



# NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Bydgoszczy

LBY-4101-11-02/2012  
P/12/122

Bydgoszcz, dnia    sierpnia 2012 r.

**Pan**  
**płk Adam Roś**  
**Dyrektor**  
**Zakładu Karnego w Potulicach**

## WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

Na podstawie art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli<sup>1</sup>, zwanej dalej „ustawą o NIK”, Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Bydgoszczy przeprowadziła w Zakładzie Karnym w Potulicach, zwanym dalej „Zakładem”, kontrolę w zakresie sprawowania opieki medycznej wobec osób pozbawionych wolności w latach 2010-2012 (I kw.)

W związku z kontrolą, której wyniki zostały przedstawione w protokole kontroli podpisanym 13 lipca 2012 r., Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 60 ustawy o NIK, przekazuje Panu Dyrektorowi niniejsze wystąpienie pokontrolne.

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie sprawowanie opieki medycznej wobec osób pozbawionych wolności, mimo stwierdzonych nieprawidłowości. Podstawą pozytywnej oceny było m.in.: zapewnienie dostępu do opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności, odpowiednie przygotowanie pomieszczeń apteki zakładowej, pracowni rentgenowskiej i projektu dostosowania szpitala do obowiązujących przepisów, zapewnienie dostawy środków farmaceutycznych po przeprowadzonych zgodnie z przepisami postępowaniach o udzielenie zamówień publicznych, a także sprawowanie nadzoru nad zakładem opieki zdrowotnej.

Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły m. in.: nieprzeprowadzania obowiązkowych wstępnych badań stanu uzębienia wszystkim skazanym przyjętym do Zakładu, niewyposażenia szpitala w rentgenowski aparat jezdny do zdjęć przyłóżkowych, nieprzeprowadzania klinicznych audytów wewnętrznych z zakresu rentgenodiagnostyki oraz kontroli prawidłowości prowadzenia ewidencji rozchodu oraz stanu zapasu środka substytucyjnego – metadonu.

---

<sup>1</sup> Dz. U. z 2012, poz. 82 ze zm.

