



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Poznaniu

LPO.410.019.02.2019

Wojciech Szafrąński
Dyrektor
Szpitala Specjalistycznego w Pile
ul. Rydygiera 1, 64-920 Piła

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

zmienione zgodnie z treścią uchwały nr KPK-KPO.443.009.2020 Komisji
Rozstrzygającej z 24 stycznia 2020 r.

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

I.

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Szpital Specjalistyczny w Pile, ul. Rydygiera 1, 64-920 Piła (dalej: Szpital)
Kierownik jednostki kontrolowanej	Wojciech Szafrąński, Dyrektor Szpitala Specjalistycznego w Pile, od 1 sierpnia 2019 r. (dalej: Dyrektor). Poprzednio, od 1 do 31 lipca 2019 r. obowiązki Dyrektora pełniła Aldona Pietrysiak, a wcześniej od 26 czerwca 2014 r. do 30 czerwca 2019 r. Dyrektorem był Rafał Fanfarek-Szuca.
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 19 listopada 2019 r.), 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. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ¹
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Poznaniu
Kontrolerzy	Joanna Piasecka-Girguś, inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LPO/131/2019 z 13 września 2019 r. Alicja Zdych, doradca ekonomiczny, upoważnienie do kontroli nr LPO/136/2019 z 18 września 2019 r.

(akta kontroli str. 1-4)

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

II. Ocena ogólna² kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

W latach 2017-2019 (pierwsza połowa) Szpital zapewnił w odpowiednim zakresie diagnostykę patomorfologiczną w ramach realizowanych świadczeń opieki zdrowotnej. Czynności diagnostyki patomorfologicznej wykonywane były w pomieszczeniach Zakładu Patomorfologii Szpitala (dalej: *Zakład*) spełniających odpowiednie wymagania i z wykorzystaniem aparatury posiadającej aktualne badania techniczne. Pracownicy Zakładu posiadali odpowiednie kwalifikacje zawodowe do wykonywania czynności diagnostyki patomorfologicznej, a w celu zapewnienia wymaganej jakości badań, brali udział w szkoleniach zarówno zewnętrznych, jak i wewnętrznych.

Szpital prawidłowo dokonywał rozliczeń finansowych z podwykonawcami, a ceny za zrealizowanie badania były zgodne z cenami określonymi w umowach. Sposób prowadzenia ewidencji księgowej pozwalał na uzyskanie rzetelnych informacji o przychodach i kosztach Zakładu, jednak brak przeprowadzania analiz ekonomicznych i niekorzystanie z zasobów informacji zawartych w ewidencji księgowej doprowadziły do wykonywania usług po cenach niższych niż kalkulacja kosztów, co NIK ocenia negatywnie pod względem kryterium gospodarności.

NIK negatywnie ocenia także przeprowadzenie jednego konkursu ofert, z pominięciem części wymagań określonych ustawą o działalności leczniczej oraz zawarcie sześciu umów na ocenę preparatów z lekarzami patomorfologami. Zapisy tych umów nie gwarantowały Szpitalowi żadnych terminów realizacji usług oraz nie określały miejsca, w którym miały być prowadzone. NIK negatywnie oceniła również zawarcie umów zleceń z czterema pracownikami Zakładu w zakresie tożsamym z zadaniami wykonywanymi w ramach stosunku pracy. Obsada kadrowa w Zakładzie, w szczególności na stanowisku patomorfologa, była niewystarczająca, co skutkowało koniecznością ustalania terminów operacji, podczas których wymagane było przeprowadzenie badań śródoperacyjnych, w okresach obecności w pracy Kierownika Zakładu oraz zawieraniem dodatkowych umów cywilnoprawnych z pracownikami, z naruszeniem ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy³. Istotnym elementem opóźniającym postawienie końcowej diagnozy były terminy wykonywania ocen preparatów przez podmioty zewnętrzne, na co zdecydowany wpływ miała konieczność transportu materiału i preparatów. Ponadto brak opracowania i wdrożenia wszystkich procedur oraz zasad kontroli jakości może wpływać negatywnie na prawidłowość i jakość wykonywanych czynności diagnostyki patomorfologicznej oraz nie daje możliwości kontroli poszczególnych etapów wykonywania badań.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowej⁴ kontrolowanej działalności

OBSZAR

1. Organizacja wykonywania czynności diagnostyki patomorfologicznej.

Opis stanu faktycznego

1.1. Szpital zapewniał wykonywanie niezbędnej diagnostyki patomorfologicznej w ramach wykonywanych procedur medycznych, udzielając świadczeń

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

³ Dz. U. z 2019 r., poz. 1040

⁴ 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.

gwarantowanych w zakresie: leczenia szpitalnego⁵ (w tym również chemioterapii w trybie jednodniowym oraz hospitalizacji), świadczeń w szpitalnym oddziale ratunkowym, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (świadczeń w zakresie onkologii oraz świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych: badań endoskopowych tj. kolonoskopii i gastroskopii).

Szpital zapewniał realizację następujących badań:

- histopatologicznych (w tym histochemicznych), histopatologicznych śródoperacyjnych, cytologicznych oraz sekcje⁶, które wykonywał samodzielnie, a także

- immunohistochemicznych oraz molekularnych, które zlecał podmiotom zewnętrznym,

- histopatologicznych kości i szpiku (zlecanych podmiotom zewnętrznym bezpośrednio przez Oddziały Szpitala).

Szpital korzystał także z konsultacji rozpoznań oraz wysyłał preparaty do oceny do podmiotów zewnętrznych.

(akta kontroli str. 155-160, 164-179, 432)

1.2. Diagnostykę patomorfologiczną wykonywał funkcjonujący w strukturze Szpitala Zakład, w skład którego wchodziła Pracownia Histopatologiczna i Cytologiczna oraz Pracownia Anatomopatologiczna – Prosektorium. Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa wyjaśniła, że do 11 stycznia 2020 r., tj. w terminie przewidzianym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 18 grudnia 2017 r. w sprawie standardów organizacyjnych opieki zdrowotnej w dziedzinie patomorfologii⁷, Szpital zamierza rozpocząć wykonywanie przez Zakład Patomorfologii badań immunohistochemicznych.

(akta kontroli str. 38-154, 164-179)

Podmioty, w których są wykonywane badania patomorfologiczne, miały dwa lata na dostosowanie się do wymagań zawartych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie standardów w patomorfologii, a termin ten upływie 11 stycznia 2020 r. Dotychczas Szpital nie podjął żadnych prac związanych z rozpoczęciem realizacji badań immunohistochemicznych w Zakładzie, więc pozostały czas do wdrożenia wykonywania tych badań w miejscu może - zdaniem NIK - okazać się zbyt krótki, aby Szpital spełnił w wymaganym terminie wymóg wykonywania badań immunohistochemicznych w miejscu.

1.3. Szpital posiadał aktualny wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, w którym Zakład został wpisany w pozycji 58., jako komórka organizacyjna zakładu leczniczego. W ramach realizowanych funkcji Zakładu wskazano: HC.4.1 Badania laboratoryjne, HC.4.9 Pozostałe usługi pomocnicze, HC.6.7 Oświata i promocja zdrowia, HC.R.2 Kształcenie i szkolenie personelu medycznego, HC.R.3 Badania i rozwój w ochronie zdrowia, HC.4.8.1 Cytologia, HC.4.8.2 Histopatologia⁸. Zakład funkcjonował w strukturze Szpitala od 8 września 1988 r.

(akta kontroli str. 161-163)

⁵ M.in. chirurgia: dziecięca, klatki piersiowej, ogólna, onkologiczna oraz kardiologia, dermatologia, nefrologia, neurologia, okulistyka, otolaryngologia, położnictwo i ginekologia, urologia, reumatologia, anestezjologia i intensywna terapia.

⁶ Co zostało ujęte w kolejno obowiązujących Regulaminach organizacyjnych Szpitala i regulaminach Zakładu Patomorfologii (dalej: Zakład).

⁷ Dz. U. poz. 2435, dalej: rozporządzenie w sprawie standardów.

⁸ <https://rpwdl.csioz.gov.pl/RPM/DetailsConfirm?Id=14824>

1.4. W okresie objętym kontrolą Zakład posiadał kolejno dwie licencje wydane przez Komisję Polskiego Towarzystwa Patologów⁹ na wykonywanie badań histopatologicznych, cytologicznych (w zakresie cytologii aspiracyjnej cytologii złączeniowej z wyłączeniem cytologii szyjki macicy) i sekcyjnych. Aktualna licencja jest ważna do 30 września 2021 r.

(akta kontroli str. 180-182)

1.5. Według stanu na dzień 8 października 2019 r. (data oględzin przeprowadzonych w toku kontroli NIK), Zakład spełniał wymagania określone 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 leczniczą¹⁰.

W skład Zakładu wchodziły „Pracownia histopatologiczna i cytologiczna” oraz „Pracownia anatomopatologiczna – prosektorium”.

W skład „Pracowni histopatologicznej i cytologicznej” wchodziły pomieszczenia: administracyjno-socjalne (odrębnie: sekretariat, ustępy, szatnia, pokój socjalny); magazyn szkła i odczynników; archiwum wyników, kostek parafinowych i szkiełek; pokój formalinowy, pracownia mikroskopowa stanowiąca jednocześnie gabinet Kierownika Zakładu, podręczny magazynek odczynników i „podręczne archiwum”. W trzech pomieszczeniach wykonywane były zadania pracowni preparatów histologicznych; pracowni cytologicznej, pracowni technik specjalnych (histochemicznych) oraz pracowni formalinowej. Ponadto, w jednym pomieszczeniu zorganizowana była „pracownia mikroskopowa” służąca celom edukacyjnym, stanowiąca gabinet rezydenta.

Do Zakładu prowadziły osobne wejścia dla personelu, przywożonych zwłok, osób bliskich zmarłemu i wydawania zwłok. Dojazd do sali wydawania zwłok nie był widoczny z okien oddziałów łóżkowych, przychodni i innych części szpitala dostępnych dla pacjentów. Prosektura była dostępna przez służbę szatniową, a w Zakładzie znajdowała się chłodnia do przechowywania zwłok.

(akta kontroli str. 183-186)

1.6. W okresie objętym kontrolą w Szpitalu przeprowadzonych zostało przez Wojewódzką Stację Sanitarno-Epidemiologiczną¹¹ pięć kontroli¹², których zakres dotyczył Zakładu Patomorfologii. Trzy z nich były to kontrole sprawdzające realizację wykonania zaleceń ujętych w protokole z kontroli przeprowadzonej od 24 do 26 października 2017 r. Zalecenia te¹³ dotyczyły przywrócenia właściwego stanu technicznego Sali sekcyjnej Zakładu. Z protokołu kontroli z 1 sierpnia 2019 r. wynikało, że nadal nie wykonano wszystkich zaleceń, tj. nadal nie uzupełniono ubytków farby w przestrzeniach przy oknach oraz ubytków płytek. W wyniku stwierdzonych nieprawidłowości WSSE wydał dwie decyzje nakładające opłaty w związku z kontrolą sanitarną przeprowadzoną w Szpitalu (w tym w Zakładzie). Łączna kwota nałożonych i zapłaconych kar¹⁴ wyniosła 2 984,96 zł¹⁵. Dyrektor ds. Lecznictwa wyjaśniła, że Szpital stara się terminowo realizować zalecenia WSSE, jednak z uwagi na braki finansowe i braki kadrowe występuje z pismem o prolongatę terminów. W przypadku kontroli przeprowadzonej od 24 do 26 października 2017 r.

