali lekarze z I stopniem specjalizacji lub lekarze w trakcie specjalizacji, a ich praca nie była nadzorowana przez lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii.

W jednym z tych szpitali stwierdzono, że nadzór nad pracą lekarzy w OAiIT, którzy byli w trakcie specjalizacji, wykonywał lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii pełniąc dyżur „pod telefonem”. W tym czasie, w oddziale nie był obecny lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii, który powinien sprawować nadzór nad pracą wykonywaną przez lekarzy będących dopiero w trakcie specjalizacji.

Taka organizacja pracy naruszała postanowienia § 11 pkt 3 i 4 rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT. Zgodnie z tymi przepisami, intensywną terapię prowadzi lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii. Świadczeń zdrowotnych w zakresie intensywnej terapii może udzielać lekarz anestezjolog (z I stopniem specjalizacji) lub lekarz w trakcie specjalizacji, jeżeli jego praca jest nadzorowana przez lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii.

Zdaniem NIK, dyżur lekarza specjalisty „pod telefonem” nie spełniał wymogu nadzoru, o którym mowa w tym przepisie. [str. 42–43]

Wykonywanie znieczuleń
przez nieuprawnionych
lekarzy będących
w trakcie specjalizacji

W jednym szpitalu stwierdzono przypadki wykonywania znieczuleń przez nieuprawnionych lekarzy, tj. lekarzy będących w trakcie specjalizacji, którzy nie odbyli co najmniej dwóch lat szkolenia w ramach specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii. Naruszało to postanowienia § 8 ust. 3 rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT. Zgodnie z tym przepisem, za zgodą lekarza kierującego oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii, lekarz w trakcie specjalizacji może wykonywać znieczulenie pacjentów, których stan ogólny według skali

standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii (Dz. U. z 2020 r. poz. 459). W odniesieniu do stanów przed wejściem w życie ww. przepisów zastosowanie miał § 11 pkt 2 rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT.

SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI

ASA² odpowiada stopniowi I, II lub III, w przypadku odbycia przez tego lekarza co najmniej dwuletniego szkolenia w ramach specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii oraz wykazania się odpowiednią wiedzą i umiejętnościami wykonywania znieczulenia. [str. 43]

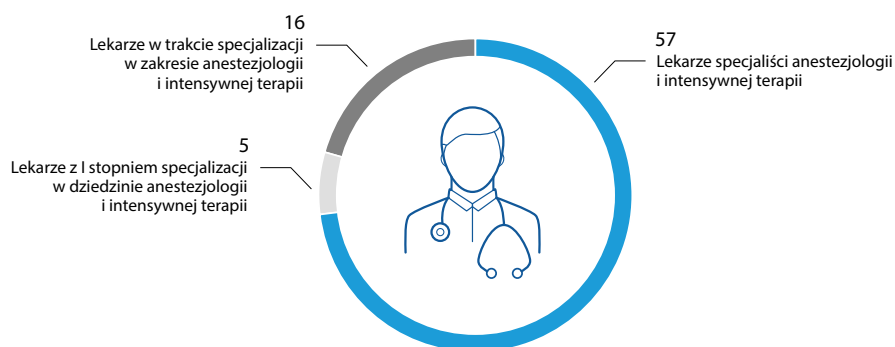
W czterech szpitalach, spośród ośmiu skontrolowanych, zatrudniano wymaganą liczbę lekarzy specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii, określoną w części I załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT. W czterech pozostałych szpitalach, nie były spełnione wymogi w tym zakresie. Na dostosowanie do tych wymogów, zgodnie z § 17 ust. 1 rozporządzenia, przewidziano termin do 31 grudnia 2022 r. W pięciu skontrolowanych szpitalach stwierdzono przypadki, że zatrudnieni lekarze³ wykonywali pracę nieprzerwanie przez 48 godzin lub ponad 48 godzin, a nawet kilka dób. W kontroli ujawniono przypadek pracy ciągłej lekarza⁴ specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii przez 288 godzin, tj. 12 dób.

Zdaniem NIK, nie naruszało to przepisów prawa określających normy czasu pracy lekarzy⁵, które nie miały tu zastosowania. Jednakże sytuacje takie mogły stwarzać zagrożenie należytego wykonywania świadczeń zdrowotnych, a także zagrożenie dla bezpieczeństwa pacjentów oraz zdrowia samych lekarzy. [str. 53–57]

Liczba, czas pracy, kwalifikacje oraz struktura wiekowa lekarzy zatrudnionych w OAiT

Infografika nr 2

Kwalifikacje lekarzy zatrudnionych na koniec 2020 r. w OAiT w kontrolowanych szpitalach (dane łączne)



Źródło: opracowanie własne NIK.

² Skala ASA to powszechnie stosowana w anestezjologii klasyfikacja oceniająca ryzyko operacyjne związane z wystąpieniem poważnych powikłań lub zgonu pacjenta w czasie znieczulenia albo po nim. W systemie tym pacjenta kwalifikuje się na podstawie oceny przedoperacyjnej do jednej z pięciu grup (I–V) lub do grupy szóstej.

³ Na podstawie umów cywilnych lub umów o pracę i umów cywilnych.

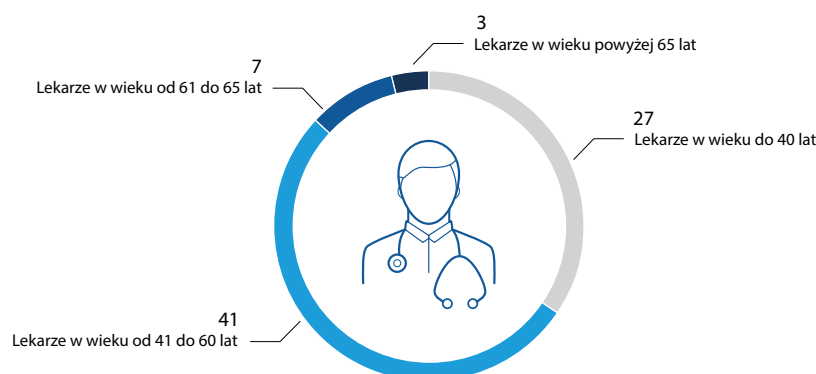
⁴ Zatrudnionego w ramach kontraktu.

⁵ Normy czasu pracy lekarzy zatrudnionych na podstawie umów o pracę (na etacie) określone zostały przepisami działu III ustawy o działalności leczniczej. Stwierdzone w kontroli przypadki pracy ciągłej lekarzy w ilości 48 godzin i więcej, dotyczyły lekarzy zatrudnionych na podstawie umów cywilnych lub umów o pracę i umów cywilnych. Normy czasu pracy przewidziane dla etatów nie zostały przekroczone.

SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI

Infografika nr 3

Struktura wiekowa lekarzy zatrudnionych na koniec 2020 r. w OAiT w kontrolowanych szpitalach (dane łączne)



Źródło: opracowanie własne NIK.

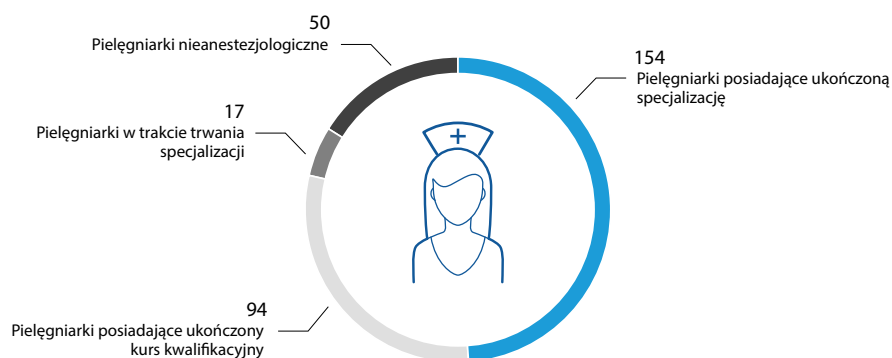
Liczba, czas pracy, kwalifikacje oraz struktura wiekowa pielęgniarek zatrudnionych w OAiT

W skontrolowanych szpitalach, w OAiT zatrudniano wymaganą liczbę pielęgniarek, określoną przepisami zawartymi w części I załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT. Pielęgniarki te miały odpowiednie kwalifikacje anestezyjologiczne określone w § 2 pkt 6 tego rozporządzenia. Zgodnie z obowiązującymi standardami pielęgniarki wykonywały nadzór nad pacjentami przebywającymi w OAiT oraz w salach nadzoru pooperacyjnego.

Podstawową formą zatrudnienia pielęgniarek były umowy o pracę, a w nielicznych przypadkach umowy cywilne. Pielęgniarki zatrudnione w OAiT pracę wykonywały z zachowaniem norm czasu pracy i prawa do odpoczynku. Był to przeważnie 12-godzinny system pracy. Nie stwierdzono pracy ciągłej pielęgniarek przekraczającej 24 godziny. [str. 57–59]

Infografika nr 4

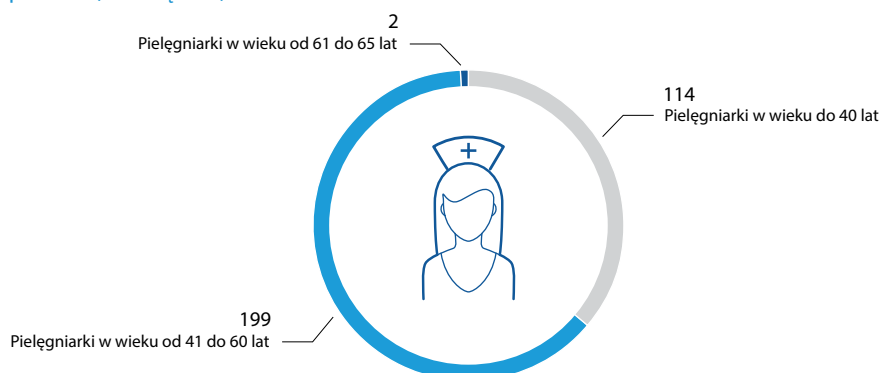
Kwalifikacje pielęgniarek zatrudnionych na koniec 2020 r. w OAiT w kontrolowanych szpitalach (dane łączne)



Źródło: opracowanie własne NIK.

Infografika nr 5

Struktura wiekowa pielęgniarek zatrudnionych na koniec 2020 r. w OAiT w kontrolowanych szpitalach (dane łączne)



Źródło: opracowanie własne NIK.

Warunki przestrzenne dla wybranych pomieszczeń zostały określone przepisami części I załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiiT. Zgodnie z tymi przepisami, powierzchnia pokoi łóżkowych w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii oraz sali nadzoru poznieczuleniowego powinna wynosić:

- dla pokoju jednostanowiskowego – co najmniej 18,0 m²,
- dla pokoju wielostanowiskowego – co najmniej 16,0 m² na jedno stanowisko.

Stosownie do uregulowań § 17 ust. 1 tego rozporządzenia, podmioty lecznicze prowadzące szpitale, które w dniu jego wejścia w życie (1 stycznia 2017 r.) nie spełniają wymagań określonych w załączniku nr 1 do rozporządzenia, dostosują się do tych wymagań do 31 grudnia 2022 r.

W okresie objętym kontrolą tylko w jednym szpitalu sale łóżkowe OAiT i sale nadzoru poznieczuleniowego w pełni spełniały wymagania przestrzenne. W pozostałych skontrolowanych szpitalach warunki przestrzenne sal łóżkowych lub sal nadzoru poznieczuleniowego nie były spełnione, z tym że:

- w czterech szpitalach warunki przestrzenne tych pomieszczeń nie były spełnione w całym okresie objętym kontrolą;
- w dwóch szpitalach warunki przestrzenne tych pomieszczeń nie były spełnione w części okresu objętego kontrolą, lecz po zmianie lokalizacji lub po wykonanych modernizacjach powierzchnie sal zostały dostosowane do obowiązujących wymogów;
- w jednym szpitalu były spełnione warunki przestrzenne w stosunku do liczby stałych łóżek znajdujących się w tych pomieszczeniach, jednak w sali nadzoru poznieczuleniowego, w okresie objętym kontrolą, było jedno łóżko mobilne i w przypadku uwzględnienia tego stanowiska pomieszczenie to nie spełniało wymagań przestrzennych. [str. 37–39]

Według stanu na koniec 2020 r., w siedmiu szpitalach bloki operacyjne spełniały wymagania dotyczące pomieszczeń oraz rozdziału personelu, pacjentów i materiału czystego od brudnego, brudnych narzędzi, brudnej bielizny i odpadów pooperacyjnych, określone w pkt IX *Bloki operacyjne* załącznika nr 1 rozporządzenia w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać

Warunki przestrzenne sal
łóżkowych oraz nadzoru
poznieczuleniowego
niespełniające wymagań

Pomieszczenia BO
spełniające wymagania
określone przez Ministra
Zdrowia

pomieszczenia i urządzenia. W okresie objętym kontrolą, blok operacyjny jednego szpitala, nie spełniał tych norm. Jednakże w latach 2019–2020 prowadzona była rozbudowa tego szpitala, w wyniku której powstał nowy BO, który według założeń dokumentacji projektowo-budowlanej będzie spełniał wymagania określone w tym rozporządzeniu. Uruchomienie nowego BO zaplanowano na II półrocze 2021 r. [str. 48–50]

Sale nadzoru poznieczuleniewego

Zgodnie z postanowieniami § 4 ust. 9 rozporządzenia w *sprawie standardów w dziedzinie AiIT*, w szpitalach, w których są udzielane świadczenia zdrowotne w zakresie anestezji, w obrębie bloku operacyjnego lub w bliskim sąsiedztwie bloku operacyjnego znajdują się sale nadzoru poznieczuleniewego. Sale te powinny być wyposażone w odpowiedni sprzęt i aparaturę medyczną określone przepisami tego rozporządzenia. W kontroli ustalono, że sześć szpitali miało sale nadzoru poznieczuleniewego, usytuowane w obrębie BO. W jednym szpitalu, w okresie objętym kontrolą, nie było takiej sali. W tym szpitalu, w 2020 r. zakończono jego rozbudowę, dzięki której powstał nowy BO, obejmujący również salę nadzoru poznieczuleniewego. Uruchomienie nowego BO zaplanowano na II półrocze 2021 r.

W innym szpitalu, nie było wyodrębnionego pomieszczenia sali nadzoru poznieczuleniewego. W BO dostępna była sala przygotowania pacjenta do operacji, która według opisu zawartego w dokumentacji budowlanej szpitala mogła pełnić również rolę sali nadzoru poznieczuleniewego.

W czterech skontrolowanych szpitalach pacjentów po zabiegu operacyjnym umieszczano w salach nadzoru poznieczuleniewego. Pacjenci przebywali tam do czasu stabilizacji funkcji życiowych i powrotu do przytomności, a następnie byli przekazywani do oddziałów macierzystych (zabiegowych).

W dwóch szpitalach stwierdzono przypadki przekazywania pacjentów po dokonanej operacji bezpośrednio do oddziałów macierzystych, nie zaś do sal nadzoru poznieczuleniewego.

W innym szpitalu, w którym nie było sali nadzoru poznieczuleniewego, jak również w kolejnym, w którym jedno pomieszczenie pełniło rolę sali przygotowania pacjenta do operacji oraz sali nadzoru poznieczuleniewego, pacjentów po operacji przekazywano również bezpośrednio do oddziałów macierzystych lub do OAiIT.

Było to niezgodne z postanowieniami § 9 pkt 16 rozporządzenia w *sprawie standardów w dziedzinie AiIT*, który stanowi, że pacjentów w bezpośrednim okresie pooperacyjnym umieszcza się w sali nadzoru poznieczuleniewego. Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że umieszczanie pacjentów w sali innej niż nadzoru poznieczuleniewego, z wyjątkiem OAiIT, mogło ograniczać im właściwą opiekę medyczną bezpośrednio po operacji. Opieka taka powinna być sprawowana przez wykwalifikowany personel anestezjologiczny, tj. przez lekarzy specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii (lub lekarzy anestezjologów z I stopniem specjalizacji) oraz przez pielęgniarki anestezjologiczne.

 [str. 30–33]

Według przepisu § 4 ust. 5 rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiiT, w OAiiT powinna być zapewniona izolatka dostępna z traktów komunikacji oddziału, która ma służyć umożliwiającą umycie rąk, przebieganie się i składowanie materiałów izolacyjnych.

**Obowiązek
wyodrębnienia izolatki
w OAiiT**

Kontrola wykazała, że w jednym szpitalu do 11 września 2020 r., tj. do czasu wykonania modernizacji OAiiT, nie było izolatki. Po zakończeniu modernizacji w Oddziale zorganizowano izolatkę spełniającą te wymagania. W tym szpitalu, w okresie epidemii COVID-19, wielostanowiskową salę OAiiT podzielono przesuwną ścianą na dwie części, by wyodrębnić przestrzeń dla pacjentów „covidowych”.

W innym szpitalu, do czasu zmiany lokalizacji OAiiT, tj. do 6 marca 2020 r., nie było izolatki. Po zmianie lokalizacji Oddziału, zorganizowano w nim izolatkę spełniającą wymagania, określone w przepisach.

W pozostałych szpitalach, w okresie objętym kontrolą, w OAiiT funkcjonowały izolatki spełniające wymagania określone w rozporządzeniu w sprawie standardów w dziedzinie AiiT, z tym że w jednym z tych szpitali, dostęp do izolatki był bezpośrednio z korytarza, który na tym odcinku mógł być zamykany z dwóch stron. Po zamknięciu korytarza powstawała w nim śluza przed wejściem do izolatki, która spełniała wymagania zawarte w tym rozporządzeniu. [str. 36–37]

Tylko jeden szpital, z ośmiu skontrolowanych, miał odpowiednią ilość oraz rodzaj sprzętu i aparatury medycznej stanowiącej wyposażenie OAiiT i BO, wymagane przepisami części I załącznika nr 1 rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiiT. W pozostałych siedmiu szpitalach stwierdzono braki urządzeń medycznych, które powinny stanowić wyposażenie OAiiT, stanowisk intensywnej terapii lub stanowisk znieczulania, zlokalizowanych w BO. Termin na dostosowanie do obowiązujących wymagań w tym zakresie, według rozporządzenia, został określony na 31 grudnia 2022 r., a dyrektorzy szpitali objętych kontrolą zadeklarowali, że brakujące wyposażenie zostanie uzupełnione w tym terminie. W skontrolowanych szpitalach OAiiT oraz stanowiska intensywnej terapii były wyposażone w wyroby medyczne określone w załączniku nr 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego.

**Wyposażenie OAiiT
i BO oraz przeglądy
techniczne sprzętu
i aparatury medycznej**

W pięciu skontrolowanych szpitalach, wyroby medyczne będące na wyposażeniu OAiiT i BO, poddawane były okresowym przeglądom technicznym, które były przeprowadzone terminowo. W pozostałych trzech szpitalach stwierdzono brak przeglądów wyrobów medycznych lub opóźnienia w ich wykonywaniu.

W związku z epidemią COVID-19, szpitale objęte kontrolą w latach 2020–2021 (do czasu zakończenia czynności kontrolnych), zakupiły ze środków własnych, z otrzymanych dotacji lub otrzymały w formie darowizny albo nieodpłatnego użyczenia, wyroby medyczne o wartości 13,3 mln zł. [str. 60–64]

Analiza dokumentacji medycznej pacjentów, którym udzielano świadczeń zdrowotnych z zakresu intensywnej terapii oraz anestezji, wykazała, że w wielu wypadkach dokumentacja była prowadzona nierzetelnie.

**Nierzetelne prowadzenie
dokumentacji medycznej**

W dokumentacji medycznej stwierdzono brak niektórych wymaganych dokumentów i informacji dotyczących pacjentów, a także liczne przypadki braku danych personalnych lekarzy oraz ich podpisów pod adnotacjami dotyczącymi udzielonych świadczeń zdrowotnych. [str. 50–52]

Wymagania dotyczące kierowników oraz pielęgniarek oddziałowych OAiT

W jednym ze skontrolowanych szpitali, zgodnie z regulaminem organizacyjnym, OAiT kierował ordynator. Nie został on jednak wybrany w drodze konkursu, co naruszało postanowienia art. 49 ust. 1 pkt 3 ustawy *o działalności leczniczej*. Przepis ten stanowi, że w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą, kierownik podmiotu leczniczego (dyrektor szpitala), przeprowadza konkurs na stanowisko ordynatora.

W pozostałych siedmiu skontrolowanych szpitalach, OAiT kierowali lekarze, którzy nie byli ordynatorami (lekarze kierownicy Oddziału), co zgodnie z art. 49 ust. 7 tej ustawy, nie wymagało przeprowadzenia konkursu na te stanowiska. Przepis ten stanowi, że w przypadku, gdy zgodnie z regulaminem organizacyjnym, oddziałem kieruje lekarz, który nie jest ordynatorem, na stanowisko lekarza kierującego oddziałem konkursu się nie przeprowadza.

Lekarze kierujący OAiT (ordynator oraz kierownicy) mieli odpowiednie kwalifikacje wymagane do kierowania Oddziałem, określone w § 4 ust. 10 w związku z § 2 pkt 3 rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiT.

W sześciu zbadanych szpitalach pielęgniarki oddziałowe miały odpowiednie kwalifikacje wymagane do zajmowania takich stanowisk, określone w § 4 ust. 11 tego rozporządzenia. W pozostałych dwóch szpitalach, pielęgniarki oddziałowe nie miały wymaganych kwalifikacji, lecz zgodnie z § 16 ust. 4 rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiT, mogą one pełnić te funkcje nie dłużej niż do 31 grudnia 2022 r. [str. 23–25]

Procedury dotyczące przygotowania pacjenta do znieczulenia

Zgodnie ze standardem organizacyjnym postępowania przy udzielaniu świadczeń z zakresu anestezji, określonym w § 9 pkt 1 rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiT, kierownik podmiotu leczniczego prowadzącego szpital, w porozumieniu z lekarzem kierującym OAiT, określa procedury przygotowania pacjenta do znieczulenia, w tym wykaz badań diagnostycznych, laboratoryjnych, w celu bezpiecznego przeprowadzenia zabiegu w trybie natychmiastowym, pilnym, przyspieszonym i planowym.

W kontroli ustalono, że dwa szpitale miały uregulowania wewnętrzne określające takie procedury.

W innych dwóch szpitalach, w okresie objętym kontrolą nie było określonych procedur przygotowania pacjenta do znieczulenia, z tym że w trakcie kontroli NIK, dyrektor jednego z tych szpitali, opracował i wprowadził w życie takie procedury.

W pozostałych czterech szpitalach, procedury te były opracowane w niepełnym zakresie. Brak w nich było procedur przygotowania pacjenta do znieczulenia, w tym wykazu badań diagnostycznych, laboratoryjnych, niezbędnych do przeprowadzenia zabiegu w trybie natychmiastowym, pilnym i przyspieszonym. [str. 25–26]

Zgodnie z wymaganiami § 9 pkt 2 rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT, kierownik podmiotu leczniczego prowadzącego szpital, w porozumieniu z lekarzem kierującym OAiIT ustala sposób komunikacji alarmowej.

Procedury dotyczące komunikacji alarmowej

Ten bardzo ogólny przepis nie określa, czym jest komunikacja alarmowa i jakich sytuacji dotyczy. Kontrola wykazała, że w oparciu o tak ogólne przepisy rozporządzenia, szpitale przyjmowały odmienne interpretacje i różne rozwiązania dotyczące komunikacji alarmowej.

Przed wszystkim w ramach tej komunikacji, w komórkach organizacyjnych szpitali udostępniano wykazy telefonów do lekarzy OAiIT. W jednym szpitalu, określono procedury komunikacji alarmowej dotyczące pierwszej pomocy we wstrząsie anafilaktycznym. W innym szpitalu określono postępowanie w przypadku nagłego zatrzymania krążenia lub omdlenia poza oddziałami szpitalnymi. W kolejnym szpitalu, w ramach sposobu komunikacji alarmowej uregulowano sposób postępowania w określonych przypadkach np.: w stanie nagłego zagrożenia życia z powodu schorzeń nieodpowiadających profilowi szpitala, braku możliwości przyjęcia pacjenta, gwałtownego pogorszenia stanu zdrowia osoby niehospitalizowanej, czy też postępowania z pacjentami nieletnimi, pacjentami NN oraz z pacjentami „z podejrzeniem popełnienia przestępstwa”. W kolejnym szpitalu wskazano, że w przypadkach nieoczekiwanych i wymagających podejmowania decyzji ponadstandardowych ustanowiona była „instytucja starszego lekarza dyżuru”, wskazanego każdorazowo w grafiku.

W ocenie NIK, przepis ten powinien zostać uszczegółowiony poprzez wskazanie, jakich sytuacji dotyczy komunikacja alarmowa oraz niezbędne elementy tej procedury. [str. 27–28]

Standard organizacyjny określony w § 14 rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT, wymaga, aby lekarz kierujący OAiIT w szpitalu przeprowadzał raz w roku ocenę jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych w oddziale, w szczególności zgodności postępowania z procedurami określonymi w § 9 pkt 1 tego rozporządzenia, aktualnymi zaleceniami odpowiednich towarzystw naukowych, kompletności dokumentacji i występowania zdarzeń medycznych, o których mowa w art. 67a ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta⁶.

Ocena jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych w OAiIT

W jednym szpitalu kierownik OAiIT nie przeprowadzał raz w roku oceny jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych w Oddziale, gdyż nie wiedział, że takie oceny powinny być sporządzane.

W dwóch kolejnych szpitalach oceny były przeprowadzone i pisemnie udokumentowane, lecz w jednym z tych szpitali oceny nie zawierały wszystkich wymaganych elementów.

W pozostałych pięciu szpitalach, jak wyjaśniono, oceny były przeprowadzane, lecz nie zostały pisemnie udokumentowane.

⁶ Dz. U. z 2020 r. poz. 849, ze zm.

Uregulowania wewnętrzne i warunki formalne dotyczące funkcjonowania OAiT i BO

W § 14 tego rozporządzenia, nie sprecyzowano, że ocena ta powinna być sporządzona pisemnie. Jednakże, w celu udokumentowania i usystematyzowania wynikających z niej ewentualnych wniosków, które można przełożyć na doskonalenie jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych, wskazane jest aby taka ocena miała formę pisemną. [str. 34–35]

OAiT oraz BO funkcjonowały jako odrębne komórki organizacyjne szpitali, a ich działalność była uregulowana w regulaminach organizacyjnych tych jednostek.

W jednym szpitalu stwierdzono, że równolegle w obiegu były dwa regulaminy organizacyjne, co powodowało, że niektóre sprawy związane z funkcjonowaniem szpitala uregulowane były na dwa różne sposoby. Nie miało to jednak wpływu na funkcjonowanie OAiT, a w trakcie kontroli NIK sprostowano ten błąd.

