



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Rzeszowie

LRZ.410.011.02.2021

Pan
Grzegorz Jedynak
Dyrektor
Samodzielnego Publicznego
Zakładu Opieki Zdrowotnej
w Przeworsku
ul. Szpitalna 16
37 – 200 Przeworsk

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 Przeworsku, 37-200 Przeworsku Szpitalna 16 (dalej Szpital).
Kierownik jednostki kontrolowanej	Pan Grzegorz Jedynek – Dyrektor Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Przeworsku, od 15.02.2019 r. W okresie objętym kontrolą funkcję kierownika jednostki, poprzednio pełnili: - pan Józef Więclaw, w okresie od 01.01.2018 r. do 30.11.2018 r. – Dyrektor Szpitala, oraz - pan Janusz Szynal, w okresie od 01.12.2018 r. do 14.02.2019 r. – pełniący obowiązki Dyrektora Szpitala. <p style="text-align: right;">(akta kontroli, str. 1-7)</p>
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 OAiT¹.3. Wymagania dotyczące wyposażenia OAiT i BO² 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 23.12.1994 r. o <i>Najwyższej Izbie Kontroli</i> ³
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Rzeszowie
Kontroler	Wilhelm Dmytrów, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LRZ/77/2021 z 07.06.2021 r. <p style="text-align: right;">(akta kontroli, str. 8-9)</p>

¹ Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

² Blok Operacyjny.

³ Dz. U. z 2020 r., poz. 1200 ze zm. (dalej: ustawa o NIK).

II. Ocena ogólna⁴ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

W ocenie Najwyższej Izby Kontroli, poza niżej wykazanymi wyjątkami, w Szpitalu przestrzegano warunków do udzielania świadczeń z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii, określonych przez Ministra Zdrowia. OAiT posiadał odpowiednią liczbę łóżek (stanowisk), izolatkę wyposażoną w służbę, a sale łóżkowe spełniały wymagania przestrzenne. BO spełniał warunki lokalowe oraz posiadał salę nadzoru poznieczuleniowego (tzw. salę wybudzeń). Lekarze i pielęgniarki posiadali wymagane kwalifikacje. Organizacja OAiT przewidywała całodobową opiekę lekarską, sprawowaną przez lekarzy specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii na stanowiskach intensywnej terapii oraz całodobową opiekę pielęgniarską sprawowaną przez pielęgniarki anestezjologiczne.

Najwyższa Izba Kontroli stwierdziła pojedyncze przypadki znieczulania przez jednego lekarza w tym samym czasie więcej niż jednego pacjenta, czy umieszczenie pacjenta na Oddziale Chirurgii w bezpośrednim okresie pooperacyjnym (z pominięciem sali nadzoru poznieczuleniowego) oraz cztery przypadki, gdzie lekarz pełnienie dyżuru na OAiT, łączył z wykonywaniem znieczulania pacjentów w BO. W ocenie Najwyższej Izby Kontroli, wykazane przypadki jakkolwiek mogą mieć charakter incydentalny, to naruszają standardy postępowania przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresów anestezji i intensywnej terapii.

Poza jednym wyjątkiem (braku okołoperacyjnej karty kontrolnej), dokumentacja medyczna znieczulanych pacjentów zawierała wymagany zbiór danych i załączników.

Kontrola wykazała zgodność danych lekarzy i pielęgniarek zatrudnionych w OAiT, z danymi wykazanymi w załączniku nr 2 „Harmonogram-zasoby” do umowy zawartej pomiędzy Szpitalem a NFZ.

W Szpitalu dopuszczano praktykę polegającą na wykonywaniu pracy (przez lekarzy zatrudnionych na podstawie umów cywilnoprawnych) nieprzerwanie przez ponad 31 godzin, co zdaniem NIK, jakkolwiek nie naruszało odrębnych przepisów prawa określających normy czasu pracy lekarzy, które nie miały tu zastosowania, ale mogło stwarzać zagrożenie należytego wykonywania świadczeń zdrowotnych.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

1.1. Organizacja OAiT i BO, pod względem spełnienia wymogów przepisów prawa i uregulowań wewnętrznych

W okresie objętym kontrolą działalność Szpitala była ujęta w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, prowadzonym przez Wojewodę Podkarpackiego (dalej RPWDL). Wpis do RPWDL potwierdzał m.in. działalność

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

OAIiT w zakresie leczenia stacjonarnego oraz wyodrębnienie w strukturze organizacyjnej Szpitala BO.

W Regulaminie Organizacyjnym Szpitala:

a) nie wskazano zakresu świadczeń zdrowotnych (zadań) udzielanych (realizowanych) w OAIiT. W jego jednostce redakcyjnej 12.10.1 wymieniono przykładowe zadania⁵ wykonywane w oddziałach szpitalnych (bez podziału na profile oddziałów). Dyrektor Szpitala podał m.in., że *poza wskazanym przepisem w Regulaminie Organizacyjnym zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych w OAIiT, nie jest uregulowany⁶ w innym wewnętrznym akcie normatywnym,*

b) wskazano następujące, przykładowe zadania należące do BO:

- przeprowadzanie zabiegów operacyjnych, znieczuleń pacjentów i innych procedur, do których niezbędne są warunki bloku operacyjnego,
- prowadzenie wymaganej dokumentacji, zgodnie z obowiązującymi przepisami,
- stała kontrola parametrów życiowych w trakcie trwania znieczulenia, wybudzanie pacjenta i opieka nad nim do chwili przekazania na oddział.

W okresie objętym kontrolą, OAIiT zaliczony był do pierwszego poziomu referencyjnego.

(akta kontroli, str. 10-263)

W okresie objętym kontrolą:

- ogólna liczba łóżek w Szpitalu ulegała zmianie i w poszczególnych okresach wynosiła: 300 (od 01.01.2018 r. do 08.07.2019 r.), 262 (od 09.07.2019 r. do 13.11.2019 r.), oraz 250 (od 14.11.2019 r. do 31.12.2020 r.),
- liczba łóżek w OAIiT była stała i wynosiła 7, co stanowiło w poszczególnych okresach 2,3%, 2,7% i 2,8% ogólnej liczby łóżek w Szpitalu.

Liczba łóżek (ogólna i dotycząca OAIiT) wynikająca z zarządzeń Dyrektora Szpitala, odpowiadała liczbom łóżek wykazanym w RPWDL.

(akta kontroli, str. 264-275, 286-289)

W badanych latach, Szpital miał zawarte obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą, na następujących warunkach:

- suma gwarancyjna w odniesieniu do: jednego zdarzenia - 100 tys. euro, wszystkich zdarzeń - 500 tys. euro,
- łączna składka roczna: 154.856,80 zł.

(akta kontroli, str. 276-285)

W badanym okresie, lekarz sprawujący funkcję kierownika OAIiT oraz zastępca lekarza kierującego OAIiT, mieli kwalifikacje specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii.

W związku z tym, że Regulamin organizacyjny Szpitala dopuszczał by oddziałem kierował kierownik oddziału, na podstawie art. 49 ust. 7 ustawy z dnia 15.04.2011 r. *o działalności leczniczej*⁷ (dalej ustawa o działalności leczniczej), który nie wymagał

⁵ W tym m.in.: zapewnienie opieki stacjonarnej, rozpoznawanie, leczenie i orzekanie o stanie zdrowia, zapewnienie świadczeń pielęgnarskich, udzielanie pomocy w nagłych wypadkach i nagłych zachorowaniach, wykonywanie badań diagnostycznych, prowadzenie rehabilitacji leczniczej, prowadzenie spraw związanych z dokumentacją medyczną i statystyką medyczną, zapewnienie całodobowej opieki lekarskiej w formie dyżurów medycznych (z wyłączeniem Oddziału Geriatrycznego i Oddziału Rehabilitacji).

