



## NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Rzeszowie

LRZ.410.011.04.2021

**Krzysztof Stolarski**  
**Dyrektor**  
**Wojewódzkiego Szpitala**  
**im. Zofii z Zamoyskich Tarnowskiej**  
**w Tarnobrzegu**  
**ul. Szpitalna 1**  
**39-400 Tarnobrzeg**

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

## I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Wojewódzkiego Szpitala im. Zofii z Zamoyskich Tarnowskiej w Tarnobrzegu (dalej: Szpital).
Kierownik jednostki kontrolowanej	Krzysztof Stolarski – od dnia 30 czerwca 2021 r. wyznaczony do pełnienia obowiązków dyrektora Szpitala. Poprzednio, Wiktor Stasiak – dyrektor Szpitala od dnia 16 kwietnia 2014 r. do dnia 16 kwietnia 2020 r. i od dnia 17 kwietnia 2020 r. pełniący obowiązki dyrektora Szpitala (dalej: Dyrektor).
Zakres przedmiotowy kontroli	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Warunki udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii.</li><li>2. Warunki dotyczące czasu pracy i kwalifikacji lekarzy oraz pielęgniarek zatrudnionych w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii (dalej: OAiT lub Oddział).</li><li>3. Warunki dotyczące wyposażenia OAiT i Bloku Operacyjnego (dalej: BO) w wyroby medyczne.</li></ol>
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 Najwyższej Izbie Kontroli <sup>1</sup> .
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Rzeszowie
Kontroler	Kazimierz Ramocki, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LRZ/60/2021 z dnia 12 maja 2021 r.

(akta kontroli str.1-5)

---

<sup>1</sup> Dz. U. z 2020 r., poz. 1200 ze zm.

## II. Ocena ogólna<sup>2</sup> kontrolowanej działalności

### OCENA OGÓLNA

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie warunki udzielania świadczeń zdrowotnych przez Szpital w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii. Szpital zorganizował OAiIT na zasadach podanych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii<sup>3</sup> (dalej: rozporządzenie w sprawie standardów w dziedzinie AiIT).

Pacjentom Oddziału zapewniono opiekę poprzez stałą obecność lekarzy specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii oraz lekarzy w trakcie specjalizacji. W Oddziale zapewniono również odpowiednią opiekę pielęgniarek anestezjologicznych zarówno w podstawowej ordynacji, jak i w trakcie trwania dyżurów medycznych. Świadczenia w zakresie intensywnej terapii oraz anestezji wykonywane były według zasad określonych w rozporządzeniu w sprawie standardów w dziedzinie AiIT.

Pozytywnej oceny w podanym powyżej zakresie nie obniżają stwierdzone nieprawidłowości dotyczące niespełniania przez Szpital wymogu 2% udziału łóżek w OAiIT w ogólnej liczbie łóżek szpitalnych oraz niepodawania w dokumentacji medycznej pacjentów, danych identyfikacyjnych pielęgniarek anestezjologicznych uczestniczących w procesie wybudzenia pacjentów. Nieprawidłowości te nie miały istotnego wpływu na funkcjonowanie OAiIT i BO.

Stan zatrudnienia lekarzy w OAiIT w tym specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii odpowiadał wymogom określonym w rozporządzeniu w sprawie standardów w dziedzinie AiIT. Podstawową formą zatrudnienia lekarzy przy świadczeniach w ramach ordynacji podstawowej były umowy o pracę. Świadczenia w ramach dyżurów lekarze wykonywali wyłącznie na podstawie umów cywilnych.

Stan zatrudnienia pielęgniarek w Oddziale odpowiadał wymogom określonym w rozporządzeniu w sprawie standardów w dziedzinie AiIT.

Szpital nierzetelnie sporządzał wykazy pielęgniarek zatrudnionych w OAiIT, które stanowiły załączniki do umów zawieranych z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ), w zakresie stanu ich zatrudnienia i posiadanych kwalifikacji.

W kontroli stwierdzono przypadki ciągłego wydłużonego czasu wykonywania pracy przez lekarzy specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii zatrudnionych w OAiIT. Lekarze anestezjolodzy pracowali w sposób ciągły nawet 152 godzin, co mogło stwarzać zagrożenie należytego wykonywania świadczeń zdrowotnych, a nawet zagrożenie dla bezpieczeństwa pacjentów przebywających w OAiIT oraz zdrowia samych lekarzy.

NIK ocenia pozytywnie działania Szpitala w zakresie działań dostosowujących stan sprzętu i urządzeń medycznych w OAiIT do wymagań podanych w rozporządzeniu w sprawie standardów w dziedzinie AiIT.

Sprzęt medyczny w dyspozycji Oddziału poddawany był okresowym przeglądom, przez uprawnione lub upoważnione podmioty.

<sup>2</sup> Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną, jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej. W tym przypadku zastosowano formę opisową.

<sup>3</sup> Dz. U. z 2020 r. poz. 940, ze zm.

### III. Opis ustalonego stanu faktycznego

OBSZAR

#### 1. Warunki udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu anesteziologii i intensywnej terapii.

##### 1.1 Organizacji OAiT oraz BO względem wymogów prawa i uregulowań wewnętrznych.

Opis stanu faktycznego

Szpital był wpisany do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Podkarpackiego (RPWDL lub Rejestr) od dnia 31 grudnia 1992 r.<sup>4</sup> Według Rejestru, Szpital rozpoczął działalność leczniczą od dnia 29 października 1998 r.<sup>5</sup>

Analiza Księgi rejestrowej wykazała, że w Dziale III – Komórki Organizacyjne Zakładu Leczniczego wpisano m. in:

- OAiT, który rozpoczął działalność – leczenie stacjonarne – z dniem 1 stycznia 1975 r.
- BO, który rozpoczął działalność – z dniem 17 listopada 2001 r.

(akta kontroli str. 6 - 11)

Szpital zgodnie ze Statutem<sup>6</sup> realizował zadania samorządu województwa podkarpackiego w zakresie promocji i ochrony zdrowia. W skład Szpitala wchodziły dwa Zakłady lecznicze:

- Wojewódzki Szpital w Tarnobrzegu (dalej Zakład lub Szpital),
- Wojewódzkie Ambulatorium w Tarnobrzegu.

Według załącznika do Statutu, w skład Wojewódzkiego Szpitala w Tarnobrzegu wchodziło 26 komórek organizacyjnych w tym OAiT i BO.

Szczegółową strukturę organizacyjną Zakładu – rodzaj działalności leczniczej, zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych, organizację, sposób kierowania komórkami organizacyjnymi określał Regulamin Organizacyjny ustalany przez Dyrektora Szpitala.

Regulamin Organizacyjny Szpitala<sup>7</sup> zawierał m. in, załączniki:

- Regulamin Szczegółowy OAiT,
- Regulamin BO.

W Regulaminie OAiT podano m.in. że:

- kierownik Oddziału kieruje Oddziałem, w tym organizuje plan pracy dla lekarzy,
- średni i niższy personel medyczny podlega Pielęgniarce Koordynującej i Nadzorującej (...), która m.in. organizuje plan pracy dla średniego i niższego personelu.

W Regulaminie OAiT podano również:

- szczegółowy rozkład dnia pracy w Oddziale (godzinowo),
- strukturę stanowisk pracy w Oddziale (kierownik Oddziału, zastępca kierownika, lekarze asystenci, pielęgniarka koordynująca i nadzorująca pracę pielęgniarek, pielęgniarki, sekretarka medyczna).

W Regulaminie BO podano m in:

- w BO wykonywane są operacje wymagające interwencji w zakresie chirurgii dorosłych i chirurgii dzieci, ginekologii i położnictwa, ortopedii, otorynolaryngologii,
- BO obejmuje cztery sale operacyjne, salę wybudzeń (zwaną również salą nadzoru poznieczuleniowego) oraz pomieszczenia pomocnicze,

<sup>4</sup> Księga rejestrowa – 000000010157.

<sup>5</sup> Pod tą nazwą i w ramach nadal funkcjonujących uwarunkowań organizacyjno-prawnych.

<sup>6</sup> Ostatnia, aktualna wersja statutu z listopada 2020 r., poprzednia ze stycznia 2018 r.

<sup>7</sup> Wersja z dnia 28 kwietnia 2021 r. Poprzednie: z dnia 7 lutego 2018 r., z dnia 26 września 2018 r. i z dnia 2 grudnia 2019 r., w zakresie zapisów dotyczących OAiT i BO nie różniły się od wersji aktualnie obowiązującej.

- w skład zespołu operacyjnego wchodzi:
- zespół lekarzy operujących,
- zespół anestezyjologiczny – lekarz i pielęgniarka OAiT,
- zespół instrumentariuszek.

(akta kontroli str. 12 - 51)

OAiT był zakwalifikowany do pierwszego poziomu referencyjnego.

(akta kontroli str. 52 - 54)

W 2018 r. i w 2019 r. w Księdze rejestrowej Szpitala, w dziale III – Komórki Organizacyjne Zakładu Leczniczego i Ich Profile, w pozycji nr 6 OAiT, wykazano siedem łóżek intensywnej terapii.

W 2020 r. – według stanu w dniu 20 listopada – liczba łóżek wynosiła 11. Przed przywołaną datą oraz od końca maja 2021 r. liczba łóżek w OAiT, w tym łóżek przeznaczonych do intensywnej opieki medycznej wynosiła siedem.

Wojewoda Podkarpacki decyzją z dnia 12 listopada 2020 r polecił Szpitalowi zapewnić/utworzyć 10 łóżek w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19. Z tej liczby cztery w OAiT były łózkami intensywnej terapii, z kardiomonitorem oraz możliwością prowadzenia tlenoterapii i wentylacji mechanicznej.

W 2021 r.- według stanu<sup>8</sup> w dniu 17 maja – liczba łóżek OAiT wynosiła – 11. W trakcie oględzin w dniu 10 czerwca 2021 r. stwierdzono, że w OAiT było siedem łóżek. Pododdział przeznaczony dla pacjentów „covidowych” został zlikwidowany.

