



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

DKA.430.4.2026

Nr ewid. 87/2025/P/25/057/LKA

Informacja o wynikach kontroli

**ZAPEWNIENIE CIĄGŁOŚCI
ŚWIADCZENIA USŁUG MEDYCZNYCH
W PLACÓWKACH OCHRONY ZDROWIA
NA WYPADEK BRAKU ZASILANIA
W ENERGIĘ ELEKTRYCZNĄ ZE ŹRÓDEŁ ZEWNĘTRZNYCH**

MISJA

Najwyższej Izby Kontroli jest niezależna, profesjonalna kontrola zadań publicznych w interesie obywateli i państwa

p.o. Dyrektor Śląskiej Delegatury
w Katowicach

Marcin Wesoły

/podpisano elektronicznie/

Wiceprezes Najwyższej Izby Kontroli

Sylweryusz Królak

/podpisano elektronicznie/

Prezes Najwyższej Izby Kontroli

Mariusz Haładyj

/podpisano elektronicznie/

Warszawa, luty 2026 r.

Najwyższa Izba Kontroli

ul. Filtrowa 57

+48 22 444 50 00

nik@nik.gov.pl

www.nik.gov.pl

SPIS TREŚCI

Wykaz skrótów, skrótowców i pojęć	4
1. Wprowadzenie	6
2. Ocena ogólna	8
3. Synteza.....	11
4. Wnioski	17
5. Ważniejsze wyniki kontroli	18
5.1. Przygotowanie szpitala pod względem proceduralnym i organizacyjnym na wypadek nagłego braku zasilania w energię elektryczną ze źródeł zewnętrznych.....	18
5.2. Wyposażenie szpitala w rezerwowe źródła zasilania w energię elektryczną oraz inne urządzenia zapewniające bezprzerwowe zasilanie urządzeń, sprzętu i aparatury medycznej.....	23
5.3. Stan techniczny i utrzymanie rezerwowego źródła zasilania oraz innych urządzeń zapewniających bezprzerwowe zasilanie urządzeń, sprzętu i aparatury medycznej	26
6. Załączniki.....	37
6.1. Metodyka kontroli i informacje dodatkowe.....	37
6.2. Częstotliwość próbnych uruchomień agregatów prądotwórczych na biegu jałowym i pod obciążeniem – wymagania i realizacja	49
6.3. Analiza stanu prawnego i uwarunkowań organizacyjno-ekonomicznych	51
6.4. Wykaz aktów prawnych dotyczących kontrolowanej działalności	55
6.5. Wykaz podmiotów, którym przekazano informację o wynikach kontroli	57

DTR	Dokumentacja techniczno-ruchowa (urządzenia) – dokumentacja producenta, o której mowa w § 6 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Gospodarki w sprawie zasadniczych wymagań dla maszyn z dnia 21 października 2008 r. ¹ obejmująca wszelkie dane techniczne, które charakteryzują rodzaj danej maszyny oraz informacje pozwalające na jej prawidłowe i bezpieczne użytkowanie.
Instrukcja eksploatacji urządzenia	Opracowana przez pracodawcę, na podstawie § 4 rozporządzenia Ministra Energii z dnia 28 sierpnia 2019 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy urządzeniach energetycznych², instrukcja eksploatacji urządzenia energetycznego lub grup urządzeń energetycznych, obejmująca m.in.: – wymagania w zakresie eksploatacji urządzenia energetycznego oraz terminy przeprowadzania przeglądów, prób i pomiarów; – wymagania w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy oraz przepisów przeciwpożarowych dla danego urządzenia energetycznego lub grupy urządzeń energetycznych; – wymagania kwalifikacyjne dla osób zajmujących się eksploatacją danego urządzenia lub grupy urządzeń energetycznych, określone w odrębnych przepisach.
Paszport techniczny	Obowiązkowy dokument, o którym mowa w art. 63 ustawy dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych³, dla każdego urządzenia medycznego podlegającego serwisowi w okresie gwarancji i po gwarancji. Paszport techniczny to książka zawierająca opis prowadzenia działań technicznych na urządzeniu. Zawiera informacje dotyczące wykonanych instalacji, napraw, konserwacji, działań serwisowych, aktualizacji oprogramowania, przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń i kontroli bezpieczeństwa wyrobu, wynikających z instrukcji używania wyrobu, który wykorzystują do udzielania świadczeń zdrowotnych lub usług, zawierającą co najmniej daty wykonania tych czynności, imię i nazwisko lub nazwę (firmę) podmiotu, który wykonał te czynności, ich opis, wyniki i uwagi dotyczące wyrobu oraz kwalifikacje osób wykonujących wymienione czynności, (jeżeli jest to wymagane).

¹ Dz. U. Nr 199, poz. 1228, ze zm.

² Dz. U. z 2021 r. poz. 1210, ze zm. Dalej: „rozporządzenie ws. bhp”.

³ Dz. U. z 2024 r. poz. 1620 ze zm.

Rezerwowe źródło zasilania w energię elektryczną	Zespół prądotwórczy (agregat prądotwórczy): urządzenie, które przetwarza energię mechaniczną na energię elektryczną. Jest przystosowany do stosunkowo długiego czasu pracy, zazwyczaj od kilku godzin do kilku dni, a w niektórych przypadkach nawet do pracy ciągłej. Zwykle składa się z generatora prądu zasilanego silnikiem spalinowym dużej mocy.
Szpital	Zakład leczniczy, w którym podmiot leczniczy wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne (art. 2 ust. 1 pkt 9 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej ⁴).
UPS	<i>Uninterruptible power supply</i> (nieprzerwane, bezprzerwowe dostarczanie energii). Zasilacz tego typu służy do awaryjnego zasilania urządzeń elektrycznych oraz chroni przed nagłymi skokami napięcia.
Ustawa o wyrobach medycznych	Ustawa z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych ⁵ .
Rozporządzenie ws. wymagań dla szpitali	Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą ⁶ .
Rozporządzenie ws. wymagań dla maszyn	Rozporządzenie Ministra Gospodarki z dnia 21 października 2008 r. w sprawie zasadniczych wymagań dla maszyn ⁷ .

⁴ Dz. U. z 2025 r. poz. 450, ze zm.

⁵ Dz. U. z 2024 r. poz. 1620.

⁶ Dz. U. z 2022 r. poz. 402.

⁷ Dz. U. Nr 199, poz. 1228, ze zm.

1. WPROWADZENIE

Pytanie definiujące cel główny kontroli

Czy placówki ochrony zdrowia są przygotowane do nieprzerwanego świadczenia usług medycznych na wypadek braku zasilania w energię elektryczną ze źródeł zewnętrznych?

Pytania definiujące cele szczegółowe kontroli

1. Czy szpital jest przygotowany pod względem proceduralnym i organizacyjnym na wypadek nagłego braku zasilania w energię elektryczną ze źródeł zewnętrznych?

2. Czy szpital dysponował rezerwowym źródłem zasilania w energię elektryczną o wymaganych przepisami parametrach oraz innymi urządzeniami zapewniającymi bezprzerwowe zasilanie urządzeń, sprzętu i aparatury medycznej?

3. Czy rezerwowe źródło zasilania szpitala w energię elektryczną oraz inne urządzenia zapewniające bezprzerwowe zasilanie urządzeń, sprzętu i aparatury medycznej były sprawne, a czynności serwisowe były rzetelnie i terminowo przeprowadzane?

Jednostki kontrolowane:

15 szpitali I, II i III stopnia systemu zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej

Okres objęty kontrolą:

Lata 2023–2024

Współczesna medycyna nie może funkcjonować bez zasilanej elektrycznie aparatury, służącej m.in. do diagnostyki, zabiegów operacyjnych, podtrzymywania życia pacjentów, itd. Nieplanowana przerwa w zasilaniu stanowi najpoważniejsze ryzyko dla ciągłości pracy aparatury diagnostycznej i leczniczej, a co za tym idzie zagrożenie życia pacjentów, których funkcje życiowe często są tymczasowo lub stale wspierane przez urządzenia elektromedyczne. Również zabiegi medyczne, operacje oraz wiele procedur diagnostycznych (tomografia, badania rentgenowskie itp.) nie powinny być przerywane i powtarzane bez uzasadnienia medycznego. Awaryjne zasilanie szpitali energią elektryczną stanowi zabezpieczenie na wypadek nieplanowanych przerw w dostawach energii, będących skutkiem m.in.: ekstremalnych zjawisk pogodowych i zmian klimatu, awarii infrastruktury, okresowych niedoborów mocy, błędów operatorów przesyłowych. Wobec zagrożeń geopolitycznych w regionie Europy Środkowo-Wschodniej potrzeba skutecznego zabezpieczenia szpitali na wypadek nagłej utraty zasilania nabrała szczególnego znaczenia.

Ze względu na bezpieczeństwo osób hospitalizowanych obiekty szpitalne wymagają stosowania rozwiązań technicznych i układów zasilania charakteryzujących się podwyższonym poziomem niezawodności i bezpieczeństwa użytkowania. Do ograniczenia ryzyka związanego z nieplanowanym brakiem zasilania wykorzystuje się awaryjne systemy podtrzymywania napięcia, takie jak agregaty prądotwórcze oraz urządzenia UPS. Ponadto wiele urządzeń elektromedycznych posiada własne źródło podtrzymywania zasilania (baterie lub akumulatory). Wszystkie te systemy i urządzenia, aby mogły spełniać swoje funkcje, wymagają właściwego utrzymania i serwisowania.

Zgodnie z wymaganiami każdy szpital musi być wyposażony we własne, niezależne od sieci energetycznej, źródło energii elektrycznej – agregat prądotwórczy wyposażony w funkcję autostartu, zapewniający co najmniej 30% potrzeb mocy szczytowej. Wyposażenie szpitala powinno także obejmować urządzenia zapewniające bezprzerwowe podtrzymanie zasilania kluczowych systemów i urządzeń (zazwyczaj UPS) do czasu przejścia zasilania przez agregat (dodatkowo zabezpieczają one sprzęt przed skokami napięcia). Sposób obsługi oraz serwisowania tych urządzeń określają dokumentacje techniczno-ruchowe oraz instrukcje eksploatacji. Obsługa agregatu i urządzeń UPS powinna być wykonywana przez osoby posiadające odpowiednie świadectwa kwalifikacyjne⁸.

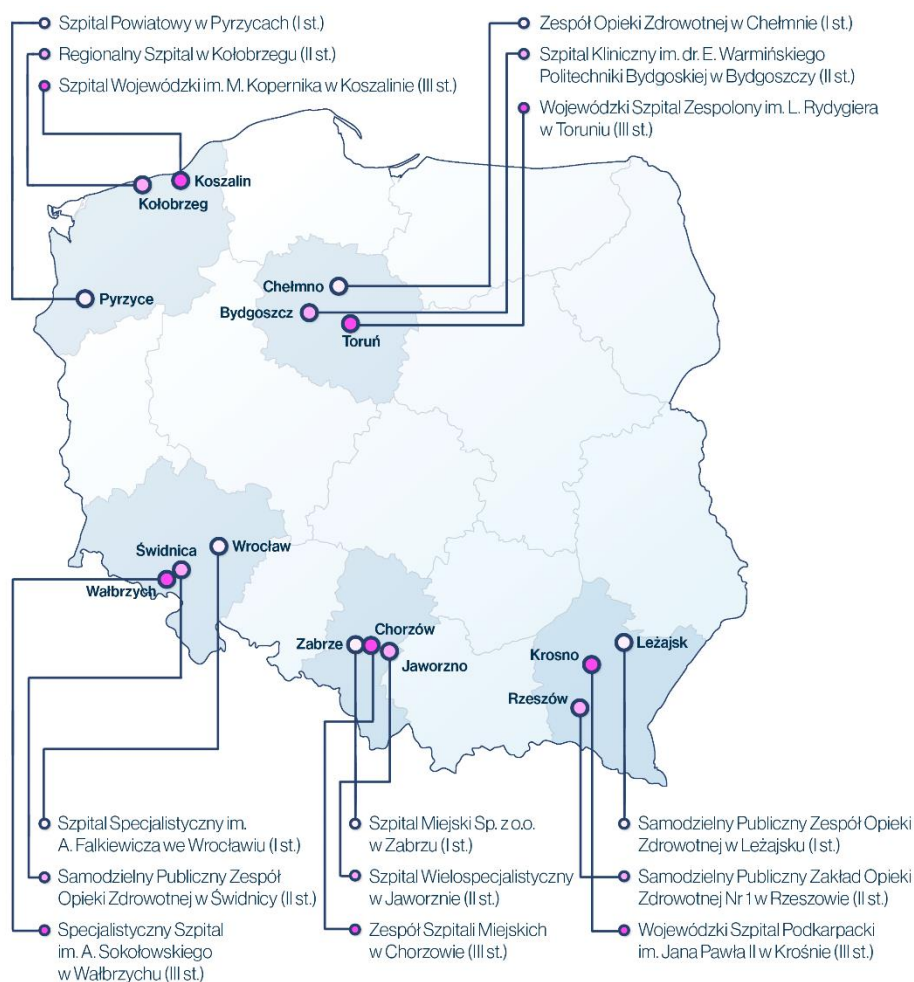
⁸ Wydawane przez komisje kwalifikacyjne powoływane przez Prezesa Urzędu Regulacji Energetyki.

Niezależnie od powyższych rozwiązań, niektóre aparaty i urządzenia medyczne służące do diagnostyki i leczenia posiadają własny, indywidualny system podtrzymywania zasilania. Zasady obsługi oraz terminy przeglądów i innych czynności serwisowych takich aparatów i urządzeń medycznych określone są przez ich producentów, a czynności te należy dokumentować w tzw. paszportach technicznych.

Kontrolę przeprowadzono w 15 publicznych szpitalach należących do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej zlokalizowanych w pięciu województwach. W każdym województwie kontrolą objęto po jednym szpitalu należącym do I, II i III poziomu zabezpieczenia.

Infografika nr 1

Wykaz szpitali objętych kontrolą ze wskazaniem poziomu zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, do którego zostały zakwalifikowane



Źródło: opracowanie własne NIK.

2. OCENA OGÓLNA

Szpital w większości zagadnień objętych kontrolą były przygotowane na wypadek przerw w dostawach energii

Szpital w większości były przygotowane do nieprzerwanego świadczenia usług medycznych na wypadek braku zasilania w energię elektryczną ze źródeł zewnętrznych

Spośród 15 objętych kontrolą szpitali najlepiej przygotowane do zapewnienia ciągłości świadczenia usług medycznych na wypadek braku zasilania w energię elektryczną ze źródeł zewnętrznych były Szpital Wojewódzki im. M. Kopernika w Koszalinie oraz Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Świdnicy, w których kontrola wykazała najmniejszą liczbę nieprawidłowości⁹ (Infografika nr 2).

Wszystkie skontrolowane szpitale (15) dysponowały rezerwowym źródłem zasilania w postaci agregatów prądotwórczych o wymaganej mocy, wyposażonych w funkcję autostartu. Jednak dwa szpitale z 15¹⁰ posiadały oddziały znajdujące się w budynkach także poza główną siedzibą, które były zabezpieczone przez agregaty prądotwórcze starszej generacji, charakteryzujące się wystarczającą mocą, lecz bez funkcji autostartu, co było niezgodne z § 42 rozporządzenia ws. wymagań dla szpitali.

Spośród 15 objętych kontrolą szpitali 13 było wyposażonych w urządzenia UPS zapewniające bezprzerwowe zasilanie kluczowych systemów i urządzeń szpitala podtrzymujące dostawę energii elektrycznej do czasu przejęcia zasilania przez agregat prądotwórczy i zabezpieczające przed skokami napięcia. Jedynie dwa szpitale¹¹ nie posiadały wymaganych przepisami urządzeń bezprzerwowego zasilania, wskutek czego urządzenia medyczne, w tym znajdujące się w pomieszczeniach bloków operacyjnych i oddziałów intensywnej terapii, nie były zabezpieczone w przypadku zaniku napięcia sieciowego i jego skokowych zmian, co mogło mieć wpływ na bezpieczeństwo przebywających tam pacjentów.

Agregaty prądotwórcze oraz urządzenia UPS, będące na wyposażeniu szpitali, były na dzień przeprowadzenia kontroli sprawne, szpitale nie zapewniły jednak rzetelnego i terminowego serwisowania,

⁹ Wykaz ocen kontrolowanych jednostek znajduje się w punkcie 6.1.1. na str. 41–48.

¹⁰ Wojewódzki Szpital Podkarpacki im. Jana Pawła II w Krośnie i Specjalistyczny Szpital im. Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu.

¹¹ Szpital Powiatowy w Pyrzycach i SP ZOZ w Chełmnie.

zwłaszcza agregatów prądotwórczych, których obsługa wymaga przestrzegania zaleceń producenta, zawartych w dokumentacji techniczno-ruchowej każdego urządzenia, a także dokumentowania wykonywanych czynności ich obsługi. Dotyczyło to w szczególności niepełnego wywiązywania się z obowiązku przeprowadzania próbnych uruchomień agregatów prądotwórczych¹².

W ośmiu szpitalach obsługa i konserwacja aparatury i urządzeń medycznych, wyposażonych we własne źródło podtrzymywania zasilania, była prawidłowo realizowana. Wystąpiły jednak przypadki opóźnień w przeprowadzaniu przeglądów technicznych i niektórych czynności serwisowych, co wskazuje na nierzetelne zorganizowanie procesu planowania i przeprowadzania procedur serwisowych tych urządzeń.

