



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Departament Zdrowia

KZD.410.006.02.2019

Witold Bromboszcz
Prezes Zarządu Szpitala Grochowskiego
im. dr. med. Rafała Masztaka Sp. z o.o.
w Warszawie

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/19/062

Organizacja, dostępność i jakość diagnostyki patomorfologicznej

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Szpital Grochowski im. dr. med. Rafała Masztaka Sp. z o.o. w Warszawie, ul. Grenadierów 51/59 ¹
Kierownik jednostki kontrolowanej	Witold Bromboszcz, Prezes Zarządu od 1 października 2013 r.; poprzednio od 1 października 2008 r. do 30 września 2013 r. dyrektor Szpitala Grochowskiego im. dr. med. Rafała Masztaka SP ZOZ
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Organizacja wykonywania czynności diagnostyki patomorfologicznej 2. Dostępność i jakość świadczeń diagnostyki patomorfologicznej
Okres objęty kontrolą	Lata 2017–2019 do dnia zakończenia czynności kontrolnych (tj. 8 listopada 2019 r.), z uwzględnieniem działań wcześniejszych, jeśli miały wpływ na działalność w okresie objętym kontrolą.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ²
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Departament Zdrowia
Kontroler	Teresa Zielińska, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr KZD/35/2019 z 4 września 2019 r. <p style="text-align: right;">(akta kontroli str. 1-4)</p>

II. Ocena ogólna³ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Szpital zapewniał na bieżąco dostęp do badań diagnostyki patomorfologicznej. Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia wykonywanie badań histopatologicznych, cytologicznych oraz śródoperacyjnych w lokalizacji Szpitala, w pomieszczeniach spełniających wymagania i przez osoby do tego uprawnione. Badania niewykonywane w Szpitalu zostały prawidłowo zlecone do realizacji podmiotom zewnętrznym.

W Szpitalu nie opracowano jednak procedur określających sposób zlecenia badań, pobierania materiału, jego transportu, przyjęcia, przechowywania i udostępniania, mimo upływu blisko dwóch lat od określenia przez Ministra Zdrowia standardów organizacyjnych opieki zdrowotnej w dziedzinie patomorfologii⁴. Nie prowadzono także dokumentacji wewnętrznej kontroli jakości badań diagnostyki patomorfologicznej i nie opracowano zasad jej prowadzenia. Nie zapewniono tym samym odpowiedniego standardu postępowania, co może mieć wpływ na obniżenie jakości usług. W ocenie NIK było to działanie nierzetelne, zwłaszcza w sytuacji, gdy diagnostyka patomorfologiczna leży u podstaw leczenia onkologicznego. Termin na dostosowanie się do wymagań zawartych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia upływa już 10 stycznia 2020 r.

Nie zapewniono systematycznego przeglądu jednego z urządzeń wykorzystywanych w Pracowni, a przeglądy pozostałej aparatury i sprzętu, prowadzone przez pracowników Szpitala, nie zostały właściwie udokumentowane. Ma to szczególne znaczenie ze względu na długi okres eksploatacji sprzętu, który dla większości urządzeń wynosił 14–28 lat.

¹ Dalej również: „Szpital” lub „Szpital Grochowski”.

² Dz. U. z 2019 r. poz. 489, ze zm., dalej: „ustawa o NIK”.

³ Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 grudnia 2017 r. w sprawie standardów organizacyjnych opieki zdrowotnej w dziedzinie patomorfologii (Dz. U. z 2017 r. poz. 2435) – zwane dalej *rozporządzeniem w sprawie standardów w patomorfologii*.

Stwierdzone przypadki opóźnionych płatności, z tytułu zlecenia badań diagnostyki patomorfologicznej kontrahentom zewnętrznym, chociaż wystąpiły w znacznej skali, nie miały wpływu na dostępność tych świadczeń zdrowotnych. Nieprawidłowości dotyczące braku wymaganych postanowień w umowie zawartej z podmiotem zewnętrznym, nie miały wpływu na proces diagnostyki.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe⁵ kontrolowanej działalności

OBSZAR

1. Organizacja wykonywania czynności diagnostyki patomorfologicznej

Opis stanu faktycznego

1.1 Dostępność do wykonywania niezbędnej diagnostyki patomorfologicznej

Szpital Grochowski wykonuje działalność leczniczą w rodzajach stacjonarne i całodobowe świadczenia szpitalne oraz ambulatoryjne świadczenia zdrowotne⁶. Posiada zaplecze diagnostyczno-zabiegowe.

We wrześniu 2019 r. funkcjonowało w nim sześć oddziałów szpitalnych (224 łóżka): I Oddział Chorób Wewnętrznych, Oddział Kardiologii z Pododdziałem Intensywnej Terapii Kardiologicznej, III Oddział Chorób Wewnętrznych, Oddział Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Oddział Intensywnej Terapii i Anestezjologii, Oddział Terapii i Rehabilitacji Neurologicznej, Blok Operacyjny, Izba Przyjęć.

(akta kontroli str. 44-66)

W latach 2017–2019 (I półrocze), zgodnie z profilem udzielanych świadczeń, Szpital zapewnił dostęp do badań histopatologicznych i cytologicznych, do czego zobowiązuje § 4 ust. 1 pkt 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego⁷. W swojej strukturze posiada Pracownię Histopatologii i Cytodiagnostyki, która wykonuje diagnostykę patomorfologiczną w ww. zakresie. W Pracowni wykonywane były również badania histopatologiczne śródoperacyjne.

(akta kontroli str. 53, 66, 103, 302)

Zgodnie z art. 103 i art. 107 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁸, Szpital Grochowski posiada aktualny wpis do rejestru podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego przez Wojewodę Mazowieckiego. W księdze rejestrowej o numerze 000000007123 ujęto Pracownię Histopatologii i Cytodiagnostyki.

Pracownia Histopatologii i Cytodiagnostyki nie posiada licencji Polskiego Towarzystwa Patologów i nie ubiegała się o jej przyznanie.

(akta kontroli str. 184-221, 6, 527)

1.2 Spełnianie wymagań lokalowych przez pracownię wykonującą diagnostykę patomorfologiczną

W skład Pracowni Histopatologii i Cytodiagnostyki wchodzi pomieszczenia wskazane w załączniku nr 1 rozdział X pkt 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą⁹, tj.:

- pracownia formalinowa, w której następuje obróbka technologiczna wycinków materiałów przekazanych do badania,

⁵ Oceny cząstkowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena cząstkowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

⁶ Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne wykonywane były w poradniach: neurologicznej, chirurgii ogólnej, chirurgii onkologicznej, chorób piersi, leczenia bólu, diabetologicznej, alergologicznej, kardiologicznej, chorób wewnętrznych.

⁷ Dz. U. z 2017 r. poz. 2295, ze zm., zwane dalej rozporządzeniem *w sprawie leczenia szpitalnego*.

⁸ Dz. U. z 2018 r. poz. 2190, ze zm., zwana dalej ustawą *o działalności leczniczej*.

⁹ Dz. U. z 2019 r. poz. 595 – zwane dalej rozporządzeniem *w sprawie wymagań podmiotu wykonującego działalność leczniczą*.

- pracownia obróbki preparatów histologicznych, w której obrabiane są m.in. bloczki parafinowe,
- pracownia obróbki materiałów cytologicznych (jedno stanowisko) i histopatologicznych (jedno stanowisko), z automatycznym wyciągiem powietrza,
- dwie pracownie mikroskopowe, w tym jedna wykorzystywana przez kierownika Pracowni – lekarza histopatologa,
- pomieszczenie administracyjne z wydzieloną częścią socjalną oraz wydzielonym stanowiskiem do krojenia bloczków parafinowych,
- szatnia dla personelu i węzeł sanitarny.

Kształt i powierzchnia pomieszczeń Pracowni Histopatologii i Cytodiagnostyki, zgodnie z § 16 ww. rozporządzenia, umożliwiają prawidłowe rozmieszczenie, zainstalowanie i użytkowanie urządzeń, aparatury i sprzętu, stanowiących jego niezbędne funkcjonalne wyposażenie. Stan techniczny i sanitarny pomieszczeń Pracowni był bardzo dobry.

W Pracowni nie ma pracowni technik specjalnych¹⁰ – badań tych nie wykonuje się w Szpitalu Grochowskim. Szpital nie posiada części sekcyjnej, zapewnia chłodzię do przechowywania zwłok i salę ich wydawania, zgodnie z wymaganiami wskazanymi w zał. nr 1 rozdz. X pkt 3 i 6 rozporządzenia w sprawie wymagań podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

(akta kontroli str. 258-259)

W grudniu 2012 r. Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Warszawie zaopiniował pozytywnie¹¹ program dostosowania Szpitala Grochowskiego do wymagań określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą¹².

Program działań dostosowawczych do obowiązujących przepisów prawa nie obejmował pomieszczeń i urządzeń pracowni, w której wykonywane były badania diagnostyki patomorfologicznej.

