



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Departament Zdrowia

KZD-4101-02-04/2012
P/12/122

Warszawa, dnia ...30 lipca 2012 r.

Pan
ppłk Bogdan Kornatowski
Dyrektor Aresztu Śledczego
Warszawa - Mokotów

Szanowny Panie Dyrektorze!

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

Na podstawie art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli¹, zwanej dalej „ustawą o NIK”, Najwyższa Izba Kontroli – Departament Zdrowia, przeprowadziła w Areszcie Śledczym Warszawa - Mokotów (zwanym dalej „Aresztem”) kontrolę sprawowania opieki medycznej wobec osób pozbawionych wolności, w latach 2010 – 2012.

W związku z kontrolą, której wyniki przedstawione zostały w protokole kontroli podpisanym w dniu 23 lipca 2012 r., na podstawie art. 60 ustawy o NIK², przekazuję Panu Dyrektorowi niniejsze wystąpienie pokontrolne.

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia działalność Aresztu w skontrolowanym zakresie, pomimo stwierdzonych nieprawidłowości.

1. W latach 2010-2012 (I kw.) w Areszcie przebywało średnio w ciągu roku od 894 do 910 osadzonych. Opiekę medyczną wobec tych osób, w zakresie świadczeń szpitalnych i ambulatoryjnych, sprawował przywiezienny zakład opieki zdrowotnej (ZOZ), w tym szpital i ambulatorium. Organizacja ZOZ była niezgodna z rejestrem zoz-ów prowadzonym przez wojewodę mazowieckiego i statutem nadanym przez Ministra Sprawiedliwości³. W strukturze szpitala był wpisany oddział intensywnej opieki medycznej (OIOM), który nie funkcjonował już od

¹ T.j. Dz. U. z 2012 r., poz. 82 ze zm.

² W dniu 2 czerwca 2012 r. weszła w życie nowelizacja ustawy o NIK, wprowadzona ustawą z 22 stycznia 2010 r. o zmianie ustawy o NIK (Dz. U. nr 227, poz. 1482 ze zm.), jednakże na mocy art. 2 ustawy nowelizującej, do postępowań kontrolnych niezakończonych sporządzeniem wystąpienia pokontrolnego do dnia wejścia w życie zmienionych przepisów, stosuje się przepisy dotychczasowe.

³ Z dnia 15 lipca 2002 r. w sprawie nadania statutów zakładom opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności (Dz. Urz. MS Nr 4, poz. 16 ze zm.).

2008 roku, z uwagi m.in. na likwidację całodobowego dyżuru bloku operacyjnego i niedostosowanie oddziału do wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej. Dopiero w listopadzie 2011 r. dyrektor Aresztu wystąpił z wnioskiem o likwidację OIOM, jednak do dnia zakończenia kontroli nie dokonano zmian w tym zakresie.

2. Obiekty budowlane, w których udzielano świadczeń zdrowotnych⁴, zgodnie z art. 62 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. – Prawo budowlane⁵, poddawane były rocznym i pięcioletnim kontrolom okresowym. Jednakże, ze względu na brak środków finansowych, zalecenia odnotowane w książkach obiektów w latach 2010 – 2012, nie zostały zrealizowane (np. wykonanie remontu tunelu pod budynkiem D szpitala, wykonanie ocieplenia budynku E szpitala). Sukcesywnie udrażniano jedynie przewody kominowe.

