



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Lublinie

LLU. 410.016.03.2019

Pan

Płk mgr Andrzej Skiba

Komendant

1 Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką

SP ZOZ w Lublinie

ul. Aleje Racławickie 23

20-049 Lublin

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Lublinie

ul. Okopowa 7, 20-022 Lublin

T +48 81 461 31 20, F +48 81 461 31 11

llu@nik.gov.pl

Adres korespondencyjny: Skr. poczt. P-112, 20-001 Lublin 1

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	1 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SP ZOZ w Lublinie (dalej: „1 WSK SP ZOZ” lub „Szpital”) ¹
Kierownik jednostki kontrolowanej	Płk Andrzej Skiba – Komendant 1 WSK SP ZOZ od 17 lipca 2017 r., wcześniej od 16 kwietnia 2016 r. Komendantem Szpitala był płk Marcin Sygut.
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Organizacja wykonywania czynności diagnostyki patomorfologicznej. 2. Dostępność i jakość świadczeń diagnostyki patomorfologicznej.
Okres objęty kontrolą	Lata 2017-2019 (do dnia zakończenia czynności kontrolnych, tj. do 16 października) z uwzględnieniem działań wcześniejszych, jeśli miały wpływ na działalność w okresie objętym kontrolą.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli. ²
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Lublinie
Kontrolerzy	Artur Bokiniec, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LLU/138/2019 z 5 września 2019 r. Paweł Szafran, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LLU/137/2019 z 5 września 2019 r.

(akta kontroli tom I str.1-7)

II. Ocena ogólna³ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Szpital udzielając świadczeń gwarantowanych w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowanej zapewnił dostępność badań histopatologicznych, w tym śródoperacyjnych. Badania immunohistochemiczne w zakresie określania przeciwciał wykonywane były przez podwykonawcę. Proces monitorowania jakości diagnostyki patomorfologicznej oraz kontroli wewnętrznej, określony w procedurach Szpitala realizowano na bieżąco.

Aparatura medyczna będąca na wyposażeniu Pracowni Histopatologii odpowiadała rodzajowi wykonywanej działalności leczniczej oraz zakresowi udzielanych świadczeń zdrowotnych. Stwierdzono jednak, że pomieszczenia Pracowni Histopatologii, funkcjonującej w ramach struktury organizacyjnej 1 WSK SP ZOZ, nie spełniały niektórych wymagań określonych dla podmiotów wykonujących ten rodzaj działalności. Ponadto w Szpitalu nie ewidencjonowano godzin pracy lekarzy patomorfologów, zatrudnionych na podstawie umowy o pracę oraz nie określono godzin udzielania świadczeń przez lekarzy na kontraktach.

Nierzetelnym działaniem było nieopracowanie i niewdrożenie, przez okres 22 miesięcy, procedur dotyczących transportu i przechowywania preparatów przeznaczonych do badania (błoczków parafinowych i preparatów histopatologicznych/cytologicznych wykonywanych przez Szpital dla podmiotów zewnętrznych, a także zasad transportu preparatów do podwykonawcy badań.

¹ Kontrolą objęto zadania realizowane przez 1 WSK SP ZOZ z wyłączeniem Filii Szpitala w Elku.

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

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

Kontrola wykazała jednostkowe przypadki opóźnionych płatności z tytułu zlecenia badań patomorfologicznych na rzecz podwykonawców zewnętrznych, ale jak ustalono Szpital nie ponosił dodatkowych obciążeń z tym związanych i finansował badania w sposób zapewniający dostępność i kompletność świadczeń zdrowotnych.

Ponadto stwierdzono:

- nieuwjęcie w umowie o udzielenie świadczeń diagnostyki patomorfologicznej, zawartej z podwykonawcą, postanowień dotyczących: poddania się kontroli przez zamawiającego (Szpital), zobowiązania przyjmującego zamówienie do prowadzenia określonej sprawozdawczości oraz nieokreślenia sposobu organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym miejsca, dni i godzin ich udzielania, co naruszało art. 27 ust. 4 pkt 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁴,
- zlecenie realizacji świadczeń diagnostyki patomorfologicznej podmiotom zewnętrznym bez zawierania stosownych umów z zachowaniem formy pisemnej, co było wymagane przepisem art. 27 ust. 1 i 3 udl.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowej⁵ kontrolowanej działalności

OBSZAR

1. Organizacja wykonywania czynności diagnostyki patomorfologicznej

Opis stanu
faktycznego

1.1. Podmiotem tworzącym 1 WSK SP ZOZ był Minister Obrony Narodowej (MON)⁶. Cele i zadania oraz strukturę organizacyjną Szpitala określał Regulamin organizacyjny⁷. Według Regulaminu Szpital udziela stacjonarnych, całodobowych i ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych, obejmujących świadczenia podstawowej oraz specjalistycznej opieki zdrowotnej; a także świadczenia z zakresu: rehabilitacji leczniczej oraz badań diagnostycznych. W strukturze organizacyjnej 1 WSK SP ZOZ funkcjonowało: 18 oddziałów szpitalnych⁸, 21 poradni specjalistycznych w ramach polikliniki, 16 pracowni diagnostyczno-zabiegowych oraz Pracownia Histopatologii (dalej: „Pracownia” lub „PH”), w której wykonywane były badania histopatologiczne i cytologiczne dla pacjentów hospitalizowanych na oddziałach szpitalnych, w poliklinice oraz dla podmiotów zewnętrznych.

Według danych Ministerstwa Zdrowia⁹ Szpital został zakwalifikowany do ogólnopolskiego poziomu systemu podstawowego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ) na terenie województwa lubelskiego.

Szpital udzielał świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, leczenie szpitalne, profilaktyczne programy zdrowotne, ambulatoryjna opieka specjalistyczna, opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, leczenie

⁴ Dz. U. z 2018 r. poz. 2190 ze zm. (dalej: udl).

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

⁶ 1 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SPZOZ utworzony został na podstawie zarządzenia Ministra Obrony Narodowej nr 54/MON z dnia 9 grudnia 2011 r., a Zarządzeniem nr 14/MON z 29 sierpnia 2018 r. nadany został Szpitalowi Statut (Dz. Urz. MON poz. 116). W okresie wcześniejszym obowiązywał Statut nadany zarządzeniem nr 39/MON z dnia 29 września 2017 r. (Dz. Urz. MON poz. 118).

⁷ Wprowadzony rozkazem/zarządzeniem Komendanta 1 WSK SP ZOZ nr 4 z dnia 7 stycznia 2019 r. W latach 2017-2018 obowiązywał Regulamin organizacyjny wprowadzony rozkazem nr 63 z dnia 29 marca 2018 r. oraz 23 marca 2017 r.

⁸ Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Chirurgii Ogólnej, Chirurgii Onkologicznej, Urologii, Otolaryngologii, Kardiologii, Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego, Okulistyki, Dermatologii, Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, Neurologii z Oddziałem Udarowym, Rehabilitacji Neurologicznej, Rehabilitacji Kardiologicznej, Rehabilitacji, Gastroenterologii, Izba Przyjęć, Kliniki: Ginekologii, Chorób Wewnętrznych.

⁹ Dane ze strony http://siecszpitali.mz.gov.pl/nfz/Lubelski_OW.pdf

stomatologiczne oraz rehabilitacja lecznicza¹⁰. Zgodnie z wymogami § 4 ust. 1 pkt 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego¹¹, w okresie objętym kontrolą Szpital zapewniał wykonywanie niezbędnej diagnostyki patomorfologicznej w ramach udzielanych świadczeń zdrowotnych w rodzaju leczenie szpitalne i ambulatoryjna opieka specjalistyczna, profilaktyczna opieka zdrowotna oraz leczenie stomatologiczne.

Łączna wartość wykonanych świadczeń gwarantowanych wynosiła 36.094,6 tys. zł w 2017 r.; 41.993,05 tys. zł w 2018 r. i 22.046,04 tys. zł w 2019 r. (do 30 czerwca).

W latach objętych kontrolą Szpital, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, zapewnił dostęp do diagnostyki patomorfologicznej. W Pracowni (na miejscu) wykonywane były badania histopatologiczne, cytologiczne oraz badania śródoperacyjne. Podmiotom zewnętrznym zlecano wykonywanie badań histochemicznych i immunohistochemicznych (bez oceny).

(akta kontroli tom I str. 19-43, 67-69)

1.2. Szpital posiadał aktualny i zgodny z Regulaminem organizacyjnym wpis do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (nr księgi rejestrowej 000000018565). W wypisie z rejestru z dnia 20 września 2019 r. wyszczególniona została m.in.: funkcjonująca w strukturze jednostki Pracownia Histopatologii, której przypisany został zakres wykonywanych świadczeń zdrowotnych z kodem H.C.4.8.1 Cytologia i H.C.2 Histopatologia.

Ostatnia zmiana wpisu do rejestru, dokonana 16 września 2019 r. na podstawie wniosku z 12 września br., dotyczyła zmiany nazewnictwa komórek organizacyjnych Szpitala. Dane dotyczące Pracowni wprowadzone do księgi rejestrowej były zgodne z danymi wynikającymi z Regulaminu organizacyjnego 1 WSK SP ZOZ.

(akta kontroli tom I str. 70-114)

1.3. Komisja Polskiego Towarzystwa Patologów ds. Licencjonowania Zakładów/Pracowni Patomorfologii przyznała Pracowni 1 WSK SP ZOZ licencję na wykonywanie badań histopatologicznych na okres od 1 lutego 2017 r. do 31 stycznia 2020 r.

(akta kontroli tom I str. 115)

1.4. Szpital dysponował postanowieniem nr 53/Sanepid./2007, wydanym w dniu 23 listopada 2007 r. przez Wojskowego Inspektora Sanitarnego - Komendanta Wojskowego Ośrodka Medycyny Prewencyjnej w Krakowie, pozytywnie opiniującym, pod względem fachowym i sanitarnym, stan pomieszczeń i urządzeń 1 WSK SP ZOZ. Opinia wydana została na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2006 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej¹².

(akta kontroli tom II str.1)

W wyniku oględzin, przeprowadzonych w trakcie kontroli NIK stwierdzono m.in., że Pracownia usytuowana była w odrębnym obiekcie, położonym około 200 m od budynku głównego Szpitala. Zajmowała pięć pomieszczeń: 1) gabinet lekarski Kierownika Pracowni, 2) pracownię histopatologii, 3) pomieszczenie ogólne, 4) archiwum (zaplecze medyczne) oraz 5) toaletę. W gabinecie lekarskim

¹⁰ Zgodnie z § 2 ust. 1 pkt 1-15 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1146, ze zm.)

¹¹ Dz. U. z 2017 r., poz. 2295 ze zm.

¹² Dz. U. Nr 213 poz. 1568. Rozporządzenie zostało uchylone z dniem 26 lutego 2011 r. przez rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011 r. o tej samej nazwie (Dz. U. Nr 31 poz. 158).

Kierownika Pracowni znajdowały się m.in.: dwa stanowiska do przeprowadzenia badań, wyposażone w dwa mikroskopy oraz komputery. Na wyposażeniu Pracowni znajdowały się m.in.: lodówka do przechowywania preparatów, mikrotom rotacyjny, mikrotom histopatologiczny. W pomieszczeniu ogólnym znajdował się m.in.: stół do pobierania preparatów, digestorium, zestaw do zatapiania bloczków parafinowych, procesor histopatologiczny, kriostat, dwie szafy do przechowywania preparatów parafinowych, wirówka. Wejście do zaplecza medycznego usytuowane było w pomieszczeniu ogólnym, a do pozostałych pomieszczeń wchodziło się bezpośrednio z korytarza, w którym umieszczono oznakowany kosz na odpady medyczne. W toalecie znajdowała się jedna kabina ustępowa (wspólna), umywalka oraz prysznic. We wszystkich pomieszczeniach podłoga była wyeksploatowana, ze znacznymi śladami zużycia, a w pomieszczeniu ogólnym - częściowo uszkodzona.

