



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI  
Departament Zdrowia

KZD.410.006.04.2019

Maria Dziura  
Dyrektor  
Szpital Specjalistyczny im. Świętej Rodziny SPZOZ  
ul. Antoniego Józefa Madalińskiego 25  
02-544 Warszawa

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/19/062 – Organizacja, dostępność i jakość diagnostyki patomorfologicznej

## I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Szpital Specjalistyczny im. Świętej Rodziny Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej, ul. Antoniego Józefa Madalińskiego 25, 02-544 Warszawa (dalej: „Szpital” lub „SPZOZ”)
Kierownik jednostki kontrolowanej	Maria Dziura, Dyrektor, od 30 marca 2015 r. (akta kontroli str. 6-7)
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. 12 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 <sup>1</sup>
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Departament Zdrowia
Kontrolerzy	1. Aneta Grunwald-Fitas, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr KZD/39/2019 z 04 września 2019 r. 2. Ewa Ściślewska-Jakubiak, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr KZD/38/2019 z 04 września 2019 r. (akta kontroli str. 1-2)

## II. Ocena ogólna<sup>2</sup> kontrolowanej działalności

### OCENA OGÓLNA

W Szpitalu zapewniono pacjentom dostęp do badań diagnostyki patomorfologicznej poprzez zlecenie ich do realizacji podmiotom zewnętrznym. Podstawowa diagnostyka wykonywana była w wynajętych pomieszczeniach Szpitala, co zapewniało dostęp do badań śródoperacyjnych. W przypadku wykrycia nowotworu wykonywana była dodatkowa diagnostyka patomorfologiczna, w celu uzyskania niezbędnego zakresu informacji mającego wpływ na dalsze postępowanie terapeutyczne.

Stwierdzono niedochowanie należytej staranności przy sprawowaniu nadzoru nad realizacją umów zawartych z podmiotem zewnętrznym w zakresie wykonywanej diagnostyki patomorfologicznej. Nie dotrzymywano terminów przekazywania pobranych materiałów do pracowni histopatologii, co stwarzało potencjalne ryzyko obniżenia jakości preparatów, związane przede wszystkim z wpływem formaliny na materiał tkankowy w czasie dłuższym niż zalecony do jego zabezpieczenia i utrwalenia. Nie dochodzą także roszczeń od podwykonawcy z tytułu przekroczenia terminów wykonywania badań i przekazywania wyników, pomimo takiego uprawnienia wynikającego z zawartych umów.

<sup>1</sup> Dz. U. z 2019 r. poz. 489, ze zm. Dalej: „ustawa o NIK”.

<sup>2</sup> Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

Stwierdzone przypadki nieprawidłowości dotyczących opisu przedmiotu zamówienia w postępowaniach konkursowych, niezamieszczenia na stronie internetowej Szpitala wyników konkursów oraz nieprzekazania ogłoszeń o ich wynikach Urzędowi Oficjalnych Publikacji Wspólnot Europejskich nie miały wpływu na proces diagnostyki patomorfologicznej.

Nie przeprowadzono pomiarów poziomu stężenia rakotwórczego formaldehydu w pomieszczeniach, gdzie utrwalano materiał do badań histopatologicznych, co narażało zatrudniony personel na jego toksyczne działanie.

### **III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe<sup>3</sup> kontrolowanej działalności**

OBSZAR

#### **1. Organizacja wykonywania czynności diagnostyki patomorfologicznej**

Opis stanu faktycznego

Szpital jest podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą, utworzonym przez Miasto Stołeczne Warszawa i działającym w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 4 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej<sup>4</sup>. Został wpisany do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą pod nr 000000007140<sup>5</sup>.

Zgodnie ze statutem<sup>6</sup> i regulaminem organizacyjnym<sup>7</sup>, głównym celem funkcjonowania SPZOZ jest wykonywanie działalności leczniczej polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, a także promocja zdrowia oraz realizacja zadań dydaktycznych i badawczych powiązanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, w tym wdrażaniem nowych technologii medycznych oraz metod leczenia.

(akta kontroli str. 59-195)

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 szpitalnego<sup>8</sup>. W swojej strukturze nie posiadał własnego zakładu ani pracowni wykonującej diagnostykę patomorfologiczną. Przekazanie tej działalności do realizacji podmiotom zewnętrznym nastąpiło przed 2004 r. przez ówczesną Dyрекcję Szpitala<sup>9</sup>, a Dyrektor SPZOZ poinformowała, że nie dysponuje dokumentami, na podstawie których podjęto tę decyzję.

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że przed 2015 r. badania diagnostyki patomorfologicznej wykonywane były przez podmioty zewnętrzne w pracowniach położonych poza terenem Szpitala, a w Szpitalu funkcjonował jedynie punkt przyjęć

<sup>3</sup> 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.

<sup>4</sup> Dz. U. z 2018 r., poz. 2190, ze zm., zwana dalej: „ustawą o działalności leczniczej”.

<sup>5</sup> <https://rpwdl.csioz.gov.pl/RPM/DetailsConfirm?id=6112>.

<sup>6</sup> Załącznik nr 4 do Uchwały Nr LVII/1487/2017 Rady Miasta Stołecznego Warszawy z dnia 16 listopada 2017 r., a poprzednio załącznik nr 2 do Uchwały Nr XIX/466/2015 Rady Miasta Stołecznego Warszawy z dnia 5 listopada 2015 r.

<sup>7</sup> Regulamin organizacyjny określony w załączniku do Zarządzenia wewnętrznego nr 7/2019 Dyrektora Szpitala Specjalistycznego im. Świętej Rodziny SPZOZ w Warszawie z dnia 25 lutego 2019 r., a poprzednio do Zarządzenia wewnętrznego nr 17/2017 Dyrektora Szpitala Specjalistycznego im. Świętej Rodziny SPZOZ w Warszawie z dnia 29 czerwca 2017 r. oraz Zarządzenia wewnętrznego nr 15/2016 Dyrektora Szpitala Specjalistycznego im. Świętej Rodziny SPZOZ w Warszawie z dnia 20 kwietnia 2016 r.

