

Bydgoszcz, dnia listopada 2008 r.



Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Bydgoszczy
ul. Wały Jagiellońskie 12
85-950 BYDGOSZCZ
☎ (052) 33-90-610
☎ (052) 33-90-660

LBY– 41024-1/08
P/08/099

Pani
dr n. med. Wanda Korzycka-Wilińska
Dyrektor
Szpitala Uniwersyteckiego
im. dr. Antoniego Jurasza
w Bydgoszczy

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

Na podstawie art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli¹, zwanej dalej „ustawą o NIK”, Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Bydgoszczy skontrolowała Szpital Uniwersytecki im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy, zwany w dalszej treści „Szpitalem”. Kontrolą objęto wykorzystanie specjalistycznej aparatury medycznej w realizacji usług medycznych, finansowanych ze środków publicznych w latach 2006-2008 (I półrocze).

W związku z kontrolą, której wyniki przedstawione zostały w protokóle kontroli podpisanym w dniu 22 października 2008 r., Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 60 ustawy o NIK, przekazuje Pani Dyrektor niniejsze wystąpienie pokontrolne.

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia wykorzystanie przez Szpital specjalistycznej aparatury medycznej w realizacji usług medycznych, mimo stwierdzonych nieprawidłowości.

¹ Dz. U. z 2007 r. Nr 231, poz. 1701

1. Formułując pozytywną ocenę, NIK uwzględniła prawidłową realizację zadań w zakresie:

- przestrzegania postanowień ustawy Prawo zamówień publicznych². Kontrola 5 postępowań zakończonych udzieleniem zamówienia w latach 2006 – 2008 (I półrocze) na łączną kwotę 6.099,9 tys. zł, stanowiącą 5,1 % wartości ogółu zamówień zrealizowanych w tym okresie w trybie tej ustawy, wykazała zgodność postępowań w odniesieniu do wymogów ww. ustawy.
- ujmowania w ewidencji i dokumentacji księgowej przedsięwzięć inwestycyjnych związanych z nabyciem aparatury medycznej. Szpital prawidłowo zaksięgował środki trwałe. Środki z dotacji budżetu państwa zwiększyły fundusz założycielski Szpitala.
- prowadzenia wymaganej dokumentacji specjalistycznej aparatury medycznej (zezwoleń, certyfikatów) i właściwego oznakowania tej aparatury.
- udostępniania aparatury medycznej innym podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych,
- prowadzenia wymaganej dokumentacji wymienionej w § 22 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2006 r. w sprawie szczegółowych warunków bezpiecznej pracy z urządzeniami radiologicznymi³.

2. Jednocześnie Najwyższa Izba Kontroli wskazuje na niżej wymienione nieprawidłowości.

2.1. Na 23 analizowane specjalistyczne aparaty medyczne wartość 11 z nich (47,8 %) uległa 100 % umorzeniu. Część specjalistycznej aparatury medycznej użytkowanej przez Szpital była przestarzała, wysłużona i w złym stanie technicznym. Wiek tej aparatury wynosił: 21 lat - 3 aparaty RTG EDR, 11 lat – mammograf i aparat RTG Trophy Radiology, 9 lat - rezonans magnetyczny, 5 lat - tomograf komputerowy. Wysokie obciążenie pracą i wiek aparatury (10 urządzeń, tj. 43,5 % analizowanych, użytkowano przez 24 godziny) skutkowały licznymi awariami.

Szpital nie sporządzał planów obowiązkowych przeglądów technicznych aparatury medycznej, spośród analizowanych urządzeń, Szpital zawarł tylko dwie umowy serwisowe pogwarancyjne na serwisowanie w okresie od 1 kwietnia 2005 r. do 31 marca 2008 r. tomografu komputerowego i rezonansu magnetycznego. Przeglądy dokonywane były na zlecenie Szpitala w ramach umów serwisowych (tomograf komputerowy, rezonans magnetyczny) i w ramach napraw. Z uwagi na liczne awarie termin obowiązkowych

² Ustawa z dnia 29 stycznia 2004 r. - Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2007 r. Nr 223, poz. 1655)

³ Dz. U. Nr 180, poz. 1325

przeглядów technicznych specjalistycznej aparatury medycznej został zachowany za wyjątkiem dwóch aparatów: videogastrofiberoskopu (brak przeglądu w 2006 r. i w 2007 r.), echokardiografu (brak przeglądu w 2006 r.).