3. Pomieszczenia i urządzenia szpitala nie spełniały warunków określonych przez Ministra Zdrowia w rozporządzeniu z dnia 2 lutego 2011 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładów opieki zdrowotnej⁶. Wprawdzie już w 2006 r. dyrektor ZOZ opracował program dostosowania szpitala do obowiązujących wówczas wymagań, to jednak - poza usunięciem nielicznych nieprawidłowości, np. wykonaniem składzików porządkowych, przystosowaniem łazienek dla osób niepełnosprawnych w oddziale internistycznym, położeniem antystatycznej wykładziny podłogowej we wskazanych pomieszczeniach - nie był realizowany ze względu na brak środków finansowych. Skutkiem tego, np. w oddziałach szpitalnych brakowało: izolatek z pełnym węzłem higieniczno-sanitarnym oraz służą umywalkowo-fartuchową, służ szatniowych, brudowników, pomieszczenia porządkowego umożliwiającego dodatkowe mycie i dezynfekcję środków transportu. Oddział obserwacji psychiatryczno-sądowej nie posiadał pomieszczeń terapeutyczno-rehabilitacyjnych, wydzielonego odcinaka obserwacyjno-diagnostycznego lub pokoi obserwacyjnych. Wymagań nie spełniał również blok operacyjny, w pracowni endoskopowej nie było wydzielonej zmywalni. Zagęszczenie łóżek w niektórych celach uniemożliwiało nie tylko swobodny dostęp do pacjenta (szczególnie w oddziale psychiatrii) ale także swobodne wyprowadzenie łóżek bez konieczności przesuwania innych (np. w oddziale ortopedycznym).

Jednocześnie nastąpiła znaczna dekapitalizacja istniejącej infrastruktury szpitala. Widoczne były ubytki glazury na ścianach i PCV na podłodze, ciemne wykwyty na sufitach, w kąciakach sanitarnych - ubytki tynku, szczególnie w okolicy baterii umywalkowych. Zniszczona stolarka okienna w budynku D wskazywała na konieczność wymiany a wentylacja grawitacyjna w niektórych celach była niesprawna.

W trakcie kontroli NIK, dyrektor ZOZ opracował program dostosowawczy do wymagań określonych w rozporządzeniu z dnia 2 lutego 2011 r., jednakże nie przedstawił go organowi prowadzącemu rejestr,

⁴ Oddane do użytkowania w latach 1902 – 1940, z wyjątkiem pawilonu dla osadzonych niebezpiecznych, który oddano do użytku w 2003 r.

⁵ J.t. Dz. U. z 2010 r., Nr 243, poz. 1623 ze zm.

⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładów opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 31, poz. 158). Rozporządzenie MZ z dnia 2 lutego 2011 r. zostało uchylone z dniem 1 lipca 2012 r. na podstawie art. 219 ust. 1 i 220 pkt 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654). Z dniem 14 lipca 2012 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 5 lipca 2012 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu leczniczego dla osób pozbawionych wolności (Dz. U. poz. 808).

w terminie do dnia 30 czerwca 2012 r. (§ 41 ust. 2). Zgodnie z ustawą z dnia 14 czerwca 2012 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw⁷ (art. 1 pkt 48), termin składania programów dostosowawczych został przedłużony do dnia 31 grudnia 2012 r., jednak, odkładanie realizacji zadań w zakresie programu dostosowawczego szpitala może spowodować w przyszłości konieczność zamknięcia palcówki.

4. W Areszcie nie prowadzono rzetelnego nadzoru nad eksploatacją i wykorzystaniem aparatury medycznej, w znacznym stopniu zdekapitalizowanej (wskaźnik umorzenia skontrolowanego sprzętu o wartości 2.115,1 tys. zł⁸ wynosił 87,3% na koniec I kw. 2012 r.).

Nie sporządzano planu przeglądów, skutkiem czego 13 z 41 skontrolowanych aparatów nie posiadało przeglądów potwierdzających ich sprawność techniczną. Ponadto, w większości przypadków nie zapewniono wymaganych okresowych przeglądów technicznych i konserwacji aparatury medycznej, a w wielu przypadkach nawet nie ustalono cyklu obowiązkowych przeglądów. W paszportach technicznych aparatury lub kartach konserwacji nie dokonywano wszystkich wpisów wykonanych przeglądów i napraw serwisowych. Naruszało to postanowienia art. 90 ust. ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych⁹.