⁹ Dalej: PTP

¹⁰ Dz. U. z 2019 r. poz. 595 ze zm.

¹¹ Dalej: WSSE

¹² Protokoły kontroli z: 1) 1 sierpnia 2019 r. Nr DN-HK.9020.236.2018, 2) 29 listopada 2018 r. Nr DN-HK.9020.236.2018, 3) 20 marca 2018 r. Nr DN-HK.9012.59.2018, 4) 30 października 2017 r. Nr DN-HK.9012.271.2017, oraz sprawozdanie nr N10/CH-P/2019 z 19 lutego 2019 r.

¹³ Decyzja nr DN-HK.9012.308.2017 z 10 stycznia 2018 r.

¹⁴ Decyzje nr: HK.9020.236.2018 z 13 lutego 2019 r., DN.HK.9020.236.2-18 z 1 kwietnia 2019 r., DN.HK.9020.236 z 12 września 2019 r., DN-HK.9020.236.2018 z 19 września 2019 r.

¹⁵ Zapłaty kar zostały dokonane w roku 2019.

zlew został zamontowany w terminie, natomiast zalecenie zapewnienia właściwego stanu technicznego Sali sekcyjnej w pozostałym zakresie zostało zrealizowane w dniach od 15 do 19 października 2019 r.

Jedna kontrola przeprowadzona 6 lutego 2019 r. przez WSSE dotyczyła występowania w środowisku pracy czynników rakotwórczych oraz przeprowadzonych badań i pomiarów stężenia formaldehydu na stanowisku pracy – „wykrawanie”, która wykazała stężenie formaldehydu w granicach normy.

(akta kontroli str. 189-300)

1.7. W programie dostosowania pomieszczeń i urządzeń Szpitala do wymagań określonych w rozporządzeniu w sprawie wymagań podmiotu wykonującego działalność leczniczą¹⁶ nie wskazano konieczności dostosowania pomieszczeń Zakładu.

Dyrektor ds. Lecznictwa wyjaśniła, że Zakład spełniał wymagania określone w załączniku nr 1 pkt X do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

(akta kontroli str. 305-307)

1.8. W latach 2017-2019, w Szpitalu obowiązywało 13 umów, na podstawie których podmiotom zewnętrznym powierzono wykonywanie świadczeń w zakresie diagnostyki patomorfologicznej. Szczegółowe badanie dwóch postępowań o zamówienie świadczeń diagnostyki patomorfologicznej w kontrolowanym okresie wykazało, że powierzenie realizacji tych świadczeń nastąpiło w trybie konkursu ofert, o którym mowa w art. 26 ust 3 ustawy o działalności leczniczej¹⁷, przy czym w jednym z nich nie spełniono wszystkich wymogów o których mowa w tym artykule (szczegółowy opis w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli str. 309-311, 335-337, 393-396, 432)

W Zakładzie wykonywane były także świadczenia diagnostyki patomorfologicznej na rzecz podmiotów zewnętrznych, przez czterech pracowników Zakładu, z którymi Szpital zawarł dodatkowo umowy zlecenia (szczegółowy opis w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli str. 393-431)

Zlecenie diagnostyki patomorfologicznej podmiotom zewnętrznym wynikało z tego, że Zakład z powodów organizacyjnych i technicznych nie wykonywał badań immunohistochemicznych i genetycznych (a istniała konieczność ich zapewnienia) oraz z dużej liczby wykonywanych badań przy niewystarczającej obsadzie kadrowej (zatrudniony był jeden patomorfolog).

Dyrektor ds. Lecznictwa wyjaśniła, że Szpital nie prowadził działań mających na celu zidentyfikowanie ewentualnych zagrożeń i słabych punktów zlecenia działalności w zakresie diagnostyki patomorfologicznej podmiotom zewnętrznym, gdyż bez względu na wynik tej analizy, z uwagi na liczebność badań, braki kadrowe i sprzętowe, zlecenie badań na zewnątrz było konieczne.

(akta kontroli str. 362-363)

Nie przeprowadzano również rachunku kosztów zlecenia diagnostyki patomorfologicznej podmiotom zewnętrznym.

Dyrektor ds. Lecznictwa wyjaśniła, że zlecenie realizacji świadczeń diagnostyki patomorfologicznej zewnętrznym podmiotom leczniczym odbywało się na zasadzie

¹⁶ z 15 czerwca 2012 r.

¹⁷ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 2190).

ogłoszenia konkursu, a komisja konkursowa każdorazowo wybierała najkorzystniejszą cenowo ofertę.

(akta kontroli str. 362-365)

Wysyłka do oceny preparatów i bloczków przygotowanych w Zakładzie zorganizowana była w zależności od podmiotu, do którego były one przesyłane tj.: za pośrednictwem firmy kurierskiej lub transportu Szpitala, raz w tygodniu lub w zależności od potrzeb.

Kierownik Zakładu wyjaśniła, że do ich wysyłki nie są określone i stosowane wymagania w zakresie warunków transportu, gdyż transportowane są gotowe preparaty, a nie surowy materiał.

(akta kontroli str. 456)

W wyniku zlecenia badań patomorfologicznych podmiotom zewnętrznym Szpitalowi w latach 2017, 2018, 2019¹⁸ wystawione zostały faktury/rachunki na łączną kwotę 497 225 zł¹⁹ (odpowiednio 181 405 zł, 205 510 zł, 110 310 zł). Ponadto za realizację czynności diagnostyki patomorfologicznej na podstawie umów zleceń w latach 2017-2019²⁰ Szpital otrzymał rachunki na łączną kwotę 109 677,52 zł.²¹

(akta kontroli str. 433-444, 446)

1.9. Szczegółowym badaniem objęto dwie umowy z podmiotami zewnętrznymi²² na udzielanie świadczeń w zakresie diagnostyki patomorfologicznej, obie zawarte na czas określony, na warunkach ustalonych w toku konkursu ofert:

- z dnia 31 marca 2017 r. z H.-P. (...) na wykonywanie badań w zakresie histopatologii: oznaczenie markerów immunohistochemicznych, konsultacje histopatologiczne (oceny przesłanych preparatów), badania histopatologicznego kości (umowa zawierała wszystkie wymagane elementy określone w art. 27 ustawy o działalności leczniczej, a także terminy realizacji badań) oraz
- z dnia 17 listopada 2016 r. z D. H. (...) na wykonywanie oceny badań cytologicznych, histopatologicznych i biopsji (umowa nie zawierała wszystkich postanowień wymaganych dyspozycją art. 27 ustawy o działalności leczniczej - szczegółowy opis w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli str. 312-313, 348-350)

Szpital nie korzystał z uprawnień kontroli podmiotów, z którymi podpisał umowy o wykonywanie świadczeń zdrowotnych. Dyrektor ds. Lecznictwa wyjaśniła, że przedstawione wyniki badań histopatologicznych były potwierdzeniem obrazu klinicznego pacjentów.

(akta kontroli str. 308)

1.10. W kontrolowanym okresie wykonawcy umów dotyczących udzielania świadczeń w zakresie diagnostyki patomorfologicznej wystawili łącznie 130 faktur/rachunków na łączną kwotę 497 225 zł, spośród których 53 faktury na kwotę 296 295 zł, zapłacone zostały przez Szpital po terminie, a opóźnienia wynosiły od 1 do 52 dni. Ponadto sześć faktur, na kwotę 16 785 zł, związanych z realizacją badań z zakresu patomorfologii przez podmioty zewnętrzne nie zostało zapłaconych do zakończenia czynności kontrolnych. Z powodu nieterminowych płatności Szpitalowi nie wystawiono not odsetkowych, w związku z czym nie zostały zapłacone odsetki od nieterminowo uregulowanych zobowiązań.

¹⁸ Do 30 czerwca 2019 r.

¹⁹ Koszt uwzględniający badania zlecane bezpośrednio przez komórki organizacyjne Szpitala oraz przez Zakład.

²⁰ tamże

²¹ Kwota nie uwzględnia wynagrodzenia preparatora.

²² O najwyższej wartości zlecanych badań.

Według stanu na 31 grudnia 2017 r. i 2018 r. Szpital nie posiadał zobowiązań wymagalnych z tytułu zlecenia podmiotom zewnętrznym badań w zakresie diagnostyki patomorfologicznej, natomiast na dzień 30 czerwca 2019 r., zobowiązania wymagalne Szpitala, z tego tytułu, wynosiły 15 915 zł.

(akta kontroli str. 433-438)

Na podstawie szczegółowego badania 10 faktur o najwyższych kwotach, wystawionych w okresie objętym kontrolą, stwierdzono że ceny za zrealizowane świadczenia zdrowotne (badania diagnostyki patomorfologicznej) były zgodne z cenami określonymi w umowach z podwykonawcami.

(akta kontroli str. 448)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Jeden z dwóch poddanych kontroli konkursów o udzielanie świadczeń zdrowotnych²³, przeprowadzony na podstawie art. 26 ust. 3 ustawy o działalności leczniczej, nie spełniał wszystkich wymagań określonych w tym artykule.

- Konkurs ten został przeprowadzony bez uprzedniego oszacowania wartości przedmiotu zamówienia, co naruszało art. 26a ust. 1 ustawy o działalności leczniczej.

Przewodnicząca komisji konkursowej, obecna Dyrektor ds. Lecznictwa wyjaśniła, że wartość przedmiotu zamówienia ustalono w oparciu o koszt jednego badania histopatologicznego wynikający z cennika obowiązującego w Szpitalu oraz wiedzy z zakresu cen na rynku badań histopatologicznych a także na podstawie informacji z innych Zakładów Patomorfologii. Na tej podstawie wybrano najkorzystniejszą ofertę. Złożone oferty zostały przyjęte z uwagi na konieczność zapewnienia ciągłości badań. Członek Komisji konkursowej, pełniący jednocześnie funkcję Kierownika Działu Służb Pracowniczych wyjaśniła, że z niewiadomych jej przyczyn do tych konkursów nigdy nie były ustalane wartości szacunkowe. Wskazała także, że sprawami finansowymi zajmowała się Dyrektor ds. Ekonomicznych. Dyrektor ds. Ekonomicznych wyjaśniła, że wartością nadrzędną jest zapewnienie ciągłości opieki medycznej w Szpitalu. Podała także, że ustalone zostały kryteria do wyboru najkorzystniejszej oferty i na tej podstawie wyłoniono lekarza w celu zawarcia umowy na wykonywanie świadczeń w Zakładzie Patomorfologii.

