



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Szczecinie

LSZ-4101-03-01/2012
P/12/122

Szczecin, dnia sierpnia 2012 r.

Pan
płk Jarosław Byczko
Dyrektor Aresztu Śledczego
w Szczecinie

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

Na podstawie art. 2 ust. 1 *ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli*¹ (dalej *ustawa o NIK*), Najwyższa Izba Kontroli² przeprowadziła w Areszcie Śledczym w Szczecinie³ kontrolę sprawowania opieki medycznej w latach 2010 – 2012 (I kw.) wobec osób pozbawionych wolności.

W związku z ustaleniami przedstawionymi w protokole kontroli, podpisanym w dniu 4 lipca 2012 r., Najwyższa Izba Kontroli, stosownie do art. 60 ust. 1 *ustawy o NIK*⁴, przekazuje Panu Dyrektorowi niniejsze wystąpienie.

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia działania Aresztu w badanym w zakresie, pomimo stwierdzonych nieprawidłowości.

1. W latach 2010-2012 (I kwartał) do Aresztu przyjęto ogółem 5.741 osób, z tego 2.526 w 2010 r., 2.484 w 2011 r. i 731 w I kwartale 2012 r. Opiekę medyczną nad osobami osadzonymi sprawował Zakład Opieki Zdrowotnej⁵, składający się m.in. z: ambulatorium z izbą chorych, 15 poradni (w ramach których działali lekarze pierwszego kontaktu i konsultujący specjaliści), pracowni radiologicznej i USG, Szpitala z Oddziałem Chorób Wewnętrznych i Oddziałem Psychiatrii Sądowej, komórki epidemiologicznej oraz apteki zakładowej (okręgowej). Struktura i rodzaj udzielanych świadczeń zdrowotnych były zgodne ze Statutem, regulaminem organizacyjnym ZOZ oraz wpisem do Księgi rejestrowej.
2. Komórki organizacyjne ZOZ funkcjonowały w budynku, który był użytkowany zgodnie z przeznaczeniem⁶ i poddawany okresowym kontrolom stanu technicznego⁷ (rocznym oraz 5-letniej – od 6 do 8 kwietnia 2011 r.).
3. Areszt na przełomie maja i czerwca 2012 r. (w trakcie kontroli NIK) przeprowadził ocenę dostosowania pomieszczeń ZOZ do wymogów określonych 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*⁸. W programie dostosowawczym, uwzględniającym specyfikę Szpitala (placówka zamknięta), wykazano odstępstwa od wymagań przepisów *rozporządzenia MZ z dnia 2 lutego 2011 r. dotyczących braku: izolacji pomieszczeń izby chorych od pomieszczeń wykorzystywanych do innych celów; izolatki spełniają-*

¹ Dz.U. z 2012 r. poz. 82.

² Delegatura w Szczecinie.

³ Zwanym dalej *Aresztem*.

⁴ 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.

⁵ zwanym dalej *ZOZ*.

⁶ art. 5 ust. 2 *ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. Prawo budowlane* (Dz.U. z 2010 r. Nr 243, poz. 1623 ze zm.), zwanej dalej *Prawem budowlanym*.

⁷ Art. 62 *Prawa budowlanego*.

⁸ Dz.U. Nr 31, poz. 158, zwane dalej *rozporządzeniem 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).

cej wymogi określone w § 20 cyt. *rozporządzenia*; śluzы umywalkowo-fartuchowej i szatniowej w Szpitalu; pojemników z ręcznikami jednorazowymi w pokojach łózkowych na oddziale szpitalnym; pomieszczenia porządkowego, umożliwiającego dodatkowe mycie i dezynfekcję środków transportu oraz zlewów w pomieszczeniach, w których są wykonywane badania lub zabiegi - przy użyciu narzędzi i sprzętu wielokrotnego użytku; rezerwowego źródła zaopatrzenia szpitala w wodę z zapewnieniem, co najmniej 12-godzinnego zapasu oraz zadaszzonego wejścia z dojazdem umożliwiającym podjazd, co najmniej dla jednego pojazdu. W programie nie określono terminów realizacji prac dostosowawczych⁹, jak również niezbędnych nakładów na ich sfinansowanie. Dyrektor Szpitala uzależnił określenie terminów realizacji prac od otrzymania na ten cel środków finansowych.