<sup>8</sup> Dz. U. z 2017 r. poz. 2295, ze zm., zwane dalej: „rozporządzeniem w sprawie leczenia szpitalnego”.

<sup>9</sup> Szpital nie posiada informacji o wcześniejszym stanie faktycznym i wiedzy, kiedy została podjęta przedmiotowa decyzja.

materiałów do badań i wydawania wyników. W związku z wiążącymi się z tym trudnościami logistycznymi w projekcie budowy nowego budynku Szpitala zostały przewidziane pomieszczenia przeznaczone na pracownię histopatologiczną. Po ich oddaniu do użytkowania, w 2015 r., SPZOZ ogłosił konkurs na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie realizacji badań histopatologicznych, najem pomieszczeń pracowni histopatologicznej oraz wyposażenie jej w niezbędne urządzenia i aparaty. Kontynuacja zlecenia wykonywania badań histopatologicznych podmiotowi zewnętrznemu, jak wyjaśniła Dyrektor Szpitala, była wynikiem nie tylko udanej współpracy Szpitala z podmiotami zewnętrznymi w tym obszarze, ale także brakiem zasobów kadrowych i redukcją bieżących kosztów działalności. Wyjaśniła, że decydując się na współpracę z wyspecjalizowaną firmą zewnętrzną, SPZOZ ponosi jedynie koszty wykonywanych badań, a bieżące, tj. wynagrodzenie pracowników, zakup i serwis sprzętu, czy zaopatrzenie w niezbędne materiały, pokrywa firma. Zdaniem Dyrektora Szpitala sytuacja na rynku świadczeń medycznych charakteryzuje się bardzo ograniczoną dostępnością wysoko wykwalifikowanego personelu medycznego specjalizującego się w diagnostyce histopatologicznej, a Szpital, jako placówka publiczna, bez wcześniejszego zapewnienia odpowiedniego personelu medycznego, nie mógł zdecydować się na ponoszenie znacznych nakładów inwestycyjnych na zakup własnego specjalistycznego sprzętu oraz wyposażenia pracowni diagnostyki patomorfologicznej.

(akta kontroli str. 308-309, 521)

Szpital zapewniał udzielanie świadczeń w zakresie m.in. diagnostyki patomorfologicznej w sposób kompleksowy, zgodnie z § 8 ust. 1 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej<sup>10</sup>, poprzez zawarcie umów z trzema podwykonawcami:

- 1) nr K5/2015/B z 10 lipca 2015 r.<sup>11</sup> oraz nr K9/2018/B z 13 września 2018 r.<sup>12</sup> na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie badań histopatologicznych<sup>13</sup>, w tym: histopatologiczne, immunohistochemiczne, cytologiczne<sup>14</sup>, cytologiczne z wymazu szyjki macicy, śródoperacyjne, genetyczne<sup>15</sup>;
- 2) nr K7/2017/1 z 27 września 2017 r. na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie badań cytomorfologicznych, cytochemicznych oraz immunofenotypowych<sup>16</sup>;
- 3) nr 125/2010 z 24 października 2010 r. na wykonywanie sekcji i przechowywanie zwłok<sup>17</sup>.

(akta kontroli str. 197-275, 278-281)

W związku z przekazaniem działalności w zakresie diagnostyki patomorfologicznej do realizacji podmiotom zewnętrznym, w księdze rejestrowej Szpitala nie wyodrębniono zakładu/pracowni patomorfologii.

(akta kontroli str. 8-91, 310-311)

<sup>10</sup> Dz. U. z 2016 r., poz. 1146, ze zm.

<sup>11</sup> Zmieniona aneksem nr 1 z 25 maja 2018 r.

<sup>12</sup> Zmieniona aneksem nr 1 z 23 maja 2019 r.

<sup>13</sup> Umowy powiązane były z umowami na najem pomieszczeń laboratorium histopatologicznego. Odpowiednio: nr K5/2015/B z 10 lipca 2015 r. oraz nr K9/2018/B z 13 września 2018 r.

<sup>14</sup> Cytologia aspiracyjna i cytologia złuszczeniowa z wyłączeniem szyjki macicy.

<sup>15</sup> Ocena genu metodą FISH, BRCA1 BRCA2 – sekwencjonowanie NGS – mutacje somatyczne w nowotworze (tylko dla umowy nr K9/2018/B).

<sup>16</sup> W latach 2017-2019 (do zakończenia czynności kontrolnych) Szpital nie zlecał wykonania badań w tym zakresie.

<sup>17</sup> Zmieniona aneksem nr 1 z 1 sierpnia 2011 r.

W latach 2017–2019 (I półrocze), w Szpitalu nie były przeprowadzane kontrole obejmujące swoim zakresem dostępność i jakość świadczeń diagnostyki patomorfologicznej.

(akta kontroli str. 301)

W okresie objętym kontrolą powierzenie realizacji świadczeń zdrowotnych w zakresie diagnostyki patomorfologicznej nastąpiło na podstawie czterech umów. W dwóch przypadkach zawarcie umowy poprzedzone było zastosowaniem procedury konkursu ofert przewidzianej dla zamówień na udzielanie świadczeń zdrowotnych, o których mowa w art. 26 ustawy o działalności leczniczej.

Jedną umowę zawarto z podwykonawcą wybranym bez przeprowadzenia procedury konkursowej (umowa nr K7/2017/1 z 27 września 2017 r. na wykonywanie badań: cytomorfologicznych, cytochemicznych oraz immunofenotypowych), ponieważ wartość zamówienia nie przekraczała 30 tys. euro (art. 26 ust. 4a). Tryb zawarcia jednej umowy (nr 126/2010 z 24 października 2010 r. na wykonywanie sekcji i przechowywanie zwłok) nie był Szpitalowi znany z uwagi na brak dokumentacji dotyczącej jej zawarcia<sup>18</sup>.

