



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Lublinie

LLU.410.007.01.2019

Pan Wiesław Zaniewicz
Dyrektor
Samodzielnego Publicznego
Zakładu Opieki Zdrowotnej
w Międzyrzecu Podlaskim
ul. Warszawska 2-4
21-560 Międzyrzec Podlaski

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

Kontrola nr P/19/095 *Akredytacja podmiotów leczniczych*

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Lublinie
ul. Okopowa 7, 20-022 Lublin
T +48 81 461 31 20, F +48 81 461 31 11
llu@nik.gov.pl
Adres korespondencyjny: Skr. poczt. P-112, 20-001 Lublin 1

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Międzyrzecu Podlaskim, ul. Warszawska 2-4, 21-560 Międzyrzec Podlaski (dalej: Szpital lub SPZOZ)
Kierownik jednostki kontrolowanej	Wiesław Zaniewicz, Dyrektor od dnia 14 października 2014 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Wpływ zewnętrznej oceny jakości świadczeń zdrowotnych na funkcjonowanie podmiotu leczniczego, poziom świadczeń zdrowotnych i bezpieczeństwo pacjentów. 2. Wpływ wprowadzenia standardów akredytacyjnych na sytuację ekonomiczną podmiotu leczniczego.
Okres objęty kontrolą	Lata 2016 – 2019 (do dnia zakończenia czynności kontrolnych), z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem.
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 Lublinie
Kontrolerzy	1. Edyta Kolano, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LLU/75/2019 z 7 maja 2019 r. 2. Monika Cieniuch, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LLU/76/2019 z 7 maja 2019 r.

(akta kontroli tom I str. 1-4)

II. Ocena ogólna² kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA	SPZOZ posiadał certyfikat akredytacyjny (dalej: Certyfikat), o którym mowa w art. 3 ust. 3 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia ³ . Według oceny, wystawionej po przeprowadzonym w grudniu 2017 r. przeglądzie akredytacyjnym przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia (dalej: CMJ), Szpital spełnił standardy akredytacyjne na poziomie 83%. W latach 2013 – 2017, tj. pomiędzy przeprowadzonymi wizytami akredytacyjnymi, Szpital usprawnił proces funkcjonowania dwóch spośród 13 standardów objętych szczegółową analizą NIK ⁴ . W badaniu ankietowym ⁵ , pacjenci wysoko ocenili spełnienie standardów dotyczących praw pacjenta i zarządzania środowiskiem opieki. Proces akredytacji
--------------	--

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

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

³ Dz. U. z 2016 r. poz. 2135, dalej: ustawa o akredytacji.

⁴ PP 1 Każdy pacjent jest informowany o przysługujących mu prawach i obowiązkach (dalej: PP 1), OP 4 W szpitalu określono, które leki, sprzęt i materiały muszą być dostępne w stanach nagłego zagrożenia życia (dalej: OP 4), OP 5 W szpitalu prowadzona jest analiza istotności i skuteczności podjętych czynności reanimacyjnych (dalej: OP 5), KZ 5 Personel systematycznie uczestniczy w szkoleniach dotyczących zakażeń szpitalnych (dalej: KZ 5), FA 7 W szpitalu opracowano i wdrożono procedurę nadzoru nad lekami przechowywanymi w oddziałach (dalej: FA 7), FA 9 W szpitalu opracowano system oznakowania przygotowanych leków (dalej: FA 9), FA 11 Niepożądane działania stosowanych leków i preparatów krwiopochodnych są dokumentowane (dalej: FA 11), LA 2 W szpitalu prowadzi się ocenę błędów laboratoryjnych (dalej: LA 2), LA 3 W szpitalu opracowano listę wykonywanych badań laboratoryjnych (dalej: LA 3), DO 3 Pacjenci otrzymują praktyczne informacje na temat badań radiologicznych (dalej: DO 3), OD 1.1 W szpitalu opracowano diety (dalej: OD 1.1), ZZ 5.3 Plan szkoleń uwzględnia tematykę zarządzania jakością (dalej: ZZ 5.3), ZZ 9 W szpitalu prowadzi się badania satysfakcji zawodowej personelu (dalej: ZZ 9).

⁵ Badaniem objęto 50 pacjentów, pytania dotyczyły standardów: PP 1, PP 3 Pacjenci otrzymują zrozumiałe informacje o stanie zdrowia (dalej: PP 3), PP 14 Pacjenci mają zapewnioną możliwość odwiedzin (dalej: PP 14) oraz ŚO 15 Pomieszczenia szpitala są czyste, prawidłowo ogrzane i wentylowane (dalej: ŚO 15).

skutkowało wdrożeniem w Szpitalu określonych procedur i analiz wymuszających działania wpływające na poprawę jakości świadczonych usług. Wprowadzenie standardów akredytacyjnych nie wpłynęło na sytuację ekonomiczną Szpitala.

W ocenie NIK, w Szpitalu podjęto działania na rzecz realizacji wszystkich analizowanych standardów, jednak w przypadku standardów związanych z farmakoterapią w zakresie zapewnienia nadzoru nad lekami przechowywanymi na oddziałach, o którym mowa w standardzie FA 7, nie zawsze były one wystarczająco skuteczne. Stwierdzono jednostkowe nieprawidłowości, które polegały m.in. na: nierzetelnym prowadzeniu ewidencji leków psychotropowych i narkotycznych, niezapewnieniu właściwej temperatury w apteczkach oddziałowych, niewłaściwym oznakowaniu rozpoczętych opakowań leków i leków w opakowaniach wielodawkowych, naruszeniu procedury „Gospodarka lekiem własnym pacjenta” oraz na nieudzieleniu pisemnej odpowiedzi na skargi złożone przez pacjenta. Ponadto, kontrola NIK wykazała, że liczba przeszkolonego w 2018 r. personelu w zakresie zakażeń szpitalnych zmniejszyła się w porównaniu do roku 2017, w którym CMJ dokonało przeglądu akredytacyjnego. Lista wykonywanych badań laboratoryjnych została zaktualizowana dopiero w trakcie kontroli NIK.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny częściowej⁶ kontrolowanej działalności

OBSZAR

1. Wpływ zewnętrznej oceny jakości świadczeń zdrowotnych na funkcjonowanie podmiotu leczniczego, poziom świadczeń zdrowotnych i bezpieczeństwo pacjentów

1.1. Certyfikacja podmiotu leczniczego

Opis stanu faktycznego

1. W trakcie prowadzonej kontroli NIK, Szpital posiadał Certyfikat Nr 2018/15 potwierdzający spełnienie standardów akredytacyjnych dla lecznictwa szpitalnego na poziomie 83%, wydany 8 lutego 2018 r.

(akta kontroli tom I str. 9)

2. Wydanie aktualnie obowiązującego Certyfikatu zostało poprzedzone procedurą oceniającą. CMJ przeprowadzając ww. procedurę, wykorzystało zestaw standardów akredytacyjnych wprowadzonych obwieszczeniem Ministra Zdrowia z 18 stycznia 2010 r. w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania szpitali⁷ (dalej: standardy z 2009 r.).

(akta kontroli str. tom I str. 10-28)

3. SPZOZ przesłał do CMJ wniosek o udzielenie akredytacji⁸ 1 czerwca 2016 r. Po upływie 359 dni, tj. 26 maja 2017 r., CMJ zaproponowało termin przeglądu akredytacyjnego na 23 – 25 sierpnia 2017 r. Z uwagi na uruchomienie nowej działalności Szpitala w zakresie świadczeń opiekuńczo – leczniczych oraz okres wakacyjny, ostateczny termin został ustalony na 6 – 8 grudnia 2017 r. Zgodnie z § 2 ust. 2 – 4 rozporządzenia w sprawie procedury oceniającej⁹, Szpital otrzymał z CMJ

⁶ Oceny częściowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena częściowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

⁷ Załącznik do obwieszczenia Ministra Zdrowia z 18 stycznia 2010 r. w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania szpitali (Dz. Urz. MZ z 2010 r. Nr 2 poz. 24).

⁸ Szpital skorygował wniosek w zakresie danych zawartych w Księdze Rejestrowej.

⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 31 sierpnia 2009 r. w sprawie procedury oceniającej spełnianie przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych standardów akredytacyjnych oraz wysokości opłat za jej przeprowadzenie (Dz. U. z 2009 r. Nr 150 poz. 1216), dalej: rozporządzenie w sprawie procedury oceniającej.

uzgodniony harmonogram przeglądu akredytacyjnego 14 dni przed rozpoczęciem przeglądu – 22 listopada 2017 r. W przedstawionym harmonogramie określono m.in. terminy: rozpoczęcia przeglądu (6 grudnia 2017 r.), wizytacji pomieszczeń Szpitala, oceny dokumentacji medycznej oraz innej dokumentacji niezbędnej do przeprowadzenia przeglądu.

Przegląd akredytacyjny odbył się w terminie wskazanym w harmonogramie (6 – 8 grudnia 2017 r.). Stosownie do art. 3 ust. 4 ustawy o akredytacji, Dyrektor Szpitala otrzymał od CMJ raport¹⁰ (dalej: raport 2017). Do wyników przedstawionego raportu, Dyrektor nie wniósł zastrzeżeń. Rada Akredytacyjna¹¹ zarekomendowała Ministrowi Zdrowia udzielenie akredytacji SPZOZ w zakresie działalności szpitalnej i 8 lutego 2018 r. Szpital otrzymał Certyfikat.