Zgodnie z ust. 5 część X załącznika nr 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą¹³ w skład pracowni histopatologicznej powinny wchodzić: pracownia formalinowa, pracownia obróbki preparatów histopatologicznych, pracownia mikroskopowa, pracownia cytologiczna, pracownia technik specjalnych (histochemicznych, immunohistochemicznych, immunocytochemicznych i innych) oraz pomieszczenia administracyjno-socjalne (szczegółowy opis w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli tom I str. 407-414)

1.5. W latach 2017-2019 Pracownia była dwukrotnie kontrolowana, w ramach kontroli kompleksowej Szpitala, przez Wojskową Inspekcję Sanitarną - Wojewódzki Ośrodek Medycyny Prewencyjnej w Krakowie¹⁴ (17-19 października 2017 r. oraz 10-11 września 2018 r.).

W protokole z kontroli, przeprowadzonej w 2017 r., stwierdzono m.in., że „stan sanitarno-higieniczny pomieszczeń Pracowni był dobry, jednak podczas wieloletniego eksploatowania pomieszczeń wskazany jest generalny remont”. W protokole WOMP wskazano również, że „w czasie kontroli uzyskano informację o planowanym przeniesieniu Pracowni do nowego budynku od stycznia 2018 r.”

W wyniku kontroli przeprowadzonej 10 września 2018 r. stwierdzono m.in., że:

- Gabinet Kierownika Pracowni wyposażony był w zużyte meble, poza tym stan sanitarno-higieniczny tego pomieszczenia uznano za zadowalający,
- w pomieszczeniu do wstępnego opracowania materiału podłoga była wyeksploatowana, ściany i sufit brudny, a wentylacja niewydolna,
- w pomieszczeniu archiwum brakowało wentylacji; słabo wentylowane było również pomieszczenie „czyste” z klimatyzatorem przenośnym pełniące funkcję socjalną; w Pracowni występowało narażenie na opary ksyleny, acetonu i formaldehydu;
- wspólna toaleta dla personelu wyposażona była w wyeksploatowaną armaturę.

W skierowanych do Komendanta Szpitala po ww. kontrolach zaleceniach wskazano, że należy wykonać i urządzić pracownię cytologiczną, pracownię technik specjalnych oraz wydzielić pomieszczenia socjalne dla pracowników Pracowni Histopatologii (pkt 4, 5, 6 części X załącznika nr 1 do ww. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą). Ponadto, po kontroli przeprowadzonej w 2018 r. zalecono wykonanie w Pracowni pomiaru stężenia formaldehydu i ksyleny. Stwierdzono

¹³ Dz. U. poz. 595. Wcześniej obowiązywało w tym zakresie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 czerwca 2012 r. o tej samej nazwie (Dz. U. poz. 739), przy czym wymagania dotyczące pracowni histopatologii nie uległy zmianie.

¹⁴ Dalej: WOMP.

również, że: nie zdołano całkowicie dostosować Pracowni do wymogów sanitarnych, określonych w ww. rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. oraz nadal nie zakończono budowy nowego budynku Centralnego Bloku Operacyjnego (w dniach kontroli trwały prace mające na celu przekazanie placu budowy innej firmie).

(akta kontroli tom II str. 187-216, 235-236)

Zgodnie z wymaganiami inspekcji sanitarnej, pomiarów stężenia formaldehydu i ksyleny, dokonano¹⁵ w dniach 6, 7, 10 maja 2019 r. Wyniki pomiarów nie wykazały przekroczenia dopuszczalnych norm.

(akta kontroli tom II str.178-186)

1.6. Zgodnie z art. 207 ust. 1 udl podmiot wykonujący działalność leczniczą, niespełniający wymagań w zakresie pomieszczeń i urządzeń do rodzaju wykonywanej działalności leczniczej oraz zakresu udzielanych świadczeń, miał obowiązek dostosować je do dnia 31 grudnia 2017 r. Stosownie do treści art. 207 ust. 2 udl, podmiot wykonujący działalność leczniczą został zobowiązany do przedstawienia organowi prowadzącemu rejestr programu dostosowania tego podmiotu do wymagań, o których mowa w art. 22 ust. 1 tej ustawy, w terminie do dnia 31 grudnia 2012 r., zaopiniowany przez właściwy organ Państwowej Inspekcji Sanitarnej. W związku z wejściem w życie w dniu 30 listopada 2017 r. zmiany ustawy o działalności leczniczej¹⁶ podmioty, które co najmniej częściowo nie zrealizowały programu dostosowawczego mogły wystąpić do właściwego organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej z wnioskiem o wydanie opinii o wpływie niespełnienia wymagań na bezpieczeństwo pacjentów (art. 207 ust. 3 udl).

Szpital realizował Program dostosowania Szpitala do wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą, określone w ww. rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań (...) obejmujący m.in. przedsięwzięcia związane z funkcjonowaniem Pracowni Histopatologii. Wskazano w nim m.in., że działania te, obejmujące swoim zakresem wykonanie i urządzenie pracowni cytologicznej, pracownię technik specjalnych, pomieszczenia administracyjno-socjalne będą wykonane w terminie do dnia 31 grudnia 2018 r., w ramach realizacji zadania 91438. Pismem z dnia 17.11.2017 r. (znak: 1853/17) WOMP poinformował Komendanta Szpitala, że nie wnosi zastrzeżeń do przywołanego Programu dostosowania, przedstawionego dla tej instytucji w piśmie z dnia 9 października 2017 r. W przedmiotowym piśmie zwrócił uwagę, że zgodnie z obowiązującymi przepisami podmioty lecznicze zobowiązane są do dostosowania się do wymagań do 31 grudnia 2017 r. Szpital nie występował do właściwej inspekcji sanitarnej z wnioskiem o wydanie opinii o wpływie niespełnienia wymagań na bezpieczeństwo pacjentów, o której mowa w art. 207 ust. 3 ustawy o działalności leczniczej.

(akta kontroli tom II str. 3-6)

Komendant Szpitala wyjaśnił m.in., że nie występowano do WOMP o opinię, o której mowa w art. 207 ust. 3 ustawy o działalności leczniczej ze względu na prowadzone zadanie inwestycyjne, obejmujące zakresem budowę nowej pracowni histopatologii. Wskazał ponadto, że WOMP zatwierdził plan dostosowania Szpitala, corocznie przeprowadzał kontrole i nie wymagał takich opinii. Z treści art. 207 ust. 3 ww. ustawy nie wynika obowiązek, a jedynie możliwość występowania o przedmiotową opinię. Funkcjonowanie Pracowni nie wpływa na bezpieczeństwo pacjentów, ponieważ znajduje się ona w odrębnym budynku, poza zasięgiem pacjentów.

¹⁵ Badania zostały przeprowadzone przez WOMP.

¹⁶ Art. 3 ustawy z dnia 29 września 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 2110).

Pracownia zostanie przeniesiona do 31 grudnia 2019 r. do nowo powstałego budynku, zrealizowanego w ramach realizacji zadania nr 91438, gdzie przewidziane są pomieszczenia dostosowane do wymogów określonych dla Pracowni Histopatologii.

(akta kontroli tom II str. 7)

1.7. W latach objętych kontrolą Szpital zlecał trzem podmiotom zewnętrznym realizację świadczeń z zakresu diagnostyki patomorfologicznej.

Na podstawie umowy nr 321/D/2016 z dnia 21 listopada 2016 r. zlecono Samodzielnemu Publicznemu Szpitalowi Klinicznemu nr 4 w Lublinie (SPSK nr 4)¹⁷ realizację badań patomorfologicznych¹⁸. Zawarcie umowy nie zostało poprzedzone konkursem ofert, gdyż jej wartość nie przekroczyła kwoty określonej w art. 26 ust. 4a udl. SPSK nr 4 w latach objętych kontrolą zrealizował łącznie 770 badań patomorfologicznych o wartości ogółem 45.623,50 zł¹⁹.

W złożonych wyjaśnieniach Kierownik Pracowni podała, że po przeprowadzeniu analizy w podmiotach, które wykonują badania immunohistochemiczne w regionie i świadczą usługi zewnętrzne, ze względu na cenę, wybrano SPSK nr 4. Był to jedyny podmiot, który zgodził się na wykonywanie tego badania bez oceny.

SPSK nr 4 nie został wyszczególniony w Wykazie podwykonawców, stanowiącym załącznik do umowy zawartej z LOW NFZ w Lublinie (szczegółowy opis w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

W pozostałych dwóch przypadkach, z wykonawcami badań nie zostały zawarte umowy w formie pisemnej na realizowanie badań diagnostyki patomorfologicznej, mimo zlecenia im wykonania badań histopatologicznych. Dotyczyło to:

- Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie. Pismem z dnia 31 lipca 2018 r. Kierownik Pracowni zwróciła się z prośbą o konsultację pacjentki. Według przedstawionego rozliczenia wykonano pakiet badań o wartości ogółem 2.331 zł, w tym przeprowadzono następujące czynności i badania patomorfologiczne: przygotowanie preparatów do badania immunohistochemicznego (17 szt.), ocena barwienia preparatu immunohistochemicznego (17 szt.), barwienie immunohistochemiczne (16 szt.), konsultacja patomorfologiczna preparatów ze sformułowaniem rozpoznania w postaci pisemnej (1 szt.), barwienie wirusa EBER lub wirusa HPV w materiale tkankowym metodą hybrydyzacji in SITU (1 szt.), kompleksowe barwienie immunohistochemiczne białka PDL-1 wraz z oceną;
- Laboratorium Synevo Sp. z o. o., któremu w 2019 r. (do końca września) Szpital zlecił wykonanie siedmiu konsultacji histopatologicznych o łącznej wartości 952 zł (brutto)²⁰.

Ponadto, Szpital zawarł z Uniwersytetem Medycznym w Lublinie (UM)²¹ umowę, której przedmiotem była współpraca w zakresie wykonywania badań i ekspertyz sekcji zwłok z możliwością wykorzystania uzyskanych danych do analiz naukowo-badawczych. Zgodnie z umową sekcje wykonywał Zakład Medycyny Sądowej UM. W latach 2017-2019 (do 30 września) zlecona i wykonana została jedna sekcja zwłok, której celem było ustalenie przyczyny zgonu pacjenta. Wartość usługi,

¹⁷ Umowa zawarta z terminem obowiązywania do 31 grudnia 2019 r.

¹⁸ Badań: histopatologicznych, cytologicznych, biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej, immunohistochemicznych, immunofluorescencyjnych, mikroskopowo-elektronowych – zgodnie z załącznikiem Nr 1 do umowy. W załączniku do umowy wyszczególniono m.in. badania histologiczne: podstawowe (wycinek) - cena obejmowała niezbędne barwienia dodatkowe (histochemiczne); wykonanie preparatu histologicznego bez oceny.

¹⁹ W 2017 r. na kwotę 12.878,50 zł; w 2018 r. – 17.475 zł oraz do 30 czerwca 2019 r. – 15.270 zł.

²⁰ Wykonanych w Synevo Sp. z o.o. Jednostkowa cena konsultacji wynosiła 136 zł.

²¹ Umowa o współpracy nr 165/D/2017 z dnia 30 marca 2017 r. zawarta do 31 grudnia 2018 r., przedłużona do 28 lutego 2021 r.

według faktury wystawionej przez UM, wynosiła 1.119,13 zł²². W załączniku do faktury podano, że wykonano oględziny oraz sądowo-lekarską sekcję zwłok.

