



## NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Poznaniu

LPO. 410.019.01.2019

Pan  
dr hab. med. Szczepan Cofta  
Dyrektor  
Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego  
Uniwersytetu Medycznego  
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

I.

## I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (dalej: Szpital)
Kierownik jednostki kontrolowanej	Szczepan Cofta, Dyrektor, od 1 kwietnia 2019 r. W okresie objętym kontrolą funkcję kierownika jednostki poprzednio pełnili: Jan Talaga, Dyrektor, od 1 czerwca 2002 r. Szczepan Cofta, p.o. Dyrektora, od 31 października 2018 r.
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, z uwzględnieniem działań wcześniejszych, jeśli miały wpływ na działalność w okresie objętym kontrolą. W przypadku konieczności porównania niektórych danych za lata 2015-2016, okres kontroli obejmuje również te lata.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli <sup>1</sup>
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Poznaniu
Kontroler	Maciej Kowalski, specjalista k.p., upoważnienie do kontroli nr LPO/124/2019 z dnia 4 września 2019 r.

(akta kontroli str.1-6)

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

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

### OCENA OGÓLNA

W Szpitalu organizacja udzielania świadczeń zapewniała wykonywanie diagnostyki patomorfologicznej w ramach realizowanych świadczeń opieki zdrowotnej. Badania niewykonywane w Szpitalu zostały prawidłowo zlecone do realizacji podmiotom zewnętrznym. Zapewniono odpowiednią liczbę personelu medycznego, w stosunku do skali prowadzonej działalności. Badania przeprowadzane były przez osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje. Wdrożono i przestrzegano procedury w celu zapewnienia jakości wykonywanej diagnostyki patomorfologicznej oraz prowadzenia stałej wewnętrznej kontroli jakości, a także przestrzegania wytycznych i standardów, z poniżej opisanymi wyjątkami.

Nieterminowo jednak regulowano zobowiązania wobec podwykonawców. Do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą nie zgłoszono Zakładu Patomorfologii (dalej, w skrócie: Zakład), tylko trzy pracownice wchodzące w jego skład, co nie było zgodne ze strukturą organizacyjną Szpitala.

Część badań wykonywana była z wykorzystaniem sprzętu i aparatury nieposiadającej aktualnych badań technicznych. Podmiotom zewnętrznym nie udostępniono procedur Zakładu dotyczących: zlecenia badań, pobierania materiału, jego transportu, przyjęcia, przechowywania i udostępniania. Nie opracowano procedur stałego nadzoru i monitorowania w zakresie analizy zewnętrznych konsultacji patomorfologicznych i analizy problemów technicznych i diagnostycznych oraz sposobów ich rozwiązywania, a także procedury utylizacji materiału. Ponadto w latach 2017-2018 nie przeprowadzono z odpowiednią częstotliwością badań i pomiarów występujących w Zakładzie czynników szkodliwych dla zdrowia.

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

### OBSZAR

### 1. Organizacja wykonywania czynności diagnostyki patomorfologicznej

#### Opis stanu faktycznego

1. Szpital zapewniał wykonywanie niezbędnej diagnostyki patomorfologicznej w ramach wykonywanych procedur medycznych. Kontrolowana jednostka udzielała świadczeń gwarantowanych w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej i posiadała w swojej strukturze m.in. następujące oddziały: chirurgii ogólnej i naczyni, okulistyki, kardiologii, kardiochirurgii i transplantologii, hipertensjologii, angiologii i chorób wewnętrznych, nadciśnienia tętniczego i zaburzeń metabolicznych, hematologii i transplantacji szpiku, pulmonologii, alergologii i onkologii pulmonologicznej, chemioterapii, ginekologii onkologicznej, chirurgii onkologicznej oraz anestezjologii i intensywnej terapii.

(akta kontroli str. 7-97)

Szpital zapewnił realizację badań: histopatologicznych, immunohistochemicznych, histochemicznych, ocenę wyników badań molekularnych, badań cytologicznych oraz histopatologicznych śródoperacyjnych i cytochemicznych (które wykonywał

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

<sup>3</sup> Oceny cząstkowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena cząstkowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

samodzielnie)<sup>4</sup> oraz powierzył podmiotom zewnętrznym wykonywanie działalności leczniczej w zakresie diagnostyki patomorfologicznej w trzech obszarach: badań histopatologicznych wskazanych przez Oddział Okulistyki, badań wskazanych przez Oddział Kardiologii/Kardiochirurgii (biopsji serca) i w zakresie sekcji zwłok z opracowaniem histologicznym.

(akta kontroli str. 117)

2. W Szpitalu, badania diagnostyki patomorfologicznej wykonywane były w funkcjonującym w jego strukturze organizacyjnej Zakładzie Patomorfologii, w skład którego wchodziły trzy Pracownie: Cytologiczna, Histopatologiczna oraz Immunohistochemii i Biologii Molekularnej.

(akta kontroli str. 7-99, 140-210)

3. Szpital posiadał aktualny wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą w zakresie Pracowni: Cytologii, Histopatologii oraz Immunohistochemii i Biologii Molekularnej. Pracownie rozpoczęły działalność w dniu 11 kwietnia 2016 r., a wniosek o wpis ww. pracowni do rejestru złożony został w dniu 22 kwietnia 2016 r., tj. w terminie określonym w art. 107 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej<sup>5</sup>.

Zakład oraz pracownie wchodzące w jego skład zostały wyszczególnione w statucie i regulaminie organizacyjnym Szpitala.

Do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą nie zgłoszono Zakładu Patomorfologii (szczegółowy opis w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli str. 7-97, 100-102)

4. Zakład nie posiadał licencji wydanej przez Komisję do spraw licencjonowania i przyznawania Licencji Polskiego Towarzystwa Patologów<sup>6</sup> dla zakładów/pracowni patomorfologii.

(akta kontroli str. 115)

5. Zakład nie spełniał wymagań w zakresie jakiemu powinny odpowiadać jego pomieszczenia (określonych w załączniku nr 1, w rozdziale X rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą<sup>7</sup>). W skład Zakładu wchodziły m.in. pracownie: Cytologii, Histopatologii oraz Immunohistochemii i Biologii Molekularnej, pomieszczenia administracyjno-socjalne (szatnia, dwa ustępy, pokój socjalny, sekretariat). W Zakładzie nie było prosektury (część sekcyjna), sali wydawania zwłok ani pracowni formalinowej (szczegółowy opis w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

Kierownik Zakładu wyjaśnił, że w związku z trudnościami lokalowymi Szpitala, Zakładowi zostały wydzielone pomieszczenia, które spełniają niezbędne minimum do jego funkcjonowania na okres pierwszych pięciu lat od jego powstania. Przy obecnej ilości wykonywanych badań, stale rosnącej ich różnorodności oraz wdrażaniu nowych badań, obecna liczba oraz powierzchnia pomieszczeń zaczyna być niewystarczająca i wkrótce będzie uniemożliwiać prawidłowe funkcjonowanie.

(akta kontroli str. 115, 121-124)

6. Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Poznaniu decyzją nr HK1-423/02/1-

<sup>4</sup> Zgodnie z warunkami szczegółowymi realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, stanowiącymi załącznik nr 3 do rozporządzenia w sprawie leczenia szpitalnego.

<sup>5</sup> Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 2190, ze zm.), dalej również w skrócie: „udl”.

<sup>6</sup> Dalej: PTP

<sup>7</sup> Dz. U. poz. 595, które weszło w życie z dniem 1 kwietnia 2019 r. Wcześniej obowiązywało w tym zakresie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. poz. 739).

4/16 z 11 kwietnia 2016 r., stwierdził spełnianie przez: Pracownię Cytologii, Pracownię Histopatologii oraz Pracownię Immunohistochemii i Biologii Molekularnej wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą<sup>8</sup>.

