



Gdańsk, dnia 10 listopada 2008 r.

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
DELEGATURA w GDAŃSKU
ul. Wały Jagiellońskie 36, 80-853 Gdańsk
tel. (058) 301-82-11 fax (058) 301-13-14
NIP 583-25-68-765 Regon 000000081

P/08/099
LGD-41019-03-08

Pani
Ewa Bonk-Woźniakiewicz
Dyrektor Naczelny
Samodzielnego Publicznego
Zakładu Opieki Zdrowotnej
Szpital im. F.Żaczka
w Pucku

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

Na podstawie art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli (Dz. U. z 2007 r. Nr 231, poz. 1701), zwanej dalej „ustawą o NIK”, Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Gdańsku skontrolowała w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Szpitalu im. F.Żaczka w Pucku (dalej: „Szpital”) wykorzystanie specjalistycznej aparatury medycznej (dalej: „aparatura”) w realizacji usług medycznych, finansowanych ze środków publicznych, w latach 2006–2008 (I półrocze).

W związku z kontrolą, której wyniki przedstawione zostały w protokole kontroli podpisanym w dniu 7 października 2008 r., Najwyższa Izba Kontroli na podstawie art. 60 ustawy o NIK, przekazuje Pani Dyrektor niniejsze wystąpienie pokontrolne.

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia działalność Szpitala w badanym zakresie, pomimo stwierdzonych nieprawidłowości.

1. Wartość początkowa aparatury, którą dysponował Szpital wynosiła: 3.378,5 tys. zł na dzień 31.12.2006 r., 3.382,3 tys. zł na dzień 31.12.2007 r. i 3.419,3 tys. zł na dzień 30.06.2008 r, a po uwzględnieniu amortyzacji – odpowiednio: 645,3 tys. zł, 438 tys. zł i 362,4 tys. zł.

Kontrolą objęto wykorzystanie aparatury o wartości początkowej 2.161,2 tys. zł, zakupionej przez Szpital ze środków własnych.

Zakupioną w badanym okresie aparaturę (na łączną kwotę 39.489 zł) prawidłowo ujęto w ewidencji księgowej Szpitala i niezwłocznie włączono do realizacji usług medycznych.

Stwierdzono jednak, że zakupu ww. aparatury dokonano, pomimo nieokreślenia przez organ założycielski zasad dokonywania zakupów oraz przeznaczenia i standardu sprzętu medycznego, który może być przedmiotem zakupu przez Szpital, co było niezgodne z przepisem art. 42 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 ze zm.).

2. Prawidłowo przebiegała procedura udzielenia przez Szpital 2 objętych badaniem zamówień publicznych na dostawę artykułów medycznych, związanych z funkcjonowaniem aparatury.

Stwierdzono jednak, że w przypadku jednego z ww. zamówień, zwrotu wniesionego przez oferentów wadium (w łącznej kwocie 1.140 zł) dokonano w okresie od 84 do 98 dni od upływu terminu związania ofertą, czym naruszono przepisy art. 46 ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2007 r. Nr 223, poz. 1655 ze zm.), co wyjaśniła Pani niedoborem środków finansowych i koniecznością dokonywania przez Szpital zakupów produktów leczniczych ratujących życie pacjentów.

3. Szpital nie wywiązywał się w pełni z wynikającego z przepisów art. 4 ust. 4 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Nr 93, poz. 896 ze zm.) obowiązku zachowania należytej staranności w zakresie przeprowadzania przeglądów aparatury.

W wykazie aparatury podlegającej okresowym przeglądom wskazano, że muszą być one przeprowadzane zgodnie z instrukcjami użytkowania, nie rzadziej niż raz na 12 miesięcy. Nie opracowano jednak planu ich przeprowadzania, co – w ocenie NIK – spowodowało, że część przeglądów (aparatu stymatologicznego, kardiografu, laparoskopu i gastrofibreskopu) wykonano po ustalonym w sposób opisany wyżej terminie lub też (ogólnodiagnostycznego urządzenia rentgenowskiego Polymobil Plus) nie wykonano w ogóle.