Przygotowanie konkursu ofert i udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne w zakresie diagnostyki patomorfologicznej zostało ocenione na podstawie dwóch postępowań konkursowych: K5/2015 ogłoszonego 22 kwietnia 2015 r. i K9/2018 ogłoszonego 20 sierpnia 2018 r.

Postępowania konkursowe zostały przeprowadzone zgodnie z procedurą określoną w art. 26 i 26a ustawy o działalności leczniczej w następującym zakresie: powołano komisje konkursowe, określono przedmiot postępowania, kryteria oceny ofert i warunki wymagane od oferentów, komisje konkursowe dokonały sprawdzenia spełnienia przez oferentów warunków ustalonych w specyfikacjach konkursów oraz oceny złożonych ofert na podstawie ustalonego kryterium i udokumentowały przebieg postępowań w protokołach z konkursów.

Nieprawidłowości, dotyczące niedopełnienia w skontrolowanych postępowaniach niektórych, wymaganych przepisami ustawy obowiązków, zostały opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 282, 394-491, 791-793, 797-799)

Objęte badaniem umowy spełniały wymogi określone w art. 27 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, w art. 27 ust. 4 pkt 1 oraz pkt 5-6 i pkt 8-9 tej ustawy. Określony tryb ich rozwiązania był zgodny z przepisami art. 27 ust. 8 pkt 1-4 ustawy o działalności leczniczej. Umowy dotyczyły realizowania świadczeń w rodzaju i zakresie ustalonym w konkursach ofert i na warunkach z nich wynikających. Wskazano miejsce udzielania świadczeń, ich zakres wraz z cennikiem, zasady zlecenia realizacji świadczeń oraz zasady rozliczeń ze Szpitalem, a także zgody przyjmującego zamówienie na przeprowadzenie kontroli przez Narodowy Fundusz Zdrowia w zakresie należytego wykonywania i rozliczania usług objętych umową.

(akta kontroli str. 197-217, 239-250, 794-796, 800-802)

Według stanu na 31 grudnia 2017 r. i 2018 r. oraz 30 czerwca 2019 r. nie wystąpiły zobowiązania wymagalne z tytułu zlecenia podwykonawcom świadczeń w zakresie diagnostyki patomorfologicznej. Spośród 36 faktur wystawionych z tytułu realizacji świadczeń w zakresie badań diagnostyki patomorfologicznej na łączną kwotę 1.634,2 tys. zł, dwie faktury (tj. 5,6% wszystkich faktur) zostały zapłacone z dwudniowym opóźnieniem każda (w 2017 r. faktura na kwotę 42,8 tys. zł,

<sup>18</sup> Umowa została zawarta przez ówczesnego Dyrektora Szpitala i Szpital nie był w posiadaniu dokumentacji świadczącej o trybie jej zawarcia.

a w 2018 r. na kwotę 55,1 tys. zł). Szpital nie został obciążony z tego tytułu odsetkami.

(akta kontroli str. 298, 334-339)

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

Stwierdzone  
nieprawidłowości

1. Nie zastosowano nazw i kodów określonych we Wspólnym Słowniku Zamówień<sup>19</sup> do opisu przedmiotu zamówienia w szczegółowych warunkach: konkursu ofert nr K5/2015 oraz K9/2018, pomimo takiego obowiązku określonego w art. 141 ust 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>20</sup>.

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że przyczyną braku nazw i kodów CPV w opisie przedmiotu zamówienia było nieznażenie nazw i kodów odpowiednich dla usług będących przedmiotem konkursów ofert, natomiast kod CPV 85145000-7 „Usługi świadczone przez laboratoria medyczne” Szpital uznał za zbyt szeroki i za mało precyzyjny, żeby przy jego pomocy odpowiednio opisać usługi będące przedmiotem konkursów ofert.

(akta kontroli str. 394-489, 500-502, 513)

Zdaniem NIK, wskazanie kodu CPV przy określaniu przedmiotu zamówienia ma na celu w szczególności umożliwienie jednolitej klasyfikacji przedmiotu zamówienia i wykluczenie wszelkich wątpliwości i sporów związanych z jego charakterystyką. W związku z powyższym, Szpital winien dochować wszelkich starań, aby na etapie ogłaszania konkursów ofert wskazywać kod CPV poprawnie identyfikujący przedmiot zamówienia.

2. Nie ogłoszono o rozstrzygnięciu konkursów ofert w sposób i w miejscu określonym w ogłoszeniu o konkursie ofert, co było niezgodne z art. 151 ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, w związku z art. 26 ust. 4 ustawy o działalności leczniczej. W części opisowej materiałów informacyjnych dotyczących konkursu ofert nr K5/2015 oraz nr K9/2018 określono, że informacja o wyniku konkursu zostanie umieszczona na stronie internetowej udzielającego zamówienia [www.szpitalmadalinskiego.pl](http://www.szpitalmadalinskiego.pl), tymczasem Szpital zawiadomił oferentów o zakończeniu konkursów i ich wynikach na piśmie, ale nie ogłosił na stronie internetowej informacji o rozstrzygnięciu postępowań.

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że przyczyną niezamieszczenia ogłoszeń na stronie internetowej Szpitala było niezamierzone przeoczenie.

(akta kontroli str. 394-489, 492-499)

3. Nie przekazano ogłoszeń o wynikach rozstrzygnięcia postępowań konkursowych Urzędowi Oficjalnych Publikacji Wspólnot Europejskich, co było niezgodne z art. 151 ust. 6 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, w związku z art. 26 ust. 4 ustawy o działalności leczniczej.

W wyniku konkursu ofert nr K5/2015 wybrano ofertę o szacunkowej wartości 363,8 tys. zł rocznie, czyli 88,8 tys. euro<sup>21</sup>. Umowę zawarto na okres 3 lat.

W wyniku przeprowadzonego konkursu ofert nr K9/2018 wybrano ofertę o przewidywanej wartości 544,4 tys. zł rocznie, czyli 126 tys. euro<sup>22</sup>. Umowę zawarto na okres 3 lat.

