



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Katowicach

LKA.410.7.2.2025

Pani
Gabriela Buczkowska
Dyrektor Szpitala
Samodzielny Publiczny Zakład
Opieki Zdrowotnej Szpital
Wielospecjalistyczny w Jaworznie
ul. Chełmońskiego 28,
43-600 Jaworzno

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Wielospecjalistyczny w Jaworznie ¹ , ul. Chełmońskiego 28, 43-600 Jaworzno.
Kierownik jednostki kontrolowanej	Gabriela Buczkowska, Dyrektor Szpitala, od 29 sierpnia 2019 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Przygotowanie szpitala pod względem proceduralnym i organizacyjnym na wypadek nagłego braku zasilania w energię elektryczną ze źródeł zewnętrznych. 2. Wyposażenie szpitala w rezerwowe źródła zasilania w energię elektryczną oraz inne urządzenia zapewniające bezprzerwowe zasilanie urządzeń, sprzętu i aparatury medycznej, w tym urządzenia medyczne wyposażone we własne źródło podtrzymywania zasilania. 3. Stan techniczny i utrzymanie rezerwowego źródła zasilania oraz innych urządzeń zapewniających bezprzerwowe zasilanie urządzeń, sprzętu i aparatury medycznej, w tym urządzeń medycznych posiadających własne źródło podtrzymywania zasilania.
Okres objęty kontrolą	Lata 2023-2024 z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed lub po tym okresie.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ² .
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Katowicach.
Kontrolerzy	1. Karol Pastuszka, Specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKA/54/2025 z 17 marca 2025 r. 2. Marek Matysek, Starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKA/66/2025 z 27 marca 2025 r. 3. Stanisław Tarnowski, Główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKA/88/2025 z 8 maja 2025 r.

(akta kontroli str. 1-6)

¹ Dalej: Szpital lub SP ZOZ w Jaworznie.

² Dz. U. z 2022 r. poz. 623, dalej: ustawa o NIK.

II. Ocena ogólna³ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Szpital był przygotowany do nieprzerwanego świadczenia usług medycznych na wypadek nagłego braku zasilania w energię elektryczną ze źródeł zewnętrznych. SP ZOZ w Jaworznie dysponował rezerwowym źródłem zasilania w energię elektryczną – agregatem prądotwórczym, który w przypadku braku zasilania z sieci elektroenergetycznej zapewniał dostawę energii elektrycznej o mocy spełniającej wymagania⁴ określone w § 42 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą⁵. Ponadto Szpital posiadał sześć zasilaczy UPS do awaryjnego zasilania oraz chroniących przed nagłymi skokami napięcia. Zapewniały one bezprzerwowe zasilanie w energię elektryczną Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii⁶ oraz sal operacyjnych Bloku Operacyjnego.

Funkcjonujący w Szpitalu System Zarządzania Jakością⁷, określał procedury postępowania na wypadek nagłej utraty zasilania w energię elektryczną, w ramach których pracownikom przypisano zadania w tym zakresie. W latach objętych kontrolą wszyscy pracownicy, którym przypisano wykonywanie czynności związanych z obsługą urządzeń zapewniających bezprzerwowe zasilanie posiadali wymagane kwalifikacje, zgodnie z art. 54 ust. 1 ustawy z dnia 10 kwietnia 1997 r. Prawo energetyczne⁸. W Szpitalu nie określono natomiast pisemnych zasad pełnienia dyżurów poza normalnymi godzinami pracy przez pracowników odpowiedzialnych za utrzymanie ciągłości dostaw energii elektrycznej, co stwarzało ryzyko opóźnienia w podejmowaniu niezbędnych działań w przypadku sytuacji kryzysowej lub awarii. W trakcie kontroli NIK, opracowano harmonogram pełnienia dyżurów obowiązujący od maja 2025 r.

W Szpitalu nie opracowano instrukcji eksploatacji posiadanych urządzeń energetycznych, tj. rozdzielni głównej, agregatu prądotwórczego oraz urządzeń UPS, której opracowanie było, zgodnie z § 4 rozporządzenia Ministra Energii z dnia 28 sierpnia 2019 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy urządzeniach energetycznych⁹, obowiązkiem Dyrektora Szpitala. Instrukcje eksploatacji ww. urządzeń zostały opracowane i zatwierdzone dopiero w czasie kontroli NIK.

Agregat prądotwórczy, stanowiący awaryjne źródło zasilania poddawany był raz w roku przeglądom technicznym, które potwierdzały jego sprawność. Nie przeprowadzano jednak, wymaganych w instrukcji obsługi producenta, comiesięcznych próbnych uruchomień pod obciążeniem.

W Szpitalu prowadzono zeszyty eksploatacji agregatu prądotwórczego i urządzeń UPS zasilających Blok Operacyjny. W trakcie kontroli założono takie zeszyty również dla urządzeń UPS zasilających OAiT i serwerownię oraz zeszyt

³ Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

⁴ Moc agregatu zapewniała pokrycie ponad 48% zapotrzebowania na moc umowną, określoną w umowie o świadczenie usług dystrybucji energii elektrycznej.

⁵ Dz. U. z 2022 r. poz. 402. Dalej: rozporządzenie Ministra Zdrowia ws. wymagań dla ZOZ.

⁶ Dalej: OAiT.

⁷ Dalej: SZJ.

⁸ Dz. U. z 2024 r. poz. 266 ze zm. Dalej: Prawo energetyczne.

⁹ Dz.U. z 2021 r. poz. 1210. Dalej: rozporządzenie bhp.

eksploatacji rozdzielni głównej, a także dokonano w nich pierwszych wpisów o wykonanych czynnościach serwisowych.

UPS-y zapewniające bezprzerwowe zasilanie OAiT¹⁰ oraz Bloku Operacyjnego¹¹, były poddawane regularnym przeglądom technicznym.

Poddane w toku kontroli szczegółowym badaniom 25 urządzeń medycznych, w tym kardiomonitor, inkubatory, aparaty do znieczulenia, respiratory, defibrylatory oraz pompy infuzyjne, posiadały własne wbudowane akumulatory i podlegały regularnym okresowym przeglądom technicznym.

Pasporty techniczne 23 z 25 badanych urządzeń prowadzone były rzetelnie, a wszystkie wykonane przeglądy i czynności serwisowe zostały w nich odnotowane. W przypadku dwóch pozostałych¹² nie odnotowano w paszportach przeglądów przeprowadzonych w 2023 r., mimo iż takie czynności zostały wykonane.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny częściowej¹³ kontrolowanej działalności

OBSZAR

1. Przygotowanie szpitala pod względem proceduralnym i organizacyjnym na wypadek nagłego braku zasilania w energię elektryczną ze źródeł zewnętrznych

Opis stanu faktycznego

1. W okresie objętym kontrolą dokumentami określającymi organizację wewnętrzną Szpitala były:

- Statut¹⁴,
- Regulamin Organizacyjny¹⁵.

Jednostką organizacyjną Szpitala odpowiedzialną za zapewnienie prawidłowego stanu technicznego oraz dokonywanie okresowych przeglądów budynków,

¹⁰ Jeden UPS.

¹¹ Cztery UPS-y.

¹² Dwa kardiomonitor, o nr seryjnych: 6008901273 oraz 6008922366.

¹³ Oceny częściowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena częściowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

¹⁴ Przyjęty Uchwałą nr XXXIV/495/2017 Rady Miejskiej w Jaworznie z dnia 26 października 2017 r. w sprawie nadania Statutu Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej Szpitalowi Wielospecjalistycznemu w Jaworznie (Dz. Urz. Woj. Ślą 2023.9173). Statut określał jakie komórki organizacyjne wchodziły w skład struktury organizacyjnej Szpitala, w tym poszczególne Oddziały, Pracownie i Działy.