Działalność szpitali, w tym wskazanie OAiT oraz BO, ujęto w RPWDL. W rejestrze tym wykazywano np. liczbę łóżek szpitalnych w oddziałach. W jednym szpitalu, liczba łóżek znajdujących się w OAiT, nie odpowiadała liczbie łóżek wykazanej w rejestrze. W RPWDL nie wykazano bowiem jednego łóżka znajdującego się w izolatce tego Oddziału.

W kolejnym szpitalu, w okresie od 6 marca 2020 r. do 16 kwietnia 2020 r., liczba łóżek wykazana w RPWDL nie była zgodna z rzeczywistą liczbą łóżek znajdujących się w OAiT. Spowodowane to było tym, że zmiany do rejestru wprowadzone zostały z opóźnieniem. Według RPWDL, w tym okresie wykazano trzy łóżka, podczas gdy w OAiT było pięć łóżek intensywnej terapii. [str. 20–21]

Organizacja dodatkowych stanowisk w związku z epidemią COVID-19

W trzech skontrolowanych szpitalach, w latach 2020–2021 nie organizowano dodatkowych stanowisk intensywnej terapii w związku z epidemią COVID-19. W pozostałych szpitalach tworzone dodatkowe stanowiska intensywnej terapii w związku z epidemią COVID-19. Były to własne decyzje szpitali lub polecenia Wojewody Podkarpackiego. [str. 46–47]

4. WNIOSKI

Biorąc pod uwagę ustalenia kontroli, Najwyższa Izba Kontroli przedstawia następujące wnioski pokontrolne.

1. Doprecyzowanie § 9 pkt 2 rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT, poprzez wskazanie, jakich sytuacji dotyczy komunikacja alarmowa oraz niezbędnych elementów tej procedury.
2. Uzupełnienie § 14 tego rozporządzenia, poprzez wskazanie wymogu pisemnej formy oceny jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych w OAiIT.

Wnioski kierowane
do Ministra Zdrowia

1. Zapewnienie stałej obecności lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii w OAiIT, także w trakcie dyżurów nocnych, świątecznych i weekendowych, który nie może łączyć pracy w OAiIT z wykonywaniem świadczeń w innym miejscu.
2. Zapewnienie standardu organizacyjnego postępowania przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zakresie anestezji, który wymaga, by lekarz anestezjolog w tym samym czasie znieczulał do zabiegu tylko jednego pacjenta.
3. Terminowe przeprowadzanie przeglądów technicznych aparatury i sprzętu medycznego będącego na wyposażeniu OAiIT oraz BO.
4. Zapewnienie rzetelnego prowadzenia pełnej, wymaganej przepisami prawa, dokumentacji medycznej pacjentów.
5. Zapewnienie w OAiIT, co najmniej 2% ogólnej liczby łóżek w szpitalu.

Wnioski kierowane
do dyrektorów szpitali

5. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

5.1. Warunki udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii

Skontrolowane szpitale nie w pełni przestrzegły obowiązujących standardów udzielania świadczeń z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii, określonych przez Ministra Zdrowia. W OAiIT nie zapewniano stałej obecności lekarzy specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii, a lekarze w tym samym czasie jednocześnie znieczulali dwóch pacjentów podczas zabiegów operacyjnych. Stwierdzono przypadki znieczulania pacjentów przez lekarzy, którzy nie mieli odpowiednich kwalifikacji oraz udzielania świadczeń z zakresu intensywnej terapii przez lekarzy w trakcie specjalizacji, z pominięciem nadzoru sprawowanego przez lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii. Oddziały nie miały odpowiedniej liczby łóżek, a dokumentacja medyczna nie była prowadzona rzetelnie. Pomieszczenia łóżkowe w OAiIT nie spełniały wymagań przestrzennych, z tym że termin dostosowania do tych wymagań upływa 31 grudnia 2022 r.

5.1.1. Organizacja OAiIT i BO pod względem wymogów prawa i uregulowań wewnętrznych

Uregulowania
wewnętrzne i warunki
formalne dotyczące
funkcjonowania
OAiT i BO

Działalność OAiIT oraz BO była określona w regulaminach organizacyjnych kontrolowanych szpitali. Funkcjonowały one jako odrębne komórki organizacyjne. W większości regulaminy te określały zakres świadczeń zdrowotnych wykonywanych w tych komórkach. Do zakresu świadczeń wykonywanych w OAiIT należało np. znieczulanie do zabiegów operacyjnych, zabiegi resuscytacyjne, tleno i respiratoterapia, terapia stanów zagrożenia życia i powikłań pooperacyjnych. Do zadań BO należało np.: utrzymywanie w gotowości sal operacyjnych oraz aparatury i sprzętu medycznego do zabiegów operacyjnych, przygotowanie pacjentów do zabiegów operacyjnych, współpraca z lekarzami zespołów operacyjnych w trakcie wykonywania znieczuleń oraz zabiegów operacyjnych.

W jednym przypadku (**Szpital w Brzozowie**) stwierdzono, że równolegle w obiegu były dwa regulaminy organizacyjne. Jeden wprowadzony zarządzeniem nr 94/2018 z dnia 29 sierpnia 2018 r. oraz drugi – nr 159/2019 z dnia 30 grudnia 2019 r. (w wyniku omyłki zapisano w nim, że utracił moc regulamin wprowadzony zarządzeniem nr 116/2016 z dnia 30 grudnia 2016 r., który już wcześniej został uchylony). W konsekwencji, niektóre kwestie związane z funkcjonowaniem Szpitala uregulowane były na dwa różne sposoby. Nie miało to jednak wpływu na funkcjonowanie OAiIT. W trakcie kontroli sprostowano ten błąd.

Działalność szpitali była ujęta w RPWDL prowadzonym przez Wojewodę Podkarpackiego, z którego wynikało, że w jednostkach tych funkcjonowały OAiIT oraz BO. W RPWDL wykazywano m.in. liczbę łóżek szpitalnych znajdujących się w poszczególnych oddziałach.

W jednym przypadku (**Szpital w Leżajsku**) liczba łóżek znajdujących się w OAiIT nie odpowiadała liczbie łóżek wykazanych w rejestrze. Zgodnie z RPWDL oraz pismami Dyrektora Szpitala, w latach 2018–2020, OAiIT miał sześć łóżek. Dodatkowo w oddziale tym było jedno łóżko w pełni wyposażone w aparaturę medyczną i monitorowane, które znajdowało się w izolatce i nie było wykazane w RPWDL.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W kolejnym przypadku (**Szpital w Strzyżowie**) w okresie od 1 stycznia 2018 r. do 16 kwietnia 2020 r., zgodnie z danymi wykazanymi w RPWDL, w OAiIT były trzy łóżka intensywnej terapii. Od 17 kwietnia 2020 r. w RPWDL wykazano pięć łóżek w oddziale. Dane te nie były zgodne z rzeczywistą liczbą łóżek znajdujących się w OAiIT, gdyż od 6 marca 2020 r. było w nim pięć łóżek intensywnej terapii.

Jak wyjaśniono, opóźnienie w dokonaniu zgłoszenia ilości łóżek w OAiIT (pięć sztuk w 2020 r.) spowodowane było zmniejszoną liczbą pracowników Szpitala z powodu nieobecności w pracy oraz wykonywaniem czynności służbowych w trybie zdalnym w czasie epidemii COVID-19. Wskazano także, iż każda zmiana w rejestrze jest odpłatna. Zatem w związku z trudną sytuacją finansową jednostki, połączono trzy zmiany w jednym wniosku z 17 kwietnia 2020 r., w ramach jednej odpłatności.

Zgodnie z § 4 ust. 6 rozporządzenia *w sprawie standardów w dziedzinie AiIT*, w celu zapewnienia odpowiedniej jakości oraz zakresu świadczeń zdrowotnych udzielanych na rzecz pacjentów, wyodrębniono trzy poziomy referencyjne OAiIT (pierwszy, drugi i trzeci). W rozporządzeniu, dla każdego poziomu referencyjnego określono inne wymagania dotyczące etatów lekarskich oraz organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych. Spośród ośmiu skontrolowanych OAiIT, dwa z nich (w Wojewódzkim Szpitalu w Przemyśle i w Szpitalu w Mielcu) zaliczone zostały do drugiego poziomu referencyjnego, a w pozostałych skontrolowanych sześciu szpitalach, oddziały zaliczono do pierwszego poziomu referencyjnego.

Stosownie do postanowień § 4 ust. 3 rozporządzenia *w sprawie standardów w dziedzinie AiIT*, liczba łóżek w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii powinna stanowić, co najmniej 2% ogólnej liczby łóżek w szpitalu. Kontrola wykazała, że w okresie objętym kontrolą tylko dwa OAiIT (**w Szpitalu w Przeworsku i w Szpitalu w Strzyżowie**) spełniały powyższy warunek dotyczący liczby łóżek. Pozostałe sześć oddziałów nie spełniało tych wymagań, z tym że:

- dwa oddziały (w Wojewódzkim Szpitalu w Przemyśle i w Szpitalu w Lesku) tego warunku nie spełniały w całym okresie objętym kontrolą,
- w czterech oddziałach (w Wojewódzkim Szpitalu w Tarnobrzegu oraz w Szpitalach w Brzozowie, Leżajsku i Mielcu) warunek ten nie był spełniony w części okresu objętego kontrolą.

Liczba łóżek w OAiIT

Przykłady

W **Wojewódzkim Szpitalu w Przemyśle** w latach 2018–2020 ogólna liczba łóżek wynosiła od 600 do 852, a liczba łóżek w OAiIT od 10 do 11. Wskaźnik liczby łóżek w oddziale wynosił zatem od 1,34% do 1,83%, ogólnej liczby łóżek w szpitalu.

Według wyjaśnień dyrektora szpitala, ze względu na ograniczenia lokalowe nie można było zorganizować wymaganej liczby łóżek w OAiIT. Dyrektor wskazał, że przeprowadzono szereg analiz pozwalających urealnić rzeczywistą bazę łóżkową szpitala, co pozwoliło ostatecznie osiągnąć wymagany współczynnik 2% ogółu liczby łóżek. Szpital 1 lipca 2021 r. dysponuje 560 łóżkami i spełnia, zdaniem dyrektora, wymagany współczynnik 2% ogólnej liczby łóżek w szpitalu.

Najwyższa Izba Kontroli wykazała w wystąpieniu pokontrolnym, że pomimo podjętych starań, do wypełnienia warunku rozporządzenia, w OAiIT brakowało nadal jednego łóżka. Na dzień zakończenia kontroli wskaźnik wynosił 1,96%⁷.

W Szpitalu w Lesku, w latach 2018–2020 łączna liczba łóżek wynosiła 172. Trzy łóżka w oddziale stanowiło 1,74% tej liczby.

Według wyjaśnień dyrektora szpitala, struktura OAiIT powstała w 2012 r., a projekt był przygotowany wcześniej. Zaplanowano wtedy trzy łóżka z uwagi na ogólną ilość łóżek. Obecnie ogólna liczba łóżek wzrosła. Dyrektor wskazał, że głównym ograniczeniem w zorganizowaniu kolejnego łóżka, był brak powierzchni do zagospodarowania oraz środków finansowych. Według dyrektora, w przypadku uzyskania środków, będzie możliwość dostosowania się do powyższych wymogów.

W Wojewódzkim Szpitalu w Tarnobrzegu, w latach 2018–2020 (do 20 listopada), było 370 łóżek, w tym siedem łóżek w OAiIT, co stanowiło 1,89% wszystkich łóżek szpitalnych.

Wojewoda Podkarpacki decyzją z 12 listopada 2020 r. polecił szpitalowi zapewnić/utworzyć 10 łóżek w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem epidemii COVID-19. Z tej liczby cztery łóżka powstały w OAiIT i były stanowiskami intensywnej terapii, z kardiomonitorem oraz możliwością prowadzenia tlenoterapii i wentylacji mechanicznej.

Od 20 listopada 2020 r. do końca roku 2020, w szpitalu było 380 łóżek, w tym 11 łóżek w OAiIT, tj. 2,89% wszystkich łóżek szpitalnych. Do końca maja 2021 r. w szpitalu, także w OAiIT, zlikwidowano dodatkowe „łóżka covidowe”.

Według wyjaśnień dyrektora szpitala, w 2021 r. (w trakcie niniejszej kontroli) szpital osiągnął wymagany wskaźnik liczby łóżek w OAiIT. Liczba łóżek w szpitalu zmniejszyła się i wynosiła 327, w tym siedem łóżek było w OAiIT, co stanowiło 2,14% ogólnej liczby łóżek szpitalnych.

W Szpitalu w Mielcu ogólna liczba łóżek wynosiła: w 2018 r. – od 524 do 559, w 2019 r. – od 502 do 533, a w 2020 r. – od 502 do 506. W tych latach liczba łóżek w OAiIT wynosiła od pięciu do ośmiu, co stanowiło od 0,89% do 1,59% ogólnej liczby łóżek w szpitalu.

Od 12 maja 2020 r. liczba łóżek w OAiIT wzrosła i wynosiła 12, co stanowiło 2,37% ogólnej liczby łóżek w szpitalu.

W okresie od 1 stycznia 2018 r. do 11 maja 2020 r. liczba łóżek w OAiIT wynosiła mniej niż 2% ogólnej liczby łóżek w szpitalu.

Dyrektor szpitala wyjaśnił, iż niezapewnienie w OAiIT liczby łóżek zgodnie z wymogami § 4 ust. 3 rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT wynikało z niedoboru średniego personelu medycznego.

W Szpitalu w Brzozowie, według RPWDL, na dzień 1 stycznia 2018 r. było ogółem 507 łóżek, w tym siedem w OAiIT (stanowiło to 1,38% ogólnej liczby łóżek). W dniu 21 listopada 2018 r. zmniejszono liczbę łóżek w szpitalu do 435 – z czego 10 łóżek było w OAiIT (co stanowiło 2,3% ogólnej liczby łóżek).

W Szpitalu w Leżajsku, według RPWDL, łączna liczba łóżek w oddziałach wynosiła: od 1 stycznia do 31 lipca 2018 r. – 385, od 1 sierpnia do 31 grudnia 2018 r. – 380, od 1 stycznia 2019 r. do 31 grudnia 2020 r. – 339.

Liczbę tę nie uwzględniają, wykazanych w RPWDL łóżek w SOR, gdyż jak wskazał dyrektor szpitala, w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego⁸, przy opisie obszarów SOR nie występuje określenie „łóżko” lecz „stanowisko”.

⁷ W OAiIT po 1 lipca 2021 r. było 11 łóżek a powinno być minimum 12 łóżek.

⁸ Dz. U. z 2021 r. poz. 2048.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Przy uwzględnieniu łóżek w SOR, na stanowiskach intensywnej terapii i stanowiskach obserwacyjnych, łączna liczba łóżek w oddziałach szpitalnych wynosiła: od 1 stycznia do 31 lipca 2018 r. – 392, od 1 sierpnia do 31 grudnia 2018 r. – 387, od 1 stycznia 2019 r. do 31 grudnia 2020 r. – 349.

Zgodnie z RPWDL oraz pismami Dyrektora SPZOZ, w latach 2018–2020 OAiIT miał sześć łóżek. Miał także jedno łóżko w pełni wyposażone w aparaturę medyczną i monitorowane, które znajdowało się w izolatce i nie było ujmowane w RPWDL.

Wykazywana przez szpital liczba łóżek w OAiIT stanowiła: od 1 stycznia do 31 sierpnia 2018 r. – 1,5% liczby wszystkich łóżek jakimi dysponował szpital (z uwzględnieniem łóżek na stanowiskach intensywnej terapii i obserwacyjnych w SOR), od 1 września do 31 grudnia 2018 r. – 1,6% tej liczby, a w roku 2019 i 2020 – 1,7%. Z uwzględnieniem łóżka w izolatce wskaźnik ten wynosił 1,8% w 2018 r., a wymaganą wartość 2% osiągnął od 1 stycznia 2019 r., po zmniejszeniu łącznej liczby łóżek w oddziałach szpitala.

Nie można było zorganizować większej liczby łóżek w OAiIT z powodu ograniczeń architektonicznych i technologicznych. W trakcie kontroli złożono wnioski do RPWDL o zmianę liczby łóżek w OAiIT z sześciu na siedem (po uwzględnieniu łóżka w izolatce), co pozwoliło spełnić warunek określony w § 4 ust. 3 rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT.

Zdjęcie nr 1

Szpital w Lesku, OAiIT – dwustanowiskowa sala intensywnej terapii



Źródło: materiały własne NIK.

Zgodnie z art. 49 ust. 1 pkt 3 ustawy o działalności leczniczej, w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą, kierownik podmiotu leczniczego (dyrektor szpitala), przeprowadza konkurs na stanowisko ordynatora. Treść ust. 7 tego artykułu określa, że w przypadku, gdy zgodnie z regulaminem organizacyjnym, oddziałem kieruje lekarz, który nie jest ordynatorem, nie przeprowadza się konkursu na stanowisko lekarza kierującego oddziałem.

Wymagania dotyczące
kierowników
oraz pielęgniarek
oddziałowych OAiIT

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W Szpitalu w Brzozowie, zgodnie z uregulowaniami wewnętrznymi, OAiIT kierował ordynator, który nie był wybrany w konkursie.

Przykład

W Szpitalu w Brzozowie, w latach 2018–2020, obowiązki ordynatora OAiIT pełniło dwóch lekarzy. Pierwszy, wybrany w 2006 r. w konkursie na stanowisko ordynatora, kierował oddziałem sześć lat – do 31 grudnia 2012 r. Następnie temu samemu lekarzowi powierzono pełnienie obowiązków w tym zakresie, do czasu wyłonienia ordynatora w drodze konkursu. Od 10 września 2019 r. obowiązki ordynatora OAiIT powierzono drugiemu lekarzowi, który 14 lipca 2020 r. rozwiązał ze szpitalem umowę o pracę i świadczył dla niego usługi w ramach kontraktu, pełniąc nadal nadzór organizacyjny i merytoryczny nad OAiIT. Od roku 2006 nie odbył się żaden konkurs na stanowisko ordynatora OAiIT.

Dyrektor szpitala wyjaśnił, że pierwszy z lekarzy pełnił funkcję ordynatora OAiIT do dnia przejścia na emeryturę. Kierujący tym oddziałem był wielkim autorytetem w środowisku anestezjologów, cieszył się uznaniem wśród lekarzy i pacjentów. Wyjaśnił, że następcę kierującego OAiIT wskazali lekarze tego oddziału. Dyrektor wyjaśnił, że ostateczną decyzję o wyborze lekarza kierującego tym oddziałem podjął w oparciu o własną wiedzę oraz uwzględniając opinię pracowników OAiIT. Dyrektor wyjaśnił, że od połowy 2020 r. wszyscy lekarze specjaliści pracujący w OAiIT świadczą usługi medyczne w oparciu o umowy kontraktowe, ta sytuacja praktycznie uniemożliwia wyłonienie ordynatora oddziału w drodze konkursu.

W pozostałych siedmiu szpitalach OAiIT kierowali lekarze, którzy nie byli ordynatorami co, zgodnie z art. 49 ust. 7 ustawy o działalności leczniczej, nie wymagało przeprowadzenia konkursu na te stanowiska.

W okresie objętym kontrolą lekarze kierujący OAiIT (ordynator oraz kierownicy) mieli odpowiednie kwalifikacje określone w § 4 ust. 10, w związku z § 2 pkt 3 rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT. Mieli specjalizację II stopnia w dziedzinie: anestezjologii lub anestezjologii i reanimacji lub anestezjologii i intensywnej terapii lub uzyskali tytuł specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii.

Przepisy § 4 ust. 11 rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT stanowią, że pielęgniarką oddziałową OAiIT powinna być pielęgniarka, która ukończyła specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki. Stosownie do postanowień § 16 ust. 4 tego rozporządzenia, pielęgniarka, będąca przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia pielęgniarką oddziałową OAiIT, która nie spełnia tych wymagań, może pełnić tę funkcję nie dłużej niż do 31 grudnia 2022 r.

W latach 2018–2020, w sześciu objętych kontrolą szpitalach pielęgniarki oddziałowe miały kwalifikacje określone w § 4 ust. 11 tego rozporządzenia, z tym, że w Wojewódzkim Szpitalu w Tarnobrzegu w OAiIT nie było stanowiska Pielęgniarki Oddziałowej. Obowiązki te wykonywała Pielęgniarka Koordynująca i Nadzorująca, która 6 listopada 2019 r. ukończyła specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego.

W pozostałych dwóch szpitalach (w Brzozowie i w Strzyżowie) pielęgniarki oddziałowe nie miały wymaganych kwalifikacji, co przedstawiono w poniższych przykładach.

Przykłady

W **Szpitalu w Brzozowie**, w okresie objętym kontrolą, dwie osoby pełniły obowiązki Pielęgniarki Oddziałowej OAiT. Pierwsza z nich miała wymagane kwalifikacje i obowiązki oddziałowej pełniła do 28 września 2020 r. Następnie funkcję tę objęła pielęgniarka, która ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki dla pielęgniarek oraz uzyskała kwalifikacje pielęgniarki specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego. Od 29 sierpnia 2020 r. pielęgniarka ta uczestniczyła w szkoleniu specjalistycznym w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki dla pielęgniarek. W przypadku braku ukończenia tej specjalizacji, funkcję Pielęgniarki Oddziałowej będzie mogła pełnić nie dłużej niż do 31 grudnia 2022 r.

W **Szpitalu w Strzyżowie** Pielęgniarka Oddziałowa w OAiT ukończyła medyczne studium zawodowe w zakresie pielęgniarstwa oraz kurs z zakresu pielęgniarstwa anestezjologicznego. Dyrektor szpitala powierzył jej pełnienie funkcji pielęgniarki oddziałowej na okres od 6 stycznia 2016 r. do 5 stycznia 2021 r., przedłużony 5 stycznia 2021 r. w związku z ogłoszeniem na obszarze RP stanu zagrożenia epidemicznego, a następnie stanu epidemii, o czas trwania tego stanu oraz o kolejne 90 dni od dnia jego odwołania.

Zgodnie z postanowieniami § 4 ust. 11, w związku z § 16 ust. 4, rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT, pielęgniarka oddziałowa, może pełnić tę funkcję nie dłużej niż do 31 grudnia 2022 r.

Szpitaly objęte kontrolą w latach 2018–2020 miały ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń. Zakres tych ubezpieczeń był zgodny z rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą⁹. Obowiązek ubezpieczenia działalności szpitali wynikał z postanowień art. 17 ust. 1 pkt 4 lit. a) i art. 25 ust. 1 i 2 ustawy o działalności leczniczej. Stosownie do postanowień art. 136b ust. 1 pkt 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, świadczeniodawca będący podmiotem wykonującym działalność leczniczą podlega obowiązkowi ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej na zasadach określonych w przepisach ustawy o działalności leczniczej.

Ubezpieczenie działalności szpitali od odpowiedzialności cywilnej

5.1.2. Standardy organizacyjne postępowania przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii

Szpitaly udzielające świadczeń zdrowotnych w zakresie anestezji powinny mieć wewnętrzne procedury przygotowania pacjenta do znieczulenia. Procedury takie wynikały z postanowień § 9 pkt 1 rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT. Przepis ten stanowi, że kierownik podmiotu leczniczego prowadzącego szpital, w porozumieniu z lekarzem kierującym OAiT, określa procedury przygotowania pacjenta do znieczulenia, w tym

Procedury dotyczące przygotowania pacjenta do znieczulenia

⁹ Dz. U. z 2019 r. poz. 866. Wcześniej w tym zakresie obowiązywało rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. Nr 293, poz. 1729).

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

wykaz badań diagnostycznych, laboratoryjnych, w celu bezpiecznego przeprowadzenia zabiegu w trybie natychmiastowym, pilnym, przyspieszonym i planowym.

Wojewódzki Szpital w Tarnobrzegu i Szpital w Przeworsku miały uregulowania wewnętrzne określające takie procedury.

W dwóch szpitalach (w Lesku i w Mielcu), w okresie objętym kontrolą nie było określonych procedur przygotowania pacjenta do znieczulenia, z tym że w trakcie kontroli (20 maja 2021 r.) Dyrektor Szpitala w Lesku, w porozumieniu z kierownikiem OAiT, opracował i wprowadził w życie procedury przygotowania pacjenta do znieczulenia. Obejmowały one m.in. wykaz badań diagnostycznych i laboratoryjnych do wykonania przed zabiegami planowymi, pilnymi lub wykonywanymi w trybie przyspieszonym bądź natychmiastowym.

W pozostałych czterech szpitalach procedury te były opracowane, lecz w niepełnym wymaganym zakresie.

W Szpitalu w Brzozowie procedura przygotowania pacjenta do znieczulenia zawierała np. wykaz badań diagnostycznych, laboratoryjnych do wykonania przed zabiegiem podejmowanym w trybie natychmiastowym, pilnym, przyspieszonym lub planowym. Zapisano w niej, że pacjent powinien mieć aktualne wyniki badań (morfologia, elektrolity, kreatynina, układ krzepnięcia, poziom glukozy we krwi), a w przypadku cesarskiego cięcia dodatkowo pacjentka powinien mieć wynik badania poziomu płytek krwi. Procedura ta nie rozróżniała rodzaju badań, które należy wykonać, w zależności od trybu, w jakim przeprowadzany był zabieg. Według wyjaśnień dyrektora szpitala, ostateczną indywidualną decyzję w tym zakresie podejmował lekarz, która była uzależniona przede wszystkim od stanu zdrowia pacjenta.

W Szpitalu w Leżajsku obowiązywała procedura, której celem było ujednolicenie postępowania anestezjologicznego w stosunku do pacjenta, u którego planowany był zabieg operacyjny. Nie określono natomiast badań dla zabiegów prowadzonych w pozostałych trybach (natychmiastowym, pilnym i przyspieszonym). Wykaz badań pacjentów poddawanych planowym zabiegom operacyjnym określony został w wersji procedury obowiązującej od 18 maja 2021 r.

Podobnie w Wojewódzkim Szpitalu w Przemyślu, nie określono procedury przygotowania pacjenta do znieczulenia, w tym wykazu badań diagnostycznych, laboratoryjnych dla zabiegów przeprowadzanych w trybie natychmiastowym, pilnym, przyspieszonym. Szpital miał procedurę dotyczącą przygotowania pacjenta do zabiegu w trybie planowym.

W Szpitalu w Strzyżowie obowiązywały m.in. procedury przygotowania pacjenta do znieczulenia podpajęczynówkowego, znieczulenia zewnątrzoponowego oraz znieczulenia ogólnego. Nie zawierały one jednak wykazu badań diagnostycznych, laboratoryjnych koniecznych do przeprowadzenia przed zabiegami wykonywanymi w trybie natychmiastowym, pilnym, przyspieszonym i planowym. W trakcie kontroli NIK procedury przygotowania pacjenta do znieczulenia zostały uzupełnione o wymagane wykazy badań.

Standard organizacyjny określony w § 9 pkt 2 rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT stanowi, że kierownik podmiotu leczniczego prowadzącego szpital, w porozumieniu z lekarzem kierującym OAiT, ustala sposób komunikacji alarmowej.

