



## NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Rzeszowie

LRZ.410.011.07.2021

Jarosław Kolendo – Dyrektor

Szpital Specjalistyczny  
im. Edmunda Biernackiego  
w Mielcu  
ul. Żeromskiego 22  
39-300 Mielec

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

# I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Szpital Specjalistyczny im. Edmunda Biernackiego w Mielcu, ul. Żeromskiego 22, 39-300 Mielec, dalej: „Szpital”.
Kierownik jednostki kontrolowanej	Jarosław Kolendo, Dyrektor, od dnia 7 lipca 2021 r. W okresie poprzednim Dyrektorem Szpitala byli: - Leszek Kwaśniewski od 12 grudnia 2016 r. do 31 marca 2019 r., - Józef Więclaw od 1 kwietnia 2019 r. do 30 kwietnia 2020 r., - Zbigniew Trybus od 1 maja 2020 r. do 6 lipca 2021 r.
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 <sup>1</sup> . 3. Wymagania dotyczące wyposażenia OAiIT i Bloku Operacyjnego <sup>2</sup> w wyroby medyczne.
Okres objęty kontrolą	Lata 2018 – 2020, z uwzględnieniem zdarzeń wcześniejszych i późniejszych, o ile miały wpływ na działalność Szpitala w kontrolowanym zakresie.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli <sup>3</sup> .
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Rzeszowie.
Kontroler	Paweł Adamski, doradca prawny, upoważnienie do kontroli nr LRZ/75/2021 z 31 maja 2021 r.  (akta kontroli str. 1-10)

<sup>1</sup> Dalej: „OAiIT” lub „Oddział”.

<sup>2</sup> Dalej „BO”.

<sup>3</sup> Dz. U. z 2020 r. poz. 1200 ze zm., dalej: ustawa o NIK.

## II. Ocena ogólna<sup>4</sup> kontrolowanej działalności

### OCENA OGÓLNA

W OAiIT i BO Szpitala zostały zapewnione odpowiednie warunki do udzielania świadczeń z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii.

Od 13.05.2020 r. liczba łóżek w OAiIT stanowiła więcej niż 2% ogólnej liczby łóżek Szpitala. W okresie wcześniejszym, liczba łóżek w OAiIT nie spełniała powyższego warunku.

Szpital zatrudniał wymaganą przepisami liczbę lekarzy anestezjologów oraz pielęgniarek anestezjologicznych. Zapewniona została stała (także w czasie dyżurów lekarskich), odrębna obecność lekarzy specjalistów w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii, do udzielania świadczeń zdrowotnych na stanowiskach intensywnej terapii oraz do udzielania świadczeń z zakresu anestezji. Dane zawarte w załączniku „Harmonogram-zasoby” do umowy zawartej pomiędzy Narodowym Funduszem Zdrowia, dotyczące personelu zatrudnionego w OAiIT, były zgodne z faktycznym zatrudnieniem.

Wśród lekarzy anestezjologów zatrudnionych na podstawie umów o pracę oraz pielęgniarek były przestrzegane normy czasu pracy. Zapewnione zostały warunki do niezbędnego odpoczynku personelu medycznego.

Stwierdzono przypadki świadczenia nieprzerwanej pracy przez lekarzy anestezjologów zatrudnionych na podstawie umów cywilnoprawnych (kontraktów) w wymiarach 55 godz. 35 min. oraz 48 godz.

W okresie objętym kontrolą, występowały przypadki znieczulania przez lekarzy anestezjologów, w tym samym czasie, więcej niż jednego pacjenta, co było niezgodne z przepisem § 9 pkt 9 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r., w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii<sup>5</sup>, dalej: „rozporządzenie w sprawie standardów w dziedzinie AiIT”.

W okresie objętym kontrolą OAiIT i BO były wyposażone w wyroby medyczne niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii. Braki w wyposażeniu w sprzęt medyczny stwierdzone zostały w przypadku stanowisk znieczulania i stanowisk intensywnej terapii.

Zgodnie z § 17 ust. 1 ww. rozporządzenia podmiot prowadzący szpital jest zobowiązany dostosować się do tych wymagań do dnia 31.12.2022 r.

Sprzęt i aparatura medyczna będąca na wyposażeniu Oddziału i BO była poddawana okresowym przeglądom technicznym. Opóźnienia w terminowym przeprowadzeniu przeglądów technicznych spowodowane były ograniczeniami wynikającymi z pandemii Covid-19.

W Szpitalu nie opracowano pisemnych procedur przygotowania pacjenta do znieczulania, o których mowa w § 9 pkt 1 rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT.

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

<sup>5</sup> Dz. U. z 2020, poz. 940 ze zm.

### III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe<sup>6</sup> kontrolowanej działalności

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

1.

Szpital miał założoną Księgę Rejestrową o numerze 000000009957, w prowadzonym przez Wojewodę Podkarpackiego Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (RPWDL). Według wpisu w RPWDL, Szpital rozpoczął działalność w dniu 15.09.1972 r.

W dziale III RPWDL pn. „Komórki organizacyjne zakładu leczniczego i ich profile”, pod numerem 83 ujęte zostały dane dotyczące komórki organizacyjnej Szpitala pn. „Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii”. W rubryce 8, jako zakres świadczeń zdrowotnych udzielanych w OAiT wskazano:

- kod resortowy charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej - 4260 Oddział anestezjologii i intensywnej terapii;

- kod resortowy funkcji ochrony zdrowia – HC.1.1 Leczenie stacjonarne;

- kod resortowy dziedziny medycyny - 01 Anestezjologia i intensywna terapia.

OAiT rozpoczął działalność z dniem 02.01.1994 r.

W tym samym dziale III RPWDL, pod numerem 13 zostały ujęte dane dotyczące komórki organizacyjnej Szpitala pn. „Blok operacyjny”. W rubryce 8, jako zakres świadczeń zdrowotnych udzielanych w BO wskazano:

- kod resortowy charakteryzujący specjalność - 4910 Blok operacyjny;

- kod resortowy funkcji ochrony zdrowia – HC.1.1 Leczenie stacjonarne;

- kod resortowy dziedziny medycyny - 01 Anestezjologia i intensywna terapia.

BO rozpoczął działalność w dniu 15.09.1972 r.

(akta kontroli str. 11)

OAiT oraz BO były wyodrębnione organizacyjnie w strukturze Szpitala. W obowiązujących w Szpitalu, w okresie objętym kontrolą regulaminach organizacyjnych<sup>7</sup> zapisano m.in., iż OAiT kieruje Ordynator/Lekarz Kierujący Oddziałem a BO kieruje Kierownik. Osoby kierujące OAiT, jak i BO podlegały bezpośrednio Zastępcy Dyrektora Szpitala ds. Lecznictwa.

Do zadań OAiT należało:

- prowadzenie intensywnego leczenia w stanach zagrożenia życia bez względu na przyczynę;

- przygotowanie i przeprowadzanie znieczuleń w czasie zabiegów operacyjnych, zabiegów diagnostycznych i leczniczych oraz współpraca z innymi oddziałami w tym zakresie;

- opiekowanie się chorymi bezpośrednio przed i po operacji do czasu wyrównania zaburzeń czynności ośrodkowego układu nerwowego, oddychania, krążenia krwi;

- współdziałanie w leczeniu powikłań pooperacyjnych i zwalczaniu bólu pooperacyjnego;

- prowadzenie specjalizacji dla lekarzy etatowych i rezydentów;

- organizowanie i prowadzenie szkoleń dla personelu medycznego.

<sup>6</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>7</sup> Regulamin Organizacyjny Szpitala wprowadzony zarządzeniem Dyrektora Szpitala nr 118/2017 z dnia 29.12.2017 r. oraz Regulamin Organizacyjny Szpitala wprowadzony zarządzeniem Dyrektora Szpitala nr 8/2020 z dnia 27.01.2020 r.

OAIiT został zaliczony do drugiego poziomu referencyjnego.

Do zadań BO należało:

- przygotowanie pacjentów do zabiegów;
- sprawowanie nadzoru nad pacjentami operowanymi w zakresie procedur chirurgii ogólnej i naczyniowej, chirurgii urazowo-ortopedycznej, urologii, ginekologii;
- przygotowanie pomieszczenia, sprzętu, aparatury medycznej do zabiegów operacyjnych zgodnie z obowiązującymi przepisami;
- prowadzenie obserwacji pacjentów po zabiegach w sali wybudzeń.

(akta kontroli str. 12-28; 29-106)

W okresie objętym kontrolą, ogólna liczba łóżek w oddziałach Szpitala, wynosiła:

- w 2018 r. od 524 do 559,
- w 2019 r. od 502 do 533,
- w 2020 r. od 502 do 506.

Od dnia 01.01.2018 r. do 11.05.2020 r. liczba łóżek w OAIiT wynosiła od 5 do 8, co stanowiło od 0,89% do 1,59% ogólnej liczby łóżek w Szpitalu.

Od dnia 12.05.2020 r. liczba łóżek w OAIiT wynosiła 12, co stanowiło 2,37% ogólnej liczby łóżek w Szpitalu.

Zgodnie z § 4 ust. 3 *rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT*, liczba łóżek na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii stanowi co najmniej 2% ogólnej liczby łóżek w szpitalu.

W okresie od 01.01.2019 do 11.05.2020 r. liczba łóżek w OAIiT w okresach wskazanych powyżej wynosiła od 0,89% do 1,59% ogólnej liczby łóżek na wszystkich oddziałach Szpitala.

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

(akta kontroli str. 107-120; 311-312)

Liczba łóżek w BO wynosiła:

- na dzień 31.12.2018 r. – 6;
- na dzień 31.12. 2019 r i 31.12.2020 r. – 8.

