



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Rzeszowie

LRZ.410.011.01.2021

Robert Płaziak – Dyrektor

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
w Lesku, ul Kazimierza Wielkiego 4, 38-600 Lesko

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/21/088 – Funkcjonowanie szpitalnych oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii oraz bloków operacyjnych w województwie podkarpackim

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lesku, ul Kazimierza Wielkiego 4, 38-600 Lesko (dalej: SPZOZ lub Szpital).
Kierownik jednostki kontrolowanej	Robert Płaziak – Dyrektor od 6 maja 2014 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	<ol style="list-style-type: none">1) Warunki udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii.2) Warunki dotyczące czasu pracy i kwalifikacji lekarzy oraz pielęgniarek zatrudnionych w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii (OAIIT).3) Wymagania dotyczące wyposażenia OAIIT i Bloku Operacyjnego (BO) w wyroby medyczne.
Okres objęty kontrolą	Lata 2018-2020, z uwzględnieniem zdarzeń wcześniejszych i późniejszych o ile miały wpływ na działalność jednostki w kontrolowanym zakresie.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o <i>Najwyższej Izbie Kontroli</i> ¹ .
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Rzeszowie
Kontrolerzy	<ol style="list-style-type: none">1. Roman Chrzęszcz – główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LRZ/62/2021 z 12 maja 2021 r.2. Sławomir Kochman – główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LRZ/61/2021 z 12 maja 2021 r.

(akta kontroli str. 1-6)

¹ Dz. U. z 2020 r. poz. 1200 ze zm., dalej: ustawa o NIK.

II. Ocena ogólna² kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

W okresie objętym kontrolą funkcjonowanie OAiIT oraz BO w Szpitalu nie zostało w pełni dostosowane do obowiązujących standardów.

W Szpitalu funkcjonował BO z dwoma salami operacyjnymi, który nie spełniał wymagań określonych przez Ministra Zdrowia. Blok ten nie posiadał wszystkich wymaganych pomieszczeń i nie zapewniał tzw. ruchu jednokierunkowego. W obrębie Bloku oraz w bliskim jego sąsiedztwie nie zorganizowano sali nadzoru poznieczuleniowego, a pacjentów po zabiegach operacyjnych umieszczano w oddziałach macierzystych. W latach 2019-2020 w Szpitalu wybudowano nowy BO zawierający dwie sale operacyjne, oraz salę nadzoru poznieczuleniowego. Uruchomienie BO spełniającego wymagania przestrzenne określone przez Ministra Zdrowia zaplanowano w II półroczu bieżącego roku.

OAiIT posiadał trzy stanowiska intensywnej terapii, w tym jedno stanowisko zorganizowane było w izolacie. Liczba tych stanowisk stanowiła 1,74% ogólnej liczby łóżek w Szpitalu, przy wymaganym co najmniej 2% poziomie, określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii³ (dalej: rozporządzenie w sprawie standardów w dziedzinie AiIT)

W OAiIT, w podstawowych godzinach pracy Szpitala, zatrudnionych było dwóch lekarzy specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii. Stan ten nie spełniał wymagań określonych w rozporządzeniu w sprawie standardów w dziedzinie AiIT, jednakże szpital jest zobowiązany do dostosowania się do tych wymagań w terminie do 31 grudnia 2022 r. Stan zatrudnienia w OAiIT pielęgniarek anestezjologicznych, w okresie objętym kontrolą, spełniał wymagania określone przepisami tego rozporządzenia.

W kontroli stwierdzono liczne przypadki braku zapewnienia stałej obecności lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii w Oddziale, spowodowane wykonywaniem znieczuleń pacjentów w BO podczas zabiegów operacyjnych, a także łączeniem w tym samym czasie dyżurów medycznych jednego lekarza w OAiIT z dyżurami w innych oddziałach Szpitala. Działanie takie było niezgodne z postanowieniami § 11 pkt 2 i 2a oraz części II załącznika nr 1 rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT.

Stwierdzono również przypadki, w których jeden lekarz w tym samym czasie jednocześnie znieczulał dwóch pacjentów, co naruszało postanowienia § 9 pkt 9 rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT.

W kontroli stwierdzono liczne przypadki nierzetelnego wypełniania dokumentacji medycznej pacjentów polegających w szczególności na braku danych personalnych lekarzy (imiennych pieczętek) oraz ich podpisów pod adnotacjami dotyczącymi udzielonych świadczeń zdrowotnych.

Kontrola wykazała, że lekarze anestezjolodzy wykonujący świadczenia w OAiIT, BO oraz w innych oddziałach Szpitala, pracowali w sposób ciągły nawet po kilkanaście dób. W kontroli stwierdzono przypadek pracy ciągłej lekarza przez 288 godzin, tj. 12 dób, a także inne przypadki obejmujące pracę ciągłą lekarzy anestezjologów przez kilka dób. W ocenie NIK, działanie takie mogło stwarzać zagrożenie należytego wykonywania świadczeń zdrowotnych, a nawet zagrożenie dla bezpieczeństwa pacjentów oraz zdrowia samych lekarzy.

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

³ Dz. U. z 2020 r. poz. 940 ze zm., zwanego dalej rozporządzenie w sprawie standardów w dziedzinie AiIT.

W OAiIT oraz w BO stwierdzono braki w wyposażeniu w niektóry sprzęt medyczny, wymieniony w załączniku nr 1 do rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT. Termin na dostosowanie się do tych wymagań upływa 31 grudnia 2022 r.

Kontrola wykazała opóźnienia w wykonywaniu przeglądów technicznych wyrobów medycznych użytkowanych w OAiIT i BO, co było niezgodne zaleceniami producentów tych wyrobów.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe⁴ kontrolowanej działalności

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

1. Działalność Szpitala w zakresie AiIT oraz BO była prowadzona na podstawie wpisu do RPWDL prowadzonego przez Wojewodę Podkarpackiego. Według rejestru OAiIT funkcjonował od 10 stycznia 2013 r., a BO od 1 stycznia 1971 r.

Regulamin organizacyjny Szpitala zawierał zapisy odnoszące się do działalności OAiIT oraz BO. Zgodnie z tym Regulaminem do zadań OAiIT należało m.in.:

- zabezpieczenie postępowania terapeutycznego chorych w stanie zagrożenia życia,
- organizowanie i współudział w postępowaniu resuscytacyjnym na terenie Szpitala,
- współudział w ustalaniu zasad przygotowania chorych do zabiegów operacyjnych,
- przeprowadzanie znieczuleń pacjentów do zabiegów operacyjnych,
- współudział w nadzorze pooperacyjnym na oddziałach zabiegowych oraz prowadzenie pacjentów wymagających intensywnego nadzoru w okresie pooperacyjnym na oddziale,
- konsultowanie pacjentów na oddziałach Szpitala i kwalifikowanie ich do leczenia na oddziale.

Do zadań BO należało m.in.:

- utrzymanie w gotowości sal operacyjnych, aparatury i sprzętu medycznego do zabiegów operacyjnych,
- przygotowanie pacjentów do zabiegów operacyjnych,
- współpraca z lekarzami zespołów operacyjnych w trakcie wykonywania znieczuleń oraz zabiegów operacyjnych,
- dezynfekcja narzędzi i chirurgicznych, aparatury medycznej, wózków i elementów transportowych.

(akta kontroli str. 7-19, 23-52)

W latach 2018-2020 OAiIT zaliczony był do pierwszego poziomu referencyjnego.

W ww. okresie łączna liczba łóżek szpitalnych była stała i wynosiła 172, w tym w OAiIT były trzy łóżka, co stanowiło 1,74% ogólnej liczby łóżek w Szpitalu. Faktyczna liczba łóżek w OAiIT w trakcie niniejszej kontroli, była zgodna z liczbą łóżek wykazaną w RPWDL.

W badanym okresie działalność Szpitala, w tym działalność OAiIT oraz BO była objęta obowiązkowym ubezpieczeniem odpowiedzialności cywilnej. Suma

⁴ Oceny cząstkowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena cząstkowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

gwarancyjna w ramach ubezpieczenia została ustalona zgodnie z wymaganiami rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie *obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą*⁵, tj. suma gwarancyjna w odniesieniu do jednego zdarzenia wynosiła 100 tys. euro, a do wszystkich zdarzeń 500 tys. euro. Składka ubezpieczeniowa tytułem ubezpieczenia obowiązkowego w poszczególnych latach okresu objętego kontrolą wynosiła odpowiednio: 139,2 tys. zł, 139,2 tys. zł i 153 tys. zł. W okresie objętym kontrolą, obowiązywały dwie umowy dotyczące ubezpieczenia działalności Szpitala:

- z dnia 30 listopada 2016 r. zawarta na okres od 1 grudnia 2016 r. do 30 listopada 2019 r.
- z dnia 25 września 2019 r. zawarta na okres od 1 grudnia 2019 r. do 30 listopada 2022 r.

Umowy te zostały poprzedzone procedurami określonymi w ustawie z dnia 29 stycznia 2004 r. *Prawo zamówień publicznych*⁶.

W latach 2018-2020 funkcje kierownika OAiT i kierownika BO pełnili lekarze posiadający kwalifikacje specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii⁷. Pielęgniarka Oddziałowa OAiT posiadała tytuł magistra pielęgniarstwa oraz kwalifikacje specjalisty pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki. Pielęgniarka Oddziałowa BO posiadała tytuł magistra pielęgniarstwa. Pielęgniarki Oddziałowe OAiT i BO na tych stanowiskach zostały zatrudnione w wyniku przeprowadzonego postępowania konkursowego.

(akta kontroli str. 20-22, 53-103, 328-338, 368-401)

W latach 2018-2020 w szpitalu przeprowadzono cztery kontrole zewnętrzne, których ustalenia obejmowały sprawy dotyczące OAiT oraz BO:

- kontrola w dniach 28 września i 16 października 2018 r. przeprowadzona przez Państwową Inspekcję Pracy Okręgowy Inspektorat Pracy w Rzeszowie, dotyczyła m.in. poprawności ustalenia wynagrodzenia dwóch pielęgniarek zatrudnionych w BO. Nieprawidłowości w tym zakresie nie stwierdzono;
- w kontroli przeprowadzonej w dniach 14-15 czerwca 2018 r. przez Wojewódzką Stację Sanitarno-Epidemiologiczną w Rzeszowie, stwierdzono m.in. w BO w pomieszczeniu śluzy dla personelu odpryski farby na suficie, a w sali operacyjnej ubytki tarketu. W OAiT stwierdzono zniszczoną tapicerkę dwóch foteli na stanowisku nadzoru pielęgniarstwa oraz brak obudowy na lampach sufitowych w gabinecie zabiegowym i na stanowisku nadzoru pielęgniarstwa, co stanowiło naruszenie § 27 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie *szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą*⁸;
- w kontroli przeprowadzonej w dniach 14 i 17 czerwca oraz 30 lipca 2019 r. przez Wojewódzką Stację Sanitarno-Epidemiologiczną w Rzeszowie stwierdzono wykonanie decyzji Podkarpackiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego z dnia 16.08.2018 r., tj. w BO w sali operacyjnej powierzchnię

⁵ Dz. U. z 2019 r. poz. 866.

⁶ Dz. U. z 2019 r. poz. 1843.

⁷ Pracownicy ci nie zostali zatrudnieni na podstawie konkursu, gdyż zgodnie z art. 49 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o *działalności leczniczej* (Dz. U. z 2021 r. poz. 711 ze zm.), konkurs przeprowadza się na stanowisko ordynatora. Stosownie do postanowień przepisu ust. 7, w przypadku gdy zgodnie z regulaminem organizacyjnym, oddziałem kieruje lekarz niebędący ordynatorem, na stanowisko lekarza kierującego oddziałem konkursu nie przeprowadza się. Regulamin organizacyjny Szpitala obowiązujący w okresie objętym kontrolą, umożliwiał zatrudnianie kierowników oddziału oraz ordynatorów. Powyższe osoby zgodnie z umowami o pracę zostały zatrudnione na stanowiskach kierowników OAiT oraz BO.