Procedury dotyczące komunikacji alarmowej

Przepis ten jest mało precyzyjny, gdyż nie określa, co komunikacja alarmowa powinna obejmować i jakich sytuacji ona dotyczy. Kontrola wykazała, że w oparciu o tak ogólne przepisy rozporządzenia, szpitale przyjmowały odmienne interpretacje i podejmowały różne działania dotyczące komunikacji alarmowej.

W Szpitalu w Brzozowie, w ramach komunikacji alarmowej określono wykaz numerów telefonów alarmowych (do sali intensywnego nadzoru oraz na dyżurkę lekarzy anestezjologów) w przypadku zaistnienia zagrożenia życia wymagającego szybkiej specjalistycznej interwencji lekarza. Poza tym w szpitalu obowiązywały procedury konkretyzujące działania np. w przypadku zatrzymania krążenia i oddechu; w przypadku utraty przytomności; wykaz leków, materiału i sprzętu dostępnych w stanach nagłego zagrożenia życia; na wypadek wystąpienia zdarzenia mnogiego, masowego i katastrofy. Ostatnia z wymienionych procedur przewidywała powiadamianie personelu, który nie świadczył w tym czasie pracy w szpitalu. Funkcjonował także „Plan postępowania na wypadek zdarzeń nadzwyczajnych” powstałych na terenie tego szpitala.

W Szpitalu w Przeworsku, w ramach komunikacji alarmowej określono procedury dotyczące pierwszej pomocy we wstrząsie anafilaktycznym. Poza tym w szpitalu nie przyjęto innej regulacji dotyczącej sposobu komunikacji alarmowej.

W Wojewódzkim Szpitalu w Przemyślu i w Szpitalu w Strzyżowie, w ramach komunikacji alarmowej udostępniono wykaz numerów telefonów służbowych.

W Szpitalu w Leżajsku system komunikacji alarmowej rozumiany był jako metoda wzywania zespołu reanimacyjnego w sytuacjach zagrażających zdrowiu lub życiu pacjenta, wymagających przeprowadzenia zaawansowanych zabiegów reanimacyjnych. Wskazane zostały zasady prowadzenia resuscytacji. Podany został też telefoniczny numer kontaktowy szpitalnego zespołu resuscytacyjnego.

W Szpitalu w Mielcu obowiązywała procedura określająca postępowanie w przypadku nagłego zatrzymania krążenia lub omdlenia poza oddziałami szpitalnymi.

W Wojewódzkim Szpitalu w Tarnobrzegu w ramach komunikacji alarmowej uregulowano sposób postępowania w przypadkach:

- zgłoszenia osób w stanie nagłego zagrożenia życia z powodu schorzeń nieodpowiadających profilowi szpitala;
- braku możliwości przyjęcia (brak miejsc, remont);
- gwałtownego pogorszenia stanu zdrowia osoby niehospitalizowanej na terenie szpitala;
- gwałtownego pogorszenia stanu zdrowia osoby hospitalizowanej, gdy pomoc przekracza możliwości szpitala;
- pacjentów: nieletnich, NN oraz z „podejrzeniem popełnienia przestępstwa”.

W Szpitalu w Lesku nie było ustalonej pisemnej procedury dotyczącej sposobu komunikacji alarmowej. Dyrektor szpitala wskazał, że ustawa nie precyzuje i nie definiuje stanu sytuacji alarmowej, stan taki nie może być tym samym opisany dla jednego oddziału. W szpitalu tym przyjęto zwyczajowo, że w przypadku, który tego wymaga, a związanego ze stanem nieoczekiwanym i koniecznością podejmowania decyzji ponadstandardowych, ustanowiona była „instytucja starszego lekarza dyżuru”, wskazanego każdorazowo w grafiku.

W ocenie NIK przepis § 9 pkt 2 rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiT wymaga uszczegółowienia, w szczególności przepis ten powinien określać, jakich sytuacji komunikacja alarmowa dotyczy oraz niezbędne elementy tej procedury.

Znieczulanie przez
jednego lekarza
jednocześnie dwóch
pacjentów

Zgodnie ze standardem organizacyjnym określonym w § 9 pkt 9 rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiT, lekarz wykonujący znieczulenie może w tym samym czasie znieczulać tylko jednego pacjenta; podczas znieczulenia z lekarzem współpracuje pielęgniarka anestezjologiczna.

W sześciu szpitalach stwierdzono przypadki, w których jeden lekarz w tym samym czasie znieczulał dwóch pacjentów.

Przykłady

W Szpitalu w Brzozowie 8 marca 2018 r. ten sam lekarz dokonywał znieczulenia ogólnego przy zabiegu nr 220, czas trwania znieczulenia godz. 11:05–12:00 (sala nr I) oraz znieczulał pacjenta przy zabiegu nr 205, w godz. 11:30–12:00. Oznacza to, że jeden lekarz w ciągu 30 minut znieczulał jednocześnie dwóch pacjentów.

Dyrektor szpitala wyjaśnił, że w związku z brakami kadrowymi lekarzy anestezjologów miała miejsce sytuacja, gdzie lekarz udzielał świadczeń przy znieczulaniu dwóch pacjentów jednocześnie, jednak była to sytuacja incydentalna. Wyjaśnił, że zespół anestezjologów i chirurgów rozważył korzyści i zagrożenia dla pacjenta wynikające z przeprowadzenia lub zaniechania operacji i podjął decyzję w tym przypadku wyłącznie o przesłanki medyczne. Dyrektor wskazał, że regułą stosowaną w szpitalu jest sytuacja, że jednocześnie jeden lekarz odpowiada za znieczulanie jednego pacjenta.

W Szpitalu w Przeworsku ustalono, że 5 marca 2018 r. anestezjolog prowadził jednocześnie znieczulenie u dwóch pacjentów (w godz. od 10:30 do 11:35 – w sali operacyjnej nr 3 i w godz. od 11:05 do 11:30 – w sali operacyjnej nr 4). Odnosząc się do tego przypadku, dyrektor szpitala podał m.in., że lekarz anestezjolog, o godz. 10:30 przyjął w sali nr 3 pacjenta z oddziału chirurgii do znieczulenia podpajęczynówkowego. Znieczulenie trwało do godz. 11:35 i było to znieczulenie planowe. Natomiast w sali nr 4 o godz. 11:05 rozpoczął się zabieg ortopedyczny, zaplanowany w znieczuleniu miejscowym, czyli w obecności pielęgniarki anestezjologicznej, bez obecności lekarza anestezjologa. Jednak wobec faktu, że pacjent odczuwał silny ból oraz nastąpił wzrost parametrów życiowych, pielęgniarka anestezjologiczna wezwała lekarza anestezjologa, który był fizycznie najbliższy i najszybciej dostępny, bo przebywał w sąsiedniej sali operacyjnej.

Dyrektor wskazał, że niespełnienie wymogu w zakresie możliwości znieczulania w tym samym czasie przez lekarza anestezjologa tylko jednego pacjenta, było sytuacją incydentalną i podyktowaną szeroko rozumianym dobrem pacjenta.

W Wojewódzkim Szpitalu w Przemyślu 5 marca 2018 r. lekarz dokonał znieczulenia pacjenta w godz. 8:25–9:55. Równocześnie w tym samym dniu w godz. 9:25–12:50 dokonał znieczulenia innego pacjenta.

Poza tym stwierdzono rozbieżności pomiędzy wpisami w Księgach Bloku Operacyjnego i w kartach znieczulenia, dotyczące godzin znieczulania pacjenta. Z wpisów w Księdze Bloku Operacyjnego wynikało, że w trzech przypadkach jeden lekarz w tym samym czasie znieczulał dwóch pacjentów, natomiast analiza wpisów w kartach znieczulenia wykazała, że sytuacje takie nie wystąpiły. Wskazuje to na dokonywanie rozbieżnych i co za tym idzie, nierzetelnych wpisów w dokumentacji medycznej.

Dyrektor szpitala wyjaśniła, że poleciła zastępcy dyrektora ds. leczenia do niezwłocznego poinformowania BO o zaistniałym fakcie, przeszkolenia w zakresie prowadzenia dokumentacji medycznej, tak aby w przyszłości podobne sytuacje nie miały miejsca.

W Szpitalu w Lesku stwierdzono trzy przypadki, w których jeden lekarz w tym samym czasie znieczulał jednocześnie dwóch pacjentów. Były to następujące sytuacje:

- w dniu 7 marca 2018 r. w godz. od 12:40 do 12:55 (15 minut) lekarz znieczulał w tym samym czasie jednocześnie dwóch pacjentów,
- w dniu 8 marca 2018 r. w godz. od 11:20 do 11:30 (10 minut) lekarz znieczulał w tym samym czasie jednocześnie dwóch pacjentów,
- w dniu 5 czerwca 2019 r. w godz. od 11:15 do 11:20 (5 minut) lekarz znieczulał w tym samym czasie jednocześnie dwóch pacjentów.

Dyrektor szpitala wyjaśnił, że przypadki znieczulania „na tzw. zakładkę” mogły mieć miejsce w wyjątkowych przypadkach lekkich zabiegów przy ewentualnym braku personelu. Każdorazowo o takim działaniu decydował lekarz minimalizując ryzyko.

W Szpitalu w Mielcu stwierdzono cztery przypadki, w których jeden lekarz w tym samym czasie znieczulał jednocześnie dwóch pacjentów. Były to następujące sytuacje:

- a) w dniu 5 marca 2018 r. lekarz anestezjolog w godz. od 8:30 do 10:00 znieczulał pacjenta do zabiegu opisanego w książce operacyjnej „chirurgia naczyniowa” pod numerem 68 oraz w godz. od 8:25 do 9:15 znieczulał pacjenta, którego zabieg opisano w książce operacyjnej „urologia” pod numerem 228;
- b) w dniu 4 marca 2018 r. lekarz anestezjolog w godz. od 8:40 do 9:50 znieczulał pacjenta, którego zabieg opisano w książce operacji „chirurgia” pod nr 164 oraz w godz. od 8:45 do 9:00 znieczulał pacjenta, którego zabieg opisano w książce operacji „ginekologia” pod numerem 64;
- c) w dniu 6 marca 2018 r. lekarz anestezjolog z II stopniem specjalizacji oraz lekarz w trakcie specjalizacji – rezydent, znieczulali w godz. od 8:00 do 9:30, pacjenta, którego zabieg opisano w książce operacyjnej „ortopedia” pod numerem 255 oraz w godz. od 8:20 do 9:30 znieczulali pacjenta, którego zabieg opisano w książce operacyjnej „chirurgia naczyniowa” pod nr 71;
- d) w dniu 7 czerwca 2019 r. lekarz anestezjolog z II stopniem specjalizacji oraz lekarz w trakcie specjalizacji – rezydent, w godz. od 8:20 do 9:30 znieczulali pacjenta, którego zabieg opisano w książce operacyjnej „chirurgia” pod nr 397 oraz w godz. od 7:40 do 10:10 pacjenta, którego zabieg opisano w książce operacyjnej „neurochirurgia” pod numerem 559.

W Szpitalu w Strzyżowie stwierdzono pięć przypadków, w których z zapisów raportów wynikało, że ten sam lekarz jednocześnie znieczulał dwóch pacjentów. Przypadki te stwierdzono podczas pracy jednego lekarza anestezjologa znieczulającego pacjentów 20 marca 2018 r. (nakładający się czas wynosił 5 minut w czterech przypadkach i 10 minut w jednym przypadku).

Dodatkowo w dokumentacji medycznej, w dziewięciu przypadkach stwierdzono nierzetelne wpisy dotyczące rozpoczęcia i zakończenia znieczulania pacjenta. W protokołach zabiegów operacyjnych wpisany był inny czas rozpoczęcia i zakończenia znieczulenia, niż czas rozpoczęcia i zakończenia

znieczulenia w karcie znieczulenia. Różnice w czasie wynosiły od 5 do 10 minut. W trzech przypadkach czas rozpoczęcia i zakończenia znieczulenia odnotowany w protokołach zabiegów operacyjnych znacznie odbiegał od wpisów w karcie znieczulenia.

Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa wyjaśnił, że w przyszłości, by uniknąć pomyłek i niezgodności w tym zakresie, dyrekcja szpitala rozważa dopuszczenie rozwiązania, w którym lekarze zabiegowi nie będą wprowadzać tych czasów w protokole operacyjnym, będą one ujęte wyłącznie w karcie znieczulenia. Pokrywanie się czasów znieczulenia wynika z faktu, iż anestezjolog po wstępnym wybudzeniu pacjenta pozostawia go pod opieką pielęgniarki anestezjologicznej, a sam udaje się do sali operacyjnej znajdującej się obok w celu rozpoczęcia kolejnego znieczulenia. Taki sposób działania związany jest z małą liczbą dostępnych lekarzy anestezjologów w stosunku do ilości zabiegów.

Zespoły anestezjologiczne

W szpitalach objętych kontrolą, poza jednym wyjątkiem, były przestrzegane standardy dotyczące zespołów anestezjologicznych, określone w § 9 pkt 9 rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiiT. Standard ten stanowi, że podczas znieczulania pacjenta z lekarzem współpracuje pielęgniarka anestezjologiczna, tj. pielęgniarka z odpowiednimi kwalifikacjami, określonymi przepisami § 2 pkt 6 tego rozporządzenia.

W Szpitalu w Leżajsku, w przypadku pięciu spośród 115 sprawdzonych w kontroli protokołów znieczuleń wynikało, że z lekarzem wykonującym znieczulenie nie współpracowała pielęgniarka z uprawnieniami pielęgniarki anestezjologicznej. W trakcie jednego zabiegu 6 czerwca 2019 r. oraz czterech zabiegów przeprowadzonych 7 czerwca 2019 r., z lekarzem współpracowała pielęgniarka dopiero uczestnicząca w kursie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki¹⁰. Przyczyną skierowania do pracy przy znieczuleniu pielęgniarki bez kwalifikacji pielęgniarki anestezjologicznej był fakt, że 6 i 7 czerwca 2019 r. w pracy nieobecnych było pięć pielęgniarek zespołu OAiiT.

W pozostałych szpitalach podczas znieczulania pacjentów z lekarzami współpracowały pielęgniarki anestezjologiczne.

Sale nadzoru poznieczuleniowego

Nadzór poznieczuleniowy to świadczenia zdrowotne polegające na opiece nad pacjentem w bezpośrednim okresie pooperacyjnym. Jest to szczególnie ważny element leczenia szpitalnego obejmujący świadczenia z dziedziny anestezjologii i intensywnej terapii. Świadczenia te powinny być wykonywane w odpowiednio przygotowanych pomieszczeniach szpitalnych zwanych salami nadzoru poznieczuleniowego, w których znajdują się stanowiska nadzoru poznieczuleniowego. Zgodnie z postanowieniami § 4 ust. 9 rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiiT, w szpitalach, w których są udzielane świadczenia zdrowotne z zakresu anestezji, w obrębie bloku operacyjnego lub w bliskim sąsiedztwie bloku operacyjnego znajdują się sale nadzoru poznieczuleniowego. Na stanowisku nadzoru poznieczuleniowego w sali nadzoru poznieczuleniowego, zapewnia się możliwość obserwacji bezpośredniej lub przy użyciu kamer wyposażonych w funkcje autostartu, w szczególności możliwość obserwa-

¹⁰ Nie była to pielęgniarka anestezjologiczna w myśl przepisu § 2 pkt 6 rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiiT.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

cji twarzy. Sala nadzoru poznieczuleniowego powinna być wyposażona w: wózek reanimacyjny i zestaw do konikotomii, defibrylator z możliwością wykonania kardiowersji, respirator z możliwością regulacji stężenia tlenu w zakresie 21–100 % (co najmniej jeden na salę nadzoru poznieczuleniowego) oraz elektryczne urządzenie do ssania (co najmniej jedno na trzy stanowiska nadzoru poznieczuleniowego). Wyposażenie stanowiska nadzoru poznieczuleniowego powinno obejmować: źródło tlenu, powietrza i próżni, aparat do pomiaru ciśnienia krwi, monitor EKG, pulsoksymetr oraz termometr.

Wśród skontrolowanych szpitali, sześć z nich miało sale nadzoru poznieczuleniowego. W pozostałych dwóch szpitalach wyglądało to następująco:

- w **Szpitalu w Lesku**, w latach 2018–2020 nie było sali nadzoru poznieczuleniowego. Ekspertyza przeprowadzona w 2015 r. wskazała brak możliwości lub nieopłacalność dostosowania istniejących pomieszczeń Szpitala do obowiązujących przepisów. W 2020 r. wybudowano nowy BO, który ma dwie sale operacyjne oraz salę nadzoru poznieczuleniowego z zaplanowanymi dwoma stanowiskami. W 2021 r. Szpital prowadził postępowania w sprawie udzielenia zamówień publicznych¹¹, dotyczące dostaw wyposażenia do pomieszczeń nowego BO, także do sali nadzoru poznieczuleniowego. Oddanie do użytku nowego BO zaplanowano na II półrocze 2021 r.;
- w **Szpitalu w Strzyżowie** nie było wyodrębnionego pomieszczenia sali nadzoru poznieczuleniowego. W BO dostępna była sala przygotowania pacjenta do operacji, przylegająca do jednej z sal operacyjnych. Sala ta, stosownie do opisu zawartego w dokumentacji budowlanej Szpitala, mogła pełnić rolę sali przygotowania pacjenta do operacji i jednocześnie rolę sali nadzoru poznieczuleniowego, gdzie następuje ustabilizowanie czynności życiowych i pierwsze wybudzenie pacjenta z narkozy.

Według standardu określonego w § 9 pkt 16 rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT, pacjentów w bezpośrednim okresie pooperacyjnym umieszcza się w sali nadzoru poznieczuleniowego.

Umieszczanie pacjentów
w salach nadzoru
poznieczuleniowego

Opieka nad pacjentem w sali nadzoru poznieczuleniowego wymaga stałej obecności lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii lub lekarza anestezjologa. Lekarz ten nie może równocześnie prowadzić stałej opieki nad pacjentami w OAiIT. Bezpośredni nadzór nad pacjentem w sali nadzoru poznieczuleniowego prowadzą pielęgniarki anestezjologiczne, którym należy zapewnić środki techniczne umożliwiające stały kontakt z lekarzem specjalistą anestezjologii i intensywnej terapii.

W czterech szpitalach (w **Brzozowie, Przemyślu, Tarnobrzegu i Mielcu**) pacjentów po zabiegu operacyjnym umieszczano w salach nadzoru poznieczuleniowego. Pacjenci przebywali tam około kilkadziesiąt minut, do czasu stabilizacji funkcji życiowych i powrotu do przytomności.

¹¹ W trybie przepisów ustawy z dnia 11 września 2019 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1129, ze zm.).

Po ocenie ich stanu ogólnego przez lekarza znieczulającego, trafiali do oddziałów macierzystych. Pobyt pacjenta w tych salach został odnotowany w dokumentacji medycznej. Kontrola w **Szpitalu w Brzozowie** wykazała, że w latach 2019–2020, w kartach znieczulenia zamieszczano informację o umieszczeniu pacjenta w sali nadzoru poznieczuleniowego, natomiast brak było takiej informacji w kartach znieczulenia w 2018 r. Informacja o pobycie pacjentów w sali nadzoru poznieczuleniowego była odnotowywana po zmianie wzoru karty znieczulenia.

W **Szpitalu w Przeworsku**, w badanej próbie kontrolnej 30 dokumentacji medycznych, stwierdzono jeden przypadek (z 1 marca 2018 r.), w którym znieczulonego pacjenta do operacji planowej, w bezpośrednim okresie pooperacyjnym nie umieszczono w sali nadzoru poznieczuleniowego. Pacjent ten został przetransportowany bezpośrednio po zabiegu do Oddziału Chirurgii. Według wyjaśnień, było to spowodowane stanem zdrowia pacjenta oraz rodzajem i czasem przeprowadzonego zabiegu.

W **Szpitalu w Leżajsku** na podstawie próby 30 analizowanych dokumentacji medycznych stwierdzono, że w 12 przypadkach bezpośrednio po zabiegach operacyjnych, pacjenci nie byli umieszczani w sali nadzoru poznieczuleniowego, lecz zostali przekazani do oddziałów macierzystych (zabiegowych). Według wyjaśnień dyrektora szpitala, dotyczyło to przypadków, gdy w ocenie lekarza nie było zagrożenia dla życia lub zdrowia pacjenta, natomiast w związku z kontrolą poinformowano lekarzy o konieczności przestrzegania tego standardu.

W **Szpitalu w Strzyżowie**, w BO dostępna była sala przygotowania pacjenta do operacji, która pełniła również rolę sali nadzoru poznieczuleniowego. Jak ustalono w trakcie kontroli, ze względu na ograniczenia kadrowe związane z małą liczbą dostępnych na rynku pracy lekarzy anestezjologów i brakiem lekarzy rezydentów, czynności związane z wybudzeniem i ustabilizowaniem funkcji życiowych odbywały się w sali operacyjnej BO. Następnie postępowanie z pacjentami było dwojakie:

- jeżeli stan pacjenta oceniono jako dobry, był on przekazywany przez personel BO personelowi oddziałów zabiegowych i przewożony na sale pooperacyjne (w Oddziale Chirurgii z Pododdziałem Urazowo-Ortopedycznym z Pracownią Endoskopii i Oddziale Ginekologii). Pacjenci byli tam nadzorowani przez pielęgniarki, położne i lekarzy tych oddziałów, którzy mieli możliwość kontaktu z anestezjologiem, który wykonywał znieczulenie. Sale te wyposażone były w źródła tlenu, gazów medycznych, kardiomonitor, pulsoksymetrię i stałą łączność telefoniczną z OAiIT;
- gdy stan pacjenta był ciężki, w szczególności gdy wymagał on wentylacji respiratorem, przekazywano go do dalszej terapii personelowi OAiIT.

W **Szpitalu w Lesku**, w okresie objętym kontrolą, w BO nie było sali nadzoru poznieczuleniowego, a pacjenci w bezpośrednim okresie pooperacyjnym byli umieszczani w wyizolowanych miejscach w salach oddziałów macierzystych (zabiegowych).

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że nieprzekazywanie pacjentów do sali nadzoru poznieczuleniowego ogranicza stosowną opiekę nad takim pacjentem, którą powinny wykonywać pielęgniarki anestezjologiczne oraz lekarze – specjaliści anestezjologii i intensywnej terapii (lub lekarze anestezjolodzy¹²). W bezpośrednim okresie pooperacyjnym, do czasu ustabilizowania podstawowych funkcji życiowych pacjenci powinni przebywać pod nadzorem personelu anestezjologicznego.

Zgodnie z postanowieniami § 11 pkt 6 rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT, na stanowiskach nadzoru pielęgniarstwa zapewnia się możliwość obserwacji bezpośredniej pacjentów. Kontrola wykazała, że we wszystkich kontrolowanych szpitalach, w OAiIT były takie stanowiska nadzoru pielęgniarstwa, które umożliwiały – bez ograniczeń – obserwacje leżących na sali pacjentów.

Stanowiska nadzoru
pielęgniarstwa

Przykłady

W Szpitalu w Brzozowie, w OAiIT stanowiska nadzoru pielęgniarstwa były tak usytuowane, że można było z nich obserwować wszystkich pacjentów leżących na sali. Z uwagi na kształt sali OAiIT, przedzielonej filarem, były w niej dwa takie stanowiska.

W Wojewódzkim Szpitalu w Przemyślu, w OAiIT, w jednej sali zlokalizowano osiem, a następnie 11 stanowisk intensywnej terapii, przedzielonej przeszkłonymi, przesuwalnymi drzwiami. Stanowiska nadzoru pielęgniarstwa były usytuowane na środku każdej z dwóch części tej sali, w taki sposób, że umożliwiały dobrą obserwację leczonych tu pacjentów. Także w izolacie zorganizowano stanowisko nadzoru pielęgniarstwa, na wprost łóżka pacjenta.

W Szpitalu w Lesku, w OAiIT znajdowały się dwie sale, w tym sala intensywnej terapii z dwoma stanowiskami i izolatka z jednym stanowiskiem. Stanowisko nadzoru pielęgniarstwa znajdowało się w holu w części centralnej oddziału, bezpośrednio przed wejściem do obu sal. Stanowisko było wyposażone w system ciągłego monitorowania, z możliwością kontrolowania parametrów życiowych jednocześnie wszystkich chorych znajdujących się w oddziale. Na tym stanowisku można było także obserwować każdego pacjenta za pomocą wideokamer.

¹² Z I stopniem specjalizacji.

Zdjęcie nr 2

Szpital w Lesku, OAiIT – stanowisko nadzoru pielęgniarskiego



Źródło: materiały własne NIK.

Ocena jakości świadczeń zdrowotnych

Standard organizacyjny określony w § 14 rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT, wymaga, aby lekarz kierujący OAiIT przeprowadzał raz w roku ocenę jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych w oddziale, przede wszystkim ocenę zgodności postępowania z procedurami określonymi w § 9 pkt 1 tego rozporządzenia oraz aktualnymi zaleceniami odpowiednich towarzystw naukowych, kompletność dokumentacji i występowanie zdarzeń medycznych, o których mowa w art. 67a ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

W **Szpitalu w Brzozowie**, w OAiIT przeprowadzano ocenę jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych (leczenia). W roku 2018 ocena wykazała potrzebę poprawy organizacji pracy na styku chirurg-anestezjolog, poprawę staranności w wypełnianiu kart badania przedoperacyjnego i znieczulenia oraz potrzebę omawiania trudnych przypadków w dzień poprzedzający zabieg. W 2019 r. wnioski wynikające z tej oceny dotyczyły m.in. poprawy komunikacji pomiędzy oddziałami zabiegowymi a OAiIT, doposażenia oddziału w urządzenie umożliwiające małoinwazyjne monitorowanie hemodynamiczne znieczulanych pacjentów oraz utrzymania wnikliwej oceny przedoperacyjnej, zwłaszcza pacjentów w zaawansowanym wieku. W roku 2020, wnioski z tej oceny były podobne do tych z roku poprzedniego, z tym że wskazano na konieczność dokumentowania każdego znieczulenia w systemie informatycznym szpitala, dla uwiarygodnienia wyników analizy danych (liczby zabiegów, czasu ich trwania i racjonalności wykorzystania poszczególnych sal operacyjnych). W trakcie kontroli NIK ustalono, że wnioski z tych ocen zostały zrealizowane, np. uruchomiono poradnię anestezjologiczną, gdzie kwalifikowano pacjentów do zabiegu; rozbudowano system informatyczny szpitala o moduł wprowadzania danych dotyczących wykonywanych znieczuleń. Oddział wyposażono w urządzenie umożliwiające małoinwazyjne monitorowanie hemodynamiczne. W trakcie kontroli NIK opracowywane były zasady współpracy dotyczące zgłaszania planów operacyjnych.