Liczba łóżek wykazana w zarządzeniach Dyrektora Szpitala była zgodna ze stanem faktycznym oraz liczbą łóżek zgłoszonych do RPWDL.

(akta kontroli str. 107-120)

W okresie objętym kontrolą, Szpital zawarł 4 umowy ubezpieczenia, przedmiotem których było obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą, oraz odpowiedzialność cywilna z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej lub użytkowania mienia. W zakresie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą, sumy gwarancyjne wynosiły 100 tys. euro a składki od 160 tys. zł do 221,5 tys. zł. W zakresie odpowiedzialności cywilnej z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej lub użytkowania mienia, sumy gwarancyjne wynosiły od 200 tys. euro do 300 tys. euro, a składki od 6 tys. zł do 20 tys. zł. Szpital, w okresie od 30.06.2018 r. do 29.06.2021 r. posiadał 3 umowy ubezpieczenia, przedmiotem których była odpowiedzialność cywilna osób objętych ubezpieczeniem za szkody na osobie lub w mieniu, wyrządzone osobom trzecim, wskutek uchybień w wykonywaniu czynności zawodowych. Sumy gwarancyjne wynosiły od 450 tys. zł do 500 tys. zł, a składki od 20 tys. zł do 39,7 tys. zł.

(akta kontroli str. 121-135)

W okresie objętym kontrolą funkcję Kierownika OAiT sprawował lekarz posiadający od 1996 r. tytuł specjalisty drugiego stopnia w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii.

Zgodnie z art. 49 ust. 7 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o *działalności leczniczej*<sup>8</sup>, dalej: „*ustawa o działalności leczniczej*”, konkursu na stanowisko lekarza kierującego oddziałem szpitalnym nie przeprowadza się. Regulamin organizacyjny Szpitala określał, iż OAiT kieruje ordynator lub lekarz niebędący ordynatorem.

(akta kontroli str. 136)

Pielęgniarka Oddziałowa OAiT była zatrudniona w Szpitalu od 1980 r. i posiadała od 2007 r. tytuł pielęgniarki specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej terapii. W okresie objętym kontrolą, obowiązki Pielęgniarki Oddziałowej realizowała po przeprowadzonym w 2015 r. konkursie na to stanowisko.

(akta kontroli str. 137)

W okresie objętym kontrolą, Podkarpacki Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny (PPWIS) w Rzeszowie przeprowadził 3 kontrole, przedmiotem których były zagadnienia związane z funkcjonowaniem OAiT oraz BO.

W dniu 20.09.2018 r. została przeprowadzona kontrola, poprzedzająca wydanie przez PPWIS w Rzeszowie w dniu 28.09.2018 r. decyzji zezwalającej Szpitalowi na uruchomienie i stosowanie aparatu rentgenowskiego do celów radiologii zabiegowej, w pracowni rentgenowskiej zlokalizowanej w sali operacyjnej nr 2 BO.

Przeprowadzona w dniu 12.10.2018 r. kontrola dotyczyła spełniania wymagań higienicznych i zdrowotnych w celu wyrażenia stanowiska o możliwości przystąpienia do użytkowania obiektu: Blok operacyjny – Rozbudowa, modernizacja i przebudowa wraz z budową nowych instalacji wentylacji mechanicznej z klimatyzacją. Przeprowadzony przegląd wykazał zgodność wykonanej rozbudowy z dokumentacją oraz wymaganiami sanitarnymi stawianymi tego rodzaju obiektom.

Na wniosek Szpitala w dniu 10.01.2019 r. została przeprowadzona kontrola OAiT w zakresie dostosowania do wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą. W protokole zapisano, iż wyposażenie pomieszczeń było zgodne z zakresem świadczonych usług. Stan techniczny i sanitarny w dniu kontroli określono jako bardzo dobry.

W okresie objętym kontrolą, w Szpitalu nie były przeprowadzane kontrole przez Ministra Zdrowia, Wojewodę Podkarpackiego, Narodowy Fundusz Zdrowia.

(akta kontroli str. 138-152)

## 2.

W Szpitalu obowiązywała „*Procedura oceny ryzyka związanego z zabiegiem i znieczuleniem*”<sup>9</sup>, dalej: „*Procedura oceny ryzyka*”, której celem było dostosowanie sposobu znieczulenia (z uwzględnieniem różnych technik i środków – do stanu pacjenta) w celu zminimalizowania ryzyka powikłań w okresie okołoperacyjnym.

Postępowanie określone *Procedurą oceny ryzyka* obejmowało:

- a) ocenę ryzyka związanego z zabiegiem i znieczuleniem przeprowadzoną przez lekarza anestezjologa bezpośrednio przed znieczuleniem lub w okresie wcześniejszym – po ustaleniu listy zabiegów planowych na konkretny dzień (termin);
- b) ocenę ryzyka okołoperacyjnego obejmującą:
  - wywiad chorobowy i przyjmowane leki;
  - badanie fizykalne;
  - wyniki badań dodatkowych;

<sup>8</sup> Dz. U. z 2021 r. poz. 711 ze zm.

<sup>9</sup> Procedura Systemu Zarządzania Jakością QP – 108 / L.

- dodatkowe konsultacje;
- c) odnotowanie badania i wywiadu przez lekarza anestezjologa w karcie pacjenta znieczulanego w części „zgoda na znieczulenie”;
- d) klasyfikację oceniającą ryzyko operacyjne wg skali ASA<sup>10</sup> i odnotowanie wyniku w karcie pacjenta znieczulanego.

Załącznikiem do Procedury oceny ryzyka była „Karta pacjenta znieczulanego”.

Procedura oceny ryzyka została opracowana przez Lekarza Kierującego Oddziałem i zatwierdzona przez Zastępcę Dyrektora Szpitala ds. Lecznictwa.

Z procedurą zostali zapoznani zatrudnieni w Szpitalu lekarze-anestezjolodzy.

W okresie objętym kontrolą Szpital nie miał pisemnych procedur przygotowania pacjenta do znieczulania, w tym wykazu badań diagnostycznych i laboratoryjnych, w celu bezpiecznego przeprowadzenia zabiegu w trybie natychmiastowym, pilnym, przyśpieszonym i planowanym. Obowiązek posiadania takich procedur wynikał z § 9 pkt 1 rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AilT.

Kierownik OAilT wyjaśniła, iż sposób przygotowania pacjenta do operacji zależy od rodzaju operacji oraz znieczulenia. Przed konsultacją anestezjologiczną wykonywane są zlecone wcześniej badania. Konieczne jest też wypełnienie ankiety anestezjologicznej. Profil podstawowy badań dotyczy nieobciążonych pacjentów poniżej 50 roku życia i obejmuje wykonanie EKG, oznaczenie grupy krwi, morfologii, ocenę stężenia elektrolitów (potas, sód) oraz APTT<sup>11</sup>. U pacjentów z chorobami towarzyszącymi lub przyjmującymi niektóre leki, może występować konieczność poszerzenia panelu badań i powinny one być zlecone przez lekarza przyjmującego na oddział szpitalny, na podstawie badania podmiotowego i przedmiotowego pacjenta. W trakcie spotkania z anestezjologiem przeprowadzana jest kwalifikacja pacjenta do znieczulenia. Uwzględniając stan zdrowia i obecność chorób współistniejących, mogą być zlecone dodatkowe badania i konsultacje lekarzy specjalistów. Podejmowane przez lekarzy anestezjologów działania są wynikiem wiedzy i doświadczenia i zawsze mają na celu zwiększenia bezpieczeństwa pacjenta w okresie okołoperacyjnym.

(akta kontroli str. 153-157; 272)

W Szpitalu od 02.07.2018 r. obowiązywała procedura określająca „Postępowanie w przypadku nagłego zatrzymania krążenia lub omdlenia poza oddziałami szpitalnymi”<sup>12</sup>, dalej: „Procedura w przypadku NZK”<sup>13</sup>.

Sposoby postępowania określone w *Procedurze w przypadku NZK* były następujące:

- w przypadku wystąpienia NZK lub omdlenia osoby znajdującej się na terenie Szpitala, lekarz lub inny wykwalifikowany pracownik zobligowany był do podjęcia akcji reanimacyjnej, z jednoczesnym obowiązkiem powiadomienia poprzez numer alarmowy lekarza anestezjologa kontynuującego akcję reanimacyjną;
- w przypadku wystąpienia nagłego zdarzenia u osoby znajdującej się w pobliżu Szpitala, obowiązek udzielenia spoczywał na każdym przeszkolonym pracowniku Szpitala będącym świadkiem zdarzenia i wezwaniu Pogotowia Ratunkowego oraz powiadomieniu telefonicznie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego (SOR). Pracownicy SOR udają się na miejsce zdarzenia z przenośnym zestawem resuscytacyjnym;

<sup>10</sup> American Society of Anesthesiology – stosowana w anestezjologii klasyfikacja oceniająca ryzyko operacyjne.

<sup>11</sup> Badanie czasu częściowej trombolastyny po aktywacji (APTT) jest jednym z badań pozwalających na ocenę prawidłowego działania układu krzepnięcia.

<sup>12</sup> Instrukcja Systemu Zarządzania Jakością i Zarządzania Środowiskowego QI – 014/O.

<sup>13</sup> Nagłe zatrzymanie krążenia.

- w przypadku omdlenia (utruty przytomności) osoba udzielająca pomocy (lekarz anestezjolog) po uzyskaniu poprawy stanu, przekazywał pacjenta lekarzom SOR, którzy prowadzili dalszą diagnostykę i leczenie lub lekarzowi dyżurnemu z oddziału macierzystego;

- w przypadku epizodu NZK postępowanie resuscytacyjne kierowane było przez lekarza anestezjologa, który podejmował decyzję o jej kontynuowaniu lub zaprzestaniu, a także o miejscu dalszego leczenia i diagnozowania pacjenta;

*Procedura w przypadku NZK została opracowana przez Lekarza Kierującego Oddziałem i zatwierdzona przez Dyrektora Szpitala.*

Z procedurą zostali zapoznani zatrudnieni w Szpitalu lekarze anestezjology.

