



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Łodzi

LLO.410.003.01.2018
S/18/003

Tekst jednolity

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Łodzi
ul. Kilińskiego 210, 90-980 Łódź
T +48 42 239 32 00, F +48 42 239 32 90
llo@nik.gov.pl

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	S/18/003 – Prawidłowość funkcjonowania i realizacji wybranych zadań statutowych przez Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Łodzi.
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Łodzi
Kontrolerzy	1. Janusz Rzepecki – doradca ekonomiczny, upoważnienie do kontroli nr LLO/59/2018 z dnia 3 kwietnia 2018 r.; upoważnienie do kontroli nr LLO/118/2018 z dnia 8 sierpnia 2018 r. 2. Dominik Gołacki – główny specjalista kp., upoważnienie do kontroli nr LLO/60/2018 z dnia 3 kwietnia 2018 r. 3. Marek Tarnawski – doradca techniczny, upoważnienie do kontroli nr LLO/58/2018 z dnia 3 kwietnia 2018 r. (dowód: akta kontroli str. 1-6, 5847)
Jednostka kontrolowana	Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Łodzi, ul. Franciszkańska 17/25, 91-433 Łódź (zwane dalej: RCKiK lub Centrum).
Kierownik jednostki kontrolowanej	Krzysztof Włodarczyk – Dyrektor Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Łodzi powołany dnia 9 marca 1992 r. (dowód: akta kontroli str. 7-8)

II. Ocena kontrolowanej działalności¹

Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli przeprowadziła w Regionalnym Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Łodzi kontrolę w czterech obszarach: 1. Organizacja RCKiK, zasady zatrudniania i dokształcania pracowników oraz system wynagrodzeń, 2. Organizacja pobierania i przetwarzania krwi, 3. Prowadzenie ewidencji księgowej w RCKiK oraz 4. Dokonywanie zakupów usług i dostaw oraz realizacja i rozliczanie zawartych umów.

Oceniając drugi z ww. obszarów ustalono, że wszystkie urządzenia i sprzęt Działu Pobierania poddawane były badaniom i kontroli z częstotliwością wynikającą ze wskazań producentów. Pomieszczenia i wyposażenie w ww. dziale spełniały wymogi określone w rozdziale III załącznika nr 4 do rozporządzenia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą², jedynie poza przypadkiem dotyczącym pomieszczenia higieniczno-sanitarnego dostępnego dla osób niepełnosprawnych, choć w budynku znajdowała się taka toaleta. Nadto w pomieszczeniu radiatora nie zapewniono wentylacji mechanicznej. Również pomieszczenia i wyposażenie Działu Laboratoryjnego spełniały wymogi określone w rozdziale V załącznika nr 4 do rozporządzenia w sprawie pomieszczeń i urządzeń

¹ Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna. Jeżeli sformułowanie oceny ogólnej według proponowanej skali byłoby nadmiernie utrudnione, albo taka ocena nie dawałaby prawdziwego obrazu funkcjonowania kontrolowanej jednostki w zakresie objętym kontrolą, stosuje się ocenę opisową, bądź uzupełnia ocenę ogólną o dodatkowe objaśnienie.

² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r., Dz. U. poz. 739; dalej: rozporządzenie w sprawie pomieszczeń i urządzeń podmiotu leczniczego

podmiotu leczniczego. Wszystkie urządzenia i sprzęt poddawane były badaniom i kontroli z częstotliwością wynikającą ze wskazań producentów. Kontrola jakości wewnątrz- i zewnątrzlaboratoryjna prowadzona była zgodnie z rozporządzeniem w sprawie standardów jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych³. W Dziale stosowano metody badawcze zgodne z ww. rozporządzeniem. Nieprawidłowością było natomiast niezapewnienie bieżącej autoryzacji przez diagnostów laboratoryjnych wyników badań laboratoryjnych wykonywanych u kandydatów na dawców w godzinach popołudniowych oraz w soboty w Dziale Laboratoryjnym. Nadto stwierdzono m.in., że nie zapewniono w pełni, w tym w trakcie niektórych ekip wyjazdowych, części wymaganych warunków sanitarno-higienicznych i wyposażenia, co dotyczyło braku wydzielonego gabinetu badań lub parawanów zapewniających intymność dawcom, środków higienicznych w toalecie dla dawców, a także niewłaściwego składowania odpadów medycznych oraz stanu niektórych krzeseł lub foteli dla dawców. Ponadto w obowiązujących w Centrum procedurach wskazujących na sposób przygotowania miejsca wkłucia zawarto sprzeczne ze sobą zapisy dotyczące mycia zgieć łokciowych. NIK zauważa również, że wystąpiły przypadki transportu krwi w nieodpowiednich warunkach.

Oceniając obszary pierwszy i czwarty, za niezgodne z kryteriami legalności lub gospodarności Izba uznała m.in. wydatkowanie środków pieniężnych Centrum na zakup odzieży na prywatne potrzeby pracowników (w tym m.in. markowe garsonki, garnitury, skórzane torby i buty), na podwójne wynagradzanie – w ramach umowy o pracę i umowy zlecenia – pracownika za przeprowadzanie szkoleń, zlecenie obsługi prawnej bez uprzedniego rozeznania rynku oraz na wykorzystywanie wynajmowanych dla potrzeb przewozu krwi środków transportu na cele inne niż przewóz krwi, m.in. na dowożenie pracowników do i z pracy. Powyższe nieprawidłowości stanowiły naruszenie m.in. przepisu art. 44 ust. 3 pkt 1 ustawy o finansach publicznych⁴. NIK negatywnie ocenia także dokonywanie zmian w strukturze organizacyjnej Centrum w sposób niezgodny z postanowieniami Statutu w zakresie tworzenia nowych działów.

Pozostałe nieprawidłowości w pierwszym obszarze dotyczyły m.in. nieustalenia w regulaminie wynagradzania stawek dodatku dydaktycznego, nierzetelnego rozliczania podróży służbowych, a także zapłaty za przeprowadzenie przewodów doktorskich na podstawie dokumentów nie stanowiących dokumentów księgowych, co było sprzeczne z art. 20 ust. 1-3 ustawy o rachunkowości⁵.

NIK krytycznie ocenia funkcjonujący do 2017 r. w Centrum proceder dokonywania zakupu leków w hurtowni farmaceutycznej na prywatne potrzeby pracowników, bez okazywania przez nich wymaganych na te leki recept. Podkreślenia wymaga fakt, że dotyczyło to m.in. leków antykoncepcyjnych, psychotropowych, przeciwpadaczkowych, antybiotyków, silnych leków przeciwbólowych i sterydowych.

Nadto, w czwartym obszarze stwierdzone w toku kontroli nieprawidłowości dotyczyły również przeprowadzonych przez Centrum postępowań o udzielenie zamówień publicznych, w tym m.in. nieodrzczenia oferty, pomimo iż jej treść nie odpowiadała

³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 23 marca 2006 r., Dz. U. z 2016 r., poz. 1665 ze zm.; dalej: rozporządzenie w sprawie standardów jakości dla medycznych laboratoriów

⁴ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r., Dz. U. z 2017 r., poz. 2077 ze zm.; dalej: ustawa o finansach publicznych

⁵ Ustawa z dnia 29 września 1994 r., Dz. U. z 2018 r., poz. 395 ze zm.; dalej: ustawa o rachunkowości

treści siwz, a także niewzwania oferenta do uzupełnienia brakujących dokumentów.

Natomiast w badanym obszarze trzecim NIK stwierdziła nieprawidłowości w obowiązującej w RCKiK polityce rachunkowości. Była ona bowiem niezgodna z przepisami ustawy o rachunkowości, niezaktualizowana w zakresie stosowanej wersji programu księgowego, a także sprzeczna ze stosowanym przez Centrum wykazem kont w systemie księgowym. Nadto, nierzetelnie i niezgodnie z obowiązującymi przepisami przeprowadzono w latach 2016-2017 inwentaryzację aktywów i pasywów, jak również nie dokonano zamknięcia ksiąg rachunkowych za rok 2016 w terminie.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Organizacja RCKiK, zasady zatrudniania i kształcenia pracowników oraz system wynagradzania.

Opis stanu faktycznego

1.1. Statut i Regulamin RCKiK

Minister Zdrowia zarządzeniem z dnia 14 czerwca 2012 r. wprowadził Statut Centrum⁶, w którym zawarł m.in. następujące postanowienia:

- RCKiK w Łodzi jest podmiotem leczniczym w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁷, obszarem działania Centrum jest województwo łódzkie, z tym, że dystrybucja krwi i jej składników oraz tkanek może odbywać się na terenie całego kraju;
- do zadań Centrum należy m.in.: wykonywanie obowiązków określonych w ustawie o publicznej służbie krwi; dystrybucja produktów krwiopochodnych i innych produktów leczniczych wytwarzanych w krajowych i zagranicznych wytwórniach farmaceutycznych; współdziałanie z podmiotami leczniczymi w zakresie przeszczepiania tkanek i narządów; prowadzenie działalności naukowo-badawczej i prac badawczo-rozwojowych w dziedzinie krwiodawstwa i krwiolęcznictwa; uczestniczenie w przygotowywaniu osób do wykonywania zawodu medycznego i kształceniu osób wykonujących zawód medyczny;
- Dyrektor ponosi odpowiedzialność za zarządzanie RCKiK, kieruje jego działalnością i reprezentuje je na zewnątrz;
- strukturę organizacyjną Centrum tworzą: Bank Tkanek i Komórek, Dział Administracyjno-Techniczny, Dział Analiz Lekarskich i Czynników Zakaźnych Przenoszonych przez Krew, Dział Dawców i Ekspedycji, Dział Finansowo-Księgowy, Dział Immunologii Transfuzjologicznej, Dział Pobierania, Dział Preparatyki, Dział Zapewnienia Jakości i Sprawozdawczości, Sekcja Organizacji Honorowego Krwiodawstwa, Hurtownia Farmaceutyczna, samodzielne stanowiska pracy ds.: BHP, Kadr, PPOŻ, Ochrony Radiologicznej, Systemu Zarządzania Jakością oraz Radcy Prawnego), Sekretariat;
- Centrum pokrywa z posiadanych środków i uzyskanych przychodów koszty działalności i reguluje zobowiązania oraz prowadzi gospodarkę finansową na zasadach określonych w ustawie o działalności leczniczej; podstawą gospodarki Centrum jest roczny plan finansowy ustalany przez Dyrektora; Centrum sporządza sprawozdania finansowe na zasadach określonych w ustawie o rachunkowości.

(dowód: akta kontroli, str. 4192-4194)

⁶ Dz. Urz. MZ. z 20 czerwca 2012 r.

⁷ Dz. U. z 2018 r. poz. 160 ze zm.; dalej: ustawa o działalności leczniczej.

Dyrektor Centrum zarządzeniem Nr 0112A/8/2012 z dnia 9 sierpnia 2012 r. wprowadził regulamin organizacyjny, w którym określono, że do zadań RCKiK należy m.in.: kwalifikowanie kandydatów na dawców do oddania krwi; prowadzenie rejestru dawców krwi; pobieranie krwi oraz przeprowadzanie zabiegów z tym związanych; gromadzenie, konserwacja, przechowywanie i wydawanie krwi i jej składników; zaopatrywanie zakładów opieki zdrowotnej w krew i jej składniki; organizowanie szkoleń w dziedzinie krwiodawstwa i krwiolecznictwa; podnoszenie kwalifikacji zawodowych kadry kierowniczej oraz pozostałych pracowników Centrum w celu realizacji zadań statutowych; uczestniczenie w przygotowaniu osób do wykonywania zawodu medycznego lub wykonujących zawód medyczny. Centrum kieruje Dyrektor przy pomocy swojego Zastępcy i Głównego Księgowego oraz podlegających mu bezpośrednio pracowników.

(dowód: akta kontroli, str. 4199-4222)

W latach 2016-2017 Minister Zdrowia dokonał następujących zmian Statutu Centrum w zakresie struktury organizacyjnej:

- zarządzeniem z dnia 26 lutego 2016 r. zlikwidował Bank Tkanek i Komórek;
- zarządzeniem z dnia 15 marca 2017 r. zlikwidował Dział Analiz Lekarskich i Czynników Zakaźnych Przenoszonych przez Krew, utworzył Dział Laboratoryjny, a w miejsce Działu Zapewnienia Jakości i Sprawozdawczości wprowadził Dział Zapewnienia Jakości. Z listy zadań Centrum wykreślono dystrybucję produktów krwiopochodnych i innych produktów leczniczych wytwarzanych w krajowych i zagranicznych wytwórniach farmaceutycznych.

(dowód: akta kontroli, str. 4195-4198, 4223-4227)

Dyrektor Centrum zarządzeniem Nr 0112A/3/2017 z dnia 19 czerwca 2017 r. wprowadził zmiany struktury organizacyjnej Centrum polegające na utworzeniu nowego działu – Dział Dawców i Pobierania w wyniku połączenia Działu Pobierania z Rejestracją i Gabinetami Lekarskimi. Utworzono jednocześnie Dział Ekspedycji.

(dowód: akta kontroli, str. 4255-4256)

Zarządzeniem Nr 0112A/1/2018 z dnia 2 stycznia 2018 r. Dyrektor wprowadził nowy Regulamin Organizacyjny Centrum, w którym ujęto utworzone zarządzeniem z dnia 19 czerwca 2017 r. działy: Dział Dawców i Pobierania oraz Dział Ekspedycji, a także Dział Zapewnienia Jakości i Sprawozdawczości.

(dowód: akta kontroli, str. 4228-4250)

Zarządzeniem Nr 0112A/3/2018 z dnia 24 stycznia 2018 r. Dyrektor wprowadził nowy schemat organizacyjny RCKiK, w którym ujęto Dział Pobierania, Dział Dawców i Ekspedycji oraz Dział Zapewnienia Jakości, nie dokonując jednocześnie zmian Regulaminu Organizacyjnego.

(dowód: akta kontroli, str. 4251-4252, 4259)

Ministerstwo Zdrowia pismem z dnia 20 października 2017 r. zwróciło się do Dyrektora Centrum o szczegółowe odniesienie się m.in. do nw. kwestii:

- wskazanie szczegółowych przyczyn dokonania zmian organizacyjnych polegających na utworzeniu w miejsce Działu Dawców i Ekspedycji - Działu Ekspedycji oraz w miejsce Działu Pobierania - Działu Dawców i Pobierania, a także wskazanie skutków personalnych ww. reorganizacji;
- przekazanie informacji o sytuacji kadrowej Centrum, w tym poziomu fluktuacji kadr;
- wyjaśnienie, czy w Centrum wprowadzono zasady służące wyeliminowaniu sytuacji mogących narazić jednostkę na ryzyko zarzutów nepotyzmu lub kumoterstwa, w tym wskazanie procedur obowiązujących w trakcie naborów do Centrum.

W odpowiedzi, pismem z dnia 7 listopada 2017 r., Dyrektor stwierdził m.in., że:

- ww. reorganizacja Centrum była zgodna z obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 9 czerwca 2017 r. w sprawie wymagań dobrej praktyki pobierania krwi i jej

składników, badania, preparatyki, przechowywania, wydawania i transportu dla jednostek organizacyjnych publicznej służby krwi⁸. Wyjaśnił, że dotychczas lekarze i rejestratorzy medyczni byli pracownikami zarówno jednego, jak i drugiego działu, a po wprowadzeniu zmian zostali pracownikami jednego działu. Dyrektor poinformował również o zmianach personalnych na stanowisku kierownika nowoutworzonego Działu;

- przekazał informację o liczbie zatrudnionych pracowników, w tym przyjętych i zwolnionych oraz wskazał, że pomimo podejmowanych działań problemem jest pozyskanie lekarzy kwalifikujących dawców do oddania krwi, zarówno w siedzibie Centrum, jak i w Punktach Pobrań;
- Dyrektor nie odniósł się do kwestii nepotyzmu i kumoterstwa, poinformował natomiast, że w Centrum w zakresie naboru nowych pracowników obowiązuje procedura SOP 01/302 i „Taryfikator kwalifikacyjny pracowników RCKiK w Łodzi”.

Pismem z dnia 12 stycznia 2018 r. skierowanym do Dyrektora Centrum Ministerstwo Zdrowia poinformowało, że: „w świetle przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (...) strukturę organizacyjną podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą określa statut nadawany przez podmiot tworzący. Tym samym wprowadzenie zmian w ww. strukturze wymaga stosownej zmiany statutu, dokonywanej – w przypadku podmiotu leczniczego, będącego regionalnym centrum krwiodawstwa i krwiolecznictwa (...) – stosownym zarządzeniem Ministra Zdrowia. Formalnie niedopuszczalne jest zatem dokonywanie przez kierownika podmiotu leczniczego reorganizacji wyrażającej się w tworzeniu, likwidowaniu, łączeniu lub dzieleniu komórek organizacyjnych lub samodzielnych stanowisk pracy wskazanych w statucie bez uprzedniej jego zmiany, następnie zaś występowanie do podmiotu tworzącego o zatwierdzenie wprowadzonych zmian. Jakkolwiek bowiem kierownik podmiotu leczniczego (Dyrektor RCKiK) odpowiada za sprawne działanie jednostki organizacyjnej (...), to jednak dokonywanie zmian w strukturze organizacyjnej na poziomie statutowym nie leży w zakresie jego kompetencji. (...) Takie działanie bowiem, poprzedzone faktycznymi zmianami organizacyjnymi i kadrowymi (...) z jednej strony ogranicza realny wpływ podmiotu tworzącego na funkcjonowanie w aspekcie formalnoprawnym podległego lub nadzorowanego podmiotu leczniczego, z drugiej zaś pozostaje w sprzeczności z obowiązującymi przepisami prawa tj. art. 42 ust. 4 w zw. z art. 42 ust. 2 pkt 4 ww. ustawy o działalności leczniczej.”

Ponadto w ww. piśmie Ministerstwo wyraziło wątpliwości dotyczące zapewnienia obsługi prawnej RCKiK w Łodzi w sposób zgodny z postanowieniami Statutu Centrum, bowiem na stronie internetowej RCKiK w ramach informacji dotyczących kontaktu z Samodzielnym Stanowiskiem Pracy Radcy Prawnego znajdują się dane kontaktowe do adwokatów lub kancelarii adwokackich w Łodzi. Jednocześnie Ministerstwo zobowiązało Dyrektora Centrum do przywrócenia stanu zgodnego z prawem oraz zapewnienia zgodności działań z obowiązującymi regulacjami.

Pismem z dnia 24 stycznia 2018 r. Dyrektor poinformował o wystąpieniu do Narodowego Centrum Krwi (dalej: NCK) o zaopiniowanie zaproponowanych przez Centrum zmian w Statucie. Odnośnie Samodzielnego Stanowiska Pracy Radcy Prawnego Dyrektor wyjaśnił, że od 1 lipca 2017 r. pozostaje ono nieobsadzone z uwagi na przejście na emeryturę dotychczasowego radcy prawnego, natomiast z uwagi na konieczność zapewnienia ciągłej obsługi prawnej podmiotu obsługa prawna realizowana jest przez zewnętrzną kancelarię adwokacką.

