



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Poznaniu

LPO.410.019.04.2019

Radosław Kołaciński
Dyrektor
Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego
im. Ludwika Perzyny w Kaliszu
ul. Poznańska 79, 62-800 Kalisz

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

I.

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Wojewódzki Szpital Zespolony im. Ludwika Perzyny w Kaliszu, 62–800 Kalisz (dalej: Szpital)
Kierownik jednostki kontrolowanej	Radosław Kołaciński, Dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. Ludwika Perzyny w Kaliszu, od 1 marca 2019 r. (dalej: Dyrektor Szpitala). Poprzednio, od 30 października 2018 r. obowiązki Dyrektora Szpitala pełnił Włodzimierz Szewczyk, a wcześniej od 1 stycznia 2006 r. Dyrektorem Szpitala był Wojciech Grzelak.
Zakres przedmiotowy kontroli	<ol style="list-style-type: none">1. Organizacja wykonywania czynności diagnostyki patomorfologicznej2. Dostępność i jakość świadczeń diagnostyki patomorfologicznej
Okres objęty kontrolą	Lata 2017-2019 do dnia zakończenia czynności kontrolnych (tj. do 15 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
Kontroler	Bartosz Tomczyk, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LPO/132/2019 z 13 września 2019 r. (dowód: akta kontroli str. 1-8)

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 (I połowa) Szpital zapewnił odpowiednią jakość i dostępność badań diagnostyki patomorfologicznej w ramach realizowanych świadczeń opieki zdrowotnej.

Czynności diagnostyki patomorfologicznej wykonywane były w pomieszczeniach Zakładu Patomorfologii Szpitala (dalej: Zakład) spełniających odpowiednie wymagania, z wykorzystaniem aparatury posiadającej aktualne badania techniczne. NIK negatywnie ocenia jednak zły stan techniczny pomieszczeń prosektury.

Szpital zapewnił odpowiednią liczbę personelu medycznego w stosunku do skali przeprowadzanej diagnostyki patomorfologicznej, a pracownicy Zakładu posiadali odpowiednie kwalifikacje zawodowe do jej wykonywania oraz brali udział w szkoleniach podnoszących ich wiedzę z tego zakresu. Badania wykonywane były w czasie umożliwiającym szybkie podjęcie dalszego postępowania terapeutycznego, a czas oczekiwania na wyniki badań patomorfologicznych ulegał w kontrolowanym okresie systematycznemu skróceniu. Wprowadzono i stosowano procedury zapewniające prawidłowość i jakość wykonywania badań.

Negatywnie oceniono natomiast: brak zastosowania procedury konkursu ofert w przypadku jednej umowy powierzenia wykonywania badań patomorfologicznych podwykonawcy; zawieranie umów z podmiotami zewnętrznymi na udzielanie świadczeń w zakresie diagnostyki patomorfologicznej bez uwzględnienia wszystkich wymaganych obowiązującymi przepisami postanowień; nieterminową zapłatę czterech faktur oraz nieprzeprowadzanie z odpowiednią częstotliwością, badań i pomiarów występujących w Zakładzie czynników szkodliwych dla zdrowia. NIK wskazuje ponadto na niewdrożenie - do czasu zakończenia kontroli NIK - systemu dokumentowania prowadzenia wewnętrznej kontroli jakości badań w Zakładzie.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe³ kontrolowanej działalności

OBSZAR

1. Organizacja wykonywania czynności diagnostyki patomorfologicznej.

Opis stanu faktycznego

1.1. Szpital wykonuje działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne oraz ambulatoryjne świadczenia zdrowotne. W ramach wykonywanych procedur medycznych zapewniał wykonywanie niezbędnej diagnostyki patomorfologicznej. Kontrolowana jednostka udzielała świadczeń gwarantowanych m.in. w rodzaju leczenie szpitalne, ambulatoryjna opieka specjalistyczna, rehabilitacja lecznicza, opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie oraz ratownictwo medyczne. Szpital zapewniał realizację następujących badań: histopatologicznych, histopatologicznych śródoperacyjnych, cytologicznych⁴ (które wykonywane były samodzielnie przez Szpital) a także immunohistochemicznych, molekularnych cytogenetycznych, cytochemicznych, cytomorfologicznych (zlecane podmiotom zewnętrznym).

(dowód: akta kontroli str. 12-65, 181-223, 398-400, 455-460)

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

³ 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.

⁴ Co wynikało z § 21 pkt 10 regulaminu organizacyjnego Szpitala .

1.2. Szpital posiadał w swojej strukturze Zakład Patomorfologii, gdzie wykonywana była podstawowa diagnostyka patomorfologiczna.

(dowód: akta kontroli str. 21)

1.3. Szpital posiadał aktualny wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, a w rejestrze tym ujęta była m.in. wyżej wymieniona jednostka organizacyjna.

(dowód: akta kontroli str. 9-11)

1.4. Zakład nie posiadał licencji wydanej przez Komisję do spraw licencjonowania i przyznawania licencji Polskiego Towarzystwa Patologów (dalej: PTP) dla zakładów/pracowni patomorfologii.

(dowód: akta kontroli str. 315-316)

1.5. Zakład spełniał wymagania w zakresie, jakiemu powinny odpowiadać jego pomieszczenia (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 leczniczą⁵). W skład Zakładu wchodziły m.in: prosektura (część sekcyjna), pracownia histopatologiczna (w skład której wchodziły pracownie: formalinowa, obróbki preparatów histologicznych, mikroskopowa, cytologiczna), pomieszczenia administracyjno-socjalne (szatnia, dwa ustępy, jadalnia-pokój socjalny, sekretariat, pomieszczenie administracyjne części prosektoryjnej), sala wydawania zwłok (do której dojazd nie był widoczny z okien oddziałów łóżkowych, przychodni i innych części Szpitala dostępnych dla pacjentów). Do Zakładu prowadziło osobne wejście dla personelu, przywożonych zwłok, osób bliskich zmarłemu i wydawania zwłok. Kształt i powierzchnia ww. pomieszczeń umożliwiały prawidłowe rozmieszczenie, zainstalowanie i użytkowanie urządzeń, aparatury i sprzętu, stanowiącego niezbędne funkcjonalne wyposażenie Zakładu. W trakcie przeprowadzanych oględzin Zakładu stwierdzono zły stan techniczny pomieszczeń prosektury (szczegółowy opis zamieszczony został w sekcji Stwierdzone nieprawidłowości).

(dowód: akta kontroli str. 66-67, 100-169, 635)

1.6. W okresie objętym kontrolą Zakład był pięciokrotnie kontrolowany przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Kaliszu (dalej: PPIS). W trakcie tych kontroli nie stwierdzono nowych nieprawidłowości lub uchybień w Zakładzie w zakresie dotyczącym stanu higieniczno-sanitarnego oraz technicznego, niż te, wobec których obowiązywały już dwie decyzje administracyjne PPIS przedłużające termin wykonania wcześniejszych zaleceń do:

- 15 grudnia 2020 r. w przypadku decyzji nr ON.HK.423.1.1.2013 z 17 grudnia 2013 r. dotyczącej m.in. doprowadzenia do odpowiedniego stanu powierzchni sufitu, malatury drzwi oraz odprowadzenia rur hydraulicznych,

- 15 grudnia 2019 r. w przypadku decyzji nr ON.HK.423.1.1.2014 z 5 sierpnia 2014 r. dotyczącej m.in. doprowadzenia do odpowiedniego stanu powierzchni glazury ściennej w sanitariacie dla rodzin odbierających zwłoki oraz doprowadzenia do odpowiedniego stanu: parapetu okiennego, glazury podłogowej i powierzchni stołów sekcyjnych. Stwierdzono natomiast terminowe wykonanie dwóch

⁵ 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).

wcześniejszych zaleceń⁶. Państwowa Inspekcja Sanitarna nie nakładała w okresie objętym kontrolą na Szpital kar pieniężnych dotyczących Zakładu.