W ocenie Kierownika OAiT, system komunikacji alarmowej wprowadzony *Procedurą w przypadku NZK* jest prawidłowy, spełnia swoje zadania i sprawdza się w zaistniałych sytuacjach.

(akta kontroli str. 158-162)

Analiza wybranych zapisów w książkach operacyjnych<sup>14</sup> wykazała, iż w 4 przypadkach lekarze anestezjology znieczulali w tym samym czasie więcej niż jednego pacjenta. Przypadki te wystąpiły:

1. W dniu 5 marca 2018 r., I. K., lekarz anestezjolog uczestniczył w znieczulaniu: pacjenta określonego pod wpisem nr 68 w książce operacji „chirurgia naczyniowa”, w godz. 8.30 do 10.00, oraz pacjenta określonego pod wpisem nr 228 w książce operacji „urologia”, w godz. 8.25 do 9.15.

2. W dniu 4 marca 2018 r., E. M., lekarz anestezjolog uczestniczyła w znieczulaniu: pacjenta określonego pod wpisem nr 164 w książce operacji „chirurgia”, w godz. 8.40 do 9.50, oraz pacjenta określonego pod wpisem nr 64 w książce operacji „ginekologia”, w godz. 8.45 do 9.00.

Odnośnie wyżej wymienionych dwóch przypadków, lek. med. Marzanna Nykiel Kierownik OAiT wyjaśniła, iż doszło do skrócenia formy zapisu w książce znieczuleń – zapis nie obejmował lekarzy-rezydentów uczestniczących w znieczuleniu pacjentów.

3. W dniu 6 marca 2018 r., W. B. lekarz anestezjolog II stopień specjalizacji oraz A.G., lekarz w trakcie specjalizacji – rezydent, uczestniczyli w znieczulaniu: pacjenta określonego pod wpisem nr 255 w książce operacji „ortopedia”, w godz. 8.00 do 9.30, oraz pacjenta określonego pod wpisem nr 71 w książce operacji „chirurgia naczyniowa”, w godz. 8.20 do 9.30.

4. W dniu 7 czerwca 2019 r., M. L. lekarz anestezjolog II stopień specjalizacji oraz A.Z., lekarz w trakcie specjalizacji – rezydent, uczestniczyli w znieczulaniu: pacjenta określonego pod wpisem nr 397 w książce operacji „chirurgia”, w godz. 8.20 do 9.30, oraz pacjenta określonego pod wpisem nr 559 w książce operacji „neurochirurgia”, w godz. 7.40 do 10.10.

Odnośnie wyżej wymienionych dwóch przypadków, Kierownik OAiT wyjaśniła, iż lekarz w trakcie specjalizacji – rezydent, może znieczulać pacjentów tylko i wyłącznie pod nadzorem lekarza specjalisty z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii. W związku z powyższym, pisemne potwierdzenia, o których mowa w § 8 ust. 5 rozporządzenia w sprawie standardu w dziedzinie AiT nie były wydawane.

W trakcie znieczulania pacjentów (w analizowanych przypadkach), z lekarzami anestezjologami w zespołach znieczulających współpracowały pielęgniarki anestezjologiczne.

(akta kontroli str. 163-169; 170-172)

<sup>14</sup> 90 zapisów po 30 zapisów w okresach: marzec 2018 r.; czerwiec 2019 r. i wrzesień 2020 r.



Pacjenci po przeprowadzonych w salach operacyjnych operacjach byli przekazywani do sali nadzoru poznieczuleniewego. W dokumentacji medycznej „Karta znieczulenia” w części „Obserwacja pacjenta na sali pooperacyjnej” odnotowywane były dane, m.in.: imię, nazwisko, wiek pacjenta, datę, godzinę przyjęcia pacjenta na salę nadzoru oraz godzinę jego przekazania z sali nadzoru na oddział Szpitala. W odstępach 15 minutowych odnotowywane były wyniki pomiarów ciśnienia krwi, tętna oraz saturacji. Ta część Karty znieczulenia opatrzona była podpisem oraz pieczętką pielęgniarki anestezjologicznej.

(akta kontroli str. 173-176)

Pacjenci w OAiIT, w tym w izolatkach, byli pod stałym nadzorem i bezpośrednią obserwacją pielęgniarek. W środkowej części sali łóżkowej Oddziału znajdowało się stanowisko nadzoru pielęgniarskiego wyposażone m.in. w monitor, na którym wyświetlone były dane dotyczące podstawowych funkcji życiowych pacjentów znajdujących się w sali oraz w izolatkach. Wzajemne usytuowanie łóżek pacjentów oraz konsoli umożliwiała bezpośrednią obserwację pacjentów na łóżkach. Obserwacja zachowań i twarzy pacjentów znajdujących się w izolatkach możliwa była przez oszklone ściany.

(akta kontroli str. 177-180)

W okresie objętym kontrolą, w Oddziale znajdowały się dwie izolatki, posiadające śluzy. Wejścia do śluz możliwe były z korytarza wewnętrznego „2”, drzwiami przesuwными o szerokości 1,4 m. W pomieszczeniu każdej śluzy znajdowała się umywalka z baterią uruchamiana bezdotykowo, miejsce na przebieranie się i składowanie materiałów izolacyjnych. Wejście ze śluz do izolatek przez drzwi przesuwne o szerokości 1,2 m. Przy izolatkach znajdowały się pomieszczenia oznaczone jako „WS”, w których zainstalowane były: myjka dezynfekator basenów i przyborów zasilana parą z własnej wytwornicy, umywalka z baterią uruchamiana bezdotykowo, dozownik na środek dezynfekujący, pojemnik z ręcznikami jednorazowego użytku, pojemnik na zużyte ręczniki, miska ustępowa, kratka odpływowa w posadzce.

(akta kontroli str. 177-180)

Kierownik OAiIT nie przeprowadzała raz w roku ocen dotyczących jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych w Oddziale (w latach 2018-2020).

Kierownik OAiIT wyjaśniła, iż w Oddziale corocznie są przeprowadzane spotkania personelu, na których analizowana jest jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych. Podkreśliła, iż przedmiotowe oceny nie muszą mieć formy pisemnej i w Oddziale „poprzestajemy na formie ustnej”. Jednocześnie analizy jakości udzielanych w OAiIT świadczeń usług zdrowotnych prowadzone są stale, na bieżąco analizowane są wszystkie przypadki wymagające omówienia.

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

(akta kontroli str. 181-183)

W Szpitalu obowiązywała „Procedura postępowania z łóżkiem szpitalnym w oddziale po wypisie/zgonie pacjenta”<sup>15</sup>, dalej: „Procedura postępowania z łóżkiem”. Procedura ta określała:

- cel, jaki powinien zostać osiągnięty po zastosowaniu się do jej postanowień;

<sup>15</sup> Procedura Systemu Zarządzania Jakością QP – 034 / E

- zasady postępowania z łóżkiem (mycie, dezynfekcja, przekazanie pościeli i bielizny pościelowej do prania);

- odpowiedzialnych za przeprowadzenie mycia, dezynfekcji i transport czystej i brudnej pościeli do magazynu bielizny czystej/brudnej (firma sprzątająca) oraz za nadzór nad realizacją tych czynności (pielęgniarka oddziałowa);

Procedura postępowania z łóżkiem określała również kolejność czynności przy myciu i dezynfekcji łóżka, a mianowicie:

- założenie odzieży ochronnej (fartuch, rękawiczki);

- ściągnięcie brudnej pościeli;

- przekazanie brudnej pościeli, bielizny pościelowej do pralni,

- mycie i dezynfekcja całego łóżka wraz z materacem, poduszką oraz podkładek, podpórek, udogodnień do układania pacjenta (zmywalnych);

- mycie i dezynfekcja stolika przyłóżkowego;

- ściągnięcie odzieży ochronnej;

- mycie i dezynfekcja rąk;

- wymiana bielizny pościelowej na czystą, założenie czystej pościeli.

Procedura postępowania z łóżkiem została opracowana przez Pielęgniarkę Epidemiologiczną i zatwierdzona przez Dyrektora Szpitala.

Obowiązująca w Szpitalu *Procedura postępowania z łóżkiem* nie wymagała dokumentowania tych czynności oraz ich odbioru (sprawdzenia) przez innego pracownika (np. przez przełożonego).

(akta kontroli str. 184-187)

Codziennie lub według potrzeb, mycie i dezynfekcja pomieszczeń i urządzeń Oddziału i BO obejmowała: podłogi, umywalki, baterie, glazurę w strefie spryskowej, kosze na odpady z zewnątrz, dozowniki na mydło, pojemniki na ręczniki, ramy łóżek, mebli, taboretów, wysięgniki na kroplówki, stojaki, klamki, drzwi w okolicy dotykowej, wyłączniki, telefony, parapety. Codziennie lub według potrzeb opróżniane były kosze oraz wymieniane worki na odpady według kodów kolorów.

Raz na tydzień lub według potrzeb mycie i dezynfekcja obejmowała drzwi, kosze na śmieci oraz myte były przeszklenia. Kaloryfery myte były raz w miesiącu.

Raz w kwartale myte były okna, szyby, framugi i parapety zewnętrzne. Oczyszczane były ściany i sufity, myte wywietrzniki, obudowy wentylacyjne.

Wykonanie powyższych czynności było potwierdzane podpisem osoby firmy zewnętrznej, wykonującej te czynności oraz osoby kontrolującej ze strony Szpitala w dokumencie pn. „*Karta kontroli czystości*”.

