

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

DELEGATURA W LUBLINIE

LLU-410-13/09

Nr ewid. 167/2009/P09147/LLU

Informacja o wynikach kontroli stanu technicznego obiektów użytkowanych przez publiczne zakłady opieki zdrowotnej

Lublin grudzień 2009 r.

Misja *Najwyższej Izby Kontroli jest dbałość o gospodarność i skuteczność w służbie publicznej dla Rzeczypospolitej Polskiej*

Wizja *Najwyższej Izby Kontroli jest cieszący się powszechnym autorytetem najwyższy organ kontroli państwowej, którego raporty będą oczekiwanym i poszukiwanym źródłem informacji dla organów władzy i społeczeństwa*

Dyrektor Delegatury NIK w Lublinie

Adam Pęziół

Akceptuję:

Józef Górny

Wiceprezes

Najwyższej Izby Kontroli

Zatwierdzam:

Jacek Jezierski

Prezes

Najwyższej Izby Kontroli

dnia grudnia 2009 r.

Najwyższa Izba Kontroli
ul. Filtrowa 57
00-950 Warszawa
tel./fax: (22) 444-50-00
www.nik.gov.pl

Spis treści

1. Wprowadzenie.....	4
2. Podsumowanie wyników kontroli	6
2.1. Ogólna ocena kontrolowanej działalności	6
2.2. Synteza wyników kontroli	7
2.3. Uwagi końcowe i wnioski	11
3. Ważniejsze wyniki kontroli.....	14
3.1. Charakterystyka stanu prawnego oraz uwarunkowań ekonomicznych i organizacyjnych.....	14
3.1.1. Stan prawny	14
3.1.2. Uwarunkowania ekonomiczno-organizacyjne.....	19
3.2. Istotne ustalenia kontroli	20
3.2.1. Stan techniczny i estetyczny obiektów budowlanych użytkowanych przez szpitale	20
3.2.2. Remonty i modernizacje placówek ochrony zdrowia.....	22
3.2.3. Utrzymanie obiektów budowlanych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej.....	25
3.2.4. Stan zabezpieczenia przeciwpożarowego	35
3.2.4.1. Zapewnienie odpowiednich warunków ewakuacji.....	35
3.2.4.2. Przestrzeganie innych przepisów przeciwpożarowych	39
3.2.5. Stan higieniczno-sanitarny	43
4. Informacje dodatkowe o przeprowadzonej kontroli	45
4.1. Przygotowanie kontroli.....	45
4.2. Postępowanie kontrolne i działania podjęte po zakończeniu kontroli.....	46
5. Załączniki	54
5.1. Wykaz skontrolowanych jednostek i osób kierujących tymi podmiotami oraz jednostek NIK, które przeprowadziły kontrole.	54
5.2. Wykaz organów, którym przekazano informację o wynikach kontroli.....	56
5.3. Wykaz najważniejszych aktów prawnych	57

1. Wprowadzenie

Temat kontroli P/09/147 Stan techniczny obiektów użytkowanych przez publiczne zakłady opieki zdrowotnej

Uzasadnienie podjęcia kontroli – Kontrola została podjęta z inicjatywy własnej Najwyższej Izby Kontroli, z uwagi na zainteresowanie opinii publicznej warunkami, w jakich udzielane są świadczenia zdrowotne oraz ustalenia wcześniejszych kontroli NIK, które wykazały liczne nieprawidłowości w zakresie utrzymania i eksploatacji budynków szpitalnych. Utrzymanie w należyтым stanie techniczno-użytkowym placówek ochrony zdrowia ma bezpośredni wpływ na bezpieczeństwo pacjentów, personelu medycznego i innych osób przebywających w tych obiektach, a także wpływa na jakość świadczonych usług medycznych.

Cel kontroli i główne zagadnienia objęte kontrolą – Celem kontroli było dokonanie oceny wykonywania przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, udzielające świadczeń zdrowotnych w warunkach zamkniętych (zwane dalej: *sp zoz, szpital, zakład, placówka ochrony zdrowia, jednostka*), obowiązków związanych z utrzymaniem w należyтым stanie techniczno-użytkowym wykorzystywanych przez nie obiektów¹ oraz przestrzeganiem innych przepisów, mających wpływ na zapewnienie bezpiecznej ich eksploatacji². Kontrolą objęto działania służące zapewnieniu warunków właściwego funkcjonowania sp zoz, w tym realizację celów, zadań i kompetencji związanych z utrzymaniem obiektów oraz zapewnieniem w nich bezpiecznych i higienicznych warunków pobytu i leczenia.

Badaniami kontrolnymi objęto lata 2006 – 2008, a czynności kontrolne przeprowadzono w okresie od 01 kwietnia do 31 lipca 2009 r. W kontroli, na zlecenie

¹ Zadania w tym zakresie określono w rozdziale 6 ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. Prawo budowlane (Dz. U. z 2006 r. Nr 156, poz. 1118, ze zm.), zwanej dalej „Prawem budowlanym”.

² Obowiązki i wymogi wynikające z przepisów: Prawa budowlanego, ustawy z dnia 24 sierpnia 1991 r. o ochronie przeciwpożarowej (Dz. U. z 2002 r. Nr 147, poz. 1229, ze zm.), ustawy z dnia 21 grudnia 2000 r. o dozorcze technicznym (Dz. U. z 2000 r. Nr 122, poz. 1321, ze zm.) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 marca 2007 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. Nr 55, poz. 365).

NIK, uczestniczyły na podstawie art. 12 pkt 3 ustawy o NIK³ powiatowe inspektoraty nadzoru budowlanego – w zakresie oceny stanu technicznego obiektów budowlanych, państwowa straż pożarna – w zakresie oceny stanu zabezpieczenia przeciwpożarowego szpitali oraz państwowe powiatowe inspektoraty sanitarne – w zakresie oceny pomieszczeń szpitali pod względem higieniczno-sanitarnym.

Jednostki objęte kontrolą – Kontrola przeprowadzona została w 48 sp zoz, w tym: 15 dla których organem założycielskim jest samorząd województwa, pięciu dla których organem tym jest miasto na prawach powiatu oraz 28 dla których organem założycielskim jest powiat, na terenie województw: kujawsko-pomorskiego, lubelskiego, małopolskiego, mazowieckiego, podkarpackiego, pomorskiego, śląskiego, warmińsko-mazurskiego i wielkopolskiego. Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 2 ust. 2 w związku z art. 5 ust. 2 ustawy o NIK, pod względem legalności, gospodarności i rzetelności.

³ Ustawa z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli (Dz. U. z 2007 r. Nr 231, poz. 1701, ze zm.)

2. Podsumowanie wyników kontroli

2.1. Ogólna ocena kontrolowanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli negatywnie oceniła wykonywanie przez skontrolowane samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej obowiązków związanych z utrzymaniem w należytym stanie techniczno-użytkowym wykorzystywanych przez nie obiektów oraz przestrzeganiem innych przepisów, mających wpływ na zapewnienie bezpiecznej ich eksploatacji ze względu na szeroki zakres nieprawidłowości, które stwierdzono w prawie wszystkich skontrolowanych jednostkach. Stwierdzono, że 43 (90%) z 48 skontrolowanych sp zoz użytkowały budynki, których ogólny stan techniczno-użytkowy był nieodpowiedni i niejednokrotnie stwarzał realne zagrożenia dla bezpieczeństwa życia i zdrowia ludzi.

Stwierdzone nieprawidłowości polegały w szczególności na:

- niewywiązywaniu się z ustawowego wymogu zgłoszenia zamiaru wykonania robót budowlanych do organu administracji architektoniczno-budowlanej (w 33% kontrolowanych jednostek);
- występowaniu ograniczeń w możliwości korzystania ze świadczeń zdrowotnych przez osoby niepełnosprawne ze względu na istniejące bariery architektoniczne (w 46% kontrolowanych jednostek);
- nieprzeprowadzaniu obowiązkowych rocznych kontroli okresowych stanu technicznego budynków (w 63% kontrolowanych jednostek) oraz obowiązkowych kontroli co pięć lat (w 42% kontrolowanych jednostek);
- wykonywaniu kontroli okresowych przez osoby nieposiadające uprawnień budowlanych w odpowiedniej specjalności lub kwalifikacji, o których mowa w Prawie budowlanym (w 40% kontrolowanych jednostek);
- nieprzestrzeganiu terminów wykonania comiesięcznych przeglądów konserwacyjnych wind, nieodnotowywaniu przeglądów w dziennikach konserwacji, braku tych dzienników (w 31% kontrolowanych jednostek);
- nierzetelnym prowadzeniu ksiąg obiektu budowlanego (w 73% kontrolowanych jednostek), oraz ich braku (w 56% kontrolowanych jednostek);
- nieprzechowywaniu kompletnej dokumentacji budowy i powykonawczej

dotyczącej użytkowanych obiektów, jak również opracowań projektowych i dokumentów technicznych robót wykonywanych w obiektach w toku ich użytkowania (w 67% kontrolowanych jednostek);

- niezapewnieniu bezpieczeństwa pożarowego, w tym zwłaszcza w zakresie ewakuacji (w 88% kontrolowanych jednostek) oraz występowaniu istotnych braków w wyposażeniu budynków w wymagane urządzenia przeciwpożarowe i gaśnice (w 83% kontrolowanych jednostek).

2.2. Synteza wyników kontroli

1. Obiekty budowlane, użytkowane przez szpitale, w tym ogólnodostępne budynki, w których udzielano świadczeń zdrowotnych, są w znacznym stopniu wyeksploatowane i wymagają dużych nakładów finansowych na odtworzenie ich pełnej wartości użytkowej. Stwierdzono, że 33 sp zoz (tj. 69% skontrolowanych) użytkowały budynki, których ogólny stan techniczny i estetyczny był nieodpowiedni i niejednokrotnie stwarzał realne zagrożenia dla bezpieczeństwa życia i zdrowia ludzi. W trakcie kontroli inspektorzy nadzoru budowlanego wskazywali na konieczność natychmiastowego wykonania najważniejszych napraw, remontów, bądź wykonania ekspertyz budowlanych, w celu wyeliminowania potencjalnych zagrożeń. [str. 20-22]

Szpitalne nie posiadały wystarczających środków finansowych na utrzymanie obiektów ochrony zdrowia w należyтым stanie. Środków tych nie zapewniły również ich organy założycielskie. Poniesione w latach 2006 – 2008 wydatki na remonty i modernizacje obiektów budowlanych skontrolowanych sp zoz stanowiły zaledwie połowę potrzeb, określonych przez kierujących zakładami (rzetelność określania tych potrzeb nie była przedmiotem badań kontrolnych). [str. 22-23]

Dyrektorzy 16 sp zoz (33%) nie realizowali ustawowego obowiązku zgłaszania do organu administracji architektoniczno-budowlanej zamiaru wykonania robót remontowych. [str. 23]

Kontrola w dwóch sp zoz ujawniła nielegalne wykonywanie prac budowlanych bez ostatecznej decyzji o pozwoleniu na budowę, tj. w warunkach tzw. samowoli budowlanej. [str. 23-25]

2. W 22 jednostkach (tj. 46%) stwierdzono ograniczenia w możliwości korzystania

ze świadczeń zdrowotnych przez osoby niepełnosprawne ze względu na istniejące bariery architektoniczne. Nie zapewniono tym osobom swobodnego dostępu do obiektów szpitali, możliwości komunikacji za pomocą urządzeń dźwigowych w budynkach wielokondygnacyjnych oraz korzystania z pomieszczeń i węzłów higieniczno-sanitarnych. [str. 33-34]

3. W części skontrolowanych szpitali nie przeprowadzano w latach 2006 – 2008 kontroli okresowych (wymaganych co najmniej raz w roku) polegających na sprawdzeniu stanu technicznego: elementów budynków, budowli i instalacji narażonych na szkodliwe wpływy atmosferyczne i niszczące działania czynników występujących podczas użytkowania obiektu – w 30 jednostkach (63%), instalacji gazowej – w dziewięciu jednostkach (19%) oraz przewodów kominowych (dymowych, spalinowych, wentylacyjnych) grawitacyjnych i tych, w których ciąg kominowy jest wymuszony pracą urządzeń mechanicznych oraz kominów wolnostojących – w 14 jednostkach (29%). [str. 25-27]

Corocznych kontroli okresowych nie prowadzono: w zakresie stanu technicznego budynków i budowli w latach: 2006, 2007 i 2008 odpowiednio w 28, 25 i 20 jednostkach, w zakresie stanu technicznego instalacji gazowej w latach 2006, 2007 i 2008 odpowiednio w siedmiu, ośmiu i pięciu jednostkach, a w zakresie stanu przewodów kominowych w 2006 r. w 13, w latach 2007 i 2008 w 12 jednostkach. [str. 25-27]

W pięciu spośród 10 sp zoz, użytkujących budynki o powierzchni zabudowy przekraczającej 2.000 m², nie poddawano tych budynków kontrolom okresowym dwukrotnie w ciągu roku⁴. [str. 27]

4. Kontroli okresowych (wymaganych co najmniej raz na pięć lat), polegających na sprawdzeniu stanu technicznego i przydatności do użytkowania obiektów budowlanych, estetyki obiektu budowlanego oraz jego otoczenia nie dokonywano w 20 jednostkach (42%), a w zakresie stanu technicznego instalacji elektrycznej i piorunochronnej (m.in. stanu sprawności połączeń, osprzętu,

⁴ Obowiązek przeprowadzania kontroli budynków o powierzchni zabudowy przekraczającej 2000 m², w zakresie sprawdzenia stanu technicznego: elementów budynków, budowli i instalacji narażonych na szkodliwe wpływy atmosferyczne i niszczące działania czynników występujących podczas użytkowania obiektu, instalacji gazowej oraz przewodów kominowych i kominów wolnostojących, dwa razy w roku (w terminie do 31 maja oraz do 30 listopada), wprowadzony został od 20.06.2007 r. (art. 62 ust. 1 pkt 3 Prawa budowlanego).

zabezpieczeń i środków ochrony od porażeń, oporności izolacji przewodów oraz uziemień instalacji i aparatów) – w 16 jednostkach (33%). [str. 27-28]

5. W 19 zakładach (40%) kontroli okresowych corocznych dokonywały osoby nieposiadające uprawnień budowlanych w odpowiedniej specjalności lub kwalifikacji, o których mowa w Prawie budowlanym, a w 10 sp zoz (21%) pięcioletnie kontrole okresowe wykonywały osoby nieuprawnione. [str. 28-29]
6. W latach 2006-2008 windy, zainstalowane w budynkach 48 skontrolowanych szpitali, poddawano badaniom technicznym wykonywanym przez Urząd Dozoru Technicznego⁵, a także przeglądom konserwacyjnym⁶. Stwierdzono jednak, że w 15 zakładach (31%) przeglądy przeprowadzano nierzetelnie, tj.: nie przestrzegano terminów ich wykonania (co 30 dni), nie odnotowywano przeglądów w dziennikach konserwacji, brakowało tych dzienników lub nie przechowywano ich w sp zoz⁷. [str. 29-30]
7. W 35 szpitalach (73%) stwierdzono nierzetelne prowadzenie ksiąg obiektów budowlanych (m.in.: brak wymaganych wpisów, zabezpieczeń stron oraz planów sytuacyjnych nieruchomości i danych w nich określonych), w 27 (56%) nie prowadzono ich dla niektórych użytkowanych obiektów, a w przypadku jednego sp zoz w ogóle ich nie założono, natomiast w dwóch założono je po wielu latach od dnia przekazania obiektów do użytkowania. [str. 30-32]

Zapisy w tych ksiągkach powinny odzwierciedlać wszystkie zdarzenia związane z obiektem, dotyczące przeprowadzanych badań i kontroli stanu technicznego, remontów i przebudowy w okresie użytkowania obiektu.

8. W 32 (67%) na 48 skontrolowanych zakładów nie przechowywano kompletnej dokumentacji budowy i powykonawczej dotyczącej użytkowanych obiektów, jak również opracowań projektowych i dokumentów technicznych robót wykonywanych w obiektach w toku ich użytkowania. [str. 32]
9. Kontrola ujawniła również w pięciu (10%) sp zoz przypadki nielegalnego

⁵ Obowiązek ten określono w § 19 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 29 października 2003 r. w sprawie warunków technicznych dozoru technicznego w zakresie eksploatacji niektórych urządzeń transportu bliskiego (Dz. U. Nr 193, poz. 1890).

⁶ Obowiązek ten określono w § 14 ww. rozporządzenia.

⁷ Według § 11 ww. rozporządzenia eksploatujący powinien dla każdego urządzenia transportu bliskiego założyć i przechowywać dziennik konserwacji prowadzony przez konserwującego.

dokonania zmiany sposobu użytkowania obiektu budowlanego lub jego części, tj. bez wymaganego zgłoszenia właściwemu organowi administracji architektoniczno-budowlanej. [str. 32-33]

10. W 32 sp zoz (tj. 67%) lokalizacja i organizacja szpitalnych oddziałów ratunkowych nie spełniała wymagań ogólnoprzestrzennych, określonych przepisami rozporządzenia⁸, dotyczących bezpieczeństwa dostępu do tych oddziałów. [str. 34-35]
11. W 42 (88%) skontrolowanych sp zoz ujawniono rażące nieprawidłowości w zakresie zapewnienia bezpieczeństwa pożarowego. Szczególnie niepokojący jest fakt, że w budynkach szpitalnych, w których znajdują się oddziały łóżkowe, stwierdzono nieprzestrzeganie wymogów prawnych w zakresie ewakuacji (brak wydzielenia ewakuacyjnych klatek schodowych, brak zabezpieczenia przed zadymieniem dróg ewakuacyjnych, brak awaryjnego oświetlenia ewakuacyjnego, użycie do wykończenia wnętrz dróg ewakuacyjnych materiałów łatwo zapalnych, a także niespełnienie wymagań odnośnie długości i szerokości tych dróg). Istniejące w budynkach szpitali warunki techniczne nie zapewniają bezpiecznej i sprawnej ewakuacji przebywających w nich osób ze stref objętych, bądź zagrożonych pożarem. Te nieprawidłowości stwarzają realne zagrożenie dla zdrowia i życia ludzi, zwłaszcza tych o ograniczonej zdolności poruszania się, w przypadku wystąpienia pożaru lub innych zdarzeń wymagających wyprowadzenia osób z zagrożonego obiektu. [str. 35-39]

W 40 (83%) jednostkach stwierdzono również istotne braki w wyposażeniu budynków w wymagane przepisami prawa⁹ urządzenia przeciwpożarowe (system sygnalizacji pożarowej, dźwiękowy system ostrzegawczy, hydranty wewnętrzne) i gaśnice, oraz zaniedbania w zakresie przeprowadzania przeglądów konserwacyjnych tych urządzeń w celu zapewnienia ich sprawnego i niezawodnego funkcjonowania. [str. 39-41]

Poza tym, w sześciu (13%) sp zoz stwierdzono brak instrukcji

⁸ § 3 ust. 1 – 8 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 marca 2007 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. Nr 55, poz. 365).