⁸ Dz.U. z 2019 r. poz. 595 ze zm., zwanego dalej rozporządzeniem w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia.

podłogi doprowadzono do stanu umożliwiającego prawidłowe mycie i dezynfekcję, a w OAiT stanowisko nadzoru pielęgniarskiego doprowadzono do należytego stanu sanitarno-technicznego oraz uzupełniono brakujące osłony lamp sufitowych. W kontroli stwierdzono, że nie wykonano obowiązku zawartego w ww. decyzji dotyczącego służby dla personelu w BO, tj. nie doprowadzono do należytego stanu sanitarno-technicznego sufitu w tym pomieszczeniu;

- w kontroli przeprowadzonej w dniu 26 listopada 2019 r. przez Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Rzeszowie stwierdzono m.in., że w BO Książka transfuzyjna prowadzona była prawidłowo, składnik przetoczono z powodu krwawienia śródoperacyjnego, a sześć spośród siedmiu pielęgniarek zatrudnionych w BO posiadało uprawnienia do przetaczania krwi i jej składników.

(akta kontroli str. 104-151)

2. W okresie objętym kontrolą w Szpitalu obowiązywały trzy pisemne instrukcje dotyczące znieczulenia:

- instrukcja blokady obwodowej, obejmująca blokadę splotu ramiennego i blokadę nerwów w okolicy nadgarstka,
- instrukcja znieczulenia przewodowego obejmująca znieczulenie podpajęczynówkowe i znieczulenie zewnątrzoponowe,
- instrukcja wprowadzenia pacjenta do znieczulenia ogólnego.

Instrukcje te opracowano 9 marca 2006 r. i obejmowały one opis czynności, jakich należy wykonać w ramach poszczególnych rodzajów znieczuleń.

W trakcie niniejszej kontroli, w dniu 20 maja 2021 r. Dyrektor Szpitala w porozumieniu z kierownikiem OAiT wprowadził pisemne procedury przygotowania pacjenta do znieczulania. Obejmowały one m.in. wykaz badań diagnostycznych i laboratoryjnych w celu przeprowadzenia zabiegów w trybie planowym, pilnym, przyspieszonym i natychmiastowym.

(akta kontroli str. 215-221)

W okresie objętym kontrolą w Szpitalu nie funkcjonowały pisemne procedury określające sposób komunikacji alarmowej. Zgodnie z przepisem § 9 pkt 2 rozporządzenia w sprawie standardu w dziedzinie AiT, kierownik podmiotu leczniczego prowadzącego szpital, w porozumieniu z lekarzem kierującym OAiT, ustala sposób komunikacji alarmowej.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że w latach 2018-2020 nie było ustalonej pisemnej procedury dotyczącej sposobu komunikacji alarmowej. Jednocześnie Dyrektor wskazał, że ustalona jest procedura zwyczajowa, która była jednolita dla całego szpitala. Dyrektor wskazał, że ustawa nie precyzuje i nie definiuje stanu sytuacji alarmowej, stan taki nie może być tym samym opisany dla jednego oddziału, alarmy związane z obsługą systemów elektronicznych i mechanicznych podtrzymujących życie pacjenta opisane są w odrębnych procedurach lub instrukcjach. W związku z powyższym przyjęto zwyczajowo, że w przypadku który tego wymaga a związanego ze stanem nieoczekiwanym i koniecznością podejmowania decyzji ponadstandardowych ustanowiona jest instytucja lekarza starszego dyżuru wskazanego każdorazowo w grafiku. Zgodnie z zarządzeniem, lekarza takiego wskazuje Dyrektor ds. Medycznych, a jego decyzje muszą być traktowane jako nadrzędne. W przypadkach tego wymagających powiadamiany jest Dyrektor ds. Medycznych i kolejno Dyrektor. Tego rodzaju sytuacje miały miejsce w poprzednich latach. Najczęściej dotyczyły jednak działań na styku szpitali, czy oddziałów. Najczęściej dyspozycje Dyrektora przekazywane były telefoniczne, miały jednak również miejsce sytuacje gdzie Dyrektor lub Dyrektor ds. Medycznych musiał interweniować osobiście.

(akta kontroli str. 524-527)

Analiza 182 wpisów⁹ dotyczących operacji, zamieszczonych w Książkach operacyjnych wykazała przypadki:

- w których jeden lekarz w tym samym czasie znieczulał jednocześnie dwóch pacjentów,
 - opuszczenia przez lekarza anestezjologa OAiIT w celu wykonania w Bloku Operacyjnym znieczulenia pacjenta podczas operacji,
 - brak danych personalnych lekarza anestezjologa (brak pieczętki imiennej) oraz brak jego podpisu pod adnotacją dotyczącą wykonanego znieczulenia,
- Przypadki te szczegółowo opisano w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości” niniejszego wystąpienia.

W OAiIT znajdowały się dwie sale, w tym sala intensywnej terapii z dwoma stanowiskami i izolatka z jednym stanowiskiem. Stanowisko nadzoru pielęgniarskiego znajdowało się w holu w części centralnej Oddziału, bezpośrednio przed wejściem do obu sal. Stanowisko posiadało system monitorowania ciągłego z możliwością kontrolowania parametrów życiowych jednocześnie wszystkich chorych znajdujących się w Oddziale, a także na stanowisku tym możliwy był podgląd każdego pacjenta za pomocą wideokamer.

(akta kontroli str. 320-338)

Pielęgniarka Oddziałowa OAiIT wyjaśniła, że system wideokamer znajdujący się w Oddziale pozwala na sprawne i szybkie reagowanie na zmieniającą się sytuację. Pielęgniarka Oddziałowa stwierdziła, że usytuowanie stanowiska zapewnia bezpośredni kontakt tylko do jednego stanowiska i pośredni do dwóch pozostałych. Wskazała, że monitorowanie pacjenta jest prowadzone w sposób ciągły, 24 godziny na dobę, a intensywna opieka w praktyce sprowadza się do tego, że większość czynności wykonywanych jest bezpośrednio przy pacjencie. Według Pielęgniarki Oddziałowej system działa prawidłowo, jednak dla zwiększenia jakości i podniesienia standardu pracy wymaga on zmiany systemu wideokamer na kamery zapewniające transmitowanie na żywo obrazu o wysokiej rozdzielczości i możliwości przekazywania dźwięku.

(akta kontroli str. 528-530)

W okresie objętym kontrolą, była zapewniona możliwość izolacji pacjentów poddanych intensywnej terapii.

Dyrektor Szpitala wskazał, że korzystano z parawanów w celu odizolowania konkretnego stanowiska od pozostałych pacjentów lub z izolatki oraz była zapewniona dostępność wyrobów medycznych monitorujących i terapeutycznych, niezbędnych do wykonywania specjalistycznych interwencji w stanach zagrożenia życia.

(akta kontroli str. 524-527)

W okresie objętym kontrolą w Szpitalu obowiązywały niżej wymienione pisemne procedury dotyczące utrzymania czystości i przyjęcia pacjentów na OAiIT:

- instrukcja z dnia 25 lutego 2014 r. dotycząca przyjęcia pacjentów do OAiIT,

⁹ 182 wpisy z tego:

- 53 wpisy z okresu 1-13 marca 2018 r. (41 wpisów w Książce ortopedyczno-chirurgicznej i 12 wpisów w Książce ginekologiczno-położniczej),
- 65 wpisów z okresu 1-17 czerwca 2019 r. (45 wpisów w Książce ortopedyczno-chirurgicznej i 20 wpisów w Książce ginekologiczno-położniczej),
- 64 wpisy z okresu 1-17 września 2020 r. (45 wpisów w Książce ortopedyczno-chirurgicznej i 19 wpisów w Książce ginekologiczno-położniczej).

- instrukcja z dnia 22 maja 2020 r. dotycząc przyjęcia pacjentów do OAiIT z podejrzeniem zakażenia COVID-19,
- instrukcja z dnia 3 lutego 2014 r. określająca zasady utrzymania czystości w OAiIT,
- instrukcja z dnia 15 marca 2018 r. określająca zasady izolacji pacjenta w SPZOZ,
- instrukcja z dnia 23 grudnia 2020 r. dotycząca izolacji pacjentów z podejrzeniem lub zakażeniem COVID-19,
- instrukcja z dnia 7 czerwca 2018 r. określająca zasady postępowania w przypadku identyfikacji szczepów wielolekoopornych.

Zgodnie z instrukcją z dnia 3 lutego 2014 r. określającą zasady utrzymania czystości w OAiIT łózka pacjentów, szafki przyłóżkowe oraz aparatura medyczna powinny być umyte i zdezynfekowane codziennie po toalecie pacjenta oraz po wypisie i po zgonie. Podłogi i cokoły powinny być myte i dezynfekowane codziennie. Ściany, sufity, lampy oświetleniowe należało umyć i zdezynfekować raz w tygodniu. Klamki, uchwyty, kontakty, klawiatury, parapety, włączniki, umywalki, baterie kranowe, szafki meble, konsole itp. należało umyć i zdezynfekować codziennie.

Ewidencja wykonanych czynności w zakresie utrzymania czystości (sprzątań, myć i dezynfekcji) prowadzona była w zeszycie, w którym każdego dnia zamieszczano informację potwierdzającą wykonanie prac porządkowo-dezynfekujących.

Pielęgniarka Oddziałowa OAiIT wyjaśniła, że czynności porządkowe, w tym dezynfekcja Oddziału były prowadzone zgodnie z zapisami ww. instrukcji. Wykonane czynności porządkowe były monitorowane na bieżąco przez nią oraz okresowo przez specjalistę ds. epidemiologii. Oddziałowa wskazała, że zapisy w zeszycie o wykonanych czynnościach cyt.: „sprzątanie bieżące” oznacza wykonanie czynności zgodnie z przedmiotową instrukcją.

(akta kontroli str. 152-214, 533-535)

3. Szpital do czasu rozpoczęcia niniejszej kontroli, nie posiadał sali nadzoru poznieczuleniowego. Sprawy te szczegółowo opisano w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości” niniejszego wystąpienia.

W okresie objętym kontrolą oraz w 2021 r do czasu zakończenia niniejszej kontroli, OAiIT oraz Szpitalny Oddział Ratunkowy (SOR) usytuowane były na parterze budynku Szpitala. Na I piętrze znajdował się Oddział Dziecięcy oraz Oddział Wewnętrzny. Na II piętrze usytuowany był Oddział Ginekologiczno-Położniczy z Pododdziałem Noworodków, Oddział Chirurgiczny z Pododdziałem Ortopedycznym oraz BO, a na III piętrze Oddział Rehabilitacji. OAiIT posiadał komunikację umożliwiającą przemieszczanie pacjentów na łózkach (wózkach transportowych) z tym, że komunikacja pomiędzy OAiIT a innymi oddziałami znajdującymi się na wyższych kondygnacjach (w tym z BO) odbywała się z wykorzystaniem wind. Istniała również możliwość wykorzystania do transportu chorych klatki schodowej. Budynek Szpitala w centralnej części na wszystkich kondygnacjach posiadał holl z klatką schodową oraz z dwoma windami ogólnodostępnymi, którymi transportowani byli pacjenci pomiędzy kondygnacjami. Windy te były również wykorzystywane przez osoby postronne (np. przez odwiedzających). Szerokość ciągów komunikacyjnych umożliwiała swobodny transport pacjentów na łózkach pomiędzy oddziałami.