Od końca grudnia 2010 r. do dnia zakończenia kontroli NIK, Areszt posiadał na stanie nieużytkowany aparat usg Mindary DC-7, na gwarancji, zakupiony w 2010 r. ze środków Centralnego Zarządu Służby Więziennej (CZSW) za kwotę 109.889 zł. Pomimo upływu 18-tu miesięcy od przyjęcia tego aparatu z CZSW¹⁰, dyrekcja Aresztu nie podjęła decyzji o jego zagospodarowaniu bądź przekazaniu innemu podmiotowi, ograniczając się jedynie do jego zmagazynowania w pomieszczeniach ZOZ Medycyny Pracy Służby Więziennej w Warszawie.

Nie użytkowano także systemu do wykonywania testów wysiłkowych¹¹ – ze względu na brak personelu przeszkolonego w zakresie wykonywania takich testów. Ponadto, od ponad 2 lat, w związku z brakiem aktualnego oprogramowania nie wykonywano badań aparatem do ekg holter (z 1999 r.), który nie był nawet serwisowany ze względu na potencjalne koszty i brak lekarzy przeszkolonych w przeprowadzeniu badania.

Od listopada 2011 r. nie był też użytkowany jeden z dwóch unitów stomatologicznych (w pawilonie N), w związku z niesprawnym fotelem (nie naprawiano go, gdyż drugi z unitów, wg wyjaśnień, zabezpieczał potrzeby jednostki).

5. ZOZ posiadał zezwolenia, zgodnie z art. 4 ust. 1 pkt 5 oraz art. 33 e ust. 1 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. - Prawo atomowe¹², na uruchomienie i stosowanie aparatów rentgenowskich. Wewnętrzny nadzór nad przestrzeganiem wymagań ochrony radiologicznej w pracowniach stosujących aparaty rentgenowskie sprawowała uprawniona osoba. Personel wykonujący badania rentgenodiagnostyczne spełniał wymogi zatrudnienia określone w § 6 ust. 1 oraz § 7 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 marca 2008 r. w sprawie minimalnych wymagań dla jednostek ochrony zdrowia udzielających świadczeń zdrowotnych z zakresu

⁷ Dz. U. poz. 742.

⁸ ZOZ Aresztu, na dzień na dzień 31 marca 2012 r. był wyposażony w sprzęt i aparaturę medyczną o wartości początkowej 3.190,6 tys. zł.

⁹ Dz. U. Nr 107, poz. 679 ze zm.

¹⁰ Urządzenie zostało przekazane decyzją Ministra Sprawiedliwości z dnia 29 grudnia 2010 r. w sprawie przeznaczenia mienia znajdującego się w użytkowaniu likwidowanego zakładu budżetowego CZSW.

¹¹ Sprawnej technicznie bieżni (z 2005 r.) i holtera ciśnieniowego (z 1999 r.) oraz niesprawnego aparatu ekg (z 1997 r.)

¹² Dz. U. z 2012 r., poz. 264.

rentgenodiagnostyki, radiologii zabiegowej oraz diagnostyki i terapii radioizotopowej chorób nienowotworowych¹³ a także odbył szkolenia w dziedzinie ochrony radiologicznej pacjenta¹⁴. Osoby te były objęte dozymetryczną kontrolą indywidualną a badania kontrolne nie wykazały przekroczenia otrzymywania dawek indywidualnych promieniowania jonizującego.

