



# NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Katowicach

LKA- 4101-08-05/2012/P/12/123

Katowice, dnia 12 października 2012 r.

**Pani  
Krystyna Semenowicz-Siuda  
Dyrektor Naczelny  
Wojewódzkiego Szpitala  
Specjalistycznego Nr 4  
w Bytomiu**

## WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

Na podstawie art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli<sup>1</sup> Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Katowicach przeprowadziła kontrolę w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym Nr 4 w Bytomiu (zwanym dalej Szpitalem lub Jednostką), w zakresie zakupu i wykorzystania aparatury medycznej ze szczególnym uwzględnieniem środków europejskich w okresie od stycznia 2009 r. do 15 maja 2012 r.

W związku z kontrolą, której wyniki przedstawione zostały w protokole kontroli, podpisanym w dniu 21 sierpnia 2012 r., Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 60 ustawy o NIK, przekazuje Pani Dyrektor niniejsze wystąpienie pokontrolne.

### **Najwyższa Izba Kontroli ocenia negatywnie działalność Szpitala w zakresie spraw objętych kontrolą.**

Powyższą ocenę uzasadniają następujące ustalenia kontroli:

1. W okresie objętym kontrolą, Szpital dwukrotnie aplikował o środki unijne w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2007–2013. Oba złożone wnioski mieściły się w ramach Priorytetu IX pn. *Zdrowie i rekreacja* oraz Działania 9.1. *Infrastruktura lecznictwa zamkniętego*. Pierwszy z ww. projektów, pn. *„Dyslokacja i modernizacja OA i IT wraz z zakupem sprzętu medycznego – dostosowanie do obowiązujących wymogów prawnych. Lepsza jakość i dostępność świadczeń medycznych WSS nr 4 w Bytomiu”*, pomimo pozytywnej oceny Instytucji Zarządzającej, nie uzyskał dofinansowania ze względu na ograniczoną dostępność środków finansowych i został umieszczony na liście rezerwowej. Przedmiotem drugiego projektu pn.: *„Zakup aparatury medycznej dla Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 4 w Bytomiu w celu poprawy jakości lecznictwa wysokospecjalistycznego”*, zwanego dalej „Projektem”, było zrefundowanie Szpitalowi wydatków poniesionych na zakup aparatury medycznej w latach 2007-2008 oraz refundacja wydatków Szpitala na zakup aparatury dokonanych w 2009 r., do dnia zakończenia realizacji Projektu, tj. do 15 czerwca tego roku. Wartość aparatury, zgłoszonej we wniosku o dofinansowanie, wynosiła łącznie 1 430 209,12 zł, w tym środków Szpitala (wkład własny) - 214 531,37 zł. W ramach Projektu Szpital zakupił aparaturę medyczną na łączną kwotę 1 311 170,43 zł.

---

<sup>1</sup> Dz. U. z 2012r., poz.82, zwanej dalej „ustawą o NIK”, w związku z art. 2 ustawy z dnia 22 stycznia 2010r. o zmianie ustawy o Najwyższej Izbie Kontroli (Dz. U. Nr 227, poz. 1482 ze zm.), w brzmieniu obowiązującym do 1 czerwca 2012 r.

Podczas kontroli Projektu przez Zespół Kontrolujący Wydziału Rozwoju Regionalnego<sup>2</sup> stwierdzono nieprawidłowości skutkujące rozwiązaniem przez Zarząd Województwa Śląskiego umowy o dofinansowanie zakupu sprzętu medycznego ze środków RPO<sup>3</sup>.

Zespół Kontrolujący Wydziału Rozwoju Regionalnego stwierdził następujące nieprawidłowości:

- naruszenie zakazu podwójnego finansowania poprzez przedłożenie do refundacji faktur na zakup: trzech urządzeń medycznych (mikroskopu operacyjnego, ultrasonografu okulistycznego AVISO oraz aparatu LOGIQ P5) na łączną kwotę 559 677,00 zł<sup>4</sup>, których koszt zakupu sfinansowano z części pożyczki udzielonej przez Zarząd Województwa Śląskiego<sup>5</sup>,
- dokonanie zapłaty za 12 urządzeń (z 26 ogółem) na kwotę 483 767,32 zł po zakończeniu realizacji projektu (po 15 czerwca 2009 r.), co skutkowało uznaniem tych wydatków za niekwalifikowalne.

Kontrola Zespołu Kontrolującego WRR wykazała ponadto, że Szpital nie zorganizował, przewidzianej we wniosku o dofinansowanie, konferencji, która miała na celu rozpowszechnić informację o przedmiotowym projekcie. Stwierdzono także uchybienia w postępowaniach o zamówienia publiczne, realizowanych w ramach *Projektu*.