W **Szpitalu w Przeworsku** kierownik oddziału sporządzał corocznie informację o stanie kontroli zarządczej w OAiIT. Informacja miała formę oświadczenia, w którym kierownik OAiIT deklarował m.in., że:

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

- zgodnie z obowiązującymi procedurami tworzone i archiwizowano dokumentację medyczną indywidualną i zbiorczą pacjentów przebywających w oddziale;
- pracownicy zapoznawani byli z obowiązującymi w szpitalu standardami, procedurami i zarządzeniami;
- stosowane były wydawane przez dyrekcję szpitala aktualne zarządzenia, instrukcje i procedury;
- realizowane były cele i zadania powierzone pracownikom OAiIT w sposób efektywny, oszczędny i terminowy.

Informacje z tych kontroli nie obejmowały wszystkich elementów, zawartych w § 14 rozporządzenia *w sprawie standardów w dziedzinie AiIT*. Brakowało w nich oceny zgodności postępowania z procedurami, aktualnymi zaleceniami towarzystw naukowych, informacji dotyczącej kompletności dokumentacji oraz występowania zdarzeń medycznych, o których mowa w art. 67a ustawy *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*.

W **Szpitalu w Lesku** kierownik OAiIT nie przeprowadzał corocznych ocen jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych w oddziale; gdyż nie wiedział, że takie oceny powinny być sporządzone.

W pozostałych pięciu szpitalach (w **Przemyślu, Leżajsku, Tarnobrzegu, Mielcu i Strzyżowie**), jak wyjaśnili pracownicy tych jednostek, przeprowadzano taką ocenę, lecz nie dokumentowano jej pisemnie.

Najwyższa Izba Kontroli zauważa, że co prawda w § 14 rozporządzenia *w sprawie standardów w dziedzinie AiIT*, nie sprecyzowano, że ocena ta powinna być sporządzona pisemnie, jednak ze względów dowodowych wskazane jest, aby miała ona formę pisemną, by udokumentować, usystematyzować i wprowadzić w życie wynikające z niej wnioski.

W szpitalach objętych kontrolą funkcjonowały wewnętrzne procedury określające zasady utrzymania czystości i dezynfekcji OAiIT oraz stanowisk intensywnej terapii, w tym procedury dotyczące czynności, jakie należy wykonać po zwolnieniu łóżka przez pacjenta. Realizacja tych procedur nadzorowana była przeważnie przez pielęgniarki oddziałowe OAiIT oraz przez pracowników szpitali zajmujących się epidemiologią.

Procedury dotyczące utrzymania czystości i dezynfekcji łóżek w OAiIT

5.1.3. Lokalizacja pomieszczeń oraz wymagania przestrzenne pokoi łóżkowych w OAiIT oraz sal nadzoru poznieczuleniowego

W szpitalach, które miały sale nadzoru poznieczuleniowego, były one usytuowane w obrębie BO, tj. w bliskim lub bezpośrednim sąsiedztwie sal operacyjnych. Rozwiązania takie spełniały wymagania określone w § 4 ust. 9 rozporządzenia *w sprawie standardów w dziedzinie AiIT*. Przepisy te stanowią, że w szpitalach, w których są udzielane świadczenia zdrowotne z zakresu anestezji, w obrębie bloku operacyjnego lub w bliskim sąsiedztwie bloku operacyjnego znajdują się sale nadzoru poznieczuleniowego.

Usytuowanie sal nadzoru poznieczuleniowego oraz komunikacja pomiędzy OAiIT a innymi oddziałami łóżkowymi

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W skontrolowanych szpitalach stwierdzono, że usytuowanie OAiIT zapewniało dobrą komunikację z BO, SOR (lub Izbą Przyjęć) oraz z innymi oddziałami łóżkowymi. Nie stwierdzono występowania barier architektonicznych (stopni, różnic poziomów, wąskich przejść, innych ograniczeń) utrudniających przemieszczanie pacjentów.

W szpitalach do transportu chorych wykorzystywano windy ogólnodostępne. Niektóre szpitale miały oddzielne windy, do których dostępu nie miały osoby postronne (np. odwiedzający).

Obowiązek wyodrębnienia izolatki w OAiIT

Przepis § 4 ust. 5 rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT, wymaga, aby w OAiIT zapewniona była izolatka dostępna z traktów komunikacji oddziału, która ma służyć umożliwiającą umycie rąk, przebieranie się i składowanie materiałów izolacyjnych.

W **Wojewódzkim Szpitalu w Przemyślu**, w latach 2018–2020 (do 11 września 2020 r.) nie było w OAiIT izolatki. Po modernizacji zakończonej 11 września 2020 r. Oddział został wyposażony w izolatkę, o której mowa § 4 ust. 5 tego rozporządzenia. Izolatka dostępna była z traktów komunikacji OAiT, miała służyć umożliwiającą umycie rąk, przebieranie się i składowanie materiałów izolacyjnych, jak również odrębne stanowisko nadzoru pielęgniarki anestezjologicznej. W okresie epidemii COVID-19, wielostanowiskowa sala OAiIT została podzielona przesuwaną ścianą na dwie części, by wyodrębnić dodatkową, septyczną przestrzeń nadzoru anestezjologicznego dla pacjentów tzw. „covidowych”.

W **Szpitalu w Strzyżowie**, w okresie objętym kontrolą, OAiIT zmieniał trzykrotnie lokalizację. Do 15 marca 2018 r. Oddział był zlokalizowany w segmencie A na I piętrze budynku szpitala, a od 16 marca 2018 r. do 5 marca 2020 r. w segmencie C na III piętrze. Od 6 marca 2020 r. oddział zlokalizowano w segmencie A na parterze. Dopiero od 6 marca 2020 r. w OAiIT zorganizowano izolatkę dostępną z traktów komunikacji z służą umywalkowo-fartuchową. Pacjent przebywający w izolacie był nadzorowany za pomocą systemu monitorów funkcji życiowych i pracy aparatury medycznej, monitoringu kamery wewnętrznej, a także obserwowany bezpośrednio przez personel medyczny z okna sali intensywnej terapii (przeszklony fragment ściany).

W pozostałych szpitalach, w okresie objętym kontrolą, w OAiIT, funkcjonowały izolatki spełniające wymagania określone w rozporządzeniu w sprawie standardów w dziedzinie AiIT, z tym że w **Szpitalu w Przeworsku** dostęp do izolatki był bezpośredni z traktu korytarza, który na tym odcinku mógł być zamykany z dwóch stron. W tak zorganizowanej, zamkniętej strefie pełniącej wówczas rolę służby znajdowała się umywalka wyposażona w płyn do dezynfekcji, mydło i papierowe ręczniki oraz szafka zaopatrzona w materiały izolacyjne (jednorazowe okrycia), a także kosz na składowanie zużytych materiałów izolacyjnych.

Zdjęcie nr 3

Szpital w Lesku, OAiIT – izolatka



Źródło: materiały własne NIK.

Wymagania przestrzenne dla pokoi łóżkowych OAiIT oraz sal nadzoru poźnieczuleniowego zostały określone przepisami części I załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT. Przepisy te stanowią, że powierzchnia pokoi łóżkowych w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii oraz sali nadzoru poźnieczuleniowego wynosi odpowiednio:

- dla pokoju jednostanowiskowego – co najmniej 18,0 m²;
- dla pokoju wielostanowiskowego – co najmniej 16,0 m² na jedno stanowisko.

Zgodnie z § 17 ust. 1 tego rozporządzenia, podmioty lecznicze prowadzące szpitale, które w dniu wejścia w życie niniejszego rozporządzenia (1 stycznia 2017 r.) nie spełniają wymagań określonych w załączniku nr 1 do rozporządzenia, dostosują się do tych wymagań do 31 grudnia 2022 r.

W okresie objętym kontrolą tylko w jednym szpitalu sale łóżkowe OAiIT i sale nadzoru poźnieczuleniowego spełniały wymagania przestrzenne. Był to **Wojewódzki Szpital w Tarnobrzegu**, w którym w OAiIT znajdowało się cztery sale przeznaczone dla pacjentów, w tym trzy sale jednołóżkowe i jedna sala czterołóżkowa. Powierzchnia sal łóżkowych wynosiła:

- sale jednołóżkowe: 26,35 m², 21,86 m², 42,23 m²;
- sala czterołóżkowa – 81,62 m², co oznacza, że w przeliczeniu na jedno łóżko przypadało 20,4 m².

Powierzchnia pięćłóżkowej sali nadzoru poźnieczuleniowego wynosiła 80,4 m², co oznacza, że w przeliczeniu na jedno łóżko przypadało 16,08 m².

W pozostałych szpitalach, w okresie objętym kontrolą lub w części tego okresu, warunki przestrzenne sal łóżkowych nie spełniały tych wymagań, jednakże termin na ich dostosowanie upływa 31 grudnia 2022 r.

Warunki przestrzenne
sal łóżkowych
oraz sal nadzoru
poźnieczuleniowego

W Wojewódzkim Szpitalu w Przemyślu, w latach 2018–2020, w salach wielostanowiskowych:

- intensywnej terapii OAiIT o powierzchni: w 2018 r. – 123,3 m², w 2019 r. – 123,3 m² i w 2020 r. – 174,4 m², w których było odpowiednio: 8, 8, 11 łóżek, na jedno stanowisko przypadało odpowiednio: 15,41 m², 15,41 m² i 15,85 m²;
- w dwóch salach nadzoru poznieczuleniowego w BO o powierzchni w 2018 r. – 51,00 m², w 2019 r. – 51,00 m² i w 2020 r. – 41,20 m², w których było odpowiednio: 5, 5 i 4 łóżka, na jedno stanowisko przypadało odpowiednio 10,2 m², 10,2 m², i 10,3 m²;
- w Oddziale Chirurgii Naczyniowej, w sali nadzoru anestezjologicznego o powierzchni 39,30 m² z czterema łózkami, na jedno stanowisko przypadało 9,82 m²;
- w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym z Pododdziałem Ginekologii Onkologicznej, w sali nadzoru poznieczuleniowego o powierzchni 40,25 m² z trzema łózkami, na jedno stanowisko przypadało 13,42 m².

W Szpitalu w Mielcu, w sali łóżkowej OAiIT o powierzchni 207,5 m² znajdowało się 10 łóżek. Na jedno łóżko przypadało 20,75 m². W tym Oddziale znajdowały się dwie izolatki, każda o powierzchni 18 m². W sali nadzoru poznieczuleniowego, o powierzchni 101 m², znajdowało się osiem stanowisk – na jedno stanowisko przypadało 12,63 m².

W Szpitalu w Przeworsku powierzchnie pokoi łóżkowych w OAiIT spełniały wymagania przestrzenne. Sala jednołóżkowa miała powierzchnię 20,63 m², sala czterołóżkowa miała powierzchnię 71,26 m² (17,82 m² na jedno stanowisko), a sala dwułóżkowa miała powierzchnię 32,84 m² (16,42 m² na jedno stanowisko). Wymagań przestrzennych nie spełniała czterołóżkowa sala nadzoru poznieczuleniowego o powierzchni 39,96 m² – na jedno stanowisko przypadało tam 9,99 m².

W Szpitalu w Lesku powierzchnia sali dwustanowiskowej wynosiła 35,36 m², a powierzchnia jednołóżkowej izolatki 14,10 m², co oznacza, że w okresie objętym kontrolą, powierzchnia izolatki nie spełniała wymagań przestrzennych.

W Szpitalu w Strzyżowie, w lokalizacji funkcjonującej do 15 maja 2018 r., Oddział miał jedną salę o powierzchni 41,34 m² z trzema łózkami do intensywnej terapii, tj. 13,78 m² w przeliczeniu na jedno łóżko. Natomiast w lokalizacji, w której OAiIT funkcjonował od 15 maja 2018 r. do 6 marca 2020 r. miał jedną salę o powierzchni 21,84 m² z dwoma łózkami do intensywnej terapii (na jedno stanowisko przypadało 10,92 m²) oraz drugą salę o powierzchni 12,32 m² z jednym łóżkiem. Dopiero w ostatniej lokalizacji (od 6 marca 2020 r.) sale intensywnej terapii i izolatki OAiIT spełniały wymagania przestrzenne.

W Szpitalu w Leżajsku, w okresie objętym kontrolą, zmieniono lokalizację OAiIT oraz BO. Nowo wybudowany BO funkcjonuje od 28 września 2018 r., a OAiIT w nowej lokalizacji – od 4 września 2019 r. Po zmianach lokalizacji, powierzchnie pokoi łóżkowych w Oddziale oraz powierzchnia sali nadzoru poznieczuleniowego w BO spełniały wymagania przestrzenne określone w rozporządzeniu w sprawie standardów w dziedzinie AiIT.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Wymagań tych nie spełniały pomieszczenia w poprzednich lokalizacjach, gdyż w sali intensywnej terapii na jedno łóżko przypadało 11,85 m², w izolatce – 14 m², a w wielostanowiskowej sali nadzoru poznieczuleniowego – 20,8 m².

W **Szpitalu w Brzozowie** sala łózkowa OAiIT miała powierzchnię 158,2 m², i było w niej dziewięć stanowisk (na jedno stanowisko przypadało 17,58 m²). Izolatka była pomieszczeniem jednostanowiskowym i miała powierzchnię 18 m². Szpital spełniał zatem wymagania przestrzenne określone w rozporządzeniu *w sprawie standardów w dziedzinie AiIT*.

Sala nadzoru poznieczuleniowego miała powierzchnię 55,3 m² i znajdowały się w niej trzy stanowiska stałe oraz jedno mobilne (rezerwowe). Przy obecnym metrażu tej sali oraz trzech stanowiskach na jedno z nich przypadało 18,4 m², natomiast w przypadku czterech stanowisk, na jedno z nich przypadało 13,8 m².

Szpital planuje podjąć działania zmierzające do utworzenia czwartego stałego stanowiska poznieczuleniowego, zwiększając powierzchnię tej sali kosztem pomieszczenia przylegającego.

We wszystkich szpitalach objętych kontrolą możliwe było wykonanie badań radiologicznych i laboratoryjnych przez całą dobę, siedem dni w tygodniu. Komórki organizacyjne wykonujące te badania znajdowały się na terenie szpitali, rozumianych jako budynek lub zespół budynków oznaczonych tym samym adresem albo oznaczonych innymi adresami, ale położonych obok siebie i tworzących funkcjonalną całość. W tym zakresie spełnione były wymagania standardu określonego w § 13 rozporządzenia *w sprawie standardów w dziedzinie AiIT*.

Możliwość wykonywania badań radiologicznych i laboratoryjnych

W Szpitalach objętych kontrolą, pokoje łózkowe w OAiIT spełniały wymagania określone w rozporządzeniu *w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia*:

Wymagania dla pokoi łózkowych w OAiIT

- pokoje chorych znajdowały się powyżej poziomu terenu urządzonego przy budynku (§ 14 ust. 4);
- zespoły pomieszczeń stanowiące OAiIT stanowiły zamknięte ciągi, a wejścia na Oddział ograniczone były tylko dla upoważnionych osób – drzwi z kontrolą dostępu (§ 15);
- podłogi i połączenia ścian z podłogami wykonane były z materiałów umożliwiających ich mycie i dezynfekcję (§ 30 ust. 1 i 2);
- łóżka były dostępne z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych, a odstępy pomiędzy łózkami umożliwiały swobodny dostęp do pacjentów (§ 18 ust. 1 i § 19);
- pokoje łózkowe w OAiIT były wyposażone w umywalkę z ciepłą i zimną wodą, dozownik z mydłem w płynie oraz pojemnik z ręcznikami jednorazowymi (§ 24);
- pokoje łózkowe w OAiIT były wyposażone w urządzenia umożliwiające obserwację pacjentów (§ 29);
- szerokość drzwi umożliwiała transport pacjentów na łózkach (§ 33);
- w pokojach łózkowych w OAiIT była zainstalowana klimatyzacja (§ 38);

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

- instalacje i urządzenia wentylacji mechanicznej i klimatyzacji poddawano okresowym przeglądom, czyszczeniu oraz dezynfekcji, zgodnie z zaleceniami producenta, nie rzadziej niż co 12 miesięcy (§ 40 ust. 1).

5.1.4. Organizacja udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii

Brak stałej obecności lekarzy w OAiIT spowodowanej wykonywaniem znieczuleń pacjentów w BO

W pięciu skontrolowanych szpitalach stwierdzono, że lekarze podczas dyżurów, a także w podstawowych godzinach pracy w OAiIT, opuszczali ten Oddział, by wykonać znieczulenie do zabiegu w BO, pozostawiając w nim pacjentów bez opieki lekarskiej. Było to niezgodne z postanowieniami § 11 pkt 2 i 2a rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT. Przepisy te stanowią, że udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu intensywnej terapii wymaga stałej obecności lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii oraz pielęgniarki anestezjologicznej w oddziale. Zgodnie z tymi przepisami, lekarz specjalista może opuścić oddział w celu przeprowadzenia resuscytacji lub innych czynności z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii, z wyjątkiem znieczulenia pacjenta poza oddziałem, jeżeli uzna, że opuszczenie oddziału nie stanowi bezpośredniego zagrożenia dla życia przebywających tam pacjentów¹³. W kontroli stwierdzono przypadki opuszczania OAiIT przez dyżurujących tam lekarzy.

Przykłady

W Szpitalu w Lesku analiza harmonogramów pracy lekarzy zatrudnionych w OAiIT za miesiące: marzec 2018 r., czerwiec 2019 r. i wrzesień 2020 r., wykazała, że w oddziale codziennie była zapewniona całodobowa opieka lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii, z tym że podczas dyżurów nocnych i weekendowych dyżur pełnił tylko jeden lekarz tej specjalności. BO zabezpieczał inny lekarz anestezjolog, pełniący dyżur „pod telefonem”. Analizując Książki operacji stwierdzono przypadki, że lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii opuszczał OAiIT i pozostawiał w nim pacjentów bez opieki lekarskiej, by wykonać w BO znieczulenie pacjenta do operacji. Analiza 182 wpisów w Książkach operacji, dotyczących tych miesięcy, wykazała, że w 25 przypadkach lekarz podczas dyżuru w OAiIT opuścił ten oddział, by w BO znieczulić pacjenta do zabiegu operacyjnego:

- w 18 przypadkach, gdy lekarz dyżurny opuścił OAiIT, w tym czasie, w oddziale nie było pacjentów, co nie stanowiło naruszenia przepisów prawa;
- w siedmiu przypadkach lekarz dyżurny opuścił OAiIT, pomimo że w tym czasie, w oddziale leżeli pacjenci wymagający intensywnej terapii. W tym czasie inny lekarz anestezjolog, pełnił odpłatny dyżur „pod telefonem”, na potrzeby BO. Nie został jednak wezwany do szpitala, do wykonania znieczulenia, a znieczulenie pacjenta w BO wykonał lekarz pełniący dyżur w OAiIT, pomimo iż w oddziale w tym czasie nie było innego lekarza anestezjologa. Pacjenci OAiIT w tych przypadkach pozostawali bez opieki lekarskiej.

¹³ Przepisy te (w podanym brzmieniu) obowiązują od 17 marca 2020 r., tj. od wejścia w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 marca 2020 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii (Dz. U. z 2020 r. poz. 459). W odniesieniu do stanów przed wejściem w życie ww. przepisów zastosowanie miał § 11 pkt 2 rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT.

Analiza wskazanych na wstępie harmonogramów pracy lekarzy OAiIT i BO oraz książek operacyjnych wykazała również, że w podstawowych godzinach pracy szpitala¹⁴, od poniedziałku do piątku, w 28 dniach z tych miesięcy, w OAiIT obecny był tylko jeden lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii. Jednocześnie lekarz ten wykonał w BO 54 znieczulenia pacjentów do operacji, w sytuacji gdy w OAiIT leżeli pacjenci wymagający intensywnej terapii. Stano- wiło to naruszenie przepisów § 11 pkt 2 i 2a rozporządzenia w sprawie stan- dardów w dziedzinie AiIT.

W Szpitalu w Brzozowie, w okresie objętym kontrolą, dyżury w OAiIT pełniło przeważnie dwóch lekarzy anestezjologów. W 29 przypadkach dyżur spr- awował jeden lekarz anestezjolog, który siedmiokrotnie, pełniąc dyżur w OAiIT, opuścił szpital, w celu wykonania znieczuleń pacjentów do operacji w BO. Jak wyjaśniono w trakcie kontroli, sytuacja taka wynikała z ograniczonych zasobów kadrowych.

W Szpitalu w Leżajsku na podstawie analizy wybranych dni marca 2018 r., czerwca 2019 i września 2020 r. ustalono, iż występowały sytuacje, w których wszyscy obecni w pracy specjaliści anestezjologii i intensywnej terapii znieczulali pacjentów w BO, podczas gdy w OAiIT przebywali pacjenci. Sytuacje te występowały głównie podczas dyżurów¹⁵ pełnionych jednooso- bowo przez lekarza anestezjologa. Stwierdzono 17 takich przypadków. Również w podstawowych godzinach pracy szpitala¹⁶ stwierdzono takie sytu- acje. W OAiIT przebywali pacjenci bez opieki lekarskiej, podczas gdy wszyscy trzech obecni w tym czasie w pracy lekarze anestezjolodzy, znieczulali pacjentów w BO. Stwierdzono pięć takich przypadków.

Łącznie w analizowanych miesiącach stwierdzono 22 przypadki, w którym lekarze zajęci byli anestezją w BO, a w tym czasie w OAiIT pacjenci pozosta- wali bez opieki lekarskiej, z tego:

- w dziesięciu przypadkach – czas ten wynosił do 30 minut,
 - w ośmiu – od 31 minut do jednej godziny,
 - w czterech – powyżej jednej godziny (maksymalnie jedną godzinę i 13 minut).
- Jak wyjaśniono w trakcie kontroli, spowodowane to było niedoborami kadro- wymi. Nie udało się zatrudnić nowych anestezjologów, mimo intensywnych poszukiwań.

W Szpitalu w Strzyżowie lekarze anestezjolodzy pełniący jednoosobowo dyżur w OAiIT dokonywali również znieczuleń podczas zabiegów operacyjnych w BO. Analiza grafików dyżurów i ewidencji dokonanych znieczuleń podczas zabiegów operacyjnych w miesiącu marcu 2018 r., czerwcu 2019 r. i wrześniu 2020 r. wykazała, że:

- w marcu 2018 r. – było pięć takich przypadków. Liczba znieczuleń wyko- nanych przez tych lekarzy wyniosła od jednego do dwóch w danym dniu;
- w czerwcu 2019 r. – były cztery takie przypadki. Liczba znieczuleń wyko- nanych przez tych lekarzy wyniosła od dwóch do sześciu w danym dniu;
- we wrześniu 2020 r. – były trzy takie przypadki. Liczba znieczuleń wyko- nanych przez tych lekarzy wyniosła od jednego do sześciu w danym dniu.

W Szpitalu w Przeworsku, w badanej próbie 30 dokumentacji medycznych, stwierdzono cztery przypadki, w których lekarze anestezjolodzy dyżurujący jednoosobowo w OAiIT znieczulali również pacjentów w BO. W przypadkach tych, podczas wykonywania znieczuleń w BO, pacjenci w OAiIT przebywali bez opieki lekarskiej.

¹⁴ Od 7:25 do 15:00.

¹⁵ W dni powszednie od godziny 14:35 do godziny 7:00 następnego dnia oraz w soboty i święta.

¹⁶ Od poniedziałku do piątku w godz. od 7:00 do 14:35.

Brak stałej obecności lekarzy w OAiIT spowodowany łączeniem dyżurów w OAiIT oraz w innych oddziałach

W jednym przypadku (w **Szpitalu w Lesku**) występowały przypadki łączenia dyżuru lekarskiego w OAiIT z dyżurem w innym oddziale. Analiza dokumentów dotyczących czasu pracy lekarzy za miesiące: październik, listopad i grudzień 2020 r. wykazała, że jeden lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii podczas 13 jednoosobowych dyżurów w OAiIT, jednocześnie w tym samym czasie pełnił dyżur w ramach Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej Szpitala. Stanowiło to naruszenie § 11 pkt 2 i 2a oraz „warunków szczegółowych” organizacji udzielania świadczeń określonych w części II załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT, które zakazują łączenia dyżurów w OAiIT z dyżurami w innych oddziałach.

Wykonywanie świadczeń z zakresu intensywnej terapii bez wymaganego nadzoru lekarza specjalisty

W dwóch szpitalach stwierdzono, że świadczenia zdrowotne z zakresu intensywnej terapii wykonywali lekarze z I stopniem specjalizacji lub lekarze w trakcie specjalizacji bez nadzoru lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii. Naruszało to standardy określone w § 11 pkt 3 i 4 rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT¹⁷.

W Wojewódzkim Szpitalu w Przemyślu analiza grafików czasu pracy lekarzy OAiIT w czerwcu 2019 r. wykazała, że jeden dyżur nocny w OAiIT pełnił samodzielnie lekarz w trakcie specjalizacji, bez wymaganego nadzoru lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii. Lekarz dyżurujący wówczas w OAiIT otrzymał tytuł specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii w październiku tego samego roku.

W Szpitalu w Strzyżowie analiza harmonogramów pracy lekarzy za miesiące marzec 2018 r., czerwiec 2019 r. i wrzesień 2020 r. wykazała, że w 17 przypadkach dyżurów w OAiIT¹⁸ pełnił lekarz bez dostatecznych kwalifikacji¹⁹, którego nie nadzorował specjalista w dziedzinie AiIT.

Stwierdzono również, że w jednym przypadku pacjenci OAiIT tego szpitala, pozostawali formalnie (wg harmonogramów i grafików) bez opieki lekarskiej. Jak wyjaśniono, sytuacja ta spowodowana była trwającą epidemią COVID-19. W dniu 19 września 2020 r., w oddziale zaplanowany był dyżur lekarza anestezjologa specjalisty, jednak ze względów epidemicznych i znacznych braków kadrowych w jego macierzystej jednostce lekarz ten nie pojawił się na dyżurze. Kierownik OAiIT, który pełnił dyżur w oddziale, w dniu poprzednim (18 września 2020 r.) zmuszony był pozostać w OAiIT na kolejny dzień. W godzinach dopołudniowych, ów kierownik OAiIT otrzymał informację o pozytywnym wyniku testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 i musiał opuścić stanowisko pracy. Pozostał jednak na stanowisku pracy do godziny 16:00, do czasu przybycia na oddział lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii. W harmonogramie dyżurów nie odnotowano obecności kierownika OAiIT, w dniu 19 września 2020 r. w godz. od 7:00 do 16:00.

¹⁷ Zgodnie z tymi przepisami, intensywną terapię prowadzi lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii. Świadczeń zdrowotnych z zakresu intensywnej terapii może udzielać lekarz anestezjolog (z I stopniem specjalizacji) lub lekarz w trakcie specjalizacji, jeżeli jego praca jest nadzorowana przez lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii.

¹⁸ Od poniedziałku do piątku przez 16 godz. i 25 min., w soboty i niedziele przez 24 godz.