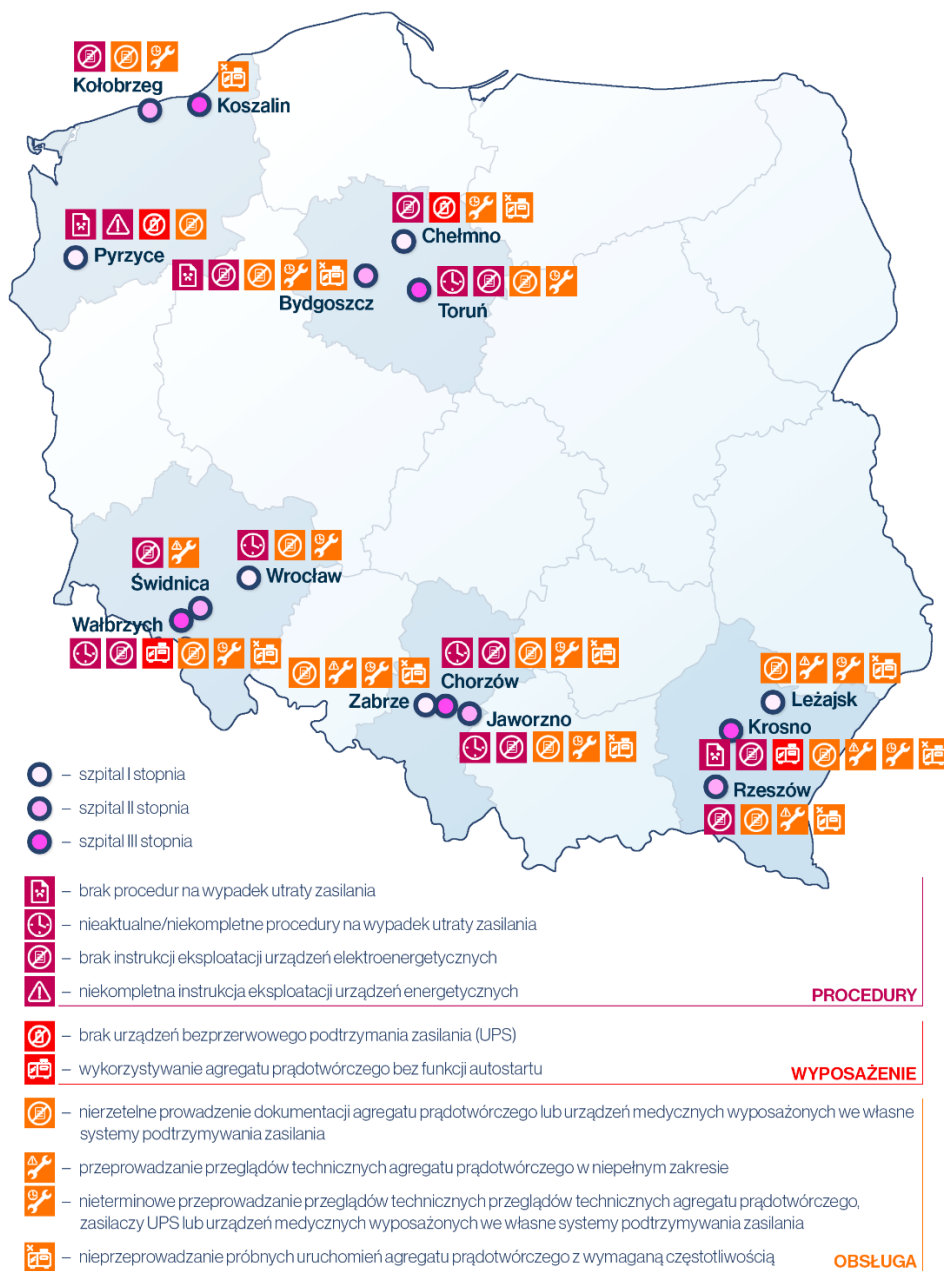
W 14 szpitalach wdrożono procedury postępowania na wypadek nagłego braku zasilania w energię elektryczną ze źródeł zewnętrznych, choć w trzech szpitalach nie były one kompletne, a w trzech kolejnych wymagały aktualizacji. Tylko w jednym przypadku procedury takie nie zostały w ogóle opracowane.

Dyrektorzy 10 skontrolowanych szpitali nie wywiązali się prawidłowo z obowiązku opracowania instrukcji eksploatacji posiadanych urządzeń energetycznych, w tym rezerwowych źródeł zasilania. W ośmiu szpitalach instrukcja eksploatacji dla urządzeń elektroenergetycznych nie została w ogóle opracowana, a w dwóch kolejnych nie obejmowała ona wszystkich wymaganych elementów.

¹² Obowiązki dotyczące obsługi i konserwacji agregatów prądotwórczych, w tym wymagana częstotliwość przeprowadzania próbnych uruchomień, były określone w Dokumentacji techniczno-ruchowej każdego urządzenia.

Infografika nr 2

Rozkład występowania typowych nieprawidłowości stwierdzonych w toku kontroli:
(wszystkie szpitale dysponowały sprawnymi agregatami prądotwórczymi o mocy przewyższającej wymagany poziom)



Źródło: opracowanie własne NIK.

3. SYNTEZA

Szpitala były przygotowane proceduralnie i organizacyjnie na wypadek braku zasilania w energię

Spośród 15 objętych kontrolą szpitali osiem było odpowiednio przygotowanych proceduralnie i organizacyjnie do sytuacji nagłej utraty zasilania w energię elektryczną ze źródeł zewnętrznych. W 14 szpitalach sposób postępowania w sytuacji utraty zasilania został opracowany i formalnie przyjęty, a w ośmiu z nich regulacje te były aktualne i kompletne, tj. zawierały opisy czynności niezbędnych do zapewnienia bezprzerwowego zasilania placówki, wskazanie osób odpowiedzialnych za ich realizację i nadzorowanie podejmowanych działań. W sześciu szpitalach obowiązujące procedury wymagały doprecyzowania zadań uczestników ww. działań lub opisu systemów powiadamiania (trzy przypadki) bądź aktualizacji listy kontaktów (trzy przypadki). Powyższe braki mogły utrudniać ustalenie przyczyn i zakresu awarii, a także opóźniać podejmowanie niezbędnych czynności. W jedynym szpitalu, w którym nie było procedur postępowania na wypadek utraty zasilania w energię elektryczną, działania w celu ich opracowania zostały podjęte w trakcie kontroli NIK.

Obowiązki związane z zapewnieniem zasilania oraz obsługą i konserwacją urządzeń elektroenergetycznych były w większości przypadków przypisane komórkom organizacyjnym wskazanym w regulaminach organizacyjnych szpitali¹³, a w przypadku szpitala, który te zadania zlecał podmiotowi zewnętrznemu, zakres ten uregulowano w umowie. W 10 skontrolowanych szpitalach liczba pracowników posiadających uprawnienia w zakresie eksploatacji zespołów prądotwórczych oraz sposób organizacji ich pracy umożliwiały całodobową obecność pracownika posiadającego wymagane kwalifikacje na terenie szpitala. W pozostałych pięciu, uprawnieni pracownicy po godzinach pracy i w dni wolne pełnili dyżury telefoniczne, przy czym w jednym ze szpitali pełnienie takich dyżurów nie zostało sformalizowane, co w przypadku sytuacji kryzysowej mogło utrudnić ustalenie osoby faktycznie pełniącej dyżur. [str. 18–23]

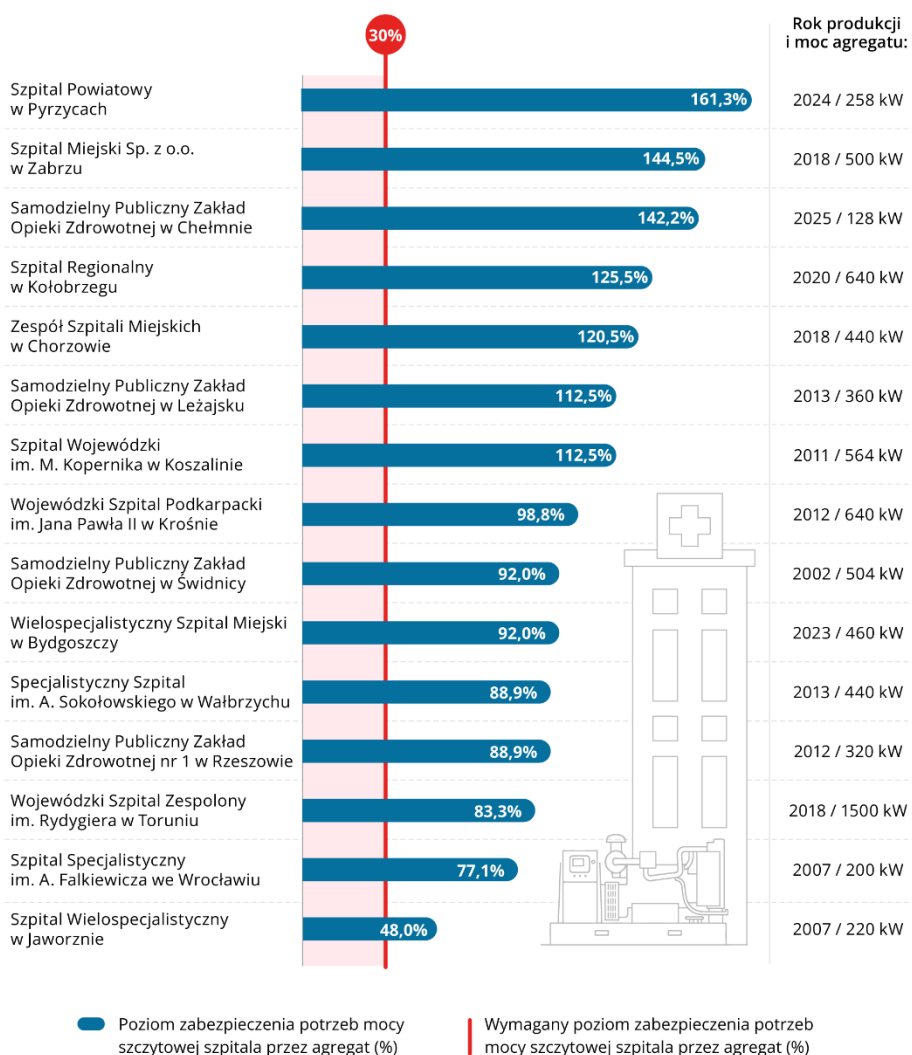
Szpitala posiadały rezerwowe źródła zasilania o wymaganej mocy, przy czym nie wszystkie agregaty były wyposażone w funkcję autostartu

Wszystkie objęte kontrolą szpitale dysponowały rezerwowymi źródłami zasilania w energię elektryczną w postaci agregatów prądotwórczych zasilanych silnikami spalinowymi o mocy przewyższającej minimalny wymagany przepisami poziom 30% potrzeb mocy szczytowej, w tym siedem posiadało agregaty o mocy wyższej niż całkowite zapotrzebowanie szpitala na energię elektryczną.

¹³ Lub dokumentach równorzędnych.

Infografika nr 3

Poziom zabezpieczenia potrzeb mocy szczytowej w szpitalach przez zainstalowane w nich agregaty prądotwórcze¹⁴



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie ustaleń kontroli.

Wyposażenie dwóch z 15 objętych kontrolą szpitali, posiadających oddziały usytuowane w różnych lokalizacjach, tylko częściowo odpowiadało wymogom § 42 rozporządzenia ws. wymagań dla szpitali, gdyż oddziały zlokalizowane poza główną siedzibą szpitala (pod innymi adresami) zabezpieczone były agregatami starszej generacji, które mimo wystarczającej mocy nie posiadały funkcji autostartu.

¹⁴ Dla czterech szpitali, które posiadały oddziały usytuowane w więcej niż jednej lokalizacji oraz wyposażonych w więcej niż jeden agregat prądotwórczy (Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera w Toruniu, Zespół Szpitali Miejskich w Chorzowie, Wojewódzki Szpital Podkarpacki im. Jana Pawła II w Krośnie i Specjalistyczny Szpital im. Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu) dane w infografice dotyczą agregatu o największej mocy w głównej siedzibie szpitala (dla Szpitala w Krośnie, uwzględniając specyfikę jednostki, podana w infografice wielkość stanowi łączną moc posiadanych przez szpital agregatów w głównej lokalizacji, wg stanu na koniec 2024 r. Największy agregat tego szpitala pokrywał 48,5% potrzeb mocy).

Czas ręcznego uruchomienia tych agregatów był wydłużony w porównaniu do urządzeń uruchamianych samoczynnie. Ryzyka związane z dysponowaniem agregatami nieposiadającymi wymaganej funkcji autostartu były do pewnego stopnia ograniczone faktem, iż w lokalizacjach tych oddziały nie udzielały świadczeń o charakterze operacyjnym. [str. 23–24]

**Większość szpitali
była wyposażona
w urządzenia
bezpierwowego
zasilania**

Nie wszystkie objęte kontrolą szpitale były wyposażone w urządzenia bezprzerwowego zasilania (UPS), o którym mowa w § 42 rozporządzenia ws. wymagań dla szpitali. Spośród skontrolowanych szpitali 13 posiadało urządzenia UPS (w tym jeden dysponował UPS dynamicznym, zintegrowanym z agregatem prądotwórczym), natomiast dwa szpitale nie posiadały urządzeń UPS, ani nie stosowały innych równorzędnych rozwiązań technicznych, wskutek czego wymóg zapewnienia bezprzerwowego zasilania nie został przez nie spełniony, a zasilanie elektrycznych urządzeń medycznych, w tym znajdujących się na wyposażeniu bloku operacyjnego i oddziału intensywnej terapii, w czasie niezbędnym do uruchomienia agregatu prądotwórczego nie było zabezpieczone¹⁵. [str. 24–26]

**Szpitale posiadały
zasilanie z dwóch
niezależnych linii
elektroenergetycznych**

Dodatkowym, choć niewymaganym przepisami, elementem zabezpieczenia szpitali na wypadek zaniku napięcia, było zasilanie z dwóch niezależnych zewnętrznych linii elektroenergetycznych. Wszystkie objęte kontrolą szpitale takie dwa niezależne kierunki zasilania posiadały¹⁶. [str. 24]

**Agregaty
prądotwórcze szpitali
były sprawne,
jednak ich obsługa
i konserwacja
nie była prawidłowa**

We wszystkich szpitalach agregaty prądotwórcze na dzień przeprowadzenia kontroli były sprawne. Z kolei nieprawidłowości w zakresie ich obsługi i konserwacji wystąpiły w 14 badanych placówkach. Polegały one na: nieterminowym przeprowadzaniu przeglądów okresowych¹⁷, pomijaniu w trakcie przeglądów dokonywania niektórych wymaganych czynności¹⁸, niedokumentowaniu zakresu wykonanych przeglądów, a w szczególności nieprzeprowadzaniu próbnych uruchomień agregatu na biegu jałowym i pod obciążeniem¹⁹. [str. 27–33]

¹⁵ Co dotyczyło urządzeń medycznych nieposiadających własnego (indywidualnego) źródła podtrzymania zasilania w postaci np. baterii lub akumulatorów. W szpitalach tych, do czasu kontroli NIK, brak UPS-ów nie był identyfikowany jako stan niezgodny z obowiązującymi przepisami.

¹⁶ Wyjątek stanowił jeden z obiektów, w którym znajdowała się część oddziałów Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie (w lokalizacji przy ul. Grodzkiej). Obiekt ten posiadał zasilanie tylko z jednej linii.

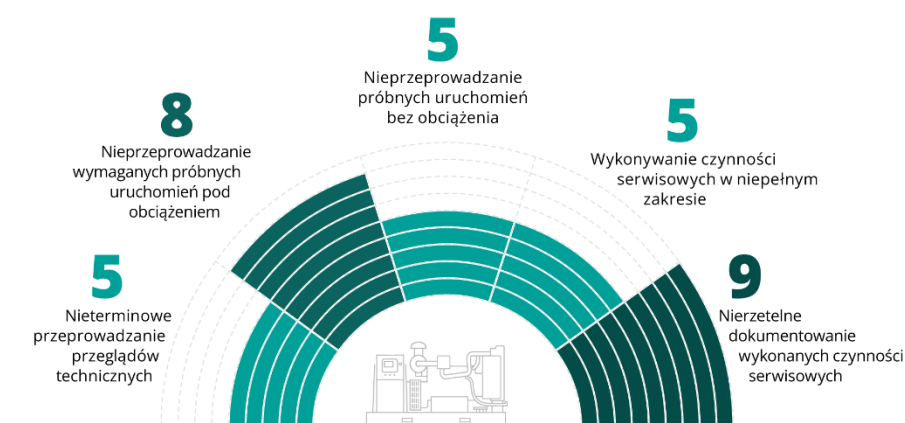
¹⁷ Najczęstszą przyczyną opóźnień było przeoczenie przez pracowników terminu przeglądu lub brak dostępności serwisu zewnętrznego.

¹⁸ Co dotyczyło zwłaszcza wymiany oleju lub płynów eksploatacyjnych. Najczęściej wynikało to z uznania przez osoby serwisujące agregat, że nie jest to konieczne ze względu na niski przebieg agregatu (uruchamianego tylko podczas testów).

¹⁹ Jako przyczynę nieprzeprowadzania próbnych uruchomień agregatu pod obciążeniem wskazywano zwykle trudności organizacyjne i potencjalne ryzyko dla pacjentów ze względu na konieczność odcięcia zasilania sieciowego podczas testu.

Infografika nr 4

Nieprawidłowości w zakresie obsługi i konserwacji agregatów prądotwórczych



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie ustaleń kontroli.

NIK zwraca uwagę, że dokumentacja techniczno-ruchowa agregatów prądotwórczych nie zawsze uwzględnia specyfikę wykorzystania tego typu urządzeń w placówkach ochrony zdrowia, w których nie pracują one w trybie ciągłym, lecz pełnią rolę zabezpieczenia na wypadek awarii, przez co są one uruchamiane najczęściej jedynie podczas testów. Dlatego wymagania dotyczące częstotliwości próbných uruchomień agregatów pod obciążeniem mogą być postrzegane jako nieadekwatne do charakteru pracy tych urządzeń w szpitalach²⁰. Pozyskane w toku kontroli informacje od producentów agregatów prądotwórczych wskazują, że – uwzględniając specyfikę ich pracy w szpitalach – możliwa jest, bez szkody dla ich sprawności i niezawodności, zmiana wymaganej liczby takich prób w skali roku. Każda taka zmiana powinna być jednak uprzednio uzgodniona i zaakceptowana przez producenta danego urządzenia lub jego autoryzowanego przedstawiciela. [str. 29–31]

Większość szpitali nie posiadała instrukcji eksploatacji urządzeń energetycznych

W większości skontrolowanych szpitali Dyrektorzy nie zapewnili opracowania i wdrożenia instrukcji eksploatacji urządzenia energetycznego lub grup urządzeń energetycznych (co dotyczy agregatów prądotwórczych, UPS-ów, rozdzielni i instalacji). Osiem z nich²¹

²⁰ Co w szczególności dotyczy zbyt dużej częstotliwości próbných uruchomień agregatu pod obciążeniem. Próbné uruchomienia agregatów pod obciążeniem mogą wiązać się z odłączeniem podstawowego zasilania w całym szpitalu, monitorowaniem stanu instalacji podczas próby, a nawet ograniczeniem używania części urządzeń zasilanych elektrycznie.