<sup>19</sup> Określonym w rozporządzeniu nr 2195/2002 z dnia 5 listopada 2002 r. w sprawie Wspólnego Słownika Zamówień (CPV), Dz. Urz. WE L 340 z 16.12.2002, str. 1 ze zm.

<sup>20</sup> Dz. U. z 2019 r., poz. 1373, ze zm., zwana dalej: „ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej”.

<sup>21</sup> Według średniego kursu NBP z dnia 22 maja 2015 r., który wynosił 4,0980 zł.

<sup>22</sup> Według średniego kursu NBP z 6 września 2018 r., który wynosił 4,3218 zł.

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że przyczyną nieprzekazania ogłoszeń o wynikach konkursów Urzędowi Oficjalnych Publikacji Wspólnot Europejskich było najprawdopodobniej to, że w obu konkursach roczna wartość usług była poniżej zapisanego w ustawie 130 tys. euro.

Najwyższa Izba Kontroli nie podziela przedstawionego stanowiska, ponieważ umowy zawarto na okres 3 lat, tym samym ich wartość przewyższała limit określony w art. 151 ust. 6 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

(akta kontroli str. 394-489, 503-505)

#### OCENA CZĄSTKOWA

Organizacja udzielania świadczeń zdrowotnych zapewniała wykonywanie diagnostyki patomorfologicznej w lokalizacji Szpitala, poprzez zlecenie ich do realizacji podwykonawcy w wynajętych pomieszczeniach. Dwa przypadki nieterminowego regulowania zobowiązań wobec podwykonawcy nie skutkowały zapłatą odsetek, a stwierdzone nieprawidłowości nie miały wpływu na proces diagnostyki patomorfologicznej.

#### OBSZAR

## 2. Dostępność i jakość świadczeń diagnostyki patomorfologicznej

#### Opis stanu faktycznego

W latach 2017-2019 (I półrocze), na zlecenie Szpitala, podwykonawca wykonał 28 876 badań diagnostyki patomorfologicznej w rodzaju: histopatologia, genetyka, cytologia i cytologia ginekologiczna.

W 2017 r. na zlecenie Szpitala wykonano 10 796 badań diagnostyki patomorfologicznej, w tym 8 514 histopatologicznych (79%), 8 genetycznych (0,07%), 674 cytologicznych (6%), 1 600 cytologii ginekologicznej (15%).

W 2018 r. na zlecenie Szpitala wykonano 12 262 badań diagnostyki patomorfologicznej, w tym 9 797 histopatologicznych (80%), 9 genetycznych (0,07%), 536 cytologicznych (4%), 1 920 cytologii ginekologicznej (16%).

W 2019 r. (I półrocze) na zlecenie Szpitala wykonano 5 818 badań diagnostyki patomorfologicznej, w tym 4 622 histopatologicznych (79%), 16 genetycznych (0,28%), 231 cytologicznych (4%), 949 cytologii ginekologicznej (16%).

(akta kontroli str. 302-305, 824-829)

Rejestry wykonywanych badań prowadzone były w wersji elektronicznej. Skierowania<sup>23</sup> i wyniki patomorfologiczne zawierały wymagane informacje, tj. datę pobrania materiału, datę zlecenia, datę rejestracji przyjęcia materiału do pracowni, datę wykonania badania. Godzina pobrania materiału do badania była każdorazowo zapisywana w elektronicznej wersji skierowania.

(akta kontroli str. 202, 244, 774)

Na podstawie bazy zbiorczej zawierającej dane z badań wykonanych w latach 2017-2019 (I półrocze) ustalono czas od zarejestrowania skierowania w pracowni histopatologii do przekazania wyniku badania do Szpitala.

W 2017 r. liczba wykonanych badań w czasie do 10 dni wyniosła 9 299 (86 %), w czasie od 11 do 20 dni wyniosła 1 429 (13%), a powyżej 20 dni 68 (1%).

W 2018 r. liczba wykonanych badań w czasie do 10 dni wyniosła 10 244 (84 %), w czasie od 11 do 20 dni wyniosła 1 898 (15%), a powyżej 20 dni 120 (1%).

W 2019 r. (I półrocze) liczba wykonanych badań w czasie do 10 dni wyniosła 5 048, (87 %), w czasie od 11 do 20 dni wyniosła 738 (13%), a powyżej 20 dni 32 badania (1%).

<sup>23</sup> Wzór skierowania określony na podstawie umów nr K5/2015/B i K9/2018/B nie zawierał godziny pobrania materiału.

Nieprawidłowości dotyczące nierzetelnego nadzoru nad wykonywaniem umowy zostały opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 302-305)

W wyniku analizy indywidualnej dokumentacji medycznej 50 pacjentów ustalono, że w 24 przypadkach badań diagnostyki patomorfologicznej, wykonanych przez podwykonawców, stwierdzono rozpoznanie nowotworu. Pogłębioną diagnostykę patomorfologiczną w celu uzyskania niezbędnego zakresu informacji mającej wpływ na dalsze postępowanie terapeutyczne wykonano w 15 na 24 przypadki zdiagnozowanego nowotworu. W pozostałych przypadkach uzyskane wyniki były wystarczające, aby zdecydować o dalszym leczeniu. Dwie pacjentki po odebraniu wyniku badania histopatologicznego, nie zgłosiły się do Szpitala.

W wyniku kontroli czasu oczekiwania na wynik badania, na podstawie losowo dobranej próby 50 dokumentacji medycznych, stwierdzono: w 11 przypadkach (22%) materiał do badania dostarczony był do pracowni w dniu pobrania, w 22 przypadkach (44%) zarejestrowany był w pracowni w następnym dniu, w 15 przypadkach (30%) od dwóch do siedmiu dni, w jednym przypadku 12 dnia i w jednym przypadku nawet 22 dnia.

Czas oczekiwania na wynik, od dnia pobrania materiału do wykonania badania (tj. postawienia rozpoznania patomorfologicznego), wynosił:

- do 10 dni kalendarzowych – w 23 przypadkach (46%),
- od 11 do 20 dni kalendarzowych – w 13 przypadkach (26%),
- od 21 do 30 dni kalendarzowych – w 12 przypadkach (24%),
- powyżej 30 dni kalendarzowych – w dwóch przypadkach (4%).