⁹ § 3 ust. 2 – 4, § 14 – 22 i § 29 rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 21 kwietnia 2006 r. w sprawie ochrony przeciwpożarowej budynków, innych obiektów budowlanych i terenów (Dz. U. Nr 80, poz. 563).

bezpieczeństwa pożarowego, w 17 (35%) instrukcje te zostały nieprawidłowo sporządzone, bądź ich nie aktualizowano, a w dwóch jednostkach (4%) pracownicy nie zostali zapoznani z przepisami przeciwpożarowymi. [str. 41-42]

Stan utrzymania dróg pożarowych w 22 (46%) szpitalach uniemożliwiał swobodne korzystanie z nich przez pojazdy ochrony jednostek pożarowych. Drogi te m.in.: nie spełniały parametrów obowiązujących dla dróg pożarowych, nie były zakończone placem manewrowym lub były zablokowane przez parkujące pojazdy. [str. 42-43]

12. Stan higieniczno-sanitarny skontrolowanych szpitali był zadowalający. Stwierdzono jednak nieprawidłowości i uchybienia, polegające przede wszystkim na braku utrzymania czystości, a także na niezachowaniu należytych warunków sanitarnych w salach chorych, korytarzach, kuchniach, łazienkach i toaletach (występowanie ubytków tynków i farb, plamy po zaciekach, miejscowe zawilgocenia i zagrzybienia ścian, niesprawa wentylacja lub jej brak, nieutrzymanie urządzeń sanitarnych w czystości i w stanie pełnej sprawności technicznej). Żadnych nieprawidłowości i uchybień w zapewnieniu bezpieczeństwa higieniczno-sanitarnego nie stwierdzono w 11 (23%) szpitalach z 48 objętych kontrolą. [str. 43-44]
13. Ustalone w wyniku kontroli finansowe skutki nieprawidłowości stanowiły kwotę 664,0 tys. zł, a korzyści finansowe – 12,0 tys. zł. [str. 52-53]

2.3. Uwagi końcowe i wnioski

Obiekty budowlane, użytkowane przez szpitale, w tym ogólnodostępne budynki, w których udzielano świadczeń zdrowotnych, są w znacznym stopniu wyeksploatowane i wymagają dużych nakładów finansowych na odtworzenie ich pełnej wartości użytkowej. Ich ogólny stan techniczno-użytkowy był nieodpowiedni i niejednokrotnie stwarzał realne zagrożenia dla bezpieczeństwa życia i zdrowia ludzi. W trakcie kontroli inspektorzy nadzoru budowlanego wskazywali konieczność natychmiastowego dokonania najważniejszych napraw, remontów, bądź wykonania ekspertyz budowlanych, w celu wyeliminowania potencjalnych zagrożeń. W sześciu jednostkach stwierdzono nieprawidłowości, stanowiące bezpośrednie zagrożenie dla życia lub zdrowia ludzi albo wystąpienia niepowetowanej szkody w mieniu, związane ze złym stanem technicznym instalacji i elementów obiektów

budowlanych. Kontrolerzy NIK w trakcie przeprowadzania kontroli poinformowali dyrektorów jednostek o tych zagrożeniach, celem ich natychmiastowego wyeliminowania. W wyniku podjętych działań zagrożenia usunięto. [str. 47-48]

Należy zauważyć, że szpitale nie dysponowały, a ich organy założycielskie nie przekazały środków finansowych w wysokości pozwalającej na utrzymanie obiektów ochrony zdrowia w należytym stanie. Powodowało to, że dyrektorzy sp zoz ograniczali zakresy remontów eksploatowanych budynków, a nawet nie wykonywali najbardziej koniecznych prac remontowych. Prawidłowe wykonywanie zadań związanych z obowiązkiem utrzymania w należytym stanie techniczno-użytkowym wykorzystywanych przez szpitale obiektów oraz przestrzeganiem innych przepisów, mających wpływ na zapewnienie bezpiecznej ich eksploatacji wymaga wyeliminowania przyczyn stwierdzonych nieprawidłowości, do których w ocenie NIK, należy m.in. niewystarczający nadzór nad działalnością sp zoz, zarówno ze strony organów założycielskich¹⁰, jak i służb i organów inspekcji (straż pożarna, nadzór budowlany)¹¹.

W związku z powyższym NIK wnioskuje:

Do organów założycielskich sp zoz, o:

- zapewnienie środków finansowych w wysokości pozwalającej na utrzymanie obiektów ochrony zdrowia w należytym stanie;
- zwiększenie nadzoru nad działalnością podległych placówek ochrony zdrowia, m.in. w zakresie utrzymania we właściwym stanie techniczno-użytkowym obiektów szpitalnych, w tym usuwanie barier architektonicznych, uniemożliwiających swobodny dostęp do świadczeń medycznych osobom niepełnosprawnym, a także zapewnienia odpowiednich warunków ewakuacji i przestrzegania przepisów dotyczących zabezpieczenia przeciwpożarowego.

¹⁰ W badanym okresie tylko dwa organy założycielskie sp zoz (tj. pracownicy: Urzędu Marszałkowskiego Województwa Warmińsko-Mazurskiego i Starostwa Powiatowego w Gnieźnie) przeprowadziły w szpitalach kontrole dotyczące zagadnień związanych z wykonywaniem obowiązków dotyczących utrzymania obiektów budowlanych.

¹¹ W badanym okresie organy nadzoru budowlanego kontrolę w zakresie utrzymania obiektów budowlanych przeprowadziły tylko w ośmiu z 48 skontrolowanych sp zoz, tj. w: Tarnowskich Górach, Tarnowie, Elblągu, Wągrowcu, Śremie, Leżajsku, Ciechanowie i Siedlcach.

Do powiatowych inspektorów nadzoru budowlanego, o:

- zwiększenie liczby kontroli w sp zoz, w zakresie utrzymania obiektów szpitalnych oraz zapewnienia bezpiecznych warunków leczenia;

Do komendantów powiatowych Państwowej Straży Pożarnej, o:

- zwiększenie liczby czynności kontrolno-rozpoznawczych w sp zoz, w zakresie przestrzegania przepisów pożarowych, a szczególnie zapewnienia odpowiednich warunków ewakuacji.

W wystąpieniach pokontrolnych, skierowanych do dyrektorów kontrolowanych jednostek, NIK łącznie sformułowała 231 wniosków, które dotyczyły głównie: wykonywania obowiązków z zakresu utrzymania obiektów budowlanych, podjęcia działań zmierzających do poprawy stanu technicznego i estetycznego obiektów oraz zapewnienia w budynkach sp zoz odpowiednich warunków ewakuacji i bezpieczeństwa pożarowego. [str. 48-49]

3. Ważniejsze wyniki kontroli

3.1. Charakterystyka stanu prawnego oraz uwarunkowań ekonomicznych i organizacyjnych

3.1.1. Stan prawny

Stan techniczny i utrzymanie obiektów budowlanych sp zoz

Zgodnie z art. 61 pkt 1 Prawa budowlanego właściciel lub zarządca obiektu budowlanego jest obowiązany utrzymywać i użytkować obiekt przestrzegając zasad, o których mowa w art. 5 ust. 2 Prawa budowlanego, tj. w sposób zgodny z jego przeznaczeniem i wymaganiami ochrony środowiska oraz utrzymywać w należytym stanie technicznym i estetycznym, nie dopuszczając do nadmiernego pogorszenia jego właściwości użytkowych i sprawności technicznej. SP ZOZ, zgodnie z art. 53 ust. 1 ustawy o zoz¹², gospodaruje samodzielnie przekazanymi w nieodpłatne użytkowanie nieruchomościami i majątkiem Skarbu Państwa lub komunalnym oraz majątkiem własnym (otrzymanym i zakupionym).

Obiekty powinny być (art. 62 ust. 1 Prawa budowlanego) w czasie ich użytkowania poddawane przez właściciela lub zarządcę kontrolom okresowym.

Kontrole okresowe (art. 62 ust. 4 Prawa budowlanego), powinny być dokonywane, przez osoby posiadające uprawnienia budowlane w odpowiedniej specjalności, jednakże kontrole stanu technicznego instalacji elektrycznych, piorunochronnych i gazowych (art. 62 ust. 5 Prawa budowlanego) powinny przeprowadzać osoby posiadające kwalifikacje wymagane przy wykonywaniu dozoru nad eksploatacją urządzeń, instalacji oraz sieci energetycznych i gazowych.

Legitymowanie się uprawnieniami budowlanymi nie jest wystarczającą przesłanką do tego, aby móc wykonywać samodzielne funkcje techniczne w budownictwie. Konieczny jest bowiem do tego wpis na listę członków właściwej izby samorządu zawodowego (inżynierów budownictwa lub architektów).

¹² Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89, ze zm.).

Artykuł 6 ust. 1 ustawy o samorządach zawodowych¹³ stanowi, że prawo wykonywania samodzielnych funkcji technicznych w budownictwie przysługuje wyłącznie osobom wpisanym na listę członków właściwej izby samorządu zawodowego. Zgodnie z art. 12 ust. 1 pkt 5) Prawa budowlanego za samodzielną funkcję techniczną w budownictwie uważa się m.in. działalność obejmującą sprawowanie kontroli technicznej utrzymania obiektów budowlanych. W myśl art. 12 ust. 7 Prawa budowlanego, podstawę do wykonywania samodzielnych funkcji technicznych w budownictwie stanowi wpis, w drodze decyzji, do centralnego rejestru, o którym mowa w art. 88a ust. 1 pkt 3 lit. a) Prawa budowlanego oraz – zgodnie z odrębnymi przepisami – wpis na listę członków właściwej izby samorządu zawodowego, potwierdzony zaświadczeniem wydanym przez tę izbę, z określonym w nim terminem ważności.

Właściciel lub zarządca obiektu budowlanego (art. 63 Prawa budowlanego) jest obowiązany przechowywać przez okres istnienia obiektu dokumenty, o których mowa w art. 60 Prawa budowlanego, oraz opracowania projektowe i dokumenty techniczne robót budowlanych, wykonywanych w obiekcie w toku jego użytkowania. Zgodnie z art. 60 Prawa budowlanego inwestor, oddając do użytkowania obiekt budowlany, przekazuje właścicielowi lub zarządcy obiektu dokumentację budowy (pozwolenie na budowę wraz z załączonym projektem budowlanym, dziennik budowy, protokoły odbiorów częściowych i końcowych, w miarę potrzeby, rysunki i opisy służące realizacji obiektu, operaty geodezyjne i książkę obmiarów, a w przypadku realizacji obiektów metodą montażu – także dziennik montażu), dokumentację powykonawczą (dokumentacja budowy z naniesionymi zmianami wykonanymi w toku wykonywania robót oraz geodezyjnymi pomiarami powykonawczymi) oraz inne dokumenty i decyzje dotyczące obiektu, a także, w razie potrzeby, instrukcje obsługi i eksploatacji: obiektu, instalacji i urządzeń związanych z tym obiektem.

Właściciel lub zarządca (art. 64 ust. 1 Prawa budowlanego) jest obowiązany prowadzić dla każdego budynku oraz obiektu budowlanego niebędącego budynkiem, którego projekt jest objęty obowiązkiem sprawdzenia (art. 20 ust. 2 Prawa budowlanego), książkę obiektu budowlanego, stanowiącą dokument przeznaczony do

¹³ Ustawa z dnia 15 grudnia 2000 r. o samorządach zawodowych architektów, inżynierów budownictwa oraz urbanistów (Dz. U. z 2001 r. Nr 5, poz.42, ze zm.).

zapisów dotyczących przeprowadzanych badań i kontroli stanu technicznego, remontów i przebudowy, w okresie użytkowania obiektu budowlanego. Protokoły z kontroli obiektu budowlanego, oceny i ekspertyzy dotyczące jego stanu technicznego oraz dokumenty, o których mowa w art. 63 Prawa budowlanego, powinny być dołączone do książki obiektu budowlanego.

Wzór książki obiektu budowlanego ustalono w rozporządzeniu Ministra Infrastruktury z dnia 3 lipca 2003 r.¹⁴.

W art. 90 – 94 Prawa budowlanego zawarto przepisy karne związane m.in. z niewykonaniem obowiązku określonego w: art. 61 – *utrzymania obiektu budowlanego w należyтым stanie technicznym, użytkowania obiektu w sposób zgodny z przepisami oraz zapewnienia bezpieczeństwa użytkowania obiektu budowlanego*, art. 62 ust. 1 – *przeprowadzania okresowych kontroli budynków*, art. 63 lub art. 64 ust. 1 i 3 – *przechowywania dokumentów, związanych z obiektem budowlanym i prowadzenia książki obiektu budowlanego*. Nierealizowanie tych obowiązków stanowi przestępstwo (art. 90 – 91a) albo wykroczenie (art. 92 – 93).

Zgodnie z § 19 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 29 października 2003 r.¹⁵ wszystkie dźwigi osobowe powinny być obowiązkowo poddawane corocznym badaniom okresowym wykonywanym przez organ właściwej jednostki dozoru technicznego. W trakcie użytkowania eksploatujący dźwig musi zapewnić jego odpowiednią konserwację (co 30 dni) przez osoby posiadające zaświadczenia kwalifikacyjne uprawniające do konserwacji dźwigów, wydawane przez Urząd Dozoru Technicznego (UDT). Eksploatujący urządzenie powinien dla każdego dźwigu założyć i przechowywać dziennik konserwacji prowadzony przez konserwującego, w którym odnotowuje wykonywane czynności (§ 11 ww. rozporządzenia).

Lokalizacja i organizacja szpitalnych oddziałów ratunkowych (sor)

Sprawy dotyczące warunków ogólnoprzestrzennych lokalizacji i organizacji sor reguluje § 3 ust. 1 – 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 15 marca 2007 r.¹⁶

¹⁴ Rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 3 lipca 2003 r. w sprawie książki obiektu budowlanego (Dz. U. Nr 120, poz. 1134).

¹⁵ Rozporządzenie Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 29 października 2003 r. w sprawie warunków technicznych dozoru technicznego w zakresie eksploatacji niektórych urządzeń transportu bliskiego (Dz. U. Nr 193, poz. 1890, ze zm.).

¹⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 marca 2007 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. Nr 55, poz. 365).

Zgodnie z art. 62 ust. 1 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym¹⁷, szpitalne oddziały ratunkowe powinny być dostosowane do wymagań określonych ww. rozporządzeniem do końca 2011 r.

Zabezpieczenie przeciwpożarowe obiektów budowlanych

Zgodnie z art. 4 ust. 1 ustawy o ochronie przeciwpożarowej¹⁸, właściciel budynku, obiektu budowlanego lub terenu, powinien zapewnić ich ochronę przeciwpożarową.

Według art. 4 ust. 1a tej ustawy odpowiedzialność za realizację obowiązków z zakresu ochrony przeciwpożarowej, o których mowa w ust. 1, stosownie do obowiązków i zadań powierzonych w odniesieniu do budynku, obiektu budowlanego lub terenu, przejmuje – w całości lub w części – ich zarządca lub użytkownik, na podstawie zawartej umowy cywilnoprawnej ustanawiającej zarząd lub użytkowanie. W przypadku, gdy umowa taka nie została zawarta, odpowiedzialność za realizację obowiązków z zakresu ochrony przeciwpożarowej spoczywa na faktycznie władającym budynkiem, obiektem budowlanym lub terenem.

Sposoby i warunki ochrony przeciwpożarowej budynków, innych obiektów budowlanych i terenów oraz wyposażania ich w sprzęt, urządzenia przeciwpożarowe i ratownicze, instrukcje postępowania na wypadek pożaru, a także rodzaje budynków, w których jest wymagana instalacja sygnalizacyjno-alarmowa określa rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z 21 kwietnia 2006 r.¹⁹

Zgodnie z § 24 ust. 1 pkt 6 tego rozporządzenia instalacja sygnalizacyjno-alarmowa jest wymagana w szpitalach o liczbie łóżek powyżej 200 w budynku. W szpitalach o liczbie łóżek powyżej 200 w budynku wymagane jest również (§ 25 ust. 1 pkt 4 ww. rozporządzenia) stosowanie dźwiękowego systemu ostrzegawczego, umożliwiającego rozgłaszanie sygnałów ostrzegawczych i komunikatów głosowych dla potrzeb bezpieczeństwa osób przebywających w budynku, nadawanych automatycznie po otrzymaniu sygnału z systemu sygnalizacji pożarowej.

¹⁷ Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 191, poz. 1410, ze zm.).

¹⁸ Ustawa z dnia 24 sierpnia 1991 r. o ochronie przeciwpożarowej (Dz. U. z 2009 r. Nr 178, poz. 1380).

¹⁹ Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 21 kwietnia 2006 r. w sprawie ochrony przeciwpożarowej budynków, innych obiektów budowlanych i terenów (Dz. U. Nr 80, poz. 563).

Właściciele, zarządcy lub użytkownicy obiektów bądź ich części stanowiących odrębne strefy pożarowe, przeznaczonych do wykonywania funkcji użyteczności publicznej opracowują instrukcje bezpieczeństwa pożarowego (§ 6 ust. 1 rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z 21 kwietnia 2006 r.).

Urządzenia przeciwpożarowe i gaśnice powinny być poddawane przeglądom technicznym i czynnościom konserwacyjnym zgodnie z zasadami określonymi w Polskich Normach (PN) dotyczących urządzeń przeciwpożarowych i gaśnic (§ 3 ust. 2 ww. rozporządzenia). Węże stanowiące wyposażenie hydrantów wewnętrznych powinny być raz na 5 lat poddawane próbie ciśnieniowej na maksymalne ciśnienie robocze, zgodnie z PN dotyczącą konserwacji hydrantów wewnętrznych (§ 3 ust. 4 ww. rozporządzenia). Według § 5 tego rozporządzenia właściciele lub zarządcy terenów utrzymują znajdujące się na nich drogi pożarowe w stanie umożliwiającym wykorzystanie tych dróg przez pojazdy jednostek ochrony przeciwpożarowej.

