



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Rzeszowie

LRZ.410.011.08.2021

Tomasz Kondraciuk
Szpital Specjalistyczny w Brzozowie
Podkarpacki Ośrodek Onkologiczny
im. Ks. B. Markiewicza
ul. Bielawskiego 18
36-200 Brzozów

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 w Brzozowie Podkarpacki Ośrodek Onkologiczny im. Ks. B. Markiewicza, ul. Bielawskiego 18, 36-200 Brzozów (dalej: Szpital).
Kierownik jednostki kontrolowanej	Tomasz Kondraciuk – Dyrektor Szpitala (dalej: Dyrektor) od 30 lipca 2018 r. W okresie od 10 marca 2004 r. do 29 lipca 2018 r. Dyrektorem był Antoni Kolbuch.
Zakres przedmiotowy kontroli	<ol style="list-style-type: none">1. Warunki udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii.2. Warunki dotyczące czasu pracy i kwalifikacji lekarzy oraz pielęgniarek zatrudnionych w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii.3. Wymagania dotyczące wyposażenia Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii i 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 ¹ .
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Rzeszowie
Kontrolerzy	<ol style="list-style-type: none">1. Karol Łęcki, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LRZ/72/2021 z dnia 27 maja 2021 r.2. Maciej Pilecki, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LRZ/71/2021 z dnia 27 maja 2021 r.

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

II. Ocena ogólna² kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

W ocenie Najwyższej Izby Kontroli funkcjonowanie Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii (dalej OAiIT) oraz Bloku Operacyjnego (dalej BO) w Szpitalu zostało dostosowane do obowiązujących standardów.

W OAiIT w okresie objętym kontrolą zwiększono liczbę stanowisk intensywnej terapii z siedmiu do dziesięciu, co spowodowało że Szpital osiągnął wymagany poziom liczby łóżek w tym Oddziale. Pomieszczenia OAiIT spełniały wymagania przestrzenne, a w BO wyodrębniono cztery sale operacyjne i zorganizowano inne pomieszczenia wymagane przepisami prawa.

W OAiIT zatrudniono właściwą liczbę lekarzy i pielęgniarek o odpowiednich kwalifikacjach oraz przestrzegano norm czasu pracy i odpoczynku tego personelu.

Nadzór nad pacjentami w sali nadzoru poznieczuleniowego oraz całodobowa opieka pielęgniarska w OAiIT były sprawowane przez pielęgniarki anestezjologiczne, co było zgodne z pkt 2 i pkt 3 „organizacji udzielania świadczeń” załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii³.

W okresie objętym kontrolą lekarz, który jednoosobowo sprawował dyżur w OAiIT, sześciokrotnie opuścił ten Oddział pozostawiając w nim pacjentów bez opieki lekarskiej, w celu wykonania znieczulenia pacjentów w BO podczas zabiegów operacyjnych. Ponadto, analiza wybranej próby zapisów ksiąg bloku operacyjnego wykazała jeden przypadek znieczulania przez tego samego lekarza jednocześnie dwóch pacjentów. Działania takie były niezgodne z postanowieniami przepisów ww. rozporządzenia Ministra Zdrowia.

Stan zatrudnienia lekarzy i pielęgniarek w OAiIT był zgodny ze stanem wykazany w załączniku nr 2 do umowy zawartej z Podkarpackim Oddziałem Narodowego Funduszu Zdrowia w Rzeszowie (dalej NFZ) oraz odpowiadał wymaganiom określonym przez Ministra Zdrowia. Stwierdzono natomiast przypadki zatrudnienia lekarzy w OAiIT na podstawie umów cywilnych na okres krótszy niż trzy miesiące, co było niezgodne z postanowieniami ustawy o działalności leczniczej.

Pomimo wprowadzenia w Szpitalu szeregu procedur, w badanej próbie dokumentacji medycznej stwierdzono przypadki braku podpisów lekarzy lub pielęgniarek, braki danych osób dokonujących zapisów w okołoperacyjnej karcie kontroli oraz braku w dokumentacji medycznej dwóch pacjentów, wymaganej okołoperacyjnej karty kontroli.

Szpital nie spełniał wymagań dotyczących wyposażenia OAiIT i BO w wyroby medyczne wymaganego przepisami rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT. Stwierdzone niedobory sprzętu medycznego zgodnie z § 17 ust. 1 ww. rozporządzenia, Szpital jest zobowiązany uzupełnić w terminie do 31 grudnia 2022 r.

Sprzęt medyczny znajdujący się w OAiIT i w BO poddawany był okresowym przeglądom technicznym. Kontrola wykazała, że Szpital nierzetelnie wywiązywał się z obowiązku informowania NFZ o zmianach w zasobach sprzętowych wykorzystywanych w OAiIT.

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

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

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe⁴ kontrolowanej działalności

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

1.1. Szpital działał na podstawie wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (dalej Księga Rejestrowa) prowadzonego przez Wojewodę Podkarpackiego⁵. Rejestr ten zawierał wpis m.in. o udzielanych od 22 grudnia 1998 r. przez Szpital świadczeniach zdrowotnych w oddziale anestezyjologii i intensywnej terapii oraz bloku operacyjnym. Regulaminy organizacyjne⁶ Szpitala określały zakres świadczonych usług oraz jego strukturę organizacyjną, w skład, której wchodziły m.in. komórki BO i Centralnej Sterylizacji oraz OAiIT. BO był wydzielonym, zamkniętym działem Szpitala, w którym wykonywano zabiegi operacyjne. Do zakresu świadczeń wykonywanych przez OAiIT należało np. znieczulanie ogólne, zabiegi resuscytacyjne, tleno i respiratoterapia, terapia stanów zagrożenia życia i powikłań pooperacyjnych. W latach 2018-2020 OAiIT zaliczany był do pierwszego poziomu referencyjnego⁷. Szpital spełniał wymagania ISO 9001: 2015 oraz uzyskał Certyfikat Akredytacyjny dla leczenia szpitalnego⁸.

W okresie objętym kontrolą w Szpitalu równolegle w obiegu były dwa regulaminy organizacyjne, jeden wprowadzony zarządzeniem nr 94/2018 z dnia 29 sierpnia 2018 r. oraz drugi – nr 159/2019 z dnia 30 grudnia 2019 r. (w wyniku omyłki zapisano w nim, że utracił moc regulamin wprowadzony zarządzeniem nr 116/2016 z dnia 30 grudnia 2016 r., który już wcześniej został uchylony). W konsekwencji niektóre kwestie związane z funkcjonowaniem Szpitala uregulowane były na dwa różne sposoby. Nie miało to jednak wpływu na funkcjonowanie OAiIT.

Dyrektor wyjaśnił, że w regulaminie organizacyjnym wprowadzonym zarządzeniem nr 159/2019 omyłkowo wpisano numer zarządzenia uchylanego. W trakcie kontroli sprostowano tą omyłkę⁹.

W okresie objętym kontrolą ostateczną liczbę łóżek w Szpitalu ustalono¹⁰ na poziomie 435, w tym dziesięć w OAiIT, taka liczba łóżek była zgłoszona do Księgi Rejestrowej. Wprowadzone zmiany spowodowały, że liczba łóżek w OAiIT stanowiła 2,3% ogólnej liczby łóżek w Szpitalu (standard wymagał, co najmniej 2%). Szczegółowe ustalenia w tym zakresie zawarto w sekcji „stwierdzone nieprawidłowości” niniejszego wystąpienia.

W latach 2018-2020 działalność Szpitala w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym OAiIT objęta była ubezpieczeniem odpowiedzialności cywilnej¹¹. W każdym roku wysokość składki wynosiła 213,95 tys. zł (łącznie składki za trzy lata wyniosły 641,85 tys. zł). Suma gwarancyjna w odniesieniu do jednego zdarzenia wynosiła 100 tys. EURO, wszystkich zdarzeń 500 tys. EURO. Zakres odpowiedzialności zawierał rozszerzenia m.in. o szkody związane z przeniesieniem

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

⁵ numer księgi rejestrowej 000000010076 - wpisu dokonano w dniu 22 grudnia 1998 r.

⁶ Zarządzenia Dyrektora: nr 116/2016 z dnia 12 grudnia 2016 r. (załącznik do Uchwały nr V/33/2016 Rady Społecznej z dnia 28 grudnia 2016 r.), nr 94/2018 z dnia 29 sierpnia 2018 r. (załącznik do Uchwały nr XIII/57/2018 Rady Społecznej Szpitala dnia 27 sierpnia 2018 r.) oraz nr 159/2019 z dnia 30 grudnia 2019 r.

⁷ W myśl § 4 ust. 6 pkt 1 rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT).

⁸ Certyfikat nr 2020/26 z dnia 23 czerwca 2020 r.

⁹ Sprostowanie do zarządzenia nr 159/2019 z dnia 15 czerwca 2021 r.

¹⁰ Zarządzenie nr 125/2018 z dnia 21 listopada 2018 r. w sprawie ustalenia liczby łóżek w oddziałach szpitalnych.

¹¹ Polisa nr 1026274261 z dnia 30 listopada 2017 r. (okres ubezpieczenia od 1 stycznia 2018 r. do 31 grudnia 2018 r., od 1 stycznia 2019 r. do 31 grudnia 2019 r. oraz od 1 stycznia 2020 r. do 31 grudnia 2020 r.).

chorób zakaźnych i zakażeń, wyrządzone osobom, za które ubezpieczony ponosi odpowiedzialność w sytuacji kiedy staną się pacjentami podmiotu leczniczego, wyrządzone przez podwykonawców (limit 300,0 tys. zł na jeden i wszystkie wypadki). Ponadto zakres odpowiedzialności obejmował roszczenia o szkody związane z naruszeniem praw pacjenta (limit 20,0 tys. zł).