¹⁵ Od 1 października 2024 r. obowiązywał Regulamin Organizacyjny SP ZOZ Szpitala Wielospecjalistycznego w Jaworznie przyjęty zarządzeniem nr 117/2024 z dnia 19 września 2024 r. Dyrektora SP ZOZ w sprawie ustalenia Regulaminu Organizacyjnego SP ZOZ Szpitala Wielospecjalistycznego w Jaworznie. Do 30 września 2024 r. obowiązywał Regulamin Organizacyjny przyjęty zarządzeniem nr 58/2013 Dyrektora SP ZOZ Szpitala Wielospecjalistycznego w Jaworznie z dnia 3 września 2013 r. Regulamin Organizacyjny określał szczegółową strukturę organizacyjną, zadania i zakres działalności poszczególnych komórek organizacyjnych oraz samodzielnych stanowisk pracy, w tym warunki współdziałania między tymi komórkami dla zapewnienia sprawności funkcjonowania pod względem diagnostyczno-leczniczym, pielęgnacyjnym, rehabilitacyjnym, administracyjnym i gospodarczym Szpitala.

instalacji, w tym instalacji elektrycznych i energetycznych był, zgodnie z obowiązującym Regulaminem, Dział Techniczny i Zarządzania Majątkiem^{16,17}.

(akta kontroli str. 59-61, 78-79, 166-169, 733-745)

W Szpitalu ustanowiono i wdrożono w 2009 roku System Zarządzania Jakością zgodnie z wymaganiami ówczesnej normy ISO 9001:2008¹⁸. W ramach obowiązujących w Szpitalu procedur określono procedury pomocnicze, w tym proces pn. Zarządzanie Kryzysowe¹⁹, który określał postępowanie na wypadek wystąpienia sytuacji kryzysowych na terenie Szpitala²⁰ oraz procedurę pn. Nadzór nad aparaturą medyczną i przyrządami kontrolno-pomiarowymi²¹.

W ramach procedury Zarządzanie Kryzysowe, opisano podproces Awaria źródła energii lub wody, którego właścicielem²² był Kierownik DTiZM²³ i określono, że sprawuje on nadzór nad zapewnieniem w Szpitalu alternatywnych źródeł energii i wody oraz odpowiada za utrzymanie ich w ciągłej gotowości i sprawności technicznej. Ponadto w podprocesie określono, że:

- Pracownicy stwierdzający awarię źródła energii i wody natychmiastowo powiadamiają o tym fakcie Kierownika DTiZM lub osobę pełniącą jego zastępstwo;
- Zgłoszenie o awarii jest odnotowywane w postaci notatki służbowej;
- Przerwa w dostawie energii elektrycznej nie powinna być dłuższa niż 25 s;
- Po uruchomieniu alternatywnego źródła energii pracownik DTiZM ma obowiązek ocenić wielkość i skutki awarii oraz możliwości jej usunięcia *siłami własnymi* Szpitala. Po ustaleniu tych danych raportuje się je do Kierownika DTiZM;
- Jeżeli usterkę da się usunąć *siłami własnymi* służb technicznych Szpitala zleca się takie prace, w innym wypadku zleca się je dostawcy zewnętrznemu;
- Po usunięciu usterki Kierownik DTiZM zleca ponowne uruchomienie podstawowego źródła zasilania w energię elektryczną;
- Kierownik DTiZM informuje o zdarzeniu Z-cę Dyrektora ds. Ekonomicznych i Zarządzania Majątkiem²⁴.

W powyższym dokumencie nie zawarto informacji oraz nie określono sposobu wyznaczenia (dyżur) i kontaktu w porach nocnych oraz w dni wolne od pracy (święta, weekendy) z osobami odpowiedzialnymi za utrzymanie ciągłości dostaw

¹⁶ Do 30 września 2024 r., zgodnie z obowiązującym poprzednio Regulaminem organizacyjnym, zadania w zakresie utrzymania instalacji elektrycznej i energetycznej był Dział Techniczny.

¹⁷ Dalej: DTiZM.

¹⁸ Na podstawie Zarządzenia nr 9/2009 Dyrektora Szpitala z dnia 27 stycznia 2009 r.

¹⁹ Procedura pomocnicza nr 4.2.9 Zarządzanie Kryzysowe. W ramach tej procedury określono trzy podprocesy identyfikujące następujące zdarzenia kryzysowe: ewakuacja, zakażenie szpitalne, awaria źródła energii lub wody.

²⁰ Jako sytuację kryzysową określono: ewakuację szpitala, zakażenie szpitalne oraz awaria źródła energii lub wody

²¹ Procedura pomocnicza nr 4.2.5 Nadzór nad aparaturą medyczną i przyrządami kontrolno-pomiarowymi.

²² Zgodnie z nomenklaturą stosowaną w Systemie Zarządzania Jakością.

²³ Przed zmianą regulaminu organizacyjnego w 2024 r. był to Kierownik Działu Technicznego.

²⁴ Do 30 września 2024 r., gdy obowiązywał poprzedni regulamin organizacyjny informowano Z-cę Dyrektora ds. Administracji.

energii elektrycznej w razie stwierdzenia awarii wymagającej interwencji pracowników DTiZM, co zostało opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 78-79, 166-169, 256-280, 300-307)

W procedurze pomocniczej nr 4.2.5 Nadzór nad aparaturą medyczną i przyrządami kontrolno-pomiarowymi określono podprocesy związane z nadzorem nad aparaturą medyczną. Zgodnie z procesem, za prawidłowe prowadzenie paszportu technicznego urządzenia medycznego odpowiedzialny był jego użytkownik, natomiast wpisy z wykonanych napraw lub wymiany części powinny być dokonywane przez osoby wykonujące te czynności do paszportów technicznych pod nadzorem pracownika DTiZM lub użytkownika tego urządzenia. Właścicielem podprocesu był specjalista ds. urządzeń medycznych.

(akta kontroli str. 256-280)

W listopadzie 2024 r. na podstawie zarządzenia Dyrektora²⁵ wprowadzono zaktualizowaną Księgę Jakości SZJ, która dostosowywała obowiązujący SZJ do zmian organizacyjnych związanych z wprowadzeniem od 1 października 2024 r. nowego Regulaminu organizacyjnego Szpitala. W związku z powyższym aktualizacji uległa również karta procesu Zarządzanie Kryzysowe, która została przyjęta w trakcie czynności kontrolnych w Szpitalu, tj. w dniu 31 marca 2025 r. Zaktualizowana treść podprocesu związanego z awarią źródła energii lub wody, oprócz dostosowania nazw jednostek organizacyjnych do obecnie obowiązujących w Szpitalu, nie uległa zmianom.

(akta kontroli str. 281-307)

2. Zgodnie z obowiązującym w latach 2023-2024 Regulaminem organizacyjnym, przyjętym zarządzeniem nr 58/2013 Dyrektora SP ZOZ Szpitala Wielospecjalistycznego w Jaworznie z dnia 3 września 2013 r., czynności związane z m.in. prowadzeniem spraw technicznych z zakresu infrastruktury szpitalnej należały do Działu Technicznego, a w następstwie przyjęcia nowego Regulaminu organizacyjnego do DTiZM. W obowiązującym od 1 października 2024 r. Regulaminie organizacyjnym w ramach DTiZM wyodrębniono trzy sekcje do spraw: utrzymania sprawności technicznej budynku, aparatury medycznej i zarządzania majątkiem. Do zadań sekcji ds. utrzymania sprawności technicznej budynku należało zapewnienie prawidłowego stanu technicznego budynków, instalacji i urządzeń, w tym elektrycznych i energetycznych oraz przeprowadzanie ich okresowych przeglądów, remontów, napraw i prowadzenie w tym zakresie odpowiedniej dokumentacji. Do powyższych zmian organizacyjnych dostosowywano zapisy SZJ, poprzez zaktualizowanie procesu związanego z zarządzaniem kryzysowym i postępowaniem w ramach awarii źródła energii elektrycznej. Zgodnie z tym podprocesem, osobą odpowiedzialną za ten podproces był Kierownik DTiZM, do którego zakresu obowiązków zgodnie z opisem stanowiska należał m.in.:

- nadzór nad całokształtem prac związanych z m.in. utrzymaniem i remontem instalacji elektrycznych,

²⁵ Zarządzenie nr 132/2024 z dnia 18 listopada 2024 r. Dyrektora SO ZOZ Szpitala Wielospecjalistycznego w Jaworznie w sprawie wprowadzenia Księgi Jakości SZJ.