Dyrektor Szpitala corocznie<sup>9</sup> zarządzeniami ustalał ilość łóżek w Szpitalu. Liczba łóżek OAiT podana w księdze rejestrowej, była zgodna z liczbą łóżek podawaną w tych zarządzeniach.

W latach 2018 – 2020 (do dnia 20 listopada) w Szpitalu było 370 łóżek, w tym siedem łóżek w OAiT, co stanowiło 1,9% wszystkich łóżek szpitalnych.

Od dnia 20 listopada 2020 r. do końca roku 2020, w Szpitalu było 380 łóżek, w tym 11 łóżek w OAiT, tj. 2,89% wszystkich łóżek. W trakcie trwania niniejszej kontroli (do końca maja 2021 r.) w Szpitalu, w tym w OAiT zlikwidowano dodatkowe „łóżka covidowe”.

Zgodnie z § 4 ust. 3 *rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT* - liczba łóżek na Oddziale powinna stanowić, co najmniej 2% ogólnej liczby łóżek w Szpitalu.

Dyrektor Szpitala podał w wyjaśnieniach, że aktualnie – w trakcie niniejszej kontroli – liczba łóżek w Szpitalu wynosiła 327, zatem wymagana proporcja została zachowana (2,1%).

(akta kontroli: str. 6–11, 55 –71)

Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o *działalności leczniczej*<sup>10</sup>, poprzez przepis art. 17 ust. 1 pkt 4 lit. a oraz art. 25 ust. 1 i 2 zobowiązywała Szpital do zawierania umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, obejmującej szkody powstałe w wyniku udzielania świadczeń zdrowotnych lub niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych.

Szpital w latach 2018 – 2020 corocznie zawierał umowy z tym samym ubezpieczycielem<sup>11</sup>.

Rok 2018 - okres ubezpieczenia: od dnia 1 stycznia 2018 r. do dnia 31 grudnia 2018 r.:

---

<sup>8</sup> RPWDL.

<sup>9</sup> Oraz w miarę potrzeby, w tym przypadku pandemia COVID-19.

<sup>10</sup> Dz.U. z 2021 r. poz. 711 ze zm.

<sup>11</sup> Ubezpieczenia dokonywano na warunkach zawartych w ofertach przetargowych.

- zakres ubezpieczenia – *obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą*. Suma gwarancyjna: w odniesieniu do jednego zdarzenia – 100 tys. euro, wszystkich zdarzeń – 500 tys. euro,
- podstawowy zakres ubezpieczenia – *odpowiedzialność cywilna podmiotu leczniczego – Szpitala*. Suma gwarancyjna (limit): na jeden wypadek ubezpieczeniowy – 1 mln zł, na wszystkie wypadki ubezpieczeniowe – 1 mln zł. W związku z naruszeniem praw pacjenta – na jeden i wszystkie wypadki w okresie ubezpieczenia – limit 30 tys. zł.
- składka łączna – 494,8 tys. zł.

Umowy (polisy) zawierane na lata 2019 i 2020 zawierały identyczne zapisy, co do zakresu ubezpieczenia, sum gwarancyjnych i wysokości składki.

(akta kontroli str. 72–79)

Zgodnie z Regulaminem Szpitala, Oddziałem kierował Kierownik Oddziału (dalej: Kierownik)<sup>12</sup>.

Od 1984 r., do czasu zakończenia niniejszej kontroli<sup>13</sup> lekarz kierujący Oddziałem pracował bez przerw w Szpitalu, na stanowiskach związanych z funkcjonowaniem OAiT. W dniu 16 kwietnia 1991 r. uzyskał specjalizację drugiego stopnia i tytuł specjalisty w zakresie anestezyjologii i intensywnej terapii. W dniu 29 października 2015 r. został powołany na stanowisko Kierownika OAiT.

Od dnia 25 czerwca 2018 r. ww. lekarz pracował, również jako Zastępca Dyrektora Szpitala ds. Lecznictwa (5/8 etatu) i Kierownik OAiT (3/8 etatu) – na podstawie umowy o pracę obowiązującej do dnia 31 października 2021 r.

W trakcie trwania niniejszej kontroli Kierownik OAiT został wyznaczony do pełnienia obowiązków dyrektora Szpitala.

Zgodnie z Regulaminem średni i niższy personel medyczny podlegał Pielęgniarsce Koordynującej i Nadzorującej<sup>14</sup> (...), która m.in. organizowała plan pracy dla średniego i niższego personelu.

Pielęgniarka Koordynująca i Nadzorująca w OAiT, spełniała warunki określone w § 4 ust. 11 *rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT*.

W dniu 8 lipca 2013 r. uzyskała dyplom magistra pielęgniarstwa. Od 2011 r. pracowała na stanowisku pielęgniarki anestezyjologicznej w Centralnym Szpitalu Klinicznym w Warszawie, II Klinika Anestezyjologii i Intensywnej Terapii. W trakcie tej pracy ukończyła kurs kwalifikacyjny w zakresie anestezyjologii i intensywnej terapii.

O dnia 19 grudnia 2014 r. była zatrudniona w OAiT, jako młodszy asystent - na podstawie umowy o pracę na czas nieokreślony. W dniu 6 listopada 2019 r. ukończyła specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki.

Od dnia 28 marca 2017 r. – zostały jej powierzone obowiązki na stanowisku pielęgniarki koordynującej i nadzorującej pracę innych pielęgniarek w OAiT, a od dnia 16 kwietnia 2021 r. zawarto z nią umowę o pracę na tym stanowisku na czas nieokreślony.

(akta kontroli str. 3-5, 80-81)

<sup>12</sup> Zgodnie z art. 49 ust. 7 ustawy o działalności leczniczej konkursu nie przeprowadza się w przypadku gdy zgodnie z regulaminem organizacyjnym oddziałem kieruje lekarz niebędący ordynatorem.

<sup>13</sup> 23 lipca 2021 r.

<sup>14</sup> W OAiT nie było stanowiska pielęgniarki oddziałowej.

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

W Szpitalu obowiązywały pisemne procedury regulujące funkcjonowanie OAiIT, w tym m. in:

- Przyjęcie pacjenta do OAiIT z Izby Przyjęć lub z innego oddziału,
- Postępowanie w razie śmierci pacjenta hospitalizowanego w Szpitalu,
- Procedura przepływu informacji w OAiIT,
- Zadania pielęgniarki w opiece nad pacjentem nieprzytomnym w OAiIT,
- Zadania pielęgniarki anestezjologicznej w opiece nad pacjentem znieczulonym w OAiIT,
- Zasady postępowania z aparatem do znieczulania – bieżąca dezynfekcja i sterylizacja (obowiązuje personel anestezjologiczny),
- Kontrola sprawności sprzętu ratującego życie w OAiIT,
- Procedura przygotowania pacjenta do zabiegu aseptycznego w OAiIT,
- Procedura oceny ryzyka związanego z zabiegiem operacyjnym (w tym i w OAiIT),
- Okołooperacyjna Karta Kontrolna (w tym i w OAiIT),
- Procedura oceny ryzyka związanego z znieczuleniem,
- Procedura postępowania w resuscytacji krążeniowo – oddechowej – procedura opracowana przez OAiIT dla potrzeb pozostałych oddziałów Szpitala,
- Procedura dotycząca sali wybudzeń (plus załącznik - Karta znieczuleń),
- Procedura przyjęcia i odbioru pacjenta w służbie bloku operacyjnego,
- Procedura dotycząca sali wybudzeń,
- Karta punktacji pacjenta w skali TISS 28 – dla OAiIT.

Wymienione powyżej procedury były podpisane/akceptowane przez Dyrektora Szpitala i Kierownika OAiIT.

Pielęgniarka koordynująca pracę OAiIT wyjaśniła, że procedury te spełniały wymagania, co do standardów organizacyjnych wymaganych w OAiIT zgodnie z § 9 pkt 1 i § 11 *rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT*.

Jednocześnie podała, że sposób komunikacji alarmowej, o którym mowa w § 9 pkt 2, został określony w procedurze o postępowaniach w sytuacjach szczególnych. Procedura zatwierdzona w dniu 5 marca 2020 r.<sup>15</sup> przez zastępcę Dyrektora (jednocześnie kierownika OAiIT) regulowała sposób postępowania w przypadkach:

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

(akta kontroli str. 83–196, 601-611)

Analiza dokumentacji medycznej 90 pacjentów<sup>16</sup> wykazała, że:

- każdorazowo w procesie leczniczym związanym z zabiegami operacyjnymi, tj. znieczuleniem, operacją, wybudzeniem pacjenta, ze strony OAiIT uczestniczył dwuosobowy zespół anestezjologiczny. Te same osoby - lekarz anestezjolog i pielęgniarka anestezjologiczna, uczestniczyły od początku do końca w ww. trzech etapach leczenia,

<sup>15</sup> Poprzednia w tej sprawie z dnia 15 stycznia 2016 r.

<sup>16</sup> Analizowano łącznie 90 dokumentacji medycznych pacjentów: znieczulanych przed zabiegiem operacyjnym, operowanych i wybudzanych po zabiegu. Dokumentacja dotyczyła operacji wykonywanych w każdej z czterech sal operacyjnych.