(dowód: akta kontroli str. 70-169)

1.7. Szpital realizował działania dostosowawcze w zakresie pomieszczeń i urządzeń (w tym Zakładu) do odpowiednich wymagań, o których mowa w art. 22 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁷ (dalej: ustawa o działalności leczniczej). Opracowany został program dostosowania Szpitala w zakresie wymagań fachowych i sanitarnych, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia Szpitala, o którym mowa w art. 207 ust. 2 ww. ustawy, a Wielkopolski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny pozytywnie go zaopiniował⁸. Program ten dotyczył Zakładu w zakresie utworzenia pracowni technik specjalnych oraz modernizacji wentylacji i montażu klimatyzacji sali sekcyjnej, z terminem wykonania do końca 2014 r. Szpital, zgodnie z art. 207 ust. 1 ww. ustawy, miał obowiązek dostosować pomieszczenia i urządzenia do tych wymagań do dnia 31 grudnia 2017 r. Do czasu zakończenia kontroli NIK – jak wyjaśnił Dyrektor Szpitala, nie zrealizowano jeszcze modernizacji wentylacji i montażu klimatyzacji z powodu, braku środków finansowych. Szpital nie występował do właściwego organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej z wnioskiem o wydanie opinii o wpływie niespełnienia wymagań na bezpieczeństwo pacjentów, o której mowa w art. 207 ust. 3 ustawy o działalności leczniczej ponieważ, jak wyjaśnił Kierownik Działu Utrzymania Ruchu, zadanie dotyczące wentylacji w Zakładzie zostało umieszczone omyłkowo – nie ma ono pokrycia w przepisach zawartych w rozporządzeniu w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą. Sala sekcyjna posiada wentylację nawiewowo-wyciągową, zapewniającą odpowiednią ilość wymiany powietrza i w związku z tym nie występowało o wydanie ww. opinii do PPIS. Kierownik dodał, że Szpital wystąpi o korektę zatwierdzonego programu dostosowawczego. Do czasu zakończenia kontroli NIK (15 listopada 2019 r.), Szpital nie wystąpił o korektę programu dostosowawczego.

(dowód: akta kontroli str. 170-180, 316, 320)

1.8. W kontrolowanym okresie Szpital zawarł łącznie sześć umów powierzających wykonywanie działalności leczniczej w zakresie diagnostyki patomorfologicznej do realizacji podmiotom zewnętrznym, tj. umowy na wykonywanie badań:

- immunohistochemicznych z użyciem przeciwciał z 21 grudnia 2016 r. zawarta z SPZOZ Uniwersyteckim Szpitalem Klinicznym nr 1 im. Norberta Barlickiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi (dalej: Szpital Barlickiego), której wykonanie w 2017 r. wyniosło 80.532 zł;
- immunohistochemicznych z użyciem przeciwciał z 27 grudnia 2017 r. zawarta ze Szpitalem Barlickiego, której wykonanie w latach 2018-2019 (I połowa) wyniosło 173.542 zł;
- molekularnych zawarta 1 marca 2017 r. z Instytutem Genetyki i Immunologii Genim Sp. z o. o. z siedzibą w Lublinie (dalej: Genim sp. z o. o.), której wykonanie w latach 2017-2019 (I połowa) wyniosło 57.020 zł;

⁶ Zapewnienie odpowiedniego stanu sanitarno-technicznego glazury ściennej w narożniku ściany w pomieszczeniu wydawania zwłok (decyzja nr ON.HK.423.1.1.5.2016 z 12 sierpnia 2016 r. z terminem wykonania do 31 marca 2017 r.) oraz doprowadzenie do odpowiedniego stanu malatury wózków służących do transportu zwłok (decyzja nr ON.HK.423.1.1.5.2016 z 12 sierpnia 2016 r. z terminem wykonania do 16 maja 2019 r.).

⁷ Dz. U. z 2018 r. poz. 2190, ze zm.

⁸ Decyzja nr DN-NS.9012.2.71.2012 z 11 maja 2012 r.

- immunohistochemicznych zawarta 4 sierpnia 2016 r. z Instytutem „Centrum Zdrowia Matki Polki” w Łodzi (w kontrolowanym okresie jej realizacja dotyczyła jedynie pozostawiania ww. szpitala w gotowości do wykonania ww. badań, a koszty z tym związane w 2018 r. wyniosły 2.400 zł);
- bronchofiberoskopii diagnostycznej oraz badania histopatologicznego wycinka z 27 maja 2015 r. zawarta z Wojewódzkim Specjalistycznym Zespołem Zakładów Opieki Zdrowotnej Chorób Płuc i Gruźlicy z siedzibą w Wolicy (umowa nie była realizowana w kontrolowanym okresie)

oraz

- umowa nr 21/IN/DEŚM/2014 o świadczenie usług medycznych zawarta 12 grudnia 2014 r. z Wielkopolskim Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Poznaniu dotycząca wykonywania m.in. badań cytogenetycznych, cytochemicznych, cytomorfologicznych i immunohistochemicznych, której wykonanie w latach 2017-2019 (I połowa) wyniosło 38.780 zł.

Dyrektor Szpitala podał w złożonych wyjaśnieniach, że przyczyną zlecenia ww. badań podmiotom zewnętrznym była potrzeba zapewnienia pacjentom pełnej diagnostyki, której Szpital nie mógł zrealizować we własnym zakresie ze względu na brak środków finansowych na zakup niezbędnego sprzętu i aparatury medycznej. Kierownik Zakładu wyjaśniła, że materiały do diagnostyki patomorfologicznej (konsultacja oraz badanie immunohistochemiczne lub genetyczne) przekazywane były podwykonawcom zewnętrznym na bieżąco (średnio raz w tygodniu) za pośrednictwem firmy kurierskiej lub były zabierane osobiście przez konsultanta współpracującego z Zakładem. Przekazywane były w formie już opracowanej histopatologicznie (w postaci bloczka parafinowego i/lub szkiełka zabarwionego metodą przeglądową H+E) w sztywnym opakowaniu, celem zabezpieczenia przed urazem mechanicznym (karton, drewniane pudełko lub koperta z folią bąbelkową).

(dowód: akta kontroli str. 181-223, 316, 336)

Przy wyborze wykonawców ww. umów Szpital nie stosował procedury przeprowadzenia konkursu ofert ponieważ w przypadku umowy z 2016 r. ze Szpitalem Barlickiego i umów z: Genim sp. z o. o., Wielkopolskim Centrum Onkologii oraz Centrum Zdrowia Matki Polki suma wydatków z tytułu ich realizacji nie przekraczała wyrażonej w złotych równowartości kwoty 30 000 euro, co było zgodne z art. 26 ust. 4a ustawy o działalności leczniczej.

Brak zastosowania procedury konkursu ofert w przypadku powierzenia wykonywania badań immunohistochemicznych Szpitalowi Barlickiemu umową z 27 grudnia 2017 r. naruszał natomiast art. 26 ust. 3 w zw. ust. 4a ustawy o działalności leczniczej (szczegółowy opis w sekcji Stwierdzone nieprawidłowości).

(dowód: akta kontroli str. 181-185, 224-231, 236-243, 290, 313-314, 316)

1.9. Szczegółowym badaniem objęto dwie umowy z podmiotami zewnętrznymi na udzielanie świadczeń w zakresie diagnostyki patomorfologicznej o najwyższej wartości zlecanych badań tj. umowę na wykonywanie badań immunohistochemicznych z użyciem przeciwciał z 27 grudnia 2017 r. zawartą ze Szpitalem Barlickiego oraz umowę na wykonywanie badań molekularnych zawartą 1 marca 2017 r. z Genim sp. z o. o. W obu przypadkach Szpital nie stosował procedury konkursu ofert, o czym mowa jest w punkcie 1.8 wystąpienia pokontrolnego. W obu umowach określony został zakres świadczeń zdrowotnych, sposób organizacji ich udzielania, rodzaj i sposób kalkulacji należności, zasady

rozliczeń oraz zasady i terminy przekazywania należności, co było zgodne z art. 27 ust. 4 pkt 1, 2, 5 i 6 ustawy o działalności leczniczej, a określony w badanych umowach tryb ich rozwiązania był zgodny z art. 27 ust. 8 tej ustawy.

Ponadto umowa z Genim sp. z o. o. zawierała postanowienia dotyczące trybu przekazywania udzielającemu zamówienia informacji o realizacji przyjętego zamówienia oraz zobowiązanie przyjmującego zamówienie do prowadzenia określonej sprawozdawczości statystycznej, do czego zobowiązywał art. 27 ust. 4 pkt 7 i 9 ustawy o działalności leczniczej.

Natomiast obie umowy nie zawierały niektórych wymaganych postanowień, określonych w ustawie o działalności leczniczej (szczegółowy opis w sekcji Stwierdzone nieprawidłowości).

(dowód: akta kontroli str. 183-199, 232-235, 323-335)

1.10. W kontrolowanym okresie, wykonawcy ww. umów dotyczących udzielania świadczeń w zakresie diagnostyki patomorfologicznej wystawili łącznie 96 faktur na kwotę 352.274 zł, z czego Szpital zapłacił z opóźnieniem cztery faktury (4% wszystkich otrzymanych faktur), co szczegółowo opisano w sekcji Stwierdzone nieprawidłowości.

Według stanu na 31 grudnia 2017 r. i 2018 r. oraz 30 czerwca 2019 Szpital nie posiadał zobowiązań wymagalnych, z tytułu zlecenia podmiotom zewnętrznym badań w zakresie diagnostyki patomorfologicznej.

Z tytułu ww. opóźnień w zapłacie faktur wykonawcy nie podejmowali żadnych innych działań przeciwko Szpitalowi w celu uzyskania należnych im przychodów z wyjątkiem wystawienia jednej noty odsetkowej.

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 zawartych z podwykonawcami.