(akta kontroli str. 188-189)

3.

Sala nadzoru poznieczuleniowego znajdowała się w obrębie bloku operacyjnego, w bezpośrednim sąsiedztwie sal operacyjnych.

(akta kontroli str. 177-180; 190-192)

Oddział znajdował się w jednym budynku (kompleksie) Szpitala, na jednym poziomie, wraz z BO oraz Szpitalnym Oddziałem Przyjęć. Komunikacja i transport pacjentów pomiędzy Oddziałem i BO a innymi oddziałami Szpitala odbywała się korytarzami oraz windami przeznaczonymi tylko do transportu chorych.

Sala operacyjna dla pacjentów Oddziału Ginekologiczno-Położniczego znajdowała się, tak jak wymieniony Oddział na I piętrze.

(akta kontroli str. 177-180)

W sali łóżkowej Oddziału znajdowało się 10 łóżek. Powierzchnia sali wynosiła 207,5 m<sup>2</sup>. Na jedno łóżko przypadało 20,75m<sup>2</sup> powierzchni sali. W Oddziale znajdowały się dwie izolatki (każda o powierzchni 18 m<sup>2</sup>).

W sali nadzoru poznieczuleniowego znajdowało się 8 stanowisk. Powierzchnia sali wynosiła 101 m<sup>2</sup>. Na jedno łóżko przypadało 12,63 m<sup>2</sup>.

Według załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AILT dla pokoju wielostanowiskowego powierzchnia dla łóżka powinna wynosić minimum 16 m<sup>2</sup>. Sala nadzoru poznieczuleniowego Szpitala nie spełniała tego wymogu. Na podstawie § 17 wyżej cytowanego rozporządzenia Szpital zobowiązany jest dostosować się do tych wymagań do dnia 31.12.2022 r.

(akta kontroli str. 177-180; 190-192; 193-194)

Dwie izolatki w Oddziale posiadały śluzy o powierzchni ok. 8,5 m<sup>2</sup>. Do śluz prowadziło wejście z korytarza, drzwiami przesuwными o szerokości 1,4 m. W pomieszczeniu każdej śluzy znajdowała się umywalka z baterią uruchamiana bezdotykowo, miejsce na przebieranie się i składowanie materiałów izolacyjnych. Wejście ze śluz do izolatek prowadziło przez drzwi przesuwne, o szerokości 1,2 m.

(akta kontroli str. 177-180; 193-194)

W Szpitalu zapewniona była dostępność do badań radiologicznych i analitycznych świadczonych m.in. dla Oddziału i BO. Zakład Diagnostyki Obrazowej oraz Laboratorium Analityczne czynne były 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu. Świadczenia były realizowane w budynkach Szpitala.

(akta kontroli str. 195-198; 199-207)

W kontroli ustalono, że pokoje chorych Oddziału znajdowały się powyżej poziomu terenu urządzonego przy budynku.

Pomieszczenia stanowiące Oddział nie były zespołami przechodnimi. Wejścia na Oddział ograniczone były tylko dla osób uprawnionych (wejście na kod lub dzwonek).

Podłogi w pomieszczeniach Oddziału w rodzaju: sala łóżkowa; korytarz; magazyn; pomieszczenie przygotowania leków; śluza przy izolatce; pokój socjalny wykonane były z wykładziny homogenicznej, rulonowej, zgrzewalnej, antypoślizgowej<sup>16</sup>. Ściany pokryte były bezspoinową powłoką akrylową, farbą autosterylną odporną na ścieranie, glazurą. W części pomieszczeń znajdowały się fartuchy ochronne przy umywalkach, wykonane z glazury do wysokości min. 160 cm i szerokości 60 cm poza obrys umywalki. Łóżka chorych były dostępne z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych. Odstępy między łóżkami umożliwiały swobodny dostęp do pacjentów i aparatury znajdującej się przy łóżkach.

Pokoje łóżkowe były wyposażone w umywalki z ciepłą i zimną wodą, dozowniki z mydłem w płynie oraz pojemniki z ręcznikami jednorazowego użytku. W pokojach znajdowały się także zlewozmywaki do płukania sprzętu.

Sala łóżkowa nie była wyposażona w urządzenia umożliwiające bezpośrednią obserwację pacjentów.

Szerokość drzwi na Oddziale, przez które odbywał się ruch pacjentów wynosiła od 90 cm do 200 cm.

W pokojach łóżkowych Oddziału zainstalowana była wentylacja nawiewno-wywiewna.

W okresie objętym kontrolą, instalacje i urządzenia wentylacji mechanicznej funkcjonujące na Oddziale i BO były poddawane corocznym przeglądom serwisowym. Przeglądy obejmowały kontrolę poszczególnych elementów serwisowanych urządzeń, ich czyszczenie i dezynfekcję. Firma przeprowadzająca przeglądy serwisowe przeszkoliła w marcu 2019 r. dwunastu pracowników Szpitala,

---

<sup>16</sup> Wg PN – EN 14041.

w zakresie obsługi instalacji wentylacyjnej i klimatyzacji. Wykonanie prac serwisowych zostało udokumentowane „Protokołami z czynności serwisowych”. Przeglądom okresowym, co 12 miesięcy była poddawana szczelność układu chłodniczego. Przeglądy okresowe zostały udokumentowane „Raportami z przeglądu okresowego i kontroli szczelności układu chłodniczego”.

(akta kontroli str. 177-180; 190-194; 208)

4.

W okresie objętym kontrolą, w Oddziale oraz w BO dyżury nocne, sobotnio-niedzielne oraz w święta czy „pod telefonem” pełnili lekarze specjaliści anestezjologii i intensywnej terapii. Żaden z lekarzy w powyższych okresach nie pełnił dyżuru jednocześnie w Oddziale i w BO.

Lekarze specjaliści anestezjologii i intensywnej terapii w liczbie do 9 osób oraz lekarze anestezjolodzy w trakcie specjalizacji w liczbie do 5 osób świadczyli usługi zdrowotne od poniedziałku do piątku, w podstawowym wymiarze czasu pracy, tj. przez 7 godz. 35 min., w godz. od 7.00 do 14.35.

W sali nadzoru poznieczuleniowego zapewniona była stała obecność lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii lub lekarza anestezjologa.

(akta kontroli str. 209-216)

Bezpośredni nadzór nad pacjentami w sali nadzoru poznieczuleniowego sprawowały pielęgniarki anestezjologiczne. Przebieg sprawowanego nadzoru był odnotowywany i potwierdzany w „Karcie znieczulenia”, w części „Obserwacja pacjenta na sali pooperacyjnej”. Dokonane wpisy były potwierdzane podpisem i pieczęcią pielęgniarki anestezjologicznej.

Sala nadzoru poznieczuleniowego znajdowała się w obrębie BO. Pielęgniarki anestezjologiczne sprawujące nadzór nad pacjentami w tej sali, miały zapewniony stały kontakt z lekarzem specjalistą anestezjologii i intensywnej terapii w BO.

(akta kontroli str. 173-176; 190-192)

W okresie objętym kontrolą liczba stanowisk intensywnej terapii na Oddziale wynosiła: 5 (na dzień 31.12.2018 r.), 8 (na dzień 31.12.2019 r.) i 12 (na dzień 31.12.2020 r.).

W Oddziale świadczenia zdrowotne zakresu anestezjologii i intensywnej terapii były wykonywane w sposób ciągły, całodobowy przez lekarzy specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii oraz przez pielęgniarki anestezjologiczne.

Praca w czasie dyżurów oraz w czasie podstawowym lekarzy specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii w Oddziale nie była łączona z ich pracą na innych oddziałach Szpitala, czy prowadzenia znieczuleń w BO.

(akta kontroli str. 209-216; 217-221)

W okresie objętym kontrolą spełnione były pozostałe wymagania udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu AiIT właściwego dla II poziomu referencyjnego OAiIT. W strukturze organizacyjnej Szpitala funkcjonowały m.in.:

- Oddział Chirurgii Ogólnej, do zadań którego należało:
  - diagnostyka i leczenie pacjentów dorosłych podlegających leczeniu chirurgicznemu w trybie pilnym i planowym oraz sprawowanie intensywnej opieki pooperacyjnej;
  - udzielanie konsultacji chirurgicznych pacjentom innych oddziałów;
  - prowadzenie specjalizacji dla lekarzy etatowych i rezydentów;
  - organizowanie i prowadzenie szkoleń dla personelu medycznego.
- Oddział Neurologii, do zadań którego należało:
  - diagnostyka i leczenie chorób układu nerwowego;

- świadczenie usług diagnostycznych w zakresie EEG, Holter EEG, Holter EKG, USG Doppler;
- prowadzenie specjalizacji dla lekarzy etatowych i rezydentów;
- organizowanie i prowadzenie szkoleń dla personelu medycznego.
- Pracownia Endoskopii, do zadań której należało wykonywanie i ocena badań endoskopowych przewodu pokarmowego oraz zabiegów z wykorzystaniem technik endoskopowych. W sytuacjach nagłych, badania w Pracowni wykonywane były całodobowo w formie gotowości telefonicznej. Dyżury ustalane były na każdy miesiąc i podawane do wiadomości oddziałów szpitalnych.

(akta kontroli str. 29-106)

W latach 2018-2020 średnioroczne obłożenie (wykorzystanie) stanowisk intensywnej terapii w OAiIT Szpitala wynosiło odpowiednio: 66%, 75,6% i 63,2%. W poszczególnych latach objętych kontrolą, średniomiesięczne obłożenie stanowisk intensywnej terapii wynosiło:

- w 2018 r. od 43% (sierpień) do 101,3%<sup>17</sup> (grudzień);
- w 2019 r. od 55,6% (październik) do 97,4% (styczeń);
- w 2020 r. od 22,8% (lipiec) do 93,3% (listopad).