Obowiązujący certyfikat akredytacyjny Szpital uzyskał po: 445 dniach od upływu ważności poprzedniego (od 20.11.2016 r.), 617 dniach od złożenia wniosku (1 czerwca 2016 r.), 61 dniach od zakończenia wizyty akredytacyjnej, 43 dniach od otrzymania raportu z tej wizyty oraz 13 dniach od otrzymania rekomendacji Rady Akredytacyjnej.

(akta kontroli tom I str. 9-57)

4. Przed uzyskaniem obowiązującego w trakcie kontroli NIK Certyfikatu, Szpital posiadał Certyfikat Nr 2013/55 (pierwszy), o którym mowa w art. 3 ust. 3 ustawy o akredytacji. Został on wydany 21 listopada 2013 r. na okres 3 lat (do 20 listopada 2016 r.) i potwierdzał spełnienie standardów akredytacyjnych dla lecznictwa szpitalnego. Przegląd w zakresie spełniania standardów w Szpitalu, przeprowadzony został w terminie 18 – 20 września 2013 r. i na jego podstawie CMJ opracowało raport (dalej: raport 2013). Według raportu 2013, SPZOZ spełnił standardy na poziomie 95%. Do oceny CMJ wykorzystało standardy z 2009 r.

(akta kontroli tom I str. 58-73, 335-343)

5. Przygotowanie Szpitala do uzyskania Certyfikatu realizowane było przez pracowników SPZOZ. W Szpitalu funkcjonował Komitet Jakości¹² do którego zadań należało m.in.: [1] nadzór nad systemem jakości w SPZOZ, [2] monitorowanie wskaźników jakości, [3] nadzór nad aktualnością i realizacją postanowień standardów i procedur, [4] opracowywanie i wdrażanie programów szkoleniowych z zakresu zapewnienia jakości dla wszystkich grup zawodowych, [5] analizowanie sprawozdań z bieżącej działalności poszczególnych zespołów i komitetów, [6] opracowywanie i monitorowanie realizacji programu działań dla poprawy jakości w SPZOZ.

Ponadto, w Szpitalu powołano Pełnomocnika ds. Systemu Zarządzania Jakością, do którego obowiązków, wskazanych w § 21 Regulaminu organizacyjnego Szpitala¹³, należało m.in.: [1] współuczestniczenie w wypracowywaniu i wdrażaniu strategii działań i programów w zakresie zapewnienia jakości, [2] planowanie i koordynowanie prac związanych z realizacją procesu audytów wewnętrznych, działań korygujących i zapobiegawczych Systemu Zarządzania Jakością, [3] współudział w organizowaniu prac Komitetu Jakości oraz zespołów problemowych w zakresie dostosowywania standardów, procedur i algorytmów postępowania do wymogów akredytacyjnych, [4] monitorowanie wskaźników jakościowych, realizacji standardów i procedur, w tym przestrzegania praw pacjenta, analizowanie skarg i wniosków kierowanych przez pacjentów, [5] aktywne uczestniczenie w dostosowaniu działalności zakładu do wymogów standardów akredytacyjnych.

(akta kontroli tom I str. 6-8, 335-343, tom II str. 1-44, 102-198)

¹⁰ Raport z dnia 18 grudnia 2017 r. (data wpływu do Szpitala: 27 grudnia 2017 r.).

¹¹ Uchwałą nr 8/2018 z 26 stycznia 2018 r.

¹² Powołany Zarządzeniem Dyrektora nr 16/2016 z 18 kwietnia 2016 r. w sprawie powołania i zadań Komitetu Jakości. Poprzednio: Zarządzenie nr 20/2013 z 29 stycznia 2013 r.

¹³ Załącznik do Zarządzenia Dyrektora nr 32 z dnia 28 grudnia 2018 r.

Komitet Jakości, podczas comiesięcznych spotkań analizował m.in. rehospitalizacje, reoperacje, zgony okołoperacyjne, przyczyny przedłużonych pobytów pacjenta, błędy przedlaboratoryjne, interwencje anestezjologiczne, przebieg i skutki wykonanych znieczuleń. Komitet Jakości oceniał także stopień zaawansowania procesu akredytacji w SPZOZ z uwzględnieniem aktualności składów zespołów problemowych, stan przygotowań Szpitala do akredytacji oraz aktualizował procedury wewnętrzne Szpitala związane ze standardami akredytacyjnymi.

(akta kontroli tom II str. 102-198)

Raporty Pełnomocnika ds. Systemu Zarządzania Jakością zawierały informacje m.in. o doskonaleniu w zakresie nadzoru apteki szpitalnej nad gazami medycznymi, nadzoru nad sprzętem pomiarowym, obowiązkowym przeszkoleniu pracowników w zakresie resuscytacji krążeniowo – oddechowej i higieny rąk. Zdaniem Pełnomocnika, stały nadzór nad realizacją zapisów obowiązujących procedur, standardów, instrukcji, zaleceń pokontrolnych Zespołów funkcjonujących w określonych obszarach przyniósł oczekiwane efekty, a przyjęty kierunek i obszary poprawy jakości w SPZOZ były prawidłowe.

(akta kontroli tom II str. 117-173)

W trakcie kontroli NIK stwierdzono niewystarczający nadzór w zakresie przechowywania i ewidencjonowania leków w apteczkach oddziałowych, co zostało opisane w dalszej części wystąpienia pokontrolnego w sekcji stwierdzone nieprawidłowości.

6. W raporcie 2017 SPZOZ otrzymał łączną ocenę (spełnienia wszystkich standardów) na poziomie 83%.

W trakcie kontroli NIK, szczegółową analizą objęto 13 standardów akredytacyjnych¹⁴. W ocenie CMJ, w okresie 2013 – 2017, tj. pomiędzy przeprowadzonymi przeglądami akredytacyjnymi, SPZOZ poprawił stopień wdrożenia dwóch analizowanych standardów – FA 7 i OD 1.1. Pozostałe standardy objęte szczegółową analizą NIK, według CMJ (w raporcie 2013 r. i w raporcie 2017 r.) zostały przez Szpital całkowicie spełnione. Przeprowadzono także badania ankietowe, podczas którego pacjenci Szpitala mogli odpowiedzieć na pytania: „Czy byli informowani o prawach i obowiązkach pacjenta? Czy mają zapewnioną możliwość odwiedzin? Czy otrzymali zrozumiałe informacje o stanie zdrowia? Czy pomieszczenia szpitala są czyste, prawidłowo ogrzane i wentylowane?”. Z przeprowadzonej analizy uzyskanych odpowiedzi wynika, że respondenci nie mieli zastrzeżeń w zakresie spełniania przez Szpital standardów w powyższym zakresie, a przy wyborze podmiotu leczniczego dla 56% z nich miało znaczenie posiadanie przez placówkę certyfikatu akredytacyjnego.

Według Dyrektora w celu poprawy funkcjonowania standardu FA 7, wzmożono nadzór ordynatorów/kierowników oddziałów nad procedurą zlecenia, wydawania i dokonywania rozchodów leków narkotycznych w oddziałach/komórkach Szpitala. Natomiast standard OD 1.1 nie wymagał określania kaloryczności diet; dlatego w roku 2013 SPZOZ nie wskazał wartości energetycznej diet. Wartość energetyczna diet została określona do akredytacji w roku 2017.

(akta kontroli tom I str. 18-28, 65-71, 335-343, tom II str. 395-403)

1.2. Spełnianie wybranych standardów akredytacyjnych przez podmiot leczniczy

1. Według standardu PP 1 wszyscy pacjenci są informowania o przysługujących im prawach i obowiązkach. Oględziny przeprowadzone¹⁵ na dwóch (z sześciu) oddziałów

¹⁴ PP 1, OP 4, OP 5, KZ 5, FA 7, FA 9, FA 11, LA 2, LA 3, DO 3, OD 1.1, ZZ 5.3, ZZ 9.

¹⁵ Dnia 28 maja 2019 r. na Oddziale Chirurgii Ogólnej i Urazowej oraz Oddziale Chorób Wewnętrznych.

szpitalnych potwierdziły, że „Karta Praw Pacjenta” została zamieszczona w ogólnie dostępnym miejscu, tj. na tablicy ogłoszeń, znajdującej się przy wejściu na oddziały. Umożliwiało to każdej osobie przebywającej na oddziale zapoznanie się z treścią dokumentu. Pielęgniarka Oddziałowa wyjaśniła, że podczas wywiadu pielęgniarskiego przeprowadzanego w trakcie przyjęcia pacjenta na oddział, osoby niewidzące, słabowidzące lub ze schorzeniami oczu ustnie informowano o przysługujących im prawach i obowiązkach. Ponadto, na życzenie pacjenta lub jego rodziny, dokument był dostępny w punkcie pielęgniarskim.