W okresie objętym kontrolą w Szpitalu nie było konkursów na stanowisko ordynatora OAiIT. W latach 2018-2020 pełnienie obowiązków Ordynatora tego oddziału powierzono dwóm lekarzom, którzy mieli wymagane do tego kwalifikacje¹². Szczegółowe ustalenia w tym zakresie zawarto w sekcji „stwierdzone nieprawidłowości” niniejszego wystąpienia.

W okresie objętym kontrolą w Szpitalu dwie osoby pełniły obowiązki pielęgniarki oddziałowej OAiIT. Pierwsza z nich ww. funkcję wykonywała do 28 września 2020 r. Osoba ta kwalifikacje pielęgniarki specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej terapii uzyskała 20 października 2015 r.¹³ Następnie funkcję tę objęła pielęgniarka, która ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki dla pielęgniarek oraz uzyskała kwalifikacje pielęgniarki specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego¹⁴. Od 29 sierpnia 2020 r. pielęgniarka ta uczestniczy w szkoleniu specjalistycznym w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki dla pielęgniarek. W przypadku braku ukończenia tej specjalizacji, funkcję pielęgniarki oddziałowej będzie mogła pełnić nie dłużej niż do dnia 31 grudnia 2022 r.

W okresie objętym kontrolą przeprowadzono trzy¹⁵ kontrole dotyczące funkcjonowania Szpitala, w tym OAiIT oraz BO. W wyniku kontroli Inspektora Sanitarnego¹⁶ stwierdzono w BO przekroczenie 12 miesięcznego okresu przeglądu technicznego sterylizatora parowego; w OAiIT nakazano uzupełnić ubytki w okleinie biurka stanowiska obserwacyjnego pielęgniarek oraz wskazano na potrzebę umożliwienia przygotowania środków dezynfekujących w pomieszczeniu porządkowym. Pozostałe kontrole nie wykazały nieprawidłowości w funkcjonowaniu OAiIT i BO.

Ponadto w wystąpieniu pokontrolnym Narodowego Funduszu Zdrowia Podkarpacki Oddział Wojewódzki w Rzeszowie (dalej: NFZ) z dnia 9 stycznia 2018 r., które obejmowało przede wszystkim okres od 1 stycznia do 31 grudnia 2016 r. wykazano braki w zakresie wymaganej liczby łóżek oraz braki odnośnie wyposażenia wymaganego w załączniku do rozporządzenia w sprawie standardu organizacyjnego (niedobór sprzętu do pomiaru rzutu serca, do monitorowania ciśnienia wewnątrzczaszkowego, aparatu do pomiaru laboratoryjnych paramentów krytycznych). W badanej próbie tej kontroli stwierdzono także błędy i braki w dokumentacji medycznej.

(akta kontroli str. 8-137, 237-386, 495-496, 420-433, 495-496)

¹² Pierwszy z nich posiadał specjalność z zakresu anestezyjologii i intensywnej terapii II stopnia, drugi uzyskał tytuł specjalisty w dziedzinie anestezyjologii i intensywnej terapii.

¹³ Dyplom nr 36461/15.

¹⁴ Zaświadczenie nr 6/KK/2009 z dnia 10 stycznia 2009 r. oraz Dyplom nr 67320/19 z dnia 1 października 2019 r.

¹⁵ Dwie Podkarpackiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektoratu Sanitarnego (dalej: Inspektor Sanitarny) oraz jedna Państwowej Inspekcji Pracy.

¹⁶ Decyzja nr SE.9020.3.1.2018 r. z dnia 20 lipca 2018 r.

1.2. Dyrektor w porozumieniu z Ordynatorem OAiIT ustalił i wprowadził zarządzenie¹⁷ określające procedurę przygotowania pacjenta do znieczulenia, w tym wykaz badań diagnostycznych, laboratoryjnych, w celu bezpiecznego przeprowadzenia zabiegu w trybie natychmiastowym, pilnym, przyspieszonym i planowym. Procedura ta stanowiła załącznik nr 1 do zarządzenia. Zapisano w nim, że pacjent powinien dysponować aktualnymi wynikami badań (morfologia, elektrolity, kreatynina, układ krzepnięcia, poziom glukozy we krwi), a w przypadku zabiegu cesarskiego cięcia niezbędne było posiadanie poziomu płytek we krwi. Procedura ta nie rozróżniała rodzaju badań, które należy wykonać, od trybu w jakim przeprowadzany był zabieg.

Dyrektor wyjaśnił, że wskazane w zarządzeniu badania dotyczą zabiegów wykonywanych w trybie natychmiastowym, pilnym, przyspieszonym i planowym. Wyjaśnił, że ostateczną decyzję w tym zakresie podejmuje lekarz, jest to decyzja indywidualna, podyktowana przede wszystkim stanem zdrowia pacjenta.

Dyrektor zarządzeniem¹⁸ (od 1 stycznia 2017 r.) ustalił, w porozumieniu z Ordynatorem OAiIT, sposób komunikacji alarmowej w przypadku stanu zagrożenia życia. Zarządzenie przekazano do wszystkich oddziałów szpitalnych oraz OAiIT, celem zapoznania się z ich treścią. Komunikacja ta określała numery telefonów alarmowych (do sali intensywnego nadzoru oraz na dyżurkę lekarzy anestezjologów) w przypadku zaistnienia zagrożenia życia wymagającego szybkiej specjalistycznej interwencji lekarza.

Poza ww. zarządzeniem w Szpitalu były procedury konkretyzujące te działania np. w przypadku zatrzymania krążenia i oddechu; w przypadku utraty przytomności; wykaz leków, materiału i sprzętu dostępnych w stanach nagłego zagrożenia życia; na wypadek wystąpienia zdarzenia mnogiego, masowego i katastrofy. Ostatnia z wymienionych procedur przewiduje powiadamianie personelu, który nie świadczy w tym czasie pracy w Szpitalu. W kontrolowanej jednostce funkcjonował także „Plan postępowania na wypadek zdarzeń nadzwyczajnych”¹⁹ powstałych na jej terenie.

Dyrektor wyjaśnił, że opracowane procedury oraz podjęte na ich podstawie działania zwiększają bezpieczeństwo pacjentów, przyjęty system jego zdaniem nie wymaga zmian.

W okresie objętym kontrolą w Szpitalu funkcjonowały cztery bloki operacyjne, dla każdego z nich prowadzono odrębną książkę operacji. W toku kontroli dokonano sprawdzenia zapisów książki operacyjnej sali nr 1 z zapisami z pozostałych sal, celem ustalenia czy dany lekarz w tym samym czasie znieczulał tylko jednego pacjenta (zweryfikowano: w marcu 2018 r. 33 wpisy sali nr 1 z 76 równoległymi wpisami z pozostałych trzech sal; w czerwcu 2019 r. 31 z 54 wpisami z pozostałych sal oraz we wrześniu 2020 r. 30 wpisów z 62 wpisami z pozostałych sal). W wyniku powyższego stwierdzono jeden przypadek znieczulania przez tego samego lekarza równolegle dwóch pacjentów. Ponadto analiza ta wykazała w trzech przypadkach brak podpisów lekarza znieczulającego lub pielęgniarki anestezjologicznej w książce operacyjnej. Szczegółowe ustalenia w tym zakresie zawarto w sekcji „stwierdzone nieprawidłowości” niniejszego wystąpienia.

W każdym z objętych sprawdzeniem przypadków z lekarzem anestezjologiem podczas znieczulania w trakcie zbiegu operacyjnego współpracowała pielęgniarka anestezjologiczna.

¹⁷ Nr 121/2016 z dnia 30 grudnia 2016 r. w sprawie ustalenia standardów organizacyjnych przy udzielaniu w szpitalu świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezjologii. Procedura przygotowania pacjenta do znieczulenia stanowiła załącznik nr 1 do zarządzenia.

¹⁸ Nr 122/2016 z dnia 30 grudnia 2016 r. w sprawie ustalenia sposobu komunikacji alarmowej w przypadku stanu zagrożenia życia. Ustalenie sposobu komunikacji alarmowej w przypadku stanu zagrożenia życia stanowiła załącznik nr 1 do zarządzenia.

¹⁹ Z dnia 26 kwietnia 2019 r., określał tryb postępowania, organizacji i warunki ewakuacji.

Z analizy znieczuleń dokonanej przez lekarzy OAiIT wynika, że w okresie objętym kontrolą każdy pacjent (poza tymi, których przekazywano w OAiIT) po zabiegu operacyjnym trafiał na salę wybudzeniową BO. Przebywał tam do czasu stabilizacji funkcji życiowych i pełnego powrotu do przytomności. Po ocenie stanu ogólnego pacjenta przez lekarza znieczulającego, trafiał on do oddziału macierzystego.

Analiza wybranej próby dokumentacji medycznej pacjentów²⁰ wykazała, że w latach 2019-2020 w kartach znieczulenia zamieszczano informację o umieszczeniu pacjenta w sali pooperacyjnej (poza jednym przypadkiem, gdzie pacjent trafił w OAiIT). Brak było takiej informacji w kartach znieczulenia w 2018 r.

Dyrektor wyjaśnił, że w kontrolowanym okresie każdy pacjent BO po zabiegu operacyjnym trafiał na salę wybudzeń, także w 2018 r. mimo braku takiej informacji w karcie znieczuleń. Dyrektor wyjaśnił, że zmiana wzoru karty znieczulenia była wynikiem przystąpienia szpitala do programu akredytacji, był to jeden z wymogów spełnienia standardu w zakresie ciągłości opieki nad pacjentem.

W OAiIT na stanowisku nadzoru pielęgniarskiego zapewniona była możliwość obserwacji bezpośredniej pacjentów, którym udzielano świadczeń zdrowotnych z zakresu intensywnej terapii. Dobrą widoczność pacjentów zapewniono poprzez organizację dwóch punktów obserwacyjnych. Ww. podyktowane było kształtem sali OAiIT - przedzielona szerokim filarem.