(akta kontroli, tom I str. 64, 116-129, 135-146, 166-183, 256-263, 308-311, 467-475)

1.8. Według stanu na dzień 31 grudnia 2017 i 2018 r. oraz na 30 czerwca 2019 r. Szpital nie posiadał zobowiązań wymagalnych z tytułu zlecenia podmiotom zewnętrznym świadczeń w zakresie diagnostyki patomorfologicznej²³.

(akta kontroli tom I str. 250-255)

W okresie objętym kontrolą, podmioty zewnętrzne z tytułu wykonywania na rzecz Szpitala diagnostyki patomorfologicznej wystawiły 72 faktury na łączną kwotę 48.575,50 zł²⁴. Opóźnienia w regulowaniu płatności wystąpiły w 16 przypadkach (22,2%) na kwotę 18.969,50 zł (39,1%). Opóźnienia w płatnościach wynosiły od jednego do 29 dni (szczegółowy opis w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*). Szpital nie został obciążony odsetkami za nieterminowe regulowanie należności.

W wyniku kontroli 10 faktur²⁵ wystawionych przez podwykonawcę SPSK nr 4 na kwotę ogółem 22.380 zł (tj. 46% łącznej wartości faktur wystawionych przez podwykonawców realizujących świadczenia w tym zakresie na rzecz Szpitala) ustalono, że wykazane w załącznikach do faktur ceny za zrealizowane badania diagnostyki patomorfologicznej były zgodne z zawartą umową.

(akta kontroli tom I str. 147-165, 208, 217-249, 303-305)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Umowa z dnia 21 listopada 2016 r., zawarta przez Szpital z SPSK nr 4 na wykonanie badań diagnostyki patomorfologicznej, zrealizowana w kwocie 45.623,50 zł, nie zawierała postanowień dotyczących:

- przyjęcia przez przyjmującego zamówienie (SPSK nr 4) obowiązku poddania się kontroli przeprowadzanej przez udzielającego zamówienia (1 WSK SP ZOZ), co było wymagane art. 27 ust. 4 pkt 4 udl. W umowie zawarto jedynie postanowienia dotyczące prawa do przeprowadzania kontroli przez wykonawcę w zakresie zasad przetwarzania danych osobowych,
- zobowiązania się przyjmującego zamówienie (SPSK nr 4) do prowadzenia określonej sprawozdawczości zgodnie z art. 27 ust. 4 pkt 9 udl.

Komendant Szpitala wyjaśniając powyższe podał, że umowa z SPSK nr 4 została zawarta na wzorze przedłożonym przez ww. podmiot. Szpital zawarł odpowiednie aneksy w zakresie poruszonych problemów. Ponadto Komendant Szpitala zwrócił uwagę, że strona stosunku umownego ma prawo, na każdym etapie na podstawie przepisów ogólnych kodeksu cywilnego, żądać sprawozdań z wykonania umowy;

- określenia sposobu organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym miejsca, dni i godzin ich udzielania oraz minimalnej liczby osób wykonujących badania patomorfologiczne. Brak wymienionych zapisów naruszał art. 27 ust. 4 pkt 2 i 3 udl.

Komendant Szpitala wyjaśnił, że organizacja udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie miejsca, dni i godzin ich udzielania, a także osób wykonujących te

²² Faktura VAT nr FUM/2080/0013/17 z dnia 26 kwietnia 2017 r.

²³ W okresie objętym kontrolą zobowiązania wymagalne Szpitala ogółem wynosiły na koniec: 2017 r. - 218.100,55 zł; 2018 r. - 99.477,35 zł oraz na 30 czerwca 2019 r. - 5.469.447,25 zł.

²⁴ Koszty badań wykonanych na rzecz Szpitala w latach 2017-2019 (do 30 września). SPSK 4 obciążył Szpital za wykonane badania kwotą 47.623,50 zł (12.878,50 zł+19.475 zł+15.270 zł); a Laboratorium Synevo Sp. z o. o. kwotą 952 zł.

²⁵ O najwyższych kwotach należności za wykonane w latach 2017-2019 (I półrocze) na rzecz Szpitala świadczenia z zakresu diagnostyki patomorfologicznej.

świadczenia ustalana była na bieżąco. Ponadto umowa zawarta została na wzorze przesłanym przez podwykonawcę, dlatego nie zawierała uregulowań wynikających z ustawy o działalności leczniczej.

(akta kontroli tom I str. 116-123, 308-311)

2. Zlecono SPSK nr 4 wykonywanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie diagnostyki patomorfologicznej (o wartości 45.623,50 zł), pomimo że podmiot ten nie został wyszczególniony w „Wykazie podwykonawców”, stanowiącym załącznik nr 3 do umowy zawartej przez Szpital z LOW NFZ w Lublinie, co było niezgodne z art. 133 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych²⁶.

W czasie trwania kontroli Szpital wprowadził do Systemu Zarządzania Obiegiem Informacji LOW NFZ ww. podwykonawcę.

(akta kontroli tom I str. 44- 66, 116-122, 123, 124-129, 308-311, 467-475)

3. Szpital zlecił realizację świadczeń zdrowotnych i wykonywanie badań patomorfologicznych o łącznej wartości 952 zł podmiotowi zewnętrznemu (Laboratorium Synevo Sp. z o.o.)²⁷ bez zawarcia pisemnej umowy, co było wymagane przepisem art. 27 ust. 1 i 3 udl.

Komendant Szpitala wyjaśnił m.in, że badania do ww. podmiotów zlecone zostały doraźnie i wymagały szczególnego opisu innych specjalistów z zewnętrznych pracowni histopatologicznych.

(akta kontroli tom I str. 123, 124, 308-311)

4. Płatności w kwocie 18.969,50 zł brutto wynikające z 16 faktur, wystawionych przez podwykonawców (SPSK nr 4, Laboratorium Synevo Sp. z o.o.) za realizację badań patomorfologicznych, zostały zapłacone z opóźnieniem wynoszącym od jednego do 29 dni po terminie zapłaty wyznaczonym na fakturach. Działanie takie naruszało postanowienia art. 44 ust. 3 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych²⁸ stanowiącego, że wydatki publiczne powinny być dokonywane w wysokości i terminach wynikających z wcześniej zaciągniętych zobowiązań. Szpital nie został obciążony odsetkami za nieterminowe regulowanie należności. SPSK nr 4 oraz Laboratorium Synevo Sp. z o.o. nie wystawiały wezwań do zapłaty.

Komendant Szpitala wyjaśnił, że kilkukrotne nieterminowe regulowanie zobowiązań, w okresie 01.01.2017 r. – 31.07.2019 r., w stosunku do podwykonawców badań patomorfologicznych wynikało z braku wystarczających środków finansowych na rachunkach bankowych Szpitala, a w dwóch przypadkach merytoryczna weryfikacja zleconych badań wykonana została z opóźnieniem.

(akta kontroli tom I str. 208, 217-249, 303-305)

5. Kierownik Pracowni zleciła Centrum Onkologii Instytutowi im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie przeprowadzenie konsultacji patomorfologicznej pacjenta hospitalizowanego w 1 WSK SP ZOZ na kwotę 2.331 zł brutto, bez zatwierdzenia tego zlecenia przez Zastępcę Komendanta ds. Medycznych Szpitala. Działanie takie naruszało postanowienia § 42 pkt 1.5 Regulaminu organizacyjnego Szpitala, według którego skierowanie chorego na badania diagnostyczne wymagało akceptacji komendanta szpitala klinicznego lub jego zastępcy. Upoważnionym do zatwierdzania i rozliczania zleceń badań lekarskich poza Szpitalem był Zastępca Komendanta ds. Medycznych (Rozkaz specjalny nr 1 Komendanta 1 WSK SP ZOZ).

²⁶ Dz. z 2019 r. poz. 1373, ze zm.

²⁷ Synevo Sp. z o.o. wykonało w 2019 r. siedem konsultacji o łącznej wartości 952 zł.

²⁸ Dz. U. z 2019 r. poz. 869, ze zm.

Wyjaśnienie w powyższej sprawie z upoważnienia Komendanta złożyła Zastępca Komendanta ds. Finansowych, która podała, że wszystkie niezbędne badania lub konsultacje, których w procesie leczenia Szpital nie może zapewnić pacjentom zlecane są do innych podmiotów leczniczych. Zgodnie z Regulaminem Organizacyjnym Szpitala każde takie zlecenie badania lub konsultacji na zewnątrz Szpitala wymaga zgody Zastępcy Komendanta ds. Medycznych. Każdy kierownik medycznej komórki organizacyjnej jest zobowiązany uzyskać taką zgodę przed wysłaniem pacjenta na konsultację lub przekazania materiału do badania. „Aktualnie nie jestem w stanie powiedzieć, dlaczego Kierownik Pracowni nie posiada na piśmie zgody na badania wysłane do Centrum Onkologii w Warszawie. Mogło zdarzyć się tak, że czynności wymagały pilnej realizacji, uzyskano zgodę ustną, a nie dopilnowano sporządzenia w tym zakresie dokumentacji.”

(akta kontroli tom I str. 124-129, 131-134, 362-368)

6. Pomieszczenia Pracowni Histopatologii Szpitala nie spełniały w pełni wymagań określonych w rozporządzeniach Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakresie liczby i rodzaju pomieszczeń, co wykazały m.in. oględziny przeprowadzone w trakcie kontroli NIK, a wcześniej kontrole przeprowadzone w latach 2017-2018 przez Wojskową Inspekcję Sanitarną - Wojewódzki Ośrodek Medycyny Prewencyjnej w Krakowie. Zastrzeżenia WOMP dotyczyły również znacznego wyeksploatowania podłogi, armatury łazienkowej oraz niewydolnej wentylacji.

Zgodnie z przepisami obowiązującymi w kontrolowanym okresie²⁹, w skład pracowni histopatologicznej wchodziły, co najmniej: pracownia formalinowa, pracownia obróbki preparatów histopatologicznych, pracownia mikroskopowa, pracownia cytologiczna, pracownia technik specjalnych (histochemicznych, immunohistochemicznych, immunocytochemicznych i innych) oraz pomieszczenia administracyjno-socjalne, podczas gdy Pracownia Histopatologii Szpitala zajmowała pięć pomieszczeń: pokój/gabinet kierownika, dwa pomieszczenia wyposażone w urządzenia do przygotowywania preparatów do oceny mikroskopowej, archiwum oraz toaletę. W Pracowni Histopatologii nie było urządzonych: pracowni cytologicznej, pracowni technik specjalnych oraz nie wydzielono pomieszczenia socjalnego dla pracowników, o których mowa w ust. 5 pkt 4, 5, 6 część X załącznika nr 1 przywołanych rozporządzeń Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. oraz 26 marca 2019 r.

Szpital realizował wprawdzie program dostosowawczy, obejmujący swoim zakresem m.in. Pracownię, jednakże zakończenie realizacji tego programu, przewidziane pierwotnie na 31 grudnia 2018 r., zostało przesunięte na 31 grudnia 2019 r. Zgodnie natomiast z art. 207 ust. 1 udl podmiot wykonujący działalność leczniczą, niespełniający wymagań w zakresie pomieszczeń i urządzeń do rodzaju wykonywanej działalności leczniczej oraz zakresu udzielanych świadczeń, miał obowiązek je dostosować do 31 grudnia 2017 r.

(akta kontroli tom I str. 407-414; tom II str. 3-7, 187-216, 235)

Komendant Szpitala wyjaśnił, że termin dostosowania Pracowni Histopatologii związany był z terminem realizacji zadania nr 91438, obejmującego swoim zakresem budowę nowego budynku Szpitala z przeznaczeniem na Centralny Blok Operacyjny z zapleczem, oddziałami szpitalnymi i lądowiskiem dla śmigłowców, gdzie w ramach zakresu rzeczowego ujęte było utworzenie pracowni histopatologii.

