



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Rzeszowie

LRZ.410.011.06.2021

Dr n. o zdr. Barbara Stawarz  
Dyrektor Wojewódzkiego Szpitala im. Św. Ojca Pio  
w Przemyślu, ul. Monte Cassino 18.

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

# I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Wojewódzki Szpital im. św. Ojca Pio w Przemyślu <sup>1</sup> .
Kierownik jednostki kontrolowanej	Barbara Stawarz, dyrektor, od 22.07.2020 r. W okresie objętym kontrolą funkcję kierownika jednostki poprzednio pełnili: Piotr Ciompa, od 1.06.2015 r. do 5.11.2019 r., Barbara Stawarz pełniąca obowiązki dyrektora od 6.11.2019 r. do dnia powołania dyrektora.
Zakres przedmiotowy kontroli	1) Warunki udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii. 2) Warunki dotyczące czasu pracy i kwalifikacji lekarzy oraz pielęgniarek zatrudnionych w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii. 3) Wymagania dotyczące wyposażenia Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz Bloku Operacyjnego w wyroby medyczne.
Okres objęty kontrolą	Lata 2018 – 2020, z uwzględnieniem zdarzeń wcześniejszych i późniejszych, o ile miały wpływ na działalność jednostki w kontrolowanym zakresie.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli <sup>2</sup> .
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Rzeszowie
Kontroler	Dagmara Mazurkiewicz-Karasińska, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LRZ/76/2021 z 31.05.2021 r. (akta kontroli str.1-2, 3-6, 684)

<sup>1</sup> Dalej Szpital.

<sup>2</sup> Dz. U. z 2020 r. poz. 1200 ze zm., dalej: ustawa o NIK.

## II. Ocena ogólna<sup>3</sup> kontrolowanej działalności

### OCENA OGÓLNA

Organizacja i funkcjonowanie opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii oraz bloku operacyjnego Szpitala zapewniały pacjentom pełny dostęp do świadczeń medycznych w tym zakresie.

### Uzasadnienie oceny ogólnej

W Szpitalu utworzony został Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii<sup>4</sup> oraz Blok Operacyjny<sup>5</sup>. W latach 2018, 2019 i 2020 w OAiT funkcjonowały dwie sale nadzoru anestezjologicznego z odpowiednio: 8, 8 i 11 stanowiskami do intensywnej terapii<sup>6</sup> oraz izolatka<sup>7</sup>. Funkcjonujący BO (z 6 salami operacyjnymi) zorganizowany został, w miarę możliwości, w oparciu o wydzielony architektonicznie i organizacyjnie podział stref na „czystą” i „brudną” w sposób zapobiegający krzyżowaniu się dróg komunikacji personelu BO i osób postronnych. Pacjentów, w bezpośrednim okresie pooperacyjnym, umieszczano w dwóch salach wybudzeniowych, w których był sprawowany nadzór przez pielęgniarki anestezjologiczne.

W ramach Oddziału Chirurgii Naczyniowej<sup>8</sup> funkcjonował BO z pracownią angiografii i salą pooperacyjną wyposażoną w 4 stanowiska intensywnego nadzoru. Jednostka ta pełniła całodobowy dyżur, w ramach którego wykonywano zabiegi ratujące zdrowie i życie, w tym zabiegi hybrydowe łączące techniki chirurgii klasycznej i wewnątrznaczyniowej<sup>9</sup>.

W Szpitalu była możliwość przewożenia pacjentów na łóżkach pomiędzy SOR<sup>10</sup>, BO, OAiT i innymi oddziałami poprzez ciągi przestronnych korytarzy, podjazdów i wind do transportu pacjentów.

Stan zatrudnienia lekarzy anestezjologów i pielęgniarek anestezjologicznych był zgodny z wymogami określonymi w standardach organizacyjnych opieki zdrowotnej w dziedzinie Anestezjologii i Intensywnej Terapii<sup>11</sup>, o których mowa w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii<sup>12</sup>.

W Szpitalu przestrzegano bezpiecznych norm czasu pracy lekarzy i pielęgniarek udzielających świadczeń zdrowotnych z zakresu AiT.

Szpital spełniał wymagania dotyczące wyposażenia OAiT i BO w wyrobki medyczne. Objęta analizą aparatura medyczna znajdująca się w tych oddziałach, była poddawana okresowym przeglądom technicznym w wymaganych przez producentów terminach.

W toku kontroli stwierdzono następujące nieprawidłowości:

-nieosiągnięcie wskaźnika 2% liczby łóżek w OAiT w stosunku do liczby wszystkich łóżek w Szpitalu,

-nieokreślenie procedury przygotowania pacjenta do znieczulenia, w tym wykazu badań diagnostycznych, laboratoryjnych, w celu bezpiecznego przeprowadzenia zabiegu w trybie natychmiastowym, pilnym, przyspieszonym - procedury te opracowano w trakcie czynności kontrolnych,

<sup>3</sup> Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

<sup>4</sup> Dalej OAiT.

<sup>5</sup> Dalej BO.

<sup>6</sup> Łączna liczba stanowisk intensywnej terapii w dwóch salach nadzoru anestezjologicznego.

<sup>7</sup> OAiT wyposażony został w izolatkę od 11.09.2020 r.

<sup>8</sup> Działalność w Szpitalu od 2013 r.

<sup>9</sup> <http://nowa.wszp.pl/chir-nacz/>.

<sup>10</sup> Szpitalny Oddział Ratunkowy.

<sup>11</sup> Dalej, AiT.

<sup>12</sup> Dz. U. z 2020 r., poz. 940 ze zm., dalej, rozporządzenie w sprawie standardów w dziedzinie AiT.

-w jednym przypadku (na 223 wpisy w Księgach Bloku Operacyjnego<sup>13</sup> objęte analizą) ten sam lekarz, w tym samym czasie, znieczulił dwóch pacjentów,

-w latach 2018, 2019 i 2020 (do 11.09. 2020 r.) nie zorganizowano w OAiIT izolátky, wymaganej przepisem § 4 ust. 5 rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT,

-analiza dokumentacji medycznej 30 pacjentów (po 10 z miesiąca: marca 2018 r., czerwca 2019 r. i września 2020 r.), poddanych w BO znieczuleniu, a także grafików pracy lekarzy OAiIT z tych miesięcy wykazała, że w czterech przypadkach znieczulenia dokonali lekarze w trakcie specjalizacji, pomimo nieodbycia przez tych lekarzy co najmniej 2-letniego szkolenia w ramach specjalizacji w dziedzinie AiIT,

-niezapewnienie w dniu 6.06.2019 r. podczas dyżuru nocnego w OAiIT od godz. 14.35 do 7.00 dnia następnego obecności lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii,

-nierzetelnie prowadzona dokumentacja medyczna - w dwóch sprawach, na 30 zbadanych, w dokumentacji medycznej nie zamieszczono okołoperacyjnej karty kontroli, w 21 zbadanych sprawach, karty przebiegu znieczulenia wypełnione zostały w sposób niekompletny, poza tym stwierdzono braki danych w zapisach w Księgach Bloku Operacyjnego.

Sale łózkowe OAiIT oraz sale nadzoru poznieczuleniowego nie spełniały wymagań przestrzennych określonych w rozporządzeniu w sprawie standardów w dziedzinie AiIT. Jednakże zgodnie z postanowieniami tego rozporządzenia, Szpital zobowiązany jest do dostosowania się do tych wymagań w terminie do końca 2022 r.

### **III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe<sup>14</sup> kontrolowanej działalności**

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

##### **1. Organizacja OAiIT i BO.**

a) Szpital wpisany jest od 14.05.1993 r. do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą<sup>15</sup>, prowadzonego przez Wojewodę Podkarpackiego, pod numerem: 000000010152<sup>16</sup>. Szpital rozpoczął działalność leczniczą od 14.05.1993 r. Kod resortowy charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej, stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych:

-4260 - OAiIT - rozpoczęcie działalności 14.05.1993 r.

-4910 - BO- rozpoczęcie działalności 29.10.2008 r.

Zmiany wpisu do RDWPL w zakresie OAiIT dokonano 8.01.2020 r.<sup>17</sup>

Finansowanie odbywało się na podstawie umów zawartych z Podkarpackim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia w Rzeszowie<sup>18</sup>.

W RPWDL wskazano zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych w OAiIT: HC.1.1 Leczenie stacjonarne, HC.4.4 Usługi w zakresie dializowania, HC.6.7. Oświata i promocja zdrowia, HC.R.2 Kształcenie i szkolenie personelu medycznego.

<sup>13</sup> Analiza dotyczyła wpisów operacji dokonanych w marcu 2018 r., czerwcu 2019 r., wrześniu 2020 r.

<sup>14</sup> Oceny cząstkowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena cząstkowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

<sup>15</sup> Dalej RPWDL.

<sup>16</sup> <https://rpwdl.ezdrowie.gov.pl/RPM/DetailsConfirm?Id=9124>.

<sup>17</sup> Zmiana dotyczyła zwiększenia liczby łózek w OAiIT do 11 sztuk.

<sup>18</sup> Dalej NFZ.

(akta kontroli str. 3-8)

b) W Szpitalu obowiązywał Regulamin Organizacyjny<sup>19</sup> stanowiący załącznik nr 1 do Zarządzenia nr 116/2016 z dnia 19.10.2016 r.<sup>20</sup> Ostatnie zmiany dokonano uchwałą nr 12/2021 z dnia 24.05.2021 r. Rady Społecznej Szpitala i zarządzeniem nr 107/2021 z dnia 24.05.2021 r. W trakcie czynności kontrolnych NIK załącznikiem nr 1 do zarządzenia nr 118 z dnia 18.06.2021 r. tekst Regulaminu został ujednoczony<sup>21</sup>.

Szpital w ramach swojej struktury organizacyjnej miał OAiIT oraz BO. W Regulaminie przypisane zostały zadania m.in. do OAiIT i BO. Do zadań OAiIT należało w szczególności: wykonywanie konsultacji anesteziologicznych przedoperacyjnych, umożliwiających optymalne przygotowanie chorego do zabiegu operacyjnego, zabezpieczenie wykonywania zabiegów operacyjnych pod względem anesteziologicznym w BO, Sali Cięć Cesarskich, zabezpieczanie interwencji anesteziologicznych w innych punktach Szpitala (Szpitalny Oddział Ratunkowy<sup>22</sup>, sala porodowa, gabinety zabiegowe, poradnie diagnostyczne), opieka nad pacjentami w sali wybudzeń, badanie i kwalifikacje chorych kierowanych do OAiIT, konsultacje, diagnostyka i leczenie pacjentów z zespołami bólowymi w innych komórkach organizacyjnych Szpitala, diagnostyka i leczenie zespołów chorobowych, niewydolność krążenia i/lub układu oddechowego wymagająca wentylacji kontrolowanej lub wspomaganej. Zgodnie z zapisami § 14, pkt 7 Regulaminu, za organizację i funkcjonowanie oddziału szpitalnego pod względem merytorycznym, organizacyjnym i ekonomicznym odpowiadał Kierownik OAiIT, oraz jeżeli jest powołany, Zastępca Kierownika, który bezpośrednio podlega Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.

Głównym zadaniem BO było w szczególności zabezpieczenie wykonywania zabiegów operacyjnych w trybie planowanym i pilnym. W okresie objętym kontrolą OAiIT był zakwalifikowany do drugiego poziomu referencyjnego.

(akta kontroli str. 9-14)

c) Według dokumentów organizacyjnych liczba łóżek w OAiIT w odniesieniu do ogólnej liczby łóżek w Szpitalu w latach 2018-2020 kształtowała się następująco:

-10/852 (1,17%) - na podstawie Zarządzenia nr 39/2017 Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala im. Św. Ojca Pio w Przemyślu z dnia 13 kwietnia 2017 r.,

-10/732 (1,36%) - na podstawie Zarządzenia nr 99/2018 Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala im. Św. Ojca Pio w Przemyślu z dnia 30 lipca 2018 r.,

-10/744 (1,34%) - na podstawie Zarządzenia nr 87/2018 Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala im. Św. Ojca Pio w Przemyślu z dnia 6 lipca 2018 r.,

-10/742 (1,34%) - na podstawie Zarządzenia nr 98/2019 Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala im. Św. Ojca Pio w Przemyślu z dnia 26 sierpnia 2019 r.,

-11/600 (1,83%) - na podstawie Zarządzenia nr 189/2020 Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala im. Św. Ojca Pio w Przemyślu z dnia 25 września 2020 r.,

-11/560 (1,96%) - na podstawie Zarządzenia nr 119/2021 Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala im. Św. Ojca Pio w Przemyślu z dnia 17 czerwca 2021 r.

Jak wyjaśniła Dyrektor Szpitala, w latach 2018, 2019 warunki lokalowe OAiIT umożliwiały rozwinięcie bazy łóżkowej maksymalnie do 10, z czego osiem było wyposażone w niezbędny sprzęt do funkcjonowania.

<sup>19</sup>bip.wszp.pl/wp-content/uploads/2020/06/t.j.-Regulamin-Organizacyjny-do-zarządzenia-z-24.05.2021r..pdf.

<sup>20</sup> Dalej Regulamin.

<sup>21</sup><http://bip.wszp.pl/wp-content/uploads/2020/06/t.j-Regulamin-Organizacyjny-do-zarządzenia-nr-118-z-dnia-18.06.2021r..pdf>.

<sup>22</sup> Dalej SOR.

W kontrolowanym okresie Szpital nie spełniał wymogu określonego w § 4 ust. 3 rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT, zgodnie z którym, liczba łóżek na OAiIT powinna stanowić, co najmniej 2% ogólnej liczby łóżek w Szpitalu – szczegółowy opis w sekcji *Stwierzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 7, 24-31, 243-244, 233-242)

d) Szpital, w okresie objętym kontrolą, posiadał ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej. Zakres ubezpieczenia OC podmiotu wykonującego działalność leczniczą na terytorium RP, za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych, albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych, wyrządzone działaniem lub zaniechaniem ubezpieczonego, które miało miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej. W kolejnych latach okresu objętego kontrolą suma ubezpieczenia wynosiła odpowiednio: 600.000,00 zł, 800.000,00 zł, 2.150.800,00 zł, składka należna - 84.000,00 zł, 106.700,00 zł, 440.000,00 zł.