W związku z uzyskaniem pozytywnej opinii NCK, pismem z dnia 19 lutego 2018 r. Dyrektor zwrócił się do Ministerstwa Zdrowia z wnioskiem o zmianę Statutu polegającą na:

⁸ Dz. Urz. MZ.2017.63 z dnia 9 czerwca 2017 r.; dalej: obwieszczenie w sprawie dobrej praktyki pobierania krwi.

- wykreśleniu samodzielnego stanowiska pracy Pełnomocnika ds. Systemu Zarządzania Jakością,
- zastąpieniu nazwy „Dział Dawców i Ekspedycji” nazwą „Dział Ekspedycji”, zastąpieniu nazwy „Dział Pobierania” nazwą „Dział Dawców i Pobierania”,
- zastąpieniu nazwy „Samodzielne Stanowisko Pracy Radcy Prawnego” nazwą „Stanowisko Obsługi Prawnej” i zaakceptowaniu świadczenia obsługi prawnej przez podmiot zewnętrzny.

Do dnia zakończenia kontroli Centrum nie uzyskało odpowiedzi z Ministerstwa w sprawie zmiany Statutu.

(dowód: akta kontroli, str. 4301-4341, 5695-5703)

Połączenie Działu Dawców i Działu Pobierania poprzedzone było wypowiedzeniem z dnia 31 maja 2017 r. zmieniającym warunki pracy i płacy Kierownika Działu Pobierania i przeniesieniem na stanowisko asystenta Działu Dawców (od dnia 18 czerwca 2017 r.). Kierownikiem nowego Działu Dawców i Pobierania został zaś dotychczasowy Kierownik Działu Dawców.

Jako przyczyny wypowiedzenia wskazano „niewykonywanie obowiązków służbowych, utratę zaufania do pracownika, brak właściwych relacji z dyrekcją, brak lojalności wobec dyrekcji, niewłaściwe rozumienie funkcji kierownika”.

Do powyższej zmiany zastrzeżeń nie wniósł Niezależny Samorządny Związek Zawodowy Pracowników Ochrony Zdrowia RCKiK. Natomiast Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych Zakładowa Organizacja Związkowa RCKiK oraz NSZZ „Solidarność” przy RCKiK zgłosiły zastrzeżenia argumentując to m.in. wysokimi kompetencjami Kierownika, sumiennością i poprawnością wykonywania obowiązków, a także zaufaniem ze strony podległych pracowników. Z apelem do Dyrektora Centrum o wycofanie się z decyzji dotyczącej odwołania ze stanowiska dotychczasowego Kierownika Działu Pobierania zwróciły się pielęgniarki Działu Pobierania – Sekcji Pobierania oraz pracujące w Punktach Pobrań.

Kierownik Działu Pobierania zwróciła się do Ministerstwa Zdrowia (pismem z dnia 30 sierpnia 2017 r.) z prośbą o interwencję w opisanej sprawie. W piśmie tym opisała przebieg konfliktu z dyrekcją, a także poinformowała o skierowaniu (w czerwcu 2017 r.) sprawy dotyczącej wypowiedzenia do sądu pracy – co jej zdaniem – przyczyniło się do połączenia przez Dyrektora Działu Dawców i Działu Pobierania oraz zlikwidowania jej stanowiska pracy.

Zgodnie z wyjaśnieniami Ministra Zdrowia, kwestia dotycząca ochrony interesów Kierownika Działu Pobierania stanowi przedmiot rozstrzygnięcia przez właściwy sąd pracy, dlatego też pismo z dnia 30 sierpnia 2017 r. nie mogło zostać zakwalifikowane jako skarga zgodnie z kpa.

(akta kontroli, str. 4518-4526, 4529-4531, 4538-4572)

W dniu 8 maja 2017 r. Dyrektor Centrum zlecił Lex Signum Kancelarii Adwokackiej Konrada Misiaka dokonanie analizy obszarów w zakresie obsługi prawnej Centrum. W dniu 8 czerwca 2017 r. ww. Kancelaria sporządziła opinię, w której stwierdzono konieczność wzmocnienia ochrony prawnej, w tym zapewnienia stałej i bieżącej współpracy w zakresie obsługi prawnej. W dniu 1 lipca 2017 r. Dyrektor podpisał z Lex Signum Kancelarią Adwokacką Konrada Misiaka umowę dotyczącą obsługi prawnej Centrum na okres 2 lat.

(dowód: akta kontroli, str. 4262-4277)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następującą nieprawidłowość:

W latach 2017-2018 Dyrektor dokonywał zmian organizacyjnych w Centrum niezgodnie z postanowieniami Statutu, bowiem:

- a) zarządzeniem z dnia 19 czerwca 2017 r. w sprawie zmian struktury organizacyjnej oraz zarządzeniem z dnia 2 stycznia 2018 r. w sprawie

Regulaminu Organizacyjnego utworzył Dział Dawców i Pobierania oraz Dział Ekspedycji, a także pozostawił funkcjonujący dotychczas Dział Zapewnienia Jakości i Sprawozdawczości w sytuacji, gdy zgodnie ze Statutem Centrum nadanym przez Ministra Zdrowia w dniu 15 marca 2017 r. w jednostce tej miały funkcjonować: Dział Dawców i Ekspedycji, Dział Pobierania oraz Dział Zapewnienia Jakości. Zgodnie z art. 42 ustawy o działalności leczniczej strukturę organizacyjną podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą określa statut nadawany przez podmiot tworzący. Wynika stąd, że Dyrektor RCKiK nie posiadał uprawnień do ustalenia struktury organizacyjnej Centrum odmiennej niż to wynikało ze Statutu.

Dyrektor Centrum wyjaśnił, że decyzja o zmianie struktury organizacyjnej bez zgody Ministra Zdrowia była podyktowana chęcią zapewnienia sprawnego funkcjonowania jednostki po zmianach personalnych na stanowisku kierownika Działu Pobierania.

(dowód: akta kontroli, str. 4223-4227, 4255-4256, 4228-4250, 4290-4291)

- b) Zlecenie kancelarii adwokackiej obsługi prawnej Centrum nastąpiło bez uprzedniego rozeznania rynku⁹ w tym zakresie, a umowa zawarta została z kancelarią, która przygotowała opinię prawną wskazującą na konieczność modyfikacji i wzmocnienia ochrony prawnej Centrum.

Dyrektor Centrum wyjaśnił, że: „Z chwilą odejścia radcy prawnego na emeryturę z kilkoma pracownikami doszliśmy do wniosku, że jest potrzeba sporządzenia audytu na temat stanu faktycznego i potrzeb obsługi prawnej naszej jednostki. Nie zajmowałem się wyborem tego audytora, nie pamiętam kto go zaproponował. (...) Doszedłem do wniosku, że najkorzystniejsze będzie zlecenie tej usługi firmie zewnętrznej, gdyż firma w mojej ocenie jest bardziej dyspozycyjna niż pojedyncza osoba na etacie. Oczywiście była możliwość wyboru obsługi prawnej w trybie zamówień publicznych, ale zrezygnowałem z publicznego wyboru firmy ze względu na dużą ilość podmiotów, które mogłyby złożyć oferty, a co za tym idzie, byłby bardzo długi czas postępowania. Poznaliśmy firmę, która zrobiła audyt, w mojej ocenie byli to kompetentni, młodzi ludzie (...), kompetencje i rzetelność wykonania audytu skłoniły mnie (...) do podpisania umowy. Przy podejmowaniu tej decyzji istotnym dla mnie było to, żeby zewnętrzna obsługa prawna była kosztowo niższa niż zatrudnienie osoby na etacie.”

Zdaniem NIK, wybór kancelarii do obsługi prawnej Centrum bez uprzedniego rozeznania rynku był działaniem nierzetelnym, a wyjaśnienia Dyrektora nie uzasadniają celowości dokonania takiego wyboru.

(dowód: akta kontroli, str. 4279-4284, 4287)

1.2. Zasady zatrudniania i doksztalcania pracowników oraz system wynagradzania.

Opis stanu
faktycznego

1.2.1. W dniu 20 czerwca 2013 r. Zastępca Dyrektora ds. Medycznych zawarła z Dyrektorem Centrum umowę, na mocy której Centrum skierowało Dyrektora na 3,5-letnie studia doktoranckie na Wydziale Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Łodzi (UM), zobowiązując się m.in. do pokrycia kosztów za naukę. Z kolei Dyrektor zobowiązał się przez okres 15 lat od obrony pracy doktorskiej świadczyć pracę na rzecz RCKiK w Łodzi.

W dniu 18 czerwca 2013 r. Dyrektor zawarł podobną umowę z pracownikiem Centrum, przy czym pracownik zobowiązał się do świadczenia pracy na rzecz Centrum przez okres 3 lat od obrony pracy doktorskiej.

⁹ Na dzień 30 czerwca 2017 r. na obszarze właściwości Okręgowej Rady Adwokackiej w Łodzi zarejestrowanych było 900 kancelarii adwokackich.

Jednocześnie w dniu 18 czerwca 2013 r. zawarte zostały z UM dwie umowy, których przedmiotem było finansowanie kosztów związanych z czynnościami w przeprowadzanych przewodach doktorskich Dyrektora oraz pracownika Centrum. Umowa dotycząca finansowania kosztów przewodu doktorskiego Dyrektora Centrum została zawarta przez RCKiK reprezentowane przez Zastępcę Dyrektora ds. Medycznych, zaś umowa dotycząca finansowania kosztów przewodu doktorskiego pracownika Centrum – przez RCKiK reprezentowane przez Dyrektora. Na mocy niniejszych umów RCKiK zobowiązało się pokryć ww. koszty w kwocie 15 tys. zł za każdą ze wskazanych osób. Przelew miał nastąpić w terminie 14 dni od daty otrzymania rachunku. Centrum nie otrzymało rachunków od UM, zapłaty w łącznej kwocie 30.000 zł dokonano w dniach 2 i 11 lipca 2013 r.

Zgodnie z oświadczeniem Głównego Księgowego RCKiK, powyższej płatności dokonano na podstawie zaświadczeń Rady Wydziału Nauk o Zdrowiu UM z dnia 18 czerwca 2013 r. o wszczęciu przewodów doktorskich oraz ww. umów z dnia 18 i 20 czerwca 2013 r.

(dowód: akta kontroli, str. 4351-4379)

W dniu 6 marca 2017 r. RCKiK reprezentowane przez Dyrektora zawarło umowę o dzieło, w której wykonawca zobowiązał się do adiacji tekstu rozprawy doktorskiej Dyrektora za wynagrodzeniem 1.200 zł brutto. Na podstawie rachunku z dnia 16 marca 2017 r. Centrum dokonało w dniu 23 marca 2017 r. przelewu ww. kwoty.

(dowód: akta kontroli, str. 4383-4389)

Uchwałą Rady Wydziału Nauk o Zdrowiu UM z dnia 20 czerwca 2017 r. Dyrektor Centrum uzyskał stopień naukowy doktora nauk o zdrowiu.

(dowód: akta kontroli, str. 4390-4399)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. Zapłaty za przeprowadzenie przewodów doktorskich Dyrektora i pracownika Centrum w łącznej wysokości 30.000 zł dokonano na rzecz UM niezgodnie z postanowieniami zawartych umów oraz na podstawie dokumentów niestanowiących dowodów księgowych w rozumieniu przepisów ustawy o rachunkowości.

Zgodnie z § 3 pkt 1 umów z dnia 18 czerwca 2013 r. zawartych przez Centrum z UM, zapłata należności miała nastąpić w terminie 14 dni od daty otrzymania rachunku. Pomimo nieprzekazania przez UM tych rachunków, w dniu 2 i 11 lipca 2013 r. Centrum dokonało zapłaty powyższych należności. Zapłata ta nastąpiła na podstawie zaświadczeń o wszczęciu przewodu doktorskiego z 18 czerwca 2013 r. oraz umów RCKiK z pracownikami z 18 i 20 czerwca 2013 r.

Dyrektor Centrum wyjaśnił, że „(...) w związku z tym, że Uniwersytet Medyczny nie wystawił faktury, a opłata czesnego była zgodna z cennikiem opłat za studia doktoranckie, na tej podstawie nastąpiła zapłata za studia i zaksięgowana bezpośrednio w koszty. Dokument bankowy jest dokumentem księgowym potwierdzającym dokonanie zapłaty za transakcję.”

(dowód: akta kontroli, str. 4351-4379, 5695-5699)

NIK zauważa, że przepis art. 20 ust. 2 ustawy o rachunkowości stanowi, że podstawą zapisów w księgach rachunkowych są dowody księgowe stwierdzające dokonanie operacji gospodarczej, w tym m.in. zewnętrzne obce – otrzymane od kontrahentów. Z kolei w art. 21 ww. ustawy wskazano, że dowód księgowy powinien zawierać m.in. określenie rodzaju dowodu, określenie stron dokonujących operacji gospodarczej (nazwy, adresy), opis operacji oraz jej wartość, datę dokonania operacji, podpis wystawcy dowodu, stwierdzenie sprawdzenia i zakwalifikowania dowodu do ujęcia w księgach rachunkowych.

2. W 2017 r. ze środków Centrum poniesione zostały wydatki na prywatne potrzeby Dyrektora w łącznej wysokości 2.291 zł, tj.:

- 1.200 zł na adyustację pracy doktorskiej,
- 746 zł na drukowanie i oprawę pracy doktorskiej,
- 225 zł na tłumaczenie na j. angielski pracy doktorskiej,
- 120 zł na dyplom doktorski.

Było to niezgodne z art. 44 ust. 3 pkt 1 ustawy o finansach publicznych, stanowiącym, że wydatki publiczne powinny być dokonywane w sposób celowy i oszczędny.

Dyrektor wyjaśnił, że wydatki te były ponoszone zgodnie z § 4 ust. 2 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 12 października 1993 r. w sprawie zasad i warunków podnoszenia kwalifikacji zawodowych i wykształcenia ogólnego dorosłych¹⁰, na podstawie którego zakład pracy może pokryć dodatkowe świadczenia, a w szczególności koszty podręczników i innych materiałów szkoleniowych. Zgodnie z wyjaśnieniami Dyrektora, rozprawa doktorska jest wynikiem badań nad promocją honorowego krwiodawstwa, a wnioski i wytyczne w niej zawarte służą pracownikom RCKiK w pozyskiwaniu i utrzymaniu dawców krwi, zasadnym jest wobec tego partycypowanie zakładu pracy w tworzeniu tej rozprawy.

(dowód: akta kontroli str. 3632-3638, 4147-4158, 4383-4389, 5695-5699)

NIK zwraca uwagę, że wydatki te nie mieściły się w katalogu „materiałów szkoleniowych”, o których mowa w ww. rozporządzeniu, a ponadto rozporządzenie to zostało uchylone z dniem 10 kwietnia 2010 r.

Uwagi dotyczące
badanej działalności

W umowie zawartej w dniu 20 czerwca 2013 r., na mocy której Centrum skierowało Dyrektora na 3,5-letnie studia doktoranckie, Dyrektor zobowiązał się przez okres 15 lat od obrony pracy doktorskiej świadczyć pracę na rzecz RCKiK w Łodzi. Najwyższa Izba Kontroli zauważa, że postanowienie takie zawarto w umowie pomimo wiedzy, że po obronie pracy doktorskiej Dyrektor będzie bliski osiągnięcia wieku emerytalnego. Zapytana o przesłanki merytoryczne ujęcia w umowie takiej klauzuli, Zastępca Dyrektora ds. Medycznych, która zawarła ww. umowę w imieniu RCKiK zeznała, że: „umowę podpisałam, bo Dyrektor mnie prosił, że umowa ma być tak zredagowana. Nie pomyślałam o wieku Dyrektora. Myślałam, że to jest okres 5 lat, tak jak mają to inni pracownicy w umowach na realizację szkoleń. Spytałam Dyrektora, dlaczego 15 lat, bo to nie będzie realne, ale Dyrektor stwierdził, aby tak pozostało.” Dodatkowo, Zastępca Dyrektora ds. Medycznych zeznała, że umowa była opiniowana przez radcę prawnego.

Należy zauważyć, że w podobnej umowie zawartej w dniu 18 czerwca 2013 r. przez Dyrektora z pracownikiem Centrum zobowiązano tego pracownika do świadczenia pracy na rzecz Centrum przez okres 3 lat od obrony pracy doktorskiej.

(dowód: akta kontroli, str. 4001-4003, 4351-4352)

Opis stanu
faktycznego

1.2.2. Zarządzeniem nr 0112A/9/2009 Dyrektora Centrum z dnia 21 września 2009 r. wprowadzono Regulamin gospodarowania środkami ochrony indywidualnej oraz odzieżą roboczą. Do Regulaminu załączono Tabelę norm przydziału odzieży roboczej i ochronnej wskazującą rodzaje odzieży przysługującej na danym stanowisku pracy oraz okres jej użytkowania. W Tabeli ujęto m.in.:

- stanowiska: Dyrektora, Zastępcy Dyrektora, Głównej Księgowej i Kierownika Działu Administracyjno-Technicznego, którym przysługiwały następujące rodzaje

¹⁰ Dz. U. z 1993 r. nr 103, poz. 472 ze zm.

odzieży: garnitur lub sukienka z żakietem bądź garsonka, półbuty skórzane oraz teczka (torba) ze wskazaniem okresu użytkowania – „do zużycia”,

- stanowiska pracowników ds. propagandy krwiodawstwa, którym przysługiwały: garnitur lub garsonka (limit do 300 zł), buty letnie (limit do 250 zł), trzewiki zimowe (limit do 350 zł), kurtka ocieplana (limit do 350 zł).

(dowód: akta kontroli, str. 1807-1814)

Na podstawie „zestawień pobranych (wydanych) pozycji odzieży” dla poszczególnych pracowników oraz dowodów zakupu tej odzieży w latach 2012-2018 ustalono, że jedenastu pracownikom Centrum wydano odzież na łączną kwotę 15.098,83 zł, w tym m.in.:

1) Dyrektorowi Centrum:

- teczka (torba) sfinansowana w 2012 r. na kwotę 1.439,20 zł,
- półbuty skórzane ECCO sfinansowane w 2016 r. na kwotę 389,90 zł,
- garnitur męski JOYVI sfinansowany w 2017 r. na kwotę 750 zł,

2) Głównej Księgowej:

- garsonka BENETTON sfinansowana w 2015 r. na kwotę 578 zł,
- teczka (torba) sfinansowana w 2017 r. ECCO na kwotę 869,90 zł,
- marynarka i spodnie SIMPLE sfinansowane w 2018 r. na kwotę 823,84 zł,

3) Kierownikowi Sekcji Organizacji Honorowego Krwiodawstwa (dalej: SHK):

- buty skórzane KAZAR sfinansowane w 2014 r. na kwotę 250 zł,
- trzewiki zimowe KAZAR sfinansowane w 2017 r. za kwotę 350 zł,
- płaszcz MONNARI sfinansowany w 2017 r. na kwotę 350 zł,

4) Kierownikowi DAT:

- garsonka sfinansowana w 2013 r. na kwotę 469,98 zł,
- sukienka MONNARI sfinansowana w 2016 r. na kwotę 284,05 zł,
- półbuty skórzane sfinansowane w 2017 r. na kwotę 269,99 zł,

5) Pracownikowi SHK:

- kurtka zimowa TRUSSARDI sfinansowaną w 2016 r. na kwotę 350 zł,
- trzewiki zimowe KAZAR sfinansowane w 2016 r. na kwotę 250 zł,
- garsonka ZARA sfinansowana w 2017 r. na kwotę 300 zł,
- półbuty skórzane VENEZIA sfinansowane w 2018 r. na kwotę 250 zł,

6) Pracownikowi DAT:

- trzewiki zimowe sfinansowane w 2014 r. na kwotę 350 zł,
- kurtka jesienna sfinansowana w 2016 r. na kwotę 250 zł,
- kurtka zimowa sfinansowana w 2017 r. na kwotę 350 zł,

7) Pracownikowi DAT:

- półbuty skórzane sfinansowane w 2017 r. na kwotę 179,99 zł,
- kurtka zimowa sfinansowana w 2018 r. na kwotę 170,97 zł.