Zgodnie z § 11 ust. 1 ww. rozporządzenia, z każdego miejsca przeznaczonego na pobyt ludzi w obiekcie powinny być zapewnione odpowiednie warunki ewakuacji, a także zastosowane techniczne środki zabezpieczenia przeciwpożarowego, polegające na: zapewnieniu dostatecznej ilości i szerokości wyjść ewakuacyjnych; zachowaniu dopuszczalnej długości, szerokości i wysokości przejść oraz dojść ewakuacyjnych; zapewnieniu bezpiecznej pożarowo obudowy i wydzieleni dróg ewakuacyjnych oraz pomieszczeń; zabezpieczeniu przed zadymieniem wymienionych w przepisach techniczno-budowlanych dróg ewakuacyjnych, w tym: na stosowaniu urządzeń zapobiegających zadymieniu lub urządzeń i innych rozwiązań techniczno-budowlanych zapewniających usuwanie dymu; zapewnieniu awaryjnego oświetlenia ewakuacyjnego; zapewnieniu możliwości rozgłaszania sygnałów ostrzegawczych i komunikatów głosowych poprzez dźwiękowy system ostrzegawczy w budynkach, dla których jest on wymagany.

Zgodnie z § 12 ust. 1 ww. rozporządzenia, podstawą do uznania użytkowanego budynku istniejącego za zagrażający życiu ludzi jest niezapewnienie przez występujące w nim warunki techniczne możliwości ewakuacji ludzi, w szczególności w wyniku:

- 1) szerokości przejścia, dojścia lub wyjścia ewakuacyjnego albo biegu względnie spocznika klatki schodowej służącej ewakuacji, mniejszej o ponad jedną trzecią od określonej w przepisach techniczno-budowlanych;

- 2) długości przejścia lub dojścia ewakuacyjnego większej o ponad 100% od określonej w przepisach techniczno-budowlanych;
- 3) występowania w pomieszczeniu strefy pożarowej zakwalifikowanej do kategorii zagrożenia ludzi ZL I lub ZL II albo na drodze ewakuacyjnej:
 - a) okładziny sufitu lub sufitu podwieszonego z materiału łatwo zapalnego lub kapiącego pod wpływem ognia, względnie wykładziny podłogowej z materiału łatwo zapalnego,
 - b) okładziny ściennej z materiału łatwo zapalnego na drodze ewakuacyjnej, jeżeli nie zapewniono dwóch kierunków ewakuacji;
- 4) niewydzielenia ewakuacyjnej klatki schodowej budynku wysokiego innego niż mieszkalny lub wysokościowego, w sposób określony w przepisach techniczno-budowlanych;
- 5) niezabezpieczenia przed zadymieniem dróg ewakuacyjnych wymienionych w przepisach techniczno-budowlanych, w określony w nich sposób;
- 6) braku wymaganego oświetlenia awaryjnego w strefie pożarowej zakwalifikowanej do kategorii zagrożenia ludzi ZL I, ZL II lub ZL V albo na drodze ewakuacyjnej prowadzącej z tej strefy na zewnątrz budynku.

3.1.2. Uwarunkowania ekonomiczno-organizacyjne

Obecny stan techniczny infrastruktury jednostek wchodzących w skład systemu ochrony zdrowia w Polsce jest niezadowolający. Według Zielonej Księgi II²⁰ poziom umorzenia majątku trwałego tego sektora wynosi około 62% (Warszawskie Centrum Postępu Techniczno-Organizacyjnego Budownictwa /Tora WACETOB/ ocenia, że budynek, którego wartość jest umorzona w 40% kwalifikuje się do rozległego remontu kapitalnego). W Księdze tej również podano, że sytuację pogarsza powszechna, wieloletnia praktyka wykorzystywania odpisów amortyzacyjnych na inne cele niż odtwarzanie majątku – w praktyce na pokrycie straty finansowej placówki ochrony zdrowia. Oznacza to ograniczenie wydatków m.in. na modernizację i remonty budynków. Ponad 60% majątku trwałego ZOZ

²⁰ Raport - Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce „Zielona Księga II” wersja trzecia – listopad 2008 r., str.: 126 i 138 (www.mz.gov.pl).

wymaga generalnego remontu lub wymiany, a 40% budynków ZOZ musi zostać zmodernizowanych.

Ciągłe ograniczenia finansowe, w jakich prowadzą działalność sp zoz, powodują istotne zaniedbania w gospodarce remontowej, zarówno z punktu widzenia utrzymania należytego stanu technicznego, estetycznego, sanitarnego i bezpieczeństwa pożarowego eksploatowanych obiektów budowlanych, jak też braku rzetelności prowadzonej dokumentacji eksploatacyjnej i remontowej. Prowadzenie racjonalnej gospodarki eksploatacyjno-remontowej utrudnia również niesprawna i niestabilna organizacja służb szpitali. Powoduje to m.in. zaniedbania w zakresie prowadzenia z wymaganą częstotliwością kontroli okresowych stanu obiektów szpitalnych, jako podstawy do planowania efektywnej działalności remontowej.

3.2. Istotne ustalenia kontroli

3.2.1. Stan techniczny i estetyczny obiektów budowlanych użytkowanych przez szpitale

Zadowalający stan techniczny i estetyczny wszystkich użytkowanych obiektów zapewniono tylko w 15 (31%) skontrolowanych jednostkach, tj. w: Lęborku, Sosnowcu, Jaworznie, Bielsku-Białej, Elblągu, Bartoszycach, Nowym Tomysłu, Miechowie, Jaśle, Tarnobrzegu, Warszawie, Sochaczewie, Ciechanowie, Siedlcach i Wołominie. Obiekty budowlane wykorzystywane były przez te sp zoz zgodnie z ich przeznaczeniem i zasadami określonymi w art. 5 ust. 2 Prawa budowlanego, nie dopuszczono do nadmiernego pogorszenia ich właściwości użytkowych i sprawności technicznej. Natomiast w niektórych obiektach użytkowanych przez pozostałe 33 skontrolowane jednostki stwierdzono usterki i braki zarówno w konstrukcji budynków, jak i w ich wyposażeniu i wyglądzie, co powodowało oszpecenie otoczenia.

Najczęściej powtarzającymi się usterekami technicznymi były ubytki, odparzenia i spękania tynków na elewacjach, zawilgocenia ścian, zły stan pokryć dachowych, w tym ubytki lub uszkodzenia dachówek albo papy, zły stan techniczny stolarki okiennej i drzwiowej, złuszczone farba na ścianach, zniszczone schody. Do znacznie poważniejszych usterek, z punktu widzenia bezpieczeństwa użytkowników, należy zaliczyć: pęknięcia ścian, prześwity w pokryciach dachowych, uszkodzone kominy

(ubytki tynku i cegieł), brak wentylacji w pomieszczeniach szpitalnych, zły stan instalacji elektrycznych i centralnego ogrzewania. Na przykład:

- W SP ZOZ w Sanoku, stwierdzono, iż stan techniczny nieużytkowanego budynku kuchni przy ul. Konarskiego, stwarza niebezpieczeństwo wystąpienia katastrofy budowlanej (budynek grozi zawaleniem). W dniu 15.06.2009 r. Powiatowy Inspektor Nadzoru Budowlanego w Sanoku, wydał decyzję nakazującą rozbiórkę tego obiektu. Ponadto organ ten wydał postanowienie zobowiązujące szpital do przedłożenia w terminie do dnia 31.12.2009 r. ekspertyzy technicznej w zakresie prawidłowości funkcjonowania wentylacji grawitacyjnej w budynkach szpitala przy ul. 800-lecia i ul. Konarskiego;
- W Szpitalu w Śremie, negatywnie oceniono stan techniczny i estetyczny wszystkich 17 zarządzanych przez tę jednostkę budynków. Stwierdzono m.in.: zły stan elewacji niektórych budynków (liczne pęknięcia ścian i tynków), nieszczelności pokrycia dachowego, brak prawidłowej wentylacji, zły stan techniczny schodów i podjazdów, braki obróbek blacharskich oraz ubytki i spękania na cokołach;
- W Miejskim Szpitalu w Częstochowie, Powiatowy Inspektor Nadzoru Budowlanego w Częstochowie wydał dwie decyzje nakazujące doprowadzenie budynku pawilonu B do należytego stanu technicznego oraz jedno postanowienie nakazujące wykonanie ekspertyzy pęknięć warstwy licowej elewacji pawilonu D. Ponadto nie przywrócono skutecznej ochrony przeciwporażeniowej w 13 obiektach, a w jednym budynku nie zapewniono prawidłowej rezystancji instalacji i nie naprawiono instalacji odgromowej. W trzech obiektach nie przywrócono również drożności przewodów kominowych, stwierdzonej w czasie rocznych kontroli okresowych przeprowadzonych w latach: 2006, 2007 i 2008. Usunięcie ww. uszkodzeń i usterek było przedmiotem zaleceń zawartych w protokołach kontroli okresowych. W związku z niewykonaniem tych zaleceń organ nadzoru budowlanego ukarał zastępcę dyrektora Szpitala ds. Eksploatacyjno-Technicznych mandatem w wysokości 100 zł;
- W Samodzielnym Publicznym Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Chełmie negatywnie oceniono stan techniczny i estetyczny siedmiu użytkowanych budynków, w tym sześć z 10 ogólnodostępnych, tzw. pawilonów szpitalnych (A, B, C, D, 1C, 1D), a także budynku starej kuchni;
- W SP ZOZ w Tomaszowie Lubelskim w budynku chirurgii – na sali operacyjnej, na salach chorych i korytarzu – stwierdzono spękania tynków oraz brak lub niesprawną wentylację w sanitariatach, natomiast w budynku reumatologii złuszczenia farby na tynku elewacji oraz zawilgocenia tynku i wykwit, zerwane oprawy i wyłączniki elektryczne. W najgorszym stanie technicznym znajdował się budynek oddziału zakaźnego (przeznaczony do kapitalnego remontu w 2009 r.), w którym stwierdzono m.in. liczne ubytki tynku w elewacji oraz ubytki betonu w pochylniach dla osób niepełnosprawnych. Ponadto, w trakcie kontroli, budynek gospodarczy przy ul. Petera został wyłączony z użytkowania ze względu na duże uszkodzenia ścian zewnętrznych, które kwalifikowały budynek do rozbiórki. Dyrektor niezwłocznie, po poinformowaniu przez kontrolerów NIK, zabezpieczył ten obiekt, wydzielając strefy zagrożenia i uzyskał pozwolenie na jego rozbiórkę;
- W SP ZOZ we Włodawie negatywnie oceniono stan techniczny i estetyczny wszystkich 13 budynków, w tym trzech pawilonów szpitalnych, w których

udzielano świadczeń zdrowotnych. Stwierdzono m.in. skorodowane rynny i rury spustowe, a w elewacji – częściowe ubytki i odpadający tynk, co stwarzało zagrożenie dla zdrowia i życia ludzkiego. Powiatowy Inspektor Nadzoru Budowlanego we Włodawie, w związku ze stwierdzeniem, że obiekty SP ZOZ mogą zagrażać życiu lub zdrowiu ludzi, decyzją nakazał wykonać 24 zalecenia i doprowadzić budynki do właściwego stanu technicznego;

- W SP ZOZ w Lubartowie, stwierdzono zły stan techniczny schodów usytuowanych przy budynku głównym szpitala oraz nieodpowiedni stan elewacji na budynku przychodni przy ul. Słowackiego, co w ocenie Powiatowego Inspektora Nadzoru Budowlanego w Lubartowie stanowiło realne zagrożenie dla bezpieczeństwa zdrowia i życia ludzi;
- W Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Koninie negatywnie oceniono stan techniczny i estetyczny 19 z 34 obiektów zarządzanych przez Szpital. Oględziny m.in. wykazały, że wolnostojący, ceglany komin znajdujący się obok budynku kotłowni przy ul. Wyszyńskiego, był w tak złym stanie (odchylony był od pionu), że wymagane było opracowanie jego ekspertyzy technicznej i geodezyjnej.
- W Zespole Opieki Zdrowotnej w Wągrowcu negatywnie oceniono stan techniczny i estetyczny 14 z 16 obiektów zarządzanych przez Szpital;
- W Szpitalu Wojewódzkim Nr 2 w Rzeszowie, Powiatowy Inspektor Nadzoru Budowlanego dla Miasta Rzeszowa stwierdził, że stan techniczny 21 budynków był nieodpowiedni i mógł spowodować zagrożenie życia lub zdrowia ludzi oraz bezpieczeństwa mienia.

Główną przyczyną zaniedbań w tym obszarze jest chroniczny brak środków na finansowanie bieżącej działalności placówek służby zdrowia. Z tych względów sp zoz na ogół prowadziły jedynie interwencyjne remonty, służące usuwaniu awarii i ich skutków, a nie systematyczną gospodarkę remontową, nawet wówczas, gdy taka potrzeba wynikała z nakazów państwowych organów inspekcji i kontroli. Sytuacja ta postawiła szpitale w kolizji z Prawem budowlanym²¹, nakładającym na właścicieli i zarządców tych obiektów obowiązek utrzymywania ich w należyтым stanie technicznym i estetycznym.

3.2.2. Remonty i modernizacje placówek ochrony zdrowia

Stwierdzono dużą dysproporcję pomiędzy potrzebami finansowymi poszczególnych sp zoz, wynikającymi z ustawowego obowiązku utrzymania eksploatowanych obiektów w należyтым stanie technicznym i estetycznym,

²¹ Art. 61 pkt 1 Prawa budowlanego stanowi, że właściciel lub zarządca obiektu budowlanego jest obowiązany utrzymywać i użytkować obiekt zgodnie z zasadami, o których mowa w art. 5 ust. 2 (tj. obiekt budowlany należy użytkować w sposób zgodny z jego przeznaczeniem i wymaganiami ochrony środowiska oraz utrzymywać w należyтым stanie technicznym i estetycznym, nie dopuszczając do nadmiernego pogorszenia jego właściwości użytkowych i sprawności technicznej).

a wielkością środków prelimitowanych na ten cel w ich planach finansowych i faktycznie wydatkowanych.

Potrzeby w zakresie remontów i modernizacji skontrolowanych placówek ochrony zdrowia na lata 2006 – 2008 wynosiły 457 989,4 tys. zł, a wydatkowano na te cele w ww. okresie 242 100,6 tys. zł, co oznacza zabezpieczenie potrzeb zaledwie na poziomie 53%. Na przykład:

- W Miejskim Szpitalu Zespolonym w Częstochowie na prace remontowe i modernizacyjne wydatkowano w 2006 r. kwotę 1 544,0 tys. zł (stanowiącą 26% potrzeb – 6 006,0 tys. zł), w 2007 r. – 176,5 tys. zł (2% potrzeb – 9 912,0 tys. zł), a w 2008 r. – 2 158,8 tys. zł (47% potrzeb – 4 623,9 tys. zł);
- W 2006 r. w SP ZOZ w Brzesku na roboty remontowo-modernizacyjne wydatkowano 904 tys. zł (21% potrzeb), w 2007 r. – 141,0 tys. zł (5%), w 2008 r. – 2 058 tys. zł (22%);
- W SP ZOZ w Krasnymstawie, w 2006 r. wydatkowano na remonty i modernizacje 760,6 tys. zł (30% potrzeb), w 2007 r. – 1 537,8 tys. zł (65%), a w 2008 r. 4 694,6 tys. zł (34%);
- W ZOZ w Gnieźnie w 2006 r. na prace remontowe i modernizacyjne wydatkowano 408,4 tys. zł, realizując potrzeby na poziomie 31%, natomiast w latach 2007 i 2008 odpowiednio: 184,3 tys. zł (tj. 19% potrzeb) i 375,4 tys. zł (27%).

Dyrektorzy 16 skontrolowanych sp zoz (33%) w: Lipnie, Limanowej, Brzesku, Chełmie, Tomaszowie Lubelskim, Lubartowie, Mrągowie, Giżycku, Koninie, Gnieźnie, Wągrowcu, Śremie, Nowym Tomyślu, Leżajsku, Mińsku Mazowieckim i Sochaczewie nie zgłaszali do organu administracji architektoniczno-budowlanej zamiaru wykonania robót remontowych. Obowiązek ten wynika z art. 30 ust. 1 pkt 2 Prawa budowlanego. Na przykład w latach 2006 – 2008:

- w Samodzielnym Publicznym Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Chełmie nie zgłoszono zamiaru rozpoczęcia zadań remontowo-adaptacyjnych o łącznej wartości 1 401,4 tys. zł,
- w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Koninie nie zgłoszono 17 zadań o wartości 2 636,4 tys. zł,
- w Zespole Opieki Zdrowotnej w Wągrowcu nie zgłoszono 18 zadań o łącznej wartości 1 322 tys. zł,
- w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Limanowej nie zgłoszono zamiaru wykonania 45 remontów na ogólną kwotę 341,0 tys. zł.

Przyczyną powyższych nieprawidłowości była niewiedza dyrektorów szpitali i pracowników, zajmujących się w tych placówkach sprawami administracyjno-technicznymi, w zakresie realizacji tego obowiązku.

Ponadto kontrola w SP ZOZ we Włodawie ujawniła wykonanie w latach 2005-

2006 zadaszonego podjazdu dla karetek SOR, wiatrołapu do budynku oddziału dla przewlekłe chorych wraz z pochylnią dla osób niepełnosprawnych, oraz prowadzenie od września 2007 r. robót budowlanych przy rozbudowie segmentu bloku operacyjnego w warunkach „samowoli budowlanej”, tj. przed uzyskaniem pozwolenia na budowę (naruszenie art. 28 ust. 1 Prawa budowlanego), co narazi Szpital na dodatkowe koszty związane z legalizacją (opłata legalizacyjna w kwocie 200 000 zł²²) lub koniecznością rozbiórki tych części obiektów²³. Według stanu na 26.06.2009 r. na realizację ww. przedsięwzięć (wraz z dokumentacją projektową) wydatkowano 620 164 zł.

Trzy decyzje o pozwoleniu na budowę dotyczące ww. przedsięwzięć, o które dyrektor SP ZOZ we Włodawie wystąpił w dniu 27.12.2007 r., tj. po rozpoczęciu robót budowlanych, wydane zostały przez Starostę Powiatowego we Włodawie w dniu 05.02.2008 r., z naruszeniem art. 32 ust. 4a Prawa budowlanego, zgodnie z którym nie wydaje się pozwolenia na budowę w przypadku rozpoczęcia robót budowlanych z naruszeniem przepisu art. 28 ust. 1.