Zgodnie z Regulaminem Sekcji Aparatury Medycznej (pkt VII.4. Regulaminu Organizacyjnego Szpitala) do zadań tej komórki organizacyjnej należało utrzymanie w należytych stanie technicznym wyposażenia medycznego. W badanym okresie kierownikami tej komórki byli kolejno: [...] ⁴

2.2. Szpital nie dopełnił obowiązku corocznego wykonania testów specjalistycznych, o których mowa w § 10 ust. 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 sierpnia 2005 r. w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej⁵, następujących urządzeń radiologicznych: tomograf komputerowy, aparat RTG ramię C z 2005 r., aparat RTG AXIOM ARTIS, zestaw do badań angiograficznych CAS 10 A (zdemontowany dnia 26.09.2007 r.), mammograf (ostatnie badanie wykonano dnia 23 listopada 2007 r.).

Z uwagi na brak wymogu uzyskania akredytacji do dnia 31 grudnia 2010 r. (§ 58 ust. 1 i 2 ww. rozporządzenia) istniało szereg podmiotów, które mogły wykonać badania specjalistyczne.

2.3. Szpital nie wykonywał lub w bardzo ograniczonym zakresie prowadził testy podstawowe urządzeń radiologicznych. Obowiązkowy zakres i częstotliwość wykonywania testów podstawowych wynika z załącznika nr 6 do ww. rozporządzenia.

Przyczyną niewykonywania testów podstawowych lub prowadzenia ich w ograniczonym zakresie był brak w Szpitalu wymaganej aparatury pomiarowej (np. fantomu alpha z możliwością pomiaru rozdzielczości, fantomu do kontroli systemów AEC, miernika do pomiaru natężenia światła, densytometru optycznego używanego w radiografii cyfrowej). Braki w aparaturze pomiarowej do urządzeń radiologicznych tłumaczono niewystarczającymi środkami finansowymi Szpitala.

2.4. Szpital wykonując badania diagnostyczne przy użyciu mammografu (do dnia 23 listopada 2007 r.) i trzech aparatów RTG EDR (zezwoleń Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego do dnia 30.11.2008 r.) narażał pacjentów i obsługę na nadmiar pochłoniętej dawki promieniowania X. Ponadto wątpliwa była wartość diagnostyczna zdjęć, które

⁴ Pouczenie: art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. Nr 112, poz. 1198 ze zm.)- odmowa udostępnienia ze względu na prywatność osoby fizycznej-NIK

⁵ Dz. U. Nr 194, poz. 1625

wielokrotnie były powtarzane. Użytkowanie aparatów RTG EDR, także ze względu na stare konstrukcje zagrażało bezpieczeństwu.

2.5. W latach 2006-2008 (I półrocze) nastąpił wzrost czasu oczekiwania na wykonanie badań diagnostycznych w Zakładzie Radiologii i Diagnostyki Obrazowej Szpitala rezonansem magnetycznym (przeciętnie z 67 dni w 2006 r. do 147 dni w I półroczu 2008 r.) i tomografem komputerowym (przeciętnie z 71 dni w 2006 r. do 102 dni w I półroczu 2008 r.). Wzrost czasu oczekiwania wynikał m.in. ze skrócenia czasu prowadzenia badań rezonansem magnetycznym z 14 do 10 godzin dziennie, wskutek zaprzestania zapłaty dodatków wykonującym na tym urządzeniu pracę, a także awarii sprzętu diagnostycznego.

Nie była przestrzegana zasada comiesięcznego dokonywania ocen prawidłowości prowadzenia ewidencji oczekujących przez powołany Zespół Oceny Przyjęć, który w badanym okresie w Zakładzie Radiologii i Diagnostyki Obrazowej przeprowadził tylko jedną kontrolę (w maju 2006 r.). Obowiązek oceny (co najmniej raz w miesiącu) listy oczekujących na udzielenie świadczenia przez zespół oceny przyjęć wynika z art. 21 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁶, zwaną dalej „ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r.”.

Lista oczekujących na badania tomografem komputerowym nie zawierała wymaganej przez art. 20 ust. 2 pkt 3 lit. e) ww. ustawy, informacji na temat rozpoznania lub powodu przyjęcia. W przypadku badań rezonansem magnetycznym informacje dotyczące oczekujących prowadzono w formie księgi badań.