(dowód: akta kontroli, str. 1817-1879, 5688-5691)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następującą nieprawidłowość:

W Regulaminie gospodarowania środkami ochrony indywidualnej oraz odzieżą roboczą przewidziano możliwość przydziału Dyrektorowi, Zastępcy Dyrektora, Głównej Księgowej, Kierownikowi Działu Administracyjno-Technicznego oraz pracownikom ds. propagandy krwiodawstwa odzieży w postaci garniturów, garsonek, żakietów, kurtek, butów i toreb, pomimo że wskazana odzież nie stanowiła odzieży roboczej, a wykonywanie pracy na ww. stanowiskach nie powodowało obowiązku dostarczania przez pracodawcę tej odzieży w rozumieniu art. 2377 kodeksu pracy. Zgodnie z tym przepisem, pracodawca jest obowiązany dostarczyć pracownikowi nieodpłatnie odzież i obuwie robocze, spełniające wymagania określone w Polskich Normach:

- jeżeli odzież własna pracownika może ulec zniszczeniu lub znacznemu zabrudzeniu;
- ze względu na wymagania technologiczne, sanitarne lub bezpieczeństwa i higieny pracy.

W latach 2012-2018 Centrum sfinansowało jedenastu pracownikom zakup odzieży na łączną kwotę 15.098,83 zł, w tym dwóm pracownikom niewymienionym w ww. Regulaminie na łączną kwotę 1899,94 zł.

Dyrektor Centrum wyjaśnił, że zgodnie z wewnętrznym zarządzeniem ww. odzież pełni rolę odzieży reprezentacyjnej. Dyrektor, jego Zastępca i Kierownik Działu Administracyjno-Technicznego pełnią rolę osób, które reprezentują RCKiK w innych jednostkach i instytucjach, a ich własna odzież może ulec zniszczeniu lub zabrudzeniu zgodnie z ww. przepisem kodeksu pracy.

(dowód: akta kontroli str. 1807-1879, 4123-4137, 5688-5691)

Zdaniem NIK, przepis art. 237⁷ kodeksu pracy nie definiuje wprawdzie na jakich stanowiskach odzież czy obuwie może ulec zniszczeniu lub zabrudzeniu, z pewnością jednak prace administracyjne, w biurach, bez kontaktu z czynnikami brudzącymi czy mogącymi wpłynąć na zniszczenie nie powodują obowiązku dostarczania odzieży czy obuwia roboczego przez pracodawcę¹¹. W ocenie NIK takie działanie stanowiło naruszenie z art. 44 ust. 3 pkt 1 ustawy o finansach publicznych, zgodnie z którym wydatki publiczne powinny być dokonywane w sposób celowy i oszczędny.

Opis stanu faktycznego

1.2.3. W dniach: 1 kwietnia 2014 r., 1 listopada 2016 r., 7 grudnia 2016 r., 2 stycznia 2017 r. i 1 lutego 2018 r. Centrum zawarło z Kierownikiem SHK umowy zlecenia, których przedmiotem były szkolenia personelu w zakresie nowych modułów w programie dotyczącym organizacji ekip wyjazdowych. Umowy opiewały odpowiednio na kwoty brutto: 3.000 zł, 1.800 zł, 1.800 zł, 1.500 zł, 2.400 zł (łącznie 10.500 zł).. Z tytułu realizacji ww. umów Kierownikowi SHK wypłacono łącznie 7.643 zł.

W zakresie czynności Kierownika SHK z dnia 20 czerwca 2013 r. nie ujęto zadań związanych z prowadzeniem szkoleń w ww. zakresie.

(dowód: akta kontroli str. 3895-3920, 4020-4021, 4032-4033, 4037-4038)

Ustalone nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następującą nieprawidłowość:

Zadania wynikające z pięciu umów zlecenia zawartych z Kierownikiem SHK w latach 2014 i 2016-2018 na łączną kwotę brutto 10.500 zł na szkolenia pracowników Centrum w zakresie nowych modułów w programie dotyczącym organizacji ekip wyjazdowych, realizowane były przez Kierownika SHK w czasie godzin jego pracy świadczonej dla Centrum w ramach stosunku pracy. Tym samym Kierownik SHK pobierał podwójne wynagrodzenie za wykonywanie w tym samym czasie czynności – wynagrodzenie z tytułu umowy o pracę z RCKiK i jednocześnie za wykonanie zlecenia dla RCKiK.

Dyrektor Centrum wyjaśnił, że wszystkie ww. szkolenia miały miejsce w godzinach pracy szkolonych, a przygotowanie do szkoleń (ok. 80% czasu) odbywało się poza godzinami pracy.

NIK zauważa, że informatyk wprowadzający zmiany w programie obsługującym ekipy w latach 2016-2017 również szkolił pracowników SHK w godzinach pracy, ale bez dodatkowego wynagrodzenia.

(dowód: akta kontroli str. 1890-1891, 3895-3920, 4020-4021, 4032-4033, 4037-4038)

¹¹ P. Wojciechowski, Komentarz do art. 237⁷ kodeksu pracy, LEX nr 542872.

1.2.4. W dniu 2 stycznia każdego z lat 2014-2018 Centrum zawarło z Dyrektorem umowę w przedmiocie zwrotu kosztów używania do celów służbowych samochodu prywatnego. Zgodnie z umową:

- zwrot kosztów za jazdy lokalne następuje w formie miesięcznego ryczałtu pieniężnego wynikającego z pomnożenia miesięcznego limitu przebiegu kilometrów (ustalonego na 700 km) przez obowiązującą stawkę za kilometr, po złożeniu pisemnego oświadczenia pracownika o używaniu pojazdu do celów służbowych w danym miesiącu,
- miesięczny ryczałt pieniężny nie przysługuje za okres urlopu, choroby lub innej nieobecności oraz podróży służbowej trwającej co najmniej 8 godzin,
- kwota ryczałtu będzie zmniejszona o 1/22 za każdy dzień, za który ryczałt nie przysługuje.

(dowód: akta kontroli str. 3653-3667)

Łącznie w latach 2014-2017 Dyrektorowi z tytułu ww. umów została wypłacona kwota w wysokości 19.358,15 zł, natomiast Centrum poniosło z tego tytułu koszty w wysokości 23.609,15 zł.

(dowód: akta kontroli str. 3668-3694)

Analizą objęto 12 nw. poleceń wyjazdu służbowego Dyrektora Centrum z lat 2016-2017:

- Nr 1049/2016 z dnia 15 września 2016 r. – podróż w dniu 15 września 2016 r. (dokument przedłożony przez Dyrektora do rozliczenia bez daty, sprawdzony pod względem formalnym i rachunkowym w dniu 22 grudnia 2016 r. oraz zatwierdzony w dniu 22 grudnia 2016 r., wypłata w dniu 30 grudnia 2016 r.),
- Nr 985/2016 z dnia 31 sierpnia 2016 r. – podróż w dniach 1-2 września 2016 r. (dokument przedłożony przez Dyrektora do rozliczenia w dniu 25 grudnia 2016 r., sprawdzony pod względem formalnym i rachunkowym w dniu 28 grudnia 2016 r. oraz zatwierdzony w dniu 28 grudnia 2016 r., wypłata w dniu 30 grudnia 2016 r.),
- Nr 837/2016 z dnia 18 lipca 2016 r. – podróż w dniu 18 lipca 2016 r. (dokument przedłożony przez Dyrektora do rozliczenia bez daty, sprawdzony pod względem formalnym i rachunkowym w dniu 28 grudnia 2016 r. oraz zatwierdzony w dniu 28 grudnia 2016 r., wypłata w dniu 30 grudnia 2016 r.),
- Nr 962/2016 z dnia 25 sierpnia 2016 r. – podróż w dniach 26-27 sierpnia 2016 r. (dokument przedłożony przez Dyrektora do rozliczenia w dniu 28 grudnia 2016 r., sprawdzony pod względem formalnym i rachunkowym w dniu 28 grudnia 2016 r. oraz zatwierdzony w dniu 28 grudnia 2016 r., wypłata w dniu 30 grudnia 2016 r.),
- Nr 1288/2016 z dnia 24 października 2016 r. – podróż w dniach 25-26 października 2016 r. (dokument przedłożony przez Dyrektora do rozliczenia bez daty, sprawdzony pod względem formalnym i rachunkowym w dniu 28 grudnia 2016 r. oraz zatwierdzony w dniu 28 grudnia 2016 r., wypłata w dniu 30 grudnia 2016 r.),
- Nr 1223/2016 z dnia 11 października 2016 r. – podróż w dniu 11 października 2016 r. (dokument przedłożony przez Dyrektora do rozliczenia bez daty, sprawdzony pod względem formalnym i rachunkowym w dniu 28 grudnia 2016 r. oraz zatwierdzony w dniu 28 grudnia 2016 r., wypłata w dniu 30 grudnia 2016 r.),
- Nr 1542/2016 z dnia 9 grudnia 2016 r. – podróż w dniach 9-10 grudnia 2016 r. (dokument przedłożony przez Dyrektora do rozliczenia bez daty, sprawdzony pod względem formalnym i rachunkowym w dniu 28 grudnia 2016 r. oraz zatwierdzony w dniu 28 grudnia 2016 r., wypłata w dniu 30 grudnia 2016 r.),
- Nr 1608/2017 z dnia 1 grudnia 2017 r. – podróż w dniu 1 grudnia 2017 r. (dokument przedłożony przez Dyrektora do rozliczenia w dniu 19 grudnia 2017 r., sprawdzony pod względem formalnym i rachunkowym w dniu 21 grudnia 2017 r. oraz zatwierdzony bez daty, wypłata w dniu 28 grudnia 2017 r.),

- Nr 1647/2017 z dnia 11 grudnia 2017 r. – podróż w dniu 11 grudnia 2017 r. (dokument przedłożony przez Dyrektora do rozliczenia w dniu 19 grudnia 2017 r., sprawdzony pod względem formalnym i rachunkowym w dniu 21 grudnia 2017 r. oraz zatwierdzony bez daty, wypłata w dniu 28 grudnia 2017 r.),
- Nr 1642/2017 z dnia 8 grudnia 2017 r. – podróż w dniach 8-9 grudnia 2017 r. (dokument przedłożony przez Dyrektora do rozliczenia w dniu 19 grudnia 2017 r., sprawdzony pod względem formalnym i rachunkowym w dniu 21 grudnia 2017 r. oraz zatwierdzony bez daty, wypłata w dniu 28 grudnia 2017 r.),
- Nr 765/2017 z dnia 18 lipca 2017 r. – podróż w dniach 18-19 lipca 2017 r. (dokument przedłożony przez Dyrektora do rozliczenia w dniu 23 lipca 2017 r., sprawdzony pod względem formalnym i rachunkowym w dniu 23 lipca 2017 r. oraz zatwierdzony w dniu 23 lipca, wypłata w dniu 23 lipca 2017 r.),
- Nr 805/2017 z dnia 31 lipca 2017 r. – podróż w dniach 31 lipca – 1 sierpnia 2017 r. (dokument przedłożony przez Dyrektora do rozliczenia w dniu 3 sierpnia 2017 r., sprawdzony pod względem formalnym i rachunkowym w dniu 3 sierpnia 2017 r. oraz zatwierdzony w dniu 3 sierpnia 2017 r., wypłata w dniu 3 sierpnia 2017 r.),

Wyjazdy służbowe wynikające z dokumentów o nr: 1049/2016, 1223/2016, 1542/2016, 837/2016, 985/2016, 962/2016, 1608/2017, 1647/2017, 1642/2017 zostały prawidłowo ujęte w oświadczeniach Dyrektora o używaniu przez niego pojazdu prywatnego do celów służbowych za dany miesiąc, a w sytuacji, gdy podróż trwała powyżej 8 godzin przysługujący mu ryczałt został pomniejszony o dni nieobecności w pracy.

(dowód: akta kontroli str. 3668-3706)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. W przypadku trzech¹² spośród 12 analizowanych poleceń wyjazdu służbowego Dyrektora Centrum stwierdzono, że pomimo iż podróże te trwały powyżej 8 godzin, kwota ryczałtu przysługującego Dyrektorowi w związku z używaniem samochodu prywatnego do celów służbowych nie została pomniejszona o dni nieobecności w pracy, tj. 26.10.2016 r., 31.07-01.08.2017 r., 18-19.07.2017 r. tj. łącznie o 132,95 zł.

Było to niezgodne z § 4 ust. 2 rozporządzenia Ministra Infrastruktury z dnia 25 marca 2002 r. w sprawie warunków ustalania oraz sposobu dokonywania zwrotu kosztów używania do celów służbowych samochodów osobowych, motocykli i motorowerów niebędących własnością pracodawcy¹³ oraz z postanowieniami § 5 ust. 2 zawartych w tym zakresie umów.

Dyrektor Centrum nie wyjaśnił przyczyn powyższej nieprawidłowości.

(dowód: akta kontroli str. 3668-3706, 5694-5798, 5839-5840)

2. W ośmiu¹⁴ przypadkach na 10 analizowanych Dyrektor nieterminowo dokonał rozliczenia kosztów podróży służbowych w łącznej kwocie 2487,76 zł. Podróże w okresie od lipca do października 2016 r. rozliczone zostały dopiero w grudniu 2016 r., natomiast podróż z dnia 1 grudnia 2017 r. została rozliczona w dniu 19 grudnia 2017 r. Było to niezgodne z przepisem § 5 ust. 1 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 29 stycznia 2013 r. w sprawie należności przysługujących pracownikowi zatrudnionemu w państwowej lub samorządowej jednostce sfery budżetowej z tytułu podróży służbowej, stanowiącym,

¹² Nr 1288/2016, 805/2017, 765/2017.

¹³ Dz. U. z 2002 r. Nr 27, poz. 271 ze zm.

¹⁴ Polecenia wyjazdu służbowego nr: 1049/2016, 985/2016, 837/2016, 962/2016, 1288/2016, 1223/2016, 1542/2016, 1608/2017.

że pracownik dokonuje rozliczenia kosztów podróży krajowej lub podróży zagranicznej nie później niż w terminie 14 dni od dnia zakończenia tej podróży. Dyrektor wyjaśnił, że: „Druki delegacji w ich trakcie przechowuję w portfelu. Wkładałem je kolejno i zapomniałem. W grudniu robiłem „przeгляд” portfela i odnalezione druki przekazałem do rozliczenia.”

(dowód: akta kontroli str. 3695-3706, 4147-4158, 5804-5808)

Opis stanu
faktycznego

1.2.5. Zgodnie z aneksem nr 8 z 15 stycznia 2009 r.¹⁵ do Regulaminu wynagradzania pracowników Centrum, pracownicy prowadzący zajęcia dydaktyczne (kursy dla lekarzy i pielęgniarek) otrzymywali dodatek dydaktyczny, który wypłacany był miesięcznie, na wniosek Dyrektora lub Zastępcy Dyrektora Centrum, w wysokości uzależnionej od ilości przeprowadzonych w danym miesiącu zajęć. W regulaminie nie określono stawek w przedmiotowym zakresie.

(dowód: akta kontroli str. 1097)

Kwoty dodatku dydaktycznego na 2017 r. ustalone zostały w dokumentach podpisanych (bez daty) przez Zastępcę Dyrektora Centrum. Stawki za jedno szkolenie określono odrębnie dla poszczególnych pracowników (łącznie 13 osób), w zależności od rodzaju szkolenia¹⁶. Kwoty dodatku wyniosły od 75 zł (obowiązujące do końca sierpnia 2017 r. stawki za szkolenia dla pielęgniarek, określone dla 4 pracowników) do 500 zł (w przypadku szkoleń prowadzonych przez 3 osoby: Zastępcę Dyrektora Centrum¹⁷, Kierownika¹⁸ i Starszego asystenta¹⁹ w Dziale Zapewnienia Jakości).

(dowód: akta kontroli str. 3449-3452, 5692)

Zastępca Dyrektora Centrum zeznała oraz wskazała w złożonych wyjaśnieniach, że kwoty dodatku dydaktycznego ustalała z Dyrektorem Centrum, przy uwzględnieniu wiedzy specjalistycznej, wkładu pracy, zaangażowania i ilości godzin wykładów/ćwiczeń.

(dowód: akta kontroli str. 3429-3433, 4001-4003)

W dokumencie pn. „Roczny plan szkoleń udzielanych w ramach nadzoru nad krwiolecznictwem w roku 2017 – realizacja” ujęto łącznie 37 szkoleń, ze wskazaniem rodzaju kursu, daty jego przeprowadzenia oraz nazwisk osób prowadzących szkolenie. Fakt przeprowadzenia szkolenia przez poszczególnych pracowników udokumentowany został również w „Wykazie wykładowców i szkoleń zrealizowanych przez RCKiK w Łodzi w 2017 r. w ramach nadzoru nad krwiolecznictwem” (z uwzględnieniem liczby godzin wykładów i ćwiczeń zrealizowanych w danym miesiącu).

(dowód: akta kontroli str. 3456-3471, 3476-3482, 3518-3544)

Na przykładzie 2017 r. ustalono, że na podstawie „List osób do wypłacenia dodatku dydaktycznego”, sporządzanych i podpisywanych każdego miesiąca (z wyjątkiem lipca) przez Zastępcę Dyrektora ds. Medycznych, a następnie przekazywanych do Działu Finansowo-Księgowego, 13 pracownikom prowadzącym szkolenia wypłacono łącznie 42.400 zł. Najwyższe kwoty dodatku wypłacono następującym pracownikom: Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych – 18.000 zł, Starszemu asystentowi²⁰ w Dziale Zapewnienia Jakości – 10.575 zł i Kierownikowi Pracowni Grup Krwi Krwiodawców – 4.300 zł.

(dowód: akta kontroli str. 3483-3513, 5692)

¹⁵ Obowiązującym od 1 stycznia 2009 r.