Program dostosowania Szpitala do przepisów *rozporządzenia MZ z dnia 2 lutego 2011 r.*, przesłany 5 czerwca 2012 r. właściwemu inspektorowi sanitarnemu nie uzyskał jego opinii do czasu kontroli NIK (21.06. 2012 r.) i tym samym nie został przedłożony organowi rejestrowemu¹⁰.

4.1. Lokal Apteki Zakładowej (Okręgowej) Aresztu¹¹ o powierzchni ogólnej 99,69 m² 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 wolności*¹². Jedynym odstępstwem było niewyodrębnienie w Aptece funkcji destylatorni i brak destylatora (wymóg § 3 ust. 2 pkt 7 i ust. 3 pkt 10 *rozporządzenia MS z dnia 1 kwietnia 2003 r.*), co kierownik Apteki uzasadniła względami ekonomicznymi¹³.

Stwierdzono, że w gabinecie kierownika Apteki w żelaznej kasetce przymocowanej w dolnej części szafy przechowywany był środek substytucyjny - metadon, co było niezgodne z przepisami § 10 ust. 1 i § 12 ust. 2 *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 substytucyjne*¹⁴. Dopiero w czasie kontroli NIK kasetka została przymocowana w sposób trwały do podłogi pomieszczenia.

4.2. Kontrola wykazała, że z Apteki wydawano produkty lecznicze i materiały medyczne osobom z jednostek okręgu, w tym jednostkom wewnętrznym ZOZ, nieposiadającym upoważnień i pokwitowania do ich odbioru z Apteki. Badając przebieg realizacji 80 zapotrzebowań zbiorczych oraz indywidualnych, złożonych przez 12 jednostek okręgu (zewnątrznych i wewnętrznych ZOZ) w I kwartale 2012 r. stwierdzono, że w 30 (37,5% ogółu) nie było podpisu osoby odbierającej produkty lecznicze i materiały medyczne, a w przypadku 48 (60%) nie było upoważnień do odbioru produktów leczniczych i materiałów medycznych. Do zapotrzebowania złożonego przez ZOZ - Ambulatorium „A” z 1.02. 2012 r. nie załączono upoważnienia do odbioru produktów leczniczych i materiałów medycznych, a osoba pobierająca nie pokwitowała ich odbioru.

Postępowanie takie było niezgodne z przepisami § 2 ust. 2 pkt 6 i 7 *rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 26 lutego 2003 r. w sprawie wydawania produktów leczniczych i wyrobów medycznych z aptek zakładowych w zakładach opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności*¹⁵.

W toku kontroli dyrektor Aresztu podjął działania celem wyeliminowania nieprawidłowości w dystrybucji produktów leczniczych i materiałów medycznych.

Z Apteki wydawano środek substytucyjny - metadon do Oddziału Psychiatrii Sądowej co kilkanaście dni, w ilościach przekraczających indywidualne dawki dzienne. Oddział ten wydawał metadon bezpośrednio osadzonym w indywidualnych dawkach dziennych. Było to niezgodne z przepisami § 10 ust. 2 i 4 *rozporządzenia MZ z dnia 19 października 2007 r.*, w myśl których *apteka wydaje środek substytucyjny pacjentom (osadzonym) w indywidualnych dawkach dziennych*. Według wyjaśnień dyrektora Szpitala i kierownika Apteki, wyznaczenie gabinetu zabiegowego Oddziału Psychiatrii Sądowej (gdzie pracuje wykwalifikowany i przeszkolony personel medyczny, realizujący program metadonowy) do wydawania metadonu bezpośrednio osadzonym wynikało ze specyfiki Szpitala (placówka typu zamkniętego).