Ponadto, w latach 2017 – 2019, Powiatowa Stacja Sanitarno – Epidemiologiczna w Poznaniu przeprowadziła w Zakładzie cztery kontrole, których przedmiotem było prowadzenie pomiarów środowiska pracy pod kątem stężenia formaldehydu. W wyniku dwóch kontroli<sup>9</sup> stwierdzono brak aktualnych pomiarów stężenia substancji chemicznych i zalecono przeprowadzenie pomiarów środowiska pracy. W wyniku dwóch pozostałych kontroli<sup>10</sup>, podczas których sprawdzono m.in. wykonanie zaleceń z poprzednio przeprowadzonych kontroli, stwierdzono że zalecenia te zostały zrealizowane i nie wykazano nieprawidłowości w tym zakresie.

(akta kontroli str. 115, 121-124, 129-136, 688-706)

7. Pomieszczenia pracowni diagnostyki patomorfologicznej spełniały wymagania dotyczące pomieszczeń i urządzeń dla tego rodzaju działalności leczniczej oraz zakresu udzielanych świadczeń, w związku z czym, Szpital nie musiał realizować działań dostosowawczych.

(akta kontroli str. 113-114, 129-136)

8. W Szpitalu prawidłowo powierzano wykonywanie działalności leczniczej w zakresie diagnostyki patomorfologicznej do realizacji podmiotom zewnętrznym.

Wartości poszczególnych udzielonych w kontrolowanym okresie zamówień na diagnostykę patomorfologiczną nie przekraczały wyrażonej w złotych równowartości kwoty 30 000 euro<sup>11</sup> liczonej według średniego kursu złotego w stosunku do euro, stanowiącego podstawę przeliczenia wartości zamówień.

W kontrolowanym okresie w Szpitalu obowiązywało łącznie siedem umów na wykonywanie działalności leczniczej w zakresie diagnostyki patomorfologicznej z podmiotami zewnętrznymi w trzech zakresach:

1) dla badań z Oddziału Okulistyki – dwie umowy z Wielkopolskim Centrum Onkologii im. M. Skłodowskiej – Curie w Poznaniu (dalej: WCO):

- nr 04/2016/EO, na okres od 1.04.2016 r. do 30.09.2018 r. na kwotę 117 625,00 zł,
- nr 04/2018/EO, na okres od 1.10.2018 r. do 30.09.2021 r. na kwotę 110 303,00 zł.

Wartości przedmiotu zamówienia oszacowano poniżej 30 tys. euro, w związku z czym, w oparciu o zapisy art. 26 ust. 4a ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, zawarto umowy z pominięciem konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych;

2) dla badań z Oddziału Kardiologii/Kardiochirurgii (biopsji serca) – trzy umowy ze Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrzu:

- nr 08/2014/EO, na okres od 1.01.2015 r. do 31.03.2017 r., na kwotę 33 100,00 zł,
- nr 02/2017/EO, na okres od 1.04.2017 r. do 31.03.2019 r., na kwotę 102 800,00 zł,
- nr 02/2019/EO, na okres od 1.04.2019 r. do 31.03.2021 r., na kwotę 124 400,00 zł.

<sup>8</sup> W dniu 4 kwietnia 2016 r. Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Poznaniu przeprowadził kontrolę (wizję) pomieszczeń Pracowni Cytologii, Pracowni Histopatologii i Pracowni Immunohistochemii i Biologii Molekularnej. W wyniku tej kontroli stwierdzono, że pomieszczenia tych pracowni odpowiadają pod względem fachowym i sanitarnym wymogom określonym w ww. rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

<sup>9</sup> Protokoły Nr HP-465/1/1-137/17 z 7 kwietnia 2017 r. i nr HP-465/1/1-212/19 z 14 marca 2019 r.

<sup>10</sup> Protokoły Nr HP-465/1/1-327/17 z 13 czerwca 2017 r. i nr HP-465/1/1-683/19 z 27 maja 2019 r.

<sup>11</sup> W umowach ze Szpitalem Klinicznym im. H. Świącickiego wartość diagnostyki patomorfologicznej (sekcja zwołok z opracowaniem histologicznym) zawierała się w wartości całej umowy, obejmującej szerszy zakres świadczeń (ppkt 3)

Wartość przedmiotu zamówienia oszacowano poniżej 30 tys. euro, w związku z powyższym zawarto umowy z pominięciem konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych, z uwagi na treść ww. art. 26 ust. 4a udl.;

3) dla wszystkich oddziałów szpitalnych (na sekcję zwłok z opracowaniem histologicznym) – dwie umowy ze Szpitalem Klinicznym im. H. Święcickiego Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu,;

- nr 03/2015/EO, na okres od 11.02.2015 r. do 15.05.2017 r. na kwotę 423 515,00 zł, w tym sekcja zwłok z opracowaniem histologicznym 50 000 zł,

- nr 08/2017/EO na okres od 26.05.2017 r. do 25.05.2020 r., na kwotę 385 620,00 zł, w tym sekcja zwłok z opracowaniem histologicznym 30 000 zł.

Wskazane umowy zawarte zostały po przeprowadzonym postępowaniu konkursowym, na podstawie ustawy o działalności leczniczej.

Wartość wystawionych Szpitalowi faktur przez te podmioty opisano w punkcie 9 niniejszego wystąpienia (obszar 2).

(akta kontroli str. 137-210)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że przyczyną zlecenia diagnostyki patomorfologicznej podmiotom zewnętrznym było m.in.:

- zbudowanie interdyscyplinarnego zespołu diagnostów w dziedzinie okulistyki oraz stworzenie bazy tkanek, unikatowej na skalę europejską. Nie bez znaczenia jest fakt, że Zakład Patologii Nowotworów WCO uzyskał licencję Polskiego Towarzystwa Patologów;

- badania dla potrzeb pacjentów z Oddziału Kardiochirurgii i Transplantologii zlecane były do Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu ze względu na fakt, że Ośrodek ten wprowadzał w Szpitalu procedury przeszczepu serca. Wszystkie szkolenia personelu medycznego odbywały się na bazie Centrum w Zabrzu, wykonywano tam także badania z zakresu patomorfologii, które oceniały stan serca po przeszczepie;

- zlecenie sekcji zwłok z opracowaniem histologicznym do Zakładu Patomorfologii Klinicznej Szpitala Klinicznego im. Heliadora Święcickiego UM w Poznaniu podyktowane było względami historycznymi i ekonomicznymi. Zakład ten wchodzi w skład Uniwersytetu Medycznego i stanowi bazę kształcenia studentów, jednocześnie zabezpiecza potrzeby szpitali w zakresie sekcji zwłok.

(akta kontroli str. 219-220)

W Szpitalu nie prowadzono działań mających na celu zidentyfikowanie ewentualnych zagrożeń i słabych punktów zlecenia działalności w tym zakresie podmiotom zewnętrznym.

Specjalista w Dziale Organizacji i Sprzedaży Usług Medycznych dodała, że tylko niewielki zakres diagnostyki patomorfologicznej, która była niezbędna w trakcie leczenia pacjenta w strukturach Szpitala zlecano podmiotom zewnętrznym. W przypadku umowy z WCO, wskazaniem do zawarcia umów były merytoryczne uzasadnienia lekarzy okulistów, a w przypadku umowy ze Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrzu, umowy zawarto z jedynym znanym realizatorem świadczeń z zakresu biopsji serca, w trakcie procedury około przeszczepowej serca.

(akta kontroli str. 137-139)

Według zawartych umów, materiał do badań przekazywano do Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu oraz Szpitala Klinicznego im. H. Święcickiego UM w Poznaniu w terminach uzgodnionych z przyjmującym zlecenie, a w przypadku umów z WCO - w dni robocze codziennie, po zatwierdzeniu przesłania skierowania za pomocą systemu Eskulap.