- w godzinach podstawowej ordynacji, znieczuleń dokonywali lekarze specjaliści lub lekarze rezydenci pod nadzorem lekarza specjalisty. W sześciu przypadkach (w badanej próbie), gdy operacje były wykonywane podczas dyżurów, stwierdzono jeden przypadek znieczulenia wykonanego przez lekarza rezydenta. Znieczulenie przeprowadzono zgodnie z regulacją § 8 ust. 3 *rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT*, tj. lekarz w trakcie specjalizacji odbył co najmniej dwuletnie szkolenie w ramach specjalizacji oraz posiadał pisemne upoważnienie kierującego OAiIT do wykonywania tych czynności. Pozostałe znieczulenia w trakcie dyżurów wykonywali lekarze specjaliści,

- w 2018 r. w 30 analizowanych zabiegach/operacjach, z lekarzem wykonującym znieczulenie współpracowało łącznie dziewięć pielęgniarek anestezyjologicznych, w tym osiem ze specjalizacją lub ukończonym kursem kwalifikacyjnym, jedna osoba była w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej terapii,

- w 2019 r. odpowiednio, w 30 operacjach współpracowało 11 pielęgniarek anestezyjologicznych w tym dwie w trakcie specjalizacji,

- w 2020 r. odpowiednio, w 30 operacjach współpracowało 10 pielęgniarek anestezyjologicznych, w tym trzy w trakcie specjalizacji,

- nie wystąpiły przypadki udziału tych samych zespołów anestezyjologicznych w jednoczesnym znieczuleniu, operacji, czy wybudzeniu - więcej niż jednego pacjenta.

Konfrontując ww. dokumentację medyczną, z harmonogramami czasu pracy lekarzy anestezyjologów, nie stwierdzono przypadków odejścia lekarzy z Oddziału, w celu wykonania czynności w innych oddziałach Szpitala.

(akta kontroli str. 197 – 202, 241 – 246)

W zespole pomieszczeń składającym się na OAiIT i BO, funkcjonowała sala wybudzeń obejmująca pięć stanowisk wybudzeniowych. Wyposażenie sali, transport pacjentów, czynności i odpowiedzialności związane z przebywaniem pacjentów w sali wybudzeń regulowała przywołana wcześniej procedura dotycząca sali wybudzeń.

Stwierdzono, że w każdym (z 90 analizowanych przypadków), pacjenci po operacji, a przed przekazaniem na właściwy oddział szpitalny, przebywali w sali wybudzeń, pod opieką zespołów anestezyjologicznych. Pobyt w sali wybudzeń trwał ok. 15 min.

(akta kontroli str. 203-211)

Stwierdzono w oględzinach, że pielęgniarki z OAiIT przebywały w salach z chorymi, na stanowiskach nadzoru pielęgniarstwa. Usytuowanie tych stanowisk zapewniało możliwość obserwacji zachowania, oraz twarzy pacjentów, w bezpośrednim kontakcie. Widoczność pacjentów nie była ograniczona żadnymi przeszkodami.

W przypadkach konieczności podejmowania działań w stanach zagrożenia życia, pacjenci i interweniujący personel medyczny byli oddzieleni od reszty pacjentów poprzez system parawanów.

(akta kontroli str. 67-68)

Czynności, jakie personel OAiIT powinien wykonać po opuszczeniu łóżka przez pacjenta i w trakcie przyjmowania kolejnego pacjenta na to miejsce, były uregulowane w ogólnych procedurach szpitalnych, m.in:

- postępowania z łóżkiem szpitalnym i jego wyposażeniem po wypisie pacjenta ze szpitala oraz po zgonie pacjenta,

- postępowania z bielizną szpitalną,

- planie dezynfekcji.

(akta kontroli str. 83-196)



Nie stwierdzono corocznych ocen jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych w OAiIT sporządzonych na piśmie, w tym zgodności postępowania z procedurami podanymi w § 9 pkt 1 *rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT*. Obowiązek sporządzania takich ocen – raz do roku – spoczywał na Kierowniku Oddziału.

Kierownik Oddziału udzielił w tej sprawie wyjaśnień podając, że oceny zgodności funkcjonowania OAiIT z obowiązującymi przepisami dokonuje na bieżąco.

(akta kontroli str. 69-71)

NIK zauważa, że, co prawda w § 14 *rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT*, nie sprecyzowano, że ocena ta powinna być sporządzona pisemnie (utrwalona na piśmie), jednak ze względów dowodowych uzasadnione jest, że ocena powinna mieć formę pisemną z uwagi na to, że płynące z niej ewentualne wnioski w sposób udokumentowany i usystematyzowany można by przełożyć na doskonalenie jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych.

### **1.3 Lokalizacja pomieszczeń OAiIT, w tym wymagania przestrzenne pokoi łóżkowych w OAiIT oraz sali nadzoru poznieczuleniowego.**

Pomieszczenia OAiIT oraz BO znajdowały się na II piętrze pawilonu E Szpitala, tj. budynku z jedną kondygnacją podziemną i trzema kondygnacjami naziemnymi. Na drugim piętrze znajdowały się wyłącznie pomieszczenia OAiIT i BO zajmujące łącznie powierzchnię 1.540,6 m<sup>2</sup>, w tym pomieszczenia związane z działalnością medyczną (sale operacyjne, sale chorych, pokoje personelu medycznego, magazyny sprzętu itp.) zajmowały powierzchnię – 1.030,8 m<sup>2</sup> (66,9%)<sup>17</sup>.

Drugą, co do wielkości powierzchni w OAiIT i BO była sala nadzoru poznieczuleniowego, zajmująca powierzchnię 80,4 m<sup>2</sup>, dysponująca pięcioma stanowiskami wybudzeniowymi.

Sala nadzoru poznieczuleniowego, została zlokalizowana w bezpośrednim sąsiedztwie czterech sal operacyjnych, wchodzących w skład Bloku Operacyjnego. Pacjenci bezpośrednio po operacjach byli umieszczani w tym pomieszczeniu. Sala wybudzeniowa była połączona służą z korytarzem OAiIT.

(akta kontroli str. 203 - 211)

Kompleks budynków Szpitala składał się łącznie z pięciu pawilonów, w których prowadzono działalność medyczną, w tym czterech pawilonów łóżkowych.

Komunikacja pomiędzy OAiIT i BO a pozostałymi oddziałami łóżkowymi była realizowana poprzez ciągi komunikacyjne poziome (korytarze – połączenia pomiędzy wszystkimi pawilonami) i pionowe (windy/dźwigi szpitalne<sup>18</sup> i towarowo-osobowe).

Szpitalny Oddział Ratunkowy (SOR) znajdował się na parterze, w tym samym pawilonie E, w którym zlokalizowane były OAiIT oraz BO. Komunikacja pomiędzy SOR a OAiIT odbywała się głównie przy pomocy windy szpitalnej. Transport pacjentów z oddziałów łóżkowych Szpitala do OAiIT odbywał się ciągami komunikacyjnymi poziomymi i pionowymi (windy szpitalne) bez konieczności opuszczania obiektów szpitalnych.

(akta kontroli str. 212-216)

W OAiIT znajdowało się cztery sale przeznaczone dla pacjentów, w tym trzy sale jednołóżkowe<sup>19</sup> i jedna sala czterołóżkowa. Wszystkie sale były położone obok

<sup>17</sup> Pozostałą powierzchnię stanowiły korytarze, śluzy, przedsionki.

<sup>18</sup> Windy szpitalne przeznaczone wyłącznie do przewożenia pacjentów – z możliwością wjazdu łóżek szpitalnych.

<sup>19</sup> W jednej z sal jednołóżkowych istniała możliwość (miejsce/powierzchnia) umieszczenia drugiego łóżka.

siebie (sąsiadowały poprzez ściany), w jednym ciągu komunikacyjnym. Nie było sal przechodnich. Pierwsza z sal jednołóżkowych w ciągu komunikacyjnym, spełniała wszystkie funkcje izolatki, wymaganej przez § 4 ust. 5 *rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AilT*.

Powierzchnia sal łóżkowych wynosiła:

- jednołóżkowe: 26,35 m<sup>2</sup>, 21,86 m<sup>2</sup>, 42,23 m<sup>2</sup>,
- czterołóżkowa – 81,62 m<sup>2</sup>.

W sali czterołóżkowej funkcjonował stały system umożliwiający – w miarę potrzeb - oddzielanie poszczególnych łóżek zasłonami/kotarami. Po drugiej stronie korytarza (w stosunku do sal łóżkowych), znajdował się magazyn sprzętu medycznego i materiałów medycznych.

Zgodnie z rozporządzeniem w sprawie standardów w dziedzinie AilT<sup>20</sup>, w pokojach jednołóżkowych wymagana powierzchnia dla stanowiska powinna wynosić, co najmniej 18 m<sup>2</sup>. Dla pokoi wielostanowiskowych, powierzchnia przeznaczona na jedno stanowisko (łóżko pacjenta) nie powinna być mniejsza niż 16 m<sup>2</sup>. Wszystkie sale łóżkowe OAilT i sala nadzoru poznieczuleniowego<sup>21</sup>, spełniały przywołane powyżej normy<sup>22</sup>.

Pomieszczenia OAilT były wyposażone w system wentylacji nawiewno-wywiewnej, utrzymujący wymianę powietrza w pomieszczeniach. W latach 2018 – 2020 przeglądu i konserwacji klimatyzatorów i agregatu wody lodowej, corocznie wykonywał podmiot zewnętrzny, na podstawie umów serwisowych. Bieżącą konserwację wykonywali pracownicy Działu Technicznego Szpitala.

(akta kontroli str. 67–68, 203–216)

Rozporządzenie w sprawie standardów w dziedzinie AilT, poprzez § 13, wymagało umożliwienia na terenie Szpitala przeprowadzania całodobowych niezbędnych badań radiologicznych i laboratoryjnych.

Zgodnie z Regulaminem Organizacyjnym oraz wpisem do RPWDL w Szpitalu funkcjonował Zakład Diagnostyki Obrazowej. W ramach Zakładu funkcjonowało siedem pracowni, w tym:

- Pracownia Radiologii Ogólnej,
- Pracownia Tomografii Komputerowej,
- Pracownia Rezonansu Magnetycznego.

Ze Szczegółowego Regulaminu Zakład Diagnostyki Obrazowej wynikało, że pracownie Radiologii Ogólnej i Tomografii Komputerowej były czynne całodobowo natomiast Pracownia Rezonansu Magnetycznego wykonywała badania od 7,15 do 19,00.