²⁹ Załącznik nr 1 część X rozporządzeń Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia wykonującego działalność leczniczą (odpowiednio z dnia: 26 czerwca 2012 r. oraz 26 marca 2019 r.)

Docelowo, do dnia 31.12.2019 r., zostanie ona przeniesiona do nowo powstałego budynku, zrealizowanego w ramach ww. zadania, gdzie przewidziane są pomieszczenia dostosowane do wymogów określonych dla pracowni histopatologii.

(akta kontroli tom II str. 7)

OCENA CZĄSTKOWA

Szpital zapewnił pacjentom dostępność i kompletność badań z zakresu diagnostyki patomorfologicznej przy realizacji świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. W Pracowni wykonywane były badania histopatologiczne oraz badania cytologiczne, a pozostałe świadczenia z zakresu diagnostyki patomorfologicznej zlecano podmiotom zewnętrznym.

Stwierdzono jednostkowe przypadki opóźnionych płatności z tytułu zlecenia badań patomorfologicznych na rzecz podwykonawców zewnętrznych, ale jak ustalono Szpital nie ponosił dodatkowych obciążeń z tym związanych i finansował badania w sposób zapewniający dostępność i kompletność świadczeń zdrowotnych.

W umowie zawartej z SPSK nr 4 nie ujęto wymaganych przepisami udl postanowień dotyczących: poddania się kontroli, prowadzenia określonej sprawozdawczości oraz określenia sposobu organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych. Wystąpiły też przypadki zlecenia badań patomorfologicznych podmiotom zewnętrznym bez zachowania formy pisemnej. Pomieszczenia Pracowni nie spełniały niektórych wymagań, określonych w przepisach dla pracowni histopatologii. Ze względu na niezakończony jeszcze proces inwestycyjny nie zostały (do dnia zakończenia czynności kontrolnych, tj. do 16 października 2019 r.) zrealizowane zalecenia WOMP, dotyczące dostosowania warunków funkcjonowania Pracowni do wymagań określonych w przepisach prawa.

OBSZAR

2. Dostępność i jakość świadczeń diagnostyki patomorfologicznej

Opis stanu faktycznego

W okresie objętym kontrolą w Pracowni Histopatologii czynności diagnostyki patomorfologicznej wykonywało łącznie pięcioro lekarzy, trzech diagnostów laboratoryjnych oraz czterech techników.

Według stanu na dzień 31.12.2017 r., na podstawie umowy o pracę, zatrudniony był jeden lekarz patomorfolog oraz dwoje techników. Świadczeń z zakresu patomorfologii udzielało również, na podstawie umowy o świadczenie usług (tzw. kontrakty), dwoje lekarzy patomorfologów oraz dwoje diagnostów laboratoryjnych. Na dzień 31.12.2018 r. na podstawie umowy o pracę zatrudnionych było dwoje techników oraz jeden diagnosta laboratoryjny. Pozostałe osoby: troje lekarzy patomorfologów oraz jeden diagnosta laboratoryjny udzielali świadczeń na podstawie umowy o świadczenie usług.

Na dzień 30 września 2019 r. liczba i status zatrudnienia lekarzy patomorfologów oraz diagnostów laboratoryjnych nie uległ zmianie w porównaniu do stanu na dzień 31.12.2018 r. (trzech lekarzy, dwóch diagnostów). Zmniejszyła się natomiast liczba techników z dwóch do jednego (zatrudniony na podstawie umowy o pracę).

(akta kontroli tom II str. 14-92, 109-132)

2.2. Kwalifikacje personelu Pracowni były zgodne z wymaganiami ustalonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 18 grudnia 2017 r. w sprawie standardów organizacyjnych opieki zdrowotnej w dziedzinie patomorfologii³⁰ określonymi w:

- § 3 ust. 1 rozporządzenia dla kierownika Pracowni. Kierujący PH lekarz posiadał tytuł specjalisty II stopnia w dziedzinie patomorfologii,
- § 6 ust. 2 rozporządzenia dla lekarzy oraz pozostałego personelu medycznego wykonującego czynności diagnostyki patomorfologicznej. Spośród lekarzy

³⁰ Dz. U. poz. 2435, dalej: rozporządzenie w sprawie standardów w patomorfologii.

Pracowni: jeden posiadał specjalizację I stopnia w dziedzinie patomorfologii, dwóch było specjalistami w dziedzinie patomorfologii oraz jeden był w trakcie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie patomorfologii. Dwóch diagnostów laboratoryjnych, dokonujących oceny preparatów cytologicznych, posiadało specjalizację w dziedzinie cytomorfologii medycznej.

W kwestii weryfikacji kwalifikacji personelu podmiotów zewnętrznych, którym zlecano wykonanie poszczególnych badań diagnostyki patomorfologicznej Kierownik Pracowni wyjaśniła, że jedynym podmiotem był SPSK 4. Przed podpisaniem umowy przeprowadzono analizę jakości, terminowości i ceny badań. Podstawą kwalifikacji jednostki konsultacyjnej, której zlecano badania zewnętrzne, były osiągnięcia naukowe i doświadczenie patologa w danej dziedzinie.

(akta kontroli tom I str. 261-262; tom II str. 14-19, 68-84)

2.3. W Regulaminie organizacyjnym Szpitala podano, że Pracownia wykonuje świadczenia medyczne w systemie pracy jednozmianowej, w dni robocze w godzinach od 7.30 do 15.00 (§ 14 Część XXVI pkt 2 Regulaminu organizacyjnego Szpitala), przy czym w procedurach obowiązujących w Pracowni³¹ wskazano, że:

- materiał do badań powinien być dostarczony w godzinach od 8.00 do 13.00,
- badania śródoperacyjne mogły być wykonywane codziennie w godzinach od 8.00 do 12.30,
- o badaniu śródoperacyjnym lekarz klinicysta lub upoważniony przez lekarza pracownik powinien powiadomić telefonicznie lekarza patomorfologa dzień wcześniej.

Komendant 1 WSK SP ZOZ wyjaśnił, że Pracownia realizuje badania histopatologiczne, cytologiczne i śródoperacyjne zgodnie z postanowieniami Regulaminu organizacyjnego oraz zgodnie z obowiązującymi procedurami. W przypadku wystąpienia sytuacji nagłych (operacji) lekarz patomorfolog jest wzywany telefonicznie w celu przeprowadzenia tego rodzaju badania.

(akta kontroli tom I str. 35, 131-134, 275, 299)

W umowie o pracę zawartej 1 lipca 2016 r. z Kierownikiem Pracowni³² określono, że osoba pełniąca tę funkcję powinna pracować (w pełnym wymiarze czasu pracy) przez dwa dni w tygodniu, tj.: we wtorki i piątki od 8.00 do 10.00, z jednoczesnym wskazaniem, że: czas jej pracy jest nienormowany oraz jest dyspozycyjna na wezwanie (w przypadkach onkologicznych i badań śródoperacyjnych). Do obowiązków Kierownika Pracowni należała także „praca diagnostyczna nad przypadkami poza pracownią”.

Według umowy nr 278/2018 z 16 marca 2018 r. o udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie histopatologii, zawartej na czas określony³³, wymiar czasu pracy dla Kierownika Pracowni określony został na minimum 10 godzin tygodniowo w PH, według harmonogramu ustalonego z Zastępcą Komendanta ds. Medycznych.

(akta kontroli tom II str. 68-84)

W umowach z pozostałymi lekarzami patomorfologami wskazano, że mają obowiązek pracować:

- w wymiarze 8/10 etatu (lekarz zatrudniony na podstawie umowy o pracę od 18 stycznia 2016 r. do dnia 30 kwietnia 2017 r.),
- wg harmonogramu ustalonego z kierownikiem Pracowni – umowa o udzielenie świadczeń zdrowotnych w zakresie histopatologii nr 256/2018 z 1 marca 2018 r. (obowiązująca do 30 kwietnia 2020 r.). Wcześniej, w umowie o wykonywanie

³¹ Postępowanie z tkankami i narządami przeznaczonymi do badania histopatologicznego i cytologicznego w klinikach i poradniach.

³² Umowa zawarta do 31 marca 2019 r., na podstawie porozumienia z dnia 27 lutego 2018 r. została rozwiązana z dniem 31 marca 2018 r.

³³ Od 17 marca 2018 r. do 30 kwietnia 2020 r.

świadczeń zdrowotnych w zakresie patomorfologii i histopatologii zawartej z tym lekarzem w dniu 28 kwietnia 2017 r. wskazano, że powinien pracować w dniach i godzinach pracy wynikających z harmonogramu pracy pracowni (umowa nr 227/D/2017³⁴),

- w umowie zlecenia nr 472/D/2015 z dnia 30 grudnia 2015 r. dotyczącej świadczenia usług medycznych w zakresie opisów histopatologicznych (obowiązywała z aneksami do dnia 31 marca 2018 r.) nie określono czasu świadczenia tych usług,
- według harmonogramu ustalonego z kierownikiem Pracowni Histopatologii na każdy miesiąc trwania umowy, w tym minimum przez 10 godzin w tygodniu w miejscu (Pracowni) - umowa nr 279/D/2018 z dnia 16 marca 2018 r. o udzielenie świadczeń zdrowotnych w zakresie histopatologii, obowiązująca od 17 marca 2018 r. do 30 kwietnia 2020 r.

(akta kontroli tom II str. 20-67)

Analiza dokumentacji pod kątem dostępności lekarzy patomorfologów za wybrane miesiące, tj.: styczeń oraz grudzień 2017 r.; lipiec oraz październik 2018 r.; marzec oraz czerwiec 2019 r. wykazała, że:

- Szpital nie dysponował dokumentacją potwierdzającą czas i wymiar pracy lekarzy zatrudnionych na podstawie umowę o pracę: Kierownika Pracowni w styczniu oraz grudniu 2017 r.; jednego lekarza zatrudnionego w styczniu 2017 r., a w przypadku pozostałych lekarzy Kierownik Pracowni potwierdzał łączną miesięczną liczbę przepracowanych godzin w miesiącu,
- nie sporządzano harmonogramów pracy poszczególnych lekarzy,
- podstawą do rozliczenia świadczenia usług diagnostyki patomorfologicznej realizowanych przez lekarzy w lipcu i październiku 2018 r. oraz w marcu 2019 r. były potwierdzenia Kierownika Pracowni o łącznej liczbie przepracowanych godzin przez poszczególnych lekarzy, bez wskazania, w jakich dniach (ile i w jakich godzinach dziennie) lekarze byli obecni w Pracowni,
- za miesiąc czerwiec 2019 r. sporządzano rozliczenia „wykaz godzin udzielania świadczeń”, w których wyszczególniono godziny i dni udzielanych świadczeń przez poszczególnych lekarzy. Rozliczenia te były potwierdzane odpowiednio przez: Kierownika Pracowni oraz Zastępcę Dyrektora ds. Medycznych Szpitala. Analiza tych rozliczeń wykazała, że w dniach: 4, 18, 28 czerwca 2019 r. w Pracowni nie było żadnego lekarza patomorfologa.

(akta kontroli tom II str. 93-108, 133-177, 217-227)

Ponadto Szpital zlecił dwóm diagnostom laboratoryjnym (umowy: nr 432/D/2016 z dnia 30 grudnia 2016 r. i nr 27/D/2018 z dnia 9 stycznia 2018 r., obowiązująca do dnia 31.12.2018 r.; a także nr 499/D/2018 z dnia 5 czerwca 2018 r. i 388/D/2019 z dnia 27 czerwca 2019 r.) dokonywanie w PH oceny preparatów cytologicznych (cytologii ginekologicznej, złuszczeniowej i aspiracyjnej cienkoigłowej). W umowach przyjęto, że będą one rozliczane według ustalonych stawek za jednostkowe badanie, bez wskazania godzin świadczenia usług.