2. W 2009 r. Szpital zakupił mammograf typu „MAMMOMAT 1000” firmy Siemens. Jednak do 2010 r. świadczenia z zakresu Programu profilaktyki raka piersi, wykonywane przy użyciu mammografu, nie były zakontraktowane przez NFZ. Szpital nie przystąpił do konkursu ogłoszonego przez ŚOW NFZ na realizację Programu profilaktyki raka piersi z powodu nierealizowania wymaganej liczby badań mammograficznych rocznie.
3. W okresie objętym kontrolą nierzetelnie była prowadzona dokumentacja medyczna w postaci ksiąg pracowni mammografii. Stwierdzone nieprawidłowości polegały na niezamieszczeniu:
  - kodu resortowego jednostki organizacyjnej wykonującej badanie,
  - kodu komórki organizacyjnej zlecającej badanie (lub kodu resortowego jednostki niebędącej komórką organizacyjną Szpitala), a w zamian tego stosowanie niepełnych (skrótowych) nazw podmiotów,
  - oznaczenia osób wykonujących badania,

Było to niezgodne z § 36 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania<sup>6</sup>. Według wyjaśnień obecnego Kierownika Zakładu Radiologii powyższe braki wynikały z niedopatrzania i zostały, na dzień 15 maja 2012 roku (w trakcie trwania kontroli), skorygowane zgodnie z wymogami obowiązującego rozporządzenia. Ponadto wystąpiły uchybienia w dokumentacji dotyczącej czasu pracy techników zatrudnionych w Zakładzie Radiologii Szpitala.

Dokumentacja medyczna 113 badań wykonanych w Pracowni Mammografii w okresie od 1 maja do 31 lipca 2010 r. wykazała, że pracę w tym okresie wykonywało pięciu techników elektroradiologii. Stwierdzono:

- w 13 przypadkach – brak odnotowania godziny wykonania badania przez technika elektroradiologii,
- w jednym przypadku wykonanie badania w dniu 18 czerwca 2010 roku, po zamknięciu pracowni – o godzinie 13:50 - przez technika, który w tym dniu, wg planu pracy, nie miał wyznaczonego dyżuru w Pracowni Mammografii.

W Planach pracy Pracowni Mammografii stwierdzono ponadto, że:

- w dniach 26 i 31 maja 2010 r. wystąpiła niezgodność pomiędzy technikami wykazanymi w Planie pracy techników, a dokumentacją medyczną potwierdzającą wykonanie badania (badania nr 165, 170, 171, 172 i 173),
- wykonanie badania o godzinie 9:40 w dniu 30 lipca 2010 roku potwierdziła osoba, która zgodnie z listą obecności pełniła w tym dniu dyżur w godzinach od 11:00 do 16:00. Plan pracy techników przewidywał

<sup>2</sup> Przeprowadzonej w okresie od 2 do 4 marca 2010 r.

<sup>3</sup> Uchwała nr 2173/404/III/2010 z dnia 24 sierpnia 2010 r.

<sup>4</sup> Co stanowiło 42,7% poniesionych wydatków na realizację Projektu.

<sup>5</sup> W całości umorzona - uchwała nr 3297/332/III/2009 z dnia 15 grudnia 2009 r.

<sup>6</sup> Rozporządzenie z dnia 21 grudnia 2010 roku w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. Nr 252, poz. 1697).

w tym czasie pracę innej osoby, która potwierdziła na liście obecności swoją pracę w godzinach od 7:00 do 12:00,

- w jednym przypadku (w dniu 23 lipca 2010 r.) technik pracowni mammograficznej nie potwierdził podpisem na liście obecności swojego przybycia do pracy.

4. W okresie od stycznia 2009 r. do dnia 31 maja 2011 r. Szpital nie dopełnił wymogów określonych w § 6 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 marca 2008 roku w sprawie minimalnych wymagań dla jednostek ochrony zdrowia, udzielających świadczeń zdrowotnych z zakresu rentgenodiagnostyki, radiologii zabiegowej oraz diagnostyki i terapii radioizotopowej chorób nowotworowych<sup>7</sup>. Szpital był zobowiązany do zatrudnienia co najmniej jednego lekarza specjalisty w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej w każdej pracowni, na każdą zmianę roboczą. Dokumentacja medyczna Pracowni TK za okres trzech losowo wybranych miesięcy maj – lipiec 2010 wykazała, że Szpital nie spełnił tego wymogu:

- w maju 2010 roku w 13 przypadkach,
- w czerwcu 2010 roku w 15 przypadkach,
- w lipcu 2010 roku w 10 przypadkach.

Było to również niezgodne z warunkami określonymi w załączniku 3b do Zarządzenia Prezesa NFZ Nr 80/2008 z dnia 14 października 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, mających zastosowanie w okresie obowiązywania umowy Nr 121/100463/02/2/2010 z dnia 10 lutego 2010 r. o wykonywanie badań z użyciem tomografu komputerowego.

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

- 1. Dostosowanie księgi pracowni mammografii do wymogów rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. Nr 252, poz. 1697).**
- 2. Zapewnienie spójności planów pracy techników elektroradiologii z ich dobowym czasem pracy.**
- 3. Podjęcie działań w celu optymalnego wykorzystania mammografu, m.in. poprzez pozyskanie możliwości wykonywania, przy użyciu tego aparatu, badań finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.**

Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Katowicach, na podstawie art. 62 ust. 1 ustawy o NIK, oczekuje przedstawienia przez Panią Dyrektor, w terminie 15 dni od daty otrzymania niniejszego wystąpienia pokontrolnego, informacji o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków bądź o działaniach podjętych w celu realizacji wniosków lub przyczynach niepodjęcia takich działań.

Zgodnie z treścią art. 61 ustawy o NIK, w terminie 7 dni od daty otrzymania niniejszego wystąpienia pokontrolnego przysługuje Pani prawo zgłoszenia na piśmie do Dyrektora Delegatury NIK 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.

---

<sup>7</sup> Dz. U. z 2008 r., Nr 59, poz. 365, ze zm.