²¹ Szpital Wielospecjalistyczny w Jaworznie, Szpital Kliniczny im. dr. E. Warmińskiego Politechniki Bydgoskiej w Bydgoszczy, Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera w Toruniu, SP ZOZ nr 1 w Rzeszowie, Wojewódzki Szpital Podkarpacki im. Jana Pawła II w Krośnie, Regionalny Szpital w Kołobrzegu, SP ZOZ w Świdnicy i Specjalistyczny Szpital im. Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu. Najczęstszą przyczyną braku instrukcji eksploatacji urządzeń energetycznych był brak wiedzy, że taką instrukcję należy opracować dla wszystkich posiadanych przez szpital urządzeń elektroenergetycznych.

nie posiadało instrukcji eksploatacji funkcjonujących w szpitalu urządzeń energetycznych, a w dwóch kolejnych²² instrukcja nie obejmowała wszystkich wymaganych rozporządzeniem elementów. [str. 27–28]

Szpitaly prowadziły prawidłową obsługę urządzeń UPS

Szpitaly zapewniały prawidłową obsługę posiadanych urządzeń bezprzerwowego zasilania (UPS). W ośmiu szpitalach wyposażonych w UPS) przeglądy techniczne i kontrole stanu naładowania tych urządzeń były prawidłowo przeprowadzane i dokumentowane, a przypadki nieprzeprowadzania lub nieterminowego przeprowadzania przeglądów miały charakter jednostkowy. [str. 33–34]

Większość szpitali terminowo serwisowała urządzenia medyczne wyposażone we własne źródło podtrzymywania zasilania

W ośmiu skontrolowanych szpitalach dokumentacja urządzeń medycznych wyposażonych we własne źródło podtrzymywania zasilania²³ była prowadzona rzetelnie, a przeglądy techniczne było terminowo przeprowadzane i prawidłowo dokumentowane. Spośród 366 objętych kontrolą urządzeń medycznych przegląd techniczny z opóźnieniem wykonano w przypadku 54 z nich (14,8%), z czego 16 wynikało z przyczyn leżących po stronie podmiotów serwisujących²⁴.

Infografika nr 5

Terminowość przeprowadzania przeglądów technicznych urządzeń medycznych wyposażonych we własne źródło podtrzymywania zasilania

312 (85,2%) urządzeń medycznych
z przeglądem przeprowadzonym
w prawidłowym terminie



54 (14,8%) urządzeń medycznych z przeglądem przeprowadzonym z opóźnieniem, w tym:

38 (70,3%) z przyczyn po stronie szpitali

16 (29,7%) z przyczyn po stronie serwisów

Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie ustaleń kontroli.

Przypadki nieterminowego serwisowania urządzeń medycznych miały miejsce w siedmiu szpitalach, z których w sześciu odnotowano również przypadki nierzetelnego prowadzenia harmonogramów lub paszportów technicznych, co wskazuje na korelację pomiędzy sposobem prowadzenia dokumentacji urządzeń i liczbą nieprawidłowości w zakresie ich serwisowania. [str. 34–36]

²² Zespół Szpitali Miejskich w Chorzowie, Szpital Powiatowy w Pyrzycach.

²³ Poszczególne szpitale objęte kontrolą posiadały od 100 do 3034 takich urządzeń.

²⁴ Co spowodowane było głównie ograniczeniami organizacyjnymi zewnętrznymi serwisów.

Infografika nr 6

Nieprawidłowości w zakresie obsługi i konserwacji urządzeń medycznych wyposażonych we własne źródło podtrzymywania zasilania



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie ustaleń kontroli.

4. WNIOSKI

Dyrektorzy szpitali

1. Przeprowadzanie próbnych uruchomień agregatów prądotwórczych w sposób zgodny z wymogami ujętymi w dokumentacjach techniczno-ruchowych producentów tych urządzeń, a w przypadkach wątpliwości, co do adekwatności wymaganej częstotliwości takich prób w danym szpitalu, dokonywanie z producentem tych urządzeń uzgodnień ewentualnej, indywidualnej modyfikacji powyższej dokumentacji na potrzeby szpitala.
2. Wywiązywanie się z obowiązku opracowania instrukcji eksploatacji urządzeń energetycznych funkcjonujących w szpitalu (m.in. agregatów prądotwórczych, UPS-ów, rozdzielni), obejmujących wszystkie elementy wymagane przepisami oraz wynikające z wymogów producentów tych urządzeń.
3. Zapewnienie bezprzerwowego zasilania w energię elektryczną kluczowych systemów i urządzeń szpitala, w tym bloku operacyjnego i oddziału intensywnej terapii, poprzez stosowanie UPS-ów lub innych równorzędnych rozwiązań technicznych.
4. Planowanie przeprowadzania przeglądów technicznych aparatury medycznej wyposażonej we własne źródła podtrzymywania zasilania, z wyprzedzeniem pozwalającym wyeliminować opóźnienia w terminowym wykonywaniu tych czynności przez zewnętrzne autoryzowane serwisy producentów oraz zapewnienie rzetelnego prowadzenia dokumentacji technicznej tych urządzeń.

5. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

5.1. PRZYGOTOWANIE SZPITALA POD WZGLĘDEM PROCEDURALNYM I ORGANIZACYJNYM NA WYPADEK NAGŁEGO BRAKU ZASILANIA W ENERGIĘ ELEKTRYCZNĄ ZE ŹRÓDEŁ ZEWNĘTRZNYCH

Szpitala w większości były prawidłowo przygotowane pod względem proceduralnym i organizacyjnym na wypadek nagłego braku zasilania w energię elektryczną ze źródeł zewnętrznych.

5.1.1. OPRACOWANIE I WDROŻENIE PROCEDUR POSTĘPOWANIA W SYTUACJI NAGŁEJ UTRATY ZASILANIA

Prawidłowe przygotowanie szpitali pod względem proceduralnym i organizacyjnym

Zapewnienie ciągłości udzielania świadczeń medycznych w przypadku wystąpienia sytuacji kryzysowej, polegającej na braku zasilania w energię elektryczną wymaga opracowania i wdrożenia przez szpital planów i procedur na taką okoliczność, zgodnych z aktualną strukturą organizacyjną szpitala oraz obowiązującymi w nim regulacjami wewnętrznymi. Niezbędne jest także zatrudnienie pracowników posiadających wymagane kwalifikacje i uprawnienia do obsługi urządzeń i aparatury umożliwiającej zachowanie ciągłości zasilania w energię elektryczną. Spośród 15 szpitali 14 było przygotowanych pod względem proceduralnym na wypadek nagłego braku zasilania w energię elektryczną ze źródeł zewnętrznych. Opracowano i wdrożono w nich procedury postępowania na wypadek utraty zasilania ze źródeł zewnętrznych. Procedur takich w ogóle nie wdrożono tylko w jednym szpitalu²⁵. Jego Dyrektor uznał, że sformułowanie w Regulaminie Organizacyjnym ogólnego obowiązku zapewnienia utrzymania w pełnej gotowości technicznej infrastruktury Szpitala i zapewnienia racjonalnej i efektywnej eksploatacji urządzeń energetycznych obejmuje działania niezbędne do podjęcia w przypadku nagłego braku zasilania w energię elektryczną. Mimo to zadeklarował w toku kontroli, że „podjął czynności celem sformalizowania sposobu działania na wypadek utraty zasilania i odzwierciedlenia przyjętych w Szpitalu zwyczajów w formalnym dokumencie”.

W czterech skontrolowanych placówkach²⁶ procedury postępowania na wypadek nagłego braku zasilania zostały opracowane na potrzeby spełnienia standardów akredytacyjnych, w trzech kolejnych²⁷ – w ramach

²⁵ Szpital Kliniczny im. dr. E. Warmińskiego Politechniki Bydgoskiej.

²⁶ SP ZOZ Zespół Szpitali Miejskich w Chorzowie, Zespół Opieki Zdrowotnej w Chełmnie, Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera w Toruniu i SP ZOZ w Leżajsku.

²⁷ SP ZOZ Szpital Wielospecjalistyczny w Jaworznie, Szpital Miejski Sp. z o.o. w Zabrze i Regionalny Szpital w Kołobrzegu.

systemu zarządzania jakością ISO 9001, a w jednym²⁸ stanowiły element systemu zarządzania środowiskowego ISO 14001. W pozostałych sześciu szpitalach²⁹ procedury były wdrażane jako niezwiązane z ww. systemami zarządzania jakością zarządzenia dyrektora lub zarządu szpitala w formie instrukcji, procedur lub planów postępowania na wypadek awarii.

Treść procedur obowiązujących w objętych kontrolą szpitalach wskazywała, że zakres przyjętych regulacji w trzech przypadkach³⁰ nie obejmował wszystkich elementów niezbędnych do podjęcia niezwłocznych i zorganizowanych działań w sytuacji utraty zasilania, gdyż nie wskazano w nich m.in. osób kierujących akcją, nie określono zadań pracowników w niej uczestniczących lub sposobów powiadamiania i komunikacji w czasie jej trwania. Potencjalnie mogło to prowadzić do: braku właściwej koordynacji działań, opóźnienia w podejmowaniu kluczowych czynności oraz ryzyka błędów wynikających z działania pod presją czasu – bez jasnych wytycznych.

Przykład

Na potrzeby spełnienia standardu akredytacyjnego, Dział Techniczny Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego im. L. Rydygiera w Toruniu opracował dokument pn. „Systemy Zasilania Awaryjnego”. Dokument ten zawierał wyłącznie opis źródeł zasilania w energię elektryczną i wyposażenia w rezerwowe źródła zasilania poszczególnych obiektów szpitala. Nie wskazano w tym dokumencie, ani w innych regulacjach wewnętrznych szpitala, osób wytypowanych do kierowania akcją ani czynności, które mają zostać podjęte przez konkretne komórki organizacyjne lub pracowników. Dokument nie określał również systemu powiadamiania.

W trzech kolejnych szpitalach³¹ procedury nie były aktualizowane, co mogło negatywnie wpływać przede wszystkim na sprawność systemu powiadamiania:

Przykład

W Wojewódzkim Szpitalu Podkarpackim im. Jana Pawła II w Krośnie w procedurach dotyczących sytuacji awaryjnych i katastrof, zdefiniowano sytuacje awaryjne i zdarzenia nadzwyczajne oraz określono uprawnienia,

²⁸ SP ZOZ w Świdnicy.

²⁹ SP ZOZ nr 1 w Rzeszowie, Wojewódzki Szpital Podkarpacki Im. Jana Pawła II w Krośnie, Szpital Powiatowy w Przycach, Szpital Wojewódzki Im. Mikołaja Kopernika w Koszalinie, Szpital Specjalistyczny im. Falkiewicza we Wrocławiu, Specjalistyczny Szpital im. Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu.

³⁰ SP ZOZ Zespół Szpitali Miejskich w Chorzowie, Wojewódzki Szpital Zespołowy im. L. Rydygiera w Toruniu, Szpital Powiatowy w Przycach.

³¹ Wojewódzki Szpital Podkarpacki Im. Jana Pawła II w Krośnie, Szpital Powiatowy w Przycach, Szpital Specjalistyczny im. Falkiewicza we Wrocławiu.

kompetencje i procedury, na wypadek ich wystąpienia. Jednak wykazane w procedurach numery telefonów do istotnych uczestników akcji, w tym do: Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa, Inspektora ds. przeciwpożarowych, Inspektora bhp i Kierownika Sekcji Transportu były nieaktualne.

5.1.2. PRZYPISANE DO KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH I STANOWISK DZIAŁANIA NIEZBĘDNE DO PODJĘCIA W PRZYPADKU NAGŁEGO BRAKU ZASILANIA W ENERGIĘ ELEKTRYCZNĄ.

**Większość szpitali
przypisała działania
na wypadek braku
zasilania wskazanym
komórkom
lub stanowiskom**

Działania niezbędne do podjęcia w przypadku nagłego braku zasilania w energię elektryczną oraz zadania związane z zapewnieniem zasilania, a także utrzymaniem infrastruktury elektroenergetycznej szpitala oraz bieżącej obsługi i konserwacji urządzeń elektrycznych w 13 z 15 skontrolowanych szpitalach zostały przypisane do konkretnych komórek organizacyjnych i stanowisk, a ich zakres, w części dotyczącej działań na wypadek awarii, odpowiadał czynnościom określonym w procedurach. W jednym przypadku³², zarówno bieżąca obsługa urządzeń i instalacji elektrycznej, jak i działania związane z utratą zasilania realizowane było przez podmioty zewnętrzne wyłaniane w postępowaniach o udzielenie zamówień publicznych. W jednym szpitalu³³ (tym samym, który nie posiadał procedur na wypadek utraty zasilania), Działowi Eksploatacyjno-Technicznemu przypisano jedynie, w ogólny sposób, obowiązek zapewnienia „utrzymania w pełnej gotowości technicznej infrastruktury” bez przypisania wskazanych zadań do konkretnych komórek organizacyjnych i stanowisk, co w razie wystąpienia awarii mogło opóźnić podjęcie niezbędnych działań.

Sposób zabezpieczenia całodobowej dostępności obsługi urządzeń i instalacji elektrycznych w szpitalu był uzależniony od przyjętych rozwiązań organizacyjnych i liczby zatrudnionych pracowników posiadających odpowiednie uprawnienia. Szpitale objęte kontrolą zatrudniały od 1³⁴ do 17³⁵ pracowników obsługujących urządzenia i instalacje elektryczne. W 10³⁶ z nich osoby te pracowały w systemie

³² Zespół Opieki Zdrowotnej w Chełmnie.

³³ Szpital Kliniczny im. dr. E. Warmińskiego Politechniki Bydgoskiej w Bydgoszczy.

³⁴ Szpital Powiatowy w Pyrzycach. W tym przypadku, w razie nieobecności elektryka zastępował go pracownik gospodarczy – konserwator, który również posiadał świadectwo kwalifikacyjne SEP.

³⁵ Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera w Toruniu.

³⁶ Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera w Toruniu, Szpital Kliniczny im. dr. E. Warmińskiego Politechniki Bydgoskiej, Szpital Miejski Sp. z o.o. w Zabrze, SP ZOZ nr 1 w Rzeszowie, Wojewódzki Szpital Podkarpacki im. Jana Pawła II w Krośnie, Regionalny Szpital w Kołobrzegu, Szpital Wojewódzki im. M. Kopernika w Koszalinie, Szpital Specjalistyczny im. A. Falkiewicza we Wrocławiu, Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Świdnicy i Specjalistyczny Szpital im. Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu.

zmianowym, co zapewniało całodobową obecność elektryka posiadającego odpowiednie uprawnienia na terenie szpitala. W pozostałych pięciu szpitalach³⁷ uprawnieni elektrycy po godzinach pracy i w dni wolne pełnili dyżury według ustalonych grafików. Tylko w jednym szpitalu³⁸, w którym po godzinie 15 oraz w dni wolne od pracy wyznaczeni pracownicy mieli pełnić „dyżury na telefon” (co oznaczało, że byli zobowiązani do odebrania telefonu o awarii zgłoszonej przez personel Szpitala i ewentualnego przyjazdu do Szpitala w celu usunięcia zgłoszonej usterki), pełnienie dyżurów nie było w żaden sposób sformalizowane ani udokumentowane, co w przypadku wystąpienia sytuacji kryzysowej, generowało ryzyko trudności w ustaleniu, kto faktycznie był osobą odpowiedzialną za pełnienie dyżuru.

5.1.3. KWALIFIKACJE PRACOWNIKÓW OBSŁUGUJĄCYCH REZERWOWE ŹRÓDŁA ZASILANIA.

**Pracownicy szpitali
obsługujący
urządzenia/instalacje
elektryczne posiadali
wymagane
uprawnienia**

Obsługa instalacji, urządzeń i sieci elektrycznej wymaga posiadania świadectwa kwalifikacyjnego energetycznego (tzw. świadectwa SEP³⁹), o których mowa w art. 54 ust. 1 ustawy z dnia 10 kwietnia 1997 r. Prawo energetyczne⁴⁰, uprawniające co najmniej do ich eksploatacji (świadectwo kwalifikacyjne z grupy G-1E). Osoby obsługujące agregaty powinny posiadać takie świadectwo obejmujące swoim zakresem zespoły prądotwórcze o mocy wyższej niż 50 kW.

We wszystkich objętych kontrolą szpitalach pracownicy⁴¹ wykonujący zadania związane z obsługą instalacji, urządzeń i sieci (w tym agregatów prądotwórczych) posiadali wymagane uprawnienia potwierdzone świadectwem kwalifikacyjnym energetycznym. W dwóch szpitalach⁴² miały jednak miejsce pojedyncze przypadki przypisywania zadań przekraczających posiadane uprawnienia lub dopuszczania do wykonywania czynności przez pracowników, którzy nie posiadali uprawnień (m.in. ze względu na upływ terminu ważności ich świadectw kwalifikacyjnych⁴³) lub posiadającym świadectwa kwalifikacyjne o zakresie niewystarczającym do przeprowadzania tych czynności:

³⁷ SP Zespół Opieki Zdrowotnej w Leżajsku, Szpital Powiatowy w Pyrzycach, SP ZOZ Szpital Wielospecjalistyczny w Jaworznie, SP ZOZ Zespół Szpitali Miejskich w Chorzowie i SP ZOZ w Chełmnie (obsługiwany przez podmiot zewnętrzny).