Kontrolowany Oddział zapewniał możliwość izolacji pacjentów poddanych intensywnej terapii, bowiem dysponował wyodrębnionym do tego pomieszczeniem (izolatką), które wyposażone było w kamerę zapewniającą stałą obserwację pacjenta.

Dyrektor wyjaśnił, że standard nadzoru pielęgniarskiego zapewniał możliwość obserwacji pacjentów, stanowiska pielęgniarskie usytuowano w sposób umożliwiający bezpośrednią obserwację pacjentów, w izolatce zainstalowano także w tym celu kamerę.

W okresie objętym kontrolą, lekarze kierujący OAiIT przeprowadzali raz w roku ocenę jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych w Szpitalu. Analiza znieczuleń wykonanych w 2018 r. wykazała potrzebę poprawy organizacji pracy na styku chirurg-anestezjolog, poprawę jakości i staranności w wypełnianiu kart badania przedoperacyjnego i znieczulenia oraz omawianie trudnych przypadków w dzień poprzedzający zabieg. W 2019 r. wnioski wynikające z tej oceny to m.in. poprawa komunikacji pomiędzy oddziałami zabiegowymi a OAiIT, doposażenie OAiIT w urządzenie umożliwiające małoinwazyjne monitorowanie hemodynamiczne znieczulanych pacjentów oraz utrzymanie wnikliwej oceny przedoperacyjnej, w szczególności pacjentów zaawansowanych wiekowo. Wnioski z oceny roku 2020 były podobne jak za rok poprzedni, z tym że wskazano na konieczność dokumentowania każdego znieczulenia w systemie informatycznym Szpitala, co pozwoli na wiarygodną analizę ich liczby, czasu trwania i racjonalności wykorzystania poszczególnych sal operacyjnych.

Dyrektor wyjaśnił, że wnioski z tych ocen zostały zrealizowane, np. uruchomiono poradnię anestezjologiczną, gdzie kwalifikuje się pacjentów do zabiegu; rozbudowano system informatyczny szpitala o moduł wprowadzania danych dotyczących wykonywanych znieczuleń; oddział wyposażono w urządzenie umożliwiające małoinwazyjne monitorowanie hemodynamiczne. Wyjaśnił, że obecnie trwa wypracowywanie zasad współpracy w zakresie zgłaszania planów operacyjnych.

²⁰ 30 dokumentacji medycznych pacjentów, którym wykonano operacje (po 10 z miesiąca: marca 2018 r., czerwca 2019 r. i września 2020 r.).

W okresie objętym kontrolą w OAiIT funkcjonowały pisemne procedury²¹ określające czynności związane z przygotowaniem stanowiska chorego, za które odpowiedzialna była pielęgniarka dyżurna przyporządkowana do danego pacjenta. Pracownicy pisemnie potwierdzili zapoznanie się z ich treścią.

W oddziale tym określono²² procedurę mycia łóżka i stolika przyłóżkowego oraz procedurę mycia i dekontaminacji sprzętu, gdzie m.in. sprecyzowano częstotliwość dezynfekcji oraz szczegółowo opisano postępowanie w zakresie sterylizacji. Dodatkowo w OAiIT był plan higieny, który określał kiedy i jakim środkiem mają być myte lub dezynfekowane sale operacyjne, pokoje zabiegowe, pokoje socjalne, izolatka, dyżurki lekarskie oraz węzły sanitarne. Procedury związane z przygotowaniem stanowiska chorego były dokumentowane, a prowadzoną *kartę monitorowania stanowiska do pracy oraz spis bielizny* nadzorowała pielęgniarka oddziałowa.

(akta kontroli str. 127, 128-155, 212, 214, 235-236, 406-417, 446-476, 483-494)

1.3. W Szpitalu zorganizowana była sala nadzoru poznieczuleniowego, zlokalizowana w obrębie BO, na którą zgodnie z *procedurą opieki pielęgniarskiej w BO*²³ trafiali pacjenci po zabiegu, do czasu stabilizacji funkcji życiowych.

Usytuowanie OAiIT zapewniało sprawną komunikację ze Szpitalnym Oddziałem Ratunkowym oraz BO – wszystkie ww. komórki położone były w jednym ciągu komunikacyjnym oraz na tym samym poziomie (parter). OAiIT skomunikowano z pozostałymi oddziałami szpitalnymi systemem wind i korytarzy, tak by pacjenta leżącego można było przewieźć z jednego oddziału do innego (nie opuszczając budynku Szpitala).

Sala łóżkowa OAiIT miała powierzchnię 158,2 m², było w niej dziewięć stanowisk (na jedno stanowisko przypadało 17,6 m²). Izolatka była pomieszczeniem jednostanowiskowym i miała powierzchnię 18 m². W ww. zakresie Szpital spełniał wymagania przestrzenne określone w rozporządzeniu w sprawie standardów w dziedzinie AiIT²⁴.

Sala nadzoru poznieczuleniowego miała powierzchnię 55,3 m².

Dyrektor wyjaśnił, że w sali tej znajduje się trzy stanowiska stałe oraz jedno mobilne (rezerwowe). W chwili obecnej pomieszczenia BO spełniają wymogi jakim powinny odpowiadać. Dyrektor wyjaśnił, że podjęcie działania zmierzające do utworzenia czwartego stałego stanowiska poznieczuleniowego, zwiększając powierzchnię tej sali kosztem pomieszczenia przylegającego.

Pokój wielostanowiskowy, według obowiązujących standardów miał zapewniać, co najmniej 16,0 m² na jedno stanowisko (szpitale mają termin na dostosowanie się do tych wymogów do 31 grudnia 2022 r.). Przy obecnym metrażu tej sali oraz czterech stanowiskach, na jedno z nich przypadało 13,8 m².

W OAiIT zapewniono izolatkę, do której dostęp był z traktów komunikacyjnych oddziału. Izolatka miała służyć umożliwiającą umycie rąk, przebranie się oraz składowanie materiałów izolacyjnych. Nadzór nad pacjentami umieszczonymi w niej odbywał się poprzez kontakt bezpośredni (poprzez stanowisko nadzoru).

Dyrektor wyjaśnił, że jedna z pielęgniarek jest odpowiedzialna za opiekę nad pacjentem w izolatce. Monitorowanie czynności życiowych widoczne jest

²¹ Instrukcja nr I-221-007 Przygotowanie stanowiska chorego w OAiIT.

²² P/OZ/KZ1.3b/1/19 oraz P/OZ/KZ1.4;1.5/1/18.

²³ P/W/OP/1/19.

²⁴ Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT, powierzchnia pokoi łóżkowych wynosiła odpowiednio: dla pokoju 1-stanowiskowego – co najmniej 18,0 m²; dla pokoju wielostanowiskowego – co najmniej 16,0 m² na jedno stanowisko (szpitale, które nie spełniają tego warunku mają czas na dostosowanie się do tych wymagań do 31 grudnia 2022 r.).

z głównego stanowiska pielęgniarek (jak w przypadku pozostałych pacjentów OAiT). Ponadto wyjaśniał, że w izolatce zainstalowana jest kamera, która umożliwia stałą obserwację pacjenta.

W regulaminie organizacyjnym, w ramach jednostki organizacyjnej Szpital Specjalistyczny funkcjonowało m.in. Laboratorium Centralne oraz Zakład Radiologii i Diagnostyki Obrazowej. Laboratorium to mieściło się w budynku Szpitala i dla jego potrzeb pracowało całodobowo w systemie trzymianowym. Potwierdzały to listy obecności pracowników tej komórki. Zakład Radiologii umiejscowiono w pawilonie, który połączony był z budynkiem głównym. Dla potrzeb pacjentów Szpitala badania rtg, ogólnodiagnostyczne, tomografii komputerowej wykonywane były całodobowo.

W kontroli dokonano analizy list obecności lekarzy m.in. Zakładu Radiologii (za miesiące: marzec 2018 r., czerwiec 2019 r. i wrzesień 2020 r.), która wykazała brak potwierdzenia obecności przez lekarza tego zakładu w dniach 14 i 22 czerwca 2019 r.

Dyrektor wyjaśnił, że w powyższych dniach dyżur pełniło dwóch lekarzy, wskazując ich z imienia i nazwiska. Na dowód tego przekazał wykaz pacjentów, u których wykonano badanie radiologiczne lub ultrasonograficzne.

Zgodnie z oświadczeniem Zastępcy Dyrektora ds. Administracyjno-Technicznych pomieszczenia OAiT Szpitala spełniały wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą²⁵, tj. pokoje chorych nie znajdowały się poniżej poziomu terenu urządzanego przy budynku; zespoły pomieszczeń stanowiące OAiT nie były ciągami przechodnimi, a wejścia na oddział ograniczone były tylko dla upoważnionych osób; podłogi i połączenia ścian z podłogami wykonane były z materiałów umożliwiających ich mycie i dezynfekcję; łóżka były dostępne z trzech stron; pokoje łóżkowe w ramach OAiT były wyposażone w umywalkę z ciepłą i zimną wodę, dozownik z mydłem w płynie oraz pojemnik z ręcznikami jednorazowymi; pokoje łóżkowe w ramach OAiT były wyposażone w urządzenia umożliwiające obserwację pacjentów; szerokość drzwi umożliwiała ruch pacjentów na łóżkach; w pokojach łóżkowych OAiT zastosowano wentylację nawiewno-wywiewną z klimatyzacją.

Analiza wpisów o wykonywanych przeglądach konserwacyjnych ww. wentylacji wykazała, że były one dokumentowane i nie stwierdzono uchybień w tym zakresie.

(akta kontroli str. 127, 148-155, 213-221, 237-386)

1.4. W Szpitalu nie funkcjonowały procedury odnośnie sprawowania nadzoru nad salą nadzoru poznieczuleniowego oraz OAiT przez lekarzy i pielęgniarki anestezyjologiczne.