(akta kontroli str. 16-23)

e) Lekarz sprawujący funkcję kierownika OAiT, stosownie do postanowień § 4 ust. 10 rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT, miał kwalifikacje specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii, tj.: posiadał specjalizację II stopnia w dziedzinie AiIT.

Zgodnie z Regulaminem organizacyjnym Szpitala, OAiT kierował lekarz niebędący ordynatorem, w związku z tym w myśl przepisu art. 49 ust. 1 pkt 7 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej<sup>23</sup> Szpital nie przeprowadził konkursu na to stanowisko.

(akta kontroli str. 32-66)

f) Pielęgniarka oddziałowa OAiT miała kwalifikacje, określone w § 4 ust. 11 rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT, tj. dyplom pielęgniarki oraz ukończyła specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa w anestezjologii i intensywnej opiece<sup>24</sup>. Była zatrudniona w pełnym wymiarze czasu pracy na podstawie umowy o pracę na stanowisku p.o. pielęgniarka oddziałowa od 16.06.2017 r.

(akta kontroli str. 67-76)

g) W latach objętych kontrolą nie były przeprowadzone kontrole funkcjonowania OAiT oraz BO przez organ prowadzący rejestr, przez NFZ, czy też kontrole przeprowadzone lub zlecone przez ministra właściwego ds. zdrowia.

Państwowa Inspekcja Sanitarna przeprowadziła kontrole Szpitala w zakresie OAiT oraz BO, i tak:

-w 2018 r. - przeprowadzono cztery kontrole w BO<sup>25</sup> - w ich wyniku nakazano m.in. doprowadzenie do odpowiedniego stanu sanitarno-higienicznego podłogi, ściany, sufity, drzwi, stoły operacyjne, łóżka, materace, wózek anestezjologiczny. Zalecono opracowanie i podpisanie Procedury wykonywania badań kontrolnych pacjentów naświetlonych dawką promieniowania jonizującego (...), zapewnienie braku wpływu stołu operacyjnego na obraz diagnostyczny uzyskiwany podczas badań rtg, wyposażenie BO w sprawne fartuchy ochronne,

-w 2019 r. - przeprowadzono sześć kontroli<sup>26</sup>, z tego cztery w BO, dwie w OAiT – w ich wyniku stwierdzono m.in., brak izolatki w OAiT, zalecono zakup sprzętu ochronnego niezbędnego dla właściwej ochrony przed promieniowaniem

<sup>23</sup> Dz. U. z 2021 r., poz. 711 ze zm.

<sup>24</sup> Złożenie egzaminu specjalizacyjnego 17.11.1995 r., Centrum Edukacji Medycznej i Centrum Zdrowia Dziecka.

<sup>25</sup> Nr protokołu: SR.9026.1.56.2018 z 11.06.2018 r., PSE.450-1-1/4/18 z 10.07.2018 r., PSE.450-1-1/4/18/18 z 16.08.2018 r., SR.9026.3.24.2018 z 17.12.2018 r.

<sup>26</sup> Nr protokołu: 9020.2.5.2019 z 31.01.2019 r., PSE.40-1/2/19 z 12.02.2019 r., PSE.40-1/3/19 z 27.03.2019 r. PSE.40-1/2/19 z 16.04.2019 r., SR.9026.1.97.2019 z 09.12.2019 r., SR.9020.2.94.2019.

jonizującym osób postronnych oraz personelu, który przebywa w zasięgu, gdzie występuje promieniowanie X pochodzące od aparatu rtg Agfa NV DR100e, uaktualnienie instrukcji BHP przy pracach związanych z narażeniem na pole elektromagnetyczne, wykaz urządzeń będących źródłami pola elektromagnetycznego ze szczegółową charakterystyką,

-w 2020 r. - przeprowadzono dwie kontrole BO<sup>27</sup> i dwie kontrole OAiT<sup>28</sup>,

-W 2021 r. – przeprowadzono jedną kontrolę BO<sup>29</sup>.

Zakres przedmiotowy kontroli w OAiT dotyczył spełnienia wymagań higienicznych i zdrowotnych dla pomieszczeń i urządzeń ww. oddziału w związku z przeprowadzonym w ramach zadania pod nazwą: "Modernizacja Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii w Wojewódzkim Szpitalu im. Św. Ojca Pio w Przemyślu", remontem pomieszczeń. W ramach zaleceń, uwag i wniosków zawarto uwagę, że przed przystąpieniem do użytkowania pomieszczeń OAiT poszczególne pomieszczenia należy doposażyć z niezbędny sprzęt i urządzenia sanitarne stosownie do funkcji użytkowej, posiadające wymagane atesty higieniczne.

(akta kontroli str. 126-221)

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

a) W Szpitalu obowiązywała od 11.08.2015 r. Procedura medyczna "Przygotowanie pacjenta do zabiegu operacyjnego w trybie planowym", zatwierdzona przez Dyrektora ds. Lecznictwa. Zakres powyższej procedury obejmował przygotowanie osoby dorosłej i dziecka do zabiegu w trybie planowym i prowadzenie dokumentacji medycznej. Przygotowanie fizyczne do zabiegu operacyjnego obejmowało m.in. wykonanie badań diagnostycznych i laboratoryjnych, konsultację anestezjologiczną, rozmowę z lekarzem operatorem. Dokumenty związane z Procedurą medyczną "Przygotowanie pacjenta do zabiegu operacyjnego w trybie planowym", stanowiły procedury: PE-1 "Higiena rąk", PM-3 "Udzielanie informacji o stanie zdrowia pacjenta, jego prawach i obowiązkach oraz zasady uzyskiwania zgody na przyjęcie i leczenie w szpitalu/poradni/zakładzie", PM-7 "Zasady postępowania z dostępem naczyniowym". Procedura do planowego zabiegu operacyjnego nie zawierała adnotacji i podpisu osoby kierującej OAiT potwierdzającego, że została ona wprowadzona w porozumieniu z tą osobą.

W Szpitalu nie określono procedury przygotowania pacjenta do znieczulenia w trybie natychmiastowym, pilnym i przyspieszonym, co było niezgodne z § 9 pkt 1 rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT - szczegółowy opis w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 86-94)

b) Dyrektor Szpitala ustaliła sposób komunikacji alarmowej, o którym mowa w przepisie § 9 pkt 2 rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT, polegający, jak wyjaśniła, na udostępnieniu telefonów służbowych. Poza tym każdy z pracowników dysponował służbową pocztą elektroniczną służącą do bieżących kontaktów.

(akta kontroli str. 233-242)

c) Celem sprawdzenia, czy lekarz wykonujący znieczulenia, w tym samym czasie znieczulał tylko jednego pacjenta, dokonano analizy 223 zapisów zawartych w Księgach Bloku Operacyjnego, tj.:

<sup>27</sup> Nr protokołu PSE.40-1-2/19/20 z 5.02.2020 r., SR.9020.1.59.2020 z 29.07.2020 r.

<sup>28</sup> Nr protokołu PSNZ.4640-27/2020 z 09.11.2020 r., PSNZ.4641-25/2020 z 23.11.2020 r.

<sup>29</sup> Nr protokołu PSE.9020.1.2.2021 z 12.02.2021 r.

90 wpisów z okresu 2-30 marca 2018 r.

65 wpisów z okresu 1-30 czerwca 2019 r.

68 wpisów z okresu 1-30 września 2020 r.

Analizą objęto: sześć ksiąg z bloku operacyjnego, Ortopedia, sale operacyjne 1 i 2, pięć ksiąg z bloku operacyjnego Chirurgia, sale operacyjne 2, 3, 5, 6, pięć ksiąg z bloku operacyjnego Urologia, sale operacyjne 3, 5, 6.

Ustalono, że podczas operacji (objętych analizą) z lekarzem anestezjologiem współpracowała pielęgniarka anestezjologiczna.

W jednym przypadku ten sam lekarz w tym samym czasie znieczulał dwóch pacjentów, co było niezgodne z przepisem § 9 pkt 9 rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT - szczegółowy opis w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 111-125, 223)

d) Pacjenci po operacji przeprowadzonej w BO, byli umieszczani w sali nadzoru poznieczuleniowego, stosownie do postanowień § 9 pkt 16 rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT. Powyższego ustalenia dokonano na podstawie analizy dokumentacji medycznej 30 osób operowanych w miesiącach marzec 2018 r., czerwiec 2019 r., wrzesień 2020 r. oraz planów architektonicznych Szpitala, w tym przestrzennego rozmieszczenia pomieszczeń BO, z których wynikało, że Szpital posiadał sale nadzoru poznieczuleniowego.

W dokumentach pn. karta znieczulenia, w zbadanych sprawach odnotowano godzinę przybycia pacjenta do sali nadzoru poznieczuleniowego oraz godzinę jego przetransportowania na właściwy oddział szpitalny, wraz z podpisami personelu nadzorującego w tym czasie pacjenta.

(akta kontroli str. 228-230, 259-268)

e) W okresie objętym kontrolą, był przestrzegany standard organizacyjny określony w § 11 pkt 6 rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT, tj. w OAiIT na stanowisku nadzoru pielęgniarskiego zapewniona była możliwość obserwacji bezpośredniej pacjentów w stosunku do których dzielano świadczeń zdrowotnych z zakresu intensywnej terapii. Zarówno przed, jak i po modernizacji OAiIT, zakończonej protokołem końcowego odbioru robót 11.09.2020 r., osiem, a następnie 11 stanowisk do intensywnej terapii zlokalizowano w jednej sali, przedzielonej przeszklonymi, przesuwными drzwiami. Stanowiska nadzoru pielęgniarskiego były usytuowane na środku każdej z dwóch części ww. sali, w taki sposób, że umożliwiały dobrą widoczność pacjentów poddanych intensywnej terapii. Także w izolatce zorganizowano stanowisko nadzoru pielęgniarskiego, na wprost łóżka pacjenta.

W sali pooperacyjnej Oddziału Chirurgii Naczyniowej zorganizowano cztery stanowiska wraz z konsolą na środku pomieszczenia dla pielęgniarki anestezjologicznej, skąd była możliwość pełnej obserwacji przebywających tam pacjentów.

(akta kontroli str. 96, 225-226, 296-298, 381)

f) Po zakończeniu zadania pn. "Modernizacja Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii - II etap- mieszczącego się w budynku E, Wojewódzkiego Szpitala im. Św. Ojca Pio w Przemyślu przy ul. Monte Cassino 18, 37-700 Przemyśl (...)" i dokonaniu końcowego odbioru robót 11.09.2020 r. zgodnie z postanowieniami § 11 pkt 7 rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT, była zapewniona możliwość izolacji pacjentów poddanych intensywnej terapii, w oddzielnym, zaopatrzonym w służbę pomieszczeniu i bezpośredni nadzór pielęgniarki anestezjologicznej oraz dostępność wyrobów medycznych monitorujących



i terapeutycznych, niezbędnych do wykonywania specjalistycznych interwencji w stanach zagrożenia życia. W trakcie pandemii licząca 174,4 m<sup>2</sup> sala intensywnej terapii została podzielona przeszklonymi i przesuwными drzwiami, na dwie mniejsze celem zorganizowania pomieszczenia dla osób chorych na COVID-19.

W okresie 2018-2020 (do dnia zakończenia modernizacji OAiIT) nie zorganizowano izolatki z uwagi na brak możliwości lokalowych, stosowano inne rozwiązania w sytuacji konieczności izolacji pacjenta, jak np. wykorzystywano przenośne parawany, mające na celu odizolowanie konkretnego stanowiska od pozostałych pacjentów.

(akta kontroli str. 96-97, 212-217, 225-226, 383-416)

g) Zgodnie z oświadczeniem Kierownika OAiIT od 2016 r. przeprowadzana była ocena jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych w OAiIT w obecności wszystkich lekarzy. W jej trakcie prezentowano aktualne zalecenia Polskiego Towarzystwa Anestezjologicznego i Intensywnej Terapii, stanowisko Konsultanta Krajowego w ww. dziedzinie, oceniano kompletność dokumentacji medycznej i występujące zdarzenia medyczne. Oceny dokonywano w formie dyskusji, kilka razy w ciągu roku.

Jak wyjaśniła Dyrektor Szpitala, z informacji uzyskanych od Kierownika OAiIT wynikało, że od 2016 r. zgłaszany był postulat odnośnie potrzeby zwiększenia liczby miejsc na OAiIT oraz zakupienia nowoczesnego sprzętu do intensywnej terapii. W ocenie Kierownika OAiIT postulaty zostały zrealizowane poprzez całkowitą przebudowę OAiIT oraz wyposażenie wszystkich stanowisk intensywnej terapii w nowoczesny sprzęt.

NIK zauważyła, 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 wskazane jest, aby miała ona formę pisemną w celu udokumentowania i usystematyzowania wynikających z niej ewentualnych wniosków, które możnaby przedłożyć na doskonalenie jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych.

(akta kontroli str. 95, 233-257)

h) W Szpitalu obowiązywała instrukcja pn. "Postępowanie z brudnym łóżkiem w oddziale" wprowadzona Zarządzeniem nr 45/2015 Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala im. Św. Ojca Pio w Przemyślu z dnia 7 maja 2015 r. w sprawie wprowadzenia instrukcji postępowania podczas sprzątan. Ww. Zarządzeniem wprowadzono siedem instrukcji, w tym "Postępowanie z brudnym łóżkiem w oddziale 1-2". Celem tej instrukcji było właściwe przygotowanie łóżka do przyjęcia pacjenta, określenie zasad postępowania z łóżkiem zakaźnym, określenie osób odpowiedzialnych za nadzór i dezynfekcję. Instrukcja obejmowała wszystkie oddziały szpitalne. Instrukcję tą umieszczono w wersji elektronicznej w lokalizacji: Mój komputer/Dysk W/Dokumenty szpitalne/zarządzenia wewnętrzne/procedury /instrukcje.