⁶ W nawiązaniu do tego wyjaśnienia, w dniu 20.08.2021 r. Dyrektor Szpitala podał m.in., że *szczegółowy zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych przez OAIiT oraz BO jest uregulowany wewnętrznie poprzez standardy, procedury i instrukcje wprowadzone zarządzeniami Dyrektora Szpitala*. Do wyjaśnienia załączono 28 zarządzeń Dyrektora Szpitala wraz z załącznikami, m.in. w sprawach: pielęgnarskiej praktyki klinicznej w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego w SP ZOZ w Przeworsku, zasad stosowania zestawów do autotransfuzji pooperacyjnej, postępowania z aparatem AMBU po użyciu, postępowania z dozownikiem tlenu wielorazowego użycia, dekontaminacji laryngoskopu, i in.

⁷ Dz.U. z 2021 r., poz. 711 ze zm.

przeprowadzania konkursu na stanowisko, lekarz będący kierownikiem OAiIT pełnił tę funkcję:

- w okresie od 01.07.2012 r. do 31.07.2020 r., na podstawie umownego stosunku pracy, oraz
- od 01.08.2020 r. do nadal, na podstawie umowy cywilnej (kontraktu).

W okresie objętym kontrolą, pielęgniarka oddziałowa OAiIT miała ukończoną specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki.
(akta kontroli, str. 22-55, 290-383)

Spośród kontroli przeprowadzonych w Szpitalu w latach 2018 – 2020, dwie następujące kontrole (Podkarpackiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego, dalej PPWIS), odnosiły się m.in. do OAiIT:

- a) z dni 21.11.2018 r. – 23.11.2018 r., gdzie w wydanej decyzji⁸ PPWIS zalecił m.in. „*brudownik – zapewnić płuczkę dezynfekator do basenów oraz izolatka – zapewnić płuczkę dezynfekator w pomieszczeniu higieniczno-sanitarnym*”, oraz
- b) z dni 20-21.11.2019 r. i 20.12.2019 r., gdzie w wydanej decyzji⁹ PPWIS zalecił m.in. „*dyżurka pielęgniarska – zapewnić 3 fotele tapicerowane o powierzchni zmywalnej oraz brudownik – uzupełnić odpryski, ubytki laminatu, zapewnić powierzchnie umożliwiające przeprowadzenie mycia i dezynfekcji w szafce pod zlew*”.

Szpital wykonał powyższe zalecenia, w terminach uzgodnionych z PPWIS.

(akta kontroli, str. 294-381)

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

W badanym okresie, w Szpitalu były określone procedury dotyczące przygotowania pacjenta do znieczulenia, obejmujące wykaz badań diagnostycznych, laboratoryjnych, w celu bezpiecznego przeprowadzenia zabiegu w trybie natychmiastowym, pilnym, przyspieszonym lub planowym. Procedury te zostały określone przez Dyrektora Szpitala w formie zarządzeń¹⁰, w porozumieniu z kierownikiem OAiIT.

(akta kontroli, str. 384-444)

W Szpitalu nie było ustalonego sposobu komunikacji alarmowej, o której mowa w § 9 pkt. 2 z dnia 16 grudnia 2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii¹¹, dalej rozporządzenie w sprawie standardu AiIT.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że w porozumieniu a lekarzem kierującym OAiIT ustalił¹² sposób komunikacji alarmowej wyłącznie w Procedurze Zakładowej „*Pierwsza pomoc we wstrząsie anafilaktycznym. Poza tym w Szpitalu nie było przyjętej innej regulacji dotyczącej sposobu komunikacji alarmowej (...)*”.

(akta kontroli, str. 384-484)

W Szpitalu było urządzonych i prowadzonych sześć ksiąg operacyjnych, były to księgi zabiegów: ortopedycznych, chirurgicznych, ginekologicznych, urologicznych, cięć cesarskich i anestezjologicznych. W wyniku analizy 113 opisów znieczuleń, stwierdzono, że:

⁸ Nr SE.9020.75.1.2019, z dnia 08.02.2019 r.

⁹ Nr 9020.75.9.2019, z dnia 15.01.2020 r.

¹⁰ Nr 46/2015 z dnia 03.07.2015 r. (które obowiązywało do 09.06.2021 r.) i 36/2013 z dnia 13.09.2013 r. (uchylone zarządzeniem nr 62/2020 z dnia 28.07.2020 r., wydanym w tej samej sprawie).

¹¹ Dz. U. z 2020 r., poz. 940.

¹² W formie zarządzenia, wydanego na podstawie § 6 ust. 1 Statutu Szpitala, który określał, że *Dyrektor kieruje Zakładem i reprezentuje go na zewnątrz*.

- w każdym przypadku z lekarzem anestezjologiem współpracowała pielęgniarka anestezjologiczna, oraz
- w 112 przypadkach lekarz anestezjolog w tym samym czasie znieczulał tylko jednego pacjenta i w jednym przypadku prowadził jednocześnie znieczulenie u dwóch pacjentów, co szczegółowo opisano w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości” niniejszego wystąpienia.

(akta kontroli, str. 485-571)

W wyniku analizy książek operacyjnych w zakresie 30 pacjentów poddanych w BO znieczuleniu, stwierdzono, że pacjentów w bezpośrednim okresie pooperacyjnym umieszczano:

- w 29 przypadkach w sali nadzoru poznieczuleniowego (tzw. sali wybudzeń) oraz
- w jednym przypadku w Oddziale Chirurgii (gdzie nie było zapewnionego bezpośredniego nadzoru pielęgniarskiego przez pielęgniarkę anestezjologiczną oraz obecności lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii), co szczegółowo opisano w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości” niniejszego wystąpienia.

(akta kontroli, str. 572-592)

W OAiIT był przestrzegany standard organizacyjny, zgodnie z którym na stanowisku nadzoru pielęgniarskiego zapewniona była możliwość obserwacji bezpośredniej pacjentów, w stosunku do których udzielano świadczeń zdrowotnych z zakresu intensywnej terapii.

(akta kontroli, str. 384-444, 593-602)

Pielęgniarka Koordynująca Działu Higieny i Transportu Wewnętrzny w Szpitalu, podała m.in., że pacjenci mieli zapewnioną możliwość izolacji z dostępnością wyrobów medycznych monitorujących i terapeutycznych, niezbędnych do wykonania specjalistycznych interwencji w stanach zagrożenia życia.

Zastępca Kierownika OAiIT podała m.in., że każde stanowisko w OAiIT jest tak samo wyposażone w wyroby medyczne monitorujące i terapeutyczne¹³ oraz personel medyczny, niezależnie od sali na której się znajduje.

(akta kontroli, str. 384-444, 589-592, 603-615)

Kierownik OAiIT sporządzała corocznie informację o stanie kontroli zarządczej w OAiIT. Informacja miała formę oświadczenia, w którym Kierownik OAiIT deklarowała m.in., że:

- zgodnie z obowiązującymi procedurami tworzy i archiwizuje dokumentację medyczną indywidualną i zbiorczą pacjentów przebywających w oddziale,
- pracownicy zapoznawani są z obowiązującymi w Szpitalu standardami, procedurami i zarządzeniami,
- stosowane są wydawane przez dyrekcję Szpitala aktualne zarządzenia, instrukcje i procedury, oraz
- realizowane są cele i zadania powierzone pracownikom OAiIT w sposób efektywny, oszczędny i terminowy.