¹⁹ Lekarz z I stopniem specjalizacji lub lekarz w trakcie specjalizacji.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W **Szpitalu w Strzyżowie** wystąpiły także sytuacje wskazujące, że lekarza w trakcie specjalizacji, pełniącego dyżur w OAiIT nadzorował specjalista AiIT pełniący dyżur „pod telefonem”.

I tak np.:

- 6 marca 2018 r. kierownik OAiIT pełnił dyżur „pod telefonem” przez 16 godz. 25 min., a w oddziale dyżurowało dwóch lekarzy w trakcie specjalizacji w dziedzinie AiIT, w tym jeden lekarz dyżurował w godzinach od 14:35 do 7:00, a drugi w godzinach od 14:35 do 19:35;
- 30 marca 2018 r. kierownik OAiIT pełnił dyżur „pod telefonem” przez 24 godziny, a w tym czasie jeden lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie AiIT pełnił dyżur w Oddziale przez całą dobę;
- 2, 7, 14, 17 i 30 września 2020 r. kierownik OAiIT pełnił dyżur „pod telefonem” przez 16 godz. 25 min., a lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie AiIT jednoosobowo w tym czasie pełnił dyżur w OAiIT (w godz. od 14:35 do 7:00 dnia następnego).

Dyżur lekarza specjalisty „pod telefonem” nie spełniał wymogu nadzoru wymaganego przepisami.

W **Wojewódzkim Szpitalu w Przemyśle** stwierdzono przypadki wskazujące, że znieczulenia pacjentów do zabiegów operacyjnych wykonali lekarze bez wymaganych kwalifikacji, tj. będący w trakcie specjalizacji w dziedzinie AiIT, którzy nie ukończyli dwuletniego, wymaganego przepisami szkolenia. Przypadki te dotyczyły dwóch lekarzy, a ustaleń tych dokonano na podstawie analizy dokumentacji medycznej 30 pacjentów (po 10 z miesiąca: marca 2018 r., czerwca 2019 r. i września 2020 r.), poddanych w BO znieczuleniu.

Wykonywanie znieczuleń przez nieuprawnionych lekarzy (w trakcie specjalizacji)

Ustalono, że w czterech przypadkach znieczulenie wykonali lekarze w trakcie specjalizacji, pomimo że nie ukończyli dwuletniego szkolenia w ramach specjalizacji. I tak:

- pierwszy lekarz, który specjalizację rozpoczął 6 listopada 2018 r., wykonywał znieczulenia podczas operacji: 13 czerwca 2019 r. oraz 9 i 10 września 2020 r.;
- drugi lekarz, który specjalizację rozpoczął 5 kwietnia 2017 r., dokonał znieczulenia podczas operacji 12 marca 2018 r.

Było to niezgodne z postanowieniami § 8 ust. 3 rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT²⁰.

Kierownicy specjalizacji tych lekarzy przedłożyli oświadczenia, z których wynikało, że w przypadku pierwszego lekarza pełne dwa lata szkolenia w trakcie specjalizacji minęły 6 listopada 2020 r., a w przypadku drugiego lekarza – 6 kwietnia 2019 r.

W skontrolowanych szpitalach zapewniony był odpowiedni nadzór pielęgniarski nad pacjentami przebywającymi w OAiIT. Nadzór prowadziły pielęgniarki anestezyjologiczne z kwalifikacjami wymaganymi przepisami § 2 pkt 6 rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT. Nie stwierdzono nieprawidłowości w tym zakresie.

Nadzór pielęgniarski nad pacjentami OAiIT

²⁰ W myśl którego, za zgodą lekarza kierującego oddziałem anestezyjologii i intensywnej terapii, lekarz w trakcie specjalizacji może wykonywać znieczulenie pacjentów, których stan ogólny według skali ASA odpowiada stopniowi I, II lub III, w przypadku odbycia przez tych lekarzy co najmniej 2-letniego szkolenia w ramach specjalizacji w dziedzinie anestezyjologii i intensywnej terapii oraz wykazania się odpowiednią wiedzą i umiejętnościami wykonywania znieczulenia.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Liczba łóżek w OAiT pod względem wymagań określonych w warunkach szczegółowych

Warunki szczegółowe dla poszczególnych poziomów referencyjnych OAiT zostały określone w części II załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT. Zgodnie z tymi przepisami, liczba stanowisk intensywnej terapii powinna wynosić:

- co najmniej cztery stanowiska, dla pierwszego poziomu referencyjnego;
- co najmniej sześć stanowisk, dla drugiego poziomu referencyjnego.

W trzech szpitalach wymagania dotyczące liczby łóżek nie zostały spełnione. Zgodnie z § 17 ust. 1 tego rozporządzenia, szpitale niespełniające wymogów określonych w załączniku nr 1, dostosują się do tych wymagań w terminie do 31 grudnia 2022 r.

W **Szpitalu w Lesku**, w okresie objętym kontrolą, w OAiT (pierwszy poziom referencyjny) były trzy stanowiska intensywnej terapii, przy wymaganych co najmniej czterech.

W **Szpitalu w Strzyżowie**, w OAiT (pierwszy poziom referencyjny) przed 6 marca 2020 r. były trzy stanowiska intensywnej terapii, przy wymaganych co najmniej czterech, natomiast od 6 marca 2020 r. było tam pięć takich stanowisk, co wypełniło przepisowe wymagania.

W **Szpitalu w Mielcu**, w okresie od 5 października 2018 r. do 5 lutego 2019 r. w OAiT (drugi poziom referencyjny) było pięć stanowisk, przy wymaganych co najmniej sześciu, co w wyjaśnieniach tłumaczono niedoborem średniego personelu medycznego. W innych okresach w latach 2018–2020, wymogi dotyczące liczby stanowisk intensywnej terapii (w tym szpitalu) były spełnione.

W pozostałych szpitalach objętych kontrolą, liczba stanowisk intensywnej terapii odpowiadała wymaganiom określonym w części II załącznika nr 1 tego rozporządzenia.

Obłożenie stanowisk intensywnej terapii

Obłożenie procentowe²¹ stanowisk intensywnej terapii w OAiT było zróżnicowane w różnych okresach i w poszczególnych szpitalach. Miały na to wpływ m.in. zmiany liczby stanowisk intensywnej terapii. Na wzrost obłożenia w niektórych szpitalach wpływała także sytuacja spowodowana epidemią COVID-19.

Najniższe średnioroczne obłożenie stanowisk intensywnej terapii stwierdzono w Szpitalu w Lesku, mimo iż w OAiT były tylko trzy takie stanowiska. Charakterystykę obłożenia stanowisk intensywnej terapii tego szpitala przedstawia poniższy przykład.

Przykład

W **Szpitalu w Lesku** średnioroczne obłożenie OAiT w latach 2018, 2019 i 2020 wynosiło odpowiednio: 37,0%, 27,6% i 30,6%.

W dwóch miesiącach: w listopadzie 2019 r. i czerwcu 2020 r. średniesięczne obłożenie OAiT wynosiło 0%, gdyż w Szpitalu nie było pacjentów kwalifikujących się do leczenia w OAiT, natomiast w trzech przypadkach pacjenci ze względu na ich ciężki stan zdrowia zostali skierowani do szpitali specjalistycznych.

²¹ Obłożenie = średnie wykorzystanie łóżka x 100/liczba dni w okresie, za który jest obliczane obłożenie; średnie wykorzystanie łóżka = liczba osobodni w okresie/liczba łóżek w oddziale.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W 2018 r. największe obłożenie OAiIT wystąpiło we wrześniu, w październiku oraz w grudniu i wynosiło odpowiednio: 58,9% i 65,6% i 52,7%. W tych miesiącach wszystkie trzy stanowiska intensywnej terapii były jednocześnie zajęte przez 17 dni, z tego: we wrześniu przez 11 dni i w grudniu przez sześć dni.

W 2019 r. największe obłożenie oddziału wystąpiło w marcu, w czerwcu oraz w grudniu i wynosiło odpowiednio: 57,0%, 45,6% i 68,8%. W tych miesiącach wszystkie trzy stanowiska intensywnej terapii były jednocześnie zajęte przez 19 dni, z tego: w marcu przez jeden dzień, w czerwcu przez siedem dni i w grudniu przez 11 dni.

W 2020 r. największe obłożenie oddziału wystąpiło w marcu, w październiku i grudniu i wynosiło odpowiednio: 61,3%, 58,1% i 72,0%. W tych miesiącach wszystkie trzy stanowiska intensywnej terapii były jednocześnie zajęte przez 22 dni, z tego w marcu przez 12 dni, w październiku i w grudniu przez pięć dni.

W okresie objętym kontrolą występowały przypadki, że pacjenci kwalifikujący się do leczenia w OAiIT byli odsyłani do leczenia do innego szpitala. W niektórych przypadkach, ze względu na odmowę przyjęcia w tych szpitalach, pacjenci byli leczeni w Szpitalu w Lesku w Oddziale Wewnętrznym oraz w sali reanimacyjnej SOR. Jak wyjaśniono, takich przypadków w okresie objętym kontrolą, było od trzech do pięciu.

W pozostałych szpitalach średnioroczne obłożenie stanowisk intensywnej terapii kształtowało się na poziomie od 59,5% (Szpital w Przeworsku – rok 2018) do 81,5% (Szpital w Leżajsku – rok 2018).

Jeden z najwyższych wskaźników średniorocznego obłożenia w OAiIT wystąpił w Szpitalu w Brzozowie.

Przykład

W **Szpitalu w Brzozowie** średnioroczne procentowe obłożenie stanowisk intensywnej terapii wynosiło 73,4% w 2018 r., 62,6% w 2019 r. oraz 77,2% w 2020 r.

W 2018 r. największe obłożenie łóżek OAiIT było w: kwietniu, marcu i lutym (odpowiednio: 95,7%, 82,0%, 78,6%). Wszystkie łóżka tego Oddziału były jednocześnie zajęte przez 21 dni kwietnia, dziewięć dni marca oraz pięć dni lutego.

Po zwiększeniu liczby łóżek OAiIT do dziesięciu stanowisk, w 2019 r. największe ich obłożenie było w: styczniu, sierpniu i listopadzie (odpowiednio na poziomie 72,0%, 73,8% i 65,7%). W styczniu nie było dnia, w którym wszystkie łóżka oddziału były jednocześnie zajęte, w sierpniu wystąpiły dwa takie dni, a w listopadzie jeden.

W 2020 r. największe obłożenie łóżek OAiIT było w: lipcu, sierpniu i grudniu (odpowiednio: 78,7%, 67,4% i 79,7%). W lipcu i sierpniu po jednym dniu wszystkie łóżka oddziału były jednocześnie zajęte, w grudniu takich dni było dziesięć.

W kontroli nie stwierdzono przypadku odmowy przyjęcia pacjentów na Oddział ze względu na brak miejsc.

Kolejnym przykładem wysokiego wskaźnika obłożenia OAiIT jest Szpital w Strzyżowie.

Przykład

W **Szpitalu w Strzyżowie** średnioroczne obłożenie stanowisk intensywnej terapii w OAiIT wynosiło: 72% w 2018 r., 81% w 2019 r. i 61% w 2020 r. Do 6 marca 2020 r. w OAiIT były trzy stanowiska intensywnej terapii, a później (po zmianie lokalizacji) – pięć stanowisk.

Największe obłożenie stanowisk intensywnej terapii w 2018 r. wystąpiło w lutym (92%), kwietniu (93%) oraz maju (110%)²². W tych miesiącach wszystkie stanowiska intensywnej terapii zajęte były jednocześnie przez:

- 19 dni (luty 2018 r.), w tym w siedmiu dniach zajęte były cztery stanowiska, gdyż w OAIT dostawiono jedno dodatkowe stanowisko (dostawka);
- 22 dni (kwiecień 2018 r.), w tym w 12 dniach zajęte były cztery stanowiska, gdyż w OAIT dostawiono jedno dodatkowe stanowisko (dostawka);
- 29 dni (maj 2018 r.), w tym w 12 dniach zajęte były cztery stanowiska, gdyż w OAIT dostawiono jedno dodatkowe stanowisko (dostawka).

Największe obłożenie stanowisk intensywnej terapii w 2019 r. wystąpiło w miesiącu kwietniu (100%), czerwcu (91%) oraz listopadzie (100%). W tych miesiącach wszystkie stanowiska intensywnej terapii zajęte były jednocześnie przez:

- 28 dni (kwiecień 2019 r.), w tym w jednym dniu zajęte były cztery stanowiska, gdyż w OAIT dostawiono jedno dodatkowe stanowisko (dostawka);
- 20 dni (czerwiec 2019 r.);
- 30 dni (listopad 2019 r.).

Największe obłożenie stanowisk intensywnej terapii w 2020 r. wystąpiło w miesiącu styczniu (86%), lutym (86%) oraz marcu (81%). W miesiącach tych wszystkie stanowiska intensywnej terapii zajęte były jednocześnie przez:

- 28 dni (styczeń 2020 r.), w tym w 12 dniach zajętych było cztery lub pięć stanowisk, gdyż w OAIT dostawiono jedno lub dwa dodatkowe stanowiska (dostawki);
- 11 dni (luty 2020 r.), w tym w czterech dniach zajęte były cztery stanowiska, gdyż w OAIT dostawiono jedno dodatkowe stanowisko (dostawka);
- 6 dni (marzec 2020 r.).

W skontrolowanych szpitalach nie stwierdzono przypadków pogorszenia stanu zdrowia lub zgonu pacjentów, spowodowanych brakiem możliwości przyjęcia do OAIT, ze względu na brak wolnych miejsc.

Jednocześnie dyrektorzy szpitali bądź lekarze kierujący OAIT stwierdzili, że liczby stanowisk intensywnej terapii były adekwatne do potrzeb.

Organizacja
dodatkowych stanowisk
w związku z epidemią
COVID-19

W trzech szpitalach (w Brzozowie, Przeworsku i Strzyżowie), w latach 2020–2021 nie były organizowane dodatkowe stanowiska intensywnej terapii w związku z epidemią COVID-19. W Szpitalu w Strzyżowie, jak wyjaśniono, była potrzeba tworzenia takich stanowisk, ale ze względu na brak specjalistycznej kadry lekarskiej nie zostały one utworzone.

W pozostałych szpitalach utworzono dodatkowe stanowiska intensywnej terapii w związku z epidemią COVID-19.

W **Wojewódzkim Szpitalu w Przemyślu**, w roku 2020 oraz 2021 utworzono dodatkowo, ze względu na COVID-19, nowe tymczasowe miejsca intensywnej terapii z możliwością prowadzenia tlenoterapii i wentylacji mechanicznej. Zorganizowano je zgodnie z poleceniem Wojewody Podkarpackiego. Poza OAIT, w 2020 r. utworzono także siedem miejsc do intensywnej terapii w innych oddziałach (np. SOR, Oddział Pulmonologii, Oddział Wewnętrzny), a w 2021 r. utworzono 21 takich miejsc (np. SOR, Oddział Kardiologii, Oddział Wewnętrzny, Oddział Gastroenterologii, Oddział Neurologii, Oddział Pulmonologii).

²² W niektórych miesiącach w OAIT wstawiano dodatkowe stanowisko intensywnej terapii (tzw. dostawka).

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W **Wojewódzkim Szpitalu w Tarnobrzegu**, w okresie od 20 listopada 2020 r. do 31 maja 2021 r., w OAiIT zwiększono liczbę stanowisk intensywnej terapii z siedmiu do jedenastu. Wykonano to zgodnie z decyzją z 12 listopada 2020 r., w której Wojewoda Podkarpacki polecił utworzyć dziesięć łóżek w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19. Z tej liczby utworzono cztery łóżka intensywnej terapii w OAiIT z kardiomonitorem oraz możliwością prowadzenia tlenoterapii i wentylacji mechanicznej. Pozostałe łóżka, określone w decyzji, utworzono w innych oddziałach szpitala. Z końcem maja 2021 r. stanowiska w OAiIT dla pacjentów „covidowych” zostały zlikwidowane.

W **Szpitalu w Lesku**, w latach 2020–2021, utworzono w SOR dodatkowe stanowisko intensywnej terapii dla pacjentów z COVID-19. Także w OAiIT, w związku z epidemią, w holu przed wejściem do izolatki (przed służą) wybudowano dodatkową tymczasową służę foliową na stelażu.

Zdjęcie nr 4

Szpital w Lesku, OAiIT – tymczasowa dodatkowa służa



Źródło: materiały własne NIK.

W **Szpitalu w Leżajsku**, w roku 2020, w związku z epidemią COVID-19, w pomieszczeniach poprzedniej lokalizacji OAiIT, zorganizowano cztery dodatkowe stanowiska intensywnej terapii, w pełni wyposażone i monitorowane, z wydzielonym personelem, gdzie w miarę potrzeb hospitalizowano pacjentów wymagający intensywnej terapii. Zgodnie z decyzjami Wojewody Podkarpackiego, szpital miał obowiązek zapewnienia początkowo dwóch, a następnie czterech stanowisk intensywnej terapii dla pacjentów zakażonych wirusem SARS-CoV-2, wymagających wentylacji mechanicznej. Jak wyjaśniono, okresowo przebywało tam znacznie więcej pacjentów, którym zapewniono opiekę zgodną z obowiązującymi standardami.

W **Szpitalu w Mielcu**, w latach 2020–2021, w związku z epidemią COVID-19, w OAiIT zwiększono liczbę stanowisk z 12 do 16, w tym 10 łóżek przeznaczono dla pacjentów z COVID-19 i sześć dla pacjentów wymagających leczenia z innych przyczyn. W Oddziale Zakaźnym utworzono na początku epidemii dodatkowe dwa stanowiska intensywnej terapii dla pacjentów z COVID-19.

Inne (pozostałe) wymagania szczegółowe dla OAiIT

Szpitala objęte kontrolą spełniały „pozostałe wymagania” warunków szczegółowych określonych w części II załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT. Przepisy te wymagają zapewnienia działania w strukturze podmiotu leczniczego prowadzącego szpital:

- w przypadku pierwszego poziomu referencyjnego – [1] BO zapewniającego stałą gotowość co najmniej jednej sali operacyjnej do udzielania świadczeń zdrowotnych, [2] co najmniej jednego oddziału zabiegowego;
- w przypadku drugiego poziomu referencyjnego – [1] BO zapewniającego stałą gotowość, co najmniej jednej sali operacyjnej do udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentowi urazowemu; [2] pracowni endoskopii diagnostycznej i zabiegowej, czynnej całą dobę; [3] oddziału chirurgii ogólnej lub oddziału ortopedii i traumatologii narządu ruchu; [4] oddziału neurologii lub chirurgii ogólnej realizujących świadczenia w obrębie czaszki, mózgowia i rdzenia kręgowego.

Szpitala objęte kontrolą zapewniały gotowość sal operacyjnych. W przypadku szpitali, których OAiIT zaliczono do drugiego poziomu referencyjnego (Wojewódzki Szpital w Przemyśle i Szpital w Mielcu) zapewniono gotowość sal operacyjnych do udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentowi urazowemu. W szpitalach, w których OAiIT były zaliczone do pierwszego poziomu referencyjnego (Szpital Wojewódzki w Tarnobrzegu, oraz Szpitale w Brzozowie, Lesku, Leżajsku, Mielcu i Strzyżowie) funkcjonowały oddziały zabiegowe. Były to przede wszystkim: Oddziały Chirurgii, Oddziały Ortopedii oraz Oddziały Ginekologiczno-Położnicze.

W szpitalach, w których OAiIT zostały zaliczone do drugiego poziomu referencyjnego funkcjonowały m.in. komórki organizacyjne:

- w Wojewódzkim Szpitalu w Przemyśle – Oddział Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Chirurgii Onkologicznej, Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, Oddział Neurologii z Pododdziałem Udarowym oraz Pracownia Endoskopii;
- w Szpitalu w Mielcu – Oddział Chirurgii Ogólnej, Oddział Neurologii oraz Pracownia Endoskopii.

5.1.5. Wymagania dotyczące pomieszczeń Bloku Operacyjnego

Wymagania dla pomieszczeń BO w świetle uregulowań określonych przez Ministra Zdrowia

Wymagania dla pomieszczeń BO uregulowane zostały w rozporządzeniu w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia²³ (pkt IX „Blok operacyjny” załącznika nr 1 do rozporządzenia).

Przepisy te określają konieczność wyodrębnienia w ramach BO: [1] co najmniej jednej sali operacyjnej, mającej bezpośrednie połączenie z częścią brudną bloku operacyjnego w celu usuwania zużytych materiałów, z zachowaniem ruchu jednokierunkowego; [2] śluzy dla pacjentów, przez którą pacjenci są dowożeni i wywożeni z bloku operacyjnego; [3] śluzy szatniowej, przez którą przechodzi personel; [4] śluzy materiałowej przeznaczonej do dostarczania oraz krótkotrwałego przechowywania

²³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012 r. poz. 739), a od 1 kwietnia 2019 r. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2019 r. poz. 595, ze zm.).

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

czystych i sterylnych materiałów; [5] co najmniej jednego pomieszczenia przygotowawczego dla personelu wyposażonego w stanowisko chirurgicznego mycia rąk, przez które personel wchodzi do sali operacyjnej; [6] co najmniej jednego pomieszczenia przygotowania pacjenta; [7] co najmniej jednego pomieszczenia dla personelu z pomieszczeniem higieniczno-sanitarnym; [8] co najmniej jednego magazynu sprzętu i aparatury; [9] co najmniej jednego magazynu czystej bielizny; [10] co najmniej jednego magazynu do krótkotrwałego przechowywania brudnej bielizny; [11] co najmniej jednego pomieszczenia porządkowego.

Zgodnie z przepisami tego rozporządzenia:

- dopuszcza się dostarczanie czystych i sterylnych materiałów do BO przez służę dla pacjenta;
- dopuszcza się możliwość usuwania brudnych narzędzi, brudnego sprzętu, brudnej bielizny oraz odpadów tą samą drogą, którą dostarcza się materiał czysty i sterylny, pod warunkiem zastosowania szczelnych opakowań transportowych;
- dopuszcza się wspólne pomieszczenie albo wydzielone miejsce przygotowania pacjenta dla kilku sal operacyjnych.

Siedem kontrolowanych szpitali spełniało te wymagania, z czego dwa osiągnęły taki stan po przeprowadzonych remontach BO, zakończonych w 2018 r. i 2019 r. Układ pomieszczeń BO w tych szpitalach (w Leżajsku, Tarnobrzegu, Mielcu, Przemyślu, Strzyżowie, Brzozowie, Przeworsku) umożliwiał zachowanie zasady rozdziału personelu, pacjentów i materiału czystego od brudnego materiału, brudnych narzędzi, brudnej bielizny i odpadów pooperacyjnych.

Układ pomieszczeń BO w Szpitalu w Lesku nie zapewniał zachowania tej zasady, nie zapewniał także zasady ruchu jednokierunkowego, a tzw. „drogi czyste” personelu, materiałów i narzędzi krzyżowały się z „drogami brudnymi”.

W BO Szpitala w Lesku nie było:

- służby szatniowej, przez którą powinien przechodzić personel – w Bloku było pomieszczenie szatniowe, lecz nie stanowiło ono służby do sali operacyjnej;
- służby materiałowej przeznaczonej do dostarczania oraz krótkotrwałego przechowywania czystych i sterylnych materiałów – materiały sterylne były składowane w salach operacyjnych; w Bloku był magazyn oddziałowy, w którym znajdowały się materiały jednorazowe jałowe, lecz pomieszczenie to nie stanowiło służby materiałowej;
- pomieszczenia przygotowania pacjenta;
- magazynu do krótkotrwałego przechowywania brudnej bielizny – brudną bieliznę przechowywano w pomieszczeniu porządkowym w zamkniętych workach;
- magazynu czystej bielizny;
- służby dla pacjentów, przez którą pacjenci powinni być dowożeni i wywożeni z bloku operacyjnego,
- magazynu sprzętu i aparatury.

Braki te powodowały, że BO funkcjonujący w Szpitalu w Lesku nie spełniał wymagań określonych w pkt IX załącznika nr 1 do rozporządzenia *w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia*.

W latach 2019–2020 prowadzona była rozbudowa Szpitala w Lesku. Wybudowano nowy pawilon z nowym blokiem operacyjnym zawierającym dwie sale operacyjne oraz salę nadzoru poznieczulenowego. Nowy BO, zgodnie z dokumentacją projektowo-budowlaną, będzie spełniał wymagania określone w ww. rozporządzeniu, a jego uruchomienie zaplanowano na II półrocze 2021 r.

5.1.6. Dokumentacja medyczna pacjentów hospitalizowanych w OAiT oraz pacjentów poddanych anestezji w BO

Dokumentacja medyczna pacjentów, którym udzielano świadczeń zdrowotnych w OAiT

W skontrolowanych szpitalach przestrzegano standardu organizacyjnego, dotyczącego postępowania przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu intensywnej terapii, który jest określony w § 11 pkt 1 rozporządzenia *w sprawie standardów w dziedzinie AiIT*. Podczas udzielania świadczeń z zakresu intensywnej terapii prowadzono ciągłe monitorowanie podstawowych funkcji życiowych, dokonując stosownych wpisów w dokumentacji medycznej pacjentów (np. puls, saturacja, kapnografia, ciśnienie tętnicze). Zapisy te odnotowywane były cyklicznie (np. co 5–15 minut), ewentualnie z uwzględnieniem decyzji lekarza po wcześniejszej analizie parametrów życiowych pacjenta.

Kontrola dokumentacji medycznej pacjentów leczonych w OAiT wykazała, że w siedmiu szpitalach przestrzegano standardu organizacyjnego, określonego w § 11 pkt 3–4 rozporządzenia *w sprawie standardów w dziedzinie AiIT*, dotyczącego specjalizacji lekarzy opiekujących się pacjentami w OAiT.

W Szpitalu w Strzyżowie nie zapewniono tego standardu, ponieważ, jak ustalono w czasie kontroli NIK, w marcu 2018 r. łącznie dziewięć dni w OAiT dyżurowali:

- lekarz anestezjolog z I stopniem specjalizacji (trzy dni),
- lekarz anestezjolog z I stopniem specjalizacji wraz z lekarzem w trakcie specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii (trzy dni),
- lekarze w trakcie specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii (trzy dni) – w czasie pracy tych lekarzy dyżur „pod telefonem” pełnił Kierownik OAiT.

W trakcie kontroli NIK ustalono również, iż w czerwcu 2019 r. dwa dni pacjentami w OAiT zajmował się lekarz anestezjolog z I stopniem specjalizacji.

Stwierdzono również, iż we wrześniu 2020 r. było łącznie 11 takich dni. Pacjentami zajmowali się wówczas:

- lekarze anestezjolodzy z I stopniem specjalizacji (dwa dni),
- lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii – dziewięć dni, przy czym w czterech dniach, w czasie pełnienia dyżuru przez tego lekarza, dyżur „pod telefonem” pełnił Kierownik OAiT. W pozostałych pięciu dniach pacjentami opiekował się lekarz w trakcie specjalizacji, bez dyżuru „pod telefonem” Kierownika OAiT lub innego lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Kontrola dokumentacji medycznej pacjentów leczonych w OAiT, w Szpitalu w Lesku wykazała, że w pięciu kartach obserwacji pacjenta brakowało podpisu i danych personalnych lekarzy²⁴, którzy udzielali świadczeń w zakresie intensywnej terapii. Analizą objęto dokumentację medyczną 30 pacjentów.