(dowód: akta kontroli str. 236-312, 322)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Szpital nie zastosował procedury konkursu ofert w przypadku powierzenia wykonywania badań immunohistochemicznych Szpitalowi Barlickiemu w Łodzi umową z 27 grudnia 2017 r.

W kontrolowanym okresie Szpital zawarł ze Szpitalem Barlickiego dwie umowy na wykonywanie badań immunohistochemicznych z użyciem przeciwciał tj. z 21 grudnia 2016 r. na okres od 1 stycznia do 31 grudnia 2017 r., której wykonanie w 2017 r. wyniosło 80.532 zł oraz z 27 grudnia 2017 r. na okres od 1 stycznia 2018 r. do 31 grudnia 2021 r., której wykonanie w latach 2018-2019 (I połowa) wyniosło 173.542 zł. Szpital udzielił ww. zamówień bez zastosowania trybu konkursu ofert, o którym mowa w art. 26 ust. 3 ustawy o działalności leczniczej.

Zgodnie z art. 26a ust. 5 ww. ustawy, podstawą ustalenia wartości zamówienia powtarzającego się okresowo jest łączna wartość zamówień tego samego rodzaju: udzielonych w terminie poprzednich 12 miesięcy lub w poprzednim roku obrotowym, z uwzględnieniem zmian ilościowych zamawianych świadczeń zdrowotnych oraz prognozowanego na dany rok średniorocznego wskaźnika cen towarów i usług konsumpcyjnych ogółem, albo których udzielający zamówienia zamierza udzielić w terminie 12 miesięcy następujących po udzieleniu pierwszego świadczenia. Zgodnie z art. 26a ust. 7 ww. ustawy, jeżeli zamówienia udziela się na czas oznaczony, wartością zamówienia jest wartość ustalona z uwzględnieniem okresu wykonywania zamówienia.

Brak zastosowania procedury konkursu ofert w przypadku powierzenia wykonywania badań immunohistochemicznych Szpitalowi Barlickiemu umową z 27 grudnia 2017 r. naruszał art. 26 ust. 3 w zw. z ust. 4a ww. ustawy ponieważ łączna wartość zamówień tego samego rodzaju: udzielonych w terminie poprzednich 12 miesięcy (także w poprzednim roku obrotowym) wyniosła 80.532 zł netto, co obligowało do ustalenia wartości kolejnego zamówienia udzielanego na czas oznaczony, tj. czterech lat, w kwocie przekraczającej 30 000 euro.

Kierownik Działu Organizacyjnego Szpitala wyjaśnił, że decyzję o zawarciu ww. umowy w trybie bezkonkursowym podjął ówczesny Dyrektor Szpitala, jednakże w żadnym z lat obowiązywania poszczególnych umów, roczne wydatki u podwykonawców nie przekraczały kwot obligujących do przeprowadzenia postępowania konkursowego.

NIK nie podziela opinii Kierownika Działu Organizacyjnego Szpitala i zwraca uwagę, że w ww. przypadku pod uwagę należy brać cały okres obowiązywania zawieranej umowy, a nie poszczególne jej lata. Podkreślić należy, że suma wydatków z tytułu jej realizacji już w latach 2018-2019 (I połowa) przekroczyła wyrażoną w złotych równowartość kwoty 30 000 euro i wyniosła 173.542 zł netto.

(dowód: akta kontroli str.181-185, 236-243, 290, 316, 321-322, 337)

2. Dwie umowy z podmiotami zewnętrznymi na udzielanie świadczeń w zakresie diagnostyki patomorfologicznej poddane szczegółowemu badaniu (tj. na wykonywanie badań immunohistochemicznych z użyciem przeciwciał z 27 grudnia 2017 r. zawarta ze Szpitalem Barlickiego oraz na wykonywanie badań molekularnych zawarta 1 marca 2017 r. z Genim sp. z o. o.) nie zawierały postanowień określających minimalną liczbę osób udzielających określonych świadczeń zdrowotnych oraz potwierdzających przez przyjmującego zamówienie obowiązku poddania się kontroli przeprowadzanej przez udzielającego zamówienia, o których mowa w art. 27 ust. 4 pkt 3 i 4 ustawy o działalności leczniczej.

Ponadto umowa ze Szpitalem Barlickiego nie zawierała postanowień określających tryb przekazywania udzielającemu zamówienia informacji o realizacji przyjętego zamówienia oraz zobowiązania przyjmującego zamówienie do prowadzenia określonej sprawozdawczości statystycznej, co nakazywał art. 27 ust. 4 pkt 7 i pkt 9 ww. ustawy. Umowa z Genim sp. z o. o. została zawarta na czas nieoznaczony, co było niezgodne z art. 27 ust. 1 tej ustawy.

Kierownik Działu Organizacyjnego Szpitala wyjaśnił, że ww. umowy zawarte zostały jako umowy zlecenia, wobec których, zakres niezbędnych elementów określony jest w Kodeksie cywilnym. Ponadto, umowy zawarte zostały z jednostkami o najwyższym poziomie wykonywanej diagnostyki, które narzucają stronom swoje wzory umów. Szpital nie miał prawnej możliwości weryfikowania harmonogramów pracy podwykonawców, co jest domeną Narodowego Funduszu Zdrowia w odniesieniu do świadczeniodawców, którzy realizują świadczenia gwarantowane, a diagnostyka patomorfologiczna takim świadczeniem nie jest. Natomiast powodem zawarcia umowy na czas nieoznaczony były udogodnienia organizacyjne i sprawozdawcze wobec NFZ.

NIK nie podziela poglądu jakoby diagnostyka patomorfologiczna nie była świadczeniem gwarantowanym. Wskazać w tym kontekście trzeba na fakt, że zgodnie z art. 5 pkt 34 i 35 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁹ świadczenie gwarantowane to świadczenie opieki zdrowotnej finansowane w całości lub współfinansowane ze środków publicznych na zasadach i w zakresie określonych w ustawie, a świadczenie opieki zdrowotnej to świadczenie zdrowotne, świadczenie zdrowotne

⁹ Dz. U. z 2019 r. poz. 1373, ze zm.

rzeczowe i świadczenie towarzyszące. Natomiast zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 10 ustawy o działalności leczniczej świadczenie zdrowotne to działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania. Diagnostyka patomorfologiczna jest działaniem służącym zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz działaniem medycznym wynikającym z procesu leczenia.

(dowód: akta kontroli str. 193-199, 232-235, 322, 614)

3. Cztery faktury, na kwotę 26.020 zł, związane z realizacją badań patomorfologicznych przez podmioty zewnętrzne zostały zapłacone przez Szpital po terminie, co był niezgodne z § 5 umowy na wykonywanie badań immunohistochemicznych z użyciem przeciwciał z 27 grudnia 2017 r. zawartej ze Szpitalem Barlickiego oraz § 10 umowy na wykonywanie badań molekularnych zawartej 1 marca 2017 r. z Genim Sp. z o. o. Opóźnienia wynosiły od pięciu do 36 dni. Zgodnie z wyjaśnieniami Głównego Księgowego Szpitala nieterminowa zapłata czterech faktur spowodowana była brakiem środków finansowych. Z tego tytułu Szpitalowi wystawiono jedną notę odsetkową dotyczącą trzech faktur, a zapłacone odsetki karne wyniosły łącznie 78,14 zł, tj. 0,02% wartości wszystkich faktur wykonawców zewnętrznych wykonujących badania patomorfologiczne na rzecz Szpitala.

(dowód: akta kontroli str. 236-237, 282-283, 287-289, 291-312)

4. W trakcie przeprowadzanych oględzin Zakładu stwierdzono zły stan techniczny pomieszczeń prosektury. W pomieszczeniu do przeprowadzania sekcji zwłok widoczne były braki w płytkach na ścianach i podłodze, na ścianach i suficie widać było pęknięcia oraz zacieki. Powierzchnia trzech stołów sekcyjnych posiadała widoczne ślady zużycia, a drzwi prowadzące do tego pomieszczenia były w złym stanie technicznym (widoczne wgniecenia, ubytki w malaturze, zniszczenia spowodowane wodą). Meble, urządzenia sanitarne, ściany pomieszczeń socjalnych prosektury posiadały widoczne ślady zużycia. Ww. opisany stan techniczny naruszał §§ 14, 15 ust. 1 i 16 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z 26 września 1997 r. w sprawie ogólnych przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy¹⁰.

W kontrolowanym okresie od 2017 r. zarówno Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych w raportach z kontroli wewnętrznej¹¹, jak również PPIS w trakcie swoich kontroli kompleksowych¹², informowali o nieprawidłowym stanie techniczno-sanitarnym sali sekcyjnej Zakładu oraz o potrzebie generalnego remontu tej sali.