Stwierdzono natomiast nieprawidłowości w zakresie spełniania wymogów bezpieczeństwa wykonywania badań z urządzeniami rentgenodiagnostycznymi. Zgodnie z § 9 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2011 r. w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej¹⁵, urządzenia radiologiczne podlegają testom z zakresu kontroli fizycznych parametrów co najmniej raz na 12 miesięcy. W Areszcie nie spełniono tego wymogu w 2010 r. w stosunku do wszystkich użytkowanych aparatów (rtg ogólnodiagnostycznego typu Quest 50, rtg Trophy - stanowisko do wykonywania zdjęć kostnych oraz stanowisko do wykonywania zdjęć żołądka oraz rtg stomatologicznego). Ponadto, pomimo iż testy specjalistyczne wykonane w październiku 2011 r. ujawniły występowanie odchyień niektórych parametrów mających wpływ na jakość samych badań jak i bezpieczeństwo pacjentów oraz obsługi, wykonywanych aparatem Trophy, to dopiero po upływie 3 miesięcy zaprzestano wykonywania nim badań. Podkreślić przy tym należy, że w wyniku kontroli NIK ujawniono, że aparat ten nie był ujęty w ewidencji środków trwałych.

Testy podstawowe aparatów rtg były wykonywane przez pracowników pracowni (§ 9 ust. 15 ww. rozporządzenia) dla aparatów: Qest i Trophy - stanowisko do wykonywania zdjęć kostnych. Nie wykonywano ich natomiast dla stanowiska do wykonywania zdjęć żołądka oraz dla rtg stomatologicznego.

Szpital Aresztu nie był wyposażony w aparat jezdny do zdjęć przyłóżkowych, co było niezgodne z wymogiem określonym w § 2 ust. 2 ww. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 marca 2008 r.

6. Nie udokumentowano przeprowadzenia ani jednego klinicznego audytu wewnętrznego z zakresu rentgenodiagnostyki, o którym mowa w § 53 ust. 1-4 rozporządzenia MZ z dnia 18 lutego 2011 r., pomimo iż powinny być przeprowadzane co najmniej raz w roku. Dyrektor ZOZ wyjaśnił, że takie audyty odbywały się, ale nie sporządzano z nich protokołów.

NIK zwraca także uwagę, że w pracowni rentgenowskiej brak było protokołu z kontroli, przeprowadzonej w październiku 2011 r., przez Wojewódzką Stację Sanitarno-Epidemiologiczną w Warszawie Oddział Higieny Radiacyjnej, tj. dokumentacji o której mowa w § 22 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2006 r. w sprawie szczegółowych warunków bezpiecznej pracy z urządzeniami radiologicznymi¹⁶. Jego kopię dopiero w trakcie kontroli NIK uzyskano z WSSE, co w ocenie NIK świadczy o braku dbałości pracowników Aresztu o przechowywane dokumenty.

7. Stwierdzono uchybienia formalne w przestrzeganiu przepisów rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 26 lutego 2003 r. w sprawie wydawania produktów leczniczych i wyrobów medycznych z aptek zakładowych

¹³ Dz. U. Nr 59, poz. 365 ze zm.

¹⁴ Zgodnie z art. 33 c ust. 5 i 5d ww. ustawy Prawo atomowe.

¹⁵ Dz. U. Nr 51, poz. 265 ze zm.

¹⁶ Dz. U. Nr 180, poz. 1325.

w zakładach opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności¹⁷. Kontrola NIK dotycząca realizacji zapotrzebowań w m arcu 2012 r., którą objęto 8 spośród 9 jedn ostek okręgowych (w terenie) oraz dwóch oddziałów szpitalnych Aresztu wykazała:

- brak daty przyjęcia do realizacji, daty realizacji, pieczęci apteki i pieczęci osoby realizującej zamówienie oraz potwierdzenia odbioru leków – przy realizacji zapotrzebowania zbiorczego jednego z aresztów (§ 2 ust. 2 pkt 2a-d i § 2 ust. 2 pkt 7),
- brak upoważnień do odbioru leków i podpisu osób odbierających - w 4 zapotrzebowaniach zbiorczych oraz 79 zapotrzebowaniach imiennych z trzech aresztów (§ 2 ust. 2 pkt 6 i 7),
- brak podpisów osób odbierających leki z apteki okręgowej - w 3 zapotrzebowaniach zbiorczych oraz w 112 spośród 182 zrealizowanych receptach z 5 aresztów,
- przy realizacji zapotrzebowań imiennych jednego z aresztów - brak daty przyjęcia oraz pieczęci zakładowej i imiennej osoby realizującej zamówienie odpowiednio 5-ciu i 7-miu (z 12) recept (§ 2 ust. 2 pkt 2a,b d).