(akta kontroli str. 328-338, 537--539)

W OAiIT była sala łóżkowa z dwoma stanowiskami intensywnej terapii i izolatka z jednym takim stanowiskiem. Izolatka posiadała wyodrębnioną łazienkę, dostępną z izolátky, o powierzchni 4,5 m², wyposażoną w umywalkę, kabinę prysznicową oraz muszlę klozetową. Wejście do i z izolátky odbywało się poprzez służę o powierzchni

3,6 m², wyposażoną w umywalkę z wodą bieżącą. W służbie była możliwość przebierania się i składowania materiałów izolacyjnych. W związku z pandemią COVID-19 w holu OAiIT, przed wejściem do izolatki wybudowano tymczasową służbę foliową na stelażu. Nadzór nad pacjentami przebywającymi w izolatce odbywał się za pomocą monitoringu wizyjnego, z którego obraz przesyłany był do stanowiska nadzoru pielęgniarskiego oraz poprzez monitoring podstawowych parametrów życiowych, które poprzez kardiomonitor przesyłane były do ww. stanowiska nadzoru i zapisywane w bazie danych Szpitala.

Powierzchnia sali dwustanowiskowej wynosiła 35,36 m², a powierzchnia izolatki 14,10 m². Wskazuje to, że w okresie objętym kontrolą, powierzchnia sali dwustanowiskowej spełniała wymagania przestrzenne określone przepisami części I załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie standardu w dziedzinie AiIT, natomiast powierzchnia jednostanowiskowej izolatki nie spełniała tych wymagań. Przepisy te stanowią, że powierzchnia pokoi łóżkowych w OAiIT oraz sali nadzoru poznieczuleniowego wynosi odpowiednio:

- pokój 1-stanowiskowy - co najmniej 18,0 m²;
- pokój wielostanowiskowy - co najmniej 16,0 m² na jedno stanowisko.

Zgodnie z postanowieniami przepisu § 17 ust. 1 ww. rozporządzenia, podmiot leczniczy prowadzący szpital powinien dostosować powierzchnię izolatki do ww. wymagań w terminie do 31 grudnia 2022 r.

(akta kontroli str. 237, 328-338, 537- 539)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że OAiIT w obecnym kształcie został oddany do użytkowania w 2012 r. spełniając wymagania fito-sanitarne. W chwili obecnej brak jest możliwości niekosztowego powiększenia izolatki. Wybudowany został nowy pawilon, do którego zostanie przeniesiona sterylizacja, tym samym będzie możliwe uwolnienie powierzchni, którą będzie można zagospodarować na pomieszczenia SOR, a kolejno salę SOR przeznaczyć na działalność OAiIT. W przypadku pozyskania środków szanse na zmiany dostosowujące do przepisów są jak najbardziej możliwe. Dyrektor wskazał, że obecna powierzchnia i struktura OAiIT jest wystarczająca w odniesieniu do potrzeb Szpitala. Według Dyrektora, obecnie przepisy bardzo sztywno opisują wymagania, jednak powinny być one skalowane również do poziomu małych szpitali powiatowych.

(akta kontroli str. 543-546)

Analiza grafików pracy diagnostów medycznych w Laboratorium Analitycznym Szpitala i w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej Szpitala, dotyczących wybranych miesięcy: marzec 2018 r., czerwiec 2019 r. i wrzesień 2020 r. oraz wyjaśnienia Dyrektora wskazują, że w okresie objętym kontrolą, w Szpitalu we wszystkie dni tygodnia była zapewniona całodobowa możliwość wykonania badań radiologicznych i laboratoryjnych.

W latach 2018-2021 (I półrocze), pomieszczenia OAiIT spełniały wymagania określone w rozporządzeniu w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia, a w szczególności:

- pokoje chorych nie znajdowały się poniżej poziomu terenu urządzonego przy budynku (§ 14 ust. 4)
- zespoły pomieszczeń stanowiące OAiIT nie były ciągami przechodnimi, 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 łóżkowe w ramach OAiIT były wyposażone w umywalkę z ciepłą i zimną wodą, dozownik z mydłem w płynie oraz pojemnik z ręcznikami jednorazowymi (§ 24),
 - pokoje łóżkowe w ramach OAiIT były wyposażone w urządzenia umożliwiające obserwację pacjentów (§ 29),
 - szerokość drzwi umożliwiała ruch pacjentów na łózkach (§ 33),
 - w pokojach łóżkowych OAiIT zastosowano klimatyzację (§ 38)
- (akta kontroli str. 222-236)

Szpital w trakcie kontroli nie przedłożył protokołów z przeglądów okresowych instalacji wentylacji mechanicznej znajdującej się w Oddziale za lata 2018-2020.

Kierownik Sekcji Infrastruktury i Aparatury Medycznej Szpitala wyjaśnił, że instalacja obsługująca pomieszczenia OAiIT w latach 2018-2020 była regularnie poddawana czynnościom przeglądowym, lecz nie był w stanie przedłożyć protokołów z tych czynności, ze względu na ich zagubienie.

(akta kontroli str. 235-236)

4. W okresie objętym kontrolą, OAiIT posiadał trzy stanowiska intensywnej terapii, co było niezgodne z postanowieniami przepisów zawartych w części II „Warunki szczegółowe dla poziomów referencyjnych OAiIT” załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT. Przepis ten stanowi, że OAiIT w pierwszym poziomie referencyjnym powinien posiadać, co najmniej cztery stanowiska intensywnej terapii. Stosownie do postanowień przepisu § 17 tego rozporządzenia, podmioty lecznicze prowadzące szpitale, które w dniu wejścia w życie rozporządzenia (1 stycznia 2017 r.) nie spełniają wymagań określonych w załączniku nr 1 do rozporządzenia, dostosują się do tych wymagań do dnia 31 grudnia 2022 r. Ponadto liczba łóżek w tym Oddziale, stanowiła 1,74% ogólnej liczby łóżek w Szpitalu.

(akta kontroli str. 20-22, 528-530, 328-338)

Analiza harmonogramów pracy lekarzy zatrudnionych w OAiIT za miesiące: marzec 2018 r., czerwiec 2019 r. i wrzesień 2020 r., wykazała, że w każdym dniu w OAiIT była zapewniona całodobowa opieka przez lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii, z tym że podczas dyżurów nocnych i weekendowych w OAiIT pracował tylko jeden lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii, a BO zabezpieczał inny lekarz anestezjolog pełniąc 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 w celu wykonania znieczuleń pacjentów podczas operacji wykonywanych w BO. Przypadki takie stwierdzono podczas dyżurów lekarskich oraz podczas podstawowych godzin pracy Szpitala, co szczegółowo opisano w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości” niniejszego wystąpienia.

(akta kontroli str. 238-236)

Analiza dokumentów czasu pracy lekarzy za miesiące: październik, listopad i grudzień 2020 r. wykazała przypadki łączenia przez tego samego lekarza dyżurów medycznych w OAiIT z dyżurami w innych oddziałach Szpitala, co szczegółowo opisano w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości” niniejszego wystąpienia.

Analiza harmonogramów pracy pielęgniarek za miesiące: marzec 2018 r., czerwiec 2019 r. i wrzesień 2020 r. zatrudnionych w OAiIT wykazała, że w Oddziale tym była

zapewniona całodobowa opieka pielęgniarska sprawowana przez pielęgniarki anestezyjologiczne.

W okresie objętym kontrolą Szpital spełniał „pozostałe wymagania” określone w części II załącznika nr 1 rozporządzenia w sprawie standardu w dziedzinie AiIT, tj. zapewnił w BO stałą gotowość, co najmniej jednej sali operacyjnej do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz w strukturze Szpitala zapewniono działanie co najmniej jednego oddziału zabiegowego¹⁰.

(akta kontroli str. 23-52, 270-280, 503-510)

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. średniomiesięczne 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.

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

W 2019 r. największe obłożenie Oddziału wystąpiło w marcu, w czerwcu i w grudniu i wynosiło odpowiednio: 57,0%, 45,6% i 68,8%. W tych miesiącach wszystkie trzy stanowiska intensywnej terapii były zajęte przez 19 dni, z tego: w marcu przez 1 dzień, w czerwcu przez 7 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 zajęte przez 22 dni, z tego w marcu przez 12 dni, w październiku i w grudniu przez 5 dni.

Kierownik OAiT wyjaśnił, że w okresie objętym kontrolą występowały przypadki, że pacjenci kwalifikujący się do leczenia w Oddziale byli odsyłani do leczenia do innego szpitala (w Brzozowie, w Sanoku, w Rzeszowie i w Krośnie). Ze względu na odmowę przyjęcia w tych szpitalach, pacjenci byli leczeni w Oddziale Wewnętrznym (w sali R) oraz w sali reanimacyjnej SOR. W okresie objętym kontrolą, takich przypadków było od trzech do pięciu. Kierownik OAiT wskazał, że ze względu na brak wolnych miejsc w Oddziale i niemożliwość przetransportowania pacjenta ze względu na ciężki stan pacjenta nie doszło do pogorszenia jego stanu zdrowia lub zgonu.

(akta kontroli str. 20-22, 281-326, 540-542)

W 2020 i 2021 r. w OAiT zostało stworzone jedno stanowisko dla pacjentów Covid-19 oraz jedno takie stanowisko w SOR.

(akta kontroli str. 540-542)

5. W okresie objętym kontrolą oraz w trakcie niniejszej kontroli, w Szpitalu funkcjonował tzw. „stary BO” usytuowany na II piętrze budynku Szpitala. Oględziny przeprowadzone w trakcie kontroli wykazały, że BO ten posiadał:

- dwie sale operacyjne;
- pomieszczenie przygotowawcze dla personelu wyposażone w stanowisko chirurgicznego mycia rąk, z którego personel wchodził do sali operacyjnej (dwa pomieszczenia odrębne dla każdej sali operacyjnej);

¹⁰ W szpitalu funkcjonowały m.in. Oddział Chirurgiczny z Pododdziałem Ortopedycznym oraz Oddział Ginekologiczno-Położniczy z Pododdziałem Noworodkowym.

- pomieszczenie dla personelu, lecz bez pomieszczenia higieniczno-sanitarnego;
- pomieszczenie porządkowe.

BO nie posiadał:

- śluzy szatniowej, przez którą powinien przechodzić personel – w Bloku było pomieszczenie szatniowe, lecz nie stanowiło ono śluzy do sali operacyjnej;
- śluzy 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 śluzy materiałowej;
- pomieszczenia przygotowania pacjenta;
- magazynu do krótkotrwałego przechowywania brudnej bielizny – brudną bieliznę przechowywano w pomieszczeniu porządkowym w zamkniętych workach;
- magazynu czystej bielizny;
- śluzy dla pacjentów, przez którą pacjenci powinni być dowożeni i wywożeni z bloku operacyjnego,
- magazynu sprzętu i aparatury.

Układ pomieszczeń bloku operacyjnego nie zapewniał zachowania zasady rozdziału personelu, pacjentów i materiału czystego od brudnego materiału zużytego, brudnych narzędzi, brudnej bielizny i odpadów pooperacyjnych. Układ pomieszczeń nie zapewniał ruchu jednokierunkowego, a tzw. „drogi czyste” personelu, materiałów i narzędzi krzyżowały się z „drogami brudnymi”.

Usuwanie brudnej bielizny oraz odpadów odbywało się tą samą drogą, którą dostarczany był materiał czysty i sterylny, z zastosowaniem szczelnych opakowań transportowych.

Brak ww. pomieszczeń, brak rozdziału personelu, pacjentów i materiałów czystych od brudnego materiału zużytego i brudnych narzędzi i brudnej bielizny oraz brak zachowania zasady ruchu jednokierunkowego powodowało, że funkcjonujący dotychczas BO nie spełniał wymagań określonych w części IX załącznika nr 1 do rozporządzenia *w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia*.