Kierownik Działu Utrzymania Ruchu Szpitala¹³ wyjaśnił, że pomieszczenia prosektury Zakładu nie zostały wyremontowane z uwagi na dużą ilość prac bieżących, które wymagały wykonania licznych napraw i remontów awaryjnych, wykonanych siłami własnymi Szpitala. Remont ww. pomieszczeń wiąże się z koniecznością przeprowadzenia prac naprawczych w znacznym zakresie, więc wykonanie tych prac ograniczonymi siłami własnymi było i jest niemożliwe. Prace zostaną wykonane po pozyskaniu środków umożliwiających wykonanie remontu siłami zewnętrznymi.

(dowód: akta kontroli str. 66-67, 100-169, 635)

¹⁰ Dz. U. z 2003 r. Nr 169, poz. 1650 ze zm.

¹¹ Raporty z 26 maja 2017 r., 7 grudnia 2017 r., 10 maja 2018 r., 13 listopada 2018 r. oraz 3 lipca 2019 r.

¹² Protokoły kontroli nr ON.HK.423.1.1.1.2017 z 24 maja 2017 r., ON.HK.423.1.1.1.2018 z 26 kwietnia 2018 r., ON.HK.423.1.1.1.2019 z 4 września 2019 r.

¹³ Zgodnie z regulaminem organizacyjnym Szpitala Dział Utrzymania Ruchu odpowiedzialny był za m. in. opracowywanie rocznych planów rzeczowo-finansowych inwestycji, modernizacji i remontów oraz za ich przeprowadzanie.

OCENA CZĄSTKOWA

W kontrolowanym okresie Szpital zapewniał wykonywanie niezbędnej diagnostyki patomorfologicznej w ramach wykonywanych procedur medycznych zarówno w ramach badań oferowanych przez Zakład jak i w drodze zlecenia ich do realizacji podmiotom zewnętrznym. Pomieszczenia prosektury Zakładu były w złym stanie technicznym. NIK negatywnie ocenia dotychczasowy brak realizacji zaleceń wynikających z decyzji PPIS oraz Zespołu Zakazań Szpitalnych w tym zakresie. Na sześć zawartych przez Szpital umów powierzających wykonywanie działalności leczniczej w zakresie diagnostyki patomorfologicznej do realizacji podmiotom zewnętrznym, w jednym przypadku nie zastosowano procedury konkursu ofert, pomimo istnienia takiego obowiązku wynikającego z wartości udzielanych zamówień. W dwóch umowach zawartych z podwykonawcami o udzielanie świadczeń diagnostyki patomorfologicznej nie ujęto także wszystkich wymaganych postanowień. Szpital prawidłowo dokonywał weryfikacji rozliczeń finansowych z podwykonawcami, w zakresie zgodności z cenami określonymi w umowach. NIK negatywnie ocenia nieterminową zapłatę czterech faktur dotyczących wykonania badań diagnostyki patomorfologicznej przez podmioty zewnętrzne.

OBSZAR

2. Dostępność i jakość świadczeń diagnostyki patomorfologicznej.

Opis stanu faktycznego

2.1. W kontrolowanych latach w Zakładzie zatrudnionych było czterech lekarzy patomorfologów specjalistów II stopnia (od 2019 r. trzech lekarzy), czworo techników analityki medycznej oraz dwie osoby personelu pomocniczego.

(dowód: akta kontroli str. 344-345)

Kierownikiem Zakładu był lekarz posiadający specjalizację II stopnia w dziedzinie patomorfologii oraz stopień doktora nauk medycznych, co było zgodne z § 3 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 18 grudnia 2017 r. w sprawie standardów organizacyjnych opieki zdrowotnej w dziedzinie patomorfologii¹⁴ (dalej: rozporządzenie w sprawie standardów w patomorfologii).

(dowód: akta kontroli str. 346-350)

Na podstawie analizy list obecności oraz harmonogramów pracy¹⁵ lekarzy patomorfologów stwierdzono, że w Zakładzie zapewniono stałą obecność dwóch lekarzy patomorfologów¹⁶ w godzinach pracy Zakładu (tj. od 7.00 do 14.35).

Dwóch pozostałych lekarzy patomorfologów (a od 2019 r. jeden lekarz patomorfolog) zatrudnionych było na podstawie umów zlecenia, w których określono sposób rozliczeń za wykonywanie czynności diagnostyki patomorfologicznej (ryczałt), nie wskazano natomiast miejsca udzielania świadczeń oraz godzin świadczenia tych usług. Kierownik Zakładu wyjaśniła, że ww. obaj lekarze zatrudnieni byli w charakterze specjalistów konsultantów, a ich praca polegała na ocenie i konsultacji przypadków szczególnie trudnych, wymagających dalszej diagnostyki immunohistochemicznej lub genetycznej oraz oceny biopsji bieżącej. Lekarze ci przyjeżdżali do Zakładu co najmniej raz w tygodniu konsultując wyselekcjonowane przypadki w godzinach pracy Zakładu. Przypadki szczególnie trudne, wymagające konsultacji innych specjalistów (np. neuropatologów) lub poszerzenia badań były osobiście przez nich zabierane do ich placówek macierzystych, a po konsultacji odsyłane w trybie pilnym do Zakładu, co znacznie skracало czas wydania ostatecznego rozpoznania.

¹⁴ Dz. U. z 2017 r. poz. 2435.

¹⁵ Harmonogramy pracy za następujące miesiące okresu objętego kontrolą (łącznie 6 m-cy): styczeń i grudzień 2017 r., lipiec i październik 2018 r. oraz marzec i czerwiec 2019 r.

¹⁶ W Szpitalu nie realizowano świadczeń gwarantowanych w ramach programu profilaktyki raka szyjki macicy.

(dowód: akta kontroli str. 351-379, 636)

2.2. W kontrolowanym okresie personel wykonujący czynności diagnostyki patomorfologicznej uaktualniał wiedzę poprzez udział w szkoleniach, kursach oraz konferencjach¹⁷, w celu zapewnienia wymaganej jakości badań. Kierownik Zakładu brała udział w dwóch szkoleniach zewnętrznych oraz pięciu szkoleniach wewnętrznych, a lekarz specjalista patomorfolog brała udział w trzech szkoleniach zewnętrznych oraz sześciu szkoleniach wewnętrznych. W przeprowadzonych łącznie siedmiu szkoleniach wewnętrznych dotyczących diagnostyki patomorfologicznej brało udział: czterech starszych techników analityki medycznej, oraz dwóch pomocników sekcyjnych.

(dowód: akta kontroli str. 380-397)

2.3. W kontrolowanych latach w Zakładzie wykonano:

- 6.231 badań (rozpoznań) histopatologicznych w 2017 r., 5.676 w 2018 r. i 4.607 w pierwszym półroczu 2019 dla pacjentów Szpitala. W ramach przedmiotowych badań oceniono odpowiednio 14.961, 14.854 i 7.728 preparatów mikroskopowych. Dla podmiotów zewnętrznych wykonano 300 badań (rozpoznań) histopatologicznych w 2017 r., 176 w 2018 r. i 62 w pierwszym półroczu 2019, a w ich ramach oceniono odpowiednio 450, 225 i 112 preparatów mikroskopowych;
- 150 badań (rozpoznań) cytologicznych (z wyłączeniem badań z szyjki macicy) w 2017 r., 125 w 2018 r. oraz 18 w I połowie 2019 r. Nie wykonywano badań dla podmiotów zewnętrznych. W ramach przedmiotowych badań oceniono odpowiednio 600, 250 i 36 preparatów mikroskopowych;
- 463 badań (rozpoznań) śródoperacyjnych w 2017 r., 599 w 2018 r. oraz 289 w I połowie 2019 r. dla pacjentów Szpitala. W ramach przedmiotowych badań oceniono odpowiednio 926, 1.198 i 578 preparatów mikroskopowych;
- 215 badań sekcyjnych/autopsyjnych w 2017 r. i 2018 r. oraz 133 w I połowie 2019 r. W ramach przedmiotowych badań oceniono odpowiednio 925, 905 i 1.015 preparatów mikroskopowych. Dla podmiotów zewnętrznych wykonano 154 badania sekcyjne/autopsyjne w 2017 r., 144 w 2018 r. i 103 w pierwszym półroczu 2019, a w ich ramach oceniono odpowiednio 620, 600 i 515 preparatów mikroskopowych;
- badania cytologiczne z szyjki macicy wykonywano tylko na rzecz podmiotów zewnętrznych w ilości: liczba wykonanych badań - 142 w 2017 r., 123 w 2018 r. oraz 48 w I połowie 2019 r.

Skala wykonywanych badań (tj. histopatologicznych, sekcyjnych oraz cytologicznych z szyjki macicy) na rzecz podmiotów zewnętrznych w stosunku do wszystkich badań wykonanych w Zakładzie wyniosła 8% w 2017 r. 7% w 2018 r. oraz 4% w I połowie 2019 r., w tym 7% wszystkich ocenionych preparatów w 2017 r., 5% w 2018 r. oraz 7% w I połowie 2019 r.