(akta kontroli str. 260-301)

1.3 Kontrole przeprowadzone przez właściwe organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej

W latach 2017–2019 (I półrocze) w Szpitalu przeprowadzono 11 kontroli, które swoim zakresem obejmowały m.in. Pracownię Histopatologii i Cytodiagnostyki, w tym cztery dotyczące ogólnych wymogów bezpieczeństwa i higieny pracy, a pozostałe – ekspozycji zawodowej na czynniki szkodliwe dla zdrowia w środowisku pracy.

W październiku 2017 r. Państwowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Warszawie (dalej: „PSSE”) przeprowadziła kontrolę sanitarną w zakresie ogólnych wymogów bezpieczeństwa i higieny pracy w Szpitalu, która - w odniesieniu do Pracowni - stwierdziła: uszkodzone szafy do przechowywania odzieży, uszkodzone meble w całej pracowni, niewłaściwe siedziska oraz brak wydzielonego pomieszczenia do spożywania posiłków. Decyzją z grudnia 2017 r.¹³, Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny nakazał zapewnić w Pracowni właściwy stan sanitarno-techniczny. Zalecenia zostały wykonane, co zostało potwierdzone w kontrolach sprawdzających wykonanie tej decyzji, przeprowadzonych przez PSSE w styczniu 2018 r. oraz dwóch kolejnych kontrolach w grudniu 2018 r.

W marcu 2019 r., PSSE przeprowadziła dwie kontrole, w związku z pismem Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego informującym o przekroczeniu najwyższego dopuszczalnego stężenia chwilowego formaldehydu¹⁴ na stanowisku pracy lekarza histopatologa, o czym mowa poniżej.

¹⁰ Pracowni histochemicznych, immunohistochemicznych, immunocytochemicznych i innych.

¹¹ Decyzja DE EPN/00814/2012 z dnia 10 grudnia 2012 r.

¹² Dz. U. z 2012 r. poz. 739).

¹³ Decyzja Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Warszawie, nr 302/2017 z dnia 15 grudnia 2017 r.

¹⁴ W Polsce dotychczasowa wartość najwyższego dopuszczalnego stężenia formaldehydu na stanowiskach pracy wynosi 0,37 mg/m³, a wartość dopuszczalnego stężenia chwilowego – 0,74 mg/m³ (rozporządzenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 12 czerwca 2018 r. w sprawie najwyższych dopuszczalnych stężeń i natężeń czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy – Dz. U. 2018 r. poz. 1286).

Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Warszawie (dalej: „WSSE”) przeprowadziła w Pracowni, w dniu 6 marca 2019 r., badanie, które wykazało 2,75-krotne przekroczenie wartości najwyższego dopuszczalnego stężenia chwilowego formaldehydu podczas pobierania wycinków z materiału biologicznego. Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny zobowiązał pracodawcę do natychmiastowego podjęcia działań zmierzających do zlikwidowania istniejącego zagrożenia zdrowia pracowników. W kolejnym badaniu, przeprowadzonym w dniu 13 marca 2019 r., WSSE stwierdziła, że warunki pracy były bezpieczne. Analogiczne kontrole przeprowadzone w latach poprzednich, tj. we wrześniu 2017 r. i w marcu 2018 r. również nie wykazywały nieprawidłowości i WSSE potwierdziła bezpieczne warunki pracy na badanych stanowiskach (w zakresie badanego czynnika – formaldehydu). Kontrola WSSE, z sierpnia 2018 r., potwierdziła także bezpieczne warunki pracy w zakresie badanych czynników, tj. etanolu i ksylenu.

Państwowa Inspekcja Sanitarna nie nakładała kar pieniężnych na Szpital.

(akta kontroli str. 578-648)

1.4 Badania w zakresie diagnostyki patomorfologicznej zlecane do realizacji podmiotom zewnętrznym

W Szpitalu Grochowskim obowiązywały cztery umowy dotyczące zlecenia diagnostyki patomorfologicznej do realizacji podmiotom zewnętrznym, zawarte z:

- 1) Samodzielnym Publicznym Centralnym Szpitalem Klinicznym w Warszawie przy ul. Banacha (dalej: „SPCSK”) – na oznaczanie receptorów estrogenowych i progesteronowych,
- 2) Szpitalem Praskim p.w. Przemienienia Pańskiego Sp. z o.o. – na wykonywanie badań sekcyjnych,
- 3) Wojskowym Instytutem Medycznym w Warszawie – na scyntyografię węzła wartowniczego; od 30 kwietnia 2019 r., na podstawie aneksu, zakres umowy rozszerzono o badania patomorfologiczne metodą hybrydyzacji in situ FISH; w I półroczu 2019 r. nie zlecono wykonania takich badań,
- 4) Centrum Onkologii – Instytut Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie – na świadczenia zdrowotne z zakresu programów lekowych lub wykonania badań genetycznych; umowa, zawarta 18 czerwca 2019 r., będzie realizowana po zawarciu przez Szpital Grochowski umowy z NFZ na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu chemioterapii.

Ponadto, w sierpniu 2019 r., Szpital zawarł porozumienie z Centrum Onkologii o współpracy i koordynacji w zakresie kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcami z rakiem piersi, które obowiązuje od 1 października 2019 r.

Przy wylaniu zewnętrznym realizatorów świadczeń diagnostyki patomorfologicznej, nie stosowano trybu konkursu ofert, o którym mowa w art. 26 ust. 3 i 4 ustawy o działalności leczniczej, ponieważ wartość zamówienia nie przekraczała 30 tys. euro (art. 26 ust. 4a).

(akta kontroli str. 302-338)

Przed zawarciem umowy z SPCSK przy ul. Banacha – jak wyjaśnił Prezes Zarządu Szpitala – przeprowadzono telefoniczne rozeznania rynku i tylko ten podmiot zaoferował sprzedaż usługi. Z przeprowadzonego badania potencjalnych usługodawców oraz wiedzy wynikało, że jako Szpital Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego gwarantuje najwyższą jakość świadczeń, a zawarcie umowy z tej klasy szpitalem jest korzystne dla pacjentów.

(akta kontroli str. 345-349)

Kontrolą objęto dwie z ww. umów, tj.: umowę zawartą w grudniu 2017 r. z SPCSK¹⁵ oraz umowę ze Szpitalem Praskim, zawartą w maju 2017 r.¹⁶

Skontrolowane umowy spełniały wymogi określone w art. 27 ust. 1, art. 27 ust. 4 pkt 1 oraz pkt 5-6 i pkt 8-9 ustawy o działalności leczniczej. Określony tryb ich rozwiązania był zgodny z przepisami art. 27 ust. 8 pkt 1-4 ustawy o działalności leczniczej.

¹⁵ Poprzednia umowa obowiązywała od stycznia 2014 r. do grudnia 2017 r.

¹⁶ Poprzednia umowa obowiązywała od czerwca 2014 r. do maja 2017 r.

Nieprawidłowości dotyczące nieokreślenia w skontrolowanych umowach niektórych, wymaganych przepisami ustawy regulacji, zostały opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 303-324, 339-344)

1.5 Rozliczenia finansowe z podmiotami zewnętrznymi z tytułu wykonywanych badań

Z tytułu wykonanych badań diagnostyki patomorfologicznej, w latach 2017–2019 (I półrocze), zewnętrzni realizatorzy wystawili Szpitalowi Grochowskiemu faktury na łączną kwotę 62 905 zł, z tego:

- SPCSK przy ul. Banacha wystawił 26 faktur na łączną kwotę 59 305 zł¹⁷,
- Szpital Praski wystawił trzy faktury na łączną kwotę 3 600 zł za wykonanie sekcji zwłok.

Dwie faktury z 2017 r., wystawione przez Szpital Praski, zapłacono z opóźnieniem 76 i 110 dni. Fakturę z 2018 r. uregulowano w terminie. Szpital Praski nie wystawił not odsetkowych w związku z nieterminowym regulowaniem zobowiązań.

Szpital Grochowski nieterminowo uregulował 20 faktur, tj. 77% faktur wystawionych przez SPCSK przy ul. Banacha. Największe opóźnienia, od 29 do 172 dni, wystąpiły w 2017 r. i dotyczyły wszystkich 11 faktur z tego roku. W 2018 r. opóźnienia wyniosły od dwóch do 93 dni i dotyczyły sześciu faktur, a w 2019 r. wyniosły od sześciu do 60 dni i dotyczyły trzech faktur.

W związku z nieterminowym regulowaniem zobowiązań w 2017 r., SPCSK wystawił notę odsetkową na kwotę 422,58 zł (z terminem płatności do 1 lutego 2018 r.), którą Szpital Grochowski zapłacił w czerwcu 2018 r. W kolejnych latach nie wystawiono not odsetkowych.