Trzy najwyższe wskaźniki średniomiesięcznego wykorzystania stanowisk intensywnej terapii w OAiIT w poszczególnych latach wynosiły:

- w 2018 r. - 101,3% (grudzień); 86,7% (listopad) i 73,5% (październik);
- w 2019 r. - 97,4% (styczeń) i 92,1% (czerwiec i wrzesień);
- w 2020 r. - 93,3% (listopad); 92,2% (luty) i 81,5% (styczeń).

W miesiącach: październik; listopad i grudzień 2018 r. oraz styczeń 2019 r., tj. łącznie 123 dni, liczba łóżek w OAiIT wynosiła 5. Wszystkie łóżka były wykorzystane przez 63 dni, tj. 51,2% wszystkich dni w ww. miesiącach, w tym, w ciągu 18 dni liczba wykorzystanych w OAiIT łóżek była zwiększana:

- do 6 (15 dni),
- do 7 (2 dni), oraz
- do 8 (1 dzień).

W miesiącach: czerwiec i wrzesień 2019 r. oraz styczeń i luty 2020 r., tj. łącznie 119 dni, liczba łóżek w OAiIT wynosiła 8. Wszystkie łóżka były wykorzystane w ciągu 44 dni, tj. 37% wszystkich dni w ww. miesiącach, w tym, w ciągu 16 dni liczba wykorzystanych w OAiIT łóżek była zwiększana:

- do 9 (15 dni), oraz
- do 10 (1 dzień).

W listopadzie 2020 r. liczba łóżek w OAiIT wynosiła 12. Wszystkie łóżka były wykorzystane w ciągu 14 dni, tj. 46,6% dni w miesiącu, w tym, w ciągu 8 dni liczba wykorzystanych w OAiIT łóżek była zwiększana:

- do 13 (5 dni);
- do 14 (1 dzień), oraz
- do 15 (2 dni).

W okresie objętym kontrolą w Szpitalu nie odnotowano przypadku zgonu lub pogorszenia stanu zdrowia pacjenta z powodu braku miejsca w Oddziale. Odmowy przyjęcia pacjentów na Oddział miały miejsce w okresie nasilenia epidemii Covid-19, wiosną 2021 r. mimo zorganizowania w OAiIT 10 łóżek do leczenia chorych na Covid-19. W takiej sytuacji chorzy byli przewożeni do innych placówek. W sytuacji krytycznego pogorszenia stanu zdrowia chorzy byli podłączani do respiratorów w oddziałach zakaźnych i w miarę uzyskiwania wolnych miejsc przekazywani do Oddziału.

<sup>17</sup> W grudniu 2018 r. liczba łóżek w OAiIT wynosiła 5. Liczba łóżek nieobłożonych w całym miesiącu wynosiła 5. W tym miesiącu, liczba łóżek w OAiIT została na 7 dni zwiększona do 6. Łóżka te były w tym czasie wykorzystane.

W latach 2020-2021 w Oddziale, w związku z epidemią Covid-19 zwiększono liczbę łóżek do 16, w tym 10 łóżek dla pacjentów z Covid-19 i 6 dla pacjentów wymagających leczenia z innych przyczyn. W Oddziale Zakaźnym utworzono na początku pandemii 2 stanowiska intensywnej terapii dla pacjentów z Covid-19.

(akta kontroli str. 222; 223-231; 232-234)

5.

Układ pomieszczeń BO odpowiadał wymogom określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą<sup>18</sup>.

Wejście na BO prowadziło przez śluzy dla kobiet i mężczyzn. W śluzach były wydzielone części: brudna (szatnia), mokra i czysta.

W ramach BO (zespolonego) funkcjonowało 8 sal operacyjnych. Każda z sal miała bezpośrednie połączenie z korytarzem „brudnym”. Wejście do każdej z sal prowadziło z korytarza „czystego”, przez odrębne pomieszczenia przygotowawcze dla personelu lekarskiego oraz pomieszczenia przygotowawcze dla pacjenta. Pomieszczenia przygotowania się lekarzy wyposażone były w umywalki bezdotykowe, dozowniki środków myjących, dezynfekujących, ręczniki papierowe, pojemniki na zużyte ręczniki papierowe. Korytarz „czysty” był wydzielony od korytarza „brudnego”.

BO posiadał również pomieszczenia: myjni chirurgicznych, sterylizatorni narzędzi – strefa brudna, instrumentarium, RTG przewoźny, magazyn gipsu i szyn, magazynu bielizny brudnej, magazynu odpadów, pokoju anestezjologa, pokoju personelu, łazienki; WC, pomieszczenia porządkowego.

(akta kontroli str. 177-180; 190-192)

6.

Monitorowanie podstawowych funkcji życiowych pacjenta odnotowywane było w dokumentacji medycznej w dokumencie „*Bilans ogólny*”. Dokument był sporządzany na okres całego pobytu pacjenta w Oddziale. Każdy egzemplarz obejmował okres 24 godzin lub okres krótszy, bezpośrednio po przyjęciu lub wypisie pacjenta z Oddziału. Każdy egzemplarz „*Bilansu ogólnego*” podpisany był przez lekarza specjalistę anestezjologa i pielęgniarkę anestezjologiczną.

W „*Bilansie ogólnym*” cyklicznie (np. co godzinę) odnotowywane były m.in. dane dotyczące: temperatury ciała, ciśnienia tętnicze krwi, parametry oddechu, wydalanego moczu.

(akta kontroli str. 235)

W czasie dyżurów nocnych, weekendowych oraz świątecznych w Oddziale, intensywną terapię prowadził lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii. W podstawowych godzinach pracę świadczyli anestezjolodzy lekarze specjaliści, jak i lekarze w trakcie specjalizacji pod nadzorem lekarzy specjalistów.

(akta kontroli str. 209-216)

Analizowana dokumentacja medyczna znieczulanych pacjentów obejmowała m.in. karty konsultacji anestezjologicznej w części „Zgoda na znieczulenie” (30 szt.). Karty te zawierały następujące dane:

- nazwisko i imię pacjenta, jego wiek;
- rozpoznanie/zakres zabiegu;
- rodzaj znieczulenia: dotchawiczne/dożylnie/inne;

---

<sup>18</sup> Dz. U. poz. 595

- premedykacja.

W ramach wywiadu chorobowego wykazane były przebyte przez pacjenta choroby, zażywane leki, przebyte operacje, uczulenia, tolerancja wysiłku.

Badanie fizykalne obejmowało m.in. wyniki pomiarów ciśnienia tętniczego krwi (RR), pulsu (HR), oraz badań układu krążenia i oddechowego. Określona była również klasyfikacja wg skali ASA, oceniająca ryzyko operacyjne. W karcie znajdowała się adnotacja o wyrażeniu zgody pacjenta na znieczulenie.

Przedmiotowa część karty była opatrzona podpisem anestezjologa (imię i nazwisko; pieczęć) i podpisem pacjenta (jeśli był możliwy do złożenia).

Wszystkie karty w tej części były podpisane przez lekarzy – specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii. Karta zawierała wskazanie czynności wykonanych w celu identyfikacji pacjenta bezpośrednio przed zabiegiem.

(akta kontroli str. 173-176)

Karta znieczulenia w przypadku 30 poddanych analizie znieczulanych pacjentów zawierała m.in. następujące dane:

- L. ks. Gł.; L. ks. Oper; Nr sali operacyjnej;
- nazwiska: lekarza znieczulającego; pielęgniarki anestezjologicznej; operatora;
- nazwisko i imię pacjenta znieczulanego, wiek, PESEL;
- rozpoznanie;
- datę; rodzaj zabiegu;
- leki wprowadzające i dodatkowe;
- rodzaj znieczulenia.

W dalszej części karty pn. „*Przebieg znieczulenia*” zapisane były godziny rozpoczęcia znieczulenia oraz do jego zakończenia. Podana została także klasyfikacja pacjenta w skali ASA.

Ta część karty była podpisana przez anestezjologa znieczulającego (imię i nazwisko, pieczęć). Wszystkie karty w tej części były podpisane przez lekarzy – specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii. W części karty „*Obserwacja pacjenta na sali pooperacyjnej*” zapisane zostały m.in. wyniki pomiarów: RR; HR i SpO<sub>2</sub><sup>19</sup> wykonywane co 15 minut. Ta część karty była podpisana przez pielęgniarkę anestezjologiczną.

(akta kontroli str. 173-176)

W części informacyjnej okołoperacyjnej karty kontrolnej znieczulanych pacjentów (30 szt.) podane zostały: imię i nazwisko pacjenta znieczulanego, datę zabiegu, nr księgi głównej, oddział szpitalny z którego pacjent został skierowany na zabieg. Dalsza część karty składała się z części zabiegowej oraz części anestezjologicznej.

Część anestezjologiczna karty obejmowała etapy:

- przed wykonaniem nacięcia;
- przed opuszczeniem Bloku Operacyjnego przez pacjenta.

Część anestezjologiczna karty była podpisana przez koordynatora – lekarza znieczulającego (pieczęć imienna).

Wszystkie karty w tej części były podpisane przez lekarzy – specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii.

(akta kontroli str. 173-176)

Analiza 30<sup>20</sup> dokumentacji medycznych pacjentów wykazała, że znieczulenia w BO wykonywane były przez lekarzy specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii. W dokumencie pn. „*Karta pacjenta znieczulanego*”, po przeprowadzonym wywiadzie medycznym lekarz anestezjolog określał stan ogólny pacjenta według skali ASA<sup>21</sup>.