Kierownik Zakładu wyjaśniła, że diagnostyka patomorfologiczna na rzecz podmiotów zewnętrznych była wykonywana bez uszczerbku dla działalności merytorycznej Zakładu.

¹⁷ Szkolenia dotyczyły m. in.: diagnostyki mikroskopowej zmian błony śluzowej jamy ustnej i ślinianek, biopsji narządów układu dokrewnego, dodatkowych barwień w diagnostyce histopatologicznej, diagnostyki cytologicznej BCA, barwienia dodatkowego (część II srebrzenie), patologii układu pokarmowego, dermatologii i patologii piersi.

(dowód: akta kontroli str. 398-400, 612-613)

2.4. Ww. skala i zakres wykonywanej diagnostyki patomorfologicznej pozwalały na zdobycie doświadczenia przez osoby wykonujące diagnostykę patomorfologiczną w zakresie badań histopatologicznych oraz sekcyjnych.

(dowód: akta kontroli str. 398-400)

2.5. W kontrolowanym okresie lekarze patomorfologów Zakładu, w przeliczeniu na jednego lekarza, wykonali średnio¹⁸:

- w 2017 r.: 4.389 w roku, 366 miesięcznie i 18 dziennie ocen preparatów mikroskopowych, w tym wykonali 1.800 badań w roku (150 miesięcznie i 8 dziennie);
- w 2018 r.: 4.333 w roku, 361 miesięcznie i 18 dziennie ocen preparatów mikroskopowych, w tym wykonali 1.685 badań w roku, 140 miesięcznie i 7 dziennie;
- oraz w I połowie 2019 r.: 3.135 w półroczu, 523 miesięcznie i 26 dziennie ocen, w tym wykonali 1.698 badań w półroczu, 283 miesięcznie i 14 dziennie.

Ww. średnioroczna liczba przeprowadzonych badań patomorfologicznych nie przekraczała limitów obciążenia pracą patomorfologów określonych przez PTP¹⁹.

Zakład dokonywał analiz wydajności i obciążenia pracą personelu wykonującego czynności diagnostyki patomorfologicznej w okresie objętym kontrolą. Wnioski z nich płynące dotyczyły niedostatecznego wyposażenia Zakładu w sprzęt oraz braków w personelu. Kierownik Zakładu wyjaśniła, że bezskutecznie ponawiała prośby o doposażenie Zakładu w sprzęt i aparaturę medyczną (m. in. mikroskop, procesor tkankowy, program komputerowy do obsługi pracowni patomorfologicznej) oraz poszukiwała specjalistów w dziedzinie patomorfologii chcących współpracować z Zakładem.

(dowód: akta kontroli str. 344-345, 398-407, 613, 615-627)

2.6. Na podstawie danych zbiorczych z systemu informatycznego Zakładu ustalono, że odsetek wyników przekazanych w czasie do 10 dni kalendarzowych od dostarczenia skierowania (zlecenia badania) wzrastał i wyniósł 75% w 2017 r. i 2018 r., oraz 84% w I połowie 2019 r., odsetek wyników przekazanych do 20 dni spadał i wyniósł 18% w 2017 r., 15% w 2018 r. oraz 12% w I połowie 2019 r. oraz odsetek wyników przekazanych powyżej 20 dni wyniósł 7% w 2017 r., 10% w 2018 r. oraz 4% w I połowie 2019 r.

Kierownik Zakładu podała w złożonych wyjaśnieniach, że z powodu braku modułu dla Zakładu w szpitalnym systemie AMMS nie było możliwe zebranie danych dotyczących czasu wykonywania diagnostyki patomorfologicznej w podziale na materiał duży onkologiczny i nieonkologiczny, mały materiał onkologiczny i nieonkologiczny oraz związane z ww. badania immunohistochemiczne.

Monitorowano i wyjaśniano przyczyny wydłużonego czasu wykonania badania (powyżej 20 dni kalendarzowych). Zgodnie z wyjaśnieniami Kierownik Zakładu, przyczyny wydłużonego czasu wykonania badania wynikają z braków sprzętowych (jeden mikroskop uniemożliwia jednoczesną ocenę badań przez kilku patologów) oraz złożoności danego badania (przypadki trudne wymagają wszechstronnej analizy immunohistochemicznej i genetycznej).

W trakcie kontroli NIK analizie poddano 50 losowo wybranych zleceń/skierowań

¹⁸ Obliczono w trakcie kontroli NIK dzieląc liczbę wszystkich badań wykonanych w Zakładzie w danym roku, przez odpowiednio liczbę lekarzy w danym roku, liczbę miesięcy w roku oraz liczbę dni w miesiącu (przyjęto 20 dni roboczych w miesiącu).

¹⁹ 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).

i wyników badań diagnostyki patomorfologicznej (tj. rozpoznań patomorfologicznych) wykonanych w okresie objętym kontrolą (20 badań cytologicznych, 20 badań histopatologicznych oraz 10 badań immunohistochemicznych). Ustalono, że w przypadku badań cytologicznych i histopatologicznych czas od pobrania materiału do dostarczenia i zarejestrowania go w Zakładzie wyniósł od kilku godzin do trzech dni, a czas od zarejestrowania materiału w Zakładzie do wykonania badania wyniósł od jednego do 13 dni (w tym dwa przypadki, kiedy czas ten wyniósł 10 i 13 dni).

Kierownik Zakładu wyjaśniła, że upływ czasu powyżej 10 dni od zarejestrowania materiału w Zakładzie do wykonania badania w ww. dwóch przypadkach spowodowany był brakami w podstawowym sprzęcie diagnostycznym – w Zakładzie znajduje się tylko jeden mikroskop (co uniemożliwia jednoczesną ocenę badań przez kilku patomorfologów) oraz brak jest nowoczesnego oprzyrządowania umożliwiającego przesyłanie obrazu celem konsultacji.

W przypadku badań określonych jako pilne (łącznie dwa takie przypadki w badanej próbie) pobrany materiał dostarczany był do Zakładu tego samego dnia, a czas od zarejestrowania materiału w Zakładzie do wykonania badania wyniósł odpowiednio dwa i trzy dni.

W przypadku badań immunohistochemicznych, które wykonywane były przez podmiot zewnętrzny, czas od pobrania materiału do zarejestrowania go w zakładzie podmiotu zewnętrznego wyniósł od pięciu do 19 dni, a czas od zarejestrowania materiału do wykonania badania wyniósł od jednego do 14 dni. Na okres pomiędzy pobraniem materiału a zleceniem badania immunohistochemicznego podmiotowi zewnętrznemu wpływał niezbędny czas do przygotowania i przeprowadzenia badania podstawowego w Zakładzie.

Stwierdzono również, że w każdym przypadku, gdy stwierdzono rozpoznanie nowotworu, w ramach wykonywania badania podstawowego (tzw. krótkie rozpoznanie patomorfologiczne - łącznie 16 takich przypadków na 50 zbadanych) wykonywano dodatkową diagnostykę patomorfologiczną, w celu uzyskania niezbędnego zakresu informacji, mającego wpływ na dalsze postępowanie terapeutyczne.

(dowód: akta kontroli str. 403-413, 613, 628)

W okresie objętym kontrolą miało miejsce łącznie 516 przypadków w 2017 r., 493 w 2018 r. oraz 225 w I połowie 2019 r., gdy stwierdzono rozpoznanie nowotworu, w ramach wykonywania badania podstawowego (tzw. krótkie rozpoznanie patomorfologiczne) i nie wykonano dodatkowej diagnostyki patomorfologicznej. Zgodnie z wyjaśnieniami Kierownik Zakładu, nie wykonano dodatkowej diagnostyki patomorfologicznej ponieważ przypadki te były klasyczne i jednoznaczne – wynik histopatologiczny i postanowione w nim jednoznaczne rozpoznanie nowotworu złośliwego z oceną jego typu histopatologicznego, stopnia złośliwości histopatologicznej i klinicznej według obowiązującej klasyfikacji WHO dawały podstawę do kontynuacji leczenia (chemioterapii, radioterapii).

Kierownik Zakładu wyjaśniła ponadto, że w kontrolowanym okresie nie wystąpiły przypadki, w ramach wykonywania badań dla podmiotów zewnętrznych, w których brak było zgody na wykonanie dodatkowych badań, np. immunohistochemicznych.

(dowód: akta kontroli str. 613)

2.7. Przychody netto Zakładu z tytułu sprzedaży świadczeń diagnostyki patomorfologicznej w kontrolowanym okresie wyniosły 8.597,50 zł w 2017 r., 6.600 zł w 2018 r. oraz 2.055,00 zł w I połowie 2019 r., co stanowiło 0,004% przychodów Szpitala ogółem w 2017 r. oraz 0,002% przychodów Szpitala w 2018 r. i I połowie 2019 r. Struktura przychodów przedstawiała się następująco:

- badania histopatologiczne: 6.767,50 zł w 2017 r., 3.840,00 zł w 2018 r. oraz 1.425,00 zł w I połowie 2019 r.;
- badania cytologiczne: 1.830,00 zł w 2017 r., 2.760,00 zł w 2018 r. oraz 630,00 zł w I połowie 2019 r.