¹⁶ Podstawowe dla pielęgniarek – wykłady lub ćwiczenia, uzupełniające dla pielęgniarek – wykłady lub ćwiczenia, dla lekarzy odpowiedzialnych za gospodarkę krwią – wykłady lub ćwiczenia.

¹⁷ Stawka 500 zł za każdy rodzaj szkolenia.

¹⁸ Stawka od 300 do 500 zł w zależności od rodzaju szkolenia.

¹⁹ Stawka od 300 do 500 zł w zależności od rodzaju szkolenia.

²⁰ Stawka od 300 do 500 zł w zależności od rodzaju szkolenia.

Kontrola NIK wykazała, że w 2017 r., że nw. pracownikom wypłacano odmienne kwoty dodatku dydaktycznego od stawek ustalonych przez Zastępcę Dyrektora ds. Medycznych:

- Kierownikowi Działu Preparatyki, z tytułu jednego szkolenia dla lekarzy odpowiedzialnych za gospodarkę krwią, wypłacono w październiku 150 zł (zamiast 225 zł),
- Kierownikowi Działu Zapewnienia Jakości, z tytułu dwóch szkoleń dla pielęgniarek przetwarzających krew (w tym jednego szkolenia zewnętrznego), wypłacono w lutym 550 zł (zamiast 700 zł),
- dwóm starszym asystentom w Dziale Immunologii Transfuzjologicznej wypłacono:
 - w miesiącach: styczniu, wrześniu i grudniu - po 150 zł zamiast po 300 zł (z tytułu trzech szkoleń dla pielęgniarek),
 - w kwietniu - po 50 zł zamiast po 100 zł (z tytułu jednego szkolenia dla pielęgniarek),
 - w październiku – po 300 zł zamiast po 350 zł (z tytułu dwóch szkoleń dla pielęgniarek i jednego szkolenia dla lekarzy),
 - w listopadzie – po 200 zł zamiast po 400 zł (z tytułu czterech szkoleń dla pielęgniarek),
- starszemu asystentowi w Dziale Dawców i Ekspedycji wypłacono:
 - w styczniu - 300 zł zamiast 225 zł (z tytułu trzech szkoleń dla pielęgniarek),
 - w czerwcu - 150 zł zamiast 75 zł (z tytułu jednego szkolenia dla pielęgniarek),
 - w sierpniu - 300 zł zamiast 150 zł (z tytułu dwóch szkoleń dla pielęgniarek),
- młodszemu asystentowi w Dziale Preparatyki wypłacono:
 - we wrześniu - 150 zł zamiast 100 zł (z tytułu jednego szkolenia dla pielęgniarek),
 - w październiku - 175 zł zamiast 100 zł (z tytułu jednego szkolenia dla lekarzy),
- starszemu asystentowi w Dziale Zapewnienia Jakości, z tytułu trzech szkoleń dla pielęgniarek, wypłacono we wrześniu 1175 zł zamiast 1100 zł,
- Kierownikowi Działu Dawców i Pobierania:
 - we wrześniu wypłacono 75 zł zamiast 150 zł (z tytułu jednego szkolenia dla pielęgniarek),
 - w październiku, z tytułu dwóch szkoleń dla pielęgniarek, nie wypłacono 300 zł.

(dowód: akta kontroli str. 3429-3544, 5692)

W kontrolowanym okresie poniesione przez Centrum koszty na wypłatę dodatku dydaktycznego wyniosły: 26.950 zł w 2014 r., 36.350 w 2015 r., 47.750 zł w 2016 r. i 47.500 zł w 2017 r.

Przychody uzyskane z tytułu organizacji szkoleń wyniosły odpowiednio: 67.854 zł, 123.168 zł, 133.181 zł i 141.717 zł.

(dowód: akta kontroli str. 3434-3441)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następującą nieprawidłowość:

W Regulaminie wynagradzania Centrum nie określono stawek dodatku dydaktycznego. Stawki te ujęte zostały w dokumencie podpisanym bez daty przez Zastępcę Dyrektora ds. Medycznych. Zastępca Dyrektora ds. Medycznych wyjaśniła, że wysokość dodatku dydaktycznego jest określona w odrębnej tabelce i znana jest zainteresowanym. Naliczanie dodatku weryfikuje Dyrektor Centrum i przekazuje je do Działu Finansowo-Księgowego do wypłaty.

Izba wskazuje, że pięciu pracowników Centrum (jeden zajmujący się organizowaniem szkoleń oraz czterech przeprowadzających szkolenia) zeznało, że nie posiadali wiedzy o zasadach wypłacania dodatku dydaktycznego, jak również nie były im znane tabele stawek dodatku dydaktycznego. Dodatkowo, „Listy osób do wypłacenia dodatku dydaktycznego” nie były zatwierdzane i podpisywane przez Dyrektora, a jedynie przez Zastępcę Dyrektora ds. Medycznych.

(dowód: akta kontroli str. 4045-4048, 4172-4182, 5820-5821, 5826-5827)

Wysokość stawek dodatku nie była również przekazana do księgowości, co uniemożliwiało rzetelne dokonywanie weryfikacji prawidłowości naliczenia wynagrodzeń z tytułu szkoleń - naliczenie dodatku nie było przez nikogo sprawdzane pod względem merytorycznym, formalnym i rachunkowym.

(dowód: akta kontroli str. 3483-3510)

W zakresie niepotwierdzania merytorycznie, formalnie i rachunkowo list z naliczonymi dodatkami dydaktycznymi Zastępcy Dyrektora Centrum zeznała, że nie była informowana o takiej konieczności, a miała polecenie do sporządzania takich list, co funkcjonuje od lat.

(dowód: akta kontroli str. 4049-4050)

Dodatkowo, kontrola wykazała, że pracownikom wypłacono kwoty dodatku dydaktycznego zaniżone lub zawyżone w stosunku do stawek ustalonych przez Zastępcę Dyrektora ds. Medycznych.

Zgodnie z wyjaśnieniami Dyrektora oraz Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych Centrum, ww. pracownikom wypłacono w 2017 r. kwoty zgodne ze stanem faktycznym. Zdarzało się bowiem, że osoba prowadząca szkolenie musi wykonać inne obowiązki albo jest nieobecna w pracy. W takim przypadku miała miejsce zamiana szkolącego, co było na bieżąco aktualizowane, a wypłata dokonywana w kwocie niższej lub wyższej. W złożonych wyjaśnieniach Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych szczegółowo odniosła się do poszczególnych przypadków rozbieżności w wypłacie dodatku dydaktycznego, wskazując konkretne osoby przeprowadzające zamiennie szkolenia oraz włożony przez nie wkład pracy (w proporcji: 1/3, 1/2 lub 2/3 czasu szkolenia).

Zdaniem NIK, w wyjaśnieniach tych nie wskazano wiarygodnych przesłanek omawianych rozbieżności, bowiem w Centrum brak było jakiegokolwiek dokumentacji potwierdzającej dokonywanie zmian w zakresie osób szkolących.

Dodatkowo zauważyć należy, że nie znajdują potwierdzenia w zgromadzonej dokumentacji wyjaśnienia Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych odnośnie:

- nieprawidłowej kwoty wypłaconej Kierownikowi Działu Zapewnienia Jakości: w wyjaśnieniach wskazano, że w czasie szkolenia uzupełniającego dla pielęgniarek nastąpiła zamiana prowadzących, a kwotę 150 zł (tj. połowę ustalonej stawki za takie szkolenie) wypłacono starszemu asystentowi w Dziale Dawców i Ekspedycji, w sytuacji gdy wypłata taka nie miała miejsca;
- wypłacenia dodatku dydaktycznego starszemu asystentowi w Dziale Dawców i Ekspedycji za styczeń, czerwiec i sierpień: przedstawiona w wyjaśnieniach teza co do prawidłowości wypłaconych kwot oparta była o stawkę w wysokości 150 zł za przeprowadzenie szkolenia, podczas gdy do końca sierpnia 2017 r. obowiązywała stawka 75 zł;
- wypłacenia młodszemu asystentowi w Dziale Preparatyki zawyżonej kwoty (150 zł zamiast 100 zł) dodatku z tytułu szkolenia przeprowadzonego we wrześniu: w wyjaśnieniach podano, że wynikało to z dużego wkładu pracy w przygotowanie szkolenia z uwzględnieniem innowacyjnych metod preparatyki krwi, podczas gdy obowiązujące w Centrum zasady wypłaty dodatku dydaktycznego nie przewidywały dowolności w tym zakresie.

Niedokonanie wypłaty dodatku dydaktycznego w kwocie 300 zł z tytułu szkoleń prowadzonych w październiku przez Kierownika Działu Dawców i Pobierania wyjaśniono pomyłką, uzupełniając tę wypłatę w maju 2018 r.

(dowód: akta kontroli str. 3429-3544, 5692)

Uwagi dotyczące badanej działalności

W związku z nieprawidłowością w zakresie dodatków dydaktycznych, w toku kontroli NIK, na polecenie Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych, pięciu pracownikom zostały zmienione zakresy czynności z datą wsteczną. Zmiany polegały na uszczegółowieniu bądź dodaniu zapisów dotyczących przeprowadzania szkoleń. Zastępca Dyrektora ds. Medycznych wyjaśniła, że poleciła sprawdzenie zakresów czynności kierownikom działów, pod kątem zapisów dotyczących szkoleń lekarzy i pielęgniarek. W sytuacjach braku takich zapisów poleciła uzupełnienie ich poświadczając stan faktyczny zgodny z datą sporządzenia opisu zajmowanego stanowiska.

(dowód: akta kontroli str. 3840-3843, 3855-38563, 3868-3875, 4006-4007, 4011-4013, 4016-4017, 4049-4050)

Opis stanu faktycznego

1.2.6. W latach 2014-2017 na podstawie 26 faktur na łączną kwotę 5.688,04 zł Centrum nabyło w hurtowni farmaceutycznej leki na prywatne potrzeby pracowników. Dotyczyło to w szczególności następujących leków wydawanych na receptę: Ladybon, Euthyrox, Femoston Conti, Orfiril Long 300, Normaclin, Oxycort A, Naraya, Elocom, Olfen 75, Atoris, Co-Prenessa, Tertens-AM, Donepex, Milurit, Tritace, Promazin.

(dowód: akta kontroli str. 3731-3805, 5799-5803, 5822-5825)

Ustalone nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następującą nieprawidłowość:

W latach 2014-2017 Centrum nabywało w hurtowni farmaceutycznej dla niektórych pracowników – na ich prywatne potrzeby – leki wydawane na receptę bez okazywania przez pracowników wymaganych na te leki recept, w rzeczywistości nielegalnie prowadząc obrót detaliczny produktami leczniczymi. Dotyczyło to m.in. leków: antykoncepcyjnych, przeciwpadaczkowych, psychotropowych, przeciw objawom menopauzy, obniżających ciśnienie krwi, antybiotyków, leków sterydowych, silnych przeciwbólowych. W latach 2016-2017 Centrum zamówiło leki na prywatne potrzeby pracowników o łącznej wartości 5.688,04 zł.

Pracownik zajmujący się zamawianiem leków dla pracowników za pośrednictwem Centrum zeznał, że pracownicy składali zamówienie na leki (nie przedstawiając wymaganych recept), następnie Centrum kierowało tzw. zapotrzebowanie do hurtowni farmaceutycznej, po dostarczeniu przez hurtownię tych leków opłacało fakturę, a pracownicy zwracali do Centrum koszt zamówionych leków.

(dowód: akta kontroli str. 3731-3805, 5822-5833, 5799-5803)

Zgodnie z art. 65 ust. 1 ustawy z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne²¹, obrót produktami leczniczymi może być prowadzony tylko na zasadach określonych w ustawie. Przepisy art. 68 ust. 1 i art. 70 ust. 1 ww. ustawy stanowią, że obrót detaliczny produktami leczniczymi wydawanymi na receptę mogą prowadzić apteki ogólnodostępne i punkty apteczne, natomiast hurtownie farmaceutyczne – jak wynika z art. 72 ust. 1 prawa farmaceutycznego – wyłącznie obrót hurtowy, z wyłączeniem bezpośredniego zaopatrywania ludności (art. 72 ust. 3 ww. ustawy). Przepisy § 1 ust. 1 i 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2002 r. w sprawie podmiotów uprawnionych do zakupu produktów leczniczych w hurtowni

²¹ Dz. U. z 2017 r. poz. 2211 ze zm.; dalej: prawo farmaceutyczne.

farmaceutycznej²², wśród podmiotów uprawnionych do zakupu produktów leczniczych w hurtowni farmaceutycznej nie wskazują indywidualnych osób – pacjentów.

Ponadto, zgodnie z art. 45 ust. 1a ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry²³ lekarz wystawia recepty na leki na zasadach określonych w art. 95b-96b prawa farmaceutycznego. Istotną kwestią jest sformułowanie kryteriów zaliczenia danego produktu leczniczego do jednej z kategorii dostępności – została ona uregulowana w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 14 listopada 2008 r. w sprawie kryteriów zaliczenia produktu leczniczego do poszczególnych kategorii dostępności²⁴. Zgodnie z § 1 ust. 1 tego rozporządzenia, produkt leczniczy zalicza się do kategorii dostępności "wydawane z przepisu lekarza - Rp" w przypadku, gdy:

- 1) może stanowić bezpośrednie lub pośrednie zagrożenie dla życia lub zdrowia ludzkiego, nawet wówczas, gdy jest stosowany prawidłowo bez nadzoru lekarskiego, lub
- 2) może być często stosowany nieprawidłowo, czego wynikiem może być bezpośrednie lub pośrednie zagrożenie zdrowia ludzkiego, lub
- 3) zawiera substancje, których działanie lecznicze lub niepożądane działania wymagają dalszych badań, lub
- 4) jest przeznaczony do podawania pozajelitowego.

Wykorzystywanie przez Centrum statusu podmiotu leczniczego w celu zamawiania dla pracowników Centrum z hurtowni farmaceutycznej leków wydawanych na receptę bez przedstawienia recept stanowiło zatem obejście ww. przepisów.

Dyrektor RCKiK wyjaśnił, że nie posiadał wiedzy nt. zamawiania leków przez Centrum na prywatne potrzeby pracowników.

Zastępca Dyrektora ds. Medycznych wyjaśniła, że pracownicy zwracali całą wartość zakupionych leków do kasy jednostki. Ewidencja księgową odbywała się na podstawie faktur wystawionych przez hurtownię farmaceutyczną, lecz bez odnośnika na konta kosztów, co nie wpływało na wynik finansowy. Potwierdzenie pod względem merytorycznym oznaczało, że kierownik posiadała wiedzę na temat tych zakupów. Takie sprawdzenie potwierdza, że dane zawarte w dokumencie odpowiadają rzeczywistości, czy operacja gospodarcza wynikająca z faktury miała miejsce, a odbiór dostawy wykazał zgodność i jakość zakupionych materiałów.

(dowód: akta kontroli str. 4172-4182, 5813-5814)

Opis stanu
faktycznego

1.2.7. W trakcie kontroli NIK Państwowa Inspekcja Pracy przeprowadziła w Centrum kontrolę, która wykazała następujące nieprawidłowości w zakresie stosowania przepisów prawa pracy:

- wykonującym pracę w niedzielę nie zapewniono innych dni wolnych od pracy lub w razie braku możliwości udzielenia dni wolnych nie wypłacono dodatku do wynagrodzenia za każdą godzinę pracy w niedzielę zgodnie z art. 151¹ § 1 i 2 kodeksu pracy;
- nie zapewniono prawa do nieprzerwanego odpoczynku zgodnie z art. 133 § 1 kodeksu pracy;
- nie zapewniono co najmniej raz na cztery tygodnie niedzieli wolnej od pracy zgodnie z art. 151¹² kodeksu pracy,
- nie zapewniono przeciętnie pięciodniowego tygodnia pracy w przyjętym okresie rozliczeniowym zgodnie z art. 129 § 1 kodeksu pracy

²² Dz. U. z 2002 r. Nr 216, poz. 1831.

²³ Dz. U. z 2018 r. poz. 617 ze zm.: dalej: ustawa o zawodzie lekarza.

²⁴ Dz. U. z 2016 r. poz. 1769.

- nie zapewniono innego dnia wolnego od pracy do końca okresu rozliczeniowego za wykonywanie pracy w dniu wolnym z tytułu przeciętnie pięciodniowego tygodnia pracy zgodnie z art. 151³ kodeksu pracy.

Państwowa Inspekcja Pracy nakazała również niezwłoczne naliczenie i wypłacenie przez Centrum pracownikom wynagrodzenia z dodatkiem za pracę w godzinach nadliczbowych zgodnie z art. 151¹ § 1 kodeksu pracy.

Ponadto Centrum nie zrealizowało wniosków, jakie Państwowa Inspekcja Pracy sformułowała w wystąpieniu pokontrolnym z 2017 r., tj.:

- nie zostały uzupełnione treści umów pracowników zatrudnionych w niepełnym wymiarze pracy o informację dotyczącą liczby godzin pracy ponad określony w umowie wymiar czasu pracy, których przekroczenie uprawnia pracowników do dodatku, jak za pracę w godzinach nadliczbowych (co było wymagane przepisem art. 151 § 5 kodeksu pracy);
- pracownikom nie zostały przekazane na piśmie informacje o obowiązującej w Centrum dobowej i tygodniowej normie czasu pracy (art. 29 § 3 kodeksu pracy);
- nie zostały sporządzone rozkłady czasu pracy w formie pisemnej lub elektronicznej na okresy obejmujące co najmniej 1 miesiąc i nie zostały one przekazane pracownikom co najmniej na 1 tydzień przed rozpoczęciem pracy w okresie, na który został sporządzony ten rozkład (art. 129 § 3 kodeksu pracy);
- w sposób nieprawidłowy dostosowano treść obowiązującego w Centrum regulaminu pracy, w którym brak zapisów dot. rozkładów czasu pracy. Zmiany w regulaminie zostały wprowadzone bez uzgodnienia z działającymi w Centrum organizacjami związkowymi (art. 104¹ § 1 pkt 2 i 104² § 1 kodeksu pracy).

(dowód: akta kontroli str. 5515-5530)

Ocena cząstkowa

W zakresie organizacji RCKiK, zasad zatrudniania i doskonalenia pracowników oraz systemu wynagrodzeń stwierdzono nieprawidłowości polegające m.in. na dokonywaniu zmian w strukturze organizacyjnej Centrum w sposób niezgodny z postanowieniami Statutu, nieustaleniu w regulaminie wynagradzania stawek dodatku dydaktycznego, nierzetelnym rozliczaniu podróży służbowych, a także na dokonaniu zapłaty za przeprowadzenie przewodów doktorskich na podstawie dokumentów nie stanowiących dokumentów księgowych. Ustalono także, że z naruszeniem kryteriów legalności lub gospodarności wydatkowano środki pieniężne Centrum na zakup odzieży na prywatne potrzeby pracowników, na podwójne wynagradzanie – w ramach umowy o pracę i umowy zlecenia oraz na zlecenie obsługi prawnej Centrum bez uprzedniego rozeznania rynku. Nadto, w Centrum dokonywano zakupu leków w hurtowni farmaceutycznej na prywatne potrzeby pracowników, bez okazywania przez nich wymaganych na te leki recept.