<sup>19</sup> SpO<sub>2</sub> – saturacja (nasylenie) krwi tlenem

<sup>20</sup> Po 10 z marca 2018 r., czerwca 2019 r. oraz września 2020 r.

<sup>21</sup> American Society of Anesthesiologists – stosowana w anestezjologii klasyfikacja oceniająca ryzyko operacyjne.

(akta kontroli str. 209-216; 236-238)

W próbie 60 dokumentacji medycznych pacjentów<sup>22</sup> stwierdzono, że resuscytację prowadzono w przypadku 9 pacjentów. Czynności te prowadzili lekarze specjaliści anestezjologii i intensywnej terapii, którzy również podejmowali decyzje o ich zakończeniu.

(akta kontroli str. 236-241)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

1. W okresie od 01.01.2018 r. do 11.05.2020 r. liczba łóżek w OAiIT była niższa niż 2% ogólnej liczby łóżek w Szpitalu. Stan powyższy nie spełniał warunków określonych w § 4 ust. 3 rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT, zgodnie z którym liczba łóżek w OAiIT powinna stanowić, co najmniej 2% ogólnej liczby łóżek w szpitalu.

(akta kontroli str. 107-120; 311-312)

2. W okresie objętym kontrolą, w 4 przypadkach<sup>23</sup> lekarze anestezjodolodzy znieczulali w tym samym czasie więcej niż jednego pacjenta. Zgodnie z przepisem § 9 pkt 9 rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT, lekarz wykonujący znieczulenie może w tym samym czasie znieczulać tylko jednego pacjenta.

(akta kontroli str. 163-169; 170-172)

3. Brak procedur przygotowania pacjenta do znieczulenia, o których mowa w § 9 pkt 1 rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT.

(akta kontroli str. 153-157; 272)

**OCENA CZĄSTKOWA**

W Szpitalu zostały zapewnione warunki do udzielania świadczeń z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii.

W ramach Oddziału funkcjonowała sala łóżkowa wyposażona w 10 stanowisk intensywnej terapii oraz dwie izolatki. W BO funkcjonowała sala nadzoru poznieczuleniowego z 8 łózkami.

Zapewniona została stała (także w czasie dyżurów lekarskich), odrębna obecność lekarzy specjalistów w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii, do udzielania świadczeń zdrowotnych na stanowiskach intensywnej terapii oraz do udzielania świadczeń z zakresu anestezji.

W okresie od 01.01.2018 r. do 11.05.2020 r. liczba łóżek w OAiIT była niższa niż 2% ogólnej liczby łóżek w Szpitalu.

Na podstawie zapisów w księgach operacyjnych stwierdzono, iż w okresie objętym kontrolą, występowały przypadki znieczulania przez lekarzy anestezjologów w tym samym czasie więcej niż jednego pacjenta.

W okresie objętym kontrolą Szpital nie miał pisemnych procedur przygotowania pacjenta do znieczulania, o których mowa w § 9 pkt 1 rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT.

<sup>22</sup> 30 pacjentów Oddziału i 30 pacjentów znieczulanych w BO.

<sup>23</sup> Spośród 90 znieczuleń objętych analizą.



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

Opis stanu faktycznego

1.  
W latach 2018-2020<sup>24</sup> ogólny stan zatrudnienia lekarzy w OAiIT wynosił odpowiednio 14, 14 i 13 osób.

Zatrudnieni lekarze specjaliści w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii oraz lekarze anestezjolodzy w trakcie specjalizacji byli wykazani w załączniku nr 2 „Harmonogram – zasoby” do umowy zawartej z NFZ na świadczenie usług medycznych.

(akta kontroli str. 216; 242-243; 244; 245-249)

Liczba lekarzy zatrudnionych w OAiIT na koniec 2018, 2019 i 2020 roku, posiadających II stopień specjalizacji w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii, wynosiła odpowiednio 10, 9 i 9. Lekarzy w trakcie specjalizacji zatrudnionych było odpowiednio 4, 5 i 4.

Według stanu na 31.12.2020 r.:

- wiek 8 lekarzy specjalistów w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii mieścił się w przedziale od 41-60 lat;
- jeden lekarz specjalista był poniżej 40 roku życia;
- 4 lekarzy będących w trakcie specjalizacji było poniżej 40 roku życia.

(akta kontroli str. 242-243)

Na podstawie umowy o pracę zatrudnionych było 5, 6 i 5 lekarzy, w tym po jednym lekarzu posiadającym II stopień specjalizacji w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii oraz odpowiednio 4, 5 i 4 lekarzy w trakcie specjalizacji.

Na podstawie umów cywilnych (kontraktów) pracę wykonywało odpowiednio 9, 8 i 8 lekarzy, posiadających II stopień specjalizacji w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii.

Umowy cywilne zawarte z lekarzami spełniały warunki określone art. 27 *ustawy o działalności leczniczej*.

(akta kontroli str. 242-243; 273-280)

Stan zatrudnienia lekarzy specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii<sup>25</sup> odpowiadał wymaganiom określonym w części I załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii oraz w załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego.<sup>26</sup>

(akta kontroli str. 242-243)

W okresie objętym kontrolą nie wystąpiły przypadki podczas pracy w podstawowych godzinach lub podczas dyżurów, w których lekarze w trakcie specjalizacji, samodzielnie udzielali świadczeń z zakresu intensywnej terapii, tj. bez obecności w OAiIT lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii.

Lekarze zatrudnieni w Oddziale na podstawie umów o pracę świadczyli pracę w wymiarze określonym w *ustawie o działalności leczniczej*.

<sup>24</sup> Według stanu na 31 grudnia każdego roku.

<sup>25</sup> Minimalna, wymagana liczba lekarzy specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii dla II stopnia referencyjnego wynosiła 6 osób.

<sup>26</sup> Dz. U. z 2021 r. poz. 290 ze zm.

Lekarze zatrudnieni na podstawie umów cywilnoprawnych (kontraktów):

- w marcu 2018 r. w trzech przypadkach<sup>27</sup> pełnili dyżury w BO od godz. 7.00 w sobotę do godz. 7.00 w poniedziałek i w tym samym dniu, bez przerwy podejmowali pracę w Oddziale w podstawowym wymiarze w godz. 7.00 do 14.35. Łączny, nieprzerwany wymiar czasu świadczonej pracy wynosił w każdym przypadku 55 godz. 35 min.;

- w marcu 2018 r. lekarz anesteziolog w dniu 23 marca rozpoczął pracę w podstawowym wymiarze w godz. 7.00 do 14.35, po czym bezpośrednio podjął w tym samym dniu dyżur na Oddziale do godz. 7.00 dnia 24 marca oraz w tym samym dniu dyżur do godz. 7.00, w dniu 25 marca. Łączny nieprzerwany czasu pracy wynosił 48 godz.

- w czerwcu 2019 r. w dwóch przypadkach na Oddziale<sup>28</sup> lekarze pełnili dyżury od godz. 7.00 w sobotę do godz. 7.00 w poniedziałek i w tym samym dniu, bez przerwy podejmowali pracę w podstawowym wymiarze w godz. 7.00 do 14.35. Łączny, nieprzerwany wymiar czasu świadczonej pracy wynosił w każdym przypadku 55 godz. 35 min.;

- w czerwcu 2019 r. w dwóch przypadkach w BO<sup>29</sup> lekarze pełnili dyżury od godz. 7.00 w sobotę do godz. 7.00 w poniedziałek i w tym samym dniu, bez przerwy podejmowali pracę w podstawowym wymiarze w godz. 7.00 do 14.35. Łączny, nieprzerwany wymiar czasu świadczonej pracy wynosił w każdym przypadku 55 godz. 35 min.;

- 12 i 13 września 2020 r. na Oddziale pełnione były nieprzerwanie dyżury w wymiarze łącznym 48 godz.;

- we wrześniu 2020 r. w dwóch przypadkach<sup>30</sup> w BO pełnione były dyżury w wymiarach łącznych po 48 godz.

Przypadki świadczenia przez pojedynczych lekarzy specjalistów anesteziologii i intensywnej terapii zatrudnionych w Szpitalu na podstawie umowy, usług zdrowotnych w nieprzerwanych okresach, w wymiarach 55 godz. i 35 min. oraz 48 godz. mogą stwarzać potencjalne zagrożenie dla zdrowia a nawet życia lekarzy. Konsekwencją takich stanów może być obniżona jakość usług zdrowotnych świadczonych dla pacjentów przez przepracowanych i zmęczonych lekarzy, również stwarzająca zagrożenie dla ich zdrowia i życia.

(akta kontroli str. 163-169; 209-216)

## 2.

Ogólny stan zatrudnienia pielęgniarek w OAiT wynosił: 55 na koniec 2018 r., 60 na koniec 2019 r. i 62 na koniec 2020 r. Pielęgniarek anesteziologicznych zatrudniono odpowiednio 46, 47 i 49, zaś pozostałych pielęgniarek (nieanesteziologicznych) 9, 13 i 13. Pielęgniarki w OAiT zatrudnione były na podstawie umowy o pracę i na podstawie umów cywilnoprawnych.

Zatrudnione w OAiT pielęgniarki wykazane były w załączniku nr 2 „Harmonogram – zasoby” do umów zawartych z NFZ.

(akta kontroli str. 245-249; 250-251)

Liczba pielęgniarek zatrudnionych w OAiT na koniec 2018, 2019 i 2020 roku posiadających ukończoną specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa anesteziologicznego i intensywnej opieki wynosiła odpowiednio: 30, 31 i 32.

