



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Gdańsku

LGD-4101-003-01/2012
P/12/122

Gdańsk, dnia 02 lipca 2012 r.

Pan
Piotr Witkowski
Dyrektor Aresztu Śledczego
w Gdańsku

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

Na podstawie art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli (Dz.U. z 2012 r., poz. 82), zwanej dalej: „ustawą o NIK”, Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Gdańsku przeprowadziła kontrolę w Areszcie Śledczym w Gdańsku (dalej: „Areszt”).

Przedmiotem kontroli było sprawowanie opieki medycznej wobec osób pozbawionych wolności w latach 2010-2012 (I kwartał).

W związku z kontrolą, której wyniki zostały przedstawione w protokole podpisanym w dniu 14 czerwca 2012 r., Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 60 ustawy o NIK, przekazuje niniejsze wystąpienie pokontrolne.

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia działalność Aresztu w skontrolowanym zakresie, pomimo stwierdzonych nieprawidłowości, które nie miały jednak istotnego wpływu na kontrolowaną działalność.

Powyższa ocena wynika z niżej opisanych ustaleń.

1. W strukturze Aresztu działał Zakład Opieki Zdrowotnej (dalej: „ZOZ”). W Statucie ZOZ ujęty był Oddział Neurologiczny, który faktycznie nie funkcjonował. Niezgodność ta została wyeliminowana w dniu 7 stycznia 2010 r.
2. Dyrektor ZOZ nie ustalił Regulaminu Organizacyjnego ZOZ, co było niezgodne z art. 23 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej¹. Regulamin ten został ustalony w wyniku kontroli NIK. Dyrektor ZOZ nie wskazał przyczyny powstania powyższej nieprawidłowości.
3. Obiekty, w których funkcjonował ZOZ poddawane były okresowym kontrolom zgodnie z art. 62 ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. Prawo budowlane². Obiekty te odpowiadały wymaganiom określonym w rozporządzeniu Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 7 czerwca 2010 r. w sprawie ochrony przeciwpożarowej budynków, innych obiektów budowlanych i terenów³. W latach 2005-2009 budynek szpitala ZOZ poddany był kapitalnemu remontowi.

¹ Dz.U. Nr 112, poz. 654 ze zm.

² Dz.U. z 2010 r. Nr. 243, poz. 1623 ze zm.

³ Dz.U. Nr 109, poz. 719

4. Zdaniem Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Gdańsku (dalej: „PPIS”) pomieszczenia i urządzenia znajdujące się w budynku szpitala ZOZ (po przeprowadzonym remoncie) spełniały wymagane warunki.

PPIS stwierdził jednak, że nie wszystkie pomieszczenia i urządzenia ZOZ znajdujące się poza budynkiem szpitala spełniały te warunki. I tak w:

- gabinetach: zabiegowym i konsultacyjnym ambulatorium brak było zlewu z baterią do mycia narzędzi i sprzętu wielokrotnego użycia, co stanowiło niezgodność z § 34 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładów opieki zdrowotnej⁴,
- Pracowni Stomatologicznej brak było armatury uruchamianej bez kontaktu z dłonią przy umywalce i zlewozmywaku, co było niezgodne z postanowieniem § 45 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2006 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładów opieki zdrowotnej⁴.

Pomimo zaistnienia powyższych usterek Dyrektor ZOZ nie zrealizował obowiązku przedstawienia wojewodzie (do 30 czerwca 2011 r. ministrowi właściwemu do spraw zdrowia), jako organowi prowadzącemu rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą, programu dostosowania pomieszczeń i urządzeń do wymagań określonych w § 40 ust. 2 cyt. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011 r. Według Dyrektora ZOZ nie opracowano takiego programu, gdyż uznano, że opisane braki nie miały istotnego charakteru i zostaną one usunięte w IV kwartale br.

5. Lokal Apteki Zakładowej znajdującej się w strukturze Aresztu nie w pełni odpowiadał wymaganiom określonym 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 wolności⁵. I tak:

- brak było wyposażenia pomieszczeń w urządzenia wentylacyjne zapewniające minimum 1,5 krotną wymianę powietrza w ciągu godziny (§ 2 ust. 1 tego rozporządzenia),
- brak było urządzeń eliminujących nadmierne nasłonecznienie (§ 2 ust. 2 tego rozporządzenia),
- w pomieszczeniach apteki nie wyodrębniono funkcji zmywalni z suszarką oraz destylatorni (§ 3 ust. 2 pkt 6 i 7 tego rozporządzenia).