1. Zakład Opieki Zdrowotnej (ZOZ) zgodnie ze statutem nadanym załącznikiem nr 18 do Zarządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 15 lipca 2010 r. w sprawie nadania statutów zakładom opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności<sup>2</sup>, realizował świadczenia zdrowotne przez wchodzące w jego skład jednostki organizacyjne: ambulatorium wraz z izbą chorych, poradnię stomatologiczną, pracownię radiologiczną z ciemnią, aptekę zakładową oraz szpital więzienny z oddziałami przeciwgruźliczym i hepatologii. Obszar działania oddziału hepatologii, dysponującego 21 łózkami, obejmował wszystkie zakłady karne i areszty śledcze, natomiast oddział przeciwgruźliczy z 56 łózkami obejmował zakłady karne i areszty śledcze podległe Dyrektorom Okręgowym Służby Więziennej (OSW) w Bydgoszczy, Opolu, Poznaniu, Warszawie, Wrocławiu oraz Areszt Śledczy w Międzyrzeczu i Zakład Karny w Gorzowie Wielkopolskim podległe Dyrektorowi OSW w Szczecinie oraz Zakład Karny w Złotowie podległy Dyrektorowi OSW w Koszalinie. Powyższe oddziały szpitalne wykorzystywały bazę łózkową w całym okresie objętym badaniem na poziomie powyżej 70% ( do 93% w I kw. 2012 r. – oddział gruźliczy).
2. W ocenie NIK, osoby osadzone miały dostęp do informacji o czasie i miejscu zgłaszania wizyt u lekarza więziennej służby zdrowia oraz zapewniono im całodobową opiekę medyczną. Zgodnie z porządkiem wewnętrznym obowiązującym w Zakładzie, zgłoszenia do lekarza przyjmowane były codziennie. Przyjęcia odbywały się w ambulatorium w dniu zgłoszenia przez skazanego potrzeby wizyty u lekarza. W latach 2010 – I kw. 2012 udzielono 65.301 porad i konsultacji w ambulatorium własnym dotyczących m. in. specjalności: psychiatria, dermatologia, neurologia, okulistyka, laryngologia, ortopedia, urologia, chirurgia oraz 147 porad w pozawięziennej służbie zdrowia, dotyczących głównie: kardiologii, laryngologii czy chirurgii.
3. W latach 2010 – 2012 (I kwartał) konsultacje lekarskie udzielane były bez zbędnej zwłoki, tj. w miesiącach kwiecień i wrzesień średni okres oczekiwania wynosił w 2010 r. u dermatologa - do 6 dni, neurologa, laryngologa, stomatologa - od 7 do 14 dni, kardiologa, urologa - od 15 do 45 dni, a w 2011 r. u dermatologa, neurologa, laryngologa, stomatologa - od 7 do 14 dni, urologa - od 15 do 45 dni.
4. NIK pozytywnie ocenia przeprowadzanie osobom pozbawionym wolności obowiązkowych badań wstępnych niezwłocznie po przybyciu do Zakładu i przed przetransportowaniem oraz profilaktycznych radiologicznych badań klatki piersiowej w terminie 14 dni od przyjęcia do Zakładu.  
Jako nieprawidłowe NIK ocenia wykonanie badania wstępnego stanu uzębienia skazanym w okresie od stycznia 2010 r. do lipca 2011 r. ze znacznym opóźnieniem wynoszącym do 254 dni<sup>3</sup>, natomiast w okresie od sierpnia 2011 r. do czerwca 2012 r. na 278 ogółu osób przyjętych do Zakładu, badanie to wykonano tylko 6 skazanym (2%) przy wizycie w gabinecie stomatologicznym, pomimo iż zgodnie z § 3 ust 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 31 października 2003 r. w prawie szczegółowych zasad, zakresu i trybu udzielania świadczeń zdrowotnych osobom pozbawionym wolności przez zakłady opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności<sup>4</sup> oraz § 5 ust. 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 23 grudnia 2010 r. w sprawie udzielania świadczeń zdrowotnych osobom pozbawionym wolności przez

<sup>2</sup> Dz. Urz. MS. Nr 4, poz. 16 ze zm.

<sup>3</sup> Na 9 skazanych objętych kontrolą 6 osób przeszło badanie stanu uzębienia od 31 do 254 dni.

<sup>4</sup> Dz. U. Nr 204, poz. 1985 – obowiązujące do 10 lipca 2010 r.

zakłady opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności<sup>5</sup>, winno być wykonane w terminie 14 dni od dnia przyjęcia skazanego do Zakładu.

Brak świadczenia usług stomatologicznych w okresie od 1 do 18 sierpnia 2011 r., a także wykonywanie ich po 19 sierpnia 2011 r. tylko przez jednego lekarza stomatologa, w ocenie NIK nie gwarantuje zapewnienia obowiązkowych badań wstępnych stanu uzębienia. NIK wskazuje również na niepodjęcie wystarczających działań, w celu zatrudnienia lekarza stomatologa lub zlecenia wykonywania świadczeń stomatologicznych w OZ, konsekwencją powyższego było nieprzeprowadzanie od sierpnia 2011 r. do czerwca 2012 r. obowiązkowego badania wstępnego stanu uzębienia wszystkim przyjętym skazanym.