Na koniec grudnia 2017 r. i 2018 r. oraz na dzień 30 czerwca 2019 r., z tytułu zlecenia badań w zakresie diagnostyki patomorfologicznej podmiotom zewnętrznym, zobowiązania wymagalne nie wystąpiły.

Zastępca Głównego Księgowego wyjaśniła, że faktury oraz nota odsetkowa uregulowane były po terminie wymagalności z uwagi na utrzymującą się trudną sytuację finansową Szpitala. W związku z nieterminowymi płatnościami, poza otrzymanym od SPCSK wezwaniem do zapłaty, nie były wszczęte przeciwko Szpitalowi żadne postępowania windykacyjne ani sądowe.

(akta kontroli str. 350-376)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. W umowie z SPCSK przy ul. Banacha nie doprecyzowano sposobu organizacji udzielania świadczeń poprzez określenie dni i godzin ich udzielania, co jest wymagane zgodnie z art. 27 ust. 4 pkt 2 ustawy o działalności leczniczej. Nie ustalono też trybu przekazywania, udzielającemu zamówienie, informacji o realizacji przyjętego zamówienia, co jest wymagane, zgodnie z art. 27 ust. 4 pkt 7 tej ustawy.

Prezes Zarządu Szpitala wyjaśnił, że sposób organizacji, w tym miejsca, dni i godzin udzielania świadczeń zdrowotnych, wynika z § 3 ust. 5 umowy. Wskazał, że badania wykonywane są przez przyjmującego zamówienie w Zakładzie Patomorfologii w godzinach jego pracy i Szpital Grochowski może zawozić materiał do badań pięć dni w tygodniu w godzinach pracy Zakładu Patomorfologii SPCSK.

Wyjaśnił także, że dotychczasowa współpraca potwierdza przyjęte w momencie zawarcia umowy założenie, że szczegółowe regulowanie trybu przekazywania informacji o realizacji przyjętego zamówienia nie jest konieczne, ponieważ obydwie placówki pozostają w stałym kontakcie telefonicznym, a Szpital Grochowski odbiera wyniki natychmiast po uzyskaniu informacji ze SPCSK. Jak wyjaśnił Prezes, Szpital Grochowski regularnie otrzymywał wyniki badań i nie budziły one wątpliwości. Szpital wybiera podmioty, które posiadają umowy z NFZ i są przez NFZ kontrolowane, co zapewnia – jak stwierdził – że realizowane przez nie świadczenia są należytej jakości.

¹⁷ Faktury ujęte w kosztach Szpitala za okres od 1 stycznia 2017 do końca czerwca 2019 r.

NIK nie podziela argumentacji przedstawionej w wyjaśnieniu, ponieważ § 3 ust. 5 umowy zawartej z SPCSK stanowi jedynie cyt. „Świadczenia udzielane będą w Zakładzie Patomorfologii przyjmującego zamówienie”.

Zdaniem NIK, brak w umowie obligatoryjnych uregulowań wynikających z ustawy o działalności leczniczej, jak też ich niedoprecyzowanie, chociaż do tej pory – jak wyjaśniono – nie miały negatywnego wpływu na udzielanie świadczeń w zakresie diagnostyki patomorfologicznej przez podmioty zewnętrzne, wskazuje jednak na brak możliwości pełnej kontroli Szpitala Grochowskiego nad przebiegiem procesu pozyskiwania wyników badań.

(dowód: akta kontroli str. 303-312, 339-341, 345-349)

2. Szpital nieterminowo dokonywał płatności podmiotom zewnętrznym za wykonane świadczenia z tytułu realizacji zawartych umów w zakresie diagnostyki patomorfologicznej. W latach 2017–2019 (I półrocze), płatności za 22 faktury na kwotę 48 215 zł, które stanowiły 76% wszystkich faktur ujętych w kosztach tego okresu (na kwotę 62 905 zł), Szpital zapłacił z opóźnieniem wynoszącym od dwóch do 172 dni.

Z powodu nieterminowego regulowania zobowiązań, Szpital zapłacił odsetki karne w kwocie 423 zł.

Przyczyną nieterminowego regulowania zobowiązań oraz noty odsetkowej była – jak wyjaśniła Zastępca Głównego Księgowego – utrzymująca się trudna sytuacja finansowa Szpitala.

(akta kontroli str. 350-355, 360-361)

OCENA CZĄSTKOWA

NIK pozytywnie ocenia organizację udzielania świadczeń zdrowotnych, zapewniającą wykonywanie diagnostyki patomorfologicznej w lokalizacji Szpitala, w pomieszczeniach spełniających wymagania, a w przypadku braku możliwości jej wykonania we własnym zakresie, zlecenie badań do realizacji podmiotom zewnętrznym. Opóźnione płatności z tytułu zlecenia badań kontrahentom zewnętrznym, chociaż wystąpiły w dużej skali, nie miały wpływu na dostępność tych świadczeń. Nieprawidłowości, dotyczące braku wymaganych postanowień w zawartej umowie z podmiotem zewnętrznym, nie miały wpływu na proces diagnostyki.

OBSZAR

2. Dostępność i jakość świadczeń diagnostyki patomorfologicznej

Opis stanu faktycznego

2.1 Zatrudnienie w pracowni wykonującej diagnostykę patomorfologiczną

W latach 2017–2019 w Pracowni Histopatologii i Cytodiagnostyki zatrudnione były trzy osoby, na pełny etat, w tym lekarz patomorfolog i dwóch techników analityki medycznej. Lekarz i jeden z techników, w całym okresie objętym kontrolą, zatrudnieni byli na podstawie umowy o pracę, natomiast w przypadku drugiego technika – w 2018 r. zmieniła się forma zatrudnienia z umowy o pracę na umowę o świadczenie usług.

Funkcję kierownika Pracowni, zgodnie z § 3 ust. 1 rozporządzenia w sprawie standardów w patomorfologii, sprawuje lekarz posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie patomorfologii, oraz doświadczenie 28 lat pracy w Szpitalu.

Osoby zatrudnione na stanowisku starszego technika pracowały w Szpitalu 34 i 40 lat, a ich uprawnienia do wykonywania zawodu potwierdzone zostały dyplomem ukończenia medycznego studium zawodowego i uzyskaniem tytułu technika analityki medycznej.

Personel Pracowni posiadał uprawnienia do wykonywania czynności diagnostyki patomorfologicznej, zgodnie z § 6 ust. 2 rozporządzenia w sprawie standardów w patomorfologii.

(akta kontroli str. 394-400)

Pracownia Histopatologii i Cytodiagnostyki, w której wykonywane są czynności diagnostyki patomorfologicznej, funkcjonuje w systemie jednozmianowym, od poniedziałku do piątku. Materiał do badań przyjmowany jest w godzinach porannych, wyniki badań odbierane są w godzinach funkcjonowania Pracowni.

Pracownicy pracujący w systemie podstawowym (jedna zmiana), pracują w godzinach 7⁰⁰ – 14³⁵ lub 8⁰⁰ – 15³⁵.

(akta kontroli str. 66, 103, 136)

Analiza kart ewidencji miesięcznej czasu pracy lekarza patomorfologa w połączeniu z listami obecności, za sześć miesięcy z okresu objętego kontrolą¹⁸, wykazała, że zapewniono obecność patomorfologa zgodnie z trybem pracy Pracowni, w celu sprawowania nadzoru nad procesem wykonywania czynności diagnostyki patomorfologicznej.

Stwierdzone w trakcie badań kontrolnych, głównie jednodniowe nieobecności lekarza, w związku urlopem wypoczynkowym, nie skutkowały istotnymi opóźnieniami w wydaniu wyników badań z Pracowni. Rozpoznanie patomorfologiczne podpisywane były wyłącznie przez lekarza patomorfologa.

(akta kontroli str. 401-412)

W okresie od 1 stycznia 2017 r. do 5 września 2019 r. osoby zatrudnione w Pracowni nie wzięły udziału w żadnych szkoleniach, kursach, konferencjach, co opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. Nie prowadzono też współpracy z Polskim Towarzystwem Patologów.

Kierownik Pracowni wyjaśniła, że pracownicy podnosili swoje kwalifikacje, korzystając z informacji i sprawozdań internetowych z odbywających się zjazdów dotyczących Patomorfologii w Polsce i na świecie.

(akta kontroli str. 393, 567, 574)

2.2 Badania wykonywane w pracowni patomorfologii

W latach 2017–2019 (I półrocze) w Pracowni Histopatologii i Cytodiagnostyki Szpitala Grochowskiego wykonano 3781 badań¹⁹ (rozpoznań patomorfologicznych) w rodzaju: badania histopatologiczne, cytologiczne i śródoperacyjne. W ramach wykonanych badań ocenie podlegało 15 220 preparatów mikroskopowych.