Na tablicy ogłoszeń w oddziałach zamieszczono także fragmenty regulaminu organizacyjnego dotyczące zasad udzielania świadczeń zdrowotnych w Szpitalu. Osoby niewidzące, słabowidzące lub ze schorzeniami oczu były informowane przez personel pielęgniarski o obowiązującym regulaminie.

Przeprowadzona przez NIK (w trakcie niniejszej kontroli) ankieta wśród pacjentów Szpitala wykazała, że 96% z nich potwierdziło, że w związku z przyjęciem do szpitala zostali poinformowani o ich prawach i obowiązkach, 2% udzieliło negatywnej odpowiedzi, a pozostałe 2% nie pamiętało czy przekazano im taką informację.

(akta kontroli tom I str. 74, 141-154)

2. W ramach standardu OP 5, Zespół ds. analizy częstości i skuteczności podjętych czynności reanimacyjnych¹⁶ z wymaganą częstotliwością prowadził analizy i oceny skuteczności podjętych czynności reanimacyjnych. Zespół ten przedkładał Dyrektorowi, Komitetowi Jakości oraz personelowi medycznemu wnioski dotyczące potrzeb i działań edukacyjnych w zakresie resuscytacji krążeniowo-oddechowej oraz wyniki przeprowadzonych analiz.

Zgodnie z procedurą „Opieka nad pacjentem”¹⁷, Zespół ten raz na pół roku powinien przeprowadzać analizy częstości i skuteczności podjętych czynności reanimacyjnych. W okresie objętym kontrolą, w Szpitalu podjęto 52 czynności reanimacyjne: w 2016 r. – 11, w 2017 r. – 21, natomiast w 2018 r. – 20. W każdym przypadku postawiono rozpoznanie przyczyny nagłego zatrzymania krążenia. Analizy obejmowały również czas rozpoczęcia czynności resuscytacyjnych, opis działań oraz efekt podjętych działań resuscytacyjnych. W celu zapewnienia pacjentom stałego dostępu do tlenu w czasie badań, Zespół zalecił zamontowanie butli z tlenem w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej, co zostało zrealizowane.

(akta kontroli tom II str. 45-74)

W Szpitalu, stosownie do standardu OP 4, określono¹⁸ rodzaj i ilość leków, sprzętu i materiałów, które muszą być łatwo dostępne, kompletne i gotowe do natychmiastowego użycia w stanach nagłego zagrożenia życia. Określono, że zestaw przeciwwstrząsowy, znajdujący się na odrębnej, wydzielonej i oznakowanej tacy, powinien zawierać leki z aktualnym terminem ważności w oryginalnych opakowaniach, powinien być uzupełniany na bieżąco (z zapasu własnej apteczki oddziałowej, innych oddziałów szpitalnych lub Izby Przyjęć, z apteki szpitalnej w godzinach jej pracy bądź według procedury uzyskiwania leków w trybie nagłym) i kontrolowany raz na tydzień przez dyżurną pielęgniarkę/położną, ratownika medycznego. Za aktualizację listy leków, sprzętu i materiałów niezbędnych w stanach nagłego zagrożenia życia odpowiedzialny był Kierownik Działu Anestezjologii.

(akta kontroli tom II str. 46-73)

3. Stosownie do standardu KZ 5 personel medyczny i niemedyczny (salowe i kucharki), uczestniczył w szkoleniach dotyczących zakażeń szpitalnych. Przeprowadzona analiza szkoleń z tego zakresu wykazała, że:

¹⁶ Powołany Zarządzeniem Dyrektora nr 9/2016 z 18 kwietnia 2016 r.

¹⁷ Wydany 9 sierpnia 2017 r.

¹⁸ Księga „Postępowania w Stanach Zagrożenia Życia” wydanie nr 3 z 9 sierpnia 2017 r.

- w 2016 r. zaplanowano sześć szkoleń, natomiast zrealizowano 13 szkoleń, podczas których przeszkolono łącznie 696 osób,
- w 2017 r. zaplanowano sześć, zrealizowano 15, przeszkolono 934 osoby,
- w 2018 r. zaplanowano pięć, zrealizowano 15, przeszkolono 653 osób.

W badanej próbie¹⁹ personelu Szpitala ustalono, że przynajmniej dwa razy w roku w szkoleniach uczestniczyło w latach 2016-2018:

- 100% poddanej analizie kadry kierowniczej Szpitala, pielęgniarek/położnych oraz personelu niemedycznego,
- 100% poddanych analizie lekarzy w latach 2016 i 2017 oraz 67% w 2018 r.,
- od 20% w 2018 r. do 40% w latach 2016-2017 poddanych analizie pracowników zatrudnionych na podstawie umów cywilnoprawnych.

(akta kontroli tom I str. 371-389, tom II str. 204-232, 404)

4. Zgodnie ze standardem FA 7 Szpital opracował procedurę nadzoru nad lekami przechowywanymi na oddziałach. W procedurze tej wskazano zasady i tryb kontroli gospodarki nad lekiem, tj.:

- raz w miesiącu pielęgniarka/położna oddziałowa lub upoważniona przez nią pielęgniarka/położna powinna przeprowadzić kontrolę apteczek na oddziałach w punktach pielęgniarskich, pracowniach i przychodni specjalistycznej,
- raz na pół roku – ordynator oddziału i pielęgniarka/położna oddziałowa,
- raz na kwartał – kierownik apteki.

Kontrola powinna obejmować sprawdzenie: właściwego ułożenia środków farmaceutycznych i materiałów medycznych, warunków przechowywania leków, stanu zapasów i terminów ważności leków.

(akta kontroli tom I str. 97)

Analiza książek kontroli apteczek oddziałowych dwóch oddziałów, w których przeprowadzono oględziny wykazała, że w latach objętych kontrolą:

- na Oddziale Chirurgii Ogólnej i Urazowej – pielęgniarka oddziałowa (bądź upoważniona pielęgniarka) raz w miesiącu²⁰ przeprowadzała kontrolę leków i ich terminów ważności – zalecając m.in. ograniczenie ilości zapasów na Oddziale; ordynator i pielęgniarka oddziałowa – raz na pół roku – nie stwierdzili nieprawidłowości; kierownik apteki szpitalnej²¹ – raz na kwartał i zaleciła m.in. kontrolę temperatury w pomieszczeniach z lekami;
- na Oddziale Chorób Wewnętrznych – pielęgniarka oddziałowa (bądź upoważniona pielęgniarka) raz w miesiącu²² przeprowadzała kontrolę w zakresie m.in. dat ważności leków, temperatury w szafach i lodówkach, tacy z zestawem przeciwwstrząsowym (nie stwierdzono nieprawidłowości); ordynator i pielęgniarka oddziałowa – raz na pół roku²³ (nie sformułowano zaleceń); kierownik apteki szpitalnej – raz na kwartał²⁴ - zwrócono m.in. uwagę na konieczność monitorowania temperatury w pomieszczeniach oraz oddzielenie leków silnie działających od pozostałych.

(akta kontroli tom I str. 117-132)

W latach 2016 – 2018 Dyrektor nie otrzymał informacji na temat nieprawidłowości i uchybień stwierdzonych podczas kontroli apteczek przeprowadzonych na oddziałach, pracowniach i przychodni specjalistycznej.

(akta kontroli tom I str. 344-347)

¹⁹ Próba obejmowała: Dyrekcję Szpitala (cztery osoby), pięciu lekarzy, pięć pielęgniarek (z uwzględnieniem pięciu osób, które rozpoczęły świadczenie pracy na rzecz Szpitala w okresie objętym kontrolą), pięć osób z personelu niemedycznego (kucharka, cztery salowe) oraz pięć osób zatrudnionych na podstawie umów cywilnoprawnych (dwóch lekarzy, pielęgniarkę, technikę RTG i opiekuna medycznego).

²⁰ Z wyjątkiem maja 2016 r.

²¹ Z wyjątkiem III kwartału 2017 r.

²² Z wyjątkiem czerwca 2017 r. i grudnia 2018 r.

²³ Z wyjątkiem II półrocza 2016 r. i I półrocza 2018 r.

²⁴ Z wyjątkiem: II kwartału 2017 r. i II kwartału 2018 r.

Oględziny²⁵ przeprowadzone na Oddziałach: Chirurgii Ogólnej i Urazowej oraz Chorób Wewnętrznych wykazały, że:

- produkty lecznicze były przechowywane w pomieszczeniach zabezpieczonych przed dostępem osób niepowołanych, zlokalizowane w Punktach Pielęgniarskich, zabezpieczone przed działaniem promieni słonecznych, zabrudzeniem, zakurzeniem i zniszczeniem, w formie umożliwiającej ich identyfikację w zakresie nazwy, serii i daty ważności,
- leki gotowe do stosowania wewnętrznego oraz leki gotowe do stosowania zewnętrznego, środki odurzające i psychotropowe przechowywano oddzielnie,
- leki, których omyłkowe użycie w formie nierozcieńczonej mogłoby być szczególnie groźne (np. KCl 15%) były przechowywane oddzielnie,
- płyny infuzyjne były przechowywane w wyznaczonym miejscu, bez dostępu światła,
- produkty lecznicze były przechowywane w całych blistrach, nieuszkodzonych opakowaniach,
- nie stwierdzono leków przeterminowanych lub niespełniających wymagań jakościowych, leków przeznaczonych do utylizacji.