Brak było w dokumentacji informacji o sprawowaniu nadzoru nad pacjentami przez lekarzy anestezyjologów nad salą nadzoru poznieczuleniowego.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że *lekarz anestezyjolog, który znieczulił pacjenta, obejmuje go opieką od momentu wejścia do Bloku Operacyjnego do momentu jego opuszczenia, w tym sprawuje nadzór nad pacjentem pozostającym w sali wybudzeń.*

Analiza grafików, ewidencji czasu pracy oraz książek raportów pielęgniarskich wykazała, że nadzór nad pacjentami w sali nadzoru poznieczuleniowego oraz całodobowa opieka pielęgniarska w OAiT były sprawowane przez pielęgniarki anestezyjologiczne²⁶.

²⁵ Dz. U. z 2019 r. poz 595, ze zm.

²⁶ Ustaleń w tym zakresie dokonano na podstawie próby miesięcy: marca 2018 r., czerwca 2019 r. oraz września 2020 r.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że w trakcie dyżurów, opiekę nad pacjentami na sali wybudzeń sprawuje pielęgniarka z OAiIT.

Liczba stanowisk intensywnej terapii w OAiIT wynosiła 10, tym samym odpowiadała wymaganiom określonym w załączniku w części II załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT (dla tego poziomu referencyjnego wymagane były, co najmniej cztery stanowiska intensywnej terapii).

W okresie objętym kontrolą dyżury w OAiIT sprawowało przeważnie dwóch lekarzy anestezjologów. W 29 przypadkach tego okresu dyżur sprawował jeden lekarz anestezjolog, z czego w siedmiu przypadkach lekarz ten w trakcie sprawowania nadzoru nad pacjentami OAiIT, uczestniczył w operacji w BO znieczulając pacjenta. Ustalenia szczegółowe w tym zakresie zawarto w sekcji „stwierdzone nieprawidłowości” niniejszego wystąpienia.

(akta kontroli str. 497-544)

W okresie objętym kontrolą Szpital zapewniał stałą gotowość jednej sali operacyjnej do udzielania świadczeń. OAiIT pracował całodobowo, co potwierdzały m.in. zapisy badanej próby dokumentacji medycznej pacjentów. Regulamin Organizacyjny Szpitala stanowił, że Oddział Chirurgii Ogólnej pełni całodobowy ostry dyżur.

Średnioroczne procentowe obłożenie łóżek intensywnej terapii wynosiło 73,4% w 2018 r., 62,6% w 2019 r. oraz 77,2% w 2020 r.

W 2018 r. największe obłożenie łóżek OAiIT było w: kwietniu, marcu i lutym (odpowiednio: 95,7 %, 82,0%, 78,6%). Wszystkie łóżka tego oddziału zajęte były przez 21 dni kwietnia, 9 dni marca oraz 5 dni lutego.

Po zwiększeniu liczby łóżek OAiIT do dziesięciu stanowisk²⁷, w 2019 r. największe ich obłożenie było w: styczniu, sierpniu i listopadzie (odpowiednio na poziomie 72,0%, 73,8% i 65,7%). W styczniu nie było dnia, w którym wszystkie łóżka oddziału były zajęte, w sierpniu wystąpiły dwa takie dni, a listopadzie jeden.

W 2020 r. największe obłożenie łóżek OAiIT było w: lipcu, sierpniu i grudniu (odpowiednio: 78,7%, 67,4% i 79,7%). W lipcu i sierpniu po jednym dniu wszystkie łóżka oddziału były zajęte, w grudniu takich dni było dziesięć.

W kontroli nie przedłożono dokumentacji, z której wynikało, że odmówiono przyjęcia pacjentów na oddział ze względu na brak miejsc.

Dyrektor wyjaśnił, że liczba łóżek była wystarczająca do potrzeb szpitala w zakresie świadczeń intensywnej terapii. Wyjaśnił, że nie było ryzyka odmowy przyjęcia pacjenta z powodu braku miejsc.

W latach 2020-2021 w związku z pandemią COVID-19 w Szpitalu nie utworzono nowych stanowisk intensywnej terapii.

(akta kontroli str. 148-194, 237-386)

1.5. Szpital w 2010 r. zakończył przebudowę budynku, w którym umiejscowiony był BO, od tego czasu nie dokonywano zmian w jego układzie. Po zakończeniu inwestycji i przed przystąpieniem do użytkowania BO, Inspektor Sanitarny²⁸ przeprowadził oględziny tych pomieszczeń, nie zgłaszając sprzeciwu co do ich użytkowania.

Z planu parteru, na którym zlokalizowany jest BO wynika, że wyodrębniono cztery sale operacyjne, które miały bezpośrednie połączenie z częścią brudną bloku operacyjnego (zachowanie ruchu jednokierunkowego). W ramach BO wyodrębniono m.in. śluzy dla pacjentów, przez którą dowożono i wywożono pacjentów, śluzę szatniową przez którą przechodził personel oraz śluzę materiałową. Każda sala

²⁷ W okresie wcześniejszym liczba stanowisk intensywnej terapii wynosiła siedem.

²⁸ SNZ.4620-13/10 z dnia 2 lipca 2010 r.

miała oddzielne pomieszczenie przygotowawcze dla personelu (wyposażone w trzy stanowiska mycia rąk oraz pomieszczenie przygotowania pacjenta). Zapewniony był także dostęp personelu do pomieszczeń higieniczno-sanitarnych. W BO wyodrębniono magazyny: sprzętu i aparatury, czystej bielizny, do krótkotrwałego przechowywania brudnej bielizny oraz pomieszczenia porządkowego.

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

(akta kontroli str. 212, 213-221)

1.6. Analiza dokumentacji medycznej 30 pacjentów, którym udzielono świadczeń zdrowotnych w zakresie intensywnej terapii wykazała, że prowadzono u nich ciągle monitorowanie podstawowych funkcji życiowych. Potwierdzały to zapisy parametrów życiowych dokonane w dokumentacji. Analiza wykazała, że w dwóch przypadkach terapię prowadził lekarz w trakcie specjalizacji, a świadczenia te wykonywano pod nadzorem lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii. W pozostałych przypadkach terapię prowadzili lekarze specjaliści anestezjologii i intensywnej terapii.

Analiza dokumentacji medycznej 30 pacjentów poddanych w BO znieczuleniu wykazała, że w każdym badanym przypadku sporządzono kartę konsultacji anestezjologicznej, która zawierała m.in. dane pacjenta, badanie przedmiotowe, kwalifikację do znieczulenia, pieczęć i podpis lekarza. W dokumentacji medycznej były zgody pacjentów na znieczulenie i zabieg.

Dokumentacja medyczna ww. pacjentów, w każdym przypadku obejmowała karty przebiegu znieczulenia, które zawierały m.in. dane pacjenta, wiek oraz grupę ryzyka według skali ASA, rodzaj zastosowanego znieczulenia, jego przebieg, dawkowanie anestetyków i innych leków oraz aktualne wartości parametrów podstawowych funkcji życiowych. W dwóch kartach przebiegu znieczulenia brak było pieczęci lekarza (podpis nieczytelny). W dokumentacji medycznej zamieszczono badanie grupy krwi oraz protokół zabiegu operacyjnego.

Śród 30 dokumentacji medycznych pacjentów znieczulanych, w dwóch przypadkach stwierdzono brak okołooperacyjnej karty kontrolnej, kolejna nie zawierała wymaganych wpisów. Cztery tego typu karty nie zawierały danych umożliwiających identyfikację osoby dokonującej w niej zapisów. Szczegółowy opis w zakresie braków w dokumentacji medycznej zawarto w sekcji „stwierdzone nieprawidłowości” niniejszego wystąpienia.

Na podstawie ww. dokumentacji, w kontroli ustalono, że znieczuleń pacjentów, co do zasady dokonywali specjaliści anestezjologii i intensywnej terapii. W sytuacji, gdy ogólny stan pacjenta według skali ASA odpowiadał stopniowi I, II, III, znieczulenia wykonywało także dwóch lekarzy w trakcie specjalizacji. W aktach osobowych tych lekarzy było potwierdzenie kierownika specjalizacji odbycia, co najmniej dwuletniego przeszkolenia specjalistycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii oraz wykazania się odpowiednią wiedzą i umiejętnościami wykonywania znieczulenia.

W badanej próbie²⁹ ustalono, że siedmiu z pacjentów poddano resuscytacji, każdorazowo decyzję o jej zakończeniu podejmował lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii. W kontroli nie stwierdzono przypadków, aby decyzję o zakończeniu resuscytacji podejmował lekarz w trakcie specjalizacji.

(akta kontroli str. 222-234, 387-394, 418-419)

²⁹ 60 dokumentacji medycznych pacjentów.

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

1. Brak w 2018 r. wymaganej liczby łóżek w OAiIT w stosunku ogólnej liczby łóżek w Szpitalu. Według stanu na dzień 1 stycznia 2018 r. (według Księgi Rejestrowej) w Szpitalu było ogółem 507 łóżek, w tym siedem w OAiIT (1,38% ogółu). Zmiany liczby łóżek w Szpitalu dokonano w dniu 21 listopada 2018 r., wówczas ich ogólną liczbę ustalono na poziomie 435, w tym dziesięć w OAiIT (2,3% ogółu).

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. Tym samym do listopada 2018 r. w Szpitalu nie było wymaganej liczby łóżek w OAiIT.

Dyrektor wyjaśnił, że liczba łóżek w Szpitalu na dzień 1 stycznia 2018 r. wynosiła 441. Różnica w liczbie 66 łóżek wynika z nieuwzględnienia łóżeczek noworodkowych w ogólnej liczbie oraz z zapisów zarządzenia Dyrektora nr 10/2018 z dnia 15 stycznia 2018 r. zmniejszającego liczbę łóżek w oddziałach szpitalnych. Wyjaśnił, że zmiany te zgłoszono do rejestru podmiotów, a powyższe znajduje odzwierciedlenie w zapisach Księgi Rejestrowej według stanu na dzień 23 stycznia 2018 r. Wyjaśnił także, że ówczesny Dyrektor czynił starania w kierunku zwiększenia liczby łóżek OAiIT.