Uchybienia te, oprócz naruszenia przepisów powszechnie obowiązujących, świadczyły o braku realizacji zarządzenia Dyrektora Szpitala nr 5/05 z dnia 28 stycznia 2005 r. w sprawie prowadzenia ewidencji i list oczekujących na badania, za wykonanie którego odpowiedzialność ponosił Zastępca Dyrektora Szpitala ds. Lecznictwa.

Nieprawidłowości te tłumaczono obciążeniem pracą pracowników prowadzących rejestrację pacjentów i członków Zespołu, będących lekarzami.

2.6. Na terenie Szpitala znajdowało się 6 specjalistycznych aparatów medycznych (mammograf z 1997 r., dwa aparaty RTG do prześwietleń zębów z 1988 r., aparat do EEG z 1998 r., gastrofiberoskop z 1992 r. videogastroskop z 2003 r.), które z przyczyn technicznych nie były eksploatowane. W badanym okresie niezdatność tych urządzeń do użytkowania nie została potwierdzona przez orzeczenia techniczne, pomimo że nie były użytkowane od roku (mammograf) do 8 lat (aparaty RTG do prześwietleń zębów). Dopiero w trakcie kontroli

⁶ Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.

(10.09.2008 r.), Szpital uzyskał orzeczenia techniczne dotyczące aparatów RTG do prześwietleń zębów.

W Szpitalu nie ustalono pełnych procedur postępowania w przypadku zużycia specjalistycznej aparatury medycznej, poprzez wskazanie zakresu zadań dla poszczególnych stanowisk pracy (komórek organizacyjnych). Braki w tym zakresie skutkowały opieszałością w procesie likwidacji nieużytkowanej specjalistycznej aparatury medycznej. Przykładowo: zestaw do badań angiograficznych Firmy TOSHIBA Typ CAS 10A z 1997 r., użytkowany do 2005 r., zdemontowała dnia 26.09.2007 r. firma Siemens. Dopiero dnia 3 kwietnia 2008 r. Klinika Kardiologii i Chorób Wewnętrznych złożyła wniosek o likwidację zestawu do badań angiograficznych. Protokół z jego likwidacji sporządzono dnia 29.07.2008 r., następnie dnia 31 sierpnia 2008 r. zdjęto go ze stanu środków trwałych, chociaż fizycznie nie było tego urządzenia od niespełna roku.

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi, Najwyższa Izba Kontroli wnosi o:

1. Prowadzenie wymaganych przeglądów technicznych aparatury medycznej.
2. Zapewnienie wymaganej aparatury pomiarowej do prowadzenia testów podstawowych urządzeń radiologicznych.
3. Poddawanie urządzeń radiologicznych testom specjalistycznym.
4. Ustalenie wyczerpujących procedur postępowania ze zużytą aparaturą medyczną.
5. Niezwłoczne poddawanie ocenie technicznej nieużytkowanej specjalistycznej aparatury medycznej przeznaczonej do likwidacji, w celu obiektywnej oceny jej przydatności.
6. Prowadzenie list oczekujących na badania rezonansu magnetycznego i tomografu komputerowego oraz dokonywanie oceny tych list, zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r.
7. Rozważenie wydłużenia czasu prowadzenia badań rezonansem magnetycznym.

Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Bydgoszczy, na podstawie art. 62 ust. 1 ustawy o NIK, oczekuje przedstawienia przez Panią Dyrektora w terminie 30 dni od daty otrzymania niniejszego wystąpienia pokontrolnego, informacji o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków bądź o działaniach podjętych w celu realizacji wniosków lub przyczyn niepodjęcia takich działań.

Zgodnie z art. 61 ust. 1 ustawy o NIK, w terminie 7 dni od daty otrzymania niniejszego wystąpienia pokontrolnego przysługuje Pani Dyrektor prawo zgłoszenia na piśmie do Dyrektora Delegatury NIK w Bydgoszczy umotywowanych zastrzeżeń w sprawie ocen, uwag i wniosków zawartych w tym wystąpieniu.

W razie zgłoszenia zastrzeżeń, zgodnie z art. 62 ust. 2 ustawy o NIK, termin nadesłania informacji, o którym mowa wyżej, liczy się od dnia otrzymania ostatecznej uchwały właściwej komisji NIK.