Badania histopatologiczne stanowiły zdecydowaną większość wykonanych badań. W 2017 r. postawiono 1331 rozpoznań patomorfologicznych, na podstawie oceny 5186 preparatów mikroskopowych. W 2018 r. liczba postawionych rozpoznań wyniosła 1324 (na poziomie roku 2017), a liczba ocenianych preparatów wzrosła o 8,0% do 5600. W I półroczu 2019 r. postawiono 729 rozpoznań, a oceniono w tym okresie 3324 preparaty. Średnia liczba ocenianych dziennie preparatów wzrastała rok do roku i wynosiła: w 2017 r. – 21, w 2018 r. – 22 i w I połowie 2019 r. – 27.

Wśród wykonanych badań histopatologicznych znikoma była liczba badań wykonanych dla podmiotów zewnętrznych (pacjentów indywidualnych). W 2017 r. wykonano trzy badania, w 2018 r. – 14 i w I połowie 2019 r. – pięć badań. Liczba badań (rozpoznań) była równa liczbie ocenianych preparatów.

Badania cytologiczne stanowiły w kontrolowanym okresie 7% wszystkich badań (ocenianych preparatów) wykonanych w Pracowni.

W 2017 r. postawiono 131 rozpoznań patomorfologicznych, w ramach których oceniono 374 preparaty mikroskopowe. W 2018 r. liczba postawionych rozpoznań wzrosła o 16% do 152, a liczba ocenianych preparatów wzrosła o 28% do 479. W I półroczu 2019 r. postawiono 69 rozpoznań, a ocenie podlegało 212 preparatów. W kontrolowanym okresie dziennie oceniano średnio dwa preparaty.

W Pracowni nie wykonywano badań cytologicznych szyjki macicy.

Badania śródoperacyjne stanowiły 0,3% wszystkich ocenianych preparatów.

W 2017 r. wykonano siedem badań śródoperacyjnych, w 2018 r. – 25 badań i w I połowie 2019 r. – 13 badań.

Nie wykonywano badań cytologicznych i śródoperacyjnych dla podmiotów zewnętrznych.

Liczba wszystkich rozpoznań (histopatologicznych i cytologicznych) wykonanych przez lekarza patomorfologa w ciągu jednego roku w Szpitalu Grochowskim nie przekraczała

¹⁸ Styczeń i grudzień 2017 r., lipiec i październik 2018 r., oraz marzec i czerwiec 2019 r.

¹⁹ Przez jedno badanie (procedurę) należy rozumieć postawienie rozpoznania patomorfologicznego wraz z odpowiednim opisem (raportu, wyniku zintegrowanego) materiału pobranego od jednego pacjenta w czasie jednego zabiegu.

limitu 3000 badań określonego dla zakładów w szpitalach I stopnia referencyjności²⁰ – i wynosiła od 49% do 54%²¹ tego limitu.

Liczba przygotowanych do badania preparatów mikroskopowych przez jednego technika analityki medycznej wynosiła średnio: w 2017 r. – 2784 preparaty, w 2018 r. – 3052 preparaty i w 2019 r. (I półrocze) – 1775 preparatów.

(akta kontroli str. 413-414)

2.3 Czas wykonywania diagnostyki patomorfologicznej

Rejestry wykonywanych badań prowadzone były w wersji papierowej. W Pracowni zgromadzona była dokumentacja medyczna dotycząca badań, tj. oryginały skierowań i kserokopie wyników badań.

W wyniku kontroli czasu oczekiwania na wynik badania, na podstawie losowo dobranej próby 50 badań (25 histopatologicznych i 25 cytologicznych), stwierdzono:

- w 92% przypadków (46 badań), materiał do badania dostarczany był do Pracowni w dniu pobrania, a tylko w czterech przypadkach (materiał histopatologiczny) rejestrowany był w Pracowni w następnym dniu lub po upływie dwóch dni kalendarzowych od pobrania,
- czas oczekiwania na wynik, od dnia pobrania materiału do wykonania badania, tj. postawienia rozpoznania przez lekarza patomorfologa, wynosił:
 - do 10 dni kalendarzowych – w 43 przypadkach (86% zbadanej próby), w tym 15 badań cytologicznych wykonano w terminie dwóch dni, a siedem badań cytologicznych do siedmiu dni,
 - od 13 do 19 dni kalendarzowych – w pozostałych siedmiu przypadkach badań (histopatologicznych).

W żadnym z kontrolowanych przypadków, czas wydania wyniku, tj. rozpoznania patomorfologicznego nie był dłuższy niż 12 dni roboczych (licząc od dnia pobrania materiału).

(akta kontroli str. 415-421)

Kontrola ww. 50 wyników badań wykazała, że w dziewięciu przypadkach lekarz patomorfolog stwierdziła rozpoznanie nowotworu. Dotyczyło to pacjentów:

- z Oddziału Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej – sześć przypadków nowotworu (jelita grubego, żołądka, tarczycy i sutka),
- z Oddziału III Wewnętrzny – dwa przypadki (nowotwór płuc),
- z Poradni Chirurgii Onkologicznej – jeden przypadek (nowotwór skóry).

Wyjaśniając, czy w każdym wskazanym wyżej przypadku, wykonano dodatkową diagnostykę patomorfologiczną, w celu uzyskania niezbędnego zakresu informacji mającej wpływ na dalsze postępowanie terapeutyczne, Zastępca Kierownika Oddziału Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej wyjaśniła, że pogłębioną diagnostykę patomorfologiczną wykonano u jednej pacjentki²². W pozostałych przypadkach, jak wynika z wyjaśnień kierowników oddziałów, nie wykonywano pogłębionej diagnostyki histopatologicznej, co zostało uzasadnione względami medycznymi. W kilku przypadkach wykonano dodatkową diagnostykę obrazową.

Zastępca Kierownika Oddziału Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej wyjaśniła ponadto, że w przypadku, gdy u pacjenta zostaje stwierdzony nowotwór, po konsultacji z chirurgiem onkologiem, wykonywane są niezbędne badania obrazowe – tomografia i badania

²⁰ Limity obciążenia pracą patomorfologów, określone przez Polskie Towarzystwo Patologów na stronie http://pol-pat.pl/wp-content/uploads/2019/01/00_zal4_limity-obciazenia_licencjePTP_ver2019_01a.pdf

²¹ Przy określaniu średniej liczby badań w pierwszym półroczu 2019 r. przyjęto limit 1500.

²² Pogłębioną diagnostykę wykonano u pacjentki przyjętej planowo 30 października 2018 r. z rakiem piersi (rozpoznanie postawiono na podstawie biopsji wykonanej w ramach diagnostyki przeprowadzonej przez przyszpitalną Poradnię Chirurgii Onkologicznej). W dniu 31 października 2018 r. wykonano zabieg BCT piersi lewej z usunięciem węzłów chłonnych, przebieg pooperacyjny bez powikłań. Wykonano pogłębione badanie immunohistochemiczne (SPCSK w Warszawie, Zakład Patomorfologii ul. Pawińskiego 7 w Warszawie) z oznaczeniem receptorów: estrogen, progesteron, Cerb, Ki67, co zostało udokumentowane. Chora została skierowana na leczenie uzupełniające do Zakładu Radioterapii Centrum Onkologii przy ul. Wawelskiej w Warszawie.

endoskopowe oraz, jeśli jest taka potrzeba, pogłębiane jest badanie histopatologiczne tak, aby ocenić stopień zaawansowania nowotworu. Wykonywane są także niezbędne badania konieczne do oceny stanu zdrowia chorego np. diagnostyka kardiologiczna. Biorąc pod uwagę stan zdrowia chorego i stopień zaawansowania, planowane jest leczenie. W przypadku nowotworów przewodu pokarmowego, sutka, tarczycy, skóry – jeśli konieczne jest leczenie przedoperacyjne – radioterapia i/lub chemioterapia, pacjenci kierowani są do ośrodków onkologicznych. Leczenie operacyjne tych nowotworów jest przeprowadzane w Oddziale Chirurgii Ogólnej. W przypadku nowotworów głowy i szyi, klatki piersiowej, płuc, przełyku, wątroby, trzustki, nerek, przestrzeni zaotrzewnowej, narządów płciowych oraz chorób hematologicznych chorzy kierowani są do ośrodków onkologicznych zajmujących się leczeniem tych nowotworów.

W trzech spośród 50 skontrolowanych badań, w wyniku badania cytologicznego, lekarz patomorfolog stwierdziła konieczność przeprowadzenia dalszej diagnostyki. Według przedstawionych przez lekarzy informacji badania zostały wykonane.

(akta kontroli str. 435-448)

Szpital Grochowski nie posiada statystyki rozpoznań nowotworów stwierdzonych w latach 2017–2019 (I półrocze). Jak wyjaśnił Prezes Zarządu Szpitala, lekarze mają obowiązek zgłaszania nowotworów do Krajowego Rejestru Nowotworów, ale Szpital nie prowadzi statystyki tych zgłoszeń.