(akta kontroli str. 304-305, 315, 803-823)

Ponadto analiza bazy zbiorczej zawierającej dane z badań wykonanych w latach 2017-2019 (I półrocze) wykazała, że część z materiałów pobieranych do badań przekazywana była przez Szpital do pracowni histopatologii z opóźnieniem, co było niezgodne z czasem określonym w zasadach utrwalania materiału do badań histopatologicznych. Stwierdzone przypadki opóźnionego przekazywania do pracowni histopatologii pobranego materiału do badań zostały opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 302-305)

Sposób prowadzenia ewidencji księgowej pozwalał na uzyskanie rzetelnych informacji o przychodach z tytułu wynajmu pomieszczeń służących realizacji świadczeń diagnostyki patomorfologicznej i kosztach badań diagnostyki patomorfologicznej zleczonych do realizacji podmiotom zewnętrznym.

W okresie objętym kontrolą podmiot zewnętrzny na zlecenie Szpitala wykonał badania diagnostyki patomorfologicznej, których koszt wyniósł 1.634,3 tys. zł. W tym 530,3 tys. zł w 2017 r., 685,6 tys. zł w 2018 r. (wzrost o 29,3%) i 418,3 tys. zł w 2019 r. (I półrocze). Udział kosztów badań diagnostyki patomorfologicznej w kosztach realizowanych świadczeń opieki zdrowotnej, finansowanych ze środków publicznych, wyniósł 2,41% w 2017 r., 2,13% w 2018 r. oraz 2,25% w 2019 r. (I półrocze).

Szczegółowym badaniem objęto 10 faktur o najwyższej wartości na łączną kwotę 663,5 tys. zł. Otrzymane faktury za wykonane usługi diagnostyki patomorfologicznej były weryfikowane pod względem liczby zleczonych oraz wykonanych badań. Ceny określone w umowach były zgodne z cenami na fakturze.

(akta kontroli str. 298, 334, 341-353)

Umowy zawarte z podwykonawcami na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie badań histopatologicznych<sup>24</sup> powiązane były z wynajmem pomieszczeń<sup>25</sup>. Z tego tytułu Szpital osiągnął przychody w wysokości: 116,9 tys. zł w 2017 r., 117,2 tys. zł w 2018 r. i 76,4 tys. zł w 2019 r. (I półrocze).

(akta kontroli str. 218-238, 251-264, 324-328)

Umowy (nr K5/2015/B i K9/2018/B) na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie badań histopatologicznych zawierały postanowienia umożliwiające Szpitalowi racjonalizowanie kosztów. Jakkolwiek określono, że ceny badań pozostają niezienne przez pierwsze 12 miesięcy ich obowiązywania, to zawierały zapis umożliwiający ich zmianę (nie częściej niż raz na 12 miesięcy) o nie więcej, niż wskaźnik wzrostu cen towarów i usług ogłaszany przez GUS. W okresie obowiązywania umów nie dokonywano zmiany cen badań.

(akta kontroli str. 197-217, 239-250)

Łączne koszty za zlecone badania wyniosły:

- histopatologiczne<sup>26</sup>: 442,0 tys. zł w 2017 r., 555,7 tys. zł w 2018 r., 309,7 tys. zł w 2019 r. Cena jednostkowa<sup>27</sup> wynosiła od: 454,99 zł w 2017 r. do 579,00 zł w 2019 r. (I półrocze).
- immunohistochemiczne: 45,9 tys. zł w 2017 r., 67,5 tys. zł w 2018 r., 51,6 tys. zł w 2019 r. Cena jednostkowa wynosiła od: 45,00 zł w 2017 r. do 55,00 zł w 2019 r. (I półrocze).
- cytologiczne (cytologia aspiracyjna i cytologia złuszczeniowa z wyłączeniem szyjki macicy): 6,9 tys. zł w 2017 r., 6,7 tys. zł w 2018 r. i 5,5 tys. zł w 2019 r. Cena jednostkowa wynosiła od: 10,00 zł w 2017 r. do 25,00 zł w 2019 r. (I półrocze).
- cytologiczne z szyjki macicy: 13,9 tys. zł w 2017 r., 16,9 tys. zł w 2018 r., 10,4 tys. zł w 2019 r. Cena jednostkowa wynosiła od: 8,00 zł w 2017 r. do 11,00 zł w 2019 r. (I półrocze).
- śródoperacyjne: 19,5 tys. zł w 2017 r., 32,1 tys. zł w 2018 r., 19,2 tys. zł w 2019 r. Cena jednostkowa wynosiła od 50,00 zł w 2017 r. do 150,00 zł w 2019 r. (I półrocze).
- sekcyjne/autopsyjne: 0,8 tys. zł w 2017 r., 1,6 tys. zł w 2018 r., 1,6 tys. zł w 2019 r. Cena jednostkowa wynosiła 799,50 zł w całym okresie objętym kontrolą.
- ocena wyników badań molekularnych to: 1,2 tys. zł w 2017 r., 3,8 tys. zł w 2018 r., 19,9 tys. zł w 2019 r. (I półrocze). Cena jednostkowa wynosiła od 150,00 zł w 2017 r. do 1980,00 zł w 2019 r. (I półrocze).

Ceny jednostkowe za badania objęte umową nr K/7/2017/1 wyniosły: cytochemiczne (340,00 zł), cytomorfologiczne (180,00 zł), immunofenotypowe (od 270,40 zł do 1227,20 zł). W okresie objętym kontrolą Szpital nie zlecił wykonania żadnego z tych badań.

(akta kontroli str. 201, 243, 265-275, 291-294, 298)

Umowy zawarte na wykonywanie badań diagnostyki patomorfologicznej nie określały wymagań w zakresie personelu medycznego, ale stan zatrudnienia był jednym z kryteriów oceny w przeprowadzonych konkursach ofert. Wymagany w postępowaniach konkursowych (K5/2015/B oraz K9/2018/B) załącznik nr 4 do oferty określał listę lekarzy wykonujących badania ze wskazaniem numeru prawa

<sup>24</sup> Umowy: nr K5/2015B, nr K9/2018/B.