Kontrola wykazała, że przyczyną niespełnienia powyższych warunków był brak środków finansowych Aresztu. Stwierdzono również, że w latach 2010-2011 kierownictwo Aresztu kierowało wnioskami inwestycyjnymi do Okręgowego Inspektoratu Służby Więziennej w Gdańsku, których celem było pozyskanie środków na przeniesienie apteki do nowych pomieszczeń lub też remont dotychczasowych pomieszczeń. Do dnia zakończenia kontroli, wnioski te nie zostały zrealizowane.

6. Do użytkowanego sprzętu prowadzone były paszporty techniczne, w których wpisywane były m.in. remonty, naprawy i badania stanu technicznego oraz terminy kolejnych przeglądów. W badanych paszportach technicznych nie wypełniano punktu dotyczącego osób odpowiedzialnych za aparaturę. Zostało to uzupełnione w wyniku kontroli NIK.

W ZOZ nie prowadzono planu przeglądów aparatury medycznej oraz dokumentacji awarii i wykonanych napraw aparatury, co było niezgodne z art. 90 ust. 6 i 7 ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych⁶. Odpowiedzialny za powyższą nieprawidłowość Dyrektor ZOZ nie podał przyczyn powstania powyższych nieprawidłowości. W wyniku kontroli NIK, w czasie jej trwania, zaprowadzono dokumentację awarii i wykonanych napraw.

Szpital ZOZ nie był wyposażony w aparat jezdny do zdjęć przyłóżkowych, co było niezgodne z postanowieniem § 2 ust. 2 pkt 1 c rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 marca 2008 r. w sprawie minimalnych wymagań dla jednostek ochrony zdrowia udzielających świadczeń zdrowotnych z zakresu rentgenodiagnostyki, radiologii zabiegowej oraz diagnostyki i terapii radioizotopowej chorób

⁴ Dz.U. Nr 31, poz. 158, (wcześniej regulował to § 54 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2006 r. Dz.U. Nr 213, poz. 1568 – uchylony z dniem 26 lutego 2011 r.)

⁵ Dz.U. Nr 65, poz. 609

⁶ Dz.U. Nr 107, poz. 679 ze zm.

nienowotworowych⁷. Zdaniem Dyrektora ZOZ brak ten wynika ze specyfiki szpitala oraz braku potrzeb na oddziałach szpitalnych.

7. W zakresie spełnienia wymogów bezpieczeństwa przy wykonywaniu badań i warunków pracy z urządzeniami radiologicznymi stwierdzono, że:
 - do dnia 10 kwietnia 2010 r. Pracownia Radiologiczna ZOZ (po przeprowadzonym remoncie budynku szpitala) funkcjonowała bez wymaganego zezwolenia Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego (dalej: „PWIS”), co stanowiło naruszenie art. 4 ust. 1 pkt 6 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. Prawo atomowe⁸. Decyzją PWIS nr 30-HR/Z/P/10 z dnia 10 kwietnia 2010 r. zezwolono na uruchomienie tej Pracowni;
 - osoby wykonujące badania przy użyciu promieniowania jonizującego posiadały aktualne certyfikaty ukończenia szkolenia w dziedzinie ochrony radiologicznej pacjenta, natomiast Kierownik Pracowni Radiologicznej ZOZ nie legitymował się wymaganym przez art. 33 c ust. 5 Prawa atomowego certyfikatem potwierdzającym zdanie egzaminu po szkoleniu w dziedzinie ochrony radiologicznej pacjenta, które ukończył w 2007 r. (potwierdzone to zostało stosownym zaświadczeniem);
 - w pracowni radiologicznej ZOZ nie zatrudniał ani jednego lekarza specjalisty w zakresie radiologii i diagnostyki obrazkowej, co naruszało § 6 ust. 1 w rozporządzenia z 27 marca 2008 r. w sprawie wymagań dotyczących świadczeń z zakresu rentgenodiagnostyki. Kierownik Pracowni Radiologicznej ZOZ legitymował się dyplomem specjalisty drugiego stopnia w zakresie radiodiagnostyki. Według Zastępcy Dyrektora Aresztu sprawującego bezpośredni nadzór nad realizacją zadań służby zdrowia, w ostatnich trzech latach próbowano pozyskać drogą ogłoszeń dodatkowego lekarza specjalistę w dziedzinie radiologii, ale z uwagi na zaproponowaną niską stawkę uposażenia nie wpłynęła żadna oferta pracy;
 - przekroczono termin poddawania urządzenia rentgenodiagnostycznego testom specjalistycznym z zakresu kontroli fizycznych parametrów określony w załączniku nr 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2011 r. w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej⁹ oraz wcześniejszego rozporządzenia Ministra Zdrowia w tej sprawie z dnia 25 sierpnia 2005 r.¹⁰ – co najmniej raz na 12 miesięcy. W 2011 r. termin ten został przekroczony o 29 dni, a w 2012 r. o 69 dni. Według Inspektora Ochrony Radiologicznej ZOZ odpowiedzialnego za powstanie powyższych nieprawidłowości, opóźnienie w 2012 r. spowodowane było brakiem akredytacji państwowej upoważniającej do wykonania powyższych testów przez laboratorium pomiarowe obsługujące Pracownię oraz brakiem ofert innych laboratoriów przeprowadzających takie testy. Zwłoka w 2011 r. spowodowana była przedłużającymi się rozmowami z laboratorium wykonującym badania.