⁹ określono graniczny termin wynikający z przepisów § 40 ust. 4 *rozporządzenia MZ z dnia 2 lutego 2011 r.*, tj. 31 grudnia 2016 r.

¹⁰ termin przedłożenia Programu organowi rejestrowemu w myśl § 40 ust. 2 *rozporządzenia MZ z dnia 2 lutego 2011 r.* upływał 30 czerwca 2012 r.

¹¹ zwanej dalej *Apteką*.

¹² Dz.U. Nr 65 poz. 609, zwane dalej *rozporządzeniem MS z dnia 1 kwietnia 2003 r.*

¹³ Ilość zrealizowanych leków recepturowych do użytku wewnętrznego w 2010 r. - 7 recept, 2011 r. - 0 recept, w I kwartale 2012 r. - 0 recept, podczas gdy cena badania wody destylowanej w laboratorium kontroli leków do ich realizacji wynosiła 298 zł. Do realizacji ww. recept stosuje się Aqua pro injectione, produkowaną przez przemysł farmaceutyczny, która posiada wszystkie parametry kontroli jakości, a cena 1 flakonu o pojemności 500 ml wynosi 1,61 zł.

¹⁴ Dz.U. Nr 205 poz. 1493, zwane dalej *rozporządzeniem MZ z 19 października 2007 r.*

¹⁵ Dz.U. Nr 65, poz. 608.

Kontrolę prowadzenia ewidencji rozchodu środka substytucyjnego oraz stanu zapasów kierownik Apteki przeprowadziła jeden raz w 2010 r. i jeden raz w 2011 r., nie stwierdzając nieprawidłowości. Kontrole przeprowadzono bez udziału kierownika programu lub wyznaczonego przez niego lekarza. Postępowanie takie było niezgodne z przepisami § 13 ust. 4 *rozporządzenia MZ z dnia 19 października 2007 r., w myśl których kierownik apteki lub upoważniony przez niego farmaceuta, wspólnie z kierownikiem programu lub wyznaczonym przez niego lekarzem, raz na pół roku, przeprowadzają kontrolę zakładu w zakresie prawidłowości prowadzenia ewidencji rozchodu środka substytucyjnego oraz stanu zapasów.*

Stan zapasów środków odurzających i metadonu w Aptece (17.04.2012 r.) i w Oddziale Psychiatrii Sądowej (26.04.2012 r.) zgadzał się ze stanami ewidencyjnymi, odnotowanymi w Książkach środków odurzających i psychotropowych.

5. W latach 2010 - 2012 (I kw.) ZOZ dysponował 25 sztukami sprzętu i aparatury medycznej (środki trwałe) o wartości początkowej 1.376,6 tys. zł, których umorzenie na 31.03.2012 r. wynosiło 1.312,7 tys. zł, tj. 95,4% (22 aparaty były umorzone w 100%, a wartość netto 3 aparatów o wartości początkowej 170,8 tys. zł wynosiła 64 tys. zł).

Z 24 aparatów i sprzętu medycznego będących na wyposażeniu Szpitala użytkowano 14 (wideoprinter zdjęto z wyposażenia Szpitala). Z powodu słabej jakości sprzętu, wieku i braku wskazań medycznych do zastosowania nie użytkowano 10 aparatów. Spośród użytkowanych aparatów medycznych 4 aparaty (Aparat do elektroforezy Stemat typ OE-210 z zasilaczem typ OE-415, Lampa do badania dna oka HOYA, Unit stomatologiczny wraz z fotelem i Ultrasonograf z wyposażeniem) nie posiadały paszportów technicznych i udokumentowania wykonanych działań serwisowych, przeglądów i dopuszczenia do bezpiecznego użytkowania, co było naruszeniem art. 90 ust. 6 *ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych*¹⁶.