Ponadto stwierdzono, że:

- temperatura w pomieszczeniach w których przechowywano leki na Oddziale Chirurgii Ogólnej i Urazowej wynosiła 25,1°C, a na Oddziale Chorób Wewnętrznych 25,5°C;

na Oddziale Chorób Wewnętrznych:

- nierzetelnie prowadzono ewidencję leku M. (środek odurzający grupy I–N), z której wynikało, że powinno być siedem ampulek, a faktycznie było o jedną mniej (sześć ampulek) oraz leku E. (substancja psychotropowa grupy IV–P) – nie zaewidencjonowano rozchodu jednej i przychodu 20 tabletek.

Według Indywidualnej Karty Zleceń Lekarskich (dalej: IKZL) 25 maja 2019 r. (trzy dni przed przeprowadzonymi przez NIK oględzinami na Oddziale Chorób Wewnętrznych) lekarz zaordynował ampulkę leku M. i nie odnotował rozchodu w ewidencji leków narkotycznych. Według stanu na 28 maja 2019 r. (dzień przeprowadzania oględzin) w apteczce oddziałowej na Oddziale Chorób Wewnętrznych znajdowała się większa ilość leku, niż wynikająca z prowadzonej ewidencji. W apteczce oddziałowej znajdowało się 29 tabletek, podczas gdy z ewidencji wynikało, że powinno być 10. Ustalony stan faktyczny wskazał, że 13 maja 2019 r. pielęgniarki nie wpisały dwukrotnego rozchodu po ½ tabletki, a 15 maja 2019 r. pielęgniarka oddziałowa nie ujęła przychodu 20 tabletek;

- rozpoczęte opakowania leków: E. (substancja psychotropowa grupy IV–P), C. (zawiera substancję czynną o nazwie enoksaparyna sodowa) nie były oznaczone przekreślonym „X”,
- L. żel (lidokaina) nie został oznaczony datą otwarcia,
- opakowanie leku pacjenta było oznaczone tylko jego nazwiskiem,
- oznaczając pojemnik z płynem infuzyjnym, do którego dodano lek nie wskazano daty połączenia.

Stwierdzono również niezgodność pomiędzy sporządzonym „Wykazem leków własnych pacjenta” a faktyczną zawartością woreczka oznakowanego jako leki własne tego pacjenta, przechowywanego w apteczce Oddziału Chirurgii Ogólnej i Urazowej Szpitala.

Zostało to szczegółowo opisane w dalszej części wystąpienia, w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości* (pkt 1, 2, 3 i 4).

(akta kontroli tom I str. 141-154)

²⁵ W toku oględzin zweryfikowano spełnienie standardów objętych szczegółową analizą.

W Szpitalu, stosownie do standardu FA 11, niepożądane działania stosowanych leków i preparatów krwiopochodnych były dokumentowane i przekazywane do apteki szpitalnej. W procedurze wydanej 30 października 2015 r. „Gospodarka produktami leczniczymi i wyrobami medycznymi” wskazano, że Komitet Terapeutyczny powinien dokonywać oceny zgłoszonego podejrzenia niepożądanego działania produktu leczniczego pod względem formalnym (kompletność zamieszczonych danych) i merytorycznym. Powinien analizować związek przyczynowo – skutkowy, między opisaną reakcją a produktem leczniczym podejrzanym o jej wywołanie. W procedurze tej określono także, że Komitet Terapeutyczny powinien oceniać zgłoszone podejrzenie w terminie umożliwiającym wywiązanie się z obowiązku zgłoszenia ciężkiego niepożądanego działania produktu leczniczego, nie później niż 15 dni od jego wystąpienia. Do zadań²⁶ Komitetu Terapeutycznego należał nadzór nad gospodarką lekami i materiałami medycznymi, w szczególności m.in. gromadzenie i analizowanie zgłoszeń dotyczących polekowych działań niepożądanych. W trakcie kontroli NIK, 10 czerwca 2019 r., procedura zgłaszania polekowych działań niepożądanych, została zaktualizowana i zadania związane z monitorowaniem działań niepożądanych produktów leczniczych przypisano aptece szpitalnej.

(akta kontroli tom I str. 100-104, 115-116, 133-137)

Do zadań apteki szpitalnej, wymienionych w § 80 ust. 6 Regulaminu Organizacyjnego, należał m.in. udział w monitorowaniu działań niepożądanych produktów leczniczych. Kierownik apteki szpitalnej prowadziła spis spraw związanych z działaniami niepożadanymi produktów leczniczych. W badanym okresie w Szpitalu stwierdzono sześć niepożądanych działań produktów leczniczych²⁷, o których mowa w art. 36d ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne²⁸, z których cztery w terminie 15-dniowym przekazano do Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych (dalej: URPL). Dwa zgłoszenia niepożądanego działania leku zostały przekazane do URPL po upływie odpowiednio: 183²⁹ i 24³⁰ dni od daty wystąpienia objawów. Kierownik apteki szpitalnej przekazała do URPL ww. formularze w dniu ich otrzymania.

Lekarze, którzy we wskazanym okresie przekazali do apteki szpitalnej formularze zgłoszenia niepożądanego działania produktu leczniczego wyjaśnili, że objawy, które wystąpiły u pacjentów nie zostały zakwalifikowane jako ciężkie i nie zagrażały życiu pacjentów.

(akta kontroli tom I str. 138-140, 366-370, tom II str. 1-44)

5. Według wymogów standardu akredytacyjnego LA 3 Szpital powinien posiadać opracowaną listę wykonywanych badań laboratoryjnych, jak i stosowanych metod analitycznych, tak w szpitalnych laboratoriach, jak i poza szpitalem. Lista powinna być aktualna. Dnia 28 lipca 2016 r. w Szpitalu opracowano listę wykonywanych badań laboratoryjnych, która zawierała wymagane w standardzie informacje, tj. tryb zlecania badań, metody analityczne, przybliżony czas oczekiwania na wynik, zakres referencyjny oraz poziom błędów. Pomimo że, w Szpitalu wykonywano badania, które nie były na niej wykazane, do 14 maja 2019 r. lista ta nie była aktualizowana, m.in.: od 2016 r. wykonywano badanie kreatyniny w dobowej zbiorce moczu (dalej: DZM), fosfor w DZM, kwas moczowy w DZM, od stycznia 2018 r. – wymaz z pochwy w kierunku paciorkowców z grupy B, od lipca 2018 r. – wymaz z odbytu w kierunku paciorkowców z grupy B. Ponadto, lista nie zawierała badań zlecanych od 1 stycznia 2017 r. przez SPZOZ innemu podmiotowi na podstawie umowy na wykonywanie

²⁶ Wskazanych w § 2 Zarządzenia Dyrektora SPZOZ nr 13/2017 z dnia 12 czerwca 2017 r. w sprawie powołania i zadań Komitetu Terapeutycznego, poprzednio: nr 18/2016 z 18 kwietnia 2016 r.

²⁷ Niezakwalifikowanych jako ciężkie.

²⁸ Dz. U. z 2019 r. poz. 499, ze zm.

²⁹ Oddział Chirurgii Ogólnej.

³⁰ Oddział Ginekologiczno – Położniczy.

badan laboratoryjnych. W trakcie kontroli NIK (15 maja 2019 r.) dokonano aktualizacji listy wykonywanych badan. Umieszczono na niej rowniez badania laboratoryjne wykonywane poza Szpitalem.

P.o. Kierownika Zakladu Diagnostyki wyjasnila, ze w zwiazku z licznymi zaleglosciami i iloscia nowych obowiazkow, jakie podjela obejmujac obowiazki kierownika od 8 czerwca 2017 r., nie byla w stanie „w krótkim czasie” zaktualizowac procedur. Obecnie na biezaco aktualizuje wszystkie procedury.

NIK zauwaza, ze jednym z zadan Komitetu Jakości byl nadzor nad aktualnoscia i realizacja postanowien standardow i procedur.

(akta kontroli tom I str. 204-231)

Zgodnie ze standardem LA 2, Zespól ds. diagnostyki laboratoryjnej³¹ dwa razy w roku³² analizowal i sporzadzal sprawozdania ze zgloszonych bladów przedlaboratoryjnych. Wyniki okresowej analizy bladów przedstawiano Dyrektorowi i Komitetowi Jakości oraz wszystkim komórkom organizacyjnym Szpitala. Pracownicy Zakladu Diagnostyki prowadzili rejestr bladów przedlaboratoryjnych, na biezaco zgłaszanych do komórki organizacyjnej Szpitala, która dostarczyla wadliwy material do badan. Zarejestrowane i analizowane błędy przedlaboratoryjne dotyczyły m.in. nieprawidłowego: pobrania materialu do badan, przygotowania pacjenta do badan, czasu transportu, oklejenia próbki kodem identyfikacyjnym, nieprawidłowej identyfikacji pacjenta, niezgodności zlecenia z oznakowaniem próbki. Wnioski i zalecenia formułowane na podstawie przeprowadzonych analiz dotyczyły m.in. wprowadzenia pobierania materialu do badan w systemie zamkniętym czy przeprowadzenia szkolen wewnetrznych. Zostaly one przez Szpital wdrozone, tj. od 15 grudnia 2017 r. wprowadzono pobieranie materialu w systemie zamkniętym, a dla pracowników wszystkich komórek organizacyjnych przeprowadzono szkolenia wewnetrzne z zakresu bladów przedlaboratoryjnych oraz pobierania materialu do badan. W latach 2016 – 2018 półroczny wskaźnik bladów wyniósł odpowiednio: 0,17% i 0,33%, 0,2% i 0,3% oraz 0,23% i 0,22%.