(akta kontroli tom II str. 85-92)

2.4. Spośród personelu Pracowni dwoje lekarzy uczestniczyło w konferencjach, kursach podnoszących kwalifikacje zawodowe, przy czym jeden lekarz uczestniczył w czterech kursach (trzy specjalizacyjne, jeden doskonalący) oraz ukończył studia podyplomowe, drugi - w trzech konferencjach. Działania te, za wyjątkiem jednej konferencji („Best of wcl” w dniach 13-14 stycznia 2017 r.) organizowane były z inicjatywy innych podmiotów, niż Szpital.

³⁴ Umowa zawarta do 30 kwietnia 2019 r. Na mocy aneksu z 28 lutego 2018 r. zmieniono termin jej obowiązywania do dnia zawarcia tego aneksu (28.02.2018 r.).

(akta kontroli tom II str.232-234)

Zastępca Komendanta ds. Medycznych wskazał, że rozwój zawodowy lekarzy, zatrudnionych w ramach prowadzonej działalności gospodarczej należy do ich indywidualnej decyzji. Dotacje Ministerstwa Obrony Narodowej na szkolenia podległego personelu medycznego nie uwzględniają tzw. „kontraktów”. Szpital umożliwia lekarzom kontraktowym doskonalenie zawodowe udzielając im na żądanie dni wolnych.

(akta kontroli tom II str. 12)

2.5. Skala wykonanych przez Pracownię badań diagnostyki patomorfologicznej w latach objętych kontrolą przedstawiała się następująco:

- 1) badania histopatologiczne - oceniono łącznie 21.572 preparatów mikroskopowych (odpowiednio 8.727 szt. w 2017 r., 8.238 w 2018 r. i 4.607 do 30 czerwca 2019 r.), w ramach dokonanej oceny postawiono 6.356 rozpoznań patomorfologicznych³⁵ (2.610 w 2017 r., 2.391 w 2018 r. i 1.355 do 30 czerwca 2019 r.). Dla podmiotów zewnętrznych przeprowadzono łącznie ocenę 67 preparatów (38 w 2017 r., 11 w 2018 r. oraz 18 do 30 czerwca 2019 r.) i postawiono 47 rozpoznań patomorfologicznych (26 w 2017 r., 11 w 2018 r. i 10 do 30 czerwca 2019 r.);
- 2) badania immunohistochemiczne – łącznie ocenie poddano 635 preparatów (178 w 2017 r., 260 w 2018 r. i 197 do 30 czerwca 2019 r.). Badania tego rodzaju nie były realizowane dla podmiotów zewnętrznych;
- 3) badania histochemiczne – łącznie oceniono 1.104 preparatów mikroskopowych (362 w 2017 r., 293 w 2018 r. i 449 do 30 czerwca 2019 r.), wszystkie dla pacjentów Szpitala;
- 4) badania cytologiczne (cytologia aspiracyjna i cytologia złuszczeniowa) - przeprowadzono ocenę 768 preparatów (546 w 2017 r., 163 w 2018 r. oraz 59 do 30 czerwca 2019 r.) i postawiono 236 rozpoznań (154 w 2017 r., 62 w 2018 r. i 20 do 30 czerwca 2019 r.). Dla podmiotów zewnętrznych Pracownia nie wykonywała takich badań;
- 5) badania cytologiczne z szyjki macicy – wykonano łącznie 2.157 badań cytologicznych (784 w 2017 r., 931 w 2018 r. i 442 do 30 czerwca 2019 r.);
- 6) badania śródoperacyjne - przeprowadzono ocenę 32 preparatów (osiem w 2017 r., 12 w 2018 r. i 12 do 30.06.2019 r.), postawiono dziewięć rozpoznań patomorfologicznych (dwa w 2017 r., trzy w 2018 r. i cztery do 30 czerwca 2019 r.).

W okresie objętym kontrolą Pracownia nie wykonywała badań sekcyjnych.

(akta kontroli tom I str. 265-266)

W latach 2017-2019 (do 30 czerwca) Pracownia wykonywała również badania na rzecz podmiotów zewnętrznych, z którymi Szpital zawarł umowy³⁶. Łącznie wykonano 2.065 różnego rodzaju badań patomorfologicznych (tj. 7% wszystkich) dotyczących:

- opracowania technicznego preparatów histopatologicznych - wykonano 1.897 szt., w tym 821 w 2017 r., 924 w 2018 r. i 152 do 30 czerwca 2019 r.;
- opracowania technicznego preparatów cytologicznych - wykonano 92 szt., w tym 38 w 2017 r. 52 w 2018 r. i dwa do 30 czerwca 2019 r.

³⁵ Przez postawienie rozpoznania patomorfologicznego należy rozumieć wynik badania wraz z odpowiednim opisem na podstawie skierowania.

³⁶ Szpital posiadał sześć umów z kontrahentami zewnętrznymi, dla których wykonywał badania patomorfologiczne (komercyjne).

W złożonym wyjaśnieniu Kierownik Pracowni podała, że realizacja badań komercyjnych nie miała wpływu na funkcjonowanie Pracowni i stanowiła marginalny procent badań.

(akta kontroli tom I str. 19-42, 131-134, 265-266, 267-302)

Przedstawione liczby wykonywanych badań diagnostyki histopatologicznej były niższe od minimalnej liczby badań określonych w warunkach dla uzyskania licencji PTP, zarówno w 2017 r., jak i w 2018 r. Wykonano również mniejszą liczbę badań histopatologicznych i cytologicznych, niż przedstawione w kryteriach przyznawania licencji PTP³⁷.

Czynności diagnostyki patomorfologicznej wykonywało łącznie pięcioro lekarzy, trzech diagnostów laboratoryjnych oraz czterech techników, w tym: w 2017 r. trzech lekarzy patomorfologów, dwóch diagnostów laboratoryjnych oraz dwóch techników, w 2018 r. trzech lekarzy, dwóch diagnostów, dwóch techników, w 2019 r. trzech lekarzy, dwóch diagnostów laboratoryjnych oraz jeden technik.

Zatrudnienie w Pracowni Histopatologicznej Szpitala było dla wszystkich lekarzy patomorfologów dodatkowym miejscem pracy. Wszyscy lekarze patomorfologów wykonujący badania byli zatrudnieni w Katedrze i Zakładzie Patomorfologii Klinicznej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie oraz w Pracowni Histopatologii SPSK nr 4 w Lublinie³⁸. Skala i zakres wykonywanej diagnostyki patomorfologicznej zarówno w Pracowni Szpitala jak również w innych jednostkach, w których są zatrudnieni lekarze patomorfologów zapewniała zdobycie doświadczenia i umiejętności w zakresie diagnostyki patomorfologicznej.

(akta kontroli tom I str. 115, 259-263, 265-266; tom II str. 14-92, 109-132)

2.6. Średnie obciążenie pracą personelu wykonującego czynności diagnostyki patomorfologicznej wynosiło:

- 1.183 badania (rozpoznanie) patomorfologiczne (histologiczne i cytologiczne) rocznie/osobę w 2017 r., 1.128 w 2018 r. i 899 w pierwszym półroczu 2019 r., miesięczne obciążenie pracą wynosiło odpowiednio: 99, 94 i 151 badań/osobę, a dzienne obciążenie pracą wyniosło odpowiednio 5, 5 i 8 badań dziennie/osobę³⁹;
- 3.533 ocen preparatów, odczynów rocznie/osobę w 2017 r., 3.295 w 2018 r. i 2.877 w pierwszym półroczu 2019 r., miesięczne obciążenie pracą wynosiło odpowiednio: 295, 275 i 240 ocen/osobę a dzienne obciążenie wynosiło odpowiednio: 15, 18 i 17 ocen/osobę.

(akta kontroli, tom I str. 265-266, 398-402)

Średnie obciążenie pracą pozostałego personelu medycznego w zakresie wykonanych w ciągu roku preparatów⁴⁰, w przeliczeniu na jedną osobę, wyniosło: w 2017 r. - 7.107; w 2018 r. - 6.659; w 2019 r. (do 30 czerwca) - 3.860.

Diagnozy laboratoryjnej posiadający specjalizację z zakresu cytomorfologii medycznej wykonali odpowiednio: 1.040 opisów w 2017 r. (jedna osoba), 1.019

³⁷ Kryteria przyznawania licencji PTP opracowane na zebraniu Zarządu Głównego PTP we wrześniu 2018 r. http://pol-pat.pl/wp-content/uploads/2019/01/00_zal3_kryteria_stopnie-referencyjnosci_licencjaPTP_ver2019_01a.pdf

³⁸ Pracownia ta wykonuje badania histopatologiczne dla 40.000 pacjentów rocznie, 7.000 badań immunohistochemicznych, ponad 1.000 biopsji cienkoigłowej pod kontrolą USG, 20 badań biopłatów nerek rocznie oraz ponad 100 badań sekcyjnych.

³⁹ Przeciętne obciążenie pracą lekarzy patomorfologów wyliczono, jako średnią ważoną z liczby wykonanych badań (rozpoznań) tj. z sumy badań histopatologicznych, histochemicznych i cytologicznych. W 2017 r. suma tych badań wynosiła 3.548, w 2018 r. – 3.384, do 30 czerwca 2019 r. – 1.817. Przy wyliczeniu uwzględniono liczbę lekarzy patomorfologów oceniających preparat (w 2017 r. – 3 w 2018 r. – 3 i do 30 czerwca 2019 r. – 2). Wyliczając średnie obciążenie miesięczne uwzględniono liczbę miesięcy, a dla wyliczenia średnioważonego obciążenia dziennego przyjęto 21 dni pracy w miesiącu.

⁴⁰ Skrojenia i barwienia preparatów.

opisów w 2018 r. (dwie osoby, w wymiarze odpowiednio: 489 i 530), 435 w 2019 r. (do 30 czerwca) - jedna osoba.

(akta kontroli tom I str. 398-402)

2.7. Badaniem kontrolnym objęto próbę 50 zleceń/skierowań, znajdujących się w dokumentacji medycznej pacjentów Szpitala, dotyczących wykonywanych badań histopatologicznych (41 przypadków) oraz badań cytologicznych (9 przypadków). W strukturze badanej próby 10 przypadków dotyczyło badań z wycinków skóry, sześć badań prowadzono na wycinkach z guza, w pięciu przypadkach badanie prowadzono na polipach wyciętych z różnych miejsc ciała, w ośmiu - badaniem objęto wycięte w całości organy (nerki, wyrostki robaczkowe, esica, pęcherzyk żółciowy, macica z przydatkami, część żołądka), wyskrobiny z jam ciała – trzy przypadki, dziewięć cytologii ginekologicznych oraz dziewięć wycinków z różnych miejsc ciała. We wszystkich przypadkach badania wykonano w terminie do 16 dni od zarejestrowania zlecenia. W terminie do 10 dni wykonywano 33 badania (średni czas wynosił sześć dni), a pozostałe 17 - w terminie od 11 do 16 dni (średni czas wykonania 13 dni). Nie stwierdzono wykonywania badań w terminie powyżej 20 dni. Rozpoznanie nowotworu potwierdzone zostało po przeprowadzeniu podstawowego badania histopatologicznego w 11 przypadkach⁴¹.

