



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Rzeszowie

LRZ.410.023.06.2020

Pan
Łukasz Wais
Prezes Zarządu
Centrum Medycznego w Łańcucie Sp. z o. o.
w Łańcucie

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/20/062 – Przygotowanie i działanie odpowiedzialnych organów państwa, instytucji i służb w sytuacji zagrożenia i wystąpienia chorób szczególnie niebezpiecznych i wysoce zakaźnych

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Centrum Medyczne w Łąncucie Sp. z o. o. ul. Paderewskiego 5, 37-100 Łącut ¹
Kierownik jednostki kontrolowanej	Łukasz Wais Prezes Zarządu Centrum Medycznego w Łąncucie Sp. z o. o. ² od 1 marca 2015 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Działania podejmowane w okresie 2019 – 2 marca 2020 w celu przygotowania się do reagowania w przypadku wystąpienia chorób szczególnie niebezpiecznych i wysoce zakaźnych. 2. Działania podejmowane w związku z wystąpieniem epidemii COVID-19 (2 marca 2020 – do dnia zakończenia czynności kontrolnych).
Okres objęty kontrolą	Lata 2019-2021, do dnia zakończenia kontroli, z możliwością wykorzystania dowodów, w tym danych elektronicznych, istniejących przed tym okresem.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ³ .
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Rzeszowie
Kontrolerzy	1. Monika Marciniak, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LRZ/28/2021 z 25 lutego 2021 r. 2. Marek Sikora, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LRZ/186/2020 z 15 grudnia 2020 r.

(akta kontroli: tom I str. 1-6)

¹ Dalej: Centrum Medyczne lub CM.

² Dalej: Prezes Centrum Medycznego lub Prezes CM.

³ Dz. U. z 2020 r. poz. 1200, dalej: ustawa o NIK

II. Ocena ogólna⁴ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA
Uzasadnienie
oceny ogólnej

W okresie od 1 stycznia 2019 r. do 2 marca 2020 r. Centrum Medyczne było przygotowane do istniejących tym czasie zagrożeń w zakresie podejrzenia i wystąpienia chorób wysoce zakaźnych i szczególnie niebezpiecznych. Dysponowało procedurami, zasobami rzeczowymi, kadrowymi, a także zapewniało środki ochrony osobistej i systematycznie szkoliło pracowników z ich stosowania. Były one wystarczające do wykonywania obowiązków, jednakże przy zagrożeniach o znacznie mniejszej skali i dynamice, niż w warunkach pandemii COVID-19. Mimo to CM przygotowało się do działań w ramach podwyższonej gotowości w celu przyjęcia osób znajdujących się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego w związku z możliwością rozprzestrzeniania się koronawirusa SARS-CoV-2. W okresie od dnia 2 marca 2020 r. CM, szczególnie po przekształceniu placówki w jednoimienny szpital zakaźny, udzielało świadczeń medycznych pomimo trudności z zapewnieniem wystarczającej liczby personelu pielęgniarskiego oraz podejmowało skuteczne działania zmierzające do zabezpieczenia odpowiedniej ilości specjalistycznej aparatury medycznej w tym respiratorów. Pracownicy CM mieli zapewnione zasoby rzeczowe oraz niezbędne środki ochrony osobistej podczas pandemii COVID-19.

Od października 2020 r. CM prawidłowo realizowało nałożoną na nie funkcję szpitala koordynującego. Równocześnie NIK wskazuje na nierzetelne prowadzenie przez CM dokumentacji technicznej respiratorów.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowej⁵ kontrolowanej działalności

OBSZAR

1. Działania podejmowane w okresie 2019 – 2 marca 2020 w celu przygotowania się do reagowania w przypadku wystąpienia chorób szczególnie niebezpiecznych i wysoce zakaźnych

Opis stanu
faktycznego

1.1. Centrum Medyczne udzielało świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki stacjonarnej, w tym szpitalnej w ramach Szpitala św. Michała Archanioła⁶. Szpital świadczył usługi zdrowotne w dziedzinach medycznych objętych oddziałami szpitalnymi, w tym w ramach Klinicznego Oddziału Chorób Zakaźnych⁷. CM zakwalifikowane zostało do poziomu szpitali I stopnia w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej⁸.

(akta kontroli: tom I str. 7-131, 355)

W Centrum Medycznym obowiązywała *Księga procedur epidemiologicznych*⁹, zawierająca 25 procedur oraz sześć algorytmów postępowania, w tym m. in. procedury:

- izolacji chorych zakażonych oraz pacjentów o podwyższonym ryzyku zakażenia;
- mycia i dezynfekcji rąk oraz sprzętu medycznego i użytkowego;

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

⁵ 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.

⁶ Dalej: Szpital.

⁷ Z pododdziałem hepatologicznym. Oddział mieszczący się w oddzielnym, parterowym pawilonie z gabinetem (izbą) przyjęć. Dalej: Oddział Chorób Zakaźnych lub OChZ.

⁸ Zgodnie z wykazem świadczeniodawców zakwalifikowanych do poszczególnych poziomów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej na terenie województwa podkarpackiego obowiązującym w okresie od 1 października 2017 r. do 30 czerwca 2021 r. (<https://www.nfz.gov.pl/biuletyn-informacji-publicznej-podkarpackiego-ownfz/wykaz-szpitali-zakwalifikowanych-do-psz/>).

⁹ Zatwierdzona 20.03.2012 r. (wydanie 2).

- sterylizacji sprzętu medycznego;
- stosowania środków ochrony osobistej;
- postępowania po ekspozycji zawodowej;
- utrzymania reżimu sanitarnego w karetkach pogotowia;
- segregacji, gromadzenia i unieszkodliwiania odpadów szpitalnych.

W procedurze izolacji chorych zakażonych oraz pacjentów o podwyższonym ryzyku zakażenia¹⁰ określono zasady postępowania w przypadku przyjęcia pacjenta do oddziału chorób zakaźnych z podejrzeniem zachorowania na choroby wysoce zakaźne. Zasady te miały charakter ogólny, nie wyszczególniały nazw chorób, których dotyczyły.

Ponadto w procedurze tej ustalono m. in.:

- zasady izolacji standardowej, kontaktowej, oddechowej powietrzno-kropelkowej, oddechowej powietrzno-pyłowej, ochronnej;
- zalecane formy izolacji przy wykryciu chorób zakaźnych stanowiących zagrożenie epidemiologiczne, w tym: odry, gorączki krwotocznej (m. in. Eboli), zapalenia żołądka i jelit (m. in. cholery);
- wskazania do izolacji - przykłady drobnoustrojów/chorób, których obecność wymaga stosowania specyficznych form izolacji, w tym dżumy płucnej.

Procedura zapewniała skuteczną izolację osób podejrzanych o choroby zakaźne. Ustalono m. in., że w przypadku podejrzenia choroby wysoce zakaźnej pacjenta należało przetransportować bezpośrednio do sali z niezależnym węzłem sanitarnym (izolatki), stosując środki ochrony indywidualnej w zależności od zagrożenia, a personel przyjmujący powinien być ubrany w odzież ochronną jednorazowego użytku. Pozwalała na reagowanie na zagrożenia w pojedynczych przypadkach wystąpienia choroby wysoce zakaźnej¹¹.

Powyższa procedura opracowana została na podstawie ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi¹², rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie listy czynników alarmowych, rejestrów zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych oraz raportów o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala¹³, zaleceń Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Epidemiologicznych dotyczących izolacji chorych w trakcie hospitalizacji¹⁴ oraz pozycji książkowej Procedury higieny w placówkach ochrony zdrowia¹⁵. Procedurę zaktualizowano jeden raz, 8 marca 2018 r.¹⁶

(akta kontroli: tom I str. 131-250)

Prezes CM wyjaśnił, że *procedura postępowania w przypadku hospitalizacji pacjentów z powodu chorób wysoce zakaźnych jest procedurą ogólną... W sytuacji zagrożenia epidemiologicznego spowodowanego wystąpieniem wielu zachorowań na konkretną chorobę w szpitalu opracowywana jest odrębna procedura, dostosowana do specyfiki choroby.*

W 2014 r. wprowadzono dwie procedury w przypadku przyjęcia pacjenta z podejrzeniem zachorowania na wirus Ebola¹⁷, które wskazywały m. in. objawy, zakaźność, środki ochrony osobistej, schematy postępowania, schemat powiadamiania, działania profilaktyczne. Prezes CM wyjaśnił, że *procedura z 27*

¹⁰ Procedura nr 16 Księgi Procedur Epidemiologicznych.

¹¹ OChZ wyposażony był w 22 miejsca, w tym trzy izolatki z wymuszoną wentylacją, ze służą z węzłem sanitarnym.

¹² Dz. U. z 2020 poz. 1845, ze zm. (dalej: ustawa o zapobieganiu oraz zwalczaniu chorób zakaźnych).

¹³ Dz. U. Nr 294, poz. 1741, ze zm.

¹⁴ Zalecenia wydane przez Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Epidemiologicznych w 2005 i 2017 r.

¹⁵ Ciurus M.: *Procedury higieny w placówkach ochrony zdrowia*, Instytut Problemów Ochrony Zdrowia Sp. z o.o., Warszawa 2013 r.

¹⁶ Aktualizacja dotyczyła zmian lokalizacji izolatek/separatek na oddziałach.

¹⁷ Procedura postępowania w przypadku przyjęcia pacjenta do Oddziału Chorób zakaźnych w Łąncucie z podejrzeniem zachorowania na wirus Ebola z 15.10.2014 r. oraz procedura postępowania w przypadku przyjęcia pacjenta z podejrzeniem zachorowania na wirus Ebola z 27.10.2014 r.

października 2014 r. zawiera dodatkowe procedury opracowane przez Ministerstwo Zdrowia istotne w procedurach wewnętrznych szpitala.

(akta kontroli: tom I str. 251-279, 458-460)

W dniu 29 stycznia 2020 r. ustalono instrukcję postępowania w zakresie przyjęcia pacjenta do Oddziału Chorób Zakaźnych w przypadku zakażeń zaraźliwych szerzących się drogą oddechową. W instrukcji ujęte zostały następujące zagadnienia: działania profilaktyczne; stosowanie środków ochrony indywidualnej; postępowanie w razie hospitalizacji chorych; zakładanie odzieży ochronnej; zdejmowanie odzieży ochronnej; postępowanie z odpadami; bielizną i posiłkami; zasady dezynfekcji.

W ww. instrukcji nie określono nazw chorób, których dotyczy. Prezes CM wyjaśnił, że instrukcja ta *dotyczyła wszystkich chorób przenoszonych drogą kropelkową czy powietrzno-pyłową, (MERS, SARS i SARS-CoV-2).*

(akta kontroli: tom I str. 311-313, tom II str. 199-205, 461)

Obowiązujące procedury uwzględniały niezbędne środki ochrony osobistej, sprzęt, ich rozdysponowanie i wykorzystanie. Ponadto określały ilości środków ochrony osobistej, które miały zapewnić pracownikom bezpieczeństwo przed zakażeniem. W przypadku wirusa Eboli wskazano: dwie warstwy odzieży, rękawice jednorazowego użytku, buty gumowe, zewnętrzny fartuch jednorazowy, nieprzeziąkalny fartuch, maska na twarz z filtrem hepa (lub inna maska chirurgiczna), czepek osłaniający całe włosy, okulary lub gogle/przyłbica zasłaniające oczy. Przy ryzyku kontaktu z krwią lub płynami ustrojowymi pacjenta: podwójna para rękawiczek i wodoodporny fartuch. Natomiast w przypadku zakażeń zaraźliwych szerzących się drogą oddechową: indywidualny zestaw ochrony biologicznej.

