



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Bydgoszczy

LBY.410.9.1.2025

Pani
Marzanna Ossowska
Dyrektor
Zespołu Opieki Zdrowotnej
w Chełmnie
Pl. Rydygiera 1
86 – 200 Chełmno

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/25/057 – Zapewnienie ciągłości świadczenia usług medycznych w placówkach ochrony zdrowia na wypadek braku zasilania w energię elektryczną ze źródeł zewnętrznych

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Zespół Opieki Zdrowotnej w Chełmnie ¹ Pl. Rydygiera 1, 86-200 Chełmno
Kierownik jednostki kontrolowanej	Marzanna Ossowska, Dyrektor ZOZ w Chełmnie, od 23 września 2020 r. ²
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Przygotowanie szpitala pod względem proceduralnym i organizacyjnym na wypadek nagłego braku zasilania w energię elektryczną ze źródeł zewnętrznych. 2. Wyposażenie szpitala w rezerwowe źródła zasilania w energię elektryczną oraz inne urządzenia zapewniające bezprzerwowe zasilanie urządzeń, sprzętu i aparatury medycznej, w tym urządzenia medyczne wyposażone we własne źródło podtrzymywania zasilania. 3. Stan techniczny i utrzymanie rezerwowego źródła zasilania oraz innych urządzeń zapewniających bezprzerwowe zasilanie urządzeń, sprzętu i aparatury medycznej, w tym urządzeń medycznych posiadających własne źródło podtrzymywania zasilania.
Okres objęty kontrolą	Lata 2023-2024 z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed lub po tym okresie.
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 Bydgoszczy
Kontrolerzy	Tomasz Klause, doradca techniczny, upoważnienie do kontroli nr LBY/69/2025 z 14 maja 2025 r. Mariusz Pietraszek, inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LBY/70/2025 z 14 maja 2025 r.

(akta kontroli str. 1-8)

¹ Dalej: „ZOZ w Chełmnie”, „ZOZ”, „Placówka” lub „Szpital”.

² Dalej: „Dyrektor”.

³ Dz. U. z 2022 r. poz. 623, dalej: ustawa o NIK.

II. Ocena ogólna⁴ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Zespół Opieki Zdrowotnej w Chełmnie podejmował działania na rzecz zapewnienia ciągłości świadczenia usług medycznych na wypadek braku zasilania w energię elektryczną ze źródeł zewnętrznych, jednak w okresie objętym kontrolą system zabezpieczenia energetycznego placówki nie funkcjonował w pełni skutecznie.

W Placówce obowiązywały aktualne regulacje wewnętrzne na wypadek nagłej utraty zasilania, a odpowiedzialność za ich realizację została przypisana konkretnym stanowiskom. Szpital dysponował zasilaniem z dwóch niezależnych kierunków sieci elektroenergetycznej oraz rezerwowym źródłem zasilania w postaci agregatu prądotwórczego z funkcją autostartu, którego moc przekraczała zapotrzebowanie Placówki określone w umowie z Operatorem Systemu Dystrybucyjnego. ZOZ nie posiadał jednak urządzeń zapewniających bezprzerwowe zasilanie wszystkich pomieszczeń, które tego wymagały⁵, w tym m.in.: Bloku Operacyjnego, Oddziału Intensywnej Terapii i Sali Cięć, mimo iż część z wykorzystywanych tam urządzeń nie posiadała własnego źródła podtrzymywania zasilania⁶. Powyższe było niezgodne z wymogiem zawartym w § 42 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą⁷.

Ponadto, w okresie objętym kontrolą, nie wszystkie elementy systemu zasilania awaryjnego Szpitala były utrzymywane w sposób zapewniający ich pełną gotowość do pracy w przypadku utraty zasilania zewnętrznego. Do II kwartału 2025 r. Szpital eksploatował agregat prądotwórczy z 1972 r. bez dokumentacji technicznej, bez wykonywania wymaganych przeglądów oraz z przerwami w realizacji próbnych uruchomień. Dopiero zamontowany w kwietniu 2025 r. nowy agregat prądotwórczy objęto bieżącym nadzorem eksploatacyjnym oraz odpowiednio dokumentowano jego pracę. Przeglądu technicznego zalecanego przez producenta, nie posiadało również urządzenie UPS zainstalowane w serwerowni, a stosowny serwis przeprowadzono dopiero w toku kontroli. Przeglądy urządzeń medycznych wyposażonych we własne źródła zasilania w 10% badanych przypadków były realizowane z przekroczeniem terminu wskazanego w ich dokumentacji technicznej, z powodów leżących po stronie Szpitala, a w 75% przypadków – niezgodnie z rocznymi harmonogramami ustalonymi w ZOZ. Pozytywnie należy ocenić fakt, że czynności serwisowe były realizowane przez osoby posiadające wymagane kwalifikacje, a jednostka podejmowała działania naprawcze w reakcji na zidentyfikowane braki, w tym wymieniła agregat prądotwórczy i uzupełniła dokumentację urządzeń.

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

⁵ W czasie pomiędzy utratą zasilania z sieci, a przejęciem go przez agregat prądotwórczy.

⁶ Jedynie oświetlenie na salach operacyjnych było zabezpieczone poprzez dwa akumulatory podtrzymujące zasilanie w przypadku braku zasilania z sieci.