5. Obiekt szpitala poddawany był okresowym (rocznym i pięcioletnim) kontrolom określonym w art. 62 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. Prawo budowlane<sup>6</sup>. Budynek szpitala utrzymywany był w stanie technicznym nie budzącym zastrzeżeń i zagrożeń, jednakże nie wszystkie pomieszczenia spełniały wymagania określone w rozporządzeniu 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<sup>7</sup>. Były to między innymi: brak śluz umywalkowo-fartuchowych przy wejściu na oddział zakaźny (wzw, przeciwgruźliczy) oraz brak śluz szatniowych przy izolatkach i wejściach do obu oddziałów szpitalnych (§21 - 22 rozporządzenia). NIK nie wnosi zastrzeżeń do opracowanego projektu programu dostosowania pomieszczeń i urządzeń ZOZ do wymagań określonych w ww. rozporządzeniu z dnia 2 lutego 2011 r. oraz przedłożenie go do zaopiniowania Państwowemu Powiatowemu Inspektorowi Sanitarnemu w Nakle nad Notecią. Termin na dostosowanie pomieszczeń w ww. projekcie ustalono na 31.12.2016 r.
6. Lokal apteki zakładowej spełniał wymogi określone w rozporządzeniu Ministra Sprawiedliwości z dnia 1 kwietnia 2003 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinien odpowiadać lokal apteki zakładowej w zakładach opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności<sup>8</sup>, tj. stanowił organizacyjnie i funkcjonalnie całość o powierzchni ponad 70 m<sup>2</sup> pozwalając na wyodrębnienie następujących funkcji: komory przyjęć, magazynowej, ekspedycji, administracyjnej i socjalnej, recepturowej, zmywalni z suszarką. Apteka wyposażona została w urządzenia wentylacyjne, eliminujące nadmierne nasłonecznienie oraz sprzęt określony w § 3 ust 3 ww. rozporządzenia.
7. Zakład realizował leczenie substytucyjne metadonem w ramach leczenia uzależnień, a liczba pacjentów objętych tym leczeniem wyniosła w 2010 r. – 6 osób, 2011 r. – 1 osoba, maj 2012 r. – 3 osoby. Jako nieprawidłowe NIK ocenia:
  - nieprzeprowadzenie w okresie od stycznia 2010 r. do czerwca 2011 r. półrocznych kontroli apteki zakładowej w zakresie prawidłowości prowadzenia ewidencji rozchodu środka substytucyjnego metadonu oraz stanu jego zapasu, co naruszało wymóg § 13 ust. 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia

<sup>5</sup> Dz. U. z 2011 r. Nr 1, poz. 2 - obowiązującego od 3 stycznia 2011 r. do 11 lipca 2012 r.

<sup>6</sup> Dz. U. z 2010 r. Nr 243, poz. 1623 ze zm.

<sup>7</sup> Dz. U. Nr 31, poz. 158 – rozporządzenie zostało uchylone z dniem 1 lipca 2012 r. 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, urządzenia podmiotu leczniczego dla osób pozbawionych wolności (Dz. U. poz. 808).

<sup>8</sup> Dz. U. Nr 65, poz. 609.

19 października 2007 r. w sprawie szczegółowego trybu postępowania przy leczeniu substytucyjnym oraz szczegółowych warunków, które powinien spełniać zakład opieki zdrowotnej prowadzący leczenie substytucyjne<sup>9</sup>, pomimo że stan zapasów metadonu w powyższym okresie kształtował się na poziomie: 4,20 litra (5 stycznia 2010 r.); 6,18 litra (9 czerwca 2010 r.); 0,9 litra (31 grudnia 2010 r.); 3,61 litra (28 czerwca 2011 r.). Od lipca 2011 r. Kierownik apteki wspólnie z kierownikiem programu substytucyjnego przeprowadził trzy kontrole rozchodu oraz stanu zapasu metadonu w aptecę.

- brak dokumentacji potwierdzającej powiadomienie Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii o udziale pacjenta w programie metadonowym, pomimo iż zgodnie z § 4 ust. 2 ww. rozporządzenia MZ z dnia 19 października 2007 r. ww. powiadomienie winno być przekazane niezwłocznie.