Zarządzeniem nr 111/2021 Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala im. Św. Ojca Pio w Przemyślu z dnia 1.06. 2021 r. wprowadzone zostało II wydanie instrukcji I-2 pt. "Postępowanie z brudnym łóżkiem w oddziale". Celem instrukcji było: określenie zasad postępowania z łóżkiem brudnym, określenie osób odpowiedzialnych za nadzór i dezynfekcję. Z instrukcji wynikało, że łóżko po wypisie pacjenta należy przygotować do mycia i dezynfekcji poprzez ściągnięcie bielizny pościelowej. Dezynfekcję należało przeprowadzić w sali chorych używając do tego środka myjąco-dezynfekcyjnego, który jest nieszkodliwy dla pacjentów (...), w przypadkach szczególnych, tj. przy mocniejszych zabrudzeniach (...), łóżko może zostać przetransportowane do myjni w celu jego umycia i dezynfekcji.

Do obydwu ww. procedur pn. "Postępowanie z brudnym łóżkiem w oddziale" załączono formularz pn. Karta dezynfekcji łóżek, szafek, materacy w oddziale, w którym należało odnotować: datę, nr sali, łóżko, szafkę, materac, środek, stężenie - całość wpisu należało opatrzyć podpisem wykonawcy tych czynności. Kierownik Działu Higieny odpowiadał za wdrożenie instrukcji i nadzór nad jej realizacją. Częstotliwość dezynfekcji determinowały zdarzenia wymagające jej przeprowadzenia.

(akta kontroli str. 98-110)

### **3. Lokalizacja pomieszczeń oraz wymagania przestrzenne pokoi łóżkowych w OAiT oraz w sali nadzoru poznieczuleniowego.**

a) W Szpitalu zorganizowana była sala nadzoru poznieczuleniowego, zlokalizowana w obrębie BO. Stanowiła ją jedna sala podzielona przesuwaną ścianą na dwie przestrzenie dla zabiegów aspetycznych i septycznych, z odpowiednio pięcioma i czterema łózkami. W salach tych, stosownie do postanowień § 9 pkt 16 rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiT, umieszczano pacjentów w bezpośrednim okresie pooperacyjnym. Oprócz BO, dwie sale operacyjne zorganizowano także w ramach Oddziału Chirurgii Naczyniowej wraz z salą nadzoru poznieczuleniowego z czterema łózkami. Pacjentów, w salach nadzoru poznieczuleniowego, nadzorowały pielęgniarki anestezyjologiczne.

(akta kontroli str. 296-298, 381-382)

b) Usytuowanie OAiT zapewniało komunikację z BO, SOR, lub oddziałem przyjęć i pomocy doraźnej oraz ze wszystkimi oddziałami łóżkowymi. Przewożenie pacjentów z innych części budynku w tym z SOR, BO na OAiT było możliwe poprzez ciągi korytarzy, wind i pochylni. Nie występowały bariery architektoniczne, które ograniczałyby lub uniemożliwiały komunikację. Windy znajdujące się na poziomie "0" Szpitala zostały oznakowane jako *ogólnodostępne i do przewozu pacjentów*. Korytarze pomiędzy poszczególnymi częściami budynku Szpitala (połączonymi w jedną zorganizowaną całość) umożliwiały transport pacjentów bez ograniczeń.

(akta kontroli str. 282, 296-298)

c) W latach 2018-2020 w wielostanowiskowych salach:

-nadzoru anestezyjologicznego OAiT o powierzchni w 2018 r. - 123,3 m<sup>2</sup>, w 2019 r. - 123,3 m<sup>2</sup> w 2020 r. - 174,4 m<sup>2</sup> i liczbie łóżek, odpowiednio: 8, 8, 11 na jedno stanowisko przypadało odpowiednio: 15,41 m<sup>2</sup>, 15,41 m<sup>2</sup> i 15,85 m<sup>2</sup>,

-w dwóch salach wybudzeniowych BO o powierzchni w 2018 r. - 51,00 m<sup>2</sup>, w 2019 r. - 51,00 m<sup>2</sup> i w 2020 r. - 41,20 m<sup>2</sup> i ilości łóżek odpowiednio: 5, 5 i 4 na jedno stanowisko przypadało odpowiednio 10,2 m<sup>2</sup>, 10, 2 m<sup>2</sup>, i 10,3 m<sup>2</sup>,

-w Oddziale Chirurgii Naczyniowej w sali nadzoru anestezyjologicznego o pow. 39,30 m<sup>2</sup>, i ilości 4 łóżek, na jedno stanowisko przypadało 9,82 m<sup>2</sup>,

-w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym z Pododdziałem Ginekologii Onkologicznej, w sali wybudzeniowej o pow. 40,25 m<sup>2</sup> i ilości 3 łóżek, na jedno stanowisko przypadało 13,42 m<sup>2</sup>.

W związku z powyższym w latach 2018-2020 nie został spełniony warunek wymagań przestrzennych określony w części I załącznika nr 1 rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiT, zgodnie z którym, powierzchnia pokoi łóżkowych dla pokoju wielostanowiskowego powinna wynosić, co najmniej 16,0 m<sup>2</sup>, na jedno stanowisko.

Zgodnie z § 17 ust. 1 rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiT, podmioty lecznicze prowadzące szpitale, które w dniu wejścia w życie niniejszego

rozporządzenia nie spełniają wymagań określonych w załączniku nr 1 do rozporządzenia, dostosują się do tych wymagań do dnia 31 grudnia 2022 r.

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, m.in. że: (...) pomieszczenia w sali nadzoru anestezjologicznego zostały zorganizowane i funkcjonowały od początku istnienia Szpitala. W 2019 roku i w 2020 roku Szpital otrzymał dotacje celowe z Urzędu Marszałkowskiego<sup>30</sup>, na modernizację OAiT.

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że dzięki wykonanemu remontowi w obrębie Oddziału znajduje się 10 stanowiskowa<sup>31</sup> sala o powierzchni 174,4 m<sup>2</sup> (17,44m<sup>2</sup> na stanowisko) oraz jedna izolatka o powierzchni 25 m<sup>2</sup>. W związku z powyższym obecnie Szpital spełnia wymogi rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT. W odniesieniu do sal wybudzeniowych BO, Szpital wielokrotnie ubiegał się z wnioskami o przyznanie środków na sfinansowanie remontu BO w celu spełnienia wymogów. Niestety, z powodu braku środków finansowych nie dostosowano pomieszczeń do powyższego rozporządzenia.

W odniesieniu do Oddziału Chirurgii Naczyniowej utworzenie czterolóżkowej sali wynikało z bardzo dużego zapotrzebowania na wykonanie operacji w obrębie Bloku Operacyjnego Chirurgii Naczyniowej. W 2020 roku wykonano 1500 zabiegów, a w pierwszym półroczu 2021 roku wykonano już 800 zabiegów, co daje ponad 4 zabiegi dziennie. Poprzez odstęp czasowy pomiędzy zabiegami nie ma możliwości, aby w tym samym momencie, na sali wybudzeń znajdowało się czterech pacjentów.

W przypadku Oddziału Ginekologiczno-Położniczego z Pododdziałem Ginekologii Onkologicznej w sali wybudzeniowej w ciągłym użytku są dwa łóżka, jedno z nich jest łóżkiem rezerwowym przeznaczonym do wykonywania cięć cesarskich. Średnio na oddziale przyjmowanych są trzy porody, w tym maksymalnie jeden z cięcia cesarskiego. Tak więc nie występują przypadki, aby na sali wybudzeń cięć cesarskich w tym samym czasie były więcej niż dwie pacjentki w ciągu dnia. Oddział Ginekologiczno-Położniczy z Pododdziałem Ginekologii Onkologicznej jest połączony bezpośrednio z BO, gdzie istnieje możliwość wykonania cięcia cesarskiego.

(akta kontroli str. 111-125, . 225-226, 229, 383-417)

d) Po modernizacji zakończonej protokołem końcowym odbioru robót z 11.09.2020 r. OAiT został wyposażony w izolatkę, o której mowa § 4 ust. 5 rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT. Izolatka dostępna była z traktów komunikacji OAiT, posiadała służbę umożliwiającą umycie rąk, przebieranie się i składowanie materiałów izolacyjnych, jak również odrębne stanowisko nadzoru pielęgniarki anestezjologicznej. W okresie pandemii COVID-19 wielostanowiskowa sala OAiT została podzielona przesuwną ścianą na dwie części, celem wyodrębnienia dodatkowej septycznej przestrzeni nadzoru anestezjologicznego dla pacjentów tzw. "covidowych". W dniu dokonania oględzin OAiT<sup>32</sup> w izolatce nie było pacjenta, natomiast w części septycznej przebywało dwóch pacjentów cierpiących na COVID-19. W okresie od 2018 r. do 11.09.2020 r. Szpital nie dysponował izolatką w OAiT - szczegółowy opis w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 96-97, 225-226, 383-416, 296-298)

e) Szpital spełniał wymagania określone w § 14 ust. 1 i 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego

<sup>30</sup> Umowa nr OZ-I. 14/19 z dnia 8 marca 2019 roku na Modernizację Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii (I etap) Umowa nr OZ-I. 15/20 z dnia 25 lutego 2020 roku na Wykonanie modernizacji Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii (II etap).

<sup>31</sup> W toku oględzin ustalono, że w OAiT znajdowało się 11 stanowisk łóżkowych.

<sup>32</sup> 22.06.2021 r.

działalność leczniczą<sup>33</sup>, w myśl którego, zapewniona została możliwość przeprowadzania w lokalizacji, rozumianej jako zespół budynków oznaczonych tym samym adresem i tworzących funkcjonalną całość, całodobowych niezbędnych badań radiologicznych i laboratoryjnych.

W Zakładzie Diagnostyki Laboratoryjnej i Mikrobiologii wykonywanie badań zapewniali pracownicy Szpitala, zatrudnieni na podstawie umowy o pracę.

W Zakładzie Rentgenodiagnostyki wykonywanie badań radiologicznych zapewniali pracownicy Szpitala, a oprócz tego osoby zatrudnione na podstawie umowy cywilnoprawnej (kontrakt).

(akta kontroli str. 283-295, 585)

f) Na podstawie oględzin ustalono, że pomieszczenia OAiIT spełniały wymagania określone w rozporządzeniu w sprawie szczegółowych wymagań, i tak:

-mieściły się na III piętrze budynku,

-na OAiIT były windy umożliwiające komunikację m.in. z BO, który położony był na piętrze II tuż pod OAiIT, z SOR-em i innymi oddziałami szpitalnymi poprzez ciąg przestronnych korytarzy. Możliwe także było wejście na OAiIT klatką schodową,

-zespoły pomieszczeń stanowiące OAiIT nie były ciągami przechodnimi, wejście na oddział ograniczone było tylko dla upoważnionych osób, poprzez drzwi otwierane na szyfr (§ 15), na OAiIT wchodziło się przez przedsionek zaopatrzone w umywalkę z ciepłą i zimną wodą, dozownik z mydłem i preparatem dezynfekującym, pojemnik z ręcznikami jednorazowymi, z korytarza OAiIT wchodziło się do poszczególnych jego pomieszczeń,

-podłogi i połączenia ścian z podłogami wykonane były z materiałów umożliwiających ich mycie i dezynfekcję (§ 30 ust. 1 i 2),

-łóżka były dostępne z czterech stron, w tym z dwóch dłuższych, a odstępy pomiędzy łóżkami umożliwiały swobodny dostęp do pacjentów (§18 ust. 1 i § 19),

-każde stanowisko do intensywnej terapii było wyposażone w aparaty i urządzenia medyczne wymagane przepisami „wyposażenie w wyroby medyczne” części I załącznika nr 1 rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT,

-10 łóżek znajdowało się w sali wielostanowiskowej, która była wyposażona w umywalkę z ciepłą i zimną wodą, dozownik z mydłem w płynie, pojemnik z płynem dezynfekującym oraz pojemnik z ręcznikami jednorazowymi (§ 24),

-zgodnie z postanowieniami § 11 pkt 7 rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT, była zapewniona możliwość izolacji pacjentów poddanych intensywnej terapii<sup>34</sup>,

-sala OAiIT była wyposażona w urządzenia umożliwiające obserwację pacjentów (§ 29),

-szerokość drzwi umożliwiała ruch pacjentów na łóżkach (§ 33),

-w pokojach łóżkowych OAiIT zastosowano klimatyzację (§ 38), zgodnie z oświadczeniem Kierownika Działu Technicznego i Aparatury Medycznej Szpitala, instalacje oraz urządzenia wentylacji mechanicznej i klimatyzacji, poddawano okresowemu przeglądowi, czyszczeniu lub dezynfekcji oraz wymianie filtrów zgodnie z zaleceniami i obowiązującymi przepisami, jednak nie rzadziej, niż co 12 miesięcy, czynności te dokumentowano w protokołach (§ 40).

Wyżej opisany stan dotyczył okresu po zakończeniu modernizacji OAiIT, tj. od 11.09.2020 r.

Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Przemyślu<sup>35</sup> przeprowadziła kontrolę OAiIT 23.11.2020 r., uwag nie wniesiono. W protokole z kontroli OAiIT

<sup>33</sup> Dz. U. z 2019 r., poz. 595 ze zm., dalej rozporządzenie w sprawie szczegółowych wymagań

<sup>34</sup> W izolacji znajdowało się jedno łóżko.

<sup>35</sup> Dalej PSSE.

z 27.03.2019 r.<sup>36</sup> zakwestionowano brak izolatki. Po modernizacji OAiIT, PSSE dokonała odbioru obiektu pod względem sanitarnym. W protokole kontroli z 23.11.2020 r.<sup>37</sup> zapisano, iż nie stwierdzono nieprawidłowości. Zalecono doposażenie OAiIT w niezbędny sprzęt i urządzenia sanitarne stosownie do funkcji użytkowej.