³⁸ SP ZOZ Szpital Wielospecjalistyczny w Jaworznie.

³⁹ Świadectwo SEP (Stowarzyszenia Elektryków Polskich) jest określeniem potocznie używanym dla świadectw potwierdzających kwalifikacje do pracy przy urządzeniach, instalacjach i sieciach energetycznych.

⁴⁰ Dz. U. z 2024 r. poz. 266, ze zm.

⁴¹ W przypadku ZOZ w Chełmnie – pracownicy zewnętrznego podmiotu obsługującego szpital.

⁴² Wojewódzki Szpital Podkarpacki im. Jana Pawła II w Krośnie i Specjalistyczny Szpital im. Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu.

⁴³ Świadectwa kwalifikacyjne energetyczne są wydawane na okres 5 lat.

Przykłady

1. W Specjalistycznym Szpitalu im. Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu zadanie zapewnienia ciągłości pracy sieci elektrycznej powierzono m.in. trzem elektrykom, których zakres świadectw kwalifikacji energetycznych w latach 2023–2024 nie obejmował zespołów prądotwórczych o mocy wyższej niż 50 kW, a ponadto jeden z nich w okresie od 28 grudnia 2023 r. do 31 grudnia 2024 r. w ogóle nie posiadał ważnych świadectw kwalifikacji (termin ważności świadectwa upłynął). Powyższe skutkowało samodzielnym wykonywaniem prac obejmujących obsługę agregatu prądotwórczego przez osoby nieposiadające wymaganych kwalifikacji.
2. W Wojewódzkim Szpitalu Podkarpackim im. Jana Pawła II w Krośnie, pracownik zatrudniony na stanowisku Kierownika Sekcji Elektrycznej w Dziale Techniczno-Eksploatacyjnym od 1 stycznia 2024 r. (a wcześniej od 1 września 2023 r. na stanowisku p.o. Kierownika tej sekcji) w kolejnych zakresach czynności miał przypisane zadania obejmujące odpowiedzialność za utrzymanie w stałej sprawności m.in. transformatorów, rozdzielni elektrycznych, linii kablowych i zespołów prądotwórczych. Zadania te wykraczały jednak poza zakres jego uprawnień, gdyż posiadane przez niego świadectwo kwalifikacyjne było ograniczone do urządzeń, instalacji i sieci elektroenergetycznych o napięciu nie wyższym niż 1 kV.

W dwóch kolejnych szpitalach⁴⁴ niektórzy pracownicy odpowiedzialni za obsługę instalacji, urządzeń i sieci elektrycznej okresowo nie posiadali wymaganych uprawnień⁴⁵, jednak nie wykonywali oni w tym czasie samodzielnie czynności związanych z eksploatacją urządzeń, instalacji i sieci, dla których były wymagane takie świadectwa.

Spośród 15 szpitali objętym kontrolą, wystąpił tylko jeden przypadek, kiedy placówka okresowo nie zatrudniała ani jednego pracownika posiadającego uprawnienia do obsługi instalacji, urządzeń i sieci elektrycznej o napięciu znamionowym wyższym niż 1 kV (niezbędnych do obsługi m.in. agregatów prądotwórczych). Sytuacja taka miała miejsce w SP ZOZ Zespół Szpitali Miejskich w Chorzowie. Po nagłym odejściu z pracy jedynego pracownika posiadającego ww. uprawnienia proces rekrutacji następcy, mającego wymagane kwalifikacje, przedłużył się do ok. 6 miesięcy ze względu na niekonkurencyjne wynagrodzenie oferowane przez szpital.

⁴⁴ SP ZOZ w Leżajsku i Szpital Miejski w Zabrze.

⁴⁵ W czasie pomiędzy wygaśnięciem posiadanego świadectwa kwalifikacyjnego a uzyskaniem nowego.

W pozostałych 14 szpitalach przez cały okres objęty kontrolą zapewniono zatrudnienie pracowników posiadających uprawnienia do obsługi instalacji, urządzeń i sieci elektrycznej, potwierdzone świadectwem kwalifikacji energetycznej.

5.2. WYPOSAŻENIE SZPITALA W REZERWOWE ŹRÓDŁA ZASILANIA W ENERGIĘ ELEKTRYCZNĄ ORAZ INNE URZĄDZENIA ZAPEWNIAJĄCE BEZPRZERWOWE ZASILANIE URZĄDZEŃ, SPRZĘTU I APARATURY MEDYCZNEJ

Szpitala dysponowały rezerwowymi źródłami zasilania w energię elektryczną o wymaganych przepisami parametrach oraz innymi urządzeniami zapewniającymi bezprzerwowe zasilanie urządzeń, sprzętu i aparatury medycznej.

5.2.1. AGREGATY PRĄDOTWÓRCZE

Wymagania w zakresie wyposażenia szpitali w agregaty i urządzenia bezprzerwowego zasilania

Dla zabezpieczenia na wypadek nagłej utraty zasilania ze źródeł zewnętrznych, zgodnie z obowiązującymi przepisami, każdy szpital powinien być wyposażony we własne źródło energii elektrycznej⁴⁶ w postaci agregatu prądotwórczego z funkcją autostartu oraz urządzenia zapewniające odpowiedni poziom bezprzerwowego podtrzymania zasilania⁴⁷ (zazwyczaj urządzenia UPS).

Szpitala dysponowały agregatami prądotwórczymi o wymaganej mocy

Wszystkie objęte kontrolą szpitale były wyposażone w zasilane wysokoprężnymi silnikami spalinowymi agregaty prądotwórcze, wyposażone w funkcję autostartu, o mocy przewyższającej minimalny wymagany przepisami poziom 30% potrzeb mocy szczytowej szpitala. W poszczególnych szpitalach moc agregatów stanowiła od 48,0% do 162,2% potrzeb mocy szczytowej placówki⁴⁸, ustalonej na podstawie umowy z operatorami sieci dystrybucyjnej, z czego siedem posiadało agregaty o mocy powyżej 100% potrzeb, dzięki czemu utrata zasilania ze źródeł zewnętrznych nie spowodowałaby żadnych ograniczeń w działalności szpitala.

Dwa szpitale użytkowały agregaty prądotwórcze bez funkcji autostartu

Jedynie w dwóch szpitalach⁴⁹, niektóre oddziały usytuowane w budynkach poza główną lokalizacją (pod różnymi adresami), zabezpieczone były agregatami prądotwórczymi starszej generacji⁵⁰, o wystarczającej

⁴⁶ § 26 ust. 4 rozporządzenia Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie (Dz. U. z 2022 r. poz. 1225, ze zm.).

⁴⁷ Rozporządzenie ws. wymagań dla szpitali.

⁴⁸ W przypadku szpitali wielolokalizacyjnych – dane dla agregatu w głównej siedzibie szpitala.

⁴⁹ Wojewódzki Szpital Podkarpacki im. Jana Pawła II w Krośnie, lokalizacja przy ul. Grodzkiej oraz Specjalistyczny Szpital im. Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu, lokalizacja przy ul. Batorego.

⁵⁰ Wyprodukowane odpowiednio: w 1984 r. i 1989 r.

mocy⁵¹, lecz nieposiadającymi funkcji autostartu, tj. wymagających ręcznego uruchomienia. Jakkolwiek w żadnej z tych lokalizacji nie było oddziałów zabiegowych i w obu placówkach planowana była modernizacja systemów zasilania, to jednak na dzień kontroli rezerwowe źródła zasilania w tych budynkach nie spełniały wymagań przepisów w zakresie wyposażenia.

Przykład

W Wojewódzkim Szpitalu Podkarpackim im. Jana Pawła II w Krośnie uruchomienie agregatu prądotwórczego stanowiącego rezerwowe źródło zasilania w energię elektryczną budynków przy ul. Grodzkiej wymagało wykonania szeregu czynności przez pracownika Szpitala. Szacunkowy łączny czas od zaniku zasilania do przekazania przez ten agregat zasilania elektrycznego do rozdzielnic wynosił co najmniej 5 i pół minuty (uwzględniając przejście pracownika z budynku, w którym znajdował się oddział szpitalny do budynku technicznego oraz przeprowadzenie czynności niezbędnych do rozruchu).

Ponadto wszystkie objęte kontrolą szpitale zasilanie były z dwóch niezależnych linii elektroenergetycznych⁵². Jakkolwiek od 2005 r. rozwiązanie to nie jest obligatoryjne, to jednak stanowi ono dodatkowe zabezpieczenie na wypadek zaniku napięcia w zewnętrznej linii elektroenergetycznej z jednego kierunku.

5.2.2. URZĄDZENIA BEZPRZERWOWEGO ZASILANIA (UPS).

**Większość szpitali
zapewniła
bezpierzerwowe
zasilanie kluczowych
systemów i urządzeń**

Oprócz agregatu prądotwórczego wyposażonego w funkcję autostartu, szpitale powinny być wyposażone w urządzenia zapewniające odpowiedni poziom bezprzerwowego podtrzymania zasilania. Rolę taką pełnią zazwyczaj w szpitalach urządzenia UPS, które służą do awaryjnego zasilania urządzeń elektrycznych w czasie niezbędnym do przejścia zasilania przez agregat prądotwórczy (zwykle ok. 5–20 sekund) oraz chronią instalację elektryczną i zasilane urządzenia przed nagłymi skokami napięcia.

Spośród 15 badanych szpitali 13 w okresie objętym kontrolą posiadało bezprzerwowe zasilanie kluczowych systemów i urządzeń szpitala przy pomocy UPS tradycyjnych lub dynamicznych. W dwóch

⁵¹ Odpowiednio: 285,7% i 153,8% mocy wynikającej z umowy z operatorem sieci dystrybucyjnej dla tych lokalizacji.

⁵² Z wyjątkiem Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie, który posiadał zasilanie z dwóch niezależnych linii elektroenergetycznych tylko dla lokalizacji przy ul. Korczyńskiej, nie miał go jednak w lokalizacji przy ul. Grodzkiej.

przypadkach⁵³ wymóg zapewnienia bezprzerwowego podtrzymania zasilania⁵⁴ nie został spełniony – szpitale te nie posiadały urządzeń UPS ani nie stosowały innych równorzędnych rozwiązań technicznych zapewniających bezprzerwowe zasilanie, wskutek czego urządzenia medyczne nieposiadające własnego źródła podtrzymania zasilania znajdujące się m.in. w pomieszczeniach bloków operacyjnych i oddziałów intensywnej terapii nie były zabezpieczone na wypadek utraty zasilania, co mogło generować ryzyko zakłóceń ciągłości udzielanych świadczeń oraz wpływać na bezpieczeństwo przebywających tam pacjentów.

Przykład

W pomieszczeniach Szpitala Powiatowego w Pyrzycach, w tym na Bloku Operacyjnym i Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii wykorzystywanych było łącznie 37 elektrycznych medycznych urządzeń, mających wpływ na bezpieczeństwo pacjentów⁵⁵, które nie posiadały autonomicznych źródeł zasilania w postaci baterii lub akumulatorów. W sytuacji braku urządzenia UPS lub innego zamiennego o wystarczającym czasie podtrzymania zasilania – w przypadku awarii zasilania, do momentu podjęcia pracy przez agregat prądotwórczy, urządzenia te przestałyby działać.

Wobec powyższego na podstawie art. 51 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli⁵⁶, poinformowano Dyrektora Szpitala oraz Starostę Powiatu Pyrzyckiego jako Organ prowadzący Szpital o stwierdzeniu bezpośredniego niebezpieczeństwa dla życia lub zdrowia pacjentów⁵⁷.

W przypadku Szpitala Wielospecjalistycznego w Jaworznie, miała miejsce trwająca 224 dni przerwa w dostępności urządzeń zapewniających bezprzerwowe zasilanie UPS. Przerwa była spowodowana zapaleniem się jednego z urządzeń UPS zlokalizowanego w wydzielonym pomieszczeniu budynku Bloku Operacyjnego, w wyniku którego urządzenie to zostało zniszczone, natomiast pozostałe trzy urządzenia UPS znajdujące się w tym pomieszczeniu wymagały przed ponownym uruchomieniem pełnej diagnostyki pod kątem ewentualnych uszkodzeń oraz napraw. Po remoncie pomieszczenia, zainstalowano w nim nowy UPS

⁵³ Szpital Powiatowy w Pyrzycach i SP ZOZ w Chełmnie.

⁵⁴ Wynikający z § 42 rozporządzenia w sprawie wymagań, dla szpitali.

⁵⁵ W tym m.in. ssaki elektrochirurgiczne, napęd ortopedyczny oraz wieże do laparoskopii i artroskopii.

⁵⁶ Dz. U. z 2022 r. poz. 623. Dalej: „ustawa o NIK”.

⁵⁷ Taka sama nieprawidłowość wystąpiła również w SP ZOZ w Chełmnie. Obie ww. placówki są szpitalami powiatowymi i należą do I poziomu systemu zabezpieczenia (szpitale o zasięgu lokalnym bądź regionalnym).

oraz pozostałe trzy urządzenia po regeneracji. W powyższym okresie Blok Operacyjny nie posiadał zabezpieczenia w postaci urządzeń bezprzerwowego zasilania.

Ponadto, Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera w Toruniu w swojej głównej lokalizacji⁵⁸ był wyposażony w układ generatora prądotwórczego z UPS dynamicznym. Rozwiązanie to eliminowało konieczność stosowania tradycyjnych urządzeń UPS i pozwalało na bezprzerwową dostawę energii dzięki zasobnikowi energii składającemu się z dwóch wirników będących magazynem energii kinetycznej. Rozwiązanie to, aczkolwiek efektywne, jest równocześnie znacznie kosztowniejsze od tradycyjnego UPS⁵⁹, dlatego jego zastosowanie może być uzasadnione ekonomicznie tylko w największych szpitalach.

5.2.3. URZĄDZENIA MEDYCZNE POSIADAJĄCE WŁASNE SYSTEMY PODTRZYMYWANIA ZASILANIA

**Część urządzeń
medycznych posiadała
indywidualne źródła
zasilania**

Oprócz zabezpieczenia bezprzerwowego zasilania w energię elektryczną w postaci zespołu prądotwórczego oraz zasilaczy UPS, szereg urządzeń medycznych posiada własne, autonomiczne źródła zasilania, w postaci baterii lub akumulatorów zapewniających ciągłość pracy na wypadek zaniku napięcia sieciowego. Ich liczba w poszczególnych szpitalach była uzależniona od wielkości i stopnia specjalizacji szpitala. I tak, szpitale I stopnia zabezpieczenia posiadały od 100 do 382 urządzeń medycznych posiadających własne źródła zasilania, szpitale II stopnia – od 208 do 431, a szpitale III stopnia – od 544 do 3034.

5.3. STAN TECHNICZNY I UTRZYMANIE REZERWOWEGO ŹRÓDŁA ZASILANIA ORAZ INNYCH URZĄDZEŃ ZAPEWNIAJĄCYCH BEZPRZERWOWE ZASILANIE URZĄDZEŃ, SPRZĘTU I APARATURY MEDYCZNEJ

Rezerwowe źródło zasilania szpitala w energię elektryczną oraz inne urządzenia zapewniające bezprzerwowe zasilanie urządzeń, sprzętu i aparatury medycznej były sprawne, przy czym szpitale nie zapewniły w pełni rzetelnego i terminowego ich serwisowania, co w szczególności dotyczyło agregatów prądotwórczych.

⁵⁸ Przy ul. Świętego Józefa. W drugiej lokalizacji przy ul. Konstytucji 3 Maja 42 (Szpital Specjalistyczny dla Dzieci i Dorosłych) stosowano tradycyjne urządzenia UPS.

⁵⁹ Łączny koszt zakupu i instalacji agregatu prądotwórczego wraz z dynamicznym UPS dla szpitala wyniósł 5,5 mln zł.

**Wymagania w zakresie
utrzymania
i konserwacji
agregatów
prądotwórczych**

Sposób użytkowania, konserwacji i naprawy agregatu prądotwórczego określone są w dokumentacji techniczno-ruchowej (DTR), opracowanej indywidualnie dla każdego urządzenia przez jego producenta, która zawiera m.in. opis czynności serwisowych wymaganych do jego prawidłowej pracy. Podobnie w przypadku urządzeń bezprzerwowego zasilania (UPS) oraz aparatury medycznej wyposażonej we własne źródło podtrzymywania zasilania, wymagane czynności serwisowe oraz częstotliwość ich wykonywania są określane przez producenta.

**W większości szpitali
nie opracowano
instrukcji eksploatacji
urządzeń
energetycznych**

O ile sposób serwisowania objętych kontrolą urządzeń określają ich producenci, to zapewnienie bezpiecznego wykonywania czynności serwisowych jest obowiązkiem pracodawcy, wynikającym z § 4 rozporządzenia ws. bhp, wg którego pracodawca (dyrektor szpitala) powinien opracować i wdrożyć instrukcję eksploatacji urządzenia energetycznego lub grup urządzeń energetycznych (w tym agregatów prądotwórczych, UPS-ów, rozdzielni i instalacji). Dyrektorzy ośmiu skontrolowanych szpitali⁶⁰ nie wywiązali się z tego obowiązku, bowiem instrukcja eksploatacji posiadanych przez te szpitale urządzeń energetycznych nie została opracowana, zaś w dwóch kolejnych⁶¹ instrukcja nie obejmowała wszystkich wymaganych rozporządzeniem elementów.

Infografika nr 7

Realizacja obowiązku opracowania instrukcji eksploatacji urządzeń energetycznych

Szpitale, które
**posiadały instrukcję
eksploatacji**
urządzeń energetycznych



Szpitale, których
instrukcja eksploatacji
urządzeń energetycznych
była niekompletna



Szpitale, które
**nie posiadały instrukcji
eksploatacji**
urządzeń energetycznych



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie ustaleń kontroli.

⁶⁰ Szpital Wielospecjalistyczny w Jaworznie, Szpital Kliniczny im. dr. E. Warmińskiego Politechniki Bydgoskiej w Bydgoszczy, Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera w Toruniu, SP ZOZ nr 1 w Rzeszowie, Wojewódzki Szpital Podkarpacki im. Jana Pawła II w Krośnie, Regionalny Szpital w Kołobrzegu, SP ZOZ w Świdnicy i Specjalistyczny Szpital im. Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu.