(akta kontroli str. 436, 449, 454-461)

2.4 Przychody i koszty pracowni wykonującej diagnostykę patomorfologiczną

Pracownia Histopatologii i Cytodiagnostyki wykonywała świadczenia diagnostyki patomorfologicznej na rzecz jednostek organizacyjnych Szpitala, tj. przychodni i oddziałów szpitalnych. Badania wykonane pacjentom indywidualnym zewnętrznym (22 badania²³ w ciągu 2,5 lat) stanowiły zaledwie 0,1% wszystkich ocenianych preparatów w tym okresie.

W latach 2017–2019 (I półrocze), Pracownia osiągnęła przychody za wykonywanie podstawowego barwienia rozmazów cytologicznych, na podstawie umów zawartych z dwoma podmiotami. Przychody z tego tytułu były niewielkie, w odniesieniu do przychodów ze sprzedaży ogółem Szpitala i wynosiły: w 2017 r. – 6,0 tys. zł, w 2018 r. – 7,1 tys. zł i w 2019 r. (I półrocze) – 3,2 tys. zł, co stanowiło zaledwie 0,01% przychodów Szpitala ze sprzedaży w tych latach²⁴.

(akta kontroli str. 413-414, 466-477)

Koszty działalności Pracowni (razem z kosztami pośrednimi) stanowiły około 0,4% kosztów działalności operacyjnej ogółem Szpitala. Natomiast udział kosztów bezpośrednich Pracowni w kosztach działalności operacyjnej Szpitala wynosił około 0,3%.

W 2017 r. koszty Pracowni wyniosły 272,8 tys. zł, w 2018 r. – 292,1 tys. zł, a w I połowie 2019 r. – 140,1 tys. zł i stanowiły odpowiednio 0,39%, 0,38% i 0,34% kosztów działalności operacyjnej Szpitala²⁵ w tych latach.

W strukturze kosztów Pracowni największy udział stanowiły wynagrodzenia: w 2017 r. – 54,0%, w 2018 r. – 53,4% i w 2019 r. (I półrocze) – 55,9%.

Poza wynagrodzeniami, w kosztach rodzajowych Pracowni wyodrębniono w 2017 r.: ubezpieczenia społeczne i inne świadczenia – 10,3% kosztów Pracowni, zużycie energii – 9,0% kosztów, usługi obce – 4,9%, zużycie materiałów – 3,8%, amortyzację – 1,6%, podatki i opłaty – 1,4%, koszty pośrednie – 15,0% kosztów Pracowni.

W 2018 r. koszty w ww. grupach (poza wynagrodzeniami) wynosiły odpowiednio: 9,8% (ubezpieczenia społeczne i inne świadczenia), 9,0% (energia), 5,7% (usługi obce), 3,6% (zużycie materiałów), 1,4% (amortyzacja), 1,3% (podatki i opłaty) i 15,8% (koszty pośrednie), zaś w 2019 r. (I półrocze) wynosiły odpowiednio: 10,6%, 9,0%, 3,8%, 1,7%, 0,4%, 1,1% i 17,5% kosztów Pracowni.

²³ Liczba badań wykonanych pacjentom zewnętrznym (rozpoznań patomorfologicznych) była równa liczbie ocenianych preparatów.

²⁴ Przychody Szpitala netto ze sprzedaży w 2017 r. wyniosły 56 333,2 tys. zł, w 2018 r. - 64 102,2 tys. zł, a w 2019 r. (I półrocze) - 33 414,6 tys. zł.

²⁵ Koszty działalności operacyjnej ogółem Szpitala wyniosły 70 029,5 tys. zł w 2017 r., 77 873,0 tys. zł w 2018 r. i 41 055,3 tys. zł w 2019 r. (do końca czerwca).

Udział kosztów diagnostyki patomorfologicznej w kosztach realizowanych świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych

Na podstawie umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia, w latach 2017–2019, Szpital Grochowski realizował świadczenia zdrowotne w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna, leczenie szpitalne, podstawowa opieka zdrowotna (nocna i świąteczna opieka zdrowotna) oraz rehabilitacja lecznicza (rehabilitacja neurologiczna).

Badania z zakresu diagnostyki patomorfologicznej wykonywane były na rzecz pacjentów ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, leczenia szpitalnego i izby przyjęć. Nie wykonywano badań na rzecz pacjentów nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej i rehabilitacji neurologicznej²⁶.

W 2017 r. koszty diagnostyki patomorfologicznej (272,8 tys. zł) stanowiły 0,5% wykonania umów z NFZ (59 830,7 tys. zł). Najwyższe koszty badań, poniesiono na rzecz pacjentów:

- oddziału chirurgii ogólnej i onkologicznej w kwocie 138,4 tys. zł, co stanowiło 1,7% wykonania umowy zawartej z NFZ w oddziale,
- oddziałów wewnętrznych w kwocie 76,3 tys. zł, co stanowiło 0,8% wykonania umowy z NFZ w oddziałach,
- poradni chirurgii onkologicznej w kwocie 24,0 tys. zł, co stanowiło 8,5% wykonania umowy z NFZ w poradni,
- poradni chirurgii ogólnej w kwocie 18,5 tys. zł, co stanowiło 4,2% wykonania umowy z NFZ w poradni.

Pozostałe badania, na łączną kwotę 15,4 tys. zł, realizowane były na rzecz pacjentów z oddziałów kardiologii, anestezjologii i intensywnej terapii, izby przyjęć i rehabilitacji neurologicznej, a ich udział w kosztach świadczeń sfinansowanych ze środków NFZ wynosił od 0,01% do 0,06%.

W 2018 r. koszty diagnostyki patomorfologicznej (292,1 tys. zł) stanowiły 0,4% kosztów wykonania przez Szpital wszystkich zawartych umów z NFZ (68 730,1 tys. zł). Najwyższe koszty badań zostały poniesione na rzecz pacjentów:

- oddziału chirurgii ogólnej i onkologicznej w kwocie 149,3 tys. zł, co stanowiło 1,6% wykonania umowy z NFZ w oddziale,
- oddziałów wewnętrznych w kwocie 79,8 tys. zł, co stanowiło 0,7% wykonania umowy z NFZ w oddziałach,
- poradni chirurgii onkologicznej w kwocie 46,5 tys. zł, co stanowiło 11,8% wykonania umowy z NFZ w poradni.

Pozostałe badania, na łączną kwotę 16,5 tys. zł, realizowane były na rzecz pacjentów z poradni chirurgii ogólnej i oddziałów kardiologii, anestezjologii i intensywnej terapii i izby przyjęć, a ich udział w kosztach świadczeń sfinansowanych ze środków NFZ wynosił od 0,01% do 0,06%.

W 2019 r. koszty diagnostyki patomorfologicznej (140,1 tys. zł) stanowiły 0,4% kosztów wykonania przez Szpital wszystkich umów zawartych z NFZ (36 192,0 tys. zł). Podobnie jak w latach poprzednich, najwyższe koszty badań, poniesiono na rzecz pacjentów z:

- oddziału chirurgii ogólnej i onkologicznej – 78,2 tys. zł, co stanowiło 1,5% wykonania umowy z NFZ w oddziale,
- oddziałów wewnętrznych – 34,0 tys. zł, co stanowiło 0,6% wykonania umowy z NFZ w oddziałach,
- poradni chirurgii onkologicznej – 22,1 tys. zł, co stanowiło 10,2% wykonania umowy z NFZ w poradni.

Pozostałe badania, na łączną kwotę 5,8 tys. zł, realizowane były na rzecz pacjentów z poradni chirurgii ogólnej i poradni kardiologicznej oraz oddziałów kardiologii, anestezjologii i intensywnej terapii i izby przyjęć, a ich udział w kosztach świadczeń sfinansowanych ze środków NFZ wynosił od 0,01% do 0,15%.

²⁶ Jedynie w 2017 r. na rzecz pacjentów rehabilitacji neurologicznej wykonano badania, których koszt wyniósł 342,08 zł (tj. 0,01% wykonania umowy z NFZ).

Średnie jednostkowe koszty wytworzenia poszczególnych procedur medycznych w Pracowni Histopatologii i Cytodiagnostyki, w poszczególnych latach objętych kontrolą, zostały skalkulowane w następujących kwotach:

- 1) Histopatologia – operacyjna: w 2017 r. – 45 zł; w 2018 r. – 44 zł; w 2019 r. – 38 zł,
- 2) Histopatologia – drobne: w 2017 r. – 42 zł; w 2018 r. – 41 zł; w 2019 r. – 35 zł,
- 3) Histopatologia – płuczyny: w 2017 r. – 177 zł; w 2018 r. – 173 zł; w 2019 r. – 148 zł,
- 4) Histopatologia – płwociny: w 2017 r. – 177 zł; w 2018 r. – 173 zł; w 2019 r. – 148 zł,
- 5) Histopatologia – gruboigłowa: w 2017 r. – 43 zł; w 2018 r. – 42 zł; w 2019 r. – 36 zł,
- 6) Badania śródoperacyjne INTRA: w 2017 r. – 221 zł; w 2018 r. – 215 zł; w 2019 r. – 185 zł,
- 7) Cytologia cienkoigłowa BAC: w 2017 r. – 76 zł; w 2018 r. – 74 zł; w 2019 r. – 63 zł,
- 8) Płyny: w 2017 r. – 88 zł; w 2018 r. – 86 zł; w 2019 r. – 74 zł,
- 9) Wymaz szczoteczkowy: w 2017 r. – 76 zł; w 2018 r. – 74 zł; w 2019 r. – 63 zł.