<sup>25</sup> Umowy: nr K5/2015/N, nr K9/2018/N.

<sup>26</sup> Rodzaj badania i cena: mały materiał tkankowy (19,99 zł), mały materiał nieonkologiczny (45,00 zł), duży materiał nieonkologiczny (130,00 zł), mały materiał onkologiczny (60 zł), duży materiał onkologiczny (200 zł).

<sup>27</sup> Cena obejmuje odebranie materiału do badań przez podwykonawcę od Szpitala, wykonanie badań i dostarczenie wyników badań Szpitalowi.

wykonywania zawodu, stopnia naukowego i stopnia specjalizacji wraz z numerem świadectwa, jak również oświadczeń o akceptacji warunków konkursu.

Weryfikacja zasobów kadrowych, w tym kwalifikacji kierownika zakładu, dokonywana była przed zawarciem umów, poprzez określenie w ich treści oświadczeń podwykonawców, że badania wykonywane będą z należytą starannością przez osoby wykonujące zawód medyczny lub inne osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia do wykonywania badań. Po zawarciu umów weryfikacji takich nie przeprowadzono. Nie weryfikowano również harmonogramów pracy podwykonawców przed zawarciem umów oraz w trakcie ich obowiązywania.

W czerwcu 2018 r. w pracowni histopatologii doszło do stwierdzenia nieprawidłowości. Polegała ona na przekazaniu przez podwykonawcę wyniku badania będącego podstawą do podjęcia decyzji terapeutycznych, jako ostatecznego. Tymczasem wynik okazał się fragmentaryczny i po ponad miesiącu przekazano kolejny uzupełniający, a pierwszy przestał być widoczny w systemie dla personelu Szpitala. Zaistniała sytuacja została wyjaśniona przez Zarząd firmy z przedstawicielami dyrekcji i lekarzami Szpitala. Ustalono, że dodatkowe badania wynikające z wątpliwości klinicysty dotyczących wyniku histopatologicznego będą wykonywane wyłącznie na pisemne zlecenie lekarza kierującego.

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że SPZOZ posiada oświadczenie podwykonawcy o dysponowaniu stosownymi kompetencjami, kwalifikacjami, doświadczeniem oraz infrastrukturą niezbędną do realizacji przedmiotu umowy, jak również jego zobowiązanie do ubezpieczenia się od odpowiedzialności cywilnej oraz możliwość nałożenia na podwykonawcę kary umownej w przypadku opóźnienia w przekazaniu wyników badań w przewidzianych umową terminach.

W latach 2017-2019 (I półrocze) Szpital nie przeprowadził kontroli podwykonawcy w zakresie realizacji umów (nr K5/2015/B, K7/2017/1, K9/2018/B) na wykonywanie badań diagnostyki patomorfologicznej.

(akta kontroli str. 301, 388-393, 514-515)

W okresie objętym kontrolą podwykonawca udzielający świadczeń zdrowotnych w zakresie diagnostyki patomorfologicznej przekazał Szpitalowi zasady współpracy określające m.in. procedury dotyczące: zlecenia badań przy wykorzystaniu skierowania na badanie, pobierania materiału wraz z określeniem sposobu oznakowania pojemników z pobranym materiałem, transportu materiału do pracowni histopatologii, przyjęcia i rejestracji materiału, w tym dokumentowania procesu sprawdzania zgodności danych ze skierowania z przekazanym materiałem, postępowania w przypadku stwierdzenia niezgodności lub braku danych w skierowaniu na badania, przechowywania i utylizacji materiału, zgodnie z § 3 ust. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 grudnia 2017 r. w sprawie standardów organizacyjnych opieki zdrowotnej w dziedzinie patomorfologii<sup>28</sup>. Pracownicy Szpitala zostali przeszkoleni przez podwykonawcę w zakresie szczegółowych zasad przygotowywania i przekazywania materiału do badań.

Stosownie do postanowień zawartych umów, materiał do badań histopatologicznych wraz ze skierowaniami był odbierany przez pracowników podwykonawcy. Do opisanych i oznaczonych kodami pojemników z materiałami tkankowymi dołączano odpowiadające im skierowania oznakowane kodami kreskowymi.

(akta kontroli str. 197-203, 239-245, 532-660, 765-772)

Pobraną materiał przed przekazaniem do pracowni histopatologii, zgodnie z umową, był utrwalany poprzez umieszczenie go w 10% roztworze formaliny lub w 70% roztworze alkoholu etylowego albo w denaturacie. W pomieszczeniach, gdzie

---

<sup>28</sup> Dz. U. z 2017 r., poz. 2435.

dokonywano utrwalenia, nie prowadzono pomiarów stężenia formaldehydu, co zostało szczegółowo opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 666-670)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

1. Przekraczano czas na przekazanie materiału do pracowni histopatologii określony w zasadach utrwalania materiału do badania histopatologicznego<sup>29</sup>. W przypadku każdego małego materiału (np. guzek sutka, pojedynczy mięśniak) powinien on być nie dłuższy niż 24 godziny od pobrania. Jest to optymalny czas utrwalania materiału pozwalający na wykonanie dobrej jakości preparatów oraz zachowanie antygenowości tkanki w przypadku konieczności wykonania odczynów immunohistochemicznych lub badań molekularnych. W przypadku dużych materiałów pooperacyjnych (np. macica, sutek, jelito) potrzebny jest dłuższy czas na przepojenie całego materiału formaliną i wynosi od 48 do 72 godzin w zależności od wielkości materiału. Tymczasem na podstawie przekazanych<sup>30</sup> przez Szpital danych zbiorczych ustalono, że czas ten został przekroczony:

a) w 2017 r. w 192 przypadkach pobrania dużego materiału (który przekazywany był czasie od 4 do 16 doby od pobrania) i w 1512 przypadkach pobrania małego materiału (który przekazywany był w czasie od 2 do 27 doby od pobrania);

b) w 2018 r. w 194 przypadkach pobrania dużego materiału (który przekazywany był czasie od 4 do 41 doby od pobrania) i w 1756 przypadkach pobrania małego materiału (który przekazywany był w czasie od 2 do 35 doby od pobrania);

c) w 2019 r. (I półrocze) w 178 przypadkach pobrania dużego materiału (który przekazywany był czasie od 4 do 34 doby od pobrania) i w 1123 przypadkach pobrania małego materiału (który przekazywany był w czasie od 2 do 26 doby od pobrania).