(akta kontroli str. 96,169-171, 212-221, 225-226, 232, 296-298, 383-416)

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

a) Na podstawie analizy grafików pracy lekarzy w marcu 2018 r., czerwcu 2019 r. i wrześniu 2020 r. ustalono, że w podstawowych godzinach ordynacji OAiIT była zapewniona odpowiednia liczba lekarzy specjalistów AiIT mogących zabezpieczyć stałą ich obecność w oddziale na stanowiskach intensywnej terapii oraz w sali nadzoru poznieczuleniowego. W latach 2018-2020 świadczenia zdrowotne w OAiIT w godzinach 7.00-14.35 wykonywało przeciętnie 8-9 lekarzy specjalistów AiIT<sup>38</sup>, oprócz tego jeden lekarz anestezjolog<sup>39</sup>, oraz lekarze w trakcie specjalizacji w dziedzinie AiIT. W OAiIT w latach 2018-2020<sup>40</sup> zatrudniono następującą liczbę lekarzy specjalistów w dziedzinie AiIT, odpowiednio: 9, 11, 10. W okresie tym zatrudniony był jeden lekarz anestezjolog oraz lekarze w trakcie specjalizacji, w liczbie odpowiednio: 6, 5, 4. Dwóch z nich 29.10.2019 r. uzyskało tytuł specjalisty w dziedzinie AiIT.

Na podstawie analizy grafików pracy lekarzy w marcu 2018 r., czerwcu 2019 r. i wrześniu 2020 r. ustalono, że:

- w 2018 r. dyżury nocne oraz w soboty i niedziele w 24 przypadkach zabezpieczał jeden lekarz specjalista w dziedzinie AiIT wspomagany lekarzem anestezjologiem<sup>41</sup>, lub lekarzami w trakcie specjalizacji, którzy odbyli co najmniej 2-letnie szkolenie w ramach specjalizacji w dziedzinie AiIT, w 2019 r. stwierdzono 20 takich przypadków, a w 2020 r. - stwierdzono 12 takich przypadków. Ponadto stwierdzono jeden przypadek, gdy dyżur nocny w OAiIT dnia 6.06.2019 r. (od godz. 14.35 - 7.00 dnia następnego), pełnił samodzielnie lekarz będący w trakcie specjalizacji, co opisano w sekcji *Stwierdzone Nieprawidłowości*.

Zgodnie z § 11 pkt 2 rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu AiIT wymaga stałej obecności lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii oraz pielęgniarki anestezjologicznej w oddziale, z zastrzeżeniem pkt 2a § 11. Ponadto zgodnie z pkt 3 § 11 intensywną terapię prowadzi lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii. Świadczeń zdrowotnych z zakresu intensywnej terapii może udzielać lekarz anestezjolog lub lekarz w trakcie specjalizacji, jeżeli jego praca jest nadzorowana przez lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii zgodnie z § 11 pkt 4 rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT.

Zgodnie z załącznikiem nr 1 do ww. rozporządzenia udzielanie świadczeń zdrowotnych w sali nadzoru poznieczuleniowego wymaga stałej obecności lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii lub lekarza anestezjologa w oddziale

<sup>36</sup> Protokół kontroli Nr PSE.40-1/3/19 z 27.03.2019 r.

<sup>37</sup> Protokół kontroli Nr PSNZ.4641-25/2020 z 23.11.2020 r.

<sup>38</sup> Lekarz, który: a) posiada specjalizację II stopnia w dziedzinie: anestezjologii, anestezjologii i reanimacji lub anestezjologii i intensywnej terapii, lub b) uzyskał tytuł specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii.

<sup>39</sup> Lekarz anestezjolog-lekarz, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii.

<sup>40</sup> Na dzień 31.12.2018 r., 31.12.2019 r., 31.12.2020 r.

<sup>41</sup> W aktach osobowych lekarza anestezjologa było pisemne potwierdzenie wydane przez lekarza kierującego oddziałem, że dysponuje wiedzą i umiejętnościami odpowiednimi do wykonywania znieczulenia (§14a ust. 3 pkt 2 rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT).

(nie może być łączona ze stałą obecnością lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii w oddziale przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych na stanowisku intensywnej terapii).

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że: przy obecnym stanie zatrudnienia oraz uwzględniając fakt, że wśród tych osób jest trzech emerytów wojskowych i jedna osoba z prawami emerytalnymi, a dodatkowo jedna osoba w ogóle nie dyżuruje z uwagi na wiek i stan zdrowia, w ocenie Kierownika OAiT aktualnie nie ma możliwości ułożenia listy dyżurowej z obsadą dwóch lekarzy specjalistów. Dyżur jest ponadnormatywnym czasem pracy. W obecnym układzie dyżurów - specjalista AiIT, rezydent z uprawnieniami na BO, który jest nadzorowany przez specjalistkę z AiIT jest to jedyny sposób na zapewnienie ciągłości pracy w OAiT Szpitala. Szansa na dostosowanie do warunków określonych w ww. rozporządzeniu do końca 2022 r. w ocenie Kierownika OAiT jest znikoma, a wynika głównie z braków kadry w Kraju oraz znacząco wyższych stawek oferowanych przez inne szpitale.

(akta kontroli str. 348-350, 427-442, 490-491, 572-584)

b) Na podstawie grafików pracy pielęgniarek anestezjologicznych oraz raportów (w miesiącach marzec 2018 r.<sup>42</sup>, czerwiec 2019 r.<sup>43</sup>, wrzesień 2020 r.<sup>44</sup> i w soboty, niedziele i święta), w których ewidencjonowano ich czas pracy ustalono, że w okresie objętym kontrolą, były przestrzegane wymagania określone w pkt 3 „organizacji udzielania świadczeń” części I załącznika nr 1 rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT, w myśl których, bezpośredni nadzór nad pacjentem w sali nadzoru poznieczuleniowego prowadzą pielęgniarki anestezjologiczne. Nadzór ten był wykonywany przez pielęgniarki anestezjologiczne, tj. z kwalifikacjami określonymi w § 2 pkt 6 rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT.

Jak wyjaśniła Dyrektor Szpitala, pracownikom zapewniono telefony służbowe umożliwiające stały kontakt z lekarzem specjalistą anestezjologii i intensywnej terapii.

(akta kontroli str. 233-242, 352-370, 492-500)

c) Liczba stanowisk intensywnej terapii w OAiT odpowiadała wymaganiom szczegółowym określonym przepisami części II załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT i wynosiła w latach objętych kontrolą odpowiednio: 10,10, 10/11<sup>45</sup>. Spełniony więc został warunek utworzenia sześciu stanowisk intensywnej terapii dla drugiego poziomu referencyjnego OAiT Szpitala. Jednakże zgodnie z wyjaśnieniami Dyrektor Szpitala, rzeczywista liczba łóżek wyposażonych w niezbędny sprzęt do intensywnej terapii wynosiła w 2018 r. i 2019 r. - 8, a nie jak wynikało z zarządzeń Dyrektora Szpitala - 10<sup>46</sup>.

W Szpitalu wyodrębniono całodobową opiekę pielęgniarską – obecność na każdej zmianie co najmniej jednej pielęgniarki anestezjologicznej. Spełniony został warunek dotyczący opieki pielęgniarskiej określony w § 11 pkt 2 i w części II załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT, zgodnie z którym, zapewniona została stała obecność pielęgniarki anestezjologicznej w OAiT.

Na podstawie analizy grafików dyżurów pielęgniarek anestezjologicznych ustalono, że ich obsada zapewniła odpowiedni nadzór nad pacjentami w sali nadzoru

<sup>42</sup> Dni: 4, 5, 8, 10, 12, 17, 23, 27 marca 2018 r.

<sup>43</sup> Dni: 2, 4, 8, 11, 13, 16, 26, 29 czerwca 2019 r.

<sup>44</sup> Dni: 1, 3, 9, 15, 18, 21, 25, 30 września 2020 r.

<sup>45</sup> Od dnia 1.10.2020 r. na podstawie zarządzenia nr 189/2020 Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala im. Św. Ojca Pio w Przemyślu z dnia 25.09.2020 r. w sprawie rzeczywistej liczby łóżek w Wojewódzkim Szpitalu im. Św. Ojca Pio w Przemyślu.

<sup>46</sup> Obszar I, pkt 1 lit. c wystąpienia pokontrolnego.

poznieczuleniowego oraz całodobową opiekę pielęgniarską w OAiIT nad pacjentami intensywnej terapii.

W ocenie Kierownika OAiIT niezależnie od obowiązujących norm dotyczących zatrudnienia pielęgniarek anestezjologicznych, w OAiIT powinno być dodatkowo zatrudnione cztery pielęgniarki anestezjologiczne.

Natomiast nie w pełni, w ramach organizacji świadczeń w OAiIT, spełniono warunki dotyczące opieki lekarskiej określone w § 11 pkt 2 i w części II załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT. Przepisy te wymagają: stałej obecności lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii w oddziale, wyodrębnionej całodobowej opieki lekarskiej, przez co najmniej jednego lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii we wszystkie dni tygodnia, która nie mogła być łączona z innymi oddziałami lub wykonywaniem świadczeń z zakresu anestezji<sup>47</sup>.

(akta kontroli str. 24-31, 233-243, 300-347, 350-379, 572-584, 634-644)

d) W okresie objętym kontrolą, Szpital spełniał „pozostałe wymagania” warunków szczegółowych określonych w części II załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT, gdyż w Szpitalu zapewniono działanie<sup>48</sup>:

- BO zapewniającego stałą gotowość co najmniej jednej sali operacyjnej do udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentowi urazowemu,
- Pracowni Endoskopii diagnostycznej i zabiegowej czynnej całą dobę,
- Oddziału Chirurgii ogólnej z Pododdziałem Chirurgii Onkologicznej,
- Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej,
- Oddziału Neurologicznego z Pododdziałem Udarowym.

Jak wyjaśniła Dyrektor Szpitala: szpital zapewnia na bloku operacyjnym dwie sale operacyjne do udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentowi urazowemu. Szpital dysponuje w swojej strukturze Oddziałem Chirurgii Ogólnej oraz Oddziałem Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu, jak również Pracownią Endoskopii. Dodatkowo Szpital dysponuje Oddziałem Chirurgii Ogólnej realizującym świadczenia w obrębie czaszki, natomiast nie posiadamy w swojej strukturze oddziału neurochirurgii.

(akta kontroli str. 9-14, 383-417)

e) Największe obłożenie stanowisk intensywnej terapii w OAiIT kształtowało się w miesiącach:

a) 2018 r.:

- kwiecień – 69,68 %
- listopad – 72,0 %
- grudzień – 69,68 %

b) 2019 r.:

- październik - 78,71 %
- listopad – 77,0 %
- grudzień – 72,9 %

c) 2020 r.:

- luty – 67,71 %
- październik – 74,19 %
- listopad – 82,12 %

Średnioroczne wykorzystanie stanowisk intensywnej terapii wynosiło:

-w 2018 r. od 43,21% w lutym do 69,68%;

<sup>47</sup> Pkt 4 ppkt a wystąpienia pokontrolnego.

<sup>48</sup><http://bip.wszp.pl/wp-content/uploads/2020/06/t.j-Regulamin-Organizacyjny-do-zarzadzania-nr-118-z-dnia-18.06.2021r..pdf>.

-w 2019 r. od 51,94% w maju do 78,71% w październiku;

- w 2020 r. od 20% w kwietniu do 82,12% w listopadzie.

Jak wyjaśniła Dyrektor Szpitala: w powyższych miesiącach (od stycznia do grudnia danego roku) nie było ani jednego dnia, w którym zajęte byłyby wszystkie łóżka.

W odniesieniu do zgonów lub pogorszenia się stanu zdrowia, w związku z brakiem miejsc w oddziale intensywnej terapii, taka sytuacja nie miała miejsca.

W 2020 oraz 2021 roku były utworzone dodatkowo, ze względu na COVID-19, nowe tymczasowe miejsca intensywnej terapii z możliwością prowadzenia tlenoterapii i wentylacji mechanicznej. Miejsca te były utworzone zgodnie z wydaną decyzją Wojewody Podkarpackiego polecającą utworzenie Dyrektorowi w Szpitalu takich miejsc. W 2020 dodatkowo oprócz OAiT było utworzonych siedem takich miejsc (np. SOR, Oddział Pulmunologiczny, Oddział Wewnętrzny).

W 2021 roku dodatkowo oprócz OAiT było utworzonych 21 takich miejsc (np. SOR, Oddział Kardiologii, Oddział Wewnętrzny, Oddział Gastroenterologii, Oddział Neurologii, Oddział Pulmunologii).

(akta kontroli str. 383-416)

## **5. Pomieszczenia BO.**

PSSE przeprowadziła kontrolę stanu technicznego i stanu sanitarno-higienicznego Szpitala, w tym m.in. BO. Ustalenia zawarto w protokole kontroli Nr PSE.450-1-1/4/18 z 10.07.2018 r. Ustalono, że BO składa się z następujących pomieszczeń:

-sześć sal operacyjnych + blok operacyjny położniczy (sala 1-ortopedyczna; sala 2-ortopedyczna, chirurgiczna, laryngologiczna-podział na dni, sala 3-ginekologiczna, laryngologiczna, sala 4-sala chirurgii dzieci, laryngologiczna, sala 5-sala urologiczna, 6-sala chirurgiczna, sala 7-blok położniczy-cięcia cesarskie,

-śluza pacjenta, śluza materiałowa,

-magazyn materiałów czystych na sale operacyjne,

-sześć pokoi przygotowawczych,

-trzy myjnie (jedna wspólna do dwóch sal operacyjnych),

-sala wybudzeń - dziewięć stanowisk na dwóch połączonych salach,

-brudownik wyposażony w urządzenie myjąco-dezynfekujące dla basenów,

-część "brudna" - strefa materiałów skażonych z windą służącą do zwożenia brudnej bielizny i odpadów medycznych, wyposażona w dezynfektor oraz stanowisko przygotowywania środków dezynfekcyjnych, stanowisko dezynfekcji narzędzi, połączone windą brudną ze strefą brudną centralnej sterylizatorni oraz z poziomem (-)1 dokąd wywożone są odpady medyczne, brudna bielizna do magazynu oraz szczątki ludzkie,

-punkt sterylizacji-wyposażony w stanowisko przygotowania narzędzi do sterylizacji i sterylizator ASHEA ELMI rok produkcji 1997 (awaryjnie przeprowadza sterylizację w dni świąteczne),

-instrumentarium z regałami otwartymi, połączone windą czystą ze strefą sterylną centralnej sterylizatorni oraz okienkiem ze strefą sterylizacji (sterylizator) przy bloku operacyjnym,

-pomieszczenie socjalne,

-toalety dla personelu z szatniami damską i męską,

-korytarz komunikacyjny.