(akta kontroli: tom I str. 251-281)

Z powyższymi procedurami zapoznano pracowników CM poprzez zamieszczenie ich na wewnętrznej infostronie. Nie wszyscy pracownicy OChZ potwierdzili fakt zapoznania się z tymi procedurami¹⁸. Prezes Centrum Medycznego zarządzeniem wewnętrznym¹⁹ zobowiązał personel medyczny do regularnego zapoznawania się z informacjami zamieszczonymi na wewnętrznej infostronie placówki, w tym z zarządzeniami wewnętrznymi oraz informacjami dotyczącymi zmian w zakresie obowiązujących w placówce procedur i standardów. Ponadto Prezes CM wyjaśnił, że *w Szpitalu nie wprowadzono obowiązku pisemnego potwierdzenia przez pracownika zapoznania się z procedurami. Informowanie o nowej procedurze bądź o zmianie obowiązującej procedury jest obowiązkiem bezpośredniego przełożonego. Zbieranie podpisów na potwierdzenie zapoznania się z procedurą nie jest obligatoryjne, również z tego względu, że procedury dostępne są na wewnętrznej sieci szpitalnej. Informowanie o zmianie procedury lub o wprowadzeniu nowej odbywa się również za pośrednictwem wewnętrznej infostrony.*

(akta kontroli: tom I str. 282-292, 461)

Corocznie określano program profilaktyki zakażeń szpitalnych, obejmujący szkolenie personelu m. in. w zakresie zasad izolacji pacjentów, stosowania środków ochrony osobistej oraz środków dezynfekcyjnych, segregacji odpadów.

¹⁸ Cztery osoby nie potwierdziły zapoznania się z księgą procedur epidemiologicznych i po jednej osobie z zasadami postępowania w przypadku przyjęcia pacjenta do OChZ z podejrzeniem zachorowania na wirus Ebola oraz przyjęcia pacjenta w przypadku zakażeń zaraźliwych szerzących się drogą oddechową. Brak jest również potwierdzenia zapoznania się pracowników OChZ z procedurą postępowania w przypadku przyjęcia pacjenta z podejrzeniem zachorowania na wirus Ebola z 27 października 2014 r.

¹⁹ Zarządzenie wewnętrzne nr 28/2019 Prezesa CM z 9 maja 2019 r. w sprawie obowiązku personelu medycznego zapoznawania się z informacjami zamieszczonymi na wewnętrznej infostronie Centrum Medycznego w Łańcucie.

(akta kontroli: tom I str. 293-298)

W CM opracowano procedurę postępowania w sytuacjach szczególnych²⁰, w której określono zasady postępowania z pacjentem/osobą w sytuacjach nadzwyczajnych, w tym m. in. w przypadku:

- braku możliwości przyjęcia pacjenta np. z powodu braku miejsca,
- gwałtownego pogorszenia stanu zdrowia osoby hospitalizowanej, gdy pomoc przekracza możliwości jednostki.

(akta kontroli: tom I str. 400-405)

Procedura postępowania w przypadku przyjęcia pacjenta do Oddziału Chorób Zakaźnych w Łąncucie z podejrzeniem zachorowania na wirus Ebola²¹ określała punkt diagnostyczny, badany materiał oraz zasady zabezpieczenia i transportu pobranego materiału do badania w kierunku wykrycia zakażenia²². Ponadto w CM obowiązywały procedury dotyczące pobierania materiału biologicznego do badań laboratoryjnych oraz do badań mikrobiologicznych²³.

(akta kontroli: tom I str. 251-261, 299-302)

Nadzór nad wypełnianiem procedur epidemiologicznych prowadził Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych poprzez sprawdzanie i modyfikowanie procedur sanitarno-epidemiologicznych oraz prowadzenie kontroli sanitarno-epidemiologicznych oddziałów szpitalnych²⁴. Ponadto zakresem obowiązków, odpowiedzialności i uprawnień Kierownikowi Oddziału Chorób Zakaźnych powierzono nadzór stanu sanitarno-epidemiologicznego OChZ, natomiast Pielęgniarsce Oddziałowej OChZ powierzono nadzór sanitarno-higieniczny OChz.

Prezes CM wyjaśnił, że *nadzór nad realizacją procedur medycznych prowadzony był na bieżąco przez kierowników poszczególnych komórek organizacyjnych, a polegał na kontroli czy udzielanie świadczeń w danym zakresie odbywa się zgodnie z zapisami procedury.*

(akta kontroli: tom I str. 132-134, 303-310)

1.2. Wg stanu na 31 grudnia 2018 r. oraz 31 stycznia 2019 r. CM dysponowało dziewięcioma łózkami intensywnej opieki medycznej, z tego na Oddziale Chorób Wewnętrznych - 4 łóżka, Oddziale Neurologii - 2 łóżka, Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii - 3 łóżka; 226 miejscami do tlenoterapii; dziewięcioma lekarzami anestezjologami; odpowiednio 13²⁵ i 15²⁶ pielęgniarkami wyznaczonymi do obsługi łóżek intensywnej opieki medycznej; siedmioma lekarzami chorób zakaźnych, z których jeden (na zmiany) dyżurował²⁷; odpowiednio 14²⁸ i 15²⁹ pielęgniarkami na Oddziale Chorób Zakaźnych; ośmioma respiratorami stacjonarnymi (jeden na OChZ) i jednym respiratorem transportowym; 31 łózkami na OChZ.

²⁰ Procedura nr 25 z 28 marca 2017 r. Księgi procedur organizacyjnych.

²¹ Z 15 października 2014 r.

²² Wskazano m. in., że próbki od pacjentów należy traktować jako potencjalnie bardzo zakaźne... Pobrany materiał zabezpieczony w potrójne opakowanie, zostanie przetransportowany do właściwego laboratorium przy użyciu środka transportu CM, o czym należy poinformować oficera dyżurnego Komendy Wojewódzkiej Policji w Rzeszowie. Przed wysłaniem do laboratorium zewnętrzne powierzchnie próbek i pojemników transportowych należy poddać dekontaminacji.

²³ Księga procedur laboratoryjnych dotyczące postępowania przy pobieraniu materiału biologicznego do badań laboratoryjnych oraz do badań mikrobiologicznych, postępowania przy znakowaniu materiału biologicznego do badań, postępowaniu przy wydawaniu wyników badań laboratoryjnych (zatwierdzona: 06.11.2017 r. (rozdział I), 03.06.2013 (rozdział II-V)).

²⁴ W 2019 r. przeprowadzono 51 takich kontroli.

²⁵ Na dzień 31 grudnia 2018 r..

²⁶ Na dzień 31 stycznia 2019 r.

²⁷ Jeden zatrudniony w Szpitalu na podstawie umowy o pracę oraz sześciu zatrudnionych w ramach kontraktów, w tym jeden wykonujący świadczenia doraźnie.

²⁸ Na dzień 31 grudnia 2018 r.

²⁹ Na dzień 31 stycznia 2019 r.

Wg stanu na 31 grudnia 2019 r., 31 stycznia 2020 r., 29 lutego 2020 r. oraz 2 marca 2020 r. CM dysponowało 12 łózkami intensywnej opieki medycznej, z tego na Oddziale Chorób Wewnętrznych - 4 łóżka, Oddziale Neurologii - 2 łóżka, Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii - 3 łóżka; 295 miejscami do tlenoterapii; 16 lekarzami anesteziologami; odpowiednio 11³⁰ i 12³¹ pielęgniarkami wyznaczonymi do obsługi łóżek intensywnej opieki medycznej; siedmioma lekarzami chorób zakaźnych, z których jeden (na zmiany) dyżurował³²; 16 pielęgniarkami na Oddziale Chorób Zakaźnych; ośmioma respiratorami stacjonarnymi (żaden na OChZ) i jednym respiratorem transportowym; 22 łózkami na OChZ.

CM nie posiadało łóżek z pełną izolacją oddechową. Na OChZ znajdowały się natomiast trzy izolatki z wymuszoną wentylacją, ze śluzą umywalkowo-fartuchową i z odrębnym pełnym węzłem sanitarnym.

Prezes CM wyjaśnił, że *OChZ został wyposażony w system instalacji wentylacji mechanicznej, o układzie ciśnień uniemożliwiającym rozprzestrzenianie się chorób drogą powietrzną... Definicja boks melzerowskiego nie jest nigdzie ujęta i określona w aktach prawnych (odnosi się ona do sal chorych na oddziałach chorób zakaźnych wyposażonych w śluzę i odrębne węzły sanitarne), natomiast w ustawodawstwie określono pojęcie izolatki... Pojęcie izolatki jest znacznie szersze od pojęcia boks melzerowskiego oraz posiada szczegółowo określone wymogi. Mając na uwadze, że w Państwa piśmie był zapis „łóżka z pełną izolacją oddechową (izolatki/boksy Maltzera)” to trudno było się jednoznacznie do niego ustosunkować. Dodatkowo mając na uwadze „pełne zabezpieczenie tlenowe” myśleliśmy, iż chodzi o pełne zabezpieczenie w gazy medyczne tak, aby w izolatce mógł przebywać pacjent wentylowany mechanicznie (respiratorem). Nasze izolatki tego nie spełniają, gdyż nie posiadają np. instalacji sprężonego powietrza do obsługi respiratorów.*

(akta kontroli: tom I str. 162, 311-359, tom II str. 301, 550-551)

Od 2019 r. zmniejszono z 31 do 22 liczbę łóżek na OChZ. Prezes CM wyjaśnił, że *podyktowane to było wprowadzeniem przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 października 2018 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego³³, gdzie wprowadzono równoważnik etatu pielęgniarskiego na jedno łóżko, wobec czego dostosowano liczbę łóżek do liczby etatów pielęgniarskich w OChZ.*

(akta kontroli: tom I str. 311-312)

CM nie posiadało sprzętu ECMO przeznaczonego do pozaustrojowego natleniania krwi w stanach niewydolności krążenia lub w skrajnych przypadkach ciężkiej niewydolności oddechowej oraz komór izolacyjnych typu Biobox.

Prokurent CM wyjaśniła, że *brak respiratorów w Oddziale Zakaźnym do marca 2020 r. uzasadniony był brakiem wymogów NFZ w zakresie wyposażenia oddziału w taki sprzęt oraz brakiem wskazań medycznych i konieczności wdrażania tego typu terapii u pacjentów oddziału zakaźnego w czasie przed pandemią. W przypadkach chorób zakaźnych z powodu, których pacjenci byli hospitalizowani w tutejszym oddziale nie stosowano terapii respiratorem, ponieważ nie było takiej konieczności i wskazań medycznych.*

(akta kontroli: tom I str. 314-320, 356-359)

1.3. Zakupione środki ochrony osobistej przechowywane były w magazynie Apteki Szpitalnej lub w magazynie Szpitala, a po wydaniu do oddziału Szpitala,

³⁰ Na dzień 31 grudnia 2019 r.