⁷ Dz. U. z 2022 r. poz. 402; dalej: „rozporządzenie ws. wymagań dla pomieszczeń i urządzeń”.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe⁸ kontrolowanej działalności

OBSZAR	1. Przygotowanie szpitala pod względem proceduralnym i organizacyjnym na wypadek nagłego braku zasilania w energię elektryczną ze źródeł zewnętrznych.
Opis stanu faktycznego	1.1. W ZOZ w Chełmnie w latach 2023-2025 opracowano i formalnie przyjęto procedury postępowania i regulacje wewnętrzne dotyczące nagłej utraty zasilania w energię elektryczną. Powyższe ujęto w następujących dokumentach: 1) Regulamin organizacyjny Zespołu Opieki Zdrowotnej w Chełmnie⁹; 2) Opis systemu zabezpieczenia awaryjnego w energię elektryczną¹⁰; 3) Procedura postępowania na wypadek nagłego braku zasilania w energię elektryczną¹¹; 4) Instrukcja bezpieczeństwa pożarowego oraz plan ewakuacji osób w przypadku powstania pożaru, klęski żywiołowej lub innego miejscowego zagrożenia dla Zespołu Opieki Zdrowotnej w Chełmnie¹²; 5) Standardy akredytacyjne w zakresie Zarządzania Środowiskiem Opieki (ŚO) – ŚO 9 „Szpital posiada system zabezpieczenia awaryjnego w energię elektryczną, w wodę i gazy medyczne”; – ŚO 10 „Systemy zabezpieczenia awaryjnego są regularnie sprawdzane”¹³; – ŚO 11 „Plan zabezpieczenia i konserwacji urządzeń medycznych”; – ŚO 12 „Personel jest przeszkolony na temat zasad bezpiecznego użytkowania sprzętu i urządzeń”; – ŚO 18 „Wyroby medyczne stosowane w Szpitalu są serwisowane zgodnie z zaleceniami producenta”; – ŚO 19 „Wyroby medyczne stosowane w Szpitalu posiadają dokumentację serwisową”¹⁴. W dniach 19-21 marca 2025 r. przeprowadzono w ZOZ w Chełmnie przegląd akredytacyjny, w wyniku którego Szpital uzyskał łączną ocenę (poziom spełnienia standardów) na poziomie 71%. Do uzyskania akredytacji niezbędne jest uzyskanie co najmniej 75% możliwej do uzyskania liczby punktów. Kwestie związane z kontrolą nie miały wpływu

⁸ 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.

⁹ Wydany w oparciu o art. 23 i art. 24 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej i statut ZOZ w Chełmnie – stan na 8 marca 2021 r., aneksowany Zarządzeniem nr 16/2022/A z dnia 28 kwietnia 2022 r. oraz Zarządzeniem Nr 16/2024 z dnia 30 czerwca 2024 r. Dyrektora ZOZ w Chełmnie.

¹⁰ Dokument wewnętrzny, opracowany w maju 2025 r. przez specjalistę bezpieczeństwa pożarowego.

¹¹ Dokument wewnętrzny, opracowany w maju 2022 r., aktualizowany w maju 2025 r. przez specjalistę bezpieczeństwa pożarowego, dalej: „Procedury na wypadek nagłego braku zasilania w energię elektryczną” lub „Procedury”.

¹² Dokument wewnętrzny, opracowany w listopadzie 2020 r., aktualizowany w listopadzie 2024 r., w maju 2025 r. oraz w lipcu 2025 r. przez specjalistę bezpieczeństwa pożarowego, dalej: „Instrukcja bezpieczeństwa pożarowego”.

¹³ Obowiązywał od 10 września 2024 r.

¹⁴ Obowiązywał od 1 czerwca 2018 r.

na proces akredytacji.

W toku kontroli stwierdzono niespójności w treści Instrukcji bezpieczeństwa pożarowego dotyczące parametrów zasilania elektroenergetycznego, w szczególności mocy umownej zasilania podstawowego i rezerwowego oraz mocy agregatu prądotwórczego. W różnych punktach tego dokumentu wskazywano odmienne wartości (np. 100 kW vs 128 kW dla agregatu), bez odniesienia do źródeł danych technicznych lub dokumentacji umownej. Instrukcja została zaktualizowana w trakcie czynności kontrolnych. W jej nowej wersji ujednolicono dane techniczne dotyczące zasilania oraz mocy i typu agregatu dostosowując je do stanu faktycznego.

(akta kontroli str. 6-52, 98-121, 204-221, 786-787, 846-870)

1.2. W przypadku nagłego braku zasilania w energię elektryczną zabezpieczenie obiektów ZOZ w Chełmnie realizowane było przez podmioty zewnętrzne wyłonione w postępowaniach o zamówienia publiczne, na podstawie zawartych umów¹⁵. Ponadto, wskazano w dokumentach wewnętrznych, że w przypadku stwierdzenia awarii zasilania, personel Szpitala powiadamia inspektora ds. technicznych, sprawującego nadzór nad właściwym stanem instalacji elektrycznej¹⁶ oraz bezpośrednio elektryków z podmiotów zewnętrznych obsługujących Szpital. Na oddziałach szpitalnych znajdowały się numery telefonów do osób odpowiedzialnych za awarie urządzeń i instalacji elektrycznych¹⁷, a losowo zapytani pracownicy znali procedury postępowania w tym zakresie.

(akta kontroli str. 98-121, 159-163, 166-183, 200-203)

1.2. a) Regulacje wewnętrzne Szpitala dotyczące nagłej utraty zasilania w energię elektryczną, o których mowa w pkt 1.1 były aktualizowane w wypadku podpisywania kolejnych umów z podmiotami zewnętrznymi w tym zakresie oraz zawierały aktualne dane osób odpowiedzialnych za zabezpieczenie Placówki, w tym ich aktualne numery telefonów.