<sup>27</sup> W dniach: 3-5; 17-19 i 24-26 marca

<sup>28</sup> W dniach 8-10 i 15-17 czerwca

<sup>29</sup> W dniach 1-3 i 8-10 czerwca

<sup>30</sup> W dniach 19-20 i 26-27 września

Spośród tych pielęgniarek 16, 12 i 12 miało ukończony również kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki. Liczba pielęgniarek, które ukończyły tylko kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki wynosiła odpowiednio: 16, 16 i 17.

Według stanu na 31.12.2020 r.:

- wiek 46 pielęgniarek anestezyjologicznych mieścił się w przedziale 41-60 lat;
- 3 pielęgniarki anestezyjologiczne miały mniej niż 40 lat życia;
- 4 pielęgniarki nieanestezyjologiczne miały wiek w przedziale 41-60 lat;
- 9 pielęgniarek nieanestezyjologicznych nie przekroczyło 40 roku życia.

Spośród pielęgniarek nieanestezyjologicznych, według stanów na koniec 2018 r., 2019 r. i 2020 r. odpowiednio: 2, 3 i 2 pielęgniarki posiadały specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa kardiologicznego.

(akta kontroli str. 250-251)

Na podstawie umowy o pracę ogółem zatrudnionych było: 44 pielęgniarek na koniec 2018 r., 49 na koniec 2019 r. i 50 na koniec 2020 r., w tym: 9, 13 i 13 pielęgniarek nieanestezyjologicznych.

Na podstawie umów cywilnych (kontraktów) pracę wykonywało odpowiednio: 11 pielęgniarek anestezyjologicznych na koniec 2018 r., 11 na koniec 2019 r. i 12 na koniec 2020 r..

Umowa o udzielenie zamówienia na świadczenia medyczne w zakresie dyżurów medycznych, obejmująca udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki anestezyjologiczne spełniała wymogi określone art. 27 ustawy o *działalności leczniczej*.

Zatrudnienie pielęgniarek anestezyjologicznych na podstawie umów o pracę wynosiło na koniec 2018 r. - 35, na koniec 2019 r. - 36 i na koniec 2020 r. - 37 pielęgniarek, co stanowiło odpowiednio 7, 4,5 i 3,1 etatu na jedno stanowisko intensywnej terapii. W Oddziale było zatrudnionych 11 pielęgniarek innych niż anestezyjologiczne, wykonujących zadania inne niż anestezyjologiczne.

(akta kontroli str. 250-251; 281-294)

Pielęgniarki anestezyjologiczne zatrudnione na podstawie umowy o pracę wykonywały swoją pracę w wymiarze nieprzekraczającym 12 godzin na dobę.

Pielęgniarki zatrudnione na podstawie umów cywilnoprawnych wykonywały pracę w systemie zmianowym, w wymiarze 12 i 24 godzin.

Czas pracy w wymiarze 12 godzin obejmował zmiany: dzienną od godz. 7.00 do 19.00 oraz nocną od godz. 19.00 do 7.00 dnia następnego. Czas pracy w wymiarze 24 godzin obejmował zmianę od godz. 7.00 do 7.00 dnia następnego.

W kontroli nie stwierdzono przypadków przekraczania wyżej wymienionych czasów pracy<sup>31</sup>.

(akta kontroli str. 252-262; 263-266; 267-271)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

**OCENA CZĄSTKOWA**

Stan zatrudnienia lekarzy specjalistów anestezyjologii i intensywnej oraz pielęgniarek anestezyjologicznych w Oddziale odpowiadał wymaganiom określonym w części I załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie *standardów w dziedzinie AilT*.

<sup>31</sup> Analizą objęto harmonogramy czasu pracy pielęgniarek anestezyjologicznych za: marzec 2018 r.; czerwiec 2019 r i wrzesień 2020 r.

Wśród zatrudnionych na podstawie omów o pracę lekarzy anesteziologów przestrzegane były normy pracy określone art. 93–99a ustawy o *działalności leczniczej*.

W kontroli stwierdzono przypadki nieprzerwanego świadczenia pracy w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii przez lekarzy zatrudnionych na podstawie umów cywilnoprawnych (kontraktów) w wymiarach 55 godzin i 35 minut oraz 48 godzin.

W ocenie Najwyższej Izby Kontroli stwierdzone w kontroli przypadki świadczenia przez pojedynczych lekarzy specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii zatrudnionych w Szpitalu na podstawie umowy, usług zdrowotnych w nieprzerwanych okresach, w wymiarach 55 godz. i 35 min. oraz 48 godz. Konsekwencją takich stanów może być obniżona jakość usług zdrowotnych świadczonych dla pacjentów przez przepracowanych i zmęczonych lekarzy. Sytuacje takie mogą stwarzać potencjalne zagrożenie dla bezpieczeństwa pacjentów oraz zdrowia lekarzy.

Dane zawarte w załączniku nr 2 „Harmonogram-zasoby” do umowy zawartej pomiędzy Szpitalem a Narodowym Funduszem Zdrowia, dotyczące personelu medycznego zatrudnionego w OAiT, były zgodne z faktycznym zatrudnieniem.

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

1.

W okresie objętym kontrolą, Oddział miał na swoim wyposażeniu: bronchofiberoskop, aparaty do ciągłego leczenia nerkozastępczego (od 1 do 3 szt.), przyłóżkowy aparat RTG, przyłóżkowe aparaty USG (od 1 do 2 szt.). Ponadto Oddział dysponował: elektrycznymi urządzeniami do ssania (od 10 do 24 szt.), sprzętem do pomiaru rzutu serca (od 1 do 3 szt.), sprzętem do bezpośredniego monitorowania ciśnienia wewnątrzczaszkowego, defibrylatorem z możliwością wykonania kardiowersji i zewnętrznej stymulacji serca (1 do 4 szt.), respiratorem transportowym (od 4 do 6 szt.), zestawem do zabezpieczenia drożności dróg oddechowych (2 szt.)

Stanowiska intensywnej terapii wyposażone były w: łóżko do intensywnej terapii z materacem przeciwoleżynowym (12 szt.), respiratorem z możliwością regulacji stężenia tlenu w zakresie 21-100% (12 szt.), zestawem do intubacji i wentylacji z workiem samorozprężalnym (12 szt.), sprzętem do szybkich oraz regulowanych przetoczeń płynów (12 szt.), kardiomonitorem (12 szt.), sprzętem do inwazyjnego pomiaru ciśnienia krwi (12 szt.), fonendoskopem (12 szt.).

Na 12 stanowisk intensywnej terapii, siedem stanowisk nie było wyposażonych w kapnograf, oraz aparat do nieinwazyjnego pomiaru ciśnienia krwi, zaś na 11 stanowiskach nie było pulsoksymetru.

Każde stanowisko intensywnej terapii miało dostęp do źródeł energii elektrycznej, tlenu, powietrza i próżni.

Wszystkie 10 stanowisk znieczulania wyposażonych było w: aparat do znieczulenia ogólnego z respiratorem anestetycznym; aparaturę anesteziologiczną stanowiska znieczulenia ogólnego z zastosowaniem sztucznej wentylacji płuc z wyposażeniem, worek samorozprężalny i rurki ustno-gardłowe, urządzenie do ssania, zestaw do intubacji dotchawicznej z rurkami intubacyjnymi i dwoma laryngoskopami, wyciąg gazów anestetycznych, znormalizowany stolik (wózek) anesteziologiczny, sprzęt do dożylnego podawania leków, aparat do pomiaru ciśnienia krwi, termometr, pulsoksymetr, monitor stężenia tlenu w układzie anestetycznym z alarmem wartości

granicznych, kardiomonitor, kapnometr, monitor zwiotczenia mięśniowego) monitor gazów anestetycznych, sprzęt do inwazyjnego pomiaru ciśnienia krwi, sprzęt do szybkich przetoczeń płynów.

Ponadto na wyposażeniu stanowisk znieczulania znajdowały się: pompy infuzyjne (13 szt.); urządzenie do ogrzewania płynów infuzyjnych (4 szt.) sprzęt do regulowanych przetoczeń płynów (1 szt.) defibrylator z możliwością wykonania kardiowersji i elektrostymulacji (1 szt.).

Zgodnie z wymogami rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT stanowiska znieczulania powinny posiadać: po 3 pompy infuzyjne (razem 30 pomp – brakowało więc 17 pomp); 10 urządzeń do ogrzewania płynów infuzyjnych (1 szt. na stanowisko – brakowało 6). Ponadto każde stanowisko powinno być wyposażone w sprzęt do regulowanych przetoczeń płynów (brakowało 9) oraz każda sala operacyjna lub zespół połączonych stanowisk powinna dysponować defibrylatorem z możliwością wykonania kardiowersji i elektrostymulacji (brakowało 9).

Zgodnie z postanowieniami § 17 ust. 1 rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT podmioty lecznicze prowadzące szpital zobowiązane są do uzupełnienia brakującego sprzętu i aparatury medycznej w terminie do 31.12.2022 r.

Stanowiska znieczulania wyposażone były w źródła tlenu, powietrza i próżni oraz światła.

Sala nadzoru poznieczuleniowego wyposażona była w: wózek reanimacyjny i zestaw do konikotomii, defibrylator z możliwością wykonania kardiowersji, respirator z możliwością regulacji stężenia tlenu w zakresie 21-100 %, elektryczne urządzenia do ssania (8 szt.). Na sali zapewniona została możliwość bezpośredniej obserwacji pacjenta.

Stanowiska nadzoru poznieczuleniowego wyposażone były w: aparat do pomiaru ciśnienia krwi, monitor EKG, ) pulsoksymetr, termometr (2 szt.).

Stanowiska nadzoru poznieczuleniowego wyposażone były w źródła tlenu, powietrza i próżni.