³¹ Na dzień 31 stycznia 2020 r., 29 lutego 2020 r. i 2 marca 2020 r.

³² Jeden zatrudniony w Szpitalu na podstawie umowy o pracę oraz sześciu zatrudnionych w ramach kontraktów, w tym jeden wykonujący świadczenia doraźnie.

³³ Dz. U. poz. 2012.

w magazynie apteczki oddziałowej. Według stanu ewidencyjnego apteki szpitalnej, magazynu szpitalnego oraz apteczki OChZ, CM miało na dzień:

- 31 grudnia 2018 r. 150 masek chirurgicznych (w tym OChZ 100), 34 maski FFP3 (OChZ 0), 132 602 rękawice medyczne (OChZ 12 300), 12 kombinezonów jednorazowych (OChZ 0), 22 przyłbice (gogle) (OChZ 0), 612 ochron na buty (OChZ 100).

- 31 stycznia 2019 r. CM miało 300 masek chirurgicznych (w tym OChZ 100), 34 maski FFP3 (OChZ 0), 116 177 rękawic medycznych (OChZ 8 900), 12 kombinezonów jednorazowych (OChZ 0), 22 przyłbice (gogle) (OChZ 0), 862 ochrony na buty (OChZ 50).

- 31 grudnia 2019 r. CM miało 1 200 masek chirurgicznych (w tym OChZ 50), 22 maski FFP3 (OChZ 0), 157 280 rękawic medycznych (OChZ 24 100), 12 kombinezonów jednorazowych (OChZ 0), 22 przyłbice (gogle) (OChZ 0), 3 862 ochrony na buty (OChZ 0).

- 31 stycznia 2020 r. CM miało 800 masek chirurgicznych (w tym OChZ 100), 199 masek FFP3 (OChZ 100), 126 630 rękawic medycznych (OChZ 18 000), 12 kombinezonów jednorazowych (OChZ 0), 20 przyłbic (gogli) (OChZ 0), 2 912 ochron na buty (OChZ 0).

- 29 lutego 2020 r. CM miało 5 850 masek chirurgicznych (w tym OChZ 350), 193 maski FFP3 (OChZ 186), 95 910 rękawic medycznych (OChZ 20 200), 116 kombinezonów jednorazowych (OChZ 116), 122 przyłbice (gogle) (OChZ 116), 2 116 ochron na buty (OChZ 116).

- 2 marca 2020 r. CM miało 5 450 masek chirurgicznych (w tym OChZ 350), 1193 maski FFP3 (OChZ 186), 84 210 rękawic medycznych (OChZ 20 200), 166 kombinezonów jednorazowych (OChZ 116), 122 przyłbice (gogle) (OChZ 116), 1 816 ochron na buty (OChZ 116).

(akta kontroli: tom I str. 360-362, 364-365)

W wymienionych powyżej procedurach dotyczących chorób zakaźnych ustalono, że w ramach działań profilaktycznych należało m. in. zgromadzić odzież ochronną jednokrotnego użytku. W procedurze izolacji chorych zakażonych oraz pacjentów o podwyższonym ryzyku zakażenia wskazano, że na oddziale należy zgromadzić m. in. fartuchy, maski ochronne, ochraniacze na buty. Natomiast w procedurze postępowania w przypadku przyjęcia pacjenta do OChZ w Łańcucie z podejrzeniem zachorowania na wirus Ebola wskazano, że w oddziale należy zgromadzić m. in. maski na twarz z filtrem hepa³⁴, fartuchy nienasiąkliwe, buty gumowe, okrycia głowy (czepki). Z przedstawionych stanów magazynowych na wybrane dni³⁵ wynika, że w magazynie apteczki OChZ nie było: butów ochronnych (w badanych dniach); masek z filtrem hepa (na dzień: 31 grudnia 2018 r., 31 stycznia i 31 grudnia 2019 r.); fartuchów ochronnych (na dzień: 31 grudnia 2019 r., 31 stycznia 2020 r.); ochrony na buty (na dzień: 31 grudnia 2019 r., 31 stycznia 2020 r.); okrycia głowy (na dzień: 31 grudnia 2018 r., 31 stycznia i 31 grudnia 2019 r., 31 stycznia 2020 r.). Ww. środki ochrony indywidualnej, za wyjątkiem butów ochronnych³⁶, znajdowały się jednak na stanie magazynu Szpitala lub Apteki Szpitalnej.

Prezes CM wyjaśnił, że w Szpitalu w ww. okresach były dostępne środki ochrony indywidualnej w Apteczce Szpitalnej w postaci Indywidualnych Zestawów Ochrony Biologicznej, maseczek chirurgicznych, fartuchów czy osłon na buty oraz czepków i w razie konieczności mogły być wydane w krótkim czasie na Oddział. Szpital współpracował ze sprawdzonymi dostawcami środków ochrony indywidualnej, a przed pandemią nie było problemów z szybkim zaopatrzeniem w każdego rodzaju

³⁴ Lub inne zapewniające porównywalne zabezpieczenia (lub chirurgiczne, jeśli poprzednie nie są dostępne).

³⁵ Na dzień: 31 grudnia 2018 r., 31 stycznia 2019 r., 31 grudnia 2019 r., 31 stycznia 2020 r., 29 lutego 2020 r., 2 marca 2020 r.

³⁶ Na stanie apteki szpitalnej znajdowały się ochrony na buty.

asortyment. Ponadto w Oddziale Chorób Zakaźnych dostępnych było 10 Indywidualnych Zestawów Ochrony Biologicznej i 20 par butów gumowych.

Pielęgniarka Oddziałowa OChZ przedłożyła oświadczenie o wyposażeniu OChZ od 2014 r. w 10 Indywidualnych Zestawów Ochrony Biologicznej (kombinezon, maska FFP3, okrycie głowy, gogle lub przyłbice, rękawiczki, fartuch ochronny, ochraniacze na buty) oraz 20 szt. butów ochronnych. Prezes CM wyjaśnił, że w nagłych przypadkach zdarza się incydentalnie, że zamawiane przez personel oddziału wyroby medyczne dostarczane są bezpośrednio do oddziałów szpitalnych.

Kontrole przeprowadzone w 2019 r. na OChZ przez pielęgniarkę epidemiologiczną m. in. w zakresie wdrożenia procedur profilaktyki zakażeń szpitalnych i realizacji procedur sanitarno-higienicznych³⁷ potwierdzały wystarczającą ilość sprzętu jednorazowego oraz ważność pakietów sterylnych.

(akta kontroli: tom I str.155-156, 251-261, 362-384)

CM nie posiadało na stanie kombinezonów wielorazowych oraz kombinezonów przeznaczonych do użycia w przypadku chorób szczególnie niebezpiecznych i wysoce zakaźnych³⁸. Prezes CM wyjaśnił, że do 2020 r. nie było potrzeby zwiększania stanów magazynowych. Ponadto, przed pandemią koronawirusa wszelkie środki ochrony osobistej były dostępne i nie było problemów z ich szybkim pozyskaniem.

(akta kontroli: tom I str. 311-313, 360-362)

Kierownictwo CM zapewniało systematyczne szkolenia pracowników dotyczące stosowania środków ochrony osobistej. W 2019 r. przeprowadzono szkolenie o tematyce „Zasady izolacji pacjentów. Stosowanie środków ochrony indywidualnej. Dobór środków w zależności od zagrożenia epidemicznego. Dezynfekcja rąk”. Pracownicy zostali przeszkoleni z zasad zakładania i zdejmowania środków ochrony indywidualnej. Łącznie przeszkolono 91 pracowników³⁹.

Szkolenia dotyczące stosowania środków ochrony osobistej prowadzone były również w latach wcześniejszych. W 2014, 2016 i 2017 r. wzięło w nich udział łącznie 429 pracowników CM⁴⁰.

(akta kontroli: tom I str. 311-313, 360-362, 385-389)

1.4. W okresie od 1 stycznia 2019 r. do 2 marca 2020 r. w CM nie hospitalizowano pacjentów z podejrzeniem lub rozpoznaniem choroby szczególnie niebezpiecznej i wysoce zakaźnej.

W okresie tym⁴¹ wystąpiły dwa przypadki podejrzenia zakażenia odrą. W Szpitalu hospitalizowany był jeden z ww. pacjentów, a w izbie przyjęć udzielono świadczeń zdrowotnych drugiemu pacjentowi i skierowano go na Oddział Chorób Zakaźnych Szpitala w Przemyślu. Przypadki te zgłoszono Powiatowemu Inspektorowi Sanitarnemu⁴².

CM posiadało procedury postępowania w przypadku podejrzenia lub rozpoznania zakażenia odrą.

CM posiadało procedurę postępowania na wypadek wystąpienia zdarzenia mnogiego, masowego, katastrofy⁴³, a także procedurę postępowania w sytuacjach szczególnych⁴⁴ określającą m. in. zasady postępowania w przypadku braku możliwości przyjęcia pacjenta np. z powodu niedostatku wyposażenia. Prezes CM

³⁷ W dniu 28 maja 2019 r. i 5 grudnia 2019 r.

³⁸ Np. wielorazowe kombinezony gazoszczelne z wewnętrznym obiegiem powietrza.

³⁹ Przeciętne liczba zatrudnionych w 2019 r. - 692 osoby.

⁴⁰ Większość w 2014 r. (362 pracowników) w związku z zagrożeniem rozprzestrzenienia się epidemii wirusa Ebola.

⁴¹ W roku 2019.

⁴² Zgłoszenie ZLK-1 podejrzenia lub rozpoznania zakażenia lub choroby zakaźnej.

⁴³ Procedura z 16 stycznia 2018 r.

⁴⁴ Procedura nr 25 z 28 marca 2017 r. Księgi procedur organizacyjnych.

wyjaśnił, że w przypadku wystąpienia epidemii rok wcześniej, z dużą dozą prawdopodobieństwa, postępowanie szpitala byłoby podobne, jak w roku 2020.

(akta kontroli: tom I str. 390-396, 400-405, 453-460)

1.5. W dniu 28 lutego 2020 r. Wojewoda Podkarpacki⁴⁵ decyzją nr 04/2020 nałożył na Centrum Medyczne obowiązek pozostawania w stanie podwyższonej gotowości, w celu przyjęcia osób znajdujących się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, w związku z możliwością rozprzestrzeniania się koronawirusa SARS-CoV-2. Powyższa decyzja nie określała działań, jakie w związku z tym CM miało podjąć.

(akta kontroli: tom I str. 397-398)

Prezes CM zarządzeniem nr 13/2020 z 4 marca 2020 r. wprowadził obowiązek pozostawania w stanie podwyższonej gotowości, w celu przyjęcia osób znajdujących się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego we wszystkich komórkach organizacyjnych placówki. Zobowiązał osoby udzielające świadczeń zdrowotnych do postępowania zgodnie z procedurą postępowania w sytuacjach szczególnych⁴⁶ oraz algorytmem postępowania w przypadku podejrzenia zakażenia koronawirusem⁴⁷.