(akta kontroli tom I str. 181-203)

6. W trakcie przeprowadzonych oględzin potwierdzono, ze stosownie do zapisów standardu DO 3, pacjent, który mial miec zleczone badanie radiologiczne otrzymywal od pielęgniarki pisemna informacje, w której wskazano, na czym bedzie polegalo badanie, w jaki sposob nalezy sie do niego przygotowac, a takze niezbedne informacje do przekazania lekarzowi i wykaz przeciwwskazan do badania. Pielęgniarka Oddzialowa wyjasnila, ze osobom niewidzącym, słabowidzącym lub ze schorzeniami oczu przekazywano ustnie praktyczne informacje na temat badan radiologicznych.

(akta kontroli tom I str. 141-157)

7. W Szpitalu funkcjonowal³³ system oznakowania przygotowrywanych leków, o którym mowi standard FA 9. Zgodnie z procedura, polozna lub pielęgniarka powinna przygotowac lek bezposrednio z IKZL i opisac go poprzez oklejenie strzykawki informacjami zawierajacymi: imie i nazwisko pacjenta, nazwe i dawke leku, date i godzinę przygotowania oraz, bedac osoba odpowiedzialna za przygotowanie i podanie leku, umiescic podpis. Opisu przygotowanego leku dokonuje sie na samoprzylepnych naklejkach w kolorze bialym – leki do podania droga domięśniowa i podskórna/śródkórna, w kolorze zielonym – lek do podania droga dożylna oraz czerwonym/pomarańczowym/żółtym – narkotyczny. Pielęgniarka/polozna zgodnie z IKZL laczy lek z płynem infuzyjnym, a na naklejce samoprzylepnej,

³¹ Powolany Zarządzeniem Dyrektora nr 18/2017 z 12 czerwca 2017 r., poprzednio: nr 15/2013 z 29 stycznia 2013 r.

³² W okresie od 1 stycznia do 30 czerwca oraz od 1 lipca do 31 grudnia.

³³ Wprowadzony procedura z 30 października 2015 r.

trwale przytwierdzonej do opakowania, powinna umieścić wszystkie informacje dotyczące leku – mieszaniny farmakologicznej, a także odnotować: imię i nazwisko pacjenta, nazwę leku, dawkę dodawanego leku oraz datę i godzinę połączenia leku z płynem infuzyjnym. Lek pacjentowi powinna podać pielęgniarka/położna, która przygotowała go osobiście i udokumentować czynność w IKZL.

W trakcie oględzin potwierdzono, że na Oddziale Chirurgii Ogólnej i Urazowej lek połączony z płynem infuzyjnym był trwale oznakowany naklejką samoprzylepną ze wszystkimi wymaganymi oznaczeniami. Na Oddziale Chorób Wewnętrznych – nie wskazano daty połączenia leku z płynem infuzyjnym. Zostało to szczegółowo opisane w dalszej części wystąpienia, w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości* (pkt 4). Na wskazanych oddziałach, podczas przeprowadzonych oględzin, nie było strzykawek z przygotowanymi lekami.

(akta kontroli tom I str. 99, 141-154)

8. Według standardu ZZ 5.3 plan szkoleń³⁴ w Szpitalu uwzględniał szkolenia pracowników w zakresie zarządzania jakością. W szkoleniach tych systematycznie uczestniczyli pracownicy kadry zarządzającej wraz z kierownikami działów medycznych. Osoby nowo zatrudniane przechodziły przeszkolenie z tego zakresu w momencie podjęcia pracy.

Analiza szkoleń przeprowadzonych w Szpitalu z zakresu zarządzania jakością wykazała, że:

- w 2016 r. zaplanowano i zrealizowano jedno szkolenie, w którym uczestniczyło 58 osób, w tym m.in.: cztery osoby z kadry kierowniczej, ośmiu lekarzy, 10 pielęgniarek oraz 16 osób z pozostałego personelu medycznego,
- w 2017 r. zaplanowano i zrealizowano jedno szkolenie, w którym uczestniczyło 70 osób, w tym m.in.: cztery osoby z kadry kierowniczej, trzech lekarzy, 19 pielęgniarek oraz 28 osób z pozostałego personelu medycznego,
- w 2018 r. zaplanowano i zrealizowano dwa szkolenia, w których uczestniczyło 89 osób, w tym m.in.: pięć osób z kadry kierowniczej, dziewięciu lekarzy, 30 pielęgniarek oraz 28 osób z pozostałego personelu medycznego,
- w 2019 r. zaplanowano jedno szkolenie, do dnia sporządzenia zestawienia (tj. 22 maja 2019 r.) przeszkolono 18 osób, w tym m.in.: dwóch lekarzy, cztery pielęgniarki oraz dziewięć osób z pozostałego personelu medycznego.

Na podstawie weryfikacji próby³⁵ personelu Szpitala, ustalono, że w szkoleniach uczestniczyło:

- w 2016 r.: 80% poddanych analizie osób z kadry kierowniczej Szpitala, 60% lekarzy, 83% pielęgniarek,
- w 2017 r.: 80% poddanych analizie osób z kadry kierowniczej, 33% lekarzy, 86% pielęgniarek,
- w 2018 r.: 60% poddanych analizie osób z kadry kierowniczej Szpitala, 71% lekarzy, 100% pielęgniarek.

W latach 2016 – 2018 systematycznie wzrastała liczba przeszkolonego personelu z zakresu zarządzania jakością. Pomimo podejmowanych przez Dyrektora działań, nie wszystkie osoby z kadry kierowniczej systematycznie w nich uczestniczyły.

Dyrektor wyjaśnił, że nie jest w stanie zapewnić przeszkolenia 100% osób, ponieważ w szkoleniach uczestniczą osoby, które są obecne w pracy oraz mogą przerwać wykonywanie obowiązków i opuścić swoje stanowisko pracy. Nie ma możliwości przeprowadzenia szkolenia z zakresu zarządzania jakością indywidualnie dla tych osób, które nie mogły uczestniczyć w szkoleniu planowym.

³⁴ W formularzu „Program Poprawy Jakości” opracowywanym na kolejny rok kalendarzowy.

³⁵ Próba obejmowała: Dyrekcję Szpitala, 10 lekarzy i 10 pielęgniarek, z uwzględnieniem 10 osób, które rozpoczęły świadczenie pracy na rzecz Szpitala w okresie objętym kontrolą.

Szpital nie wprowadził wewnętrznych procedur dotyczących realizacji standardu ZZ 5.3.

(akta kontroli tom I str. 401-402, tom II str. 102-203)

9. Stosownie do standardu OD 1.1 w Szpitalu opracowano „Katalog diet”³⁶, w którym wyszczególniono 14 rodzajów diet przeznaczonych dla pacjentów. Każda zawierała wszystkie elementy wymienione w treści standardu, tj.: rodzaj diety, wskazania do stosowania, sposób przygotowania, osoby odpowiedzialne za przygotowanie i podawanie posiłków pacjentom.

(akta kontroli tom II str. 233-312)

10. W badanych latach, odpowiednio do standardu ZZ 9 Zespół ds. Zarządzania Zasobami Ludzkimi³⁷ raz w roku prowadził, na podstawie anonimowej ankiety, badania satysfakcji zawodowej personelu. Zamieszczone w ankietach uwagi pracowników dotyczyły głównie zbyt niskiego wynagrodzenia oraz braków personelu. Wyniki i wnioski z przeprowadzonego badania były przedstawiane Dyrektorowi.

Dyrektor wyjaśnił, że latach 2016 – 2018, w miarę możliwości finansowych podjął działania związane z poprawą warunków i organizacji pracy polegające m.in. na przeniesieniu Oddziału Rehabilitacji do nowych pomieszczeń, wykonaniu remontów oddziałów szpitalnych, poradni oraz kuchni szpitalnej, zatrudnieniu opiekunów medycznych, umożliwieniu podnoszenia kwalifikacji zawodowych pracowników, informatyzacji Szpitala, zatrudnieniu sekretarek medycznych oraz podwyżce wynagrodzeń.

(akta kontroli tom I str. 158-180, 344-347)

W trakcie kontroli NIK przeprowadzono badanie ankietowe, podczas którego pacjenci Szpitala mogli odpowiedzieć m.in. na pytania: „Czy mają zapewnioną możliwość odwiedzin? Czy otrzymali zrozumiałe informacje o stanie zdrowia? Czy pomieszczenia szpitala są czyste, prawidłowo ogrzane i wentylowane?”. Z przeprowadzonej analizy uzyskanych odpowiedzi wynika, że wszystkim respondentom zapewniono możliwość odwiedzin, a 98% otrzymało zrozumiałą informację o stanie zdrowia. Pacjenci nie mieli także zastrzeżeń do czystości, ogrzania i wentylacji pomieszczeń.