(akta kontroli str. 98-103, 159-163)

1.2. b) Zadanie obsługi, konserwacji i utrzymania awaryjnego źródła zasilania oraz wchodzących w jego skład elementów powierzono podmiotowi zewnętrznemu. Zakres i sposób wykonywania usług określono w umowie z podmiotem zewnętrznym oraz w obowiązujących Procedurach.

(akta kontroli str. 98-103, 159-163, 166-183)

1.3. Pracownicy podmiotów zewnętrznych, którym powierzono świadczenie usług w zakresie obsługi rezerwowego źródła zasilania posiadali odpowiednie

¹⁵ Umowa nr 171/2022 z 27 grudnia 2022 r., zawarta na czas oznaczony od 1 stycznia 2023 r. do 31 grudnia 2023 r. (rozwiązana w czerwcu 2023 r.), umowa nr 75/2023 z 29 czerwca 2023 r., zawarta na czas oznaczony do 1 lipca 2023 r. do 30 czerwca 2024 r., umowa nr 90/2024 z 26 czerwca 2024 r., zawarta na czas oznaczony od 1 lipca 2024 r. do 30 czerwca 2025 r., umowa nr 119/2025 z 1 lipca 2025 r., zawarta na czas oznaczony od 1 lipca 2025 r. do 30 czerwca 2026 r.

¹⁶ Załącznik nr 1 do umowy zlecenia zawartej 30 listopada 2017 r. na stanowisko inspektor ds. technicznych. Opisano również w „Procedurze postępowania na wypadek nagłego braku zasilania w energię elektryczną” oraz w „Opisie systemu zabezpieczenia awaryjnego w energię elektryczną”.

¹⁷ Zgodnie z zapisami w „Procedurze postępowania na wypadek nagłego braku zasilania w energię elektryczną” oraz w „Opisie systemu zabezpieczenia awaryjnego w energię elektryczną”.

uprawnienia. Umowy na zabezpieczenie obiektów i terenu Szpitala ZOZ Chełmno pod względem elektrycznym, w tym obsługę agregatu prądotwórczego, były zawierane z podmiotami zewnętrznymi w cyklach rocznych, a posiadane uprawnienia i kwalifikacje weryfikowane były na etapie prowadzonego postępowania.

(akta kontroli str. 159-183, 871-876)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

Obowiązujące w ZOZ w Chełmnie regulacje wewnętrzne na wypadek nagłej utraty zasilania były aktualne. Zakres odpowiedzialności za nadzór nad instalacjami użytkowymi Szpitala został przypisany do konkretnych stanowisk, a działania operacyjne powierzono podmiotom zewnętrznym na podstawie umów, których postanowienia były zgodne z obowiązującymi Procedurami. Pracownicy tych podmiotów posiadali wymagane kwalifikacje i uprawnienia do dozoru oraz eksploatacji urządzeń, instalacji i sieci, a ich weryfikacja była prowadzona w ramach procedur zakupowych. Stwierdzone niespójności w Instrukcji bezpieczeństwa pożarowego zostały usunięte poprzez jej aktualizację w trakcie czynności kontrolnych.

OBSZAR

2. Wyposażenie szpitala w rezerwowe źródła zasilania w energię elektryczną oraz inne urządzenia zapewniające bezprzerwowe zasilanie urządzeń, sprzętu i aparatury medycznej, w tym urządzenia medyczne wyposażone we własne źródło podtrzymywania zasilania.

Opis stanu
faktycznego

2.1. Szpital posiadał zasilanie w energię elektryczną z dwóch niezależnych kierunków sieci elektroenergetycznej¹⁸.

Główna rozdzielnia elektryczna Szpitala była wyposażona w układ samoczynnego załączenia rezerwy (SZR-400), umożliwiający automatyczne przełączenie zasilania pomiędzy oboma kierunkami w przypadku zaniku napięcia z podstawowego źródła. Urządzenie to nie posiadało instrukcji eksploatacji urządzenia elektroenergetycznego, co opisano szerzej w części „stwierdzone nieprawidłowości”.

(akta kontroli str. 53-121, 483-504, 831-836)

2.2. Szpital posiadał rezerwowe źródło zasilania w energię elektryczną w postaci zespołu prądotwórczego wyposażonego w funkcję autostartu. Do 28 kwietnia 2025 r. wykorzystywano do tego celu zespół prądotwórczy model 25ZPP-16H6 z 1972 r. o mocy 100 kW¹⁹. 29 kwietnia 2025 r. zamontowano w Szpitalu nowy agregat prądotwórczy – model AP160 o mocy 128 kW, wyposażony w silnik wysokoprężny oraz synchronizator GEN-LAN 2.0.²⁰ Urządzenie zainstalowano w

¹⁸ Zasilanie podstawowe realizowane było z kierunku ul. Piotra Skargi, natomiast zasilanie rezerwowe z kierunku ul. Osnowskiej. Moc umowna dla zasilania podstawowego, zgodnie z umową zawartą z operatorem systemu dystrybucyjnego, wynosiła 90 kW.

¹⁹ Co stanowiło 111,1% mocy umownej Szpitala, dalej: „poprzedni agregat” lub „agregat z 1972 r.”.

²⁰ Dalej: „nowy agregat”.

odrębnym budynku technicznym, natomiast układ sterowania umieszczono w rozdzielni głównej Szpitala. Nowy agregat został włączony do eksploatacji w dniu montażu i zapewniał zasilanie awaryjne dla wskazanych obwodów Szpitala. Na podstawie danych z tabliczki znamionowej oraz dokumentacji techniczno-ruchowej (DTR), moc pozorna zespołu wynosiła 160 kVA, a moc czynna – 128 kW, co stanowiło 142,2% mocy umownej Szpitala (90 kW).