- nadzór nad prawidłowym prowadzeniem paszportów technicznych urządzeń i aparatów oraz ich aktualizacja,
- nadzór nad terminowym wykonaniem napraw, kontroli i przeglądów,
- nadzór nad prowadzeniem dokumentacji stanu technicznego sprzętu i aparatury medycznej, przyrządów kontrolno-pomiarowych będących własnością szpitala – zgodnie z polityką jakości,
- składanie zamówień dla zapewnienia niezbędnych części rezerwowych dla sprawnego i nieprzerwanego funkcjonowania szpitala.

Ponadto, w szpitalu zatrudnieni byli elektrycy, do których obowiązków, wynikających z karty stanowiskowej, należało m.in:

- naprawa, modernizacja, rozbudowa instalacji elektrycznej,
- bieżąca kontrola sprzętu, aparatury, urządzeń i instalacji elektrycznych,
- kompleksowa obsługa agregatu prądotwórczego,
- usuwanie awarii zaistniałych na terenie Szpitala.

(akta kontroli str. 78-79, 166-169, 273-280, 300-321)

3. W Szpitalu osobami zajmującymi się eksploatacją sieci, instalacji i urządzeń elektrycznych, w tym agregatu prądotwórczego, zgodnie z ich zakresem obowiązków, były osoby zatrudnione na stanowisku elektryk w Dziale Technicznym, a następnie DTiZM, w sekcji ds. Utrzymania Sprawności Technicznej Obiektów. W latach 2023-2024 na stanowisku elektryka były zatrudnione:

- w okresie od 1 stycznia 2023 r. do 31 grudnia 2023 r. - dwie osoby,
- w okresie od 1 stycznia 2024 r. do 9 stycznia 2024 r. - jedna osoba,
- od 10 stycznia 2024 r. do 6 października 2024 r. - dwie osoby,
- od 7 października 2024 r. do 9 października 2024 r. - trzy osoby,
- od 10 października 2024 r. do dnia kontroli – dwie osoby.

Osoby zatrudnione na stanowisku elektryka, jak również Kierownik DTiZM, w celu realizacji swoich obowiązków w zakresie eksploatacji sieci i urządzeń elektrycznych posiadały w okresie zatrudnienia odpowiednie kwalifikacje potwierdzone świadectwami²⁶, zgodnie z art. 54 ust. 1 Prawa energetycznego.

(akta kontroli str. 322-334)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. W Szpitalu nie określono pisemnych zasad pełnienia dyżurów poza normalnymi godzinami pracy przez pracowników odpowiedzialnych za utrzymanie ciągłości dostaw energii elektrycznej. Szpital nie zatrudniał pracowników obsługi technicznej w systemie zmianowym, co powodowało, że po godzinie 15 oraz w dni wolne od pracy, wyznaczeni przez Kierownika DTiZM pracownicy mieli pełnić dyżury na telefon, co oznaczało, że byli zobowiązani do odebrania telefonu o awarii zgłoszonej przez personel

²⁶ Osoby zatrudnione na stanowisku elektryka posiadali uprawnienia do zajmowania się eksploatacją urządzeń, instalacji i sieci na stanowisku eksploatacja, natomiast Kierownik DTiZM posiadał uprawnienia do zajmowania się eksploatacją urządzeń, instalacji i sieci na stanowisku dozoru i eksploatacji.

Szpitala i ewentualnego przyjazdu do Szpitala w celu usunięcia zgłoszonej usterki, jeżeli było to konieczne do prawidłowego funkcjonowania Szpitala. Powyższe polecenia, wg informacji przekazanych przez Kierownika DTiZM przybierały formę ustną i nie były w żaden sposób sformalizowane, ani udokumentowane w zakresie terminów pełnienia tych dyżurów przez poszczególnych pracowników, co zdaniem NIK, należy ocenić jako działanie nierzetelne. Szpital ze względu na charakter swoje działalności, powinien mieć zapewnioną stałą obsługę techniczną, gdyż występujące awarie mogą generować ryzyko utraty zdrowia lub życia pacjentów hospitalizowanych w Szpitalu, a ponadto brak zasad oraz formy wyznaczania osób do pełnienia dyżurów może spowodować trudności w ocenie, kto był osobą odpowiedzialną w przypadku wystąpienia sytuacji kryzysowej.

(akta kontroli str. 365, 377)

Zgodnie z oświadczeniem Dyrektor Szpitala, obsługą wszystkich instalacji wewnętrznych w godzinach pracy, jak i po nich zajmował się Kierownik DTiZM, który był w tym zakresie osobą decyzyjną. Wszystkie usterki występujące poza normalnymi godzinami pracy działu technicznego były telefonicznie zgłaszane do Kierownika DTiZM, który zlecał naprawę dyżurującym (dyżur na telefon) pracownikom. W razie nieobecności Kierownika DTiZM jego obowiązki przejmował wyznaczony wcześniej przez kierownika pracownik. W nagłych przypadkach wszystkie telefony kontaktowe do pracowników technicznych obsługujących daną instalację były w posiadaniu personelu portierni, który mógł w każdej chwili zgłosić nieprawidłową pracę danej instalacji.

(akta kontroli str. 359)

Zdaniem NIK, brak jednoznacznego określenia harmonogramu dyżurów pracowników odpowiedzialnych za zapewnienie ciągłości zasilania, w tym określenia maksymalnego czasu na przybycie pracownika do Szpitala w przypadku wystąpienia awarii zasilania w energię elektryczną, stwarzało ryzyko opóźnienia w podejmowaniu niezbędnych działań w przypadku sytuacji kryzysowej. W trakcie czynności kontrolnych NIK, opracowano i przedłożono kontrolerom harmonogram pełnienia dyżurów przez Kierownika DTiZM oraz dwóch pracowników zatrudnionych na stanowisku elektryków począwszy od maja 2025 r.

OCENA CZĄSTKOWA

W Szpitalu opracowano w ramach SZJ procedury postępowania na wypadek nagłej utraty zasilania w energię elektryczną, a z ich treści wynikało, którzy pracownicy mieli przypisane zadania w tym zakresie. Jednak brak wewnętrznych uregulowań dotyczących zasad pełnienia dyżurów poza normalnymi godzinami pracy dla pracowników odpowiedzialnych za utrzymanie ciągłości dostaw energii elektrycznej generował ryzyko opóźnienia w podejmowaniu działań niezbędnych w przypadku sytuacji kryzysowej lub awarii. W latach objętych kontrolą wszyscy pracownicy, którym przypisano wykonanie czynności związanych z obsługą urządzeń zapewniających bezprzerwowe zasilanie posiadali wymagane kwalifikacje.

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

Opis stanu faktycznego

1. Instalacja elektryczna Szpitala zasilana była poprzez dwa transformatory, które doprowadzały energię elektryczną z dwóch niezależnych kierunków sieci elektroenergetycznej. Moc umowna zawarta w umowie o świadczenie usług dystrybucyjnych energii elektrycznej wynosiła po 450 kW na każdy punkt. Transformatory zlokalizowane były w oddzielnym, wolnostojącym budynku mieszczącym się obok poradni specjalistycznej Szpitala. Instalacja elektryczna Szpitala składała się z rozdzielni głównej niskiego napięcia (RNN), która wyposażona była w trzytorowy układ SZR (samoczynne załączenie rezerwy) umożliwiający przełączenie zasilania pomiędzy transformatorem podstawowym, rezerwowym oraz agregatem stanowiącym rezerwowe źródło zasilania.