(akta kontroli str. 325, 329-330, 333, 605-606)

- Przedmiot zamówienia został opisany w sposób niejednoznaczny, co stanowiło naruszenie art. 140 ust. 1 i 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej²⁴ w związku z art. 26 ust. 4 ustawy o działalności leczniczej. Nie zawarto w nim informacji o:
 - tym, że świadczenia udzielane przez oferentów mają odbywać się poza terenem Szpitala (takie postanowienie również nie zostało zawarte w podpisanych umowach),
 - koniecznych do spełnienia wymaganiach co do warunków lokalowych i zapewnienia sprzętu oraz
 - terminach, w jakich świadczenia miały zostać wykonane.

(akta kontroli str. 335-337)

²³ Konkurs ofert z 18 lutego 2019 r.

²⁴ Ustawa z dnia 27 czerwca 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – Dz. U. z 2019 r. poz. 1373 ze zm.

- W ogłoszeniu o konkursie wraz z załącznikami i podpisanymi w jego wyniku umowach wskazano zakres świadczeń, który miał zostać powierzony lekarzom wykonującym świadczenia dla Zakładu, obejmujący m.in. ocenę badań 1-3 bloczków parafinowych²⁵. W dokumentacji nie zawarto jednak zapisów, że przekazywane będą do oceny już gotowe preparaty (szkiełka), a nie bloczki parafinowe, które wymagają przygotowania do oceny.

(akta kontroli str. 335-352, 357-358)

- Przedmiot zamówienia nie został również opisany przy zastosowaniu kodów określonych we Wspólnym Słowniku Zamówień, dalej: CPV, co stanowi naruszenie art. 141 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej w związku z art. 26 ust. 4 ustawy o działalności leczniczej.

(akta kontroli str. 338-347)

Członek Komisji konkursowej, która jednocześnie pełniła funkcję Kierownika Działu Służb Pracowniczych wyjaśniła, że nieprawidłowo została sporządzona dokumentacja wstępna, tj. przygotowanie do konkursu ze strony medycznej – materiały były przygotowywane przez ówczesnego Dyrektora Szpitala, który pełnił jednocześnie funkcję Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa. Dodała, że nie miała wiedzy, iż badania te mają się odbywać poza terenem Szpitala i mają służyć zabezpieczeniu ciągłości działania Zakładu podczas nieobecności jego kierownika. W tym roku, już w czasie obowiązywania obecnych umów, Kierownik Zakładu zgłosiła potrzebę zawarcia w umowach terminów dotyczących realizacji badań, jednak była to tylko rozmowa. Wyjaśniła także, że sposób określenia świadczeń objętych konkursem, przewidzianych do realizacji, został sformułowany przez Kierownik Zakładu.

(akta kontroli str. 323-326)

Kierownik Zakładu wyjaśniła, że zatrudnienie lekarzy, którzy wykonują badania diagnostyki patomorfologicznej poza Szpitalem nigdy w zamierzeniach nie wykraczało poza ocenę gotowych preparatów. Wysyłka obejmowała jedynie zabarwione szkiełka i przypisane do nich skierowania – czyli dokumentację medyczną. Oferenci o tym wiedzieli i z tą świadomością składali swoje oferty konkursowe. Umowy powstawały w Dziale Służb Pracowniczych, a ich treść nie była przekazywana do ewentualnej korekty. Ponadto, Kierownik Zakładu wyjaśniła, że § 1 umowy określał wyraźnie przedmiot zamówienia, jako ocenę badań cytologicznych, histopatologicznych i biopsji, a w § 6 umowy, określono cenę za poszczególne świadczenia. W dokumencie umowy nigdzie nie wspomniano o innych czynnościach, np. o konieczności „wykonania badania”. W jej ocenie, sformułowanie jest jasne dla stron w świetle zapisu § 1 umowy. Wskazała, że gdyby w § 6 umowy określono „ocena badań z 1-3 bloczków” zamiast sformułowania „ocena badań 1-3 bloczków” to nie byłoby żadnych wątpliwości, co do celu zapisu.

(akta kontroli str. 319)

Zdaniem NIK, opis przedmiotu zamówienia oraz treść formularza ofertowego, z którego nie wynika wprost w jakim miejscu mają być wykonywane świadczenia oraz jaki jest sposób realizacji świadczeń mogły wprowadzać w błąd potencjalnych oferentów. Tym bardziej, że według złożonych wyjaśnień, treść umowy dostępna była w Dziale Spraw Pracowniczych na wniosek potencjalnego oferenta, a nie była upubliczniona wraz z ogłoszeniem o konkursie.

- W kontrolowanym postępowaniu konkursowym obaj oferenci biorący w nim udział nie przedłożyli dokumentów wymaganych w ogłoszeniu o konkursie,

²⁵ Bloczek parafinowy - zatopione w parafinie, w odpowiednim pojemniku (kasetce), jeden albo więcej wycinków lub materiał cytologiczny oznaczone w sposób umożliwiający identyfikację pacjenta albo zwłok, których dotyczy.

m.in. zaświadczenia o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej (jeden oferent), zaświadczenia lekarskiego stwierdzającego brak przeciwwskazań do udzielania świadczeń zdrowotnych lub zobowiązania do jego przedłożenia do dnia zawarcia umowy (dwóch oferentów), zaświadczenia o wpisie do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich, indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich, grupowych praktyk lekarskich (jeden oferent), upoważnienia ZUS ZLA (dwóch oferentów). W przypadku jednego oferenta złożone dokumenty stanowiły kopie kopii potwierdzonych za zgodność (poza dokumentem ubezpieczenia). Pomimo braków w przedłożonej dokumentacji Komisja nie wzywała do ich usunięcia pod rygorem odrzucenia oferty, co było niezgodne z art. 149 ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej w związku z art. 26 ust. 4 ustawy o działalności leczniczej.

Przewodnicząca Komisji wyjaśniła, że postępowania konkursowe prowadzone były jednocześnie w kilku komórkach organizacyjnych i zamawiający faktycznie nie wyłączył oferentów Zakładu z obowiązku dostarczenia większości wymienionych dokumentów, m.in. upoważnienia ZUS ZLA czy zaświadczenia lekarskiego. Brak poświadczenia dokumentów za zgodność z oryginałem został telefonicznie zgłoszony do uzupełnienia i komisja przyjęła oferty pomimo niespełniania tego wymogu.

(akta kontroli str. 330-332)

NIK zauważa, że oferty zostały przyjęte przy wszystkich wymienionych brakach w dokumentacji, a nie tylko w przypadku braku uwierzytelnienia kopii dokumentów.

- W ogłoszeniu o konkursie, jako kryterium oceny ofert, wskazana została „dyspozycyjność”, natomiast formularz ofertowy, ani złożone oferty w żaden sposób nie odnosiły się do tej kwestii.

(akta kontroli str. 341-347)

Przewodnicząca Komisji wyjaśniła, że punkty za dyspozycyjność zostały przyznane omyłkowo, co nie miało wpływu na przyjęcie oferty.

(akta kontroli str. 329)

- Komisja nie dokonała ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania (miejsce i termin ogłoszenia nie zostały określone w ogłoszeniu o konkursie). Komisja informowała poszczególnych oferentów o wyborze ich ofert, jednak nigdzie nie upubliczniono wymaganych danych dotyczących wszystkich wybranych oferentów, co było niezgodne z art. 151 ust. 1, 2 i 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej w zw. z art. 26 ust. 4 ustawy o działalności leczniczej.

(akta kontroli str. 341-347)

- W wyniku przeprowadzonego konkursu zawarte zostały dwie umowy, które nie zawierały następujących elementów określonych jako obowiązkowe w art. 27 ust. 4 ustawy o działalności leczniczej: wskazania sposobu organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym miejsca, dni i godzin udzielania świadczeń zdrowotnych (pkt 2), przyjęcia przez przyjmującego zamówienie obowiązku poddania się kontroli przeprowadzanej przez udzielającego zamówienia (pkt 4), ustalenia trybu przekazywania udzielającemu zamówienia informacji o realizacji przyjętego zamówienia (pkt 7), zobowiązania przyjmującego zamówienie do prowadzenia określonej sprawozdawczości statystycznej (pkt 9).

(akta kontroli str. 351-352, 357-358)

Wymienione powyżej braki obowiązkowych elementów umów o świadczenie usług medycznych stwierdzono we wszystkich pięciu umowach obowiązujących w okresie objętym kontrolą, których przedmiotem była ocena wysyłanych przez Szpital preparatów. W przypadku jednej z nich, wysyłka preparatów nie odbywała

się pod adres określony w umowie jako adres prowadzenia praktyki lekarskiej. Wysyłka preparatów w rzeczywistości odbywała się do Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala im. dr Biegańskiego, w Łodzi, Dział Diagnostyki Laboratoryjnej (ze wskazaniem zleceniobiorcy). Adres ten nie wynikał z umowy zawartej ze stroną.

(akta kontroli str. 359-360)

2. W latach 2017-2019, w Szpitalu obowiązywały umowy zlecenia zawarte z czterema pracownikami Zakładu (technikami analityki medycznej²⁶ oraz z Kierownikiem Zakładu) na wykonywanie oceny i badań histopatologicznych, cytologicznych, operacyjnych Intra i badań pointrowych zleconych przez podmioty zewnętrzne. Z dokumentacji pracowniczej wynikało, że zakres zadań zleconych umowami cywilnoprawnymi był zbieżny z zakresem zadań wykonywanych przez tych samych pracowników w ramach stosunku pracy. Pracownicy (starszy technik medyczny i technicy laboranci) w kartach uprawnień i obowiązków przypisane mieli m.in. zadanie polegające na przygotowaniu materiału i wykonaniu badań według zasad techniki, bez określenia, na czyje zlecenie badania mają być wykonywane. Zatem, do ich obowiązków pracowniczych należało wykonywanie wszelkiego rodzaju badań realizowanych w Zakładzie, zgodnie z postanowieniami Regulaminu organizacyjnego Szpitala i Regulaminu Zakładu. Z kolei, Kierownik Zakładu miała powierzone, w ramach umowy zlecenia, wykonywanie m.in. ocen preparatów z cytologii ginekologicznej dla pacjentów spoza Szpitala i Przychodni Poradni oraz oceny preparatów dla pacjentów spoza Szpitala i Przychodni Poradni. Tożsame zadania zostały przypisane Kierownikowi Zakładu w Karcie uprawnień i obowiązków pracowniczych (jako ustalanie rozpoznania cytologicznego i histopatologicznego), bez określania źródła pochodzenia materiału. Zatem, w powyżej wymienionych zakresach, zadania wynikające z umów zleceń i w ramach obowiązków pracowniczych były zbieżne.

Dyrektor ds. Lecznictwa wyjaśniła, że umowy zlecenia zawarte z pracownikami Szpitala zostały podpisane na wniosek Kierownika Zakładu i pracowników, ze względu na dużą ilość przeprowadzanych badań, która nie jest możliwa do zrealizowania w godzinach podstawowych. Zastosowanie formy umowy zlecenia zaspokaja w niezbędnym zakresie potrzebę zabezpieczenia pacjentów w badania patomorfologiczne. Zlecenie pracy, przy brakach kadrowych, w formie pracy w godzinach nadliczbowych spowodowałoby, że Szpital nie byłby w stanie zrealizować 20 000 badań rocznie, ze względu na ograniczenie liczby godzin nadliczbowych dla pracownika (do 150 godzin w roku kalendarzowym) wynikające z art. 151 § 3 Kodeksu pracy.