Zgodnie z postanowieniami § 15 ust. 1 pkt 13 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. *w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania*²⁵, do historii choroby dołącza się dokumenty dodatkowe, w szczególności okołooperacyjną kartę kontroli.

Dokumentacja medyczna pacjentów znieczulanych do zabiegów operacyjnych w BO

Zgodnie z przepisem § 4 ust. 1 i 2 tego rozporządzenia, wpis w dokumentacji medycznej dokonuje się niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowotnego, w sposób czytelny i w porządku chronologicznym. Według § 10 ust. 1 pkt 3 tego rozporządzenia, wpis w dokumentacji opatruje się oznaczeniem osoby dokonującej wpisu przez oznaczenie osoby udzielającej świadczenia zdrowotnego (nazwisko i imię, tytuł zawodowy, podpis). Analogiczne wymogi w tym zakresie zawarto w § 4 ust. 1 i 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. *w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania*²⁶, regulującego te kwestie od 15 kwietnia 2020 r.

W skontrolowanych szpitalach dokumentacja medyczna znieczulanych pacjentów zawierała karty konsultacji anestezjologicznej oraz karty przebiegu znieczulania, zgodnie z wymogami § 9 pkt 7 i pkt 12 rozporządzenia *w sprawie standardów w dziedzinie AiT*.

W **Szpitalu w Przemyślu** stwierdzono, że w 21 zbadanych dokumentacjach karty przebiegu znieczulenia były wypełnione niekompletnie, gdyż w 14 przypadkach nie wpisano grupy krwi pacjenta, w dziesięciu wagi, w 13 wzrostu, w trzech grupy ryzyka według skali ASA, w dwóch wieku i rozpoznania.

W **Szpitalu w Brzozowie**, w dwóch kartach przebiegu znieczulenia (na 30 kart objętych kontrolą) brakowało pieczęci imiennej lekarza (podpis nieczytelny).

W **Szpitalu w Lesku**, w czterech na 43 zbadanych dokumentacjach, przedoperacyjna ankieta anestezjologiczna nie zawierała adnotacji lekarskiej dotyczącej konsultacji anestezjologicznej, w tym informacji o stopniu ryzyka według skali ASA oraz danych personalnych i podpisów lekarzy anestezjologów, którzy te konsultacje przeprowadzali. W jednym przypadku karta przebiegu znieczulenia nie zawierała danych personalnych oraz podpisu lekarza wykonującego znieczulenie.

²⁴ W praktyce dane personalne lekarzy podawane były poprzez odbicie imiennej pieczętki, czego w tych przypadkach (jak również opisanych w dalszej treści) brakowało.

²⁵ Dz. U. z 2015 r. poz. 2069.

²⁶ Dz. U. z 2020 r. poz. 666, ze zm.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Dokumentacja medyczna w czterech skontrolowanych szpitalach zawierała nieprawidłowości dotyczące sporządzania okołooperacyjnych kart kontrolnych.

W Szpitalu w Przemyślu, w dokumentacji medycznej dwóch znieczulanych pacjentów (na 30 analizowanych) stwierdzono brak okołooperacyjnej karty kontrolnej.

W Szpitalu w Strzyżowie, spośród 30 analizowanych okołooperacyjnych kart kontrolnych, w 26 brakowało danych umożliwiających identyfikację lekarzy.

W Szpitalu w Przeworsku stwierdzono brak jednej okołooperacyjnej karty kontrolnej (w próbie 30 egzemplarzy dokumentacji medycznej). W pozostałych przypadkach były takie karty i zawierały wymagane informacje oraz umożliwiały identyfikację osoby dokonującej w niej zapisów.

W Szpitalu w Brzozowie, w dokumentacji medycznej dwóch znieczulanych pacjentów stwierdzono brak okołooperacyjnej karty kontrolnej (analizowano dokumentację 30 pacjentów). W czterech okołooperacyjnych kartach kontrolnych brakowało danych osoby dokonującej w niej zapisów, w tym jedna nie zawierała podpisu.

Znieczulenia pacjentów we wszystkich skontrolowanych szpitalach odbywały się z zgodnie z uregulowaniami zawartymi w § 8 rozporządzenia *w sprawie standardów w dziedzinie AiIT*. W większości przeprowadzane były przez lekarzy specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii. Lekarze anestezjolodzy wykonywali znieczulenia pacjentów, których stan ogólny w skali ASA odpowiadał stopniowi I, II lub III, w pozostałych przypadkach za pisemną zgodą lekarza kierującego oddziałem AiIT. Lekarze w trakcie specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dokonywali znieczuleń pacjentów w skali I, II lub III, przeważnie po odbyciu przez nich co najmniej dwuletniego szkolenia w ramach specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii oraz wykazaniu się odpowiednią wiedzą i umiejętnościami wykonania znieczulania. Przypadki wykonania znieczuleń przez lekarzy będących w trakcie specjalizacji, którzy nie odbyli dwuletniego szkolenia przedstawiono wcześniej w punkcie 5.1.4. *Organizacja udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii*.

Resuscytacja pacjentów OAiT i znieczulanych w BO

Dokumentację medyczną znieczulanych pacjentów oraz pacjentów leczonych w OAiT poddano kontroli pod kątem prawidłowości zakończenia procesu resuscytacji. Zgodnie z przepisem § 7 rozporządzenia *w sprawie standardów w dziedzinie AiIT*, decyzję o zakończeniu resuscytacji podejmuje lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii lub lekarz anestezjolog. Lekarz w trakcie specjalizacji przed podjęciem decyzji przeprowadza konsultację z lekarzem specjalistą anestezjologii i intensywnej terapii.

W Szpitalach w Tarnobrzegu i Mielcu na podstawie analizowanej próby dokumentacji ustalono, że przeprowadzono w nich po dziewięć resuscytacji pacjentów. Natomiast w Strzyżowie – osiem, w Brzozowie – siedem, w Przemyślu – trzy, a w Przeworsku – jedną. W wymienionych szpitalach

decyzję o zakończeniu resuscytacji podejmowali lekarze specjaliści anestezjologii i intensywnej terapii. W Szpitalu w Strzyżowie na osiem przeprowadzonych resuscytacji, decyzję o zakończeniu siedmiu podjął lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii. W jednym przypadku decyzję podjął lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, po skonsultowaniu jej z lekarzem specjalistą anestezjologii i intensywnej terapii, który w tym czasie pełnił dyżur w OAiIT.

W szpitalach w Lesku i Leżajsku, w badanej dokumentacji nie stwierdzono zapisów dotyczących resuscytacji.

5.2. Czas pracy i kwalifikacje lekarzy oraz pielęgniarek zatrudnionych w OAiIT

W niektórych OAiIT nie zatrudniano wymaganej liczby lekarzy specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii, jednakże termin na dostosowanie się do tych wymagań upływa 31 grudnia 2022 r. Także w części skontrolowanych szpitali, lekarze zatrudnieni w OAiIT udzielali świadczeń zdrowotnych (dyżurowali) nieprzerwanie ponad 48 godzin. Z uwagi, iż nie była to praca świadczona na podstawie umów o pracę, nie stwierdzono przekroczenia obowiązujących norm czasu pracy, gdyż normy te dotyczą tylko personelu medycznego zatrudnionego na etatach (na podstawie umów o pracę). Liczba zatrudnionych w OAiIT pielęgniarek spełniała wymagania określone przez Ministra Zdrowia, a ich czas pracy był zgodny z obowiązującymi normami oraz z zachowaniem prawa do odpoczynku.

Na koniec 2020 r. w OAiIT w Lesku było zatrudnionych czterech lekarzy, w Strzyżowie – dziewięciu, w Tarnobrzegu – 11, w Leżajsku – czterech, w Przemyślu – 16, w Brzozowie – 14, w Przeworsku – siedmiu i w Mielcu – 13.

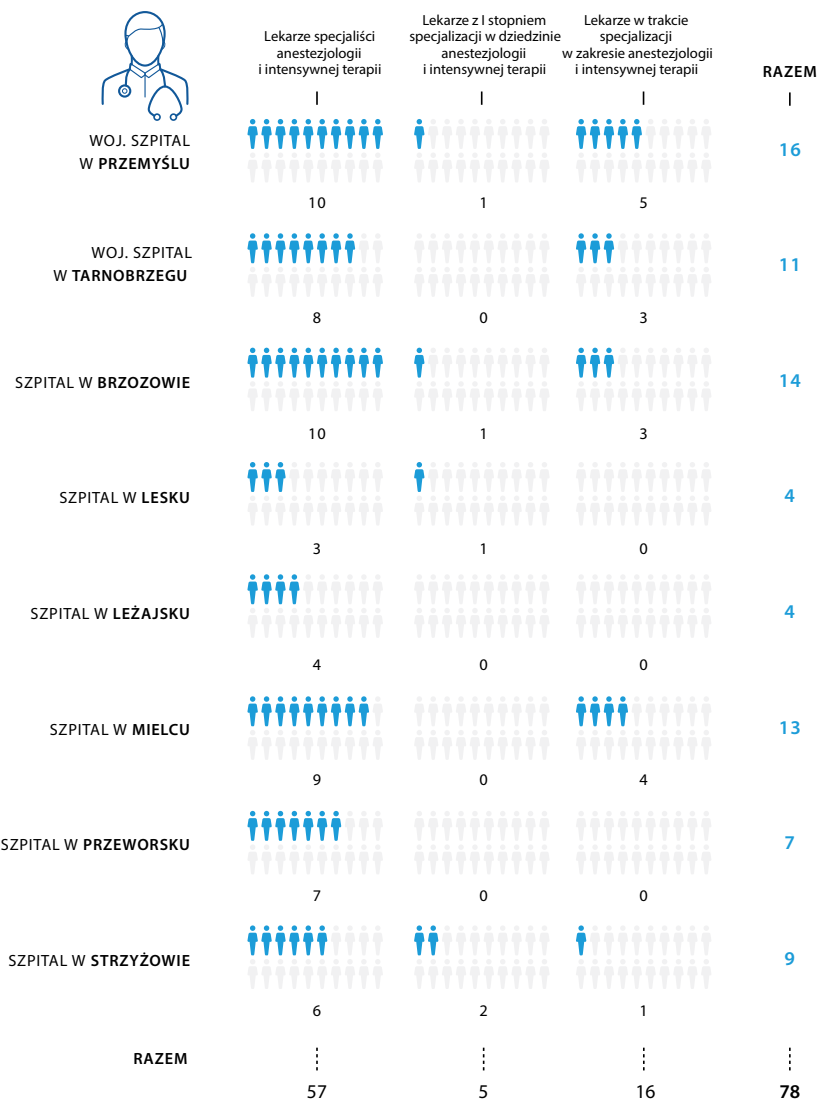
Liczba lekarzy
zatrudnionych w OAiIT

Wśród wszystkich 78 tych lekarzy, 57 było specjalistami anestezjologii i intensywnej terapii, pięciu miało I stopień specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, 16 było w trakcie specjalizacji w tym zakresie.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Infografika nr 6

Kwalifikacje lekarzy zatrudnionych w OAiT na koniec 2020 r.

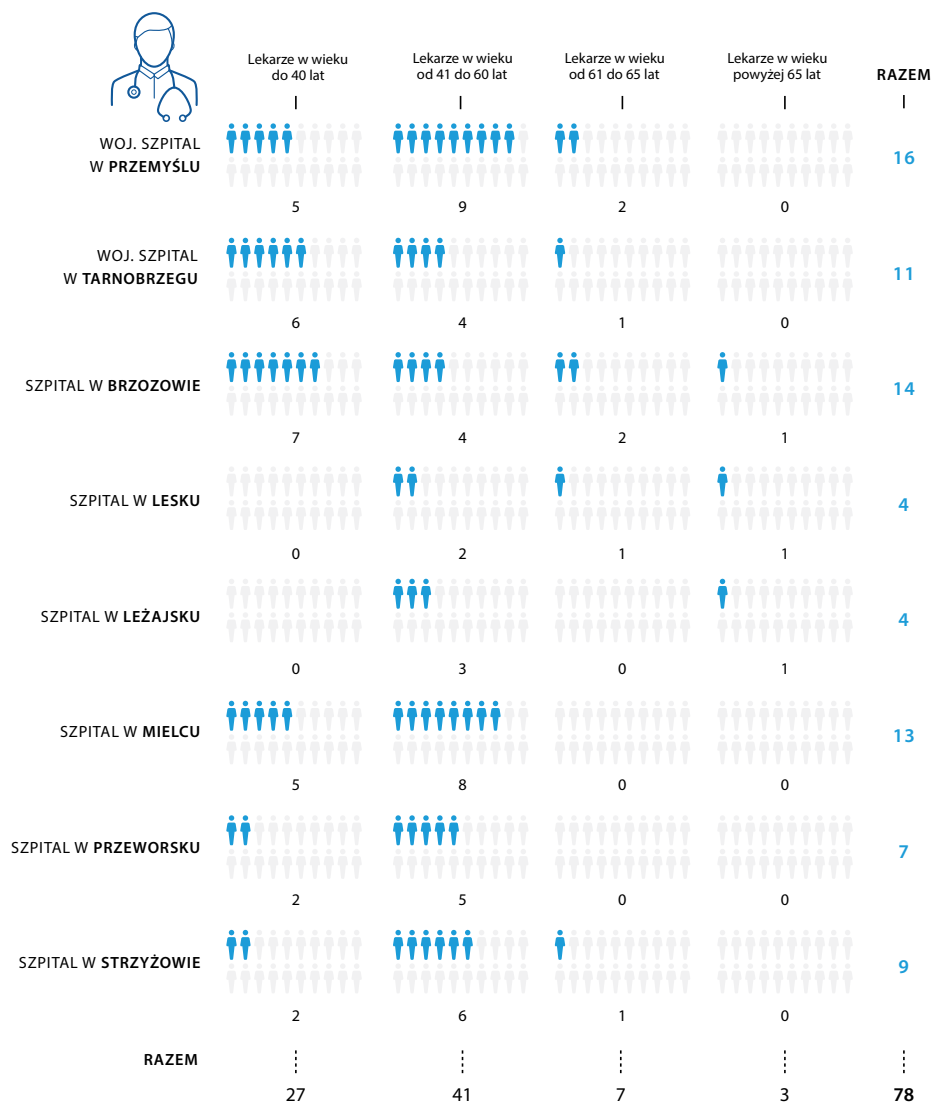


Źródło: opracowanie własne NIK.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Infografika nr 7

Struktura wiekowa lekarzy zatrudnionych w OAiT na koniec 2020 r.



Źródło: opracowanie własne NIK.

W OAiT lekarze anestezjologowie zatrudniani byli na umowy o pracę oraz na podstawie umów cywilnych. W jednym szpitalu (w Brzowie) stwierdzono nieprawidłowość, polegającą na zawieraniu z lekarzami umów cywilnych na okres krótszy niż trzy miesiące, co było niezgodne z art. 27 ust. 1 ustawy *o działalności leczniczej*. W pozostałych szpitalach objętych kontrolą, umowy cywilne zawarte z lekarzami spełniały postanowienia tego przepisu.

Na osiem skontrolowanych szpitali, w czterech (w **Mielcu, Tarnobrzegu, Przemyślu, Brzowie**) zatrudniano wymaganą liczbę lekarzy specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii, określoną w części I załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT. W OAiT zakwalifikowanych do pierwszego poziomu referencyjnego, zapewniano równoważnik co najmniej czterech etatów lekarzy specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii (nie dotyczy to dyżuru), a w związku z udziela-

niem świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezji dodatkowo zapewniono równoważnik, co najmniej jednego etatu lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii. W OAiIT zakwalifikowanych do drugiego poziomu referencyjnego zapewniano pięciu lekarzy specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii oraz dodatkowo równoważnik, co najmniej jednego etatu lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii.

W czterech pozostałych szpitalach, tj. w **Lesku, Strzyżowie, Przeworsku** (od 1 października 2020 r.) oraz w **Leżajsku**, nie były spełnione wymagania w tym zakresie. Termin na dostosowanie do standardów, zgodnie z postanowieniami § 17 ust. 1 tego rozporządzenia, przewidziany jest do 31 grudnia 2022 r.

Przykłady

W **Szpitalu w Lesku**, w latach 2018–2020, w OAiIT (pierwszy poziom referencyjny), w podstawowych godzinach pracy zatrudnionych było dwóch lekarzy specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii. Dodatkowo w OAiIT zatrudniony był lekarz specjalista, który tylko dyżurował (udzielał świadczeń zdrowotnych tylko podczas dyżurów) oraz lekarz anestezjolog (I stopień specjalizacji), który pracował i dyżurował (udzielał świadczeń) tylko w BO. Do spełnienia wymogów części I załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT, brakowało trzech etatów lekarzy specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii, którzy powinni pracować (udzielać świadczeń) w OAiIT, w podstawowych godzinach pracy.

W **Szpitalu w Strzyżowie**, w OAiIT (pierwszy poziom referencyjny), w 2018 r. i 2019 r. (do 30 września 2019 r.) świadczeń zdrowotnych w podstawowych godzinach pracy udzielało dwóch lekarzy specjalistów w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, a od 1 października 2019 r. do końca 2020 r. trzech. Do spełnienia wymogów załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT brakowało dwóch etatów lekarzy specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii.

Stan zatrudnienia lekarzy we wszystkich skontrolowanych szpitalach odpowiadał liczbie lekarzy wykazanych w załącznikach do umów zawartych z NFZ o udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej. Dane zatrudnionych lekarzy wykazane w tych umowach były zgodne z danymi lekarzy zatrudnionych w OAiIT. Świadczenia medyczne w OAiIT i BO wykonywali lekarze zgłoszeni do NFZ.

Czas pracy lekarzy zatrudnionych w OAiIT

W pięciu szpitalach (w **Lesku, Strzyżowie, Tarnobrzegu, Mielcu, Leżajsku**) wystąpiły przypadki, że lekarze anestezjolodzy pracowali nieprzerwanie przez 48 godzin lub więcej. Wynikało to z ich zatrudnienia na podstawie umów cywilnych lub łączonych umów o pracę i umów cywilnych. W związku z tym do tych przypadków nie miały zastosowania przepisy art. 93–99a ustawy *o działalności leczniczej*, dotyczące norm i wymiaru czasu pracy pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych. W tych szpitalach lekarze anestezjolodzy łączyli pracę w OAiIT w podstawowych godzinach pracy z dyżurami w OAiIT lub w innych oddziałach szpitala, pracując bez odpoczynku po 48 i więcej godzin²⁷.

²⁷ Normy czasu pracy lekarzy zatrudnionych na podstawie umów o pracę (na etacie) określone zostały przepisami działu III ustawy *o działalności leczniczej*. Stwierdzone w kontroli przypadki

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Zdaniem NIK, mogło to wpływać negatywnie na jakość wykonywanej pracy i stanowić zagrożenie dla pacjentów i samych lekarzy.

Przykłady

W **Szpitalu w Lesku** poszczególni lekarze specjaliści anestezjologii i intensywnej terapii pracowali nieprzerwanie przez: 288 godzin (12 dób), 152 godzin (6 dób i 8 godzin), 168 godzin (7 dób), 144 godzin (6 dób), 96 godzin (4 doby), 78 godzin (3 doby i 8 godzin). Lekarz anestezjolog w marcu 2018 r. pracował nieprzerwanie przez 288 godzin: w SOR, podczas dyżurów w OAiIT oraz w Karetce „S”. Inni lekarze specjaliści anestezjologii i intensywnej terapii tego Szpitala pracowali w SOR i podczas dyżurów w OAiIT i BO lub w OAiIT w podstawowych godzinach, po czym dalej pełnili dyżury w tym oddziale.

W **Szpitalu w Tarnobrzegu** lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii pracował bez przerwy 152 godziny. W tym czasie pracował w OAiIT w podstawowym czasie pracy (od godziny 7:00 do 14:35), pełnił dyżury w OAiIT oraz dyżury w karetkie pogotowia.

Na koniec 2020 r. w AOiIT, w szpitalu w Lesku zatrudnionych było 12 pielęgniarek, w Brzozowie – 40, w Tarnobrzegu – 52, w Mielcu – 62, w Strzyżowie – 22, w Leżajsku – 32, w Przeworsku – 24 i w Przemyśle – 71.

Stan zatrudnienia oraz
czas pracy pielęgniarek
zatrudnionych w OAiIT

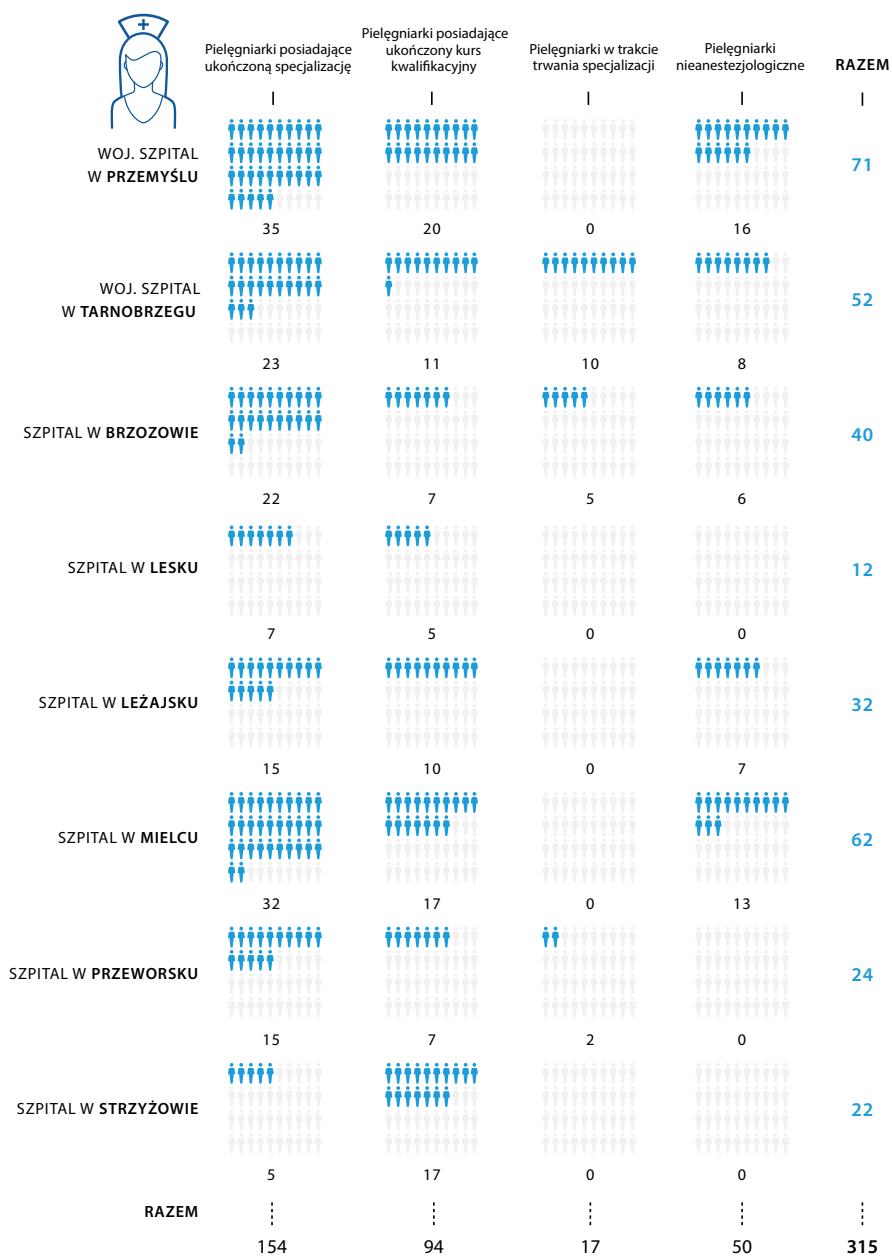
Zatrudnione pielęgniarki ukończyły specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki lub kurs kwalifikacyjny w zakresie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki. W niektórych szpitalach zatrudniane były również pielęgniarki w trakcie specjalizacji w zakresie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki (w Brzozowie, Tarnobrzegu, Przeworsku) oraz pielęgniarki nieanestezjologiczne (w Brzozowie, Tarnobrzegu, Leżajsku, Przemyśle, Mielcu), wykonujące pracę pod nadzorem pielęgniarek anestezjologicznych.

pracy ciągłej lekarzy w ilości 48 godzin i więcej, dotyczyły lekarzy zatrudnionych na podstawie umów cywilnych lub umów o pracę i umów cywilnych. Normy czasu pracy przewidziane dla etatów nie zostały przekroczone.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Infografika nr 8.

Kwalifikacje pielęgniarek zatrudnionych w OAiT na koniec 2020 r.

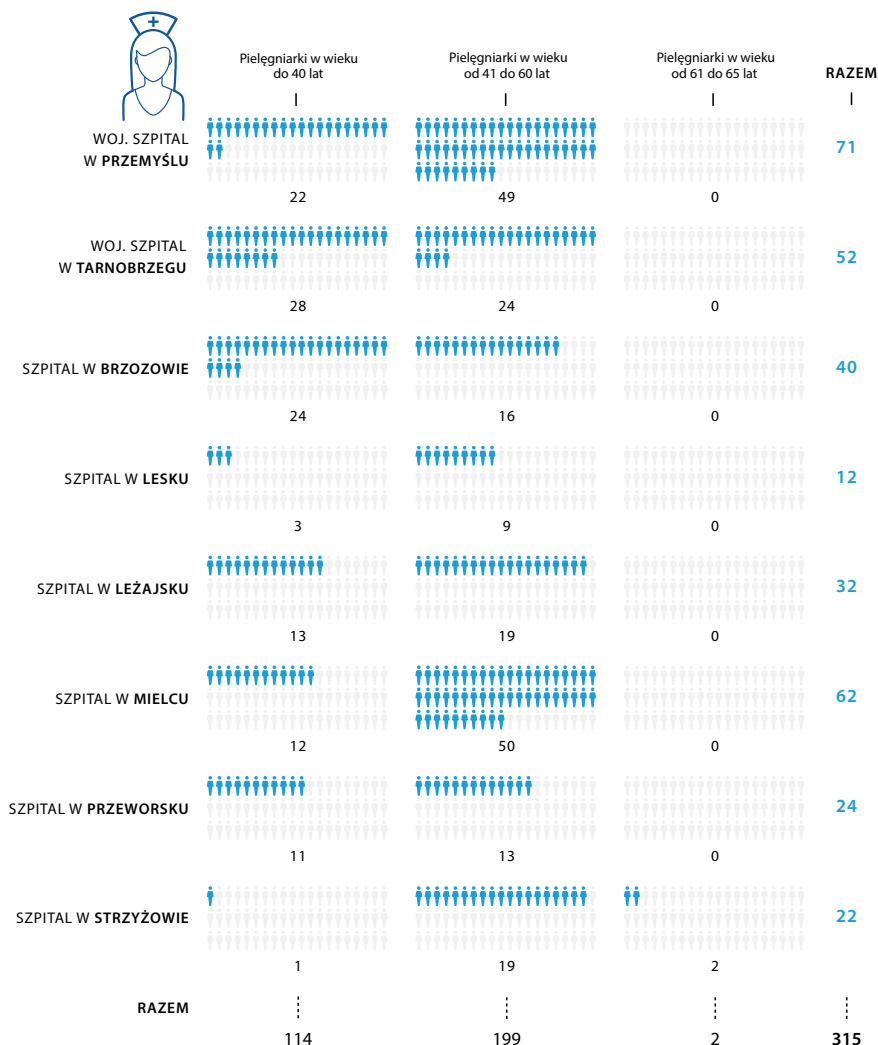


Źródło: opracowanie własne NIK.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Infografika nr 9

Struktura wiekowa pielęgniarek zatrudnionych w OAiIT na koniec 2020 r.