(akta kontroli str. 327-338)

„Ekspertyza techniczno-budowlana modernizacji BO” z dnia 12 lutego 2017 r. sporządzona przez projektanta wykazała, że BO nie spełniał wymagań ww. rozporządzenia, gdyż nie zawierał odpowiedniej liczby i lokalizacji pomieszczeń. W Ekspertyzie wskazano m.in., że BO nie ma rozdziału na część brudną i czystą, brakuje śluzy fartuchowo-umywalkowej, oraz magazynu sprzętu medycznego, a drogi komunikacji czystej i brudnej nie powinny się krzyżować. Według Ekspertyzy instalacje BO wykonane były w starych technologiach co powodowało, że nie były w pełni wydajne.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że Szpital kończy realizację projektu dostosowawczego poprzez budowę nowego pawilonu, w ramach którego wybudowany został „nowy blok”. W okresie objętym kontrolą nie było alternatywy dla użytkowania „starego bloku”.

W latach 2019-2020 nastąpiła rozbudowa Szpitala. Wybudowano nowy pawilon połączony z dotychczasowym budynkiem. W nowym pawilonie wybudowano m.in. nowy Blok Operacyjny zawierający dwie sale operacyjne oraz salę nadzoru poznieczuleniowego. Nowy BO, zgodnie z dokumentacją projektowo-budowlaną będzie spełniał wymagania określone w rozporządzeniu *w sprawie wymagań, jakim*

powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia. Uruchomienie nowego Bloku zaplanowano na II półrocze 2021 r.

(akta kontroli str. 343-349, 537-539, 543-546)

6. Analiza 30 dokumentacji medycznych¹¹ pacjentów OAiT, którym były udzielane świadczenia w zakresie intensywnej terapii wykazała, że:
- a) każdateczka dokumentacji medycznej zawierała „karty obserwacji pacjenta” obejmujące godziny od 7.00 do 7.00 dnia następnego (osobne karty – jedna strona karty obejmowała 24 godziny),
 - b) w kartach tych zapisywano m.in. wyniki ciągłego monitorowania podstawowych funkcji życiowych, cyklicznie, co godzinę odnotowywano puls, saturację, kapnografię, ciśnienie tętnicze, a w dłuższych okresach czasowych (kilka razy dziennie) zapisywano wartości ośrodkowego ciśnienia żylnego oraz temperatury ciała,
 - c) w kartach obserwacji pacjenta (a także w innych dokumentach znajdujących się w dokumentacji medycznej) nie zapisywano częstotliwości oddechu i zapisu graficznego EKG. Pielęgniarka Oddziałowa wyjaśniła, że są to pomiary ciągłe, które zapisywane były w systemie dokumentacji elektronicznej, wskazując, że istnieje możliwość sprawdzenia tych zapisów w historii tej dokumentacji,
 - d) w pięciu kartach obserwacji pacjenta stwierdzono brak podpisu i danych personalnych lekarzy (w tym brak pieczętki), którzy wykonywali świadczenia intensywnej terapii, co opisano w sekcji „stwierdzone nieprawidłowości” niniejszego wystąpienia,
 - e) w jednym przypadku spośród badanej dokumentacji, odnotowany był fakt przeprowadzenia resuscytacji pacjenta (dokumentacja nr 2123), którą przeprowadził i zakończył lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii.

Analiza 43 dokumentacji medycznych¹² pacjentów znieczulanych w celu przeprowadzenia operacji w sali operacyjnej, ujętych w Książce operacji chirurgiczno-ortopedycznej wykazała, że:

- a) każdateczka dokumentacji medycznej zawierała m.in.:
 - Przedoperacyjną ankietę anestezjologiczną (kartę konsultacji anestezjologicznej), która obejmowała m.in.: zestaw pytań z odpowiedziami tak/nie dotyczących stanu zdrowia pacjenta, zgodę pacjenta na wykonanie znieczulenia oraz adnotację lekarza dotyczącą konsultacji anestezjologicznej,
 - Kartę przebiegu znieczulenia, obejmującą m.in. dane pacjenta, jego wagę, wiek – datę urodzin, rodzaj operacji, rodzaj zastosowanego znieczulenia, dawkowanie anestetyków oraz ewentualne powikłania. W Karcie tej podczas znieczulania, z częstotliwością co 5 min. zapisywano wartości podstawowych parametrów życiowych pacjenta: pomiar ciśnienia tętniczego krwi, tętno, saturację oraz zapis EKG,
 - Okołooperacyjną kartę kontrolną, która obejmowała trzy fazy zabiegu: fazę przed podaniem znieczulenia (Rozpoczęcie), fazę po znieczuleniu lecz przed nacięciem (Odliczanie) i fazę w trakcie „zamykania” rany lub tuż po, ale przed wywiezieniem pacjenta z sali operacyjnej (Zakończenie).
 - zgodę pacjenta na przeprowadzenie zabiegu operacyjnego.

¹¹ 10 z okresu od 12 marca do 5 maja 2018 r., 10 z okresu od 4 czerwca do 28 sierpnia 2019 r. i 10 z okresu od 5 września do 17 listopada 2020 r.

¹² Po 14 dokumentacji z okresów od 1 – 6 marca 2018 r. i od 2 – 6 czerwca 2019 r. oraz 15 z okresu od 1 - 6 września 2020 r.

- b) ww. dokumenty zostały podpisane przez lekarza wykonującego znieczulenie, z tym, że w pięciu przypadkach stwierdzono w tych dokumentach brak danych personalnych oraz brak podpisu lekarzy, którzy wykonywali znieczulenie, co opisano w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości” mniejszego wystąpienia,
- c) pacjentów, których dokumentację medyczną objęto kontrolą, w trakcie konsultacji anestezyjologicznych zakwalifikowano do I lub II stopnia ryzyka oszacowanego wg. skali ASA¹³,
- d) w analizowanej dokumentacji medycznej stwierdzono brak informacji dotyczących grupy krwi pacjentów. Pielęgniarka Oddziałowa BO wyjaśniła, że podczas przyjęcia pacjenta nie jest standardem określanie jego grupy krwi. Pielęgniarka wskazała, że oznaczenia tego dokonuje się tylko w przypadkach zleconych przez lekarza, tj. w przypadkach gdy istnieje ryzyko potrzeby podania krwi.
- e) w analizowanych dokumentacjach medycznych nie stwierdzono informacji o przeprowadzeniu resuscytacji pacjentów.

(akta kontroli str. 340-342)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. W latach 2018-2020 w OAiIT były zorganizowane trzy łóżka (stanowiska) do udzielania świadczeń w zakresie intensywnej terapii, co stanowiło 1,74% ogólnej liczby łóżek w Szpitalu. Taki stan łóżek w OAiIT nie spełniał wymogów określonych w § 4 ust. 3 rozporządzenia w sprawie standardu w dziedzinie AiIT, zgodnie z którym liczba łóżek w tym Oddziale powinna stanowić co najmniej 2% ogólnej liczby łóżek w szpitalu.

(akta kontroli str. 20-22, 328-338, 528-530)

Dyrektor wyjaśnił, że struktura OAiIT powstała w 2012 r., a projekt był przygotowany wcześniej. Zaplanowano wtedy 3 łóżka z uwagi na ogólną ilość łóżek. Obecnie liczba ogólna łóżek wzrosła, jednak należy wskazać, że liczenie odsetka łóżek OAiIT do wszystkich łóżek jest błędem logicznym, oczywiście zgodnym z przepisami. Wskaźnik ten nie uwzględnia tzw. obłożenia łóżek, cykliczności, czy ciężkości leczenia pacjentów w szpitalu powiatowym. Ponadto brane są pod uwagę wszystkie łóżka np. również dzienne psychiatryczne, co wydaje się nieprawidłowe. Dyrektor wskazał, że głównym ograniczeniem w zorganizowaniu kolejnego łóżka, był brak powierzchni do zagospodarowania oraz brak środków finansowych. Według Dyrektora, w przypadku pozyskania środków, będzie możliwość dostosowania się do powyższych wymogów.

(akta kontroli str. 543-546)

2. W okresie objętym kontrolą Szpital nie posiadał pisemnych procedur przygotowania pacjenta do znieczulenia, co było wymagane przepisem § 9 pkt 1 rozporządzenia w sprawie standardu w dziedzinie AiIT. Przepis ten stanowi, że kierownik podmiotu leczniczego prowadzącego szpital, w porozumieniu z lekarzem kierującym OAiIT, 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 Szpitalu procedury te zostały opracowane w trakcie niniejszej kontroli i przyjęte w dniu 20 maja 2021 r.

¹³ American Society of Anesthesiologists Physical Status Classification System – stosowana w anestezjologii klasyfikacja oceniająca ryzyko operacyjne.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że procedury były opracowane do roku 2018, nie zostały zaktualizowane, a ich aktualizacja nastąpiła w trakcie niniejszej kontroli NIK.

(akta kontroli str. 215-217, 547-553)

3. W okresie objętym kontrolą oraz w trakcie niniejszej kontroli, w Szpitalu nie zorganizowano sali nadzoru poznieczuleniowego. Pacjenci w bezpośrednim okresie pooperacyjnym byli umieszczani w wyizolowanych miejscach sali na oddziałach, z których przybyli do BO. Działanie takie było niezgodne z postanowieniami przepisów § 4 ust 9 oraz § 9 pkt 16 rozporządzenia w sprawie standardu 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; w bezpośrednim okresie pooperacyjnym pacjenta umieszcza się w sali nadzoru poznieczuleniowego.

Dyrektor wyjaśnił, że w Szpitalu nie została zorganizowana w ramach bloku operacyjnego sala nadzoru poznieczuleniowego, o której mowa w § 9 pkt 16 ww. rozporządzenia. W roku 2015 zlecono ekspertyzę możliwości modernizacji istniejącego bloku operacyjnego. Ekspertyza ta w sposób jednoznaczny wskazała brak możliwości lub nieopłacalność dostosowania istniejących pomieszczeń do obowiązujących przepisów. Podjęto decyzję o realizacji procesu inwestycyjnego, którego zakończenie w postaci oddania do użytku w pełni funkcjonalnego bloku operacyjnego planowane było pierwotnie na wrzesień 2020 r., natomiast z uwagi na opóźnienia w realizacji planowane jest oddanie inwestycji do września 2021 r. Dyrektor wskazał, że pacjentów bezpośrednio w okresie pooperacyjnym umieszczano w sali na oddziałach, z których przybyli na blok operacyjny. Pacjentami tymi opiekował się personel tych oddziałów, nie był to personel anestezjologiczny. Personel ten miał możliwość stałego kontaktu z lekarzem anestezjologiem.

W trakcie niniejszej kontroli, Szpital posiadał nowy (wybudowany w 2020 r.) blok operacyjny, zawierający dwie sale operacyjne oraz salę nadzoru poznieczuleniowego, w której zaplanowano dwa stanowiska nadzoru poznieczuleniowego. W 2021 r. Szpital prowadził postępowania zamówień publicznych dotyczące dostaw wyposażenia do pomieszczeń nowego BO. Roboty budowlane w BO zostały w całości zakończone.

(akta kontroli str. 524-527, 537-539)

4. Analiza dokumentów dotyczących czasu pracy lekarzy za miesiące: październik, listopad i grudzień 2020 r. wykazała, że lekarz J.M. specjalista anestezjologii i intensywnej terapii podczas 13 dyżurów medycznych wykonywanych jednoosobowo w OAiT, jednocześnie w tym samym czasie wykonywał dyżur medyczny w ramach Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej Szpitala, w pomieszczeniach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej¹⁴. Łączenie dyżurów stwierdzono w następujących dniach: 1, 3, 8 i 26 października, 4, 9, 13 i 19 listopada oraz 6, 10, 13, 24 i 31 grudnia 2020 r. Działanie takie stanowiło naruszenie postanowień przepisów § 11 pkt 2 i 2a oraz warunków szczegółowych organizacji udzielania świadczeń określonych w części II załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie standardu 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

¹⁴ Były to pomieszczenia Izby Przyjęć (planowych przyjęć do Szpitala).

w OAiIT, nie może być łączona z innymi oddziałami lub wykonywaniem świadczeń z zakresu anestezji.