(akta kontroli str. 362-370, 372-431)

W tym kontekście, NIK wskazuje jednak na wynikający z dyspozycji art. 22 § 1² Kodeksu pracy, zakaz zastępowania umów o pracę umowami cywilnoprawnymi. Próby omięcia ustawowego limitu nadgodzin poprzez zawarcie umowy zleceń z pracownikami były również przedmiotem rozważań Sądu Najwyższego²⁷. W ich wyniku Sąd ten uznał, że wprawdzie pracodawca może zawierać z zatrudnionym pracownikiem umowy cywilnoprawne, ale jedynie w zakresie obowiązków lub czynności, które nie są objęte treścią stosunku pracy, ani zakresem obowiązków pracowniczych, a także podnosił, że zatrudnianie pracowników poza normalnym czasem pracy, na podstawie umów cywilnoprawnych, przy pracach tego samego rodzaju co objęte stosunkami pracy, stanowi obejście przepisów o czasie

²⁶ Tj. ze starszym technikiem analityki medycznej i z dwoma technikami laborantami

²⁷ Wyrok z 18 grudnia 2014 r. III UK 69/14 (opubl. m.in. w: OSNP 2016/8/107), wyrok z 8 lipca 2015 r. II PK 282/14 (opubl. m.in. w: OSNP 2017/6/66).

pracy w godzinach nadliczbowych, nawet gdyby pracownicy byli doraźnie zainteresowani wykonywaniem tego zatrudnienia w ramach umów cywilnoprawnych. Wola stron w postaci zawarcia odrębnej umowy nie ma tu zatem znaczenia. W takiej sytuacji, pracodawca ma obowiązek zapłacić zatrudnionym wynagrodzenie za pracę w godzinach nadliczbowych.

3. Szpital uregulował po terminie płatności zobowiązania z 53 faktur na kwotę 296 295zł, związane z realizacją badań patomorfologicznych przez podmioty zewnętrzne. Opóźnienia wynosiły od 1 do 52 dni. Ponadto, sześć faktur na kwotę 16 785 zł, związanych z realizacją badań patomorfologicznych przez podmioty zewnętrzne nie zostało zapłaconych do zakończenia czynności kontrolnych. Główna Księgowa Szpitala wyjaśniła, że Szpital jest w trudnej sytuacji finansowej, a środki uzyskiwane w ramach kontraktów z WOW NFZ są niewystarczające na dokonanie podstawowych płatności związanych z prowadzoną działalnością. W związku z nieterminowymi płatnościami, Szpitalowi nie wystawiono not odsetkowych.

(akta kontroli str. 433-445)

OCENA CZĄSTKOWA

W kontrolowanym okresie Szpital zapewniał wykonywanie niezbędnej diagnostyki patomorfologicznej w ramach realizowanych procedur medycznych zarówno w formie badań oferowanych przez Zakład, jak i w drodze zlecenia ich podmiotom zewnętrznym. Zakład spełniał wymagania w zakresie wynikającym z obowiązujących przepisów. Ponadto Szpital poddał się licencjonowaniu i otrzymał licencję PTP na wykonywanie badań histopatologicznych, cytologicznych oraz sekcyjnych. Spośród 13 obowiązujących umów powierzających wykonywanie działalności leczniczej w zakresie diagnostyki patomorfologicznej podmiotom zewnętrznym, w każdym wymaganym przypadku zastosowano procedury konkursu ofert. Jeden przeprowadzony konkurs ofert nie spełniał wymagań określonych ustawą o działalności leczniczej, a zawarte w jego wyniku dwie umowy nie spełniały wymagań określonych ustawą o działalności leczniczej, w tym dotyczących określenia terminów realizacji badań diagnostyki patomorfologicznej. Cztery umowy zlecenia wraz z aneksami z pracownikami Szpitala zostały zawarte w sposób i okolicznościach wskazujących na zamiar obejścia przepisów kodeksu pracy w zakresie rocznych limitów pracy w godzinach nadliczbowych.

Szpital prawidłowo dokonywał rozliczeń finansowych z podwykonawcami, a ceny za zrealizowanie badania były zgodne z cenami określonymi w umowach. NIK negatywnie ocenia jednak nieterminową zapłatę za zrealizowane badania genetyczne. Nieterminowe uregulowanie zobowiązań nie skutkowało jednak naliczeniem i zapłatą odsetek.

OBSZAR

2. Dostępność i jakość świadczeń diagnostyki patomorfologicznej

Opis stanu faktycznego

2.1. W kontrolowanych latach w Zakładzie pracował jeden lekarz patomorfolog specjalista II stopnia, który był jednocześnie Kierownikiem Zakładu, trzech techników analityki medycznej, trzy sekretarki medyczne i od 2019 roku jedna osoba personelu pomocniczego – pomoc laboratoryjna. Od 1 stycznia 2018 r. w Zakładzie zatrudniony był także lekarz rezydent, który zdobywał specjalizację w dziedzinie patomorfologii.

Ponadto w okresie objętym kontrolą w Zakładzie zatrudnionych było na podstawie umowy cywilnoprawnej (kontrakt) dwóch patomorfologów do przeprowadzania sekcji

a także jedna osoba, na podstawie umowy zlecenia, wykonująca czynności preparatora.

(akta kontroli str. 449-454)

Kierownik Zakładu oraz technicy analityki medycznej²⁸ wykonywali dodatkowo w ramach umów zlecenia badania z zakresu diagnostyki patomorfologicznej dla podmiotów zewnętrznych (co zostało szczegółowo opisane w punkcie 2. Sekcji *stwierdzone nieprawidłowości w obszarze 1*).

(akta kontroli str. 393-431)

Ze względu na zatrudnienie w Zakładzie tylko jednego patomorfologa, Szpital zatrudniał w okresie objętym kontrolą dodatkowo, na podstawie umów o udzielanie świadczeń (tzw. kontraktowych), łącznie siedmiu patomorfologów, z których pięcioro miało wykonywać oceny preparatów poza terenem Szpitala. Osobom tym preparaty były wysyłane do oceny. Umowy z tymi osobami miały zabezpieczyć ciągłość działania Zakładu podczas nieobecności jego Kierownika.

(akta kontroli str. 393-396)

Kierownik Zakładu wyjaśniła, że podczas jej nieobecności pracownicy wykonują standardowe czynności związane z przygotowaniem preparatów do oceny. Od stycznia 2018 r. to lekarz rezydent²⁹ wykonuje czynności związane z pobieraniem wycinków z materiałów operacyjnych wraz z opisem makroskopowym i ewentualnymi rysunkami materiałów. Wcześniej, materiały wymagające cięcia oczekiwały na powrót patomorfologa do pracy. Przygotowane preparaty (na szkiełkach) przesyłane są do lekarzy patomorfologów, z którymi Szpital podpisał umowy na wykonywanie ocen poszczególnych preparatów, przy czym Szpital korzysta z usług tych lekarzy zasadniczo podczas nieobecności Kierownik Zakładu.

Kierownik Zakładu w złożonych wyjaśnieniach dodała także, że podczas jej nieobecności nie są wykonywane badania śródoperacyjne, a informacja o jej nieobecności była przekazywana do oddziałów Szpitala z dużym wyprzedzeniem, w celu uwzględnienia tego faktu podczas planowania operacji, co zostało szerzej opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. Zdaniem Kierownik Zakładu, takie rozwiązanie nie ma wpływu na bezpieczeństwo pacjentów, z uwagi na spadającą liczbę badań śródoperacyjnych, będącą następstwem szerokiej diagnostyki przedoperacyjnej.

(akta kontroli str. 455-458)

2.2. W kontrolowanym okresie personel wykonujący czynności diagnostyki patomorfologicznej uaktualniał wiedzę poprzez udział w szkoleniach, kursach, sympozjach oraz konferencjach, w celu zapewnienia wymaganej jakości badań. Kierownik Zakładu brała udział w jednym kursie poświęconym guzom tarczycy, w jednym sympozjum Sekcji Cytologicznej PTP oraz w trzech szkoleniach wewnętrznych. Lekarz rezydent brał udział łącznie w dziewięciu szkoleniach, kursach i sympozjach. Natomiast w przeprowadzonych łącznie czterech szkoleniach wewnętrznych dotyczących diagnostyki patomorfologicznej brało udział trzech techników analityki medycznej oraz trzy sekretarki medyczne.

(akta kontroli str. 467-474)

2.3. W latach 2017-2019³⁰ w Zakładzie wykonano:

- 7 380 badań (rozpoznań) histopatologicznych w 2017 r., 7 108 w 2018 r. i 4617 w pierwszym półroczu 2019 r., w tym odpowiednio 346, 248 i 35 dla podmiotów

²⁸ Tj. jeden starszy technik analityki medycznej i dwóch techników laborantów.

²⁹ Tj. od momentu jego zatrudnienia.

³⁰ Do 30 czerwca 2019 r.

zewnętrznych. W ramach przedmiotowych badań oceniono w 2018 r. 22 931, a w pierwszej połowie 2019 r. 12 779 preparatów mikroskopowych.³¹,

- 1 927 badań histochemicznych w 2017 r., 2 040 w 2018 r. i 827 w pierwszej połowie 2019 r., w tym dla podmiotów zewnętrznych odpowiednio 603, 790 i 360.³²,
- 768 badań cytologicznych (z wyłączeniem badań z szyjki macicy) w 2017 r., 574 w 2018 r. oraz 192 do 30 czerwca 2019 r., liczby wykonanych badań były jednakowe z liczbą ocenionych preparatów mikroskopowych³³,
- 58 badań śródoperacyjnych w 2017 r., 28 w 2018 r. oraz 22 w pierwszej połowie 2019 r.³⁴,
- 22 badania sekcyjne/autopsyjne w 2017 r., 25 w 2018 r., 22 w pierwszej połowie 2019 r., w tym dla podmiotów zewnętrznych odpowiednio dwa, jeden i dwa,
- trzy badania cytologiczne szyjki macicy w 2017 r., trzy w 2018 r. oraz 1 177 do 30 czerwca 2019 r.³⁵

Udział badań wykonywanych przez Zakład na rzecz podmiotów zewnętrznych (w tym m.in. badań histopatologicznych, badań cytologicznych szyjki macicy) we wszystkich badaniach wykonanych przez Zakład wyniósł ok. 3% (4% w 2017 r., 3% w 2018 r. oraz 0,5% w pierwszej połowie 2019 r.).

Kierownik Zakładu wyjaśniła, że wykonywanie badań diagnostyki patomorfologicznej na rzecz podmiotów zewnętrznych odbywało się według tych samych procedur, co badania realizowane dla Szpitala i bez wpływu na długość wykonywanych badań.

(akta kontroli str. 475-490)

2.4. Ww. skala i zakres wykonywanej diagnostyki patomorfologicznej pozwalały na zdobycie doświadczenia przez osoby wykonujące diagnostykę patomorfologiczną oraz umożliwiły uzyskanie przez Zakład licencji PTP w zakresie badań histopatologicznych, cytologicznych i badań sekcyjnych (1 sierpnia 2015 r. oraz 1 sierpnia 2018 r.).