Podczas kontroli dyrektor Aresztu polecił założenie paszportów technicznych dla ww. urządzeń i 18.06.2012 r. poinformował dyrektorów okręgowych Służby Więziennej o posiadaniu nieużytkowanego i zbędnego sprzętu medycznego (10 pozycji).

6. ZOZ spełniał wymogi bezpieczeństwa wykonywania badań i warunków pracy z urządzeniami radiologicznymi i posiadał wymagane zezwolenia na uruchomienie pracowni rtg i stosowanie aparatu rtg w celach medycznych. Pracownia spełniała wymogi dotyczące kategorii obszarów i dopuszczalnych dawek napromieniowania, sprzętu ochronnego, normy zatrudnienia lekarzy specjalistów i techników rtg. Nadzór nad przestrzeganiem wymagań ochrony radiologicznej powierzono osobie posiadającej uprawnienia inspektora ochrony radiologicznej. W pracowni rtg corocznie przeprowadzano wewnętrzny audyt kliniczny.

Równocześnie stwierdzono uchybienia polegające na:

- niewyposażeniu Szpitala w aparat rtg jezdny przyłóżkowy, co było niezgodne z przepisami § 2 ust. 2 pkt 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 nienowotworowych*¹⁷,
- niewdrożeniu przez kierownika ZOZ Programu bezpieczeństwa jądrowego i ochrony radiologicznej (opracowanego w grudniu 2006 r.), który nie był kompletny, gdyż nie zawierał 3 działów: Księgi jakości, Dozymetrii i Ewidencji. Było to niezgodne z przepisami § 21 i § 22 ust. 1 pkt 7 zał. nr 2 *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2006 r. w sprawie szczegółowych warunków bezpiecznej pracy z urządzeniami radiologicznymi*¹⁸. Dyrektor ZOZ w trakcie kontroli (31.05.2012 r.) zatwierdził ww. Program (bez procedur dozymetrii i ewidencji),
- niepowołaniu przez dyrektora Szpitala zespołu audytorskiego do przeprowadzania klinicznego audytu wewnętrznego, co stanowiło naruszenie *przepisów § 53 ust. 2 rozporządzenia MZ z 18 lutego 2011 r. w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej*¹⁹ Zespół audytorski dyrektor ZOZ powołał w czasie kontroli NIK (31.05.2012 r.).

7. ZOZ z opóźnieniami realizował zadania z zakresu obowiązku poddawania osób osadzonych badaniom wstępnym, profilaktycznemu radiologicznemu prześwietleniu klatki piersiowej oraz badaniu stanu uzębienia, określone postanowieniami § 5 *rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 23 grudnia 2010 r. w sprawie udzielania świadczeń zdrowotnych osobom pozbawionym wolności przez zakłady opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności*²⁰. Analiza dokumentacji 61 osób osadzonych z wolności²¹ wykazała, że:

¹⁶ Dz.U. Nr 107, poz. 679 ze zm.

¹⁷ Dz.U. Nr 59, poz. 365 ze zm.

¹⁸ Dz.U. Nr 180, poz. 1325.

¹⁹ Dz.U. Nr 51, poz. 265.

²⁰ Dz.U. z 2011 r. Nr 1 poz. 2, zwane dalej *rozporządzeniem MS z dnia 23 grudnia 2010 r.*, 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).

- a) badaniom wstępnym poddano wszystkich 61 osadzonych, z tego w wymaganym terminie do 3 dni od przybycia 47. Po terminie zbadano 13 osadzonych (21,3% objętych badaniem), przy opóźnieniach od 1 (5 przypadków) do 14 dni (jeden przypadek). Badanie wstępne jednego pacjenta przeprowadzono 16 dni od przybycia do Aresztu z powodu zarządzonej przez lekarza kwarantanny,
- b) badanie rtg klatki piersiowej wykonano u 51 osadzonych, z tego w wymaganym terminie do 14 dni od przybycia u 47, a po terminie - 4 (8,5% zbadanych). Opóźnienia w badaniu wynosiły od 1 do 20 dni. Prześwietlenia klatki piersiowej odmówiło 10 osadzonych, co zostało potwierdzone w dokumentacji medycznej,
- c) badaniem stanu uzębienia objęto 49 osadzonych, z tego w wymaganym 14-dniowym terminie od przybycia 25 osadzonych. Po terminie przegląd stanu uzębienia wykonano u 24 osadzonych (49% zbadanych). Opóźnienia w badaniu wyniosły od 1 do 82 dni. Poddania się badaniom stanu uzębienia odmówiło 12 osadzonych, co potwierdzono w dokumentacji medycznej.