(akta kontroli str. 270-280)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że SPZOZ w zakresie Nocnej Świątecznej Opieki Zdrowotnej posiada podpisaną umowę na zabezpieczenie obsady z podmiotem zewnętrznym. Wiążąca umowa jak i pisma kierowane do tego podmiotu zobowiązują go do zatrudniania wyodrębnionej kadry. Dyrektor stwierdził, że powyższe sytuacje, wskazane przez kontrolującego, są niedopuszczalne aczkolwiek możliwe z uwagi na brak personelu.

(akta kontroli str. 560-562)

5. Analiza 182 wpisów dotyczących operacji¹⁵ zamieszczonych w Książkach operacyjnych wykazała, że w trzech przypadkach jeden lekarz w tym samym czasie znieczulał jednocześnie dwóch pacjentów. Były to następujące przypadki:

a) w dniu 7 marca 2018 r. lekarz D.B. według zapisów w:

- Książce chirurgiczno-ortopedycznej znieczulał pacjenta nr 202 w godz. 12.20 – 12.55,
- Książce położniczo-ginekologicznej znieczulał pacjenta nr 88 w godz. 12.40 – 13.25.

Wskazuje to, że od 12.40 – 12.55 (15 minut) lekarz znieczulał w tym samym czasie jednocześnie dwóch pacjentów;

b) w dniu 8 marca 2018 r. lekarz M.D. według zapisów w:

- Książce chirurgiczno-ortopedycznej znieczulał pacjenta nr 207 w godz. 11.20 – 11.40,
- Książce położniczo-ginekologicznej znieczulał pacjenta nr 89 w godz. 10.40 – 11.30.

Wskazuje to, że od 11.20 – 11.30 (10 minut) lekarz znieczulał w tym samym czasie jednocześnie dwóch pacjentów;

c) w dniu 5 czerwca 2019 r. lekarz M.D. według zapisów w Książce chirurgiczno-ortopedycznej znieczulał pacjenta nr 475 w godz. 11.10 – 11.20, a pacjenta nr 476 w godz. 11.15 – 11.30.

Wskazuje to, że od 11.15 – 11.20 (5 minut) lekarz znieczulał w tym samym czasie jednocześnie dwóch pacjentów.

Działanie takie naruszało postanowienia przepisu § 9 ust. 9 rozporządzenia w sprawie standardu w dziedzinie AiIT, zgodnie z którym lekarz wykonujący znieczulenie może w tym samym czasie znieczulać tylko jednego pacjenta.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że przypadki znieczulania „na zakładkę” mogły mieć miejsce w wyjątkowych przypadkach lekkich zabiegów przy ewentualnym braku personelu. Każdorazowo o takim działaniu decydował lekarz minimalizując ryzyko. Zgodnie z otrzymanymi wyjaśnieniami były to krótkie zabiegi w znieczuleniu miejscowym lub przewodowym.

(akta kontroli str. 238-246, 547-553)

¹⁵ 182 wpisy z tego:

- 53 wpisy z okresu 1-13 marca 2018 r. (41 wpisów w Książce ortopedyczno-chirurgicznej i 12 wpisów w Książce ginekologiczno-polożniczej),
- 65 wpisów z okresu 1-17 czerwca 2019 r. (45 wpisów w Książce ortopedyczno-chirurgicznej i 20 wpisów w Książce ginekologiczno-polożniczej),
- 64 wpisy z okresu 1-16 września 2020 r. (45 wpisów w Książce ortopedyczno-chirurgicznej i 19 wpisów w Książce ginekologiczno-polożniczej).

6. Analiza ww. 182 wpisów dotyczących operacji wykazała, że w 25 przypadkach lekarz podczas dyżuru medycznego w OAiIT¹⁶ opuścił ten Oddział w celu wykonania w BO znieczulenia pacjenta podczas operacji, z tego:

- w 18 przypadkach lekarz opuścił OAiIT, lecz w tym czasie w Oddziale nie było pacjentów, co nie stanowiło naruszenia przepisów prawa,
- w 7 przypadkach lekarz opuścił OAiIT, pomimo że w Oddziale tym w tym czasie przebywali pacjenci, którym udzielano świadczeń intensywnej terapii. W tym czasie inny lekarz anestezjolog, pełnił odpłatny dyżur pod telefonem, który zabezpieczał potrzeby BO. Dla potrzeb wykonania znieczulenia lekarz pełniący dyżur pod telefonem nie został wezwany do Szpitala, a znieczulenia pacjenta w BO dokonał lekarz pełniący dyżur w OAiIT, pomimo iż w Oddziale tym nie było innego lekarza anestezjologa. Pacjenci OAiIT w tych przypadkach pozostawali bez opieki lekarskiej. Działanie takie stanowiło naruszenie postanowień § 11 pkt 2 i 2a rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT. Powołane przepisy stanowią, że *udzielanie świadczeń zdrowotnych wymaga stałej obecności lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii oraz pielęgniarki anestezjologicznej w oddziale, z zastrzeżeniem pkt 2a. Lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii może opuścić oddział w celu przeprowadzenia resuscytacji lub innych czynności z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii z wyjątkiem znieczulenia u pacjenta poza oddziałem, jeżeli uzna, że opuszczenie oddziału nie stanowi bezpośredniego zagrożenia dla życia pacjentów na nim przebywających.*

Przypadki opuszczenia podczas dyżuru OAiIT przez lekarza anestezjologa i pozostawienie pacjentów bez opieki lekarskiej stwierdzono przez następujących lekarzy specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii:

- a) lekarz J.M.:
 - ✓ w dniu 7 czerwca 2019 r. podczas dyżuru w OAiIT, w którym przebywało dwóch pacjentów, w godz. 16.50-17.45 znieczulał pacjenta w BO. W tym dniu dyżur pod telefonem „pozostawania w gotowości” pełnił lekarz D.B.;
 - ✓ w dniu 10 czerwca 2019 r. podczas dyżuru w OAiIT, w którym przebywało trzech pacjentów, w godzinach 17.05-18.00 i 18.45-22.05 znieczulał pacjentów w BO. W tym dniu dyżur pod telefonem „pozostawania w gotowości” pełnił lekarz M.D.;
 - ✓ w dniu 17 czerwca 2019 r. podczas dyżuru w OAiIT, w którym przebywał jeden pacjent, w godz. 19.35-20.10 znieczulał pacjenta w BO. W tym dniu dyżur pod telefonem „pozostawania w gotowości” pełnił lekarz D.B.;
- b) lekarz D.B. w dniu 16 czerwca 2019 r. (niedziela) podczas dyżuru w OAiIT, w którym przebywało trzech pacjentów w godz. 9.20-9.40 i 22.55-23.30 znieczulał pacjentów w BO. W tym dniu dyżur pod telefonem „pozostawania w gotowości” pełnił lekarz M.D.;
- c) lekarz L.P. w dniu 6 września 2020 r. (niedziela) podczas dyżuru w OAiIT, w którym przebywał jeden pacjent w godz. 12.00-12.50 znieczulał pacjenta w BO. W tym dniu dyżur pod telefonem pozostawania w gotowości pełnił lekarz D.B.

(akta kontroli str. 238-263, 468-502)

Analiza harmonogramów pracy lekarzy OAiIT i BO oraz książek operacyjnych za miesiące marzec 2018 r., czerwiec 2019 r. i wrzesień 2020 r. wykazała

¹⁶ Od poniedziałku do piątku w godz. od 15.00 do 7.25 dnia następnego, w soboty i niedziele 24 godz.

również, że w podstawowych godzinach pracy Szpitala¹⁷ od poniedziałku do piątku, w 28 dniach w OAiT pracę wykonywał tylko jeden lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii. Jednocześnie, lekarz ten podczas pracy w OAiT wykonał w BO znieczulenie 54 pacjentów podczas operacji, w sytuacji gdy w OAiT przebywali pacjenci, którym udzielano świadczeń z zakresu intensywnej terapii. Opuszczenie Oddziału przez lekarza i pozostawienie w nim pacjentów bez opieki lekarskiej, w celu wykonania znieczulenia pacjentów w BO, stanowiło naruszenie postanowień ww. przepisów § 11 pkt 2 i 2a rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT.

Przypadki opuszczenia podczas podstawowych godzin pracy OAiT przez lekarza anestezjologa i pozostawienie pacjentów tego Oddziału bez opieki lekarskiej stwierdzono przez:

- lekarza D.B. podczas wykonania 52 znieczuleń w BO, z tego 14 w marcu 2018 r., 34 w czerwcu 2019 r. i 4 we wrześniu 2020 r.,
- lekarza L.P. podczas wykonania 2 znieczuleń we wrześniu 2020 r.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że zgodnie z wyjaśnieniami kierownika BO zabiegi były wykonywane w trybie pilnym lub bardzo pilnym, a lekarze z tzw. gotowości nie mogli przyjechać w określonym czasie.

(akta kontroli str. 264-269, 468-502, 547-553)

7. Analiza ww. 182 wpisów dotyczących operacji, w siedmiu przypadkach wykazała brak danych personalnych lekarza anestezjologa (brak pieczętki imiennej) oraz brak jego podpisu pod adnotacją dotyczącą wykonanego znieczulenia. Były to następujące wpisy:

a) w Księżce chirurgiczno-ortopedycznej:

- pacjent nr 476, wpis z dnia 5 czerwca 2019 r.,
- pacjent nr 482, wpis z dnia 10 czerwca 2019 r.,
- pacjent nr 497, wpis z dnia 12 czerwca 2019 r.,
- pacjent nr 500, wpis z dnia 15 czerwca 2019 r.,

b) w Księżce położniczo-ginekologicznej:

- pacjent nr 156, wpis z dnia 14 czerwca 2019 r.,
- pacjent nr 236, wpis z dnia 11 września 2020 r.,
- pacjent nr 240, wpis z dnia 15 września 2020 r.,

Ponadto, w jednym przypadku (pacjent nr 217, wpis z dnia 12 marca 2018 r. w Księżce chirurgiczno-ortopedycznej) stwierdzono brak opisu przebiegu zabiegu operacyjnego, brak danych personalnych i podpisu lekarza operatora oraz brak danych personalnych lekarza anestezjologa i brak jego podpisu.

Brak w Książkach operacji danych personalnych lekarzy oraz ich podpisów pod adnotacjami dotyczącymi udzielonych świadczeń zdrowotnych wskazuje, że dokumentacja ta była prowadzona nierzetelnie oraz w sposób naruszający postanowienia przepisu § 4 § 10 pkt 3 i § 30 pkt 12 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania¹⁸.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że ww. braki w dokumentacji wynikały z zaniechania personelu medycznego i zostały uzupełnione w trakcie kontroli.

(akta kontroli str. 238-240, 247-254, 547-553)

¹⁷ Do godz. od 7.25 do 15.00.

¹⁸ Dz. U. 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).

8. W okresie objętym kontrolą, kierownik OAiT, nie przeprowadzał raz w roku oceny jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych w Oddziale, w szczególności dotyczącej zgodności postępowania z procedurami przygotowania pacjenta do znieczulenia, 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 Pacjenta*¹⁹. Przeprowadzenie takich ocen wymagane było postanowieniami przepisu § 14 *rozporządzenia w sprawie standardów AiT*. Kierownik OAiT wyjaśnił, że nie sporządzał przedmiotowych ocen gdyż, nie wiedział, że takie oceny powinny być przeprowadzane.