⁶¹ Zespół Szpitali Miejskich w Chorzowie, Szpital Powiatowy w Pyrzycach.

Przykład

Zespół Szpitali Miejskich w Chorzowie do września 2024 r. w ogóle nie posiadał instrukcji eksploatacji urządzeń energetycznych, którą zgodnie z § 4 rozporządzenia bhp zobowiązany był opracować pracodawca. Dokument pn.: „Instrukcja Bezpiecznego Wykonywania Prac przy Urządzeniach Elektroenergetycznych” Dyrektor Szpitala wprowadził dopiero 10 września 2024 r., jednak w Instrukcji tej nie ujęto części obligatoryjnych regulacji wymienionych w § 4 ust. 1 pkt 1–11 rozporządzenia ws. bhp. W toku kontroli zostały podjęte działania w celu uzupełnienia instrukcji, natomiast jako przyczynę braków wskazano korzystanie z wzoru instrukcji obowiązującego wcześniej w jednym ze szpitali, które obecnie tworzą Zespół Szpitali Miejskich⁶².

5.3.1. STAN TECHNICZNY I UTRZYMANIE AGREGATÓW PRĄDOTWÓRCZYCH

Stosowane w szpitalach agregaty prądotwórcze stanowią element systemu zabezpieczania zasilania, który powinien się charakteryzować wysokim stopniem niezawodności, wymagają starannego serwisowania. Szczególnie wrażliwy jest mechaniczny komponent agregatu, którego obsługa obejmuje m.in. kontrole stanu układów chłodzenia, smarowania, uzupełnianie i wymiana oleju oraz płynów eksploatacyjnych, wymiana pasków, filtrów, sprawdzanie przewodów, połączeń, akumulatorów oraz próbne uruchomienia na biegu jałowym i pod obciążeniem. Wszystkie te czynności powinny być wykonywane z częstotliwością zgodną z wymogami producenta, określonymi w DTR oraz dokumentowane w książce pracy agregatu (lub innym równoważnym dokumencie). Zaniechanie lub opóźnianie przeprowadzania wymaganych czynności serwisowych generowało potencjalne ryzyka, w tym m.in.: braku możliwości uruchomienia agregatu w sytuacji awaryjnej, nieprawidłowej pracy bądź uszkodzenia agregatów prądotwórczych, w tym np. zatarcia elementów ruchomych wskutek długotrwałego postoju bez testów pracy. W powyższym zakresie kontrola wykazała nieprawidłowości w 14 skontrolowanych szpitalach.

⁶² Szpital Dziecięcy przy ul. Truchana w Chorzowie.

Nieprawidłowości polegały na:

W części szpitali nieterminowo przeprowadzano przeglądy techniczne agregatów prądotwórczych

- niedotrzymywaniu terminów przeprowadzania przeglądów okresowych, co stwierdzono w czterech objętych kontrolą szpitalach⁶³. Przyczynami opóźnień w przeprowadzaniu przeglądów były zwykle niedopatrzenia pracowników odpowiedzialnych za obsługę agregatu lub ograniczona dostępność serwisu (przeglądy roczne przeprowadzane przez producenta agregatu lub jego autoryzowanego przedstawiciela). W jednym przypadku jako przyczynę wskazano niedogodną porę roku.

Przykład

W Wojewódzkim Szpitalu Podkarpackim im. Jana Pawła II w Krośnie kolejne roczne przeglądy techniczne agregatów prądotwórczych zainstalowanych przy ul. Korczyńskiej i przy ul. Grodzkiej w roku 2024 i 2025, były wykonywane z narastającym opóźnieniem, przeprowadzono je bowiem odpowiednio: w dniach 27–28 lutego 2024 r. (poprzedni przegląd miał miejsce 13 grudnia 2022 r. – opóźnienie 76–77 dni), natomiast następny przegląd przeprowadzono 4 kwietnia 2025 r. (35–36 dni po terminie). Jak wyjaśnił Dyrektor Szpitala – przeglądy były wykonywane przez firmy zewnętrzne w okresie zimowym, a przerwy wynikały z faktu przesunięcia przeglądów na okres wiosenny, w którym można wykonać dokładniejszy przegląd urządzeń.

W części szpitali przeprowadzano przeglądy agregatów w niepełnym zakresie

- Wykonywaniu przeglądów technicznych w niepełnym zakresie lub niewykonywaniu niektórych wymaganych w DTR czynności serwisowych. Powyższe nieprawidłowości stwierdzono w sześciu szpitalach⁶⁴. Dotyczyło to najczęściej zaniechania wymiany oleju lub płynów eksploatacyjnych, co zwykle uzasadniano niskim przebiegiem agregatów, które były uruchamiane wyłącznie podczas próbnych testów działania.

Przykład

W Szpitalu Miejskim w Zabrze, w trakcie dwóch kolejnych przeglądów nie wymieniono oleju w silniku jednego z dwóch agregatów, który zgodnie z DTR agregatu, powinien być wymieniany co 12 miesięcy,

⁶³ Szpital Miejski Sp. z o.o. w Zabrze, Szpital Wielospecjalistyczny w Jaworznie, Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Leżajsku i Wojewódzki Szpital Podkarpacki im. Jana Pawła II w Krośnie.

⁶⁴ Szpital Miejski Sp. z o.o. w Zabrze, Szpital Kliniczny im. dr. E. Warmińskiego Politechniki Bydgoskiej w Bydgoszczy, Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Leżajsku, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej nr 1 w Rzeszowie, Wojewódzki Szpital Podkarpacki im. Jana Pawła II w Krośnie i Szpital Wojewódzki im. M. Kopernika w Koszalinie.

**W części szpitali
niezetelnie
dokumentowano
czynności
serwisowe**

niezależnie od przebiegu pracy urządzenia. Jak wyjaśnił Dyrektor ds. Techniczno-Administracyjnych Szpitala: „Przeglądy serwisowe agregatu w latach 2023–2024 były przeprowadzane przez firmę zewnętrzną, niebędącą autoryzowanym serwisem producenta. Według ustnych informacji serwisanta, ze względu na bardzo mały przebieg pracy urządzenia, nie było potrzeby corocznej wymiany oleju, pomimo zaleceń zawartych w dokumentacji techniczno-ruchowej (DTR)”.

- Niedokumentowanie przeprowadzonych czynności serwisowych w książkach pracy agregatu lub dokumentowanie ich w sposób uniemożliwiający ustalenie jakie faktycznie czynności zostały wykonane. Nieprawidłowości te miały miejsce w dziewięciu spośród 15 skontrolowanych szpitali⁶⁵. Przypadki nieodnotowywania przeprowadzonych czynności w dokumentacji pracy agregatów wynikały zazwyczaj z przeoczenia pracowników, natomiast jako przyczynę prowadzenia dokumentacji pracy agregatu w sposób uniemożliwiający identyfikację przeprowadzonych czynności serwisowych wskazywano przekonanie, że sam fakt odnotowania przeglądu jest wystarczający.

Przykład

Szpital Kliniczny im. dr. E. Warmińskiego Politechniki Bydgoskiej w Bydgoszczy od 21 września 2023 r. do 4 lipca 2025 r. nie przeprowadził ośmiu cotygodniowych, wymaganych DTR, przeglądów agregatu prądotwórczego, a w przypadkach, kiedy przegląd przeprowadzono, w dzienniku pracy urządzenia wpisano ogólnikowe stwierdzenia: „test” lub „brak uwag”. W konsekwencji nie można było ustalić jakie czynności serwisowe faktycznie wykonano. Zastępca Dyrektora Szpitala wyjaśnił, że nie przeprowadzono cotygodniowych czynności serwisowych agregatu z uwagi na nagłe awarie i naprawy na terenie Szpitala, które miały charakter priorytetowy w celu zapewnienia ciągłości pracy placówki. Natomiast odnośnie dokumentowania przeglądów technicznych wyraził przekonanie, że wpis „test” oraz „brak uwag” zawiera wszystkie czynności wynikające z planu przeglądu. Tym niemniej zadeklarował, iż dla poprawienia transparentności przeprowadzanych testów Szpital opracuje druk w oparciu o szczegółowe czynności wykonywane podczas testów z możliwością odznaczenia poszczególnych prac.

⁶⁵ Zespół Opieki Zdrowotnej w Chełmnie, Szpital Kliniczny im. dr. E. Warmińskiego Politechniki Bydgoskiej w Bydgoszczy, Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera w Toruniu, Szpital Wielospecjalistyczny w Jaworznie, Zespół Szpitali Miejskich w Chorzowie, SP ZOZ w Leżajsku, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej nr 1 w Rzeszowie, Szpital Powiatowy w Pyrzycach i Specjalistyczny Szpital im. Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu.

**W większości szpitali
nie przestrzegano
wymaganej częstotliwości
próbnych uruchomień
agregatów prądotwórczych**

- Nieprzeprowadzanie próbnych uruchomień agregatów prądotwórczych na biegu jałowym oraz pod obciążeniem. Próbne uruchomienia na biegu jałowym oraz pod obciążeniem są czynnościami serwisowymi niezbędnymi do oceny stanu urządzenia oraz uzyskania potwierdzenia jego sprawności i możliwości przejęcia obciążenia. Ma to również istotne znaczenie dla utrzymania odpowiedniego stanu technicznego ruchomych podzespołów składowych agregatu prądotwórczego, a w szczególności silnika napędowego i prądnicy. Częstotliwość oraz czas trwania próbnych uruchomień agregatów są określone przez producenta urządzenia w jego DTR, a ich przestrzeganie jest także jednym z warunków zachowania uprawnień gwarancyjnych.

Próbne uruchomienia agregatów, zwłaszcza pod obciążeniem, należą do najbardziej wymagających czynności w zakresie ich obsługi⁶⁶. Nieprzestrzeganie zalecanej w DTR częstotliwości ich wykonywania należało do najczęściej stwierdzanych w ramach kontroli nieprawidłowości. W ośmiu szpitalach objętych kontrolą⁶⁷ wystąpiły przypadki nieprzeprowadzania prób agregatów pod obciążeniem lub przeprowadzania ich rzadziej niż wymagał tego producent urządzenia. Ponadto w pięciu szpitalach⁶⁸ nie wykonywano z wymaganą częstotliwością także prób pracy agregatów bez obciążenia.

Przykłady

1. W Szpitalu Wielospecjalistycznym w Jaworznie, zgodnie z instrukcją obsługi zespołu prądotwórczego zawartą w DTR, należało przynajmniej raz w miesiącu przeprowadzić test agregatu prądotwórczego pod obciążeniem, a czas testu powinien trwać minimum 30 minut. Jednak w latach 2023–2024 służby techniczne Szpitala uruchamiały agregat jedynie na biegu jałowym na ok. 6 minut (w odstępach tygodniowych). Natomiast prób pod obciążeniem nie przeprowadzano w tym czasie w ogóle. Jak wynika z wyjaśnień Dyrektor Szpitala, odstąpiono od testów pracy agregatu pod obciążeniem, gdyż wymagało

⁶⁶ Wiążą się one z czasowym odłączeniem zasilania szpitala, co powoduje konieczność odpowiedniego zaplanowania tej czynności w godzinach wieczornych lub w dni wolne, aby ograniczyć ryzyko wpływu testów na pracę urządzeń medycznych, albo zastosowania tzw. „obciążnicy”, tj. specjalistycznego urządzenia symulującego obciążenie. Problemy organizacyjne i potencjalne ryzyko związane z próbnymi uruchomieniami agregatu pod obciążeniem były wskazywane jako najczęstsze przyczyny niedotrzymywania terminów ich przeprowadzania.

⁶⁷ Zespół Opieki Zdrowotnej w Chełmnie, Szpital Kliniczny im. dr. E. Warmińskiego Politechniki Bydgoskiej w Bydgoszczy, Szpital Wielospecjalistyczny w Jaworznie, Zespół Szpitali Miejskich w Chorzowie, Szpital Miejski Sp. z o.o. w Zabrze, SP ZOZ w Leżajsku, SP ZOZ nr 1 w Rzeszowie i Specjalistyczny Szpital im. Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu.

⁶⁸ ZOZ w Chełmnie, Szpital Kliniczny im. dr. E. Warmińskiego Politechniki Bydgoskiej w Bydgoszczy, Szpital Miejski Sp. z o.o. w Zabrze, Szpital Specjalistyczny im. A. Falkiewicza we Wrocławiu i Specjalistyczny Szpital im. Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu.

to odłączenia zasilania sieciowego, a zanik napięcia na części ogólnej instalacji elektrycznej mógł wpłynąć na pracę aparatury medycznej (wyłączenie urządzenia lub jego reset).

2. W Szpitalu Miejskim w Zabrze, w okresie od 1 stycznia do 17 maja 2023 r. (134 dni) przeprowadzono jedynie trzy próbne uruchomienia agregatów bez obciążenia, na dziewięć, które zgodnie z dokumentacją techniczną w tym okresie powinny być przeprowadzone. Jako przyczynę nieprzeprowadzenia wymaganych testów Dyrektor Szpitala wskazał „błąd ludzki i przeoczenie egzekwowania obowiązującej procedury”.

W ramach kontroli stwierdzono dużą rozpiętość wymogów producentów agregatów zarówno w odniesieniu do czasu pracy agregatów podczas próbnych uruchomień (od 10⁶⁹ do 120⁷⁰ minut), jak również częstotliwości ich wykonywania. Producenci agregatów, w które wyposażone były kontrolowane szpitale, zalecali próbne uruchomienia agregatów na biegu jałowym z częstotliwością od 7 do 30 dni, natomiast pod obciążeniem od jednego tygodnia do 12 miesięcy⁷¹. Wysoka częstotliwość zalecanych próbnych uruchomień agregatu pod obciążeniem nie zawsze uwzględnia specyfikę pracy tego typu urządzeń w szpitalach, gdzie pełnią funkcję zabezpieczającą i uruchamiane są tylko w sytuacjach awaryjnych albo podczas testów.

Przykład

W SP ZOZ w Leżajsku, w latach 2023–2024 zespół prądotwórczy nie był w ogóle uruchamiany pod obciążeniem, chociaż zgodnie z DTR agregat powinien być uruchamiany pod obciążeniem co najmniej raz w miesiącu z wykorzystaniem układu samoczynnego załączania rezerwy. Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że „próby agregatu pod obciążeniem wiążą się z całkowitym wyłączeniem zasilania podstawowego, co ze względu na specyficzną funkcję jaką pełni Szpital jest bardzo trudne w realizacji i wymaga zaangażowania i koordynacji nie tylko obsługi technicznej, ale również pracowników innych działów, tj. Działu Eksploatacji Sprzętu Medycznego, Działu Teleinformatycznego oraz Personelu Medycznego”.

Mając na uwadze podnoszone w wyjaśnieniu okoliczności, kontrolerzy NIK pozyskali w toku kontroli informację od producenta agregatu, który stwierdził, że „uwzględniając sposób wykorzystywania agregatu przez

⁶⁹ Zalecany minimalny czas trwania próbnego uruchomienia na biegu jałowym co 2 tygodnie (przez 10–15 minut) zawarty w DTR agregatu zainstalowanego w SP ZOZ nr 1 w Rzeszowie.

⁷⁰ Zalecany czas trwania próbnego uruchomienia pod obciążeniem agregatu zainstalowanego w Regionalnym Szpitalu w Kołobrzegu.

⁷¹ Co szczegółowo przedstawiono w zał. 6.2. do Informacji o wynikach kontroli.

Szpital oraz specyfikę tego typu placówek, w których próbne uruchomienie agregatu pod obciążeniem nie zawsze jest możliwe – należy wymusić pracę urządzenia raz w roku przez okres 4 h pod obciążeniem znamionowym”.

Ogółem kontrolerzy NIK przeprowadzający kontrole jednostkowe pozyskali informacje od 14 producentów agregatów prądotwórczych (lub ich autoryzowanych przedstawicieli), zainstalowanych w szpitalach objętych niniejszą kontrolą. Z uzyskanych odpowiedzi wynika, że 10 z nich dopuszcza możliwość dostosowania wymogów technicznych do specyfiki pracy agregatu prądotwórczego w szpitalu, poprzez wydłużenie okresów pomiędzy próbnymi uruchomieniami pod obciążeniem, w stosunku do wymogów wskazanych w DTR tych urządzeń.

5.3.2. STAN TECHNICZNY I UTRZYMANIE URZĄDZEŃ BEZPRZERWOWEGO ZASILANIA (UPS)

**Przeglądy
techniczne
urządzeń UPS
przeprowadzano
terminowo**

Zakres czynności serwisowych urządzeń UPS zapewniających bezprzerwowe zasilanie obejmuje przeprowadzanie okresowych przeglądów technicznych i kontrolę stanu naładowania. W ośmiu z 13 szpitali⁷², które posiadały na wyposażeniu urządzenia UPS, przeglądy techniczne i kontrole stanu naładowania tych urządzeń były prawidłowo przeprowadzane i dokumentowane. Jedynie w dwóch szpitalach⁷³ stwierdzono przypadki nieprzeprowadzenia rocznego przeglądu niektórych będących na wyposażeniu szpitala UPS-ów, zaś w dwóch kolejnych⁷⁴ przeglądy przeprowadzone były z opóźnieniem. Przypadki braku dokumentowania przeprowadzonych przeglądów technicznych posiadanych urządzeń wystąpiły w dwóch kontrolowanych szpitalach⁷⁵.

5.3.3. STAN TECHNICZNY I UTRZYMANIE URZĄDZEŃ MEDYCZNYCH POSIADAJĄCYCH WŁASNE ŹRÓDŁO PODTRZYMYWANIA ZASILANIA

Urządzenia medyczne posiadające własne (indywidualne) systemy podtrzymywania zasilania podlegają przepisom dotyczącym wyrobów medycznych. Ze względu na ich specjalistyczny charakter, czynności związane z konserwacją i serwisem wykonują przeważnie autoryzowane podmioty zewnętrzne. W kontrolowanych szpitalach I stopnia systemu zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej sprawdzono co najmniej

⁷² Szpital Powiatowy w Pyrzycach i SP ZOZ w Chełmnie nie posiadały urządzeń UPS.