W kontroli stwierdzono m.in., że powierzchnia magazynowa bloku operacyjnego jest zbyt mała, w związku z czym część materiałów w opakowaniach kartonowych była zmagazynowana w pokoju oddziałowej i pokoju kierownika bloku operacyjnego, część sprzętu była zmagazynowana w korytarzu brudnym przy salach operacyjnych.



W trakcie kontroli sprawdzającej PSSE ustaliła<sup>49</sup> m.in., że zostało zorganizowane pomieszczenie magazynowe, usunięto z korytarzy i pokoju oddziałowej zmagazynowany sprzęt, środki opatrunkowe i inne materiały.

W kontroli NIK ustalono, że BO mieści się na II piętrze w budynku B Szpitala. W BO jest jedna wspólna śluza, przez którą pacjenci są dowożeni i wywożeni z bloku operacyjnego. Wyodrębniono strefę "brudną", w której są dwie sale operacyjne poprzedzone dwoma pomieszczeniami w celu przygotowania chorego do zabiegu i jeden pokój przygotowania lekarzy. Po drugiej stronie ciągu komunikacyjnego mieszczą się cztery sale aseptyczne, przed każdą z sal jest odrębne pomieszczenie w celu przygotowania chorego do zabiegu (w sumie jest ich sześć) i jeden pokój przygotowania lekarzy. Zorganizowano trzy pomieszczenia przygotowawcze dla personelu wyposażone w stanowiska chirurgicznego mycia rąk.

Dla personelu medycznego przeznaczono cztery pomieszczenia (śluzy) z pomieszczeniami higieniczno-sanitarnymi (dwie damskie i dwie męskie). Do dostarczania oraz krótkotrwałego przechowywania czystych i sterylnych materiałów służyła jedna śluza.

Układ pomieszczeń w BO umożliwiał zachowanie zasady rozdziału personelu, pacjentów i materiału czystego od brudnego materiału zużytego, brudnych narzędzi, brudnej bielizny i odpadów pooperacyjnych poprzez czysty i brudny korytarz.

Czyste i sterylne materiały dostarczano do BO bezpośrednio ze sterylizatorni, (która jest piętro niżej) poprzez dźwig windy.

Brudny sprzęt, bielizna i odpady pooperacyjne usuwa się brudnym korytarzem i brudną windą do tego celu tylko przeznaczoną.

Sprzęt i aparaturę medyczną przechowywano w pomieszczeniu opisanym, jako "Aparat RTG". W ramach BO zorganizowano magazyn czystej bielizny. W obrębie BO zorganizowano dwa "brudowniki" pełniące także funkcję magazynu brudnej bielizny.

W kontroli ustalono, że możliwe było zachowanie zasad określonych w pkt IX "Blok operacyjny" ust.2-5 załącznika do rozporządzenia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia tj. rozdział personelu, pacjentów i materiału czystego od brudnego materiału zużytego, brudnych narzędzi, brudnej bielizny i odpadów pooperacyjnych.

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że: zgodnie z informacją Kierownika, Blok Operacyjny nie posiada oddzielnych ciągów komunikacyjnych dla dzieci. Wynika to z tego, że Szpital był projektowany i budowany przed wprowadzeniem ustaw i przepisów wymagających takich rozwiązań. Realizacja świadczeń dla dzieci prowadzona jest w taki sposób, że przyjęcia dzieci do BO odbywają się z zachowaniem prywatności i wrażliwości dzieci. Po zabiegu operacyjnym w czasie pobytu w sali wybudzeń pacjenci nieletni są izolowani od osób dorosłych przez pobyt w drugiej sali lub stosowane są parawany. Dzieci przyjmowane i leczone w BO są traktowane w sposób umożliwiający maksymalne zmniejszenie stresu związanego z pobytem szpitalnym i leczeniem operacyjnym.

(akta kontroli str. 132-146, 172-176, 228-229, 383-393, 446-448)

Szpital podejmował działania mające na celu powstanie nowego BO, OAiT oraz Centralnej Sterylizatorni. W tym celu złożony został w sierpniu 2019 r. do Departamentu Ochrony Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Formularz Zgłoszenia Propozycji Projektu o Charakterze Kluczowym i Strategicznym w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2021-2027. W ramach uzasadnienia ww. projektu wskazano

<sup>49</sup> Ustalenia zostały zawarte w protokole kontroli Nr PSE.40-1/2/19 z 16.04.2019 r.

m.in. to, że (...) Szpital jest jedynym tego typu zakładem leczniczym obsługującym pacjentów z regionu przemyskiego, a także osoby przekraczające wschodnią granicę UE. Rocznie obsługuje około 55 tys. pacjentów<sup>50</sup>. Budynek BO został wybudowany na podstawie projektu architektonicznego z 1987 r., a oddany do użytkowania w 1999 r. Ze względu na długoletnią eksploatację wymaga modernizacji oraz dostosowania do obowiązujących wymagań sanitarno-epidemiologicznych, anestezjologicznych, jak i stosowanych urządzeń medycznych. Wyłączenie częściowe BO i ich remont nie jest możliwy. Prowadziłoby to do zagrożenia zdrowia i życia pacjentów, mogłoby narazić Szpital na koszty sądowe. Szacowany budżet projektu w 2019 r. wynosił 80 mln zł. Szpital nie otrzymał środków finansowych, o które wnioskował w ww. zgłoszeniu.

Szpital nie zrezygnował ze starań związanych z pozyskaniem środków na powstanie nowego BO, OAiIT i Centralnej Sterylizatorni. Zaktualizowana propozycja ww. projektu (kwotę realizacji projektu zwiększono do 125 mln zł) została przekazana do Urzędu Marszałkowskiego celem ujęcia w dokumentach strategicznych Województwa Podkarpackiego na lata 2021-2027.

(akta kontroli str. 398-404, 685-686)

## **6. Dokumentacja medyczna pacjentów hospitalizowanych w OAiIT oraz pacjentów poddanych anestezji.**

a) W Szpitalu przestrzegany był standard organizacyjny postępowania przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu intensywnej terapii określony w przepisie § 11 pkt 1 rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT. Zgodnie z tym przepisem, podczas udzielania świadczeń w zakresie intensywnej terapii, prowadzi się ciągle monitorowanie podstawowych funkcji życiowych i stosuje się dostępne metody i techniki terapeutyczne.

Ustalenie powyższe wynikało z przeprowadzonej analizy dokumentacji medycznej<sup>51</sup> pacjentów, którym udzielano świadczeń z zakresu intensywnej terapii, w marcu 2018 r., czerwcu 2019 r. i wrześniu 2020 r. W analizowanej grupie pacjentów, prowadzone było ciągle monitorowanie podstawowych funkcji życiowych, na dowód czego w dokumentacji medycznej, cyklicznie (przeciętnie co 15 minut), wpisywano parametry życiowe w tym zakresie.

b) Na podstawie analizy 30 sztuk dokumentacji medycznej pacjentów leczonych w OAiIT w miesiącach marzec 2018 r., czerwiec 2019 r., wrzesień 2020 r. ustalono, że terapię prowadził lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii oraz lekarz anestezjolog, lub lekarz w trakcie specjalizacji, ale pod nadzorem lekarzy specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii. Stosowne wpisy i podpisy zostały zamieszczone w dokumentacji leczonych pacjentów.

Dokumentacja medyczna pacjentów OAiIT, objęta badaniem, została rzetelnie wypełniona, wpisów dokonywano niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowotnego, z zapewnieniem niezaprzeczalności i integralności danych, w dokumentacji w postaci papierowej wpisów dokonywano w sposób czytelny i w porządku chronologicznym. Strony dokumentacji w postaci papierowej zostały ponumerowane i stanowiły chronologicznie uporządkowaną całość. Zostały opatrzone podpisami personelu medycznego udzielającego świadczeń w OAiIT, a w 2018 r. i 2019 r. - także ich pieczętami z podaniem nazwiska i imienia, tytułu zawodowego, uzyskanej specjalizacji, numeru prawa wykonywania zawodu.

c-e) W dokumentacji medycznej 30 pacjentów, którzy byli znieczuleni<sup>52</sup> znajdowały się karty konsultacji anestezjologicznej, karty przebiegu znieczulenia, w 28

<sup>50</sup> SOR wraz z oddziałami szpitalnymi, wg źródeł statystycznych Szpitala.

<sup>51</sup> Przy udziale przedstawiciela kontrolowanej jednostki.

<sup>52</sup> W marcu 2018 r., czerwcu 2019 r., wrześniu 2020 r.

sprawach - okołooperacyjne karty kontroli oraz zgoda pacjenta na znieczulenie. Dokumenty te zostały wypełnione i włączone do dokumentacji medycznej pacjentów. Zawierały, na ogół, wymagane informacje oraz pieczęcie i podpisy personelu medycznego pozwalające na ich identyfikację.

Ustalono, że nie we wszystkich analizowanych sprawach dokumentację wypełniono w sposób rzetelny, co opisano w sekcji Stwierdzone Nieprawidłowości.

f) W badanych 30 sprawach ogólny stan pacjenta według skali ASA odpowiadał stopniom od I do III. Lekarze, którzy dokonywali znieczulenia to specjaliści anestezjologii i intensywnej terapii, lekarz anestezjolog lub też lekarze w trakcie specjalizacji, których nadzorowali lekarze specjaliści anestezjologii i intensywnej terapii. Kierownik OAiT wydał oświadczenie w stosunku do lekarza anestezjologa i lekarza odbywającego specjalistyczne przeszkolenie w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii (M.J.) o wykazywaniu się tych lekarzy odpowiednią wiedzą i umiejętnościami dokonywania znieczulenia u chorych powyżej trzeciego roku życia, których stan ogólny odpowiada stopniowi I, II, III według skali ASA.

W aktach osobowych lekarzy odbywających specjalistyczne przeszkolenie w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii w OAiT były pisemne potwierdzenia wydane przez kierownika specjalizacji w zakresie wykazywania się przez nich odpowiednią wiedzą i umiejętnościami wykonywania znieczulenia, zgodnie z § 8 ust. 5 rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT.

g) W badanej grupie 30 pacjentów leczonych w OAiT, trzech z nich poddano resuscytacji. Dokonali tego lekarze specjaliści AiIT. Stosowne wpisy zawarto w dokumentacji medycznej tych osób.

(akta kontroli str. 508-516)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

1. W latach 2018-2020 wskaźnik liczby łóżek w OAiT kształtował się następująco:

2018 r. - 1,34%; 1,36%,

2019 r. - 1.34%,

2020 r. - 1,83%

W dniu złożenia wniosku o dokonanie zmiany wpisu w RPWDL w zakresie liczby łóżek w OAiT, tj. 8.01.2020 r. ich liczba wynosiła 10, po zmianie - 11. Na dzień 7.06.2021 r, liczba wszystkich łóżek w Szpitalu wynikająca z RDWPL wynosiła 583<sup>53</sup>, liczba łóżek w OAiT<sup>54</sup> -11, wskaźnik łóżek w OAiT stanowił 1,89% ogólnej liczby łóżek w Szpitalu.

W latach 2018-2020 nie został więc spełniony warunek określony w § 4 ust. 3 rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT, zgodnie z którym liczba łóżek na OAiT powinna stanowić, co najmniej 2% ogólnej liczby łóżek w szpitalu.

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że: w latach 2018, 2019 warunki lokalowe OAiT umożliwiały rozwinięcie bazy łóżkowej maksymalnie do 10 łóżek (z czego 8 łóżek było wyposażone w niezbędny sprzęt do funkcjonowania), natomiast, aby spełnić warunki współczynnika 2%, liczba łóżek w tym okresie powinna być równa 12. W odniesieniu do 31 grudnia 2020 maksymalna liczba łóżek, jaką Szpital mógł rozwinąć (po zmianie lokalizacji i remoncie oddziału), to 11 natomiast, aby zrealizować współczynnik 2% liczby łóżek powinna się kształtować na poziomie 12, czego Szpital ze względu na ograniczenie lokalowe nie mógł osiągnąć. Dlatego też w latach 2018, 2019, 2020 Szpital ze względu na ograniczenia lokalowe nie był

<sup>53</sup>file:///C:/Users/damaz/AppData/Local/Temp/Temp1\_Ksi%C4%99ga\_000000010152.zip/ksiega\_000000010152.html.

<sup>54</sup> DZIAŁ III KOMÓRKI ORGANIZACYJNE ZAKŁADU LECZNICZEGO I ICH PROFILE, Lp. 4.

w stanie osiągnąć wymaganej współczynnikiem liczby łóżek w OAiT. Niemniej jednak w celu osiągnięcia wymaganego współczynnika przeprowadzonych zostało szereg analiz pozwalających urealnić rzeczywistą bazę łóżkową Szpitala co pozwoliło od dnia 1 lipca 2021 osiągnąć wymagany współczynnik 2% ogółu liczby łóżek. Szpital od dnia 1.07.2021 dysponuje 560 łóżkami i spełnia, zdaniem Dyrektora, wymagany współczynnik 2% ogólnej liczby łóżek w Szpitalu.

Najwyższa Izba Kontroli zauważa, że Szpital, pomimo podjętych starań, nadal nie spełnia warunku posiadania co najmniej 2% ogólnej liczby łóżek w OAiT, tj. 12<sup>55</sup>.

Najwyższa Izba Kontroli wskazuje ponadto na nierzetelne działanie Szpitala w zakresie utworzenia liczby stanowisk intensywnej terapii w OAiT. Z zarządzeń Dyrektora Szpitala<sup>56</sup> wynikało, że w latach 2018-2019 było ich 10, a faktycznie funkcjonowało 8.

(akta kontroli str. 7, 24-31, 233-245)

2. W Szpitalu nie określono procedury przygotowania pacjenta do znieczulenia, w tym wykazu badań diagnostycznych, laboratoryjnych, w celu bezpiecznego przeprowadzenia zabiegu w trybie natychmiastowym, pilnym, przyspieszonym co było niezgodne z przepisem § 9 pkt 1 rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT. Przepis ten stanowi, że kierownik podmiotu leczniczego prowadzącego szpital, w porozumieniu z lekarzem kierującym oddziałem wymienionym w § 4 ust. 1 lub 2, określa procedury przygotowania pacjenta do znieczulenia, w tym wykaz badań diagnostycznych, laboratoryjnych, w celu bezpiecznego przeprowadzenia zabiegu w trybie natychmiastowym, pilnym, przyspieszonym i planowym.