Lekarz radiolog pełnił dyżury w dni powszednie od godz. 15,00 do 7,00 dnia następnego, w soboty, niedzielę oraz święta od godz. 7,00 do 7,00 dnia następnego.

Dyżurny technik radiolog pełnił dyżury w dni powszednie od godz. 19,00 do 7,00 dnia następnego, w soboty, niedzielę oraz święta od godz. 7,00 do 19,00 i od godz. 19,00 do 7,00 dnia następnego.

Na podstawie zestawienia godzin pracy techników radiologów za trzy miesiące (marca 2018 r., czerwca 2019 r. i września 2020 r.) stwierdzono, że w ww. pracowniach we wszystkie soboty, niedziele i święta pracowały dwie osoby obsługujące sprzęt i aparaturę medyczną – w godzinach określonych w powyższym Regulaminie Organizacyjnym Zakładu Diagnostyki Obrazowej.

(akta kontroli str. 21–51, 217-224)

<sup>20</sup> Część I załącznika nr 1 do tego rozporządzenia.

<sup>21</sup> Sala wybudzeniowa wchodziła w skład BO.

<sup>22</sup> Sala czterołóżkowa: 81,62/4 = 20,4 m<sup>2</sup>, sala wybudzeniowa: 80,4/5 = 16,1 m<sup>2</sup>.

Całodobowy dostęp do badań laboratoryjnych i mikrobiologicznych zapewniono zawierając w dniu 19 czerwca 2018 r. umowę z podmiotem zewnętrznym na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie diagnostyki laboratoryjnej i mikrobiologicznej.

Szpital udzielił zamówienia na ww. realizację po przeprowadzeniu publicznego konkursu ofert. Przedmiotem zamówienia było m.in. *całodobowe udzielanie świadczeń zdrowotnych (...) na rzecz pacjentów hospitalizowanych i leczonych ambulatoryjnie w Szpitalu (...)*. Umowę zawarto na okres pięciu lat.

Badania laboratoryjne prowadzono na miejscu, w pomieszczeniach udostępnionych przez Szpital.

Zgodnie z warunkami umowy strony zobowiązały się do wspólnego ustalenia harmonogramu i procedury odbierania i transportu materiału do badań.

Dyrektor zarządzeniem z dnia 11 września 2018 r. wprowadził ww. harmonogram, według którego:

- *Laboratorium przyjmuje całodobowo materiał do badań,*
- *badania „citowe” wykonywane są całodobowo.*

(akta kontroli str. 225-238)

Ustalono, że pomieszczenia OAiIT spełniały wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie *szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą*<sup>23</sup>, a w szczególności:

- pokoje chorych nie znajdowały się poniżej poziomu terenu urządzonego przy budynku,
- zespoły pomieszczeń stanowiące OAiIT nie był ciągami przechodnimi, a wejścia na oddział ograniczone były tylko dla upoważnionych osób (drzwi z kontrolą dostępu),
- 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 łózkami umożliwiały swobodny dostęp do pacjentów,
- pokoje łóżkowe w ramach OAiIT były wyposażone w umywalkę z ciepłą i zimną wodą, dozownik z mydłem w płynie oraz pojemnik z ręcznikami jednorazowymi,
- pokoje łóżkowe w ramach OAiIT były wyposażone w urządzenia umożliwiające obserwację pacjentów,
- szerokość drzwi umożliwiała ruch pacjentów na łózkach,
- w pokojach łóżkowych OAiIT zastosowano klimatyzację lub wentylację nawiewno-wywiewną, które poddawano okresowym przeglądom.

(akta kontroli str. 67–68, 203 -211)

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

Według stanu na koniec roku 2018, w OAiIT pracowało ośmiu lekarzy ze specjalizacją II stopnia i trzech lekarzy w trakcie specjalizacji. Podobnie, na koniec 2019 r. i 2020 r. – z tym, że faktycznie świadczeń w Szpitalu udzielało siedmiu lekarzy specjalistów<sup>24</sup> i trzech lekarzy w trakcie specjalizacji.

(akta kontroli str. 239-240)

<sup>23</sup> Dz. U. z 2019 r. poz. 595, ze zm.

<sup>24</sup> Jeden lekarz zatrudniony na podstawie umowy o pracę, w 2019 r. i w 2020 r. przebywał na urlopie bezpłatnym.

Ustalono, że w OAiT, w wybranych dla potrzeb kontroli miesiącach<sup>25</sup> dyżury oraz pracę w ramach podstawowej ordynacji wykonywali lekarze specjaliści anestezjologii i intensywnej terapii - w wymiarze wymaganym *w rozporządzeniu w sprawie standardów w dziedzinie AiT*.

W 2018 r. w godzinach podstawowej ordynacji (od 7,00, do 14,35) pracowali, ww. lekarze specjaliści i lekarze rezydenci, w tym dwie osoby zatrudnione na podstawie umowy cywilnoprawnej (kontrakty dla ordynacji podstawowej), pozostałe na podstawie umowy o pracę<sup>26</sup>.

W 2019 r. ośmiu lekarzy specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii oraz trzech rezydentów udzielało świadczeń w podstawowej ordynacji. Jedna lekarka była zatrudniona na podstawie umowy cywilnoprawnej, a pozostałe osoby na podstawie umowy o pracę<sup>27</sup>.

W 2020 r. – w ordynacji podstawowej faktycznie pracowało osiem osób (siedmiu specjalistów w tym jedna lekarka na podstawie umowy cywilnoprawnej i jeden rezydent)<sup>28</sup>, a pozostałe osoby na podstawie umowy o pracę.

Dyżury nocne, oraz dyżury w dni wolne od pracy były realizowane przez lekarzy specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii i lekarzy w trakcie specjalizacji. Dyżury lekarzy specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii były wykonywane wyłącznie w ramach „kontraktów”. Lekarzy rezydenci, wykonywał dyżury również w ramach umowy o pracę.

Ustalono, że w miesiącach poddanych szczegółowej kontroli wszystkie dyżury były „zabezpieczone”:

- w marcu 2018 r. – dyżury były wykonywane przez osiem osób, w tym trzech lekarzy w trakcie uzyskiwania specjalizacji. W ramach dyżurów zawsze pracowało dwóch lekarzy – dwóch lekarzy specjalistów lub lekarz specjalista z lekarzem w trakcie specjalizacji,
- w czerwcu 2019 r. – dyżury wykonywało 10 osób, w tym trzy osoby w trakcie specjalizacji. Podobnie jak w roku poprzednim w dyżurach uczestniczyło dwóch lekarzy specjalistów lub lekarz specjalista z lekarzem w trakcie specjalizacji,
- we wrześniu 2020 r. – dyżury wykonywało siedem osób, w tym jeden lekarz w trakcie specjalizacji. W dyżurach uczestniczyło dwóch lekarzy specjalistów lub lekarz specjalista z lekarzem w trakcie specjalizacji.

(akta kontroli str. 241-246)

Analizując dokumentację medyczną, dotyczącą łącznie 90 zabiegów operacyjnych, w których uczestniczyli lekarze anestezjodzy i pielęgniarki anestezjologiczne, oraz harmonogramy pracy<sup>29</sup> w Oddziale, stwierdzono, że we wszystkich tych przypadkach nadzór nad pacjentem od znieczulenia do wybudzenia w sali wybudzeń prowadził ten sam zespół anestezjologiczny. Lekarze i pielęgniarki mieli stosowne uprawnienia do udzielania tych świadczeń medycznych. Ustalono, że w trakcie podstawowej ordynacji w Oddziale przebywało siedmiu lekarzy specjalistów i trzech rezydentów oraz 11-13 pielęgniarek anestezjologicznych. W trakcie dyżurów – dwóch lekarzy i pięć pielęgniarek.

Nie stwierdzono przypadków przekazywania pacjentów na oddziały macierzyste po przeprowadzonych operacjach, z pominięciem sali wybudzeń.

<sup>25</sup> Marzec 2018 r., czerwiec 2019 r. i wrzesień 2020 r.

<sup>26</sup> We wszystkie dni marca, jedna z lekarek przebywała na urlopie rodzicielskim.

<sup>27</sup> Na koniec roku 2019 r. liczba lekarzy specjalistów wykonujących ordynację i dyżury była zmniejszona o jedną osobę. Jeden z lekarzy specjalistów od lipca 2019 r. oraz przez cały rok 2020 przebywał na urlopie bezpłatnym.

<sup>28</sup> Dwie lekarki - rezydentki przez cały miesiąc były na zwolnieniach lekarskich.

<sup>29</sup> Harmonogramy wykonanej pracy.

Zgodnie z regulaminem BO – *pacjent może opuścić BO (salę wybudzeń) po wydaniu decyzji przez lekarza anestezjologa, stwierdzającej, że stan pacjenta pozwala na przekazanie go na oddział.*

W dokumentacji operowanych pacjentów znajdowały się takie decyzje.

W dokumentacji medycznej pacjentów znieczulanych podawano dane osobowe pielęgniarek anestezjologicznych uczestniczących w konkretnym znieczuleniu i w operacji (ta sama osoba). W dokumentacji nie podawano danych osobowych pielęgniarek uczestniczących w wybudzaniu pacjentów w sali wybudzeń.

Pielęgniarka Koordynująca i Nadzorująca wyjaśniła, że w ramach koordynacji i zgodnie z harmonogramem, wyznaczała pielęgniarki do pracy w sali wybudzeń. Po likwidacji książki raportów pielęgniarski z sali wybudzeń, dane dotyczące tego zakresu świadczeń nie były odnotowywane. Od początku 2021 r., po wprowadzeniu w Szpitalu pełnego elektronicznego dokumentowania wszystkich etapów świadczeń medycznych, identyfikacja pielęgniarki pracującej w sali wybudzeń stała się możliwa i była realizowana.