Porównanie stanu łóżek w Szpitalu (na 1 stycznia 2018 r. oraz po 21 listopada 2018 r., tj. ustaleniu ich ogólnej liczby na poziomie 435) wykazało, że nie dokonano zmian w liczbie łóżek na oddziale noworodkowym (ich liczba w kontrolowanym okresie wynosiła 14). W Szpitalu dokonano zmniejszenia liczby łóżek na oddziałach: dziecięcym (siedem), neurologii (dwa), chirurgii ogólnej (piętnaście), chirurgii onkologicznej (siedemnaście), radioterapii (osiem), ortopedii onkologicznej (pięć) oraz chorób wewnętrznych (dwadzieścia jeden).

Zmiany w zakresie liczby łóżek, które opisano w części 1.1 niniejszego wystąpienia, dostosowały Szpital do warunków określonych w ww. przepisie.

Zdaniem NIK utrzymywanie wymaganej liczby łóżek w OAiIT w stosunku do ich ogólnej liczby potwierdzają dane w zakresie średniomiesięcznego ich obłożenia. W 2018 r. występowały miesiące, kiedy przez 21 dni w miesiącu, wszystkie łóżka oddziału były zajęte, po dostosowaniu liczby łóżek w Szpitalu do wymogów wynikających z ww. rozporządzenia liczba takich dni w miesiącu nie przekraczała 10.

(akta kontroli str. 8-125, 495)

2. Nieprzeprowadzanie konkursów na stanowisko ordynatora OAiIT.

Zgodnie z zapisami regulaminów organizacyjnych Szpitala, OAiIT kieruje Ordynator przy pomocy Zastępcy Ordynatora oraz Pielęgniarki Oddziałowej. Zgodnie z art. 49 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. *o działalności leczniczej*³⁰ w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą przeprowadza się konkurs na stanowisko ordynatora.

W latach 2018-2020 pełnienie obowiązków Ordynatora OAiIT w Szpitalu powierzono dwóm lekarzom. Pierwszemu z nich sześciolatek okres kierowania tym oddziałem na stanowisku Ordynatora (po konkursie) upłynął w dniu 31 grudnia 2012 r. Następnie lekarzowi temu powierzono pełnienie obowiązków w tym zakresie do czasu wyłonienia ordynatora w drodze konkursu. Przez kolejnych dziewięć lat żaden konkurs na to stanowisko się nie odbył.

³⁰ Dz. U. z 2021 r., poz. 711 ze zm.

Drugi lekarz pełnił obowiązki ordynatora OAiIT od 10 września 2019 r. do 14 lipca 2020 r. Następnie rozwiązał ze Szpitalem umowę o pracę i świadczył dla niego usługi w ramach kontraktu³¹, do jego obowiązków należał m.in. *nadzór organizacyjny oraz merytoryczny nad OAiIT (pełnienie obowiązków Ordynatora)*.

Dyrektor wyjaśnił, że pierwszy z lekarzy pełnił funkcję ordynatora OAiIT do dnia rozwiązania umowy o pracę (przejście na emeryturę). Kierujący tym oddziałem był wielkim autorytetem w środowisku anestezjologów, cieszył się uznaniem wśród lekarzy i pacjentów. Wyjaśnił, że następcę kierującego OAiIT wskazali lekarze tego oddziału. Dyrektor wyjaśnił, że ostateczną decyzję o wyborze lekarza kierującego tym oddziałem podjął w oparciu o własną wiedzę oraz uwzględniając opinię pracowników OAiIT. Dyrektor wyjaśnił, że od połowy 2020 r. wszyscy lekarze specjaliści pracujący w OAiIT świadczą usługi medyczne w oparciu o umowy kontraktowe, ta sytuacja praktycznie uniemożliwia wyłonienie ordynatora oddziału w drodze konkursu.

Zdaniem NIK przywołane przez Dyrektora argumenty były istotne co do utrzymania dobrej współpracy w OAiIT, jednak zaistniały stan jest niezgodny z obowiązującymi w tym zakresie przepisami.

(akta kontroli str. 126, 128-136, 148-155)

3. Znieczulanie przez jednego lekarza w tym samym czasie więcej niż jednego pacjenta.

Zgodnie z przepisem § 9 pkt 9 rozporządzenia rozporządzenie w sprawie standardów w dziedzinie AiIT, lekarz wykonujący znieczulenie może w tym samym czasie znieczulać tylko jednego pacjenta.

Na podstawie analizy wybranej próby książek bloku operacyjnego ustalono, że w dniu 8 marca 2018 r. ten sam lekarz dokonywał znieczulenia ogólnego przy zabiegu nr 220 (nr ks. Gł. 6480), czas trwania znieczulenia godz. 11.05 – 12.00 (sala nr I) oraz znieczulenia pacjenta przy zabiegu nr 205 (nr ks. Gł. 6521), w godz. 11.30 – 12.00. Oznacza to, że jeden lekarz w ciągu 30 minut znieczulał jednocześnie dwóch pacjentów.

Dyrektor wyjaśnił, że w związku z brakami kadrowymi lekarzy anestezjologów miała miejsce sytuacja, gdzie lekarz udzielał świadczeń przy znieczulaniu dwóch pacjentów jednocześnie, jednak była to sytuacja incydentalna. Wyjaśnił, że zespół anestezjologów i chirurgów rozważył korzyści i zagrożenia dla pacjenta wynikające z przeprowadzenia lub zaniechania operacji i podjął decyzję w tym przypadku wyłącznie o przesłanki medyczne. Dyrektor wyjaśnił, że regułą stosowaną w szpitalu jest sytuacja, że jednocześnie jeden lekarz odpowiada za znieczulanie jednego pacjenta.

Zdaniem NIK w Szpitalu nie powinno dochodzić do sytuacji znieczulania przez jednego lekarza jednocześnie dwóch pacjentów, nawet w przypadkach nieprzewidzianych.

(akta kontroli str. 195-211)

4. Brak nadzoru przez lekarza anestezjologa nad pacjentami OAiIT.

Rozporządzenie w sprawie standardów w dziedzinie AiIT, w § 11 pkt 2 i 2a określa że: *udzielanie świadczeń zdrowotnych wymaga stałej obecności lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii oraz pielęgniarki anestezjologicznej w oddziale z zastrzeżeniem, iż: lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii może opuścić oddział w celu przeprowadzenia resuscytacji lub innych czynności z zakresu*

³¹ Nowe obowiązki weszły w życie z dniem 15 lipca 2020 r., aneks do umowy nr 7/2020/III o udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii.

anestezjologii i intensywnej terapii z wyjątkiem znieczulenia u pacjenta poza oddziałem, jeżeli uzna, że opuszczenie oddziału nie stanowi bezpośredniego zagrożenia dla życia pacjentów na nim przebywających.

W okresie objętym kontrolą w 29 przypadkach dyżur sprawował jeden lekarz anestezjolog, z czego w siedmiu przypadkach lekarz ten zamiast sprawować nadzór nad pacjentami OAIT (udzielać świadczeń w zakresie intensywnej terapii), uczestniczył w operacji w BO znieczulając pacjenta, tj. w dniach 5 sierpnia, 14 sierpnia (dwukrotnie), 29 września, 19 października 2019 r., oraz 11 kwietnia i 3 października 2020 r.

Dyrektora Szpitala wyjaśnił, że w trakcie dyżurów świadczenia zabezpieczane są przez dwóch lekarzy anestezjologów. Jednak w analizowanym okresie zdarzały się sytuacje, gdzie dyżur lekarski zapewniony był przez jednego lekarza. Sytuacja taka wynikała z ograniczonych zasobów kadrowych. Szpital czynił starania, dotyczące pozyskania lekarzy poprzez zawieranie umów kontraktowych bezpośrednio z lekarzami, czy współpracę z firmą zewnętrzną. Ponadto na stronie internetowej oraz na tablicy ogłoszeń, Szpital informował o konkursach dotyczących świadczenia usług zdrowotnych z zakresu anestezjologii. Ze wszystkimi lekarzami, którzy zgłosili się do konkursu podpisano umowy. W okresie kontrolowanym Szpital zwiększył stawkę za godzinę dyżuru do [...] ³² zł. Nie ponosił również oszczędności z tytułu pojedynczego dyżuru, gdyż lekarz, który dyżurował pojedynczo, otrzymywał podwójną stawkę dyżurową. Jednak sporadyczne czynniki zewnętrzne (sezon urlopowy, czy absencje związane z podnoszeniem kwalifikacji) uniemożliwiały właściwe zabezpieczenie świadczeń. Podjęte działania doprowadziły do tego, że w chwili obecnej dyżur zabezpieczony jest przez dwóch lekarzy anestezjologów.

(akta kontroli str. 514-541)

5. Braki w dokumentacji medycznej.

Stosownie do postanowień § 4 ust. 1 i 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania³³, wpis w dokumentacji medycznej dokonuje się niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowotnego, w sposób czytelny i w porządku chronologicznym. Każdy wpis w dokumentacji opatruje się oznaczeniem osoby dokonującej wpisu przez oznaczenie osoby udzielającej świadczenia zdrowotnego (m.in. nazwisko i imię, tytuł zawodowy, podpis). Anagogeniczne wymogi w tym zakresie zawarto w zapisach § 4 ust. 1 i 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania³⁴. W ww. zakresie w Szpitalu obowiązywała również procedura pt. *Zasady prowadzenia dokumentacji medycznej*.

Analiza wybranej próby Książek Bloku Operacyjnego wykazała, że w trzech przypadkach brak było podpisów lekarza znieczulającego lub pielęgniarki anestezjologicznej³⁵. Ponadto stwierdzono, że w dwóch kartach znieczulenia nie było pieczęci lekarza³⁶, a w czterech okołoperacyjnych kartach kontrolnych brak

³² W wystąpieniu pokontrolnym na podstawie art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2020 r. poz. 2176 ze zm.) i art. 11 ust. 4 ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz. U. z 2020 r., poz. 1913 ze zm.) Najwyższa Izba Kontroli wyłączyła jawność informacji odnośnie kwoty, w interesie Szpitala.