2. Organizacja pobierania i przetwarzania krwi.

Opis stanu faktycznego

Centrum pobierało krew od dawców w swojej siedzibie w Łodzi, w Punktach Pobrań (dalej: PP) zlokalizowanych na terenie województwa łódzkiego oraz przez tzw. ekipy wyjazdowe.

W siedzibie Centrum ilość pobranej krwi pełnej kształtowała się następująco:

- w 2014 r. – 16.420 donacji,
- w 2015 r. – 15.831 donacji,
- w 2016 r. – 15.530 donacji,
- w 2017 r. – 15.725 donacji.

W Punktach Pobrań zebrano krew pełną w ilości:

- w 2014 r. – 24.005 donacji,

- w 2015 r. – 24.041 donacji,
- w 2016 r. – 24.259 donacji,
- w 2017 r. – 23.354 donacji.

Na tzw. ekipach wyjazdowych zebrano następującą ilość krwi pełnej:

- w 2014 r. – 24.201 donacji (łącznie 1.230 ekip),
- w 2015 r. – 24.871 donacji (łącznie 1.369 ekip),
- w 2016 r. – 23.798 donacji (łącznie 1.370 ekip),
- w 2017 r. – 23.811 donacji (łącznie 1.273 ekip).

W poszczególnych latach okresu 2014-2017 nie zorganizowano ekip wyjazdowych odpowiednio w: 31, 21, 22 i 26 dniach. W pozostałe dni zorganizowano od jednej do ośmiu ekip wyjazdowych dziennie.

Ekipy wyjazdowe organizowane były z wykorzystaniem samochodów wykonawcy PTU-TSC Ryszard Misiak (zw. dalej PTU-TSC) oraz autobusów do pobierania krwi - jednego będącego własnością Centrum oraz drugiego będącego własnością wykonawcy²⁵. Ich organizacją zajmowała się SHK.

(dowód: akta kontroli str. 1931, 3876-3894, 3921, 4199-4222)

2.1. Zgodnie z aktualnie obowiązującym schematem organizacyjnym RCKiK, wprowadzonym zarządzeniem Dyrektora Centrum z dnia 24 stycznia 2018 r., w ramach Działu Pobierania funkcjonowała Sekcja Pobierania oraz 10 Punktów Pobrań²⁶ (do ww. zarządzenia nie został opracowany regulamin organizacyjny, co opisane zostało w pkt 1.1 niniejszego wystąpienia). W regulaminach organizacyjnych wprowadzonych zarządzeniami nr 0112A/8/2012 i 0112A/1/2018 Dyrektora Centrum, zadania związane z pobieraniem krwi przypisane zostały odpowiednio do Działu Pobierania oraz Działu Dawców i Pobierania, w tym Sekcji Pobierania i Punktów Pobrań. Zadania te obejmowały w szczególności:

- w przypadku Sekcji Pobierania - pobieranie krwi pełnej oraz składników komórkowych krwi, pobieranie od dawców w czasie donacji próbek krwi do badań w kierunku nosicielstwa chorób zakaźnych, a w przypadku dawców pierwszorazowych próbek do badań serologicznych, sprawowanie opieki lekarskiej i pielęgniarskiej nad dawcami w trakcie pobierania krwi i jej składników oraz po zakończeniu donacji, wydawanie dawcom posiłków regeneracyjnych, przekazywanie pobranych składników krwi do Działu Preparatyki, udział w ekipach wyjazdowych, a także zapewnienie odpowiednich warunków do pobierania krwi, czystości pomieszczeń i sprzętu oraz wszystkich materiałów niezbędnych do pobierania krwi i jej składników;
- w przypadku Punktów Pobrań - rejestrowanie dawców, kwalifikowanie kandydatów na dawców, wykonywanie oznaczeń hemoglobiny u dawców oraz pobieranie próbek krwi na badania serologiczne, w kierunku nosicielstwa chorób zakaźnych i badania laboratoryjne kontrolne, pobieranie od honorowych dawców krwi pełnej i osocza, sprawowanie opieki lekarskiej i pielęgniarskiej nad dawcami w trakcie pobierania krwi i jej składników oraz po zakończeniu donacji, wydawanie dawcom ekwiwalentu kalorycznego za oddaną krew, organizowanie ekip wyjazdowych pobierających krew oraz udział w nich, a także wykonywanie odpowiednich czynności porządkowych i dezynfekcyjnych mających na celu utrzymanie w czystości pomieszczeń i sprzętu.

(dowód: akta kontroli str. 4199-4259)

²⁵ Autobus ten nie posiadał własnego agregatu i aby pobierać krew musiał być podłączony do zewnętrznego źródła zasilania.

²⁶ W Kutnie, Piotrkowie Trybunalskim, Sieradzu, Tomaszowie Mazowieckim, Zduńskiej Woli, Belchatowie, Pabianicach, Radomsku, Skierniewicach i Wieluniu.

2.1.1. Sekcja Pobierania

Pomieszczenia i wyposażenie Działu Pobierania spełniały wymogi (poza przypadkiem opisanym niżej, dotyczącym pomieszczenia higieniczno-sanitarnego dostępnego dla osób niepełnosprawnych) określone w rozdziale III załącznika nr 4 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą²⁷. Wszystkie urządzenia i sprzęt poddawane były badaniom i kontroli z częstotliwością wynikającą ze wskazań producentów. W Dziale tym zatrudnionych było 21 pracowników, w tym jeden lekarz (Kierownik Działu) i 20 pielęgniarek.

W procesie pobierania materiału do badań laboratoryjnych w Centrum wykorzystywano zestawy wyposażone w dodatkowy mały pojemnik (przeznaczony do pobierania pierwszych 20-30 ml krwi). Próbki do badań laboratoryjnych pobierane były z tego pojemnika przy pomocy systemu próżniowo-aspiracyjnego wykorzystującego jego właściwości próżniowe. Tym samym próbka krwi powinna swobodnie spływać do probówek przy pomocy wytworzonego w systemie podciśnienia.

(dowód: akta kontroli str. 4665-4699)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. Zgodnie z obwieszczeniem w sprawie wymagań dobrej praktyki pobierania krwi (rozdział 6 pkt 6.1.1.), przygotowanie miejsca wkłucia polega na dokładnym umyciu mydłem okolicy zgięcia łokciowego (dawca powinien umyć obydwie zgięcia łokciowe). W obowiązujących w Centrum procedurach istniały sprzeczności – w procedurze SOP-41/175 zamieszczony został obowiązek przygotowania miejsca wkłucia w sposób odpowiadający zapisom ww. obwieszczenia Ministra Zdrowia, natomiast procedura SOP-16/175 zawierała nieprawidłowy zapis, tj. zawierała wprawdzie odesłanie do SOP-41/175 i jej załączników nr 3 i 4, ale jednocześnie zawierała zapis mówiący o poleceniu dawcy umycia tylko „wybranego zgięcia łokciowego”. Z dniem 5 czerwca 2018 r. wydano nową wersję SOP-16/175, w której wspomniany zapis zmieniono (sformułowanie „wybranego zgięcia łokciowego” zastąpiono sformułowaniem „zgięcia łokciowego obu rąk”).

Dyrektor Centrum wyjaśnił, że dawcy informowani są o umyciu obu zgięć łokciowych i wg Dyrektora takie zapisy znajdują się w obu ww. procedurach, a Dział Zapewnienia Jakości dokłada wszelkich starań, aby zapisy w procedurach nie były sprzeczne.

(dowód: akta kontroli str. 4670-4671; 4702-4711; 5711-5712)

2. Postanowienie o usunięciu opaski uciskowej (tzw. stazy²⁸) po zakończeniu donacji znajdowało się w opracowanej przez Centrum procedurze SOP-16/175. Procedura ta, wspominając o usunięciu opaski po zakończeniu donacji, nie wspominała o kwestii jej zwolnienia ani poluzowania, czy stosownego zmniejszenia jej ucisku, na wcześniejszych etapach donacji.

(dowód: akta kontroli str. 5706-5720)

Odnosnie używania stazy w trakcie donacji konsultant krajowy ds. transfuzjologii klinicznej wyjaśnił, że: „W miarę możliwości procedura pobierania krwi pełnej do pojemnika kolekcyjnego lub w trakcie aferezy powinna być wykonywana bez stazy. Często jednak przepływ pobieranej krwi jest za wolny, co może znacznie wydłużyć pobieranie i w efekcie sprawić, że pobrana krew lub jej składnik nie będą pełnej

²⁷ Dz. U. z 2012 r. poz. 739; dalej: rozporządzenie w sprawie pomieszczeń i urządzeń podmiotu leczniczego.

²⁸ Staza pozwala na napelnienie żył krwią i ich odpowiednie uwidocznienie, igła jest wtedy bezpiecznie wkłuwana w żyłę, a krew może być pobierana.

wartości. W takich przypadkach stosuje się stażę/mankiet uciskowy, który podwyższa ciśnienie w żyłę, z której pobierana jest krew. Stosowany ucisk nie powinien powodować całkowitego zastoju żylnego. Generalną zasadą jest, żeby ucisk był jak najmniejszy. Nie ma limitu czasowego, jeżeli ucisk nie powoduje zastoju żylnego. Całkowite (powyżej ciśnienia żylnego) zaciśnięcie stazy lub mankietu już po kilku (4-7) minutach powoduje zasinienie kończyny poniżej zacisku oraz silny ból. We krwi aktywują się płytki krwi, układ krzepnięcia krwi oraz układ fibrynolizy. W związku z tym otrzymane z takiej krwi osocze lub koncentrat płytek krwi mogą nie nadawać się do przetoczenia. (...) Staza niewielkiego stopnia, nie powoduje zastoju żylnego, stosowana podczas donacji okresowo nie ma istotnego negatywnego wpływu na jakość pobieranej krwi i jej składników, ani na zdrowie dawcy."

(dowód: akta kontroli, str. 4700-4701)

Dyrektor Centrum wyjaśnił, że: „Opaska uciskowa (staza) zaciśnięta jest w trakcie wkłuwania się do żyły, później jest lekko zwalniana. Takie postępowanie ułatwia nam pobieranie krwi pełnej w dopuszczalnym czasie - do 12 minut.”

(dowód: akta kontroli, str. 4723-4730)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

1. Procedura SOP-05/175 nie spełniała wymogów art. 6a ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej²⁹ oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2004 r. w sprawie wykazu zabiegów i czynności polegających na pobraniu od pacjenta materiału do badań laboratoryjnych³⁰, bowiem dopuszczała techników (techników analityki i techników chemików) do pobierania próbek krwi do badań laboratoryjnych, podczas gdy zgodnie z ww. przepisami osobą uprawnioną do wykonywania czynności diagnostyki laboratoryjnej w laboratorium jest osoba, która posiada tytuł zawodowy technika analityki medycznej. Należy jednak zauważyć, że w praktyce przedmiotowe zadania wykonywali technicy analityki medycznej.

(dowód: akta kontroli str. 3921, 4665-4699; 4702-4711)

2. Kierownik Działu Pobierania posługiwała się pieczętką z nieaktualną nazwą działu, tj. „Dział Dawców i Pobierania”, podczas gdy zgodnie z obowiązującym schematem organizacyjnym Centrum³¹ dział ten nosił nazwę „Dział Pobierania”.

(dowód: akta kontroli str. 4665-4699; 4258)

2.1.2. Punkty Pobrań

Opis stanu
faktycznego

W trakcie kontroli NIK Powiatowe Stacje Sanitarno-Epidemiologiczne (dalej: PSSE) przeprowadziły nw. kontrole na tzw. ekipach wyjazdowych oraz w Punktach Pobrań RCKiK:

- w dniu 22 kwietnia 2018 r. PSSE w Sieradzu - w Urzędzie Gminy w Goszczanowie,
- w dniu 22 kwietnia 2018 r. PSSE w Łęczycy - w Starej Sobótce,
- w dniu 22 maja 2018 r. PSSE w Łodzi - mobilnego punktu pobrań (samochodu transportowego – krwiobusu) oraz Działu Pobierania RCKiK,
- w dniu 15 czerwca 2018 r. PSSE w Bełchatowie – w Zespole Szkół Ponadgimnazjalnych w Bełchatowie,
- w dniu 18 czerwca 2018 r. PSSE w Tomaszowie Mazowieckim - w Zespole Szkół Ponadpodstawowych nr 3 w Tomaszowie Mazowieckim,
- w dniu 19 czerwca 2018 r. PSSE w Zduńskiej Woli - w Państwowej Powiatowej Straży Pożarnej w Zduńskiej Woli.

Ponadto, w toku niniejszej kontroli przeprowadzono oględziny punktów poboru krwi:

²⁹ Dz.U. z 2016 r., poz. 2245 ze zm.

³⁰ Dz.U. z 2004 r. nr 247, poz. 2481.

³¹ Wprowadzonym zarządzeniem Dyrektora z dnia 24 stycznia 2018 r.

- w siedzibie ING Bank Śląski w Łodzi (w dniu 27 kwietnia 2018 r.),
- w Wieluniu (w dniu 29 maja 2018 r.),
- w Tomaszowie Mazowieckim (w dniu 29 maja 2018 r.),
- w Piotrkowie Trybunalskim (w dniu 29 maja 2018 r.)

(dowód: akta kontroli, str. 3929-3930, 4412-4517, 5543-5544)

W dniu 24 listopada 2016 r. pomiędzy RCKiK a Tomaszowskim Centrum Zdrowia Sp. z o.o. (TCZ) zawarta została umowa zobowiązująca TCZ do udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu badań lekarskich wstępnych (ogólnych) kandydatów na dawców krwi oraz dawców krwi w RCKiK w Tomaszowie Mazowieckim (§ 1). Umowa zobowiązywała lekarzy do czuwania nad bezpieczeństwem dawcy podczas oddawania krwi i wdrażania odpowiednich postępowania w przypadku wystąpienia powikłań, w godzinach: 8.00-10.30 – we wtorki, środy i piątki oraz 8.00-11.00 w czwartki (§ 3).

(dowód: akta kontroli, str. 3935-3944)

Ogłędziny Punktu Pobrań w Tomaszowie Mazowieckim przeprowadzone w dniu 29 maja 2018 r. wykazały m.in. co następuje:

- lekarz przybył do Punktu o godzinie 8.44, zbadał trzech pacjentów i o godzinie 8.55 opuścił Punkt,
- pobieranie krwi rozpoczęło się o godzinie 8.53; w trakcie pobierania obecne były trzy pielęgniarki i jedna rejestratorka, nie stwierdzono obecności lekarza,
- po wezwaniu przez pielęgniarki lekarz ponownie stanął w Punkcie Pobrań o godzinie 9.54 i po zbadaniu dwóch dawców opuścił Punkt.

(dowód: akta kontroli, str. 3929-3930)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. Centrum nie zapewniło w pełni właściwych warunków sanitarno-higienicznych oraz wyposażenia, co dotyczyło wskazanych niżej przypadków³²:

- braku wydzielonego gabinetu badań lub parawanów zapewniających intymność dawców (w Goszczanowie),
- braku mydła, ręczników/suszarki do rąk i papieru toaletowego w toalecie dla dawców (w Tomaszowie Mazowieckim),
- nieprawidłowego składowania odpadów medycznych, w tym m.in. nieumieszczenia na stelażach worków na odpady medyczne, braku na pojemnikach i workach z odpadami medycznymi widocznego oznakowania identyfikującego (w Goszczanowie, Starej Sobótce, Piotrkowie Trybunalskim),
- niewłaściwego stanu sanitarno-higienicznego niektórych krzeseł lub foteli przeznaczonych dla dawców bądź nieodpowiedniego ich pokrycia utrudniającego mycie i dezynfekcję (w Goszczanowie, Starej Sobótce, Piotrkowie Trybunalskim i Tomaszowie Mazowieckim, krwiobusie, Dziale Pobierania RCKiK).

Powyższe naruszało przepisy określone w:

- art. 36 ust. 1 ustawy o zawodzie lekarza, zgodnie z którym lekarz podczas udzielania świadczeń zdrowotnych ma obowiązek poszanowania intymności i godności osobistej pacjenta oraz pkt 7.10 procedury SOP-01/172 „Zasady kwalifikowania kandydatów na dawców oraz dawców krwi lub jej składników”, zgodnie z którym wywiad i badanie lekarskie musi być przeprowadzone w wydzielonym miejscu z zachowaniem dyskrecji i bez udziału osób trzecich, np. innych dawców, pozostałego personelu PP i RCKiK, czy osób towarzyszących, a także w:

³² spośród kontroli przeprowadzonych przez PSSE i ogłędzin przeprowadzonych podczas kontroli NIK wskazanych w pkt 2.1.2.

- § 27 ust. 1 rozporządzenia w sprawie pomieszczeń i urządzeń podmiotu leczniczego; § 4 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 marca 2017 r. w sprawie minimalnych wymagań dotyczących systemu zapewnienia jakości oraz dopuszczalnych wyników pomiaru jakości w zakresie krwi i jej składników³³; § 3 ust. 4 i § 6 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 października 2017 r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi³⁴.

Dyrektor Centrum wyjaśnił, że dotychczasowe kontrole różnych instytucji dotyczące punktów pobrań i tzw. ekip wyjazdowych nie wykazywały uchybień i nie kwestionowały panujących tam warunków pracy; z chwilą pojawienia się konieczności wymiany zużytego sprzętu następuje to sukcesywnie w miarę możliwości logistycznych i finansowych. Dyrektor zapowiedział również wyposażenie Działu Pobierania w parawany umożliwiające zapewnienie intymności dawcom.

(dowód: akta kontroli, str. 3929-3930, 4123-4137, 4412-4417, 4427, 4498-4503, 4510-4517, 4702-4711, 5543-5544, 5828-5829)

2. RCKiK nie dostosowało pomieszczeń i wyposażenia do wymogów rozporządzenia w sprawie pomieszczeń i urządzeń podmiotu leczniczego, tj.:

- Dział Pobierania (w siedzibie Centrum) nie został wyposażony w pomieszczenie higieniczno-sanitarne dostępne dla osób niepełnosprawnych, w tym poruszających się na wózkach inwalidzkich (rozdział III ust. 2 pkt 2 załącznika nr IV),
- pomieszczenie przeznaczone na radiator nie było wyposażone w wentylację mechaniczną (rozdział I ust. 3 pkt 2).

(dowód: akta kontroli str. 4577-4579)

Zgodnie z art. 207 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, podmiot wykonujący działalność leczniczą w dniu wejścia w życie ustawy, niespełniający wymagań, o których mowa w art. 22 ust. 1, dostosuje pomieszczenia i urządzenia do tych wymagań do dnia 31 grudnia 2017 r.

Dyrektor Centrum wyjaśnił, że: „Na chwilę obecną jest wykonany projekt remontu pomieszczeń toalet dla dawców z uwzględnieniem osób poruszających się na wózkach inwalidzkich. Wykonanie remontu uzależnione jest od posiadanych środków i wyniku przetargu. Przewidywany termin do końca 2018 r. W budynku jest toaleta dla niepełnosprawnych, z której w razie potrzeby mogą oni skorzystać. W pomieszczeniach z radiatorem są rozprowadzone przewody do wentylacji mechanicznej. Pozostaje kwestia zamontowania wentylatorów i uruchomienia instalacji. Prace zostaną ukończone w najbliższym czasie.”