Powyższe informacje o stanie kontroli nie obejmowały wszystkich elementów co do treści, wymienionych w § 14 rozporządzenia o standardach. W szczególności, brak w nich oceny zgodności postępowania z procedurami, aktualnymi zaleceniami towarzystw naukowych, kompletności dokumentacji i występowania zdarzeń medycznych, o których mowa w art. 67a ustawy z dnia 06.11.2008 r. o *prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*¹⁴.

(akta kontroli, str. 616-618)

¹³ Co zostało zweryfikowane i potwierdzone oględzinami OAiIT.

¹⁴ Dz.U. z 2020 r., poz. 849 ze zm..

W Szpitalu obowiązywała instrukcja zakładowa „Postępowanie z łóżkiem szpitalnym po wypisaniu pacjenta”¹⁵, która określała obowiązek każdorazowej:

- dezynfekcji łóżka szpitalnego i wyposażenia stanowiska łóżkowego (stolika przyłóżkowego, stelaża na kroplówki, uchwytów), oraz
- zmiany pościeli, po wypisaniu pacjenta.

Powyższa instrukcja zakładowa nie wymagała dokumentowania czynności dekontaminacji¹⁶, jak też odbioru (sprawdzenia) tych czynności przez innego pracownika.

W oświadczeniu, Oddziałowa OAiT podała m.in., że sprawuje bezpośredni nadzór nad prawidłowym przebiegiem dekontaminacji i każdorazowo przeprowadza kontrolę w postaci wizualnych oględzin i ewentualnych uwag.

(akta kontroli, str. 619-623)

1.3. Lokalizacja pomieszczeń oraz wymagania przestrzenne pokoi łóżkowych w OAiT oraz w sali nadzoru poznieczuleniowego

W Szpitalu była zorganizowana sala nadzoru poznieczuleniowego, zlokalizowana w obrębie BO.

(akta kontroli, str. 70-87, 572-588, 624)

Usytuowanie OAiT zapewniało komunikację z BO¹⁷, izbą przyjęć oraz ze wszystkimi innymi oddziałami łóżkowymi, w sposób umożliwiający przewożenie pacjenta na łóżku (przy wykorzystaniu ciągów korytarzy, wind, pochylni, podjazdów). Nie stwierdzono występowania barier architektonicznych (stopni, różnic poziomów, wąskich przejść, innych ograniczeń) utrudniających ruch (przemieszczanie) pacjentów. Oprócz wind ogólnodostępnych, w Szpitalu były windy przeznaczone do transportu personelu służbowego i pacjentów, do których dostępność ograniczona była szyfrowym, elektronicznym zamknięciem, wymagającym użycia odpowiedniego „kodu dostępu”.

(akta kontroli, str. 603-615, 624-631)

Powierzchnie pokoi łóżkowych w OAiT spełniały wymagania przestrzenne, tj. co najmniej 18m² dla pokoju jedno-stanowiskowego (sala jedno-łóżkowa 20,63m²) i co najmniej 16m² na jedno stanowisko w pokojach wielostanowiskowych (w tym sala cztero-łóżkowa 71,26 m² oraz sala dwu-łóżkowa 32,84 m²).

(akta kontroli, str. 631-632)

Ustalono, że OAiT dysponował jednołóżkową salą-izolatką, która na bieżąco wykorzystywana była jako sala intensywnej terapii, a w przypadku pacjenta zakaźnego pełniła rolę izolatki.

Pielęgniarka Koordynująca Działu Higieny i Transportu Wewnętrzny w Szpitalu, podała, że w przypadku konieczności izolacji więcej niż jednego pacjenta, zakażonych różnymi patogenami, wydzielona jest sala dwu-łóżkowa umożliwiająca stosowanie pełnej izolacji kontaktowej.

Ustalono, że dostęp do izolatki był bezpośrednio z traktu korytarza, który na tym odcinku mógł być zamykany z dwóch stron i w tak zorganizowanej, zamkniętej strefie pełniącej wówczas rolę śluzy znajdowała się umywalka wyposażona w płyn do dezynfekcji, mydło i papierowe ręczniki oraz szafka zaopatrzona w materiały

¹⁵ Wprowadzona zarządzeniem Dyrektora Szpitala nr 23/2018, z dnia 24.05.2018 r.

¹⁶ To proces polegający na usunięciu i dezaktywacji substancji szkodliwej (chemikaliów, czynników biologicznych), która zagraża życiu lub zdrowiu organizmu żywego poprzez kontakt bezpośredni lub używane sprzęty.

¹⁷ Blok Operacyjny zorganizowany w formie centralnego bloku operacyjnego, obejmujący cztery sale operacyjne zlokalizowane w jednym miejscu.

izolacyjne (jednorazowe okrycia), a także koszt na składowanie zużytych materiałów izolacyjnych.

(akta kontroli, str. 384-444, 589-592, 603-615, 624-631)

Szpital stanowił zespół budynków tworzących funkcjonalną całość, gdzie zlokalizowane były wszystkie miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych. Także usytuowanie OAiIT zapewniało komunikację z miejscami udzielania niezbędnych badań radiologicznych i laboratoryjnych, których możliwość wykonywania była zapewniona we wszystkie dni tygodnia – całodobowo.

(akta kontroli, str. 624-651)

Pokoje chorych w OAiIT nie znajdowały się poniżej terenu urządzonego przy budynku Szpitala. Zespoły pomieszczeń stanowiące OAiIT nie były ciągami przechodnimi, a wejścia na oddział ograniczone były tylko dla upoważnionych osób. Drzwi w OAiIT otwierane były przy użyciu szyfrowego zamka lub na dzwonek. Podczas oględzin dzwonek był sprawny.

Ustalono, że w pomieszczeniach w OAiIT:

- podłogi i połączenia ścian z podłogami wykonane były z materiałów umożliwiających ich mycie i dezynfekcję,
- łóżka były dostępne z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych, a odstępy pomiędzy łóżkami umożliwiały swobodny dostęp do pacjentów,
- pokoje łóżkowe były wyposażone w umywalkę z ciepłą i zimną wodą, dozownik z mydłem w płynie oraz pojemnik z ręcznikami jednorazowymi,
- pokoje łóżkowe były wyposażone w urządzenia (m.in. przeszklone ściany) umożliwiające obserwację pacjentów,
- szerokość drzwi umożliwiała ruch pacjentów na łóżkach,
- w pokojach łóżkowych zastosowano wentylację nawiewno-wywiewną i klimatyzację, które były poddawane okresowym przeglądom¹⁸ zgodnie z zaleceniami producenta.

(akta kontroli, str. 603-615, 624-631, 652-664)

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

W badanym okresie w godz. 07.00 – 14.35, świadczenia zdrowotne wykonywało od 4 do 5 lekarzy anestezjologów, a w godz. 14.35 – 07.00, we wszystkie dni tygodnia (także wolne od pracy) pełniło dyżury niezależnie 2 anestezjologów, tj. jeden w OAiIT i jeden w BO, co umożliwiało jednoczesne wykonywanie świadczeń zdrowotnych dwóm pacjentom.

Pielęgniarka Oddziałowa OAiIT podała, że sala poznieczuleniowa w BO jest aktywna do godz. 14.35, tj. do czasu trwania zabiegów planowanych. W przypadku, gdy pacjent wymaga dalszej opieki anestezjologicznej, jest ona kontynuowana w OAiIT. Podała również, że w zasobach dokumentacji szpitalnej nie można ustalić świadczeń lekarskich w zakresie anestezjologii w sali nadzoru poznieczuleniowego. Co do zasady, lekarz który wykonuje znieczulenie kontynuuje opiekę lekarską w sali nadzoru poznieczuleniowego, jednak te świadczenia nie są odrębnie dokumentowane.

(akta kontroli, str. 665-698, 729-733)

W sali nadzoru poznieczuleniowego był zapewniony bezpośredni nadzór nad pacjentami przez pielęgniarki anestezjologiczne.