⁷³ Zespół Szpitali Miejskich w Chorzowie i Specjalistyczny Szpital im. Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu. Nieprzeprowadzania w terminie przeglądów technicznych UPS wynikało głównie z niedopatrzenia.

⁷⁴ Szpital Kliniczny im. dr. E. Warmińskiego Politechniki Bydgoskiej w Bydgoszczy i Specjalistyczny Szpital im. Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu.

⁷⁵ Szpital Miejski w Zabrze i Wojewódzki Szpital Podkarpacki im. Jana Pawła II w Krośnie.

20 urządzeń medycznych wyposażonych we własne systemy podtrzymania zasilania, natomiast w szpitalach II i III stopnia – co najmniej 25.

W części szpitali przeglądy urządzeń medycznych nie były terminowo przeprowadzane

W siedmiu zbadanych szpitalach⁷⁶ wystąpiły przypadki nieterminowego przeprowadzania okresowych przeglądów technicznych⁷⁷, przy czym w pięciu⁷⁸ przegląd przeprowadzono po terminie z przyczyn leżących po stronie autoryzowanych serwisów (ograniczenia techniczne lub kadrowe), pomimo prawidłowego zgłoszenia urządzenia do przeglądu.

Przykład

W SP ZOZ w Chełmnie w ośmiu z 20 badanych urządzeń medycznych wyposażonych we własne źródło podtrzymania zasilania nie dotrzymano zalecanego w paszportach technicznych terminu przeglądu urządzenia. Opóźnienia wynosiły od dwóch do 57 dni, jednak tylko w dwóch z tych przypadków opóźnienie wynikało z przyczyn leżących po stronie szpitala (w jednym przypadku z powodu niedopatrzenia pracownika, a w drugim z powodu decyzji o przywróceniu do użytkowania urządzenia, które po wymianie wyposażenia sali operacyjnej wstępnie planowano wycofać). W pozostałych sześciu przypadkach, pomimo uprzedniego zgłoszenia przez szpital, przedstawiciele autoryzowanych serwisów przeprowadzili przeglądy techniczne po terminie wskazanym w paszportach technicznych tych urządzeń.

Ogółem, na 366 zbadanych urządzeń medycznych w objętych kontrolą szpitalach, niedotrzymanie terminów przeprowadzania przeglądów stwierdzono w przypadku 54 urządzeń (14,8%), z czego za opóźnienia 38 (70,3%) odpowiedzialność spoczywała na szpitalach, natomiast w 16 przypadkach (29,7%) opóźnienia wynikały z ograniczonej dostępności autoryzowanych serwisów. W większości przypadków opóźnienia w przeprowadzaniu przeglądów technicznych mieściły się w przedziale od 1 do 30 dni. Jedynie w odniesieniu do 14 badanych urządzeń opóźnienia były dłuższe. Pięć z tych urządzeń po upływie

⁷⁶ SP ZOZ w Chełmnie, Szpital Kliniczny im. dr. E. Warmińskiego Politechniki Bydgoskiej w Bydgoszczy, SP ZOZ w Leżajsku, Wojewódzki Szpital Podkarpacki im. Jana Pawła II w Krośnie, Regionalny Szpital w Kołobrzegu, Szpital Specjalistyczny im. A. Falkiewicza we Wrocławiu i Specjalistyczny Szpital im. Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu.

⁷⁷ A w jego ramach wymagane dla danego urządzenia aktualizacje oprogramowania, regulacje, kalibracje, wzorcowania itp.

⁷⁸ Zespół Opieki Zdrowotnej w Chełmnie, Szpital Kliniczny im. dr. E. Warmińskiego Politechniki Bydgoskiej w Bydgoszczy, Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Leżajsku, Szpital Specjalistyczny im. A. Falkiewicza we Wrocławiu i Specjalistyczny Szpital im. A. Sokołowskiego w Wałbrzychu.

terminu wykonania przeglądu zostało wyłączonych z użytkowania⁷⁹. Pozostałe 9 urządzeń⁸⁰ było nadal wykorzystywanych przy wykonywaniu procedur diagnostycznych i leczniczych.

Przypadki nieprawidłowego prowadzenia dokumentacji technicznej urządzeń medycznych wyposażonych we własne źródło podtrzymania zasilania, wymaganej przepisem art. 63 ust. 3 ustawy o wyrobach medycznych, stwierdzono w siedmiu⁸¹ skontrolowanych szpitalach. W czterech z tych szpitali nieprawidłowości polegały na braku w paszportach technicznych wpisów o przeprowadzonych przeglądach lub wykonanych w ramach tych przeglądów czynności, natomiast w trzech⁸² – braku w paszportach danych identyfikacyjnych urządzenia (nr inwentarzowego, miejsca użytkowania itp.). Ponadto, w jednym objętym kontrolą szpitalu⁸³ nie prowadzono w ogóle dokumentacji określającej terminy następnych przeglądów i innych czynności serwisowych (harmonogramu), o której mowa w art. 63 ust. 4 ustawy o wyrobach medycznych, w kolejnym harmonogram był niekompletny (nie ujęto w nim 6 z 25 objętych badaniem urządzeń)⁸⁴. Ponadto w jednym szpitalu⁸⁵ harmonogram zawierał błędne (niezgodne z wpisami w paszportach technicznych) daty następnych przeglądów w odniesieniu do 15 z 20 objętych badaniem urządzeń.

Łącznie przypadki nierzetelnego prowadzenia dokumentacji dotyczyły 106 (28,9%) spośród wszystkich 366 urządzeń medycznych wyposażonych we własne źródło zasilania, jakie objęto kontrolą. Należy zwrócić uwagę na fakt, iż spośród siedmiu szpitali, w których kontrola wykazała przypadki niedotrzymywania terminów przeprowadzania przeglądów badanych urządzeń medycznych w sześciu wystąpiły także przypadki nierzetelnego prowadzenia paszportów technicznych oraz harmonogramów, co wskazuje na korelację między sposobem prowadzenia dokumentacji urządzeń i liczbą nieprawidłowości w zakresie ich serwisowania⁸⁶.

⁷⁹ SP ZOZ w Chełmnie – 1 urządzenie (opóźnienie 57 dni), Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu – 3 urządzenia (53, 54, 55 dni) i Specjalistyczny Szpital im. Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu – 1 (364 dni).

⁸⁰ Wszystkie te urządzenia znajdowały się w Specjalistycznym Szpitalu im. Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu. Przekroczenia terminu przeprowadzenia przeglądu technicznego wynosiły od 39 do 98 dni.

⁸¹ Zespół Opieki Zdrowotnej w Chełmnie, Szpital Wielospecjalistyczny w Jaworznie, Szpital Powiatowy w Pyrzycach, Regionalny Szpital w Kołobrzegu, SP ZOZ w Leżajsku, Wojewódzki Szpital Podkarpacki im. Jana Pawła II w Krośnie i Specjalistyczny Szpital im. Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu.

⁸² SP ZOZ w Chełmnie, SP ZOZ w Leżajsku i Regionalny Szpital w Kołobrzegu.

⁸³ Regionalny Szpital w Kołobrzegu.

⁸⁴ Szpital Kliniczny im. dr. E. Warmińskiego Politechniki Bydgoskiej w Bydgoszczy.

⁸⁵ SP ZOZ w Chełmnie.

⁸⁶ SP ZOZ w Chełmnie, Szpital Kliniczny im. dr. E. Warmińskiego Politechniki Bydgoskiej w Bydgoszczy, SP ZOZ w Leżajsku, Wojewódzki Szpital Podkarpacki im. Jana Pawła II w Krośnie, Regionalny Szpital w Kołobrzegu i Specjalistyczny Szpital im. Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu. Nierzetelne prowadzenie dokumentacji najczęściej było efektem błędów lub niedopatrzenia personelu.

Przykład

W Specjalistycznym Szpitalu im. Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu stwierdzono nierzetelne prowadzenie 24 z 25 objętych badaniem paszportów technicznych urządzeń medycznych wyposażonych we własne źródło podtrzymania zasilania. Jednocześnie w przypadku 14 z tych urządzeń wystąpiły opóźnienia w przeprowadzaniu okresowych przeglądów technicznych, z czego w 10 przypadkach opóźnienia przekraczały 30 dni (od 39 do 364 dni).

6. ZAŁĄCZNIKI

6.1. METODYKA KONTROLI I INFORMACJE DODATKOWE

Nr i tytuł kontroli	P/25/057 – Zapewnienie ciągłości świadczenia usług medycznych w placówkach ochrony zdrowia na wypadek braku zasilania w energię elektryczną ze źródeł zewnętrznych.
Cel główny kontroli	Czy placówki ochrony zdrowia są przygotowane do nieprzerwanego świadczenia usług medycznych na wypadek braku zasilania w energię elektryczną ze źródeł zewnętrznych?
Cele szczegółowe	1. Czy szpital jest przygotowany pod względem proceduralnym i organizacyjnym na wypadek nagłego braku zasilania w energię elektryczną ze źródeł zewnętrznych? 2. Czy szpital dysponował rezerwowym źródłem zasilania w energię elektryczną o wymaganych przepisami parametrach oraz innymi urządzeniami zapewniającymi bezprzerwowe zasilanie urządzeń, sprzętu i aparatury medycznej? 3. Czy rezerwowe źródło zasilania szpitala w energię elektryczną oraz inne urządzenia zapewniające bezprzerwowe zasilanie urządzeń, sprzętu i aparatury medycznej były sprawne, a czynności serwisowe były rzetelnie i terminowo przeprowadzane?
Zakres podmiotowy	Publiczne zakłady opieki zdrowotnej świadczące całodobową opiekę lekarską w stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej – szpitale z I, II i III poziomu zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.
Kryteria kontroli	Kontrolę we wszystkich jednostkach przeprowadzono na podstawie art. 2 ust. 2 oraz art. 5 ust. 2 ustawy o NIK, z uwzględnieniem kryteriów: legalności i rzetelności.
Okres objęty kontrolą	Lata 2023–2024 z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed lub po tym okresie.
Działania na podstawie art. 29 ustawy o NIK	Dla celów kontroli, na podstawie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK, pozyskano informacje od producentów lub autoryzowanych przedstawicieli 14 agregatów prądotwórczych zainstalowanych w szpitalach objętych kontrolą.

Pozostałe informacje

Kontrola została podjęta z inicjatywy własnej NIK. Czynności kontrolne rozpoczęto w dniu 18 marca 2025 r., a ostatnie wystąpienie pokontrolne zostało podpisane w dniu 25 września 2025 r.

Wyniki kontroli NIK przedstawiono w 15 wystąpieniach pokontrolnych. Sformułowano w nich łącznie 58 wniosków pokontrolnych oraz 5 uwag. Wg deklaracji dyrektorów kontrolowanych szpitali, zawartych w informacjach o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków sformułowanych w wystąpieniach pokontrolnych⁸⁷, 31 wniosków sformułowanych przez NIK zostało zrealizowanych, zaś w trakcie realizacji pozostaje 27 wniosków.

W jednym przypadku kierownik kontrolowanej jednostki wniósł zastrzeżenie do wystąpienia pokontrolnego (kontrola przeprowadzona w Szpitalu Powiatowym w Pyrzycach). Zastrzeżenie zostało oddalone w całości uchwałą Zespołu Orzekającego Komisji Rozstrzygającej w NIK nr KPK-KPO.441.158.2025 z 11 września 2025 r.

Ujawnione w trakcie kontroli nieprawidłowości nie miały wymiaru finansowego.

**Udział innych organów
kontroli na podstawie
art. 12 ustawy o NIK**

W kontroli nie wzięły udziału inne organy kontrolne na podstawie art. 12 ustawy o NIK.

**Wykaz jednostek
kontrolowanych**

Lp.	Jednostka organizacyjna NIK przeprowadzająca kontrolę	Nazwa jednostki kontrolowanej	Imię i nazwisko kierownika jednostki kontrolowanej
1.	Delegatura w Bydgoszczy	Zespół Opieki Zdrowotnej w Chełmnie Pl. Rydygiera 1 86-200 Chełmno	Marzanna Ossowska
2.	Delegatura w Bydgoszczy	Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera w Toruniu ul. Świętego Józefa 53-59 87-100 Toruń	Sylvia Sobczak
3.	Delegatura w Bydgoszczy	Szpital Kliniczny im. dr. E. Warmińskiego Politechniki Bydgoskiej – SPZOZ w Bydgoszczy ul. Szpitalna 19 85-826 Bydgoszcz	Monika Kasprzyk

⁸⁷ Obowiązek przekazywania takich informacji przez kierowników jednostek kontrolowanych wynika z art. 62 ustawy o NIK.

Lp.	Jednostka organizacyjna NIK przeprowadzająca kontrolę	Nazwa jednostki kontrolowanej	Imię i nazwisko kierownika jednostki kontrolowanej
4.	Delegatura w Katowicach	Szpital Miejski Sp. z o.o. w Zabrze ul. Zamkowa 4 41-803 Zabrze	Krzysztof Skowron
5.	Delegatura w Katowicach	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Wielospecjalistyczny w Jaworznie ul. Chełmońskiego 28 43-600 Jaworzno	Gabriela Buczkowska
6.	Delegatura w Katowicach	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zespół Szpitali Miejskich w Chorzowie ul. Strzelców Bytomskich 11 41-500 Chorzów,	Jerzy Szafranowicz
7.	Delegatura w Rzeszowie	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Leżajsku ul. Leśna 2 37-300 Leżajsk	Jerzy Jama
8.	Delegatura w Rzeszowie	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Nr 1 w Rzeszowie ul. T. Czackiego 2 35-051 Rzeszów	Grzegorz Materna
9.	Delegatura w Rzeszowie	Wojewódzki Szpital Podkarpacki im. Jana Pawła II w Krośnie. ul. Korczyńska 57 38-400 Krosno	Leszek Kwaśniewski
10.	Delegatura w Szczecinie	Szpital Powiatowy w Pyrzycach ul. Jana Pawła II 2 74-200 Pyrzyce	Mariusz Marek Przybylski
11.	Delegatura w Szczecinie	Regionalny Szpital w Kołobrzegu ul. Edmunda Łopuskiego 31-33 78-100 Kołobrzeg	Małgorzata Grubecka
12.	Delegatura w Szczecinie	Szpital Wojewódzki im. M. Kopernika w Koszalinie ul. Chałubińskiego 7, 75-581 Koszalin	Piotr Sołtyśński

Lp.	Jednostka organizacyjna NIK przeprowadzająca kontrolę	Nazwa jednostki kontrolowanej	Imię i nazwisko kierownika jednostki kontrolowanej
13.	Delegatura we Wrocławiu	Szpital Specjalistyczny im. A. Falkiewicza we Wrocławiu ul. Warszawska 2 52-112 Wrocław	Magdalena Puziewicz-Karpiak
14.	Delegatura we Wrocławiu	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Świdnicy ul. Leśna 27-29 58-100 Świdnica	Grzegorz Kloc
15.	Delegatura we Wrocławiu	Specjalistyczny Szpital im. Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu ul. A. Sokołowskiego 4 58-309 Wałbrzych	Jolanta Królak

6.1.1. WYKAZ OCEN KONTROLOWANYCH JEDNOSTEK

Lp.	Nazwa jednostki kontrolowanej	Ocena kontrolowanej działalności ^{*/}	Stany mające wpływ na wydaną ocenę:	
			Prawidłowe	nieprawidłowe
1.	Szpital Kliniczny im. dr. E. Warmińskiego Politechniki Bydgoskiej – SPZOZ w Bydgoszczy ul. Szpitalna 19 85-826 Bydgoszcz	w formie opisowej	Szpital dysponował rezerwowym źródłem zasilania w energię elektryczną o wymaganych przepisami parametrach oraz urządzeniami zapewniającymi bezprzerwowe zasilanie urządzeń, sprzętu i aparatury medycznej. Obsługa zespołu agregatów prądotwórczych została powierzona pracownikom Szpitala posiadającym świadectwa kwalifikacyjne energetyczne uprawniające do zajmowania się eksploatacją urządzeń.	W Szpitalu nie opracowano procedur postępowania oraz nie przypisano niezbędnych działań do konkretnych komórek organizacyjnych i stanowisk. Szpital nie posiadał informacji o zapotrzebowaniu na energię pomieszczeń i znajdujących się w nich urządzeń zasilanych przez UPS, w konsekwencji czego nie można było ustalić, czy najważniejsze urządzenia krytyczne z punktu widzenia bezpieczeństwa pacjentów miały zapewnione nieprzerwane zasilanie. W Szpitalu nie opracowano instrukcji eksploatacji dla urządzeń energetycznych. Nie zapewniono terminowych czynności serwisowych 10 z 25 objętych badaniem urządzeń medycznych wyposażonych we własne systemy podtrzymywania zasilania oraz dwóch urządzeń UPS.
2.	Zespół Opieki Zdrowotnej w Chełmnie Pl. Rydygiera 1 86-200 Chełmno	w formie opisowej	W Szpitalu obowiązywały aktualne regulacje wewnętrzne na wypadek nagłej utraty zasilania, a odpowiedzialność za ich realizację została przypisana konkretnym stanowiskom. Nowy agregat prądotwórczy, zainstalowany w kwietniu 2025 r. objęto bieżącym nadzorem eksploatacyjnym oraz odpowiednio dokumentowano jego pracę. Czynności serwisowe agregatów prądotwórczych, UPS i urządzeń medycznych wyposażonych we własne źródła zasilania realizowane przez osoby były posiadające wymagane kwalifikacje.	Szpital nie posiadał urządzeń UPS zapewniających bezprzerwowe zasilanie pomieszczeń, które tego wymagały. 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. 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.
3.	Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera w Toruniu ul. Świętego Józefa 53–59 87-100 Toruń	w formie opisowej	Szpital był wyposażony w rezerwowe źródło zasilania w energię elektryczną o mocy odpowiadającej wymogom w przepisach z funkcją autostartu oraz w urządzenia do bezprzerwowego zasilania	W Szpitalu nie opracowano procedury postępowania na wypadek nagłej utraty zasilania w energię elektryczną ze źródeł zewnętrznych, określającej zasady powiadamiania osób kierujących