(akta kontroli str. 197–202, 241-246)

OAIT spełniał warunki niezbędne do prowadzenia oddziału anestezjologicznego określone dla pierwszego poziomu referencyjnego<sup>30</sup>. Ustalono, że Oddział ten:

- dysponował siedmioma stanowiskami intensywnej terapii, przy wymaganych czterech,

- zapewniał całodobową opiekę lekarską we wszystkich dniach tygodnia. W ramach ordynacji podstawowej świadczenia zdrowotne świadczyło 10 lub 11 lekarzy, w tym siedmiu lub ośmiu lekarzy specjalistów. W ramach dyżurów opiekę lekarską sprawowało dwóch lekarzy, w tym, co najmniej jeden był lekarzem specjalistą z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii. Nie stwierdzono przypadków jednoczesnego dyżurowania tych lekarzy w dwóch różnych oddziałach (lub innych jednostkach organizacyjnych) Szpitala. Nie stwierdzono udokumentowanych przypadków opuszczenia Oddziału przez dyżurujących lekarzy,

- zapewniał całodobową opiekę pielęgniarską. W ramach podstawowego czasu pracy – od godz. 7 do godz. 15<sup>31</sup> opiekę sprawowało od 10 do 13 pielęgniarek. Z tych dziennych zespołów, część – pięć pielęgniarek - pracowało do godz. 19. Pielęgniarskie dyżury nocne, tj. od godz. 19 do godz. 7 w dniu następnym oraz dyżury w dni wolne od pracy (od 7 do 19 i od 19 do 7) pełniły inne zespoły pięcioosobowe.

Na każdej zmianie dyżur pełniła, co najmniej jedna pielęgniarka anestezjologiczna.

(akta kontroli str. 241–256)

Zgodnie z Regulaminem, działalność lecznicza Szpitala, w tym działalność BO, była prowadzona całodobowo. Do dyspozycji pacjentów były cztery sale operacyjne. Regulamin BO odnosił się do zabiegów planowych, które były wykonywane od godz. 7.30 do godz. 14.00.

(akta kontroli str. 21-51)

Według danych dostępnych w Dziale Statystyki Medycznej i Dokumentacji Chorych w kolejnych latach objętych kontrolą, liczba osób leczonych w OAIT w miesiącach o najwyższej liczbie pacjentów przedstawiała się następująco:

**- 2018 r.:**

<sup>30</sup> Podane w załączniku nr 1 do rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AIT.

<sup>31</sup> Zaokrąglono, ponieważ niektóre pielęgniarki rozpoczynały pracę przed godz. 7 lub kończyły pracę przed godz. 15.

**marzec** – 31 pacjentów, w tym 20 osoby „z ruchem”<sup>32</sup>, pozostałe 11 osób „bez ruchu”<sup>33</sup>. Obłożenie siedmiu łóżek wyniosło 83,9%,

**maj** – 17 pacjentów, w tym 11 osób „z ruchem”, pozostałe sześć „bez ruchu”. Obłożenie siedmiu łóżek wyniosło 75,1%,

**październik** – 29 pacjentów, w tym 18 osób „z ruchem”, 11 osób „bez ruchu”. Obłożenie siedmiu łóżek wyniosło 71,4%,

**- 2019 r.:**

**luty** – 21 pacjentów, w tym 15 osób „z ruchem”, pozostałe sześć osób „bez ruchu”. Obłożenie siedmiu łóżek wyniosło 74,5%,

**kwiecień** – 27 pacjentów, w tym 20 osób „z ruchem”, pozostałe siedem „bez ruchu”. Obłożenie siedmiu łóżek wyniosło 84,3,1%,

**październik** – 27 pacjentów, w tym 12 osób „z ruchem”, pięć osób „bez ruchu”. Obłożenie siedmiu łóżek wyniosło 71,0%,

**- 2020 r.:**

**marzec** – 20 pacjentów, w tym 13 osób „z ruchem”, pozostałe siedem osób „bez ruchu”. Obłożenie siedmiu łóżek wyniosło 71,4%,

**listopad** – 30 pacjentów, w tym 21 osób „z ruchem”, pozostałe dziewięć „bez ruchu”. Obłożenie siedmiu łóżek wyniosło 83,3%,

**grudzień** – 38 pacjentów, w tym 28 osób „z ruchem”, 10 osób „bez ruchu”. Obłożenie siedmiu łóżek wyniosło 130,1%<sup>34</sup>.

Dyrektor Szpitala podał w wyjaśnieniach, że ilość łóżek w Oddziale była wystarczająca oraz że nigdy nie było przypadku odmowy przyjęcia pacjentów do OAiIT.

(akta kontroli str. 69–71, 257)

### 1.5. Blok Operacyjny.

Zgodnie z Regulaminem organizacyjnym Szpitala, BO funkcjonował jako odrębna komórka organizacyjna. BO znajdował się w tym samym budynku, na tym samym piętrze i w bezpośrednim sąsiedztwie OAiIT. Od 21 grudnia 2020 r. obowiązywała procedura przyjęcia i odbioru pacjenta w służbie bloku operacyjnego.

W skład BO wchodziły:

- cztery sale operacyjne,
- sala wybudzeń - z nadzorem fachowym kierownika lub zastępcy kierownika OAiIT oraz pielęgniarki anestezjologicznej,
- pomieszczenia pomocnicze.

Pomieszczenia pomocnicze stanowiły, m.in:

- systemy służ: dla pacjentów wwożonych i wywożonych z BO, dla personelu medycznego i dla materiałów medycznych,
- cztery pomieszczenia przygotowania dla personelu wyposażone w stanowisko chirurgicznego mycia rąk, przez które personel wchodził do sali operacyjnej; dodatkowo pomieszczenia z wyposażeniem higieniczno-sanitarnym,
- cztery pomieszczenia przygotowania dla pacjentów do zabiegu,
- magazyny sprzętu i instrumentów medycznych oraz bielizny,
- cztery sale operacyjne miały niekolizyjne połączenie z podręczną sterylizatornią, gdzie gromadzono zużyte materiały pooperacyjne.

Rozmieszczenie pomieszczeń w BO umożliwiała zachowanie zasady rozdziału personelu, pacjentów i materiału czystego od brudnego materiału zużytego,

<sup>32</sup> Terminy używane w statystyce medycznej, tj. pacjenci, którzy przybyli z innych oddziałów do OAiIT lub/i pacjenci którzy po leczeniu w OAiIT zostali skierowani na inny oddział.

<sup>33</sup> Tj. pacjenci, którzy od początku do końca leczenia byli leczeni wyłącznie w OAiIT.

<sup>34</sup> Powyższa sytuacja – wykazane 130,1% wynikało z przyjęci w OAiIT – pacjentów covidowych. Decyzją Wojewody Podkarpackiego zwiększono liczbę łóżek i pacjentów w OAiIT (do 11 pacjentów), a jednocześnie w systemie komputerowym sterującym organizacją i funkcjonowaniem Szpitala pozostawiono „od zawsze funkcjonującą liczbę łóżek w OAiIT” – siedem.

brudnych narzędzi, brudnej bielizny i odpadów pooperacyjnych. Układ pomieszczeń umożliwiał ruch jednokierunkowy. Drogi czyste nie krzyżowały się z drogami brudnymi.

W BO utworzono wszystkie pomieszczenia wymagane przepisami pkt IX „Blok operacyjny” załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie *szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą*.

(akta kontroli str. 203-211)

### **1.6. Dokumentacja medyczna.**

Analiza dokumentacji medycznej pacjentów leczonych w OAiIT (prowadzonej w formie papierowej) wykazała, że<sup>35</sup>:

a) stany zdrowia pacjentów (funkcji życiowych) były monitorowane w trybie ciągłym, a wyniki monitoringu stanowiły składowe ww. dokumentacji,

b) intensywną terapię pacjentów leczonych w OAiIT prowadzili lekarze specjaliści anestezjologii i intensywnej terapii. Analiza porównawcza harmonogramów czasu pracy lekarzy pracujących w OAiIT z zapisami w dokumentacji medycznej pacjentów wykazała, że w godzinach ordynacji podstawowej oraz w trakcie dyżurów terapię prowadzili lekarze specjaliści anestezjologii i intensywnej terapii lub lekarze rezydenci z merytorycznym, bezpośrednim nadzorem ww. lekarzy specjalistów,

c) w dokumentacji medycznej pacjentów znieczulanych znajdowały się wypełnione okołooperacyjne karty kontrolne, karty konsultacji anestezjologicznej, w tym zgody pacjentów na znieczulenie oraz karty przebiegu znieczulenia,

d) każdorazowo oceniano ryzyko operacyjne, kwalifikując oczekujących na zabieg do jednej z pięciu grup ryzyka, według skali ASA.

W każdym z 90 przebadanych przypadków zabiegów anestezjologicznych lekarze OAiIT ustalali grupę ryzyka. w pięciu przypadkach była to grupa III, w 31 – grupa II, a w pozostałych 54 – grupa I. We wszystkich tych przypadkach zgodnie z regulacjami § 8 *rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT* znieczuleń mogli dokonywać zatrudnieni w Oddziale lekarze specjaliści anestezjologii i intensywnej terapii lub lekarze w trakcie specjalizacji, po spełnieniu określonych warunków. Ustalono, że na 90 przypadków znieczuleń, 49 znieczuleń były przeprowadzone przez lekarzy specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii. Pozostałe 41 były przeprowadzone przez lekarzy w trakcie specjalizacji, pod nadzorem lekarzy specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii<sup>36</sup>. Lekarze rezydenci dokonujący znieczuleń przeszli, co najmniej 2-letnie szkolenie w ramach specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii. W dokumentacji jednego z lekarzy rezydentów znajdowało się pisemne upoważnienie do dokonywania znieczuleń.