(akta kontroli str. 531-532)

9. W okresie objętym kontrolą oraz w 2021 r. w trakcie niniejszej kontroli, w Szpitalu funkcjonował BO, który nie spełniał wymagań określonych w części IX załącznika nr 1 do *rozporządzenia w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia*, co przedstawiono w pkt 5 niniejszego wystąpienia.

Dyrektor wyjaśnił, że w 2015 r. zostały przeprowadzone ekspertyzy oraz analizy dotyczące rozwoju szpitala w tym posadowienia i stanu BO. W ramach wniosków wskazano konieczność budowy nowego BO przy braku opłacalności remontu starego. W 2017 r. złożono wniosek do Regionalnego Programu Operacyjnego i uzyskano dofinansowanie na budowę nowego pawilonu z BO. Obecnie blok przygotowywany jest do uruchomienia. Dyrektor wskazał, że wcześniej Szpital nie miał środków na dokonanie tego typu inwestycji. Dyrektor zwrócił uwagę, że środki finansujące działalność szpitala przeznaczone są zgodnie z przepisami na bieżącą działalność, tj. na wykonywanie świadczeń zdrowotnych. Środki na działalność inwestycyjną powinno zapewnić państwo lub jednostka tworząca. Dyrektor podał, że w okresie objętym kontrolą nie było alternatywy dla użytkowania starego bloku operacyjnego,

(akta kontroli str. 327-339, 343-349, 543-546, 547-553)

10. W pięciu kartach obserwacji pacjenta spośród 30 kontrolowanych dokumentacji medycznej pacjentów oddziału OAiT, stwierdzono brak podpisu i danych personalnych lekarzy (w tym brak pieczętki), którzy wykonywali świadczenia intensywnej terapii. Były to dokumentacje medyczne o nr: 2785, 4295 (2 karty), 4520 i 6667.

Także w czterech przypadkach: dokumentacja nr.: 1803, 4270, 4268 i 5814, (kontrolą objęto 43 teczki dokumentacji medycznej pacjentów znieczulanych w BO), przedoperacyjna ankieta anestezyjologiczna nie zawierała adnotacji lekarskiej dotyczącej konsultacji anestezyjologicznej, w tym informacji o stopniu ryzyka według skali ASA oraz danych personalnych (w tym brak pieczętek) oraz podpisów lekarzy anestezyjologów, którzy te konsultacje przeprowadzali. Również w jednym przypadku (dokumentacja nr 5779), Karta przebiegu znieczulania nie zawierała danych personalnych (w tym brak pieczętki) oraz podpisu lekarza wykonującego znieczulenie.

Brak w dokumentacji medycznej danych personalnych lekarzy oraz ich podpisów pod adnotacjami dotyczącymi udzielonych świadczeń zdrowotnych wskazuje, że dokumentacja ta była prowadzona nierzetelnie oraz w sposób naruszający postanowienia przepisu § 4 i § 10 pkt 3 ww. *rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania*.

¹⁹ Dz. U z 2020 r. poz. 849.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że wykazane powyżej braki w dokumentacji wynikały z zaniechania personelu medycznego i zostały uzupełnione w trakcie kontroli.

(akta kontroli str. 340-342, 547-553)

OCENA CZĄSTKOWA

Szpital stworzył warunki do udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii. W Szpitalu funkcjonował OAiIT wyposażony w trzy stanowiska intensywnej, w tym jedno stanowisko znajdujące się w izolatce.

W Szpitalu funkcjonował BO obejmujący dwie sale operacyjne, lecz blok ten nie spełniał wymagań określonych w rozporządzeniu w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia. W latach 2019-2020 wybudowano nowy Blok Operacyjny zawierający dwie sale operacyjne, oraz salę nadzoru poznieczuleniewego. Zgodnie z dokumentacją projektowo-budowlaną blok ten będzie spełniał wymagania przestrzenne określone w ww. rozporządzeniem, a jego uruchomienie zaplanowano w II połowie 2021 r.

Usytuowanie OAiIT zapewniało dobrą komunikację z SOR oraz BO i innymi oddziałami łóżkowymi.

W OAiIT zorganizowano trzy stanowiska intensywnej terapii, które stanowiły 1,74%, przy wymaganym poziomie nie mniejszym niż 2%, określonym przez Ministra Zdrowia. Brak było sali nadzoru poznieczuleniewego w BO lub bliskim jego sąsiedztwie, co powodowało, że pacjenci bezpośrednio po zabiegu operacyjnym przewożeni byli do oddziałów macierzystych.

W kontroli stwierdzono przypadki niezapewnienia stałej obecności lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii w OAiIT, z powodów wykonywania przez lekarza dyżurującego w tym Oddziale, znieczuleń pacjentów w BO podczas zabiegów operacyjnych lub łączenia dyżuru w OAiIT z dyżurem w innym oddziale, a także przypadki, w których jeden lekarz w tym samym czasie znieczulał jednocześnie dwóch pacjentów,

Stwierdzono również przypadki nierzetelnego wypełniania dokumentacji medycznej pacjentów, polegające na braku danych personalnych lekarzy oraz braku ich podpisów pod adnotacjami dotyczącymi udzielanych świadczeń zdrowotnych.

OBSZAR

2. Warunki dotyczące czasu pracy i kwalifikacji lekarzy oraz pielęgniarek zatrudnionych w OAiIT

Opis stanu faktycznego

1. W okresie objętym kontrolą, w OAiIT oraz w BO zatrudnionych było czterech lekarzy, w tym trzech specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii oraz jeden lekarz z I stopniem specjalizacji w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii. Lekarze ci byli zatrudnieni w następujący sposób:

- dwóch lekarzy specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii zatrudnionych było w OAiIT na podstawie umowy o pracę w godz. od 7.25 do 15.00 oraz poprzez podmioty zewnętrzne udzielali oni świadczenia zdrowotne w trakcie dyżurów medycznych w dni robocze od poniedziałku do piątku od 15.00 do 7.25 dnia następnego oraz w niedziele, święta i dni dodatkowo wolne od pracy w godzinach od 7.25 do 7.25 dnia następnego. Lekarze ci wykonywali także znieczulenia w BO oraz poprzez podmiot zewnętrzny (na podstawie odrębnych umów) udzielali świadczeń na rzecz pacjentów BO i innych oddziałów poprzez pozostawanie w gotowości pod telefonem²⁰;

²⁰ W dni robocze od 15.00 do 7.25 dnia następnego oraz w niedziele, święta i dni wolne od pracy w godz. od 7.25 do 7.25 dnia następnego.

- jeden lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii na podstawie umowy cywilnej (indywidualnego kontraktu) udzielał świadczeń zdrowotnych w OAiIT w dni robocze od poniedziałku do piątku od 15.00 do 7.25 dnia następnego oraz w niedziele, święta i dni dodatkowo wolne od pracy w godzinach od 7.25 do 7.25 dnia następnego. W ramach tej umowy lekarz ten wykonywał także znieczulenia w BO. Na podstawie kolejnej umowy cywilnej lekarz ten na rzecz pacjentów BO i innych oddziałów pozostawał w gotowości pod telefonem w ww. dniach i godzinach;
- jeden lekarz z I stopniem specjalizacji udzielał świadczeń zdrowotnych dla pacjentów w BO w okresie do 25 lipca 2019 r. na podstawie umowy o pracę, a od 1 sierpnia 2019 r. na podstawie umowy cywilnej, w godzinach od 7.25 do 15.00 oraz na rzecz pacjentów BO i innych oddziałów pozostawał w gotowości pod telefonem w dni robocze od 15.00 do 7.25 dnia następnego oraz w niedziele, święta i dni wolne od pracy w godz. od 7.25 do 7.25 dnia następnego. Lekarz ten nie udzielał świadczeń zdrowotnych w OAiIT.

Wskazuje to, że w podstawowych godzinach pracy, w OAiIT zatrudnionych było dwóch specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii.

(akta kontroli str. 90-94, 350-359, 468-502)

W okresie objętym kontrolą, ww. lekarze zostali zgłoszeni do NFZ, przez Dyrektora Szpitala. Dane personalne tych lekarzy zostały ujęte w załączniku nr 2 „Harmonogram-zasoby” do umowy zawartej pomiędzy Szpitalem a NFZ obowiązującej w latach 2018-2020. Świadczenia zdrowotne w OAiIT oraz znieczulenia w BO wykonywali lekarze zgłoszeni do NFZ.

Według stanu na 31 grudnia 2020 r. struktura wiekowa lekarzy anestezjologów wykonujących świadczenia zdrowotne w OAiIT i w BO była następująca:

- dwóch lekarzy specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii było w wieku pomiędzy 41 a 60 rokiem życia,
- jeden lekarz z I stopniem specjalizacji w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii był w wieku pomiędzy 61 a 65 rokiem życia,
- jeden lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii był w wieku powyżej 65 roku życia.

Działalność lecznicza lekarzy zatrudnionych na podstawie umów cywilnych potwierdzona została wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Okręgową Izbę Lekarską, a podmiot zewnętrzny świadczący usługi dla Szpitala został zarejestrowany w rejestrze Wojewody Podkarpackiego.

Umowy cywilne na udzielanie świadczeń zdrowotnych zawarte z podmiotami zewnętrznymi oraz indywidualne kontrakty zawarte z lekarzami anestezjologami spełniały wymagania art. 27 ustawy o *działności leczniczej*.

W okresie objętym kontrolą w OAiIT w podstawowych godzinach pracy Szpitala²¹, zatrudnionych było dwóch lekarzy specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii, co spełniało wymagania dotyczące „Anestezjologii i intensywnej terapii/anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci” określone w załączniku nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w *sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego*²². Przepisy te stanowią, że w OAiIT w przypadku pierwszego poziomu referencyjnego powinien być zachowany równoważnik, co najmniej dwóch etatów lekarzy (nie dotyczy dyżuru medycznego)

²¹ Od 7.25 do 15.00.

²² Dz. U. z 2021 r. poz. 290 ze zm.

specjalistów w dziedzinie anestezjologii lub anestezjologii i reanimacji lub anestezjologii i intensywnej terapii.

(akta kontroli str. 350-352, 363-467)

Liczba lekarzy zatrudnionych w OAiIT nie spełniała jednak wymagań określonych w części I załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT, który stanowi, że w oddziale tym na pierwszym poziomie referencyjnym powinien być zapewniony równoważnik, co najmniej czterech etatów lekarzy specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii (nie dotyczy to dyżuru medycznego). Ponadto przepisy wymagają, że w przypadku udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezji dodatkowo powinien być zapewniony równoważnik co najmniej jednego etatu lekarza specjalista anestezjologii i intensywnej terapii (łącznie pięciu lekarzy specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii). Zgodnie z postanowieniami § 17 ust. 1 tego rozporządzenia, podmioty lecznicze prowadzące szpitale, które w dniu wejścia w życie niniejszego rozporządzenia nie spełniają wymagań określonych w załączniku nr 1 do rozporządzenia, dostosują się do tych wymagań do dnia 31 grudnia 2022 r.

(akta kontroli str. 350-352, 468-502)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że jako główną przyczynę niezatrudnienia lekarzy anestezjologów w większej liczbie, należy wskazać ich brak na rynku pracy. W Szpitalu podejmowane są nieprzerwanie działania w celu zatrudnienia dodatkowych lekarzy, w tym: ogłoszenia w prasie fachowej oraz w portalach medycznych, ogłoszenia na forach społecznościowych oraz ciągle zamieszczone jest ogłoszenie o poszukiwaniu do pracy lekarzy na stronie internetowej SPZOZ. Dyrektor wskazał, że w przypadku kontynuowania dotychczasowej polityki wobec kształcących się lekarzy, szanse zatrudnienia ich w szpitalu powiatowym są realnie bardzo niskie. Szpitalami pierwszego wyboru dla młodej kadry są kliniki i szpitale w dużych miastach, gdzie można nawet mówić o przesyleniu personelem. Szpitale powiatowe nie mogą zaoferować konkurencyjnych warunków pracy i otoczenia, muszą konkurować wynagrodzeniem, co z kolei eskaluje wzrost kosztów i pogłębia problemy finansowe szpitali.