8. Areszt prawidłowo realizował zadania z zakresu obowiązku poddawania osób osadzonych badaniom wstępnym, okresowym i kontrolnym, zgodnie z postanowieniami rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 23 grudnia 2010 r. w sprawie udzielania świadczeń zdrowotnych osobom pozbawionym wolności¹⁸. Na podstawie badania dokumentacji medycznej 249 (33,7 %) osadzonych stwierdzono, że badania wstępne zostały wykonane w terminie do 3 dni, a badania RTG oraz stomatologiczne do 14 dni, po przybyciu osadzonych do Aresztu. Stwierdzono nieprawidłowości w dokumentowaniu tych badań, ponieważ w księdze ambulatoryjnej przyjęć lekarskich nie odnotowano 47 (18,8% badanych) badań wstępnych oraz 25 (10%) badań stanu uzębienia, co było sprzeczne z § 33 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 2 lutego 2011 r.¹⁹

9. Obowiązujące w Areszcie procedury udzielania świadczeń w zakresie ambulatoryjnej opieki zdrowotnej umożliwiały rejestrowanie wszystkich przypadków zgłaszania się osadzonych do więziennego lekarza (brak było przypadków odmowy przyjęć do lekarza).

Zapisy odbywały się w wyznaczonym dniu przyjęć przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, przeciętnie co 2 tygodnie. W dniu zgłoszenia osadzony był przyjmowany przez lekarza.

10. Przyjęcia pacjentów do oddziałów szpitalnych odbywały się niezwłocznie, poza oddziałem ortopedii, gdzie obowiązywał średnio 42 dniowy okres oczekiwania. W księdze oczekujących dokonywano zapisów innych niż przewidziane w poszczególnych kolumnach, np. w kolumnie „skierowano na oddział” wpisano nazwy zakładów karnych, z których pochodziły osoby osadzone. Na stronie 18 księgi w pozycjach od 1 do 13 - w kolumnie 7

¹⁷ Dz. U. z 2003 r., Nr 65, poz. 608.

¹⁸ Dz. U. z 2011 r. Nr 1 poz. 2, uchylone z dniem 1 lipca 2012 r. na mocy ustawy o działalności leczniczej. Od 2 lipca 2012 r. obowiązuje rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 czerwca 2012 r. w sprawie udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmioty lecznicze dla osób pozbawionych wolności (Dz. U. z 2012 r., poz. 738).

¹⁹ W sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej prowadzonej w zakładach opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności oraz sposobu jej przetwarzania Dz. U z 2011 r. Nr 39, poz. 203.

„rozpoznanie, pieczęć i podpis lekarza” wpisano nazwy zakładów karnych. Działania te były sprzeczne z § 20 ust. 1 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 2 lutego 2011 r.

11. W ZOZ Aresztu prowadzono kontynuację substytucyjnego leczenia osób, które były objęte programem metadonowym przed przybyciem do Aresztu (w 2010 r. - 33 pacjentów, w 2011 r. - 31, w 2012 (I kw.) - 15). Najwyższa Izba Kontroli stwierdziła, że zakończenie leczenia jednego pacjenta zgłoszono do centralnej bazy pacjentów przebywających w programie metadonowym po upływie 2 miesięcy, podczas gdy zgodnie z § 4 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 października 2007 r.²⁰ należało zgłosić niezwłocznie.

W 2010 r. (w I półroczu) w AŚ Warszawa Mokotów, kierownik apteki okręgowej przeprowadziła dwie kontrole, natomiast w 2011 r. tylko jedną, a w I półroczu 2012 r. nie przeprowadziła kontroli, co było niezgodne z § 13 ust. 4 ww. rozporządzenia Ministra Zdrowia, zobowiązującego, raz na pół roku, do kontroli prawidłowości prowadzenia ewidencji rozchodu środka substytucyjnego oraz stanu jego zapasów.