Zastępca Dyrektora ds. Techniczno-Inwestycyjnych Szpitala wyjaśnił, że opóźnienia w przekazywaniu materiału do badania histopatologicznego wynikały z nadmiaru obowiązków personelu medycznego związanych bezpośrednio z udzielaniem świadczeń zdrowotnych pacjentom na Bloku Operacyjnym Szpitala. Wskazał również, że wobec stwierdzonych nieprawidłowości niezwłocznie zostaną podjęte działania naprawcze w tym zakresie. Informacja dotycząca przekazywania materiałów do badań histopatologicznych zostanie włączona do cotygodniowych raportów przekazywanych na regularnych odprawach lekarzy kierujących oddziałami szpitala, a kierownik bloku operacyjnego zostanie zobligowany do codziennej weryfikacji terminów przekazywania materiałów do pracowni histopatologii. Poinformowano również, że względem personelu odpowiedzialnego za przedmiotowe uchybienie, dyrekcja Szpitala wyciągnie konsekwencje służbowe.

(akta kontroli str. 304-305, 516-517, 522-525, 663-665)

2. Szpital nie naliczył podwykonawcy kar umownych z tytułu przekroczenia terminów wykonywania i przekazywania wyników badań, pomimo takiego uprawnienia wynikającego z zawartych umów. Zgodnie z § 6 ust.1 tych umów, w razie opóźnienia w przekazaniu wyników badań w terminach określonych w umowach, Szpital ma prawo do nałożenia na podwykonawcę kary umownej w wysokości 2% wartości badań, których opóźnienie dotyczy, za każdy dzień opóźnienia, nie wyższej niż 20% wartości opóźnionego badania.

<sup>29</sup> Przekazanych pisemnie Szpitalowi przez podwykonawcę jako ogólnie obowiązujące standardy postępowania.

<sup>30</sup> Przy piśmie (znak:L.dz.2276/2019/SEK/SPR/19/001117/4) z 20 września 2019 r. przekazującym płytę CD zawierającą zestawienie dotyczące czasu wykonywania badań patomorfologicznych w latach 2017-2019 (I półrocze).

Opóźnienia wystąpiły w 2,6% wszystkich wykonanych i przekazanych, w okresie objętym kontrolą, wyników badań histopatologicznych<sup>31</sup>. W 596 przypadkach pracownia histopatologii przekroczyła termin 7 dni roboczych na wykonanie i przekazanie badania wykonywanego w trybie normalnym, określony w § 3 ust. 4 lit. a umowy nr K5/2015/B obowiązującej od 1 stycznia 2017 r. do 12 września 2018 r.<sup>32</sup>

Podwykonawca, do czasu zakończenia czynności kontrolnych, w 153 przypadkach przekroczył termin 10 dni roboczych, na wykonanie i przekazanie badania wykonywanego w trybie normalnym, określony w § 3 ust. 4 lit. a umowy nr K9/2018/B obowiązującej od 13 września 2017 r.

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że przyczyną nienaliczania kar umownych była długotrwała absencja chorobowa Głównej Księgowej Szpitala oraz duża rotacja kadr. Jednocześnie dodała, że poleciła, w trybie pilnym dokonanie weryfikacji złożonych przez wykonawcę faktur, i że należności te zostaną bezzwłocznie szczegółowo ustalone i naliczone. Wykonawca otrzyma wezwanie do zapłaty z informacją, że w razie odmowy uregulowania należności, Szpital dokona odpowiednich potrąceń należności z tytułu kar z kwotami wymagalnych należności Wykonawcy wobec Szpitala. Ponadto poinformowano, że weryfikacja terminów będzie prowadzona przez Szpital na bieżąco.

(akta kontroli str.304-305, 528-529, 830-858)

3. W Szpitalu nie przeprowadzono pomiarów kontrolnych w zakresie poziomu stężenia rakotwórczego formaldehydu w pomieszczeniach, gdzie utrwalano materiał do badań histopatologicznych, pomimo takiego obowiązku wynikającego § 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 lipca 2012 r. w sprawie substancji chemicznych, ich mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym w środowisku pracy<sup>33</sup>. Z karty charakterystyki formaldehydu 10% stosowanego przez Szpital do utrwalania materiału do badań histopatologicznych wynika, że substancja ta spełnia kryteria klasyfikacji substancji rakotwórczej i mutagennej<sup>34</sup>.

Zgodnie z § 6 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011 r. w sprawie badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy<sup>35</sup>, w przypadku występowania czynnika o działaniu rakotwórczym lub mutagennym, badania i pomiary wykonuje się, co najmniej raz na sześć miesięcy – jeżeli podczas ostatniego badania i pomiaru stwierdzono stężenie czynnika o działaniu rakotwórczym lub mutagennym powyżej 0,1 do 0,5 wartości NDS, lub co najmniej raz na trzy miesiące – jeżeli podczas ostatniego badania i pomiaru stwierdzono stężenie czynnika o działaniu rakotwórczym lub mutagennym powyżej 0,5 wartości NDS.

Tymczasem Szpital zaliczył formaldehyd 10% do wykazu substancji chemicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym występujących w środowisku pracy, o którym mowa w § 2 rozporządzenia w sprawie substancji chemicznych. Uwzględnił go w prowadzonym rejestrze prac, których wykonywanie powoduje konieczność pozostawania w kontakcie z chemicznymi substancjami rakotwórczymi

<sup>31</sup> Ustalenia dokonano na podstawie danych przekazanych przy piśmie (znak:L.dz.2276/2019/SEK/SPR/19/001117/4) z 20 września 2019 r., zawartych na płycie CD zawierającej zestawienie dotyczące czasu wykonywania badań patomorfologicznych w latach 2017-2019 (I półrocze).