Stwierdzono ponadto liczne przypadki niekompletnych wpisów w paszportach, dotyczących przeprowadzanych przeglądów (m.in. nie zawsze wskazywano charakter przeglądu lub potwierdzano zdatność sprzętu do dalszej eksploatacji) pomimo,

że w Zarządzeniu z dnia 27 czerwca 2007 r. Dyrektor Szpitala jednoznacznie określił, że potwierdzenie zlecniodawcy wykonania napraw, serwisów i remontów aparatury może być dokonane dopiero po wpisaniu przez zlecniodawcę do paszportu informacji o przeznaczeniu aparatury do dalszego użytkowania, terminie następnego przeglądu lub przeznaczeniu aparatury do kasacji. W efekcie opisanych wyżej braków nie można było ustalić, czy w dniu składania ofert do Narodowego Funduszu Zdrowia objęte nimi ogólnodiagnostyczne urządzenia rentgenowskie (oferta z dnia 28 grudnia 2007 r.) i echokardiograf (oferta z dnia 20 listopada 2007 r.) były sprawne.

4. Szpital posiadał dokumentację potwierdzającą dopuszczenie aparatury do używania, za wyjątkiem jednego z gastrofiberoskopów i jednego z ultrasonografów (sprzęt w badanym okresie nie był wykorzystywany) oraz kardiografu i aparatu stymulacyjnego, tj. urządzeń, które w badanym okresie wykorzystywano. Z wyjaśnień Pani Dyrektor wynikało, że dokumentacja ta uległa zużyciu lub zagubieniu z powodu częstych zmian lokalizacji ww. aparatury i osób, które ją obsługiwały (aparaturę wprowadzono do użytkowania w okresie od 1988 r. do 1993 r.).
5. Okazana w trakcie kontroli przez Szpital dokumentacja, dotycząca zapisów pacjentów oczekujących na badania diagnostyczne z użyciem aparatury (za wyjątkiem laparoskopu i od 1 stycznia 2008 r. endoskopu) zawierała jedynie nazwiska pacjentów i terminy planowanych badań, co – w ocenie NIK – nie spełniało wymogów prowadzenia list oczekujących na udzielenie świadczenia, określonych w przepisach art. 20 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.). Uniemożliwiała również ustalenie okresu oczekiwania pacjenta na wykonanie badania oraz weryfikację sposobu wywiązywania się przez Szpital z obowiązku udzielania świadczeń według kolejności zgłoszeń, określonego w przepisach art. 20 ust. 1 ww. aktu prawnego. Ponadto nie okazano części tej dokumentacji (dotyczącej zapisów pacjentów na badania z użyciem endoskopu za lata 2006 i 2007), gdyż – jak wynika z wyjaśnień podległych Pani Dyrektor pracowników – została ona zniszczona.

Stwierdzono ponadto, że prowadzona od 13 maja 2008 r. elektroniczna ewidencja oczekujących na badania z użyciem endoskopu, stanowiąca podstawę sporządzenia raportu do NFZ, była nierzetelna (nie wykazywano w niej m.in. osób, które w dniu rejestracji nie podawały numeru PESEL).

6. Zezwolenie na uruchomienie pracowni rentgenowskiej Szpital uzyskał dopiero w dniu 22 września 2008 r. Do tego czasu posiadał zezwolenie na stosowanie aparatu rentgenowskiego, wydane w dniu 2 czerwca 2003 r.

Pracownia rentgenowska spełniała wymagania określone w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2006 r. w sprawie szczegółowych warunków bezpiecznej pracy z urządzeniami radiologicznymi (Dz. U. Nr 180, poz.1325).

Stwierdzono jednak, że księgę jakości, stanowiącą element programu bezpieczeństwa jądrowego i ochrony radiologicznej, opracowano dopiero po upływie 15 miesięcy od dnia wejścia w życie ww. rozporządzenia. Nie sporządzono również wymaganego tą księgą planu audytu.