Analiza wyników badań histopatologicznych i dokumentacji medycznej (wybranej próby) wykazała, że:

- w jednym przypadku badanie histopatologiczne powtórzone zostało w Pracowni, po badaniu histopatologicznym przeprowadzonym w innym podmiocie,
- w pięciu przypadkach po zdiagnozowaniu raka lekarze prowadzący wdrożyli leczenie farmakologiczne,
- wycięcie (resekcje narządów lub ich części) przeprowadzono w dziesięciu przypadkach,
- po potwierdzeniu raka badaniem histopatologicznym i przeprowadzaniu zabiegu wycięcia narządu (dziewięć przypadków), pacjenta zakwalifikowano do dalszego leczenia systemowego, chemioterapii, radioterapii,
- w czterech przypadkach po stwierdzeniu raka wdrożono leczenie zachowawcze,
- w jednym przypadku pacjenta skierowano na dalsze leczenie do Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej,
- w jednym przypadku, po rozpoznaniu raka jelita grubego stadium G2, zalecono dalsze leczenie chirurgiczne,
- w jednym przypadku przeprowadzono powtórna konsultację chirurgiczno-onkologiczną.

W złożonych wyjaśnieniach Kierownik Pracowni podała, że w 11 przypadkach rozpoznania nowotworu po badaniu podstawowym nie było konieczności wykonania dodatkowej diagnostyki patomorfologicznej (badań immunohistochemicznych, molekularnych). W pięciu przypadkach zostały wykonane rutynowe barwienia histochemiczne w celach diagnostycznych⁴². We wszystkich przypadkach badania histopatologiczne wykonane były w czasie umożliwiającym podjęcie postępowania terapeutycznego.

Komendant Szpitala wyjaśnił ponadto, że ze względu na brak informatyzacji dotyczącej ewidencjonowania wyników badań histopatologicznych nie jest możliwe opracowanie informacji zbiorczych dotyczących liczby wykonywanych badań w terminach do 10 dni, do 20 dni i powyżej 20 dni. Czas wykonania badania monitorowano wyrywkowo, szczególnie w zakresie pakietu onkologicznego, a wyniki

⁴¹ Nr badań: 119/19, 77/19, 171/19, 127/18, 1751/17, 142/17, 537/18, 443/18, 401/18, 365/19, 1902/19.

⁴² Nr badań: 77/19, 171/19, 127/18, 365/19, 1902/19.

były omawiane i analizowane w gronie osób odpowiedzialnych za realizację świadczeń.

(akta kontroli tom I str. 262-273, 374-375, 405-406; tom str. II 239-244)

2.8. Ewidencja księgowa kosztów Szpitala prowadzona była przy wykorzystaniu kont zespołu 4 - koszty według rodzajów i ich rozliczenie oraz zespołu 5 - koszty według typów działalności, określonych w Zakładowym Planie Kont⁴³ (ZPK). Przychody ewidencjonowane były na kontach zespołu 7 – przychody i koszty ich osiągania. Pracownia Histopatologii wykonywała badania na rzecz oddziałów i poradni Szpitala oraz prowadziła komercyjną działalność usługową związaną z wykonywaniem odpłatnych badań z zakresu diagnostyki patomorfologicznej dla podmiotów zewnętrznych.

Przychody netto Pracowni⁴⁴ ze sprzedaży świadczeń podmiotom zewnętrznym wyniosły: w 2017 r. - 14.245 zł; w 2018 r. – 15.209,96 zł oraz do 31 sierpnia 2019 r. – 10.675 zł. Pochody te stanowiły w ww. latach odpowiednio: 0,02%, 0,02% oraz 0,04% ogółu przychodów Szpitala ze sprzedaży świadczeń zdrowotnych.

Struktura kosztów rodzajowych Pracowni w latach 2017-2019 (do 31 sierpnia), według kont zespołu 5, przedstawiała się następująco:

- w 2017 r. - wyniosły 373.821,94 zł (0,6% ogółu kosztów działalności operacyjnej Szpitala), najwyższymi kwotowo pozycjami tych kosztów były: wynagrodzenia ze stosunku pracy i umów zlecenia - 176.207,33 zł (47%), usługi obce (kontrakty lekarzy) – 59.007 zł (16%), zużycie materiałów - 47.426,56 zł (13%);
- w 2018 r. - 382.361,17 zł (0,5%), najwyższymi kwotowo pozycjami kosztów były: wynagrodzenia ze stosunku pracy i umów zlecenia – 117.864,49 zł (31%), usługi obce – 142.789,76 zł (37%), pozostałe usługi medyczne (kontrakty lekarzy) - 136.000 zł (36%), zużycie materiałów – 54.285,41 zł (14%);
- w 2019 r. (do 30 czerwca) - 290.634,42 zł (0,7%), najwyższymi kwotowo pozycjami kosztów były: wynagrodzenia ze stosunku pracy i umów zlecenia – 96.445,07 zł, usługi obce - 97.819,30 zł, pozostałe usługi medyczne (kontrakty lekarzy) - 91.000 zł, zużycie materiałów - 60.667,58 zł.

(akta kontroli tom I str. 147-165, 184-189, 212-214, 355-359, 388-390)

2.8.1. Podejmowane przez Szpital działania mające na celu zracjonalizowanie kosztów działalności Pracowni polegały na:

- przeprowadzaniu analiz na podstawie, przedkładanych przez PH, miesięcznych zestawień dotyczących zrealizowanych badań histopatologicznych,
- sprawdzaniu zgodności uprawnień do wystawiania skierowań na badania (kierującego lekarza, komórki organizacyjnej oraz danych pacjenta hospitalizowanego, któremu wystawiono skierowanie),
- prowadzeniu analiz porównawczych w zakresie liczby wykonanych badań w stosunku do poszczególnych oddziałów i hospitalizowanego pacjenta,
- prowadzeniu analiz porównawczych kosztów oraz liczby zlecanych badań diagnostycznych przez poszczególne oddziały Szpitala.

(akta kontroli tom I str. 405-406)

2.8.2. Udział kosztów badań diagnostyki patomorfologicznej⁴⁵ w kosztach realizowanych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków

⁴³ Zakładowy Plan Kont - Zasady Rachunkowości 1 WSK SP ZOZ wprowadzone Zarządzeniem Komendanta nr 1/2019 z dnia 29 stycznia 2019 r.

⁴⁴ Przychody operacyjne Pracowni ujmowane na koncie 701-03-501-03 (badania komercyjne).

⁴⁵ Tj. 136.004,44 zł w 2017 r.; 331.915,27 zł w 2018 r. i 138.208 zł w 2019 r. (I półrocze).

publicznych⁴⁶ wynosiły 0,5% w 2017 r., 1,3% w 2018 r. i 1,25% w I półroczu 2019 r. Najwyższy udział kosztów badań patomorfologicznych w kosztach świadczeń finansowanych ze środków publicznych w latach 2017-2019 (I półrocze) odnotowano w leczeniu szpitalnym - oddział urologiczny (odpowiednio: 2,46%; 3,33% i 3,53%) oraz ambulatoryjnej opiece specjalistycznej – poradni ginekologicznej (13,29%; 17,56% i 14,32%).

(akta kontroli tom I str. 355-359)

2.8.3. Pracownia Histopatologii generowała koszty związane z realizacją badań histopatologicznych na rzecz poszczególnych ośrodków zadaniowych, tj. oddziałów, pracowni oraz klinik Szpitala. Prowadziła również działalność komercyjną związaną z wykonywaniem odpłatnych badań z zakresu diagnostyki histopatologicznej dla podmiotów zewnętrznych.

Średni jednostkowy koszt badań histopatologicznych i cytologicznych wykonywanych w Pracowni w kontrolowanym okresie wynosił dla:

- badania histopatologiczne - 40,02 zł, w cenniku Szpitala badanie to zostało wycenione na 45 zł,
- cytologii ginekologicznej - 14,54 zł, w cenniku Szpitala badanie to zostało wycenione na 25 zł,
- cytologii płynów - 23,83 zł, w cenniku Szpitala badanie to zostało wycenione na 30 zł.

(akta kontroli tom I str. 332-338, 403-406, 449)

2.8.4. Ceny badań patomorfologicznych zlecanych podmiotom zewnętrznym kształtowały się następująco:

- badanie histopatologiczne (z niezbędnym badaniem dodatkowym histochemicznym) - cena jednostkowa brutto wynosiła: w 2017 r. - 29,50 zł; w 2018 r. Szpital nie zlecał tego rodzaju badań oraz w 2019 r. (do 30 czerwca) 136 zł⁴⁷. Według cennika Szpitala wykonanie badania histopatologicznego dla kontrahentów zewnętrznych wycenione zostało na kwotę 45 zł (brutto);
- badanie immunohistochemiczne - cena jednostkowa brutto wynosiła 65 zł w latach 2017-2019 (do 30 czerwca). Szpital dokonywał oceny preparatów opracowanych przez podwykonawcę SPSK nr 4 w Lublinie (oznaczanie przeciwciał);
- barwienie immunohistochemiczne - cena jednostkowa brutto w 2018 r. wynosiła 70 zł. W roku 2017 i 2019 (do 30 czerwca) badań w tym zakresie nie zlecano;
- konsultacja patomorfologiczna zlecona została w 2018 r. - cena jednostkowa brutto wynosiła 282 zł;
- barwienie wirusa Epstein-Bar lub wirusa HPV w materiale tkankowym metodą hybrydyzacji in situ - cena jednostkowa brutto w 2018 r. wynosiła 200 zł;
- kompleksowe barwienie immunohistochemiczne białka PDL-1 wraz z przygotowaniem materiału oraz oceną patomorfologiczną – 610 zł brutto w 2018 r.;
- badanie sekcyjne - 1.193,13 zł (brutto) w 2017 r.; w pozostałych latach objętych kontrolą nie zlecano tego typu badań;
- wykonanie preparatu histopatologicznego - 22,50 zł (brutto) w całym okresie objętym badaniem;

⁴⁶ Według wykonanej umowy z LOW NFZ wynosiły: 25.792.659,12 zł w 2017 r.; 25.518.110,95 zł w 2018 r.; 10.988.677,12 zł w 2019 r. (I półrocze).

⁴⁷ W badaniu histopatologicznym wykonano dodatkowe barwienie immunohistochemiczne w celu oznaczenia przeciwciał i w kierunku grzybów.

- ocena obecności przeciwciał IgG, IgA, IgM oraz składowej C3c dopełniacza w wycinku skóry – każde przeciwciało – cena brutto w całym okresie objętym kontrolą 55 zł.

(akta kontroli tom I str. 322-338, 360-361)

W latach 2017-2019 (do 30 czerwca) poniesione przez Szpital koszty z tytułu zlecenia podmiotom zewnętrznym badań diagnostyki patomorfologicznej wynosiły:

- w 2017 r. - zlecono: 18 badań histopatologicznych (na kwotę 531 zł), 178 badań immunohistochemicznych (11.570 zł), jedno badanie sekcyjne (1.119,13 zł), wykonanie 15 preparatów histologicznych (337,50 zł), osiem ocen obecności przeciwciał (440 zł);
- w 2018 r. - 260 badań immunohistochemicznych (16.900 zł), 16 barwień immunohistochemicznych (1.120 zł), jedną konsultację patomorfologiczną (282 zł), jedno barwienie wirusa Epstein bar (200 zł), jedno barwienie immunohistochemiczne białka (610 zł), wykonano dwa preparaty histologiczne (45 zł), 46 ocen obecności przeciwciał koszt (2.530 zł) oraz przygotowanie preparatów i ocena barwienia preparatów immunohistochemicznych (119 zł);
- do 30 czerwca 2019 r. - dwa badania immunohistochemiczne (272 zł), 197 barwień immunohistochemicznych (12.805 zł), dwa preparaty histologiczne (45 zł), 44 oceny obecności przeciwciał (2.420 zł).

Za wykonane badania diagnostyczne dla kontrahentów zewnętrznych przychody Szpitala wyniosły w 2017 r. - 14.425 zł; w 2018 r. - 15.209,96 zł oraz do 30 czerwca 2019 r. – 10.675 zł.

Badanie 10 faktur wystawionych przez podwykonawcę SPSK nr 4 na kwotę ogółem 22.380 zł wykazało, że zakres i ceny wykonanych badań diagnostyki patomorfologicznej były zgodne z zawartą umową.