<sup>32</sup> Zawartej w dniu 10 lipca 2015 r.

<sup>33</sup> Dz. U. z 2016 r. poz. 1117, zwane dalej: „rozporządzeniem w sprawie substancji chemicznych”.

<sup>34</sup> Kryteria klasyfikacji jako rakotwórcze lub mutagenne kategorii 1A lub 1B zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 1272/2008 z dnia 16 grudnia 2008 r. w sprawie klasyfikacji, oznakowania i pakowania substancji i mieszanin, zmieniającym i uchylającym dyrektywę 67/548/EWG i 1999/45/WE oraz zmieniającym rozporządzenie (WE) nr 1907/2006 (Dz. Urz. UE L 353 z 31.12.2008, str. 1).

<sup>35</sup> Dz.U z 2011 r., Nr 33, poz.166, ze zm.

lub mutagennymi (§ 4 ust. 1), wprowadził pracowników użytkujących formaldehyd 10% do rejestru pracowników narażonych na działanie tych substancji (§ 5 ust. 1) oraz przekazał do Okręgowego Inspektoratu Pracy w Warszawie i Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Warszawie „Informację o substancjach chemicznych, ich mieszaninach, czynnikach lub procesach technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym” za rok 2017 i 2018 (§ 4 ust. 2), ale nie dokonywał kontroli pomiarów stężenia tej substancji.

Zastępca Dyrektora ds. Techniczno-Inwestycyjnych wyjaśnił, że badania środowiska pracy w zakresie stężenia formaldehydu w powietrzu nie były dotychczas wykonywane, ponieważ formaldehyd używany do prac ma niskie stężenie 10%, co w połączeniu z krótkim czasem ekspozycji (szacowanym łącznie od jednej do pięciu minut na zmianę roboczą) stanowi małe ryzyko dla osób mających styczność z substancją. Podniósł również, że służba BHP uznała, że w związku z użyciem formaldehydu 10% wystarczające jest jego ujęcie w spisie substancji i mieszanin niebezpiecznych, przekazanie pracownikom kart charakterystyki substancji niebezpiecznej do zapoznania, opisanie zagrożenia kontaktu z czynnikiem niebezpiecznym w ocenie ryzyka zawodowego na poszczególnych stanowiskach pracy, ujęcie formaldehydu w rejestrze prac, których wykonywanie powoduje konieczność pozostawania w kontakcie z substancjami chemicznymi i ich mieszaninami, czynnikami lub procesami technologicznymi o działaniu rakotwórczym lub mutagennym, wprowadzenie pracowników użytkujących formaldehyd 10% w rejestr pracowników narażonych na działanie substancji chemicznych ich mieszanin, czynników lub procesów o działaniu rakotwórczym lub mutagennym, udostępnienie pracownikom instrukcji bhp w kontakcie z substancjami chemicznymi oraz zobligowanie kadry do uwzględnienia zagrożenia w kontakcie z formaldehydem 10% do zaznaczenia czynnika chemicznego w skierowaniach na badania lekarskie. Poinformował jednocześnie, że w trybie pilnym zostaną wykonane pomiary środowiska pracy w zakresie poziomu stężenia rakotwórczego formaldehydu.

(akta kontroli str. 666-755)

#### OCENA CZĄSTKOWA

W Szpitalu nie dochowano należytej staranności w sprawowaniu nadzoru nad realizacją umów z podwykonawcą diagnostyki patomorfologicznej. Nie dotrzymywano terminów przekazywania pobranych materiałów do pracowni histopatologii, co stwarzało potencjalne ryzyko obniżenia jakości wykonywanych preparatów oraz wydłużało czas oczekiwania na wynik badania. Nie dochodono roszczeń od podwykonawcy z tytułu przekroczenia terminów wykonywania badań i przekazywania ich wyników, pomimo takiego uprawnienia wynikającego z zawartych umów. Nie przeprowadzono pomiarów poziomu stężenia rakotwórczego formaldehydu w pomieszczeniach, gdzie utrwalano materiał do badań histopatologicznych, co narażało w warunkach zawodowych zatrudniony personel na jego toksyczne działanie.

## 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 wzmożenia nadzoru nad realizacją umowy z podwykonawcą udzielającym świadczeń w zakresie diagnostyki patomorfologicznej.

- Wnioski
1. Terminowe przekazywanie pobranego materiału do pracowni histopatologii podwykonawcy.
  2. Naliczanie kar umownych za przekroczenie przez podwykonawcę dopuszczalnego w warunkach zawartej umowy, czasu wykonania badania i przekazania wyniku.
  3. Przeprowadzenie badań i pomiarów kontrolnych w zakresie poziomu stężenia rakotwórczego formaldehydu w pomieszczeniach Szpitala, gdzie utrwalany jest materiał do badań histopatologicznych.
  4. Przekazywanie ogłoszeń o wynikach rozstrzygnięcia postępowań o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej Urzędowi Oficjalnych Wspólnot Europejskich, w sytuacji przekraczania wyrażonej w złotych równowartości kwoty 130 tys. euro.
  5. Umieszczanie na stronie internetowej Szpitala informacji o rozstrzygnięciu konkursów ofert.

## 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.

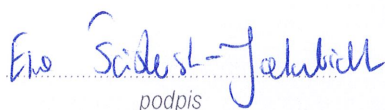
Obowiązek  
poinformowania  
NIK o sposobie  
wykorzystania uwag  
i wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 21 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, 11 grudnia 2019 r.

Kontroler  
Ewa Ściślewska-Jakubiak  
Główny specjalista kontroli  
państwowej

  
podpis

Najwyższa Izba Kontroli  
Departament Zdrowia  
Dyrektor  
Piotr Wasilewski

  
podpis