(akta kontroli str. 554-559)

Analiza dokumentów dotyczących czasu pracy za miesiące marzec 2018 r., czerwiec 2019 r. i wrzesień 2020 r. lekarzy anestezjologów wykonujących świadczenia w OAiIT oraz w BO wykazała częste przypadki pracy lekarza w sposób ciągły w czasie przekraczającym 24 godziny. Przypadki najdłuższych czasów pracy ciągłej w ww. miesiącach dla poszczególnych lekarzy anestezjologów, przedstawiały się następująco:

a) lekarz J.M.:

- w marcu 2018 r. łącząc pracę: w SOR, dyżurów medycznych w Karetce „S” i dyżurów medycznych w OAiIT, w sposób ciągły pracował: jeden raz w ciągu 288 godzin (12 dób), jeden raz w ciągu 152 godzin (6 dób i ponad 8 godzin), i jeden raz w ciągu 144 godzin (6 dób),
- w czerwcu 2019 r. łącząc pracę w SOR oraz dyżurów medycznych w OAiIT, w sposób ciągły pracował: jeden raz w ciągu 168 godzin (7 dób) i jeden raz w ciągu 56 godzin (2 doby i 8 godzin),
- we wrześniu 2020 r. łącząc pracę w SOR oraz dyżurów medycznych w OAiIT, w sposób ciągły pracował: jeden raz w ciągu 78 godzin (3 doby i 8 godzin), jeden raz w ciągu 56 godzin (2 doby i 8 godzin) oraz dwa razy po 48 godzin (po 2 doby);

b) lekarz D.B. łącząc pracę w podstawowych godzinach i podczas dyżurów medycznych w OAiIT, w sposób ciągły pracował:

- w marcu 2018 r.: jeden raz w ciągu 55 godzin i 35 minut (2 doby i ponad 7 godzin) i jeden raz w ciągu 48 godzin (2 doby),
- w czerwcu 2019 r.: jeden raz w ciągu 96 godzin (4 doby) oraz dwa razy po 79 godzin i 35 minut (po 3 doby i ponad 7 godzin),
- we wrześniu 2020 r. dwa razy po 55 godzin i 35 minut (2 doby i ponad 7 godzin) oraz dwa razy po 48 godzin (po 2 doby);

c) lekarz M.D. łącząc pracę w BO w podstawowych godzinach oraz podczas dyżurów medycznych w SOR w sposób ciągły pracował:

- w marcu 2018 r.: dwa razy po 79 godzin i 35 minut (3 doby i ponad 7,5 godziny), jeden raz przez 72 godziny (3 doby), trzy razy po 55 godzin 35 minut (2 doby i ponad 7,5 godziny),
- w czerwcu 2019 r.: trzy razy po 55 godzin i 35 minut (2 doby i ponad 7,5 godziny)
- we wrześniu 2020 r.: jeden raz przez 55 godzin i 35 minut (2 doby i 7,5 godziny);

d) lekarz L.P. łącząc pracę w godzinach podstawowych i podczas dyżurów medycznych w OAiIT w marcu 2018 r., czerwcu 2019 r. i wrześniu 2020 r. nie przekraczał pracą ciągłą 31 godzin i 35 minut.

Powyższe przypadki pracy ciągłej lekarzy anestezjologów nie naruszały przepisów prawa określających normy czasu pracy lekarzy, gdyż zostały one wypracowane na podstawie umów cywilnych lub umów o pracę i umów cywilnych. Działanie takie jednak mogło stwarzać zagrożenie należytego wykonywania świadczeń zdrowotnych, a nawet zagrożenie dla bezpieczeństwa pacjentów OAiIT, BO i SOR oraz zdrowia samych lekarzy.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił m.in., że występowały przypadki pracy personelu powyżej ustalonych norm. Należy jednak przyjąć, że OAiIT nie jest szczególnie obciążony a tym samym nie może być mowy o „przemęczeniu” personelu, a jedynie o niedogodności długiego pozostawania w dyspozycji. Lekarz ma w Szpitalu czas na wypoczynek, jego praca nie jest ciągła. Faktycznie lekarze pozostają w długotrwałej gotowości do świadczenia pracy. Nie można również mówić o zagrożeniu dla pacjentów czy lekarzy, ponieważ jak wskazują dane statystyczne liczba leczonych pacjentów w OAiIT była niewielka, a obciążenie pracą adekwatne do stanu pacjentów. Zmęczenie może dotyczyć faktycznego pozostawania w gotowości w Szpitalu. Stan taki wynikał z braku personelu. Dyrektor wskazał, że podejmował działania w celu zatrudnienia dodatkowych lekarzy, lecz nie przyniosły one rezultatu. Dyrektor podkreślił, że rozwiązaniem tego problemu jest zatrudnienie dodatkowego personelu, co obecnie jest prawie niemożliwe ze względu na brak specjalistów. Nie jest to problem wyłącznie Szpitala, ale jest to szerszy problem Polski. Alternatywą jest zamknięcie OAiIT, ale konsekwencją takiego działania byłoby konieczność zamknięcia SOR i ograniczenie pracy oddziałów zabiegowych. Szpital pozostaje pod szczególną presją, z jednej strony wypełnienie niejednokrotnie wygórowanych wymagań określonych przepisami w zakresie personelu, a z drugiej utrzymanie ciągłości działania.

Dyrektor podał, że niejednokrotnie przedstawiał na szczeblu lokalnym, wojewódzkim a nawet ministerialnym, propozycję konsolidacji szpitalnych placówek bieszczadzkich (powiatu sanockiego, leskiego i bieszczadzkiego), lecz bez odpowiedzi.

(akta kontroli str. 468-502, 554-559)

2. W okresie objętym kontrolą w OAiIT zatrudnionych było 12 pielęgniarek, a w BO od 21 do 23 pielęgniarek.

Analiza stanu zatrudnienia pielęgniarek OAiIT wykazała, że

- a) personel pielęgniarski tego Oddziału został zgłoszony do NFZ przez Dyrektora Szpitala. Dane personalne tych pielęgniarek zostały ujęte w załączniku nr 2 „Harmonogram-zasoby” do umowy zawartej pomiędzy Szpitalem a NFZ obowiązującej w latach 2018-2020. Świadczenia zdrowotne w OAiIT wykonywały pielęgniarki zgłoszone do NFZ,
- b) wszystkie pielęgniarki tego Oddziału były pielęgniarkami anestezyjologicznymi, z tego siedem pielęgniarek miało ukończoną specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki, a pięć pielęgniarek ukończyło kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki,
- c) wszystkie pielęgniarki tego Oddziału były zatrudnione na podstawie umów o pracę,
- d) według stanu na 31 grudnia 2020 r. struktura wiekowa pielęgniarek tego Oddziału była następująca:
 - trzy pielęgniarki były w wieku do 40 roku życia,
 - dziewięć pielęgniarek było w wieku pomiędzy 41 a 60 rokiem życia,
- e) w okresie objętym kontrolą stan zatrudnienia pielęgniarek spełniał wymagania określone w części I załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT, tj. zapewniono równoważnik, co najmniej 2,2 etatu pielęgniarki anestezyjologicznej na jedno stanowisko intensywnej terapii oraz dodatkowo równoważnik jednego etatu pielęgniarki anestezyjologicznej z uwagi, iż w Szpitalu udzielano świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezji²³,
- f) pielęgniarki w ciągu doby nie przekraczały 12-godzinnego czasu zatrudnienia²⁴. Analiza grafików pracy pielęgniarek za miesiące: marzec 2018 r. czerwiec 2019 r. i wrzesień 2020 r. wykazała, że Szpital zapewnił w każdym dniu całodobową opiekę pielęgniarską pacjentom OAiIT.

Analiza zatrudnienia pielęgniarek zatrudnionych w BO wykazała, że w okresie objętym kontrolą, od trzech do czterech pielęgniarek zatrudnionych było na podstawie umów cywilnych (indywidualnych kontraktów). Pozostałe pielęgniarki BO zatrudnione były na podstawie umów o pracę. Umowy cywilne pomiędzy pielęgniarkami BO a Szpitalem obejmowały okresy dłuższe niż trzech miesięcy oraz zawierały postanowienia wymagane przepisami art. 27 ustawy o działalności leczniczej. Pielęgniarki BO w ciągu doby nie przekraczały 12-godzinnego czasu zatrudnienia.

(akta kontroli str. 360-362, 364-401, 503-522)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

W okresie objętym kontrolą w OAiIT w podstawowych godzinach pracy zatrudnionych było dwóch lekarzy specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii, co spełniało wymogi rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego. Stan ten nie odpowiadał jednak wymaganiom określonym w rozporządzeniu w sprawie standardów w dziedzinie AiIT, jednakże szpital jest zobowiązany do dostosowania się do tych wymagań w terminie do 31 grudnia 2022 r. Stan zatrudnienia w OAiIT pielęgniarek

²³ Oprócz pielęgniarek w OAiIT, w BO zatrudnionych było dziewięć pielęgniarek anestezyjologicznych, które współpracowały z lekarzami wykonującymi znieczulenia podczas operacji.

²⁴ Pielęgniarki OAiIT pracowały na zmianie dziennej od godz. 7.00 do 19.00 oraz na zmianie nocnej od godz. 19.00 do 7.00 dnia następnego oraz na tzw. krótkim dyżurze od godz. 7.00 do 15.00.

anestezjologicznych spełniał wymagania określone w rozporządzeniu w sprawie standardów w dziedzinie AiiT.

Kontrola wykazała, że lekarze anestezjolodzy wykonujący świadczenia w OAiIT i BO pracowali w sposób ciągły nawet po kilkanaście dób – w kontroli stwierdzono przypadek pracy ciągłej lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii przez 288 godzin, tj. 12 dób. Także inne stwierdzone przypadki obejmowały prace ciągłą lekarzy anestezjologów przez kilka dób. W ocenie NIK, działanie takie mogło stwarzać zagrożenie należytego wykonywania świadczeń zdrowotnych, a nawet zagrożenie dla bezpieczeństwa pacjentów oraz zdrowia samych lekarzy.

Praca pielęgniarek zatrudnionych w OAiIT i BO wykonywana była z zachowaniem bezpiecznych norm i prawa do odpoczynku i co do zasady nie przekraczała 12 godzin na dobę.

Świadczenia zdrowotne w OAiIT i BO udzielane były przez personel medyczny (lekarzy i pielęgniarki) zgłoszony do NFZ.

OBSZAR

3. Wymagania dotyczące wyposażenia OAiIT i BO w wyroby medyczne

Opis stanu faktycznego

1. OAiIT spełniał wymogi, o którym mowa w załączniku nr 1 do rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiiT (w pkt A *Wyposażenie oddziału anestezjologii i intensywnej terapii oraz Pozostałe wymagania*). OAiIT wyposażony był w następujący sprzęt medyczny:

- trzy elektryczne urządzenia do ssania,
- trzy urządzenia do pomiaru rzutu serca,
- jeden aparat do ciągłego leczenia nerkozastępczego,
- jeden bronchfiberoskop,
- jeden aparat do bezpośredniego monitorowania ciśnienia wewnątrzczaszkowego,
- jeden przyłóżkowy aparat rentgenowski,
- dwa defibrylatory z możliwością wykonania kardiowersji i zewnętrznej stymulacji serca,
- dwa respiratory transportowe,
- jeden przyłóżkowy aparat USG,
- jeden aparat do pomiaru laboratoryjnych parametrów krytycznych,
- trzy zestawy do zabezpieczania drożności dróg oddechowych w przypadku wystąpienia zdarzenia, jakim są „trudne drogi oddechowe”.