Analiza ww. kosztów wskazuje, że rok do roku koszty poszczególnych procedur zmniejszały się i w I połowie 2019 r. były o 16% niższe, niż w 2017 r. Wpłynęły na to niższe koszty jednostki kalkulacyjnej²⁷, która zmniejszyła się z 5,93 (w 2017 r.) do 4,95 (w I połowie 2019 r.). Metodologia wyliczenia kosztów jednostkowych poszczególnych procedur została przedstawiona przez główną księgową Szpitala i specjalistę ds. kosztów.

(akta kontroli str. 484-486)

Ceny i koszty badań zlecane podmiotom zewnętrznym

Poza badaniami wykonanymi we własnej Pracowni Histopatologii i Cytodiagnostyki, Szpital zlecał wykonanie diagnostyki patomorfologicznej podmiotom zewnętrznym. Łączna wartość zleconych badań, ujęta w kosztach okresu 2017–2019 (I półrocze), wyniosła 62 905 zł.

Na podstawie umowy z SPCSK przy ul. Banacha w Warszawie, zlecano wykonanie badań:

- histopatologicznych (konsultacja HE jeden blok) – cena jednostkowa tego badania wynosiła 65 zł; łączna wartość zleconych badań wyniosła: w 2017 r. – 1625 zł, w 2018 r. – 3315 zł, w 2019 r. (I półrocze) – 2015 zł,
- histopatologicznych (konsultacja jeden blok) – cena jednostkowa badania wynosiła 50 zł; wartość zleconych badań wyniosła w 2017 r. – 400 zł, a w 2018 r. i 2019 r. badań tych nie zlecono,
- histopatologicznych (barwienie histochemiczne – dodatkowe) – cena jednostkowa badania wynosiła 75 zł; łączna wartość zleconych badań wyniosła: w 2017 r. – 225 zł, w 2018 r. – 75 zł, w 2019 r. (I półrocze) – 150 zł,
- immunohistochemicznych – badanie mikroskopowe materiału z innych miejsc-innego określonego narządu – cena jednostkowa badania wynosiła 100 zł; wartość zleconych badań wyniosła: w 2017 r. – 15 500 zł, w 2018 r. – 15 400 zł, w 2019 r. (I półrocze) – 9600 zł,
- immunohistochemicznych (HER-2) – badanie mikroskopowe materiału z innych miejsc-innego określonego narządu – cena jednostkowa badania wynosiła 200 zł; wartość zleconych badań wyniosła: w 2017 r. – 2800 zł, w 2018 r. – 4600 zł, w 2019 r. (I półrocze) – 3600 zł.

Na podstawie umowy zawartej ze Szpitalem Praskim w Warszawie, zlecano wykonanie badań sekcyjnych. Łączna wartość wykonanych badań wyniosła 3600 zł, z czego: w 2017 r. – 2400 zł (za wykonanie dwóch badań w cenie jednostkowej 1200 zł) i w 2018 r. – 1200 zł (jedno badanie).

W okresie objętym kontrolą ceny badań, wykonywanych przez ww. podmioty, nie ulegały zmianie i wynikały z załącznika do zawartej umowy, przedstawionego przez realizatora badań.

(akta kontroli str. 465, 308)

Kontrola 10 faktur wybranych losowo²⁸, wykazała, że ceny badań zafakturowanych, za zrealizowane badania diagnostyki patomorfologicznej, były zgodne z cenami określonymi

²⁷ Koszt jednostki kalkulacyjnej w danym roku został ustalony, jako iloraz całkowitych kosztów Pracowni Histopatologii i Cytodiagnostyki i całkowitych kosztów normatywnych wykonanych procedur w danym roku.

²⁸ Skontrolowano dziewięć faktur o najwyższych kwotach wystawionych przez SPCSK i jedną fakturę wystawioną przez Szpital Praski.

w zawartych umowach. Faktury były zweryfikowane pod względem merytorycznym i formalno-rachunkowym oraz zatwierdzone przez głównego księgowego i dyrektora ds. Ekonomiczno-Administracyjnych Szpitala.

(akta kontroli str. 377-392)

2.5 Sprzęt i aparatura wykorzystywane do diagnostyki patomorfologicznej

Pracownia Histopatologii i Cytodiagnostyki posiada wyposażenie właściwe dla zakresu prowadzonej działalności. Dysponuje aparaturą medyczną, obejmującą:

- aparat do obróbki technicznej wycinków histopatologicznych (karuzelowy procesor),
- dygestorium do opracowania materiału,
- kriostat do badania materiałów śródoperacyjnych,
- 3-modułową zatapiarkę: do zatapiania w ciekłej parafinie, do przechowywania kasetek i foremek, do mrożenia materiału,
- cieplarkę,
- wirówkę,
- mikrotomy z łaźnią wodną i płytą grzewczą,
- mikroskopy.

Na dzień 31 sierpnia 2019 r. aparatura była w 100% zamortyzowana. W Pracowni nie korzystano z aparatury dzierżawionej ani użyczonej.

Najdłuższy, ponad 20-letni okres eksploatacji, posiadały: dwa mikroskopy Biolar (obecnie nieużywany i przeznaczony do utylizacji) – 29 lat i Axioskop – 28 lat, mikrotom saneczkowy (jeden z dwóch w Pracowni) – 28 lat, aparat do pobierania wycinków histopatologicznych – 27 lat i kriostat – 24 lata.

Najkrócej, tj. pięć lat użytkowany był mikroskop Leica DM 1000, umożliwiający uzyskanie powiększenia maksymalnie 400 razy.

Okres eksploatacji pozostałych urządzeń wynosił od dziewięciu do 15 lat²⁹.

(akta kontroli str. 258-259, 487-491)

W okresie objętym kontrolą, wykonanie przeglądów technicznych ww. aparatury medycznej, potwierdzone było głównie przez Kierownika Sekcji Technicznej Szpitala Grochowskiego.

Wyjątek stanowi zatapiarka, która serwisowana była przez autoryzowany serwis. Przegląd techniczny zatapiarki, zalecany do wykonania do dnia 24 marca 2018 r., został wykonany 28 marca 2019 r., to jest z opóźnieniem jednego roku (szczegółowy opis w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

W odniesieniu do pozostałej aparatury i sprzętu – Kierownik Sekcji Technicznej corocznie potwierdzał ich sprawność i określał terminy następnych przeglądów. Na dzień kontroli, aparatura ta posiadała aktualne przeglądy techniczne (wpisane w tzw. „paszportach technicznych”), wykonane w wyznaczonym terminie, poza przeglądem aparatu do pobierania wycinków, który został wykonany z 3-dniowym opóźnieniem.

Sekcja Techniczna Szpitala nie dysponowała protokołami, raportami serwisowymi ani innymi dokumentami, opisującymi wykonanie testów lub innych czynności przez pracowników Sekcji Technicznej, potwierdzających poprawność działania aparatury i sprzętu, co opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

Jedynym dokumentem potwierdzającym wykonanie przeglądów technicznych i dopuszczenie do eksploatacji – jak wyjaśnił Kierownik – są paszporty techniczne, w których są wpisy potwierdzające wykonanie przeglądów i dopuszczenie do eksploatacji.

(akta kontroli str. 489, 492-526)

2.6 Procedury i inne regulacje wewnętrzne

W Szpitalu nie opracowano pisemnych procedur zapewniających prawidłowość i jakość wykonywania diagnostyki patomorfologicznej, wskazanych w § 3 ust. 3 rozporządzenia w sprawie standardów w patomorfologii.

Funkcjonująca w Szpitalu „Procedura postępowania z odpadami powstającymi w Szpitalu Grochowskim”, uwzględniła jedynie sposób postępowania z odpadami z Pracowni.

²⁹ Ponadto, na stanie Pracowni (w magazynie) znajdował się 20 letni mikroskop.

Nie opracowano m.in. procedury dotyczącej transportu materiału do pracowni histopatologii i cytologii oraz postępowania w przypadku uszkodzenia pojemników lub opakowań zbiorczych podczas transportu (§ 3 ust. 3 pkt 3 rozporządzenia). Szpital nie otrzymał takiej procedury również od SPCSK przy ul. Banacha, który wykonuje niektóre badania z zakresu diagnostyki patomorfologicznej na zlecenie Szpitala Grochowskiego.