(akta kontroli tom I str. 147-165, 217-249, 360-361)

2.9. Na podstawie analizy dokumentacji⁴⁸ dotyczącej 15 szt. sprzętu i aparatury wykorzystywanej do diagnostyki patomorfologicznej⁴⁹ - o wartości księgowej netto 77.490,29 zł⁵⁰ na dzień 18 września 2019 r. - stwierdzono, że w Szpitalu zapewniono wymaganą częstotliwość przeglądów technicznych dla tych urządzeń.

(akta kontroli tom II str. 228-231)

Według § 16 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań (...), kształt i powierzchnia pomieszczeń podmiotu wykonującego działalność leczniczą mają umożliwiać prawidłowe rozmieszczenie, zainstalowanie i użytkowanie urządzeń, aparatury i sprzętu, stanowiących jego niezbędne funkcjonalne wyposażenie.

Zastępca Komendanta Szpitala ds. Medycznych podał, że będąca na wyposażeniu Pracowni aparatura medyczna zapewniała wykonywanie w tej komórce wszystkich przypisanych zadań. Obecne warunki lokalowe i stan techniczny pomieszczeń były powodem podjęcia przez Komendanta decyzji o dyslokacji Pracowni do nowego budynku, które opóźniło się z przyczyn obiektywnych, na które Komendant nie miał wpływu. Z powodu stopnia zużycia sprzętu planowany jest zakup do nowej Pracowni dwóch mikrotomów do skrawania i utrwalania preparatów tkankowych.

(akta kontroli tom II str. 12)

WOMP w okresie objętym kontrolą przeprowadził w Szpitalu dwie kontrole. W jednym przypadku (podczas kontroli w 2018 r.) odniesiono się do kwestii związanej z przestrzeganiem norm stężenia rakotwórczego formaldehydu

⁴⁸ Paszporty techniczne, protokoły z przeglądów.

⁴⁹ 100% wyposażenia Pracowni, wymagającego dokonywania przeglądów.

⁵⁰ Brutto: 394.262,86 zł.

w Pracowni, poprzez zalecenie wykonania stosownych badań. Informacje w tym zakresie przedstawiono w pkt 1.5. wystąpienia pokontrolnego.

(akta kontroli tom II str. 178-216)

2.10. Szpital posiadał opracowane przez Kierownika Pracowni procedury dotyczące zapewnienia prawidłowości i jakości wykonywania diagnostyki patomorfologicznej w zakresie: 1) zlecenia badań przy wykorzystaniu skierowania na badanie, 2) pobierania materiału wraz z określeniem sposobu oznakowania pojemników z pobranym materiałem, 3) przygotowania materiału tkankowego przeznaczonego do badania histopatologicznego, 4) przygotowania materiału do badania śródoperacyjnego, 5) sposobu dostarczenia materiału do Pracowni, 6) postępowania w przypadku uszkodzenia pojemników lub opakowań zbiorczych podczas transportu, 7) postępowania w przypadku stwierdzenia niezgodności lub braku danych w skierowaniu na badania, 8) przechowywania i utylizacji materiału, 9) oceny makroskopowej i pobierania wycinków z materiału tkankowego przeznaczonego do badania histopatologicznego, 10) przeprowadzania materiału, zatapiania materiału tkankowego, 11) skrawania materiału tkankowego, 12) przygotowania preparatów do oceny mikroskopowej, 13) oceny mikroskopowej, 14) udostępniania bloczków parafinowych, preparatów histopatologicznych oraz preparatów cytologicznych, 15) przechowywania preparatów i bloczków.

Celem tych procedur było określenie prawidłowego sposobu postępowania z tkankami i narządami przed i w trakcie procesu diagnostycznego, wymaganego do przeprowadzenia oceny histopatologicznej.

Procedury zostały zaktualizowane do wymogów rozporządzenia w sprawie standardów w patomorfologii. Zmiany dotyczyły – postępowania z tkankami i narządami przeznaczonymi do badania histopatologicznego i cytologicznego w klinikach i poradniach w zakresie: sposobu wypełniania „skierowania do badania histopatologicznego/cytologicznego, przygotowania pojemników z materiałem tkankowym przeznaczonym do badania histopatologicznego/cytologicznego.

Procedura „Postępowania z tkankami i narządami przeznaczonymi do badania histopatologicznego” określała następujące szczegółowe zakresy:

- a) postępowania z tkankami i narządami przeznaczonymi do badania histopatologicznego i cytologicznego – do stosowania w oddziałach, klinikach i poradniach Szpitala. W zasadach ww. procedury określono środki utrwalające pobrany materiał tkankowy i cytologiczny (formalina buforowa 10% do utrwalania materiału tkankowego oraz cytofix – utrwalacz),
- b) sposobu wypełniania skierowania do badania histopatologicznego i cytologicznego, obejmującego m.in.: zasady pobierania i przesyłania materiału do badania w Pracowni, a także algorytm wypełniania skierowania na badania,
- c) przygotowania pojemników z materiałem tkankowym do badania histopatologicznego/cytologicznego. Określono zasadę wypełniania etykiety badania na pojemnikach (należało podać: datę pobrania, bez godziny), miejsce wykonywania zabiegu (blok operacyjny, gabinet zabiegowy, oddział, poradnia, dane personalne pacjenta) oraz miejsce pobrania wycinka do badania z określeniem części ciała pacjenta; podano również cechy fizyczne dla pojemników na materiał tkankowy (nieślukący, ze szczelnym zapięciem, o odpowiedniej pojemności oznakowany etykietą),
- d) przygotowania materiału tkankowego przeznaczonego do badania histopatologicznego (wielkość i objętość materiału tkankowego, który powinien być umieszczony w pojemniku ze środkiem utrwalającym (10% roztwór buforowanej formaliny). Odrębnie określono zasady przygotowania dla płynów z jamy ciała dla aspiratów cienkoigłowych oraz dla rozmazów ginekologicznych,

e) prowadzenia badań śródoperacyjnych, w tym zasady dostarczania (transportu) materiału do Pracowni Histopatologicznej przez pracowników Szpitala w godzinach od 8.00 do 13.00. W Pracowni odnotowywano datę dostarczenia materiału, imię i nazwisko pacjenta, miejsce pobrania materiału, liczbę przyniesionych pojemników z materiałem oraz podpis pracownika dostarczającego materiał. „Diagności laboratoryjni” przyjmując materiał w ramach kontroli jakości sprawdzali stan materiału nadesłanego do badania, poprawność wypełnienia danych na etykiecie umieszczonej na pojemniku oraz poprawność wypełnienia skierowania z danymi materiału na etykiecie.

f) monitorowania błędów przedlaboratoryjnych, które wszczyna się w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości dla ww. warunków procedury.

Pracownikom Pracowni przypisano określone zakresy odpowiedzialności. Nadzór nad prawidłowością i skutecznością funkcjonowania procedury pełniła Kierownik Pracowni, która w złożonym wyjaśnieniu potwierdzała, że w Pracowni spełnione były standardy diagnostyczne, zgodne z zaleceniami PTP do diagnostyki onkologicznej. Wyniki zawierają wszystkie dane niezbędne do rozpoczęcia leczenia onkologicznego.

Nie zostały opracowane odrębne procedury pobierania, transportu oraz przechowywania materiału do badania dla zleciodawców zewnętrznych oraz procedury transportu preparatów przeznaczonych do badania (błoczków parafinowych i preparatów histopatologicznych/cytologicznych) przekazywanych podwykonawcy badań patomorfologicznych - SPSK nr 4 (szczegółowy opis w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli tom I str. 256-263, 267-302, 306-307, 362-373)

2.11. W związku z nieopracowaniem przez Szpital odrębnych procedur dotyczących transportu i przechowywania materiału przekazywanego do badania podmiotom zewnętrznym, nie prowadzono nadzoru w tym zakresie.

Transport błoczków i preparatów przekazywanych do Zakładu Patomorfologii SPSK nr 4 (podwykonawcy) nie był rejestrowany. Preparaty i błoczki przewożone były w zamkniętej, zaadresowanej i zabezpieczonej folią bąbelkową kopercie (nie transportowano materiału patomorfologicznego tj.: wycinków, materiału tkankowego, materiału pooperacyjnego, wyciętych narządów). W przekazanych próbkach podwykonawca oznaczał przeciwciała, nie dokonując oceny preparatu i nie formułując wyniku. W umowie zawartej z SPSK nr 4 nie określono zasad ani częstotliwości przekazywania materiału.

Według wyjaśnień Kierownika Pracowni, gdy umowa obejmuje ocenę preparatów i postawienie rozpoznania zapewniony był kontakt telefoniczny pomiędzy patomorfologiem i lekarzem klinicystą.

(akta kontroli tom I str. 215-216, 267-302, 306-307, 376, 405-406)

2.12. W zakresie prowadzenia stałej wewnętrznej kontroli jakości badań, wymaganej przepisem § 7 ust. 1 rozporządzenia w sprawie standardów w patomorfologii, w Szpitalu, od 2018 r. ewidencjonowano m.in.:

- w zakresie analizy jakości – liczbę i jakość przeprowadzonych badań histopatologicznych oraz konsultacji wewnętrznych, których odbyło się łącznie 45 z klinicystami szpitala,
- błędy przedlaboratoryjne – stwierdzono 598 błędów technicznych, dotyczących barwienia preparatów⁵¹ (w sytuacjach takich zlecano ponowne wykonanie barwienia lub wymianę odczynników; błędy usuwane były na bieżąco),

⁵¹ Odpowiednio w 2017 r. - 208, w 2018 r. - 180, do 30 czerwca 2019 r. - 210.

- zewnętrzne konsultacje patomorfologiczne – przeprowadzono 10 konsultacji zewnętrznych,
- błędy diagnostycznych rozpoznań; w zakresie prawidłowości rozpoznań histopatologicznych nie zostały stwierdzone,
- problemy techniczne – w 2017 r. wystąpiły cztery awarie techniczne procesora, w 2018 r. odnotowano jedną awarię, a do 30 czerwca 2019 r. - dwie awarie.

Elementy kontroli i monitorowania błędów przedlaboratoryjnych określone zostały w procedurze „Postępowanie z tkankami i narządami przeznaczonymi do badania histopatologicznego”. Kontrolowano: prawidłowości sporządzania skierowań na badania, przygotowania pojemników z materiałem tkankowym, sposób dostarczenia materiału do badania oraz przebieg procedury.

W wyjaśnieniu Kierownik Pracowni podała, że przeprowadzano wewnętrzną kontrolę jakości. Proces kontroli wewnętrznej jest realizowany na bieżąco i był zawarty w procedurach. Dokonywana jest adnotacja na indywidualnej dokumentacji medycznej i korygowana z lekarzem zlecającym. Dokumentacja kontroli wewnętrznej jest zawarta na skierowaniu (podpis lekarza oraz wpisana w zeszyt kontroli, nr badania). Wprowadzony jest reskrining losowo wybranych preparatów cytologicznych. Analizuje się błędy przedlaboratoryjne, techniczne oraz administracyjne. Prowadzony jest rejestr błędów. Nie stwierdzono błędów diagnostycznych. W przypadku wątpliwości, po konsultacji wewnętrznej wysyłano przypadek do konsultacji zewnętrznej, zapobiegając wystąpieniu błędu diagnostycznego. Prowadzony jest rejestr konsultacji zewnętrznych.

(akta kontroli tom I str. 256-263, 267-302, 306-307, 362-373, 376-381)

2.13. W okresie objętym kontrolą, w Szpitalu nie prowadzono kontroli zewnętrznych w zakresie dostępności diagnostyki patomorfologicznej oraz jakości wykonywanych badań. W latach 2017-2019 w Pracowni przeprowadzone zostały dwie kontrole zewnętrzne (przez Wojskową Inspekcję Sanitarną – Wojewódzki Ośrodek Medycyny Prewencyjnej w Krakowie). Szczegółowe informacje o kontrolach WOMP przedstawiono w części III pkt 1.5. niniejszego wystąpienia pokontrolnego.