Lp.	Nazwa jednostki kontrolowanej	Ocena kontrolowanej działalności*/	Stany mające wpływ na wydaną ocenę:	
			Prawidłowe	nieprawidłowe
			urządzeń medycznych wykorzystywanych do podtrzymania funkcji życiowych pacjentów. Przeglądy serwisowe agregatów i systemów UPS przeprowadzane były w wymaganych terminach. Dla urządzeń medycznych wyposażonych we własne źródła podtrzymania zasilania prowadzono paszporty techniczne, które zawierały rzetelne dane, a także opracowano dla nich harmonogramy czynności serwisowych.	akcją i czynności podejmowanych przez konkretne komórki organizacyjne lub pracowników na wypadek wystąpienia awarii. Nie opracowano instrukcji eksploatacji dla agregatów i UPS-ów, nierzetelnie prowadzono książki eksploatacji i konserwacji agregatów. Nieterminowo prowadzono przeglądy serwisowe dwóch spośród 25 urządzeń medycznych objętych badaniem.
4.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Wielospecjalistyczny w Jaworznie ul. Chełmońskiego 28, 43-600 Jaworzno	w formie opisowej	Szpital dysponował rezerwowym źródłem zasilania w energię elektryczną – agregatem prądotwórczym o mocy spełniającej wymagania przepisów. Szpital posiadał sześć zasilaczy UPS do awaryjnego zasilania kluczowych systemów i urządzeń oraz chroniących przed nagłymi skokami napięcia. Opracowano procedury postępowania na wypadek nagłej utraty zasilania w energię elektryczną. Wszyscy pracownicy, którzy obsługiwali urządzenia zapewniające bezprzerwowe zasilanie posiadali wymagane kwalifikacje. Agregat prądotwórczy poddawany był raz w roku przeglądom technicznym, które potwierdzały jego sprawność. W Szpitalu prowadzono zeszyty eksploatacji agregatu prądotwórczego i urządzeń UPS. Urządzenia UPS były poddawane regularnym przeglądom technicznym.	W Szpitalu nie określono pisemnych zasad pełnienia dyżurów poza normalnymi godzinami pracy przez pracowników odpowiedzialnych za utrzymanie ciągłości dostaw energii elektrycznej. W Szpitalu nie opracowano instrukcji eksploatacji posiadanych urządzeń energetycznych. Nie przeprowadzano wymaganych w instrukcji obsługi producenta agregatu, comiesięcznych próbnych uruchomień pod obciążeniem. W przypadku dwóch paszportów technicznych z 25 badanych urządzeń nie odnotowano w paszportach przeglądów przeprowadzonych w 2023 r., mimo iż takie czynności zostały wykonane.
5.	Szpital Miejski Sp. z o.o. w Zabrze ul. Zamkowa 4 41-803 Zabrze	w formie opisowej	Szpital był wyposażony w rezerwowe źródła zasilania w energię elektryczną, tj. dwa agregaty prądotwórcze o wymaganych przepisami parametrach oraz siedem urządzeń UPS, które zabezpieczały ciągłość pracy urządzeń i aparatury medycznej. Szpital był przygotowany pod względem proceduralnym i organizacyjnym na wypadek braku zasilania.	Nie dochowano wymaganej częstotliwości przeprowadzania próbnych uruchomień agregatów prądotwórczych pod obciążeniem oraz bez obciążenia. Nie wykonano jednego rocznego przeglądu okresowego jednego z agregatów. Nierzetelnie prowadzono dokumentację techniczną UPS-ów.

Lp.	Nazwa jednostki kontrolowanej	Ocena kontrolowanej działalności*/	Stany mające wpływ na wydaną ocenę:	
			Prawidłowe	nieprawidłowe
			Osoby obsługujące urządzenia zapewniające zasilanie w energię posiadały odpowiednie i aktualne świadectwa kwalifikacyjne.	
6.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zespół Szpitali Miejskich w Chorzowie ul. Strzelców Bytomskich 11, 41-500 Chorzów	w formie opisowej	Szpital był wyposażony w rezerwowe źródło zasilania w energię elektryczną z funkcją autostartu, którego moc odpowiadała wymogom przepisów. Szpital posiadał zasilacze UPS służące do awaryjnego zasilania kluczowych systemów i urządzeń oraz chroniące przed nagłymi skokami napięcia. Agregaty prądotwórcze, stanowiące awaryjne źródło zasilania poddawane były przeglądom technicznym w zakresie wskazanym w Instrukcji obsługi, które potwierdzały ich sprawność.	Plan postępowania na wypadek zdarzeń nadzwyczajnych Szpitala nie obejmował przypadku utraty zasilania ze źródeł zewnętrznych. Próbné uruchomienia agregatów były przeprowadzane z częstotliwością niezgodną z wymogami producentów, a sposób prowadzenia zeszytów eksploatacji obu agregatów nie pozwalał na identyfikację zakresu wykonanych czynności serwisowych. W Szpitalu nie opracowano instrukcji eksploatacji dla agregatów prądotwórczych, urządzeń UPS oraz rozdzielni elektrycznej. Od 1 marca do 23 października 2023 r. w Szpitalu nie zatrudniano osoby posiadającej świadectwo kwalifikacyjne uprawniające do obsługi urządzeń, instalacji i sieci elektrycznych o napięciu znamionowym wyższym niż 1 kV, ani zewnętrznej firmy do realizacji takich usług.
7.	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Leżajsku ul. Leśna 2 37-300 Leżajsk	w formie opisowej	Szpital był wyposażony w rezerwowe źródło zasilania w energię elektryczną z funkcją autostartu, którego moc, odpowiadała wymogom przepisów. Bezprzerwowość zasilania kluczowych systemów i urządzeń zapewniona była dzięki trzem urządzeniom podtrzymania bezprzerwowego zasilania (UPS). Opracowane i wdrożone procedury wewnętrzne określały zasady postępowania pracowników działów odpowiedzialnych za zapewnienie ciągłości zasilania, w przypadku wystąpienia awarii urządzeń lub utraty zasilania ze źródeł zewnętrznych.	Nierzetelnie prowadzono część dokumentacji technicznej agregatu, UPS-ów, urządzeń medycznych posiadających własne źródło podtrzymania zasilania oraz nieterminowe przeprowadzanie ich przeglądów. Nie przeprowadzano prób obciążeniowych zespołu prądotwórczego (test zasilania awaryjnego przeprowadzono dopiero w toku kontroli NIK).
8	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Nr 1 w Rzeszowie ul. T. Czackiego 2, 35-051 Rzeszów	w formie opisowej	Szpital był wyposażony w rezerwowe źródło zasilania w energię elektryczną z funkcją autostartu, którego moc, odpowiadała wymogom określonym w przepisach.	Nie opracowano instrukcji eksploatacji rezerwowego źródła zasilania oraz urządzeń do bezprzerwowego zasilania. Nie przeprowadzano zalecanych przez producenta próbnych

Lp.	Nazwa jednostki kontrolowanej	Ocena kontrolowanej działalności*/	Stany mające wpływ na wydaną ocenę:	
			Prawidłowe	nieprawidłowe
			Przeglądy serwisowe agregatu, UPS i aparatury medycznej wyposażonej we własne źródła podtrzymania zasilania zlecano serwisom producenta lub serwisom autoryzowanym. Pomieszczenia, w których umieszczone były urządzenia elektromedyczne wymagające bezprzerwowego zasilania były zabezpieczone poprzez cztery urządzenia UPS. W Szpitalu opracowano procedury postępowania w tym zakresie i przypisano wynikające z nich zadania komórce organizacyjnej oraz pracownikom. Wszyscy pracownicy zajmujący się obsługą rezerwowego źródła zasilania oraz urządzeń bezprzerwowego zasilania posiadali kwalifikacje do wykonywania tych czynności, potwierdzone aktualnymi świadectwami.	uruchomień agregatu prądotwórczego pod obciążeniem, a testy bez obciążenia przeprowadzano z częstotliwością niezgodną z zaleceniami producenta. Nie przeprowadzano bieżących czynności obsługowych agregatu wymaganych zgodnie z harmonogramem określonym przez producenta oraz nie dokumentowano tych czynności, które były przeprowadzane.
9.	Wojewódzki Szpital Podkarpacki im. Jana Pawła II w Krośnie. ul. Korczyńska 57, 38-400 Krosno	w formie opisowej	Szpital wyposażony był w rezerwowe źródła zasilania w postaci pięciu agregatów prądotwórczych, których moc odpowiadała wymogom przepisów. Bezprzerwowe zasilanie kluczowych systemów i urządzeń zapewniały dwa urządzenia zapewniające bezprzerwowe zasilanie (UPS-y), których moc odpowiadała wymaganiom określonym w dokumentacji technicznej. W paszportach technicznych urządzeń medycznych posiadających własne źródło podtrzymania zasilania odnotowywano informacje o przeglądach technicznych, wykonanych przez podmioty zewnętrzne lub przez pracowników Szpitala.	Agregat prądotwórczy zabezpieczający obiekt przy ul. Grodzkiej nie posiadał funkcji autostartu, wymaganej przepisem rozporządzenia. Przeglądy techniczne agregatów i urządzeń UPS były realizowane z naruszeniem terminów. Przeglądy techniczne dziewięciu spośród 25 analizowanych urządzeń medycznych wyposażonych w systemy podtrzymania zasilania były wykonane po terminach określonych w Instrukcjach obsługi i przez serwisantów. W przypadku czterech urządzeń przeglądy techniczne zostały wykonane przez pracowników Szpitala nieposiadających odpowiednich kwalifikacji do takich czynności. Część wpisów w paszportach technicznych dokonanych przez pracowników nie dokumentowała wykonanych w ramach przeglądu czynności, przez co nie spełniały wymogów określonych w przepisach.

Lp.	Nazwa jednostki kontrolowanej	Ocena kontrolowanej działalności*/	Stany mające wpływ na wydaną ocenę:	
			Prawidłowe	nieprawidłowe
				Szpital nie posiadał Instrukcji eksploatacji dla zainstalowanych agregatów prądotwórczych i UPS-ów.
10.	Regionalny Szpital w Kołobrzegu ul. Edmunda Łopuskiego 31-33 78-100 Kołobrzeg	w formie opisowej	Szpital był wyposażony w rezerwowe źródło zasilania w energię elektryczną z funkcją autostartu, którego moc, odpowiadała wymogom określonym w przepisach. Bezprzerwowe zasilanie kluczowych systemów i urządzeń było zapewnione dzięki pięciu urządzeniom podtrzymania bezprzerwowego zasilania (UPS). Opracowane i wdrożone procedury wewnętrzne określały zasady postępowania w przypadku wystąpienia awarii urządzeń lub utraty zasilania ze źródeł zewnętrznych.	W Szpitalu nie opracowano Instrukcji eksploatacji dla zasilaczy bezprzerwowych UPS. Nieterminowo wykonano przegląd techniczny jednego z 25 objętych badaniem urządzeń medycznych. Niezgodnie z przepisami przechowywano część dokumentacji (harmonogramy przeglądów).
11.	Szpital Powiatowy w Pyrzycach ul. Jana Pawła II 2 74-200 Pyrzyce	w formie opisowej	Szpital był wyposażony w dwa agregaty prądotwórcze posiadające funkcję autostartu, których moc przekraczała zapotrzebowanie placówki. Rezerwowe źródło zasilania Szpitala w energię elektryczną oraz urządzenia medyczne wyposażone we własne źródło zasilania były sprawne, a czynności serwisowe były rzetelnie i terminowo przeprowadzane. W Szpitalu opracowano procedury postępowania na wypadek nagłej utraty zasilania w energię elektryczną. Szpital posiadał Instrukcję eksploatacji urządzeń i sieci energetycznych.	Szpital nie posiadał urządzeń zapewniających bezprzerwowe zasilanie pomieszczeń i urządzeń, które tego wymagały. Nie wszystkie zadania wynikające z procedur postępowania na wypadek nagłej utraty zasilania przypisano konkretnym komórkom organizacyjnym bądź pracownikom. Zakres regulacji zawartych w Instrukcji eksploatacji urządzeń i sieci energetycznych w Szpitalu nie odpowiadał wymogom ustawowym. Czynności serwisowe agregatu i urządzeń medycznych wyposażonych we własne źródło zasilania nie zawsze były rzetelnie dokumentowane wpisami w paszportach technicznych i książce pracy agregatu. Nierzetelnie dokumentowano czynności związane z bieżącą konserwacją agregatów w dziennikach pracy agregatów.
12.	Szpital Wojewódzki im. M. Kopernika w Koszalinie ul. Chałubińskiego 7, 75-581 Koszalin	w formie opisowej	Szpital był wyposażony w rezerwowe źródło zasilania z funkcją autostartu, którego moc odpowiadała wymogom przepisów. Bezprzewodowe zasilanie aparatury elektromedycznej	Nie dochowano wymaganej przez producenta częstotliwości prób obciążeniowych agregatu prądotwórczego (raz na trzy miesiące).

Lp.	Nazwa jednostki kontrolowanej	Ocena kontrolowanej działalności*/	Stany mające wpływ na wydaną ocenę:	
			Prawidłowe	nieprawidłowe
			zapewnione było również dzięki trzem urządzeniom UPS. Terminowo przeprowadzano przeglądy techniczne urządzeń medycznych objętych szczegółową kontrolą oraz dokonano wymaganych wpisów w dokumentacji technicznej tych urządzeń. Procedury wewnętrzne określały zasady postępowania w przypadku wystąpienia awarii urządzeń lub utraty zasilania ze źródeł zewnętrznych.	
13.	Szpital Specjalistyczny im. A. Falkiewicza we Wrocławiu ul. Warszawska 2 52-112 Wrocław	w formie opisowej	Szpital posiadał agregat prądotwórczy wyposażony w funkcję autostartu, którego moc odpowiadała wymogom przepisów i był utrzymywany w należytym stanie technicznym. Szpital dysponował jednym, centralnym urządzeniem UPS, do którego podpięto obwody zainstalowane w pomieszczeniach, które tego wymagały. Przeglądy techniczne UPS oraz urządzeń medycznych posiadających własne systemy podtrzymania zasilania realizowano w terminie. Szpital opracował procedury na wypadek sytuacji nagłej utraty zasilania w energię elektryczną. Działania niezbędne do podjęcia w przypadku nagłego braku zasilania w energię elektryczną zostały przypisane do konkretnych stanowisk. Pracownicy obsługujący rezerwowe źródła zasilania posiadali odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje.	Podczas przeglądów rocznych agregatu prądotwórczego nie zostały wykonane wszystkie czynności wymagane przez producenta tego urządzenia. Procedura na wypadek sytuacji nagłej utraty zasilania w energię elektryczną nie była aktualizowana, a jeden z podanych w niej numerów telefonów całodobowo dyżurującego elektryka był nieaktywny. W czterech przypadkach nie udokumentowano comiesięcznego próbnego uruchomienia agregatu bez obciążenia.
14.	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Świdnicy ul. Leśna 27-29 58-100 Świdnica	w formie opisowej	Szpital był wyposażony w agregat prądotwórczy, wyposażony w funkcję autostartu, którego moc odpowiadała wymogom przepisów. Szpital posiadał instalację z zasilaniem gwarantowanym realizowanym za pośrednictwem urządzenia bezprzerwowego zasilania UPS. Moc UPS-a odpowiadała wymaganiom określonym w dokumentacji technicznej. Dokumenty organizacyjne Szpitala określały działania niezbędne	Podczas przeglądów rocznych agregatu prądotwórczego nie zostały wykonane wszystkie czynności wymagane przez producenta tego urządzenia. W Szpitalu nie opracowano dla agregatu prądotwórczego i UPS-a instrukcji eksploatacji.

Lp.	Nazwa jednostki kontrolowanej	Ocena kontrolowanej działalności*/	Stany mające wpływ na wydaną ocenę:	
			Prawidłowe	nieprawidłowe
			do podjęcia przez określone w nich osoby w przypadku braku zasilania Szpitala w energię elektryczną. Rezerwowe źródło zasilania w energię elektryczną oraz UPS były sprawne, co potwierdzały coroczne przeglądy techniczne oraz comiesięczne kontrolne uruchomienia agregatu prądotwórczego przeprowadzane przez pracowników Szpitala posiadających stosowne uprawnienia. W paszportach technicznych urządzeń medycznych posiadających własne źródło podtrzymania zasilania prawidłowo zamieszczano informacje o urządzeniach oraz dokonywano wpisów o przeglądach technicznych, które były przeprowadzane regularnie i terminowo, zgodnie z zaleceniami ich producenta. Pracownicy Szpitala, zapewniający w systemie zmianowym ciągłość pracy sieci elektrycznej w budynkach Szpitala, posiadali odpowiednie kwalifikacje potwierdzone świadectwami.	
15.	Specjalistyczny Szpital im. Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu ul. A. Sokołowskiego 4 58-309 Wałbrzych	w formie opisowej	Szpital był wyposażony w rezerwowe źródła zasilania w postaci trzech agregatów prądotwórczych, których moc odpowiadała wymogom określonym w przepisach a dwa z nich posiadały funkcję autostartu. Bezprzerwowe zasilanie kluczowych systemów i urządzeń zapewniało 10 urządzeń UPS oraz dwa stanowiska baterii.	Agregat podstawowy zainstalowany przy ul. Batorego nie posiadał wymaganej przepisami rozporządzenia funkcji autostartu. Nie przeprowadzono w latach 2023–2024 przeglądu agregatu prądotwórczego obsługującego kotłownię przy ul. Batorego; Przeprowadzono przeglądy serwisowe z naruszeniem postanowień Instrukcji ogólnej „Zespoły Prądotwórcze z silnikami wysokoprężnymi”, w zakresie: ich czasu pracy; pracy pod obciążeniem; próby autostartu; Nieterminowo przeprowadzono przeglądy ośmiu z 12 urządzeń zapewniających bezprzerwowe zasilanie, Nieterminowo przeprowadzono przeglądy 14 z 25 zbadanych jednostek aparatury medycznej posiadającej systemy podtrzymania zasilania; Nierzetelnie prowadzono książki serwisowe agregatów

Lp.	Nazwa jednostki kontrolowanej	Ocena kontrolowanej działalności*/	Stany mające wpływ na wydaną ocenę:	
			Prawidłowe	nieprawidłowe
				prądotwórczych, jak i paszporty techniczne wspomnianej aparatury medycznej; Szpital nie posiadał Instrukcji eksploatacji dla zainstalowanych agregatów prądotwórczych, jak i UPS-ów. Zakres świadectw kwalifikacji energetycznych trzech elektryków w ich okresie pracy w latach 2023–2024 nie obejmował zespołów prądotwórczych o mocy wyższej niż 50 kW. Instrukcje współpracy nie były w latach 2023–2024 aktualizowane.