Starosta Włodawski, na wniosek Delegatury NIK w Lublinie wznowił, na podstawie art. 145 § 1 pkt 5 Kpa²⁴, postępowania w sprawie wydania ww. trzech decyzji o pozwoleniu na budowę, w wyniku których unieważnił te decyzje. Zbadanie legalności prowadzonych robót budowlanych dotyczących tych inwestycji i wszczęcie postępowania administracyjnego w sprawie rozbiórki tych części obiektów lub legalizacji samowoli budowlanych, na podstawie art. 48 Prawa budowlanego, zostało zlecone, przez NIK Delegaturę w Lublinie, Powiatowemu Inspektorowi Nadzoru Budowlanego we Włodawie.

Osobą odpowiedzialną za stwierdzone nieprawidłowości jest Dyrektor SP ZOZ

²² Kwotę opłaty legalizacyjnej wyliczono zgodnie z art. 59 f Prawa budowlanego, jako iloczyn: stawki opłaty (S), współczynnika kategorii obiektu budowlanego (K) i współczynnika wielkości obiektu budowlanego (W), a następnie iloczyn ten pięćdziesięciokrotnie podwyższono.

²³ Samowola budowlana, w rozumieniu art. 48 Prawa budowlanego, zaistniała wówczas, gdy obiekt budowlany lub jego część jest w budowie albo został wybudowany bez pozwolenia na budowę i co do zasady skutkuje nakazem rozbiórki. Przepisy Prawa budowlanego umożliwiają odstąpienie od orzekania przez organ nadzoru budowlanego nakazu bezwarunkowej rozbiórki obiektu budowlanego lub jego części, dopuszczając możliwość legalizacji obiektu budowlanego, po spełnieniu warunków określonych ustawą (art. 48 ust. 2 – 5 oraz art. 49).

²⁴ Artykuł 145 § 1 pkt 5 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2000 r. Nr 98, poz. 1071, ze zm.) stanowi, że w sprawie zakończonej decyzją ostateczną wznowia się postępowanie, jeżeli wyjdą na jaw istotne dla sprawy nowe okoliczności faktyczne lub nowe dowody istniejące w dniu wydania decyzji, nie znane organowi, który wydał decyzję.

we Włodawie.

Nielegalne prowadzenie robót adaptacyjnych (w warunkach samowoli budowlanej) ujawniła również kontrola w Szpitalu Powiatu Bytowskiego w Bytowie. Dyrektor Szpitala w dniu 13.11.2008 r. wprawdzie dokonał zgłoszenia do Starostwa w Bytowie zamiaru wykonania przebudowy oraz zmiany funkcji pomieszczeń w budynku przychodni na gabinety kinezyterapii, jednakże Starosta Bytowski wniósł sprzeciw wobec ww. zgłoszenia stwierdzając, że na ten zakres robót budowlanych wymagane jest uzyskanie pozwolenia na budowę. W okresie 23 lutego – 20 kwietnia 2009 r. Szpital, pomimo wniesienia sprzeciwu przez organ administracji architektoniczno-budowlanej i braku pozwolenia na budowę, dokonał przebudowy pomieszczeń przychodni na gabinety kinezyterapii, wydatkując na ten cel 26 913,78 zł. Delegatura NIK w Gdańsku w tej sprawie skierowała zawiadomienie do Prokuratury Rejonowej w Bytowie.

3.2.3. Utrzymanie obiektów budowlanych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej

Kontrole stanu technicznego obiektów budowlanych

W 19 jednostkach (40%) dyrektorzy sp zoz w badanym okresie nie dokonywali, bądź przeprowadzali, ale nie wszystkich użytkowanych obiektów budowlanych, rocznych kontroli okresowych, o których mowa w art. 62 ust. 1 pkt 1 lit. a) Prawa budowlanego, w zakresie stanu technicznego elementów budynku, budowli i instalacji narażonych na szkodliwe wpływy atmosferyczne i niszczące działania czynników występujących podczas użytkowania obiektu.

Kontroli tych w ogóle nie dokonały cztery sp zoz: w Lipnie (kontrolą tą nie objęto żadnego z 34 obiektów), w Bytowie (nie poddano kontroli żadnego z 24 użytkowanych obiektów), w Bochni (zaniechano kontroli wszystkich 12 obiektów) oraz we Włodawie (wszystkich 13 budynków).

Nieprawidłowości w tym zakresie stwierdzono również w 15 sp zoz, tj. w: Sosnowcu, Bielsku-Białej, Tarnowskich Górach, Zamościu, Tomaszowie Lubelskim, Krasnymstawie, Giżycku, Pisz, Koninie, Wągrowcu, Sanoku, Rzeszowie, Tarnobrzegu, Mińsku Mazowieckim oraz Siedlcach. Na przykład:

- *Szpital Powiatowy w Pisz, w latach 2006 i 2007 nie dokonał kontroli stanu technicznego żadnego z 16 użytkowanych obiektów, a w 2008 r. nie objął nią dwóch – budynku gospodarczego i zbiornika wody;*

- *SP ZOZ w Giżycku przedmiotową kontrolą w latach 2006 i 2007 objął sześć, a w 2008 r. siedem z 11 użytkowanych obiektów;*
- *Zespół Opieki Zdrowotnej w Wągrowcu w 2006 r. i 2007 r. nie przeprowadził kontroli żadnego z 16 obiektów, a w 2008 r. kontrolą objęto 12 z tych obiektów;*
- *W SP ZOZ w Sanoku w 2006 r. nie przeprowadzono w ogóle kontroli, natomiast w latach 2007 i 2008 objęto nią tylko budynki, w których były świadczone usługi lecznicze i budynki administracyjne.*

Ponadto w 2006 r. kontroli tych nie przeprowadzono w ogóle, bądź nie we wszystkich wykorzystywanych obiektach, w dziewięciu jednostkach, tj. w: Grudziądzu, Włocławku, Starogardzie Gdańskim, Limanowej, Tarnowie, Chełmie, Lubartowie, Elblągu i Śremie, a w 2007 r. w sześciu jednostkach, tj. w: Limanowej, Włocławku, Chełmie, Kaliszu, Śremie oraz Jaśle.

Kontrole stanu technicznego instalacji gazowych

W latach 2006-2008 dyrektorzy czterech jednostek (8%), tj. w: Brzesku, Olsztynie, Tomaszowie Lubelskim i Tarnobrzegu nie prowadzili, wymaganych art. 62 ust. 1 pkt 1 lit. c) Prawa budowlanego, rocznych kontroli okresowych stanu technicznego instalacji gazowych w obiektach służby zdrowia.

W 2006 r. kontroli tych nie przeprowadzono w ogóle, bądź przeprowadzono, lecz nie w pełnym zakresie, w trzech jednostkach, tj. w: Starogardzie Gdańskim, Śremie i Siedlcach, a w 2007 r. w trzech ww. sp zoz i Dąbrowie Górniczej, natomiast w 2008 r. w Mrągowie.

Zaniechanie tych kontroli może skutkować używaniem niesprawnych instalacji gazowych i stanowić zagrożenie bezpieczeństwa pacjentów, korzystających ze świadczeń medycznych i personelu medycznego, zatrudnionego w szpitalu.

Kontrole stanu technicznego i sprawności przewodów kominowych

Nieprawidłowości stwierdzono również w zakresie okresowych kontroli rocznych, dotyczących sprawdzania stanu technicznego przewodów kominowych (dymowych, spalinowych i wentylacyjnych), kominów wolnostojących oraz kominów lub przewodów kominowych, w których ciąg kominowy jest wymuszony pracą urządzeń mechanicznych. W badanym okresie, w 11 jednostkach (23%), tj. w: Lipnie, Bytowie (budynki położone w Miastku), Sosnowcu, Chełmie, Lubartowie, Włodawie, Krasnymstawie, Olsztynie, Koninie, Wągrowcu i Tarnobrzegu, w ogóle zaniechano prowadzenia tych kontroli okresowych lub nie przeprowadzano ich w każdym użytkowanym budynku. Obowiązek prowadzenia tych kontroli wynikał z art. 62 ust.

1 pkt 1 lit. c) Prawa budowlanego.

Poza tym, w 2006 r. kontroli tych nie realizowali dyrektorzy dwóch jednostek, tj. w: Bielsku-Białej i Rzeszowie, w 2007 r. – Szpitala w Rzeszowie, a w 2008 r. – SP ZOZ w Tomaszowie Lubelskim.

Podkreślenia wymaga fakt, że przeprowadzone, w trakcie kontroli NIK, przez organy nadzoru budowlanego kontrole stanu technicznego m.in. wykazały:

- w SP ZOZ w Bytowie – brak wentylacji na salach chorych Oddziału Chirurgii i w pomieszczeniach kuchni szpitalnej;
- w SP ZOZ we Włodawie – niedrożne kratki wentylacyjne w salach chorych Oddziału Dziecięcego;
- w ZOZ w Wągrowcu – uszkodzenia kominów oraz brak wentylacji w budynkach: magazynu paliw, pomieszczeń magazynowych, a w budynku głównym i pralni stwierdzono niesprawną wentylację.

Zgodnie z art. 62 ust. 1 pkt 3 Prawa budowlanego budynki tzw. wielkopowierzchniowe (powierzchnia zabudowy powyżej 2.000 m²) powinny być poddawane kontroli okresowej, polegającej na sprawdzeniu stanu technicznego: elementów budynków, budowli i instalacji narażonych na szkodliwe wpływy atmosferyczne i niszczące działania czynników występujących podczas użytkowania obiektu, instalacji gazowej oraz przewodów kominowych, co najmniej dwa razy w roku, tj. w terminach do 31 maja i do 30 listopada.

NIK stwierdziła, że dyrektorzy pięciu (50%) spośród 10 skontrolowanych jednostek, użytkujących również budynki „wielkopowierzchniowe” nie wykonali ww. obowiązku. Dotyczy to sp zoz w: Grudziądzu, Bytowie, Bielsku-Białej, Warszawie oraz Sochaczewie. Na przykład:

- W Szpitalu w Grudziądzu, począwszy od jesieni 2007 r., w niepełnym zakresie dokonywano kontroli stanu technicznego budynków wielkopowierzchniowych (budynek kuchni i budynek „B” – zaplecze diagnostyczno zabiegowe), a instalację gazową i przewody kominowe w budynku kuchni oraz przewody kominowe w zapleczu diagnostyczno-zabiegowym (budynku „B”) kontrolowano tylko raz, zamiast dwa razy w roku;
- W Szpitalu w Bielsku-Białej nie w pełnym zakresie przeprowadzano dwukrotne w ciągu roku kontrole trzech budynków („A”, „B”, „J”). W II półroczu 2008 r. przeprowadzono kontrolę tylko stanu technicznego dachów tych budynków, pomijając pozostałe ich elementy, a w I półroczu 2008 r. kontrolą w omawianym zakresie nie objęto budynku „A”. W budynku „A” nie skontrolowano również przewodów kominowych w II półroczu 2007 r. i 2008 r. oraz instalacji gazowej w I półroczu 2008 r.

Kontrole okresowe (pięcioletnie) stanu technicznego budynku i jego otoczenia oraz sprawności instalacji elektrycznej i piorunochronnej

Obowiązku dotyczącego prowadzenia, co najmniej raz na 5 lat, okresowych kontroli polegających na sprawdzeniu stanu technicznego i przydatności do użytkowania obiektu budowlanego, estetyki obiektu budowlanego oraz jego otoczenia, nie realizowano w 20 sp zoz (42%), tj. w: Lipnie, Bytowie, Sosnowcu, Dąbrowie Górniczej, Bielsku-Białej, Tarnowskich Górach, Limanowej, Zamościu, Tomaszowie Lubelskim, Włodawie, Krasnymstawie, Elblągu, Giżycku, Pisz, Koninie, Śremie, Sanoku, Rzeszowie, Mińsku Mazowieckim i Sochaczewie.

Badań instalacji elektrycznej i piorunochronnej w zakresie stanu sprawności połączeń, osprzętu, zabezpieczeń i środków ochrony od porażeń, oporności izolacji przewodów oraz uziemień instalacji i aparatów nie prowadzono w ogóle lub nie we wszystkich użytkowanych obiektach w 16 jednostkach (33%), tj. w: Bytowie, Włocławku, Dąbrowie Górniczej, Tarnowskich Górach (nie skontrolowano instalacji piorunochronnej w sześciu obiektach), Częstochowie, Chełmie, Tomaszowie Lubelskim, Włodawie, Krasnymstawie, Olsztynie, Giżycku, Koninie, Mińsku Mazowieckim, Sochaczewie, Wołominie (w pełnym zakresie skontrolowano tylko instalację piorunochronną) oraz Siedlcach.

Obowiązki w zakresie tych kontroli wynikają z art. 62 ust. 1 pkt 2 Prawa budowlanego.

Prawidłowy stan tych instalacji rzutuje bezpośrednio na bezpieczeństwo użytkowania obiektów.

Odpowiedzialnymi za brak okresowych kontroli byli zarządzający obiektami (dyrektorzy sp zoz).

Dyrektorzy oraz służby techniczne sp zoz nie zawsze posiadali dostateczną wiedzę o obowiązkach związanych z utrzymaniem obiektów. Obowiązki te wykonywane były tylko częściowo (w ramach kontynuacji działań poprzedników), bez znajomości obowiązujących w tym zakresie przepisów prawnych.

Uprawnienia i kwalifikacje osób wykonujących kontrole okresowe

W 19 jednostkach (40%) stwierdzono nieprawidłowości, polegające na wykonywaniu corocznych kontroli okresowych przez osoby do tego nieuprawnione, tj. w: Wejherowie (kontrole instalacji gazowej w latach 2007-2008 i komina wolnostojącego w latach 2006-2008), Lęborku (stanu technicznego obiektów w latach

2006-2007), Bytowie (instalacji gazowej w 2008 r.), Bielsku-Białej (stanu technicznego obiektów w latach 2006-2008), Dąbrowie Górniczej (instalacji gazowej w 2006 r. i stanu technicznego obiektów w latach 2006-2008), Jaworznie (instalacji gazowej w latach 2006-2007), Tarnowskich Górach (komina wolnostojącego w latach 2006-2008), Miechowie (instalacji gazowej w latach 2006-2008), Tomaszowie Lubelskim (stanu technicznego obiektów oraz przewodów kominowych w 2006 r.), Mrągowie (stanu technicznego obiektów w latach 2006-2008), Giżycku (kontrolę stanu technicznego budynków, w tym sieci i instalacji w latach 2006-2008), Koninie (stanu technicznego obiektów w 2008 r. i wentylacji mechanicznej w latach 2006-2008), Gnieźnie (instalacji gazowej w 2008 r. i wentylacji mechanicznej w latach 2006-2008), Śremie (przewodu kominowego, w którym ciąg był wymuszony pracą urządzeń mechanicznych w latach 2006-2008), Sanoku (wentylacji mechanicznej i kominów wolnostojących w latach 2006-2008), Leżajsku (stanu technicznego budynków o kubaturze ponad 5.000 m³ w latach 2006-2007), Rzeszowie (stanu technicznego obiektów w latach 2006-2007), Warszawie (stanu technicznego i przewodów kominowych, w których ciąg był wymuszony pracą urządzeń mechanicznych w latach 2006-2008) oraz Mińsku Mazowieckim (stanu technicznego w latach 2006-2008).

Nieprawidłowości polegające na wykonywaniu pięcioletnich kontroli okresowych przez osoby nieuprawnione w zakresie stanu technicznego i przydatności do użytkowania obiektów budowlanych, estetyki obiektu budowlanego oraz jego otoczenia stwierdzono w sześciu (13%) jednostkach, tj. w: Lęborku, Dąbrowie Górniczej, Giżycku, Koninie, Leżajsku i Mińsku Mazowieckim. Natomiast w zakresie instalacji elektrycznej i piorunochronnej w czterech (8%) sp zoz, tj. w: Brzesku, Bochni, Mrągowie i Wągrowcu.

Prowadzenie kontroli okresowych przez osoby nieposiadające wymaganych uprawnień budowlanych lub kwalifikacji, o których mowa w Prawie budowlanym, podważa wiarygodność i poprawność dokonanych w ich trakcie ocen stanu technicznego badanych elementów i instalacji.

Odpowiedzialnymi za ww. nieprawidłowości były osoby zlecające wykonanie tych kontroli (dyrektorzy sp zoz).

Bezpieczeństwo eksploatacji wind zainstalowanych w budynkach szpitali

W latach 2006 – 2008 we wszystkich skontrolowanych 48 szpitalach windy,

zgodnie z § 19 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 29 października 2003 r., poddawane były corocznym badaniom okresowym, po których w każdym przypadku inspektorzy Urzędu Dozoru Technicznego (UDT) wydawali decyzje zezwalające na ich dalsze użytkowanie.

W 15 jednostkach (31%) nie zapewniono jednak pełnej realizacji obowiązków, określonych w § 14 ust. 3 ww. rozporządzenia, dotyczących przeprowadzania przeglądów konserwacyjnych tych urządzeń. Nieprawidłowości w tym zakresie stwierdzono w: Wejherowie, Bytowie, Sosnowcu, Bielsku-Białej, Bochni, Chełmie, Tomaszowie Lubelskim, Lubartowie, Olsztynie, Elblągu, Koninie, Kaliszu, Wągrowcu, Sanoku i Leżajsku. Na przykład:

- *W Szpitalu Powiatu Bytowskiego w Bytowie nie przestrzegano terminu wykonywania przeglądów konserwacyjnych (co 30 dni). Dotyczyło to pięciu dźwigów, a termin przekroczono o 4 – 22 dni. Ponadto w dzienniku konserwacji dźwigu nr 31N-50000100091 nie odnotowano przeglądu konserwacyjnego przez okres ponad 6 miesięcy;*
- *W Samodzielnym Publicznym Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Chełmie w okresie od 01.01.2006 r. do 01.04.2007 r. nie przeprowadzano przeglądów konserwacyjnych 14 dźwigów osobowych zainstalowanych w kuchni, w łączniku F, budynku 1B oraz pawilonach: 1C, D, C, B, A;*
- *W SP ZOZ w Tomaszowie Lubelskim dla czterech spośród pięciu wind, nie przechowywano dzienników konserwacji, a w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Elblągu dla 15 z 18 dźwigów nie założono nawet dzienników, co naruszało § 11 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 29 października 2003 r.;*
- *W Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Kaliszu przeglądy konserwacyjne czterech wind prowadzono nierzetelnie. Konserwatorzy tych urządzeń dokonali w dziennikach konserwacji zapisów niezgodnych ze stanem faktycznym, np. w przeddzień kontroli UDT zapisali, cytat: „dokonano szczegółowego przeglądu konstrukcji nośnej, prowadnic, przeciwwagi oraz instalacji p.poż. Uwag nie stwierdzono. Dźwig sprawny”, podczas gdy dokonane następnego dnia badania okresowe UDT wykazały usterki, w każdej z tych wind, np.: niesprawne zamki bezpieczeństwa, brak drzwi kabinowych i osłony przeciwwagi, niezamykane klapy w dachu kabiny, brak osłon elementów ruchomych i przycisków STOP. Ustalenia UDT wykazały, że stan tych urządzeń nie spełniał wymogów rozporządzenia Ministra Gospodarki z dnia 30 października 2002 r.”²⁵*

Prowadzenie ksiąg obiektów budowlanych

Ksiąg obiektów budowlanych nie prowadzono w ogóle w SP ZOZ we Włodawie, a w SP ZOZ w Lubartowie nie prowadzono ich w latach 1999 – 2006.