Źródło: opracowanie własne NIK.

Dane personelu pielęgniarskiego zatrudnianego w OAiIT ujmowane były w umowach zawartych pomiędzy szpitalami a NFZ. Świadczenia zdrowotne w oddziałach wykonywały pielęgniarki zgłoszone do NFZ.

Stan zatrudnienia pielęgniarek anestezyjologicznych w każdym kontrolowanym szpitalu spełniał wymagania określone w części I załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT, tj. równoważnik, co najmniej 2,2 etatu na jedno stanowisko intensywnej terapii i dodatkowo równoważnik jednego etatu w przypadku udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezji.

W siedmiu szpitalach²⁸ pielęgniarki OAiIT były zatrudnione na podstawie umów o pracę, zaś w jednym szpitalu (w Mielcu) na podstawie umów o pracę i umów cywilnych. Zawarte z pielęgniarkami umowy cywilne spełniały postanowienia art. 27 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej.

W skontrolowanych szpitalach pielęgniarki zatrudnione w OAiIT pracowały z zachowaniem bezpiecznych norm czasu pracy i prawa do odpoczynku.

²⁸ W Przemyślu, Leżajsku, Strzyżowie, Tarnobrzegu, Brzozowie, Przeworsku, Lesku.

5.3. Wymagania dotyczące wyposażenia OAiT i BO w wyroby medyczne

Skontrolowane szpitale (OAiT i BO) nie miały pełnego wyposażenia określonego rozporządzeniem w sprawie standardów w dziedzinie AiIT, jednakże termin na dostosowanie się do tych wymagań upływa 31 grudnia 2022 r. W trzech szpitalach stwierdzono brak lub opóźnienia okresowych przeglądów technicznych sprzętu medycznego stanowiącego wyposażenie OAiT i BO.

Wyposażenie w wyroby medyczne OAiT, stanowisk intensywnej terapii i stanowisk znieczulania

Wymagania dotyczące wyposażenia OAiT, stanowisk intensywnej terapii i stanowisk znieczulenia w sprzęt i w aparaturę medyczną zostały określone w części I załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT. Stosownie do tych wymogów, oddział powinien być wyposażony w:

- elektryczne urządzenie do ssania (ssak) – co najmniej jedno na trzy stanowiska intensywnej terapii, ale nie mniej niż dwa w oddziale;
- sprzęt do pomiaru rzutu serca – co najmniej jeden na cztery stanowiska intensywnej terapii;
- aparat do ciągłego leczenia nerkozastępczego – co najmniej jeden na osiem stanowisk intensywnej terapii, jeżeli w szpitalu nie ma odcinka (stacji) dializ;
- bronchofiberoskop – co najmniej jeden na oddział;
- sprzęt do bezpośredniego monitorowania ciśnienia wewnątrzczaszkowego – co najmniej jeden na oddział;
- przyłóżkowy aparat rentgenowski – co najmniej jeden na oddział;
- defibrylator z możliwością wykonania kardiowersji i zewnętrznej stymulacji serca – co najmniej jeden na oddział;
- respirator transportowy – co najmniej jeden na pięć stanowisk intensywnej terapii;
- przyłóżkowy aparat USG;
- aparat do pomiaru laboratoryjnych parametrów krytycznych,
- zestaw do zabezpieczania drożności dróg oddechowych w przypadku wystąpienia zdarzenia, jakim są „trudne drogi oddechowe”, w którego skład wchodzi, co najmniej laryngoskop z łopatką z łamanym zakończeniem, rękojeść krótka, maski krtaniowe w różnych rozmiarach, prowadnica długa i sprężysta (typu bougie), prowadnica światłowodowa lub videolaryngoskop, rurki ustno-gardłowe, rurka krtaniowa, zestaw do konikopunkcji, zestaw do tracheotomii.

Stanowisko intensywnej terapii stosownie do wymogów przewidzianych w ww. rozporządzeniu, powinno być wyposażone w:

- łóżko do intensywnej terapii z materacem przeciwoleżynowym;
- respirator z możliwością regulacji stężenia tlenu w zakresie 21–100%;
- źródła elektryczności, tlenu, powietrza i próżni;
- zestaw do intubacji i wentylacji z workiem samorozprężalnym;
- sprzęt do szybkich oraz regulowanych przetoczeń płynów, w tym co najmniej sześć pomp infuzyjnych;
- kardiomonitor;
- pulsoksymetr;
- kapnograf;

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

- aparat do automatycznego pomiaru ciśnienia krwi metodą nieinwazyjną;
- sprzęt do inwazyjnego pomiaru ciśnienia krwi;
- materac lub inne urządzenie do aktywnej regulacji temperatury ciała;
- fonendoskop.

Wypożyczenie stanowiska znieczulania określono w pkt C części I załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT. Obejmowało ono łącznie 26 rodzajów sprzętu i aparatury medycznej, w tym np. aparat do znieczulania ogólnego z respiratorem anestetycznym, defibrylator z możliwością wykonania kardiowersji i elektrostymulacji, sprzęt do szybkich przetoczeń płynów, urządzenie do ogrzewania płynów infuzyjnych.

Na osiem skontrolowanych szpitali, jedynie **Szpital w Przemyślu** spełniał standardy dotyczące wyposażenia OAiT, stanowisk intensywnej terapii oraz stanowisk znieczulania, określone w części I załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT.

Szpital w Lesku, Strzyżowie i Mielcu spełniały standardy dotyczące wyposażenia OAiT, lecz nie spełniały standardów dotyczących wyposażenia stanowisk intensywnej terapii i stanowisk znieczulania. **Szpital w Leżajsku** spełniał standardy dotyczące wyposażenia OAiT oraz stanowisk znieczulania, natomiast nie spełniał wymagań dotyczących wyposażenia stanowisk intensywnej terapii. W **Szpitalach w Przeworsku, Brzozowie i Tarnobrzegu** nie były spełnione standardy dotyczące wyposażenia OAiT, stanowisk intensywnej terapii oraz stanowisk znieczulania.

Zgodnie z § 17 ust. 1 rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT, podmioty lecznicze, które nie spełniają wymagań określonych w załączniku nr 1, zobowiązane są do dostosowania się do tych standardów do 31 grudnia 2022 r.

Przykłady

W **Szpitalu w Brzozowie**, w OAiT do spełnienia wymagań rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT, brakowało czterech elektrycznych urządzeń do ssania, jednego urządzenia do pomiaru rzutu serca, jednego respiratora transportowego, jednego aparatu do pomiaru parametrów krytycznych. Jedno stanowisko intensywnej terapii wyposażone było w pięć, zamiast sześciu wymaganych pomp infuzyjnych. Na stanowiskach znieczulania brakowało pięciu urządzeń do regulowanych przetoczeń płynów.

W **Szpitalu w Przeworsku**, w OAiT, do spełnienia wymagań zapisanych w tym rozporządzeniu, brakowało jednego urządzenia do bezpośredniego monitorowania ciśnienia wewnątrzczaszkowego oraz jednego aparatu do pomiaru laboratoryjnych parametrów krytycznych. Na stanowiskach intensywnej terapii brakowało siedmiu materacy lub innych urządzeń do aktywnej regulacji temperatury pacjenta, zaś na stanowiskach znieczulania czterech urządzeń do ogrzewania pacjentów.

W **Szpitalu w Lesku** na stanowiskach intensywnej terapii do spełnienia wymagań rozporządzenia, brakowało dwóch materacy do aktywnej regulacji temperatury pacjenta, zaś na stanowiskach znieczulania łącznie osiem różnych urządzeń, w tym jednego defibrylatora z możliwością wykonania kardiowersji i elektrostymulacji, dwóch monitorów zwiótczenia mięśniowego, dwóch

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

urządzeń do inwazyjnego pomiaru ciśnienia krwi, jednego urządzenia do ogrzewania pacjenta, dwóch urządzeń do regulowanych przetoczeń płynów, pięciu pomp infuzyjnych.

Dyrektorzy szpitali wyjaśniali, że podstawowym ograniczeniem wyposażenia OAiIT, stanowisk intensywnej terapii i stanowisk znieczulania w wymagany sprzęt i aparaturę medyczną są kwestie finansowe, jednocześnie wskazali, że wszystkie stwierdzone braki zostaną uzupełnione do końca 2022 r.

W objętych kontrolą szpitalach, Oddziały i stanowiska intensywnej terapii spełniały wymogi określone w załączniku nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w *sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego*.

W sześciu szpitalach (**w Lesku, Strzyżowie, Leżajsku, Tarnobrzegu, Mielcu, Przemyślu**) nie stwierdzono niezgodności pomiędzy rodzajem i ilością sprzętu medycznego będącego na wyposażeniu OAiIT i BO z wykazem tego sprzętu ujętego w zawartych z NFZ umowach na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

W **Szpitalu w Brzozowie** stwierdzono nierzetelne przekazywanie do NFZ informacji dotyczących zmian stanu sprzętu znajdującego się w OAiIT. W załączniku nr 2 „Harmonogram-zasoby” do umowy zawartej z NFZ dział III *Sprzęt*, ujęte zostały np. urządzenia, których nie było w księgach inwentarzowych Szpitala, tj. 10 pomp infuzyjnych (przekazane do innych komórek organizacyjnych w 2018 r.) oraz jeden kapnograf (wycofany z użytkowania w 2019 r.).

W **Szpitalu w Przeworsku** stwierdzono brak aktualizacji załącznika nr 2 „Harmonogram-zasoby” do umów zawartych z NFZ w latach 2018–2020, w związku z czym NFZ nie miał aktualnych danych dotyczących potencjału sprzętowego OAiIT.

W skontrolowanych szpitalach sprzęt i aparatura medyczna, będące na wyposażeniu OAiIT i BO były w miarę nowoczesne. W sześciu szpitalach (**w Przeworsku, Przemyślu, Tarnobrzegu, Mielcu, Brzozowie, Strzyżowie**) znajdowały się urządzenia, których wiek przekraczał 20 lat. Sprzęt ten nie generował jednak nadmiernie wysokich kosztów napraw i serwisu.

Przykład

W **Szpitalu w Strzyżowie** sprzęt medyczny OAiIT i BO, którego wiek przekraczał 20 lat to: aparat USG – rok produkcji 1995, respirator – rok produkcji 1998, respirator – rok produkcji 1993, worek samorozprężalny dla dorosłych z kompletem masek twarzowych – rok produkcji 1993, pompa infuzyjna – rok produkcji 1996, pulsoksymetr – rok produkcji 1995. Koszty napraw i przeglądów tego sprzętu poniesione przez szpital w latach 2018–2020 wyniosły łącznie 10 486,98 zł brutto, w tym koszty przeglądów – 1697,40 zł, koszty napraw – 8789,58 zł. Jednostkowy koszt przeglądu sprzętu wyniósł od 319,80 zł do 516,60 zł, natomiast jednostkowe koszty naprawy sprzętu wyniosły: 295,20 zł (pompa infuzyjna), 2999,97 zł (respirator), 5494,41 zł (respirator).

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W 2020 i 2021 r., w związku z epidemią COVID-19 szpitale dokonywały zakupów sprzętu medycznego ze środków własnych, z otrzymanych dotacji lub otrzymywały sprzęt w formie nieodpłatnego użyczenia albo darowizny.

Szpital w Przemyślu w związku z epidemią COVID-19 otrzymał lub zakupił 51 rodzajów aparatury medycznej, w tym trzy respiratory, aparat USG, tomograf komputerowy (wraz z dostosowaniem pomieszczeń). Wartość tego sprzętu wyniosła łącznie 7243,3 tys. zł, w tym dotacje – 6983,9 tys. zł, środki własne – 32,4 tys. zł, darowizny – 227 tys. zł (Ministerstwo Zdrowia, firmy prywatne, firmy publiczne).

Szpital w Strzyżowie otrzymał lub zakupił ze środków własnych sprzęt o wartości 242,2 tys. zł, w tym, w formie nieodpłatnego użyczenia przez Wojewodę Podkarpackiego urządzenia o wartości 219 tys. zł (dwa respiratory i dwa dozowniki tlenowe). Pozostały sprzęt o wartości 23,2 tys. zł zakupiono ze środków własnych szpitala, z dotacji powiatu strzyżowskiego lub uzyskano w formie nieodpłatnego użyczenia od gminy Wiśniowa, nieodpłatnego użyczenia od osoby fizycznej oraz darowizn powiatu strzyżowskiego.

Szpital w Brzozowie zakupił lub otrzymał wyposażenie o wartości 2205,3 tys. zł, w tym w formie nieodpłatnego użyczenia o wartości 1472,1 tys. zł z Wydziału Zarządzania Kryzysowego Podkarpackiego Urzędu Wojewódzkiego (32 pompy infuzyjne, 20 kardiomonitorów, dwa analizatory parametrów krytycznych, 10 aparatów do wentylacji wysokoprzepływowej, pięć defibrylatorów). Na podstawie nieodpłatnego przekazania z Ministerstwa Sprawiedliwości uzyskano sprzęt o wartości 151,3 tys. zł. Pozostały sprzęt otrzymano: w formie darowizn od firm lokalnych (75 tys. zł), nieodpłatnego użyczenia z Centrum Medycznego w Łąncucie (35 tys. zł). Szpital także zakupił ze środków własnych sprzęt o wartości 471,9 tys. zł.

Szpital w Przeworsku zakupił ze środków własnych, ze środków gmin, Starostwa Powiatowego w Przeworsku oraz otrzymał w formie darowizn rzeczowych (Wojskowy Magazyn Sprzętu Obrony Cywilnej, Ministerstwo Zdrowia, Caritas, Starostwo Powiatowe w Przeworsku) sprzęt o łącznej wartości 319,4 tys. zł.

Wojewódzki Szpital w Tarnobrzegu, w związku z epidemią COVID-19 zakupił z własnych środków i Województwa Podkarpackiego oraz uzyskał w formie darowizn sprzęt o wartości 1651,2 tys. zł.

Pozostałe szpitale – w Mielcu, Lesku i Leżajsku, w związku z epidemią COVID-19 uzyskały sprzęt o łącznej wartości 1681,9 tys. zł (środki własne, dotacje, darowizny, nieodpłatne użyczenie).

Sprzęt i aparatura medyczna będąca na wyposażeniu OAiIT i BO pięciu kontrolowanych szpitali (**w Leżajsku, Przeworsku, Tarnobrzegu, Brzozowie, Przemyślu**) poddawana była okresowym przeglądom technicznym. Przeglądy te przeprowadzane były terminowo i zgodnie z zaleceniami producenta lub dystrybutora danego wyrobu.

Dodatkowe wyposażenie w związku z epidemią COVID-19

Przeglądy techniczne sprzętu i aparatury medycznej wykorzystywanej w OAiIT i BO

W pozostałych trzech szpitalach (w **Strzyżowie, Lesku, Mielcu**) stwierdzono brak przeglądów lub opóźnienia w ich wykonywaniu. Działanie takie naruszało postanowienia przepisu art. 90 ust. 6 i 7 ustawy *o wyrobach medycznych*.

Zgodnie z postanowieniami tego przepisu, świadczeniodawca musi mieć dokumentację działań serwisowych, przeglądów, regulacji, zawierającą w szczególności datę dokonania tych czynności, nazwisko lub nazwę (firmę) podmiotu, który wykonał te czynności, ich opis, wyniki i uwagi dotyczące wyrobu. Świadczeniodawca musi także mieć dokumentację określającą terminy następnych konserwacji, przeglądów, regulacji, sprawdzeń i kontroli bezpieczeństwa urządzenia (wyrobu) stosowanego do udzielania świadczeń zdrowotnych, wynikające z instrukcji używania lub zaleceń podmiotów, które wykonywały te czynności.

W **Szpitalu w Strzyżowie** dla siedmiu urządzeń (cztery respiratory, aparat do znieczulania, aparat do ciągłego leczenia nerkozastępczego, ssak elektryczny) nie przeprowadzono przeglądów w 2020 r. Trzy z czterech respiratorów, które nie miały przeglądu technicznego w 2020 r. wykorzystywane były do leczenia pacjentów (przeglądy tych respiratorów wykonano dopiero w 2021 r.). Opóźnienia w przeprowadzaniu przeglądów technicznych wystąpiły w przypadku trzech urządzeń (łóżko rehabilitacyjne wielofunkcyjne – osiem dni, defibrylator – dwa miesiące, respirator – cztery miesiące).

W **Szpitalu w Lesku**, w 2019 r. wystąpiły 19-dniowe opóźnienia w przeprowadzaniu przeglądów trzech pomp infuzyjnych. W 2020 r. nie przeprowadzono przeglądów tych pomp, wykonano je dopiero w 2021 r. z 54-dniowym opóźnieniem. Pompy te, mimo braku ważnych przeglądów technicznych, były wykorzystywane do leczenia pacjentów.

W 2020 r. wystąpiły 48-dniowe opóźnienia w wykonaniu przeglądów czterech urządzeń (fibrolaryngoskop, procesor obrazu, videobronchoskop, bronchfiberoskop).

W **Szpitalu w Mielcu** opóźnienia w przeprowadzaniu przeglądów stwierdzono w przypadku 18 urządzeń. W jednym przypadku opóźnienia wyniosły 28 dni (respirator kliniczno-transportowy), zaś dla innego urządzenia – 55 dni (pompa infuzyjna). W przypadku pozostałych 16 urządzeń opóźnienia wyniosły od dwóch do dziewięciu dni.

W ocenie NIK, 19-dniowe opóźnienie w przeprowadzaniu przeglądów trzech pomp infuzyjnych w Szpitalu w Lesku w 2019 r., spowodowane było zaniedbaniem szpitala. Odnosząc się do niewykonania przeglądów technicznych lub opóźnień w ich przeprowadzeniu w roku 2020 r. i na początku 2021 r. nie można już dokonać tak jednoznacznej oceny. W tym czasie szpitale działały w szczególnie trudnej sytuacji spowodowanej epidemią COVID-19 i ograniczeniami z niej wynikającymi. Ryzyko epidemiczne wiązało się także z wizytami serwisantów urządzeń medycznych w OAiIT i BO.

W każdym ze skontrolowanych szpitali przeglądy techniczne wyrobów medycznych wykonywali przedstawiciele producentów lub podmioty uprawnione do wykonywania przeglądów i napraw sprzętu medycznego.

6. ZAŁĄCZNIKI

6.1. Metodyka kontroli i informacje dodatkowe

Cel główny kontroli określony został pytaniem: czy funkcjonowanie szpitalnych oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii oraz bloków operacyjnych w województwie podkarpackim zostało dostosowane do obowiązujących standardów?

Cel główny kontroli

Dla kontroli przyjęto trzy cele szczegółowe:

Cele szczegółowe

1. Czy w szpitalach przestrzegano odpowiednich warunków do udzielania świadczeń z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii określonych przez Ministra Zdrowia?
2. Czy w OAiIT zatrudniano właściwą liczbę lekarzy i pielęgniarek o odpowiednich kwalifikacjach oraz czy przestrzegano norm czasu pracy i odpoczynku tego personelu?
3. Czy szpital spełniał wymagania dotyczące wyposażenia OAiIT i BO w wyroby medyczne, a aparatura i sprzęt medyczny znajdujące się w tych oddziałach poddawane były okresowym przeglądom technicznym?

Kontrolą objęto łącznie osiem jednostek, w tym dwa szpitale wojewódzkie oraz sześć szpitali powiatowych.

Zakres podmiotowy

Doboru jednostek do kontroli dokonano w oparciu o dane dostępne na stronach internetowych NFZ oraz danych uzyskanych od Wojewody Podkarpackiego i Podkarpackiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ, dotyczących liczby łóżek, liczby personelu i wyposażenia OAiIT.

Legalność, rzetelność i gospodarność – art. 2 ust. 2 oraz art. 5 ust. 2 ustawy o NIK.

Kryteria kontroli

Kontrolą objęto lata 2018–2020. Czynności kontrolne przeprowadzono w okresie od 14 maja 2021 r. do 30 września 2021 r.

Okres objęty kontrolą

W ramach przeprowadzanych kontroli nie podejmowano działań na podstawie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f) ustawy o NIK.

Działania na podstawie art. 29 ustawy o NIK

W jednostkach kontrolowanych nie zlecano kontroli doraźnych na podstawie art. 12 ustawy o NIK.

Udział innych organów kontroli na podstawie art. 12 ustawy o NIK

Kontrola została podjęta z własnej inicjatywy Najwyższej Izby Kontroli, w celu sprawdzenia, jak szpitalne OAiIT i BO dostosowano do obowiązujących standardów i wymogów określonych przez Ministra Zdrowia.

Pozostałe informacje

Wyniki kontroli przedstawiono w ośmiu wystąpieniach pokontrolnych, z których każde zawierało wnioski pokontrolne. Ogółem sformułowano 38 wniosków pokontrolnych. Z informacji o sposobie wykonania wniosków pokontrolnych, złożonych przez kierowników jednostek kontrolowanych wynika, że według stanu na 14 grudnia 2021 r. zrealizowano 20 wniosków (53%) oraz podjęto działania w celu realizacji kolejnych 18 wniosków pokontrolnych (47%).

Kierownicy jednostek kontrolowanych nie składali zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnych.

ZAŁĄCZNIKI

Wykaz jednostek kontrolowanych

Lp.	Jednostka organizacyjna NIK przeprowadzająca kontrolę	Nazwa jednostki kontrolowanej	Imię i nazwisko kierownika jednostki kontrolowanej
1.	Delegatura w Rzeszowie	Wojewódzki Szpital im. św. Ojca Pio w Przemyślu	Barbara Stawarz
2.		Wojewódzki Szpital im. Zofii z Zamoyskich Tarnowskiej w Tarnobrzegu	Krzysztof Stolarski
3.		Szpital Specjalistyczny w Brzozowie Podkarpacki Ośrodek Onkologiczny im. ks. B. Markiewicza	Tomasz Kondraciuk
4.		Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lesku	Robert Płaziak
5.		Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Leżajsku	Marian Furmanek
6.		Szpital Specjalistyczny im. Edmunda Biernackiego w Mielcu	Jarosław Kolendo
7.		Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Przeworsku	Grzegorz Jedynak
8.		Zespół Opieki Zdrowotnej w Strzyżowie	Paweł Pikul

6.2. Analiza stanu prawnego i uwarunkowań organizacyjno- -ekonomicznych

Analiza stanu prawnego

Zgodnie z art. 103 tej ustawy, działalność leczniczą można rozpocząć po uzyskaniu **wpisu do rejestru**. Organem prowadzącym rejestr w przypadku podmiotów leczniczych jest wojewoda (art. 106 ust. 1 pkt 1 tej ustawy).

Ustawa o działalności
leczniczej

Uregulowania dotyczące **umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych**, w tym ich treści, zawiera art. 27 tej ustawy. W szczególności (ust. 1 zdanie 2) nie może ona zostać zawarta na okres krótszy niż 3 miesiące, chyba że rodzaj i liczba świadczeń zdrowotnych uzasadniają zawarcie umowy na okres krótszy.

W przepisach art. 93–99 uregulowano **czas pracy** w podmiocie medycznym. Czas pracy jego pracowników (z zastrzeżeniem art. 94 ust. 1) w przyjętym okresie rozliczeniowym, nie może przekraczać 7 godzin 35 minut na dobę i przeciętnie 37 godzin 55 minut na tydzień w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy w przyjętym okresie rozliczeniowym²⁹. Jeżeli jest to uzasadnione rodzajem pracy lub jej organizacją, w stosunku do pracowników mogą być stosowane rozkłady czasu pracy, w których dopuszczalne jest przedłużenie wymiaru czasu pracy do 12 godzin na dobę. Pracownicy z wyższym wykształceniem w zawodach medycznych, zatrudnieni w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, mogą być zobowiązani do pełnienia w zakładzie leczniczym tego podmiotu **dyżuru medycznego**. Dyżurem medycznym jest wykonywanie poza normalnymi godzinami pracy czynności zawodowych. Do pracy w ramach pełnienia dyżuru nie stosuje się przepisów art. 151 § 3, art. 151³ i art. 151⁴ ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – *Kodeks pracy*³⁰.

Rozporządzenie określa standard organizacyjny opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą udzielających świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezji, intensywnej terapii, resuscytacji, leczenia bólu niezależnie od jego przyczyny, a także sedacji³¹. Stosownie do § 17 ust. 1 tego rozporządzenia, podmioty lecznicze prowadzące szpitale, które w dniu jego wejścia w życie (tj. 1 stycznia 2017 r.) nie spełniały wymagań określonych w załączniku nr 1 do rozporządzenia, dostosują się do tych wymagań do 31 grudnia 2022 r.

Rozporządzenie
w sprawie standardów
w dziedzinie AiiT

Zgodnie z postanowieniami § 3, kwalifikacja pacjentów do OAiiT w szpitalach odbywa się zgodnie z aktualnymi **Wytocznymi Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii**, określającymi sposób kwalifikacji oraz kryteria przyjęcia pacjentów do oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii.

²⁹ Okres ten nie może przekraczać 3 miesięcy (art. 93 ust. 4).

³⁰ Dz. U. z 2020 r. poz. 1320, ze zm.

³¹ Zgodnie z § 2 pkt 8 tego rozporządzenia, jest to działanie mające na celu zniesienie niepokoju, strachu oraz wywołanie uspokojenia pacjenta.

Według § 4 ust. 1, w szpitalach, w których są udzielane świadczenia zdrowotne z zakresu anestezji i intensywnej terapii na rzecz pacjentów dorosłych, tworzy się **OAiIT**, a w przypadkach, gdy udziela się na rzecz tych pacjentów świadczeń zdrowotnych wyłącznie z zakresu anestezji, tworzy się **oddziały anestezjologii**. **Liczba łóżek** na OAiT stanowi co najmniej 2% ogólnej liczby łóżek w szpitalu (§ 4 ust. 3). **Usytuowanie oddziału** zapewnia komunikację z blokiem operacyjnym, szpitalnym oddziałem ratunkowym lub oddziałem przyjęć i pomocy doraźnej oraz ze wszystkimi oddziałami łózkowymi (§ 4 ust. 4).