*/ pozytywna/w formie opisowej/negatywna

6.2. CZĘSTOTLIWOŚĆ PRÓBNYCH URUCHOMIEŃ AGREGATÓW PRĄDOTWÓRCZYCH NA BIEGU JAŁOWYM I POD OBCIĄŻENIEM – WYMAGANIA I REALIZACJA

Szpital	Wymagane próbne uruchomienia	Realizacja
Zespół Opieki Zdrutowej w Chełmnie	Nowy agregat zainstalowany 29 kwietnia 2025 Dla starego agregatu (z 1972 r.)	Nowy agregat Brak danych
Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera w Toruniu	1. agregat o mocy 1500 kW – przeglądy miesięczne z testem na biegu jałowym, – przeglądy roczne z próbą pod obciążeniem 2. agregat o mocy 800 kW – raz w miesiącu przez co najmniej 30 minut przeprowadzenie próbnego startu agregatu bez obciążenia; – raz w roku – uruchomienie agregatu pod obciążeniem znamionowym przez cztery godziny,	Wykonano Wykonano Wykonano Wykonano
Szpital Kliniczny im. dr. E. Warmińskiego Politechniki Bydgoskiej	co miesiąc rozruch agregatu pod obciążeniem	Nie wykonano
Szpital Miejski Sp. z o.o. w Zabrze	uruchomienie na biegu jałowym raz na dwa tygodnie raz na kwartał pod obciążeniem	Wykonywano z mniejszą częstotliwością Wykonywano z mniejszą częstotliwością
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrutowej Szpital Wielospecjalistyczny w Jaworznie	na biegu jałowym raz na dwa tygodnie raz w miesiącu pod obciążeniem	Wykonano Nie wykonano
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrutowej Zespół Szpitali Miejskich w Chorzowie	Agregat 1 co dwa tygodnie na biegu jałowym raz w miesiącu testu pod obciążeniem Agregat 2 co siedem dni pod obciążeniem	Wykonano Nie wykonano Nie wykonano
Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrutowej w Leżajsku	raz w miesiącu pod obciążeniem	Nie wykonano
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrutowej Nr 1 w Rzeszowie	co 2 tygodnie na biegu jałowym raz w miesiącu pod obciążeniem	Wykonywano z mniejszą częstotliwością Nie wykonano
Wojewódzki Szpital Podkarpacki im. Jana Pawła II w Krośnie	Brak wymogów w DTR	Uruchamiane co miesiąc wyłącznie na biegu jałowym
Szpital Powiatowy w Pyrzycach	raz w miesiącu na biegu jałowym raz w roku pod obciążeniem	Wykonywano Brak danych
Regionalny Szpital w Kołobrzegu	Tylko pod obciążeniem raz w miesiącu, a jeśli to niemożliwe to raz na kwartał	Wykonano raz na kwartał

Szpital	Wymagane próbne uruchomienia	Realizacja
Szpital Wojewódzki im. M. Kopernika w Koszalinie	Co trzy miesiące pod obciążeniem do osiągnięcia normalnej temperatury roboczej	Co dwa tygodnie włączany na bieżący jałowy, pod obciążeniem tylko raz (w 2023 r.)
Szpital Specjalistyczny im. A. Falkiewicza we Wrocławiu	raz w miesiącu na bieżącym jałowym raz w roku pod obciążeniem	Wykonywano z mniejszą częstotliwością Wykonano
Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Świdnicy	raz w miesiącu na bieżącym jałowym pod obciążeniem – brak wymogu	Wykonano Wykonano próbę w trakcie kontroli NIK
Specjalistyczny Szpital im. Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu	raz w miesiącu na bieżącym jałowym raz w roku pod obciążeniem	Wykonywano z mniejszą częstotliwością Wykonano

Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie ustaleń kontroli.

6.3. ANALIZA STANU PRAWNEGO I UWARUNKOWAŃ ORGANIZACYJNO- -EKONOMICZNYCH

Analiza stanu prawnego

Zasilanie szpitala w energię elektryczną

Obowiązek posiadania przez szpitale rezerwowego źródła zasilania w energię elektryczną wynika z rozporządzenia Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie. Zgodnie z § 26 ust. 4 tego rozporządzenia, na działkach budowlanych przeznaczonych dla szpitali, niezależnie od zasilania z sieci, należy zapewnić dodatkowo własne ujęcie wody oraz własne źródło energii elektrycznej i ciepłej.

Wymagane parametry rezerwowego źródła zasilania w energię elektryczną dla szpitala zostały określone w § 42 rozporządzenia ws. wymagań dla szpitali. Zgodnie z tym przepisem, rezerwowym źródłem zaopatrzenia szpitala w energię elektryczną ma być agregat prądotwórczy wyposażony w funkcję autostartu, zapewniający co najmniej 30% potrzeb mocy szczytowej, a także urządzenie zapewniające odpowiedni poziom bezprzerwowego podtrzymania zasilania (UPS).

Utrzymanie i obsługa rezerwowego źródła zasilania oraz pozostałych urządzeń zasilających

Sposób obsługi i konserwacji rezerwowego źródła zasilania (agregatu prądotwórczego), jak również urządzeń UPS powinien być opisany w **dokumentacji techniczno-ruchowej urządzenia (DTR)**, której opracowanie jest, zgodnie z § 6 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia ws. wymagań dla maszyn, obowiązkiem producenta. Obligatoryjnym elementem DTR każdego urządzenia jest instrukcja, która powinna zawierać m.in. opis czynności regulacyjnych i konserwacyjnych, jakie powinien wykonywać użytkownik oraz instrukcje umożliwiające bezpieczne przeprowadzenie regulacji i konserwacji, w tym środki ochronne, jakie należy podjąć w trakcie tych czynności. Przepisy prawa powszechnie obowiązującego nie określają sposobu dokumentowania czynności serwisowych urządzeń.

Agregaty prądotwórcze oraz urządzenia UPS należą do grupy 1 „urządzenia, instalacje i sieci elektroenergetyczne wytwarzające, magazynujące, przetwarzające, przesyłające i zużywające energię elektryczną” wymienionej w załączniku 1 do rozporządzenia Ministra Klimatu i Środowiska z dnia 1 lipca 2022 r. w sprawie szczegółowych zasad stwierdzania posiadania kwalifikacji przez osoby zajmujące się eksploatacją urządzeń, instalacji i sieci⁸⁸, dlatego obsługujące je osoby muszą posiadać, zgodnie z art. 54 ust. 1 Prawa Energetycznego,

⁸⁸ Dz. U. poz. 1392.

uprawnienia energetyczne (tzw. świadectwa kwalifikacyjne SEP) uprawniające do ich eksploatacji (np. świadectwo kwalifikacyjne G-1E). Uprawnienia takie wydają komisje kwalifikacyjne powoływane przez Prezesa URE⁸⁹.

Ponadto do agregatów prądotwórczych oraz urządzeń UPS stosuje się przepisy rozporządzenia Ministra Energii z dnia 28 sierpnia 2019 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy urządzeniach energetycznych⁹⁰, które nakładają na pracodawcę obowiązek prowadzenia prac eksploatacyjnych zgodnie z **instrukcją eksploatacji urządzenia energetycznego** zawierającą m.in. opis czynności związanych z uruchomieniem, obsługą w czasie pracy i zatrzymaniem urządzenia energetycznego w warunkach normalnej pracy tego urządzenia oraz wymagania w zakresie eksploatacji urządzenia energetycznego i terminy przeprowadzania przeglądów, prób i pomiarów⁹¹, a także zapewnienie wykonywania tych prac przez osoby posiadające stosowne uprawnienia⁹².

Urządzenia medyczne posiadające własne systemy podtrzymania zasilania mieszczą się w definicji wyrobów medycznych znajdującej się w art. 2 pkt 1 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/745 w sprawie wyrobów medycznych, do których znajdują zastosowanie przepisy ustawy o wyrobach medycznych⁹³. Każde takie urządzenie musi posiadać dokumentację techniczną – tzw. „paszport techniczny” urządzenia, dzięki której można ustalić wymagane przez producenta czynności serwisowe oraz częstotliwość ich wykonywania. Przy każdym serwisie, naprawie, aktualizacji oprogramowania, przeglądzie itp., serwis wpisuje do paszportu technicznego jego datę i nazwę swojej firmy. We wpisie musi znaleźć się dokładny opis wykonywanych czynności, a także istotne uwagi serwisanta dotyczące danego sprzętu. Zgodnie z art. 63 ust. 3 ustawy o wyrobach medycznych szpital ma obowiązek posiadać dokumentację wykonanych instalacji, napraw, konserwacji, działań serwisowych, aktualizacji oprogramowania, przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń i kontroli bezpieczeństwa wyrobu, wynikających z instrukcji używania wyrobu, który wykorzystują do udzielania świadczeń zdrowotnych lub usług, zawierającą co najmniej daty wykonania tych czynności, imię i nazwisko lub nazwę

⁸⁹ Art. 54 ust. 3 pkt 1 Prawa energetycznego.

⁹⁰ Dz. U. z 2021 r. poz. 1210, ze zm. Rozporządzenie zostało wydane na podstawie art. 237¹⁵ § 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (Dz. U. z 2025 r. poz. 277, ze zm.).

⁹¹ § 4 ust. 1 pkt 4 i 6 rozporządzenia.

⁹² § 6 ust. 1 rozporządzenia.

⁹³ Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/745 z dnia 5 kwietnia 2017 r. w sprawie wyrobów medycznych, zmiany dyrektywy 2001/83/WE, rozporządzenia (WE) nr 178/2002 i rozporządzenia (WE) nr 1223/2009 oraz uchylenia dyrektyw Rady 90/385/EWG i 93/42/EWG (Dz. U. UE. L. z 2017 r. Nr 117, str. 1, ze zm.).

(firmę) podmiotu, który wykonał te czynności, ich opis, wyniki i uwagi dotyczące wyrobu oraz kwalifikacje osób wykonujących wymienione czynności jeżeli jest to wymagane na podstawie przepisów wykonawczych wydanych na podstawie art. 51 ust. 3 tej ustawy.

Czynności serwisowe (konserwacja, przeglądy, regulacja, kalibracja, wzorcowania, sprawdzenia i kontrola bezpieczeństwa) powinny być, zgodnie z art. 63 ust. 4 ustawy o wyrobach medycznych, realizowane na podstawie dokumentacji określającej ich terminy (harmonogramu). Dokumentację urządzenia szpital powinien, zgodnie z art. 63 ust. 4 ww. ustawy, przechowywać nie krócej niż przez okres 5 lat od dnia zaprzestania jego używania.

Akredytacja szpitali

Część szpitali posiada akredytację, którą udziela minister właściwy do spraw zdrowia (na podstawie rekomendacji Rady Akredytacyjnej, której członków powołuje Minister Zdrowia), w formie certyfikatu akredytacyjnego, na wniosek placówki medycznej, po przeprowadzeniu procedury oceniającej podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych. Zasady i tryb udzielania akredytacji placówkom ochrony zdrowia zostały uregulowane w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia⁹⁴. Szpitale posiadające certyfikat akredytacyjny mają obowiązek opracowania planu postępowania na wypadek zdarzeń nadzwyczajnych na terenie szpitala, co wynika ze standardów ŚO6 i ZO11.3 (do końca 2023 r.) lub standardu JZ10 (od początku 2024 r.). Do posiadania przez szpital systemu zabezpieczenia awaryjnego zasilania w energię elektryczną odnosi się standard SO 9 (do końca 2023 r.) oraz standard JZ12 (od początku 2024 r.).

W przypadku szpitali nieposiadających certyfikatu akredytującego opis procedur na wypadek utraty zasilania energią elektryczną powinien być określony w przepisach wewnętrznych placówki (np. instrukcja ruchu i eksploatacji urządzeń, opis systemu zabezpieczenia awaryjnego w energię elektryczną, Instrukcja bezpieczeństwa pożarowego, procedury ISO 9001, lub ISO 14001).

Uwarunkowania organizacyjno-finansowe

Celem utworzenia systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (tzw. Sieci szpitali) miało być zagwarantowanie kompleksowości i ciągłości udzielanych świadczeń. Od 2017 r. zabezpieczenie dostępu do świadczeń zdrowotnych

⁹⁴ Ustawa została uchylona z dniem 1 stycznia 2024 r. na mocy art. 66 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta (Dz. U. poz.1692), która zawiera regulacje dot.m.in. postępowanie w sprawie udzielania akredytacji.

obejmujących leczenie szpitalne, świadczenia wysokospecjalistyczne, ambulatoryjną opiekę specjalistyczną realizowaną w poradniach przyszpitalnych, rehabilitację leczniczą, programy lekowe, leki stosowane w chemioterapii oraz nocną i świąteczną opiekę zdrowotną, zapewnia ww. sieć.

Szpitalne zakwalifikowane do sieci mają zapewniać pełną opiekę zdrowotną w całym cyklu leczenia. Ich finansowanie jest zagwarantowane za pomocą dwóch narzędzi: finansowania ryczałtowego oraz finansowania za wykonane dla pacjentów świadczenia zdrowotne.

Kwalifikacja do sieci następuje na okres 4 lat i obejmuje włączenie szpitala do jednego z sześciu poziomów systemu zabezpieczenia, ze wskazaniem profili, zakresów lub rodzajów świadczeń udzielanych w systemie. Trzy poziomy podstawowe (I, II i III stopnia) obejmują szpitale o zasięgu lokalnym bądź regionalnym. Kolejne poziomy obejmują placówki specjalistyczne (onkologiczne i pulmonologiczne, pediatryczne oraz szpitale ogólnopolskie). Niniejszą kontrolą objęto szpitale należące do wszystkich trzech podstawowych poziomów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.

Obecnie około 1/3 szpitali posiada certyfikat akredytacyjny. Akredytacja medyczna szpitala to system wymogów i standardów, dotyczących jego wyposażenia oraz organizacji pracy, Certyfikat akredytacyjny stanowi potwierdzenie spełnianie przez placówkę wymogów odnośnie zapewnienia jakości udzielanych świadczeń. Audyt poprzedzający przyznanie certyfikatu jest przeprowadzany przez centralną jednostkę Ministerstwa Zdrowia – Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia z siedzibą w Krakowie i obejmuje on zarówno działalność leczniczą, jak i zarządzanie i administrację (w tym m.in. ocenę istotnych dla niniejszej kontroli procedur na wypadek wystąpienia zdarzeń nadzwyczajnych). Akredytacja jest dobrowolna i nie wszystkie szpitale muszą ją posiadać, jednak placówki, które mają certyfikat, otrzymują wyższe stawki finansowania w ramach ryczałtu.

6.4. WYKAZ AKTÓW PRAWNYCH DOTYCZĄCYCH KONTROLOWANEJ DZIAŁALNOŚCI

1. Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/745 w sprawie wyrobów medycznych, zmiany dyrektywy 2001/83/WE, rozporządzenia (WE) nr 178/2002 i rozporządzenia (WE) nr 1223/2009 oraz uchylenia dyrektyw Rady 90/385/EWG i 93/42/EWG (Dz. U. UE L z 5.04.2017 r. poz. 117 str.1).
2. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461).
3. Ustawa z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 1620, ze zm.).
4. Ustawa z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta (Dz. U. poz.1692).
5. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2025 r. poz. 450, ze zm.).
6. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia (Dz.U. z 2016 r. poz. 2135 – uchylona z dniem 1 stycznia 2024 r.).
7. Ustawa z dnia 10 kwietnia 1997 r. Prawo energetyczne (Dz. U. z 2024 r. poz. 266, ze zm.).
9. Rozporządzenie Ministra Gospodarki z dnia 21 października 2008 r. w sprawie zasadniczych wymagań dla maszyn (Dz. U. Nr 199, poz. 1228, ze zm.).
10. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2022 r. poz. 402).
11. Rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie (Dz. U. z 2022 r. poz. 1225, ze zm.).
12. Rozporządzenie Ministra Klimatu i Środowiska z dnia 1 lipca 2022 r. w sprawie szczegółowych zasad stwierdzania posiadania kwalifikacji przez osoby zajmujące się eksploatacją urządzeń, instalacji i sieci (Dz. U. poz. 1392).
13. Rozporządzenie Ministra Energii z dnia 28 sierpnia 2019 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy urządzeniach energetycznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1210).

14. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 18 stycznia 2010 r. w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania szpitali (Dz. Urz. Min. Zdrowia Nr 2, poz. 24).
15. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z 28 października 2015 r. w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania podmiotów leczniczych wykonujących inwazyjne procedury zabiegowe i operacyjne (Dz. Urz. Min. Zdrowia poz. 67).
16. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 6 września 2024 r. w sprawie standardów akredytacyjnych dla działalności leczniczej w rodzaju całodobowe i stacjonarne świadczenia zdrowotne szpitalne (Dz. Urz. Min. Zdrowia Nr 73).

6.5. WYKAZ PODMIOTÓW, KTÓRYM PRZEKAZANO INFORMACJĘ O WYNIKACH KONTROLI

1. Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej
2. Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej
3. Marszałek Senatu Rzeczypospolitej Polskiej
4. Prezes Rady Ministrów
7. Przewodniczący Komisji do Spraw Kontroli Państwowej Sejmu RP
8. Przewodniczący Komisji Zdrowia Sejmu RP
9. Przewodniczący Komisji Zdrowia Senatu RP
10. Minister Zdrowia
11. Szpitale