Opóźnienia w przeprowadzeniu ww. badań były niezgodne z przepisami § 5 ust. 1 rozporządzenia MS z dnia 23 grudnia 2010 r., w myśl których *badaniom wstępnym: podmiotowym (wywiad chorobowy) i przedmiotowym (fizykalnym) poddaje się osobę pozbawioną wolności niezwłocznie po przyjęciu do zakładu karnego, nie później jednak niż w terminie 3 dni roboczych od dnia przyjęcia, a zgodnie z § 5 ust. 2 cyt. rozporządzenia, w terminie 14 dni od dnia przyjęcia do zakładu karnego wykonuje się: profilaktyczne radiologiczne badanie klatki piersiowej oraz badanie stanu uzębienia.*

Powodem niedochowania terminów wykonania obowiązkowych badań nowoprzyjętych osadzonych było niezapewnienie właściwego nadzoru i kontroli w tym zakresie ze strony dyrektora Szpitala i przełożonej pielęgniarek.

Sprawdzając wykonanie profilaktycznych badań rtg klatki piersiowej u wszystkich 6 osadzonych (przyjętych w lutym i październiku w latach 2009-I kw. 2010 r. i przebywających w Areszcie w dniu 28.05.2012 r.) stwierdzono wykonanie ponownych badań (po dwóch latach) u 4 osadzonych; dwóch odmówiło ich wykonania, co odnotowano w dokumentacji medycznej.

Kontrola wykazała prawidłowe funkcjonowanie Ośrodka Diagnostycznego Aresztu. W okresie objętym kontrolą badaniami objęto 276 osób, w terminie nieprzekraczającym 14 dni. Czas oczekiwania na przeprowadzenie badania w przypadku wyrażenia zgody skazanego wynosił średnio 70 dni²². W odniesieniu do 9 osób, pomimo braku ich zgody, czas ten wynosił średnio 64 dni²³. Powodem oczekiwania na badania były przede wszystkim braki kadrowe (w Ośrodku Diagnostycznym zatrudniano 2 psychologów i kierownika, którzy byli w stanie miesięcznie wykonać ok. 12 badań, przy średnio 30 zgłoszeniach), trudna badawczo populacja składająca się z osób wysoce zdemoralizowanych i zaburzonych psychicznie, jak również opóźnienia w wystawianiu skierowań na badania przez dyrektorów zakładów karnych.

8. ZOZ posiadał procedury udzielania świadczeń medycznych w zakresie ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, które gwarantowały rejestrowanie wszystkich przypadków zgłaszania się osadzonych do więziennego lekarza. W ramach tych procedur w kontrolowanym okresie udzielono łącznie 41.461 porad. Średni czas oczekiwania na wizytę wynosił 7, a najdłuższy 14 dni. ZOZ zapewniał opiekę medyczną całodobowo. W badanym okresie lekarze specjaliści w pozawięziennych jednostkach służby zdrowia udzielili osadzonym łącznie 222 porady (0,5% łącznej liczby porad), na które wydatkowano 362 tys. zł.