(akta kontroli str. 475-490)

2.5. W kontrolowanym okresie, w przeliczeniu na jednego lekarza, w Zakładzie wykonano średnio³⁶ 7 109 w 2017 r., 6 690 w 2018 r. i 5 085 w pierwszej połowie 2019 r. badań diagnostyki patomorfologicznej³⁷.

Ww. średnioroczna liczba przeprowadzonych badań przekraczała ponad czterokrotnie limity obciążenia pracą patomorfologów, określone przez PTP³⁸.

³¹ Brak było możliwości wygenerowania z bazy danych liczby ocenionych szkiełek za rok 2017.

³² Badania histochemiczne stanowią część badania histopatologicznego i Szpital nie dysponował odrębną ewidencją tych badań, liczba została oszacowana przez kierownika Zakładu patomorfologii na podstawie liczby skierowań badania wycinków pobranych podczas badań endoskopowych.

³³ W tym na zlecenie od podmiotów zewnętrznych w roku 2017 – brak danych, w 2018 r. dwa, a w pierwszej połowie 2019 r. jedno.

³⁴ W tym dla podmiotów zewnętrznych odpowiednio dwa, jedno i zero.

³⁵ Liczba ocenionych preparatów mikroskopowych była jednakowa z liczbą postawionych rozpoznań. Nie wykonywano badań cytologicznych szyjki macicy dla podmiotów zewnętrznych.

³⁶ Do obliczenia średniej przyjęto zatrudnienie jednego patomorfologa. Zatrudnieni lekarze patomorfodzy na podstawie umów kontraktowych wykonywali badania poza terenem Szpitala głównie pod nieobecność Kierownika Zakładu, zatem przy obliczeniach wyłączono liczbę badań wykonanych poza terenem Szpitala. Jako pojedyncze badanie patomorfologiczne (procedurę) przyjęto postawienie rozpoznania patomorfologicznego wraz z odpowiednim opisem (raport, wynik, rozpoznanie).

³⁷ W związku z faktem, że do ocen zewnętrznych przekazywane były gotowe preparaty, to liczba badań wykonywanych przez lekarzy patomorfologów spoza Szpitala obniżała liczbę badań wykonanych przez Kierownika Zakładu, lecz nie ulegała obniżeniu liczba preparatów koniecznych do przygotowania przez pozostały personel.

³⁸ Wyznaczniki limitów obciążenia pracą wg PTP: badania histopatologiczne (liczba / 1 patomorfolog / rok) według założeń sieci onkologicznej: 2500 badań – w zakładach w szpitalach II stopnia referencyjności, (np. szpital wojewódzki, szpital uniwersytecki, 3000 badań w szpitalach I stopnia referencyjności, np. ogólnoprofilowy szpital powiatowy).

(akta kontroli str. 475-490)

W Szpitalu nie dokonywano – w okresie objętym kontrolą – analiz wydajności i obciążenia pracą personelu wykonującego czynności diagnostyki patomorfologicznej.

Kierownik Zakładu wyjaśniła, że normy określone przez PTP są znacznie przekraczane w Zakładzie, a wynika to z ekstremalnie niskiego zatrudnienia. Z tego właśnie powodu zatrudniani byli lekarze, którzy wykonują badania diagnostyki patomorfologicznej poza Szpitalem, bez których realizacja wszystkich badań nie byłaby możliwa.

(akta kontroli str.455-458)

Jednocześnie, w latach objętych kontrolą, Kierownik Zakładu bezskutecznie wnioskowała do Dyrekcji Szpitala o doposażenie Zakładu w niezbędny sprzęt i informowała o niewystarczającym zatrudnieniu.

(akta kontroli str. 929-943)

Kierownik Zakładu zwróciła uwagę na fakt, że liczba badań nie odzwierciedla nakładu pracy, gdyż każde z badań jest inne pod względem ilościowym i jakościowym, np.: w cytologii ginekologicznej jedno skierowanie przekłada się na ocenę jednego szkiełka i jedno rozpoznanie. Inny nakład pracy jest w przypadku wielomiejscowych oligobiopsji z jelita, w których każdy wycinek to osobne rozpoznanie, a w przypadku badań pośmiertnych, każdy narząd oceniany jest osobno.

(akta kontroli str. 479-482)

2.6. Na podstawie danych zbiorczych z systemu informatycznego Zakładu ustalono, że:

- odsetek wyników przekazanych w czasie do 10 dni kalendarzowych od dostarczenia skierowania do Zakładu³⁹ malał i wynosił 78% w 2017 r., 76% w 2018 r., oraz 70% w pierwszej połowie 2019 r.,
- odsetek wyników przekazanych do 20 dni kalendarzowych od dostarczenia skierowania do Zakładu utrzymywał się zasadniczo na stałym poziomie i wynosił 17% w 2017 r., 19% w 2018 r. oraz 17% w pierwszej połowie 2019 r., zaś
- odsetek wyników przekazanych powyżej 20 dni kalendarzowych od dostarczenia skierowania do Zakładu wzrastał i wynosił 5% w 2017 r., 6% w 2018 r. oraz 12% w pierwszej połowie 2019 r.

(akta kontroli str. 491)

W trakcie kontroli NIK analizie poddano 50 losowo wybranych skierowań i wyników badań diagnostyki patomorfologicznej (tj. rozpoznań patomorfologicznych) wykonanych w okresie objętym kontrolą. Ustalono, że czas od pobrania materiału tkankowego do dostarczenia i zarejestrowania go w Zakładzie wynosił do siedmiu dni, a czas od zarejestrowania materiału w Zakładzie do wykonania badania wynosił do 43 dni (28% do trzech dni, 54% od czterech do 10 dni, 8% od 11 do 20 dni, 8% od 21 do 26 dni, 2% 43 dni).

W przypadku badań o statusie CITO (26 przypadków w badanej próbie) pobrany materiał dostarczany był do Zakładu tego samego lub kolejnego dnia (w jednym przypadku po upływie siedmiu dni). Natomiast czas od zarejestrowania materiału w Zakładzie do wykonania badania wynosił do 43 dni (do pięciu dni - 73% przypadków, siedem do ośmiu dni - 12% przypadków, 14 i 15 dni - 7% przypadków, 23 dni - 4% przypadków i 43 dni - 4% przypadków).

(akta kontroli str. 492-493)

³⁹ Czas ten mierzony był od daty rozpoczęcia badania, który jak ustalono na podstawie szczegółowego badania dokumentacji wynosił maksymalnie jeden dzień od dostarczenia materiału do Zakładu.

Kierownik Zakładu wyjaśniła, że największą grupę badań z dłuższym terminem realizacji (powyżej 15 dni) stanowią badania wysyłane do zleceniobiorców – badania genetyczne i konsultacje. Wpływ na długość czasu oceny preparatów ma zarówno czas transportu jak i czas potrzebny na ocenę przez lekarzy, którzy wykonują badania diagnostyki patomorfologicznej poza Szpitalem. W celu przyspieszenia czasu realizacji badań wysyłanych do zewnętrznych podmiotów zaczęto wysyłać preparaty także pomiędzy ustalonymi terminami wysyłki.

Ponadto jako przyczynę wydłużenia czasu badań w zakresie patomorfologii Kierownik Zakładu wskazała:

- niewystarczające zatrudnienie w poszczególnych grupach zawodowych Zakładów, - brak określonych norm ilości badań przypadających na jednego pracownika oraz przekraczanie zalecanych norm przez PTP ponad czterokrotnie,
- fakt, że coraz częściej standardowym postępowaniem jest wykonywanie immunohistochemii i badań genetycznych, które wydłużają czas badań,
- obowiązki administracyjne i zarządcze Kierownika Zakładu,
- niedobory sprzętowe.

Kierownik Zakładu wyjaśniła również, że posiadany sprzęt nie stanowi „pełnej linii produkcyjnej”, przez co część etapów prac jest nadal „pracami ręcznymi” spowalniającymi cały proces. Zakład posiada jeden procesor tkankowy, jedną barwiarkę, dwie wieloletnie zatapiarki. Znakowanie preparatów odbywa się w całości ręcznie. W pomieszczeniach Zakładu nie ma także klimatyzacji, co jest nie tylko dokuczliwe dla personelu (a w sezonie letnim zwiększa ryzyko pomyłki), ale było kilka razy powodem konieczności wyłączenia kriostatu. Temperatura w kriostacie wzrastała bowiem z -28°C do -16 (lub -18°C), co groziło zniszczeniem sprzętu. W takich warunkach również płyty mrożące nie dość skutecznie utwardzały bloczki parafinowe, co nie pozwalało na ich odpowiednio cienkie krojenie.

Niewystarczające jest także wyposażenie Zakładu w sprzęt komputerowy i ma to wpływ na tempo prac, np. nadrukowywane na skierowaniach kody kreskowe nie są możliwe do odczytania w Zakładzie ze względu na braki sprzętowe. Natomiast program „Eskulap”, na którym pracuje Sekretariat Zakładu, uniemożliwia uzyskanie sprofilowanych informacji, np. rodzajów poszczególnych badań według rozpoznania.

(akta kontroli str. 494-495, 498-503)

W przypadku badań immunohistochemicznych i genetycznych, które wykonywane były przez podmioty zewnętrzne, czas realizacji badań był zgodny z limitami czasowymi określonymi w umowach.

(akta kontroli str. 504-505)

W przypadku, gdy stwierdzono rozpoznanie nowotworu, w ramach badania podstawowego wykonywano dodatkową diagnostykę patomorfologiczną, w celu uzyskania niezbędnego zakresu informacji mającego wpływ na dalsze postępowanie terapeutyczne.

Oddział chirurgiczny Szpitala wystosował wniosek do Kierownik Zakładu o każdorazowe wykonywanie badania immunohistochemicznego w przypadkach tego wymagających, bez konieczności uzyskiwania zgody ordynatora Oddziału na wykonywanie takiego badania. W części skierowań, w uwagach, lekarze kierujący określali wnioski o przeprowadzenie pogłębionej diagnostyki EGFR i ALK, w przypadku stwierdzenia określonych rodzajów nowotworów. Takie informacje przyspieszały proces pogłębionej diagnostyki.

(akta kontroli str. 506-507)

2.7. Przychody netto Zakładu z tytułu sprzedaży świadczeń diagnostyki patomorfologicznej w kontrolowanym okresie wyniosły 70 185 zł w 2017 r., 50 825 zł w 2018 r. oraz 21 955 zł w pierwszej połowie 2019 r., co stanowiło odpowiednio 0,06%, 0,04% i 0,03% całości przychodów Szpitala ze sprzedaży.

(akta kontroli str. 666)

Koszty działalności ogółem z tytułu diagnostyki patomorfologicznej wykonywanej przez Zakład wyniosły 702 138,50 zł w 2017 r., 780 099 zł w 2018 r. oraz 406 430,60 zł w pierwszej połowie 2019 r., w tym koszty bezpośrednio Zakładu wyniosły odpowiednio: 616 621,49 zł, 715 994,08 zł oraz 371 469,81 zł, tj. 0,5% kosztów działalności operacyjnej Szpitala w każdym roku.