Sprzęt medyczny wykazany powyżej był na wyposażeniu OAiIT w latach 2018-2020 oraz w trakcie oględzin przeprowadzonych w dniu 6 września 2021 r.

Stanowiska intensywnej terapii w latach 2018-2020 wyposażone były w wymagane ilości dla 11 z 12 wyrobów medycznych, określonych w pkt B *Wyposażenie stanowiska intensywnej terapii* w części I załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiiT.

Nie spełniono wymagań ilościowych dla jednego wyrobu, tj. materaca lub innego urządzenia do aktywnej regulacji temperatury pacjenta. W OAiIT było jedno takie urządzenie, przy trzech wymaganych (na trzy stanowiska intensywnej terapii). Brak dwóch sztuk tego wyrobu wystąpił w latach 2018-2020 oraz w trakcie oględzin przeprowadzonych w dniu 6 września 2021 r.

Stanowiska znieczulania w BO (dwa stanowiska) w okresie objętym kontrolą wyposażone były w sprzęt, określony w pkt C *Wyposażenie stanowiska znieczulania* w pozycjach od 1-5, 7-18, 20 w części I załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiiT.

W BO brak było:

- jednego defibrylatora z możliwością wykonania kardiowersji i elektrostymulacji (zapewniono jedno takie urządzenie, przy dwóch wymaganych dla tej ilości stanowisk),
- dwóch monitorów zwiótczenia mięśniowego (nie zapewniono żadnego takiego urządzenia),
- dwóch wyrobów do inwazyjnego pomiaru ciśnienia krwi (nie zapewniono żadnego takiego urządzenia),
- dwóch urządzeń do ogrzewania płynów infuzyjnych (nie zapewniono żadnego takiego urządzenia),
- jednego urządzenia do ogrzewania pacjenta (nie zapewniono żadnego takiego urządzenia),
- dwóch wyrobów do szybkich przetoczeń płynów (nie zapewniono żadnego takiego urządzenia),
- dwóch wyrobów do regulowanych przetoczeń płynów (nie zapewniono żadnego takiego urządzenia),
- pięciu pomp infuzyjnych (zapewniono jedną pompę przy sześciu wymaganych dla tej ilości stanowisk).

Zgodnie z postanowieniami § 17 ust. 1 rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie *AiIT*, podmiot leczniczy prowadzący Szpital zobowiązany jest do dostosowania się do tych wymogów do końca grudnia 2022 r.

W kontroli nie stwierdzono sprzętu medycznego w OAiIT i BO liczącego ponad 20 lat.

OAiIT spełniał wymogi określone w załączniku nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego. OAiIT miał na wyposażeniu przyłóżkowy aparat RTG, przyłóżkowy aparat USG oraz aparat do ciągłego leczenia nerkozastępczego. Stanowiska intensywnej terapii na OAiIT wyposażone były w sprzęt do:

- ciągłego przyłóżkowego monitorowania EKG,
- stałego pomiaru ciśnienia tętniczego krwi metodą nieinwazyjną,
- pomiaru ośrodkowego ciśnienia żylnego krwi, intubacji dotchawiczej i wentylacji workiem samorozprężalnym,
- przedłużonej sztucznej wentylacji płuc z zastosowaniem respiratora,
- regulacji stężenia tlenu w respiratorze w zakresie 21-100%,
- terapii płynami infuzyjnymi z zastosowaniem pomp infuzyjnych, worków ciśnieniowych, filtrów, strzykawk automatycznych,
- toalety dróg oddechowych z zastosowaniem urządzeń ssących,
- monitorowania temperatury ciała, pulsoksymetrii, kapnografii.

Nie stwierdzono niezgodności pomiędzy rodzajem i ilością sprzętu medycznego stanowiącego wyposażenie OAiIT i BO z wykazem sprzętu ujętego w zawartych z NFZ umowach.

(akta kontroli str. 563-580)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że wszystkie niezbędne braki wyposażenia zostaną uzupełnione w miarę posiadanych środków finansowych do końca 2022 r.

(akta kontroli str. 581-585)

W związku z pandemią Covid-19 Szpital otrzymał w drodze umowy użyczenia sprzęt medyczny w ilości 31 sztuk. Sprzęt ten uzyskano z Podkarpackiego Urzędu Wojewódzkiego w Rzeszowie w latach 2020-2021, w tym:

- w 2020 r. - dwa respiratory turbinowe Trilogy EVO OBM/Zestaw III za łączną kwotę 82.212 zł brutto,

- w 2021 r. - 28 dozowników rotametrycznych 0-171/min AGA z nawilżaczem 250 ml za łączną kwotę 5.138,56 zł brutto oraz jeden kontener sanitarno-medyczny podwójny za kwotę 80.811 zł brutto.

Szpital w związku z pandemią Covid-19 nie dokonywał zakupów sprzętu medycznego z własnych środków lub z otrzymanych darowizn pieniężnych. Sprzęt taki nie był uzyskiwany w drodze darowizn rzeczowych.

(akta kontroli str. 586-587)

2. Kontrolą pod względem wykonywania w latach 2018-2020 przeglądów technicznych sprzętu i aparatury medycznej wykorzystywanego na OAiIT i BO objęto 15 paszportów technicznych.

W kontroli stwierdzono wykonywanie przeglądów technicznych z opóźnieniem w przypadku siedmiu wyrobów, tj.:

- pompa infuzyjna objętościowa AP31 nr 31-1086-2013, pompa infuzyjna jednostrzykawkowa AP14 nr 14-06358-2013, pompa infuzyjna jednostrzykawkowa AP14 nr 14-06361-2013 – przeglądy tych trzech wyrobów w dniu 19.12.2019 r. dokonano z opóźnieniem w ilości 19 dni (przeгляд miał być przeprowadzony w listopadzie 2019 r.). W 2020 r. nie przeprowadzono przeglądu tych wyrobów, przeprowadzono je w dniu 23.02.2021 r., tj. z opóźnieniem w ilości 54 dni (przeglądy miały być wykonane w grudniu 2020 r.);

- fiberolaryngoskop FR-120F o nr RY091B029 – termin wykonania przeglądu ustalono na miesiąc październik 2020 r., a wykonano go z 48 dniowym opóźnieniem;

- procesor obrazu EXP-2500 nr 5V564D275 – termin wykonania przeglądu ustalono na miesiąc październik 2020 r., a wykonano go z 48 dniowym opóźnieniem;

- videobronchoskop EB-530H nr 6B087A061 – termin wykonania przeglądu ustalono na miesiąc październik 2020 r., a wykonano go z 48 dniowym opóźnieniem;

- bronchofiberoskop baterijny FB-120 MP, nr 3B060A076 - przegląd dokonany w dniu 18 grudnia 2020 r. przeprowadzony był z opóźnieniem w ilości 48 dni (termin na jego wykonanie ustalony był na miesiąc październik 2020 r.).

(akta kontroli str. 588-619)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że w Szpital korzysta jedynie z usług autoryzowanych serwisów, gdzie z powodu małej liczby specjalistów oczekiwanie na termin przeglądu przeciąga się w czasie. Tego typu opóźnienia nie leżą po stronie Szpitala, a wynikają z braku dostępności serwisantów i odległych terminów ustalonych przez serwisy. Taka właśnie sytuacja spowodowała opóźnienia w wykonaniu przeglądów w 2019 r. Opóźnienia w 2020 r. wynikały z panujących wówczas obostrzeń związanych z rozprzestrzenianiem się wirusa SARS-CoV-2. Z uwagi na dużą liczbę zakażeń w miesiącu październiku na teren szpitala nie wpuszczano żadnych osób z zewnątrz, celem uniknięcia dalszej transmisji wirusa. Zakaz ten obowiązywał do ustabilizowania się sytuacji, co nastąpiło około lutego 2021 r. Nie bez znaczenia pozostaje również fakt, iż liczne zachorowania spowodowały braki wśród personelu serwisów, co w połączeniu z zamknięciem hoteli przełożyło się na opóźnienia w realizacji zleceń i późniejsze wykonywanie przeglądów.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił ponadto, że fiberolaryngoskop, procesor obrazu, videobronchoskop, bronchofiberoskop baterijny nie były używane w czasie, gdy nie posiadały aktualnego przeglądu technicznego. Używane były jedynie pompy infuzyjne, brak jest jednak możliwości określenia ile razy (używane były według potrzeb). Pompy te są nowe, mało wyeksploatowane i w dobrym stanie technicznym, co potwierdziła w późniejszym czasie wizyta serwisanta, który wykonał przegląd techniczny tych wyrobów.

(akta kontroli str. 620-625)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono nieprawidłowość polegającą na opóźnieniach w przeprowadzaniu przeglądów technicznych dla siedmiu wyrobów (trzy pompy infuzyjne, fiberołaryngoskop, procesor obrazu, videobronchoskop, bronchofiberoskop bateryjny) w ilości od 19 do 54 dni.

(akta kontroli str. 588-625)

OCENA CZĄSTKOWA

OAIiT spełniał wymogi dotyczące sprzętu medycznego określone w załączniku nr 3 do rozporządzenia *w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego*.

OAIiT i stanowiska intensywnej terapii Szpitala nie zostały dotychczas dostosowane do wymogów określonych w załączniku nr 1 do rozporządzenia *w sprawie standardów w dziedzinie AIiT*. W OAIiT i na stanowiskach intensywnej terapii brakowało bowiem niektórego sprzętu medycznego, wymienionego w załączniku nr 1 do ww. rozporządzenia, jednakże obowiązek dostosowania do tych wymogów przewidziany jest do końca grudnia 2022 r.

W kontroli stwierdzono opóźnienia w przeprowadzaniu przeglądów technicznych wyrobów medycznych użytkowanych w OAIiT i BO, które w 2019 r. wynikały z zaniedbania Szpitala. Na opóźnienia występujące w latach 2020-2021 miała wpływ sytuacja związana z epidemią Covid-19 i ograniczenia z niej wynikające.

IV. Wnioski

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

Wnioski

1. Podjęcie działań celem zapewnienia w OAIiT, co najmniej 2 % ogólnej liczby łóżek w Szpitalu.
2. Zintensyfikowanie działań w celu zapewnienia funkcjonowania BO spełniającego wymogi określone w rozporządzeniu *w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia*, w tym również zapewnienia sali nadzoru poznieczuleniowego.
3. Zapewnienie stałej obecności lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii w OAIiT, w tym także w trakcie dyżurów nocnych i weekendowych.
4. Przestrzeganie zasady polegającej na tym, aby jeden lekarz w tym samym czasie znieczulał tylko jednego pacjenta.
5. Wyeliminowanie przypadków łączenia w tym samym czasie dyżurów medycznych w OAIiT oraz w innych Oddziałach, przez jednego lekarza.
6. Zapewnienie rzetelnego wypełniania dokumentacji medycznej w zakresie podpisów i danych personalnych lekarzy.
7. Zapewnienie przeprowadzania raz w roku oceny jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych w OAIiT.
8. Terminowe przeprowadzanie przeglądów technicznych sprzętu medycznego, będącego na wyposażeniu OAIiT i BO.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykonania wniosków

do dyrektora Delegatury NIK w Rzeszowie. Prawo zgłaszania zastrzeżeń, zgodnie z art. 61b ust. 2 ustawy o NIK, nie przysługuje do wystąpienia pokontrolnego zmienionego zgodnie z treścią uchwały w sprawie zastrzeżeń.

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

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

Rzeszów, dnia 30 września 2021 r.

Kontrolerzy
Roman Chrząszcz
Główny specjalista kontroli
państwowej

/-/

Sławomir Kochman
Główny specjalista kontroli
państwowej

/-/

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Rzeszowie
Dyrektor
Wiesław Motyka

/-/