(akta kontroli tom I str. 74)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Na Oddziale Chorób Wewnętrznych nierzetelnie prowadzono ewidencje:
 - leku M. (środek odurzający grupy I–N), z której wynikało, że powinno być siedem ampułek leku, a faktycznie było o jedną mniej,
 - leku E. (substancja psychotropowa grupy IV–P), gdyż nie wykazano rozchodu jednej i przychodu 20 tabletek.

Postępowanie takie było niezgodne z pkt 15 procedury wewnętrznej pn. „Gospodarka produktami leczniczymi i wyrobami medycznymi” (w części Gospodarka środkami odurzającymi) określającym, że wydanie środka odurzającego dla określonego pacjenta, należy rozchodować na bieżąco w rejestrze narkotycznym oddziału, a także prowadzić ewidencję zużycia środków psychotropowych.

Lekarz wyjaśnił, że z powodu niedopatrzenia nie odnotował podania leku w ewidencji rozchodu środków odurzających. Według pielęgniarek przyczyną powstania nieprawidłowości w gospodarce lekami psychotropowymi było przeoczenie spowodowane licznymi obowiązkami.

(akta kontroli tom I str. 75-110, 147-154, 359-365)

³⁶ Procedura z 10 czerwca 2016 r.

³⁷ Powołany Zarządzeniem Dyrektora SPZOZ nr 14/2016 z 18 kwietnia 2016 r.

2. W apteczce oddziałowej na Oddziale Chirurgii Ogólnej i Urazowej faktyczna zawartość woreczka oznakowanego jako „leki własne pacjenta” była niezgodna z wykazem leków własnych tego pacjenta, tj. znajdowały się tam leki, które nie były wymienione w wykazie. Według pkt 1 obowiązującej w Szpitalu procedury „Gospodarka lekiem własnym pacjenta”, przyjęcie takiego leku może nastąpić tylko na podstawie pisemnego oświadczenia pacjenta według formularza „Leki własne pacjenta”.

Ordynator Oddziału nie wyjaśnił skąd w apteczce oddziałowej znalazły się leki, które nie były wymienione w wykazie leków własnych pacjenta.

(akta kontroli tom I str. 112-113, 141-146, 357-358)

3. Opakowanie leku pacjenta na Oddziale Chorób Wewnętrznych było oznaczone tylko jego nazwiskiem, co było niezgodne z warunkami „Przekazania i przechowywania leków własnych pacjenta”, określonymi w procedurze „Gospodarka lekiem własnym pacjenta”, w której wskazano m.in., że każde przyjmowane opakowanie leków opisane jest imieniem i nazwiskiem pacjenta.

Powyższa sytuacja stwarzała niebezpieczeństwo podania leku niewłaściwej osobie noszącej to samo nazwisko, co wskazane na opakowaniu.

Pielęgniarka Oddziałowa wyjaśniła, że było to spowodowane przeoczeniem.

(akta kontroli tom I str. 112-113, 147-154, 359-360)

4. W pomieszczeniu, w którym przechowywano leki na Oddziale Chirurgii Ogólnej i Urazowej temperatura wynosiła 25,1°C, a na Oddziale Chorób Wewnętrznych 25,5°C, co oznaczało, że przechowywano leki w temperaturze przekraczającej 25°C, która – według zaleceń na opakowaniach leków - nie gwarantuje zachowania wymagań jakościowych ustalonych dla produktu leczniczego lub wyrobu medycznego. Stanowiło to naruszenie § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 października 2002 r. w sprawie podstawowych warunków prowadzenia apteki³⁸, zgodnie z którym produkty lecznicze muszą być przechowywane w sposób gwarantujący zachowanie ustalonych dla produktu leczniczego wymagań jakościowych i bezpieczeństwa przechowywania. Ponadto było to niezgodne z pkt 10, opracowanej zgodnie ze standardem FA 7, procedury wewnętrznej Szpitala w sprawie „Bezpiecznego przechowywania leków w apteczkach oddziałowych”, który wskazuje, że każdy produkt leczniczy powinien być przechowywany w odpowiednich, tj. ściśle zalecanych przez producenta warunkach temperaturowych, zapewniających odpowiednią trwałość.

Dyrektor wyjaśnił, że problem z przechowywaniem leków w odpowiedniej temperaturze był zgłaszany i wykonano przeszklenia części otwartej wychodzącej na korytarz. W drugiej połowie 2019 r. planowane jest zamontowanie klimatyzatorów w dyżurkach pielęgniarskich.

W trakcie kontroli NIK (11 czerwca 2019 r.) w dyżurce pielęgniarskiej Oddziału Chirurgii Ogólnej i Urazowej zamontowano klimatyzację.

(akta kontroli tom I str. 92-96, 141-154, 344-349)

Zdaniem NIK, niezapewnienie odpowiednich warunków przechowywania produktów leczniczych w apteczkach oddziałowych może mieć wpływ na aktywność substancji czynnej leku.

5. W Oddziale Chorób Wewnętrznych zaniechano odpowiedniego oznakowania rozpoczętych opakowań leków przekreślonym „X”, tj.: leku E. (substancja psychotropowa grupy IV-P), leku C. (zawiera substancję czynną o nazwie enoksaparyna sodowa) oraz datą otwarcia wielodawkowego opakowania żelu

³⁸ Dz.U. z 2002 r. Nr 187, poz. 1565.

L. (lidokaina). Na pojemniku z płynem infuzyjnym nie oznaczono daty dodania leku. Postępowanie takie naruszało pkt 18 procedury „Bezpiecznego przechowywania leków w apteczkach oddziałowych”, zgodnie z którym rozpoczęte opakowania leku gotowego należy oznakować przez przekreślenie „X” na opakowaniu z obu stron. Z kolei, według pkt 20 ww. procedury, preparaty w opakowaniach wielodawkowych, na których producent nie określił terminu ważności obowiązującego po otwarciu danego opakowania – przyjmuje się okres ważności nie dłuższy niż 1 miesiąc. Opracowana zgodnie ze standardem FA 9 procedura „System oznakowania przygotowanych leków”, w pkt 3 dotyczącym oznakowania pojemnika z płynem infuzyjnym, do którego dodano lek wskazuje, że na naklejce samoprzylepnej trwale przytwierdzonej do opakowania odnotowuje się czytelnie m.in. datę i godzinę połączenia leku z płynem infuzyjnym.

Pielęgniarka Oddziałowa wyjaśniła, że pielęgniarka zapomniała oznaczyć otwarcie opakowania „X”, a pielęgniarka przygotowująca zlecenia – z uwagi na krótki staż pracy – zapomniała wpisać daty połączenia leku z płynem infuzyjnym. Nieoznakowanie daty otwarcia żelu wynikało z przeoczenia.

(akta kontroli tom I str. 92-96, 99, 147-154, 359-363)

6. Nie został utrzymany poziom przeszkolenia personelu medycznego i niemedycznego w zakresie zakażeń szpitalnych, o którym mowa w standardzie KZ 5. W porównaniu do 2017 r. (w którym CMJ dokonało przeglądu akredytacyjnego) liczba przeszkolonych w 2018 r. lekarzy zmniejszyła się do 67% (ze 100%), a pracowników zatrudnionych na podstawie umów cywilnoprawnych do 20% (z 40%).

Dyrektor wyjaśnił, że pomimo organizacji dużej liczby szkoleń, nie był w stanie zapewnić pełnego przeszkolenia pracowników zatrudnionych na podstawie umów cywilnoprawnych, którzy pełnili dyżury poza godzinami normalnej ordynacji i w związku z tym byli nieobecni w godzinach, w których odbywały się szkolenia. Natomiast dwóch nowo zatrudnionych lekarzy, nie mogło stawić się na szkolenie, gdyż tylko oni stanowili obsadę Oddziału Chorób Wewnętrznych, w związku z czym mieli zwiększony zakres zadań.

(akta kontroli tom I str. 371-389, 401-402, tom II str. 204-232, 404)

OCENA CZĄSTKOWA

Szpital dwukrotnie poddał się ocenie przez CMJ spełnienia standardów akredytacyjnych. W latach 2013 – 2017 (tj. w okresie pomiędzy terminami przeprowadzenia wizyt akredytacyjnych) ocena stopnia spełnienia wszystkich standardów obniżyła się z 95% do 83%. W okresie tym, Szpital usprawnił proces funkcjonowania dwóch spośród 13 standardów objętych szczegółową analizą NIK. W badaniu ankietowym pacjenci wysoko ocenili spełnienie standardów dotyczących praw pacjenta i zarządzania środowiskiem opieki³⁹.

W ocenie NIK, w Szpitalu podjęto działania na rzecz realizacji wszystkich poddanych analizie standardów, jednak w przypadku standardów związanych z farmakoterapią w zakresie zapewnienia nadzoru nad lekami przechowywanymi w oddziałach, o którym mowa w standardzie FA 7, nie były one wystarczająco skuteczne. Liczba przeszkolonego w 2018 r. personelu w zakresie zakażeń szpitalnych⁴⁰ zmniejszyła się w porównaniu do roku 2017, w którym CMJ dokonało przeglądu akredytacyjnego. Ponadto, dopiero w trakcie kontroli NIK, została zaktualizowana lista wykonywanych badań laboratoryjnych.