Koszty działalności ogółem z tytułu wykonywanej diagnostyki patomorfologicznej przez Zakład wyniosły 667.957,04 zł w 2017 r., 757.166,70 zł w 2018 r. oraz 435.100,63 zł w I połowie 2019 r. Struktura kosztów przedstawiała się następująco:

- koszty wynagrodzeń (z tytułu umów o pracę, umów zlecenia i o dzieło): 410.599,06 zł w 2017 r. (w tym rezerwy na wynagrodzenia: 9.957,61 zł), 511.254,99 zł w 2018 r. (w tym rezerwy na wynagrodzenia 22.419 zł) oraz 307.887,84 zł w I połowie 2019 r.;
- koszty usług obcych: 56.154,93 zł w 2017 r., 56.934,11 zł w 2018 r. oraz 22.763,82 zł w I połowie 2019 r.;
- koszty zużycia materiałów: 38.444,78 zł w 2017 r., 43.081,07 zł w 2018 r. oraz 16.292,73 zł w I połowie 2019 r.;
- świadczenia ponoszone na rzecz pracowników (np. składki na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne): 76.828,10 zł w 2018 r., 94.432,20 zł w 2018 r. oraz 59.255,69 zł w I połowie 2019 r.;
- amortyzacja: 39.564,60 zł w 2017 r., 2.300,24 zł w 2018 r. oraz 1.022,16 zł w I połowie 2019 r.;
- zużycie energii: 26.210,98 zł w 2017 r., 29.373,09 zł w 2018 r., 13.363,40 zł w I połowie 2019 r.;
- pozostałe koszty (np. ubezpieczenie OC itd.): 12.594,63 zł w 2017 r., 11.591,73 zł w 2018 r. oraz 5.641,35 zł w I połowie 2019 r.;
- koszty pośrednie: 7.559,96 zł w 2017 r., 8.186,25 zł w 2018 r. oraz 8.868,85 zł w I połowie 2019 r.;
- podatki i opłaty: 13,02 zł w 2018 r. oraz 4,80 zł w I połowie 2019 r.

Udział kosztów bezpośrednich Zakładu w kosztach działalności Szpitala ogółem wyniósł 0,39% w 2017 r., 0,38% w 2018 r. oraz 0,42% w I połowie 2019 r.

(dowód: akta kontroli str. 414-451)

Koszty wynagrodzeń z tytułu umów o pracę i umów cywilnoprawnych (w tym umowy zlecenia i tzw. kontrakty) osób zatrudnionych w Zakładzie wyniosły 477.063,21 zł w 2017 r., 579.248,59 zł w 2018 r. oraz 368.165,76 zł w I połowie 2019 r., co w kosztach ogółem funkcjonowania Zakładu wyniosło odpowiednio: 71,42 %, 76,50% oraz 84,60%.

Koszty wynagrodzeń lekarzy patomorfologów wyniosły 243.655,90 zł w 2017 r., 302.874,06 zł w 2018 r. oraz 224.786,42 zł w I połowie 2019 r., co w kosztach ogółem funkcjonowania Zakładu wyniosło odpowiednio: 36,48%, 40,00% oraz 51,66%.

Koszty wynagrodzeń techników analityki medycznej wyniosły 159.019,15 zł w 2017 r., 193.893,21 zł w 2018 r. oraz 100.272,62 zł w I połowie 2019 r., co w kosztach ogółem funkcjonowania Zakładu wyniosło odpowiednio: 23,81%, 25,61% oraz 23,04%.

Koszty wynagrodzeń personelu pomocniczego wyniosły 74.388,16 zł w 2017 r., 82.481,32 zł w 2018 r. oraz 43.106,71 zł w I połowie 2019 r., co w kosztach ogółem funkcjonowania Zakładu wyniosło odpowiednio: 11,14%, 10,89% oraz 9,91%.

(dowód: akta kontroli str. 452-454)

Kierownik Zakładu wyjaśniła, że nie analizowano kosztów działalności Zakładu ani nie podejmowano działań w celu ich zrationalizowania ponieważ ilość zamawianych odczynników i artykułów niezbędnych do obróbki technicznej materiału tkankowego

i cytologicznego nie uległa zmianie, a wzrost kosztów funkcjonowania Zakładu mógł nastąpić w wyniku wzrostu cen na te artykuły, jak również w związku z podwyżką płac lekarzy oraz techników analityki medycznej.

(dowód: akta kontroli str. 612)

Udział kosztów badań patomorfologicznych w kosztach realizowanych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w skali danego roku wynosił 0,46% w 2017 r., 0,51% w 2018 r. oraz 0,55% w 2019 r. (do 30 czerwca). Udział tych kosztów w rodzaju leczenie szpitalne wyniósł odpowiednio: 0,53%, 0,61%, 0,65%, a w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej wyniósł odpowiednio: 1,54%, 1,49%, 1,44%.

(dowód: akta kontroli str. 337-343, 455-460)

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, w tym dotyczących cen zleconych badań. W trakcie obowiązywania dwóch umów zmianie uległy ceny zleconych badań.

(dowód: akta kontroli str. 181-223)

Koszty badań przeprowadzanych w Zakładzie przedstawiały się następująco:

- badanie histopatologiczne: 30 zł w 2017 i w 2018 r. oraz 35 zł w I połowie 2019 r.;
- badanie cytologiczne biopsyjne: 30 zł w 2017 i w 2018 r. oraz 35 zł w I połowie 2019 r.;
- badanie sekcyjne: 461 zł netto w 2017 i w 2018 r. oraz 510 zł netto w I połowie 2019 r.

Zgodnie z załącznikiem nr 2 „Klucze podziałowe do rozliczania komórek usługowych medycznych i niemedyceńskich, kosztów zarządu, kosztów ogólnozakładowych i kosztów ogólnoadministracyjnych na ośrodki zadaniowe” Zarządzenia nr 31/2013 Dyrektora Szpitala z 1 marca 2013 r., obliczanie kosztów badań diagnostyki patomorfologicznej wykonywanej w Zakładzie odbywać się miało według wartości wykonanych zadań w poszczególnych komórkach medycznej działalności usługowej. Zgodnie z wyjaśnieniami Kierownik Zakładu, w cenę jednostkową badań wykonanych w Zakładzie wliczono koszty materiałowe (szkiełka, odczynniki, rękawiczki, szkło laboratoryjne), koszty eksploatacyjne, wynagrodzenia pracowników wraz z pochodnymi, amortyzację sprzętów, utrzymanie pomieszczeń oraz koszty ogólnozakładowe.

(dowód: akta kontroli str. 338-343, 461, 639-641)

Łączne koszty badań patomorfologicznych zleczanych podmiotom zewnętrznym wyniosły ogółem 112.782 zł w 2017 r., 152.676 zł w 2018 r. oraz 86.816 w I połowie 2019 r. Koszty badań patomorfologicznych zleczanych podmiotom zewnętrznym przedstawiały się następująco:

- badanie immunohistochemiczne wykonywane przez Szpital Barlickiego: 80.480 zł w 2017 r., 105.706 zł w 2018 r. oraz 67.712 zł w I połowie 2019 r., a cena jednostkowa badania wynosiła 80 zł w 2017 i 2018 r. oraz 80 i 96 zł (po zmianie umowy) w I połowie 2019 r. Badanie histopatologiczne wykonywane przez ten szpital w ramach konsultacji wyniosło 52 zł w 2017 r. oraz 124 zł w I połowie 2019 r., a cena jednostkowa badania wynosiła 26 zł w 2017 r. oraz 31 zł w I połowie 2019 r.;

- badanie molekularne wykonywane przez Genim sp. z o. o.: 15.860 zł w 2017 r., 29.090 zł w 2018 r. oraz 12.070 zł w I połowie 2019 r., a cena jednostkowa badania wynosiła 480 zł, 430 zł i 280 zł w zależności od rodzaju odczynu;
- badanie immunohistochemiczne wykonywane przez Wielkopolskie Centrum Onkologii: 9.380 zł w 2017 r., 10.500 zł w 2018 r. oraz 4.410 zł w I połowie 2019 r., a cena jednostkowa badania wynosiła 70 zł przez te lata. Badanie biologii molekularnej wykonywane przez ten podmiot: 2.890 zł w 2017 r., 1.150 zł w 2018 r. oraz 650 zł w I połowie 2019 r., a cena jednostkowa badania wynosiła 650, 150 i 140 zł przez te lata, w zależności od zastosowanej odczynu. Badanie cytologiczne rozszerzone: 2.320 zł w 2017 r., 1.280 zł w 2018 r., a cena jednostkowa badania wynosiła 120 zł i 200 zł w tych latach. Konsultacje histopatologiczne wykonywane: 1.800 zł w 2017 r., 2.550 zł w 2018 r. oraz 1.050 zł w I połowie 2019 r., a cena jednostkowa konsultacji wynosiła 150 zł przez te lata;
- badanie immunohistochemiczne wykonywane przez Instytut Matki Polki: 2.400 zł w 2018 r. z tytułu ryczałtu za gotowość do przeprowadzenia badania.