(akta kontroli, str. 572-588, 699-728)

¹⁸ Czynności przeglądów były udokumentowane.

Faktyczna liczba siedmiu stanowisk intensywnej terapii odpowiadała wymaganiom szczegółowym określonym przepisami części II załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie standardu OAiIT. W ramach organizacji świadczeń zdrowotnych w OAiIT spełniono warunki dotyczące opieki lekarskiej i pielęgniarskiej, w zakresie:

- stałej obecności lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii oraz pielęgniarki anestezjologicznej na oddziale,
- wyodrębnionej całodobowej opieki lekarskiej, przez co najmniej jednego lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii we wszystkie dni tygodnia. Ustalono, że w okresie miesięcy marca 2018 r., czerwca 2019 r. i września 2020 r., poza czterema wyjątkami, kiedy lekarz anestezjolog podczas dyżuru pełnionego w OAiIT, znieczulał w BO, świadczona przez niego całodobowa opieka lekarska nie była łączona z innymi oddziałami lub wykonywaniem świadczeń z zakresu anestezji, co szczegółowo opisano w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości” niniejszego wystąpienia.

(akta kontroli, str. 699-760, 778-780)

W okresie objętym kontrolą, Szpital spełniał wymagania BO zapewniającego stałą gotowość co najmniej jednej sali operacyjnej do udzielania świadczeń zdrowotnych, oraz funkcjonowanie co najmniej jednego oddziału zabiegowego.

(akta kontroli, str. 22-55, 665-777)

W badanych latach średnioroczne obłożenie stanowisk intensywnej terapii w OAiIT, było następujące: w roku 2018 – 59,5%, w roku 2019 – 64,5% oraz w roku 2020 – 65,7%.

Największe obłożenie w okresie trzech miesięcy każdego roku/średnie wykorzystanie łóżka¹⁹, było następujące:

- w roku 2018: styczeń 71%/22 dni, marzec 70%/21,7 dni, grudzień 81,6%/25,3 dni,
- w roku 2019: sierpień 75,1%/23,3 dni, wrzesień 79,5%/23,9 dni, listopad 72,9%/21,9 dni,
- w roku 2020: marzec 78,9%/24,4 dni, kwiecień 72,4%/21,7 dni, czerwiec 73,3%/22 dni.

Nie wystąpił przypadek, w którym w jednym dniu byłyby wykorzystane wszystkie stanowiska intensywnej terapii.

W wyjaśnieniach Dyrektor Szpitala podał m.in.:

- liczba łóżek intensywnej terapii była wystarczająca w stosunku do potrzeb występujących w tym zakresie,
- nie stwierdzono odmowy przyjęcia pacjentów w OAiIT, ze względu na brak miejsc,
- w latach 2020 – 2021, zarówno w OAiIT oraz w żadnym innym oddziale Szpitala nie zwiększano liczby stanowisk intensywnej terapii, w związku z pandemią COVID-19.

(akta kontroli, str. 781-785)

1.5. Pomieszczenia BO w kontekście wymagań określonych w rozporządzeniu w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia

W ramach BO zorganizowano²⁰ pomieszczenia oraz służby, o których mowa w pkt. IX „Blok operacyjny” załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26.03.2019 r. w sprawie *szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą*²¹. BO obejmował cztery sale operacyjne. W szczególności, układ pomieszczeń BO

¹⁹ Określane na podstawie iloczynu, gdzie mnożną jest „liczba dni miesiąca”, a mnożnikiem „obłożenie w %”.

²⁰ Na podstawie planów graficznych Szpitala i wyjaśnień Dyrektora Szpitala.

²¹ Dz. U. z 2019 r., poz. 595 ze zm.

umożliwiało zachowanie zasady rozdziału²² personelu, pacjentów i materiału czystego od brudnego materiału zużytego, brudnych narzędzi, brudnej bielizny i odpadów pooperacyjnych, poprzez zachowanie ruchu jednokierunkowego, zapobiegającego krzyżowaniu się dróg „brudnych” i „czystych”.

(akta kontroli, str. 624-630, 734-749)

1.6. Dokumentacja medyczna pacjentów hospitalizowanych w OAiT oraz pacjentów poddanych anestezji

W wyniku analizy dokumentacji medycznych dotyczących 30 pacjentów, ustalono, że:

- w stosunku do pacjentów poddanych intensywnej terapii prowadzone było ciągle monitorowanie i ewidencjonowanie podstawowych funkcji życiowych,
- intensywną terapię prowadzili lekarze specjaliści anestezjologii i intensywnej terapii,
- dokumentacja medyczna pacjenta znieczulanego obejmowała karty konsultacji anestezjologicznej. Karty te zawierały wymagane dane, a w szczególności: dane pacjenta, badanie przedmiotowe, kwalifikację do znieczulenia, pieczęć i podpis lekarza, zgodę pacjenta na znieczulenie,
- dokumentacja medyczna pacjenta znieczulanego obejmowała „kartę przebiegu znieczulenia”. Karty te zawierały wymagane dane, a w szczególności: dane pacjenta, wiek, grupę ryzyka według skali ASA²³, rodzaj operacji, rodzaj zastosowanego znieczulenia, jego przebieg, dawkowanie anestetyków i innych leków, aktualne wartości parametrów podstawowych funkcji życiowych oraz ewentualne powikłania, pieczęć i podpis lekarza. Stosowany w Szpitalu formularz „Karty przebiegu znieczulenia” przewidywał dane pacjentów, które nie były wymagane rozporządzeniem w sprawie standardu AiIT i nie w każdym przypadku były wpisywane przez lekarza. Brakujące wpisy dotyczyły: masy ciała (w 14 przypadkach), wzrostu (w 16 przypadkach) i grupy krwi (w 30 przypadkach). Odnosząc się do braku danych przewidzianych w stosowanych w Szpitalu „kartach przebiegu znieczulenia”, Zastępca Kierownika OAiIT, podała m.in., że rozporządzenie w sprawie standardu AiIT, nie wymaga, aby karta zawierała zapisy dotyczące masy ciała, wzrostu i grupy krwi pacjenta. Formularz „karty znieczulenia” zawiera pozycje, które nie są wymagane zgodnie z aktualnie obowiązującymi przepisami i dlatego dane te nie zostały wpisane,
- z wyjątkiem jednego przypadku, gdzie dokumentacja medyczna pacjenta znieczulanego nie zawierała „okołooperacyjnej karty kontrolnej”, we wszystkich pozostałych przypadkach dokumentacja medyczna pacjenta znieczulanego obejmowała okołooperacyjną kartę kontrolną. W karcie zawarto wymagane informacje oraz karta zawierała dane umożliwiające identyfikację osoby dokonującej w niej zapisów oraz podpis tej osoby.

Dyrektor Szpitala odnosząc się do braku okołooperacyjnej karty kontrolnej, podał m.in., że z uwagi na upływ czasu trudno obecnie stwierdzić jednoznacznie jakie są przyczyny braku okołooperacyjnej karty kontrolnej. Najprawdopodobniej był to zabieg w znieczuleniu miejscowym. Dotyczył usunięcia żylaków, co często odbywało się bez udziału lekarza anestezjologa. Chirurg, który wykonywał zabieg, już u nas nie pracuje, co dodatkowo utrudnia nam pozyskanie wyjaśnień. W okresie objętym kontrolą, przy wykonywaniu pojedynczych zabiegów w znieczuleniu miejscowym bez udziału anestezjologa, nie zakładano okołooperacyjnej karty kontrolnej. Jest to przypadek incydentalny i informuję, że podjąłem działania, aby tego typu sytuacja nie powtórzyła się w przyszłości,

²² Na podstawie planów graficznych Szpitala i wyjaśnień Dyrektora Szpitala.