W dniu 3 czerwca 2025 r. w obecności kontrolerów NIK potwierdzono działanie funkcji autostartu nowego agregatu – urządzenie uruchomiło się automatycznie po ok. 10 sekundach od odcięcia zasilania zewnętrznego. Zespół pracował stabilnie przez ok. 9 minut, po czym wyłączył się automatycznie po przywróceniu napięcia sieciowego.

W toku oględzin ustalono, że zbiornik paliwa nowego agregatu o pojemności 280 l wypełniony był w 97%. W sterowniku urządzenia odnotowano 23 starty, a łączny czas pracy wynosił 1 godzinę i 30 minut. Zgodnie z dokumentacją nowego agregatu i aktualnymi Procedurami zbiornik pozwala na 8 godzin ciągłej pracy. Szacowany maksymalny czas nieprzerwanej pracy nowego agregatu przy obciążeniu 50% mocy nominalnej wynosił ok. 10 godzin. Urządzenie to nie posiadało instrukcji eksploatacji urządzenia elektroenergetycznego, co pisano szerzej w części „stwierdzone nieprawidłowości”.

(akta kontroli str. 98-121, 198-199, 471-480, 775)

2.3. W okresie objętym kontrolą zabezpieczenie w postaci urządzenia UPS obejmowało wyłącznie serwerownię Szpitala zlokalizowaną w budynku administracyjnym. Pomieszczenia o szczególnym znaczeniu dla bezpieczeństwa pacjenta i ciągłości świadczeń medycznych, takie jak Blok Operacyjny, Oddział Intensywnej Terapii, Izba Przyjęć oraz Sale Cięć Cesarskich, nie były wyposażone w urządzenia typu UPS ani inne rozwiązania zapewniające bezprzerwowe podtrzymanie zasilania, co szerzej opisano w części „stwierdzone nieprawidłowości”.

Podczas oględzin serwerowni ustalono, że znajdujący się tam UPS nie posiadał instrukcji eksploatacji urządzenia elektroenergetycznego, co szerzej opisano w części „stwierdzone nieprawidłowości”.

(akta kontroli str. 323-333, 788-805)

2.4. W ZOZ w Chełmnie wykorzystywano do udzielania świadczeń medycznych łącznie 178 urządzeń, które posiadały własne systemy podtrzymania zasilania²¹. Spośród ww. urządzeń ZOZ zgłosił w portalu potencjału Narodowego Funduszu Zdrowia 139 urządzeń.

(akta kontroli str. 89)

²¹ W tym: Defibrylatory – 9 szt., Analizatory laboratoryjne – 4 szt., Bilirubinometry – 2 szt., Aparat do badań słuchu – 1 szt., Aparaty do znieczulenia – 6 szt., Kardiomonitor – 17 szt., Monitory (inne) – 9 szt., EKG – 11 szt., Pulsoksymetry – 10 szt., Respiratory – 14 szt., Wideolaryngoskop – 1 szt., Pompy infuzyjne – 74 szt., Pompy żywieniowe – 5 szt., Pompy amika – 2 szt., Lampy operacyjne – 2 szt., Stoły operacyjne – 2 szt., Łóżka szpitalne z wagą – 5 szt., Urządzenia do terapii podciśnieniowej – 3 szt., Krzesło ewakuacyjne – 1 szt., Ssak – 1 szt., Waga elektroniczna – 1 szt.

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Dla pomieszczeń Bloku Operacyjnego, Oddziału Intensywnej Terapii, Izby Przyjęć i Sali Cięć Cesarskich, nie zapewniono bezprzerwowego działania znajdujących się tam medycznych urządzeń nieposiadających własnego źródła podtrzymania zasilania w przypadku utraty zasilania w energię elektryczną ze źródeł zewnętrznych, poprzez wyposażenie tych pomieszczeń w urządzenia UPS lub inne zamiennie o wystarczającym czasie podtrzymania zasilania znajdujących się tam urządzeń w przypadku awarii, do momentu podjęcia pracy przez agregat prądotwórczy. Stanowiło to naruszenie § 42 rozporządzenia ws. wymagań dla pomieszczeń i urządzeń.

Dyrektor ZOZ wyjaśniła m.in., że w oparciu o przeprowadzoną inwentaryzację urządzeń funkcjonujących na bloku operacyjnym i sali cięć, podjęto działania mające na celu określenie wielkości i pojemności zestawu UPS, który mógłby zabezpieczyć te obszary. Analizy parametrów sieci elektrycznych w salach operacyjnych i sali cięć zostały wykonane w toku kontroli przez wyspecjalizowaną firmę²². Ponadto w ramach rozeznania rynku otrzymano już wstępną ofertę, co pozwoli na przygotowanie i przeprowadzenie postępowania na wybór dostawcy i montera UPS. Jednocześnie Dyrektor podkreśliła, że na podstawie danych historycznych w Szpitalu nie odnotowano zaniku napięcia podczas wykonywania zabiegów operacyjnych oraz innych usług medycznych.