9. NIK nie wnosi uwag do sposobu funkcjonowania w Szpitalu 2 oddziałów, tj. chorób wewnętrznych (27 łóżek z miejscami do leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych) oraz psychiatrii sądowej (57 łóżek z miejscami do prowadzenia obserwacji sądowo-psychiatrycznych oraz leczenia osób pozbawionych wolności). W latach 2010 – 2012 (I kw.) do Szpitala przyjęto łącznie 810 osadzonych, z tego do Oddziału Chorób Wewnętrznych - 460, a do Oddziału Psychiatrii Sądowej - 350. Do Oddziału Chorób Wewnętrznych pacjentów przyjmowano na bieżąco (natychmiast po skierowaniu i doprowadzeniu na Oddział). Natomiast średni czas oczekiwania na przyjęcie do Oddziału Psychiatrii Sądowej wynosił²⁴: w 2010 r. do 6 dni (dotyczyło 12 pacjentów) i od 15 do 45 dni (103); w 2011 r. do 6 dni - 120 pacjentów, od 7 do 14 dni - 61 i od 15 do 45 dni - 5 pacjentów. W I kw. 2012 r. do 6 dni - 40 pacjentów, a od 7 do 14 dni - 9. Skrócenie, począwszy od 2011 r., czasu oczekiwania na przyjęcie do Oddziału spowodowane było powiększeniem (w grudniu 2010 r.) miejsc w Oddziale z 28 do 57. Czas obserwacji 156 osadzonych, wobec których sąd zarządził badanie psychiatryczne połączone z obserwacją był zgodny z postanowieniami sądu.

²¹ w 2 wybranych miesiącach, tj. w lutym i październiku 2010 i 2011 r. oraz w lutym 2012 r., którzy w dniu 28.05.2012 r. przebywali w Areszcie.

²² od dnia wystawienia skierowania do dnia rozpoczęcia badań.

²³ od dnia otrzymania zarządzenia sędziego penitencjarnego o przeprowadzeniu badań do dnia ich rozpoczęcia.

²⁴ w przypadku pacjentów skierowanych na leczenie – czas oczekiwania, od dnia skierowania do dnia przyjęcia, a w przypadku pacjentów obserwacyjnych – czas oczekiwania, od dnia uprawomocnienia postanowienia Sądu do daty wyznaczenia terminu przyjęcia.

Szpital po uzyskaniu 30.03.2010 r. zgody Dyrektora Generalnego Służby Więziennej, od 15.04.2010 r. realizował Program leczenia substytucyjnego „Szansa”. Kierownik programu spełniał wymogi w zakresie specjalizacji i stażu pracy, określone w przepisach § 14 ust. 1 *rozporządzenia MZ z 19 października 2007 r.*, a osoby realizujące ten program (7 pielęgniarek) przeszkolono w zakresie tego programu, zgodnie z przepisami § 15 ust. 3 cyt. *rozporządzenia*. W latach 2010 – 2012 (I kw.) leczeniem substytucyjnym objęto 5 osadzonych. Koszty leczenia substytucyjnego poniesione w ww. okresie wyniosły 3.418,09 zł i zostały sfinansowane przez Areszt.

10. 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 żywienia oraz rodzaju diet wydawanych osobom osadzonym w zakładach karnych i aresztach śledczych*²⁵.

11. NIK pozytywnie ocenia funkcjonowanie służb odpowiedzialnych za zapobieganie i zwalczanie chorób zakaźnych. W strukturach Aresztu funkcjonowała komórka epidemiologiczna. Dyrektor Aresztu powołał Komitet Kontroli Zakażeń Zakładowych²⁶, Zespół Kontroli Zakażeń Zakładowych²⁷ i Zespół ds. Polityki Antybiotykowej. Zatrudnił lekarza mikrobiologa, który uczestniczył w pracach Komitetu i pełnił funkcję przewodniczącego Zespołu oraz pielęgniarkę (pełniącą funkcję pielęgniarki epidemiologicznej), uczestniczącą w pracach Zespołu. Służby te opracowały i wdrożyły do stosowania 16 instrukcji i procedur zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych, w tym Receptariusz szpitalny.