8. Kontrola terminowości wykonywania w Areszcie profilaktycznych badań radiologicznych klatki piersiowej oraz badań stanu uzębienia osadzonych, które – zgodnie z § 5 ust. 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 23 grudnia 2010 r. w sprawie udzielania świadczeń zdrowotnych osobom pozbawionym wolności przez zakłady opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności¹¹ oraz z § 3 ust. 2 wcześniej obowiązującego rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 31 października 2003 r. w tej sprawie¹² wykonuje się w terminie 14 dni od dnia przyjęcia do zakładu karnego, na podstawie dokumentacji dotyczącej ww. badań przeprowadzonych u 879 osadzonych (tj. 10% łącznej liczby osadzonych w Areszcie w kontrolowanym okresie – 8.780 osób), wykazała przekroczenie powyższego terminu tylko w odniesieniu do 10 osadzonych poddanych badaniu klatki piersiowej oraz dwóch osadzonych poddanych badaniu stanu uzębienia. W przypadku badań klatki piersiowej, termin jednego badania przekroczono z powodu wcześniej stwierdzonej ciąży, a w pozostałych przypadkach, nie można było tego ustalić z powodu

⁷ Dz.U. Nr 59, poz. 365 ze zm

⁸ Dz.U. z 2007 r. Nr 42, poz. 276 ze zm.

⁹ Dz.U. Nr 51, poz. 265 ze zm.

¹⁰ Dz.U. Nr 194, poz. 1625 – uchylone z dniem 15 czerwca 2010 r.

¹¹ Dz.U. z 2011 r. Nr 1, poz. 2

¹² Dz.U. Nr 204, poz. 1985 – uchylone z dniem 11 lipca 2010 r.

braku dokumentacji medycznej. Brak tej dokumentacji, w której odnotowuje się fakt odmowy badania, wynikał z przekazywana jej wraz z osadzonym poza siedzibę Aresztu.