²⁵ Rozporządzenie Ministra Gospodarki z dnia 30 października 2002 r. w sprawie minimalnych wymagań dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy w zakresie użytkowania maszyn przez pracowników podczas pracy (Dz. U. Nr 191, poz. 1596, ze zm.).

Natomiast w Szpitalu Powiatowym w Limanowej książki założono dopiero w lutym i marcu 2008 r. (budowę Szpitala zakończono w 1976 r.), a w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Sosnowcu, książki założono w 2005 r. dla sześciu obiektów i w 2007 r. dla dwóch pozostałych, podczas gdy ich budowę zakończono w latach 1986 -1990.

Ponadto w 27 jednostkach²⁶ (56%) nie prowadzono ksiąg dla wszystkich użytkowanych obiektów. Na przykład:

- W SP ZOZ w Lipnie książki obiektu budowlanego założono dla 23 spośród 34 użytkowanych obiektów;
- W Samodzielnym Publicznym Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Chełmie nie założono żadnej książki dla obiektów budowlanych, niebędących budynkami (36 takich obiektów) i dla budynku mieszkalnego;
- W SP ZOZ w Tomaszowie Lubelskim ksiąg brakowało dla 10 z 33 wykorzystywanych obiektów, a dla czterech została założona jedna, wspólna ksiągka;
- W Szpitalu w Śremie nie założono w ogóle ksiąg dla wszystkich dziewięciu obiektów budowlanych niebędących budynkami, oraz dla 13 z 17 użytkowanych budynków.

Obowiązek prowadzenia książki obiektu budowlanego wynika z art. 64 ust. 1 Prawa budowlanego.

Ponadto w 35 skontrolowanych jednostkach²⁷ (73%) książki obiektów budowlanych prowadzono nierzetelnie (m.in. brak wymaganych wpisów, planów sytuacyjnych nieruchomości i zabezpieczeń stron przed usunięciem). Dla przykładu:

- W Szpitalu Specjalistycznym w Dąbrowie Górniczej w ksiągkach trzech obiektów wpisano dane techniczne niezgodne ze stanem faktycznym. Dla pawilonu D i budynku prosektorium podano, że są one wyposażone w instalację gazową, podczas gdy w rzeczywistości instalacji tej wymienione budynki nie posiadały. Natomiast w książce budynku kotłowni nie odnotowano wyposażenia obiektu w instalację gazową;
- W ksiągkach obiektów prowadzonych w: Grudziądzu, Lipnie, Sosnowcu, Krasnymstawie, Lubartowie, Mińsku Mazowieckim, Wołominie oraz Siedlcach

²⁶ Grudziądz, Lipno, Włocławek, Łęborg, Bytów, Dąbrowa Górnicza, Bielsko-Biała, Tarnowskie Góry, Brzesko, Chełm, Tomaszów Lubelski, Lubartów, Krasnystaw, Pisz, Konin, Gniezno, Kalisz, Wągrowiec, Śrem, Sanok, Jasło, Leżajsk, Tarnobrzeg, Stalowa Wola, Mińsk Mazowiecki, Sochaczew i Siedlce.

²⁷ Grudziądz, Lipno, Wejherowo, Starogard Gdański, Bytów, Sosnowiec, Dąbrowa Górnicza, Bielsko-Biała, Tarnowskie Góry, Brzesko, Bochnia, Tarnów, Chełm, Tomaszów Lubelski, Lubartów, Krasnystaw, Olsztyn, Mragowo, Giżycko, Konin, Gniezno, Kalisz, Wągrowiec, Nowy Tomysł, Sanok, Jasło, Leżajsk, Rzeszów, Tarnobrzeg, Stalowa Wola, Mińsk Mazowiecki, Sochaczew, Ciechanów, Wołomin i Siedlce.

brakowało planów sytuacyjnych ze wskazanymi miejscami przyłączenia obiektów do sieci uzbrojenia terenu oraz ich odcięcia;

- *W książkach założonych dla obiektów budowlanych sp zoz w: Lipnie, Starogardzie Gdańskim, Bytowie, Sosnowcu, Tarnowskich Górach, Bochni, Tarnowie oraz Olsztynie brakowało części wpisów dotyczących przeprowadzonych kontroli okresowych.*

Obowiązek dokonywania w książkach obiektów budowlanych zapisów dotyczących m.in. kontroli stanu technicznego w okresie użytkowania obiektu wynika z art. 64 ust. 1 Prawa budowlanego, a kwestie związane z planami sytuacyjnymi reguluje § 5 pkt 3 rozporządzenia Ministra Infrastruktury z dnia 3 lipca 2003 r.

Istotnym dla bezpieczeństwa użytkowania obiektów budowlanych jest zaznaczenie w planach sytuacyjnych miejsc odcięcia mediów, głównie gazu, energii elektrycznej i ciepła. Zaniedbania w tym zakresie mogą w istotny sposób wpływać na szybkość i sprawność prowadzenia akcji ratunkowych.

Odpowiedzialność za brak książek oraz za ich nierzetelne prowadzenie ponoszą dyrektorzy sp zoz oraz upoważnieni przez nich pracownicy.

Przechowywanie dokumentacji budowy oraz dokumentacji powykonawczej

W 32 placówkach ochrony zdrowia²⁸ nie przechowywano kompletnej dokumentacji: budowy (m.in. pozwolenie na budowę, projekt budowlany, dziennik budowy), powykonawczej (dokumentacja budowy z naniesionymi zmianami dokonanymi w toku wykonywania robót), dotyczącej użytkowanych obiektów, jak również opracowań projektowych i materiałów technicznych dotyczących robót wykonywanych w obiektach w toku ich użytkowania.

Obowiązek ten wynika z art. 63 Prawa budowlanego i ciąży on na właścicielu (organie założycielskim) lub zarządcy (sp zoz).

Dokumentacji budowy i powykonawczej brakowało głównie w obiektach starych, budowanych niejednokrotnie nawet w XIX wieku lub na początku XX wieku. Podczas komunalizacji mienia Skarbu Państwa nie zawsze dokumenty te były przekazywane nowym właścicielom (jednostkom samorządu terytorialnego).

Zgłaszanie zmiany sposobu użytkowania obiektu lub jego części

Dyrektorzy pięciu sp zoz nie zgłosili właściwemu organowi administracji

²⁸ Grudziądz, Lipno, Włocławek, Łębork, Starogard Gdański, Sosnowiec, Dąbrowa Górnicza, Tarnowskie Góry, Częstochowa, Limanowa, Brzesko, Bochnia, Tomaszów Lubelski, Lubartów, Włodawa, Mrągowo, Giżycko, Pisz, Bartoszyce, Konin, Gniezno, Kalisz, Wągrowiec, Śrem, Sanok, Jasło, Leżajsk, Stalowa Wola, Wołomin, Mińsk Mazowiecki, Ciechanów i Siedlce.

architektoniczno-budowlanej zamiaru zmiany sposobu użytkowania obiektu budowlanego lub jego części. I tak:

- W SP ZOZ w Nowym Tomysłu nie zgłoszono zamiaru adaptacji pomieszczeń magazynowych na kostnicę oraz budynku byłej portierni na sklep spożywczy;
- W SP ZOZ w Mińsku Mazowieckim bez stosownego zgłoszenia utworzono pracownię rezonansu magnetycznego z pomieszczeń magazynowych;
- W Szpitalu Bielańskim w Warszawie nie zgłoszono zamiaru zmiany sposobu użytkowania pomieszczeń magazynowych na: Pracownię Polisomnograficzną dla dzieci, Zakład Izotopów, powiększenie pokoju pacjentów OIOM;
- W SP ZOZ w Giżycku, bez zgłoszenia, dokonano: przeróbki kuchni na oddziale wewnętrznym na brudownik, adaptacji pomieszczenia po byłej immunochemii na gabinet lekarski na oddziale urazowo-ortopedycznym, adaptacji pomieszczenia po byłej pralni na próżnię;
- W SP ZOZ w Pieszku, budynek po byłym pogotowiu ratunkowym, od dnia 30 lipca 2004 r., bez stosownego zgłoszenia, użytkowano jako budynek gospodarczy.

Obowiązek zgłoszeń wynikał z art. 71 ust. 2 i 4 Prawa budowlanego.

Przyczyną tych nieprawidłowości była niewiedza dyrektorów szpitali i pracowników, zajmujących się w tych placówkach sprawami administracyjno-technicznymi, w zakresie realizacji tego obowiązku.

Zapewnienie możliwości korzystania z obiektów budowlanych ochrony zdrowia przez osoby niepełnosprawne

Przepisy prawne²⁹ nakładają obowiązek projektowania i budowania obiektów budowlanych zapewniając m.in. niezbędne warunki do korzystania z obiektów użyteczności publicznej przez osoby niepełnosprawne, w szczególności poruszające się na wózkach inwalidzkich, lecz dotyczy to budynków nowoprojektowanych. Natomiast istniejące bariery architektoniczne w placówkach ochrony zdrowia i dostępu do nich powinny być zlikwidowane najpóźniej do końca 2012 r.³⁰ Prawo osób niepełnosprawnych do życia w środowisku wolnym od barier funkcjonalnych wynika też z uchwały Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 1 sierpnia 1997 r. Karta Praw Osób Niepełnosprawnych (M. P. Nr 50, poz. 475). W związku z powyższym, w ocenie NIK, należy bezzwłocznie podejmować działania ukierunkowane na urzeczywistnienie tych praw osób niepełnosprawnych.

²⁹ Art. 5 ust. 1 pkt 4 Prawa budowlanego i § 16 ust. 1 rozporządzenia Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie (Dz. U. Nr 75, poz. 690, ze zm.).

Możliwości korzystania z budynków szpitalnych przez osoby niepełnosprawne nie zapewniono jeszcze w 22 z 48 sp zoz (46%), tj. w: Grudziądzu, Lipnie, Włocławku, Sosnowcu, Dąbrowie Górniczej, Limanowej, Tomaszowie Lubelskim, Włodawie, Krasnymstawie, Olsztynie, Giżycku, Koninie, Gnieźnie, Kaliszu, Wągrowcu, Śremie, Nowym Tomysłu, Sanoku, Leżajsku, Rzeszowie, Stalowej Woli oraz Mińsku Mazowieckim.

W większości skontrolowanych obiektów sp zoz występują bariery architektoniczne, utrudniające a niekiedy wręcz i uniemożliwiające pacjentom niepełnosprawnym samodzielny dostęp do budynków, w których świadczone są usługi zdrowotne. Stan taki wynika z tego, że obiekty te zaprojektowano i wybudowano przed wejściem w życie (1 stycznia 1995 r.) ustawowego obowiązku zapewnienia osobom niepełnosprawnym swobodnego dostępu do budynków użyteczności publicznej i korzystania z nich. Natomiast główną przyczyną opóźnień w dostosowaniu obiektów sp zoz do potrzeb tych osób jest brak środków finansowych na realizację przedsięwzięć inwestycyjnych i modernizacyjnych w tym zakresie.

Spełnianie ogólnoprzestrzennych wymagań lokalizacji i organizacji szpitalnych oddziałów ratunkowych (sor)

Wymagania odnośnie lokalizacji sor, m.in. dotyczące: wejść dla pieszych i wjazdów dla specjalistycznych środków transportu sanitarnego, traktów komunikacyjnych, zapewnienia komunikacji z innymi oddziałami oraz dysponowania lądowiskiem dla śmigłowca sanitarnego określają przepisy § 3 ust. 1 – 8 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 15 marca 2007 r.

W 32 (tj. 67%) spośród 48 skontrolowanych sp zoz³¹ lokalizacja i organizacja sor nie spełniała niektórych wymagań, dotyczących bezpieczeństwa dostępu do oddziału i komunikacji w nim. Na przykład:

- *W Lipnie, Włocławku, Starogardzie Gdańskim, Tarnowskich Górach, Limanowej, Brzesku, Lubartowie, Pisz, Kaliszu, Nowym Tomysłu, Rzeszowie, Tarnobrzeg i Sochaczewie szpitalne oddziały ratunkowe nie posiadały automatycznie zamykanego i otwieranego wjazdu w celu ochrony przed wpływem czynników atmosferycznych (§ 3 ust. 2 rozporządzenia);*

³⁰ Termin ten wynika z przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2006 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 213, poz.1568).

³¹ Grudziądz, Lipno, Włocławek, Wejherowo, Łęborg, Starogard Gdański, Bytów, Tarnowskie Góry, Limanowa, Brzesko, Chełm, Zamość, Tomaszów Lubelski, Lubartów, Włodawa, Elbląg, Giżycko, Pisz, Bartoszyce, Konin, Gniezno, Kalisz, Wągrowiec, Śrem, Nowy Tomysł, Sanok, Leżajsk, Rzeszów, Tarnobrzeg, Stalowa Wola, Mińsk Mazowiecki i Sochaczew.

- Oznakowania wzdłuż drogi dojścia i dojazdu do oddziału nie posiadały sp zoz w: Tarnowskich Górach, Włocławku, Chełmie, Lubartowie, Tomaszowie Lubelskim, Lipnie, Giżycku, Koninie, Kaliszu, Wągrowcu, Śremie i Stalowej Woli (§ 3 ust. 2 rozporządzenia);
- W Grudziądzu, Lipnie, Tarnowskich Górach, Brzesku, Pisz i Bartoszycach wjazd do sor nie zapewniał bezkolizyjnego podjazdu co najmniej dwóch specjalistycznych środków transportu sanitarnego jednocześnie (§ 3 ust. 3 rozporządzenia);
- W sp zoz w: Grudziądzu, Włocławku, Starogardzie Gdańskim, Bytowie, Dąbrowie Górniczej, Tarnowskich Górach, Brzesku, Lubartowie, Włodawie, Bartoszycach, Gnieźnie, Kaliszu, Rzeszowie i Stalowej Woli, wejście i dojazd do sor nie zostały zorganizowane niezależnie od innych wejść i dojazdów do szpitala lub też wejście do oddziału nie było przystosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych (§ 3 ust. 1 i ust. 4 rozporządzenia);
- Własnych bezkolizyjnych traktów komunikacyjnych, niezależnych od ogólnodostępnych traktów szpitalnych nie posiadały sor w: Starogardzie Gdańskim, Bytowie, Włocławku, Lubartowie, Elblągu, Giżycku, Nowym Tomyślu, Koninie, Gnieźnie, Kaliszu, Wągrowcu, Rzeszowie i Stalowej Woli (§ 3 ust. 6 rozporządzenia).

Głównymi przyczynami niepełnego dostosowania sor do wymagań określonych w ww. rozporządzeniu była trudna sytuacja finansowa sp zoz i brak środków na realizację przedsięwzięć inwestycyjnych i modernizacyjnych w tych oddziałach.

3.2.4. Stan zabezpieczenia przeciwpożarowego

3.2.4.1. Zapewnienie odpowiednich warunków ewakuacji

W budynkach szpitalnych 42 (88%) sp zoz nie zapewniono odpowiednich warunków technicznych zabezpieczenia przeciwpożarowego, umożliwiających szybką i bezpieczną ewakuację osób przebywających w strefie zagrożonej lub objętej pożarem. Tylko sześć (12%) skontrolowanych szpitali, tj. w: Bielsku-Białej, Zamościu, Elblągu, Tarnobrzegu, Sochaczewie i Wołominie we wszystkich użytkowanych obiektach zapewniły sprawne i bezpieczne warunki ewakuacji.

W myśl § 12 ust. 2 rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 21 kwietnia 2006 r. właściciel lub zarządca budynku ma obowiązek zastosowania rozwiązań zapewniających spełnienie wymagań bezpieczeństwa pożarowego w sposób określony w przepisach techniczno-budowlanych, tj. rozporządzeniu Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 r.³².

³² Rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie (Dz. U. Nr 75, poz. 690, ze zm.).

Zgodnie z § 207 ust. 2 tego rozporządzenia, przepisy dotyczące bezpieczeństwa pożarowego, a także oświetlenia awaryjnego, stosuje się również do użytkowanych budynków istniejących uznanych za zagrażające życiu ludzi.

Zabezpieczenie przed zadymieniem dróg ewakuacyjnych

Tylko w dziewięciu (19%) sp zoz, tj.: Sosnowcu, Bielsku Białej, Zamościu, Elblągu, Koninie, Tarnobrzegu, Warszawie, Sochaczewie i Wołominie wszystkie ewakuacyjne klatki schodowe, w użytkowanych budynkach, były wyposażone w urządzenia zapobiegające zadymieniu lub urządzenia i inne rozwiązania techniczno-budowlane zapewniające usuwanie dymu. Brak takich urządzeń w wyposażeniu dróg ewakuacyjnych (w niektórych lub we wszystkich budynkach) stwierdzono w pozostałych 39 (81%) skontrolowanych jednostkach.

Wymóg wyposażenia klatek schodowych w urządzenia zapobiegające zadymieniu lub służące do usuwania dymu w obiektach niskich i średniowysokich, zawierających strefę pożarową zaliczoną do kategorii zagrożenia ludzi ZL II (do tej strefy zaliczane są m.in. szpitale), wynika z § 245 pkt 1 i 2 rozporządzenia Ministra Infrastruktury z 12 kwietnia 2002 r.

Zgodnie z § 12 ust. 1 pkt 5 rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 21 kwietnia 2006 r., brak zabezpieczeń przed zadymieniem dróg ewakuacyjnych wymienionych w przepisach techniczno-budowlanych, w określony w nich sposób jest podstawą do uznania takiego budynku za zagrażający życiu ludzi ze względu na niezapewnienie przez występujące w nim warunki techniczne możliwości ewakuacji osób.

Zapewnienie bezpiecznej pożarowo obudowy i wydzielen dróg ewakuacyjnych

Ważnym elementem definiującym odpowiednie warunki ewakuacji jest również zapewnienie bezpiecznej pożarowo obudowy dróg ewakuacyjnych. Kontrola wykazała, że na drogach ewakuacyjnych niektórych budynków dziewięciu (19%) sp zoz zastosowano okładziny ścienne i sufitu, wykładziny podłogowe oraz sufity podwieszane wykonane z materiałów łatwo zapalnych lub bez określonej reakcji na ogień. Sytuacja ta dotyczy szpitali w: Starogardzie Gdańskim, Nowym Tomysłu, Kaliszu, Sosnowcu, Częstochowie, Giżycku, Sanoku, Stalowej Woli i Lubartowie.