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że: Szpital określił procedurę pn. "Przygotowanie pacjenta do zabiegu w trybie planowym". W toku kontroli ujawniono, że Szpital nie doprecyzował procedury o tzw. tryb natychmiastowy, przespieszony i pilny. Wobec powyższego dokonano aktualizacji procedury o brakujące tryby, Zarządzeniem nr 125/2021 Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala im. Św. Ojca Pio w Przemyślu z dnia 25.06.2021 r. w sprawie wprowadzenia II wydania procedury PM-5 pt. "Przygotowanie pacjenta do zabiegu operacyjnego w trybie planowym".

(akta kontroli str. 77-95, 233-257)

3. Analiza 223 wpisów w Księgach Bloku Operacyjnego w marcu 2018 r., czerwcu 2019 r., wrześniu 2020 r. wykazała, że w jednym przypadku ten sam lekarz w tym samym czasie znieczulał dwóch pacjentów, co stanowi nieprawidłowość w świetle przepisu § 9 pkt 9 rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT.

W dniu 5.03.2018 r. lekarz I.Z. dokonał znieczulenia pacjenta oznaczonego w księdze głównej nr 9283/2018 w godz. 8.25-9.55. Równocześnie w tym samym dniu w godz. 9.25-12.50 dokonał znieczulenia pacjentowi oznaczonemu nr księgi głównej 9194/2018. Obydwie operacje odbywały się na sali nr 1.

Poza tym stwierdzono rozbieżności pomiędzy wpisami w Księgach Bloku Operacyjnego, a kartach znieczulenia w zakresie godzin znieczulania pacjenta. Z wpisów w Księdze Bloku Operacyjnego wynikało, że w trzech przypadkach jeden lekarz w tym samym czasie znieczulał dwóch pacjentów. Analiza wpisów w kartach znieczulenia wykazała jednak, że czynności te nie nałożyły się. Dotyczyło to następujących zdarzeń:

<sup>55</sup> Liczba łóżek w Szpitalu wynosi  $560 \times 2\% = 11,2$ . W OAiT utworzono 11 łóżek, a powinno być minimum 12.

<sup>56</sup> Zarządzenie nr 39/2017 Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala im. Św. Ojca Pio w Przemyślu z dnia 13 kwietnia 2017 r. w sprawie rzeczywistej liczby łóżek w Wojewódzkim Szpitalu im. Św. Ojca Pio w Przemyślu, Zarządzenie nr 99/2018 Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala im. Św. Ojca Pio w Przemyślu z dnia 30 lipca 2018 r. zmieniające w sprawie rzeczywistej liczby łóżek w Wojewódzkim Szpitalu im. Św. Ojca Pio w Przemyślu, Zarządzenie nr 98/2019 Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala im. Św. Ojca Pio w Przemyślu z dnia 26 sierpnia 2019 r. w sprawie rzeczywistej liczby łóżek w Wojewódzkim Szpitalu im. Św. Ojca Pio w Przemyślu.

-w dniu 10.09.2020 r. lekarz M.O. dokonał znieczulenia pacjenta oznaczonego w księdze głównej - nr 31332/2020 w godz. 7.50-10.50. Równocześnie w tym samym dniu w godz. 10.20-12.05 dokonał znieczulenia pacjentowi oznaczonemu nr księgi głównej 31359/20 . Obydwie operacje odbywały się na sali nr 1.

W dniu 10.09.2020 ww. lekarz dokonał znieczulenia na sali operacyjnej nr 1 pacjentowi oznaczonemu nr księgi głównej 31417/20, przy czym w rubryce : czas trwania znieczulenia od-do (godzina, minuta) wpisane były trzy wartości 11.20-12.50-16.20, operacja trwała od 13.20-16.15.

-w dniu 27.06.2019 r. lekarz K.S. dokonała znieczulenia pacjenta oznaczonego w księdze głównej nr 28669 w godz. 19.45-21.55. Równocześnie w tym samym dniu w godz. 21.40-22.30 dokonała znieczulenia pacjentowi oznaczonemu nr księgi głównej 28674. Obydwie operacje odbywały się na sali nr 6.

-w dniu 6.03.2018 r. lekarz J.J. dokonał znieczulenia pacjenta oznaczonego w księdze głównej nr 9401/18 w godz. 12.35-14.40, przy czym cyfra 14 została przekreślona i poniżej wpisana została cyfra 13 bez podpisu i daty osoby, która dokonała tego przekreślenia. Równocześnie w tym samym dniu w godz. 14.00-14.30 ww. lekarz dokonał znieczulenia pacjenta oznaczonego w księdze głównej nr 9084/18. Obydwie operacje odbywały się na sali nr 6.

Powyższe wskazuje jednak na dokonywanie rozbieżnych i co za tym idzie, nierzetelnych wpisów w dokumentacji medycznej.

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że: jak wynika z wyjaśnień sporządzonych w oparciu o karty znieczuleń w odniesieniu do ksiąg operacyjnych występują rozbieżności w prowadzonej dokumentacji w zakresie godzin realizacji, jak również znieczulenia. Dodała, że poleciła Zastępcy Dyrektora ds. lecznictwa do niezwłocznego poinformowania BO o zaistniałym facie, przeszkolenia w zakresie prowadzenia dokumentacji medycznej, tak aby w przyszłości podobne sytuacje nie miały miejsca.

(akta kontroli str. 111-125, 259-258, 652-681)

4. W latach 2018, 2019 i 2020 (do 11.09.2020 r.) nie było w OAiIT izolátky, wymaganej przepisem § 4 ust. 5 rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT. Zgodnie z tym przepisem, w OAiIT musi być zapewnia izolátka dostępná z traktów komunikacji oddziału, która ma służyć umożliwiającá umycie rąk, przebieranie się i składowanie materiałów izolacyjnych. Pomieszczenie takie jest konieczne w przypadku leczenia pacjentów wymagających intensywnej terapii i jednocześnie wymagających izolacji np. z uwagi na zdiagnozowane u nich choroby zakaźnej. Powyższa nieprawidłowość została sformułowana także przez PSSE w protokole kontroli nr PSE.40-1/3/19 z 27.03.2019 r.

Po modernizacji OAiIT zakończonej protokółem końcowym odbioru robót z 11.09.2020 r. ww. oddział został wyposażony w izolatkę, o której mowa § 4 ust. 5 rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT.

Dyrektor Szpitala, wyjaśniła, że: w okresie od 2018 r. do 2020 r. Szpital nie dysponował izolatką w OAiIT. Nie podała jednak przyczyny braku wyposażenia OAiIT w izolatkę.

(akta kontroli str. 225, 383-416)

5. Analiza dokumentacji medycznej 30 pacjentów <sup>57</sup>( po 10 z miesiąca: marca 2018 r., czerwca 2019 r. i września 2020 r.), poddanych w BO znieczuleniu (poddanych operacjom), a także grafików pracy lekarzy OAiIT z tych miesięcy wykazała, że w czterech przypadkach znieczulenia dokonali lekarze w trakcie specjalizacji, pomimo nieodbycia przez tych lekarzy co najmniej 2-letniego szkolenia w ramach specjalizacji w dziedzinie AiIT, i tak:

<sup>57</sup> Zestawienie przekazano Kierownikowi Działu Organizacji, Umów i Rozliczeń Szpitala.

-M.O. (specjalizację rozpoczął 6.11.2018 r.), dokonywał znieczulenia podczas operacji w dniach: 13.06.2019 r.<sup>58</sup>, 10.09.2020 r.<sup>59</sup>, 9.09.2020 r.<sup>60</sup>

-E.B.-P. (specjalizację rozpoczęła 5.04.2017 r.), dokonała znieczulenia podczas operacji 12.03.2018 r.<sup>61</sup>.

Stan taki był niezgodny z treścią § 8 ust. 3 rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT, w myśl którego za zgodą lekarza kierującego oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii lub oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci, lekarz w trakcie specjalizacji może wykonywać znieczulenie pacjentów, których stan ogólny według skali ASA odpowiada stopniowi I, II lub III, w przypadku odbycia przez tych lekarzy co najmniej 2-letniego szkolenia w ramach specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii oraz wykazania się odpowiednią wiedzą i umiejętnościami wykonywania znieczulenia.

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że: w ocenie Kierownika OAIT nie jest możliwe, aby rezydenci/lekarze w trakcie specjalizacji dokonywali znieczuleń samodzielnie - zawsze dokonują tego pod nadzorem specjalisty. Niezbędną częścią szkolenia jest też prowadzenie dokumentacji medycznej. Jeżeli nie odnotowali w karcie znieczulenia kto ich nadzorował, jest to przykład zaniedbania.

Kierownicy specjalizacji ww. lekarzy przedłożyli oświadczenia, z których wynikało, że w przypadku M.O. pełne dwa lata szkolenia w trakcie specjalizacji minęły 6.11.2020 r., a w przypadku E.B.-P. - 6.04.2019 r. Nie zmienia to faktu, że ww. lekarze dokonali znieczulenia pacjentów w wyżej podanych dniach, pomimo, iż nie odbyli co najmniej 2-letniego szkolenia w ramach specjalizacji w dziedzinie AiIT.

(akta kontroli str. 259-268, 348-349, 419-424, 259-268, 572-584)

6. W dniu 6.06.2019 r. dyżur nocny w OAiIT od godz. 14.35 do 7.00 dnia następnego, pełnił lekarz M.J. będący wówczas w trakcie specjalizacji. Dyplom specjalisty w dziedzinie AiIT uzyskał 29.10.2019 r.

Na podstawie analizy grafików czasu pracy lekarzy OAiIT w czerwcu 2019 r. ustalono, że w OAiIT nie był obecny w ww. dniu w godz. 14.35-7.00 (z 6.06.2019 r. na 7.06.2019 r.) żaden lekarz specjalista w dziedzinie AiIT.

W myśl § 11 rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT ustala się standard organizacyjny postępowania przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu intensywnej terapii w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii lub oddziale anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci w szpitalu, zgodnie z którym: udzielanie świadczeń zdrowotnych wymaga stałej obecności lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii oraz pielęgniarki anestezjologicznej w oddziale, z zastrzeżeniem pkt 2a (pkt 2).

Dyrektor Szpitala wyjaśniła m.in., że: (...) przy obecnym stanie zatrudnienia oraz uwzględniając fakt, że wśród tych osób jest 3 emerytów wojskowych i jedna osoba z prawami emerytalnymi, a dodatkowo jedna osoba w ogóle nie dyżuruje z uwagi na wiek i stan zdrowia, w ocenie Kierownika aktualnie nie ma możliwości ułożenia listy dyżurowej z obsadą 2 lekarzy specjalistów. Dyżur jest ponadnormatywnym czasem pracy. W obecnym układzie dyżurów - specjalista AiIT, rezydent z uprawnieniami na BO, który jest nadzorowany przez specjalistę z OAiIT jest to jedyny sposób na zapewnienie ciągłości pracy oddziału anestezjologii i intensywnej terapii w Szpitalu.

(akta kontroli str.433-437, 490, 572-579, 583)

7. W dwóch sprawach<sup>62</sup> w dokumentacji medycznej nie zamieszczono okołoperacyjnej karty kontroli wymaganej przepisem § 15 ust. 1 pkt 13

<sup>58</sup> Nr Księgi Gł. 26294/2019.

<sup>59</sup> Nr Księgi Gł. 31359/2020.

<sup>60</sup> Nr Księgi Gł. 31098/2020.

<sup>61</sup> Nr Księgi Gł. 10383/2018.

<sup>62</sup> Nr Księgi Gł.: 27222/2019, 27479/2019.

rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania<sup>63</sup>, zgodnie z którym do historii choroby dołącza się dokumenty dodatkowe, w szczególności okołoperacyjną kartę kontrolną. Poza tym ustalono, że w 21 zbadanych sprawach<sup>64</sup> karty przebiegu znieczulenia wypełnione zostały w sposób niekompletny, i tak: w 14 sprawach nie wpisano grupy krwi, w dziewięciu-wagi, w 13 - wzrostu, w trzech-grupę ryzyka wg ASA, w dwóch-wieku i rozpoznania.

Poza tym w sześciu sprawach<sup>65</sup> w Księgach Bloku Operacyjnego nie odnotowano pełnego czasu znieczulenia, tj. podano godzinę rozpoczęcia tego procesu, ale nie wpisano godziny zakończenia znieczulenia, w miejscu do tego przeznaczonym.

W 13 sprawach<sup>66</sup> w Księgach Bloku Operacyjnego nie było podpisu lekarza anestezjologa w miejscu do tego wskazanym.

W trzech sprawach<sup>67</sup> nie odnotowano w Księgach Bloku Operacyjnego pełnego czasu trwania operacji, tzn. podano czas rozpoczęcia, lecz nie wpisano czasu zakończenia.

W myśl przepisu § 4 ust. 1 ww. rozporządzenia wpis w dokumentacji dokonuje się niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowotnego, w sposób czytelny i w porządku chronologicznym.

Dyrektor wyjaśniła, że: w ocenie Kierownika brak wpisów jest ewidentną niedbałością ze strony pracownika. Nie ma jednak wpływu na prawidłowość przebiegu znieczulenia. Braki są spowodowane w głównej mierze niedopatrzeniem personelu w zakresie wypełniania swoich obowiązków służbowych.

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że zobowiązała Kierownika OAiIT, aby niezwłocznie powiadomił pracowników o tym fakcie i zobowiązał ich do rzetelnego uzupełniania dokumentacji medycznej, tak aby w przyszłości podobne sytuacje nie miały miejsca.

(akta kontroli str. 259-268, 572-579)

#### OCENA CZĄSTKOWA

Zarówno OAiIT, jak i BO, spełniały warunki lokalowe, a pacjentów w bezpośrednim okresie pooperacyjnym umieszczano w sali nadzoru poznieczuleniowego. W OAiIT i BO zapewniono obecność lekarzy na stanowiskach intensywnej terapii oraz do wykonywania anestezji. Intensywną terapię pacjentów prowadzili: lekarze anestezjodzy z I stopniem specjalizacji i/lub lekarze w trakcie specjalizacji pod nadzorem lekarza z II stopniem specjalizacji (specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii). W trakcie dyżurów nocnych i weekendowych<sup>68</sup> nie zawsze zapewniano obecność w Szpitalu lekarzy specjalistów w dziedzinie AiIT z powodu niedoboru kadry-specjalistów w dziedzinie AiT.