8. ZOZ prowadził pracownię rentgenowską w pomieszczeniach o powierzchni użytkowej ponad 58 m<sup>2</sup> po zatwierdzeniu przez Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy dokumentacji technicznej związanej z instalowaniem nowego aparatu rtg, pod względem spełnienia wymogów higienicznych i zdrowotnych, związanych z ochroną radiologiczną, stosownie do wymogów § 22 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2006 r. w sprawie szczegółowych warunków bezpiecznej pracy z urządzeniami radiologicznymi<sup>10</sup>.

NIK pozytywnie ocenia powierzenie sprawowania wewnętrznego nadzoru nad przestrzeganiem wymagań ochrony radiologicznej inspektorowi ochrony radiologicznej, wykonywanie badań rentgenodiagnostycznych przez lekarza posiadającego specjalizację z radiodiagnostyki, a zdjęć radiologicznych przez technika elektroradiologii.

9. ZOZ posiadał aparaturę medyczną, niezbędną do udzielania świadczeń zdrowotnych określonych w statucie jednostki. Zgodnie z ewidencją środków trwałych zakład posiadał 17 urządzeń aparatury medycznej o łącznej wartości początkowej 839,2 tys. zł. Aparatura medyczna poddawana była przeglądom technicznym, ponadto wykonywano testy stacjonarnego aparatu rentgenowskiego z zakresu kontroli fizycznych parametrów, o których mowa w § 9 ust 1 i 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2011 r. w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej,<sup>11</sup> zwanego dalej „rozporządzeniem MZ w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego”, tj.: testu odbiorczego, testów podstawowych miesięcznych, kwartalnych, półrocznych oraz testu specjalistycznego. W pracowni rtg prowadzono systematycznie rejestry dawek indywidualnych lekarza radiologa oraz technika elektroradiologa (inspektora ochrony radiologicznej) oraz rejestr pomiarów dezymetrycznych w środowisku pracy.

Jako nieprawidłowe Najwyższa Izba Kontroli ocenia:

- brak wyposażenia szpitala w aparat jezdny do zdjęć przyłóżkowych, wymaganego § 2 ust. 2 pkt 1 lit. c rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 marca 2008 r. w sprawie minimalnych wymagań dla

<sup>9</sup> Dz. U. Nr 205, poz. 1493 ze zm.

<sup>10</sup> Dz. U. Nr 180, poz. 1325.

<sup>11</sup> Dz. U. Nr 51, poz. 265, poprzednio § 10 ust 1 i 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 sierpnia 2005 r. (Dz. U. Nr 194, poz. 1625).

jednostek ochrony zdrowia udzielających świadczeń zdrowotnych z zakresu rentgenodiagnostyki, radiologii zabiegowej oraz diagnostyki i terapii radioizotopowej chorób nienowotworowych<sup>12</sup> jako minimalne wyposażenie szpitala w urządzenia radiologiczne,