12. Wydatki na świadczenia zdrowotne, udzielone osobom osadzonym w pozawięziennych podmiotach leczniczych, wyniosły w latach 2010, 2011, I kw. 2012 r., odpowiednio 295,7 tys. zł, 401,8 tys. zł, 99,4 tys. zł. Dyrektor Aresztu zawarł umowy na świadczenie usług medycznych jedynie z 5 podmiotami²¹, podczas gdy świadczyło je łącznie 21 podmiotów. Pozostałe podmioty świadczyły usługi medyczne bez pisemnie sporządzonych umów a usługi rozliczano na podstawie wystawionych faktur²².

Świadczenia zdrowotne udzielone w pozawięziennych służbie zdrowie w ramach lecznictwa szpitalnego stanowiły w 2010 r. - 4,62% wszystkich świadczeń szpitalnych, w 2011 r. - 5,32% a w 2012 (I kw.) - 5,88 %, natomiast w ramach lecznictwa ambulatoryjnego odpowiednio: 2,3%, 2,6% oraz 1,4%.

Ustalono, iż w drodze konkursu wyłoniono w 2010 r. firmę ONKOMED świadczącą usługi w postaci dyżurów lekarskich na oddziałach szpitalnych oraz lekarzy konsultantów.

Wydatki związane z zawarciem umowy z firmą ONKOMED na świadczenie dyżurów w oddziałach szpitalnych wyniosły w latach 2010 - 2011 i w I kwartale 2012 r. odpowiednio 71,6 tys. zł, 952,2 tys. zł oraz 303,5 tys. zł. Stwierdzono, że w zapisach umowy z dnia 3.11.2010 r., nie ujęto godzin rozpoczęcia i zakończenia świadczenia usług przez lekarzy firmy ONKOMED - w dniu powszednim oraz w dniu wolnym od pracy i w święta, do czego zobowiązywał przepis § 19 rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 13 lipca 1998 r. w sprawie udzielenia zamówienia na świadczenia zdrowotne²³. Ponadto sporządzając miesięczne rozliczenia z liczby godzin odbytych dyżurów przez lekarzy ONKOMED przyjmowano umownie²⁴, iż lekarze zatrudnieni na umowę o pracę w Areszcie i jednocześnie w ONKOMED pełnili dyżury w dni powszednie po 16 godz. i 25 min., a lekarze

²⁰ W sprawie szczegółowego trybu postępowania przy leczeniu substytucyjnym raz szczegółowych warunków, które powinien spełniać zakład opieki zdrowotnej prowadzący leczenie substytucyjne – Dz. U Nr 205, poz. 1493 ze zm.

²¹ Z Samodzielnym Publicznym ZOZ Wojewódzkim Szpitalem Zakaźnym w Warszawie, Instytutem Gruźlicy, Szpitalem Klinicznym Dzieciątka Jezus – Centrum Leczenia Obrażeń w Warszawie, Wojewódzką Stacją Sanitarno-Epidemiologiczną, Niepublicznym ZOZ ONKOMED.

²² Brak pisemnych umów uzasadniano nagłością przypadków chorobowych.

²³ Dz. U. Nr 93, poz. 592, uchylone z dniem 1 lipca 2011 r. przez ustawę o działalności leczniczej (art. 27).

²⁴ Nie prowadzono zapisów dot. godzin rozpoczęcia i zakończenia dyżuru oraz kontroli świadczenia tych usług.

funkcjonariusze (również zatrudnieni w obu instytucjach równocześnie) po 16 godzin. Natomiast w dni wolne od pracy i święta przyjmowano ze wszyscy lekarze pełnili dyżury po 24 godziny.