Stosowanie na drogach ewakuacyjnych okładzin ściennych i sufitowych oraz sufitów podwieszanych z materiałów łatwo zapalnych, które pod wpływem wysokiej temperatury rozkładają się na bardzo toksyczne produkty, stanowi poważne

zagrożenie dla ludzi. Aby wyeliminować powyższe zagrożenia w § 258 i § 262 rozporządzenia Ministra Infrastruktury z 12 kwietnia 2002 r., wskazano że w strefach pożarowych zaliczanych do kategorii zagrożenia ludzi ZL II, stosowanie do wykończenia wnętrz oraz na drogach komunikacji ogólnej, służących celom ewakuacji, materiałów łatwo zapalnych, których produkty rozkładu termicznego są bardzo toksyczne lub intensywnie dymiące, jest zabronione. Sufity podwieszane powinny być wykonane z materiałów niepalnych lub niezapalnych, niekapiących i nieodpadających pod wpływem ognia.

Występowanie w pomieszczeniu strefy pożarowej zakwalifikowanej do kategorii zagrożenia ludzi ZL II albo na drodze ewakuacyjnej:

- okładziny sufitu lub sufitu podwieszonego z materiału łatwo zapalnego lub kapiącego pod wpływem ognia, bądź wykładziny podłogowej z materiału łatwo zapalnego,
- okładziny ściennej z materiału łatwo zapalnego na drodze ewakuacyjnej (z jednym kierunkiem ewakuacji),

zgodnie z § 12 ust. 1 pkt. 3 rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 21 kwietnia 2006 r., jest podstawą do uznania użytkowanego budynku za zagrażający życiu ludzi.

Nie we wszystkich budynkach użytkowanych przez 16 szpitali (33%) wydzielono ewakuacyjne klatki schodowe, w sposób określony w przepisach techniczno-budowlanych. Klatek tych nie wydzielono w: Lipnie, Wejherowie, Lęborku, Tarnowie, Chełmie, Tomaszowie Lubelskim, Krasnymstawie, Olsztynie, Giżycku, Wągrowcu, Warszawie, Ciechanowie, a w: Koninie, Gnieźnie, Włocławku i Siedlcach ewakuacyjne klatki schodowe wydzielono, lecz drzwiami bez wymaganej dymoszczelności i odporności ogniowej.

Niewydzielenie takich dróg w budynku szpitalnym, w myśl § 12 ust. 1 pkt 4 rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 21 kwietnia 2006 r., stanowi podstawę do uznania takiego obiektu za zagrażający życiu ludzi ze względu na niezapewnienie przez występujące w nim warunki techniczne możliwości ewakuacji ludzi.

Niewystarczającej szerokości przejścia, dojścia lub wyjścia ewakuacyjnego albo biegu bądź spocznika klatki schodowej służącej ewakuacji stwierdzono w ośmiu (17%) sp zoz, tj. w: Lipnie, Włocławku, Wejherowie, Bytowie, Kaliszu, Sanoku, Jasle

i Leżajsku. Natomiast, aż w 20 (42%) jednostkach³³ przekroczone ponad dwukrotnie, w stosunku do określonej w przepisach techniczno-budowlanych, długość przejścia lub dojścia ewakuacyjnego.

Niezapewnienie wymaganych przepisami techniczno-budowlanymi: szerokości przejścia, dojścia lub wyjścia ewakuacyjnego albo biegu bądź spocznika klatki schodowej służącej ewakuacji, a także długości przejścia lub dojścia ewakuacyjnego, w myśl § 12 ust. 1 pkt 1 i 2 rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 21 kwietnia 2006 r. stanowi podstawę do uznania obiektu za zagrażający życiu ludzi ze względu na niezapewnienie przez występujące w nim warunki możliwości ewakuacji ludzi.

Zapewnienie awaryjnego oświetlenia ewakuacyjnego

Brak wymaganego oświetlenia awaryjnego w strefie pożarowej albo na drodze ewakuacyjnej prowadzącej z tej strefy na zewnątrz budynku stwierdzono w 11 (23%) jednostkach, tj. w: Włocławku, Lęborku, Bytowie, Tarnowskich Górach, Krasnymstawie, Mrągowie, Gnieźnie, Kaliszu, Rzeszowie, Jaśle i Stalowej Woli. Niesprawne oświetlenie ujawniono w trzech (6%) sp zoz: Jaworznie, Sosnowcu i Śremie. Poza tym, w sześciu (13%) placówkach, tj. w: Tarnowie, Chełmie, Lubartowie, Giżycku, Wągrowcu i Nowym Tomysłu (obiekt w Opalenicy) instalacji awaryjnego oświetlenia nie poddawano przeglądom technicznym i czynnościom konserwacyjnym, stosownie do § 3 ust. 2 i 3 rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 21 kwietnia 2006 r.

Brak awaryjnego oświetlenia powoduje znaczne utrudnienia w dotarciu do wyjść ewakuacyjnych, wydłużając czas ewakuacji osób z budynku i narażenie na dłuższe oddziaływanie wysokich temperatur i toksycznych związków zawartych w dymie na osoby ewakuowane. Trudności z odnalezieniem drogi ucieczki, mogą spowodować powstanie paniki wśród ewakuowanych, zwłaszcza w obiekcie, w którym znajduje się duża liczba osób, a to z kolei utrudnić lub wręcz uniemożliwić ewakuację.

Wymóg stosowania oświetlenia awaryjnego w szpitalach i innych budynkach przeznaczonych do pobytu ludzi o ograniczonej zdolności poruszania się oraz na

³³ Grudziądz, Lipno, Włocławek, Wejherowo, Lębork, Starogard Gdański, Bytów, Dąbrowa Górnicza, Tarnowskie Góry, Częstochowa, Brzesko, Miechów, Włodawa, Olsztyn, Kalisz, Sanok, Jasło, Leżajsk, Rzeszów i Stalowa Wola.

drogach ewakuacyjnych, oświetlonych wyłącznie światłem sztucznym określa § 181 ust. 3 pkt 2 lit. b), c) rozporządzenia Ministra Infrastruktury z 12 kwietnia 2002 r.

Zgodnie z § 12 ust. 1 pkt 6 rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 21 kwietnia 2006 r., brak oświetlenia awaryjnego w strefie pożarowej zakwalifikowanej do kategorii zagrożenia ludzi ZL II albo na drodze ewakuacyjnej prowadzącej z tej strefy na zewnątrz budynku, stanowi podstawę do uznania budynku za zagrażający życiu ludzi.

Budynki szpitalne, jako obiekty wielkokubaturowe, posiadają złożony układ komunikacyjny, z tego względu bardzo istotne jest, aby istniejące warunki ewakuacji odpowiadały wymaganym standardom bezpieczeństwa, ustalonym przepisami prawa. Szpitale w szczególny sposób wyróżniają się spośród innych obiektów tym, że życiu i zdrowiu osób w nich przebywających zagrażają nie tylko bezpośrednie następstwa pożaru, ale także sama ewakuacja, która w obiektach szpitalnych jest utrudniona – zwłaszcza osób chorych przebywających na oddziałach intensywnej terapii, chirurgii lub podobnych. Dlatego istotne jest przestrzeganie przepisów przeciwpożarowych, ograniczających możliwość powstania pożaru, bądź niwelujących jego skutki oraz zapewnienie odpowiednich warunków ewakuacji ludzi, które zagwarantują bezpieczne jej przeprowadzenie.

3.2.4.2. Przestrzeganie innych przepisów przeciwpożarowych

Wypożażenie budynków szpitali w urzędzenia przeciwpożarowe i gaśnice

Istotne zaniedbania w zakresie zapewnienia ochrony przeciwpożarowej, polegające na: niewypożażeniu budynku w wymaganą liczbę hydrantów wewnętrznych i gaśnic, ich niekompletności lub niesprawności technicznej, bądź nieprawidłowym ich rozmieszczeniu, a także niepoddawaniu tych urządzeń i gaśnic przeglądowi konserwacyjnemu, a węży hydrantowych – dodatkowo – próbom ciśnieniowym, stwierdzono w niektórych budynkach wykorzystywanych przez 27 (56%) sp zoz, tj. w: Grudziądzu, Włocławku, Wejherowie, Łęborku, Starogardzie Gdańskim, Bytowie, Sosnowcu, Dąbrowie Górniczej, Tarnowskich Górach, Częstochowie, Limanowej, Miechowie, Chełmie, Lubartowie, Włodawie, Olsztynie, Koninie, Kaliszu, Śremie, Sanoku, Jaśle, Leżajsku, Rzeszowie, Mińsku Mazowieckim, Sochaczewie, Ciechanowie i Siedlcach. Na przykład:

- *W budynku głównym Specjalistycznego Szpitala w Starogardzie Gdańskim stwierdzono brak hydrantów przeciwpożarowych na siódmej kondygnacji*

budynku, a do części gaśnic był utrudniony dostęp, wskutek ich zastawienia. Do oznakowania urządzeń przeciwpożarowych i dróg ewakuacyjnych zastosowano znaki niezgodne z PN. Natomiast w budynku administracyjnym istniejące usytuowanie hydrantów wewnętrznych nie zapewniało ochrony całego budynku;

- *W Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Lubartowie kontrola wykazała brak możliwości użycia czterech hydrantów wewnętrznych (zamkniętych na kłódki lub zamki), zlokalizowanych w: holu głównym, kondygnacji podziemnej pod blokiem łóżkowo-diagnostycznym, na trzeciej kondygnacji przy klatce schodowej oraz przy oddziale RTG, z uwagi na brak kluczy do szafek hydrantowych lub uszkodzony zamek;*
- *W Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej we Włodawie stwierdzono niewystarczającą liczbę gaśnic oraz brak konserwacji 9 spośród 27 znajdujących się na wyposażeniu, a także brak badań technicznych hydrantów wewnętrznych i niepoddawanie próbie ciśnieniowej węży stanowiących ich wyposażenie;*
- *W Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Koninie w budynku przy ul. Wyszyńskiego stwierdzono małą liczbę gaśnic na oddziałach: dziecięcym i ginekologii, niewykonanie prób ciśnieniowych węży, niekompletność wyposażenia hydrantów (prądownice nie pasowały do hydrantów), a część węży nie odpowiadała PN.*

Sprawne technicznie i gotowe do użycia w każdej chwili hydranty wewnętrzne, umożliwiają skuteczne gaszenie pożaru, dzięki ciągłemu zaopatrzeniu w wodę. Są one szczególnie przydatne we wczesnej fazie pożaru.

Wymogi dotyczące wyposażenia budynków szpitali w hydranty wewnętrzne i gaśnice, ich rozmieszczenia oraz poddawania tych urządzeń i gaśnic przeglądom konserwacyjnym, a węży hydrantowych – dodatkowo – próbom ciśnieniowym, zostały określone w § 3, § 14 - § 22 i § 29 rozporządzenia MSWiA z dnia 21 kwietnia 2006 r.

Ponadto stwierdzono, że większość szpitali nie wyposażyła wszystkich użytkowanych budynków, w których znajdowało się ponad 200 łóżek, w system sygnalizacji pożarowej, obejmujący urządzenia sygnalizacyjno-alarmowe służące do samoczynnego wykrywania i przekazywania informacji o pożarze w budynku. Brak takiego systemu stwierdzono w 20 (59%) z 34 sp zoz, użytkujących budynki, w których było ponad 200 łóżek, tj. w: Lipnie, Włocławku (dot. sześciu z ośmiu budynków), Łęborku, Starogardzie Gdańskim (instalacja była niesprawna), Tarnowskich Górach, Limanowej, Brzesku, Miechowie (dotyczy hotelu pielęgniarek), Lubartowie, Krasnymstawie, Giżycku (system niepołączony z obiektem straży pożarnej), Koninie (dotyczy budynków przy ul. Wyszyńskiego), Śremie, Sanoku,

Jaśle (w system wyposażono trzy oddziały w budynku głównym), Leżajsku, Rzeszowie (dotyczy hotelu dla pracowników służby zdrowia), Stalowej Woli, Warszawie i Siedlcach.

Natomiast żaden z 34 szpitali, użytkujących budynki o liczbie łóżek powyżej 200, nie wyposażył ich (wszystkich lub niektórych) w dźwiękowy system ostrzegawczy, umożliwiający rozgłaszanie sygnałów ostrzegawczych i komunikatów głosowych dla potrzeb bezpieczeństwa osób przebywających w budynku, nadawanych automatycznie po otrzymaniu sygnału z systemu sygnalizacji pożarowej. Dotyczy to, poza ww. 20 szpitali (które nie wyposażył budynków w system sygnalizacji pożarowej), również: Wejherowa, Sosnowca, Bielska Białej (dotyczy bloku A), Jaworzna, Tarnowa, Chełma (dotyczy budynku C), Zamościa, Olsztyna, Elbląga, Bartoszyc, Tarnobrzega, Sochaczewa, Ciechanowa i Wołomina. Na przykład:

- *W Wojewódzkim Szpitalu we Włocławku w dźwiękowy systemu ostrzegawczy nie wyposażono sześciu z ośmiu budynków;*
- *W Szpitalu Wojewódzkim w Bielsku Białym systemu nie zainstalowano w bloku „A”, a w Samodzielnym Publicznym Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Chełmie w bloku „C”;*
- *W SP ZOZ Szpitalu Wojewódzkim w Tarnowie brakowało systemu (niewykonana w tym zakresie pozostaje decyzja Komendanta Miejskiej Państwowej Straży Pożarnej jeszcze z 13.10.2005 r.).*

Obowiązek wyposażenia szpitali o liczbie łóżek powyżej 200 w budynku (100 w przypadku szpitali psychiatrycznych) w ww. system sygnalizacji pożarowej oraz dźwiękowy system ostrzegawczy został określony odpowiednio w § 24 ust. 1 pkt 6 i 7 i § 25 ust. 1 pkt 4 rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 21 kwietnia 2006 r.

Ponadto, zgodnie z art. 5 ustawy o ochronie przeciwpożarowej właściciel lub użytkownik budynku objętego obligatoryjnym obowiązkiem stosowania systemów sygnalizacji pożarowej wyposażonych w urządzenia sygnalizacyjno-alarmowe, w przypadku gdy w tym budynku nie działa jego własna jednostka ratownicza, jest obowiązany połączyć te urządzenia z obiektem komendy Państwowej Straży Pożarnej lub obiektem, wskazanym przez właściwego miejscowo komendanta powiatowego (miejskiego) Państwowej Straży Pożarnej.

Instrukcje bezpieczeństwa pożarowego i zapoznanie pracowników szpitali z przepisami przeciwpożarowymi

Brak instrukcji bezpieczeństwa pożarowego stwierdzono w sześciu (13%) jednostkach, tj. w: Giżycku, Jaśle (instrukcje wprowadzono dopiero w trakcie kontroli NIK), Gnieźnie (brak dla budynku przychodni i budynku stacji pomocy doraźnej), Koninie (brak instrukcji dla części administracyjnej), Chełmie (brak instrukcji dla budynku administracyjnego) oraz Brzesku (brak instrukcji dla budynku prosektorium), a w 20 (42%) sp zoz³⁴ opracowane i wdrożone instrukcje nie obejmowały wszystkich elementów lub nie były aktualne. Na przykład:

- *Szpital Specjalistyczny w Jaśle posiadał instrukcję opracowaną wyłącznie dla budynku głównego, lecz nie określono w niej sposobu poddawania przeglądowi technicznemu i czynnościom konserwacyjnym stosowanych w obiekcie urządzeń przeciwpożarowych i gaśnic oraz sposobu praktycznego sprawdzania organizacji i warunków ewakuacji ludzi (instrukcję, obejmującą pięć budynków, w których świadczone usługi medyczne wdrożono dopiero podczas kontroli NIK);*
- *W Szpitalu Wojewódzkim Nr 2 w Rzeszowie obowiązująca instrukcja nie zawierała określenia warunków ochrony ppoż., wynikających z przeznaczenia obiektu, sposobu użytkowania, procesu technologicznego i jego warunków technicznych, w tym zagrożenia wybuchem;*
- *W SP ZOZ Szpitalu Powiatowym w Limanowej aktualizacji instrukcji z dnia 30.12.2005 r. dokonano dopiero po 3,5 roku (w kwietniu 2009 r.), a budynku głównego w SP ZOZ w Brzesku aż po prawie 6 latach (w maju 2009 r.).*

Obowiązek opracowania instrukcji bezpieczeństwa pożarowego i aktualizowania jej – co 2 lata, wynika z § 6 rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 21 kwietnia 2006 r.

Wbrew wymogom art. 4 ust. 1 pkt 6 ustawy o ochronie przeciwpożarowej w Regionalnym Szpitalu Specjalistycznym w Grudziądzu nie zapoznano z przepisami przeciwpożarowymi 1.393 pracowników (75% ogółu zatrudnionych), a w SP ZOZ w Mińsku Mazowieckim – 304 (63%) pracowników. Dyrektorzy pozostałych 46 skontrolowanych jednostek zaznajomili swoich pracowników z ww. przepisami.

Stan dróg pożarowych

Na terenie 22 (46%) z 48 skontrolowanych placówek zdrowia, nie zapewniono swobodnego przejazdu dla specjalistycznych pojazdów straży pożarnej. Często drogi pożarowe były zablokowane przez parkujące pojazdy. Niekiedy drzewa rosnące przy drogach ograniczały ich przejezdność, a na pewnych odcinkach uniemożliwiały także

³⁴ Wejherowo, Bytów, Jaworzno, Włodawa, Mrągowo, Konin, Gniezno (dla zespołu budynków przy ul. św. Jana), Wągrowiec, Śrem, Kalisz, Jasło, Rzeszów, Limanowa, Brzesko, Olsztyn, Pisz, Nowy Tomysł, Stalowa Wola, Mińsk Mazowiecki i Sochaczew.

użycie sprzętu wysokościowego. Drogi te nie spełniały również parametrów obowiązujących dla dróg pożarowych w zakresie ich szerokości i odległości od obiektów. Utrudnienia dojazdu pożarowego stwierdzono w: Grudziądzu, Włocławku, Łęborku, Bytowie, Dąbrowie Górniczej, Częstochowie, Tarnowskich Górach, Limanowej, Brzesku, Tarnowie, Lubartowie, Olsztynie, Mrągowie, Giżycku, Pisz, Koninie, Śremie, Jaśle, Leżajsku, Rzeszowie, Mińsku Mazowieckim i Siedlcach.