- nieprzeprowadzenie w Zakładzie co najmniej raz w roku (lata 2010 – I kw. 2012) klinicznego audytu wewnętrznego z zakresu rentgenodiagnostyki, wymaganego § 53 rozporządzenia MZ w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego, obejmujący co najmniej sprawdzenie: zgodności procedur roboczych z wzorcowymi; analizy zdjęć odrzuconych; sposobu postępowania z podstawową dokumentacją medyczną; częstości wykonywania i wyników bieżących testów eksploatacyjnych; wielkości dawek otrzymywanych przez pacjentów w stosowanych procedurach radiologicznych i porównania ich z odpowiadającymi tym procedurom wartościami poziomów referencyjnych, wartości dawek na skórę otrzymywanych przez pacjentów.
  - dokumentacja systemu zarządzania jakością w radioterapii nie zawierała wymaganych § 8 ust 1 pkt 6-8 rozporządzenia MZ w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego procedur przeprowadzania klinicznych audytów wewnętrznych oraz informacji o okresowych przeglądach systemu zarządzania jakością.
- 10.** Kontrola postępowań o udzielenie zamówień publicznych na dostawę środków farmaceutycznych na łączną kwotę 1.084,1 tys. zł wykazała, że dokonano ich zgodnie z wymogami ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych<sup>13</sup>. NIK pozytywnie ocenia, każdorazowe powoływanie do oceny warunków udziału w postępowaniu oraz do badania i oceny ofert - komisji przetargowych w składzie co najmniej pięciu osób. Treść ogłoszenia o zamówieniu, zawierała niezbędne informacje, które były zgodne z treścią SIWZ. Podmioty, wybrane w postępowaniach przetargowych na dostawcę środków farmaceutycznych spełniały kryteria określone w SIWZ, a wybrane oferty zawierały wymagane dokumenty.
- 11.** W zakresie nadzoru i kontroli ZOZ, NIK pozytywnie ocenia:
- powołanie w Szpitalu zespołu i komitetu kontroli zakażeń zakładowych, do zadań których należało m. in. planowanie, ocena, wdrażanie metod kontroli zakażeń zakładowych oraz nadzór nad przestrzeganiem procedur zapewniających ochronę przed zakażeniami zakładowymi. W szpitalu w kontrolowanych latach odnotowano 231 przypadków czynników alarmowych, to jest: 229 przypadki *Mycobacterium tuberculosis* na oddziale gruźliczym oraz 2 przypadki - *Staphylococcus aureus* w Izbie Chorych ZOZ,
  - prowadzenie kontroli wewnętrznych w zakresie działalności leczniczej zgodnie z zatwierdzonym planem kontroli wewnętrznych. Ustalenia przeprowadzonych w latach 2010-2011 kontroli, zgodnie z § 40 rozporządzeniu Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 sierpnia 2003 r. w sprawie trybu przeprowadzania kontroli jednostek Służby Więziennej<sup>14</sup> opisywano w książce kontroli wewnętrznej, w której wskazywano przedmiot i zakres kontroli, daty jej przeprowadzenia, imiona, nazwiska i stanowisko służbowe

---

<sup>12</sup> Dz. U. Nr 59, poz. 365 ze zm.

<sup>13</sup> Dz. U. z 2010 r., Nr 113, poz. 759 ze zm.

<sup>14</sup> Dz. U. Nr 151, poz. 1470 ze zm.

kontrolującego oraz osoby odpowiedzialnej za kontrolowaną problematykę, a także konkretnych poleceń, terminów ich realizacji i osób odpowiedzialnych za ich wykonanie,

- wykonanie przez Zakład poleceń pokontrolnych w zakresie służby zdrowia, wydanych przez Dyrektora Okręgowej Służby Więziennej w Bydgoszczy po kontroli kompleksowej przeprowadzonej w Zakładzie w 2010 roku (okres objęty kontrolą obejmował lata 2009 – do 01.03.2010 r.).

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

1. Podjęcie działań, mających na celu wyposażenie szpitala w aparat jezdny do zdjęć przyłóżkowych.
2. Podjęcie skutecznych działań w celu zapewnienia świadczenia usług stomatologicznych wobec osadzonych oraz realizowanie obowiązkowych wstępnych badań stanu uzębienia wszystkim skazanym przyjętym do Zakładu.
3. Dokumentowanie faktu powiadamiania Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomani o rozpoczęciu lub zakończeniu udziału pacjenta w programie leczenia uzależnienia.
4. Przeprowadzanie co najmniej raz w roku klinicznego audytu wewnętrznego z zakresu rentgenodiagnostyki.
5. Opracowanie systemu zarządzania jakością, która zawierałaby procedurę przeprowadzania klinicznych audytów wewnętrznych oraz informację dotyczącą okresowych przeglądów systemu zarządzania jakością dokonywanych przez kierownika jednostki ochrony zdrowia.

Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 62 ust.1 ustawy o NIK, oczekuje przedstawienia przez Pana Dyrektora, w terminie 14 dni od daty otrzymania niniejszego wystąpienia pokontrolnego, informacji o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków bądź o działaniach podjętych w celu realizacji wniosków lub przyczynach niepodjęcia takich działań.

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

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