(akta kontroli str. 140-210)

Kontroli poddano dwa postępowania na udzielenie zamówienia świadczeń diagnostyki patomorfologicznej w kontrolowanym okresie, z pominięciem konkursu ofert, zakończone podpisaniem umów:

- nr 04/2018/EO, na okres od 1.10.2018 r. do 30.09.2021 r. na kwotę 110 303,00 zł,  
- nr 02/2017/EO, na okres od 1.04.2017 r. do 31.03.2019 r., na kwotę 102 800,00 zł.  
Szpital podejmował działania w zakresie zlecenia świadczeń diagnostyki patomorfologicznej podmiotom zewnętrznym z zachowaniem przepisów art. 26 ust. 4a i art. 26a ustawy o działalności leczniczej. Podjęte przez Szpital działania były rzetelne. Szpital nie podzielił zamówienia na części i nie zaniżył jego wartości celem zastosowania art. 26 ust. 4a udl.

(akta kontroli str. 221-226)

9. W umowach o udzielanie świadczeń diagnostyki patomorfologicznej z podmiotami zewnętrznymi zawarto wszystkie wymagane postanowienia oraz regulacje zabezpieczające interesy zlecającego, w tym zapewniona została możliwość sprawowania nadzoru nad realizacją powierzonych świadczeń zdrowotnych.

Kontrolą objęto realizację dwóch umów z podmiotami zewnętrznymi na udzielanie świadczeń w zakresie diagnostyki patomorfologicznej o najwyższej wartości zlecanych badań<sup>12</sup>:

- nr 04/2016/EO, na okres 1.04.2016 - 30.09.2018 na kwotę 117 625,00 zł,  
- nr 02/2019/EO, na okres 1.04.2019 - 31.03.2021, na kwotę 124 400,00 zł.

W toku zawierania umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych dochowano wymogów określonych w art. 27 udl. W treści umów zawarto m.in. regulacje zabezpieczające interesy zlecającego, w tym możliwość sprawowania nadzoru nad realizacją powierzonych świadczeń zdrowotnych.

(akta kontroli str. 227-230)

10. Rozliczeń finansowych z podwykonawcami za wykonywanie badań diagnostyki patomorfologicznej nie dokonywano w pełni prawidłowo:

1) w latach 2017-2019 (I półrocze) Szpital otrzymał odpowiednio 41, 38 i 16 faktur z tytułu zlecenia badań patomorfologicznych. Liczba faktur zapłaconych z opóźnieniem w stosunku do faktur otrzymanych w danym roku wynosiła odpowiednio: 2 (4,88%), 1 (2,63%) i 2 (12,5%);

2) Szpital nie posiadał zobowiązań wymagalnych według stanu na dzień 31 grudnia 2017 r., 31 grudnia 2018 r. oraz 30 czerwca 2019 r., z tytułu zlecenia badań w zakresie diagnostyki patomorfologicznej podwykonawcom.

Do przeterminowanych faktur nie wystawiono Szpitalowi not odsetkowych, w związku z czym Szpital nie zapłacił odsetek karnych.

(akta kontroli str. 241-243)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

1. Zgodnie z postanowieniami dotyczącymi zakładów patomorfologii, zawartymi w załączniku nr 1 w rozdziale X rozporządzenia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą, w skład zakładu patomorfologii wchodzi co najmniej: prosektura (część sekcyjna); pracownia histopatologiczna;

<sup>12</sup> Dokonując wyboru umów do kontroli, wzięto pod uwagę wysokość kwot przeznaczonych na badania histopatologiczne. Wartość świadczeń w zakresie sekcji zwłok z opracowaniem histopatologicznym stanowiła stosunkowo niewielką część kwot wskazanych w umowach ze Szpitalem Klinicznym im. H. Świącickiego Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu.

pomieszczenia administracyjno-socjalne (szatnia, ustępy, jadalnia); sala wydawania zwłok, a w skład pracowni histopatologicznej powinna wchodzić m.in. pracownia formalinowa.

W strukturze Zakładu nie było prosektury (część sekcyjna), sali wydawania zwłok ani pracowni formalinowej.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że prosektura (część sekcyjna) i sala wydawania zwłok nie powstały ze względu na brak uzasadnienia merytorycznego w kontekście ekonomicznym. Natomiast Kierownik Zakładu wyjaśnił, że do Zakładu od początku jego powstania dostarczana była w pełni przygotowana formalina, co wyklucza potrzebę posiadania takiej pracowni.

NIK wskazuje, że zgodnie z art. 22 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, pomieszczenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą powinny odpowiadać wymaganiom odpowiednim do rodzaju wykonywanej działalności leczniczej oraz zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych.

(akta kontroli str. 113-114, 121-128)

2. Do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą nie zgłoszono funkcjonującego w strukturze organizacyjnej szpitala, Zakładu Patomorfologii, tylko trzy pracownie wchodzące w skład tego Zakładu.

Ponadto, w strukturze organizacyjnej Szpitala wyodrębniono komórkę organizacyjną pod nazwą „Pracownia Patomorfologii Serca”, która także nie została zgłoszona do ww. rejestru.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że ze względu na fakt, iż zbudowano i wyposażono tylko trzy pracownie, to do Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Poznaniu złożono wnioski o wydanie opinii sanitarnej na te trzy pracownie, a wpis do rejestru następuje na podstawie decyzji właśnie tego organu. Pracownia Patomorfologii Serca nie prowadzi działalności od 2011 r. i w strukturach Szpitala funkcjonuje wyłącznie jako komórka kosztowa.

(akta kontroli str.100-114)

3. Łączna kwota zobowiązań uiszczonych nieterminowo w okresie objętym kontrolą, z tytułu zlecenia badań w zakresie diagnostyki patomorfologicznej podwykonawcom (pięć z 95 faktur zapłacono z opóźnieniem) wyniosła 18 100,00 zł. Opóźnienia płatności wynosiły od 1 do 15 dni.

Główna księgowa Szpitala wyjaśniła, że przyczynami opóźnień było przekazanie faktur do działu księgowości po terminie płatności, błędne ustalenie terminu płatności w systemie komputerowym Szpitala i postępowanie reklamacyjne.

(akta kontroli str. 241-243)

#### OCENA CZĄSTKOWA

Organizacja udzielania świadczeń zapewniała wykonywanie diagnostyki patomorfologicznej w ramach realizowanych świadczeń opieki zdrowotnej w Szpitalu. Czynności diagnostyki patomorfologicznej wykonywano w pomieszczeniach pracowni spełniających wymagania odpowiednie do rodzaju wykonywanej działalności leczniczej oraz zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych. Badania niewykonywane w Szpitalu zostały prawidłowo zlecane do realizacji podmiotom zewnętrznym.

Zobowiązania wobec podwykonawców regulowano jednak nieterminowo, a do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą nie zgłoszono Zakładu Patomorfologii, tylko trzy pracownie wchodzące w skład tego Zakładu, co nie było zgodne ze strukturą organizacyjną Szpitala.



## 2. Dostępność i jakość świadczeń diagnostyki patomorfologicznej

1. Zatrudnienie w Zakładzie Patomorfologii w latach 2017, 2018 i 2019<sup>13</sup> kształtowało się odpowiednio:

- 1) lekarz patomorfolog: 6, 6, 7,
- 2) lekarz specjalista w dziedzinie hematologii i transplantologii klinicznej: 1, 1, 1,
- 3) diagnosta laboratoryjny: 7, 8, 5,
- 4) technik analityki medycznej: 1, 1, 1,
- 5) biolog, laborant<sup>14</sup>: 3, 3, 3,
- 6) sekretarki: 2, 2, 2.

Łącznie w Zakładzie Patomorfologii w ww. okresach zatrudnionych było odpowiednio: 21, 21 i 19 osób.

(akta kontroli str. 297-299)

W przypadku powierzenia wykonywania diagnostyki patomorfologicznej innym podmiotom leczniczym, w umowach określono następujące wymagania w zakresie personelu: świadczenia mają być wykonywane przez osoby o odpowiednich uprawnieniach (w minimalnej liczbie dwóch osób), zgodnie z wymogami określonymi w odrębnych przepisach<sup>15</sup>.

Nie była przeprowadzana weryfikacja posiadanych zasobów kadrowych podwykonawcy przed zawarciem umowy oraz w trakcie jej obowiązywania.