Powyższy układ SZR był w pełni automatyczny i umożliwiał w przypadku zaniku napięcia podstawowego przełączenie rozdzielni głównej na zasilanie z transformatora rezerwowego w czasie nieprzekraczającym 1-2 sekund. W przypadku zaniku napięcia z obu kierunków z sieci dystrybucyjnej, układ SZR przełączał rozdzielnię główną na pracę z agregatem prądotwórczym. Uruchomienie agregatu i osiągnięcie przez niego gotowości zajmowało ok. 25 s. Do czasu uruchomienia agregatu zasilanie aparatury medycznej, wymagającej bezprzerwowego zasilania, zapewniały urządzenia UPS, które tworzą system zasilania gwarantowanego, zasilając obwody aparatury medycznej oraz urządzeń IT. Z rozdzielni głównej RNN zasilane były wszystkie znajdujące się w budynkach podrozdzielnie zasilania ogólnego (RGO) i gwarantowanego (RGG). W rozdzielniach zasilania głównego znajdowały się zabezpieczenia obwodów oświetleniowych i obwodów gniazd wtykowych urządzeń i aparatury medycznej, zabezpieczeń klimatyzacji, serwerowni oraz pomieszczeń UPS-ów. Podrozdzielnia, która zasilala wszystkie obwody ogólne i gwarantowane oraz pozostałe rozdzielnie zlokalizowane w oddziałach szpitalnych, znajdowała się na parterze budynku głównego. Podrozdzielnia ta wyposażona była w manualne połączenie między częścią gwarantowaną a ogólną, która pozwalała na pełne zasilanie obiektu z agregatu pod warunkiem bieżącej kontroli zapotrzebowania na moc elektryczną.

(akta kontroli str. 13-32, 366)

2. Szpital wyposażony był w agregat prądotwórczy o mocy pozornej 275 kVA²⁷, model GI 275 A60, wyprodukowany w 2007 r. Agregat wyposażony był w funkcję autostartu, który umożliwiał samoczynne uruchomienie w przypadku zaniku napięcia z sieci elektroenergetycznej, poprzez automatykę sterującą rozrusznikiem zasilanym w dwa akumulatory wymienione w 2023 r. Moc agregatu zapewniała pokrycie ponad 48% zapotrzebowania na moc umowną, określoną w umowie o świadczenie usług dystrybucji energii elektrycznej, co

²⁷ Co odpowiadało mocy czynnej 220 kW.

wypełniało wymagania określone w § 42 rozporządzenia Ministra Zdrowia ws. wymagań dla ZOZ. Agregat prądotwórczy po uruchomieniu w razie awarii zasiliał obwody gwarantowane instalacji elektrycznej Szpitala. Konstrukcja podrozdzielniki pozwalała ręcznie rozszerzyć zasilanie w energię elektryczną z agregatu na obwód ogólny, umożliwiając pracę całego Szpitala w sytuacji awaryjnej. Agregat nie zasiliał budynków DTiZM, składnicy akt, kotłowni²⁸ oraz poradni specjalistycznej.

(akta kontroli str. 13-32, 349-358, 365-366, 479-480)

W wyniku oględzin²⁹ stwierdzono, że agregat prądotwórczy był zasilany silnikiem spalinowym wysokoprężnym marki Iveco o pojemności 7,8 litra o mocy znamionowej 265 kW, rok produkcji 2007. Panel sterowania agregatu wskazywał m.in. poziom paliwa w zbiorniku (w czasie oględzin było to ok. 55% pojemności zbiornika, tj. 286 litrów³⁰) oraz liczbę przepracowanych godzin - 72mth.

W trakcie przeprowadzania oględzin agregat prądotwórczy został uruchomiony pod obciążeniem. W czasie tej czynności funkcjonujący układ SZR automatycznie przełączył się z zasilania podstawowego na rezerwowe, a w wyniku zaniku napięcia z obu źródeł, na agregat prądotwórczy, który przejął zasilanie Szpitala w energię elektryczną.

(akta kontroli str. 477-481)

3. W celu zabezpieczenia bezprzerwowego zasilania w energię elektryczną w Szpitalu, oprócz agregatu prądotwórczego, zainstalowano sześć zasilaczy UPS³¹, które zabezpieczały pomieszczenia Bloku Operacyjnego, Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii³² oraz Dział IT.

(akta kontroli str. 335, 366)

W trakcie oględzin stwierdzono, że stan wizualny urządzeń UPS zasilających Blok Operacyjny, OAiIT oraz serwerownię był dobry, urządzenia te działały w trybie on-line i były naładowane.

(akta kontroli str. 481-484, 487-490)

4. Szpital dysponował urządzeniami i aparatami medycznymi posiadającymi własne źródło podtrzymywania zasilania. Do tej kategorii urządzeń należały:

- pompy infuzyjne - 251 szt.³³,

²⁸ Ciągła, nieprzerwana i całodobowa dostawa energii cieplnej była realizowana przez podmiot zewnętrzny i to na niej ciążył obowiązek zabezpieczenia ciągłości jej dostaw.

²⁹ Przeprowadzonych w dniu 13 maja 2025 r.

³⁰ Zbiornik paliwa miał pojemność 520 litrów.

³¹ Szpital dysponował pięcioma urządzeniami UPS marki Astrid Infinity 3100 o mocy 20 kVA oraz jednym UPS marki EATON 91PS o mocy 15 kVA. Związku z uszkodzeniem jednego urządzenia UPS marki Astrid został on wymieniony na urządzenie marki Borri o mocy pozornej 20 kVA.

³² Dalej: OAiIT.

³³ Dwie pompy znajdowały się na Bloku Operacyjnym, 11 na Oddziale Chirurgii Dziecięcej, 19 na Oddziale Chirurgii Ogólnej, osiem na Oddziale Chirurgii Urazowej, cztery na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym, 50 na Oddziale Kardiologicznym, 16 na Oddziale Neurologicznym, 17 na Oddziale Wewnętrznym, 11 na Oddziale Pediatrii, 10 na Oddziale Urologicznym, 90 na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii, 12 na Szpitalnym Oddziale Ratunkowym oraz jedna pompa w Poradni Kardiologicznej.

- defibrylatory - 33 szt.³⁴,
- respiratory - 39 szt.³⁵,
- aparaty do znieczulenia - 12 szt.³⁶,
- inkubatory - 2 szt.³⁷,
- kardiomonitoring - 94 szt.³⁸

Powyższe liczby odpowiadały liczbie sprzętu zgłoszonego do portalu potencjału prowadzonego przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Ponadto Szpital posiadał pewną liczbę sprzętu, która nie została zgłoszona do portalu, ponieważ była zmagazynowana w związku z likwidacją oddziałów lub sprzęt przeznaczony był do kasacji ze względu na jego stan techniczny albo był użyczony innym podmiotom medycznym.

(akta kontroli str. 378-393)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

NIK ocenia pozytywnie działalność Szpitala w badanym obszarze.

OBSZAR

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

Opis stanu
faktycznego

1. Agregat prądotwórczy, stanowiący rezerwowe źródło zasilania Szpitala w energię elektryczną, był utrzymywany przez służby techniczne Szpitala, jednak nie wszystkie czynności serwisowe były wykonywane zgodnie z wymaganiami ujętymi w instrukcji obsługi urządzenia. Zgodnie z dokumentacją techniczno-ruchową³⁹ załączoną przez dostawcę agregatu należało:

- co miesiąc sprawdzać stan połączeń elektrycznych,
- akumulatory: sprawdzać raz w tygodniu stan naładowania i elektrolitu oraz co 45 dni jego gęstość,
- co tydzień sprawdzić poziom oleju, płynu chłodzącego i paliwa,

³⁴ Jeden defibrylator znajdował się na Oddziale Chirurgii Dziecięcej, dwa na Oddziale Chirurgii Ogólnej, jeden na Oddziale Chirurgii Urazowej, jeden na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym, dziewięć na Oddziale Kardiologii, dwa na Oddziale Neurologicznym, dwa na Oddziale Wewnętrznym, jeden na Oddziale Pediatrii, jeden na Oddziale Urologicznym, trzy na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii, siedem na Szpitalnym Oddziale Ratunkowym, dwie w Poradni Kardiologicznej.