²³ American Society of Anesthesiologists Physical Status Classification System – stosowana w anestezjologii klasyfikacja oceniająca ryzyko operacyjne związane z wystąpieniem poważnych powikłań lub zgonu pacjenta.

- znieczuleń dokonywali lekarze specjaliści anestezjologii i intensywnej terapii,
- w przypadku podjęcia resuscytacji²⁴, decyzję o jej zakończeniu podjął lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii.

(akta kontroli, str. 572-602, 931)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Przepis § 9 pkt 9 rozporządzenia w sprawie standardu AiIT określa m.in, że lekarz wykonujący znieczulenie może w tym samym czasie znieczulać tylko jednego pacjenta.

W kontroli ustalono, że w dniu 05.03.2018 r. anestezjolog prowadziła jednocześnie znieczulenie u dwóch pacjentów (w godz. od 10.30 do 11.35 - na sali operacyjnej 3 i w godz. od 11.05 do 11.30 – na sali operacyjnej 4).

Odnosząc się do powyższego przypadku, Dyrektor Szpitala podał m.in., że lekarz anestezjolog, o godz. 10.30 przyjął na sali nr 3 pacjenta z oddziału chirurgii do znieczulenia podpajęczynówkowego. Znieczulenie trwało do godz. 11.35 i było to znieczulenie planowe. Natomiast, na sali nr 4 o godz. 11.05 rozpoczął się zabieg ortopedyczny, zaplanowany w znieczuleniu miejscowym, czyli w obecności pielęgniarki anestezjologicznej, bez obecności na sali 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. Jednocześnie wskazał że nie spełnienie w wyjaśnianym przypadku wymogu w zakresie możliwości znieczulania w tym samym czasie przez lekarza anestezjologa tylko jednego pacjenta, było sytuacją incydentalną i podyktowaną szeroko rozumianym dobrem pacjenta.

(akta kontroli, str. 485-571)

2. Zgodnie z przepisem § 9 pkt. 16 rozporządzenia w sprawie standardu AiIT, przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezji w bezpośrednim okresie pooperacyjnym pacjenta umieszcza się w sali nadzoru poznieczuleniowego.

W badanej próbie kontrolnej 30 dokumentacji medycznych, stwierdzono jeden przypadek z dnia 01.03.2018 r., w którym znieczulonego pacjenta do operacji planowej, w bezpośrednim okresie pooperacyjnym umieszczono w Oddziale Chirurgii, bez zapewnienia bezpośredniego nadzoru pielęgniarskiego przez pielęgniarkę anestezjologiczną oraz obecności lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii.

Odnosząc się do powyższego przypadku, Zastępca Kierownika OAiIT podała m.in., że po uwzględnieniu stanu pacjenta, rodzaju i czasu trwania przeprowadzonego zabiegu, lekarz podjął decyzję o przekazaniu pacjenta na oddział z pominięciem sali nadzoru poznieczuleniowego. W danym przypadku pacjent był osobą młodą (37 lat), bez towarzyszących schorzeń (według skali ASA grupa I – pacjent bez obciążeń schorzeniami dodatkowymi, spożywający alkohol w niewielkich ilościach, niepalący), zabieg operacyjny trwał krótko (20 minut łącznie z założeniem opatrunku), pacjent był w pełni wybudzony po zastosowanym znieczuleniu (ogólne dożylnie), stabilny w mierzonych parametrach życiowych. Sytuacja była incydentalna, podyktowana tym, że pacjent był w bardzo dobrym stanie ogólnym i nie wymagał dalszego nadzoru poznieczuleniowego lekarza anestezjologa.

(akta kontroli, str. 572-592)

²⁴ W badanej próbie wystąpił jeden przypadek resuscytacji.

3. Przepisy § 11 pkt. 2 i 2a oraz część II załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie standardu AiIT, stanowią m.in., że udzielanie świadczeń zdrowotnych wymaga stałej obecności lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii w oddziale we wszystkie dni tygodnia (co nie może być łączone z innymi oddziałami lub wykonywaniem świadczeń z zakresu anestezji).

W badanej próbie kontrolnej 30 dokumentacji medycznych, stwierdzono cztery przypadki (dotyczące trzech lekarzy anestezjologów), w których lekarze anestezjodzy podczas pełnienia dyżuru w OAiIT w dniach: 01.06.2019 r. (sobota), 11.09.2020 r. (piątek, godz. 17.59), 20.09.2020 r. (niedziela) oraz 26.09.2020 r. (sobota) - znieczulali pacjentów w BO. W omawianych czterech przypadkach, dyżury w OAiIT lekarze pełnili samodzielnie bez drugiego lekarza, co powodowało, że podczas wykonywania znieczulenia w BO, pacjenci w OAiIT przebywali bez opieki lekarskiej.

Dyrektor Szpitala wyjaśniając przyczyny powyższych czterech przypadków znieczulania w BO przez lekarza pełniącego dyżur w OAiIT, podał m.in., że w każdym z wymienionych czterech przypadków obecny na dyżurze w OAiIT lekarz anestezjolog, musiał wykonać znieczulenie na BO w sytuacji zabiegów nagłych, u pacjentów operowanych w trybie pilnym. Sytuacje te miały charakter incydentalny.

(akta kontroli, str. 699-760, 778-780)

OCENA CZĄSTKOWA W kontroli ustalono, że liczba łóżek w OAiIT stanowiła, co najmniej 2% ogólnej liczby łóżek w Szpitalu, powierzchnie sal łóżkowych w OAiIT spełniały wymagania przestrzenne. W OAiIT zorganizowana była izolatka wyposażona w odpowiednią służbę, a pacjentów w bezpośrednim okresie pooperacyjnym umieszczano w sali nadzoru poznieczuleniowego. BO spełniał warunki lokalowe, gdzie zapewniono stałą (także w trakcie dyżurów lekarskich) odrębną obecność lekarzy do udzielania świadczeń zdrowotnych na stanowiskach intensywnej terapii oraz do udzielania świadczeń z zakresu anestezji. Wykonywanie świadczeń w zakresie intensywnej terapii odbywało się pod nadzorem lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii. Poza jednym wyjątkiem, przestrzegano zasady znieczulania przez lekarza w tym samym czasie tylko jednego pacjenta. Nieprawidłowością były cztery stwierdzone przypadki, w których lekarz w celu wykonania znieczulenia w BO, opuszczał OAiIT pozostawiając w nim pacjentów bez opieki lekarskiej. W kontroli stwierdzono, że treść przeprowadzanej raz w roku oceny jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych w OAiIT, nie była dostosowana do jej zakresu określonego w rozporządzeniu w sprawie standardów AiIT.

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

Opis stanu faktycznego

2.1. Stan zatrudnienia lekarzy anestezjologów w kontekście wymagań określonych w standardach organizacyjnych opieki zdrowotnej w dziedzinie AiIT

W badanych latach, stan pracujących lekarzy anestezjologów na OAiIT wynosił:
a) lekarze pracujący w podstawowym czasie pracy od godz. 7.00 do godz. 14.35: w roku 2018 – 5, w roku 2019 – 5 i w roku 2020 – 4.

b) lekarze pracujący w godzinach dyżurowych od godz.14.35 do godz. 7.00: w roku 2018 – 5 (personalnie byli to ci sami lekarze co pracujący w podstawowym czasie pracy), w roku 2019 – 5 (w tym pięciu lekarzy pracujących w podstawowym czasie pracy) i w roku 2020 – 7 (w tym: czworo lekarzy pracujących w podstawowym czasie pracy oraz troje lekarzy pracujących tylko na dyżurach medycznych).