(akta kontroli str.140-210, 362)

2. Personel zakładu posiadał kwalifikacje zawodowe do wykonywania czynności diagnostyki patomorfologicznej. Kierownik Zakładu posiadał wymagany tytuł specjalisty w dziedzinie patomorfologii<sup>16</sup>. Lekarze patomorfodzy posiadali tytuły specjalistów w dziedzinie patomorfologii, diagnosty laboratoryjni byli wpisani na listę prowadzoną przez Krajową Izbę Diagnostów Laboratoryjnych.

(akta kontroli str. 300, 332-361)

3. Zapewniona była dostępność do lekarza patomorfologa, zgodnie z trybem pracy Zakładu. Według stanu na koniec października 2019 r., w Zakładzie zatrudnionych było czterech lekarzy na umowy o pracę, w łącznym wymiarze 2 i 2/5 etatu oraz czterech lekarzy na tzw. kontraktach. W umowach o udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne (tzw. kontrakty) z lekarzami wykonującymi świadczenia w Zakładzie Patomorfologii zawarto m.in. następujące zapisy:

- lekarze zatrudnieni na podstawie tzw. kontraktów zobowiązani są do udzielania świadczeń przez nie mniej niż 28 godzin w miesiącu, co najmniej jeden raz w tygodniu przez co najmniej siedem godzin, zgodnie z ustalonym z Kierownikiem stałym harmonogramem (§ 2 umów), z wyjątkiem jednego lekarza, który zobowiązany był do wykonywania przedmiotu umowy przez nie mniej niż trzy dni w tygodniu po siedem godzin i 30 minut (§ 2 umowy) dodatkowo, poza godzinami wynikającymi z umowy o pracę,

- lekarze ci są wynagradzani wyłącznie za wykonane badania i w zależności od ich rodzaju (§14 umów).

Kierownik Zakładu opracowywał tygodniowe grafiki pracy lekarzy.

(akta kontroli str. 363-554)

<sup>13</sup> na ostatni dzień października.

<sup>14</sup> Lekarz w trakcie nostryfikacji dyplomu.

<sup>15</sup> Zapis o wykonywaniu świadczenia (w minimalnej liczbie dwóch osób) w umowie ze Szpitalem Klinicznym im. Heliodora Święcickiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu obowiązywał od 26 maja 2017 r., a w umowach ze Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrzu i z WCO przez cały okres objęty kontrolą.

<sup>16</sup> Dyplom nr 0722/2006.1/15 z 24 maja 2006 r.

W Szpitalu nie weryfikowano harmonogramów wykonywania świadczeń przez lekarzy zatrudnionych na podstawie umów cywilnoprawnych (tzw. kontraktach). Ustalony w umowach harmonogram dotyczył wyłącznie określenia ram czasowych dostępności do wykonania świadczenia i czasu oczekiwania na wynik badania.

(akta kontroli str. 572-573)

4. W okresie objętym kontrolą 11 pracowników Zakładu Patomorfologii wzięło udział w 25 szkoleniach, kursach, warsztatach i konferencjach, a ponadto Kierownik Zakładu pozostawał na stypendium naukowym w Stanach Zjednoczonych<sup>17</sup>. Szpital nie posiadał informacji o szkoleniach osób udzielających świadczeń na tzw. kontraktach.

(akta kontroli str. 566-567)

5. W latach 2017, 2018 i I półroczu 2019 r. w Zakładzie:

- liczba ocenionych preparatów mikroskopowych wynosiła odpowiednio: 35 741, 40 671 i 21 330, z tego dla podmiotów zewnętrznych 3, 74 i 126;
- liczba wykonanych badań, tj. postawionych rozpoznań patomorfologicznych, wynosiła odpowiednio: 8974, 9727 i 4739, z tego dla podmiotów zewnętrznych wykonano ich odpowiednio 3, 59 i 91;
- średnia liczba ocenionych preparatów dziennie<sup>18</sup> wynosiła odpowiednio: 87, 101 i 110.

Niewielka liczba badań dla podmiotów zewnętrznych wynikała z faktu, że Zakład Patomorfologii powstał przy udziale Funduszy Norweskich i nie może świadczyć usług komercyjnych przez okres pięciu lat. Zakład uzyskał zgodę Ministerstwa Zdrowia na świadczenie usług podmiotom posiadającym umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia.

(akta kontroli str. 117-120)

6. Skala i zakres wykonywanej diagnostyki patomorfologicznej zapewniały zdobycie doświadczenia przez osoby wykonujące diagnostykę patomorfologiczną w Zakładzie.

Liczba ocenionych preparatów w latach 2017 – 2019 (I półrocze) wyniosła odpowiednio:

- histopatologicznych: 21 380, 24 626 i 13 330,
- immunohistochemicznych: 13 897, 15 522 i 7741,
- histochemicznych: 7748, 8230 i 4948,
- molekularnych: 83, 108 i 50,
- cytologicznych (cytologia aspiracyjna i cytologia złuszczeniowa z wyłączeniem szyjki macicy): 3495, 3420 i 1438,
- cytologicznych z szyjki macicy: 464, 523 i 259.

Liczba ocenionych preparatów była zgodna z warunkami niezbędnymi do uzyskania licencji PTP w zakresie liczby badań: histopatologicznych, immunohistochemicznych i cytologicznych. Niższa liczba badań dotyczyła badań molekularnych i cytologicznych z szyjki macicy.

(akta kontroli str. 117)

7. Obciążenie pracą personelu wykonującego czynności diagnostyki patomorfologicznej.

W Zakładzie była prowadzona ewidencja liczby preparatów ocenianych przez lekarzy pracujących na tzw. kontraktach. W latach 2017 – 2019 (I półrocze) średnio

<sup>17</sup> Stypendium Visiting Fellowship, MGH, Harvard Boston.

<sup>18</sup> Do obliczenia średniej liczby wykonywanych dziennie badań przyjęto liczbę dni, w których faktycznie wykonywane były badania (bez świąt i dni wolnych).

każdy z nich obejrzał odpowiednio 5694, 6534 i 4644 (miesięcznie: 474, 544 i 387; dziennie: 16, 18 i 13) preparatów.

Liczba wykonanych badań patomorfologicznych (wraz z postawieniem rozpoznania patomorfologicznego) przypadająca średnio na jednego patomorfologa, w latach 2017 – 2019 (I półrocze), wynosiła odpowiednio: 1496, 1621 i 677 (miesięcznie: 125, 135 i 56; dziennie: 4, 5 i 2). Liczby tych badań nie przekraczały wyznaczników limitów obciążenia pracą patomorfologów, określonych przez PTP<sup>19</sup> (2500 badań – w zakładach w szpitalach II stopnia referencyjności).

Wzrost liczby badań wynikał ze zwiększenia ilości przyjmowanego do Zakładu materiału do badań. W Zakładzie nie dokonywano analiz wydajności i obciążenia pracą personelu wykonującego czynności diagnostyki patomorfologicznej.

(akta kontroli str. 115-116, 574-576)

#### 8. Czas realizacji badań diagnostyki patomorfologicznej.

Odsetek badań wykonanych w Zakładzie Patomorfologii w czasie:

- do 10 dni kalendarzowych wynosił: w 2017 r. - 27,38 %, w 2018 r. - 23,28 % i w 2019 r. (I półrocze) - 26,17 %.
- od 11 do 20 dni kalendarzowych wynosił: w 2017 r. - 27,92 %, w 2018 r. - 19,89 % i w 2019 r. (I półrocze) - 33,69 %.
- powyżej 20 dni kalendarzowych wynosił: w 2017 r. - 44,7 %, w 2018 r. - 56,82 % i w 2019 r. (I półrocze) - 40,15 %.

(akta kontroli str. 584-587)

Zastępujący Kierownika Zakładu wyjaśnił, że przyczynami długiego oczekiwania na wyniki były:

- niedobór na rynku pracy lekarzy specjalistów z dziedziny patomorfologii,
  - trudne diagnostycznie przypadki, wymagające rozszerzonej diagnostyki,
  - brak podstawowych informacji o poprzednich badaniach pacjentów oraz brak poprzednich preparatów ze zmiany pierwotnej do porównania z bieżącym badaniem.
- W celu monitorowania czasu realizacji badań, trzy razy w tygodniu każdy lekarz otrzymywał wydruk przydzielonych badań ze wskazaną liczbą dni od momentu wydania badania, do oceny.