³³ (Dz. U. z 2015 r. poz. 2069).

³⁴ Dz. U. z 2020 r. poz. 666 ze zm. – akt ten zastąpił ww. rozporządzenie (obowiązuje od 15 kwietnia 2020 r.) i stanowi, że wpis w dokumentacji dokonuje się niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowotnego, z zapewnieniem niezaprzeczalności i integralności danych, a w dokumentacji w postaci papierowej w sposób rzetelny i w porządku chronologicznym. W myśl § 4 ust. 5 tego rozporządzenia dokumentację w postaci papierowej opatruje się własnoręcznym podpisem.

³⁵ Dotyczy wpisów nr 234 (ks. gł. 20063), nr 615 (ks. Gł. 20444) oraz nr 637 (ks. Gł. 20640).

³⁶ Nr 8031/2018 i 8732/2018.

było danych o osobie dokonującej w niej zapisów, w tym jedna nie zawierała podpisu³⁷.

Dyrektor wyjaśnił, że brak podpisów w Książce Bloku Operacyjnego wynika z braku należytej staranności personelu. W tym zakresie pouczono odpowiedzialny personel o konieczności właściwego prowadzenia dokumentacji medycznej. Wyjaśnił również, że co roku od 0,5% do 1% dokumentacji medycznej podlega ocenie, mimo podjętych działań nadal zdarzają się braki.

(akta kontroli str. 195-211, 222-223, 395-405)

6. Brak w dokumentacji medycznej okołoperacyjnej karty kontrolnej.

Stosownie do postanowień § 15 ust. 1 pkt 13 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, do historii choroby dołącza się dokumenty dodatkowe, w szczególności okołoperacyjną kartę kontroli. W regulaminie organizacyjnym określono, że lekarz anestezjolog znieczulający do zabiegu jest koordynatorem ww. karty. Do prowadzenia ww. karty obligowała lekarza anestezjologa znieczulającego do zabiegu również *Procedura prowadzenia kontrolnej karty czynności przedoperacyjnych*³⁸.

W dokumentacji medycznej dwóch pacjentów stwierdzono brak okołoperacyjnej karty kontrolnej³⁹.

Dyrektor wyjaśnił, że za prowadzenie okołoperacyjnej karty kontrolnej odpowiada lekarz znieczulający pacjenta. W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami pouczono personel odpowiedzialny o prowadzeniu dokumentacji medycznej zgodnie z procedurą obowiązującą w Szpitalu.

(akta kontroli str. 222-234, 237-394)

OCENA CZĄSTKOWA

W okresie objętym kontrolą Dyrektor podjął działania, które spowodowały, że liczba łóżek w OAiIT osiągnęła wymagany udział w odniesieniu do ich ogólnej liczby w Szpitalu (z 1,38% do 2,3%). Spowodowane to było zmniejszeniem ogólnej liczby łóżek w Szpitalu i zwiększeniem ich stanu w OAiIT z siedmiu do dziesięciu. Powyższe pozwoliło zmniejszyć obłożenie łóżek w kontrolowanym oddziale i ograniczyć liczbę dni, w których brakowało wolnych miejsc w OAiIT.

Powierzchnia sali łóżkowej OAiIT oraz sali nadzoru poznieczuleniowego spełniały wymagania przestrzenne. Dobrą obserwację pacjentów w sali wielostanowiskowej OAiIT zapewniono poprzez organizację dwóch punktów obserwacyjnych. Kontrolowany oddział dysponował izolatką, wyposażoną w odpowiednią służbę. Nadzór nad pacjentami umieszczonymi w izolatce był zapewniony zarówno poprzez bezpośrednią ich obserwację, a także poprzez zainstalowaną w tym celu kamerę. Pacjentów w bezpośrednim okresie pooperacyjnym umieszczano w sali nadzoru poznieczuleniowego, gdzie zapewniono im stałą opiekę. BO spełniał wymogi określone przez Ministra Zdrowia, a jego usytuowanie zapewniało sprawną komunikację z OAiIT oraz Szpitalnym Oddziałem Ratunkowym.

Nadzór nad pacjentami w sali nadzoru poznieczuleniowego oraz całodobowa opieka pielęgniarska w OAiIT były sprawowane przez pielęgniarki anestezjologiczne, co było zgodne z pkt 2 i pkt 3 „organizacji udzielania świadczeń” załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT.

W okresie objętym kontrolą, sześciokrotnie lekarz podczas dyżuru medycznego w OAiIT, opuścił ten Oddział i uczestniczył w operacji w BO znieczulając pacjenta.

³⁷ Nr 21645/2020, 15499/2019, 15828/2019, 15835/2019.

³⁸ P/OZ/ZA4/1/20.

³⁹ Nr 8031/2018 i 8732/2018.

W Szpitalu ustalono szereg procedur, w tym m.in. określających: przygotowanie pacjenta do znieczulenia, komunikację alarmową w przypadku zagrożenia życia, czynności związane z przygotowaniem stanowiska chorego, zasady prowadzenia dokumentacji medycznej. Pomimo tego w badanej próbie dokumentacji medycznej stwierdzono nieprawidłowości, w postaci braku podpisów lekarzy lub pielęgniarek, braki danych osób dokonujących zapisów w okołooperacyjnej karcie kontrolnej. Ponadto w dokumentacji medycznej dwóch pacjentów nie było wymaganej okołooperacyjnej karty kontrolnej. Analiza wybranej próby książek bloku operacyjnego wykazała jeden przypadek znieczulania przez tego samego lekarza jednocześnie dwóch pacjentów.

Regulamin organizacyjny Szpitala stanowi, że OAiIT kieruje ordynator. Kadencja ostatniego ordynatora wyłonionego w drodze konkursu zakończyła się 31 grudnia 2012 r. i przez dziewięć lat w Szpitalu na tym stanowisku nie zatrudniono osoby wybranej w drodze takiego postępowania.

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

Opis stanu faktycznego

2.1. W latach 2018 - 2020⁴⁰ stan zatrudnienia lekarzy anesteziologów w OAiIT przedstawiał się następująco:

W 2018 r. i 2019 r. w OAiIT zatrudnionych było łącznie dziewięciu lekarzy, w tym: siedmiu było lekarzami specjalistami anesteziologii i intensywnej terapii, a dwóch było w trakcie specjalizacji.

W 2020 r. w OAiIT zatrudnionych było 14 lekarzy, w tym: 10 lekarzy specjalistów anesteziologii i intensywnej terapii (struktura wiekowa lekarzy przedstawiała się następująco: czterech lekarzy było wieku do 40 roku życia, czterech lekarzy w przedziale wiekowym 41-60 lat, dwóch lekarzy w przedziale wiekowym 61-65 lat), jeden był lekarzem anesteziologiem (w wieku powyżej 65 lat), a trzech było w trakcie specjalizacji (wszyscy w wieku do 40 lat).

Ponadto w celu zabezpieczenia odpowiedniej ilości lekarzy specjalistów na dyżurach w OAiIT, Dyrektor Szpitala podpisał umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu anesteziologii i intensywnej terapii z podmiotem zewnętrznym, a w 2020 r. również z trzema lekarzami specjalistami anesteziologii i intensywnej terapii.

(akta kontroli str. 497-500, 542, 674-712)

Świadczenia z zakresu anesteziologii i intensywnej terapii w OAiIT oraz w BO wykonywali lekarze wykazani w załączniku nr 2 „Harmonogram-zasoby” do umowy zawartej pomiędzy Szpitalem a NFZ.

W okresie objętym kontrolą w Szpitalu zatrudnionych zostało sześciu lekarzy natomiast z jednym lekarzem Szpital rozwiązał umowę o pracę.

Wszystkie zmiany stanu zatrudnienia lekarzy w OAiIT były zgłaszane do NFZ przez pracowników Szpitala.

(akta kontroli str. 499-500, 545-634)

W 2018 r. wszyscy lekarze w OAiIT byli zatrudnieni na umowę o pracę. W 2019 r. jeden lekarz⁴¹ zatrudniony na Oddziale zmienił formę zatrudnienia na umowę

⁴⁰ Stan na 31 grudnia poszczególnych lat.

⁴¹ W dniu 1 grudnia 2019 r.

cywilną (kontrakt). W 2020 r.⁴² podpisano kontrakty z pozostałymi lekarzami specjalistami anestezjologii i intensywnej terapii w OAiIT. Na dzień 31 grudnia 2020 r. w OAiIT Szpital zatrudniał trzech lekarzy na podstawie umów o pracę⁴³ oraz 14 lekarzy na podstawie umów cywilnych. Wykonywanie działalności leczniczej przez lekarzy zatrudnionych na podstawie kontraktów poprzedzone było wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego przez radę lekarską zgodnie z art. 5 ust. 1 w związku z art. 106 ust. 1 pkt 2 ustawy o działalności leczniczej.

(akta kontroli str. 499-500, 542)

W okresie objętym kontrolą Szpital podpisywał kontrakty na świadczenie działalności leczniczej z 14 lekarzami pracującymi w OAiIT (22 kontrakty), w tym z trzema lekarzami wykonującymi swoje obowiązki w formie dyżurów. Wszystkie zawarte umowy zawierały elementy określone w art. 27 ust. 4 ustawy o działalności leczniczej. W 16 przypadkach podpisane kontrakty spełniały wymagania określone w art. 27 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, tj. umowy zostały zawarte na okres dłuższy niż 3 miesiące. W sześciu przypadkach Szpital zawierał kontrakty na okres miesiąca. Szczegółowe ustalenia w tym zakresie przedstawiono w sekcji „stwierdzone nieprawidłowości” niniejszego wystąpienia.