13. Rejestr skarg w Areszcie prowadzono zgodnie ze wzorem określonym w załączniku do rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 13 sierpnia 2003 r.²⁵ W badanym okresie osadzeni wnieśli ogółem 1.517 skarg z tego 317 zarzutów dotyczących opieki medycznej, spośród których 2 zarzuty zostały uznane za zasadne. Zarzuty te zostały wniesione przez jednego skarżącego i dotyczyły podania mu leku o nazwie metadon, zamiast innemu osadzonemu o tym samym imieniu i nazwisku. Z przeprowadzonego postępowania wyjaśniającego wynikało, iż zastrzono procedury przy wydawaniu metadonu, polegające na dokładnym sprawdzaniu tożsamości pacjenta (dodatkowo na podstawie numeru PESEL lub imienia ojca), przeszkoleniu personelu pielęgniarskiego w zakresie wydawania metadonu oraz informowaniu pielęgniarek na bieżąco i szczegółowo o osadzonych leczonych w programie metadonowym. Ponadto przeprowadzono rozmowy dyscyplinujące z pielęgniarką, która błędnie podała lek oraz funkcjonariuszem, który doprowadził osadzonego do ambulatorium.

W postępowaniu rozpatrywania skarg przestrzegano procedur i terminów określonych w ww. rozporządzeniu.

14. Księga odmów przyjęć do szpitala więziennego z oddziału wewnętrznego zawierała, za okres 2010 - 2012 r., 21 wpisów z tego 11 wpisów było niekompletnych - nie zawierało danych identyfikujących osadzonego oraz przyczyn odmowy, do czego zobowiązywał § 30 ust. 1 pkt. 2 i 9 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 2 lutego 2011r.

15. W latach 2010 – 2012 (I kw.) w Areszcie stwierdzono 55 samouszkodzeń osadzonych. Tylko w 1 przypadku, stosownie do postanowień art. 119 kkw, Dyrektor Aresztu wystąpił do sądu penitencjarnego o obciążenie osadzonego kwotą 147 zł (została wpłacona w dwóch transzach w 2010 r. i 2011 r.). W pozostałych przypadkach²⁶ odstąpiono od występowania do sądu gdyż, jak wyjaśniono, tło autoagresji nie miało charakteru wymuszenia przez osadzonego określonej decyzji lub uchylania się od ciężącego na nim obowiązku (art. 119 kkw).

Ponadto, w szpitalu leczono 51 osadzonych, którzy dokonali samouszkodzeń w innych aresztach. Koszty leczenia 44 z nich wyceniono na kwotę 13.944 zł i przekazano do ich jednostek macierzystych, po zakończeniu leczenia. W pozostałych 7 przypadkach nie można było ustalić kosztów, ze względu na brak dokumentów dotyczących wyceny.

W ocenie NIK, Areszt nie prowadził rzetelnej ewidencji poniesionych kosztów związanych z samouszkodzeniami osadzonych.

16. W latach 2010 – 2012 udzielono 38 zamówień publicznych dotyczących opieki zdrowotnej, o łącznej wartości 2.320,9 tys. zł. Najwięcej postępowań – 33 dotyczyło zakupów leków do apteki okręgowej, z której zgodnie z § 2

²⁵ W sprawie załatwiania wniosków, skarg i próśb osadzonych w zakładach karnych i aresztach śledczych - Dz. U. z 2003 r. Nr 151, poz. 1467 ze zm.

²⁶ Z 54 przypadków samouszkodzeń, w 49 przypadkach nie wyceniono kosztów leczenia, natomiast w 5-ciu przypadkach nie było możliwości ich ustalenia ze względu na brak dokumentów.

pkt 6 statutu Aresztu zaopatrywano w produkty farmaceutyczne zakłady karne oraz areszty śledcze, na terenie działania Okręgowego Inspektoratu Służby Więziennej.