Ponadto Kierownik Zakładu podjął działania mające na celu monitorowanie czasu od przyjęcia materiału do Zakładu do czasu wydania końcowego wyniku. Należały do nich:

- przedstawienie informatykom wymagań od systemu informatycznego, aby monitorować średni czas oczekiwania na wynik i przyspieszyć proces diagnostyki patomorfologicznej.
- poinformowanie dyrektora oraz ordynatorów o potrzebie wprowadzenia zasady dla pacjentów, którzy byli diagnozowani na nowotwory złośliwe w innym ośrodku, aby przy przyjęciu na oddział dostarczali poprzednie wyniki badań wraz z preparatami,
- przygotowaniu projektu procedury, która ma zapewnić dostarczanie poprzednich wyników badań wraz z preparatami do porównania z badaniami histopatologicznymi wykonywanymi w Szpitalu.

Do zakończenia kontroli NIK, ww. działania nie zostały jednak sfinalizowane.

(akta kontroli str. 593-604)

Kontroli poddano 51 losowo wybranych zleceń/skierowań i wyników badań diagnostyki patomorfologicznej (tj. rozpoznań patomorfologicznych) wykonanych w okresie objętym kontrolą. Stwierdzono, że dokumentacja medyczna (zlecenia/skierowania i wyniki/raporty patomorfologiczne) zawierały daty: pobrania materiału zlecenia, rejestracji przyjęcia materiału do zakładu i wykonania badania. W każdym przypadku, gdy stwierdzono rozpoznanie nowotworu, w ramach

<sup>19</sup> [http://pol-pat.pl/wp-content/uploads/2019/01/00\\_zal4\\_limity-obciazenia\\_licencjePTP\\_ver2019\\_01a.pdf](http://pol-pat.pl/wp-content/uploads/2019/01/00_zal4_limity-obciazenia_licencjePTP_ver2019_01a.pdf)

wykonywania badania podstawowego (tzw. krótkie rozpoznanie patomorfologiczne) wykonywano dodatkową diagnostykę patomorfologiczną, w celu uzyskania niezbędnego zakresu informacji mającego wpływ na dalsze postępowanie terapeutyczne.

(akta kontroli str. 579-583)

Zakład nie prowadził ewidencji umożliwiającej przegląd badań według rozpoznań.

Zastępujący Kierownika Zakładu wyjaśnił, że w przypadku, gdy stwierdzono rozpoznanie nowotworu lub zmiany atypowej wykonywana była pogłębiona diagnostyka, w celu wydania pełnego wyniku badań. Kierownik Zakładu wyjaśnił, że w umowach zawartych z podmiotami zewnętrznymi nie ma zapisów, aby zleceniodawca musiał wyrazić zgodę na dodatkowe badania. W Zakładzie wykonuje się wszystkie potrzebne badania niezbędne do wydania pełnego rozpoznania histopatologicznego.

(akta kontroli str. 577, 578)

9. Sposób prowadzenia ewidencji księgowej pozwalał na uzyskanie rzetelnych informacji o przychodach i kosztach Zakładu.

W latach 2017 – 2019 (I półrocze) Szpital osiągnął przychody netto z tytułu sprzedaży świadczeń diagnostyki patomorfologicznej odpowiednio w kwotach: 1 532,00 zł, 141 726,00 zł i 8 082,00 zł. Stanowiło to 0,0005 %, 0,043 % i 0,005% przychodów netto ze sprzedaży ogółem Szpitala.

W latach 2017 – 2019 (I półrocze) przychody uzyskano z następujących rodzajów badań:

- histopatologiczne oraz wykonanie preparatu z trepanobiopsji 47 120,00 zł (31,1%),
- wykonanie oznaczenia immunohistochemicznego wraz z oceną 104 110,00 zł (68,8%),
- cytologiczne płynów 110,00 zł (0,1%).

(akta kontroli str. 641-647, 649)

Koszty bezpośrednie działalności Zakładu Patomorfologii, według rodzajów, w latach 2017 – 2019 (I półrocze) kształtowały się następująco:

- 1) wynagrodzenia (z tytułu umów o pracę, umów zlecenia i o dzieło): 404 372,17 zł, 478 80,87 zł i 285 016,06 zł,
- 2) usługi obce (w tym medyczne, tzw. kontrakty z lekarzami i konsultacje zewnętrzne badań patomorfologicznych, remontowe lub transportowe): 475 522,26 zł, 570 619,99 zł i 353 550,63 zł,
- 3) zużycie materiałów (w tym np. odczynników chemicznych, materiałów diagnostycznych, sprzętu jednorazowego użytku): 537 981,94 zł, 739 877,14 zł i 172 513,58 zł,
- 4) amortyzacja: 568 080,17 zł, 607 574,56 zł i 309 473,87 zł,
- 5) podatki i opłaty: 0 zł, 1 776,58 zł i 901,28 zł,
- 6) świadczenia ponoszone na rzecz pracowników (np. składki na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne, itp.) 92 292,02 zł, 118 216,55 zł i 64 673,30 zł,
- 7) pozostałe koszty (np. ubezpieczenia OC i majątkowe) 2 547,19 zł, 2 079,43 zł i 1 107,23 zł.

Udział kosztów bezpośrednich Zakładu Patomorfologii w kosztach działalności operacyjnej Szpitala wynosił odpowiednio: 0,63 %, 0,62% i 0,54 %.

(akta kontroli str. 641-645, 650-652)

Wynagrodzenia z tytułu umów o pracę w Zakładzie Patomorfologii, według grup zawodowych, w latach 2017 – 2019 (I półrocze) kształtowały się następująco<sup>20</sup>:

---

<sup>20</sup> Metodą kasową do PIT.

- 1) lekarze: 84 502,96 zł, 99 529,42 zł i 76 643,62 zł, co stanowiło odpowiednio: 17,50%, 17,41% i 23,18% kosztów wynagrodzeń,
- 2) diagnostyci laboratoryjni: 282 150,37 zł, 341 516,31 zł i 184 188,85 zł, co stanowiło odpowiednio: 58,43%, 59,73% i 55,71% kosztów wynagrodzeń,
- 3) technicy: 38 574,75 zł, 43 328,90 zł i 23 619,34 zł, co stanowiło odpowiednio: 7,99%, 7,58% i 7,14% kosztów wynagrodzeń,
- 4) personel pomocniczy: 77 663,33 zł, 87 408,96 zł i 46 158,00 zł, co stanowiło odpowiednio: 16,08%, 15,29% i 13,96% kosztów wynagrodzeń.

(akta kontroli str. 658-661)

Koszty poniesione na realizację umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych (tzw. kontrakty) wyniosły 429 010,00 zł, 493 502,12 zł i 285 212,87 zł.

(akta kontroli str. 641-644)

Koszty pośrednie<sup>21</sup> działalności Zakładu Patomorfologii wyniosły: w 2017 r. - 252 078,48 zł, a w 2018 r. - 464 893,96 zł. Do zakończenia kontroli NIK koszty pośrednie za I półrocze 2019 r. nie zostały rozliczone.

Łączne koszty działalności Zakładu Patomorfologii w latach 2017 – 2018 wyniosły odpowiednio 2 333 024,39 zł i 2 983 551,43 zł.

(akta kontroli str. 641-644, 650-652)

Przy naliczeniu kosztów pośrednich Zakładu Patomorfologii, w Szpitalu używane były różne klucze podziałowe dla różnych jednostek podlegających rozliczeniu. Koszty badań patomorfologicznych nie były przypisywane do poszczególnych rodzajów świadczeń.

(akta kontroli str. 644, 650-652)

Koszty badań diagnostyki patomorfologicznej w kosztach ogółem realizowanych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w skali danego roku w latach 2017 - 2018 stanowiły odpowiednio: 0,80% i 0,93%. Do zakończenia kontroli NIK w Szpitalu nie rozliczono kosztów pośrednich za I półrocze 2019 r.