W celu zapewnienia odpowiedniej jakości oraz zakresu świadczeń zdrowotnych udzielanych na rzecz pacjentów dorosłych oraz dzieci ustalono **trzy poziomy referencyjne** OAiT (§ 4 ust. 6).

Kierującym OAiT powinien być lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii, a **pielęgniarką oddziałową** powinna być pielęgniarka, która ukończyła specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki (§ 4 ust. 10 i 11).

Standard organizacyjny postępowania przy udzielaniu w szpitalu świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezji, określono w § 9 rozporządzenia. Zakłada on m.in., że:

- kierownik podmiotu leczniczego prowadzącego szpital, w porozumieniu z lekarzem kierującym OAiT, określa **procedury przygotowania** pacjenta do znieczulenia (pkt 1) oraz **procedury komunikacji alarmowej** (pkt 2);
- **plan zabiegów** wykonywanych w szpitalu ustala się w porozumieniu z lekarzem kierującym OAiT (pkt 3);
- lekarz wykonujący znieczulenie może w tym samym czasie znieczulać tylko jednego pacjenta; podczas znieczulenia z lekarzem współpracuje pielęgniarka anestezjologiczna (pkt 9);
- lekarz wykonujący znieczulenie może opuścić znieczulanego pacjenta w celu przeprowadzenia resuscytacji lub innych czynności z zakresu AiIT, jeżeli uzna, że opuszczenie znieczulanego pacjenta nie stanowi bezpośredniego zagrożenia dla jego życia; w takim przypadku przy pacjencie do czasu przybycia lekarza wykonującego znieczulenie pozostaje pielęgniarka anestezjologiczna (pkt 14);
- w bezpośrednim okresie pooperacyjnym pacjenta umieszcza się w **sali nadzoru poznieczuleniowego** (pkt 16).

Zgodnie z § 10 świadczenia z zakresu intensywnej terapii są udzielane w szpitalu na stanowiskach intensywnej terapii, a zgodnie z § 12 ust. 2 w razie, gdy stan pacjenta nie wymaga dalszego postępowania z zakresu intensywnej terapii, leczenie przejmują inne oddziały szpitala.

Zgodnie z § 14 lekarz kierujący OAiT w szpitalu przeprowadza raz w roku **ocenę jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych** w oddziale, w szczególności zgodności postępowania z procedurami określonymi w § 9 pkt 1, aktualnymi zaleceniami odpowiednich towarzystw nauko-

wych, kompletności dokumentacji i występowania zdarzeń medycznych, o których mowa w art. 67a ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*³².

Warunki ogólne wymagane dla OAiT w szpitalach zostały określone w części I załącznika nr 1 do rozporządzenia, a warunki szczegółowe dla poziomów referencyjnych tych oddziałów w szpitalach określono w częściach II i III załącznika nr 1 do rozporządzenia. Opisują one m.in. wymagania dotyczące liczby etatów lekarzy specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii oraz pielęgniarek anestezjologicznych i pozostałego personelu, organizacji udzielania świadczeń z zakresu AiT, liczby stanowisk intensywnej terapii, warunków przestrzennych pokoi łóżkowych w OAiT oraz sali nadzoru poznieczuleniewego. W części I załącznika nr 1 określono również **wymagania dotyczące wyposażenia w wyroby medyczne**³³.

Rozporządzenie to obowiązuje od 1 kwietnia 2019 r. Wcześniej w tym zakresie obowiązywało rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. *w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą*³⁴.

Szczegółowe **wymagania dotyczące pomieszczeń BO** określono w pkt IX załącznika nr 1 do rozporządzenia. Zgodnie z tymi przepisami, w skład BO wchodzi:

- co najmniej jedna sala operacyjna, mająca bezpośrednie połączenie z częścią brudną bloku operacyjnego w celu usuwania zużytych materiałów, z zachowaniem ruchu jednokierunkowego;
- śluza dla pacjenta (przez którą pacjenci są dowożeni i wywożeni z bloku operacyjnego), śluzy szatniowe, przez które przechodzi personel oraz śluza materiałowa;
- co najmniej jedno pomieszczenie: przygotowawcze dla personelu (wyposażone w stanowisko chirurgicznego mycia rąk, przez które personel wchodzi do sali operacyjnej), przygotowania pacjenta, dla personelu z pomieszczeniem higieniczno-sanitarnym oraz porządkowe;
- co najmniej jeden magazyn: sprzętu i aparatury, czystej bielizny oraz do krótkotrwałego przechowywania brudnej bielizny.

Przepisy tego rozporządzenia określają także **wymagania**: ogólnoprzestrzenne, ogólnobudowlane, dla niektórych pomieszczeń i urządzeń oraz dotyczące instalacji. W szczególności:

- pokoje chorych nie powinny znajdować się poniżej poziomu terenu urządzonego przy budynku (§ 14 ust. 4);

Rozporządzenie
w sprawie wymagań,
jakim powinny
odpowiadać
pomieszczenia
i urządzenia

³² Dz. U. z 2020 r. poz. 849, ze zm.

³³ Zgodnie z § 15a, warunków określonych w załączniku nr 1 do rozporządzenia w części I i części II nie stosuje się do podmiotu leczniczego, któremu wojewoda lub minister właściwy do spraw zdrowia, działając odpowiednio na podstawie art. 10 ust. 2 pkt 1 lit. b, art. 11 ust. 1 oraz art. 11 ust. 2 i 4 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. *o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych* (Dz. U. z 2020 r. poz. 1842, ze zm.) wydał polecenie opisane w tym przepisie – przez okres obowiązywania tego polecenia.

³⁴ Dz. U. z 2012 r. poz. 739. Utraciło ono moc z dniem wejścia w życie tego rozporządzenia, zgodnie z art. 8 ustawy z dnia 9 listopada 2018 r. *o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw* (Dz. U. z 2018 r. poz. 2219, ze zm.).

ZAŁĄCZNIKI

- łóżka w pokojach łóżkowych są dostępne z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych, a odstępy między łózkami umożliwiają swobodny dostęp do pacjentów (§ 18 ust. 1 i § 19);
- pokój łóżkowy na oddziale szpitalnym jest wyposażony w umywalkę z ciepłą i zimną wodą, dozownik z mydłem w płynie oraz pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemnik na zużyte ręczniki (§ 24);
- w pokojach łóżkowych dopuszcza się instalację urządzeń umożliwiających obserwację pacjentów, jeżeli jest to konieczne w procesie ich leczenia i dla zapewnienia im bezpieczeństwa (§ 29);
- szerokość drzwi w pomieszczeniach, przez które odbywa się ruch pacjentów na łózkach, umożliwia ten ruch (§ 33);
- instalacje i urządzenia wentylacji mechanicznej i klimatyzacji podlegają okresowemu przeglądowi, czyszczeniu lub dezynfekcji, lub wymianie elementów instalacji zgodnie z zaleceniami producenta, nie rzadziej niż co 12 miesięcy; dokonanie tych czynności wymaga udokumentowania (§ 40).

Rozporządzenie
w sprawie świadczeń
gwarantowanych
z zakresu lecznictwa
szpitalnego

Rozporządzenie to określa wykaz oraz warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego. W części 1 załącznika nr 3 określa ono warunki szczegółowe, jakie powinni spełnić świadczeniodawcy przy udzielaniu świadczeń gwarantowanych w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej m.in. (pkt 2) w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii, jak i anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci.

Ustawa o wyrobach
medycznych

Ustawa ta określa m.in. **zasady używania i utrzymywania wyrobów medycznych** (art. 1 pkt 11 oraz art. 90). W szczególności, wyrób medyczny powinien być właściwie dostarczony, prawidłowo zainstalowany i utrzymywany oraz używany zgodnie z przewidzianym zastosowaniem, a użytkownik wyrobu jest obowiązany do przestrzegania instrukcji używania (art. 90 ust. 1). Zabrania się uruchamiania i używania wyrobu mającego wady mogące stwarzać ryzyko dla pacjentów, użytkowników lub innych osób (art. 90 ust. 2). Świadczeniodawca jest obowiązany posiadać dokumentację:

- wykonanych instalacji, napraw, konserwacji, działań serwisowych, aktualizacji oprogramowania, przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń i kontroli bezpieczeństwa wyrobu, który wykorzystuje do udzielania świadczeń zdrowotnych (art. 90 ust. 6);
- określającą terminy następnych konserwacji, działań serwisowych, przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń i kontroli bezpieczeństwa wyrobu stosowanego do udzielania świadczeń zdrowotnych, wynikające z instrukcji używania lub zaleceń podmiotów, które wykonały powyższe czynności (art. 90 ust. 7).

Analiza uwarunkowań ekonomiczno-organizacyjnych.

Niewielka liczba
lekarzy specjalistów
anestezjologii
i intensywnej terapii
dostępna na rynku pracy

W Polsce występuje duży deficyt personelu medycznego, zwłaszcza lekarzy. Dotyczy to także specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii. Problem ten został także zauważony w kierowanych do Ministra Zdrowia interpelacjach poselskich dotyczących niewystarczającej liczby lekarzy anestezjologów.

W interpelacji poselskiej nr 19207 z 1 lutego 2021r. wskazano, iż statystycznie w Polsce na każde 100 tys. mieszkańców przypada 15 lekarzy anestezjologów, najgorzej w tym zakresie jest w województwie podkarpackim, gdzie na 100 tys. mieszkańców przypada jedynie 10 lekarzy anestezjologów. Liczba ta jest zdecydowanie niewystarczająca dla zapewnienia ciągłości pracy na stanowiskach intensywnej terapii i znieczulania w salach operacyjnych.

Minister Zdrowia w odpowiedzi z 27 lutego 2021 r. na złożoną interpelację podał, że poczynając od 2016 r. zwiększono limity przyjęć na kierunek lekarski, pierwsze roczniki ze zwiększonych naborów będą kończyć studia w 2022 r., a w 2023 r. będą kończyć staż podyplomowy i wtedy nastąpi znaczny wzrost liczby lekarzy rozpoczynających specjalizację. Ponadto na mocy ustawy z dnia 16 lipca 2020 r. *o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw*³⁵ wprowadzono szereg rozwiązań, które będą miały pozytywny wpływ na zwiększenie liczby lekarzy specjalistów i lepsze zabezpieczenie potrzeb kadrowych szpitali.

W kolejnych interpelacjach sejmowych (nr 16691–16706) zwrócono się do Ministra Zdrowia o podanie liczby lekarzy anestezjologów pracujących na terenie 16 województw w Polsce.

Minister Zdrowia w odpowiedzi z 31 grudnia 2020 r. na złożoną interpelację podał, że według danych Naczelnej Izby Lekarskiej na dzień 31 grudnia 2019 r. liczba specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii (wykonujących zawód) w Polsce wyniosła ogółem 5671 (w województwie podkarpackim – 200).

Niedobór lekarzy specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii potwierdziły także ustalenia niniejszej kontroli. Stwierdzono, że część szpitali nie zatrudniała wymaganej przepisami liczby lekarzy tej specjalizacji. Także dyrektorzy kontrolowanych szpitali wskazywali, że niektóre stany nieprawidłowe stwierdzone w kontroli, wynikały z małej liczby lekarzy specjalistów dostępnych na rynku pracy, a tym samym braku możliwości zatrudnienia odpowiedniej liczby personelu lekarskiego.

Z informacji przekazanych przez Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie Anestezjologii i Intensywnej Terapii wynika, że w województwie podkarpackim:

- w latach 2018–2020, tytuł specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii uzyskało 19 lekarzy;
- według stanu na 31 grudnia 2020 r., w trakcie specjalizacji było 44 lekarzy; ogólna liczba miejsc szkoleniowych dla lekarzy w zakresie specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii wynosiła 59, w tym 15 miejsc było wolnych.

Wedle opinii Konsultanta Wojewódzkiego powodem niewykorzystania wszystkich miejsc szkoleniowych było niewielkie zainteresowanie tą specjalizacją. Jak wskazał Konsultant, studenci Wydziału Lekarskiego

³⁵ Dz. U. z 2020 r. poz. 1291, ze zm.

Szpitalne, jako podstawowe jednostki w systemie opieki zdrowotnej

Uniwersytetu Rzeszowskiego oceniają, że specjalizacja w zakresie anestezyjologii i intensywnej terapii jest bardzo trudna i niesie ze sobą duże ryzyko odpowiedzialności karnej za ewentualne błędy. Podobnie postrzegane były specjalizacje zabiegowe.

Szpitalne stanowią jeden z podstawowych elementów organizacyjnych w systemie opieki zdrowotnej. W szpitalu przebywają pacjenci, którzy wymagają diagnostyki i leczenia w ramach całodobowej opieki medycznej w warunkach oddziału szpitalnego. Niektóre szpitale, przede wszystkim szpitale akademickie, prowadzą także dydaktykę przed i podyplomową.

W szpitalu znajdują się różne jednostki organizacyjne, którymi są np. oddziały i poradnie szpitalne. Są to np. oddziały chirurgiczne, anestezyjologii i intensywnej terapii, ginekologiczne czy chorób wewnętrznych. Każdy oddział ma przypisany na stałe personel medyczny (lekarzy i pielęgniarki) oraz ordynatora/kierownika, który kieruje jego pracą. W Polsce szpitale przydzielone są do różnych poziomów referencyjnych³⁶. Wyróżnia się trzy poziomy referencyjne szpitali. Pierwszy poziom dotyczy podstawowych szpitali, które mają oddziały czterech podstawowych dziedzin medycznych: pediatria, położnictwo i ginekologia, choroby wewnętrzne/interna, chirurgia ogólna oraz OAiIT. Drugi poziom to szpitale wojewódzkie, które oprócz podstawowych oddziałów mają również co najmniej cztery oddziały z innych specjalności np. oddziały kardiologii, dermatologii, neurologii, okulistyki czy laryngologii. Trzeci poziom referencyjny stanowią szpitale kliniczne państwowych uczelni medycznych oraz jednostki badawczo-rozwojowe podległe MZ.

System podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej

Od 1 października 2017 r. w Polsce utworzono *System podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej* tzw. „system zabezpieczenia”. Do systemu weszły placówki medyczne, które mają zapewnione finansowanie z NFZ i spełniły łącznie następujące warunki: udzielały świadczenia w ramach izby przyjęć albo szpitalnego oddziału ratunkowego na podstawie umowy z NFZ przez okres co najmniej dwóch ostatnich lat oraz miały konkretne oddziały wymienione w ustawie. Placówki, znajdujące się w *systemie zabezpieczenia*, podzielone są na kilka różnych poziomów. Pierwszy stopień to głównie szpitale powiatowe, drugi – ponadpowiatowe, a trzeci – wojewódzkie. Kolejne poziomy to szpitale onkologiczne lub pulmonologiczne, szpitale pediatryczne i szpitale ogólnopolskie. System obejmuje też ambulatoryjną opiekę specjalistyczną w przychodniach przyszpitalnych oraz nocną i świąteczną opiekę zdrowotną. Świadczenia, udzielane przez szpital zakwalifikowany do systemu zabezpieczenia, są finansowane w formie ryczałtu. Wysokość ryczałtu ustala się na okres rozliczeniowy określony w kontrakcie, nie dłuższy niż

³⁶ Poziom referencyjny szpitala i poziom referencyjny OAiIT, to dwie różne kategorie. Poziom referencyjny szpitala informuje pacjenta o tym, jakie świadczenia zdrowotne są wykonywane przez dany szpital (art. 95l ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej). Poziom referencyjny OAiIT zapewnia odpowiednią jakość oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych i jest uzależniony od liczby zatrudnionych lekarzy specjalistów anestezyjologii i intensywnej terapii oraz od organizacji udzielania świadczeń w tym oddziale (§ 4 ust. 6–8 rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT).

rok kalendarzowy. Dla określenia wysokości ryczałtu brane są pod uwagę liczby, rodzaje, ceny i parametry jakościowe świadczeń udzielonych w poprzednich okresach rozliczeniowych.

Szpital publiczne działają przede wszystkim jako SPZOZ, ale także występują sytuacje, w których szpitale publiczne funkcjonują jako spółki prawa handlowego, a ich jedynym udziałowcem jest organ administracji publicznej.

SPZOZ jako podstawowa forma działalności szpitali w Polsce

Szpital działające w formie SPZOZ charakteryzują się tym, że są tworzone przez jeden z poniższych podmiotów:

- ministra lub centralny organ administracji rządowej,
- wojewodę,
- jednostkę samorządu terytorialnego,
- państwową uczelnię medyczną lub państwową uczelnię prowadzącą działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych.

Działalność SPZOZ regulują przepisy art. 50a–82 ustawy *o działalności leczniczej*. Działalność SPZOZ polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Od niepublicznych zakładów odróżnia się tym, że stanowi w 100% własność publiczną, bez możliwości prawnej udziału podmiotów prywatnych. Charakteryzuje go przede wszystkim brak możliwości upadłości. SPZOZ podlega obowiązkowi wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego, z chwilą wpisania do tego rejestru uzyskuje osobowość prawną. SPZOZ pokrywa koszty działalności i reguluje zobowiązania ze środków własnych i uzyskiwanych przychodów. Podstawą gospodarki SPZOZ jest plan finansowy ustalany przez kierownika.

Jednostki samorządu terytorialnego (gmina, powiat, województwo) jako podmioty tworzące:

- tworzą, przekształcają i likwidują SPZOZ (w drodze uchwały);
- nadają statut SPZOZ;
- nawiązują z kierownikiem zakładu stosunek pracy;
- delegują przedstawicieli do rady społecznej zakładu;
- udzielają zakładowi dotacji na zadania określone w dziale V ustawy *o działalności leczniczej*;
- sprawują nadzór nad prowadzonymi przez siebie zakładami opieki zdrowotnej (zgodnie z przepisami art. 120–122 ustawy *o działalności leczniczej*).

Na koniec 2020 r., na terenie województwa podkarpackiego *system zabezpieczenia* tworzyło 29 szpitali, z tego: 11 zakwalifikowanych do I stopnia, dziewięć do II stopnia, pięć do III stopnia, cztery jako szpitale onkologiczne lub pulmonologiczne i jeden szpital zakwalifikowany jako ogólnopolski³⁷. Spośród tych szpitali, cztery funkcjonowały jako spółki prawa handlowego, pozostałe jako SPZOZ.

Według danych statystycznych, na terenie województwa podkarpackiego, na koniec 2019 r. zmniejszyła się łączna liczba łóżek szpitalnych – w stosunku do końca 2015 r. Liczba łóżek na koniec 2015 r. wynosiła 10 249, a na koniec 2019 r. – 9343 łóżka (spadek o 900 łóżek).

³⁷ Kliniczny Szpital Wojewódzki nr 1 w Rzeszowie przy ul. Chopina w części swojej działalności został zakwalifikowany do II stopnia, a w pozostałej części jako szpital onkologiczny.

6.3. Wykaz aktów prawnych dotyczących kontrolowanej działalności

1. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. *o działalności leczniczej* (Dz. U. z 2021 r. poz. 711, ze zm.).
2. Ustawa z dnia 20 maja 2010 r. *o wyrobach medycznych* (Dz. U. z 2021 r. poz. 1565).
3. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, ze zm.).
4. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* (Dz. U. z 2020 r. poz. 849, ze zm.).
5. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. *w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii* (Dz. U. z 2020 r. poz. 940, ze zm.).
6. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. *w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą* (Dz. U. z 2019 r. poz. 595, ze zm.). Rozporządzenie to obowiązuje od dnia 1 kwietnia 2019 r., a było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. *w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą* (Dz. U. z 2012 r. poz. 739).
7. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. *w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego* (Dz. U. z 2021 r. poz. 290, ze zm.).
8. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. *w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania* (Dz. U. z 2020 r. poz. 666, ze zm.) – akt ten obowiązuje od 15 kwietnia 2020 r. Wcześniej w tym zakresie obowiązywało rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. *w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania* (Dz. U. z 2015 r. poz. 2069).
9. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 marca 2020 r. *zmieniające rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii* (Dz. U. z 2020 r. poz. 459).

6.4. Wykaz podmiotów, którym przekazano informację o wynikach kontroli

1. Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej
2. Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej
3. Marszałek Senatu Rzeczypospolitej Polskiej
4. Prezes Rady Ministrów
5. Prezes Trybunału Konstytucyjnego
6. Rzecznik Praw Obywatelskich
7. Rzecznik Praw Pacjenta
8. Minister Zdrowia
9. Sejmowa Komisja do Spraw Kontroli Państwowej
10. Sejmowa Komisja Zdrowia
11. Sejmowa Komisja Samorządu Terytorialnego i Polityki Regionalnej
12. Senacka Komisja Zdrowia
13. Senacka Komisja Samorządu Terytorialnego i Administracji Państwowej
14. Wojewoda Podkarpacki
15. Marszałek Województwa Podkarpackiego
16. Przewodniczący Sejmiku Województwa Podkarpackiego
17. Rektor Uniwersytetu Rzeszowskiego
18. Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Rzeszowie
19. Dyrektor Podkarpackiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Rzeszowie
20. Konsultant Krajowy w dziedzinie Anestezjologii i Intensywnej Terapii
21. Konsultant Wojewódzki w dziedzinie Anestezjologii i Intensywnej Terapii
22. Związek Zawodowy Anestezjologów
23. Polskie Towarzystwo Anestezjologii i Intensywnej Terapii
24. Starostowie w województwie podkarpackim
25. Dyrektorzy szpitali w województwie podkarpackim
26. Dyrektorzy szpitali, w których funkcjonują OAiT, w pozostałych województwach (w formie elektronicznej)

6.5 Stanowisko Ministra do informacji o wynikach kontroli



Minister Zdrowia

Warszawa, 08 lutego 2022

NKM.0911.3.2022.6.KCZ

Pani
Małgorzata Motylow
Wiceprezes
Najwyższej Izby Kontroli

Szanowna Pani Prezes,

w odpowiedzi na Informację Najwyższej Izby Kontroli o wynikach kontroli P/21/088 *Funkcjonowanie szpitalnych oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii oraz bloków operacyjnych w województwie podkarpackim*, która została przekazana przy piśmie z dnia 21 stycznia 2022 r. o znaku: LRZ.430.005.2021, przedkładałam stanowisko do ww. dokumentu.

Wniosek nr 1 do Ministra Zdrowia o doprecyzowanie § 9 pkt 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, poprzez wskazanie, jakich sytuacji dotyczy komunikacja alarmowa oraz niezbędnych elementów tej procedury, str. 17.

Uprzejmie informuję, iż regulacje określone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii¹ wskazują precyzyjnie obszar, w zakresie którego powinna istnieć komunikacja alarmowa z oddziałem/działem realizującym świadczenia zdrowotne z zakresu anestezji, intensywnej terapii, resuscytacji, leczenia bólu, a także sedacji. Wynika to z interdyscyplinarnego charakteru świadczeń zdrowotnych intensywnej terapii, a w przypadku świadczeń anestezji realizowanych na potrzeby

¹ Dz. U. z 2020 r. poz. 940, z późn. zm.

wszystkich oddziałów szpitala. Z przepisu jasno wynika, że obowiązek kierownika podmiotu leczniczego dotyczy wyłącznie ustalenia sposobu komunikacji alarmowej obowiązującej w podmiocie leczniczym.

Wniosek nr 2 do Ministra Zdrowia o uzupełnienie § 14 ww. rozporządzenia, poprzez wskazanie wymogu pisemnej formy oceny jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych w oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii, str. 17.

Uprzejmie informuję, iż przedmiotowy wniosek zostanie uwzględniony przy najbliższej nowelizacji ww. rozporządzenia przez wskazanie obowiązku udokumentowania przeprowadzenia raz w roku oceny jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych w oddziale.

Z wyrazami szacunku

z upoważnienia Ministra Zdrowia

Waldemar Kraska

Sekretarz Stanu

/dokument podpisany elektronicznie/

6.6. Opinia Prezesa NIK do stanowiska Ministra



PREZES
NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI
MARIAN BANAŚ

LRZ.430.005.2021
P/21/088

Warszawa, dnia 16 lutego 2022 r.

**Opinia
do stanowiska Ministra Zdrowia
w sprawie informacji o wynikach kontroli pn. *Funkcjonowanie szpitalnych oddziałów anestezjologii
i intensywnej terapii oraz bloków operacyjnych w województwie podkarpackim***

Na podstawie art. 64 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli (Dz. U. z 2020 r. poz. 1200, ze zm.) przedstawiam opinię do stanowiska Ministra Zdrowia, zawartego w piśmie z dnia 8 lutego 2022 r. (znak NKM.0911.3.2022.6.KCZ).

Najwyższa Izba Kontroli z satysfakcją przyjmuje stanowisko w zakresie realizacji wniosku pokontrolnego nr 2 dotyczącego uzupełnienia § 14 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii (Dz. U. z 2020 r. poz. 940, ze zm.).

Odnosnie wniosku pokontrolnego nr 1, Najwyższa Izba Kontroli nie podziela stanowiska Ministra Zdrowia, że przepisy przywołanego rozporządzenia wskazują precyzyjnie obszar, w zakresie którego powinna istnieć komunikacja alarmowa z oddziałem realizującym świadczenia zdrowotne z zakresu anestezji i intensywnej terapii.

W ocenie NIK, przepis § 9 pkt 2 tego rozporządzenia jest bowiem bardzo ogólny. Określa on jedynie, że kierownik podmiotu leczniczego prowadzącego szpital (w porozumieniu z lekarzem kierującym oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii) ustala sposób komunikacji alarmowej. Przepisy przywołanego aktu prawnego nie określają natomiast, jakich sytuacji on dotyczy oraz jakie elementy powinien obejmować.

Ustalenia opisane w informacji o wynikach kontroli (w szczególności w części „Synteza wyników kontroli” w akapicie „Procedury dotyczące komunikacji alarmowej”) wykazały, że dyrektorzy szpitali przyjmowali różne interpretacje tego przepisu i w oparciu o tak ogólne jego założenia, podejmowali odmienne działania.

Zdaniem NIK, ustalenia kontroli potwierdzają potrzebę realizacji przez Ministra Zdrowia wniosku pokontrolnego nr 1, poprzez uszczegółowienie § 9 pkt 2 przedmiotowego rozporządzenia i wskazanie, jakich sytuacji dotyczy wspomniana komunikacja alarmowa oraz niezbędnych jej elementów.

NIK podziela natomiast pogląd Ministra Zdrowia wskazany w stanowisku, iż: zgodnie z przepisami, obowiązek kierownika podmiotu leczniczego dotyczy wyłącznie ustalenia sposobu komunikacji alarmowej obowiązującej w podmiocie leczniczym, co nie było kwestionowane w toku kontroli.


PREZES
Najwyższej Izby Kontroli
Marian Banaś