(dowód: akta kontroli str. 236, 266, 272, 282)

W kontrolowanym okresie Zakład zlecił podmiotom zewnętrznym wykonanie:

- 336 badań (rozpoznań) immunohistemicznych w 2017 r., 440 w 2018 r. oraz 230 w I połowie 2019 r. dla pacjentów Szpitala. W ramach przedmiotowych badań oceniono odpowiednio 1.006, 1.322 i 706 preparatów mikroskopowych;
- 25 badań (rozpoznań) molekularnych w 2017 r., 42 w 2018 r. oraz 20 w I połowie 2019 r. W ramach przedmiotowych badań oceniono odpowiednio 40, 73 i 30 preparatów mikroskopowych.

(dowód: akta kontroli str. 398-400)

2.8. W trakcie przeprowadzonych oględzin pomieszczeń Zakładu stwierdzono, że był on wyposażony w: mikroskop BX-41, mikrotom rotacyjny RM-6, trzy mikrotomy saneczkowe HYRAX S30, automat do barwienia preparatów Varistain Gemini, kriostat Hyrax C 25, wirówkę laboratoryjną Cytospin 4, stację do zatapiania Histostar, procesor tkankowy Excelsior, dwie cieplarki laboratoryjne CLW 53, trzy łaźnie wodne LW 70/55/2, zestaw antropometryczny, wagę analityczną, pięć stołów roboczych do prac histopatologicznych, stół wyspowy, dwa stoły przyściennie, trzy stoły narożnikowe, jedną pilę autopsyjną, dwie piły oscylacyjne do gipsu. Numery inwentarzowe ww. sprzętu były zgodne z Kartoteką inwentarzową Szpitala.

(dowód: akta kontroli str.66-67, 462-464)

Spośród ww. sprzętu medycznego, 15 urządzeń wymagało okresowych przeglądów technicznych. Na podstawie zapisów w paszportach technicznych oraz w protokołach z przeglądów technicznych ww. sprzętu stwierdzono, że przeglądy techniczne ww. sprzętu wykonywane były przez firmy zewnętrzne tj. firmę serwisującą sprzęt danego producenta. Wszystkie te urządzenia były terminowo poddawane ww. przeglądom. W Szpitalu prowadzono rejestr wyników badań pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy oraz przeprowadzono badania w tym zakresie, jednakże badania te nie były przeprowadzane z wymaganą częstotliwością. (szczegółowy opis w sekcji Stwierdzone nieprawidłowości).

(dowód: akta kontroli str. 465-471, 629-633, 637-638)

2.9. W Zakładzie obowiązywały procedury dotyczące postępowania z materiałami, począwszy od ich otrzymania aż do archiwizacji, obejmujące sposoby utrwalania, sposoby postępowania technicznego (procesory, stosowane odczynniki, okres wymiany, itd.), sposoby krojenia, sposoby barwienia, a w procedurach dotyczących postępowania z materiałami określono algorytmy postępowania (np. w przygotowaniu utrwalacza) i przypisano określoną odpowiedzialność osobom wykonującym²⁰.

Określone również zostały procedury dotyczące zlecenia badań, pobierania materiału, jego transportu, przyjęcia, przechowywania, utylizacji i udostępniania²¹.

Kierownik Zakładu podała w złożonych wyjaśnieniach, że na wzorze skierowania na badanie nie określono trybu jego wykonania (np. pilny, normalny) ponieważ każdy materiał, który zostanie przyjęty do Zakładu, od razu poddawany jest obróbce histopatologicznej, a więc wszystkie materiały są traktowane jako pilne.

Kierownik Zakładu wyjaśniła ponadto, że ww. procedury nie zostały udostępnione podmiotom zewnętrznym wykonującym diagnostyczne badania patomorfologiczne na rzecz Szpitala ponieważ są to wysokospecjalistyczne, akredytowane ośrodki, posiadające swoje własne wewnętrzne procedury, a więc nie było potrzeby udostępniania procedur obowiązujących w Zakładzie.

(dowód: akta kontroli str. 472-591, 608)

W Zakładzie stosowane były wytyczne do raportów synoptycznych w onkologicznej diagnostyce histopatologicznej mające rekomendację PTP (wdrożono standard pobierania wycinków i opisywania makroskopowego i mikroskopowego – opisywane są wszystkie pozycje, które trzeba uwzględnić w ostatecznej wersji wyniku patomorfologicznego, a wynik histopatologiczny zawiera wszystkie cechy, które powinny znaleźć się w raporcie patomorfologicznym).

W Szpitalu nie określono zasad postępowania w przypadku zgłoszenia się na leczenie pacjenta zdiagnozowanego przez inny zakład/pracownię patomorfologii. Kierownik Zakładu wyjaśniła, że decyzję o podjęciu leczenia w oparciu o rozpoznanie postawione przez inny zakład czy też zlecenie weryfikacji postawionego pierwotnie rozpoznania przez Zakład podejmuje lekarz prowadzący Oddziału Klinicznego Szpitala.

(dowód: akta kontroli str. 600-605)

2.10. W Szpitalu nie określono odrębnej procedury dotyczącej transportu materiału do Zakładu w przypadku wykonywania badań diagnostyki patomorfologicznej dla podmiotu zewnętrznego. W kontrolowanym okresie Szpital zawarł tylko jedną umowę (nr U 4/2017 z 6 lutego 2017 r. z SPZOZ Gminny Ośrodek Zdrowia Gabinet Lekarza POZ z siedzibą w Liskowie) m.in. na wykonywanie badań cytologicznych z szyjki macicy. Kierownik Zakładu wyjaśniła, że obowiązujące w Szpitalu instrukcje dotyczące pobierania, utrwalania oraz transportu materiału do badań zostały przekazane ww. ośrodkowi przy podpisywaniu umowy. Za pobieranie i utrwalanie materiału odpowiedzialni byli pracownicy ww. ośrodka. Kierownik Zakładu wyjaśniła ponadto, że preparaty w formie szkiełek dostarczane są raz na dwa tygodnie do

²⁰ Instrukcje Systemu Zarządzania Jakością: QI-01/ZP „Przyjęcie materiału do badań”, QI-02/ZP „Przygotowanie materiału do badania histopatologicznego”, QI-03/ZP „Odwodnienie i prześwietlenie”, QI-04/ZP „Zatapanie materiału tkankowego w parafinie”, QI-05/ZP „Barwienie skrawków parafinowych H+E”, QI-06/ZP „Badanie cytologiczne”, QI-07/ZP „Badanie z tkanek mrożonych (Intra Operationem)”, oraz „Wewnętrzny system zarządzania jakością w Zakładzie”.

²¹ Instrukcje Systemu Zarządzania Jakością: QI-10/ZP „Zasady pobierania wycinków z materiałów operacyjnych”, QI-11/ZP „Zlecenie badania histopatologicznego”, QP-01/E „Postępowanie z odpadami medycznymi i odpadami innymi niż medyczne”, QI-12/ZP „Archiwizacja”, QI-13/ZP „Wypożyczanie bloczków, preparatów histopatologicznych i cytologicznych”.

Zakładu przez upoważnioną w ww. ośrodku osobę, która również odbiera wyniki badań. W celu zapewnienia osobistego kontaktu lekarza patomorfologa z lekarzem klinicystą, wyniki opatrzone są pieczęcią nazwiskową z numerem telefonu do lekarza patomorfologa i do Zakładu. Odległość transportu materiału nie jest dokumentowana.

(dowód: akta kontroli str. 592-595, 606, 612)

Na próbie sześciu transportowanych od zleceniodawcy do Zakładu materiałów do badań (po trzy badania z 2017 i 2018 r.) ustalono, że ww. zasady stosowane były w praktyce.

(dowód: akta kontroli str. 67-69)

2.11. W Zakładzie nie opracowano procedur 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. Kierownik Zakładu wyjaśniła, że nie opracowano ww. procedur ponieważ Zakład pracuje w oparciu o politykę jakości i norm systemu zarządzania jakością ISO, norm związanych z akredytacją Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia oraz wytyczne zawarte w zaleceniach PTP. Kierownik Zakładu podkreśliła, że Zakład nie uzyskał licencji przyznawanej przez PTP i w związku z tym nie w pełni zostały zrealizowane wszystkie zalecenia z tym związane, m. in. pisemna forma ww. procedur.