Powyższy stan odpowiadał liczbie lekarzy zgłoszonych do NFZ (wykazany w załączniku nr 2 „Harmonogram zasoby” do umowy). Dane dotyczące lekarzy anestezjologów wykazane w załączniku nr 2 do umowy zawartej pomiędzy Szpitalem a NFZ, były zgodne z danymi zatrudnionych lekarzy w OAiIT. W OAiIT i w BO świadczenia zdrowotne w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii wykonywał personel zgłoszony do NFZ.

Z wyjątkiem dwóch lekarzy anestezjologów pracujących w ramach dyżurów medycznych w BO, wszyscy lekarze zatrudnieni w OAiIT posiadali II stopień specjalizacji z anestezjologii i intensywnej terapii (lekarze specjaliści anestezjologii i intensywnej terapii).

Według stanu na 31.12.2020 r., w OAiIT pracowało:

- jeden lekarz na podstawie umowy o pracę, w zakresie praca w godzinach podstawowych/dyżur medyczny,
- troje lekarzy na podstawie zawartego ze Szpitalem umownego stosunku cywilnoprawnego (kontraktu), w zakresie praca w godzinach podstawowych/dyżur medyczny, oraz
- troje lekarzy na podstawie zawartego ze Szpitalem umownego stosunku cywilnoprawnego (kontraktu), w zakresie praca w godzinach dyżuru medycznego.

Struktura wiekowa lekarzy zatrudnionych w OAiIT, według stanu na 31.12.2020 r. była następująca: do 40 lat – 2 oraz od 41 do 60 lat – 5.

Umowy cywilne o udzielanie świadczeń zdrowotnych zawarte z lekarzami, spełniały wymogi art. 27 ustawy o działalności leczniczej. Lekarze pracujący na podstawie umów cywilnych byli wpisani do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego przez właściwą miejscowo okręgową radę lekarską.

W latach 2018 i 2019, stan zatrudnienia lekarzy specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii odpowiadał wymaganiom dla pierwszego poziomu referencyjnego, określonym w części I załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie standardów OAiIT. Od 01.10.2020 roku w OAiIT w ramach podstawowych godzin ordynacji zatrudnionych było 4 lekarzy specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii, wobec wymogu zatrudnienia 5 takich specjalistów. Było to spowodowane odejściem z pracy jednego z lekarzy, a działania podjęte przez Dyrektora Szpitala nie przyniosły rezultatu.

(akta kontroli, str. 750-760, 787-792, 885-930, 932)

Przepisy art. 97 ust. 1 i ust. 2 ustawy o działalności leczniczej, stanowią m.in., że pracownikowi przysługuje w każdej dobie prawo do co najmniej 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku, a pracownikowi pełniącemu dyżur medyczny okres odpoczynku powinien być udzielony bezpośrednio po zakończeniu pełnienia dyżuru medycznego.

W wyniku analizy ewidencji czasu pracy lekarzy anestezjologów dotyczącej miesięcy: marca 2018 r., czerwca 2019 r. i września 2020 r., stwierdzono przypadki, w których praca w czasie podstawowym (od godz. 7.00 do godz. 14.35) łączyła się z czasem pełnionych dyżurów oraz przypadki, w których praca po skończonym dyżurze medycznym (od godz. 14.35 do godz. 7.00) łączyła się z pracą w czasie podstawowym (nie następowała tzw. „zejściówka” po dyżurze), co powodowało, że łącznie nieprzerwany czas pracy osiągał 31 godz. i 35 minut (tak np.:

- w miesiącu marcu 2018 r.: lekarz w sposób ciągły pracował siedmiokrotnie, po 31 godzi 35 minut,
- w miesiącu czerwcu 2019 r.: lekarz w sposób ciągły pracował czterokrotnie po 31 godz. i 35 minut,
- w miesiącu wrześniu 2020 r.: jeden lekarz w sposób ciągły pracował pięciokrotnie i drugi lekarz – dwukrotnie, po 31 godz. i 35 minut.

Odnosząc się do powyższych przypadków łączenia pracy w czasie podstawowym z czasem pełnionych dyżurów, Dyrektor Szpitala podał m.in., że podczas dyżuru medycznego obciążenie pracą lekarza jest znacznie mniejsze, niż w godzinach podstawowych, co pozwala na odpoczynek w pokoju lekarskim z zapleczem socjalnym, w którym zapewnione są odpowiednie warunki do wypoczynku, z jednoczesnym pozostawaniem w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych w razie zaistnienia takiej potrzeby. Zarówno wielkość oddziału jak i ilość procedur wykonywanych w godzinach dyżurowych, pozwala na odpoczynek lekarzowi dyżurnemu na tyle, że zgłasza on gotowość do pracy bezpośrednio po dyżurze. Sytuacja taka ma miejsce tylko w przypadku lekarzy udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach umowy cywilno-prawnej. Stan taki powoduje brak zapewnienia 11 godzinnego odpoczynku dobowego, czy tzw. zejściówki po dyżurze, co jednak nie zagraża życiu i zdrowiu pacjentów. Taki system pracy lekarzy anestezjologów jest powszechnie praktykowany.

Nie stwierdzono przypadku, w którym świadczenia zdrowotne z zakresu intensywnej terapii w godzinach podstawowych, czy podczas dyżuru medycznego, wykonywałby lekarz anestezjolog lub lekarz w trakcie specjalizacji.

(akta kontroli, str. 665-697, 734-760, 778-780, 787-792)

2.1. Stan zatrudnienia pielęgniarek anestezjologicznych w kontekście wymagań określonych w standardach organizacyjnych opieki zdrowotnej w dziedzinie AiIT

W badanych latach, stan pracujących pielęgniarek w OAiIT w wynosił:

- a) w roku 2018 – 27, w tym: 11 po ukończonej specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, 9 po ukończonym kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, 5 w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki oraz 2 pozostałe pielęgniarki,
- b) w roku 2019 - 25, w tym: 11 po ukończonej specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, 8 po ukończonym kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, 4 w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki oraz 2 pozostałe pielęgniarki,
- c) w roku 2020 - 24, w tym: 15 po ukończonej specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, 7 po ukończonym kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, 2 w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki.

Powyższy stan odpowiadał liczbie pielęgniarek zgłoszonych do NFZ (wykazany w załączniku nr 2 „Harmonogram zasoby” do umowy). Dane dotyczące pielęgniarek wykazane w załączniku nr 2 do umowy zawartej pomiędzy Szpitalem a NFZ, były zgodne z danymi zatrudnionych pielęgniarek w OAiIT.

Struktura wiekowa pielęgniarek zatrudnionych w OAiIT, według stanu na 31.12.2020 r. była następująca: do 40 lat – 11 oraz od 41 do 60 lat – 13.

Wszystkie pielęgniarki były zatrudnione na podstawie umów o pracę zawartych ze Szpitalem.

Stan zatrudnienia pielęgniarek anesteziologicznych w OAiIT odpowiadał zaleceniom określonym przepisami części I załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie standardów AiIT, gdzie warunkiem wymaganym był równoważnik co najmniej 2,2 etatu na jedno stanowisko intensywnej terapii, a w przypadku udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezji dodatkowo równoważnik co najmniej 1 etatu. W kontrolowanym okresie, w OAiIT równoważnik etatu pielęgniarki anesteziologicznej na jedno stanowisko anesteziologiczne wynosił od 3,6 etatu do 3,3 etatu.

W OAiIT były przestrzegane bezpieczne normy czasu pracy pielęgniarek anesteziologicznych oraz ich prawa do odpowiedniego odpoczynku. Czas pracy pielęgniarek anesteziologicznych nie przekraczał 12 godzin na dobę.