Wśród kosztów bezpośrednich wyszczególnić można było m.in.:

- koszty wynagrodzeń (osobowych i bezosobowych): 389 057,97 zł w 2017 r., 454 998,24 zł w 2018 r. oraz 240 344,99 zł w pierwszej połowie 2019 r., co stanowiło odpowiednio 63%, 64% i 65% kosztów bezpośrednich Zakładu;
- zakup procedur diagnostycznych: po 27 920 zł w 2017 r. i w 2018 r., 17 310 zł w pierwszej połowie 2019 r.;
- koszty zużycia materiałów (pozostałe leki i materiały do badań diagnostycznych): 37 720,98 zł w 2017 r., 34 425,24 zł w 2018 r. oraz 13 053,55 zł w pierwszej połowie 2019 r.;
- świadczenia ponoszone na rzecz pracowników (np. składki na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne): 77 322,13 zł w 2018 r., 90 915,95 zł w 2018 r. oraz 53 016,35 zł w pierwszej połowie 2019 r.;
- amortyzacja: 51 673,63 zł w 2017 r., 57 764,63 zł w 2018 r. oraz 26 597,85 zł w pierwszej połowie 2019 r.

(akta kontroli str. 667)

Wśród kosztów działalności Zakładu nie występowały koszty badań diagnostyki patomorfologicznej zlecanej podmiotom zewnętrznym w zakresie immunohistochemii, badań genetycznych, badań histopatologicznych kości, konsultacji, których koszty badań obciążały bezpośrednio komórki organizacyjne, na rzecz których wykonywane były badania. Natomiast łączny koszt tych badań wyniósł: 142 985 zł w 2017 r., 165 090 zł w 2018 r. i 83 800 zł w pierwszej połowie 2019 r.

(akta kontroli str. 433-444)

Zastępca Dyrektora ds. Ekonomicznych wyjaśniła, że w latach 2017 i 2019 nie były podejmowane działania w celu zrationalizowania kosztów prowadzonej działalności, gdyż na bieżąco monitorowane są wartości przychodów i kosztów funkcjonowania Zakładu na podstawie ewidencji księgowej. Nie podejmowano również działań zmierzających do zreorganizowania działalności Zakładu, ani nie dokonywano analiz kosztów prowadzonej działalności leczniczej w zakresie wykonywania diagnostyki patomorfologicznej.

(akta kontroli str. 664-665)

Udział kosztów badań diagnostyki patomorfologicznej w kosztach realizowanych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w których wykonywane były świadczenia diagnostyki patomorfologicznej⁴⁰, w skali danego roku wyniósł w 2017 r. 1,01%, w 2018 r. 1,05% i w 2019 (I połowa) 0,99%, w tym:

- leczenie szpitalne w 2017 r. od 0,00% w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej nefrologia – hospitalizacja i kardiologia - hospitalizacja do 3,67% w zakresie urologia

⁴⁰ Ewidencja kosztów prowadzona w Szpitalu uniemożliwiała przypisanie kosztów diagnostyki histopatologicznej do zakresu świadczeń opieki zdrowotnej (zgodnie z zawartą umową z NFZ). Ewidencja kosztów prowadzona była wg komórek organizacyjnych Szpitala. Podane kwoty dotyczą kosztów komórek organizacyjnych Szpitala wykonujących poszczególne zakresy świadczeń.

– hospitalizacja; w 2018 r. od 0% w przypadku zakresu kardiologia - hospitalizacja do 4,25% w przypadku zakresu urologia – hospitalizacja; w I połowie 2019 r. od 0% w przypadku zakresu neurologia – hospitalizacja do 4,08% w zakresie urologia – hospitalizacja;

- ambulatoryjna opieka specjalistyczna (ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne) – badania endoskopowe przewodu pokarmowego w 2017 r. - 73,52%, w 2018 r. - 65,02%, a w pierwszej połowie 2019 r. - 59,87%;

- w rodzaju leczenie szpitalne chemioterapia w 2017 r. - 0,05%, w 2018 r. i w I połowie 2019 r. - 0,03%.

(akta kontroli str. 690-706)

W umowach zlecających wykonywanie diagnostyki patomorfologicznej podmiotom zewnętrznym, o których mowa w punkcie 1.8. wystąpienia pokontrolnego, zawarto postanowienia umożliwiające Szpitalowi wprowadzanie w trakcie ich obowiązywania zmian, bez określania ich charakteru. W trakcie obowiązywania dwóch kontrolowanych umów nie uległy zmianie ceny badań objętych umowami.

Szpital nie określił rzeczywistych kosztów jednostkowych wykonywanych badań. Zastępca Dyrektora ds. Ekonomicznych wyjaśniła, że według Polityki rachunkowości Szpitala nośnikiem kosztu w Zakładzie jest procedura. Każdej procedurze wykonywanej w pracowni przypisana została na podstawie kosztu normatywnego waga punktowa. Na tej podstawie następuje obciążenie odbiorców usług w ramach prowadzonej ewidencji księgowej kosztami poniesionymi przez Pracownię Histopatologii za wykonywane na ich rzecz świadczeń z zakresu diagnostyki patomorfologicznej. Na koszt normatywny składają się koszty materiałowe, aparatury oraz zaangażowanego personelu. W chwili obecnej dokonuje się wyceny procedur w poszczególnych jednostkach organizacyjnych Szpitala.

(akta kontroli str. 605-606, 632-633)

Ustalone średnie jednostkowe koszty badań przeprowadzanych w Zakładzie, wyliczone na podstawie kosztu normatywnego, wynosiły w latach 2017, 2018 i pierwszej połowie 2019 r. odpowiednio:

–badanie histopatologiczne: 33,96 zł, 36,36 zł i 37,71 zł,

–badanie cytologiczne płynów: 19,42 zł, 20,20 zł i 20,95 zł,

–wykonanie i ocena materiałów BACC: 50,49 zł, 52,52 zł i 54,47 zł.

–badanie histopatologiczne z biopsji gruczołowej PGI: 38,83 zł, 40,40 zł i 41,90 zł,

–badanie intra i pointrowe histopatologiczne: 153,15 zł, 206,04 zł i 316,55 zł,

–badanie histopatologiczne endoskopowe: 38,84 zł, 40,40 zł i 41,90 zł,

–ocena materiałów z BACC: 34,96 zł, 36,36 zł i 37,71 zł,

–badanie cytologiczne – ginekologiczne: 1,94 zł, 2,02 zł i 2,10 zł,

–badanie cytologiczne i histopatologiczne 19,42 zł (w latach 2018-2019 nie wykonywano tego badania, zatem nie ustalono kosztu normatywnego).

(akta kontroli str. 607)

Koszty procedur ustalone na podstawie kosztu normatywnego były wyższe, niż ceny poszczególnych procedur określonych w cennikach usług Szpitala dla podmiotów zewnętrznych (szczegółowy opis w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli str. 607, 511-604)

Koszty badań diagnostyki patomorfologicznej zleczanych podmiotom zewnętrznym przedstawiały się następująco:

–za badania histopatologiczne wykonywane w formie konsultacji przez podmiot: J. B. (...): 35 540 zł w 2017 r., 41 040 zł w 2018 r. oraz 22 500 zł w pierwszej

- połowie 2019 r.; cena konsultacji wynosiła 50 zł do 1 kwietnia 2017 r., a po podpisaniu nowej umowy 90 zł. Natomiast za badania immunohistochemiczne wykonane przez ten podmiot: 94 210 zł w 2017 r., 99 800 zł w 2018 r. oraz 47 550 zł w pierwszej połowie 2019 r.; ceny jednostkowe za badanie ekspresji pojedynczego receptora wynosiły 45 zł do 1 kwietnia 2017 r., a po podpisaniu nowej umowy 50 zł;
- za badania immunohistochemiczne wykonywane przez W(...) C(...) O(...): 1 820 zł w 2017 r., 2 520 zł w 2018 r. oraz 1 330 zł w I połowie 2019 r.; cena jednostkowa badania wynosiła 70 zł w każdym roku. Natomiast za oceny wyników badań molekularnych wykonywane przez ten podmiot: 6 200 zł w 2017 r., 6 250 zł w 2018 r., oraz 3 300 zł w I połowie 2019 r.; cena jednostkowa badania w każdym roku objętym kontrolą wynosiła 600 zł - badanie FISH-FIS, 650 zł - badanie SS18 FISH-FISH, 150 zł - badanie HER2;
 - za oceny wyników badań molekularnych wykonywane przez O(...) D(...): 3 755 zł w 2017 r., 14 300 zł w 2018 r. oraz 9 020 zł w pierwszej połowie 2019 r.; cena jednostkowa badania wynosiła od 265 do 820 zł w zależności od rodzaju badania;
 - za badania histopatologiczne wykonywane przez D. H. (...): 27 920 zł w 2017 r., i 2018 r., 13 240 zł w pierwszej połowie 2019 r.; cena jednostkowa badania w zależności od liczby bloczków, z których były oceniane preparaty⁴¹, tj. od jednego do trzech bloczków 20 zł, cztery do sześciu bloczków 30 zł, siedem do 10 bloczków 60 zł, ocena powyżej 10 bloczków 150 zł;
 - za badania histopatologiczne wykonywane przez G. D. P(...): 1 810 zł w I połowie 2019 r.; cena jednostkowa badania wynosiła w zależności od liczby bloczków, z których były oceniane preparaty ⁴², tj. od jednego do trzech bloczków 20 zł, cztery do sześciu bloczków 30 zł, siedem do 10 bloczków 60 zł, ocena powyżej 10 bloczków 150 zł;
 - za badania histopatologiczne wykonywane przez I. S. (...): 2 260 w pierwszej połowie 2019 r.; cena jednostkowa badania w zależności od liczby bloczków, z których były oceniane preparaty ⁴³, tj. od jednego do trzech bloczków 20 zł, cztery do sześciu bloczków 30 zł, siedem do 10 bloczków 60 zł, ocena powyżej 10 bloczków 150 zł;
 - za badania sekcyjne wykonywane przez I. P. L. J. K(...): 10 500 zł w 2017 r., 12 500 w 2018 r. oraz 8 000 zł w pierwszej połowie 2019 r.; cena jednostkowa badania wynosiła 500 zł przez cały okres objęty kontrolą;
 - za badania sekcyjne wykonywane przez I. P. L. J. (...): 1 000 zł w pierwszej połowie 2019 r.; cena jednostkowa badania wynosiła 500 zł przez cały okres objęty kontrolą.

(akta kontroli str. 707-748)

2.8. Zakład wyposażony był m.in. w: cztery mikroskopy (JENAMED 2, JENAMED, BIOLAR 2308, Primo Star Pakiet 4, automatyczny próżniowy procesor tkankowy HISTOCORE PEARL, wirówkę laboratoryjną MPW223E, automat do barwienia preparatów WIRELESS, centrum do zatapiania w parafinie LeicaEG1140, stację do zatapiania parafiny EC350-1, kriostat Leica CM 1850UV, mikrotom rotacyjny LEICA RM 2255, a także w wagę analityczną, podnośnik hydrauliczny pacjenta, cieplarkę, łaźnie wodne, płyty grzewcze. Sprzęty opatrzone były właściwymi numerami inwentarzowymi i poddawane okresowym przeglądom technicznym raz w roku.