(akta kontroli str. 499-500, 542)

Stan zatrudnienia lekarzy specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii w OAiIT wynosił 10 lekarzy (w przeliczeniu na etaty – 7,4 etatu)⁴⁴. Stan ten odpowiadał wymaganiom określonym przepisami części I załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AiIT.

(akta kontroli str. 497-500)

W podstawowych godzinach ordynacji oraz podczas dyżurów w OAiIT stale obecny był lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii.

Analiza ewidencji czasu pracy lekarzy⁴⁵ wykazała, że lekarze pracujący w OAiIT na podstawie umowy o pracę nie wykonywali dodatkowej pracy na rzecz Szpitala na podstawie umów kontraktowych oraz nie wykonywali świadczeń na rzecz Szpitala, w ramach dodatkowego zatrudnienia w podmiocie zewnętrznym. Lekarze zatrudnieni w OAiIT na podstawie umów o pracę, wykonywali pracę w Szpitalu w sposób ciągły maksymalnie do 24 godzin. W przypadku lekarzy pracujących w OAiIT na podstawie umów cywilnych ciągły czas pracy nie przekraczał 37 godzin (w badanym⁴⁶ okresie wystąpiło 17 przypadków wykonywania świadczeń w sposób ciągły ponad 24 godziny).

(akta kontroli str. 499-500, 713-756)

2.2. W latach 2018 - 2020⁴⁷ stan zatrudnienia pielęgniarek w OAiIT przedstawiał się następująco:

W 2018 r. w OAiIT zatrudnionych było łącznie 36 pielęgniarek, w tym: 14 pielęgniarek, które ukończyły specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i opieki intensywnej terapii, 16 pielęgniarek, które ukończyły kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i opieki intensywnej terapii, oraz sześć pielęgniarek „nieanestezjologicznych”.

⁴² W okresie lipiec-listopad 2020 r.

⁴³ Lekarze w trakcie specjalizacji.

⁴⁴ Stan na dzień 31 grudnia 2020 r.

⁴⁵ Analizie poddano miesiące marzec 2018 r., czerwiec 2019 r. oraz wrzesień 2020 r.

⁴⁶ Kontroli poddano świadczenie usług medycznych przez lekarzy zatrudnionych w OAiIT w marcu 2018 r., czerwcu 2019 r. oraz wrześniu 2020 r.

⁴⁷ Stan na 31 grudnia poszczególnych lat.

W 2019 r. w OAiT zatrudnionych było łącznie 38 pielęgniarek, w tym: 22 pielęgniarki, które ukończyły specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i opieki intensywnej terapii, 10 pielęgniarek, które ukończyły kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i opieki intensywnej terapii, oraz sześć pielęgniarek „nieanestezjologicznych”.

W 2020 r. w OAiT zatrudnionych było łącznie 40 pielęgniarek, w tym: 22 pielęgniarki, które ukończyły specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i opieki intensywnej terapii⁴⁸, siedem pielęgniarek, które ukończyły kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego, opieki intensywnej terapii⁴⁹, pięć pielęgniarek w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki⁵⁰, oraz sześć pielęgniarek „nieanestezjologicznych”⁵¹.

(akta kontroli str. 504-507)

Świadczenia z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii w OAiT wykonywały pielęgniarki wykazane w załączniku nr 2 „Harmonogram-zasoby” do umowy zawartej pomiędzy Szpitalem a NFZ.

W okresie objętym kontrolą Szpital zatrudnił 12 pielęgniarek, w tym po trzy w 2018 oraz 2019 roku oraz sześć w 2020 r. Rozwiązano umowę z pięcioma pielęgniarkami (w 2020 r.). Wszystkie pielęgniarki były zatrudnione w OAiT na podstawie umowy o pracę.

Wszystkie zmiany stanu zatrudnienia pielęgniarek w OAiT były zgłaszane do NFZ przez pracowników Szpitala.

(akta kontroli str. 504-507, 545-634)

W OAiT zatrudnione były m.in. 22 pielęgniarki anestezjologiczne oraz siedem pielęgniarek, które ukończyły kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej terapii. Pielęgniarki anestezjologiczne zatrudnione były w wymiarze pełnych etatów. Ich stan zatrudnienia odpowiadał wymogom określonym przepisami części I załącznika nr 1 do rozporządzenia *w sprawie standardu w dziedzinie AiIT*.

W okresie objętym kontrolą w OAiT zatrudnionych było sześć pielęgniarek „nieanestezjologicznych”.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że pielęgniarki te *wykonywały czynności pielęgniarские pod nadzorem pielęgniarki anestezjologicznej. W toku pracy zdobywały umiejętności i staż niezbędny do podjęcia kształcenia uprawniającego do uzyskania kwalifikacji anestezjologicznych.*

(akta kontroli str. 505-507, 514-517)

Analiza ewidencji czasu pracy pielęgniarek pracujących w OAiT, wykazała że nie wykonywały one dodatkowej pracy na rzecz Szpitala na podstawie umów kontraktowych oraz nie wykonywały świadczeń na rzecz Szpitala, w ramach dodatkowego zatrudnienia w podmiocie zewnętrznym. Podstawowym systemem pracy pielęgniarek w OAiT był system dwuzmianowy, tj. po 12 godzin (od 7.00 do 19.00 i od 19.00 do 7.00 dnia następnego). Część pielęgniarek pracowała w systemie 7,5 godziny na dobę⁵². Występowały również przypadki pracy pielęgniarek w sposób ciągły do 24 godzin, po przepracowaniu których nie świadczyły one pracy przez kolejne dwa dni.

⁴⁸ Struktura wiekowa pielęgniarek przedstawiała się następująco: 13 było w wieku do 40 roku życia, dziewięć w przedziale wiekowym 41-60 lat.

⁴⁹ Wszystkie pielęgniarki były w przedziale wiekowym 41-60 lat.

⁵⁰ Wszystkie pielęgniarki nie miały ukończonych 40 lat.

⁵¹ Wszystkie pielęgniarki nie miały ukończonych 40 lat.

⁵² W godz. 7.35-15.00 lub 8.00-15.25.

W przypadkach pracy w systemie 24 godzinnym pielęgniarki następne dwa dni miały wolne od świadczenia pracy w Szpitalu.

(akta kontroli str. 499-500, 757-786)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono nieprawidłowość polegającą na tym, że spośród 22 umów cywilnych podpisanych z lekarzami pracującymi w OAiIT, sześć umów⁵³ podpisanych zostało na okres od 30 do 55 dni, co było niezgodne z art. 27 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej. Przepis ten stanowi, że *z przyjmującym zamówienie udzielający zamówienia zawiera umowę na czas udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub na czas określony. Umowa nie może być zawarta na okres krótszy niż 3 miesiące, chyba że rodzaj i liczba świadczeń zdrowotnych uzasadniają zawarcie umowy na okres krótszy.*

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że *uzasadnieniem podpisania czterech umów (z trzema lekarzami) na okres krótszy niż trzy miesiące była szczególna sytuacja kadrowa w OAiIT tego szpitala. Umowy (...) miały na celu zabezpieczenie ciągłości w wymaganych stanach osobowych w trakcie dyżurów medycznych w Oddziale. Zawarcie pozostałych umów miało na celu poprawę sytuacji kadrowej w OAiIT. Zawarte umowy uzupełniły kadrę lekarską w OAiIT w podstawowych godzinach pracy Szpitala oraz w okresach pełnienia dyżurów medycznych.*

W trakcie trwania przedmiotowych umów zostały ogłoszone konkursy ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w opisanych zakresach. W następstwie powyższego doszło do zawarcia umów kontraktowych na okres trzech lat. Zawarcie przedmiotowych umów na okres krótszy niż trzy miesiące, z uwagi na powyższe, było uzasadnione.

Zdaniem Najwyższej Izby Kontroli zawarcie umów z lekarzami było uzasadnione, jednakże możliwość skrócenia trwania kontraktu na okres krótszy niż trzy miesiące zgodnie z art. 27 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, jest możliwa w sytuacji, gdy *rodzaj i liczba świadczeń zdrowotnych uzasadniają zawarcie umowy na okres krótszy.* W tych przypadkach ani rodzaj, ani liczba świadczeń zdrowotnych nie uzasadniały zawarcia umowy na okres krótszy niż trzy miesiące.

(akta kontroli str. 499-500, 542, 635-673)

OCENA CZĄSTKOWA

Szpital zatrudniał lekarzy specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii oraz pielęgniarek o odpowiednich kwalifikacjach. W Szpitalu przestrzegano norm czasu pracy i odpoczynku personelu zatrudnionego w OAiIT. Stan zatrudnienia lekarzy i pielęgniarek w OAiIT był zgodny z załącznikiem nr 2 do umowy podpisanej z NFZ oraz z wymogami określonymi w rozporządzeniu w sprawie standardów w dziedzinie AiIT. Za nieprawidłowe należy uznać nieuzasadnione zatrudnianie lekarzy w OAiIT na podstawie umów cywilnych na okres krótszy niż trzy miesiące.

3. Wymagania dotyczące wyposażenia OAiIT i BO w wyroby medyczne.

Opis stanu
faktycznego

3.1. Na dzień zakończenia kontroli OAiIT dysponował 10 stanowiskami intensywnej terapii, natomiast na sali nadzoru poznieczuleniowego znajdowało się pięć stanowisk wybudzeń.

⁵³ Umowy nr: 10/2019 z dnia 29 października 2019 r., 11/2019 z dnia 29 października 2019 r., 12/2019 z dnia 29 października 2019 r., 17/2020 z dnia 6 sierpnia 2020 r., 18/2020 z dnia 21 października 2020 r., 23/2020 z dnia 28 września 2020 r.

OAIiT jak i stanowiska intensywnej terapii oraz sala nadzoru poznieczuleniowego i stanowiska wybudzeń były wyposażone w aparaty i sprzęty medyczne spełniające wymagania dotyczące *anestezjologii i intensywnej terapii* określone w załączniku nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie *świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego*⁵⁴.