Przeorganizowano pracę Oddziału Chorób Zakaźnych. W części izolacyjnej oddziału została zorganizowana śluza. Wydzielono izbę przyjęć przy OChZ, jako miejsce przyjmowania osób z podejrzeniem zakażenia SARS-CoV-2.

(akta kontroli: tom I str. 399-408, 423-424, 451-452)

Ponadto zwiększono stany magazynowe środków ochrony indywidualnej⁴⁸, oraz środków do dezynfekcji⁴⁹, wprowadzono zakaz odwiedzin pacjentów hospitalizowanych na oddziałach szpitalnych oraz zapewniono całodobową obsługę telefoniczną umożliwiającą uzyskanie przez każdego zainteresowanego informacji o postępowaniu w sytuacji podejrzenia zakażenia koronawirusem.

Pismem z 27 lutego 2020 r. poinformowano Wojewodę m. in. o złożeniu w Agencji Rezerw Materiałowych⁵⁰ zapotrzebowania na środki ochrony osobistej. W dniu 29 lutego 2020 r. ARM przekazała CM 1000 szt. półmasek FFP3 oraz 50 szt. kombinezonów ochronnych o łącznej wartości 12,7 tys. zł.

(akta kontroli: tom I str. 311-313, 362, 409-422, 438-440)

Prezes CM pismem z 6 marca 2020 r.⁵¹ przekazał Wojewodzie informacje o sposobie wykonania decyzji o obowiązku pozostawania w stanie podwyższonej gotowości. Poinformował o wydaniu zarządzenia nr 13/2020 w sprawie pozostawania w stanie podwyższonej gotowości. Podał również, że pacjentom z niewydolnością oddechową podejrzanym lub zarażonym koronawirusem świadczenia miały być udzielane w wydzielonej w Oddziale Chorób Zakaźnych sali intensywnego nadzoru i izolatkach. Ponadto poinformował, że CM dysponowało dużą ilością zapasowych łóżek, które w razie potrzeby można by było wykorzystać na Oddziale Chorób Zakaźnych. Wskazał na możliwość zagęszczenia ilości łóżek przez ich dostawienie w salach dwuosobowych oraz wykorzystania pomieszczeń Poradni Chorób Zakaźnych i Izby Przyjęć.

⁴⁵ Dalej: Wojewoda.

⁴⁶ Procedura nr 25 z 28 marca 2017 r. Księgi procedur organizacyjnych.

⁴⁷ Algorytm postępowania przekazany przez Podkarpacki Oddział Wojewódzki NFZ 28.02.2020 r.

⁴⁸ Stany magazynowe na dzień: 31 grudnia 2019 r. – 1222 szt. masek chirurgicznych i FFP3, 12 szt. kombinezonów jednorazowych, 22 szt. przyłbic/gogli; 31 stycznia 2020 r. – 999 szt. masek chirurgicznych i FFP3, 12 szt. kombinezonów jednorazowych, 20 szt. przyłbic/gogli; 29 lutego 2020 r. – 6043 szt. masek chirurgicznych i FFP3, 116 szt. kombinezonów jednorazowych, 122 szt. przyłbic/gogli; 2 marca 2020 r. - 6643 szt. masek chirurgicznych i FFP3, 166 szt. kombinezonów jednorazowych, 122 szt. przyłbic/gogli.

⁴⁹ Stan magazynu środków dezynfekujących według wartości na dzień: 31 grudnia 2019 r. - 3,9 tys. zł, 31 stycznia 2020 r. - 5,6 tys. zł, 29 lutego 2020 r. - 12,8 tys. zł, 10 marca 2020 r. - 13,3 tys. zł.

⁵⁰ Dalej: ARM.

⁵¹ W odpowiedzi na zapytanie Wojewody z 5 marca 2020 r.

CM wskazało, że w tym okresie wystąpił problem braku respiratorów⁵², o czym poinformowało Wojewodę w powyższym piśmie. W okresie od 14 do 17 marca 2020 r. CM pozyskało w formie użyczenia/wypożyczenia od jednostek opieki zdrowotnej z terenu województwa podkarpackiego 13 respiratorów – w protokole przekazania respiratorów przez Centrum Opieki Medycznej w Jarosławiu podano, że ich przekazanie następuje na podstawie polecenia Wojewódzkiego Sztabu Zarządzania Kryzysowego w Rzeszowie. Ponadto 16 marca 2020 r. CM złożyło zamówienie na zakup 20 respiratorów⁵³.

W okresie obowiązywania decyzji Wojewody o stanie podwyższonej gotowości CM z własnej inicjatywy nie występowało o wsparcie finansowe związane z realizacją decyzji Wojewody. Prezes CM wyjaśnił *CM nie występowało o wsparcie finansowe, dlatego że w tym czasie dyrekcja Szpitala nie miała wiedzy, że Szpital zostanie w całości przeznaczony do leczenia osób zarażonych COVID-19 oraz nie miała szczegółowej wiedzy, jakie potrzeby będzie miała placówka w zakresie przygotowania na hospitalizację większej ilości zarażonych osób.*

(akta kontroli: tom I str. 425-434, 458-460, tom II str. 107)

Wojewoda decyzją nr 13/2020 z 10 marca 2020 r. stwierdził wygaśnięcie decyzji nr 04/2020 z 28 lutego 2020 r. dotyczącej nałożenia na CM obowiązku pozostawania w stanie podwyższonej gotowości.

Prezes CM wyjaśnił, że *ww. decyzja Wojewody nr 04/2020 z 28 lutego 2020 r. nie nakładała na placówkę konkretnych obowiązków związanych z jej realizacją. W Podkarpackim Urzędzie Wojewódzkim⁵⁴ odbyły się spotkania organizacyjne mające na celu sprawdzenie stanu przygotowań podkarpackich szpitali na wystąpienie większej ilości zakażeń. W samej placówce odbywały się rozmowy z kierownikami poszczególnych komórek organizacyjnych dotyczące organizacji udzielania świadczeń w przypadku zgłoszenia się pacjentów z podejrzeniem COVID-19. Przedmiotem udzielanych Wojewodzie informacji były zasoby Szpitala, tj. liczba respiratorów, ilość środków ochrony indywidualnej, aktualizacja procedur przyjęcia pacjenta, określenie ilości miejsc hospitalizacji, warunki lokalowe pomieszczeń pod kątem dostosowania ich do hospitalizacji osób zarażonych.*

(akta kontroli: tom I str. 397-398, 427-430. 435-446)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia działania CM podejmowane w okresie od 1 stycznia 2019 r. do 2 marca 2020 r. w celu przygotowania się do reagowania w przypadku wystąpienia chorób szczególnie niebezpiecznych i wysoce zakaźnych. W CM opracowano procedury postępowania w przypadku podejrzenia i wystąpienia chorób wysoce zakaźnych i szczególnie niebezpiecznych, odpowiednie do występujących w tamtym czasie zagrożeń. Dysponowano zasobami rzeczowymi i kadrowymi oraz zapewniono pracownikom wystarczające środki ochrony osobistej w sytuacji, gdy nie było zagrożenia epidemicznego. Systematycznie szkolono pracowników ze sposobu ich stosowania. CM przygotowało się do działań w ramach podwyższonej gotowości w celu przyjęcia osób znajdujących się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego w związku z możliwością rozprzestrzeniania się

⁵² CM posiadało dziewięć respiratorów, z czego: cztery na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii, dwa na oddziale Kardiologicznym, jeden na Oddziale Chirurgicznym, jeden na Oddziale Neurologicznym oraz jeden transportowy.

⁵³ W dniu 27.05.2020 r., w związku z pozyskaniem respiratorów z innego źródła, zamówienie zmniejszono do 10 szt. Respiratory te odebrano 9 lipca 2020 r. (5 szt.) i 30 września 2020 r. (5 szt.).

⁵⁴ Dalej: Urząd Wojewódzki lub PUW.

koronawirusa SARS-CoV-2 m. in. poprzez wydzielenie izby przyjęć przy OChZ, jako miejsca przyjmowania osób z podejrzeniem zakażenia koronawirusem, podjęcie działań w celu pozyskania respiratorów (w konsekwencji zwiększono stan o 140%⁵⁵), zwiększenie stanów magazynowych środków ochrony indywidualnej (stany masek, kombinezonów jednorazowych i przyłbic zwiększono o ponad 400%⁵⁶) oraz środków do dezynfekcji (zwiększono stan o 240%⁵⁷).

OBSZAR

2. Działania podejmowane przez kierownictwo szpitala z związku z epidemią COVID-19 (2 marca 2020 – do dnia zakończenia czynności kontrolnych).

Opis stanu faktycznego

2.1. W okresie od dnia 2 marca 2020 r. w CM opracowano, zatwierdzono i wdrożono poprzez udostępnienie ich w wewnętrznej sieci informatycznej CM następujące procedury:

- ocena ryzyka zawodowego dla stanowisk pracy w CM potencjalnie zagrożonych koronawirusem SARS – CoV-2 bez względu na miejsce lokalizacji;
- wprowadzenie niezbędnych środków profilaktycznych zmniejszających ryzyko rozprzestrzeniania się wirusa SARS – CoV-2;
- zasady zakładania odzieży ochronnej;
- zalecenia dla pielęgniarek środowisk nauczania i wychowania/higienistek szkolnych dotyczące bezpieczeństwa opieki nad uczniami w okresie pandemii koronawirusa SARS – CoV-2;
- zalecenia dotyczące przyjmowania pacjentów do dziennego oddziału Psychiatrii dla dzieci i młodzieży;
- instrukcja dezynfekcji karetki po transporcie pacjenta z podejrzeniem/stwierdzeniem COVID-19;
- instrukcja dekontaminacji mat;
- zasady użycia masek w szpitalu;
- przyjęcie pacjenta do planowanego zabiegu operacyjnego w sytuacji zagrożenia COVID-19;
- ocena ryzyka zakażenia personelu medycznego na chorobę wywołaną przez SARS-C SARS – CoV-2 i postępowanie po kontakcie z pacjentem/personelem, u którego potwierdzono zakażenie;
- instrukcja postępowania z pacjentem przyjmowanym do poradni POZ i specjalisty;
- instrukcja funkcjonowania Strefy Obserwacji wydzielonej na potrzeby obserwacji pacjentów podejrzanych o SARS-CoV-2;
- zasady transportu „ozdrowieńców”;
- wytyczne do stosowania przez pracowników ochrony zdrowia POZ w czasie epidemii wirusa SARS–CoV-2 – wizyty domowe;
- instrukcja funkcjonowania Strefy Obserwacji wydzielonej na potrzeby obserwacji pacjentów podejrzanych o zakażenie SARS-CoV-2.

W procedurach określono, które środki ochrony osobistej i w jakich ilościach miały zapewnić pracownikom bezpieczeństwo przed zakażeniami.