Kierownik Pracowni Histopatologii i Cytodiagnostyki wyjaśniła, że poinformowała zleceniodawców ustnie o zasadach zlecania badań oraz postępowania z materiałem pobranym do badania. Według obowiązujących zasad, materiał pobierany do badań jest traktowany jako zakaźny. Transportowany i dostarczany jest do pracowni przez upoważnione osoby w zamkniętych pojemnikach zalanych formaliną, w zamkniętym opakowaniu zbiorczym (pojemnikach lodówkowych). Płyny z jam ciała przynieszone są świeże (tuż po pobraniu od pacjenta), w jednorazowych pojemnikach i bezzwłocznie są opracowane w Pracowni. Pojemniki z materiałem, odpowiednio zabezpieczone, były i są – jak poinformowano – transportowane z bloku operacyjnego i oddziałów wraz ze skierowaniem. Pracownia sprawdza zgodność danych ze skierowania z oznakowaniem materiału oraz przydatność materiału do badania. Materiał przyjęty do badań jest przechowywany w warunkach niewpływających na jego właściwości.

Nieprawidłowości, związane z nieokreśleniem procedur dotyczących zlecenia badań i postępowania z materiałami, zostały opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 527-571)

Wewnętrzna kontrola jakości w pracowni patomorfologii

Na podstawie 50 skierowań na badania histopatologiczne i cytologiczne ustalono:

- obowiązujący, w latach 2017–2019 (I półrocze), wzór skierowania, tzw. „Karta badania histopatologicznego”, nie zawierał wszystkich elementów wskazanych w rozporządzeniu w sprawie standardów w patomorfologii. Np. nie określono godziny pobrania materiału, datę pobrania materiału od pacjenta wpisywano w polu oznaczonym „otrzymano dnia”, nie wypełniano pola „metoda utrwalenia pobranego materiału”, lekarze kierujący na badanie nie podawali informacji o wcześniejszych badaniach pacjenta, informacji o stosowanym leczeniu, numeru statystycznego choroby.
- w jednym przypadku przekazany do Pracowni materiał nie nadawał się do przeprowadzenia diagnostyki.

(akta kontroli str. 416-434)

Prezes Zarządu i Kierownik Pracowni poinformowali, że wzór skierowania, podobnie jak pozostałe wymagania dotyczące działalności Pracowni Histopatologii i Cytodiagnostyki, określone w rozporządzeniu w sprawie standardów w patomorfologii, będą dostosowane w prawem ustalonym terminie. W 2019 r. rozpoczęto opracowanie programu informatycznego dla Pracowni, który umożliwi dokładną weryfikację prawidłowości wypełnienia skierowania. [W trakcie kontroli NIK, program był wdrażany]. Wyjaśniono także, że wynik niediagnostyczny występuje wyłącznie w badaniach cytologicznych, w których istnieje możliwość powtórzenia badania. W badaniu histopatologicznym, w opracowaniu biopsji gruboigłowej i wycinków z endoskopii, zdarzają się przypadki pobrania zbyt skąpego materiału diagnostycznego, aby postawić ostateczne rozpoznanie. Każdorazowo w przypadku stwierdzenia takiego wyniku zalecana jest konieczność dalszej diagnostyki. Nie podano liczby przypadków z okresu 2017–2019 (I półrocze), w których do Pracowni przekazano materiał nienadający się do przeprowadzenia diagnostyki, w Pracowni nie prowadzi się takiej statystyki.

(akta kontroli str. 566-574)

W Pracowni Histopatologii i Cytodiagnostyki w Szpitalu Grochowskim nie opracowano sformalizowanych zasad stałego nadzoru i monitorowania obejmujących: przebieg, prawidłowość i skuteczność stosowanych metod i procedur diagnostycznych; analizę błędów przedlaboratoryjnych, polegającą na ocenie kompletności i spójności informacji zawartych w skierowaniu na badania patomorfologiczne; analizę zewnętrznych konsultacji patomorfologicznych; analizę błędów diagnostycznych; analizę problemów technicznych i diagnostycznych oraz sposobu ich rozwiązywania.

Pracownia nie posiadała dokumentacji wewnętrznej kontroli jakości badań w ww. zakresie, nie prowadzono ewidencji zdarzeń, statystyki i pisemnych analiz (dotyczących m.in. błędów przedlaboratoryjnych oraz błędów diagnostycznych).

Uregulowania określone w §7 ust. 1 i 2 rozporządzenia w sprawie standardów w patomorfologii, nakładają obowiązek prowadzenia kontroli jakości badań, a dokumentacja kontroli ma być przechowywana przez okres co najmniej pięć lat (§7 ust. 4-5 rozporządzenia). Termin dostosowania się do zawartych w rozporządzeniu wymagań upływa 10 stycznia 2020 r.

(akta kontroli str. 6, 527)

Z wyjaśnień Prezesa Zarządu i Kierownika Pracowni wynika, że w Pracowni prowadzona jest stała wewnętrzna kontrola jakości, według niesformalizowanych zasad postępowania. Jak wyjaśniono, sprawdzana jest zgodność danych ze skierowania z oznakowaniem materiału oraz przydatność materiału do badania. W przypadku stwierdzenia, że materiał nie może być wykorzystany, pracownik zgłasza to kierownikowi Pracowni, który w razie potwierdzenia niezgodności kwalifikuje materiał jako niezdatny do badania i odmawia wykonania badania. Dalsze postępowanie z materiałem Pracownia uzgadnia ze zleceniodawcą. Ponadto, do czasu wprowadzenia nowego oprogramowania, wszystkie niezbędne informacje nieumieszczone na skierowaniu uzupełniał personel Pracowni poprzez indywidualny kontakt z lekarzami lub wypożyczenie historii choroby.

Wyjaśniono także, że Pracownia dokonuje zewnętrznych konsultacji patomorfologicznych, korzystając z uprawnień wynikających z umowy na badania immunohistopatologiczne i konsultacje, zawartej przez Szpital z SPCSK w Warszawie. Wszystkie wątpliwe przypadki (trudne diagnostycznie) oraz postawione rozpoznania wymagające badań immunohistopatologicznych są kierowane do tej placówki³⁰. Pracownia analizuje również sporadycznie wypożyczone do Centrum Onkologii (celem konsultacji) preparaty histopatologiczne i bloczki parafinowe oraz gromadzi wyniki z Centrum Onkologii.

Pracownia prowadzi ewidencję wypożyczenia bloczków parafinowych, preparatów histopatologicznych i cytologicznych.

Porównanie 25 konsultacji, z okresu objętego kontrolą, wykazało, że w dwóch przypadkach rozpoznania z Centrum były rozbieżne z rozpoznaniem postawionym w Szpitalu Grochowskim. Jedno z nich z 2017 r. dotyczyło stopnia zaawansowania czerniaka skóry, drugie z 2019 r. dotyczyło niewielkiej rozbieżności w rozpoznaniu stanu zapalnego jelita.

(akta kontroli str. 566-577)

2.7 Kontrole Pracowni Histopatologii i Cytodiagnostyki

W latach 2017–2019 (I półrocze) kontrole zewnętrzne w Szpitalu przeprowadzane były przede wszystkim przez Państwową Inspekcję Sanitarną i dotyczyły zakresu opisanego w pkt. 1.3 wystąpienia pokontrolnego, a ponadto podejrzenia wystąpienia ogniska epidemicznego oraz higieny radiacyjnej.

Kontrole były też prowadzone przez: Marszałka Województwa Mazowieckiego, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Najwyższą Izbę Kontroli, Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa, Mazowiecki Urząd Wojewódzki, Państwową Inspekcję Pracy, Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego, Narodowy Fundusz Zdrowia.

Żadna z kontroli nie dotyczyła dostępności i jakości wykonywanych badań diagnostyki patomorfologicznej.

(akta kontroli str. 578-648)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. W okresie objętym kontrolą, tj. przez ponad 2,5 roku, personel wykonujący czynności diagnostyki patomorfologicznej nie uaktualniał swojej wiedzy, poprzez udział w szkoleniach i kursach, w celu zapewnienia wymaganej jakości badań, co w ocenie NIK jest działaniem

³⁰ W 2017 r. w Zakładzie Patomorfologii SPCSK konsultowano 14 przypadków, w 2018 r. – 13, a w 2019 r. – 5 przypadków.

nierzetelnym. Informacja Kierownika Pracowni o podnoszeniu kwalifikacji pracowników poprzez korzystanie z informacji internetowych nie została udokumentowana.

(akta kontroli str. 8-9, 393, 567, 574)

2. W Pracowni Histopatologii i Cytodiagnostyki nie zapewniono systematycznego przeglądu technicznego użytkowanej aparatury medycznej i sprzętu.