³⁵ Jeden respirator znajdował się na Bloku Operacyjnym, dwa na Oddziale Chirurgii Ogólnej, jeden na Oddziale Chirurgii Urazowej, cztery na Oddziale Kardiologii, pięć na Oddziale Neurologicznym, cztery na Oddziale Wewnętrznym, 15 na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz siedem respiratorów na Szpitalnym Oddziale Ratunkowym.

³⁶ Ośiem aparatów do znieczulenia znajdowało się na Bloku Operacyjnym, jeden na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz dwa aparaty do znieczulenia znajdowały się na Szpitalnym Oddziale Ratunkowym.

³⁷ Po jednym inkubatorze umieszczono na Oddziale Chirurgii Dziecięcej oraz Oddziale Pediatrii.

³⁸ Dwa kardiomonitoring znajdowały się na Oddziale Chirurgii Dziecięcej, 15 na Oddziale Chirurgii Ogólnej, pięć na Oddziale Chirurgii Urazowej, dwa na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym, 19 na Oddziale Kardiologicznym, 10 na Oddziale Neurologicznym, 10 na Oddziale Wewnętrznym, cztery na Oddziale Pediatrii, cztery na Oddziale Urologicznym, 10 na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz 13 kardiomonitoring znajdowało się na Szpitalnym Oddziale Ratunkowym.

³⁹ Dalej: DTR.

- sprawdzić stan zespołów prądotwórczych poprzez wykonanie testu polegającego na pracy agregatu na biegu jałowym (przez 10-15 min) raz na dwa tygodnie oraz co najmniej raz w miesiącu dokonać włączenia agregatu pod obciążeniem (30% mocy nominalnej przez min. 30 min),
- sprawdzić sprawność paneli sterowania,
- w okresie zimowym sprawdzać stan podgrzewania bloku silnika,
- wymienić olej oraz filtry oleju i paliwa co 500 motogodzin lub co 12 miesięcy,
- wymienić płyn chłodzący co 1000 motogodzin lub co 24 miesiące.

Służby techniczne Szpitala dokonywały cotygodniowych oględzin agregatu wykonując część określonych w instrukcji czynności, które były odnotowywane w zeszycie eksploatacji zespołu prądotwórczego GI 275 A60⁴⁰. W zeszycie odnotowywano cotygodniowe próbne uruchomienia agregatu na biegu jałowym, które przeciętnie trwały ok. 6 minut, natomiast pozostałe czynności obsługowe odnotowywano w postaci ogólnego zapisu „wg instrukcji”. W trakcie kontroli NIK, Kierownik DTiZM uzupełnił zeszyt obsługi agregatu o wykaz prac jakie wykonują pracownicy obsługujący agregat prądotwórczy zgodnie z wytycznymi wymienionymi w instrukcji obsługi⁴¹.

(akta kontroli str. 364-376, 492-541, 556-557)

Zeszyt obsługi agregatu, ze względu na ogólnikowy charakter wpisów, nie zapewniał rzetelnego dokumentowania czynności serwisowych, co zostało szczegółowo opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 517-538, 594-601)

Część czynności obsługowych agregatu wynikała z harmonogramu przeglądów zawartego w instrukcji obsługi agregatu. Harmonogram przeglądów uwzględniał czasookresy przeglądów i czynności serwisowych, które powinny być wykonane po określonej liczbie godzin pracy agregatu lub co 12 miesięcy⁴². Ze względu na zlecenie przeglądu technicznego agregatu po 17 miesiącach od ostatniego jego przeglądu część czynności serwisowych została wykonana z opóźnieniem w stosunku do wymagań określonych w instrukcji obsługi. Powyższe zostało opisane szczegółowo w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 349-358, 517-538, 594-601)

W Szpitalu opracowano instrukcję eksploatacji instalacji elektrycznej, w której były zawarte informacje m.in. o: ogólnej charakterystyce instalacji elektrycznej Szpitala, obsłudze tej instalacji, instrukcji obsługi układu SZR w rozdzielni głównej, awaryjnym wyłączeniu rozdzielni głównej, wyłączeniu instalacji elektrycznej w przypadkach awaryjnych, a także okresowych pomiarach

⁴⁰ Dalej: Zeszyt eksploatacji agregatu lub zeszyt obsługi agregatu.

⁴¹ Tj. na osobnej karcie umieszczonej w zeszycie obsługi były wskazane prace wykonywane raz w tygodniu przez obsługę techniczną w tym sprawdzenie: stanu naładowania i poziomu elektrolitu w akumulatorze, poziomu oleju, płynu chłodzącego i paliwa. Wskazano również m.in., że co dwa tygodnie należy przeprowadzić test funkcjonowania zespołu na biegu jałowym, a w miarę możliwości raz w miesiącu test z obciążeniem.

⁴² Do tych czynności zaliczamy: wymianę oleju oraz filtra oleju oraz wymianę filtra paliwa.

ochronnych, terminach badań eksploatacyjnych, osobach uprawnionych do wykonywania badań i pomiarów oraz postępowaniu w przypadku pożaru spowodowanego przez instalację lub urządzenie elektryczne.

W Szpitalu nie opracowano instrukcji eksploatacji rozdzielni głównej, agregatu prądotwórczego i urządzeń UPS. Ponadto, w opracowanej w 2020 r. instrukcji eksploatacji instalacji elektrycznej nie zawarto danych, o których mowa w § 4 ust. 1 pkt 1-11 rozporządzenia bhp w zakresie ww. urządzeń energetycznych, co opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

Ponadto, pomimo opracowania instrukcji eksploatacji instalacji elektrycznej w dniu 29 października 2020 r. nie została ona podpisana i zatwierdzona przez Dyrektora Szpitala, co opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 492-516)

W toku kontroli podpisano i zatwierdzono instrukcję eksploatacji instalacji elektrycznej⁴³, a także Instrukcje eksploatacji urządzeń energetycznych: rozdzielni głównej, agregatu prądotwórczego i urządzeń UPS⁴⁴, zgodnie z § 4 ust. pkt 1 rozporządzenia bhp.

(akta kontroli str. 652-676)

Dyrektor wyjaśniła, że w pomieszczeniu rozdzielni głównej znajdował się schemat jednokreskowy pozwalający w każdym przypadku na prowadzenie ewentualnych prac awaryjnych, w pomieszczeniu rozdzielnic RGG RGO znajdującej się w budynku głównym zdeponowana jest dokumentacja powykonawcza całej rozdzielni, a w pomieszczeniach, w których zlokalizowane są urządzenia UPS pozostawione były instrukcje obsługi tych urządzeń pozwalające na bezpieczne wyłączenie lub ewentualne włączenie bypassu elektronicznego. Dyrektor dodała, że Instrukcję eksploatacji dołączy do każdego z ww. urządzeń.

(akta kontroli str. 634-637)

W okresie objętym kontrolą nie było przypadków braku dostępności rezerwowego źródła zasilania.

(akta kontroli str. 648-651)

2. W okresie objętym kontrolą odnotowano trwającą 224 dni przerwę w dostępności urządzeń zapewniających bezprzerwowe zasilania UPS⁴⁵. Przerwa ta była spowodowana zapaleniem się jednego z urządzeń UPS⁴⁶ zlokalizowanego w budynku Bloku Operacyjnego, w wyniku którego urządzenie to zostało zniszczone, natomiast pozostałe trzy urządzenia UPS wymagały przed ponownym uruchomieniem transportu do siedziby producenta w celu ich pełnej diagnostyki pod kątem ewentualnych uszkodzeń oraz napraw. Po remoncie

⁴³ Sporządzoną i zatwierdzoną w dniu 15 maja 2025 r.

⁴⁴ Sporządzone i zatwierdzone w dniu 21 maja 2025 r.

⁴⁵ Trzy z czterech urządzeń UPS były niedostępne w okresie od 26 października 2023 r. do 6 czerwca 2024 r. (224 dni), natomiast czwarty UPS, którym zastąpiono zniszczony UPS został przekazany do użytku w dniu 21 marca 2025 r. (po 554 dniach).