(akta kontroli str. 650-652)

Szpital w latach 2017 – 2019 (I półrocze) nie dokonywał analizy kosztów prowadzonej działalności w zakresie diagnostyki patomorfologicznej.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że dopiero w pierwszej połowie 2016 r. w Szpitalu utworzono ponownie Zakład Patomorfologii, który w pierwszym roku funkcjonowania budował i rozwijał działalność, stopniowo przejmując zlecana do tej pory na zewnątrz część świadczeń histopatologicznych. W tym okresie przygotowano jedynie wycenę kosztów bezpośrednich badań wykonywanych w pracowni (dokonano wyceny kart technologicznych dla badań wykonywanych w Zakładzie). Na bazie małego zasobu danych niemożliwe było przeprowadzenie kompleksowej i obiektywnej analizy. Szpital zatem, mając na uwadze zarówno sytuację finansową jednostki, jak i dynamicznie zmieniające się w ostatnich latach rozwiązania w ochronie zdrowia, będzie podejmował takie analizy w najbliższych latach (pierwsza na przełomie 2019/2020).

(akta kontroli str. 752)

---

<sup>21</sup> Na koszty pośrednie składają się koszty: zarządu, administracji, warsztatów, działu służb pomocniczych, informatyki, apteki i poradni badań okresowych.

Koszty badań w zakresie patomorfologii zlecane podmiotom zewnętrznym<sup>22</sup> w latach 2017-2019 (do 30 czerwca) wyniosły odpowiednio: 79 235,00 zł, 123 851,00 zł i 76 343,00 zł (razem 279 429,00 zł).

(akta kontroli str. 654-657)

Przykładowe ceny jednostkowe badań patomorfologicznych zleczanych do realizacji podmiotom zewnętrznym w latach 2017 – 2019 (I półrocze) kształtowały się następująco:

- biopsja pod kontrolą KT – 95 zł,
- biopsja pod KT (pobranie) – 150 zł,
- markery 1 - 65 zł i od 1 października 2018 r. - 63 zł
- wycięcie całej zmiany i liczne wycinki: 50 zł i od 1 stycznia 2019 r. 48 zł,
- resekcja całego narządu - Biopsje "wieloblokowe onkologiczne" – 140 zł,
- badanie cytologiczne płynów z jam ciała – 60 zł,
- konsultacja – 150 zł,
- FISH – 650 zł,
- biopsja HE – 110zł,
- biopaty MASSON – 110 zł,
- biopsja amyloid – 170 zł,
- C3d – 210 zł,
- C4d – 220 zł,
- CD 68 – 220 zł,
- sekcja zwłok z opracowaniem histologicznym – 500 zł.

(akta kontroli str. 654-657)

Na podstawie 10 faktur o najwyższych kwotach na łączną kwotę 69 623 zł ustalono, że ceny badań zafakturowanych były zgodne z cenami określonymi w umowach, a wykonywane badania objęte były umowami.

(akta kontroli str. 248-296)

10. Zakład posiadał wyposażenie właściwe dla zakresu prowadzonej działalności<sup>23</sup>, jednakże nie zapewnił wymaganej częstotliwości przeprowadzania przeglądów technicznych sprzętu i aparatury wykorzystywanej do wykonywania diagnostyki patomorfologicznej (szczegółowy opis w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli str. 662-669, 685-687)

W Szpitalu prowadzono rejestr wyników badań pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy oraz przeprowadzano badania w tym zakresie, lecz badania te nie były realizowane z wymaganą częstotliwością. (szczegółowy opis w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli str. 688-706, 707-718)

11. Procedury zapewniające prawidłowość i jakość wykonywania diagnostyki patomorfologicznej.

W Zakładzie opracowano 52 procedury w Pracowni Histopatologii, dziewięć w Pracowni Cytologii oraz 18 procedur w Pracowni Immunohistochemii (łącznie 79 procedur). Opracowano także 32 karty charakterystyki sprzętu znajdującego się w Pracowni Histopatologii, dwie w Pracowni Cytologii oraz sześć w Pracowni Immunohistochemii (łącznie 40 sztuk). Ponadto, w Zakładzie funkcjonują procedury

<sup>22</sup> WCO, Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu i Szpital Kliniczny im. H. Święcickiego Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu.

<sup>23</sup> Zakład dysponował aparaturą medyczną obejmującą m.in.: mikroskopy, zatapiarkę parafinową, mikrotomy (do krojenia blozków parafinowych), cieplarki, dygestorium chemiczne, procesor tkankowy i kriostat; razem 85 sztuk aparatury medycznej (w tym 50 sztuk środków trwałych), z tego 6 było wdzierżawionych na podstawie umów dzierżawy.

stałej wewnętrznej kontroli jakości, procedury dotyczące zlecenia badań i postępowania z materiałem, a także wykrywania błędów diagnostycznych.

W Zakładzie nie opracowano procedur:

1) stałego nadzoru i monitorowania, obejmujących:

- analizę zewnętrznych konsultacji patomorfologicznych;
- analizę problemów technicznych i diagnostycznych oraz sposób ich rozwiązywania.

Zastępujący Kierownika Zakładu zadeklarował, że do czasu upływu okresu dostosowawczego przewidzianego w rozporządzeniu w sprawie standardów organizacyjnych opieki zdrowotnej w dziedzinie patomorfologii<sup>24</sup> (10 styczeń 2020 r.), zostaną one opracowane.

(akta kontroli str. 724-729, 765-767)

2) utylizacji materiału.

Zastępujący Kierownika Zakładu Patomorfologii wyjaśnił, że utylizacji odpadów dokonywano na podstawie obowiązującej w Szpitalu instrukcji IN-Zm.9-1 „Postępowanie z odpadami”. W związku z wejściem od stycznia 2020 r. rozporządzenia w sprawie standardów organizacyjnych opieki zdrowotnej w dziedzinie patomorfologii, w trakcie kontroli NIK opracowano projekt procedury „Gospodarowanie odpadami medycznymi” i przedstawiono go Kierownikowi Zakładu do zatwierdzenia. Do czasu zakończenia kontroli projekt ten nie został zatwierdzony.

(akta kontroli str. 724-729)

12. Przestrzeganie procedur zostało zapewnione poprzez szkolenia z ich stosowania. Współpraca pomiędzy lekarzami patomorfologami a lekarzami klinicystami polegała na konsultacjach zarówno telefonicznych, jak i osobistych, a także spotkaniach konsyliowych, które odbywały się w Szpitalu w każdy czwartek. Materiały do badań patomorfologicznych przekazywane były do Zakładu na bieżąco, codziennie. Nie dokumentowano odległości transportu materiału, ani czasu jego przewożenia.

Na próbie wybranych sześciu materiałów, które były transportowane w celu wykonania badania w 2017 i 2018 r. (po trzy badania z każdego roku) sprawdzono stosowanie opracowanej i wdrożonej procedury w praktyce. Nie stwierdzono rozbieżności stanu faktycznego z wymaganym.

(akta kontroli str. 734-737, 788-817)

13. W Zakładzie prowadzono stałą wewnętrzną kontrolę jakości. Możliwość prześledzenia całego procesu diagnostycznego umożliwiał system Eskulap. W systemie odnotowywano m.in. datę, godzinę oraz nazwisko pracownika, który dokonuje przyjęcia, bądź przekazania materiału do kolejnej pracowni, a także wydanie go w postaci preparatów mikroskopowych do oceny lekarzowi, który ma je ocenić. Wynik końcowy wstępny, jak i końcowy, wpisywany był do systemu Eskulap i zatwierdzany przez lekarza wydającego wynik (oceniającego badanie).

Prowadzone były analizy błędów przedlaboratoryjnych, w postaci kart niezgodności. W 2018 r. stwierdzono 20 niezgodności, a w 2019 r. - 11 (ostatnia z 4.10.2019 r.). Każdego roku, najczęstszym błędem przedlaboratoryjnym było błędnie wystawione skierowanie, w którym niewłaściwie opisano sposób pobrania, bądź też topografię badanej zmiany.