Główną przyczyną nieprawidłowości występujących w obszarze ewakuacji i zabezpieczenia przeciwpożarowego są ciągle niedobory finansowe sp zoz.

3.2.5. Stan higieniczno-sanitarny

Oceny pomieszczeń szpitala pod względem higieniczno-sanitarnym dokonano na podstawie kontroli co najmniej czterech oddziałów, w tym: szpitalnego oddziału ratunkowego, anestezjologii (intensywnej opieki medycznej), chorób wewnętrznych i chirurgii ogólnej z częścią urazową oraz bloków operacyjnych i pomieszczeń kuchni.

Bezpieczeństwo higieniczno-sanitarne, utrzymanie porządku i estetykę pomieszczeń zapewniono w stopniu zadowalającym w 44 (92%) skontrolowanych szpitalach. Stwierdzone nieprawidłowości i uchybienia odnoszące się do utrzymania czystości i porządku usunięto na bieżąco podczas kontroli.

Istotne nieprawidłowości stanowiące naruszenie wymagań higieniczno-sanitarnych i zdrowotnych stwierdzono w czterech (8%) sp zoz, tj.: Sanoku, Lipnie, Włocławku i Mińsku Mazowieckim. I tak:

- *W najgorszym stanie higieniczno-sanitarnym był użytkowany przez SP ZOZ w Sanoku budynek przy ul. Konarskiego, w którym funkcjonują oddziały: Neurologii z Pododdziałem Udarowym, Otolaryngologii i Kardiologii. Elewacja posiada liczne zacieki, pęknięcia, braki i ubytki – w tym z gzymsów odpadające kawałki betonu. Na ścianach i sufitach wewnątrz obiektu występowały liczne zacieki wodne oraz zagrzybienia, ściany były niedomalowane, z licznymi ubytkami tynku i płytek. W niektórych pomieszczeniach brak było wentylacji lub była ona niesprawną. Brak było pomieszczeń służących utrzymaniu czystości i higieny w oddziałach, a jako brudowniki wykorzystywane były pomieszczenia i przedsionki WC dla pacjentów, gdzie m. in. składowane były pojemniki z odzieżą skażoną oraz z odpadami medycznymi. Liczba łóżek w salach chorych nie była dostosowana do ich powierzchni, a wykładziny podłogowe posiadały liczne ubytki. Przez pomieszczenia kuchennek oddziałowych przebiegały niezabezpieczone, skorodowane i popękane rury kanalizacyjne, stwarzające zagrożenie zanieczyszczenia ściekami. Złe warunki higieniczno-sanitarne stwierdzono także i w pozostałych budynkach tego SP ZOZ, usytuowanych przy*

ul. 800 - lecia i ul. Lipińskiego;

- *W SP ZOZ w Lipnie, niewłaściwy stan higieniczno-sanitarny stwierdzono w oddziałach: Psychiatrycznym II, Chirurgicznym, SOR, Wewnętrznym I oraz dziale żywienia, polegający w szczególności na:*
 - *niesprawnej wentylacji pomieszczeń, bądź też jej braku,*
 - *utrzymaniu pomieszczeń działu żywienia w sposób nieodpowiadający wymogom określonym w załączniku nr II do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady nr 852/2004/ WE z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie higieny środków spożywczych (Dz. Urz. UE L 139 z 30 kwietnia 2004 r.), m.in. w zakresie dobrej praktyki higieny żywności (rozdział II pkt 1) oraz czyszczenia i dezynfekcji sprzętu pozostającego w kontakcie z żywnością (rozdział V pkt 1),*
 - *niedostosowaniu czystości pyłowej i mikrobiologicznej powietrza w sali cesarskich cięć oraz trzech salach operacyjnych do norm określonych przez Międzynarodową Organizację Normalizacyjną (ISO);*
- *W Wojewódzkim Szpitalu we Włocławku zastrzeżenia m.in. dotyczyły: braku umywalek w wyposażeniu sal chorych; zabrudzeń, ubytków farb, zacieków i zagrzybień na ścianach i sufitach; ubytków i uszkodzeń pokryć podłogowych, glazur, zlewów, umywalek; zardzewiałych szafek, stolików i stojaków do kroplówek w większości sal chorych; braku odrębnych toalet dla mężczyzn i kobiet; braku pokryw pojemników na odpady; braku osłon na lampach;*
- *W SP ZOZ w Mińsku Mazowieckim negatywnie oceniono stan higieniczno-sanitarny pomieszczeń: bloku operacyjnego, oddziału chirurgicznego, oddziału intensywnej opieki medycznej oraz kuchennych:*
 - *w pomieszczeniach bloku operacyjnego brakowało śluzy dla pacjentów, śluzy szatniowej i materiałowej oraz pokoju dla przygotowania chorego, nie była zachowana zasada niekrzyżowania się dróg brudnych i czystych, pomieszczenia znajdowały się w złym stanie technicznym,*
 - *na oddziale chirurgicznym stwierdzono nadmierne zagęszczenie sal chorych oraz, że dezynfekcja basenów i kaczek odbywała się w łazience dla pacjentów.*

Brak środków finansowych był często przyczyną, lecz także nagminnie wykorzystywanym argumentem dla usprawiedliwienia opieszałej realizacji nakazów i decyzji państwowych organów inspekcji sanitarnej, nawet jeżeli w rzeczywistości nie wymagały one ponoszenia znacznych wydatków.

4. Informacje dodatkowe o przeprowadzonej kontroli

4.1. Przygotowanie kontroli

Przeprowadzenie kontroli poprzedzono analizą wyników wcześniejszych kontroli NIK, w których w wybranym zakresie badano kwestie związane z utrzymaniem w należytym stanie techniczno-użytkowym obiektów publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz bezpieczeństwem ich użytkowania. Zagadnienia te nie były jednak przedmiotem odrębnych, kompleksowych kontroli NIK.

Problematyka związana z utrzymaniem obiektów budowlanych szpitali była częściowo przedmiotem badań kontrolnych przeprowadzonych w 2002 r. przez NIK, w ramach kontroli nr P/02/125 *Gospodarka majątkiem pozostającym w dyspozycji samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, przejętym od Skarbu Państwa przez jednostki samorządu terytorialnego, w wyniku reformy administracji publicznej w latach 1999 – 2001*. W toku tej kontroli, ujawniono m.in., że właściciele i zarządcy obiektów ochrony zdrowia nie realizowali w sposób należyty obowiązków związanych z utrzymaniem obiektów budowlanych, w szczególności nie dokonywali kontroli okresowych. Nie udzielano także korzystającym z nieruchomości szpitalom odpowiedniego wsparcia finansowego dla zaspokojenia potrzeb remontowych.

Zagadnienia dotyczące wykonywania obowiązków związanych z utrzymaniem obiektów były również przedmiotem kontroli przeprowadzonej w 2007 r. przez NIK, w ramach kontroli nr P/07/165 *Funkcjonowanie opieki psychiatrycznej, ze szczególnym uwzględnieniem opieki stacjonarnej*. Kontrola ta wykazała liczne nieprawidłowości w zakresie zapewnienia pacjentom szpitali psychiatrycznych właściwych warunków sanitarno-higienicznych eksploatacji obiektów, niewłaściwego stanu technicznego budynków. Stan ten wynikał najczęściej z zaniedbań w gospodarce remontowej, wskutek niezaangażowania dostatecznych środków finansowych na ten cel. Poza tym na 16 skontrolowanych szpitali, w sześciu nie dokonywano w ogóle (bądź czyniono to w niepełnym zakresie) kontroli okresowych.

Wnioski pokontrolne, skierowane po kontroli nr P/02/125 do kierowników jednostek skontrolowanych, związane z utrzymaniem obiektów oraz bezpieczeństwem użytkowania i higieną, według informacji przekazanych przez tych

kierowników, zostały zrealizowane. NIK wnioskowała m.in. o wykonywanie obowiązków, określonych Prawem budowlanym, dotyczących utrzymania obiektów oraz podjęcia działań zmierzających do doprowadzenia pomieszczeń i urządzeń służących do udzielania świadczeń zdrowotnych, do zgodności z wymaganiami technicznymi i sanitarnymi.

Wnioski kierowane do dyrektorów szpitali psychiatrycznych, po kontroli nr P/07/165, dotyczyły głównie poprawy stanu technicznego budynków oraz zapewnienia pełnej ochrony przeciwpożarowej obiektów. Z odpowiedzi na wystąpienia pokontrolne wynika, że wszystkie wnioski sformułowane przez NIK zostały wykonane lub przyjęte do realizacji. W szpitalach i poradniach psychiatrycznych m.in. zostały przeprowadzone kontrole stanu technicznego użytkowanych budynków, założono i zaczęto prowadzić książki obiektów budowlanych oraz przystąpiono do najpilniejszych prac remontowych. Poza tym poprawiono stan bezpieczeństwa przeciwpożarowego. Po kontroli P/07/165 skierowano również jedno zawiadomienie do Powiatowego Inspektora Nadzoru Budowlanego w Łodzi o podejrzeniu popełnienia wykroczenia, określonego w art. 93 pkt 8 Prawa budowlanego (niepoddawanie obiektów kontrolom okresowym).

Wyniki powyższych kontroli wykorzystane zostały do przygotowania programu niniejszej kontroli.

Wyboru jednostek do kontroli delegatury NIK dokonały samodzielnie, kierując się podstawowym kryterium, jakim była liczba obiektów budowlanych (w tym obiekty lecznicze i pozalecznicze), użytkowanych przez dany sp zoz. Badaniem objęto całą, posiadaną przez szpitale dokumentację budowy, dokumentację powykonawczą i inne dokumenty związane z użytkowanymi obiektami oraz wszystkie prowadzone książki obiektów i protokoły kontroli okresowych wytworzone w latach 2006 – 2008.

4.2. Postępowanie kontrolne i działania podjęte po zakończeniu kontroli

1. W kontroli, na zlecenie NIK (art. 12 pkt 3 ustawy o NIK), uczestniczyły służby: właściwych terytorialnie powiatowych inspektorów nadzoru budowlanego w zakresie dokonania oceny stanu technicznego obiektów budowlanych, państwowej straży pożarnej w zakresie oceny zapewnienia właściwych warunków ewakuacji i stanu

zabezpieczenia przeciwpożarowego szpitali oraz państwowych powiatowych inspektorów sanitarnych w zakresie oceny pomieszczeń szpitali pod względem higieniczno-sanitarnym.

2. W sześciu jednostkach ujawniono przypadki bezpośredniego niebezpieczeństwa dla życia lub zdrowia ludzi, związane ze złym stanem technicznym instalacji i elementów obiektów budowlanych. W celu zapobieżenia temu niebezpieczeństwu kontrolerzy NIK poinformowali o tych faktach kierowników kontrolowanych jednostek, którzy podjęli stosowne działania celem ich wyeliminowania. I tak:

- W Samodzielnym Publicznym Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Chełmie, na korytarzach Oddziału Neurologicznego i Oddziału Urazowo-Ortopedycznego zabezpieczono gniazda elektryczne przed porażeniem oraz usunięto odpadające płyty tynku na attyce po obu stronach wejścia do budynku szpitalnego;
- W SP ZOZ w Tomaszowie Lubelskim działania doraźne dotyczyły: zabezpieczenia przewodów elektrycznych w budynku kuchni, w pomieszczeniach przewidzianych na maszynownię dźwigów oraz zabezpieczenia murku grożącego zawaleniem i kłap wlotowych dwóch wyspów na węgiel (o głębokości ok. 3 m) znajdujących się przy budynku przychodni specjalistycznej;
- W SP ZOZ w Lubartowie zabezpieczono przed dostępem osób schody zewnętrzne przy bloku łóżkowym, których zły stan techniczny groził katastrofą budowlaną;
- W Specjalistycznym Szpitalu w Starogardzie Gdańskim zabezpieczono przed dostępem osób trzecich, wyłączony z eksploatacji w latach 90-tych, budynek kotłowni (wysoka część budynku) będący w złym stanie technicznym;
- W Szpitalu Powiatu Bytowskiego w Bytowie podjęto działania zabezpieczające: budynek przychodni ogólnej, gdzie stwierdzono m.in. ubytki w schodach oraz budynek zakładu opiekuńczo-leczniczego, gdzie stwierdzono niedostateczne mocowanie barier ochronnych zabezpieczających taras wokół budynku;
- W SP ZOZ w Lipnie zabezpieczono balkon oraz ławy kominiarskie w budynku Szpitala Psychiatrycznego. Ponadto po przekazaniu przez kontrolera NIK, informacji o niedostosowaniu czystości pyłowej i mikrobiologicznej powietrza w sali cesarskich cięć i trzech salach operacyjnych do obowiązujących norm, wyłączona została instalacja mechaniczna nawiewna i podjęte zostały działania w kierunku wykonania czyszczenia i dezynfekcji kanałów wentylacyjnych.

Spośród ogółu mikroorganizmów zidentyfikowanych w pomieszczeniach bloku operacyjnego szpitala, trzy zaliczane były, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 kwietnia 2005 r.³⁵, do II grupy zagrożenia tj. takiej, która może wywołać choroby u ludzi.

3. Przekazane protokoły kontroli zostały podpisane przez dyrektorów wszystkich kontrolowanych szpitali bez zastrzeżeń. Odbyło się 18 narad pokontrolnych z udziałem osób odpowiedzialnych za zarządzanie i organizację pracy w kontrolowanych obszarach. Wystąpienia pokontrolne skierowane do dyrektorów sp zoz, poza dwoma przypadkami, zostały przyjęte bez zastrzeżeń. Zastrzeżenia, co do uwag i ocen zawartych w wystąpieniu pokontrolnym, zgłosili: dyrektor Zakładu Opieki Zdrowotnej w Gnieźnie oraz dyrektor Szpitala Specjalistycznego w Dąbrowie Górniczej. Komisja Odwoławcza po rozpatrzeniu zastrzeżeń, w przypadku Gniezna, część z nich uwzględniła, a w przypadku Dąbrowy Górniczej w całości odrzuciła. Do kierowników 48 kontrolowanych jednostek skierowano łącznie 231 wniosków, z których: 126 dotyczyło wykonywania obowiązków z zakresu utrzymania obiektów budowlanych, 19 – podjęcia działań zmierzających do poprawy stanu technicznego i estetycznego obiektów, 49 – zapewnienia w budynkach sp zoz odpowiednich warunków ewakuacji i bezpieczeństwa pożarowego, 4 – usunięcia barier architektonicznych, zapewniając możliwość korzystania z budynków szpitalnych przez osoby niepełnosprawne, 8 – dostosowania sor do istniejących wymogów, 10 – utrzymania warunków higieniczno-sanitarnych w pomieszczeniach szpitali, a 5 – ustalenia zadań i kompetencji w zakresie utrzymania obiektów i określenie tej odpowiedzialności w zakresach czynności pracowników. NIK wnioskowała także do dyrektorów sp zoz (10 przypadków) o wypełnianie zaleceń, zawartych w decyzjach wydanych po kontrolach prowadzonych w tym zakresie przez inne organy.

Wnioski odnoszące się do wykonywania obowiązków z zakresu utrzymania obiektów budowlanych dotyczyły:

- prowadzenia kontroli okresowych i ich dokumentowania – 39 przypadków,
- przeprowadzania kontroli okresowych przez osoby posiadające stosowne uprawnienia i kwalifikacje – 13 przypadków,

³⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 kwietnia 2005 r. w sprawie szkodliwych czynników biologicznych dla zdrowia w środowisku pracy oraz ochrony zdrowia pracowników zawodowo narażonych na te czynniki (Dz. U. Nr 81, poz. 716, ze zm.).

- usuwania uszkodzeń i usterek oraz uzupełniania braków stwierdzonych podczas kontroli okresowych – 6 przypadków,
- założenia ksiąg obiektów, rzetelnego ich prowadzenia oraz dopełnienia wymogów w zakresie planów sytuacyjnych – 41 przypadków,
- przechowywania dokumentacji budowy i powykonawczej oraz zapewnienia jej kompletności – 4 przypadki,
- terminowego prowadzenia przeglądów konserwacyjnych wind – 4 przypadki,
- zgłaszania do organu administracji architektoniczno-budowlanej robót remontowych – 16 przypadków, zamiaru zmiany sposobu użytkowania obiektu lub jego części – 3 przypadki.

Ponadto, w związku z kontrolami prowadzonymi w sp zoz, z uwagi na stwierdzone nieprawidłowości oraz związany z nimi brak należytego nadzoru, NIK wystosowała 4 wystąpienia pokontrolne do kierowników organów założycielskich, tj.:

- do Starosty Włodawskiego, po kontroli w SP ZOZ we Włodawie, wnioskując o sprawowanie skutecznego nadzoru nad wypełnianiem przez SP ZOZ obowiązków związanych z utrzymaniem obiektów budowlanych, a także, w związku ze stwierdzeniem trzech przypadków prowadzenia robót budowlanych w warunkach tzw. samowoli budowlanej, o wznowienie, na podstawie art. 145 § 1 pkt 5 Kpa, postępowań w sprawie wydania trzech decyzji o pozwoleniu na budowę, wydanych z naruszeniem art. 32 ust. 4a Prawa budowlanego (2 wnioski);
- do Starosty Tarnogórskiego, po kontroli SP ZOZ Wielospecjalistycznego Szpitala Powiatowego w Tarnowskich Górach (NIK nie sformułowała wniosku);
- do Starosty Sanockiego, po kontroli w SP ZOZ w Sanoku, wnioskując o podjęcie działań w celu realizacji postanowień przepisu § 12 ust. 2 rozporządzenia MSWiA z dnia 21 kwietnia 2006 r., a także o zapewnienie prowadzenia ksiąg obiektów budowlanych i dokonywania kontroli okresowych obiektów użytkowanych przez sp zoz (3 wnioski);
- do Marszałka Województwa Warmińsko-Mazurskiego, po kontroli w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie, wnioskując o udzielenie dyrekcji Szpitala pomocy organizacyjnej i finansowej w celu stworzenia warunków umożliwiających ewakuację ludzi z budynku głównego Szpitala (1 wniosek).