⁴¹ W umowach sformułowano zadania poprzez określenie cen w odniesieniu do liczby ocenianych bloczków (np. ocena bloczków 1-3 sztuk). W rzeczywistości oceniane były preparaty z określonej liczby bloczków, a cena zależała od liczby bloczków, z których preparaty były oceniane. Patrz punkt 1 Sekcji nieprawidłowości w obszarze 1.

⁴² J.w.

⁴³ J.w.

Przeglądy okresowe procesorów tkankowych dokonywane były przez zewnętrzne firmy serwisowe, natomiast przeglądy okresowe pozostałych sprzętów dokonywane były przez pracowników Działu Techniki Medycznej Szpitala. Pracownicy posiadali uprawnienia SEP i okresowo uczestniczyli w szkoleniach dotyczących serwisowania sprzętu medycznego.

W roku 2019 przeprowadzona została kontrola przez Państwową Inspekcję Sanitarną, podczas której dokonano pomiarów norm stężenia rakotwórczego formaldehydu. Wyniki pomiaru wyniosły poniżej 0,1 NDS, czyli poniżej norm określających obowiązek okresowego badania stężenia formaldehydu⁴⁴. Szpital w latach objętych kontrolą (oprócz ww. pomiaru) nie dokonywał pomiarów stężenia formaldehydu, ze względu na wyniki pomiarów dokonanych w latach wcześniejszych⁴⁵.

(akta kontroli str. 812-844)

2.9. W Szpitalu nie określono odrębnej procedury dotyczącej transportu materiału przekazywanego zarówno:

- do Zakładu - w przypadku zlecenia Zakładowi przeprowadzania badania przez podmiot zewnętrzny, jak i
- z Zakładu do podmiotów zewnętrznych (w umowach zawartych z tymi podmiotami),

co zostało szerzej opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 913-914)

Na próbie sześciu materiałów do badań transportowanych ze Szpitala do podmiotów zewnętrznych ustalono, że praktyka opisana przez Dyrektora ds. Lecznictwa w zakresie transportu materiałów do badań była stosowana w praktyce.

(akta kontroli str. 907-912)

2.10 W Szpitalu opracowano następujące procedury zapewniające prawidłowość i jakość wykonywania diagnostyki patomorfologicznej:

- instrukcja w sprawie udostępniania materiałów histopatologicznych,
- instrukcja „Prosektorium. Zasady wydawania zwłok”,
- instrukcja „Prosektorium. Zwłoki nie podlegające sekcji”.

Szpital posiadał również procedury określające postępowanie w poszczególnych rodzajach badań, które stanowiły spis dokonywanych czynności w danym badaniu, bez wskazania osób odpowiedzialnych i terminów ich realizacji:

- instrukcja „Histopatologia, Badanie śródoperacyjne (intra)”,
- instrukcja „Histopatologia”,
- instrukcja „Cytologia biopsyjna (z pobraniem materiału i bez pobrania)”.

(akta kontroli str. 856-897, 901-903)

Zasady zlecenia badań przy wykorzystaniu skierowania na badanie nie były objęte odrębną procedurą, jednak skierowania na badania wystawiane były w systemie Eskulap, w którym formularz skierowania wymuszał podawanie niezbędnych danych. Dyrektor Szpitala wystosował także pismo okólne w sprawie wymagań dotyczących wystawiania skierowań na badania patomorfologiczne wykonywane w Zakładzie⁴⁶, które zostało przekazane w formie papierowej do wszystkich komórek organizacyjnych Szpitala i udostępnione w systemie it-cube⁴⁷.

⁴⁴ § 7 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011 r. w sprawie badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy (Dz. U. Nr 33, poz. 166) określa uprawnienie do odstąpienia od pomiarów, jeżeli wyniki dwóch ostatnich badań i pomiarów szkodliwych dla zdrowia czynników o działaniu rakotwórczym lub mutagennym w odstępach co najmniej sześciu miesięcy, nie przekroczyły 0,1 wartości NDS, pracodawca może odstąpić od wykonywania badań i pomiarów.

⁴⁵ W Szpitalu poprzedni pomiar wykonany został 9 lutego 2005 r.

⁴⁶ Pismo okólne Nr 4/2018 z dnia 8 lutego 2018 r.

⁴⁷ System CRM Szpitala.

(akta kontroli str. 845-855)

Dyrektor ds. Lecznictwa wyjaśniła, że w każdy wtorek z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa przypomina o konieczności stosowania przepisów zawartych w rozporządzeniu w sprawie standardów w patomorfologii⁴⁸.

(akta kontroli str. 845-855)

Do dnia rozpoczęcia kontroli nie opracowano i nie wdrożono procedury stałego nadzoru i monitorowania w zakresie

- przebiegu, prawidłowości i skuteczności stosowanych metod i procedur diagnostycznych;
- analizy błędów przedlaboratoryjnych, która polega na analizie zgodności i kompletności informacji zawartych w skierowaniu na badania patomorfologiczne;
- analizy zewnętrznych konsultacji patomorfologicznych;
- analizy błędów diagnostycznych;
- analizy problemów technicznych i diagnostycznych oraz sposobu ich rozwiązywania;

oraz nie prowadzono wewnętrznej kontroli jakości badań, co zostało szerzej opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

2.11. W Szpitalu nie były przeprowadzone kontrole w zakresie dostępności i jakości wykonywanej diagnostyki patomorfologicznej. Przeprowadzone w Zakładzie kontrole zewnętrzne opisane zostały w punkcie 1.6 niniejszego wystąpienia pokontrolnego.

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Szpital nie zapewnił wystarczającego zatrudnienia w Zakładzie, przez co dostępność do badań diagnostyki patomorfologicznej była niewystarczająca. Zakładem kierował patomorfolog, który był jednocześnie jedynym patomorfologiem wykonującym czynności diagnostyki patomorfologicznej w miejscu Zakładu (poza patomorfologiem wykonującym tylko sekcje). Podczas nieobecności Kierownika w pracy, nie były wykonywane badania śródoperacyjne, ze względu na brak personelu mogącego te badania przeprowadzić. Szpital co prawda zapewnił ciągłość działania Zakładu pod nieobecność Kierownika, poprzez wysyłkę preparatów do oceny do patomorfologów na terenie Polski, ale w zakresie badań śródoperacyjnych taka ciągłość nie została zapewniona. Kierownik Zakładu wyjaśniła, że operacje podczas których mają być wykonywane badania śródoperacyjne są ustalane w terminach jej obecności w pracy, a praktyka ta nie ma znaczenia dla bezpieczeństwa pacjentów, ponieważ istnieje ciągły spadek liczby prowadzonych badań śródoperacyjnych ze względu na dokładniejszą diagnostykę przedoperacyjną.

W okresie objętym kontrolą przeprowadzono jeden nabór do Zakładu, który dotyczył stanowiska pomocy laboratoryjnej oraz jeden konkurs na świadczenie usług zdrowotnych, jednak poza terenem Szpitala⁴⁹. Kierownik Działu Służb Pracowniczych wyjaśniła, że w przypadku Zakładu zatrudnienie personelu było uzupełniane na wniosek Kierownika Zakładu (dotyczy pomocy laboratoryjnej), natomiast ogłoszenie o zatrudnieniu lekarzy w Zakładzie umieszczano na stronie internetowej Szpitala w zakładce zatrudnimy. Pracownik Działu Informatyki wyjaśnił, że na stronie internetowej w zakładce „Zatrudnimy” zamieszczona jest

⁴⁸ Z protokołów ze spotkań wynikało, że jedno spotkanie odbyło się 27 sierpnia 2019 r., natomiast dwa pozostałe protokoły dotyczyły spotkań, które odbyły się podczas kontroli

⁴⁹ Wcześniejszy konkurs został przeprowadzony w 2016 r.

od kilku miesięcy pozycja nr 6. Lekarz w Zakładzie Patomorfologii, jednak nie potrafił określić daty zamieszczenia informacji. Wyjaśnił także, że również we wcześniejszych latach taka informacja była zawarta na stronie. Informacja zamieszczona na stronie nie określała żadnych wymagań, ani warunków pracy. NIK zauważa, że zamieszczenie zapisu na stronie internetowej Szpitala w zakładce z informacją, o chęci zatrudnienia lekarza w Zakładzie, dodatkowo bez określenia żadnych warunków współpracy, nie zapewnia dotarcia do szerokiego grona odbiorców i potencjalnych chętnych do zatrudnienia w Zakładzie. Działanie Szpitala w tym zakresie były niewystarczające i nieskuteczne.

(akta kontroli str. 463-466)

Ze względu na zbyt niską obsadę kadrową patomorfologów w Zakładzie, w okresie nieobecności Kierownika Zakładu, zastępstwo pełnił Dyrektor ds. Lecznictwa, czyli lekarz nieposiadający tytułu specjalisty w dziedzinie patomorfologii lub lekarz posiadający specjalizację drugiego stopnia w dziedzinie patomorfologii. Od 11 stycznia 2020 r., tj. od terminu obowiązkowego dostosowania działalności Szpitala do wymagań określonych rozporządzeniem w sprawie standardów działanie takie będzie niezgodne z § 3 ust. 1 wymienionego rozporządzenia.

W konsekwencji istnienia braków obsady kadrowej Zakładu zawarte zostały umowy naruszające przepisy Kodeksu pracy, co zostało opisane w punkcie 2 sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości* w obszarze 1.

Dyrektor ds. Lecznictwa wyjaśniła, że w Zakładzie wykonywanych jest około 20 000 badań histopatologicznych z około 7 000 skierowań a zatrudniony jest tylko jeden lekarz patomorfolog. W związku z tak dużą liczbą przeprowadzanych badań, z powodu braków kadrowych lekarzy o specjalności patomorfolog (jak wynika ze statystyk jest ich w Polsce około 500 w większości w wieku okołoemerytalnym), zaistniała konieczność zawierania umów z podmiotami zewnętrznymi. Zaproponowano również dodatkowe zatrudnienie, poza godzinami standardowymi, pracownikom Zakładu. Tylko w ten sposób można było zrealizować 20 000 badań rocznie.

(akta kontroli str. 362-371)

2. Koszty procedur badań diagnostyki patomorfologicznej ustalone na podstawie kosztu normatywnego w latach 2017-2019 (pierwsze półrocze), w niektórych przypadkach, były wyższe niż ceny procedur określonych w cennikach usług Szpitala dla podmiotów zewnętrznych. Dotyczyło to procedur:
 - badanie cytologiczne (nr procedury) Y.04.91.01 – cena określona w cenniku wynosiła 15 zł, tymczasem koszt w latach 2017-2019 (pierwsze półrocze) wyniósł od 19,42 zł do 20,95 zł, zatem ustalona cena była niższa od kosztu normatywnego o 23% do 28%,
 - badanie histopatologiczne (numer procedury Y.04.900) – cena określona w cenniku wynosiła 35 zł, tymczasem koszt w latach 2018-2019 (pierwsze półrocze) wyniósł od 36,36 zł do 37,71 zł, zatem ustalona cena była niższa od kosztu normatywnego o 4% do 7%,
 - badanie intra (numer procedury) Y.04.902 – cena określona w cenniku wynosiła 300 zł, tymczasem koszt w pierwszym półroczu 2019 roku wyniósł 316,55 zł, zatem ustalona cena była niższa od kosztu normatywnego o 5%,
 - ocena materiałów z BACC (numer procedury Y.04.91.04) – cena określona w cenniku wynosiła 30 zł, tymczasem koszt w latach 2017-2019 (pierwsze

półrocze) wyniósł od 34,96 zł do 37,71 zł, zatem ustalona cena była niższa od kosztu normatywnego o 14% do 20%.