W wyniku prowadzonej kontroli wewnętrznej, stwierdzono brak błędów diagnostycznych i pełną zgodność rozpoznań patomorfologa oceniającego i kontrolującego. Przeprowadzone zostały następujące kontrole wewnętrzne:

<sup>24</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 grudnia 2017 r. w sprawie standardów organizacyjnych opieki zdrowotnej w dziedzinie patomorfologii (Dz. U. z 2017 r. poz. 2435).

- a) badań histopatologicznych - 10 kontroli w dniu 10.06.2019 r.,
- b) badań śródoperacyjnych - 5 kontroli w dniu 29.01.2019 r.,
- c) badań cytologicznych - 20 kontroli, z tego 10 wykonanych w miesiącu styczniu 2019 r. i 10 w miesiącu marcu 2019 r.,
- d) badań immunohistochemicznych - 20 kontroli z miesiąca lutego 2019 r.

Łącznie przeprowadzono 55 kontroli. W żadnej z nich nie stwierdzono rozbieżności w rozpoznaniu. Kontrole te były dokumentowane protokołami ze spotkań lekarzy patomorfologów, podczas których badania wykonywane w Zakładzie były po raz kolejny oceniane i konsultowane.

Odpowiedzialność za prowadzenie wewnętrznej kontroli jakości została przypisana Kierownikowi Zakładu oraz koordynatorowi Pracowni Histopatologii i Cytologii oraz ds. Jakości.

(akta kontroli str. 765-767)

#### 14. Kontrole zewnętrzne przeprowadzane w Zakładzie

W okresie objętym kontrolą w Zakładzie były prowadzone kontrole zewnętrzne przez Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Poznaniu (opisane w pkt II.10 niniejszego wystąpienia) oraz przez Ministerstwo Finansów w zakresie poprawy oraz dostosowania diagnostyki i terapii nowotworów do trendów demograficzno-epidemiologicznych regionu z zapewnieniem optymalizacji postępowania i profilaktyki. Nieprawidłowości nie stwierdzono.

(akta kontroli str. 743-744)

W umowach z podmiotami, którym powierzono wykonywanie diagnostyki patomorfologicznej zawarto zapisy o uprawnieniu Szpitala do przeprowadzania kontroli prawidłowości wykonywania umowy. Kontrole takie nie były jednak prowadzone.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że są to podmioty lecznicze działające od wielu lat, zatrudniające wybitnych specjalistów, są także jednostkami referencyjnymi i szkolącymi w dziedzinie patomorfologii.

(akta kontroli str. 755-760)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

1. Lekarze zatrudnieni w Zakładzie Patomorfologii na podstawie tzw. kontraktu, w formie indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej, byli wynagradzani wyłącznie za wykonane badania i w zależności od ich rodzaju (§ 14 umów). Zobowiązani oni byli do udzielania świadczeń przez nie mniej niż 28 godzin w miesiącu, co najmniej jeden raz w tygodniu, przez co najmniej siedem godzin, zgodnie z ustalonym z Kierownikiem stałym harmonogramem (§ 2 umów).

Szpital nie weryfikował jednak spełnienia ww. wymogu dotyczącego wymiaru udzielania świadczeń.

Kierownik Zakładu Patomorfologii wyjaśnił, że w umowach zawartych w ramach indywidualnych praktyk lekarskich nie ma zapisu dotyczącego potwierdzania czasu wykonywania świadczeń przez lekarzy specjalistów z dziedziny patomorfologii. Lekarze przedkładają rachunki i załączniki z ilości obejrzanych preparatów. Jest to praca zadaniowa, a nie godzinowa wynikająca z umowy z lekarzem specjalistą z dziedziny patomorfologii. W ramach wewnętrznej weryfikacji pracy opracowywane były grafiki tygodniowe lekarzy, potwierdzone przez Kierownika Zakładu.

NIK wskazuje, że z zapisów ww. umów wynika obowiązek udzielania świadczeń w konkretnym wymiarze czasowym, co aktualizuje konieczność rejestrowania czasu udzielania świadczeń.

(akta kontroli str. 363-530, 555-556)



2. Badania i pomiary czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy odbywały się w Zakładzie co roku. Badanie z 25 kwietnia 2017 r. wykazało stężenie formaldehydu na poziomie 0,144 mg/m<sup>3</sup>, przeprowadzone 19 kwietnia 2018 r. wykazało stężenie formaldehydu w wielkości 0,049 mg/m<sup>3</sup>, a wynik badania z 30 kwietnia 2019 r. wykazał poziom stężenia 0,022 mg/m<sup>3</sup>. Taka częstotliwość przeprowadzania badań (w okresie pomiędzy kwietniem 2017 r. a kwietniem 2018 r.) była niezgodna z § 6 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011 r. w sprawie badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy<sup>25</sup> (badania w tym okresie powinny być wykonywane co najmniej raz na sześć miesięcy).

St. specjalista ds. BHP wyjaśnił, że niedokonywanie pomiarów z częstotliwością określoną przepisami wynikało z niewłaściwej interpretacji ww. przepisu.

(akta kontroli str. 707-718)

3. Maksymalny termin realizacji badań patomorfologicznych (Oddział Okulistyki) według umowy z WCO wynosił 9 dni roboczych (średnio około 14 dni kalendarzowych). Według danych z systemu Eskulap w latach 2017-2019 (I półrocze) WCO zrealizowało dla SKPP 559 badań patomorfologicznych w następujących terminach (dni kalendarzowe): do 10 dni – 281, od 11 do 20 dni – 214, od 21 do 30 dni – 46, od 31 do 41 dni – 6, od 42 do 124 dni – 12.

W terminach powyżej 14 dni wykonano 111 (19,9%), tj. blisko jedną piątą badań.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że lekarze z Oddziału Okulistyki monitorowali wyniki, które nie docierały w terminie czterech tygodni (termin kontroli pacjenta w najczęstszym schemacie). Wyników w tym terminie brakowało niezwykle rzadko, wręcz sporadycznie. Wyjaśnianie odbywało się drogą telefoniczną, przez bezpośredni kontakt z Zakładem Patologii Nowotworów WCO. W ocenie lekarzy Poradni Onkologii Okulistycznej, po monicie telefonicznym wyniki uzyskiwane były natychmiastowo, tego samego dnia. Często przyczyną opóźnień była aktualizacja systemu informatycznego Eskulap, która powodowała problemy na poziomie przesyłu danych pomiędzy WCO i Szpitalem.

Według zapisów umów na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie badań patomorfologicznych zawartych pomiędzy Szpitalem, a WCO przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do zapłaty kar na rzecz udzielającego zamówienie w wysokości 0,2% wartości umowy za każdy dzień opóźnienia wykonania usługi, nie więcej niż 10% wartości zamówienia.

Szpital nie obliczał i nie występował do WCO o zapłatę kar umownych z tytułu opóźnień wykonania świadczeń.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że brak aktywności Szpitala w tym zakresie wynikał z tego, że lekarze z Oddziału Okulistyki nie zgłaszali problemów z terminowością badań, gdyż wszelkie niejasności rozwiązywali z wykonawcą badań i nie zgłaszali uwag do Działu Organizacji i Sprzedaży Usług Medycznych. Współpraca z WCO była oceniana pozytywnie, zarówno pod kątem jakości wyników, jak i wystarczającej terminowości. Nie zgłaszano zastrzeżeń odnośnie tych obszarów działalności.

(akta kontroli str. 631-633, 755-760)

4. Według umów na sekcję zwłok z opracowaniem histologicznym, czas oczekiwania na wynik badania makroskopowego powinien wynosić dwa dni.

<sup>25</sup> Dz. U. z 2011 r. Nr 33, poz. 166.

W okresie objętym kontrolą zlecono wykonanie 65 takich badań, z których 46 Szpital Kliniczny im. H. Święcickiego Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu wysłał do Szpitala w terminach przekraczających określone w umowach dwa dni.

