

Bydgoszcz, dnia grudnia 2008 r.



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

LBY– 41024-2/08
P/08/099

Pan
Zbigniew Skonieczny
Dyrektor
Samodzielnego Publicznego Zakładu
Opieki Zdrowotnej
w Radziejowie

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

Na podstawie art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli¹, zwanej dalej „ustawą o NIK”, Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Bydgoszczy skontrolowała Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Radziejowie, 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 2 grudnia 2008 r., Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 60 ustawy o NIK, przekazuje Panu Dyrektorowi 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 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych². Kontrola 5 postępowań zakończonych udzieleniem zamówienia w latach 2006 – 2007 na łączną kwotę 613,9 tys. zł, stanowiącą 4,3 % 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 organu założycielskiego zwiększyły fundusz założycielski Szpitala.
- spełnienia przez pomieszczenia Pracowni RTG i urządzeń wymagań, określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2006 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej³ i spełnienia przez gabinety RTG wymogów określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2006 r. w sprawie szczegółowych warunków bezpiecznej pracy z urządzeniami radiologicznymi⁴, zwanym dalej „rozporządzeniem z dnia 21 sierpnia 2006 r.”
- przekazywania rzetelnych informacji do Kujawsko-Pomorskiego Oddziału NFZ w Bydgoszczy odnośnie oczekujących na zabiegi z wykorzystaniem sprzętu do fizykoterapii.
- właściwego oznakowania aparatury medycznej.
- corocznego wykonania testów specjalistycznych aparatu RTG, 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, zwanego dalej „rozporządzeniem z dnia 25 sierpnia 2005 r.”

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

2.1. Spośród analizowanego sprzętu medycznego (25 urządzeń) wartość 12 z nich (48,0 %) uległa 100 % umorzeniu. Część specjalistycznej aparatury medycznej użytkowanej przez Szpital była przestarzała, wysłużona i nie była poddana wymaganemu przeglądowi technicznemu.

² Dz. U. z 2007 r. Nr 223, poz. 1655 ze zm.

³ Dz. U. Nr 213, poz. 1568 ze zm.

⁴ Dz. U. Nr 180, poz. 1325

⁵ Dz. U. Nr 194, poz. 1625

Szpital nie sporządzał planów obowiązkowych przeglądów technicznych aparatury medycznej w oparciu o dokumentację techniczną, wymagania producenta czy dystrybutora. W przypadku 19 (76 % badanych) urządzeń medycznych w badanym okresie, w ogóle nie dokonano przeglądu technicznego. Szpital zawarł jedynie umowę na naprawę i konserwację sprzętu medycznego, a brak umów serwisowych pogwarancyjnych tłumaczono względami finansowymi. Taki system organizacji nie dawał gwarancji sprawności działania aparatury medycznej, do której wzywano serwis techniczny dopiero gdy uległa awarii.

Pomimo braku umów serwisowych pogwarancyjnych i niedokonywania przeglądów technicznych sprzętu medycznego, Szpital wykazywał w ofertach skierowanych do Kujawsko-Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Bydgoszczy, nierzetelne informacje o tym, że sprzęt medyczny jest serwisowany i zawarto umowy serwisowe.

2.2. W badanym okresie Szpital nie wykonywał lub w ograniczonym zakresie prowadził testy podstawowe urządzeń radiologicznych. Obowiązkowy zakres i częstotliwość wykonywania testów podstawowych wynika z załącznika nr 6 do rozporządzenia z dnia 25 sierpnia 2005 r. Przyczyną niewykonywania testów podstawowych lub prowadzenia ich w ograniczonym zakresie był brak w Szpitalu wymaganej aparatury pomiarowej (np. fantomu alpha nabytego dopiero dnia 12.11.2007 r., zestawu AEC i termohigrometru nabytych dopiero dnia 9.04.2008 r.). Braki w aparaturze pomiarowej do kontroli urządzeń radiologicznych tłumaczono niewystarczającymi środkami finansowymi Szpitala.

Zgodnie z art. 33c ust. 7 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. Prawo atomowe⁶ jednostki ochrony zdrowia wykonujące zabiegi lub leczenie z zakresu radioterapii, medycyny nuklearnej, radiologii zabiegowej i rentgenodiagnostyki są obowiązane podjąć działania zmierzające do zapobieżenia medycznym wypadkom radiologicznym. W tym celu dokonuje się m.in. kontroli fizycznych parametrów urządzeń radiologicznych. Kontrola taka polega na przeprowadzaniu testów podstawowych i specjalistycznych (§ 10 ust. 1 i 2 rozporządzenia z dnia 25 sierpnia 2005 r.).