W Zakładzie, jak wyjaśniła Kierownik Zakładu, prowadzono na bieżąco stałą wewnętrzną kontrolę jakości badań, o której mowa w § 7 ust. 2 rozporządzenia w sprawie standardów w patomorfologii, jednakże bez jej dokumentowania (szczegółowy opis w sekcji Stwierdzone nieprawidłowości).

Analiza błędów przedlaboratoryjnych prowadzona była przez pracowników w momencie przyjmowania materiału do badania (jakiegokolwiek braki w prawidłowości dostarczenia materiału do Zakładu – np. nieodpowiednie oznaczenie pojemnika, nieodpowiednie zabezpieczenie materiału czy brak zgodności danych na skierowaniu - powodują nieprzyjęcie takiego materiału do badania, w związku z tym w Zakładzie nie odnotowuje się żadnych błędów przedlaboratoryjnych). W Zakładzie przeprowadza się cotygodniowe konsultacje wewnątrzzakładowe badań patomorfologicznych, co odnotowuje się na wyniku badań, a także ponowny przegląd preparatów (Zakład wykonuje ok 1.300 badań w miesiącu, a konsultacji podlega ok 200 preparatów, tj. ok 15%). Każde badanie śródoperacyjne jest potwierdzane badaniem materiału metodą parafinową. Przypadki skomplikowane oraz wymagające ponownej diagnozy lub zweryfikowania przekazywane są na konsultacje zewnątrzzakładowe. W Zakładzie przeprowadza się również analizę stopnia błędu i przyczyn ewentualnych niezgodności, a także analizę danego przypadku z konsultantem (orientacyjny stopień niezgodności Zakładu, stosownie do wyjaśnień Kierownik Zakładu, wynosi ok 2% przy założeniu, że wynik konsultacji jest arbitralnie określony jako prawdziwy)²². Ponadto, będący na wyposażeniu Zakładu: procesor tkankowy - posiada wewnętrzny system monitorowania jakości odczynników, a ich wymiana odbywa się co piąty cykl roboczy; urządzenie do barwienia preparatów – każda dzienna partia preparatów poprzedzona jest wykonaniem preparatu kontrolnego, którego ocenę jakości wykonuje Kierownik Zakładu.

(dowód: akta kontroli str. 533-570, 598-599, 644-645)

²² W 2012 r. w ramach ISO wprowadzony został Wewnętrzny system zarządzania jakością w Zakładzie.

2.12. W Szpitalu nie były przeprowadzane kontrole w zakresie dostępności i jakości wykonywanej diagnostyki patomorfologicznej. Przeprowadzone w Zakładzie kontrole zewnętrzne opisane zostały w punkcie 1.6 niniejszego wystąpienia pokontrolnego. Na sześć umów dotyczących wykonywania diagnostycznych badań patomorfologicznych przez podmioty zewnętrzne, w jednej²³ zawarte zostały uprawnienia Szpitala do przeprowadzania kontroli prawidłowości wykonywania umowy. Ponieważ ww. umowa nie była realizowana, Szpital nie przeprowadzał kontroli z nią związanych.

(dowód: akta kontroli str. 181-223, 607)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Badania i pomiary czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy odbywały się w Zakładzie co dwa lata, (badanie z 9 grudnia 2015 r. wykazało stężenie formaldehydu na poziomie 0,24 mg/m³, przeprowadzone 9 listopada 2017 r. wykazało stężenie formaldehydu w wielkości poniżej 0,01 mg/m³, a wynik badania z listopada 2019 r. nie wpłynął do Szpitala do czasu zakończenia kontroli NIK). Taka częstotliwość przeprowadzania badań była niezgodna z § 6 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011 r. w sprawie badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy²⁴.

Specjalista ds. BHP Szpitala wyjaśnił, że niezachowanie wymaganej częstotliwości pomiarów nastąpiło w wyniku przeoczenia, ponieważ w żadnych przepisach prawa krajowego nie jest uregulowana kwestia działania formaldehydu na zdrowie pracownika (informacja taka zawarta jest jedynie w jego karcie charakterystyki), a w poprzednich latach formaldehyd nie był uznawany jako czynnik rakotwórczy.

(dowód: akta kontroli str. 467-471, 629-633, 637-638)

2. NIK wskazuje na nieprowadzenie (do czasu niniejszej kontroli) dokumentacji wewnętrznej kontroli jakości badań, o której mowa w § 7 ust. 4 rozporządzenia w sprawie standardów w patomorfologii. Niewprowadzenie jej przez okres 21 miesięcy od wejścia w życie ww. rozporządzenia i zaledwie na 3 miesiące przed upływem terminu na dostosowanie swojej działalności do wymagań określonych ww. rozporządzeniem nie sprzyja prawidłowej realizacji zadań w tym zakresie i nie było działaniem rzetelnym.

Kierownik Zakładu wyjaśniła, że nie prowadzono dokumentacji wewnętrznej kontroli jakości badań z powodu znaczących braków kadrowych.

(dowód: akta kontroli str. 533-570, 598-599, 644-645)

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. Szpital zapewnił dostępność do lekarzy patomorfologów, zgodnie z trybem pracy Zakładu. Badania patomorfologiczne wykonywane były w czasie umożliwiającym szybkie podjęcie dalszego postępowania terapeutycznego, a liczba wyników przekazanych w czasie do 10 dni kalendarzowych od zlecenia badania wzrastała w kontrolowanym okresie. Sposób prowadzenia ewidencji księgowej pozwalał na uzyskanie rzetelnych informacji o przychodach i kosztach Zakładu. Szpital zapewnił

²³ Umowa na wykonywanie badań bronchofiberoskopii diagnostycznej oraz badania histopatologicznego wycinka z 27 maja 2015 r. zawarta z Wojewódzkim Specjalistycznym Zespołem Zakładów Opieki Zdrowotnej Chorób Płuc i Gruźlicy z siedzibą w Wolicy.

²⁴ Dz. U. z 2011 r. Nr 33, poz. 166

wymaganą częstotliwość przeprowadzania przeglądów technicznych aparatury wykorzystywanej do wykonywania diagnostyki patomorfologicznej. W Zakładzie opracowano i wdrożono procedury zapewniające prawidłowość i jakość wykonywania badań. W Zakładzie prowadzona była na bieżąco stała wewnętrzna kontrola jakości badań, jednakże NIK wskazuje na brak jej dokumentowania. NIK negatywnie ocenia nieprzeprowadzanie, z wymaganą częstotliwością, badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia występujących w Zakładzie.

IV. Uwagi i wnioski

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

- Uwagi
- Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę na konieczność uwzględniania przez Szpital w umowach zawieranych z podmiotami zewnętrznymi na udzielanie świadczeń w zakresie diagnostyki patomorfologicznej, wszystkich postanowień określonych w ustawie o działalności leczniczej oraz wymogu zawierania tego rodzaju umów na czas udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub na czas określony.
- Wnioski
- 1) stosowanie procedury konkursu ofert w przypadku powierzenia wykonywania badań patomorfologicznych podmiotom zewnętrznym, w sytuacji, gdy prawidłowo ustalona wartość kolejnego zamówienia udzielanego na czas oznaczony przekracza 30 000 euro,
 - 2) zawieranie umów na udzielanie świadczeń dotyczących diagnostyki patomorfologicznej na czas określony oraz podjęcie działań zmierzających do doprowadzenia tym zakresie umowy z Genim sp. z o. o. do zgodności z obowiązującymi przepisami,
 - 3) ujęcie w umowach na udzielanie świadczeń dotyczących diagnostyki patomorfologicznej: zobowiązania podwykonawcy do poddania się kontroli, określenia minimalnej liczby osób udzielających świadczeń, trybu przekazywania udzielającemu zamówienia informacji o realizacji przyjętego zamówienia oraz zobowiązania przyjmującego zamówienie do prowadzenia określonej sprawozdawczości statystycznej oraz podjęcie działań zmierzających do doprowadzenia do zgodności z obowiązującymi przepisami umowy z Genim sp. z o. o. i umowy ze Szpitalem Barlickiego,
 - 4) terminowe regulowanie płatności za badania diagnostyki patomorfologicznej wykonane na rzecz Szpitala przez podmioty zewnętrzne,
 - 5) podjęcie działań mających na celu doprowadzenie pomieszczeń prosektury do odpowiedniego stanu techniczno-sanitarnego,
 - 6) przeprowadzanie badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy z wymaganą częstotliwością,
 - 7) zintensyfikowanie działań zmierzających do prowadzenia dokumentacji wewnętrznej kontroli jakości w Zakładzie Patomorfologii.

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 wykorzystania uwag i wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

W przypadku wniesienia zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, termin przedstawienia informacji liczy się od dnia otrzymania uchwały o oddaleniu zastrzeżeń w całości lub zmienionego wystąpienia pokontrolnego.

Poznań, dnia 6 grudnia 2019 r.

Kontroler
Bartosz Tomczyk
Specjalista k. p.

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

.....
podpis

.....
podpis