Przegląd zatapiarki, tj. jednego z 16 urządzeń wykorzystywanych w Pracowni przeprowadzono po upływie roku od zaleconego terminu. Wynikało to, jak wyjaśnił Kierownik Sekcji Technicznej, z niedopatrzenia użytkownika i Sekcji Technicznej. Ponadto, zgodnie z zaleceniami producenta w instrukcji obsługi zatapiarki CD 1000 nie ma informacji o konieczności przeprowadzania corocznego przeglądu konserwacyjnego.

Zdaniem NIK, pomimo że w instrukcji nie ma takich zaleceń, wiążący jest termin (corocznie), który Kierownik sam wyznaczył, a który nie został dotrzymany.

(akta kontroli str. 489, 515-518)

3. Szpital nie dysponował dokumentami opisującymi wykonanie czynności, potwierdzających przeprowadzenie przez Sekcję Techniczną przeglądów technicznych pozostałego sprzętu i aparatury wykorzystywanej do wykonywania diagnostyki patomorfologicznej.

Jedynym dokumentem potwierdzającym wykonanie przeglądów technicznych – jak wyjaśnił Kierownik Sekcji Technicznej – są paszporty techniczne, w których są wpisy potwierdzające wykonanie przeglądów i dopuszczenie do eksploatacji urządzeń.

NIK podkreśla, że w ww. paszportach wpisano jedynie daty wykonania przeglądów, bez określenia działań serwisowych, które były wykonane. Nie można zidentyfikować wykonanych czynności. Było to niezgodne z art. 90 ust. 6 ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych³¹, który stanowi, że świadczeniodawca jest obowiązany posiadać dokumentację wykonanych przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń i kontroli bezpieczeństwa wyrobu, który wykorzystuje do udzielania świadczeń zdrowotnych, zawierającą nie tylko daty wykonania tych czynności i nazwisko lub nazwę (firmę) podmiotu, który wykonał te czynności, ale także ich opis, wyniki i uwagi dotyczące wyrobu.

W ocenie NIK, używanie aparatury medycznej bez ważnych przeglądów technicznych stwarza ryzyko uzyskania błędnych wyników badań i postawienia nieprawidłowego rozpoznania patomorfologicznego.

(akta kontroli str. 492-518)

4. W Szpitalu nie opracowano i nie wdrożono procedur, zapewniających prawidłowość i jakość wykonywania diagnostyki patomorfologicznej, co było działaniem nierzetelnym. W szczególności dotyczyło to procedur wskazanych w § 3 ust. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardów organizacyjnych opieki zdrowotnej w dziedzinie patomorfologii, dotyczących:

- zlecenia badań przy wykorzystaniu skierowania na badanie,
- pobierania materiału wraz z określeniem sposobu oznakowania pojemników z pobranym materiałem,
- transportu materiału do pracowni i postępowania w przypadku uszkodzenia pojemników lub opakowań zbiorczych podczas transportu,
- przyjęcia i rejestracji materiału,
- przechowywania materiału,
- udostępniania bloczków parafinowych, preparatów histopatologicznych oraz preparatów cytologicznych i warunków ich przechowywania.

Prezes Zarządu Szpitala i Kierownik Pracowni Histopatologii i Cytodiagnostyki wyjaśnili, że część procedur stosowanych jest na podstawie ustaleń, które nie posiadają sformalizowanej formy, np. odrębnej pisemnej uchwały, jednakże są one znane i przestrzegane przez osoby zlecające badania oraz pozostałe osoby uczestniczące w procesie realizacji badań. Brak kompleksowych, odrębnych, pisemnych procedur dotyczących zlecenia badań i postępowania z materiałem do badań determinowany jest pracami nad pełnym wdrożeniem systemu informatycznego wspomagającego działania Szpitala Grochowskiego.

³¹ Ustawa (Dz. U. z 2019 r. poz. 175, ze zm.)

Wyjaśniono, że pisemne procedury potwierdzające dotychczasowe zasady postępowania zostaną wprowadzone do dnia 27 grudnia 2019 r.

W Pracowni Histopatologii i Cytodiagnostyki nie dokumentowano prowadzenia stałej wewnętrznej kontroli jakości badań, o której mowa § 7 rozporządzenia w sprawie standardów w patomorfologii. Szczegółowe zasady wykonywania stałej wewnętrznej kontroli jakości – jak poinformowano – zostaną pisemnie unormowane do 27 grudnia 2019 r.

(akta kontroli str. 527-528, 566-574)

W ocenie NIK, nieopracowanie procedur przez 21 miesięcy od wejścia w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardów w patomorfologii i zaledwie na trzy miesiące przed upływem terminu na dostosowanie swojej działalności do wymagań określonych ww. rozporządzeniem, jest działaniem nierzetelnym. Brak procedur nie zapewnia prawidłowości i jakości wykonywanej diagnostyki patomorfologicznej, nie daje gwarancji bezpieczeństwa oraz kontroli poszczególnych etapów wykonywania badań. Podkreślić należy, że zalecenie opracowania procedur postępowania z materiałami zawarte zostało także w Zasadach procesu licencjonowania zakładów (pracowni) patomorfologii opracowanych przez Polskie Towarzystwo Patologów. Brak dokumentacji wewnętrznej kontroli jakości badań utrudnia prześledzenie całego procesu diagnostycznego zarówno pod względem merytorycznym, jak i technicznym oraz podjęcie działań korygujących i zapobiegawczych.

OCENA CZĄSTKOWA

Szpital zapewniał na bieżąco dostęp do podstawowych badań diagnostyki patomorfologicznej, w tym badań śródoperacyjnych, wykonywanych przez osoby uprawnione. Należy podkreślić, że w 92% skontrolowanych przypadków, materiał do badania dostarczany był do Pracowni w dniu pobrania, a w 86% przypadków wyniki badań opracowano w terminie nie dłuższym niż 10 dni kalendarzowych, licząc od dnia pobrania materiału, przy czym wszystkie badania cytologiczne wykonywano w terminie do siedmiu dni (a ponad połowę z nich, do dwóch dni).

Nie opracowano procedur określających sposób zlecenia badań, pobierania materiału, jego transportu, przyjęcia, przechowywania i udostępniania, pozwalających na osiągnięcie standardów jakości dla każdej z faz procesu diagnostycznego. Nie prowadzono dokumentacji wewnętrznej kontroli jakości badań i nie opracowano zasad prowadzenia takiej kontroli.

Przez ponad 2,5 roku, personel wykonujący czynności diagnostyki patomorfologicznej nie brał udziału w szkoleniach i kursach, w celu zapewnienie wymaganej jakości badań.

Sprzęt wykorzystywany w Pracowni do wykonywania czynności diagnostyki patomorfologicznej poddawany był przeglądom, jednak nie we wszystkich przypadkach odbyły się one w wyznaczonych terminach i zostały właściwie udokumentowane.

IV. Uwagi i wnioski

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK, przedstawia następujące uwagi i wnioski:

Uwagi Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę na konieczność zawierania umów z podmiotami zewnętrznymi na udzielanie świadczeń w zakresie diagnostyki patomorfologicznej, uwzględniających wszystkie postanowienia wymagane przez ustawę o działalności leczniczej.

Wnioski

1. Opracowanie i wdrożenie procedur zapewniających prawidłowość oraz odpowiednią jakość wykonywania diagnostyki patomorfologicznej.
2. Prowadzenie dokumentacji wewnętrznej kontroli jakości w pracowni wykonującej diagnostykę patomorfologiczną.
3. Zapewnienie systematycznego przeglądu technicznego sprzętu wykorzystywanego do wykonywania badań patomorfologicznych oraz dokumentowanie wykonanych czynności z zakresu prowadzonych przeglądów.
4. Zapewnienie szkoleń personelu wykonującego czynności diagnostyki patomorfologicznej.

5. Podjęcie działań mających na celu terminowe regulowanie płatności za usługi diagnostyki patomorfologicznej wykonane przez kontrahentów zewnętrznych.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Wystąpienie pokontrolne zostało sporządzone w dwóch egzemplarzach; jeden dla kierownika jednostki kontrolowanej, drugi do akt kontroli.

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do dyrektora Departamentu Zdrowia Najwyższej Izby Kontroli. Prawo zgłaszania zastrzeżeń, zgodnie z art. 61b ust. 2 ustawy o NIK, nie przysługuje do wystąpienia pokontrolnego zmienionego zgodnie z treścią uchwały w sprawie zastrzeżeń.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 14 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwagi i wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

W przypadku wniesienia zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, termin przedstawienia informacji liczy się od dnia otrzymania uchwały o oddaleniu zastrzeżeń w całości lub zmienionego wystąpienia pokontrolnego.

Warszawa, 29 listopada 2019 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Departament Zdrowia
Dyrektor
Piotr Wasilewski

Kontroler
Teresa Zielińska
Główny specjalista kontroli państwowej



.....
podpis



.....
podpis