Stwierdzone w trakcie kontroli nieprawidłowości dotyczyły:

- liczba łóżek w OAiIT nie stanowiła, co najmniej 2% ogólnej liczby łóżek w Szpitalu,
- OAiIT do 11.09.2020 r. tj. do zakończenia modernizacji ww. oddziału, nie był wyposażony w izolatkę,
- jeden przypadek znieczulania (na 223 wpisy objęte analizą), w tym samym czasie, przez jednego lekarza więcej, niż jednego pacjenta w BO,

<sup>63</sup> Dz. U. z 2020 r., poz. 666 ze zm. – akt ten obowiązuje od 15 kwietnia 2020 r. Wcześniej w tym zakresie obowiązywało rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2015 r., poz. 2069).

<sup>64</sup> Analizy zostały przeprowadzone przy zachowaniu zasady kontrydiktoryjności w postępowaniu kontrolnym.

<sup>65</sup> Numery księgi głównej operowanych pacjentów: 9947/2018, 10383/2018, 27479/2019, 31359/20, 31632/2020, 31098/2020.

<sup>66</sup> Numery księgi głównej operowanych pacjentów: 10763/2018, 9301/2018, 10383, 27222/2019, 24432/2019, 28273/2019, 26294/2019, 24559/2019, 27103/2019, 32314/2020, 32171/2020, 31789/20, 31359/2020.

<sup>67</sup> Numery księgi głównej operowanych pacjentów: 10383/2018, 31359/2020, 31632/2020.

<sup>68</sup> W wybranych do kontroli miesiącach tj. marzec 2018 r., czerwiec 2019 r., wrzesień 2020 r.

-jeden przypadek udzielania świadczeń zdrowotnych, podczas dyżuru przez lekarza będącego w trakcie specjalizacji w zakresie AiIT, w sytuacji wymogu stałej obecności lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii na OAiIT,

-czterech przypadków znieczulenia dokonanych przez lekarzy w trakcie specjalizacji, pomimo nieodbycia przez nich co najmniej 2-letniego szkolenia w ramach specjalizacji w dziedzinie AiIT,

-nierzetelnie wypełniona dokumentacja medyczna znieczulanych pacjentów.

Ponadto kontrola wykazała, że powierzchnie sal łóżkowych OAiIT oraz sali nadzoru poznieczuleniowego nie spełniały wymagań przestrzennych, jednak zgodnie z postanowieniami przepisu § 17 ust. 1 rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT, Szpital jest zobowiązany dostosować się od tych wymagań w terminie do 31 grudnia 2022 r.

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

### **1. Stan zatrudnienia lekarzy anestezjologów.**

a) Zatrudnienie lekarzy w latach 2018-2020 wynosiło odpowiednio: 9, 11, 10. Ilość lekarzy zatrudnionych w OAiIT, jak również ich dane personalne oraz specjalności były zgodne z wykazem personelu wykazanym w załączniku nr 2 „Harmonogram-zasoby” do umów zawartych pomiędzy Szpitalem, a NFZ<sup>69</sup>. Na podstawie grafików czasu pracy lekarzy, ustalono, że świadczenia zdrowotne w OAiIT oraz w BO udzielali lekarze wykazani w załączniku nr 2 do umowy zawartej pomiędzy Szpitalem a NFZ. W okresie objętym kontrolą nie występowały przypadki, gdzie świadczeń zdrowotnych w OAiIT oraz w BO udzielaliby inni lekarze, niż wykazani w załącznikach do ww. umów. Analiz w tym zakresie dokonano zarówno w odniesieniu do lekarzy pracujących w podstawowych godzinach ordynacji, jak również pracujących podczas dyżurów nocnych, weekendowych i świątecznych.

(akta kontroli str. 351-353, 443-445, 587-595)

b) Kwalifikacje lekarzy zatrudnionych w OAiIT były następujące:

-2018 r.<sup>70</sup> - dziewięciu lekarzy specjalistów w dziedzinie AiIT, jeden lekarz anestezjolog, sześciu lekarzy w trakcie specjalizacji,

-2019 r.<sup>71</sup> - 11 lekarzy specjalistów w dziedzinie AiIT, jeden lekarz anestezjolog, pięciu lekarzy w trakcie specjalizacji,

-2020 r.<sup>72</sup> - 10 lekarzy specjalistów w dziedzinie AiIT, jeden lekarz anestezjolog, pięciu lekarzy w trakcie specjalizacji.

Według stanu na 31.12.2020 r. struktura wiekowa lekarzy zatrudnionych w OAiIT była następująca:

-wśród lekarzy specjalistów AiIT był jeden lekarz w wieku do 40 lat, osiem osób w wieku 41-60 lat, jedna osoba w przedziale wiekowym 61-65 lat,

-jeden lekarz anestezjolog<sup>73</sup> w przedziale wiekowym 61-65 lat,

-wśród lekarzy w trakcie specjalizacji, cztery osoby były w wieku do 40 lat i jedna w przedziale wiekowym 41-60 lat.

<sup>69</sup> Umowa nr 0901003703201808, Umowa nr 0901003703201908, 0901003703202008.

<sup>70</sup> Na dzień 31.12.2018 r.

<sup>71</sup> Na dzień 31.12.2019 r.

<sup>72</sup> Na dzień 31.12.2020 r.

<sup>73</sup> Lekarz anestezjolog, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie AiIT.



W okresie objętym kontrolą, świadczeń zdrowotnych w OAiIT nie udzielali lekarze o innych specjalizacjach, niż określone w § 2 pkt 3-5 rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT.

(akta kontroli str. 351)

c) Wszyscy lekarze specjaliści w dziedzinie AiIT, lekarz anesteziolog oraz lekarze w trakcie specjalizacji (pracujący w OAiIT) w latach 2018-2020 zatrudnieni byli na podstawie umów cywilnych (kontraktów) o udzielanie świadczeń zdrowotnych. Na podstawie umowy o pracę zatrudniono trzy osoby będące w trakcie specjalizacji<sup>74</sup>. W odniesieniu do lekarzy zatrudnionych na podstawie umów cywilnych wykonywanie działalności leczniczej przez lekarza zostało poprzedzone wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego przez okręgową radę lekarską właściwą dla miejsca wykonywania praktyki zawodowej lekarza, stosownie do wymogów art. 5 ust. 1 w związku z art. 106 ust 1 pkt 2 ustawy o działalności leczniczej. W stosunku do lekarzy zatrudnionych na podstawie umów cywilnych, spełnione zostały wymagania art. 27 ustawy o działalności leczniczej.

(akta kontroli str. 348-350, 443-445, 449-489, 687)

d) Ustalono, że stan zatrudnienia lekarzy specjalistów w OAiIT odpowiadał wymaganiom określonym przepisami części I załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT. Przepisy te stanowią, że w przypadku lekarzy warunki wymagane na drugim poziomie referencyjnym - to równoważnik co najmniej sześciu etatów - lekarz specjalista anesteziologii i intensywnej terapii. W Szpitalu lekarzy o takich kwalifikacjach zatrudnionych było w pełnym wymiarze czasu pracy w latach 2018-2020 odpowiednio: 9, 11, 10.

(akta kontroli str. 350, 572-584)

e) Na podstawie analizy grafików pracy lekarzy w marcu 2018 r., czerwcu 2019 r. i wrześniu 2020 r. ustalono, że

-w 2018 r. dyżury nocne oraz w soboty i niedziele w 24 przypadkach zabezpieczał jeden lekarz specjalista w dziedzinie AiIT wspomagany lekarzem anesteziologiem i/lub lekarzami w trakcie specjalizacji, którzy odbyli co najmniej 2-letnie szkolenie w ramach specjalizacji w dziedzinie AiIT, w 2019 r. stwierdzono 21 takich przypadków, w 2020 r. - 12 takich sytuacji. Ponadto ustalono, że dyżur nocny dnia 6.06.2019 r. od godz. 14.35 do 7.00 pełnił lekarz M.J. będący wówczas w trakcie specjalizacji.

W ww. miesiącach nie było sytuacji, w tym także podczas dyżurów w weekendy, aby lekarz po godzinach podstawowej pracy pozostawał na dyżur nocny i w dniu następnym nadal wykonywał pracę, tj. aby pracował w sposób ciągły ponad 24 godziny.

(akta kontroli str. 427-442, 687)

## **2. Stan zatrudnienia pielęgniarek anesteziologicznych.**

a) W latach 2018-2020 zatrudniona była następująca liczba pielęgniarek ogółem, odpowiednio: 57, 61, 66 w tym pielęgniarek anesteziologicznych, odpowiednio: 51, 52, 55.

W wyniku analizy wykazano, że dane dotyczące pielęgniarek, w tym pielęgniarek anesteziologicznych (imiona i nazwiska, kwalifikacje) wykazane w załączniku do umowy zawartej pomiędzy Szpitalem, a NFZ były zgodne z danymi pielęgniarek zatrudnionymi w OAiIT. Nie stwierdzono przypadku niewykazania pielęgniarki anesteziologicznej w umowie z NFZ, jak i odwrotnie, tj. pielęgniarka wykazana

<sup>74</sup> E. B. -zatrudnienie od 17.11.2016 r., A.K. (B.) - zatrudnienie od 1.11.2017 r., Y. E.F. -zatrudnienie od 04.05.2020 r. - wszyscy zatrudnieni na podstawie umowy o pracę.

byłaby w załączniku do umowy zawartej pomiędzy Szpitalem a NFZ, a fizycznie nie byłaby zatrudniona w OAiIT.

(akta kontroli str. 300-347, 352, 501, 688)

b) Pielęgniarki anestezjologiczne zatrudnione w OAiIT, miały kwalifikacje określone w § 2 pkt 6 rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT, tj.: osoby te ukończyły specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki - w latach 2018-2020, odpowiednio: 25, 27, 35 osób. Pozostała grupa osób, tj. odpowiednio: 26, 25, 20 ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki.

Struktura wiekowa personelu pielęgniarstwa, wg stanu zatrudnienia na koniec 2020 r., kształtowała się odpowiednio:

-w grupie osób, które ukończyły specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, pięć osób było w wieku do 40 lat, 30 w wieku 41-60 lat,

-w grupie osób, które ukończyły kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, jedna osoba była w wieku do 40 lat, 19 w wieku 41-60 lat.

Dział Personalny nie dysponował danymi o ilości pielęgniarek, które w latach 2018-2020 odbywałyby szkolenia w trakcie specjalizacji.

(akta kontroli str. 306-347, 352, 517)

c) Wszystkie osoby z personelu pielęgniarstwa były zatrudnione na umowach o pracę.

(akta kontroli str. 518)

d) Stan zatrudnienia pielęgniarek anestezjologicznych w OAiIT odpowiadał wymaganiom określonym przepisami części I załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT. Przepisy te stanowią, że liczba pielęgniarek anestezjologicznych powinna odpowiadać równoważnikowi, co najmniej 2,2 etatu na jedno stanowisko intensywnej terapii. W latach 2018-2019, zgodnie z wyjaśnieniami Dyrektora Szpitala, funkcjonowało 8 stanowisk intensywnej terapii, w 2020 r. - 10. Liczba zatrudnionych pielęgniarek anestezjologicznych wynosiła odpowiednio: 51, 52, 55. Poza tym pielęgniarki anestezjologiczne udzielały świadczeń zdrowotnych w sali nadzoru poznieczuleniowego (z dziewięcioma stanowiskami) w sześciu salach operacyjnych BO, dwóch salach operacyjnych Chirurgii Naczyniowej i sali wybudzeniowej, w sali cięć cesarskich Oddziału Ginekologiczno-Położniczego z pododdziałem Ginekologii Onkologicznej wraz z trzy-łóżkową salą wybudzeniową. Analiza harmonogramów czasu pracy pielęgniarek anestezjologicznych w marcu 2018 r., czerwcu 2019 r. i wrześniu 2020 r. wykazała, że sprawowały one bezpośredni nadzór nad pacjentami w sali nadzoru poznieczuleniowego oraz całodobową opiekę pielęgniarstwa w OAiIT. Ustalono, że przestrzegano bezpiecznych norm czasu pracy pielęgniarek anestezjologicznych oraz ich prawa do odpoczynku.

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że: od 2018 r. do marca 2020 r. świadczenia pielęgniarstwa z zakresu anestezjologii wykonywane były przez personel zatrudniony w Oddziale Chirurgii Naczyniowej z Blokiem Operacyjnym. Po tym okresie personel został włączony w strukturę BO i OAiIT.

Lekarze anestezjolog udzielają świadczeń w wymienionych oddziałach na podstawie dziennego harmonogramu pracy - ustalanego codziennie w trakcie odprawy. Do interwencji (zabiegów w trybie nagłym) podczas odprawy, jest wyznaczany przynajmniej jeden lekarz anestezjolog.

Podobnie są wyznaczane pielęgniarki anestezyjologiczne przez Pielęgniarkę. Oddziałową.

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, m.in., że: (...) W przypadkach ekstremalnego braku personelu (losowe zdarzenia powodujące nieobecność) wstrzymujemy pracę sal operacyjnych wykonujących zabiegi planowe. Nigdy nie przedkładamy pracy na bloku operacyjnym do zabiegów planowych nad bezpieczeństwo krytycznie chorych pacjentów w OAiT.

(akta kontroli str. 233-257, 352, 354-380, 383-393, 492-500)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

**OCENA CZĄSTKOWA**

Stan zatrudnienia lekarzy specjalistów anestezyjologii i intensywnej terapii oraz pielęgniarek anestezyjologicznych odpowiadał wymaganiom określonym w części I załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT. Przestrzegane były normy czasu pracy oraz prawo do odpoczynku lekarzy oraz pielęgniarek zatrudnionych w OAiT. Dane zawarte w załączniku nr 2 „Harmonogram-zasoby” do umowy zawartej pomiędzy Szpitalem a NFZ, dotyczące personelu zatrudnionego w OAiT, były zgodne z faktycznym zatrudnieniem.