Zdaniem NIK, brak urządzeń zapewniających natychmiastowe podtrzymanie zasilania w ww. pomieszczeniach stwarza istotne ryzyko przerwy w pracy aparatury medycznej niemającej własnego źródła podtrzymania zasilania. Może to prowadzić do zakłóceń w udzielaniu świadczeń medycznych i stwarzać zagrożenie dla bezpieczeństwa pacjentów w okresie przełączenia zasilania z sieci zewnętrznej na agregat prądotwórczy. Ponadto stabilizacja napięcia w agregacie prądotwórczym ogranicza ryzyko wahań napięcia w trakcie jego pracy, niemniej nie eliminuje skutków tzw. prądu rozruchowego występującego przy uruchamianiu urządzenia. W przypadku braku UPS-ów lub innych systemów ochrony zjawisko to może powodować zakłócenia pracy lub uszkodzenia aparatury medycznej.

2. W Szpitalu nie opracowano dla UPS'a serwerowni, rozdzielni głównej oraz nowego agregatu prądotwórczego instrukcji eksploatacji urządzeń energetycznych, o której mowa w § 4 ust. 1 rozporządzenia Ministra Energii z dnia 28 sierpnia 2019 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy urządzeniach energetycznych²³.

Dyrektor ZOZ wyjaśniła, że instrukcje dotyczące rozdzielni głównej oraz zasilacza UPS nie zostały opracowane przez niedopatrzenie pracownika. Instrukcja

²² 14-17 lipca 2025 r. blok operacyjny nr 2; 18-22 lipca 2025 r. blok operacyjny nr 1; 23-25 lipca 2025 r. ginekologia - sala cięć.

²³ Dz. U. z 2021 r. poz. 1210.

dotycząca agregatu prądotwórczego była w trakcie przygotowania ze względu na wymianę agregatu na nowy.

Przedmiotowe instrukcje zostały opracowane przez Szpital w toku kontroli i udostępnione w miejscach pracy ww. urzędzeń.

(akta kontroli str. 323-333, 388-401, 483-504, 946-977, 981-986)

OCENA CZĄSTKOWA

W okresie objętym kontrolą Szpital spełniał wymagania w zakresie posiadania rezerwowego źródła zasilania o odpowiednich parametrach. Jednakże w związku z tym, że systemy UPS zabezpieczały wyłącznie serwerownię Szpitala, nie zapewniono, pomimo działań naprawczych podjętych w toku kontroli NIK, odpowiedniego poziomu bezprzerwowego podtrzymania zasilania w newralgicznych pomieszczeniach, co istotnie ograniczało skuteczność systemu zabezpieczenia energetycznego Placówki.

OBSZAR

3. Stan techniczny i utrzymanie rezerwowego źródła zasilania oraz innych urzędzeń zapewniających bezprzerwowe zasilanie urzędzeń, sprzętu i aparatury medycznej, w tym urzędzeń medycznych posiadających własne źródło podtrzymywania zasilania.

Opis stanu faktycznego

3.1. ZOZ nie posiadał żadnej dokumentacji technicznej dotyczącej agregatu z 1972 r., zainstalowanego w obiekcie do 28 kwietnia 2025 r. Pracę starego agregatu dokumentowano w zeszycie pracy, w którym wpisywano uruchomienia tego agregatu. Od 29 kwietnia 2025 r. zamontowano i uruchomiono nowy agregat prądotwórczy. Uruchomienia tego agregatu były udokumentowane w kolejnych tygodniach na listach czynności eksploatacyjnych. W wyniku kontroli próbnego działania nowego agregatu pod obciążeniem stwierdzono jego dobry stan techniczny i prawidłowe funkcjonowanie.

(akta kontroli str. 471-480, 483-504, 934-945)

3.1. a) Z powodu braku dokumentacji technicznej użytkowanego do 28 maja 2025 r. agregatu z 1972 r. Szpital nie posiadał udokumentowanych przeglądów oraz wymiany materiałów eksploatacyjnych. Udokumentowano jedno uruchomienie poprzedniego agregatu pod obciążeniem²⁴ oraz wykonanie przeglądu konserwacyjnego²⁵ w 2023 r. Próbne uruchomienia realizowane były nieregularnie z przerwami, co szerzej opisano w części „stwierdzone nieprawidłowości”.

(akta kontroli str. 95-97, 145-153)

3.1. b) Nie można zweryfikować czasu braku dostępności rezerwowego źródła zasilania w okresie objętym kontrolą, gdyż nie prowadzono takiej ewidencji.

Dyrektor ZOZ wyjaśniła, że były to częste przypadki, między innymi dlatego podjęto decyzję o wymianie agregatu. Wskazała, że awarie miały miejsce od 2019 r. do połowy 2023 r. z częstotliwością co najmniej raz w miesiącu. Awarie usuwane były w czasie do dwóch godzin. W lipcu 2023 r. zdiagnozowano

²⁴ Protokół z pomiaru izolacji rezystancji z 24 lipca 2023 r. oraz protokół z testu zadziałania SZR (Samoczynnego Załączania Rezerwy) z 28 sierpnia 2023 r.

²⁵ Protokół z wykonania przeglądu konserwacyjnego agregatu prądotwórczego z 24 lipca 2023 r.

i naprawiono usterkę. Jednocześnie podczas prowadzonych prób okazało się, że konieczna jest wymiana agregatu. Do czasu wymiany agregatu wykonawca zapewnił przewoźny agregat o mocy zbliżonej do agregatu funkcjonującego w Szpitalu.