Stwierdzono ponadto, że:

- wbrew obowiązкови wynikającemu z przepisów § 22 ust. 1 ww. rozporządzenia, w pracowni nie przechowywano w oryginale lub uwierzytelnionych odpisach m.in. protokołów pokontrolych, a przechowywanej kopii programu szkolenia nie potwierdzono za zgodność z oryginałem,
- Szpital nie posiadał dokumentu, o którym mowa w § 22 ust. 1 pkt 7 ww. rozporządzenia, tj. instrukcji ochrony radiologicznej. Wprowadzie elementy takiej instrukcji, określone w załączniku nr 3 do ww. rozporządzenia, znajdowały się w innych dokumentach Szpitala, to jednak żaden z nich nie zawierał informacji o wyposażeniu pracowni w osłony ruchome oraz środki ochrony indywidualnej dla pracowników i pacjentów, wymaganej przepisami ww. załącznika,
- zatrudniony w pracowni lekarz, posiadający specjalizację z radiologii i diagnostyki obrazowej, nie odbył szkolenia w dziedzinie ochrony radiologicznej pacjenta, pomimo że obowiązek taki wynika z przepisów § 6 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 sierpnia 2005 r. w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej (Dz. U. Nr 194, poz.1625),
- 5 pracowników zatrudnionych w pracowni (kierownik i technicy), przez okresy od 12 do 128 dni, nie posiadało orzeczeń lekarskich, o których mowa w przepisach art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. Prawo atomowe (Dz. U. z 2007 r. Nr 42, poz. 276 ze zm.).

7. Pomieszczenia Szpitala nie w pełni odpowiadały standardom określonym 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 zdrowotnej (Dz. U. Nr 213, poz.1568 ze zm.). Szpital jednak opracował i przedstawił w terminie do dnia 30 czerwca 2007 r. (pierwotnie określonym w przepisach §53 ust. 4 ww. rozporządzenia) właściwemu organowi program dostosowania Szpitala do wymagań określonych w ww. rozporządzeniu. Program ten został pozytywnie zaopiniowany przez Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Gdańsku.

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

1. Wystąpienie do Rady Powiatu Puckiego o określenie zasad dokonywania zakupów oraz przeznaczenia i standardu sprzętu medycznego, który może być przedmiotem zakupu przez Szpital.
2. Zapewnienie dokonywania zwrotów wadów w terminach wynikających z przepisów art. 46 ust. 1 ustawy Prawo zamówień publicznych.
3. Zapewnienie terminowego przeprowadzania okresowych przeglądów stanu technicznego aparatury oraz wyeliminowanie przypadków dokonywania niekompletnych wpisów w paszportach, dotyczących przeprowadzanych przeglądów.
4. Spełnienie wymogu wprowadzenia list oczekujących na udzielenie świadczenia w sposób określony w przepisach art. 20 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
5. Wyegzekwowanie prowadzenia elektronicznej ewidencji oczekujących na badania z użyciem endoskopu zgodnie ze stanem rzeczywistym.
6. Opracowanie i wdrożenie planu audytu, wymaganego księgą jakości.
7. Przechowywanie w pracowni rentgenowskiej dokumentacji w sposób zgodny z przepisami § 22 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2006 r. w sprawie szczegółowych warunków bezpiecznej pracy z urządzeniami radiologicznymi (Dz. U. Nr 180, poz.1325).
8. Opracowanie w formie jednolitego dokumentu instrukcji ochrony radiologicznej.
9. Zobowiązanie lekarza posiadającego specjalizację z radiologii i diagnostyki obrazowej, zatrudnionego w pracowni rentgenowskiej, do odbycia szkolenia w dziedzinie ochrony radiologicznej pacjenta.

10. Zapewnienie zatrudniania w pracowni rentgenowskiej wyłącznie pracowników z ważnym orzeczeniem o braku przeciwwskazań do zatrudnienia w warunkach narażenia.

Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Gdańsku, na podstawie art. 62 ust. 1 ustawy o NIK oczekuje przedstawienia przez Panią Dyrektor w terminie 14 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 treścią art. 61 ust. 1 ustawy o NIK, w terminie 7 dni od dnia otrzymania niniejszego wystąpienia pokontrolnego przysługuje Pani prawo zgłoszenia na piśmie do dyrektora Najwyższej Izby Kontroli Delegatury w Gdańsku 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.

Do wiadomości:

NIK – Departament Pracy, Spraw Socjalnych i Zdrowia