⁴⁶ Urządzenie 20kVA nr seryjny IN2H47005

pomieszczenia, umieszczono w nim nowy UPS oraz pozostałe trzy UPS po regeneracji. W powyższym okresie Blok Operacyjny pozbawiony został zabezpieczenia w postaci urządzeń bezprzerwowego zasilania. Liczba zabiegów wykonywanych na Bloku Operacyjnym nie została z tego powodu ograniczona. Urządzenia UPS nie wymagały szczególnych czynności serwisowych, mimo to służby techniczne Szpitala zlecały coroczny przegląd tych urządzeń. Z protokołów okresowych przeglądów technicznych tych urządzeń, przeprowadzonych w 2023 r. wynikało, że pomimo sprawności technicznej tych urządzeń, to z uwagi na długi czas eksploatacji kwalifikowały się do regeneracji.

(akta kontroli str. 335-348, 638-643)

Jak wyjaśniła Dyrektor Szpitala, w wyniku pożaru (...) na bloku operacyjnym nie wprowadzono restrykcji związanych z ograniczeniem liczby zabiegów, całość instalacji włączona jest do części gwarantowanej rozdzielni RGG, a wszystkie peryferyjne urządzenia posiadają swoje podtrzymywanie bateryjne. Ponadto, wszystkie zasilacze zamontowane na terenie Bloku Operacyjnego w istotnych (i nie tylko) urządzeniach posiadały stabilizację napięcia. Równocześnie posiadany agregat prądotwórczy wprowadza do sieci już przygotowane napięcie o prawidłowych parametrach (...). Dyrektor Szpitala dodała również, że regenerację urządzeń UPS zaplanowano na sierpień 2024 r., jednakże z uwagi na wystąpienie pożaru w październiku 2023 r. takich czynności dokonano w czerwcu 2024 r.

(akta kontroli str. 636, 750)

Szpital posiadał kompletną dokumentację techniczną urządzeń bezprzerwowego zasilania - UPS (instrukcje obsługi i gwarancje) oraz urządzeń medycznych posiadających własne systemy podtrzymywania zasilania (instrukcje obsługi oraz paszporty techniczne).

W trakcie oględzin ustalono, że w agregatorowni znajdował się zeszyt eksploatacji agregatu, a w pomieszczeniu, w którym zlokalizowane były cztery urządzenia UPS zasilające Blok Operacyjny znajdował się zeszyt obsługi tych urządzeń⁴⁷.

(akta kontroli str. 471-491, 335a-335b)

Dyrektor wyjaśniła, że zeszyt obsługi, który był prowadzony dla urządzeń na Bloku Operacyjnym, będzie prowadzony także dla pozostałych dwóch urządzeń UPS. Dodała, że nie prowadzono dla ww. urządzeń takich zeszytów z uwagi na to, że urządzenia te pracują w pomieszczeniach o wysokim reżimie temperaturowym, a wszystkie parametry można było odczytać z samych urządzeń.

(akta kontroli str. 634-637)

W trakcie kontroli NIK, pracownicy Szpitala założyli zeszyt eksploatacji dla urządzeń UPS zasilających OAiIT i serwerownie oraz zeszyt eksploatacji

⁴⁷ W którym odnotowywano wpisy z kontroli pracy urządzeń UPS w tym m.in. w zakresie temperatury pracy akumulatorów, stanu naładowania baterii i innych ewentualnych błędów pracy urządzeń.

rozdzielną główną, a także dokonali w nich pierwszych wpisów z wykonanych czynności⁴⁸.

(akta kontroli str. 684-698)

Czynności serwisowe ww. urządzeń w okresie objętym kontrolą były dokonywane w Szpitalu zgodnie z art. 63 ust. 4 ustawy z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych⁴⁹ na podstawie harmonogramu określającego terminy ich przeprowadzenia⁵⁰.

(akta kontroli str. 677-683)

Badanie 25 urządzeń medycznych⁵¹, wyposażonych we własne źródła zasilania⁵², w zakresie poddawania ich okresowym przeglądom technicznym wykazało m.in., że:

- przeglądy wszystkich urządzeń wykonywały podmioty zewnętrzne, tj. autoryzowane serwisy;
- przeglądy były przeprowadzone przez poszczególnych wykonawców na podstawie zawartych umów⁵³, zgodnie z którymi byli oni zobowiązani powierzyć czynności wyłącznie osobom o odpowiednich kwalifikacjach, a ponadto przeszkolonych w danej specjalności;
- ze wszystkich przeprowadzonych przeglądów sporządzono raporty, zawierające m.in. podstawowe dane urządzenia⁵⁴, wykaz wykonanych czynności wraz z ich wynikiem, a także informację, czy urządzenie jest sprawne technicznie⁵⁵;
- we wszystkich urządzeniach przeprowadzono terminowe przeglądy okresowe⁵⁶,

⁴⁸ Dla urządzeń energetycznych wskazano, że co tydzień powinno być sprawdzane i wykonywane m.in.: w rozdzielni głównej: próby poprawności działania układu SZR, uruchamianie i zatrzymywanie urządzeń; w urządzeniach UPS: obserwacja i wizualne sprawdzanie akumulatorów, dokonywanie odczytów wskazań UPS, zgłaszanie zakłóceń i nieprawidłowości w pracy UPS, sprawdzanie stanu zewnętrznego UPS, napięć wyjściowych, stanu naładowania akumulatorów i temperatury pracy.

⁴⁹ Dz. U. z 2024 r., poz. 1620.

⁵⁰ W bazie urządzeń medycznych prowadzonej w postaci arkusza kalkulacyjnego (excel) dla każdego oddziału Szpitala zawarty był harmonogram kolejnych czynności serwisowych, w tym przeglądów technicznych tych urządzeń. Terminy przeglądów wpisywano do tej bazy na podstawie raportów serwisowych z poprzednio przeprowadzonych okresowych przeglądów technicznych.

⁵¹ Tj. pięć kardiomonitorów o nr seryjnych: 6008901273, 6008922366, 6008908667, 6008904270, VGSNE 2684; pięć respiratorów o nr seryjnych: ASKL-0125, ASKL-0126, ASKL-0127, ASKL-0128 i ASNK-0077; pięć defibrylatorów o nr seryjnych: TO8C100708, 32814704, 33826050, 12090179, 7110338, cztery aparaty do znieczulenia o nr seryjnych: ARZA-0159, ASCB-0070, ASCB-0068, SM719410071WA, cztery pompy infuzyjne o nr seryjnych: 16550, 16566, 16539 i 16599 oraz dwa inkubatory o nr seryjnych: 1426691 i 190600469.

⁵² Wszystkie badane urządzenia miały wbudowane akumulatory.

⁵³ Do zadań wykonawców na podstawie zawartych umów należało: wykonywanie czynności przeglądowo-konserwacyjnych, naprawa sprzętu medycznego, na który skończyła się gwarancja producenta oraz inne niezbędne czynności obsługi technicznej wymagane przez producenta oraz DTR.

⁵⁴ W tym producenta i model urządzenia, nr seryjny oraz jego lokalizację w Szpitalu (np. Blok Operacyjny lub OAiT).

⁵⁵ Zgodnie z raportami wszystkie urządzenia były sprawne technicznie.

⁵⁶ W przypadku inkubatora o nr seryjnym 190600469 pomimo przeprowadzenia przeglądu technicznego w dniu 11 września 2020 r. następny przegląd wykonano w dniu 12 kwietnia 2024 r. Spowodowane to było zdeponowaniem urządzenia w magazynie i nieużywaniu go od dnia 23 listopada 2020 r. Urządzenie to było eksploatowane dopiero po przeprowadzonym przeglądzie w dniu 12 kwietnia 2024 r.