Według zapisów umów o realizację świadczeń zdrowotnych, przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do zapłaty kar na rzecz udzielającego zamówienie w wysokości 0,2% wartości umowy za każdy dzień opóźnienia wykonania usługi, nie więcej niż 10 % wartości zamówienia.

Szpital nie obliczał i nie występował do Szpitala Klinicznego im. H. Święcickiego o zapłatę kar umownych z tytułu opóźnień wykonania świadczeń.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że w przypadku badań sekcyjnych lekarze zlecający badania komunikowali się bezpośrednio z patologami i nie odnotowano żadnych uwag w zakresie współpracy oddziałów z Zakładem Patomorfologii Szpitala Klinicznego im. H. Święcickiego. Wyniki badań sekcyjnych służą celom badawczym, wyjaśnianiu wątpliwości lekarzy leczących i nie wpływają już na stan pacjenta.

(akta kontroli str. 745-747, 755-760)

5. W okresie objętym kontrolą prowadzone były przeglądy sprzętu i aparatury medycznej, jednakże odbywały się one z częstotliwością nie wynikającą ze wskazań producentów. Szczegółowym badaniem objęto 50 sztuk sprzętu i aparatury medycznej. Stwierdzono, że:

- 1) siedem urządzeń nie zostało w terminie poddanych przeglądom, przeglądy sześciu urządzeń, zrealizowano dopiero w toku kontroli NIK,
- 2) 14 urządzeń poddano przeglądom w terminach od 6 do 90 dni po dacie zaleconego przeglądu technicznego,
- 3) dwa urządzenia zostały poddane przeglądowi tylko jeden raz w ciągu trzyletniego okresu eksploatacji, pomimo obowiązku dokonywania corocznych przeglądów.

Kierownik Sekcji Aparatury Medycznej podała w wyjaśnieniu m.in., że w związku ze zmianami kadrowymi, które miały miejsce w Sekcji Aparatury Medycznej (został zatrudniony nowy zespół) i Zakładzie Patomorfologii (nowy Koordynator przetarg na przeglądy został ogłoszony w listopadzie 2018 i nie zawierał wszystkich urządzeń będących na wyposażeniu Szpitala. Oprogramowanie do monitorowania serwisowania urządzeń zostało wdrożone od sierpnia 2018 r. i baza jest cały czas w trakcie aktualizacji. Dlatego też nie było możliwości skorzystania z niej w całości podczas przygotowywania przetargu. Dla sprzętów, które nie zostały włączone do przetargu, a na których należało wykonać przegląd techniczny (po informacjach jakie zostały przekazane od użytkowników) prace serwisowe zostały zlecone w trybie zamówienia publicznego do 30.000 Euro. Procedura ta jest długotrwała i wiąże się ze spełnieniem określonych formalności i uzyskaniem zgód Dyrekcji. Dodatkowo wezwany serwis ma swój plan pracy i dostępności, co może powodować, że realizacja zleceń może odbywać się w wydłużonym czasie.

(akta kontroli str. 668-684)

6. Zakład Patomorfologii zajmował się m.in. realizacją świadczeń na rzecz podmiotów zewnętrznych. Zleceniodawcom tym nie udostępniono procedur dotyczących: zlecenia badań, pobierania materiału, jego transportu, przyjęcia, przechowywania i udostępniania, wskazanych w § 3 ust. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardów organizacyjnych opieki zdrowotnej w dziedzinie patomorfologii.

Zastępujący Kierownika Zakładu Patomorfologii wyjaśnił, że jednostki zewnętrzne zlecające badania histopatologiczne, są jednostkami specjalistycznymi, w związku z tym posiadają niezbędną wiedzę na temat sposobu i warunków transportu materiału histopatologicznego do badań histopatologicznych. Dostarczone do tej pory materiały od jednostek zewnętrznych zawsze spełniały kryteria prawidłowego przechowania i transportu materiału histopatologicznego.

NIK wskazuje, że dyspozycja § 3 ust. 3 ww. rozporządzenia nakazuje wprost kierownikowi zakładu patomorfologii udostępnienie zleceniodawcom ww. procedur.

(akta kontroli str. 578, 723-733)

7. Do czasu niniejszej kontroli nie wprowadzono: procedur stałej wewnętrznej kontroli jakości badań w zakresie analizy zewnętrznych konsultacji patomorfologicznych i analizy problemów technicznych i diagnostycznych i sposobów ich rozwiązywania oraz jej dokumentacji, o których mowa w § 7 ust. 2 i 4 rozporządzenia w sprawie standardów w patomorfologii, a także procedury utylizacji materiału, o której mowa w § 3 ust. 3 pkt 5 tegoż rozporządzenia. Niewprowadzenie tych regulacji na 3 miesiące przed upływem terminu na dostosowanie działalności do wymagań określonych ww. rozporządzeniem (przez okres 21 miesięcy od wejścia w życie ww. rozporządzenia), w ocenie NIK, nie sprzyja prawidłowej realizacji zadań w tym zakresie.

(akta kontroli str. 724-729, 765-789)

#### OCENA CZĄSTKOWA

NIK pozytywnie ocenia organizację wykonywania w szerokim zakresie badań z zakresu diagnostyki patomorfologicznej, zapewnienie odpowiedniej liczby personelu medycznego w stosunku do skali prowadzonej działalności, przeprowadzanie badań przez osoby posiadające kwalifikacje, wdrożenie i przestrzeganie części procedur w celu zapewnienia jakości wykonywanej diagnostyki patomorfologicznej oraz prowadzenie stałej wewnętrznej kontroli jakości, a także przestrzeganie wytycznych i standardów.

NIK negatywnie ocenia natomiast wykonywanie badań z wykorzystaniem sprzętu i aparatury nieposiadającej aktualnych badań technicznych, nieudostępnienie podmiotom zewnętrznym procedur, nieegzekwowanie terminów realizacji umów na badania zlecane podmiotom zewnętrznym, a także nieopracowanie do momentu zakończenia kontroli NIK wszystkich procedur stałego nadzoru i monitorowania oraz niezatwierdzenie procedury utylizacji materiału. Ponadto, w latach 2017-2018 nieprzeprowadzenie, z odpowiednią częstotliwością, badań i pomiarów występujących w Zakładzie czynników szkodliwych dla zdrowia.

## 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. dostosowanie struktury organizacyjnej Szpitala w części dotyczącej Zakładu do zapisów rozporządzenia w sprawie szczegółowych wymagań podmiotu wykonującego działalność leczniczą,
2. terminowe regulowanie zobowiązań za usługi diagnostyki patomorfologicznej wykonywane przez podmioty zewnętrzne,
3. rejestrację czasu wykonywania świadczeń przez lekarzy wykonujących świadczenia na podstawie tzw. kontraktów w zakresie wynikającym z zawartych umów lub uregulowania tego zagadnienia w innej formie,

4. prowadzenie pomiarów stężenia czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy z wymaganą częstotliwością,
5. monitorowanie terminowości realizacji świadczeń wykonywanych przez podmioty zewnętrzne na rzecz Szpitala i egzekwowanie kar umownych,
6. terminowe prowadzenie przeglądów sprzętu i aparatury laboratoryjnej wykorzystywanej do wykonywania badań z zakresu diagnostyki patomorfologicznej,
7. udostępnienie podmiotom zewnętrznym procedur wymienionych w § 3 ust. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardów organizacyjnych opieki zdrowotnej w dziedzinie patomorfologii,
8. wprowadzenie wszystkich wymaganych procedur stałej wewnętrznej kontroli jakości badań oraz procedury utylizacji materiału.

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 Poznaniu. 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 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.

Poznań, 11 grudnia 2019 r.

Kontroler  
Maciej Kowalski  
specjalista k. p.

Najwyższa Izba Kontroli  
Delegatura w Poznaniu  
z up. Dyrektora  
Grzegorz Malesiński  
p.o Wicedyrektor

.....  
*podpis*

.....  
*podpis*