W sprawie pisemnych upoważnień do wykonywania znieczuleń sporządzanych dla nich przez kierownika OAiIT lub jego zastępcę (wymagania wynikające z § 8 pkt. 3 i pkt.5 ww. rozporządzenia) – Dyrektor Krzysztof Stolarski wyjaśnił, że te znieczulenia odbywały się zawsze za zgodą lekarza kierującego Oddziałem.

e) w 30 dokumentacjach medycznych pacjentów leczonych w OAiIT, w dziewięciu udokumentowano przeprowadzenie resuscytacji. Resuscytację prowadzili wyłącznie lekarze specjaliści anestezjologii i intensywnej terapii - również w trakcie dyżurów. Lekarze specjaliści w kartach „bilans ogólny” opisywali przeprowadzoną

<sup>35</sup> Dokonano analizy 90 dokumentacji – przy udziale pielęgniarki koordynującej pracę w OAiIT - pacjentów znieczulanych oraz 30 dokumentacji pacjentów leczonych w Oddziale.

<sup>36</sup> W kartach znieczuleń podawano w tych przypadkach dwa nazwiska.

resuscytację, w tym dokładny czas zakończenia czynności ratujących życie pacjenta.

(akta kontroli str. 69 – 71, 197 – 202, 241 – 246, 258 – 497, 585)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

- czasowe niespełnianie przez Szpital 2% udziału łóżek anestezyjologicznych w ogólnej liczbie łóżek szpitalnych, co opisano w pkt. 1.1 niniejszego wystąpienia
- czasowe braki w dokumentacji medycznej pacjentów, w zakresie identyfikacji pielęgniarki anestezyjologicznej uczestniczącej w procesie wybudzenia pacjentów w sali wybudzeń, co opisano w pkt. 1.4 niniejszego wystąpienia

OCENA CZĄSTKOWA

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie warunki udzielania świadczeń zdrowotnych przez Szpital w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii. Szpital zorganizował OAiT na zasadach podanych w *rozporządzeniu w sprawie standardów w dziedzinie AiT*. Pomieszczenia OAiT spełniały wymagania przestrzenne określone w rozporządzeniu. Dotyczyło to m.in. sal łóżkowych, sal operacyjnych w BO oraz sali wybudzeń.

W Oddziale zapewniono stałą obecność lekarzy specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii i lekarzy w trakcie specjalizacji, zarówno podczas podstawowych godzin pracy Szpitala jak i w czasie dyżurów. Przestrzegano zasad podanych w *rozporządzeniu w sprawie standardów w dziedzinie AiT*, dotyczących udziału lekarzy w świadczeniach zdrowotnych na stanowiskach intensywnej terapii oraz z zakresu anestezji, w tym także zasad znieczulania.

Pozytywnej oceny nie obniżają wymienione powyżej nieprawidłowości, ponieważ nie miały one istotnego wpływu na sposób funkcjonowania Oddziału, a ponadto w trakcie trwania kontroli nieprawidłowości te były już nieaktualne.

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

### 2.1. Stan zatrudnienia lekarzy anestezjologów.

Zatrudnienie lekarzy w OAiT przedstawiało się następująco:

- **2018 r.** – 11 lekarzy, w tym ośmiu lekarzy specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii<sup>37</sup> i trzech lekarzy w trakcie specjalizacji (rezydenci). Siedmiu lekarzy specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii<sup>38</sup>, pracujących w ramach ordynacji podstawowej było zatrudnionych na podstawie umowy o pracę. Jedna lekarka pracująca w tym systemie była zatrudniona na podstawie umowy cywilnej (kontrakt). Trzech lekarzy rezydentów było zatrudnionych na podstawie umowy o pracę

- **2019 r.** - 11 lekarzy, w tym ośmiu lekarzy specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii i trzech lekarzy rezydentów. Jedna osoba była zatrudniona na podstawie umowy cywilnej (kontrakt), pozostali na podstawie umowy o pracę.

- **2020 r.** - 11 lekarzy, w tym ośmiu lekarzy specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii i trzech lekarzy rezydentów. Jedna osoba była zatrudniona na podstawie umowy cywilnej (kontrakt), pozostali na podstawie umowy o pracę.

Struktura wieku ordynujących lekarzy według stanu na dzień 31 grudnia 2020 r. przedstawiała się następująco:

<sup>37</sup> Jeden lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii, w latach objętych programem kontroli przebywał na urlopie bezpłatnym. Świadczenia medyczne realizowało faktycznie siedmiu lekarzy specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii.

<sup>38</sup> Do sierpnia, kiedy jeden z lekarzy wziął urlop bezpłatny. Od tego miesiąca siedmiu lekarzy.



- w wieku do lat 40 pracowało trzech lekarzy specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii<sup>39</sup> i trzech lekarzy rezydentów,
- w przedziale wieku 41 – 60 lat pracowało czterech lekarzy specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii,
- w przedziale wieku 61 – 65 lat pracował jeden lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii.

(akta kontroli str. 239-240)

Stwierdzono, że lekarka specjalistka anestezjologii i intensywnej terapii, wykonująca w OAiIT świadczenia z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii w ramach ordynacji podstawowej (nie świadczyła dyżurów), corocznie nie był wykazywana, jako lekarz w OAiIT, w załącznikach pn. „Harmonogram-zasoby” do umów zawieranych z NFZ.

Była ona wykazywana, jako lekarka specjalistka anestezjologii i intensywnej terapii w Oddziale Okulistycznym. W dokumentacji/ewidencji ordynacji podstawowej i dyżurów w Oddziale Okulistycznym nie stwierdzono wykonywania świadczeń z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii przez tę lekarzkę.

Kierownik Działu Kadr i Płac wyjaśnił, że lekarka w ramach podstawowego zatrudnienia w OAiIT zabezpieczała udzielanie świadczeń podczas okulistycznych zabiegów operacyjnych, przeprowadzanych w BO<sup>40</sup>.

(akta kontroli str. 498–515, 516-517)

Pozostali lekarze anestezjolodzy pracujący w OAiIT, byli wykazywani w ww. załącznikach z podaniem faktycznej grupy zawodowej i specjalizacji.

Dyżury lekarskie w OAiIT, wykonywane były na podstawie umów cywilnych (kontraktów).

W dniu 31 stycznia 2019 r. Szpital po przeprowadzeniu konkursu ofert zawarł umowę z podmiotem zewnętrznym<sup>41</sup>, na udzielanie świadczeń zdrowotnych w czasie podstawowej ordynacji i po jej zakończeniu. Umowa została zawarta do dnia 31 stycznia 2022 r.

Przedmiotem umowy było udzielanie świadczeń zdrowotnych w oddziałach, poradniach i pracowniach Szpitala w tym w OAiIT.

W umowie określono m.in. zakres świadczeń zdrowotnych oraz listę lekarzy wykonujących te świadczenia. Na liście umieszczono pięciu lekarzy specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii i jednego lekarza w trakcie specjalizacji z anestezjologii i intensywnej terapii. Lekarze według zapisów umowy byli zobowiązani do wykonywania świadczeń w ramach podstawowej ordynacji i pełnienia dyżurów<sup>42</sup>.

W tym samym dniu zawarto podobną umowę (co do warunków i daty obowiązywania) z innym podmiotem zewnętrznym. Do umowy załączono listę dwóch lekarzy specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii zobowiązanych do wykonywania świadczeń w OAiIT wyłącznie w ramach dyżurów.

Wszyscy lekarze z OAiIT, znajdujący się na ww. listach byli zarejestrowani w rejestrze prowadzonym przez Okręgową Radę Lekarską w Rzeszowie.

Analiza ww. umów zawartych z podmiotami zewnętrznymi wykazała, że spełniały one wymagania określone w art. 27 ustawy o *działalności leczniczej*.

(akta kontroli str. 518-569)

<sup>39</sup> Faktycznie dwóch, jeden na urlopie bezpłatnym.

<sup>40</sup> Warunkiem finansowania przez NFZ zabiegów związanych z leczeniem zaćmy i jaskry na okulistyce było wykazanie w zasobach osobowych tego oddziału lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii.

<sup>41</sup> Podmiot leczniczy został zarejestrowany w RPWDL, nr księgi rejestrowej – 00000021271.

<sup>42</sup> W praktyce świadczenia w ramach ordynacji podstawowej świadczyła jedna lekarka. Pozostali wyłącznie w ramach dyżurów.

W latach 2018 – 2020 r. liczba lekarzy specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii wykonujących usługi zdrowotne w ramach podstawowej ordynacji w OAiIT, wynosiła siedem osób. Przepisy *rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT* podane w części I załącznika nr 1, stanowiły, że dla pierwszego poziomu referencji oddziału anestezjologicznego, wymagana liczba ww. lekarzy specjalistów powinna wynosić, co najmniej cztery etaty, a w przypadku udzielania świadczeń z zakresu anestezji dodatkowo, co najmniej jeden etat (razem pięć estetów).

Analiza czasu pracy w wybranych do kontroli trzech miesiącach w latach 2018 – 2020 wykazała, że:

**marzec 2018 r.**

– lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii przebywał w pracy bez przerw od godz. 7.00 w dniu 1 marca 2018 r. (czwartek) do dnia 7 marca 2018 r. do godz. 14.35 (środa). W tym czasie pięć razy prowadził ordynację podstawową w OAiIT (od 7.00 do 14.35), jeden raz dyżurował w dniu wolnym (od godz. 7.00 do godz. 7.00 w dniu następnym), poprzedzając ten dyżur takim samym dyżurem (również 24 godzinnym) w karetce pogotowia, poza tym wykonał dwa dyżury w OAiIT w godzinach poza ordynacją podstawową tj. od godz. 15.00 do godz. 7.00 w dniu następnym oraz dwoma dyżurami w tym samym trybie w karetce pogotowia. Łącznie – 152 godz.

Ten sam lekarz wykonywał świadczenia zdrowotne w OAiIT oraz w karetce pogotowia bez przerw od godz. 7.00 w dniu 27 marca 2018 r. do godz. 7.00 w dniu 1 kwietnia 2018 r. tj. przez 120 godz.