- w 23 na 25 urządzeń medycznych w paszportach technicznych wpisano wszystkie przeprowadzone w okresie objętym kontrolą przeglądy, natomiast w dwóch pozostałych urządzeniach do paszportów⁵⁷ nie wpisano przeglądów wykonanych w 2023 r., co opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 394-418, 647)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. W zeszycie eksploatacji agregatu prądotwórczego nie odnotowywano rodzaju czynności wykonywanych w ramach okresowych przeglądów technicznych. Zgodnie z instrukcją obsługi zespołu prądotwórczego, stanowiącą część DTR, w celu prawidłowej obsługi agregatu należy regularnie odnotowywać czynności obsługowe, w tym godziny pracy urządzenia, naprawy, przeglądy i stany płynów. Tymczasem w zeszycie obsługi, poza datą i określeniem czasu pracy agregatu, w pozostałym zakresie ograniczono się jedynie do ogólnego zapisu „wg instrukcji”, co wprowadziło dokumentację fakt przeprowadzenia czynności obsługowych, jednak nie pozwalało na ustalenie, jakie faktycznie czynności zostały wykonane. Ponadto, w badanym okresie pracownicy obsługujący agregat nie odnotowali w zeszycie obsługi faktu przeprowadzenia przeglądu technicznego, który miał miejsce w dniu 22 lutego 2023 r.

(akta kontroli str. 349-358, 517-538)

Jak wyjaśniła Dyrektor Szpitala, wpis dotyczący przeglądu technicznego agregatu nie został odnotowany w zeszycie eksploatacji w wyniku niedopatrzenia. Natomiast w odniesieniu do ogólnych zapisów w zeszycie obsługi, Dyrektor Szpitala dodała, że wszystkie czynności opisane w DTR urządzenia były wykonywane, a odnotowywano czas pracy i datę uruchomienia agregatu. W przypadku wystąpień anomalii w pracy urządzenia uzupełniano pozycję „Uwagi”.

(akta kontroli str. 364)

Zdaniem NIK, rzetelnie prowadzony zeszyt obsługi powinien zawierać informacje o rodzaju wykonanych czynnościach obsługowych, odpowiadające wymogom instrukcji obsługi, stanowiącej część DTR urządzenia.

2. Nie przeprowadzano testów pracy agregatu prądotwórczego pod obciążeniem. Zgodnie z pkt 9.2 instrukcji obsługi zespołu prądotwórczego⁵⁸, należało przynajmniej raz w miesiącu przeprowadzić test agregatu prądotwórczego pod obciążeniem z mocą minimalną 30% mocy nominalnej, a czas testu powinien trwać minimum 30 minut. W latach 2023-2024 służby techniczne Szpitala w ogóle nie przeprowadzały testów pracy agregatu pod obciążeniem. Z zapisów książki eksploatacji agregatu wynikało, że w powyższym okresie agregat był co tydzień uruchamiany

⁵⁷ Dot. kardiomonitorów o nr seryjnych: 6008908667 i 6008904270.

⁵⁸ W przypadku, kiedy zespół prądotwórczy był przeznaczony do pracy awaryjnej.

i pracował średnio ok. 6 min na biegu jałowym (co w ww. okresie sumarycznie dało ok. 10 godzin pracy agregatu).

(akta kontroli str. 349-358, 517-538, 596)

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że ze względu na specyfikę obiektu odstąpiono od testów pracy agregatu pod obciążeniem, gdyż niosło to ryzyko związane z utratą zdrowia, a nawet i życia pacjentów ze względu na to, iż zanik napięcia na części ogólnej instalacji elektrycznej mógł wpłynąć na pracę aparatury medycznej (wyłączenie urządzenia lub jego reset). Dyrektor Szpitala zaznaczyła również, że agregat prądotwórczy przepracował obecnie ok. 70 motogodzin i nie był w żaden sposób wyeksploatowany.

(akta kontroli str. 364-365)

Mając na uwadze podnoszone w wyjaśnieniu okoliczności związane z próbnym uruchomieniem agregatu pod obciążeniem, NIK pozyskał informację od sprzedawcy i producenta urządzenia, z której wynika, że przygotowana DTR dotyczyła agregatów przeznaczonych do pracy w różnych sposobach użytkowania, a częstotliwość wykonywania prób pod obciążeniem jest określona w DTR i dotyczy przede wszystkim agregatów w okresie gwarancji producenta. Producent wskazał także, że *w zależności od warunków możliwości obiektu, użytkownik samodzielnie określa możliwości wykonywania takich prób i decyduje o ich wykonaniu*. Ponadto dodał, że *Możliwe jest przeprowadzenie prób pod obciążeniem z mniejszą częstotliwością niż przewiduje DTR bez szkody dla urządzenia. Główne próby takie mają na celu potwierdzenie możliwości przejęcia obciążenia z budynku podczas braku zasilania podstawowego i jednocześnie potwierdzenie gotowości i sprawności urządzenia podczas pracy pod obciążeniem*.

(akta kontroli str. 730-732)

Zdaniem NIK, bezpieczeństwo pacjentów Szpitala wymaga, by agregat prądotwórczy, zabezpieczający zasilanie w energię elektryczną w sytuacji kryzysowej, był testowany i serwisowany zgodnie z zaleceniami producenta. Przyjmując fakt, iż test agregatu pod obciążeniem wiąże się z ryzykiem wpływu na pracę aparatury medycznej, NIK wskazuje, że istnieją możliwości minimalizacji tego ryzyka poprzez zaplanowanie testów w czasie, kiedy nie wykonuje się w Szpitalu diagnostyki oraz zabiegów operacyjnych lub poprzez zastosowanie zewnętrznego symulatora obciążenia rezystancyjnego (obciążnicy).

3. Nie przestrzegano terminów czynności serwisowych zgodnie z określonymi przez producenta czasookresami. Producent agregatu prądotwórczego w instrukcji obsługi określił czasookresy dla poszczególnych przeglądów i czynności serwisowych⁵⁹, które nie zostały zachowane. Służby techniczne Szpitala zleciły w latach 2023-2024 przeglądy agregatu w dniu 22 lutego 2023 r., a następny przegląd został zlecony 8 lipca 2024 r., tj. po 17 miesiącach od ostatniego przeglądu. W związku z powyższym: wymiana

⁵⁹ Np. wymiana olejów, filtrów oleju i paliwa powinna, kontrola izolacji generatora odbyć się co 500 motogodzin lub co 12 miesięcy.

oleju, filtrów oleju i paliwa oraz kontrola izolacji generatora została wykonana w dłuższym interwale czasowym niż wynikało to z harmonogramu ujętego w instrukcji obsługi tego urządzenia.

(akta kontroli str. 349-358, 517-538, 600)

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że przez przeoczenie zlecono w 2024 r. przegląd agregatu dopiero po 17 miesiącach od ostatniego. Zwykle w Szpitalu przegląd urządzenia był wykonywany na początku każdego roku. Dyrektor zwróciła również uwagę, że ze względu na czas eksploatacji urządzenia, późniejszy przegląd nie wpłynął na stan techniczny urządzenia.

(akta kontroli str. 364-365)

NIK wskazuje, że obsługa agregatu powinna być zorganizowana tak, aby wyeliminować ryzyko przeoczenia prac serwisowych wynikających z harmonogramu tych prac ujętych w instrukcji obsługi.

4. Nie opracowano instrukcji eksploatacji urządzeń energetycznych (rozdzielni głównej, agregatu prądotwórczego, urządzeń UPS), co było niezgodne z § 4 ust. 1 rozporządzenia bhp. W Szpitalu opracowano instrukcję eksploatacji instalacji elektrycznej, która nie zawierała jednak wszystkich elementów, o których mowa w § 4 ust. 1 rozporządzenia bhp w zakresie ww. urządzeń energetycznych. W instrukcji tej nie zawarto m.in. opisu czynności związanych z uruchomieniem ww. urządzeń, obsługi w czasie pracy, zatrzymaniem w warunkach normalnej pracy, a także zasad postępowania w razie awarii oraz zakłóceń w pracy. Natomiast instrukcje eksploatacji rozdzielni głównej, agregatu prądotwórczego i urządzeń UPS, opracowano i zatwierdzono dopiero w trakcie kontroli NIK.