Izolację pacjentów podejrzanych o zakażenie lub chorych na COVID-19 zapewniało wydzielenie na oddziałach szpitalnych stref: zielonych⁵⁸; żółtych⁵⁹ oraz

⁵⁵ W 2020 r. (do 17 marca 2020 r.) zwiększono stan respiratorów z 9 do 22 szt.

⁵⁶ W 2020 r. (do 2 marca 2020 r.) zwiększono stan magazynowy: masek chirurgicznych i FFP3 (łącznie) z 1222 do 6643 szt., kombinezonów jednorazowych z 12 do 166 szt., przyłbic/gogli z 20 do 122 szt.

⁵⁷ W 2020 r. (do 10 marca 2020 r.) zwiększono stan magazynowy środków do dezynfekcji (wg wartości) z 3,9 tys. zł do 13,3 tys. zł.

⁵⁸ W strefie zielonej nie przebywali pacjenci podejrzani o zakażenie COVID-19.

czerwonych.⁶⁰

CM nie uruchomiło mobilnych izb przyjęć. Prezes CM wyjaśnił, że *nie było potrzeby uruchamiania mobilnych izb przyjęć, ponieważ CM jako szpital jednoimienny dedykowany był do hospitalizacji osób z potwierdzonym zakażeniem COVID-19, w czasie pandemii w takich izbach przeprowadza się wywiad epidemiologiczny i pobiera wymazy do badań w kierunku COVID-19. Pawilonowa struktura placówki oraz wydzielenie stref przyczyniły się do zwiększenia bezpieczeństwa pacjentów i minimalizacji ryzyka rozprzestrzeniania się zakażeń.*

(akta kontroli: tom II str. 206- 266, 638-639)

Procedury zostały opracowane według następujących wytycznych zespołu konsultantów w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego:

- *działania mające na celu zapobieganie rozprzestrzeniania się zakażeń SARS-CoV-2 w środowisku szpitalnym;*
- *procedury pielęgniarstwa w obliczu pandemii;*
- *COVID-19 - zapobieganie i leczenie.*

(akta kontroli: tom II str. 321-459)

W okresie objętym kontrolą w CM przeprowadzono szkolenia wewnętrzne dotyczące stosowania środków ochrony osobistej, których tematem było:

- omówienie procedur przyjęcia pacjenta na izbę przyjęć Klinicznego Oddziału Chorób Zakaźnych, w tym instrukcja zakładania i zdejmowania odzieży ochronnej. Stosowanie środków do dezynfekcji powierzchni, segregacja wszystkich odpadów jako odpady zakaźne. Procedura mycia i dezynfekcji rąk;
- przedstawienie raportu z zakażeń szpitalnych i alert patogenów za 2019 r. Analiza zużycia preparatów dezynfekcji rąk. Przypomnienie zasad dezynfekcji rąk oraz programu „Higiena rąk to bezpieczna opieka”. Segregacja odpadów – przypomnienie zasad segregacji. Stosowanie środków ochrony indywidualnej ze szczególnym uwzględnieniem maseczek ochronnych. Postępowanie w przypadku ekspozycji zawodowej. Izolacja pacjentów z uwzględnieniem zasad pobierania badań przesiewowych u pacjentów z grupy ryzyka;
- przedstawienie procedury segregacji odpadów z uwzględnieniem segregacji odpadów przy hospitalizacji pacjentów z COVID-19. Omówienie procedury zakładania i zdejmowania środków ochrony indywidualnej – określenie stref przy hospitalizacji pacjentów z COVID-19. Mycie i dezynfekcja rąk – przypomnienie zasad. Aktualizacja wykazu środków dezynfekujących na 2020 r.;
- stosowanie środków ochrony indywidualnej. Wstępne zasady reorganizacji oddziałów szpitalnych;
- omówienie podstawowych procedur w związku z przyjęciem pacjenta z COVID-19. Praktyczna realizacja procedury zakładania i ubierania środków ochrony osobistej;
- dezynfekcja rąk. Wykaz środków dezynfekcyjnych. Obowiązująca dokumentacja. Środki ochrony indywidualnej w związku z pandemią COVID-19, działania profilaktyczne minimalizujące rozprzestrzenianie się wirusa. Rejestracja zakażeń szpitalnych i alert patogenów. Segregacja odpadów;
- COVID-19 - zasady izolacji pacjentów. Stosowanie środków ochrony indywidualnej, w tym sposób ubierania i rozbierania. Wydzielenie stref w ZOL i omówienie ich znaczenia. Segregacja odpadów. Zasady postępowania

⁵⁹ W strefie żółtej zdejmowano między innymi środki ochrony osobistej.

⁶⁰ W strefie czerwonej przebywali pacjenci z rozpoznaniem COVID-19.

w przypadku kontaktu z osobą podejrzaną lub zakażoną COVID-19. Mycie i dezynfekcja rąk. Omówienie ogniska epidemicznego.

(akta kontroli: tom II str. 270-271)

Prezes CM wyjaśnił, że:

- *określanie w procedurach ilości środków ochrony indywidualnej jest bezcelowe, z uwagi na to, że personel medyczny ma nieograniczony dostęp do środków ochrony osobistej wykorzystywanych na potrzeby udzielania świadczeń dla pacjentów zarażonych COVID-19 oraz na potrzeby zapewnienia odpowiedniej ochrony przed zarażeniem w przypadku udzielania świadczeń dla pacjentów niezarażonych COVID-19. Przy zakupie środków ochrony osobistej stosuje się rekomendacje WHO i Głównego Inspektora Sanitarnego;*
- *procedury dostępne są w wewnętrznej sieci szpitalnej. Informowanie o zmianie procedury lub wprowadzenie nowej odbywa się również za pośrednictwem wewnętrznej infostrony. Informacje te przekazywane są również drogą mailową do poszczególnych komórek organizacyjnych. Za bieżący nadzór nad realizacją procedur odpowiadają pielęgniarki oddziałowe.*

(akta kontroli: tom II str. 173-175)

W okresie od dnia 2 marca 2020 r. CM nie posiadało aktualnych procedur określających sposób postępowania personelu Szpitala z pacjentami, a także miejsca przekazywania pacjentów w przypadku braku miejsc na oddziale chorób zakaźnych. Kwestie te, bez uwzględnienia sytuacji szczególnych dotyczącej wskazanych chorób w CM regulowały:

- 1) *Procedura Postępowanie w sytuacjach szczególnych na terenie CM dnia 28 marca 2017 r.;*
- 2) *Procedura - Postępowanie z pacjentem w przypadku odmowy przyjęcia z dnia 8 kwietnia 2011 r.*
- 3) *Procedura - Przenoszenie pacjenta do innego szpitala z dnia 14 stycznia 2014 r.*

Wskazane procedury nie zostały dostosowane do sytuacji, w której dynamicznie zwiększała się ilość zachorowań na COVID-19.

Odnośząc się to tej kwestii Prezes CM wyjaśnił, że *procedury są procedurami ogólnymi, opracowanymi na podstawie standardów akredytacyjnych. Procedury te wyznaczają ramy postępowania w przypadkach, których dotyczą. (...). W naszej ocenie zapisy procedur w czasie pandemii są nadal aktualne i nie ma potrzeby ich zmiany. W sytuacji zagrożenia epidemiologicznego spowodowanego wystąpieniem wielu zachorowań na COVID-19 w szpitalu opracowano odrębne procedury dostosowane do specyfiki choroby, które zostały przedłożone kontrolującym.*

(akta kontroli: tom III str. 677)

2.2. Według stanu na dni: 31 marca 2020; 30 kwietnia 2020; 31 maja 2020; 30 czerwca 2020r. 31 lipca 2020r.; 31 sierpnia 2020r.; 30 września 2020r.; 31 października 2020r.; 30 listopada 2020r.; 31 grudnia 2020r. w szpitalu był:

- 1) jeden lekarz specjalista w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii na etacie i od 15 do 17 lekarzy na kontraktach. Jeden lekarz zatrudniony był wyłącznie w CM, natomiast faktycznie dyżurowało od 16 do 18 lekarzy;
- 2) jeden do dwóch lekarzy specjalistów chorób zakaźnych – w Klinicznym Oddziale Chorób Zakaźnych z Pododdziałem Hepatologii, na etacie i pięciu na kontraktach. Pięciu lekarzy zatrudnionych było wyłącznie w CM - faktycznie dyżurowało ośmiu lekarzy.

Ponadto:

- 3) od 12 do 15 łóżek intensywnej terapii i intensywnej opieki medycznej: Łóżka te zlokalizowane były w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii (w dalszej treści *OAIT*);
- 4) 295 miejsc do tlenoterapii;
- 5) Od 12 do 28 respiratorów znajdujących się w szpitalu, w tym jeden transportowy.

Ilość respiratorów, którymi dysponowało CM była zgodna z ilością określoną w decyzjach Wojewody Podkarpackiego.

(akta kontroli: tom II str. 7, 21-22, 300, 302 - 303)

Po przekształceniu CM w zakaźny szpital jednoimienny, kierownictwo placówki podejmowało działania zmierzające do zabezpieczenia odpowiedniej ilości specjalistycznej aparatury medycznej, w tym respiratorów. Polegało to przede wszystkim na wypożyczeniu go z innych ośrodków medycznych województwa podkarpackiego⁶¹. Ponadto CM otrzymało darowiznę⁶², której przedmiotem były 4 respiratory VITAE 40 SN o wartości 65 000,00 zł netto każdy.

Na podstawie umowy czasowego udostępnienia medycznych rezerw strategicznych⁶³ zawartej z ARM, do CM przekazanych zostało 5 sztuk kardiomonitorów oraz 5 zestawów respiratorów.

(akta kontroli: tom II str. 106-133)

Zgodnie z art. 90 ust. 6-9 ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o *wyrobach medycznych*⁶⁴ świadczeniodawca jest zobowiązany mieć dokumentację:

- wykonanych instalacji, napraw, konserwacji, działań serwisowych, aktualizacji oprogramowania, przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń i kontroli bezpieczeństwa wyrobu, który wykorzystuje do udzielania świadczeń zdrowotnych, zawierającą daty wykonania tych czynności, nazwisko lub nazwę (firmę) podmiotu, który wykonał te czynności, ich opis, wyniki i uwagi dotyczące wyrobu,
- określającą terminy następnych konserwacji, działań serwisowych, przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń i kontroli bezpieczeństwa wyrobu stosowanego do udzielania świadczeń zdrowotnych, wynikające z instrukcji używania lub zaleceń podmiotów, które wykonały czynności, o których mowa w ust. 6.

W wyniku oględzin 27 paszportów technicznych respiratorów⁶⁵ ustalono, że:

- 1) wszystkie karty techniczne posiadały braki formalne dotyczące pominięcia informacji takich jak:
 - na stronie tytułowej dokumentów nie określono nazwy placówki;
 - w części B dokumentów pominięto:
 - pkt 1 rok produkcji, nr księgi inwentarzowej, daty zakupu, informacji w dyspozycji jakiego działu znajduje się aparat;
 - pkt. 2 Wielkości charakterystyczne ,
 - pkt. 3 Spis dokumentacji technicznej;
 - pkt. 4 Uwagi;
 - pkt. 5 Wyposażenie i części zamienne dostarczone wraz z aparatem.