³⁹ PP 1, PP 3, PP 14 oraz ŚO 15.

⁴⁰ Standard KZ 5.

2. Wpływ wprowadzenia standardów akredytacyjnych na sytuację ekonomiczną podmiotu leczniczego

Opis stanu faktycznego

1. Szpital, w związku z uzyskaniem Certyfikatu, nie poniósł dodatkowych kosztów związanych z przygotowaniem dokumentacji, zatrudnieniem dodatkowego personelu, prowadzeniem badań opinii pacjentów czy badań satysfakcji zawodowej personelu. Przygotowanie do akredytacji było prowadzone przez pracowników Szpitala, bez dodatkowego wynagrodzenia. Po uzyskaniu Certyfikatu, w 2018 r. i 2019 r. (do 30 kwietnia) placówka została wyposażona w sprzęt medyczny o wartości odpowiednio: 416,4 tys. zł (m.in. łóżka rehabilitacyjne, aparat do masażu uciskowego, aparaty wraz z wyposażeniem: EKG, USG, KTG, stanowisko do resuscytacji) i 37,7 tys. zł (m.in. pompa strzykawkowa, lampa do fototerapii, fotel do kangurowania), serwer i licencje – 62,7 tys. zł oraz malowanie elewacji budynków Szpitala – 72,4 tys. zł. Ponadto Szpital przystąpił do realizacji projektu „Poprawa dostępności świadczeń zdrowotnych poprzez wdrożenie e-usług w SPZOZ w Międzyrzeczu Podlaskim” o wartości 1 726 tys. zł.

Zgodnie z § 10 ust. 4 rozporządzenia w sprawie procedury oceniającej SPZOZ został obciążony opłatą za jej przeprowadzenie⁴¹ w wysokości 29,4 tys. zł.

(akta kontroli tom I str. 336-343, tom II str. 313-314)

Uzyskanie akredytacji w 2013 r. nie skutkowało dodatkowymi punktami w procesie kontraktowania świadczeń. W 2018 r. wzrost punktacji wyniósł 1,5% wartości ryczału w ramach podstawowego zabezpieczenia szpitalnego, co dało kwotę wzrostu ryczału o ok. 188 tys. zł. Lubelski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej: LOW NFZ) ustalając ryczałt na 2019 r., uwzględnił współczynnik korygujący związany z jakością procesu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, co dało wzrost o 194,6 tys. zł. Wysokość przychodów SPZOZ w latach 2016 – 2018 wzrosła i wyniosła odpowiednio: 16 864,9 tys. zł, 18 476,4 tys. zł i 21 408,5 tys. zł.

(akta kontroli tom I str. 336-343, tom II str. 315-354)

2. Do zadań Zespołu ds. zabiegów operacyjnych⁴² należało m.in. prowadzenie dwa razy na rok analiz przyczyn reoperacji. Zespół ten systematycznie prowadził i przedkładał ww. analizy: Dyrektorowi, Komitetowi Jakości oraz medycznym komórkom organizacyjnym Szpitala. W kontrolowanym okresie wskaźnik reoperacji zmniejszył się i wynosił w 2016 r. – 0,59%, 2017 r. – 0,24% i w 2018 r. – 0,17%.

Przewodniczący ww. Zespołu wskazał, że reoperacje były następstwem ciężkich stanów pacjentów, naturalnych przebiegów chorób oraz nieprzewidzianych powikłań. Nie wynikały z błędów lekarskich. Z uwagi na niewielki odsetek reoperacji i znaczny spadek ich wskaźnika nie formułowano działań naprawczych.

(akta kontroli tom I str. 232-263, 396-397)

Zespół ds. przyjęć i wypisów⁴³ przeprowadzał dwa razy w roku analizy nieplanowanych, powtórnych hospitalizacji (rehospitalizacji), które przedkładał Dyrektorowi, Komitetowi ds. Jakości i medycznym komórkom organizacyjnym Szpitala. W pierwszym półroczu 2016 r. wskaźnik rehospitalizacji wyniósł 5,3%, w drugim – 3%, w 2017 r. odpowiednio: 3,1% i 3%, a w 2018 r. odpowiednio: 3,3% i 2,1%.

(akta kontroli tom I str. 264-317)

⁴¹ Na podstawie noty księgowej nr 55/2017 wystawionej przez CMJ.

⁴² Zespół powołany Zarządzeniem nr 7/2016 z 18 kwietnia 2016 r.

⁴³ Powołany Zarządzeniem nr 3/2018 z 19 lutego 2018 r., poprzednio: nr 27/2017 z 23 listopada 2017 r., nr 3/2013 z 29 stycznia 2013 r.

Według Przewodniczącej ww. Zespołu, zaistniałe rehospitalizacje wynikały z charakteru schorzenia i nie wymagały formułowania działań naprawczych odnoszących się do ogółu analizowanych przypadków. W nielicznych sytuacjach stwierdzenia rehospitalizacji, mogących sugerować konsekwencję postępowania w trakcie pierwszego pobytu, formułowano ustne zalecenia, kierowane bezpośrednio do przełożonych poszczególnych oddziałów, zalecając rozważenie przyczyn wystąpienia takiego stanu rzeczy oraz podjęcie działań zmierzających do ograniczenia ich występowania w przyszłości. W celu redukcji ryzyka i poprawy jakości opieki nad pacjentem, Zespół ten podjął decyzję, że w przypadku stwierdzenia rehospitalizacji wymagających sformułowania działań naprawczych będzie w przyszłości formułować je w formie pisemnej, stanowiącej załącznik do „Analizy rehospitalizacji”.

SPZOZ nie prowadził wyliczenia kosztów przeprowadzenia powtórnych, nieplanowanych hospitalizacji oraz kosztów reoperacji.

(akta kontroli tom I str. 390-391, 398-400)

W okresie objętym kontrolą pacjenci wnieśli przeciwko Szpitalowi dwa⁴⁴ pozwy dotyczące niezapewnienia oczekiwanej jakości udzielanych świadczeń⁴⁵. Jedna sprawa dotyczyła wprowadzenia czynnika chorobotwórczego do organizmu noworodka, druga – zbyt późnej diagnozy choroby nowotworowej. Ponadto, w 2017 r. pacjent złożył dwie skargi, które dotyczyły naruszenia nietykalności cielesnej oraz niezapewnienia oczekiwanej jakości opieki (zastrzeżenia do wyżywienia pacjentów), a w 2018 r. – jedną, która dotyczyła niezapewnienia oczekiwanej jakości opieki w Izbie Przyjęć. Dyrektor nie zawiadomił skarżącego o sposobie załatwienia trzech złożonych skarg. Przypadki te zostały opisane w dalszej części wystąpienia, w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. LOW NFZ w latach 2016 – 2019 (do dnia 17 maja 2019 r.) nie przyjął żadnych zgłoszeń dotyczących niewłaściwej realizacji świadczeń w SPZOZ.

(akta kontroli tom I str. 331-335, tom II str. 75-101)

3. Analiza wybranych wskaźników, ujętych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 12 kwietnia 2017 r. w sprawie wskaźników ekonomiczno-finansowych niezbędnych do sporządzenia analizy oraz prognozy sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej⁴⁶, wykazała, że w roku poprzedzającym uzyskanie Certyfikatu oraz w roku, w którym Szpital uzyskał Certyfikat, wskaźnik (dla którego pożądana jest jak najwyższa wartość), tj.:

- zyskowności netto (ekonomicznej efektywności całokształtu działalności) w 2017 r. wyniósł minus 1,32%, a w 2018 r. minus 7,04%;
- zyskowności działalności operacyjnej (ekonomicznej efektywności działania, z uwzględnieniem działalności podstawowej oraz pozostałej działalności operacyjnej) – w 2017 r. wyniósł minus 1,21%, a w 2018 r. minus 6,95%.

Ponadto wskaźnik:

- zyskowności aktywów (rentowności zaangażowania aktywów, czyli zdolności do generowania zysku) w 2017 r. wyniósł minus 1,78%, a w 2018 r. minus 10,04%;
- płynności bieżącej (zdolności do spłacania krótkoterminowych zobowiązań posiadanym majątkiem obrotowym) w 2017 r. wyniósł 0,96, a w 2018 r. – 0,55⁴⁷;
- szybkiej płynności (zdolności szybkiego regulowania krótkoterminowych zobowiązań Szpitala najbardziej płynnymi aktywami) w 2017 r. wyniósł 0,87, a w 2018 r. – 0,5⁴⁸;

⁴⁴ Po jednym w 2017 r. i 2018 r.

⁴⁵ Sprawy w toku.

⁴⁶ Dz. U. poz. 832.

⁴⁷ Przy optymalnej wartości 1,5 – 2.

⁴⁸ Optymalnie powinien wynosić 1 lub więcej.