(akta kontroli str. 657-676)

Dyrektor wyjaśniła, że „Sporządzona w 2020 r. instrukcja eksploatacji elektrycznej koreluje bezpośrednio z przepisami na dzień jej sporządzenia (...)”, jednakże nie odnosiła się do konkretnych elementów instalacji. Dodała, że w trakcie kontroli wykonano instrukcje eksploatacji poszczególnych branżowych części instalacji, tj. rozdzielni głównej, rozdzielnicy szpitalnej RGG RGO, zespołu prądotwórczego (agregatu) oraz urządzeń UPS.

(akta kontroli str. 650)

Zdaniem NIK, przepis § 4 rozporządzenia bhp obligował Dyrektora Szpitala do opracowania instrukcji eksploatacji wskazanych urządzeń energetycznych celem należytego przeprowadzania czynności obsługowych przez pracowników Szpitala dla ww. urządzeń. Ponadto należy wskazać, że zakres zagadnień, jakie zgodnie z § 4 ww. rozporządzenia powinny być objęte instrukcją eksploatacji, nie zmienił się od chwili wejścia w życie tego aktu prawnego. Dlatego wszystkie objęte nim zagadnienia powinny zostać uregulowane już w instrukcji eksploatacji z 2020 r.

5. Opracowana instrukcja eksploatacji instalacji elektrycznej nie została zatwierdzona przez Dyrektora Szpitala.

W dniu 29 października 2020 r. w Szpitalu opracowano instrukcję eksploatacji instalacji elektrycznej, jednakże Dyrektor Szpitala jej nie zatwierdziła.

Zgodnie z § 4 ust. 1 rozporządzenia bhp prace eksploatacyjne prowadzi się zgodnie z instrukcją eksploatacji urządzenia energetycznego lub urządzeń energetycznych opracowaną przez pracodawcę. Natomiast na podstawie § 4 ust. 2 ww. rozporządzenia pracodawca zapewnia bieżącą aktualizację instrukcji eksploatacji.

Zgodnie z pkt 1.3 instrukcji eksploatacji instalacji elektrycznej „Instrukcja wchodzi do zastosowania z chwilą jej zatwierdzenia przez pracodawcę”.

(akta kontroli str. 492-497)

Dyrektor wyjaśniła, że brak zatwierdzenia ww. instrukcji było wynikiem niedopatrzenia służb technicznych Szpitala.

(akta kontroli str. 637)

NIK zwraca uwagę, że, obowiązkiem Dyrektora, jako pracodawcy, było opracowanie stosownej instrukcji eksploatacji, jak i podejmowanie czynności, by zapewnić jej bieżącą aktualizację. Ponadto zgodnie z zapisami instrukcji eksploatacji instalacji elektrycznej miała ona mieć zastosowanie dopiero z chwilą jej zatwierdzenia. Oznacza to, że zgodnie z treścią ww. instrukcji, do chwili jej podpisania i zatwierdzenia przez Dyrektora Szpitala, co nastąpiło w toku kontroli w dniu 15 maja 2025 r. nie miała ona formalnie charakteru obowiązkowej regulacji w pracach eksploatacyjnych prowadzonych przy urządzeniach energetycznych Szpitala.

6. Brak wpisów w paszportach technicznych o przeprowadzeniu w 2023 r. przeglądów okresowych w przypadku dwóch z 25 urządzeń medycznych objętych badaniem. W dniu 15 grudnia 2023 r. przeprowadzono okresowy przegląd techniczny dwóch kardiomonitorów (o nr seryjnym: 6008901273 i 6008922366), jednak informacji o ich wykonaniu nie wpisano do paszportów technicznych ww. urządzeń. Zgodnie z art. 63 ust. 3 ustawy o wyrobach medycznych Szpital był zobowiązany posiadać dokumentację wykonanych przeglądów urządzeń medycznych, które wykorzystywał do udzielania świadczeń zdrowotnych. Stosownie do procedury pomocniczej nr 4.2.5 Nadzór nad aparaturą medyczną i przyrządami kontrolno-pomiarowymi wpisy z wykonanych napraw lub wymiany części powinny być dokonywane przez osoby wykonywujące te czynności do paszportów technicznych. Natomiast zgodnie z zapisami rozdziału ósmego paszportu technicznego ww. kardiomonitorów („Sposób prowadzenia paszportu technicznego”) w rozdziale trzecim („Remonty naprawy i badania stanu technicznego”) należało wpisać bieżące czynności związane z tego rodzaju pracą.

(akta kontroli str. 395-396, 403-414)

Dyrektor wyjaśniła, że brak wpisu informacji o przeprowadzonych okresowych przeglądach technicznych do paszportów technicznych ww. urządzeń był spowodowany niedopatrzeniem personelu.

(akta kontroli str. 634-637)

OCENA CZĄSTKOWA

Stanowiący rezerwowe źródło zasilania agregat prądotwórczy był poddawany przeglądom i czynnościom serwisowym, jednakże w 2024 r. takich czynności dokonano z pięciomiesięcznym opóźnieniem. Ponadto, w okresie objętym kontrolą nie przeprowadzono wymaganych w DTR testów pracy agregatu prądotwórczego pod obciążeniem. Natomiast dokonana w trakcie oględzin próba pracy agregatu pod obciążeniem wykazała, że urządzenie to było sprawne i spełniło swoją funkcję, a układ SZR zapewnił automatyczne przełączenie zasilania podstawowego na rezerwowe.

W Szpitalu prowadzono zeszyt eksploatacji agregatu, jednakże dokonywane w nim wpisy nie pozwalały na ustalenie czy wszystkie czynności obsługowe były wykonywane zgodnie z zaleceniami producenta. Szpital dysponował Instrukcją eksploatacji instalacji elektrycznej. Instrukcja ta nie obejmowała istotnych urządzeń energetycznych Szpitala, m.in. rozdzielni głównej, agregatu prądotwórczego i urządzeń UPS oraz nie zawierała wszystkich elementów wymaganych § 4 rozporządzenia bhp, a ponadto nie została zatwierdzona przez Dyrektora Szpitala.

Badane w toku kontroli urządzenia medyczne posiadające własne źródła zasilania poddawano w latach 2023-2024 regularnym przeglądom technicznym, jednak w przypadku dwóch urządzeń medycznych stwierdzono, że pomimo przeprowadzonych okresowych przeglądów technicznych nie dokonano o tych czynnościach wpisów do paszportów technicznych.

IV. Uwagi i wnioski

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK, zwraca uwagę na potrzebę:

Uwaga Ustalenia, w uzgodnieniu z producentem agregatu prądotwórczego, częstotliwości próbnego uruchamiania pod obciążeniem agregatu prądotwórczego, innej niż wskazanej w dokumentacji technicznej producenta, w szczególności w okresie pogwarancyjnym;

oraz wnosi o:

Wnioski 1. Zapewnienie rzetelnego dokumentowania czynności obsługowych w prowadzonych w Szpitalu zeszytach eksploatacji urządzeń energetycznych;

2. Terminowe przeprowadzanie okresowych przeglądów technicznych agregatu prądotwórczego;

3. Dokumentowanie w paszportach technicznych urządzeń medycznych posiadających własne źródło podtrzymywania zasilania przeprowadzanych okresowych przeglądów technicznych.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Wystąpienie pokontrolne sporządzono i opatrzone podpisem własnoręcznym w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach; jeden dla kierownika jednostki kontrolowanej, drugi do akt kontroli.

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza

się do Dyrektora Delegatury NIK w Katowicach. Prawo zgłaszania zastrzeżeń, zgodnie z art. 61b ust. 2 ustawy o NIK, nie przysługuje do wystąpienia pokontrolnego zmienionego zgodnie z treścią uchwały w sprawie zastrzeżeń.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania
uwagi
i wykonania
wniosków

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

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

Katowice, 18 lipca 2025 r.

Kontroler

Marek Matysek

Starszy inspektor kontroli
państwowej

/podpisano elektronicznie/

Najwyższa Izba Kontroli

Delegatura w Katowicach

Dyrektor

Tomasz Kuźniak

/podpisano elektronicznie/