⁶¹ Np. Wojewódzki Szpital im. Św. Ojca Pio w Przemyślu, Centrum Opieki Medycznej w Jarosławiu, Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Lesku.

⁶² Umowa darowizny zawarta w dniu 3 kwietnia 2020 r. pomiędzy CM a Fundacją PGNiG

⁶³ Umowa nr 82/2020 z dnia 6 kwietnia 2020 r.

⁶⁴ Dz. U. z 2020 r. poz. 186, ze zm.

⁶⁵ 5 respiratorów Hamilton – C6; 9 respiratorów Hamilton – C5; 1 respirator Hamilton C1; 1 respirator Hamilton C3; 4 respiratory VITAE 40; 7 respiratorów Monnal T75

- 2) w przypadku 7 respiratorów przegląd techniczny powinien być wykonany w marcu 2021 r.

(akta kontroli: tom II str. 546-549)

Ustalono, że do dnia zakończenia kontroli nie zostały wykonane przeglądy techniczne przewidziane na marzec 2021 r. CM zwróciło się w dniu 26 marca 2021 r.⁶⁶ do firmy serwisującej sprzęt z prośbą o przesunięcie terminu przeglądu respiratorów. W uzasadnieniu podano, że *wszystkie respiratory są zajęte przez chorych i nie ma możliwości wykonania przeglądu.*

W dniu 13 kwietnia 2021 r.⁶⁷ CM zwróciło się o wykonanie przeglądu informując firmę serwisującą, że sprzęt jest obecnie zajęty przez *pacjentów chorych na COVID-19 i znajdują się w strefie czerwonej na oddziale wewnętrznym (...) proszę podać termin przyjazdu, a my przygotujemy odpowiedni ubiór dla serwisantów zgodnie z potrzebą oraz wymogami i naszymi możliwościami umożliwimy wykonanie prac.*

(akta kontroli: tom II str. 632-634)

Liczba łóżek zakaźnych oraz liczba wolnych łóżek zakaźnych według stanu na dni: 31 marca 2020 r.; 30 kwietnia 2020 r.; 31 maja 2020 r.; 30 czerwca 2020 r. 31 lipca 2020 r.; 31 sierpnia 2020 r.; 30 września 2020 r.; 31 października 2020 r.; 30 listopada 2020 r.; 31 grudnia 2020 r. wynosiła od 135 do 297 łóżek zakaźnych, z których od 29 do 281 było wolnych w powyższych dniach.⁶⁸

CM nie posiadało we wskazanym okresie łóżek z pełną izolacją oddechową (izolatki/boksy Maltzera).

(akta kontroli: tom II str. 300)

2.3. CM dysponowało⁶⁹ według stanu na dni:

- 2 marca 2020 r. – 350 maskami chirurgicznymi, 1193 maskami FFP3, 77100 rękawicami ochronnymi, 6970 kombinezonami jednorazowymi, 122 przyłbicami/goglami, oraz 116 ochronami na buty;
- 30 kwietnia 2020 r. – 59 700 maskami chirurgicznymi, 13785 maskami FFP3, 20200 rękawicami ochronnymi, 166 kombinezonami jednorazowymi, oraz 3400 ochronami na buty;
- 31 maja 2020 r. – 53000 maskami chirurgicznymi, 11547 maskami FFP3, 6100 rękawicami ochronnymi, 25950 kombinezonami jednorazowymi, 30 przyłbicami/goglami, oraz 36 600 ochronami na buty;
- 30 czerwca 2020 r. – 8050 maskami chirurgicznymi, 1370 maskami FFP3, 11860 półmaskami P2; 45900 rękawicami ochronnymi, 7455 kombinezonami jednorazowymi, oraz 4200 ochronami na buty;
- 31 lipca 2020 r. – 8000 maskami chirurgicznymi, 10400 maskami FFP3, 1020 półmaskami P2; 33 700 rękawicami ochronnymi, 240 kombinezonami jednorazowymi;
- 31 sierpnia 2020 r. – 23660 maskami chirurgicznymi, 12250 maskami FFP3, 4260 półmaskami P2; 41900 sztuk rękawic ochronnych, 3160 kombinezonami jednorazowymi, 40 goglami, 865 przyłbicami oraz 1500 ochronami na buty;
- 30 września 2020 r. – 50 000 maskami chirurgicznymi, 25895 maskami FFP3, 7000 półmaskami P2; 15 600 sztuk rękawic ochronnych, 25 082 kombinezonami jednorazowymi, 50 goglami, 325 przyłbicami oraz 7800 ochronami na buty;

⁶⁶ Dotyczy respiratorów Hamilton G5 iC1

⁶⁷ Dotyczy respiratorów VITAE 40

⁶⁸ Odpowiednio: 297 i 258 łóżka; 297 i 223 łóżka; 297 i 281 łóżka; 135 i 44 łóżka; 135 i 35 łóżka; 135 i 29 łóżka; 135 i 29 łóżka; 225 i 100 łóżek; 225 i 92 łóżka; 225 i 135 łóżek

⁶⁹ W sztukach.

- 31 października 2020 r. – 125 000 maskami chirurgicznymi, 25895 maskami FFP3, 7 000 półmaskami P2; 15600 rękawicami ochronnymi, 25082 kombinezonami jednorazowymi, 330 goglami, 900 przyłbicami oraz 8200 ochronami na buty;
- 30 listopada 2020 r. – 79050 maskami chirurgicznymi, 42200 maskami FFP3, 2100 półmaskami P2; 100 masek pełnotwarzowych 44 600 rękawicami ochronnymi, 20262 kombinezonami jednorazowymi, 114 goglami oraz 13400 ochronami na buty;
- 31 grudnia 2020 r. – 51300 maskami chirurgicznymi, 20000 maskami FFP3, 6400 półmaskami P2; 50 100 rękawicami ochronnymi, 3150 kombinezonami jednorazowymi oraz 2500 ochronami na buty.

(akta kontroli: tom II str. 61)

Prezes CM wyjaśnił, że *analizy potrzeb w zakresie środków ochrony indywidualnej dla pracowników odbywały się na podstawie ustnych uzgodnień. Rekomendacje, co do ilości i asortymentu planowanych zakupów ustala Inspektor BHP i Kierownik Apteki na podstawie tygodniowego lub miesięcznego zużycia środków ochrony indywidualnej. Zakupy są dokonywane na bieżąco, w razie potrzeby, tak, aby zapewnić, co najmniej 3 miesięczny zapas.*

Od chwili ogłoszenia stanu epidemii, w szpitalu nigdy nie było problemu z dostępnością środków ochrony osobistej dla personelu. Dostęp i dystrybucja środków ochrony osobistej na potrzeby pracowników szpitala nie była też ograniczana i limitowana.

(akta kontroli: tom II str. 625-629)

Środki ochrony indywidualnej przekazywane były do CM z Wojewódzkiego Magazynu Sprzętu Obrony Cywilnej oraz Agencji Rezerw Materiałowych oraz w drodze darowizn od różnych firm i instytucji⁷⁰, a nawet osób prywatnych.

(akta kontroli tom II str. 554-558, 637)

CM dokonywało również zakupów środków ochrony osobistej z własnych funduszy, łącznie na kwotę 7 801 966 zł.

(akta kontroli str.642-676)

Prezes CM wyjaśnił, że *nie przeprowadzono analiz potrzeb w zakresie średniego dziennego zużycia środków ochrony indywidualnej, ponieważ ze względu na zmienną ilość hospitalizowanych pacjentów byłoby to bezcelowe.*

(akta kontroli str.640-641)

CM nie składało do Ministra Zdrowia lub Wojewody Podkarpackiego wniosków o środki ochrony osobistej ani o środki finansowe w związku z działalnością w okresie epidemii COVID-19.

(akta kontroli: tom II str. 523)

W zakresie stosowania środków ochrony osobistej w CM od dnia 4 marca 2020 r. do dnia sporządzenia wystąpienia pokontrolnego Pielęgniarka Epidemiologiczna przeprowadziła 23 szkolenia wewnętrzne dotyczące stosowania środków ochrony osobistej.

(akta kontroli: tom II str. 270)

2.4. Kliniczny Oddział Chorób Zakaźnych z Pododdziałem Hepatologicznym – mieścił się w oddzielnym, parterowym pawilonie. Oddział liczył 32 łóżka, w 9 salach dwuosobowych, 2 łóżka w salach trzyosobowych, 2 łóżka w salach z możliwością przebywania matki z dzieckiem, 3 izolatki oraz pokój intensywnego nadzoru medycznego przedzielony punktem obserwacji pielęgniarskiej. Sale dla pacjentów mają własne węzły sanitarne i służę umywalkowo-fartuchową. Oddział został

⁷⁰ Np. Fundacja Się Pomaga, Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego

wyposażony w system instalacji wentylacji mechanicznej, o układzie ciśnień uniemożliwiającym rozprzestrzenianie się chorób drogą powietrzną.

Oddział spełniał wymagania określone w § 21 i 22, oraz w załączniku nr 1 pkt VI do tego rozporządzenia *w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia*, tj.:

- do Oddziału prowadziło osobne i odizolowane wejście,
- w Oddziale znajdowało się 3 izolatki ze śluzami (śluzy bez podciśnienia) stanowiące miejsce przebywania osób z podejrzeniem ciężkich chorób zakaźnych,
- w izolatkach znajdowały się śluzы umywalkowo-fartuchowe,
- szatnia dla personelu znajdowała się poza Oddziałem.

(akta kontroli: tom I str. 355)

W strukturze CM nie było Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, a Izba Przyjęć spełniała wymogi określone w rozporządzenia *w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia*.

(akta kontroli: tom II str. 276)

Za przygotowywanie posiłków i dostarczanie ich do oddziałów szpitalnych odpowiedzialna była firma zewnętrzna, która dostarczała je w jednorazowych opakowaniach do strefy czystej, z której były odebrane przez personel oddziału celem wydania pacjentom. Personel sprząający wykonujący zadania na oddziale z pacjentami leczonymi z powodu COVID-19 nie wykonywał obowiązków w innych miejscach CM.

(akta kontroli: tom II str. 599)

2.5. CM zawarło umowy z trzema laboratoriami COVID-19 na wykonywanie testów metodą PCR. Od czerwca 2020 r. NFZ rozliczał badania bezpośrednio z laboratorium COVID, wobec tego placówka od tego miesiąca nie płaci za wykonywanie testów.

Testy PCR wykonywano za pośrednictwem Stacji Sanitarnej w laboratoriach COVID oraz w laboratoriach, z którymi placówka miała zawarte umowy na wykonywanie testów PCR. W dacie sporządzania wystąpienia pokontrolnego CM zaopatrywało się w testy antygenowe po cenie 42 zł za sztukę, oferując wykonanie takiego testu za 90 zł.

Z danych otrzymanych od CM wynika, że w okresie od dnia 18 maja 2020 r. do dnia 6 maja 2021 r. w placówce wykonano 8782 testów w kierunku SARS-CoV-2 przy czym 1445 testów dało wynik pozytywny. Komercyjnie we wskazanym okresie wykonano 733 testy.