(dowód: akta kontroli, str. 4580)

3. Centrum nie przedstawiło Wojewodzie Łódzkiemu programu dostosowania Centrum do wymagań, o których mowa w art. 22 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, w terminie do dnia 31 grudnia 2017 r., co było niezgodne z art. 207 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej.

Dyrektor Centrum wyjaśnił, że: „RCKiK w Łodzi spełniało wymagania określone w art. 22 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej w zakresie wskazanym w art. 207 ust. 1 ww. ustawy, tj. w dniu wejścia w życie ww. przepisu art. 22. Zatem nie było konieczności dostosowywania Centrum do wymagań określonych w art. 22 ust. 1. Nadto, podkreślenia wymaga, że przeprowadzone dotychczas kontrole SANEPID-u nie wykazały żadnych nieprawidłowości w tym zakresie.”

(dowód: akta kontroli, str. 4575-4576, 5804-5808)

³³ Dz. U. z 2017 r. poz. 646.

³⁴ Dz. U. z 2017 r. poz. 1975.

1. Oględziny przeprowadzone w Punktach Pobrań w: siedzibie ING Bank Śląski w Łodzi (w dniu 27 kwietnia 2018 r.), Tomaszowie Mazowieckim (w dniu 29 maja 2018 r.), Wieluniu (w dniu 29 maja 2018 r.) i Dziale Pobierania RCKiK w Łodzi (w dniu 13 czerwca 2018 r.) wykazały, że dawcom krwi nie wydawano napoju energetycznego lub żetonu do automatu z napojami (wydawano jedynie 8 czekolad i 1 wafel), co było niezgodne z procedurą wewnętrzną SOP 16/175 – „Pobieranie krwi pełnej metodą konwencjonalną”.

Dyrektor Centrum wyjaśnił, że nowa wersja procedury jest w trakcie wdrażania i uwzględnia ona również zmianę dotyczącą wydawania produktów spożywczych dawcy po donacji.

(dowód: akta kontroli str. 3929-3930, 4123-4137, 4428-4429, 4446, 4577-4578, 5709-5720, 5841)

2. W toku kontroli stwierdzono nw. przypadki transportu krwi w niewłaściwych warunkach:

- transport krwi z PP (Łęczyca – w dniu 1 i 8 czerwca 2018 r., łącznie 34 donacje; Zduńska Wola – w dniu 1 czerwca 2018 r., 11 donacji; Łowicz – w dniu 4 czerwca 2018 r., 5 donacji; Wieluń – w dniu 7 czerwca 2018 r., 27 donacji) i z ekip wyjazdowych (Łódź – w dniu 7 czerwca 2018 r., 14 donacji; Sieradz – w dniu 13 czerwca 2018 r., 13 donacji) odbywał się z naruszeniem warunków umów zawartych z wykonawcami, jak również był niezgodny z procedurą SOP-01/300 pn. „Transport krwi i jej składników oraz próbek z Punktów Pobrań do RCKiK” oraz z obwieszczeniem Ministra Zdrowia w sprawie wymagań dobrej praktyki pobierania krwi. Temperatura dostarczonej do Centrum krwi pełnej odbiegała od wymaganej o 1-2,5°C (tj. wynosiła od 17,5-25°C, podczas gdy norma wynosiła od 20-24°C).

(dowód: akta kontroli str. 615-643, 1434-1447, 3806-3824)

Dyrektor Centrum wyjaśnił, iż warunki transportu są zwalidowane i w przypadku postępowania zgodnego z SOP-01/300 zapewniają spełnienie wymagań zawartych w procedurze, niemniej jednak zmienność klimatu i zakresu temperatury na zewnątrz powoduje, iż pewne odchylenia mogą wystąpić. Do tej pory nie było sytuacji zniszczenia krwi z powodu transportu w nieodpowiednich warunkach.

(dowód: akta kontroli str. 4147-4158)

- w dniu 29 maja 2018 r. transport pięciu donacji z Punktu Pobrań w Tomaszowie Mazowieckim odbył się przy użyciu pojemnika, w którym zamontowany termometr był niesprawny, uniemożliwiając precyzyjny pomiar temperatury, w związku z czym nie było możliwości sprawdzenia, czy transportowano krew w odpowiednich warunkach. Zgodnie z postanowieniami procedury SOP-01/300 pn. „Transport krwi i jej składników oraz próbek z Punktów Pobrań do RCKiK”, do przewożenia krwi i jej składników oraz próbek krwi służą oddzielne pojemniki; pojemnik musi być wyposażony w termometr; krew i jej składniki należy przewozić w temperaturze 20-24°C, a próbki w temperaturze 2-25°C; utrzymanie właściwych warunków transportu ma istotne znaczenie dla bezpieczeństwa składników krwi.

Dyrektor Centrum wyjaśnił, że niezgodność została zgłoszona, zatrzymano wyprodukowane składniki krwi do czasu oceny parametrów badań kontroli jakości, udzielono nagany kierowcy, wycofano uszkodzony termometr i zastąpiono go sprawnym oraz zaplanowano szkolenie personelu PP w zakresie ww. procedury. Dyrektor przyznał, że stwierdzone odchylenie jest istotne dla bezpieczeństwa krwi i jej składników.

(dowód: akta kontroli str. 3929-3932, 3815, 4057-4058)

2.2. Do zadań Działu Laboratoryjnego, w skład którego wchodziły Pracownia Analiz Lekarskich i Chemiczna, Pracownia Czynn timerów Zakaźnych Przenoszonych przez Krew oraz Pracownia Biologii Molekularnej należało w szczególności pobieranie próbek krwi od dawców celem wykonania badań analitycznych kwalifikujących dawców do oddania donacji, wykonywanie u krwiodawców badań wirusologicznych, dokumentowanie ww. badań zgodnie z obowiązującymi przepisami.

(dowód: akta kontroli str. 4199-4259)

Pomieszczenia i wyposażenie Działu Laboratoryjnego spełniały wymogi określone w rozdziale V załącznika nr 4 do rozporządzenia w sprawie pomieszczeń i urządzeń podmiotu leczniczego. Wszystkie urządzenia i sprzęt poddawane były badaniom i kontroli z częstotliwością wynikającą ze wskazań producentów. Kontrola jakości wewnątrz- i zewnątrzlaboratoryjna prowadzona była zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 23 marca 2006 r. w sprawie standardów jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych³⁵. W Dziale stosowano metody badawcze zgodne z ww. rozporządzeniem.

W Dziale tym zatrudnionych było 12 diagnostów laboratoryjnych, 7 techników analityki medycznej oraz kierownik – diagnosta laboratoryjny. Diagnosty laboratoryjni zatrudnieni byli od poniedziałku do piątku w godzinach od 7.30 do 15.05. W Dziale nie prowadzono szczegółowych harmonogramów czasu pracy.

(dowód: akta kontroli str. 4665-4699)

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następującą nieprawidłowość:

Wyniki badań laboratoryjnych wykonywanych u kandydatów na dawców w godzinach popołudniowych oraz w soboty w Dziale Laboratoryjnym nie były autoryzowane na bieżąco przez diagnostów laboratoryjnych, co było niezgodne z art. 2 pkt 4 w zw. z art. 6 ust. 2 ustawy o diagnostyce laboratoryjnej, które wskazują, że czynności diagnostyki laboratoryjnej obejmują m.in. autoryzację wyników badań, która może być dokonywana tylko pod nadzorem diagnosty laboratoryjnego. Pomimo braku autoryzacji tych wyników, kandydaci byli kwalifikowani do dalszych badań. Nieprawidłowość ta wynikała z tego, że diagnosty laboratoryjni zatrudnieni byli tylko w dni powszednie w godzinach 7.30-15.05, zatem tylko w tym czasie w Centrum dokonywana była autoryzacja wyników badań. W Dziale Laboratoryjnym diagnosty laboratoryjni dokonywali autoryzacji wyników badań, stawiając podpis wraz z pieczętką na zbiorczych wydrukach wyników, w następnym dniu rano lub, w przypadku badań wykonywanych w sobotę, w poniedziałek rano.

(dowód: akta kontroli str. 4683-4684)

Zastępca Dyrektora ds. Medycznych wyjaśniła, że występująca struktura zawodowa w Pracowni Analiz Lekarskich i Chemicznej, gdzie wykonywane są badania kwalifikacyjne dawców (3 diagnostów laboratoryjnych, 5 techników analityki medycznej) uniemożliwiała objęcie przez diagnostów laboratoryjnych dyżurów sobotnich i popołudniowych, biorąc pod uwagę zwolnienia lekarskie, konieczność odbioru dni wolnych, udział w ekipach, urlopy. Aktualnie w związku z przejściem na emeryturę technika analityki medycznej (został przyjęty diagnosta laboratoryjny) oraz planowanym przejściem na emeryturę drugiego technika analityki medycznej w listopadzie br., na miejsce którego jest planowane zatrudnienie diagnosty laboratoryjnego, struktura zawodowa w pracowni ulegnie zmianie i od września br., będzie możliwe objęcie dyżurów sobotnich i popołudniowych przez kadrę diagnostów.

³⁵ Dz.U. z 2016 r. poz. 1665 ze zm.; dalej: rozporządzenie w sprawie standardów jakości dla medycznych laboratoriów.

(dowód: akta kontroli, str. 4702-4711)

NIK wskazuje, że diagnosta laboratoryjny autoryzuje wynik badania w momencie jego wykonania tj. w momencie, gdy ma on być wydany lekarzowi do wglądu.

Opis stanu faktycznego

2.3. Do zadań Działu Immunologii Transfuzjologicznej, w skład którego wchodziły Pracownia Badań Konsultacyjnych, Pracownia Serologii Biorców, Pracownia Serologii Grup Krwi Dawców i Pracownia Kontroli Serologicznej i HLA należało m.in. wykonywanie konsultacyjnych badań serologicznych dla pacjentów jednostek ochrony zdrowia znajdujących się na terenie województwa łódzkiego, dawców krwi oraz pacjentów ambulatoryjnych; ustalanie serologicznych wskazań do leczenia krwią, badania serologiczne, przeprowadzanie egzaminów weryfikacyjnych dla pracowników pracowni serologicznych znajdujących się na terenie województwa łódzkiego, przeprowadzanie kontroli pracowni serologicznych znajdujących się na terenie województwa łódzkiego.

W Dziale Immunologii Transfuzjologicznej zatrudnionych było 13 diagnostów laboratoryjnych, 6 techników analityki medycznej oraz kierownik - diagnosta laboratoryjny.

(dowód: akta kontroli str. 4199-4259)

Ustalone nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następującą nieprawidłowość:

Dział Immunologii Transfuzjologicznej nie prowadził (poza zakresem wskazanym niżej w wyjaśnieniu) kontroli jakości dla badań z zakresu HLA, nie ustanowiono również³⁶ procedur wewnętrznych w tym zakresie. Było to niezgodne z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 23 marca 2006 r. w sprawie standardów jakości dla medycznych laboratoriów.

(dowód: akta kontroli str. 4687-4688)

Zastępca Dyrektora ds. Medycznych w złożonych wyjaśnieniach wskazała, że w Pracowni Badań Konsultacyjnych obowiązuje SOP 21/195, która opisuje sposób wykonania oraz kryteria akceptacji odczynników do badań HLA. Jednocześnie do każdego wykonywanego badania w teście LCT dostawiana jest kontrola dodatnia i ujemna testu. W Obwieszczeniu Ministra Zdrowia z 9 czerwca 2017 r. w rozdziale „Badania z zakresu immunologii leukocytów i płytek krwi” jest zapis mówiący, że można stosować komercyjne, wystandaryzowane kontrole, co można interpretować, że nie jest to obowiązkowe. Wystosowano zapytanie do firm o dostępność kontroli zewnątrzlaboratoryjnej dla badań HLA (wykrywanie przeciwciał anty-HLA).

(dowód: akta kontroli str. 4702-4711)

Opis stanu faktycznego

2.4. W Centrum obowiązywała procedura SOP 3/171/2 – „Zakres badań wykonywanych w Pracowni Analiz Lekarskich i Chemicznej”, której celem było podanie zakresu wykonywanych badań oraz trybu postępowania przy obsłudze krwiodawcy lub kandydata na krwiodawcę.

Uwagi dotyczące badanej działalności

NIK zwraca uwagę na problem niewystarczającej liczby personelu medycznego odpowiedzialnego za proces pobierania krwi na tzw. ekipach wyjazdowych. W okresie od dnia 22 maja 2009 r. w Centrum obowiązywała procedura SOP-01/174 pn. „Organizacja pracy podczas ekip wyjazdowych” obejmująca m.in. tabelę określającą niezbędną liczbę osób (lekarzy i pielęgniarek) pracujących na tzw. ekipach wyjazdowych w zależności od przewidywanej liczby dawców krwi. Z dniem 9 czerwca 2017 r. zmieniono procedurę uchylając postanowienia zawarte w ww.

³⁶ Do 31 sierpnia 2018 r. (wydano wówczas SOP-24/195 wersja 1 pt. „Kontrola jakości w pracowni badań HLA”, z mocą obowiązującą od 10 września 2018 r.).

tabeli. Pismem z dnia 17 października 2017 r. Zakładowa Organizacja Związkowa Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych przy RCKiK w Łodzi zwróciła się do Dyrektora Centrum o przywrócenie ww. tabeli w treści procedury SOP-01/174. Powyższe argumentowano koniecznością zapewnienia bezpieczeństwa krwiodawców poprzez właściwą obsadę ekip. Wskazano na występowanie sytuacji, kiedy ekipy wyjazdowe zabezpieczane są jedynie przez jedną pielęgniarkę, diagnostę laboratoryjnego i lekarza lub 2 pielęgniarki i lekarza. W odpowiedzi na ww. pismo w dniu 26 października 2017 r. Dyrektor poinformował, że tabela miała jedynie charakter pomocniczy, natomiast liczba personelu stanowiącego obsadę ekipy wyjazdowej jest ustalana w zależności od potrzeb, a decyzje w tym zakresie podejmowane są przez Kierownika Sekcji Pobierania lub Kierownika Działu Dawców i Pobierania.

(dowód: akta kontroli str. 3565-3568, 4090-4105)

Ponadto Dyrektor Centrum wyjaśnił, że liczba lekarzy kwalifikujących dawców zależy od stanu osobowego na dany dzień (urlopy, zwolnienia lekarskie, udział w szkoleniach), a także od konieczności oddelegowania lekarza do pracy w PP oraz od ilości ekip, na które również trzeba oddelegować lekarza. Zdarzają się dni, że w Centrum kwalifikuje dawców 1 lekarz, natomiast pozostali pomagają mu w miarę możliwości (przed lub po ekipach). W trudnych sytuacjach kadrowych, w kwalifikowaniu dawców bierze udział lekarz z innego działu lub kierownik Działu Dawców i Pobierania. Podobne mechanizmy warunkują obsadę pielęgniarską w Sekcji Pobierania.

(dowód: akta kontroli str. 4147-4158)

NIK wskazuje, że problem niewystarczającej liczby personelu medycznego odpowiedzialnego za proces pobierania krwi potwierdzają złożone w toku kontroli wyjaśnienia, oświadczenia i zeznania. Pielęgniarki zatrudnione w Centrum wskazały, że usystematyzowanie obsady ekip wyjazdowych w formie tabeli obsady ekipowej było gwarancją właściwej organizacji takiej ekipy i było konieczne dla bezpieczeństwa krwiodawców, a podstawową przesłanką obsady ekip nie powinny być względy ekonomiczne, tylko zagwarantowanie krwiodawcom należytej opieki.

(dowód: akta kontroli str. 3565-3568)

Ocena cząstkowa

W zakresie organizacji pobierania i przetwarzania krwi ustalono, że wszystkie urządzenia i sprzęt Działu Pobierania poddawane były badaniom i kontroli z częstotliwością wynikającą ze wskazań producentów. Pomieszczenia i wyposażenie w ww. dziale spełniały objęte badaniem wymogi określone w ww. przepisach rozporządzenia w sprawie pomieszczeń i urządzeń podmiotu leczniczego, jedynie poza przypadkiem dotyczącym pomieszczenia higieniczno-sanitarnego dostępnego dla osób niepełnosprawnych, choć w budynku znajdowała się taka toaleta. Nadto w pomieszczeniu radiatora nie zapewniono wentylacji mechanicznej. Również pomieszczenia i wyposażenie Działu Laboratoryjnego spełniały wymogi, o których mowa powyżej. Wszystkie urządzenia i sprzęt poddawane były badaniom i kontroli z częstotliwością wynikającą ze wskazań producentów. Kontrola jakości wewnątrz- i zewnątrzlaboratoryjna prowadzona była zgodnie z rozporządzeniem w sprawie standardów jakości dla medycznych laboratoriów. W Dziale stosowano metody badawcze zgodne z ww. rozporządzeniem. Nieprawidłowością było natomiast niezapewnienie bieżącej autoryzacji przez diagnostów laboratoryjnych wyników badań laboratoryjnych wykonywanych u kandydatów na dawców w godzinach popołudniowych oraz w soboty w Dziale Laboratoryjnym. Nadto stwierdzono m.in., że nie zapewniono w pełni, w tym w trakcie niektórych ekip wyjazdowych, części wymaganych warunków sanitarno-higienicznych i wyposażenia, co dotyczyło braku wydzielonego gabinetu badań lub parawanów zapewniających intymność dawcom, środków higienicznych w toalecie dla dawców, a także niewłaściwego składowania

odpadów medycznych oraz stanu niektórych krzeseł lub foteli dla dawców. Ponadto w obowiązujących w Centrum procedurach wskazujących na sposób przygotowania miejsca wkłucia zawarto sprzeczne ze sobą zapisy dotyczące mycia zgieć łokciowych. NIK zauważa również, że wystąpiły przypadki transportu krwi w nieodpowiednich warunkach.

3. Prowadzenie ewidencji księgowej w RCKiK.

Opis stanu
faktycznego

Zarządzeniem Nr 0112/A/2010³⁷ z dnia 8 października 2010 r. Dyrektor RCKiK – określił zasady (politykę) prowadzenia rachunkowości w Centrum.