(akta kontroli, str. 699-728, 750-76, 787-792, 870-884)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości

OCENA CZĄSTKOWA

W latach 2018 i 2019, Szpital zatrudniał pięciu lekarzy specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii, co odpowiadało wymaganiom dla pierwszego poziomu referencyjnego, określonym w części I załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie standardów AiIT. Od października 2020 r., w OAiIT wystąpił niedobór jednego lekarza specjalisty anesteziologa, co – w ocenie Najwyższej Izby Kontroli - wymaga podjęcia przez Szpital pilnych działań celem uzupełnienia liczby lekarzy anesteziologów do stanu zgodnego z założeniami określonymi w rozporządzeniu w sprawie standardów AiIT. Kontrola wykazała, że stan zatrudnienia pielęgniarek anesteziologicznych odpowiadał wymaganiom określonym w części I załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie standardów AiIT. W kontroli stwierdzono przypadki łączenia pracy lekarzy w czasie podstawowym z czasem pełnionych dyżurów, co skutkowało brakiem zapewnienia 11 godzinnego odpoczynku dobowego, czy tzw. „zejściówki” po dyżurze. W Szpitalu były przestrzegane bezpieczne normy czasu pracy pielęgniarek anesteziologicznych oraz ich prawa do odpowiedniego odpoczynku. Dane zawarte w załączniku nr 2 „Harmonogram-zasoby” do umowy zawartej pomiędzy Szpitalem a NFZ, dotyczące personelu zatrudnionego w OAiIT, były zgodne z faktycznym zatrudnieniem.

3. Wymagania dotyczące wyposażenia OAiIT i BO w wyroby medyczne

3.1. Wymagania dotyczące wyposażenia OAiIT, stanowisk znieczulenia i intensywnej terapii oraz stanowisk nadzoru poznieczuleniowego

Ustalono, że w OAiIT, stanowiska intensywnej terapii oraz stanowiska znieczulenia znajdujące się w BO oraz sala nadzoru poznieczuleniowego zostały wyposażone w aparaty i urządzenia medyczne wymagane przepisami „wyposażenie w wyroby medyczne” część I załącznika nr 1 rozporządzenia w sprawie standardów AiIT, za wyjątkiem poniższych braków:

a) w OAiT:

- warunek wymagany: sprzęt do bezpośredniego monitorowania ciśnienia wewnątrzczaszkowego (co najmniej jeden na oddział), stan posiadania - 0,

- warunek wymagany: aparat do pomiaru laboratoryjnych parametrów krytycznych (co najmniej jeden na oddział), stan posiadania – 0,

b) stanowiska intensywnej terapii – warunek wymagany: materac lub inne urządzenie do aktywnej regulacji temperatury pacjenta, stan posiadania – 0 na siedem stanowisk intensywnej terapii,

c) w BO – warunek wymagany: urządzenie do ogrzewania pacjenta, co najmniej 1 na 3 stanowiska znieczulenia, stan posiadania – 0 na cztery stanowiska znieczulenia.

Są to wyroby medyczne, stanowiące normatywne wyposażenie OAiT i BO na pierwszym poziomie referencyjnym. Zgodnie z postanowieniami § 17 cytowanego rozporządzenia postanowiono, że podmioty lecznicze prowadzące szpitale, które w dniu wejścia w życie tegoż rozporządzenia nie spełniają wymagań określonych w załączniku nr 1, dostosują się do tych wymagań do dnia 31 grudnia 2022 r.

Dyrektor Szpitala odnosząc się do powyższych braków wyrobów medycznych, podał m.in. że zaistniała sytuacja wynika z tego, że Szpital postanowił dokonać zakupów tego sprzętu w 2022 r., ze względu na brak środków finansowych. Zgodnie z cytowanym rozporządzeniem, wymagania zostaną spełnione do końca roku 2022. Aparat do pomiaru laboratoryjnych parametrów krytycznych znajduje się w laboratorium i oddział korzysta z wykonywania badań w dogodnym czasie przez całą dobę. Laboratorium jest usytuowane w bliskim sąsiedztwie OAiT, a czas trwania badania nie jest dłuższy, niż wykonanie takiego badania na oddziale, stąd warunek posiadania aparatu do pomiaru laboratoryjnych parametrów krytycznych, uznajemy za zachowany.

Wyposażenie OAiT oraz stanowisk intensywnej terapii spełniało wymagania dotyczące „Anestezjologii i intensywnej terapii/anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci”, określone w załączniku nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22.11.2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego²⁵.

(akta kontroli, str. 761-777, 793-797)

W kontroli ustalono, że stany środków trwałych (w zakresie wyrobów medycznych) w OAiT, w terminach 31.12.2018 r., 31.12.2019 r. i 31.12.2020 r. według kartoteki inwentarzowej – wykazu analitycznego, rzeczowo nie pokrywają się ze stanami w Portalu Potencjału NFZ²⁶ określonymi dla tych samych terminów, co szczegółowo opisano w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości” niniejszego wystąpienia.

(akta kontroli, str.798-822)

W kontroli ustalono dwa przypadki, w których używane wyroby medyczne miały więcej niż 20 lat. W szczególności chodzi o:

- respirator Medical USA, typ Bear, rok produkcji 1998, używany na OAiT oraz

- aparat do znieczulania Datex Ohmeda, typ Aestiva, rok produkcji 2000, używany na stanowisku znieczulenia.

Dyrektor Szpitala odnosząc się do eksploatacji takich wyrobów w kontekście ekonomicznym, ze względu na ograniczoną dostępność części zamiennych oraz wysokich kosztów serwisowych, podał m.in., że respirator Medical USA, typ Bear, rok produkcji 1998, w marcu 2021 r. został przekazany do likwidacji oraz,

²⁵ Dz.U. z 2021 r., poz. 290 ze zm.

²⁶ Portal Potencjału zawiera dane szczegółowe dotyczące sprzętu medycznego i wyposażenia w OAiT, zgłoszonego w omawianym zakresie na etapie opracowywania oferty konkursowej złożonej do NFZ.

że stanowił on sprzęt zapasowy. W badanym okresie w OAiIT było osiem innych respiratorów i nie zaszła konieczność użycia zapasowego respiratora. Z kolei aparat do znieczulania Datex Ohmeda, typ Aestiva został zamieniony na nowy aparat do znieczulania, zakupiony w 2021 r. Koszty serwisu obu tych urządzeń były następujące:

- respirator Medical USA, typ Bear: w roku 2018 – 1.806,12 zł, w roku 2019 – 1.580,00 zł oraz w roku 2020 – 1.621,14 zł,
- aparat do znieczulania Datex Ohmeda, typ Aestiva: w roku 2018 – 3.455,00 zł, w roku 2019 – 2.002,80 zł oraz w roku 2020 – 2.726,00 zł.