Prezes CM wyjaśnił, że *wymienione liczby nie oddają liczby rzeczywiście wykonanych testów w kierunku SARS-CoV-2. Krajowy Rejestr Pacjentów COVID-19 funkcjonuje od maja 2020 r. W rejestrze dopiero od tego roku uwzględnia się testy antygenowe, które były wykonywane już wcześniej.*

(akta kontroli: tom II str.524-543, 640-641)

CM nie dysponowało danymi dotyczącymi ilości badań diagnostycznych w kierunku wykrycia koronawirusa SARS-CoV-2 pracownikom Szpitala, łącznie z firmami zewnętrznymi wykonującymi usługi sprząania, ochrony i żywienia.

(akta kontroli: tom II str. 625-629)

Prezes CM wyjaśnił, że *nie było trudności z wykonywaniem testów dla pracowników, poza tym, że w szczycie zachorowań zdarzały się opóźnienia w uzyskaniu wyników badań.*

(akta kontroli: tom II str.640-641)

2.6. W roku 2020 w miesiącach: marzec, kwiecień maj, czerwiec, lipiec, sierpień, wrzesień październik, listopad, grudzień z rozpoznaniem choroby zakaźnej COVID-19 wypisano odpowiednio 22, 178, 123, 89, 168, 185, 200, 365, 323, 285, 186 pacjentów.

Prezes CM wyjaśnił, że zdarzały się odmowy przyjęcia pacjentów do szpitala, zwykle powodem odmowy był brak miejsca.

(akta kontroli: tom II str.638-639)

Zachorowania wśród personelu CM na COVID-19 w roku 2020 przedstawiało się następująco:

- wrzesień 2020 r.:
 - 3 pielęgniarki/położne;
- październik 2020 r.:
 - 32 pielęgniarki/położne;
 - 8 lekarzy;
 - 2 osoby sprząające;
 - 4 opiekunki medyczne;
 - 4 pracowników Oddziału Pomocy Doraźnej;
 - 2 rehabilitantów;
 - 4 pracowników Działu Diagnostyki Laboratoryjnej;
 - 2 pracowników apteki;
 - 4 pracowników centralnej sterylizatorni;
 - 2 pracowników gospodarczych;
 - 1 higienistka szkolna;
 - 11 pracowników administracji;
- listopad 2020 r.:
 - 21 pielęgniarki/położne;
 - 4 lekarzy;
 - 6 osób sprząających;
 - 5 opiekunek medycznych;
 - 3 pracowników Oddziału Pomocy Doraźnej;
 - 4 rehabilitantów;
 - 1 pracownik gospodarczy;
 - 1 higienistka szkolna;
 - 1 pracownik administracji;
- grudzień 2020 r.:
 - 3 pielęgniarki/położne;
 - 2 lekarzy;
 - 1 opiekunka medyczna;
- styczeń 2021 r.:
 - 1 pielęgniarka/położna;
- luty 2021 r.
 - 1 pielęgniarka/położna;
 - 1 opiekunka medyczna.

Problemy kadrowe CM wynikające między innymi z choroby personelu opisano w pkt. 2.9 wystąpienia pokontrolnego.

(akta kontroli: tom II str. 58-60)

W związku z zachorowaniami personelu CM zawiadamiano Powiatową Stację Sanitarno - Epidemiologiczną w Łańcucie.

(akta kontroli: tom II str. 638-639)

2.7. W celu ochrony pracowników i innych osób wykonujących obowiązki zawodowe w CM przed narażeniem na zakażenie wirusem SARS-CoV-2 wdrożono działania zapobiegawcze polegające między innymi na opracowaniu przez Inspektora BHP oraz Pielęgniarkę Epidemiologiczną rekomendacji⁷¹ dotyczących stosowania środków ochrony indywidualnej do stosowania w kontekście COVID-19, w zależności od miejsca zastosowania, grupy docelowej (personelu, pacjentów) oraz rodzaju wykonywanych działań.

Ponadto Prezes CM wydał zarządzenia⁷² w sprawie wprowadzenia niezbędnych środków profilaktycznych zmniejszających rozprzestrzenianie się wirusa SARS-CoV-2 oraz w sprawie wprowadzenia niezbędnych środków profilaktycznych zmniejszających rozprzestrzenianie się wirusa SARS-CoV-2.

(akta kontroli: tom II str. 215-221,267-269)

W ocenie Prezesa CM współpraca z Powiatową Stacją Sanitarno – Epidemiologiczną oraz laboratoriami była prawidłowa.

(akta kontroli: tom II str.638-639)

2.8. Według stanu na dni: 31 marca 2020 r.; 30 kwietnia 2020 r.; 31 maja 2020 r.; 30 czerwca 2020 r. 31 lipca 2020 r.; 31 sierpnia 2020 r.; 30 września 2020 r.; 31 października 2020 r.; 30 listopada 2020 r.; 31 grudnia 2020 r.

- 1) hospitalizowanych w CM w związku z COVID-19 było odpowiednio 39, 74; 16; 91; 100; 106; 106; 125; 133 i 90 osób;
- 2) zajętych było odpowiednio 3; 2; 1; 4; 4; 4; 7; 9; 8 i 11 respiratorów.

(akta kontroli: tom II str. 58-62)

2.9. Zgodnie z poleceniem Wojewody Podkarpackiego z dnia 15 marca 2020 r. CM przekształcone zostało w jednoimienny szpital zakaźny przeznaczony do przyjęcia i hospitalizacji osób w związku z COVID – 19.

Od dnia 15 października 2020 r. CM pełniło w województwie podkarpackim funkcję szpitala koordynującego.

(akta kontroli: tom II str. 6, 54-56)

CM zostało przekształcone w szpital jednoimienny, a następnie koordynujący zgodnie z zasadami określonymi w decyzjach Wojewody Podkarpackiego, to jest:

- 1) decyzja z dnia 15 marca 2020 r. - cały szpital (287 łóżek) oraz Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy (27 łóżek) przeznaczony został do leczenia pacjentów z COVID-19;
- 2) decyzja z dnia 01 czerwca 2020 r. – wskazane Oddziały szpitalne do leczenia pacjentów z COVID-19 (łącznie liczba łóżek 69);
 - Kliniczny Oddział Chorób Zakaźnych – 22 łóżka;
 - Oddział Medycyny Paliatywnej – 20 łóżek;
 - Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy – 27 łóżek;
- 3) decyzja z dnia 19 czerwca 2020 r.– wskazane Oddziały szpitalne do leczenia pacjentów z COVID-19 (łącznie liczba łóżek 103);
 - Kliniczny Oddział Chorób Zakaźnych – 22 łóżka;
 - Oddział Medycyny Paliatywnej – 20 łóżek;
 - Zakład Pielęgnacyjno - Opiekuńczy – 27 łóżek;
 - Oddział Rehabilitacyjny – 17 łóżek;
 - Oddział Rehabilitacji Neurologicznej – 17 łóżek;
- 4) decyzja z dnia 26 czerwca 2020 r. – wskazane Oddziały szpitalne do leczenia pacjentów z COVID-19 (łącznie liczba łóżek 135);

⁷¹ Opracowane na podstawie wytycznych WHO z 27 lutego 2020 r. Racjonalne stosowanie środków ochrony indywidualnej w związku z chorobą koronawirusową 2019 COVID -19.

⁷² Zarządzenie nr 41/2020 z dnia 11 września 2020r oraz zarządzenie Nr 43/2020 z dnia 7 października 2020 r.

- Kliniczny Oddział Chorób Zakaźnych – 22 łóżka;
 - Oddział Medycyny Paliatywnej – 20 łózek;
 - Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy – 27 łózek;
 - Oddział Rehabilitacyjny – 17 łózek;
 - Oddział Rehabilitacji Neurologicznej – 17 łózek;
 - Oddział Neurologiczny z Udarowym – 32 łózek;
- 5)** decyzja z dnia 3 września 2020 r. – wskazana liczba łózek 135 – CM
przeznaczyło następujące oddziały:
- Kliniczny Oddział Chorób Zakaźnych – 22 łóżka;
 - Oddział Medycyny Paliatywnej – 20 łózek;
 - Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy – 27 łózek;
 - Oddział Rehabilitacyjny – 17 łózek;
 - Oddział Rehabilitacji Neurologicznej – 17 łózek;
 - Oddział Neurologiczny z Udarowym – 32 łózek;
- 6)** decyzja z dnia 1 października 2020 r. – wskazana liczba łózek 163 - CM
przeznaczyło następujące oddziały:
- Oddział Geriatrii – 5 łózek;
 - Kliniczny Oddział Chorób Zakaźnych – 30 łózek;
 - Oddział Medycyny Paliatywnej – 27 łózek;
 - Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy – 24 łózek;
 - Oddział Rehabilitacyjny – 17 łózek;
 - Oddział Rehabilitacji Neurologicznej – 18 łózek;
 - Oddział Neurologiczny z Udarowym– 27 łózek;
 - OAiT – 15 łózek;
- 7)** decyzja z dnia 07 października 2020 r. – wskazana liczba łózek 203 - CM
przeznaczyło następujące oddziały:
- Oddział Chorób Wewnętrznych – 29 łózek;
 - Oddział Geriatrii – 16 łózek;
 - Kliniczny Oddział Chorób Zakaźnych – 30 łózek;
 - Oddział Medycyny Paliatywnej – 27 łózek;
 - Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy – 24 łózek;
 - Oddział Rehabilitacyjny – 17 łózek;
 - Oddział Rehabilitacji Neurologicznej – 18 łózek;
 - Oddział Neurologiczny z Udarowym– 27 łózek;
 - OAiT – 15 łózek;
- 8)** decyzja z dnia 09 października 2020 r. – wskazana łączna liczba łózek 225 -
CM przeznaczyło następujące oddziały:
- Oddział Chorób Wewnętrznych – 39 łózek;
 - Oddział Geriatrii – 16 łózek;
 - Oddział Kardiologii – 12 łózek;
 - Kliniczny Oddział Chorób Zakaźnych – 30 łózek;
 - Oddział Medycyny Paliatywnej – 27 łózek;
 - Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy – 24 łózek;
 - Oddział Rehabilitacyjny – 17 łózek;
 - Oddział Rehabilitacji Neurologicznej – 18 łózek;
 - Oddział Neurologiczny z Udarowym– 27 łózek;
 - OAiT – 15 łózek;
- 9)** decyzja z dnia 15 października 2020 r. – wskazana liczba łózek 225 - CM
przeznaczyło następujące oddziały:
- Oddział Chorób Wewnętrznych – 39 łózek;
 - Oddział Geriatrii – 16 łózek;
 - Oddział Kardiologii – 12 łózek;
 - Kliniczny Oddział Chorób Zakaźnych – 30 łózek;

- Oddział Medycyny Paliatywnej – 27 łóżek;
- Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy – 24 łóżek;
- Oddział Rehabilitacyjny – 17 łóżek;
- Oddział Rehabilitacji Neurologicznej – 18 łóżek;
- Oddział Neurologiczny z Udarowym – 27 łóżek;
- OAiIT – 15 łóżek

10) decyzja z dnia 01 marca 2021 r. – wskazana liczba łóżek 225 - CM Łańcut przeznaczył następujące oddziały:

- Oddział Chorób Wewnętrznych – 39 łóżek;
- Oddział Geriatrii – 16 łóżek;
- Oddział Kardiologii – 12 łóżek;
- Kliniczny Oddział Chorób Zakaźnych – 30 łóżek;
- Oddział Medycyny Paliatywnej – 27 łóżek;
- Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy – 24 łóżek;
- Oddział Rehabilitacyjny – 17 łóżek;
- Oddział Rehabilitacji Neurologicznej – 18 łóżek;
- Oddział Neurologiczny z Udarowym – 27 łóżek;
- OAiIT – 15 łóżek.