9. Stwierdzono, że nie w pełni realizowano obowiązek poddania osadzonych profilaktycznemu badaniu radiologicznemu klatki piersiowej – co najmniej raz na 24 miesiące, określony w § 6 ust. 1 rozporządzenia z dnia 23 grudnia 2010 r. (wcześniej w § 4 ww. rozporządzenia z dnia 31 października 2003 r.). W wyniku kontroli dokumentacji dotyczącej powyższych badań przeprowadzonych u 387 osadzonych przyjętych w 2009 r. (tj. 9,2 % łącznej liczby osadzonych w Areszcie w tym roku – 4203) stwierdzono niewykonanie tego obowiązku w odniesieniu do dwóch osadzonych, przy czym w jednym przypadku badania nie wykonano i w jednym przypadku przekroczono termin jego wykonania o 71 dni (w 384 przypadkach osadzeni opuścili areszt przed upływem 24 miesięcy od wykonania badania profilaktycznego badania klatki piersiowej po przyjęciu do Aresztu). Przyczyną przekroczenia terminów był fakt, że osadzony czasowo przebywał w innej jednostce penitencjarnej, co uniemożliwiło wykonanie badań w ZOZ.
10. Kontrola nie wykazała nieprawidłowości w funkcjonowaniu Ośrodka Diagnostycznego Aresztu. W badanym okresie przeprowadzono 353 badania psychologiczne i cztery psychiatryczne. Okres przeprowadzania badań, zgodnie z § 2 ust. 4 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 marca 2000 r. w sprawie zasad organizacji i warunków przeprowadzania badań psychologicznych i psychiatrycznych w ośrodkach diagnostycznych¹³, nie przekraczał dwóch tygodni.
11. Nie stwierdzono nieprawidłowości dotyczących terminów i realizacji świadczeń medycznych na rzecz osadzonych w zakresie ambulatoryjnej opieki zdrowotnej oraz funkcjonowania systemu informowania lekarzy więziennej służby zdrowia o zgłaszanych potrzebach wizyt u lekarza więziennego. Obowiązujący tryb prowadzenia dokumentacji w tym zakresie gwarantował osadzonym rejestrację do lekarza wszystkich zgłaszających się chorych. Stwierdzono, że okres oczekiwania osadzonych na wizytę lekarską, od momentu jej zgłoszenia, wynosił do 1 godz. w trybie ostrym i do 14 dni w trybie planowym. Specjalistyczne świadczenia ambulatoryjne realizowano w pozawięziennych podmiotach leczniczych tylko w nagłych przypadkach.
12. W ZOZ nie wprowadzono programu leczenia substytucyjnego, zdaniem zastępcy dyrektora Aresztu, z uwagi na marginalną skalę zainteresowania przez osoby uzależnione. W związku z brakiem tego programu, nie prowadzono rehabilitacji osób uzależnionych od środków odurzających. Leczeniem substytucyjnym objęto w poszczególnych latach: jedną osobę w 2010 r., dwie osoby w 2011 r. oraz sześć osób w 2012 r. Wszystkie osoby zakwalifikowane przez cywilne ośrodki terapii metadonowej zostały objęte kontynuacją leczenia w ZOZ Aresztu.
13. Stwierdzono, że w 2012 r. kierownik Apteki Aresztu przeprowadził kontrolę w zakresie prawidłowości prowadzenia ewidencji rozchodu środka substytucyjnego oraz stanu jego zapasów przeprowadzono z 11-dniowym opóźnieniem w stosunku do obowiązującego terminu (raz na pół roku), określonego w § 13 ust. 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 października 2007 r. w sprawie szczegółowego trybu postępowania przy leczeniu substytucyjnym oraz szczegółowych warunków, które powinien spełniać zakład opieki zdrowotnej prowadzący leczenie substytucyjne¹⁴. Przyczyną opóźnienia był urlop macierzyński kierownika Apteki. Kontrola ta nie wykazała nieprawidłowości. Poprzednio środek substytucyjny stosowany był od maja 2011 r. w ambulatorium Aresztu. Kontrola przeprowadzona w dniu 12 sierpnia 2011 r. również nie wykazała nieprawidłowości.
14. Osadzeni w Areszcie żywieni byli zgodnie z wymogami zawartymi w rozporządzeniu Ministra Sprawiedliwości z dnia 2 września 2003 r. w sprawie określenia wartości dziennej normy wyżywienia oraz rodzaju diet wydawanych osobom osadzonym w zakładach karnych i aresztach śledczych¹⁵.

¹³ Dz.U. Nr 29, poz. 369

¹⁴ Dz.U. Nr 205, poz. 1493 ze zm.

¹⁵ Dz.U. Nr 167, poz. 1633 ze zm.