(akta kontroli str. 96, 154-158)

3.2. Analiza funkcjonowania rezerwowego źródła zasilania (nowego agregatu prądotwórczego), urządzenia bezprzerwowego zasilania (UPS serwerowni) oraz wybranych urządzeń medycznych wyposażonych we własne systemy podtrzymywania zasilania, pod kątem ich sprawności, kompletności dokumentacji technicznej, zgodności wykonywanych przeglądów z harmonogramami oraz terminowości i rzetelności czynności serwisowych realizowanych w latach 2023–2025 wykazała, że:

a) w okresie objętym kontrolą w ZOZ w Chełmnie odnotowano przypadki awarii i przerw w dostępności urządzeń medycznych wyposażonych we własne systemy podtrzymywania zasilania, w tym:

Oddział Chorób Wewnętrznych:

- Pompa infuzyjna nr 4490 – naprawa obudowy w dniach 15–29.11.2024 r. (ok. 2 tygodni),
- Pompa infuzyjna nr 3044 – naprawa modułu wykrywania strzykawki w dniach 13–27.03.2024 r. (ok. 2 tygodni).

Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii:

- Urządzenie Prismaflex – awaria zgłoszona 08.08.2023 r., naprawa zakończona 23.08.2023 r. (15 dni niedostępności),
- Trzy aparaty do znieczulania Aeon 7700A – w grudniu 2022 r. zdiagnozowano zużycie akumulatorów awaryjnych, które wymieniono 17.02.2023 r.; urządzenia były użytkowane warunkowo do czasu wymiany,
- Pompy infuzyjne strzykawkowe – przypadki zużycia akumulatorów diagnozowane podczas przeglądów; pompy wycofywane z użytkowania na czas serwisu, który trwał przeciętnie od 14 do 30 dni,
- Respiratory Engstrom i Drager – akumulatory wymieniane co 2 lata lub w razie potrzeby podczas przeglądów; w razie awarii urządzenia wyłączane z użytku i zastępowane respiratorami rezerwowymi. Oddział posiadał łącznie 10 respiratorów, z czego 6 na stanowiskach intensywnej terapii.

Z uwagi na posiadanie wystarczającej liczby urządzeń rezerwowych nie stwierdzono przerw w dostępności sprzętu medycznego, które skutkowałyby zakłóceniem ciągłości świadczeń.

(akta kontroli str. 812-836)

b) Szpital posiadał dokumentację (DTR) urządzenia bezprzerwowego zasilania (UPS serwerowni oraz dokumentację i paszporty techniczne wszystkich 20 wybranych do badania urządzeń medycznych posiadających własne systemy podtrzymania zasilania.

(akta kontroli str. 323-333, 402-470, 483-520, 837-845)

c) w Szpitalu obowiązywały, prowadzone w formie papierowej, harmonogramy przeglądów sprzętu medycznego w latach 2023, 2024 i 2025. Stanowiły one zbiory harmonogramów opracowanych dla poszczególnych komórek organizacyjnych.

(akta kontroli str. 523-773, 774)

d) w odniesieniu do zapewnienia zgodności terminów przeglądów odnotowanych w paszportach technicznych z harmonogramami przeglądów na lata 2023, 2024 i 2025 dotyczącymi 20 wytypowanych do badania urządzeń medycznych wyposażonych we własne systemy podtrzymywania zasilania oraz zapewnienia przestrzegania zaleceń producentów zawartych w dokumentacji techniczno-ruchowej (DTR), a także bieżącego dokumentowania czynności serwisowych ustalono, że:

- w ośmiu z 20 badanych urządzeń (40%) nie dotrzymano zalecanego w paszportach technicznych terminu przeglądu urządzenia. Opóźnienia wynosiły od dwóch do 57 dni. W sześciu z wymienionych przypadków opóźnienie nie wynikało z winy Szpitala tylko serwisanta urządzeń. W dwóch przypadkach opóźnienie nastąpiło z przyczyn leżących po stronie Szpitala (stół operacyjny i kardiomonitor), co opisano szerzej w części „stwierdzone nieprawidłowości”;
- w 15 przypadkach wykonywane przeglądy urządzeń w latach 2023-2025 (do maja) były niezgodne z harmonogramami przeglądów sprzętu medycznego na poszczególne lata, tj. dotyczyło to czterech z 20 urządzeń (20%) w 2023 r.; dziewięciu z 20 urządzeń (45%) w 2024 r. i dwóch z 20 urządzeń (10%) do maja 2025 r., co opisano szerzej w części „stwierdzone nieprawidłowości”;
- w sześciu z 20 urządzeń (30%) numer inwentarzowy nie został wpisany w paszporcie technicznym urządzenia, co opisano szerzej w części „stwierdzone nieprawidłowości”;
- jedno urządzenie (akumulator kardiomonitora) podczas oględzin było niesprawne, tj. posiadało rozładowany akumulator;
- zainstalowany w serwerowni Szpitala UPS nie był objęty przeglądami technicznymi zalecanymi przez producenta, co opisano szerzej w części „stwierdzone nieprawidłowości”.

(akta kontroli str. 323-333, 402-470, 505-520, 774)

e) czynności serwisowe badanych urządzeń były wykonywane przez podmioty zewnętrzne będące autoryzowanymi serwisami producentów sprzętu. W przypadkach, gdy dany podmiot nie realizował określonego zakresu przeglądów, ZOZ zawierał odrębne umowy z innymi wykonawcami, których oferty zawierały oświadczenia o posiadaniu wymaganych kwalifikacji i spełnianiu warunków niezbędnych do realizacji usług serwisowych.

W ramach umowy dotyczącej zabezpieczenia Szpitala pod względem elektrycznym obowiązki w zakresie eksploatacji zespołu prądotwórczego spoczywały na osobach posiadających odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia w zakresie eksploatacji urządzeń elektrycznych.