Kierownik Oddziału pracował bez przerw w OAiIT od godz. 7.00 w dniu 7 marca do godz. 14.35 w dniu 9 marca 2018 r. tj. przez 56 godz.

**czerwiec 2019 r.**

- stwierdzono: dwa przypadki pracy po 56 godz. przez lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii (wyłącznie w OAiIT) – od godz. 7.00 w dniu 3 czerwca do godz. 14.35 w dniu 5 czerwca oraz w takim samym przedziale godzinowym w dniach 25 – 27 czerwca,

**wrzesień 2020 r.**

jeden z lekarzy - specjalista anestezjologii i intensywnej terapii wykonywał świadczenia zdrowotne w Oddziale od dnia 24 września 2020 r. od godz. 7.00 do dnia 28 września do godz. 14.35 tj. przez 104 godz.

Przedstawiona powyżej analiza czasu pracy lekarzy specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii dotyczyła pracy ciągłej<sup>43</sup>, wykonywanej dla dwóch pracodawców tj. w godzinach ordynacji podstawowej – dla OAiIT, w godzinach dyżurów – dla podmiotów zewnętrznych (lecniczych), z którymi Szpital zawarł stosowne umowy w tej sprawie.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że te przypadki były znane Dyrekcji. Przekraczanie czasu pracy było wykonywane za zgodą lekarzy Oddziału. Na rynku pracy pozyskanie dodatkowych lekarzy specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii do OAiIT było niemożliwe.

(akta kontroli str. 69–71, 241–246)

Zdaniem NIK, praca ciągła lekarzy w tak długich przedziałach czasowych, mogła stwarzać zagrożenie należytego wykonywania świadczeń zdrowotnych, a nawet zagrożenie dla bezpieczeństwa pacjentów oraz zdrowia samych lekarzy.

<sup>43</sup> praktycznie bez przerw, nie licząc przerwy pomiędzy godz. 14,35 – zakończenie ordynacji podstawowej, a godz. 15,00 – rozpoczęcia dyżuru nocnego)

## 2.2. Stan zatrudnienia pielęgniarek anestezjologicznych.

Stan zatrudnienia pielęgniarek w OAiIT na koniec lat objętych kontrolą przedstawiał się następująco:

- **2018 r.** – 53 pielęgniarki, w tym: 12 ze specjalizacją z dziedziny pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, 18 – po kursach kwalifikacyjnych z dziedziny pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, 11 – w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, 12 pielęgniarki nieanestezjologiczne,

- **2019 r.** – 42 pielęgniarki, w tym: 23 ze specjalizacją z dziedziny pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, 11 – po kursach kwalifikacyjnych z dziedziny pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, osiem - pielęgniarki nieanestezjologiczne,

- **2020 r.** – 52 pielęgniarki, w tym: 23 ze specjalizacją z dziedziny pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, 11 – po kursach kwalifikacyjnych z dziedziny pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, 10 – w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, osiem - pielęgniarki nieanestezjologiczne.

Struktura wieku pielęgniarek zatrudnionych w OAiIT na koniec 2020 r. przedstawiała się następująco: w wieku do 40 lat pracowało 28 pielęgniarek tj. 53,8% wszystkich zatrudnionych. Pozostałe zatrudnione (24 osoby) były w wieku od 41 do 60 lat.

Z powyższych danych wynika, że status pielęgniarki anestezjologicznej w rozumieniu § 2 pkt. 6 *rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT* na koniec lat 2018, 2019 i 2020, miało odpowiednio 41, 34 i 44 pielęgniarek anestezjologicznych pracujących w OAiIT na pełnych etatach.

Wszystkie pielęgniarki pracujące w OAiIT były zatrudnione na podstawie umowy o pracę.

*Rozporządzenie w sprawie standardów w dziedzinie AiIT* stanowiło, że liczba pielęgniarek anestezjologicznych powinna odpowiadać równoważnikowi, co najmniej 2,2 etatu na jedno stanowisko intensywnej terapii. Jak podano wcześniej, OAiIT dysponował siedmioma stanowiskami intensywnej terapii, zatem minimalna, akceptowana przez cyt. rozporządzenie liczba etatów pielęgniarek anestezjologicznych wynosiła w tym przypadku – 15,4.

Sposób i tryb świadczeń pielęgniarskich realizowanych w OAiIT – zarówno w godzinach ordynacji podstawowej jak i w trakcie dyżurów – przedstawiono uprzednio w wystąpieniu (pkt. 1.2 i pkt. 1.4).

Pielęgniarka nadzorująca i koordynująca pracę pielęgniarek w OAiIT wyjaśniła, że pielęgniarki inne niż anestezjologiczne, zgodnie z regulacjami *rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT* wykonywały w 2020 r. czynności przewidziane dla pielęgniarek anestezjologicznych<sup>44</sup>.

Podana również, że w 2021 r. (w czasie niniejszej kontroli) wszystkie osiem pielęgniarek nieposiadających dotychczas odpowiednich uprawnień, były w trakcie szkolenia specjalizacyjnego lub kursu kwalifikacyjnego.

Analiza czasu pracy pielęgniarek anestezjologicznych w wybranych miesiącach nie wykazała wykonywania pracy ciągłej, w wymiarze większym niż 12 godzin na dobę tj. łącznie podczas ordynacji podstawowej oraz podczas dyżurów.

(akta kontroli str. 239 – 240, 570 - 573)

Analiza stanu zatrudnienia pielęgniarek pracujących w OAiIT w latach 2018 – 2020, z corocznym ich wykazem zgłoszonym do NFZ (w związku z podpisywanymi umowami), wykazała różnice dotyczące głównie stanu specjalizacji w zawodzie.

<sup>44</sup> Regulacja ww. rozporządzenia od marca 2020 r. umożliwiła do dnia 31 grudnia 2022 r. wykonywanie takich czynności przez pielęgniarki nieanestezjologiczne.

Przykładowo w 2018 r. zgłoszono w załączniku do umowy z NFZ siedem pielęgniarek z kwalifikacjami specjalisty lub w trakcie specjalizacji, podczas gdy na koniec 2018 r. w OAiIT pracowało 12 pielęgniarek ze specjalizacją i 18 pielęgniarek po ukończeniu kursu kwalifikacyjnego.

Na koniec 2020 r., w załączniku do umowy z NFZ przekazano listę, gdzie wykazano 20 pielęgniarek z kwalifikacjami specjalisty lub w trakcie specjalizacji, podczas gdy na koniec tego roku w OAiIT pracowało 23 pielęgniarek ze specjalizacją i 11 pielęgniarek po ukończeniu kursu kwalifikacyjnego.

Kierownik Działu Kadr i Płac potwierdził, że zdarzały się takie przypadki i wyjaśnił, że wynikały one z niezupelniania w wykazach na bieżąco kwalifikacji personelu, a przyczyną były opóźnienia w dostarczaniu przez zainteresowane osoby stosownych dokumentów.

(akta kontroli str. 516-517)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono nieprawidłowość polegającą na braku zgodności pomiędzy stanem faktycznym pielęgniarek zatrudnionych w OAiIT, a danymi wykazanymi przez Szpital w załącznikach do umów zawieranych z NFZ.

OCENA CZĄSTKOWA

Stan zatrudnienia lekarzy w OAiIT w tym specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii odpowiadał wymogom określonym w *rozporządzeniu w sprawie standardów w dziedzinie AiIT*. Podstawową formą zatrudnienia lekarzy przy świadczeniach w ramach ordynacji podstawowej były umowy o pracę. Świadczenia w ramach dyżurów medycznych lekarze realizowali wyłącznie na podstawie umów cywilnych.

Również stan zatrudnienia pielęgniarek w Oddziale spełniał wymagania określone w *rozporządzeniu w sprawie standardów w dziedzinie AiIT*. W przeważającej większości (84,6% w 2020 r.) pielęgniarki posiadały status i uprawnienia pielęgniarek anestezjologicznych. Wszystkie pozostałe - w trakcie kontroli - uczestniczyły w kursach specjalistycznych. Wszystkie pielęgniarki były zatrudnione w OAiIT na podstawie umów o pracę.

Listy lekarzy i pielęgniarek zatrudnionych w OAiIT, stanowiące załączniki do umów jakie Szpital corocznie zawierał z NFZ, nie były zgodne z faktycznym stanem zatrudnienia w Oddziale.

Lekarka specjalistka anestezjologii i intensywnej terapii wykonująca bez przerw ordynację podstawową w Oddziale, nie została wykazana w zasobach osobowych Oddziału. Umieszczono jej dane w zasobach Oddziału Okulistycznego, jako lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii niezbędnego przy wykonywaniu zabiegów okulistycznych<sup>45</sup>.

Liczba i wykształcenie pielęgniarek anestezjologicznych podawana w zasobach osobowych OAiIT różniły się od stanu faktycznego. Różnice dotyczyły głównie stanu ich kwalifikacji. Podawano nieaktualne – niższe – stany w zakresie uzyskanych specjalizacji przez pielęgniarki zatrudnione w Oddziale.

W ocenie NIK powyższa nieprawidłowość wynikała z braku należytej staranności przy sporządzaniu list z zasobami kadrowymi. Nieprawidłowość ta nie wywołała negatywnych skutków dla funkcjonowania OAiIT.

Stwierdzono przypadki ciągłego wykonywania pracy przez lekarzy specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii zatrudnionych w OAiIT w wielodobowych przedziałach czasowych, co mogło mieć wpływ na odpowiednie wykonywanie świadczeń zdrowotnych a także mogło stwarzać zagrożenie dla bezpieczeństwa pacjentów OAiIT oraz zdrowia samych lekarzy.

<sup>45</sup> W kontroli w latach objętych kontrolą nie stwierdzono zabiegu/operacji okulistycznej wymagającej całkowitego znieczulenia. Zgłoszono lekarza specjalistę anestezjologa w celu spełnienia wymogów formalnych.