W 2010 r. przed rozstrzygnięciem przetargu nieograniczonego na zakup leków, udzielono 2 zamówień publicznych (nr 220/7/AS/2010 oraz 220/3/AS/2010) w trybie art. 67 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych (Pzp)²⁷, mimo, że nie zachodziły przesłanki określone tym przepisem, ponieważ konieczność zaopatrzenia w produkty farmaceutyczne ambulatoriów w AŚ Grójec, AŚ Radom, ZK Białoleka, i AŚ Mokotów była przewidywalna. Tryb zatwierdził były dyrektor Aresztu.

Szacunkową wartość tych zamówień ustalono w kwotach brutto, łącznie na 57.119,56 zł, co było sprzeczne z art. 32 ustawy Pzp, który stanowi, iż podstawą ustalenia wartości zamówienia jest całkowite szacunkowe wynagrodzenie wykonawcy, bez podatku od towarów i usług, ustalone przez zamawiającego z należytą starannością.

Z postępowania nr 220/01/AS/2011 o udzielenie zamówienia na dostawę leków i wyrobów farmaceutycznych o wartości brutto - 383.955,01 zł (przetarg nieograniczony) nierzetelnie sporządzono protokół, podając, iż otwarcie ofert nastąpiło w dniu 24 stycznia 2011 r. o godzinie 10.00, podczas gdy z dokumentacji wynikało, iż nastąpiło to w dniu 26 stycznia 2011 r. o godz. 14.00. Odpowiedzialny za sporządzenie protokołu sekretarz komisji przetargowej wyjaśnił, iż wystąpiła oczywista pomyłka.

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi, Najwyższa Izba Kontroli, działając na podstawie art. 60 ust. 1 i 2 ustawy o NIK, wnosi o:

- 1) dostosowanie stanu pomieszczeń i urządzeń ZOZ w Areszcie do aktualnych wymagań, pod względem fachowym i sanitarnym,
- 2) zapewnienie przeglądów technicznych i konserwacji posiadanej aparatury medycznej,
- 3) rzetelne prowadzenie dokumentacji aparatury medycznej,
- 4) zapewnienie bezpieczeństwa wykonywania badań urządzeniami radiologicznymi,
- 5) podjęcie działań w celu efektywnego wykorzystania nieużytkowanej aparatury medycznej, przez Areszt lub inne podmioty,
- 6) prowadzenie zapisów w księdze odmów przyjęć do szpitala zgodnie wymogami określonymi w rozporządzeniu Ministra Sprawiedliwości z dnia 2 lutego 2011 r.,
- 7) prowadzenie dokumentacji z postępowania o udzielenie zamówienia zgodnie ze stanem rzeczywistym,
- 8) ustalanie z należytą starannością szacunkowej wartości zamówień publicznych,

Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 62 ust. 1 ustawy o NIK, zwraca się do Pana Dyrektora o przedstawienie w terminie 14 dni od daty otrzymania niniejszego wystąpienia pokontrolnego, informacji

²⁷ Dz. U z 2010 r. Nr 113, poz. 759 ze zm.

o sposobie wykorzystania przekazanych uwag i wykonania wniosków, bądź o podjętych działaniach na rzecz realizacji wniosków lub o przyczynach niepodjęcia takich działań.

Zgodnie z treścią art. 61 ust. 1 ustawy o NIK, w terminie 7 dni od daty otrzymania niniejszego wystąpienia pokontrolnego, przysługuje Panu Dyrektorowi prawo zgłoszenia na piśmie do Dyrektora Departamentu Zdrowia NIK, umotywowanych zastrzeżeń w sprawie ocen, uwag i wniosków zawartych w tym wystąpieniu.

W razie zgłoszenia zastrzeżeń, zgodnie z art. 62 ust. 2 ustawy o NIK, termin nadesłania informacji, o którym mowa wyżej, liczy się od dnia otrzymania ostatecznej uchwały.

z pouważaniem

DYREKTOR
Departament Zdrowia
Lech Rejnuś