Poza tym, dodatkowe wystąpienie pokontrolne skierowano:

- po kontroli w Szpitalu Powiatowym w Bartoszycach, do Komendanta Powiatowego Państwowej Straży Pożarnej w Bartoszycach, wnioskując o podjęcie działań zapewniających spełnienie przez Szpital warunków technicznych umożliwiających ewakuację ludzi (klatki schodowe w budynku Szpitala nie posiadały urządzeń do automatycznego usuwania dymów i gazów pożarowych) – 1 wniosek;
- po kontroli w SP ZOZ Szpitalu Powiatowym w Piszcu do:
 - Powiatowego Inspektora Nadzoru Budowlanego w Piszcu, w związku z uszkodzeniem dachu budynku głównego Szpitala, mogącem zagrażać życiu i zdrowiu ludzi, a także z niedokonaniem zgłoszenia organowi administracji architektoniczno-budowlanej zmiany sposobu użytkowania budynku po byłym pogotowiu ratunkowym. NIK wnioskowała o podjęcie działań, zapewniających spełnienie przez Szpital warunków technicznych umożliwiających bezpieczne użytkowanie szpitalnych obiektów budowlanych oraz o uregulowanie sprawy dalszego użytkowania budynku po byłym pogotowiu ratunkowym, stosownie do art. 71a) Prawa budowlanego (2 wnioski);
 - Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Piszcu, w związku ze stwierdzeniem m.in.: braku w oddziałach szpitalnych brudowników wyposażonych w myjnie – dezynfektory, osobnych sanitariatów dla kobiet, mężczyzn i osób odwiedzających, indywidualnego lub wspólnego pokoju przygotowania chorego i sali wybudzeń w bloku operacyjnym, a także złego stanu technicznego pomieszczeń kuchennych. NIK wnioskowała o podjęcie stosownych działań, zapewniających spełnienie przez Szpital wymagań pod względem fachowym i sanitarnym (1 wniosek).

Spośród ogólnej liczby wniosków (241) skierowanych w ramach prowadzonej kontroli zrealizowano 159, w trakcie realizacji są 82 wnioski. Z nadesłanych odpowiedzi na wystąpienia pokontrolne wynika, że m.in.: założono brakujące książki obiektów budowlanych, dokonano wymaganych kontroli okresowych, a także podjęto działania zmierzające do poprawy stanu technicznego i estetycznego obiektów sp zoz, zapewnienia w nich odpowiednich warunków ewakuacji i bezpieczeństwa przeciwpożarowego, usunięcia barier architektonicznych – zapewniając osobom niepełnosprawnym możliwość korzystania z budynków szpitalnych.

4. W wyniku przeprowadzonej kontroli, NIK ujawniła w siedmiu jednostkach

czyny wyczerpujące znamiona przestępstw, o których mowa w:

- art. 90 Prawa budowlanego (we Włodawie – wykonywanie robót budowlanych w warunkach „samowoli budowlanej” oraz w Bytowie wykonywanie robót budowlanych na podstawie zgłoszenia zamiaru rozpoczęcia robót budowlanych, pomimo wniesienia sprzeciwu wobec tego zgłoszenia przez organ administracji architektoniczno-budowlanej),
- art. 91 ust. 1 pkt 2 Prawa budowlanego (w: Lęborku, Bielsku-Białej, Mragowie, Koninie i Gnieźnie – wykonywanie samodzielnych funkcji technicznych w budownictwie bez posiadania odpowiednich uprawnień budowlanych lub prawa wykonywania samodzielnej funkcji technicznej w budownictwie),
- art. 286 § 1 w zw. z art. 270 § 1 Kodeksu karnego³⁶ (w Koninie – działanie osoby w celu osiągnięcia korzyści majątkowej poprzez wprowadzenie w błąd dyrektora Szpitala, co do posiadania niezbędnych uprawnień i posługiwania się jako autentycznym, przerobionym dokumentem, doprowadzając ww. jednostkę do niekorzystnego rozporządzenia mieniem, skutkiem czego było zawarcie umowy na wykonanie, za wynagrodzeniem 11 590 zł, obowiązkowej kontroli okresowej budynków Szpitala).

Poza tym, w 25 jednostkach (Grudziądz, Lipno, Włocławek, Bytów, Sosnowiec, Dąbrowa Górnicza, Bielsko-Biała, Tarnowskie Góry, Bochnia, Chełm, Zamość, Tomaszów Lubelski, Włodawa, Krasnystaw, Olsztyn, Giżycko, Gniezno, Wągrowiec, Śrem, Nowy Tomyśl, Sanok, Rzeszów, Tarnobrzeg, Sochaczew i Siedlce) ujawniono czyny stanowiące wykroczenia z art. 93 pkt 8 i 9 Prawa budowlanego (brak kontroli okresowych, nieprowadzenie ksiąg obiektów budowlanych, nieprzechowywanie dokumentacji budowy i powykonawczej). W Giżycku i Śremie ujawniono również czyny wyczerpujące znamiona wykroczenia z art. 93 pkt 6 Prawa budowlanego (wykonywanie robót budowlanych w sposób odbiegający od ustaleń i warunków określonych w przepisach), a w Nowym Tomyślu z art. 93 pkt 9b (zmiana sposobu użytkowania dwóch obiektów budowlanych bez wymaganego zgłoszenia, o którym mowa w art. 71 ust. 2).

Łącznie NIK skierowała po kontroli do właściwych prokuratur rejonowych osiem zawiadomień w związku z uzasadnionym podejrzeniem popełnienia

³⁶ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553, ze zm.).

przestępstwa oraz do właściwych powiatowych inspektorów nadzoru budowlanego 12 zawiadomień o naruszeniu przepisów Prawa budowlanego, wnioskując o wszczęcie postępowań wyjaśniających i mandatowych w tych sprawach. Zawiadomienia do powiatowych inspektorów nadzoru budowlanego skierowano po kontrolach w: Grudziądzu, Lipnie, Bytowie, Sosnowcu, Dąbrowie Górniczej, Bielsku-Białej, Tarnowskich Górach, Chełmie, Zamościu, Tomaszowie Lubelskim, Włodawie i Gnieźnie.

W 13 przypadkach, tj. w: Bochni, Włocławku, Krasnymstawie, Olsztynie, Giżycku, Wągrowcu, Śremie, Nowym Tomyślu, Sanoku, Rzeszowie, Tarnobrzegu, Sochaczewie i Siedlcach postępowania mandatowe powiatowi inspektorzy nadzoru budowlanego przeprowadzili w trakcie kontroli, nakładając na dyrektorów i pracowników sp zoz kary grzywny.

Poza tym Delegatura NIK w Katowicach w wyniku przeprowadzonej kontroli w Szpitalu Specjalistycznym w Dąbrowie Górniczej skierowała zawiadomienie do Rzecznika Dyscypliny Finansów Publicznych przy Regionalnej Izbie Obrachunkowej w Katowicach o ujawnieniu faktów wskazujących na naruszenie dyscypliny finansów publicznych przez dyrektora tego szpitala, który nie dochodził kary umownej za nieterminowe dostarczenie sprzętu (sprzedaż i montaż szlabanów wraz z systemem parkingowym) w wysokości 19 194,53 zł, do czego był uprawniony w myśl postanowień zawartej umowy.

5. Finansowe rezultaty ujawnione w wyniku kontroli:

- 1 400,00 zł – kwota uszczuplenia środków publicznych, tj. kwota nienaliczonych i niewyegzekwowanych przez Wojewódzki Szpital Zespolony w Koninie kar umownych za nierzetelne prowadzenie dzienników konserwacji urządzeń dźwigowych,
- 19 194, 00zł – kwota potencjalnych finansowych skutków nieprawidłowości, tj. kwota kary umownej, z tytułu nieterminowego dostarczenia i zainstalowania szlabanów przywjazdowych na teren parkingu, niewyegzekwowanej przez Szpital Specjalistyczny w Dąbrowie Górniczej (w trakcie kontroli NIK, Szpital podjął działania w celu wyegzekwowania tej kwoty),
- 620 164,00 zł – kwota wydatkowana w następstwie działań stanowiących naruszenie prawa, tj. suma kwot wydatkowana przez SP ZOZ we Włodawie

na rozbudowę istniejących obiektów, bez wymaganego pozwolenia na budowę (prowadzenie robót w warunkach samowoli budowlanej),

- 23 290,72 zł – kwota wydatkowana z naruszeniem zasad należytego zarządzania finansami, tj. suma wynagrodzeń wypłacona za przeprowadzenie kontroli okresowych osobom nieposiadającym odpowiednich uprawnień budowlanych bądź kwalifikacji zawodowych (Wojewódzki Szpital Zespolony w Koninie – 11 590 zł, Zespół Opieki Zdrowotnej w Gnieźnie – 4 747,40 zł, Zespół Opieki Zdrowotnej w Wągrowcu – 3 659,32 zł i Szpital Specjalistyczny im. Floriana Ceynowy w Wejherowie – 3 294 zł),
- 9 700,00 zł – kwota pozyskanych pożytków finansowych, tj. suma kar grzywnien nałożonych na dyrektorów i pracowników szpitali przez służby:
 - nadzoru budowlanego (łącznie 7 600 zł) za: brak kontroli okresowych, brak ksiąg obiektów budowlanych lub ich nierzetelne prowadzenie, niewykonanie zaleceń zawartych w protokołach z kontroli okresowych, niepowiadomienie o zmianie sposobu użytkowania części obiektu, wykonanie robót budowlanych bez zgłoszenia (Grudziądz, Olsztyn, Giżycko, Gniezno, Wągrowiec, Śrem, Nowy Tomysł, Częstochowa, Bochnia, Sanok, Tarnobrzeg, Rzeszów, Chełm, Zamość, Krasnystaw, Włodawa, Sochaczew i Siedlce),
 - inspekcji sanitarnej – mandat 100 zł nałożono na pielęgniarkę oddziałową w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Kaliszu za zgromadzenie na wózkach zabiegowym i opatrunkowym dużej ilości sprzętu medycznego i materiału opatrunkowego, co uniemożliwiało zachowania rozdziału sprzętu „czystego” i „skażonego”, a tym samym mogło stanowić zagrożenie epidemiologiczne pacjenta,
 - straży pożarnej – trzy kary grzywny w łącznej kwocie 2 000 zł w SP ZOZ Miejskim Szpitalu Zespolonym w Częstochowie nałożone w celu przymuszenia wykonania zaleceń dotyczących nieprawidłowości związanych z bezpieczeństwem przeciwpożarowym,
- 2 300,00 zł – kwota oszczędności finansowych w Szpitalu Wojewódzkim SP ZOZ w Tarnowie – w wyniku ustaleń kontroli NIK, obniżono wykonawcy wynagrodzenie za nierzetelne (nie w pełnym zakresie) przeprowadzenie w 2008 r. kontroli okresowych obiektów budowlanych.

5. Załączniki

5.1. Wykaz skontrolowanych jednostek i osób kierujących tymi podmiotami oraz jednostek NIK, które przeprowadziły kontrole.

Lp.	Jednostka kontrolowana (organ założycielski)	Imię i nazwisko dyrektora SP ZOZ	Jednostka organizacyjna NIK, przeprowadzająca kontrolę
1	Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Wł. Biegańskiego w Grudziądzu (Miasto Grudziądz)	Marek Nowak	Delegatura NIK w Bydgoszczy
2	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej im. Jacka Tokarczyka w Lipnie (od 01.05.2009 r. w likwidacji w celu utworzenia spółki prawa handlowego) (Powiat Lipnowski)	Aleksandra Pawłowska Likwidator SP ZOZ w Lipnie	
3	Wojewódzki Szpital we Włocławku (Województwo Kujawsko-Pomorskie)	Bronisław Dziegielewski	
4	Szpital Specjalistyczny im. Floriana Ceynowy w Wejherowie (Województwo Pomorskie)	Andrzej Zieleniewski	Delegatura NIK w Gdańsku
5	Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łęborku (Powiat Łęborski)	Andrzej Sapiński	
6	Specjalistyczny Szpital św. Jana w Starogardzie Gdańskim (Powiat Starogardzki)	Beata Ładyszkowska	
7	Szpital Powiatu Bytowskiego w Bytowie (Powiat Bytowski)	Zbigniew Binczyk	
8	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu (Województwo Śląskie)	Iwona Łobesko	Delegatura NIK w Katowicach
9	Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej (Województwo Śląskie)	Ryszard Batycki	
10	Szpital Specjalistyczny im. Sz. Starkiewicza w Dąbrowie Górniczej (Miasto Dąbrowa Górnicza)	Zbigniew Grzywnowicz	
11	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Wielospecjalistyczny w Jaworznie (Miasto Jaworzno)	Józef Kurek	
12	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej - Wielospecjalistyczny Szpital Powiatowy im. dr Bronisława Hagera w Tarnowskich Górach (Powiat Tarnogórski)	Barbara Wawrzeńczyk-Anders	
13	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Miejski Szpital Zespolony w Częstochowie (Miasto Częstochowa)	Małgorzata Witkowska	

14	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Wojewódzki im. św. Łukasza w Tarnowie (Województwo Małopolskie)	Anna Czech	Delegatura NIK w Krakowie
15	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Powiatowy w Limanowej (Powiat limanowski)	Dariusz Socha	
16	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Brzesku (Powiat Brzeski)	Józefa Szczurek	
17	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Bochni "Szpital Powiatowy" (Powiat Bocheński)	Wojciech Szafrąński	
18	Szpital św. Anny w Miechowie (Powiat Miechowski)	Marian Tambor	
19	Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Chełmie (Województwo Lubelskie)	Mariusz Kowalczyk p.o. Dyrektora	Delegatura NIK w Lublinie
20	Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki Im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu (Województwo Lubelskie)	Andrzej Mielcarek	
21	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Tomaszowie Lubelskim (Powiat Tomaszowski)	Andrzej Kaczor	
22	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lubartowie (Powiat Lubartowski)	Waldemar Dudziak	
23	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej we Włodawie, (Powiat Włodawski)	Andrzej Wiśniewski	
24	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Krasnymstawie (Powiat Krasnostawski)	Piotr Matej	Delegatura NIK w Olsztynie
25	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie (Województwo Warmińsko-Mazurskie)	Irena Kierzkowska	
26	Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu (Województwo Warmińsko-Mazurskie)	Elżbieta Gelert	
27	Szpital Powiatowy im. M. Kajki w Mrągowie (Powiat Mrągowski)	Halina Sarul	
28	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Giżycku (Powiat Giżycki)	Krzysztof Paternoga	
29	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Powiatowy w Piszcu (Powiat Piski)	Marek Skarzyński	
30	Szpital Powiatowy im. Jana Pawła II w Bartoszycach (Powiat Bartoszycki)	Mariusz Szubert	Delegatura NIK w Poznaniu
31	Wojewódzki Szpital Zespolony w Koninie (Województwo Wielkopolskie)	Sławomir Matysiak	
32	Wojewódzki Szpital Zespolony im. Ludwika Perzyny w Kaliszu (Województwo Wielkopolskie)	Wojciech Grzelak	
33	Zespół Opieki Zdrowotnej w Gnieźnie (Powiat Gnieźnieński)	Włodzimierz Pilarczyk	

34	Zespół Opieki Zdrowotnej w Wągrowcu (Powiat Wągrowiecki)	Grzegorz Hoffmann	
35	Szpital w Śremie (Powiat Śremski)	Bożena Woźniak p.o. Dyrektora	
36	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej im. dr Kazimierza Hołogi w Nowym Tomyślu (Powiat nowotomyski)	Janusz Nowak	
37	Szpital Wojewódzki Nr 2 w Rzeszowie (Województwo Podkarpackie)	Janusz Solarz	Delegatura NIK w Rzeszowie
38	Wojewódzki Szpital im. Zofii z Zamoyskich Tarnowskiej w Tarnobrzegu (Województwo Podkarpackie)	Jan Kos	
39	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Sanoku (Powiat Sanocki)	Adam Siembab	
40	Szpital Specjalistyczny w Jaśle (Powiat Jasielski)	Zbigniew Betlej	
41	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Leżajsku (Powiat Leżajski)	Marian Furmanek	
42	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Powiatowy Szpital Specjalistyczny w Stalowej Woli (Powiat Stalowowolski)	Edward Surmacz	Delegatura NIK w Warszawie
43	Specjalistyczny Szpital Wojewódzki Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Ciechanowie (Województwo Mazowieckie)	Ewa Łagońska	
44	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Siedlcach (Województwo Mazowieckie)	Wojciech Kaszyński	
45	Szpital Bielański im. Ks. Jerzego Popiełuszki Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Warszawie (Miasto st. Warszawa)	Dorota Gałczyńska-Zych	
46	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Mińsku Mazowieckim (Powiat Miński)	Mieczysław Romejko	
47	Zespół Opieki Zdrowotnej "Szpitala Powiatowego" w Sochaczewie (Powiat Sochaczewski)	Franciszek Pasiak	
48	Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wołominie (Powiat Wołomiński)	Ryszard Olszanowski	

5.2. Wykaz organów, którym przekazano informację o wynikach kontroli

1. Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej
2. Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej
3. Marszałek Senatu Rzeczypospolitej Polskiej
4. Prezes Rady Ministrów
5. Rzecznik Praw Obywatelskich

6. Minister Zdrowia
7. Minister Infrastruktury
8. Główny Inspektor Nadzoru Budowlanego
9. Główny Inspektor Sanitarny
10. Komendant Główny Państwowej Straży Pożarnej
11. Sejmowa Komisja do Spraw Kontroli Państwowej
12. Sejmowa Komisja Zdrowia
13. Sejmowa Komisja Infrastruktury

5.3. Wykaz najważniejszych aktów prawnych

1. Ustawa z dnia 7 lipca 1994 r. Prawo budowlane (Dz. U. z 2006 r. Nr 156, poz. 1118, ze zm.).
2. Ustawa z dnia 24 sierpnia 1991 r. o ochronie przeciwpożarowej (Dz. U. z 2009 r. Nr 178, poz. 1380).
3. Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89, ze zm.).
4. Ustawa z dnia 21 grudnia 2000 r. o dozorcze technicznym (Dz. U. z 2000 r. Nr 122, poz. 1321, ze zm.).
5. Rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 3 lipca 2003 r. w sprawie książki obiektu budowlanego (Dz. U. Nr 120, poz. 1134) – weszło w życie dnia 11 lipca 2003 r.
6. Rozporządzenie Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 29 października 2003 r. w sprawie warunków technicznych dozoru technicznego w zakresie eksploatacji niektórych urządzeń transportu bliskiego (Dz. U. Nr 193, poz. 1890).
7. Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 21 kwietnia 2006 r. w sprawie ochrony przeciwpożarowej budynków, innych obiektów budowlanych i terenów (Dz. U. Nr 80, poz. 563).
8. Rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych jakimi powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie (Dz. U. Nr 75, poz. 690, ze zm.).
9. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 marca 2007 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. Nr 55, poz. 365) – weszło w życie z dniem 14 kwietnia 2007 r.