W wyniku wykonanych w latach 2010 - 2012 (I kw.):

- badań mikrobiologicznych u 42 pacjentów, u 7 z nich w 2010 r. wykryto zakażenie zakładowe (*Proteus Vulgaris* ZUM, *Staphylococcus Aureus* MSSA, *Pseudomonas aeruginosa* ZUM, *Staphylococcus Aureus* MRSA – inne tkanki miękkie, *Acinetobacter baumannii* (KDA) – inne tkanki miękkie),
- badań 71 pacjentów w kierunku zakażenia lub choroby zakaźnej, w 2010 r. u 5 pacjentów wykryto gruźlicę płuc czynną i u jednego różę, a w 2011 r. u jednego i w I kw. 2012 r. u dwóch pacjentów wykryto gruźlicę płuc czynną. Stwierdzone u pacjentów choroby zakaźne zgłaszano w terminie 24 godzin PPIS²⁸, właściwemu dla miejsca pochodzenia pacjenta, u którego rozpoznano zakażenie lub chorobę zakaźną.

W Szpitalu nie było izolátky dla osób z zakażeniem lub chorobą zakaźną spełniającej wymogi określone w § 20 *rozporządzenia MZ z dnia 2 lutego 2011 r.* Osoby podejrzane o zachorowanie na gruźlicę, po badaniu przesiewowym były izolowane w osobnych celach. W przypadku potwierdzenia gruźlicy, chorzy były przetransportowani do szpitala więziennego, specjalizującego się w leczeniu tej choroby.

W ramach realizacji Krajowego programu zwalczania AIDS i zapobiegania zakażeniom HIV²⁹, pacjenci byli informowani o możliwości wykonania badania w kierunku HIV. U osób zainteresowanych oraz u chorych, co do których istniały przesłanki kliniczne, wykonywane było (za ich zgodą) takie badanie. W latach 2010 – 2012 (I kw.) od 86 osadzonych pobrano materiał do badań w kierunku HIV. W tym okresie w Areszcie przebywały 24 osoby z potwierdzonym HIV (+). W związku z realizacją programu wydatków nie poniesiono, gdyż wszelkie materiały szkoleniowo-edukacyjne placówka otrzymała z PSSE³⁰ w Szczecinie.

12. NIK nie wnosi uwag do celowości i zasad wyboru pozawięziennych podmiotów leczniczych realizujących świadczenia zdrowotne. W latach 2010-I kw. 2012 osobom osadzonym w Areszcie udzielało świadczenia zdrowotne 13 pozawięziennych podmiotów leczniczych. Umowy zawierano na okresy dłuższe niż 3 miesiące. Wydatki poniesione na leczenie osadzonych przez pozawięzienną służbę zdrowia (badania laboratoryjne, tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny, pogotowie ratunkowe i inne) ewidencjonowane były w § 4290 - *Zakup świadczeń zdrowotnych dla osób nieobjętych obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego* i wyniosły 362 tys. zł.

13. Badając 6 zamówień publicznych na dostawy produktów leczniczych, produktów dezynfekcyjnych oraz wykonywanie badań laboratoryjnych, przeprowadzonych w trybie przetargu nieograniczonego o łącznej wartości netto 2.374.635,37 zł (30,6% wartości zamówień udzielonych w latach 2009-2011) stwierdzono, że Szpital przestrzegał ustawowych zasad, form i trybu postępowania przy udzielaniu zamówień publicznych (wybrane podmioty spełniały kryteria określone w SIWZ, złożone oferty zawierały wymagane dokumenty, a treść ogłoszeń o zamówieniu zawierała niezbędne informacje).

²⁵ Dz.U. Nr 167 poz. 1633 ze zm.

²⁶ zwany dalej *Komitetem*.

²⁷ zwany dalej *Zespołem*.

²⁸ Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny.

²⁹ zwanego dalej *Programem*.

³⁰ Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna.