(akta kontroli tom II str. 235-236)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. W Szpitalu nie ewidencjonowano godzin pracy lekarzy patomorfologów, co uniemożliwiło rzetelne sprawowanie nadzoru nad wywiązaniem się przez te osoby z ustalonego wymiaru czasu pracy. Pomimo zatrudnienia dwóch lekarzy na umowę o pracę (odpowiednio: do 30 kwietnia 2017 r. i 31 marca 2018 r.) nie weryfikowano, w jakich dniach i w jakich godzinach pracowali. W przypadku realizacji umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie histopatologii nie opracowano wymaganych tymi umowami harmonogramów czasu pracy lekarzy patomorfologów. Potwierdzano natomiast miesięczną realizację przez tych lekarzy przypisanych im zadań z podaniem liczby przepracowanych godzin lub potwierdzeniem „wykonania czynności zgodnie z umową”. Dopiero od marca 2019 r. sporządzano, do celów rozliczeniowych, miesięczne wykazy godzin udzielania świadczeń, zawierające informacje na temat godzin pracy poszczególnych lekarzy we wskazanych dniach.

(akta kontroli tom II str. 21-108, 133-177, 217-227)

Obowiązek ewidencjonowania czasu pracy osób zatrudnionych na umowę o pracę został określony w art. 149 § 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy⁵², a według art. 94 ust. 3 ustawy o działalności leczniczej rozkład czasu pracy powinien być stosowany na podstawie harmonogramów pracy ustalanych dla

⁵² Dz.U. z 2019 r. poz. 1040, ze zm.

przyjętego okresu rozliczeniowego, określających dla poszczególnych pracowników dni i godzin pracy oraz dni wolne od pracy.

Komendant Szpitala wyjaśnił, że umowy nie wskazywały na konieczność sporządzania w formie pisemnej harmonogramów czasu pracy. Wykonywanie czynności przez lekarzy w Pracowni Histopatologii odbywa się według potrzeb i ustalane jest na bieżąco. Opisy badań histopatologicznych dostosowane są do rytmu pracy Oddziałów Zabiegowych. Taki schemat pracy Pracowni Histopatologii jest zwyczajowo przyjęty w naszym zakładzie. Harmonogramy pracy lekarzy patomorfologów, zatrudnionych na podstawie umów cywilnoprawnych były przekazywane lekarzom w formie ustnej przez Kierownika Pracowni. Do jego obowiązków należy zabezpieczenie ciągłości pracy lekarza patomorfologa i ta ciągłość była zachowana. Czas pracy Kierownika Pracowni w danym miesiącu był ustalany w ramach porozumienia ustnego lekarza z Zastępcą Komendanta ds. Medycznych, również mając na uwadze zabezpieczenie pracy lekarza patomorfologa i potrzeby szpitala w tym zakresie. W okresie do marca 2018 r. nie weryfikowano czasu pracy lekarzy patomorfologów z uwagi na charakter badań, ilość i ich specyfikę oraz ograniczenia w dostępie do lekarzy o tej specjalności w Lublinie (11 lekarzy na 350 tys. mieszkańców).

Ponadto, Zastępca Komendanta ds. Medycznych podał, że lekarze histopatolodzy są zatrudnieni w ramach umów cywilnoprawnych, nie są pracownikami Szpitala zatrudnionymi w godzinach pracy Pracowni. Nie zachodzi konieczność sprawowania stałego nadzoru lekarskiego nad procesem przygotowywania preparatów do opisu patomorfologicznego przez doświadczonych techników. Deficyt lekarzy specjalistów w zakresie histopatologii na rynku lubelskim i ogromne oczekiwania finansowe w przypadku rozważania zatrudnienia histopatologów w naszym Szpitalu (rozmowa zaczynała się od sumy 16 tys. zł dla jednego lekarza) był głównym powodem podpisania obecnie obowiązujących umów cywilnoprawnych. Pozyskanie lekarza specjalisty w omawianej dziedzinie medycyny na rynku lubelskim jest także utrudnione z powodu niewyrażania zgody przez ww. lekarzy na zrezygnowanie z podstawowego ich miejsca pracy w Uniwersytecie Medycznym, co jest związane z ich pracą dydaktyczną ze studentami oraz z rozwojem naukowym. W związku z powyższym Szpital jest zmuszony do uwzględniania w planowanym czasie pracy w/w lekarzy zmieniającego się terminarza zajęć ze studentami wydziału lekarskiego UM. Głównym kryterium wymaganym do realizacji przez nasz Szpital w stosunku do lekarzy histopatologów jest rzetelne, merytoryczne i terminowe sporządzanie opisów badań preparatów, co ma wpływ na prawidłowe rozliczenie w ramach umów z LOW NFZ procedur medycznych i bezpośrednio uzależnia podejmowanie dalszych działań terapeutycznych w stosunku do pacjentów. O liczbie preparatów opisywanych przez poszczególnych lekarzy decyduje Kierownik Pracowni. Reasumując, gdyby Szpital chciał organizacyjnie – w sposób najbardziej pożądanym, zabezpieczyć lekarsko, specjalistycznie, histopatologicznie pracę Podmiotu Leczniczego musiałby wówczas zaakceptować warunki płacowe patomorfologów. Decyzja taka skutkowałaby koniecznością dodatkowego przeznaczenia na ten cel 132 tys. zł rocznie, na którą Szpital z różnych powodów nie mógł sobie pozwolić. Ustalenie stałego, nawet na kolejny miesiąc harmonogramu czasu pracy, wobec ww. powodów oraz wobec ekonomiki szpitala jest bardzo utrudnione. Obecnie w Szpitalu wprowadzane są zmiany dotyczące elektronicznej weryfikacji czasu pracy lekarzy zatrudnionych w ramach umów cywilnoprawnych, których porównanie z zapisami zawartymi w umowach będzie podstawą wypłacania środków finansowych, zgodnie z wystawionymi fakturami.

(akta kontroli tom II str. 11-13, 240-241)

2. W Szpitalu przez okres 22 miesięcy, tj. od dnia wejście w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardów w patomorfologii (11 stycznia 2018 r.) do dnia zakończenia czynności kontrolnych NIK, nie opracowano i nie wdrożono procedur, zapewniających prawidłowość i jakość wykonywania diagnostyki patomorfologicznej.

W szczególności dotyczyło to procedur:

- transportu oraz przechowywania materiału i preparatów do badania dla zleciodawców zewnętrznych (§ 3 ust. 3 pkt 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardów w patomorfologii).

Kierownik Pracowni wyjaśniła, że procedura zlecenia badań materiałów od pacjenta i transportu leży po stronie zleciodawcy. Kwestie transportu regulują procedury kontrahentów zewnętrznych.

(akta kontroli tom I str. 256-263, 267-302, 306-307, 362-373)

- transportu preparatów przeznaczonych do badania (błoczków parafinowych i preparatów histopatologicznych/cytologicznych) do podwykonawcy badań patomorfologicznych (SPSK nr 4). W zawartej umowie określono jedynie, że ww. podmiot wykonuje badania na preparatach dostarczonych przez zamawiającego. Konsekwencją braku procedur dotyczących transportu preparatów histopatologicznych do prowadzenia badań dla podwykonawcy, zlokalizowanego w odległości 5 km, było nieprowadzenie w sposób prawidłowy nadzoru w tym zakresie.

Według wyjaśnień Kierownika Pracowni materiały na odczyny przekazywane były transportem Szpitala (z zachowaniem przepisów o ochronie danych osobowych) na odległość około 5 km. Transport nie był w żaden sposób dokumentowany. Osoba transportująca materiał była informowana o punkcie przekazania materiału.

(akta kontroli tom I str. 256-263, 267-302, 306-307, 362-373)

Nieopracowanie procedur przez 22 miesiące od wejścia w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardów w patomorfologii i zaledwie na 2 miesiące przed upływem terminu na dostosowanie swojej działalności do wymagań określonych ww. rozporządzeniem, było działaniem nierzetelnym. Brak procedur nie zapewnia prawidłowego przygotowania i transportu materiału do diagnostyki patomorfologicznej. Podmioty, w których są wykonywane badania patomorfologiczne, mają dwa lata na dostosowanie się do wymagań zawartych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie standardów w patomorfologii, tj. do 10 stycznia 2020 r.

OCENA CZĄSTKOWA

Szpital zapewnił wykonywanie czynności diagnostyki patomorfologicznej przez personel medyczny posiadający wymagane kwalifikacje. Zapewniono również współpracę pomiędzy patomorfologami, a lekarzami klinicystami. W przypadku braku zgodności rozpoznania lub braku możliwości postawienia jednoznacznego rozpoznania diagnostycznego zlecano konsultacje zewnętrzne. W Pracowni prowadzono działania wymagane wewnętrzną kontrolą jakości, a po stwierdzeniu błędów diagnostycznych wprowadzano działania korygujące, mające zapobiegać ich powstawaniu. Wyniki przeprowadzonych badań histopatologicznych oraz czas ich uzyskania umożliwiał lekarzom klinicystom podjęcie postępowania terapeutycznego. W Szpitalu nie opracowywano, wymaganych umowami o udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie histopatologii, harmonogramów pracy lekarzy patomorfologów oraz nie ewidencjonowano czasu pracy lekarzy patomorfologów zatrudnionych na podstawie umów o pracę.

Nierzetelnym było nieopracowanie przez okres 22 miesięcy procedur dotyczących transportu i przechowywania preparatów przeznaczonych do badania (błoczków parafinowych i preparatów histopatologicznych/cytologicznych) wykonywanych

przez Szpital dla podmiotów zewnętrznych oraz zasad transportu do podwykonawcy badań (SPSK 4 w Lublinie).

IV. Uwagi i wnioski

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

Wnioski

1. Bieżące monitorowanie stanu zobowiązań i podejmowanie działań mających na celu terminowe dokonywanie płatności za usługi diagnostyki patomorfologicznej, realizowane przez kontrahentów zewnętrznych.
2. Ujęcie w umowach o udzielanie świadczeń zdrowotnych, dotyczących diagnostyki patomorfologicznej, zobowiązania podwykonawców do poddania się kontroli przez Szpital, prowadzenia określonej sprawozdawczości oraz określenia sposobu organizacji udzielania świadczeń.
3. Zlecanie badań diagnostyki patomorfologicznej podmiotom zewnętrznym, z zachowaniem formy pisemnych umów.
4. Przeprowadzanie badań i konsultacji zewnętrznych (o wartości powyżej 600 zł) po uzyskaniu akceptacji przez kierownictwo Szpitala, zgodnie z zasadami obowiązującymi w Szpitalu.
5. Zapewnienie warunków funkcjonowania Pracowni Histopatologii zgodnych z wymaganiami określonymi w części X załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą.
6. Wdrożenie działań umożliwiających weryfikację czasu pracy lekarzy, w tym opracowywanie harmonogramów, zgodnie z zasadami wynikającymi z zawartych umów.
7. Opracowanie procedur transportu i przechowywania preparatów przeznaczonych do badania.

Uwagi

Najwyższa Izba Kontroli nie formułuje uwag.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

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

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie 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.

Lublin, 13 grudnia 2019 r.

Kontrolerzy
Artur Bokiniec
Główny specjalista kontroli państwowej

Dyrektor
Delegatury Najwyższej Izby Kontroli
w Lublinie
Edward Lis

.....
Podpis

.....
Podpis

Paweł Szafran
Główny specjalista kontroli państwowej

.....
Podpis