(akta kontroli str. 159-180, 871-876)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Do maja 2025 r. ZOZ nierzetelnie przeprowadzał oraz nadzorował przeprowadzanie przeglądów kontrolnych agregatu prądotwórczego z 1972 r. Na podstawie analizy wpisów w zeszycie pracy agregatu ustalono, że od 3 stycznia do 4 września 2023 r. uruchamiano agregat z częstotliwością 7-13 dni na 30 minut. Od 5 września 2023 r. do 6 kwietnia 2024 r. agregat nie był uruchamiany. Od 7 kwietnia do 2 lipca 2024 r. agregat uruchomiono dwukrotnie, tj. 7 i 15 kwietnia 2024 r. Od 3 lipca 2024 r. rozpoczęto ponowne cykliczne uruchamianie agregatu.

Ponadto, w okresie objętym kontrolą, w zeszycie pracy tego agregatu nie zaewidencjonowano przeglądów kontrolnych.

Powyższe zaniedbania nie pozwalały na bieżącą ocenę stanu technicznego tego urządzenia, a tym samym jego przydatności w razie braku zasilania w energię elektryczną. W konsekwencji nie gwarantowało to zapewnienia ciągłości świadczenia usług medycznych na wypadek braku zasilania w energię elektryczną ze źródła zewnętrznego.

Dyrektor ZOZ w Chełmnie wyjaśniła, że nadzór nad poprzednim agregatem do końca 2022 r. sprawował zatrudniony przez ZOZ elektryk. Przy przekazaniu obowiązków związanych z zabezpieczeniem elektrycznym, odchodzący wieloletni pracownik poinformował, że Szpital nie dysponuje dokumentacją funkcjonującego agregatu i że należy kontynuować cotygodniowe rozruchy oraz prowadzić ich ewidencję w przekazanym zeszycie. Nie było możliwości kontaktu z producentem, gdyż firma już nie istniała. Od 1 stycznia do 30 czerwca 2024 r. zatrudniono zewnętrzny podmiot. Dyrektor podała, że od 1 lipca 2023 r. do 30 czerwca 2024 r. podmiot zewnętrzny nierzetelnie wykonywał obowiązki w tym zakresie.

(akta kontroli str. 184-192, 779-781)

2. W odniesieniu do dwóch spośród 20 badanych urządzeń medycznych posiadających własne źródła zasilania, nie dotrzymano terminu ich przeglądu zalecanego w paszportach technicznych tych urządzeń z powodów leżących po stronie Szpitala. Dotyczyło to:

- a) stołu operacyjnego o nr. fabrycznym 2012091926178 – przegląd wykonano 1 lipca 2023 r., pomimo zaleconego na 8 czerwca 2023 r.;
- b) kardiomonitora o nr. fabrycznym CV-19106797 – przegląd wykonano 28 stycznia 2025 r., pomimo zaleconego na 1 grudnia 2024 r.

Zgodnie z art. 63 ust. 1 ustawy z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych²⁶ użytkownik wyrobu jest obowiązany do przestrzegania instrukcji używania wyrobu.

Dyrektor ZOZ w Chełmnie wyjaśniła, że stół operacyjny nie miał wykonanego przeglądu zgodnie z zaleceniami w paszporcie technicznym z powodu niedopatrzenia pracownika, a przesunięcie terminu nie miało wpływu na sprawność techniczną stołu. Kardiomonitor nie jest użytkowany i znajduje się

²⁶ Dz. U. z 2024 r. poz. 1620, ze zm.

w magazynie, ponieważ sale operacyjne zostały wyposażone w nowy sprzęt. Wstępnie planowano wycofanie urządzenia z użytkowania, jednak ostatecznie zdecydowano pozostawić urządzenie i wykonać przegląd - co było powodem wykonania przeglądu z około dwumiesięcznym opóźnieniem. Sprzęt został oceniony przez serwis jako sprawny.

(akta kontroli str. 341-349)

3. W latach 2023-2025 (do maja) wykonywano przeglądy techniczne 15 z 20 badanych urządzeń medycznych posiadających własne źródła zasilania niezgodnie z przyjętym w ZOZ harmonogramem przeglądów sprzętu medycznego na dany rok, tj.:

- a) w 2023 r.: (1) aparat do znieczulania ogólnego o nr. fabrycznym YZYY031 – planowany na luty 2023 r., wykonany 29 grudnia 2023 r. (tj. 10 miesięcy później); (2) stół operacyjny o nr. fabrycznym 2012091926178 – planowany na czerwiec 2023 r., wykonany 1 lipca 2023 r.; (3) mobilny aparat RTG o nr. fabrycznym 21410046 – planowany na październik 2023 r., wykonany 6 listopada 2023 r.; (4) łóżko szpitalne z wagą o nr. Fabrycznym 20110080470 – planowany na luty 2023 r., wykonany 13 marca 2023 r.;
- b) w 2024 r.: (1) aparat EKG o nr. fabrycznym 1091 – planowany na luty 2024 r., wykonany 12 marca 2024 r.; (2) aparat do znieczulania ogólnego o nr. fabrycznym YZYY031 – planowany na styczeń 2024 r., wykonany 10 stycznia 2025 r.; (3) mobilny aparat RTG o nr. fabrycznym 21410046 – planowany na listopad 2024 r., wykonany 26 lutego 2024 r.; (4) respirator o nr. fabrycznym CBCP01998 – planowany na marzec 2024 r., wykonany 19 kwietnia 2024 r.; (5) kardiomonitor o nr. fabrycznym CV-19106797 – planowany na grudzień 2024 r., wykonany 28 stycznia 2025 r.; (6) kardiomonitor o nr. fabrycznym F2-35025260, (7) kardiomonitor o nr. fabrycznym F2-35025261, (8) aparat do znieczulenia o nr. fabrycznym AG9-35000440 i (9) aparat do znieczulenia o nr. fabrycznym AG9-35000441 – zaplanowane przeglądy na maj 2024 r., wykonane 21 czerwca 2024 r.;
- c) do maja 2025 r.: (1) respirator o nr. fabrycznym CBCP01998 – planowany na kwiecień 2025 r., nie wykonano do maja 2025 r.; (2) respirator o nr. fabrycznym 00-169 – w harmonogramie widnieje wpis „AWARIA”, a zgodnie z paszportem technicznym wykonano naprawę oraz przegląd 25 lutego 2025 r.