Szpital z opóźnieniem, dopiero dnia 7 listopada 2008 r. (w trakcie kontroli NIK) poddał sprawdzeniu densytometr, tj. urządzenie pomiarowe używane do testów wewnętrznych aparatu RTG. Zgodnie z § 10 ust. 13 ww. rozporządzenia aparatura pomiarowa używana do wykonania testów wewnętrznych i akceptacyjnych podlega wzorcowaniu lub

⁶ Dz. U. z 2007 r. Nr 42, poz. 276 ze zm.

sprawdzaniu raz na dwa lata. Densytometr podlegał obowiązkowemu sprawdzeniu już od lipca 2007 r.

2.3. W latach 2006-2007 nastąpił wzrost liczby oczekujących na wykonanie zabiegów fizykoterapeutycznych z 1107 osób do 1188 osób. W I półroczu 2008 r. na wykonanie tego zabiegu oczekiwało 593 pacjentów. Okres oczekiwania przekraczał 90 dni.

Lista oczekujących na zabiegi w Pracowni Fizykoterapii nie zawierała wymaganych przez art. 20 ust. 2 pkt 3 lit a), b), i) ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁷, zwanej dalej „ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych”; informacji, tj.: numeru kolejnego, godziny wpisu, imienia i nazwiska oraz podpisu osoby dokonującej wpisu. Ponadto nie była przestrzegana zasada comiesięcznego dokonywania ocen prawidłowości prowadzenia ewidencji oczekujących przez powołany Zespół Oceny Przyjęć, który w badanym okresie przeprowadził tylko jedną kontrolę (w styczniu 2008 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 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Nieprawidłowości te tłumaczono brakiem skarg w tym zakresie i prowadzonym monitoringiem w postaci ankietowania pacjentów.

2.4. Szpital nie dysponował instrukcją obsługi w języku polskim dla ultrasonografu HITACHI z 1991 r. typ EUB 310 i nie dysponował dokumentami potwierdzającymi dopuszczenie do użytku tego urządzenia i gastrofiberoskopu OLYMPUS z 1995 r. typ GIFE.

Zgodnie z art. 4 ust. 5 i 6 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o wyrobach medycznych⁸ podmiot uprawniony, który wprowadza wyrób medyczny na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, jest obowiązany oznakować wyrób medyczny w języku polskim oraz dostarczyć użytkownikowi instrukcje używania i etykiety tego wyrobu w języku polskim.

Jeżeli wyrób medyczny ma być stosowany przez profesjonalistów, to po uzyskaniu zgody użytkownika, można dostarczyć mu wymagane informacje w innym języku niż język polski.

2.5. W opracowanej przez Szpital dokumentacji, stanowiącej program bezpieczeństwa jądrowego i ochrony radiologicznej, nie ujęto części zagadnień wymienionych w wytycznych do opracowania tego programu, stanowiących załącznik nr 2 do rozporządzenia z dnia 21 sierpnia 2006 r. Stosownie do wymogów ww. załącznika nr 2, w posiadanej dokumentacji Szpital nie zawarł takich zagadnień jak: odpowiedzialność kierownictwa jednostki ochrony

⁷ Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.

⁸ Dz. U. nr 93, poz. 896 ze zm.

zdrowia, nadzór nad dokumentami, częstotliwość i zakres prowadzonych wewnętrznych szkoleń (pkt I, III, IV.3).

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

1. Zapewnienie wymaganych przeglądów technicznych użytkowanej aparatury medycznej.
2. Podjęcie działań mających na celu wykonywanie obowiązku sprawdzania co dwa lata, aparatury pomiarowej do prowadzenia testów podstawowych urządzeń radiologicznych.
3. Opracowanie programu bezpieczeństwa jądrowego i ochrony radiologicznej według wytycznych określonych w załączniku nr 2 do rozporządzenia z dnia 21 sierpnia 2006 r.
4. Prowadzenie list oczekujących oraz dokonywanie oceny tych list, zgodnie z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
5. Zapewnienie dla eksploatowanej w Szpitalu aparatury medycznej wymaganej dokumentacji, potwierdzającej dopuszczenie do użytku.
6. Podjęcie działań zmierzających do wykazywania w ofertach skierowanych do Kujawsko-Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Bydgoszczy, rzetelnych informacji o użytkowanym sprzęcie medycznym.

Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Bydgoszczy, na podstawie art. 62 ust. 1 ustawy o NIK, oczekuje przedstawienia przez Pana 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 Panu Dyrektorowi 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.