15. Przeprowadzone przez PPIS kontrole ZOZ w zakresie zakażeń szpitalnych, w tym procedur zapobiegania zakażeniom i procedur medycznych oraz kontrole kart rejestru zakażeń szpitalnych, nie wykazały nieprawidłowości. W kontrolowanym okresie w ZOZ nie odnotowano zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych.
16. Programem zwalczania AIDS i zapobiegania zakażeniom HIV objęto w ZOZ dziewięć osób w 2010 r., pięć osób w 2011 r. oraz cztery osoby w 2012 r. Wydatki na leczenie pacjentów nie były pokrywane przez Areszt. Leki antyretrowirusowe (AVR), zamawiane na podstawie wystawionego przez lekarza zapotrzebowania dla konkretnych pacjentów, dostarczane były z Apteki Okręgowej Okręgowego Inspektoratu Służby Więziennej w Warszawie w formie przekazania nieodpłatnego.
17. Nie stwierdzono nieprawidłowości w zakresie realizacji zamówień publicznych na zakup aparatury medycznej i leków, w wyniku których w trybie przetargu nieograniczonego udzielono zamówień publicznych na kwotę ogółem 1 939 554,80 zł (badaniem objęto wszystkie 3 przeprowadzone przetargi).
18. W wykonaniu obowiązku nadzoru nad funkcjonowaniem ZOZ, zgodnie z planem kontroli, przeprowadzono łącznie 17 kontroli wewnętrznych dotyczących działalności leczniczej (pięć w 2010 r. i 12 w 2011 r.), obejmujących: organizację pracy, w tym obsady lekarskie i pielęgniarskie kontrolowanych oddziałów (pracowni), liczbę chorych przebywających na oddziałach oraz liczbę udzielonych konsultacji, gospodarkę lekami oraz ich ewidencję, zabezpieczenie w produkty lecznicze i wyroby medyczne, a także wyposażenie w sprzęt. W wyniku przeprowadzonych kontroli nie sformulowano wniosków pokontrolnych odnośnie działalności leczniczej szpitala.
W wyniku kontroli kompleksowej przeprowadzonej w Areszcie przez Zespół Kontrolny Okręgowego Inspektoratu Służby Więziennej w Gdańsku w dniach 17-20 października 2011 r. – zgodnie z zarządzeniem nr 93/2011 Dyrektora powyższego Inspektoratu z dnia 12 października 2011 r., stwierdzono m.in.:
 - brak znajomości i nieprzestrzegania przepisów dotyczących zaopatrzenia osadzonych w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,
 - brak zatwierdzenia przez kierownictwo jednostki zakresów obowiązków niektórych lekarzy,
 - udzielanie osadzonym świadczeń zdrowotnych poza ustalonym w porządku wewnętrznym miejscem i czasem, pomimo braku spełnienia określonych w przepisach przesłanek,
 - organizacja pracy dopuszczała możliwość braku obsady lekarskiej w szpitalu.Powyższe nieprawidłowości zostały wyeliminowane, a kierownictwo ZOZ – zobowiązane do zintensyfikowania nadzoru nad działalnością podległych funkcjonariuszy i pracowników służby zdrowia.
19. W dniu 30 grudnia 2010 r. przeprowadzona została kontrola sędziego penitencjarnego w ramach nadzoru penitencjarnego. Przedmiotem jej były zagadnienia określone przepisami rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 26 sierpnia 2003 r. w sprawie sposobu, zakresu i trybu sprawowania nadzoru penitencjarnego¹⁶, w tym opieka lekarska oraz - zgodnie z planem czynności nadzorczych na rok 2010 ustalonych przez Prezesa Sądu Okręgowego – sprawy „w których sprawcy oczekują w jednostkach penitencjarnych na wykonanie orzeczonych środków zabezpieczających” obejmowała okres od 1 stycznia do 31 grudnia 2010 r. W wyniku kontroli nie sformulowano zaleceń powzytacyjnych.
20. Analiza dokumentacji skargi uznanej za zasadną potwierdziła przestrzeganie zasad rozpatrywania skarg określonych w przepisach rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 13 sierpnia 2003 r. w sprawie sposobów załatwiania wniosków, skarg i próśb osób osadzonych w zakładach karnych i aresztach śledczych¹⁷.

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

- 1) sporządzanie planu przeglądów aparatury medycznej,

¹⁶ Dz.U. Nr 152, poz.1496 ze zm.

¹⁷ Dz.U. Nr 151, poz. 1467.

- 2) spełnienie przez wszystkie osoby wykonujące i nadzorujące wykonywanie badań i zabiegów leczniczych przy użyciu promieniowania jonizującego wszystkich wymogów prawnych,
- 3) kontynuowanie działań zmierzających do spełnienia warunku zatrudnienia w Pracowni Radiologicznej lekarza z kwalifikacjami spełniającymi odpowiednie wymagania,
- 4) podjęcie działań w celu wyposażenia szpitala w sprzęt wymagany przepisami,
- 5) wprowadzenie mechanizmów kontrolnych zapewniających terminowe wykonywanie testów specjalistycznych aparatury rtg z zakresu kontroli fizycznych parametrów,
- 6) wprowadzenie mechanizmów kontrolnych zapewniających terminowe przeprowadzanie kontroli prawidłowości prowadzenia ewidencji rozchodu środka substytucyjnego oraz stanu jego zapasów.

Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Gdańsku, na podstawie art. 62 ust. 1 ustawy o NIK prosi o przedstawienie, 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 treścią 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 Gdańsku, 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.