**OBSZAR**

### **3. Wymagania dotyczące wyposażenia OAiT i BO w wyroby medyczne.**

#### **1. Wyposażenie OAiT, stanowisk znieczulania i intensywnej terapii oraz stanowisk nadzoru poznieczuleniowego.**

a,b) W okresie objętym kontrolą, OAiT, stanowiska intensywnej terapii oraz stanowiska znieczulenia znajdujące się w BO i salach operacyjnych Oddziału Chirurgii Naczyniowej zostały wyposażone w odpowiednie wyroby medyczne, tj. aparaty, urządzenia, sprzęt medyczny wymagane przepisami „wyposażenie w wyroby medyczne” części I załącznika nr 1 w sprawie standardów w dziedzinie AiIT. Sprzęt medyczny będący na wyposażeniu OAiT został wykazany w odpowiednio obowiązującym w danym roku załączniku nr 2 „Harmonogram-zasoby” do umowy zawartej pomiędzy Szpitalem, a NFZ, a w przypadku BO - był zgodny z danymi zawartymi w ewidencji środków trwałych i pozostałych środków trwałych.

Spełnione zostały wymagania dotyczące AiIT określone w załączniku nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego<sup>75</sup>. Przepisy te stanowią, że OAiT powinny mieć na wyposażeniu, przy drugim poziomie referencyjnym – bronchoskop lub bronchofiberoskop<sup>76</sup>, aparat do ciągłego leczenia nerkozastępczego<sup>77</sup>, przyłóżkowy aparat RTG<sup>78</sup>, przyłóżkowy aparat USG. We wszystkie te sprzęty OAiT został wyposażony.

(akta kontroli str. 269-281, 283, 682-683)

c) Sprzęt, jakim dysponował OAiT był w miarę możliwości nowoczesny, gdyż na 50 sztuk aparatury medycznej rok produkcji siedmiu z nich oscylował pomiędzy 1996-2008. W przypadku stanowisk znieczulania w BO na 19 sztuk aparatury, 10 z nich

<sup>75</sup> Dz. U. z 2021 r., poz. 290, ze zm.

<sup>76</sup> Dwie sztuki, w tym jeden dla dzieci.

<sup>77</sup> Trzy sztuki.

<sup>78</sup> Jedna sztuka.

była wyprodukowana w latach 1998-2001. Dotyczyło to m.in. defibrylatora<sup>79</sup>, kardiomonitora transportowego<sup>80</sup>, kolumn anestezyjologicznych<sup>81</sup>, pomp infuzyjnych jedno i dwustrzykawkowych. W sali nadzoru poznieczuleniowego był aparat EKG, defibrylator, kardiomonitor transportowy, których rok produkcji datował się na 2000 r. Ustalono, że koszty serwisu i naprawy 13 sztuk aparatury medycznej, której wiek przekraczał 20 lat wynosiły „zero” zł.

W komentarzu do przekazanych danych Dyrektor Szpitala wyjaśniła, m.in. że: (...) wiekowe urządzenia nie przynoszą obciążenia finansowego. Wynika to z faktu, że starsza aparatura medyczna posiada wiele innych urządzeń, które już nie pracują w komórkach organizacyjnych Szpitala, a do których posiadamy wymontowane sprawne części zamienne. Dzięki takiemu działaniu wewnętrzny serwis Szpitala dokonuje napraw, ograniczając tym samym koszty napraw w serwisie zewnętrznym. W przypadku konieczności naprawy wiekowej, ponad 10 letniej aparatury medycznej, w firmie zewnętrznej, najczęściej Szpital otrzymuje informację o braku dostępu do części zamiennych. W takim przypadku urządzenie podlega kasacji – w przypadku, gdy naprawa jest nieopłacalna – a na jego miejsce kupowane jest nowe urządzenie.

Dyrektor dodała, że każda z pozycji aparatury medycznej, której okres produkcji datował się na lata 1996-2001<sup>82</sup> podlegała przeglądom technicznym wykonywanym przez serwis wewnętrzny, który dysponował niezbędnym zapleczem personalnym, posiadającym uprawnienia do wykonywania usług serwisowych oraz niezbędną aparaturą kontrolno-pomiarową do przeprowadzania przeglądów technicznych.

(akta kontroli str. 275-281, 634-644)

d) W związku z pandemią COVID-19 Szpital otrzymał 51 rodzajów aparatury medycznej, w tym m.in.: respiratory Mindray SV300 - 3 sztuki o łącznej wartości 149.040,00 zł, respirator Astral 150 - 1 sztuka o wartości 31.355,46 zł, aparat USG Canon Aplio a-series - 1 sztuka o wartości 325.870,00 zł, urządzenie do zamglawiania GLOSAIR - 1 sztuka o wartości 51.792,00 zł, tomograf komputerowy wraz z dostosowaniem pomieszczeń - 1 sztuka o wartości 2.164.097,65 zł, łóżka intensywnej opieki - 4 sztuki o łącznej wartości 58.767,12 zł, aparat do wysokoprzepływowej tlenoterapii Maquet High Flow - 5 sztuk o łącznej wartości 76.323,60 zł i inne (...). Wartość otrzymanego sprzętu wynosiła 7.243.272,34 zł w tym dotacja - 6.983.900,31 zł, środki własne Szpitala - 32.413,42 zł, darowizna - 226.958,61 zł. Darczyńcami ww. sprzętu były: Ministerstwo Zdrowia oraz firmy prywatne i publiczne. Szpital zakupił sprzęt medyczny celem przeciwdziałania i zwalczania skutków wywołanych rozprzestrzenieniem się wirusa SARS-CoV-2 w latach 2020 i 2021 za kwotę ogółem, odpowiednio: 6.647.646,66 zł i 260.706,45 zł. Ponadto uzyskał w 2020 r., w przedmiotowej sprawie, darowizny sprzętu medycznego o wartości 226.958,81 zł.

W kwestii wykonywania obowiązkowych przeglądów technicznych sprzętu medycznego w okresie pandemii COVID-19, Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że: Szpital serwisował i przeglądał urządzenia. W przypadku konieczności wykonania przeglądu technicznego przygotowano wyizolowane pomieszczenie, w którym wykonywano przegląd techniczny lub urządzenie wysyłano do serwisu. W przypadku, gdy urządzenie nie posiadało ważnego przeglądu technicznego, nie było używane.

---

<sup>79</sup> Rok produkcji 2000.

<sup>80</sup> Rok produkcji 2000.

<sup>81</sup> Rok produkcji 1998.

<sup>82</sup> Zestawienie tabelaryczne sprzętu medycznego, którego rok produkcji datował się na lata 1996-2001 wraz z kosztami napraw wynoszącymi w latach objętych kontrolą "0" zł, załączono do wyjaśnień nr 4 z dnia 02.08.2021 r.

## **2. Przeglądy techniczne aparatury medycznej wykorzystywanej w OAiT i w BO.**

Na podstawie kontroli wykonania przeglądów 16 wyrobów medycznych stanowiących wyposażenie OAiT i BO ustalono, że wszystkie urządzenia zostały poddane przeglądom technicznym w wymaganym przez producenta terminie. Informacje w tym zakresie wraz ze stosownymi podpisami i pieczętkami zostały zawarte w paszportach technicznych. Poza tym potwierdzenia wykonania czynności serwisowych przez serwisy zewnętrzne stanowiły raporty serwisowe, które także stanowiły podstawę rozliczenia faktur za wykonane czynności.

Kontrolą objęto następujący sprzęt: aparat do znieczulania z monitorem, lampa operacyjna, mobilna lampa zabiegowa, stół operacyjny ortopedyczny, kolumna anestezjologiczna, aparat do ciągłych zabiegów nerkozastępczych z wyposażeniem, aparat EKG-podstawowy, aparat USG, bronchofiberoskop, kardiomonitor, monitor do ciągłych pomiarów hemodynamicznych, myjnia-dezynfektor, dwie pompy infuzyjne strzykawkowe, respirator stacjonarny i transportowy.

W zależności od rodzaju aparatury medycznej, ich przeglądy techniczne dokonywane były przez wykwalifikowanych pracowników Szpitala, firmy nieautoryzowane posiadające uprawnienia do wykonywania czynności serwisowych zgodnie z wymaganiami producentów lub serwis producenta/ dystrybutora.

Jak wyjaśniła Dyrektor Szpitala, serwis wewnętrzny dokonuje wpisów świadczących o fakcie, że sprawdzone przez niego parametry techniczne urządzenia są w normie, co oznacza że sprawdzone podczas przeglądu technicznego, wykonanego zgodnie z wymaganiami producenta, parametry techniczne są w normie. W przypadku gdy występują jakiegokolwiek odstępstwa parametrów technicznych od założonych przez producenta norm i normy PN-EN 62353 – badanie bezpieczeństwa elektrycznego, serwis wewnętrzny dokonuje stosownego wpisu do paszportu technicznego i podejmuje decyzje czy odstępstwa uniemożliwiają dalszą pracę urządzenia czy warunkowo dopuszczają do eksploatacji.

W przypadku wykonywania przeglądów technicznych zleczanych do serwisu zewnętrznego Szpital, jako zamawiający, wymaga potwierdzenia realizacji przeglądu technicznego raportem serwisowym, który jest potwierdzeniem wykonania czynności serwisowej przez serwis zewnętrzny i umożliwia rozliczenie faktury za wykonane czynności.

Zgodnie z art. 90 ust. 4 ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych<sup>83</sup> wytwórca, importer i dystrybutor wprowadzający do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lub sprowadzający na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w celu używania na tym terytorium wyrób, który dla prawidłowego i bezpiecznego działania wymaga fachowej instalacji, okresowej konserwacji, okresowej lub doraźnej obsługi serwisowej, aktualizacji oprogramowania, okresowych lub doraźnych przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń lub kontroli bezpieczeństwa - które zgodnie z instrukcją używania wyrobu nie mogą być wykonane przez użytkownika - załącza do wyrobu wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania tych czynności.

W instrukcjach obsługi wyrobów medycznych<sup>84</sup> zazwyczaj producenci zalecają wykonywanie okresowych przeglądów technicznych wyłącznie przez

<sup>83</sup> Dz. U. z 2020 r., poz. 186 ze zm.

<sup>84</sup> Na przykładzie następujących wyrobów medycznych: Mobilny stół operacyjny PST 300, Aparat do znieczulania GE Aespire -GE Aespire View, Bronchofiberoskop Zhuhai Vision BF-52, Monitor hemodynamiczny Edwards EV 1000A, Pompy Strzykawkowe Medima S300, Respirator Maquet Servo-u, wer. 4.0.

wykwalifikowanych (autoryzowanych) pracowników serwisu (zalecają konkretną firmę), lub też personel, uprzednio przez tą firmę przeszkolony.

Komisja Europejska dwukrotnie badała w Szpitalu potencjalne antykonkurencyjne praktyki<sup>85</sup> ze strony producentów oryginalnego sprzętu (POS) podstawowych urządzeń do obrazowania diagnostycznego (PUOD) względem stron trzecich świadczących obsługę techniczną takiego sprzętu (STK). Szpital wskazał, że zaobserwowano trzy rodzaje praktyk utrudniających dostęp do świadczenia usług serwisowych, w szczególności poprzez zastosowanie kodów/hasel serwisowych POS. Bez kodów serwisowych zazwyczaj nie jest możliwe "skasowanie" komunikatów pojawiających się na ekranach PUOD (a dotyczących np. konieczności przeprowadzenia przeglądu okresowego), nie jest możliwe także przeprowadzenie aktualizacji oprogramowania, czy też dokonanie wstępnej diagnostyki PUOD. Ponadto POS nie przekazują nabywcom sprzętu instrukcji serwisowych, które zawierają zasady postępowania w przypadku błędów/awarii PUOD.

Jak wyjaśnił Specjalista w Dziale Technicznym i Aparatury Medycznej, w postępowaniach przetargowych wdraża się obecnie warunki kontraktowe umożliwiające STK dostęp do serwisowania sprzętu po upływie gwarancji. Czasami są problemy z pozyskaniem instrukcji serwisowych dla posiadanych urządzeń, które utraciły już okres gwarancji. Z uwagi na brak na rynku podmiotów posiadających stosowne kwalifikacje i uprawnienia do serwisowania wyrobów medycznych, nawet po upływie okresu gwarancji są one nadal serwisowane przez POS.

(akta kontroli str. 519-571, 596-633)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

**OCENA CZĄSTKOWA**

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 w dziedzinie AiIT. Zarówno sprzęt, jak i aparatura medyczna stanowiące wyposażenie OAIiT, znajdujących się tam stanowisk oraz sali nadzoru poznieczuleniowego były poddawane okresowym przeglądom technicznym.

## IV. Wnioski

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

Wnioski

1. Zapewnienie stałej obecności lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii, w tym w trakcie dyżurów nocnych i weekendowych.
2. Przestrzeganie zasady polegającej na tym, aby jeden lekarz w tym samym czasie znieczulal tylko jednego pacjenta.
3. Dopuszczenie, za zgodą lekarza kierującego Oddziałem Anestezjologii i Intensywnej Terapii, lekarza w trakcie specjalizacji do wykonywania znieczulenia pacjentów, których stan ogólny według skali ASA odpowiada stopniowi I, II lub III, pod warunkiem odbycia przez tych lekarzy co najmniej 2-letniego szkolenia

<sup>85</sup> Case AT. 40557, 5.11.2019 r., deadline: 7.08.2020 r.

w ramach specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii oraz wykazania się odpowiednią wiedzą i umiejętnościami wykonywania znieczulenia.

4. Podjęcie działań celem zapewnienia w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii co najmniej 2 % ogólnej liczby łóżek w Szpitalu.

5. Rzetelne prowadzenie pełnej, wymaganej przepisami prawa, dokumentacji 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 14 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.

Najwyższa Izba Kontroli  
Delegatura w Rzeszowie  
Dyrektor  
Wiesław Motyka

Kontroler  
Dagmara Mazurkiewicz-Karasińska  
główny specjalista kontroli  
państwowej

/-/

/-/