Od dnia 22 marca 2021 r. do chwili dokonania ustaleń⁷³ CM dla pacjentów z COVID-19 CM przeznaczyło:

- 38 łóżek na Oddziale Chorób Wewnętrznych;
- 16 łóżek na Oddziale Geriatrii;
- 31 łóżek na Klinicznym Oddziale Chorób Zakaźnych;
- 27 łóżek na Oddziale Medycyny Paliatywnej;
- 24 łóżka w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym;
- 16 łóżek na Oddziale Rehabilitacyjnym;
- 17 łóżek na Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej;
- 28 łóżek na Oddziale Neurologicznym z Udarowym;
- 16 łóżek na OAiIT;
- 12 łóżek na Oddziale Pediatrii.

W marcu 2020 r. po przekształceniu CM w szpital jednoimienny zakaźny:

- wprowadzono obowiązujący do dnia zakończenia kontroli zakaz odwiedzin pacjentów;
- odwołano planowe zabiegi.

CM nie dysponowało danymi dotyczącymi:

- ilości odwołanych zabiegów oraz tego czy spadła liczba prowadzonych badań diagnostycznych i jakich zakresów dotyczyły największe spadki;
- w jaki sposób pacjentom niezakażonym wirusem SARS-CoV-2 zapewniono, po przekształceniu CM w szpital jednoimienny opiekę, zabiegi i badania w innych placówkach;
- ile wykonano badań diagnostycznych w kierunku wykrycia koronawirusa SARS-CoV-2 pracownikom Szpitala, łącznie z firmami zewnętrznymi wykonującymi usługi sprzątnięcia, ochrony i żywienia.

(akta kontroli: tom II str. 625-629)

W okresie od dnia 2 marca 2020 r. do dnia zakończenia kontroli w CM nie zatrudniano personelu kierowanego do pracy przez Wojewodę Podkarpackiego.

Prezes CM wyjaśnił, że *Zarząd pismem z dnia 17 kwietnia 2020 r. zwracał się do Wojewody o skierowanie do placówki pielęgniarstwa anestezyjologicznego, ale skierowania nie doszły do skutku. Otrzymaliśmy drogą ustną informację zwrotną, że Wojewoda odstąpiła od wydawania skierowań personelu medycznego do pracy przy zwalczaniu epidemii posiadając wiedzę, iż w innych województwach wydanie*

⁷³ 15 kwietnia 2021 r.

takiego nakazu przez wojewodów skutkowało zwolnieniami chorobowymi personelu kierowanego do pracy.

Problem z zapewnieniem odpowiedniej liczby personelu pielęgniarskiego Prezes CM zgłaszał ponownie do Wydziału Polityki Społecznej Podkarpackiego Urzędu Wojewódzkiego w sierpniu 2020 r.⁷⁴ podnosząc, iż *praca pielęgniarek przy pacjentach z COVID-19 wymusza zmianę w ich organizacji pracy – obsada dyżurowa musi być podwójna. Ze względu na konieczność stosowania środków ochrony osobistej (kombinezony, maski, gogle) opieka nad chorymi pacjentami nie może być dłuższa niż 4 godziny, po tym czasie konieczna jest wymiana personelu. Na chwilę obecną 22 pielęgniarki i 2 położne przebywają na zwolnieniach lekarskich.*

(akta kontroli: tom II str.34, 552-553)

W związku z realizacją *Strategii walki z pandemią COVID-19 Jesień 2020*, Kierownictwo Szpitala, w dniu 3 września 2020 r., wnioskowało do Wojewody Podkarpackiego o pilne wyznaczenie 28 łóżek jako dedykowanych dla pacjentów z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 lub zwolnienie placówki z przyjmowania pacjentów z podejrzeniem koronawirusa oraz o zgodę na przyjmowanie pacjentów w pozostałej działalności szpitalnej tylko w systemie planowym, co wynikało z ogromnych problemów kadrowych.

W dniu 30 września 2020 r. Kierownictwo Szpitala poinformowało Wojewodę Podkarpackiego o dalszych problemach kadrowych oraz o możliwości pracy w zakresie pozostałej działalności szpitalnej tylko w systemie planowym. Wystąpiono do Wojewody z prośbą o organizację zabezpieczenia opieki medycznej (w tym zespołów ratownictwa medycznego) aby świadczenia zdrowotne wymagające hospitalizacji w trybie nagłym były kierowane do innych szpitali. Ponadto poinformowano Wojewodę, że od 15 września 2020 r. Szpital przyjmował również pacjentów z podejrzeniem zakażenia i w sytuacji gdy wynik wychodził ujemny a choroby współistniejące wymagały leczenia w oddziale profilowanym (np. kardiologii) pacjenci byli do niego przekazywani gdyż żaden inny szpital nie chciał przyjąć pacjenta, który przebywał w Szpitalu.

Decyzją Wojewody z dnia 15 października 2020 r. powierzono CM funkcję szpitala koordynującego, na podstawie art.11h ust. 1 i 2 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. *o szczególnych rozwiązaniach, związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych*. W decyzji powołano się na ogłoszoną przez Ministra Zdrowia *Strategię walki z pandemią COVID-19*.

Decyzja Wojewody nałożyła na CM sprawowanie funkcji koordynacyjnej w okresie od 15 października 2020 r. do odwołania stanu epidemii na terytorium RP, poprzez koordynację przyjmowania, zabezpieczenia i przekazywania pacjentów pomiędzy podmiotami leczniczymi z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 na terenie województwa podkarpackiego. Decyzja nałożyła na CM obowiązek koordynacji działań na podstawie zagregowanych informacji przekazywanych przez przedstawicieli Podkarpackiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Rzeszowie oraz Podkarpackiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego i Wojewódzkiego Koordynatora Ratownictwa Medycznego.

CM nie odwoływało się od decyzji Wojewody-

CM funkcję szpitala koordynacyjnego pełniło przy współpracy: przedstawicieli Podkarpackiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Rzeszowie oraz Podkarpackiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego i Wojewódzkiego Koordynatora Ratownictwa Medycznego. Początkowo

⁷⁴ Pismo z dnia 11 sierpnia 2020 r. nr CM/ST/030/28/20

spotkania tego zespołu z Prezesem CM odbywały się codziennie w formie videokonferencji, a od dnia 8 grudnia 2020 r. regularnie trzy razy w tygodniu⁷⁵.

W przypadku wystąpienia konieczności wystąpienia zdarzeń nagłych, związanych z zapobieganiem rozprzestrzeniania się COVID-19 oraz zapewnieniem koordynacji działań w tym zakresie, dopuszczano możliwość zorganizowania spotkania Zespołu w trybie pilnym.

W celu sprawnego realizowania funkcji koordynacyjnej w CM spośród ratowników medycznych pracujących w Izbie Przyjęć oraz Transporcie Sanitarnym wyłoniono pięcioosobowy zespół oddelegowanych do realizowania zadań w punkcie koordynacji. Zespół ten utworzony w październiku 2020 r. funkcjonował do maja 2021 r. Głównym zadaniem zespołu była koordynacja ruchu chorych. Ponadto jako szpital koordynacyjny CM zapewniało bieżącą wymianę informacji według właściwości i kompetencji wymienionych wyżej podmiotów, monitorował między innymi ruch pacjentów covidowych, obłożenie łóżek szpitalnych i propozycje zmian ich ilości i miejsc respiratorowych, z przeznaczeniem na przeciwdziałanie epidemii COVID-19.

CM monitorowało również wskaźniki, dotyczące hospitalizacji, zachorowań, skutki wprowadzanych obostrzeń i ich znoszenia, przedstawiał wytyczne Ministerstwa Zdrowia, Głównego Inspektora Sanitarnego i Prezesa NFZ w sprawie zwalczania epidemii. Działania te umożliwiły CM koordynację przyjmowania, zabezpieczania i przekazywania pacjentów pomiędzy podmiotami leczniczymi z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 na terenie województwa podkarpackiego. Zespół monitorowanie ruchu pacjentów oraz bieżącą wymianę informacji realizował za pośrednictwem aplikacji udostępnionej przez Ministerstwo Zdrowia, w której raportowane były dane szpitali. CM nie zgłaszało do Wojewody trudności wynikających z pełnienia funkcji szpitala koordynacyjnego.

(akta kontroli str. 54-56, 678-695)

NIK wskazuje, że *Strategia walki z pandemią COVID-19* Ministra Zdrowia nie wskazała zadań i obowiązków dla szpitali koordynacyjnych. Jedyne zapisy w niej występowały w tej kwestii, to konieczność utworzenia w każdym województwie, na III poziomie zabezpieczenia szpitalnego, szpitala koordynacyjnego. Zgodnie ze *Strategią* przy szpitalu miał działać Wojewódzki Zespół Zarządzania Kryzysowego, dla którego określono zadania koordynacji.

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

- 1) paszporty techniczne respiratorów prowadzone były nierzetelnie, gdyż brak w nich było wszystkich wymaganych wpisów.

(akta kontroli tom II str. 546-549, 632-634,677)

OCENA CZĄSTKOWA

Działania podejmowane przez CM w związku z epidemią COVID-19 uwzględniały, wynikającą z liczby zakażonych i chorych, skalę zadań, jakie przy ich użyciu miały być wykonane, szczególnie w okresie po przekształceniu placówki w jednoimienny szpital zakaźny. CM udzielało w tym okresie świadczeń medycznych pomimo trudności z zapewnieniem odpowiedniej ilości personelu pielęgniarskiego. Pracownicy CM mieli zapewnione odpowiednie zasoby rzeczowe oraz niezbędne środki ochrony osobistej podczas pandemii COVID-19. CM prawidłowo realizowało od października 2020 r. nałożoną na nie funkcję szpitala koordynującego. Równocześnie NIK krytycznie ocenia nierzetelne prowadzenie dokumentacji technicznej respiratorów.

⁷⁵ W poniedziałki, środy, oraz piątki

IV. Wniosek

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

1. rzetelne prowadzenie dokumentacji technicznej urządzeń i aparatury medycznej używanych w CM.

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
wykorzystania
uwag i wykonania
wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 21 od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwag i 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, dnia 23 czerwca 2021 r.

Kontroler
Monika Marciniak
Główny specjalista kontroli państwowej

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Rzeszowie
Dyrektor
Wiesław Motyka

/-/

/-/

Kontroler
Marek Sikora
specjalista kontroli państwowej

/-/