(akta kontroli str. 605-613, 634-663)

W latach 2017-2019 (pierwsze półrocze) przychód osiągnięty za wykonywanie procedur badań diagnostyki patomorfologicznej, w tym ww. procedur wyniósł w roku 2017 – 70 185 zł, w roku 2018 - 50 825 zł, a w pierwszej połowie 2019 roku – 21 995 zł.

(akta kontroli str. 614-625, 666)

Zastępca Dyrektora ds. Ekonomicznych, według Regulaminu organizacyjnego odpowiedzialna za zarządzanie finansami Szpitala w sposób optymalizujący płynność finansową i rentowność wyjaśniła, że według obowiązującej polityki rachunkowości, „procedura jest nośnikiem kosztów”, a koszt wycenionych procedur, zgodnie z polityką rachunkowości, w latach 2017-2019, służył do obciążania kosztami funkcjonowania Zakładu komórek organizacyjnych Szpitala korzystających z jego usług. Rodzaje wykonywanych świadczeń oraz ich ceny w latach 2017-2019 dla podmiotów zewnętrznych proponowane były przez Kierownika Zakładu Patomorfologii na podstawie średnich cen obowiązujących na rynku usług z zakresu diagnostyki patomorfologicznej. Podała także, że przy określaniu cen brane są pod uwagę ceny obowiązujące na rynku usług, jak również ich konkurencyjność w stosunku do innych podmiotów. Z załączonej do wyjaśnień kopii pisma Dyrektora ds. Ekonomicznych do kierowników komórek organizacyjnych Szpitala z poleceniem przekazania propozycji cenowych do cennika usług Szpitala wynikało, że kierownicy komórek organizacyjnych nie otrzymywali danych na temat kosztów działalności, na podstawie której mogliby dokonać wyceny.

(akta kontroli str. 626-633)

W ocenie NIK, nie jest działaniem gospodarnym ustalanie przez Szpital cen procedur realizowanych na rzecz podmiotów zewnętrznych, bez uwzględnienia ponoszonych przy ich realizacji faktycznych kosztów, czego konsekwencją jest pobieranie opłat poniżej ponoszonych kosztów.

3. Do dnia rozpoczęcia kontroli nie opracowano i nie wdrożono wymaganej procedury stałego nadzoru i monitorowania w zakresie:

- przebiegu, prawidłowości i skuteczności stosowanych metod i procedur diagnostycznych;
 - analizy błędów przedlaboratoryjnych, która polega na analizie zgodności i kompletności informacji zawartych w skierowaniu na badania patomorfologiczne;
 - analizy zewnętrznych konsultacji patomorfologicznych;
 - analizy błędów diagnostycznych;
 - analizy problemów technicznych i diagnostycznych oraz sposobu ich rozwiązywania;
- oraz nie prowadzono wewnętrznej kontroli jakości badań, o której mowa w § 7 rozporządzenia w sprawie standardów.

Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa wyjaśniła, że Szpital jest na etapie opracowywania stosownych procedur i w związku z pracami akredytacyjnymi zostaną one opracowane do 31 grudnia 2019 r.

(akta kontroli str. 907)

Pełnomocnik Dyrektora ds. Jakości wyjaśniła, że w trakcie opracowania jest procedura postępowania z materiałem pobranym do badania histopatologicznego i przygotowania materiału do transportu do Zakładu. Podała

także, że w Szpitalu obowiązują niepisane standardy postępowania zapewniające bezpieczeństwo w powyższym zakresie.

(akta kontroli str. 856-857)

Kierownik Zakładu wyjaśniła, że Zakład realizuje głównie badania zlecane przez komórki organizacyjne Szpitala, a na Bloku operacyjnym istnieje procedura opisu i przekazania materiału przez Blok operacyjny do Oddziałów Szpitala. Dodała także, że prowadzone są przygotowania do stworzenia „centralnego punktu”, który będzie gromadził materiały dla Zakładu, jednak stworzenie go wymaga odpowiednich warunków lokalowych, technicznych, personalnych oraz organizacyjnych i czynności te są obecnie finalizowane. Natomiast zakup dla Zakładu pojemników do badań prowadził Dział Zaopatrzenia na podstawie składanych zamówień i to komórki organizacyjne zamawiają pojemniki transportowe w odpowiedniej ilości oraz wielkości. We wskazanej instrukcji⁵⁰ zapisany został jedynie obowiązek pielęgniarki dotyczący „rejestrowania materiału biologicznego, pakowania i jego oznaczenia”, bez określania sposobu dokonania tych czynności i środków, które mają być do tego wykorzystane. Brak precyzyjnego opisu czynności może mieć wpływ na jakość materiałów dostarczanych do badań. Ponadto kierownicy komórek organizacyjnych Szpitala otrzymywali pisma, w których określano zasady postępowania i przygotowania materiału ze wskazaniem popełnianych dotychczas błędów.

(akta kontroli str. 913-914, 925-928)

W Zakładzie, podczas kontroli NIK, rozpoczęto dokumentowanie prowadzenia stałej wewnętrznej kontroli jakości badań, o której mowa w § 7 rozporządzenia w sprawie standardów. Na tej podstawie ustalono, że w zakresie :

- zewnętrznych konsultacji (w okresie od 12 września 2019 r. do 24 października 2019 r.) – sześć badań spośród 80 skierowanych na konsultację posiadało rozbieżne rozpoznanie,
- błędów przedlaboratoryjnych (od 3 do 29 października 2019 r.) – przekazanych zostało 14 błędnych skierowań.

Kierownik Zakładu wyjaśniła, że w okresie wcześniejszym również prowadzona była kontrola prawidłowości wypełniania skierowań, jednak nie było to nigdzie odnotowywane. Natomiast w następstwie tej kontroli nie były przyjmowane błędnie wypełnione skierowania.

(akta kontroli str. 904-905, 918-923)

W ocenie NIK, nieopracowanie procedur przez 20 miesięcy od wejścia w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardów i zaledwie na cztery miesiące przed upływem terminu na dostosowanie swojej działalności do wymagań określonych ww. rozporządzeniem, jest działaniem niestarannym. Brak pisemnych procedur może stanowić zagrożenie dla zapewnienia prawidłowości i jakości wykonywanych czynności diagnostyki patomorfologicznej oraz nie daje możliwości kontroli poszczególnych etapów wykonywania badań. Podkreślić należy, że zalecenie opracowania procedur postępowania z materiałami zawarte zostało także w Zasadach procesu licencjonowania zakładów (pracowni) patomorfologii opracowanych przez Polskie Towarzystwo Patologów⁵¹. Brak dokumentacji wewnętrznej kontroli jakości badań utrudnia prześledzenie całego procesu diagnostycznego zarówno pod względem merytorycznym jak i technicznym oraz podjęcie działań korygujących i zapobiegawczych.

⁵⁰ Instrukcja QI-021/P Przygotowanie pielęgniarek operacyjnych do zabiegu operacyjnego

⁵¹http://pol-pat.pl/wp-content/uploads/2019/01/00_zal2_kontrola-jakosci-w-zakladzie-patomorfologii_ver2019_01a.pdf

Podmioty, w których są wykonywane badania patomorfologiczne, miały dwa lata na dostosowanie się do wymagań zawartych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie standardów, a termin upływie 10 stycznia 2020 r.

OCENA CZĄSTKOWA

Pracownicy Zakładu posiadali odpowiednie kwalifikacje zawodowe do wykonywania czynności diagnostyki patomorfologicznej, a w celu zapewnienia wymaganej jakości badań, brali udział w szkoleniach zarówno zewnętrznych, jak i wewnętrznych. Obsada kadrowa na stanowisku patomorfologa była niewystarczająca, co skutkowało koniecznością ustalania terminów operacji, podczas których wymagane było przeprowadzenie badań śródoperacyjnych, w terminach obecności w pracy Kierownika Zakładu. Istotnym elementem opóźniającym postawienie końcowej diagnozy były terminy wykonywania ocen preparatów przez podmioty zewnętrzne, na co zdecydowany wpływ miała konieczność transportu materiału i preparatów. Szpital zapewnił wymaganą częstotliwość przeprowadzania przeglądów technicznych aparatury wykorzystywanej do wykonywania diagnostyki patomorfologicznej. Sposób prowadzenia ewidencji księgowej pozwalał na uzyskanie rzetelnych informacji o przychodach i kosztach Zakładu, jednak brak przeprowadzania analiz ekonomicznych i niekorzystanie z zasobów informacji zawartych w ewidencji księgowej doprowadził do wykonywania usług po cenach niższych niż wynikające z kalkulacji ich kosztów. Ponadto nieopracowanie do momentu rozpoczęcia kontroli NIK wszystkich procedur stałego nadzoru i monitorowania oraz nierozpoczęcie dokumentowania kontroli jakości mogło wpływać negatywnie na prawidłowość i jakość wykonywanych czynności diagnostyki patomorfologicznej oraz nie dawało możliwości kontroli poszczególnych etapów wykonywania badań.

IV. Uwagi i wnioski

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

Uwagi Najwyższa Izba Kontroli nie formułuje uwag.

- Wnioski
- 1) podjęcie działań zapewniających przeprowadzanie konkursów o udzielanie świadczeń zdrowotnych na podstawie art. 26 ust. 3 ustawy o działalności leczniczej zgodnie z wymaganiami ustawy,
 - 2) wyeliminowanie przypadków, niezgodnego z przepisami prawa pracy, zastępowania umów o pracę umowami zlecenia,
 - 3) zintensyfikowanie działań mających na celu zapewnienie wystarczającego do potrzeb, zatrudnienia lekarzy patomorfologów,
 - 4) niezwłoczne uregulowanie zaległych (wskazanych w niniejszym wystąpieniu) zobowiązań,
 - 5) zweryfikowanie cenników usług świadczonych przez Zakład Patomorfologii z uwzględnieniem dostępnych analiz kosztowych,
 - 6) zintensyfikowanie prac w celu dostosowania się do wymagań zawartych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie standardów.

7)

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
wykorzystania uwag
i 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.

Poznań, 6 grudnia 2019 r.

Kontrolerzy
Alicja Zdych
doradca ekonomiczny

/-/

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Poznaniu
p.o. Zastępcy Dyrektora
Grzegorz Malesiński

/-/

Joanna Piasecka-Girguś
inspektor kontroli państwowej

/-/

Zmian w wystąpieniu dokonał:

p.o. Zastępcy Dyrektora
Grzegorz Malesiński