(dowód: akta kontroli str. 5555-5667)

Zarządzeniem nr 7/2002 z dnia 31 lipca 2002 r. Dyrektor RCKiK określił zasady inwentaryzacji aktywów i pasywów. W stanowiącej załącznik do ww. zarządzenia Instrukcji inwentaryzacyjnej opisano m.in.:

1. Organizację i kompetencje osób odpowiedzialnych za przeprowadzenie inwentaryzacji, w tym:
 - określono pojęcie „inwentaryzacji” jako następujące czynności:
 - ustalenie stanu faktycznego aktywów i pasywów za pomocą odpowiednich metod inwentaryzacji,
 - udokumentowanie inwentaryzacji i jej wyników oraz wycena jej składników,
 - ustalenie różnic stwierdzonych pomiędzy stanem rzeczywistym a stanem księgowym,
 - wyjaśnienie różnic z podaniem przyczyn;
 - wskazano przedmiot inwentaryzacji jako wszystkie ujęte w ewidencji aktywa i pasywa Centrum;
 - określono rodzaje i metody inwentaryzacji rzeczowych i pieniężnych składników majątku jako inwentaryzację okresową (w tym roczną), inwentaryzację zdawczo-odbiorczą (okolicznościową) oraz inwentaryzację niezapowiedzianą – kontrolną;
2. Częstotliwość, terminy i metody inwentaryzacji:
 - na ostatni dzień roku obrotowego, drogą spisu z natury stanu aktywów pieniężnych, papierów wartościowych, rzeczowych składników aktywów obrotowych,
 - na ostatni kwartał roku obrotowego do 15. dnia następnego roku, drogą spisu z natury stanów:
 - znajdujących się na terenie niestrzeżonym lub znajdujących się na terenie strzeżonym, lecz nie objętych ewidencją ilościowo-wartościową zapasów materiałów, półproduktów, produktów gotowych, towarów, środków trwałych,
 - składników majątkowych objętych inwestycją rozpoczętą, znajdujących się na terenie niestrzeżonym,
 - składników majątkowych objętych ewidencją ilościową,
 - składników majątkowych będących własnością obcych jednostek;
 - na ostatni dzień każdego roku obrotowego z tym, że inwentaryzację można rozpocząć w ciągu IV kwartału i zakończyć do 15 stycznia roku następnego, w drodze uzyskania potwierdzenia sald stanu środków pieniężnych zgromadzonych na rachunkach bankowych, należności publicznoprawnych, pożyczek i kredytów oraz własnych składników majątkowych powierzonych kontrahentom;

³⁷ Wraz z aneksami nr 1 z dnia 9 grudnia 2011 r. i nr 2 z 12 stycznia 2015 r.

- na ostatni dzień każdego roku obrotowego z tym, że inwentaryzację można rozpocząć w ciągu IV kwartału i zakończyć do 15 stycznia roku następnego, w drodze weryfikacji poprzez porównanie danych w księgach rachunkowych z danymi wynikającymi z dokumentów stanu m.in. gruntów, zobowiązań, należności spornych i wątpliwych, należności i zobowiązań z tytułów publicznoprawnych, wartości niematerialnych i prawnych, kapitału, rezerw;
 - raz w ciągu czterech lat drogą spisu z natury stanu środków trwałych oraz maszyn i urządzeń objętych inwestycją rozpoczętą, jeżeli znajdują się na terenie strzeżonym;
3. Zasady prowadzenia inwentaryzacji jej rozliczenia i dokumentowania (do Instrukcji inwentaryzacyjnej dołączono łącznie 18 wzorów dokumentacji inwentaryzacyjnej).

W okresie objętym kontrolą Dyrektor Centrum wydał zarządzenia wewnętrzne Nr 0112/A/2016 i Nr 0112A/9/2017 w sprawie przeprowadzenia inwentaryzacji. W zarządzeniu z 2016 r. wskazał, że spis z natury ma być przeprowadzony według stanu na 30 grudnia 2016 r., a w zarządzeniu na 2017 r. – na dzień 29 grudnia 2017 r. W zarządzeniach określono ponadto nazwy obiektów/nazwy składników obrotowych podlegających inwentaryzacji, obowiązki osób materialnie odpowiedzialnych, terminy rozpoczęcia i zakończenia spisów z natury oraz zasady rozliczenia i udokumentowania spisów.

W załączniku nr 2 do zarządzenia z 2017 r. wskazano przeprowadzenie – według stanu na dzień 29 grudnia 2017 r. – spisu z natury środków trwałych.

(dowód: akta kontroli, str. 5742-5794)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. Obowiązująca w Centrum polityka rachunkowości była niezgodna z przepisami ustawy o rachunkowości w następującym zakresie:

- w polityce rachunkowości wskazano, że zdarzenia dotyczące zysków i strat nadzwyczajnych ujmowane są na kontach 770 „Zyski nadzwyczajne” i 771 „Straty nadzwyczajne”, podczas gdy zgodnie z art. 3 ust. 1 pkt 33 ustawy o rachunkowości przez zyski i straty nadzwyczajne rozumie się zyski i straty powstające w bankach, zakładach ubezpieczeń, zakładach reasekuracji oraz spółdzielczych kasach oszczędnościowo-kredytowych na skutek zdarzeń trudnych do przewidzenia, poza działalnością operacyjną jednostki i niezwiązane z ogólnym ryzykiem jej prowadzenia. Jak zaś wskazuje art. 3 ust. 1 pkt 32 lit. i ww. ustawy, koszty i przychody związane ze zdarzeniami losowymi (a więc również zyski i straty nadzwyczajne) ewidencjonuje się na kontach „Pozostałe koszty i przychody operacyjne”.
- w polityce rachunkowości opisane zostały zdarzenia ujmowane na koncie 840 „Rezerwy i przychody przyszłych okresów” obejmujące m.in. rezerwy na należności, podczas gdy od 2002 r. pojęcie „rezerw na należności” nie funkcjonuje – zastąpione zostało pojęciem „odpisy aktualizujące na należności”, które powinny być ewidencjonowane na kontach zespołu „2”.
- w polityce rachunkowości wskazano nieaktualną wersję programu księgowego - kontrola wykazała, że w Centrum stosowana jest wersja TETA 18.00.04, podczas gdy w polityce rachunkowości wskazano wersję TETA 10.09.10. Było to niezgodne z art. 10 ust. 1 pkt 3 lit. c i ust. 2 ustawy o rachunkowości, stanowiącym, że kierownik jednostki ustala w formie pisemnej i aktualizuje dokumentację opisującą przyjęte przez nią zasady (politykę) rachunkowości, m.in. określenie wersji oprogramowania i daty rozpoczęcia jego eksploatacji.

Dyrektor Centrum w złożonych wyjaśnieniach zadeklarował zmianę polityki rachunkowości w 2018 roku, po zakończeniu badania sprawozdania przez biegłego

rewidenta. Zgodnie z oświadczeniem głównej księgowej RCKiK, do dnia 24 sierpnia 2018 r. nie zostały wprowadzone zmiany w polityce rachunkowości.

(dowód: akta kontroli, str. 4723-4730, 5555-5667, 5721)

2. Stosowany w Centrum wykaz kont w systemie księgowym był niezgodny z wykazem kont określonym w przyjętej zarządzeniem dyrektora polityce rachunkowości. Rozbieżności wskazano w tabeli poniżej.

Wg przyjętej polityki rachunkowości	Wg aktualnego wykazu kont
134 - Środki pieniężne - egzekucja	134 – Rachunki dotacji BGK
138 – Rachunek projektu PL 0067MFEOG	138 – Rachunek walutowy BGK
205- Rozrachunki z odbiorcami - odsetki	205 – Rozrachunki z odbiorcami - odpis
209 – Dostawcy projektu PL 0067MFEOG	209 – Program 2015-2020
brak	210 – Rachunki fiskalizowania z osobami fizycznymi
220 – Rozrachunki publicznoprawne	220 – Rozrachunki z tytułu podatku dochodowego
brak	301 – Towary w drodze
501 – Koszty działalności podstawowej	500 – Koszty działalności podstawowej
840 - Rezerwy	830 - Rezerwy

Dyrektor wyjaśnił, że polityka rachunkowości może zawierać więcej kont, zakładając fakt późniejszego wykorzystania. Wykaz kont i ich powiązań w każdej chwili może zostać zaktualizowany, nawet w trakcie roku obrotowego.

(dowód: akta kontroli, str. 4723-4730, 5555-5667, 5722-5729)

3. Do dnia 29 czerwca 2018 r. księgi rachunkowe za okres od 1 stycznia 2016 r. do 31 grudnia 2016 r. nie zostały zamknięte. Było to niezgodne z art. 12 ust. 4 ustawy o rachunkowości stanowiącym, że zamknięcie ksiąg rachunkowych powinno nastąpić najpóźniej w ciągu 15 dni od dnia zatwierdzenia sprawozdania finansowego za rok obrotowy. Sprawozdanie finansowe za rok 2016 zostało zatwierdzone przez Ministra Zdrowia w dniu 28 czerwca 2017 r.

Dyrektor Centrum w złożonych wyjaśnieniach wskazał, że księgi nie zostały zamknięte z powodu zmiany pracownika obsługującego program w tym zakresie.

(dowód: akta kontroli, str. 4712-4722, 4723-4734)

4. W Centrum nie stosowano przyjętej w polityce rachunkowości zasady dokonywania 100% odpisu aktualizującego na należności przeterminowane powyżej 6 miesięcy. Analiza konta 200 – Rozrachunki z odbiorcami wg stanu na dzień 31 grudnia 2017 r. wykazała należności przeterminowane powyżej 6 miesięcy w wysokości 234.929,82 zł. Na koncie 280-1 – Odpis aktualizacyjny – należność główna wykazano saldo 42.899,01 zł (tj. 18,3% należności przeterminowanych powyżej 6 miesięcy).

Dyrektor Centrum wyjaśnił, że: „Zapis 100% odpisu był w roku tworzenia polityki (2010) w przypadku Centrum mocno zachowawczy. W związku z tym, że mamy wysokie uprawdopodobnienie ściągnięcia należności – naszymi klientami są w przeważającej części SPZOZ-y, podpisane ugody, czy też zobowiązanie głównego księgowego dłużnika – nie tworzymy odpisów.”

(dowód: akta kontroli, str. 4723-4730, 5730-5741)

5. W dokumentacji inwentaryzacyjnej sporządzanej w latach 2016-2017 brak jest planu i harmonogramu inwentaryzacji wg wzoru nr 4 oraz nr 5 określonego w

instrukcji inwentaryzacyjnej będącej załącznikiem do zarządzenia Dyrektora Centrum nr 7/2002 w sprawie zasad inwentaryzacji aktywów i pasywów.

Dyrektor nie wyjaśnił przyczyn nieopracowania ww. dokumentów.

(dowód: akta kontroli, str. 4715-4716, 4723-4730, 5742-5786, 5815-5816)

6. Centrum nie wywiązało się z obowiązku wynikającego z art. 26 ust. 3 pkt 3 ustawy o rachunkowości oraz z zarządzenia wewnętrznego Dyrektora RCKiK Nr 0112A/9/2017 przeprowadzenia spisu z natury środków trwałych przypadającego na koniec 2017 r. (raz na cztery lata).

Dyrektor nie wyjaśnił przyczyn nieprzeprowadzenia przedmiotowego spisu z natury. Zgodnie z oświadczeniem do bilansu za 2017 r. Głównego Księgowego i Kierownika Działu Administracyjno-Technicznego z dnia 23 marca 2018 r. inwentaryzacja środków trwałych do weryfikacji stanów za rok 2017 została sporządzona częściowo z powodu wzmożonej zachorowalności pracowników oraz odbioru urlopów i godzin nadliczbowych. W oświadczeniu wskazano także, że w 2018 r. sporządzona zostanie kompletna inwentaryzacja majątku trwałego.

(dowód: akta kontroli, str. 4715-4716, 4723-4730, 5835)

7. W latach 2016-2017 w Centrum nie przeprowadzono inwentaryzacji części aktywów i pasywów metodą weryfikacji.

Dyrektor Centrum w złożonych wyjaśnieniach wskazał, że: „Każdego roku do bilansu następuje weryfikacja stanu środków trwałych – ewidencjonowanych w systemie TETA ST z ewidencją księgową TETA Fk. Potwierdzenie sald kont bankowych (jako środki pieniężne w drodze) oraz materiały w drodze lub dostawy niefakturowane – ich inwentaryzacja również odbywa się drogą weryfikacji.”

(dowód: akta kontroli, str. 4715-4717; 4723-4737)

NIK trudno uwzględnić wyjaśnienia Dyrektora w sytuacji braku jakichkolwiek dowodów potwierdzających przeprowadzenie przedmiotowej inwentaryzacji.

Wyżej wskazane zaniechanie przeprowadzenia inwentaryzacji oraz przeprowadzenie inwentaryzacji niezgodnie z przepisami ustawy o rachunkowości stanowi naruszenie dyscypliny finansów publicznych, o którym mowa w art. 18 ustawy z dnia 17 grudnia 2004 r. o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych³⁸.

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli w badanym obszarze stwierdziła nieprawidłowości w obowiązującej w RCKiK polityce rachunkowości. Była ona bowiem niezgodna z przepisami ustawy o rachunkowości, niezaktualizowana w zakresie stosowanej wersji programu księgowego, a także sprzeczna ze stosowanym przez Centrum wykazem kont w systemie księgowym. Nadto, nierzetelnie i niezgodnie z obowiązującymi przepisami przeprowadzano w latach 2016-2017 inwentaryzację aktywów i pasywów, jak również nie dokonano zamknięcia ksiąg rachunkowych za rok 2016 w terminie.

³⁸ Dz. U. z 2018 r. poz. 1458.

4. Dokonywanie zakupów usług i dostaw oraz realizacja i rozliczanie zawartych umów.

Opis stanu faktycznego

W Centrum obowiązywały:

- Regulamin udzielania zamówień³⁹ określający m.in. zasady powoływania i pracy komisji przetargowej i jej członków, podział obowiązków i odpowiedzialności uczestników postępowań o udzielenie zamówień publicznych, zasady podpisywania dokumentów związanych z prowadzonymi postępowaniami;
- Regulamin pracy komisji przetargowej, określający tryb jej pracy.

Od 2013 r. obowiązywały zarządzenia wewnętrzne⁴⁰ Dyrektora Centrum powołującego stałą komisję do przeprowadzania przetargów. W skład komisji powołano łącznie dziewięć osób. Zgodnie z postanowieniem § 2 ww. zarządzenia komisja będzie działała w składzie minimum trzyosobowym wskazanym przez przewodniczącą komisji.

(dowód: akta kontroli str. 214-225, 263, 383)

Kontroli NIK podlegały następujące postępowania o udzielenie zamówień publicznych realizowane przez Centrum w latach 2013-2018:

a) na dostawę jakościowych testów do badań przeciwciał anty *Treponema pallidum* automatyczną metodą immunochemiczną wraz z kalibratorami, kontrolami wewnętrznymi i zewnętrznymi oraz materiałami zużywalnymi dla diagnostyki przeprowadzonych w 2017 r. (trzy postępowania) w trybie przetargu nieograniczonego. W pierwszym i trzecim postępowaniu wpłynęła jedna oferta, w drugim – dwie. Po zawarciu w dniach 17 marca i 21 lipca 2017 r. umów z firmą Beckman Coulter Polska sp. z o.o. w Warszawie, w dwóch pierwszych postępowaniach testy do badań nie przeszły walidacji przeprowadzonej przez Instytut Hematologii i Transfuzjologii, w związku z czym umowy zostały rozwiązane⁴¹. W przypadku trzeciego postępowania testy przeszły walidację. Umowę z firmą ABBOTT Laboratories Poland sp. z o.o. z Warszawy podpisano w dniu 20 grudnia 2017 r. na okres 36 miesięcy. Wartość netto tej umowy wynosiła 586,1 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 10-140)

b) na zakup i dostawę 1,1 mln czekolady pełnej a 100 g przeprowadzone w 2014, 2016 i 2018 roku w trybie przetargu nieograniczonego. W postępowaniu z 2014 r. wpłynęła jedna oferta. Umowę z Union Chocolate sp. z o.o. Słońsk Dolny zawarto w dniu 22 stycznia 2014 r., wartość umowy netto 1.342 tys. zł. W 2016 r. wpłynęły cztery oferty⁴². Umowę z oferentem, który uzyskał największą ilość punktów (Union Chocolate sp. z o.o. Słońsk Dolny) podpisano w dniu 9 marca 2016 r., wartość umowy netto wyniosła 1.386 tys. zł. W 2018 r. wpłynęły trzy oferty⁴³. Umowę z Union Chocolate sp. z o.o. Słońsk Dolny (oferent uzyskał najwyższą liczbę punktów oceny) zawarto 21 stycznia 2018 r. na kwotę netto 1.430 tys. zł. Umowy zawierano na okres 24 miesięcy. Rocznie z magazynu Centrum wydawano od 501.496 do 521.815 szt. czekolad.

(dowód: akta kontroli str. 225-528)

³⁹ Załącznik nr 2 wersja 1 z dn. 15 października 2013 do SOP 04/300

⁴⁰ Nr 0112/A/1/2013 z 19 marca 2013 r., Nr 0112/A/1/2015 z 21 stycznia 2015 r. oraz Nr 0112/A/1/2016 z 22 lipca 2016 r.

⁴¹ 28 kwietnia 2017 r. i 11 września 2017 r.

⁴² Gastromax Wojciech Sarzaliński-Robert Chojnacki Spółka Jawna Nasiegniewo, Hurt-Detal Art. Spożywcze Bogusława i Lech Pacan Opoczno, Union Chocolate Sp. z o.o. Słońsk Dolny, Avingo – Patryk Sterliński Warszawa.

⁴³ Union Chocolate Sp. z o.o. Słońsk Dolny, Avingo – Patryk Sterliński Warszawa, Hurt-Detal Art. Spożywcze Bogusława i Lech Pacan Opoczno.

c) na zakup i dostawę napoju energetyzującego w ilości 60.000 szt. przeprowadzonego w 2013 r. w trybie przetargu nieograniczonego. Umowę na okres jednego roku z firmą Mag Dystrybucja sp. z o.o. z Olsztyna zawarto w dniu 7 stycznia 2014 r., wartość netto umowy wyniosła 44,4 tys. zł. Do prowadzonego postępowania kontrola NIK nie wniosła uwag.

(dowód: akta kontroli str. 141-160)

d) na zakup i dostawę 160 tys. szt. wafli w polewie czekoladowej w 2013 r. i w 2015 r. w trybie przetargu nieograniczonego. W postępowaniu z 2013 r. wpłynęło siedem ofert. Umowę zawarto w dniu 26 września 2013 r. z FHU „OPTIMA” Michał Sójka ze Słupna (oferta z najniższą ceną). Wartość umowy wyniosła netto 92,8 tys. zł. W postępowaniu przetargowym z 2015 r. wpłynęło pięć ofert⁴⁴. Umowę z dostawcą firmą Unima sp. z o.o. z Warszawy (oferta uzyskała najwyższą liczbę punktów) zawarto w dniu 7 października 2015 r. Wartość netto umowy wyniosła 83,2 tys. zł (cena netto 1 szt. 0,52 zł). W 2017 r. umowę na dostawę 130.000 szt. za cenę netto 66,3 tys. zł zawarto z firmą Unima sp. z o.o. z Warszawy na podstawie art. 4 ust. 8 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych⁴⁵ (cena netto 1 szt. 0,51 zł).