(akta kontroli str. 217-221; 295-307)

Koszty związane z eksploatacją wyrobów, których wiek przekraczał 20 lat<sup>32</sup> ustalono dla pięciu urządzeń medycznych. Koszty te w poszczególnych latach objętych kontrolą wyniosły (w nawiasach rok produkcji wyrobu):

- dla laparoskopu torwizyjnego (1999 r.), 2018 r. – 14,8 tys.; 2019 r. – 9,7 tys.; 2020 r. – 11,9 tys.; 2021 r.<sup>33</sup> – 17,1 tys. zł, tj. łącznie 53,5 tys. zł, co stanowiło 31 % kwoty zakupu wyrobu wynoszącego 169,5 tys. zł. Na łączny koszt związany z eksploatacją laparoskopu torwizyjnego składały się koszty: przeglądów technicznych – 9,8 tys. zł; naprawy – 26,1 tys. zł; wymiana żarówek ksenowych w źródle światła – 6,6 tys. zł; wymiana zasilacza wysokiego napięcia – 7 tys. zł.

- dla stołu operacyjnego z blatem do chirurgii ogólnej (1999 r.), 2018 r. – 0,1 tys.; 2019 r. – 0,9 tys.; 2020 r. – 1,1 tys.; 2021 r. – 0 zł, tj. łącznie 2,1 tys. zł, co stanowiło 2,4 % kwoty zakupu wyrobu wynoszącego 88,9 tys. zł;

- dla stołu operacyjnego z blatem ortopedycznym (1999 r.), 2018 r. – 0,1 tys.; 2019 r. – 0,1 tys.; 2020 r. – 2,8 tys.; 2021 r. – 0 zł, tj. łącznie 3 tys. zł, co stanowiło 3,4 % kwoty zakupu wyrobu wynoszącego 87,4 tys. zł;

- dla zestawu serwoventylator 900C (1997 r.), 2018 r. – 1,2 tys.; 2019 r. – 0 zł; - 2020 r. – 3,2 tys.; 2021 r. – 0 zł, tj. łącznie 4,4 tys. zł, co stanowiło 5,3 % kwoty zakupu wyrobu wynoszącego 82,9 tys. zł.

<sup>32</sup> Według zapisów w Kartotece Środków Trwałych na wyposażeniu OAiT oraz BO znajdowało się 45 wyrobów medycznych

<sup>33</sup> Do 31.07.2021 r.

- dla zestawu serwoventylator z wyposażeniem (1997 r.), 2018 r. – 1,2 tys.; 2019 r. – 0 zł; 2020 r. – 3.2 tys.; 2021 r. – 0 zł, tj. łącznie 4,4 tys. zł, co stanowiło 6,2 % kwoty zakupu wyrobu wynoszącego 71,1 tys. zł.

(akta kontroli str. 308-310; 311-312; 313)

Łączna wartość zakupionego przez Szpital sprzętu wyniosła 312,9 tys. zł, w tym:

- środki własne – 32,2 tys. zł;

- dotacje – 280,7 tys. zł, w tym:

- z budżetu Wojewody Podkarpackiego – 9,0 tys. zł;

- z budżetu Województwa Podkarpackiego – 216,1 tys. zł;

- z budżetu Powiatu Mieleckiego – 55,5 tys. zł.

W latach 2020-2021 r. (kwiecień 2021 r.) w związku z pandemią Covid-19 Szpital zakupił lub otrzymał w formie darowizn następujące wyroby medyczne:

• na wyposażenie OAiT:

- sterylizator powietrza (szt.2), o wartości łącznej 3,4 tys. zł;

- lampa UV-C Sterilon 72W ze stojakiem (szt. 2), o wartości łącznej 1,5 tys. zł;

- materac p. odleżynowy z pompą Dynabest (szt. 4)<sup>34</sup>, o wartości łącznej 19,6 tys. zł;

- respirator Hamilton C1 (szt. 2), o wartości łącznej 100,4 tys. zł;

- łóżko szpitalne (szt. 2), o wartości łącznej 26,7 tys. zł;

- pompa infuzyjna wolumetryczna (szt. 6), o wartości łącznej 24,6 tys. zł;

- pompa infuzyjna dwustrzykawkowa (szt. 3), o wartości łącznej 12,3 tys. zł;

- respirator Trilogy Evo z akcesoriami, o wartości 65,2 tys. zł;

- automatyczny adaptacyjny tryb wentylacji zamkniętej pętki oddechowej, o wartości 27,1 tys. zł.

• na wyposażenie BO:

- sterylizator powietrza (szt.2), o wartości łącznej 3,4 tys. zł;

- system ssący i filtrujący, o wartości 9,0 tys. zł;

- system do dezynfekcji, o wartości 191,3 tys. zł;

- system do dezynfekcji, o wartości 79,9 tys. zł;

- pompa infuzyjna dwustrzykawkowa, o wartości 28,7 tys. zł.

(akta kontroli str. 314-316)

2.

Sprzęt medyczny będący na wyposażeniu Oddziału i BO był poddawany corocznym przeglądom technicznym i serwisowym (analizą objęto 20 sztuk sprzętu)<sup>35</sup>. W przypadku dwóch jednostek sprzętowych, opóźnienia w przeprowadzeniu przeglądów technicznych, w stosunku do obowiązujących terminów wynosiły 28 i 55 dni, tj.:

- respirator kliniczno-transportowy (nr inwentarzowy 8808021964) – wyznaczony termin przeprowadzenia przeglądu: 07.08.2020 r., termin wykonania przeglądu: 15.09.2020 r. – opóźnienie wyniosło 28 dni;

- pompa infuzyjna dwustrzykawkowa SEP-21S (nr inwentarzowy 8808021071) – wyznaczony termin przeprowadzenia przeglądu: 09.12.2020 r., termin wykonania przeglądu: 02.02.2021 r. – opóźnienie wyniosło 55 dni.

W szesnastu przypadkach opóźnienie wykonania przeglądu sprzętu medycznego wynosiło od 2 do 9 dni.

Odnosnie powyższych opóźnień, Pani Małgorzata Paprocka, Specjalista ds. Aparatury Medycznej wyjaśniła, iż podczas przeglądu technicznego respiratora

<sup>34</sup> Zakupiony w 2021 r. z budżetu Wojewody Podkarpackiego (8 979 zł). Pozostały sprzęt został pozyskany w 2020 r.

<sup>35</sup> 10 jednostek w Oddziale i 10 w BO.

okazało się, że aparat ma wyczerpany akumulator oraz do wymiany są inne zużyte części. Aparat został zabrany do serwisu, do naprawy warsztatowej. Naprawa sprzętu spowodowała przesunięcie planowanego terminu przeglądu technicznego. Termin przeglądu technicznego pompy infuzyjnej został przesunięty ze względu na pandemię COVID-19, na prośbę firmy serwisującej. Jej pracownicy byli na kwarantannie lub pracowali zdalnie. Urządzenia w czasie oczekiwania były wyłączone z użytkowania. Szpital dysponuje kilkoma egzemplarzami takich urządzeń i wyłączenie z użytkowania jednego z nich nie powoduje zaburzeń w normalnym funkcjonowaniu, w tym wypadku Oddziału czy Bloku.

W przypadku dwóch jednostek sprzętowych przeglądy techniczne zostały przeprowadzone terminowo.

Przeglądy techniczne były wykonywane przez autoryzowane firmy wyłonione w drodze przetargów.

(akta kontroli str. 317-318)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono nieprawidłowość polegającą na nieterminowym przeprowadzaniu obowiązkowych przeglądów technicznych sprzętu medycznego będącego na wyposażeniu OAiT i BO. Opóźnienia w realizacji przeglądów wynosiły 28 i 55 dni (dwa wyroby medyczne) oraz od 2 do 9 dni (16 wyrobów medycznych).

(akta kontroli str. 317-318)

OCENA CZĄSTKOWA

W okresie objętym kontrolą OAiT i sala nadzoru poznieczuleniowego były wyposażone w wyroby medyczne niezbędne do udzielania przez Szpital świadczeń zdrowotnych w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii.

Kontrola wykazała, że stanowiska intensywnej terapii w OAiT oraz stanowiska znieczulania w BO nie posiadały pełnego wyposażenia, określonego przepisami rozporządzenia *w sprawie standardów w dziedzinie AiIT*.

Stosownie do postanowień § 17 ust. 1 tego rozporządzenia podmiot leczniczy prowadzący szpital jest zobowiązany dostosować się do tych wymagań do dnia 31.12.2022 r.

Sprzęt i aparatura medyczna będąca na wyposażeniu Oddziału, stanowisk intensywnej terapii i stanowisk znieczulania była poddawana okresowym przeglądom technicznym. Stwierdzone opóźnienia w terminowym przeprowadzaniu przeglądów były spowodowane ograniczeniami związanymi z pandemią Covid-19.

## 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. Wyeliminowanie przypadków dokonywania przez jednego lekarza jednoczesnego znieczulania dwóch pacjentów, co było niezgodne z wymogami § 9 pkt 9 rozporządzenia *w sprawie standardów w dziedzinie AiIT*.
2. Opracowanie pisemnych procedur przygotowania pacjenta do znieczulania, o których mowa w § 9 pkt 1 rozporządzenia *w sprawie standardów w dziedzinie AiIT*.
3. Terminowe przeprowadzanie przeglądów technicznych sprzętu medycznego będącego na wyposażeniu Szpitala.

## V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia  
zastrzeżeń

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do dyrektora Delegatury NIK w Rzeszowie. Prawo zgłaszania zastrzeżeń, zgodnie z art. 61b ust. 2 ustawy o NIK, nie przysługuje do wystąpienia pokontrolnego zmienionego zgodnie z treścią uchwały w sprawie zastrzeżeń.

Obowiązek  
poinformowania  
NIK o sposobie  
wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 21 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  
Paweł Adamski  
Doradca prawny

/-/

/-/