14. W ramach obowiązku nadzoru nad funkcjonowaniem opieki medycznej w Areszcie, dyrektor ZOZ przeprowadził w latach 2010-2011 zgodnie z planem 37 kontroli obejmując nimi m.in.: obsadę i stan osobowy na oddziałach szpitalnych, ilość hospitalizacji, konsultacji, zabiegów oraz terminowość przyjmowania pacjentów, stan sanitarny, prowadzenie dokumentacji i sprawozdawczości. Przełożona Pielęgniarek w latach 2010 - 2011 przeprowadziła zaplanowane 44 kontrole personelu pielęgniarskiego Szpitala, w wyniku których nie sformułowano wniosków dotyczących działalności leczniczej.

15. Areszt prawidłowo prowadził ewidencję skarg osób osadzonych oraz zachowywał obowiązujące w tym zakresie procedury. W badanym okresie osadzeni wnieśli 574 skargi, w których sformułowano 1.151 zarzutów, w tym 304 (26,4%) dotyczyły opieki medycznej.

Analizując sposób załatwienia 15 skarg otrzymanych w 2011 r., z tego 6 skarg od osadzonych i 9 od innych podmiotów (Rzecznik Praw Pacjenta -1 skarga; OISW w Szczecinie - 4 i Sąd Okręgowy w Szczecinie - 4) stwierdzono, że Areszt badając zarzuty w nich podniesione gromadził dokumentację medyczną, występował do innych jednostek służby zdrowia o nadesłanie brakującej dokumentacji oraz pobierał wyjaśnienia od osób, których zarzuty lub tematyka skarg dotyczyła. Nie stwierdzono, by skarga dotycząca wskazanej w niej osoby, była przekazana do rozpatrzenia tej osobie, ani osobie, wobec której pozostaje ona w stosunku nadrzędności służbowej. Termin udzielenia odpowiedzi nie przekraczał 30 dni od daty wpływu skargi lub pisma. Zarzuty dotyczące opieki zdrowotnej, nie były zasadne.

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

1. *Zapewnienie prawidłowej dystrybucji produktów leczniczych i materiałów medycznych z Apteki, w tym środka substytucyjnego - metadonu.*
2. *Kontrolowanie w okresach półrocznych sposobu prowadzenia ewidencji rozchodu środka substytucyjnego oraz stanu zapasów z udziałem kierownika programu lub wyznaczonego przez niego lekarza.*
3. *Wyposażenie użytkowanych aparatów medycznych w paszporty techniczne oraz dokumentowanie wykonanych działań serwisowych, przeglądów i dopuszczenia do bezpiecznego użytkowania.*
4. *Wyposażenie Szpitala w aparat rtg jezdny przyłóżkowy.*
5. *Uaktualnienie Programu bezpieczeństwa jądrowego i ochrony radiologicznej o procedury dozymetrii i ewidencji.*
6. *Terminowe poddawanie osób osadzonych badaniom wstępnym, profilaktycznemu rtg klatki piersiowej i badaniu stanu uzębienia oraz zapewnienie właściwego nadzoru i kontroli w tym zakresie.*
7. *Rozważenie wzmocnienia kadrowego w Ośrodku Diagnostycznym Aresztu.*

Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Szczecinie, na podstawie art. 62 ust. 1 ustawy o NIK³¹, zwraca się do Pana Dyrektora o nadesłanie, w terminie 30 dni od daty otrzymania niniejszego wystąpienia, informacji o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

Stosownie do art. 61 ust. 1 ustawy o NIK³¹, w terminie 7 dni od daty otrzymania niniejszego wystąpienia kontrolnego, przysługuje Panu prawo zgłoszenia do dyrektora Delegatury NIK w Szczecinie, umotywowanych zastrzeżeń w sprawie ocen, uwag i wniosków, zawartych w tym wystąpieniu.

W razie zgłoszenia zastrzeżeń, termin nadesłania informacji, o której wyżej mowa, liczy się - stosownie do art. 62 ust. 2 ustawy o NIK³¹, od dnia otrzymania ostatecznej uchwały w sprawie powyższych zastrzeżeń.

³¹ Patrz przypis nr 4.