Dyrektor ZOZ w Chełmnie wyjaśniła, że niezgodności prowadzonych przeglądów z opracowanym w Szpitalu harmonogramem przeglądów, wynikały głównie z omyłkowego zaznaczenia miesiąca przeglądu przez pracownika.

(akta kontroli str. 341, 788-790)

4. Paszporty techniczne sześciu spośród 20 badanych urządzeń medycznych posiadających własne źródła zasilania były nierzetelnie uzupełniane w zakresie nadanych numerów inwentarzowych tych urządzeń. Dotyczyło to:

- a) aparatu EKG o nr. fabrycznym 1091;
- b) aparat do znieczulania ogólnego o nr. fabrycznym YZYY031;
- c) stołu operacyjnego o nr. fabrycznym 2012091926178;

- d) mobilnego aparatu RTG o nr. fabrycznym 21410046;
- e) respiratora o nr. fabrycznym CBCP01998;
- f) kardiomonitora o nr. fabrycznym CV-19106797.

Dyrektor ZOZ w Chełmnie wyjaśniła, że brak wpisu numeru inwentarzowego w paszportach technicznych był skutkiem niedopatrzenia pracownika.

(akta kontroli str. 341-349)

W dniu 27 czerwca 2025 r. przedstawiono paszporty techniczne ww. urządzeń medycznych z uzupełnionymi wpisami numerów inwentarzowych.

5. Szpital nie zapewnił wykonywania okresowych przeglądów technicznych UPS zainstalowanego w serwerowni, pomimo takiego obowiązku wynikającego z dokumentacji technicznej producenta. Wykonywanie przeglądów określono jako warunek korzystania z uprawnień z tytułu udzielonej gwarancji.

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że zaniechanie wykonywania przeglądów UPSa serwerowni nastąpiło w wyniku niedopatrzenia.

W toku kontroli, w dniu 18 lipca 2025 r., firma serwisowa przeprowadziła przegląd techniczny UPSa, co potwierdzono stosownym protokołem.

(akta kontroli str. 323-333, 338-349, 774, 788-799, 932-933)

OCENA CZĄSTKOWA

Nie wszystkie elementy systemu zasilania awaryjnego były utrzymywane w sposób zapewniający ich pełną gotowość do pracy w przypadku utraty zasilania zewnętrznego. Do maja 2025 r. Szpital eksploatował agregat prądotwórczy z 1972 r. bez dokumentacji technicznej, bez wykonywania wymaganych przeglądów oraz z przerwami w realizacji próbnych uruchomień. Zamontowany w kwietniu 2025 r. nowy agregat prądotwórczy objęto bieżącym nadzorem eksploatacyjnym oraz odpowiednio dokumentowano jego pracę.

Urządzenie UPS zainstalowane w serwerowni nie było objęte przeglądem technicznym zalecanym przez producenta, a stosowny serwis przeprowadzono dopiero w toku kontroli.

Przeglądy urządzeń medycznych wyposażonych we własne źródła zasilania w 10% badanych przypadków były realizowane z przekroczeniem terminu wskazanego w ich dokumentacji technicznej, z powodów leżących po stronie Szpitala, a w 75% przypadków – niezgodnie z rocznymi harmonogramami ustalonymi w ZOZ.

Pozytywnie należy ocenić fakt, że czynności serwisowe badanych 20 urządzeń wykonywane były przez podmioty posiadające wymagane kwalifikacje, a Szpital dysponował urządzeniami rezerwowymi, co ograniczyło wpływ stwierdzonych nieprawidłowości na ciągłość udzielania świadczeń zdrowotnych.

IV. Uwagi i wnioski

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK, przedstawia następujące uwagi i wnioski:

Uwagi Najwyższa Izba Kontroli nie formułuje uwag.

Wnioski 1. Zapewnienie bezprzerwowego zasilania w energię elektryczną właściwych pomieszczeń i urządzeń Szpitala.
2. Zapewnienie terminowego przeprowadzania przeglądów technicznych urządzeń medycznych wyposażonych we własne źródła zasilania.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Wystąpienie pokontrolne sporządzono i opatrzone podpisem własnoręcznym w dwóch jednobrzmiących 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 Bydgoszczy. Prawo zgłaszania zastrzeżeń, zgodnie z art. 61b ust. 2 ustawy o NIK, nie przysługuje do wystąpienia pokontrolnego zmienionego zgodnie z treścią uchwały w sprawie zastrzeżeń.

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

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

Bydgoszcz, 26 sierpnia 2025 r.

Kontrolerzy

(-) Tomasz Klause

Doradca techniczny

Najwyższa Izba Kontroli

Delegatura w Bydgoszczy

p.o. Dyrektor

(-) Tomasz Sobecki