W trakcie przeprowadzonych oględzin dokonano sprawdzenia kompletności wyposażenia łóżek intensywnej terapii w niezbędny sprzęt medyczny⁵⁵. Wszystkie sprawdzone stanowiska intensywnej terapii wyposażone były w: łóżko do intensywnej terapii z materacem przeciwoleżynowym, respirator z możliwością regulacji stężenia tlenu w zakresie 21-100 %; źródła elektryczności, tlenu, powietrza i próżni, zestaw do intubacji i wentylacji z workiem samorozprężalnym, sprzęt do szybkich oraz regulowanych przetoczeń płynów, kardiomonitor, pulsoksymetr, kapnograf, aparat do automatycznego pomiaru ciśnienia krwi metodą nieinwazyjną, sprzęt do inwazyjnego pomiaru ciśnienia krwi, materac lub inne urządzenie do aktywnej regulacji temperatury pacjenta, fonendoskop.

W jednym przypadku stanowisko intensywnej terapii wyposażone było w pięć zamiast sześć pomp infuzyjnych. Kierujący Oddziałem AIiT wyjaśnił, że *jedna pompa z nieużywanego stanowiska została czasowo użyczona na blok operacyjny. Po zakończonym zabiegu, zostanie niezwłocznie zwrócona w OAIiT.*

Analiza dostępnego wyposażenia w OAIiT, w tym na stanowiskach intensywnej terapii oraz sali nadzoru wybudzeniowego pod kątem spełniania wymogów określonych w części I załącznika nr 1 rozporządzenia w sprawie *standardów w dziedzinie AIiT*, wykazała, że w OAIiT nie posiadał na wyposażeniu elektrycznych urządzeń do ssania (wymagane 4 szt. – nie posiadano ani jednej szt.⁵⁶), sprzętu do pomiaru rzutu serca (posiadane 2 szt. – wymagane 3 szt.), respiratora transportowego (wymagane 2 szt. – posiadana 1 szt.), oraz aparatu do pomiaru parametrów krytycznych (wymagana 1 szt. – posiadano 0 szt.). Ponadto stanowiska do znieczuleń nie były wyposażone w sprzęt do regulowanych przetoczeń płynów (wymagane 5 szt. – posiadano 0 szt.).

Zgodnie z § 17 ust. 1 rozporządzenia w sprawie *standardów w dziedzinie AIiT*, Szpital jest zobowiązany na dostosowanie się do tych przepisów w terminie do 31 grudnia 2022 r. Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że Szpital podejmował działania zmierzające do uzupełnienia brakującego sprzętu pod koniec 2019 r., pozyskując oferty na zakup niezbędnych urządzeń. *Ze względu na brak środków finansowych, sprzęt nie został uwzględniony w planach finansowych na kolejne lata. Ze względu na wymóg posiadania wskazanego sprzętu, zostanie on zakupiony przez Szpital do grudnia 2022 r.*

(akta kontroli str. 543-544, 787-796, 834-835)

W załączniku nr 2 „Harmonogram-zasoby” do umowy zawartej pomiędzy Szpitalem a NFZ w informacji o wyrobach medycznych znajdujących się w OAIiT wymienione były urządzenia, które na dzień przeprowadzenia kontroli, nie były na wyposażeniu OAIiT. Ustalenia w tym zakresie przedstawiono w sekcji stwierdzone nieprawidłowości niniejszego wystąpienia.

(akta kontroli str. 545-634, 797-833)

Sprzęt wykorzystywany w OAIiT oraz na sali wybudzeń zlokalizowanej w BO zakupiony był w latach 1999-2021. Zdecydowana większość została zakupiona

⁵⁴ Dz. U. z 2021 r., poz. 290 ze zm.

⁵⁵ Kompletność wyposażenia dokonano w odniesieniu do łóżek, które nie były w chwili oględzin zajęte przez pacjentów, tj. trzech łóżek znajdujących się na głównej sali oraz łóżka znajdującego się w izolatce.

⁵⁶ Wszystkie stanowiska intensywnej terapii wyposażone były w ssaki próżniowe.

w 2018 r. Powyżej 20 lat miał jeden sprzęt tj. defibrylator wykorzystywany w OAiIT. Sprzęt ten poza kosztami związanymi z dokonywanymi przeglądami, nie był awaryjny i nie generował dodatkowych kosztów (jednorazowy koszt serwisu 350-380 zł).

(akta kontroli str. 836-843)

W 2020 oraz 2021 roku w związku z pandemią COVID-19 Szpital otrzymał m.in. następujące wyposażenie:

- z Podkarpackiego Urzędu Wojewódzkiego w Rzeszowie – Wydziału Bezpieczeństwa i Zarządzania Kryzysowego: 32 pompy infuzyjne, 20 kardiomonitorów, cztery respiratory, 10 aparatów do wentylacji wysokoprzepływowej, dwa analizatory parametrów krytycznych, pięć defibrylatorów (całość sprzętu została Szpitalowi użyczona) na kwotę 1.472,1 tys. zł,
- z Ministerstwa Sprawiedliwości – urządzenie do dekontaminacji (nieodpłatne przekazanie) o wartości 151,3 tys. zł,
- od firm lokalnych – sześć aparatów do terapii wysokoprzepływowej (darowizna) o wartości 75 tys. zł,
- od Centrum Medycznego w Łańcucie – 10 koncentratorów tlenu (użyczenie) o wartości 35 tys. zł.

Ponadto Szpital, ze środków własnych zakupił, m.in.: dwie komory laminarne, dwie wirówki laboratoryjne, wstrząsarke laboratoryjną, urządzenie do diagnostyki COVID, respirator transportowy, sześć aparatów do tlenoterapii wysokoprzepływowej o łącznej wartości 471,9 tys. zł.

Łączna wartość zakupionego i otrzymanego wyposażenia w latach 2020-2021 wyniosła 2.205,3 tys. zł.

(akta kontroli str. 844-868)

3.2. Analiza dokumentacji technicznej 15 wyrobów medycznych, stanowiących wyposażenie OAiIT i stanowisk intensywnej terapii (dziewięć urządzeń), stanowisk znieczulenia (trzy urządzenia) oraz sali nadzoru poznieczuleniowego (trzy urządzenia), wykazała, że każde z urządzeń posiadało tzw. „paszport techniczny”. Dokumentacja zawierała informacje o terminach kolejnych konserwacji oraz kalibracji urządzeń. Urządzenia te poddawane były okresowym badaniom technicznym wykonywanym przez autoryzowanego przedstawiciela producenta.

(akta kontroli str. 869-870)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono nieprawidłowość polegającą na tym, że pracownicy Szpitala nierzetelnie przekazywali informacje do NFZ odnośnie zmian w sprzęcie znajdującym się w OAiIT. W załączniku nr 2 „Harmonogram-zasoby” do umowy zawartej pomiędzy Szpitalem a NFZ dział III *Sprzęt* ujęte zostały m.in. urządzenia, których nie było w księgach inwentarzowych Szpitala, tj. 10 pomp infuzyjnych⁵⁷ (zostały przekazane do innych komórek organizacyjnych w 2018 r.), jeden kapnograf (rok produkcji 1996 – został wycofany z użytkowania w 2019 r.).

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że *Szpital informuje Narodowy Fundusz Zdrowia o zmianach w zasobach sprzętowych, jednak z uwagi na dużą liczbę sprzętu funkcjonującego w komórkach organizacyjnych Szpitala, zdarzyć się mogą przypadki niezgłoszenia zmian w sprzęcie.*

(akta kontroli str. 545-634, 797-833)

⁵⁷ Sześć z 2000 r., dwie z 2005 r. oraz dwie bez określonego roku produkcji.

OCENA CZĄSTKOWA

OAIiT, stanowiska intensywnej terapii, stanowiska do znieczulania oraz sale nadzoru poznieczuleniowego zostały wyposażone w wyroby medyczne spełniające wymagania dotyczące *anestezjologii i intensywnej terapii* określone w załączniku nr 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego. Sprzęt ten poddawany był okresowym przeglądom technicznym.

OAIiT i BO nie posiadały pełnego wyposażenia wymaganego przepisami rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AIiT, lecz Szpital jest zobowiązany dostosować się do tych wymagań w terminie do 31 grudnia 2022 r. Szpital nierzetelnie wywiązywał się z obowiązku informowania NFZ o zmianach w zasobach sprzętowych wykorzystywanych w OAIiT.

IV. Uwagi i wnioski

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

Wnioski

1. Podjęcie działań mających na celu ustanowienie lekarza umocowanego do kierowania OAIiT zgodnie z regulaminem organizacyjnym Szpitala i przepisami art. 49 ust. 1 pkt 3 ustawy o działalności leczniczej.
2. Wyeliminowanie niezgodnych z wymogami § 9 pkt 9 rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie AIiT przypadków dokonywania jednoczesnego znieczulania dwóch pacjentów przez tego samego lekarza.
3. Podjęcie działań zmierzających do wyeliminowania sytuacji, w których lekarz anestezjolog pełniący samodzielnie dyżur w OAIiT jednocześnie wykonywał znieczulenia w BO.
4. Zapewnienie rzetelnego prowadzenia dokumentacji medycznej, w tym także dołączanie do dokumentacji medycznej pacjentów okołoooperacyjnej karty kontrolnej.
5. Zawieranie umów cywilnych z lekarzami z zachowaniem warunków określonych w art. 27 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej.
6. Przekazywanie do NFZ rzetelnych informacji dotyczących wyrobów medycznych stanowiących wyposażenie OAIiT.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

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

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykonania wniosków

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

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

Rzeszów, 21 września 2021 r.

Kontrolerzy
Karol Łęcki
główny specjalista k.p.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Rzeszowie
Dyrektor
Wiesław Motyka

/-/
Maciej Pilecki
starszy inspektor k.p.

/-/

/-/