(akta kontroli, str. 761-777, 793-797, 823)

W związku z pandemią COVID-19 Szpital w latach 2020 – 2021, nabył następujące wyroby medyczne:

1) rok 2020:

a) zakupy ze środków własnych na kwotę 32.461,68 zł (w tym m.in.: podstawa jezdna do urządzeń medycznych, wózek do butli tlenowych, stojak kroplówek, dozownik tlenu, kozetka-stół rehabilitacyjny, termometry bezdotykowe),

b) zakup ze środków Starostwa Powiatowego w Przeworsku, respiratora za kwotę 50.220,00 zł,

c) zakup ze środków Gmin i Urzędów Miast, USG za kwotę 158.600,00 zł,

d) otrzymane darowizny rzeczowe:

- Wojskowy Magazyn Sprzętu Obrony Cywilnej, termometr w cenie 200,00 zł,

- Ministerstwo Zdrowia, 10 szt. pulsoksymetrów za kwotę 1.458,00 zł,

- Ministerstwo Zdrowia, kardiomonitor za kwotę 21.728,15 zł,

- Ministerstwo Zdrowia, jeden pulsoksymetr za kwotę 3.564,00 zł,

- Caritas, respirator za kwotę 32.367,60 zł,

2) rok 2021:

a) zakupy ze środków własnych na kwotę 1.642,53 zł (w tym m.in.: czujnik temperatury, pulsoksymetr napalcowy, termometry bezdotykowe – szt. 7),

b) zakup ze środków Starostwa Powiatowego w Przeworsku, sprzęt medyczny na kwotę 11.784,00 zł (w tym: kardiomonitor, pulsoksymetr, ssak, stół zabiegowy),

c) w drodze darowizny rzeczowej ze Starostwa Powiatowego w Przeworsku, defibrylator za kwotę 5.400,00 zł.

(akta kontroli, str. 824-827)

3.2. Przeglądy techniczne sprzętu i aparatury medycznej wykorzystywanej na OAiIT i BO

Ustalono, że sprzęt i aparatura medyczna wykorzystywana w OAiIT oraz w BO były poddawane bieżącym przeglądom technicznym, dokonywanym przez autoryzowanych przedstawicieli producenta, z zachowaniem wymaganych terminów. W wyniku analizy 21 „kart prac konserwacyjnych i przeglądów” wyrobów medycznych używanych w OAiIT i w BO, nie stwierdzono przypadków, w których urządzenia te nie miałyby ważnych przeglądów.

(akta kontroli, str. 828-869)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej²⁷, określało m.in.:

- w § 1 pkt. 2 załącznika do tegoż rozporządzenia, że harmonogram stanowiący załącznik do umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawiera informacje (wykaz) dotyczące sprzętu i aparatury medycznej,

- w § 9 ust. 1, że świadczeniodawca udziela świadczeń przez cały okres obowiązywania umowy, zgodnie z określonym w umowie harmonogramem oraz planem rzeczowo-finansowym, oraz

- w § 36 ust. 1 pkt. 7, że dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu może rozwiązać umowę w części albo w całości, bez zachowania okresu wypowiedzenia w przypadku przedstawienia przez świadczeniodawcę nieprawdziwych lub niezgodnych ze stanem faktycznym danych lub informacji, mających wpływ na zawarcie umowy w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy.

W kontroli ustalono, że stany środków trwałych (w zakresie wyrobów medycznych) w OAiT w terminach 31.12.2018 r., 31.12.2019 r. i 31.12.2020 r., rzeczowo nie pokrywają się ze stanami w Portalu Potencjału określonymi dla tych samych terminów. W szczególności w wyniku analizy porównawczej tych dwóch źródłowych dokumentów, stwierdzono niezgodności cech tożsamościowych wykazanego sprzętu medycznego, różniących się: rokiem produkcji, marką (producentem), typem (modelem), a także datami dostępności tego sprzętu w OAiT.

Cechą charakterystyczną jest, że w dużej części wyroby medyczne wykazane (deklarowane jako dostępne) w Portalu Potencjału, nie figurują w księgowej ewidencji środków trwałych, a wyroby medyczne zapisane w ewidencji księgowej, nie występują w Portalu Potencjału (np. w roku 2018):

- w Portalu Potencjału jest 6 szt. kardiomonitorów, Emtel Zabrze z roku 2008, w ewidencji księgowej – zero kardiomonitorów z roku 2008, za to 5 kardiomonitorów, Meditec Białystok z roku 2005 (których nie ma w Portalu Potencjału),

- w Portalu Potencjału jest 6 pomp infuzyjnych, z roku 2008 Tehand Lublin, w ewidencji księgowej – zero pomp infuzyjnych z roku 2008, za to 10 pomp infuzyjnych, z roku 2018 Medica Vera Szczecin (których nie ma w Portalu Potencjału).

Odpowiedni stan rzeczy odnosi się do innych wyrobów medycznych w roku 2018, oraz do wyrobów medycznych w latach 2019 i 2020, co wskazuje na brak aktualizacji dokumentu pn. załącznik 2 „harmonogram zasoby” do umów z NFZ.

Dyrektor Szpitala odnosząc się do powyższych nieprawidłowości wyjaśnił m.in., że w wyniku nieprawidłowego procesu komunikacji w obrębie zakładu, do pracownika Działu Analiz Ekonomicznych i Ubezpieczeń Zdrowotnych, odpowiedzialnego za prowadzenie Portalu Świadczeniodawcy, nie dotarły dokumenty potwierdzające wprowadzenie zmian w stanie faktycznym wyposażenia sprzętowego w OAiT. Dotyczy to zarówno wprowadzenie nowego sprzętu i wyposażenia, jak również kasacji w omawianym zakresie. Z tego względu powstały rozbieżności w porównaniu ewidencji pochodzącej z różnych danych źródłowych, które wymagają pilnej korekty i aktualizacji w celu odzwierciedlenia stanu prawnego zgodnego ze stanem rzeczywistym. W zakresie OAiT w analizowanym okresie nie były przesyłane do NFZ wnioski zmieniające wykaz potencjału sprzętowego w ramach Portalu Potencjału NFZ.

(akta kontroli, str.798-822)

²⁷ Dz.U. z 2020 r., poz. 320 ze zm.

OCENA CZĄSTKOWA

W toku kontroli stwierdzono, że OAiIT, stanowiska intensywnej terapii, stanowiska do znieczulania oraz sala nadzoru poznieczuleniowego zostały wyposażone w wyroby medyczne określone w części I załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie standardów AiIT, za wyjątkiem sprzętu do bezpośredniego monitorowania ciśnienia wewnątrzczaszkowego, aparatu do pomiaru laboratoryjnych parametrów krytycznych, materaca lub innego urządzenia do aktywnej regulacji temperatury pacjenta oraz urządzenia do ogrzewania pacjenta. Sprzęt i aparatura medyczna stanowiąca wyposażenie OAiIT, znajdujących się tam stanowisk oraz sali nadzoru poznieczuleniowego były poddawane okresowym przeglądom technicznym. Kontrola wykazała, że Szpital nie aktualizował dokumentu pn. załącznik 2 „harmonogram zasoby” - do umów z NFZ - w zakresie potencjału sprzętowego jakim dysponował na OAiIT, skutkiem czego Portal Potencjału zawierał nierzetelne informacje.

IV. Wnioski

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

1. Zapewnienie standardu organizacyjnego postępowania przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezji, polegającego na tym, że lekarz wykonujący znieczulenie może w tym samym czasie znieczulać tylko jednego pacjenta.
2. Zapewnienie standardu organizacyjnego postępowania przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezji, zgodnie z którym w bezpośrednim okresie pooperacyjnym pacjenta umieszcza się w sali nadzoru poznieczuleniowego.
3. Zapewnienie standardu organizacyjnego postępowania przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu intensywnej terapii, zgodnie z którym udzielanie świadczeń zdrowotnych wymagające stałej obecności lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii w oddziale, nie jest łączone z wykonywaniem świadczeń z zakresu anestezji w innym miejscu.
4. Podjęcie działań mających na celu zaktualizowanie treści załącznika 2 „harmonogram-zasoby” do umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie informacji dotyczącej sprzętu i aparatury medycznej.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

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

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK, należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykonania 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, 30 września 2021 r.

Kontroler
Wilhelm Dmytrów
Główny specjalista kontroli
państwowej

/-/

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Rzeszowie
Dyrektor
Wiesław Motyka

/-/