Przypadki te były znane kadrze zarządzającej Szpitalem, a lekarze wykonujący pracę bez przerw w dłuższych okresach czasu wyrażali zgody w tym zakresie. Uniemożliwienie takich działań – przy niemożności pozyskania lekarzy specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii na lokalnym rynku pracy - wiązałoby się z ograniczeniem świadczeń zdrowotnych w OAiT.

(akta kontroli str. 69 -71)

### 3. Wyposażenie OAiT i BO w wyroby medyczne.

#### 3.1 Wyposażenie OAiT, stanowisk znieczulania i intensywnej terapii oraz stanowiska nadzoru poznieczuleniowego.

W rozporządzeniu w sprawie standardów w dziedzinie AiIT podano wymagany standard oddziałów anestezjologicznych w zakresie wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny. Jednocześnie wyznaczono ostateczny termin dostosowania sprzętu w dyspozycji oddziałów anestezjologicznych do wymaganego standardu na dzień 31 grudnia 2022 r.

W trakcie niniejszej kontroli (na przełomie czerwca i lipca 2021 r.) OAiT dysponował następującym sprzętem:

- **siedmiolóżkowy oddział anestezjologii i intensywnej terapii** – na 11 wymaganych urządzeń brak było: przyłóżkowego aparatu rentgenowskiego i aparatu do pomiaru laboratoryjnych parametrów krytycznych. Ponadto, na wymagane dwie sztuki sprzęt do pomiaru rzutu serca i respiratorów transportowych, dysponowano po jednej sztuce tych urządzeń,

- **stanowiska intensywnej terapii (siedem stanowisk)** – na dwanaście wymaganych urządzeń, w Oddziale nie było – materaców lub innych urządzeń do aktywnej regulacji temperatury pacjenta<sup>46</sup>. W pozostałych 11 pozycjach Oddział dysponował wymaganym sprzętem dla każdego stanowiska,

- **stanowiska znieczulenia (sześć stanowisk)**<sup>47</sup> – z listy 29 wymaganych pozycji, w 25 przypadkach wymagane urządzenie funkcjonowało przy każdym stanowisku. Ponadto dla potrzeb znieczulania były dostępne pojedyncze urządzenia: defibrylator z możliwością wykonania kardiowersji i elektrostymulacji i urządzenie do ogrzewania płynów infuzyjnych Liczba obydwu urządzeń była zgodna z wymaganiami.

Na wymagane dwa urządzenia do ogrzewania pacjenta dysponowano pojedynczym urządzeniem. Na każdym stanowisku dysponowano dwiema pompami infuzyjnymi przy wymaganych co najmniej trzech. Oddział nie posiadał na stanowiskach znieczulenia aparatu do inwazyjnego pomiaru ciśnienia krwi,

- **sala nadzoru poznieczuleniowego, sala wybudzeń (pięć stanowisk)** – na pięć wymaganych urządzeń Oddział, dysponował czterema urządzeniami (w wymaganej liczbie). Nie dysponowano kamerami do obserwacji pacjentów. Zapewniono natomiast możliwość obserwacji bezpośredniej pacjentów poprzez stały udział pielęgniarek anestezjologicznych w procesach wybudzenia,

- **stanowiska nadzoru wybudzeniowego (pięć stanowisk)** – każde stanowisko było wyposażone w komplet wymaganych aparatów i urządzeń

Stwierdzono, że na 245 sztuk urządzeń i aparatów medycznych pozostających na koniec 2020 r. w dyspozycji OAiT i BO (stanowiska do znieczulania), ssak elektryczny i defibrylator zostały wyprodukowane w latach 90-tych XX wieku<sup>48</sup>.

Pozostałe urządzenia zostały wyprodukowane w XXI wieku.

<sup>46</sup> Pielęgniarka koordynująca podała, że w miarę potrzeby taki sprzęt był wypożyczany z sąsiedniego BO.

<sup>47</sup> Podano w wystąpieniu, że BO składa się z czterech sal operacyjnych. Przedstawiając stan wyposażenia uwzględniono również dwie „nowe sale operacyjne” przeznaczone do zabiegów okulistycznych i kardiologicznych (znajdujące się na I piętrze pawilonu E, tj. niżej). Specjalistyczne zabiegi tam wykonywane (od 2018 r.) nie wymagały udziału zespołów anestezjologicznych (były to zabiegi z znieczuleniem miejscowym).

<sup>48</sup> Defibrylatorów został skasowany w I półroczu 2021 r.

Kierownik Działu Techniczno-Gospodarczego przekazał w wyjaśnieniach, że ssak elektryczny był na bieżąco wykorzystywany do celów medycznych. Wykorzystanie urządzenia nie wymagały nakładów finansowych. Drobne usterki były usuwane we własnym zakresie przez służby techniczne Szpitala. Urządzenie podlegało okresowym przeglądom i w trakcie kontroli było sprawne technicznie.

(akta kontroli str. 574-584)

W latach 2020 – 2021, m. in. w związku z pandemią Covid – 19, w Szpitalu dokonywano zakupów urządzeń medycznych, w tym dla potrzeb OAiIT i BO. Zakupiono 108 urządzeń, za łączną kwotę 32.734,4 tys. zł.

Dla potrzeb OAiIT i BO zakupiono 28 urządzeń za kwotę 1.651,2 tys. zł. Wyłącznie dla potrzeb funkcjonowania pododdziału „covidowego” zakupiono sprzęt medyczny za 95,9 tys. zł. Zakupy były dokonywane:

- wyłącznie ze środków własnych Szpitala: np. respirator EVITA za 4,3 tys. zł, Videobronchoskop – 153,2 tys. zł, urządzenie do ciągłej terapii nerkozastępczej PRISMAX – 108 tys. zł,

- ze środków własnych Szpitala i Województwa Podkarpackiego: np. respirator Hamilton-C1 (Szpital – 615 zł, Województwo – 49,4 tys. zł), osiem monitorów kardiologicznych IntelliVue MX750 (pojedynczy aparat: Szpital – 605 zł, Województwo – 48,5 tys. zł) i centralę monitorującą (odpowiednio: 850 zł i 68,3 tys. zł), sześć respiratorów Hamilton G5 (pojedynczy aparat: Szpital – 1,4 tys. zł, Województwo – 115,2 tys. zł),

- z darowizn: np. kardiomonitor Biolight Q7 z wbudowanym IMBP – 21,7 tys. zł, dwa respiratory Philips Trilogy Evo OBM za 41,9 tys. zł/1 szt., pięć pomp infuzyjnych strzykawkowych Perfursor Space za 4,3 tys. zł/1 szt., (przeznaczone na część „covidową” Oddziału). Dwa łóżka do intensywnej opieki medycznej gdzie Szpital ponosił koszt 5 tys. zł darczyńca 25 tys. zł za jedno łóżko.

Zakupiono urządzenia wyłącznie dla potrzeb pododdziału leczącego pacjentów Covid-19. Zakupów dokonywano ze środków własnych Szpitala. Były to przykładowo: lampy bakteriobójcze (dziewięć szt. po 1,8 tys. zł), reduktory Mediselect II (pięć szt. po 1,1 tys. zł), czy dwie komory do transportu osób w izolacji – 19,5 tys. zł/1 szt.

(akta kontroli str. 586 - 596)

### **3.2. Przeglądy techniczne sprzętu i aparatury wykorzystywanej w OAiIT i BO.**

Zgodnie z regulacjami zawartymi w art. 90 ustawy z dnia 20 maja 2010 r. *o wyrobach medycznych*<sup>49</sup> Szpital zobowiązany był do przeprowadzania okresowych przeglądów technicznych używanych urządzeń medycznych, na warunkach określonych przez producentów tych urządzeń.

Stwierdzono na podstawie badania dokumentacji technicznej 15 urządzeń/aparatów wykorzystywanych w OAiIT i BO, że specjalistyczne podmioty zewnętrzne wybierane w trybie procedur zamówień publicznych, przeprowadzały takie przeglądy w terminach wyznaczonych przez producentów urządzeń. W 14 przypadkach dokonywano przeglądu jeden raz w roku. W jednym przypadku producent wymagał przeglądu, co dwa lata. Ustalono, że dokonywano przeglądów urządzeń „nowych” oraz urządzeń wyprodukowanych w XX wieku (dwa przypadki).

(akta kontroli str. 597-600)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

<sup>49</sup> Dz.U. z 2021 r. poz. 1565.

## OCENA CZĄSTKOWA

NIK ocenia pozytywnie działania Szpitala w zakresie działań dostosowujących stan sprzętu i urządzeń medycznych w OAiIT do stanu wymaganego przepisami *rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT*. Szpital w połowie roku 2021 dysponował większością nowoczesnego, wymaganego sprzętu. Zgodnie z § 17 pkt. 1 tego rozporządzenia, termin uzupełnienia przez Szpital wyposażenia do stanu wymaganego<sup>50</sup>, został określony do dnia 31 grudnia 2022 r.

Szpital w okresie 2020 r. – I półrocze 2021 r. zakupił aparaturę medyczną, za łączną kwotę 32.734,4 tys. zł, w tym dla potrzeb OAiIT i BO za 1.651,2 tys. zł, co stanowiło 5% wszystkich szpitalnych zakupów.

Sprzęt medyczny w dyspozycji Oddziału był poddawany okresowym przeglądom na warunkach podawanych przez producentów, przez uprawnione/upoważnione podmioty.

## IV. Wniosek

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK formułuje następujący wniosek:

Wnioski - przekazywanie do NFZ rzetelnych informacji dotyczących personelu medycznego wykonującego świadczenia zdrowotne w OAiIT.

## 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 wniosku

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

Rzeszów, dnia 30 września 2021 r.

Najwyższa Izba Kontroli  
Delegatura w Rzeszowie

Kontroler

Dyrektor

Kazimierz Ramocki  
Główny specjalista kontroli państwowej

Wiesław Motyka

/-/

/-/

<sup>50</sup> Podanego w części I załącznika nr 1 *rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT*.