- rotacji należności (długości cyklu oczekiwania Szpitala na uzyskanie należności za świadczone usługi) w 2017 r. wyniósł 39 dni, a w 2018 r. – 34 dni⁴⁹;
- rotacji zobowiązań (przeciętnego czasu od momentu powstania zobowiązań krótkoterminowych do momentu ich spłaty) w 2017 r. wyniósł 12 dni, a w 2018 r. – 16 dni⁵⁰;
- zadłużenia aktywów (stopnia pokrycia majątku kapitałami obcymi) w 2017 r. wyniósł 17,79%, a w 2018 r. – 26,10%⁵¹;
- wypłacalności (wielkości funduszy obcych przypadających na jednostkę funduszu własnego) w 2017 r. wyniósł 0,28, a w 2018 r. – 0,5⁵².

(akta kontroli tom I str. 318-322)

W ramach analizy podstawowych parametrów dotyczących świadczeń zdrowotnych stwierdzono, że po przeprowadzeniu procesu akredytacji w Szpitalu poprawiły się wskaźniki:

- liczby pacjentów na jedno łóżko – wzrost z 42,8 w 2017 r. do 43,9 w 2018 r.,
- przeciętnego czasu pobytu chorego w Szpitalu, który zmniejszył się odpowiednio z 5,4 dnia do 5,3 dnia,
- średniego wykorzystania łóżek - wzrost odpowiednio z 231,7 dnia do 232,9 dnia (z 63,5% do 63,8%).

Powyższe wskaźniki były niższe od średnich uzyskanych w 2017 r. w województwie lubelskim, tj.: liczba pacjentów na jedno łóżko wyniosła 43,8, przeciętny czas pobytu chorego w szpitalu – 5,9 dnia, a średnie wykorzystanie łóżek – 260,1 dnia i 71,3%.

(akta kontroli tom I str. 323)

Główna Księgowa wyjaśniła, że pogorszenie wskaźników efektywności ekonomiczno-finansowej spowodowane zostało m.in. rosnącymi kosztami wynagrodzeń wynikającymi z przepisów prawa (podwyżki wynagrodzeń pielęgniarek, wzrost stawki godzinowej, wzrost płacy minimalnej), kosztami energii, zużycia materiałów i usług obcych (w znacznej mierze umów cywilnoprawnych z lekarzami). Narzucanie Szpitalowi - przez NFZ i inne instytucje nadzorujące działalność podmiotów leczniczych - wymagań, bez wskazania źródeł ich finansowania, dotyczących m.in., liczby, kwalifikacji personelu medycznego, sprzętu i aparatury medycznej, infrastruktury i warunków pobytu pacjentów, wymusiło wzrost kosztów funkcjonowania Szpitala. SPZOZ pozyskuje przychody głównie z kontraktu z NFZ, a ustalony ryczałt nie uwzględnia wzrostu kosztów jego działalności.

(akta kontroli tom I str. 392-395)

Według Dyrektora: akredytacja jest standardem określającym poziom jakości i bezpieczeństwa świadczonych usług medycznych. Posiadanie certyfikatu jest potwierdzeniem spełnienia posiadania rygorystycznych wymagań z zakresu różnych obszarów działalności, przede wszystkim medycznych, ale i administracyjnych. Akredytacja wpływa na wysoką jakość świadczonych usług medycznych oraz kompetencji personelu. Standardy porządkują obszary funkcjonowania Szpitala, wskazują zadania. Jednocześnie spełnianie standardów akredytacyjnych w celu utrzymania ciągłości zapisów, wymaga ogromnego nakładu czasu i wysiłku, zaangażowania wielu pracowników, a w sytuacji braków kadrowych jest to bardzo uciążliwy i obciążający proces.

(akta kontroli tom I str. 336-343)

Główna Księgowa odnosząc się do kwestii analizy efektywności wdrożenia poszczególnych standardów akredytacyjnych wskazała, że akredytacja to poprawa jakości świadczonych usług, organizacji pracy, zwiększenie wydajności pracy,

⁴⁹ Przy optymalnym 7-10 dni.

⁵⁰ Pożądana jak najniższa wartość.

⁵¹ Pożądana jest jak najniższa wartość wskaźnika, akceptowalna wielkość to maksimum 0,5.

⁵² Generalnie korzystna jest sytuacja, gdy wskaźnik ten kształtuje się na poziomie powyżej 1 z tendencją wzrostową.

poprawa wydajności Szpitala, wyróżnienie się na rynku usług medycznych, wzrost satysfakcji pacjentów i pracowników, poprawa stanu technicznego placówki, bezpieczeństwa, edukacja pracowników, wprowadzenie nowych rozwiązań oraz poprawa wewnętrznych procesów. SPZOZ nie stosuje mierników efektywności wdrożenia poszczególnych standardów akredytacyjnych, stosuje tylko ankiety dotyczące badania satysfakcji pacjentów oraz oceny satysfakcji zawodowej. Jednak koszty ich wprowadzenia nie są odrębnie ewidencjonowane.

(akta kontroli tom I str. 392-395)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

Dyrektor Szpitala w latach 2017-2018 nie zawiadomił pisemnie skarżącego (pacjenta) o sposobie załatwienia trzech złożonych przez niego skarg, które dotyczyły przedmiotowo różnych spraw.

Działanie Dyrektora stanowiło naruszenie art. 14 § 1 oraz art. 238 § 1 w zw. z art. 237 § 3 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego⁵³ (dalej: Kpa), zgodnie z którymi organ właściwy do załatwienia skargi zobowiązany jest do pisemnego zawiadomienia skarżącego o sposobie jej załatwienia, a zawiadomienie to powinno zawierać: oznaczenie organu, od którego pochodzi, wskazanie, w jaki sposób skarga została załatwiona, oraz podpis z podaniem imienia, nazwiska i stanowiska służbowego osoby upoważnionej do załatwienia skargi lub, jeżeli zawiadomienie sporządzone zostało w formie dokumentu elektronicznego, powinno być opatrzone kwalifikowanym podpisem elektronicznym. Zawiadomienie o odmownym załatwieniu skargi powinno ponadto zawierać uzasadnienie faktyczne i prawne oraz pouczenie o treści art. 239 Kpa.

Dyrektor wyjaśnił, że skargi były rozpatrywane i analizowane wnikliwie. Informacje dotyczące bezzasadności złożonych skarg zostały przekazane w formie ustnej, co w jego ocenie było spełnieniem ustawowego obowiązku wynikającego z ww. przepisów Kpa.

(akta kontroli tom I str. 344-345, tom II str. 75-91)

OCENA CZĄSTKOWA

Przystąpienie do procesu akredytacji nie wpłynęło na sytuację ekonomiczną Szpitala. Pogorszenie się wskaźników ekonomicznych wynikało przede wszystkim z wdrożenia wymagań nałożonych przez NFZ i inne instytucje nadzorujące działalność podmiotów leczniczych. Wzrost kosztów funkcjonowania SPZOZ nie był spowodowany podjęciem przez Szpital działań zmierzających do uzyskania certyfikatu akredytacyjnego oraz nie wiązał się bezpośrednio z wdrażaniem standardów akredytacyjnych. Wymiernym rezultatem posiadanej akredytacji było m.in. uzyskanie od NFZ w 2018 r. dodatkowych środków finansowych, stanowiących 1,5% wartości ryczałtu w ramach podstawowego zabezpieczenia szpitalnego. Proces akredytacji skutkował wdrożeniem w Szpitalu określonych procedur i analiz wymuszających działania wpływające na poprawę jakości świadczonych usług, przy czym w Szpitalu nie wiązano efektywności wdrożenia poszczególnych standardów akredytacyjnych z kosztami tego procesu. Stwierdzona nieprawidłowość w zakresie rozpatrywania skarg pacjentów nie miała wpływu na ocenę działalności Szpitala w badanym zakresie.

IV. Wnioski

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

⁵³ Dz.U. z 2018 r. poz. 2096 ze zm.

Wnioski

1. Rzetelne prowadzenie na Oddziale Chorób Wewnętrznych ewidencji środków narkotycznych i psychotropowych.
2. Podjęcie działań w celu zapewnienia odpowiednich warunków przechowywania leków w apteczkach oddziałowych.
3. Oznaczanie rozpoczętych opakowań i przygotowywanych leków, zgodnie z przyjętą w Szpitalu procedurą.
4. Wzmoczenie nadzoru nad lekami własnymi pacjentów poprzez ich oznakowywanie imieniem i nazwiskiem, a także rzetelne ewidencjonowanie leków przechowywanych w apteczkach oddziałowych.
5. Rozpatrywanie skarg zgodnie z przepisami Kodeksu postępowania administracyjnego.
6. Zapewnienie liczby przeszkolonych pracowników SPZOZ w zakresie zakażeń szpitalnych na poziomie nie gorszym, niż stwierdzony podczas wizyty akredytacyjnej.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

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

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
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.

Lublin, 12 września 2019 r.

Kontrolerzy
Edyta Kolano
główny specjalista kontroli państwowej

Dyrektor
Delegatury Najwyższej Izby Kontroli
w Lublinie
Edward Lis

.....
Podpis

.....
Podpis

Monika Cieniuch
starszy inspektor kontroli państwowej

.....
Podpis