(dowód: akta kontroli str. 167-209)

e) na wynajem autobusu wraz z kierowcą, przystosowanego do pobierania krwi na ekipach wyjazdowych, przeprowadzone w 2014, 2015 i w 2016 roku w trybie z wolnej ręki na podstawie art. 67 ust. 1 pkt 1 lit. a ustawy pzp. Jako uzasadnienie decyzji w sprawie wyboru trybu postępowania komisja przetargowa w 2014 i 2015 r. podała, że: „W toku przeprowadzonych postępowań przetargowych w trybie przetargu nieograniczonego w ciągu ostatnich kilku lat ofertę składała tylko jedna Firma. Brak zainteresowania oferentów wynika z przyczyn technicznych (faktu wymagania specjalistycznego autokaru przystosowanego do naszych potrzeb do naszych potrzeb), co wiąże się z poniesieniem kosztów przez Wykonawcę, przebudową autokaru, który nie może być wykorzystywany do innych celów. Wynajmowany autokar jest wykorzystywany przez nas jako autokar pomocniczy w sytuacjach dublowania się ekip w jednym dniu. Na ekipy pojedyncze w danym dniu wyjeżdża zawsze autokar, który jest naszą własnością.”

Umowy z firmą Transport Autokarowy – Kraj, Błażej Józwiak z Łodzi zawarto w dniach: 25 listopada 2014 r., 30 listopada 2015 r. i 28 października 2016 r. Wartość netto ww. umów wyniosła odpowiednio: 145,2 tys. zł, 106 tys. zł i 117,6 tys. zł.

W 2017 r. umowę z ww. wykonawcą zawarto w dniu 31 października 2017 r. w trybie art. 4 ust. 8 ustawy pzp. Wartość umowy wyniosła netto 119,4 tys. zł.

Przedmiotem ww. zamówień było wynajęcie autobusu z kierowcą, przystosowanego do pobierania krwi, wyposażonego dodatkowo m.in. w szafki stojące, blaty, leżankę, umywalkę ze zbiornikiem na wodę i ścieki. Zamawiający wskazał, że wszelkie koszty związane z przystosowaniem autobusu (poza fotelami do poboru krwi) ponosi oferent.

(dowód: akta kontroli str. 1386-1447)

f) na wynajem samochodów z kierowcami, przeprowadzone w 2013, 2014, 2015 i 2016 roku w trybie przetargu nieograniczonego. W postępowaniach ofertę składał w każdym roku jeden wykonawca. Umowy z „PTU-TCS” Ryszard Misiak z Łodzi⁴⁶ zawierano: 21 października 2013 r., 30 października 2014 r., 30 października 2015 r. i 4 października 2016 r. Wartość umów netto wynosiła odpowiednio: 991,7 tys. zł, 956,3 tys. zł, 990,5 tys. zł oraz 2.038 tys. zł. Umowy z 2013, 2014, 2015 roku

⁴⁴ Jedna oferta została odrzucona, a wykonawca wykluczony.

⁴⁵ Dz. U. z 2017 r. poz. 1579 ze zm.; dalej: ustawa pzp.

⁴⁶ Dalej także „PTU-TCS”.

zawierane były na okres jednego roku; umowa z 2016 r. – na 24 miesiące do 30 października 2018 r. Przedmiotem zamówień w 2013, 2014 i 2015 roku był wynajem:

- dwóch samochodów osobowych typu kombi, co najmniej segment C, posiadających warunki techniczne samochodów uprzywilejowanych,
- sześciu samochodów osobowych typu kombi, co najmniej segment C, w kolorze białym, wyposażonych w klimatyzację, do przewozu krwi z Punktów Pobrań w woj. łódzkim do RCKiK oraz do transportu osób i towarów z RCKiK do Punktów Pobrań w woj. łódzkim,
- jednego samochodu ciężarowego typu minivan w kolorze białym, wyposażonego w klimatyzację z funkcją chłodni i zamrażalni, do przewozu krwi na terytorium Polski,
- siedmiu samochodów osobowo-towarowych typu BUS, w tym sześciu z minimum dziewięcioma miejscami siedzącymi i jednego – z minimum siedmioma miejscami siedzącymi.

Przedmiotem zamówienia w 2016 roku był wynajem:

- dwóch samochodów osobowych typu kombi, posiadających wydane decyzje przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji na uprzywilejowanie w ruchu drogowym,
- sześciu samochodów osobowych typu kombi, co najmniej segment B, w kolorze białym, wyposażonych w klimatyzację, do przewozu krwi z Punktów Pobrań w woj. łódzkim do RCKiK oraz do transportu osób i towarów z RCKiK do Punktów Pobrań w woj. łódzkim. Dwa razy w tygodniu po wcześniejszym ustaleniu z wykonawcą usługi – wyjazd do Warszawy (przewóz krwi, osób, sprawy zaopatrzenia),
- jednego samochodu ciężarowego typu minivan w kolorze białym, wyposażonego w klimatyzację z funkcją chłodni i zamrażalni do przewozu krwi na terytorium Polski,
- siedmiu samochodów osobowo-towarowych typu BUS, w tym sześciu z minimum dziewięcioma miejscami siedzącymi i jednego – z minimum siedmioma miejscami siedzącymi.

(dowód: akta kontroli str. 534-643)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. W postępowaniach na zakup i dostawę 1,1 mln czekolady pełnej a 100 g nie odrzucono oferty wykonawcy usługi, pomimo że jej treść nie odpowiadała treści siwz:
 - a) w postępowaniu przeprowadzonym w 2014 r. - w zakresie wartości energetycznej czekolady mlecznej wykonawca zaoferował czekoladę o wartości energetycznej 529 kcal, niższej o 11 kcal niż minimalna wskazana przez zamawiającego – 540 kcal. Ponadto dla czekolady mlecznej i mlecznej z wiórkami kokosowymi w specyfikacji jakościowej w ogóle nie określono maksymalnej zawartości tłuszczów roślinnych (zamawiający wymagał – 5%).
 - b) w postępowaniu przeprowadzonym w 2016 r. - firma Hurt-Detal Art. Spożywcze Bogusław i Lech Pacan s.c. w ofercie nie wykazała ani jednej dostawy o wartości porównywalnej z wartością zamówienia, co było niezgodne z warunkami określonymi w siwz, w których zamawiający wymagał wykazania wykonywanych w okresie ostatnich dwóch lat dostaw, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie z podaniem ich wartości (wartość musi być porównywalna z wartością w tym postępowaniu o zamówienie publiczne).

(dowód: akta kontroli str. 264-283, 294-312)

Zamawiający naruszył tym samym postanowienia art. 89 ust. 1 pkt 2 ustawy pzp⁴⁷, który stanowi, że zamawiający odrzuca ofertę, jeżeli jej treść nie odpowiada treści siwz. W postępowaniu z 2014 r. ofertę złożył jeden oferent i zawarto z nim umowę w dniu 22 stycznia 2014 r., jej łączna wartość netto wyniosła 1.342 tys. zł. W postępowaniu zaś z 2016 r. oferta firmy Hurt-Detal Art. Spożywcze Bogusław i Lech Pacan s.c. nie została wybrana.

(dowód: akta kontroli str. 228-250)

W odniesieniu do postępowania z 2014 r. Dyrektor Centrum potwierdził powyższą nieprawidłowość, nie wyjaśnił jednak przyczyn jej powstania.

W przypadku zaś postępowania z 2016 r. Dyrektor stwierdził, że kilka dostaw, ale w tym samym okresie czasu bądź łącznych w okresie 2 lat, które podlegają zsumowaniu, świadczyły o wystarczającym potencjale do realizacji określonego zamówienia. NIK zauważyła, że w siwz wyraźnie zaznaczono, że potencjał wykonawców oceniany będzie w odniesieniu do pojedynczych wartości zamówień, a nie ich sumy.

(dowód: akta kontroli str. 4082-4100)

2. Do umowy z dnia 31 marca 2018 r. zawartej z Union Chocolate Sp. z o.o. na dostawę czekolad, nie wprowadzono zapisu przewidzianego we wzorze umowy (w § 3 ust. 3), stanowiącym załącznik do siwz, o treści: „Zamawiający zastrzega sobie prawo do odstąpienia od umowy z zachowaniem 30 dniowego okresu wypowiedzenia ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego, w przypadku powtarzających się, uzasadnionych, negatywnych opinii krwiodawców na temat jakości otrzymywanych czekolad, wyrażanych w szczególności w anonimowych ankietach badających poziom zadowolenia z usług świadczonych przez Zamawiającego na rzecz dawców krwi”. Było to niezgodne z art. 140 ust. 1 ustawy pzp, stanowiącym że zakres świadczenia wykonawcy wynikający z umowy jest tożsamy z jego zobowiązaniem zawartym w ofercie.

(dowód: akta kontroli str. 386-428, 525-528)

Dyrektor Centrum wyjaśnił, że było to przypadkowe pominięcie ww. postanowienia w ostatecznej wersji umowy. Nie oznacza to jednak, że zrezygnowano ze stosowania ww. regulacji, gdyż zgodnie z umową, siwz z załącznikami stanowi integralną część umowy.

(dowód: akta kontroli str. 4082-4100)

Trudno zgodzić się z argumentacją Dyrektora Centrum w zakresie przypadkowego pominięcia przedmiotowego zapisu umowy w sytuacji, gdy w podpisanej umowie kolejność numeracji poszczególnych ustępów § 3 została zmieniona.

(dowód: akta kontroli str. 260-262, 379-382, 525-528)

3. W postępowaniach na dostawę jakościowych testów do badań przeciwciał anty *Treponema pallidum* automatyczną metodą immunochemiczną wraz z kalibratorami, kontrolami wewnętrznymi i zewnętrznymi oraz materiałami zużywalnymi dla diagnostyki przeprowadzonym w 2017 r.⁴⁸, zamawiający nie wezwał oferenta do uzupełnienia – w trybie art. 26 ust. 3 ustawy pzp – brakujących dokumentów w zakresie potwierdzenia zrealizowania wykazanych zamówień (dostaw).

(dowód: akta kontroli str. 87-140)

Dyrektor wyjaśnił, że wykonawca nie został wezwany do uzupełnienia, gdyż w rozdziale VI – Warunki udziału w postępowaniu nie wymagano potwierdzenia wykonania dostaw, a zatem byłoby to sprzeczne z siwz. NIK zauważyła jednak, że obowiązek przedłożenia dokumentów potwierdzających zrealizowanie wykazanych w JEDZ zamówień/dostaw wynikał z siwz i był określony w rozdziale VII – Wykaz

⁴⁷ W brzmieniu - Dz. U. z 2013 r. poz. 907 ze zm.

⁴⁸ Otwarcie ofert w dniu 29 listopada 2017 r.

oświadczeń lub dokumentów potwierdzających spełnianie warunków udziału w postępowaniu oraz brak podstaw wykluczenia.

(dowód: akta kontroli str. 4082-4100)

4. Jako niegospodarne NIK oceniła wykorzystywanie samochodów wynajmowanych z kierowcami od PTU-TSC do celów innych niż przewóz krwi. Dotyczyło to:

- dowożenia zastępcy Dyrektora Centrum z domu do pracy i z powrotem (od ok. 7 lat),
- dowożenia kierownika Działu Dawców i Pobierania z innego miejsca pracy do RCKiK (od ok. 4 lat),
- wyjazdów służbowych na pocztę oraz dokonywania zakupów pomimo dostępności samochodu/ów służbowych RCKiK,
- wyjazdu Głównej Księgowej w dniu 7 października 2017 r. w celu spotkania „w zakresie rozliczania kosztów” z księgową RCKiK z Gdańska (spotkanie odbyło się w Gdyni). Dodatkowo, należy zauważyć, że wyjazd ten odbył się bez wiedzy Dyrektora Centrum (brak delegacji), a o wykorzystaniu samochodu PTU-TSC do niniejszego wyjazdu zdecydował Kierownik DAT i Główna Księgowa.

Nie jest możliwe dokładne zwymiarowanie całkowitych kosztów poniesionych przez Centrum na ww. cele, jednakże biorąc pod uwagę ilość wyjazdów (ok. 430 przypadków dowożenia zastępcy Dyrektora Centrum w 2017 r. każdy po 24 km; ok. 200 przypadków dowożenia kierownika Działu Dawców i Pobierania każdy po 2,5 km oraz prawie codzienne wyjazdy na pocztę, każdy 2 km) oraz postanowienia zawartej w 2017 r. przez Centrum umowy z wykonawcą usług transportowych, z której wynika, że koszt 1 km transportu wynosił 1,62 zł i 1 wozogodziny wynosił 21,06 zł, szacunkowe koszty transportu w 2017 r. wyniosły odpowiednio: 21.100 zł, 2.400 zł, ok. 2.500 zł oraz dodatkowo trudny do zwymiarowania koszt wozogodzin. Natomiast koszt wyjazdu do Gdyni wyniósł 1.372,14 zł.

(dowód: akta kontroli str. 615-631, 638-643, 831-1073, 1932-1995, 3921-3923, 3971-3973, 3976-3978, 3991-3992, 4001-4003)

Powyższe stanowiło naruszenie art. 44 ust. 3 ustawy o finansach publicznych, zgodnie z którym wydatki publiczne powinny być dokonywane w sposób celowy i oszczędny.

Dyrektor Centrum wyjaśnił, że w związku z zamiarem rezygnacji zastępcy dyrektora z pracy oraz ze względu na trudności ze znalezieniem podobnego fachowca w Łodzi (specjalista w transfuzjologii klinicznej), zdecydował o pomocy w zakresie dojazdów do i z pracy na koszt Centrum. W przypadku kierownika Działu Dawców i Pobierania Dyrektor wyjaśnił, że osoba ta jest nie do zastąpienia na stanowisku kierowniczym dwóch Działów, a jak najszybsza obecność jej w Centrum i wykonywanie obowiązków jest kluczowe dla działania RCKiK. Dyrektor przyznał, że przewóz obu osób odbywał się na jego polecenie.

Ponadto Dyrektor Centrum wyjaśnił, że nie zawsze istniała możliwość zaangażowania pracowników Działu Administracyjno-Technicznego do kierowania pojazdami służbowymi Centrum. Samochody PTU-TSC wykorzystywane były do zakupu większej ilości towaru lub większego gabarytowo oraz dostarczania i odbioru większego, cięższego sprzętu lub jego większej ilości do serwisu. Dyrektor podkreślił, że zgodnie z charakterystyką zamówienia i warunkami zawartej umowy PTU-TSC ma wskazany w ramach zakresu obowiązków transport nie tylko krwi, ale szeroko określony transport osób i towarów. NIK zwraca uwagę, że postanowienia umowy z PTU-TSC nie wskazują na „szeroko określony transport osób i towarów” – z umowy wynika, że transport osób i towarów powinien odbywać się z RCKiK do Punktów Pobrań w województwie łódzkim.

Odnosnie wyjazdu Głównej Księgowej do Gdyni Dyrektor wyjaśnił m.in., że o konieczności odbycia podróży służbowej został powiadomiony, miała się ona odbyć

samochodem prywatnym, jednak z przyczyn losowych nie było to możliwe, a ponieważ wyjazd odbył się w sobotę, nie było możliwości pobrania druku delegacji. Z zeznań złożonych przez Główną Księgową wynika, że o przedmiotowej podróży „Dyrektor dowiedział się dopiero w najbliższy poniedziałek.”

(dowód: akta kontroli str. 3981-3985, 4110-4119, 4123-4138)

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia negatywnie działalność RCKiK w badanym obszarze.

IV. Uwagi i wnioski

Wnioski pokontrolne

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli⁴⁹, wnosi o:

- I. Zapewnienie dokonywania bieżącej autoryzacji wyników badań laboratoryjnych w Dziale Laboratoryjnym przez diagnostów laboratoryjnych, w tym w godzinach popołudniowych i w soboty.
- II. Zapewnienie odpowiednich warunków pobierania i przetwarzania krwi, w szczególności:
 - 1) uzupełnić zapisy SOP-16/175, wskazujące na usunięcie opaski uciskowej (tzw. stazy) po zakończeniu donacji, zapisami o stosownym postępowaniu z opaską uciskową na wcześniejszych etapach donacji,
 - 2) zapewnienie kontroli jakości dla badań z zakresu HLA.
- III. Zapewnienie właściwych warunków sanitarno-higienicznych oraz wyposażenia w zakresie:
 - 1) czystości i dezynfekcji foteli dawców,
 - 2) dostosowania pomieszczeń i wyposażenia RCKiK do wymogów rozporządzenia w sprawie pomieszczeń i urządzeń podmiotu leczniczego.
- IV. Podjęcie skutecznych działań organizacyjnych mających na celu:
 - 1) dostosowanie struktury RCKiK do wymogów Statutu nadanego przez Ministra Zdrowia,
 - 2) dostosowanie Regulaminu gospodarowania środkami ochrony indywidualnej oraz odzieżą roboczą do wymogów art. 237⁷ kodeksu pracy,
 - 3) ustalenie w Regulaminie wynagradzania Centrum stawek dodatku dydaktycznego oraz rzetelne prowadzenie dokumentacji dotyczącej wypłaty dodatku,
 - 4) zaprzestanie wynagradzania Kierownika SHK za wykonywanie obowiązków wynikających z umów zlecenia, realizowanych w godzinach pracy w ramach umowy o pracę,
 - 5) niewykorzystywanie wynajmowanych od PTU-TSC samochodów do celów innych niż związane z przewozem krwi.
- V. Rozliczanie ryczałtu za używanie samochodu prywatnego do celów służbowych zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami i postanowieniami zawartych umów oraz terminowe rozliczanie przez Dyrektora Centrum kosztów podróży służbowych.
- VI. Dostosowanie obowiązującej w Centrum polityki rachunkowości do przepisów ustawy o rachunkowości oraz jej aktualizację w zakresie stosowanej wersji programu księgowego i stosowanego w tym programie wykazu kont.
- VII. Dokonywanie odpisów aktualizujących zgodnie z zasadami określonymi w przyjętej polityce rachunkowości.

⁴⁹ Dz. U. z 2017 r. poz. 524 ze zm.

VIII. Przeprowadzanie i dokumentowanie inwentaryzacji zgodnie z ustawą o rachunkowości oraz wprowadzonymi przez Dyrektora zasadami i procedurami, w tym:

- 1) zapewnienie częstotliwości przeprowadzania inwentaryzacji określonej w art. 26 ust. 3 ustawy o rachunkowości,
- 2) obejmowanie inwentaryzacją wszystkich składników aktywów i pasywów według stanu na ostatni dzień roku obrotowego,
- 3) sporządzanie kompletnej i rzetelnej dokumentacji inwentaryzacyjnej.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

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

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 Delegatury NIK w Łodzi.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK proszę o poinformowanie Najwyższej Izby Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwag 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.

Łódź, dnia 10 września 2018 r.

Tekst ujednoczony na podstawie Uchwały KPK-KPO.443.203.2018 Zespołu Orzekającego Komisji Rozstrzygającej w Najwyższej Izbie Kontroli z dnia 31 stycznia 2019 r. w sprawie zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, zgodnie z art. 61b ustawy o NIK.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Łodzi

p.o. Dyrektora
Przemysław Szewczyk


.....
podpis