



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Poznaniu

LPO.411.007.03.2016

R.16.004

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Poznaniu
ul. Dożynkowa 9H, 61-662 Poznań
T +48 61 655 62 00, F +48 61 655 62 01
ipo@nik.gov.pl

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	R/16/004 – Dostępność terapii przeciwbólowej.
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Poznaniu
Kontrolerzy	1. Joanna Kozak, doradca ekonomiczny, upoważnienie do kontroli nr LPO/41/2016 z 30 maja 2016 r.; 2. Bartosz Tomczyk, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LPO/31/2016 z 16 maja 2016 r. (dowód: akta kontroli str. 1-4)
Jednostka kontrolowana	Szpital Powiatowy we Wrześni, spółka z ograniczoną odpowiedzialnością ¹ , ul. Juliusza Słowackiego 2, 62-300 Września (dalej: Szpital).
Kierownik jednostki kontrolowanej	Sprawy Szpitala prowadzi zarząd, działający w składzie: Prezes Zarządu Zbyszko Przybylski oraz Wiceprezes Zarządu Sebastian Nowicki (dalej: Zarząd Szpitala). (dowód: akta kontroli str. 5-12)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

W ocenie NIK², w Szpitalu nie zorganizowano systemu umożliwiającego rzetelne monitorowanie skuteczności leczenia bólu.

Ani dla Szpitala, ani dla żadnego z jego oddziałów nie opracowano i nie wdrożono procedury leczenia i oceny skuteczności leczenia bólu, do czego zobowiązywały przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego³. Z kolei wbrew przepisom rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania⁴, w historii choroby części pacjentów zgłaszających dolegliwości bólowe nie odnotowano informacji na temat stopnia natężenia bólu, działań podjętych w zakresie leczenia bólu oraz skuteczności tego leczenia. Pacjentom Szpitala zapewniono natomiast, na każdym etapie postępowania medycznego, możliwość uzyskania informacji o metodach, skutkach i korzyściach znieczulenia i uśmierzania bólu.

Zarząd Szpitala nie wdrożył mechanizmów nadzoru mogących wyeliminować nieprawidłowości w obszarze leczenia bólu – w Szpitalu nie wdrożono systemu kontroli jakości leczenia bólu, a audyt wewnętrzny nie ujawnił przypadków niestosowania obowiązującej w Szpitalu karty oceny natężenia bólu.

¹ Szpital w całości (w 100%) jest własnością powiatu wrzeńskiego.

² Najwyższa Izba Kontroli w ocenach częściowych oraz ocenie ogólnej stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna. Jeżeli sformułowanie oceny ogólnej według proponowanej skali byłoby nadmiernie utrudnione, albo taka ocena nie dawałaby prawdziwego obrazu funkcjonowania kontrolowanej jednostki w zakresie objętym kontrolą, stosuje się ocenę opisową, bądź uzupełnia ocenę ogólną o dodatkowe objaśnienie

³ Dz. U. z 2016 r., poz. 694, ze zm.; zobacz: § 5a.

⁴ Dz. U. poz. 2069; zobacz: § 17 ust. 1 pkt 4; zobacz też: przypis nr: 17, 18.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

Opis stanu
faktycznego

1. Informowanie pacjentów o możliwościach i metodach leczenia bólu.

1.1. Szpital, zgodnie z dyspozycją art. 11 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta⁵, udostępnił pacjentom, w formie pisemnej, kartę praw pacjenta. W karcie zawarto zapis, że każdy pacjent korzystający z usług zdrowotnych ma „prawo do udzielenia informacji na temat terapii przeciwbólowej”. Według Zarządu Szpitala, o możliwościach i metodach uśmierzania bólu pacjenci byli informowani ustnie.

Istotnym elementem postępowania przeciwbólowego jest właściwa edukacja pacjenta polegająca na przekazaniu również pisemnej informacji o bólu i metodach jego leczenia⁶, np. w postaci ulotek informacyjnych. Pisemna informacja może ułatwić pacjentom zrozumienie korzyści i potencjalnych ryzyk związanych z uśmierzaniem bólu.

(dowód: akta kontroli str. 61-81, 182, 184)

1.2. Pacjenci poddawani bolesnym badaniom lub zabiegom operacyjnym byli informowani o możliwościach leczenia przeciwbólowego, co potwierdzano w karcie premedykacyjnej (przedoperacyjnej ankiecie anestezyjologicznej). W trakcie rozmowy wyjaśniającej przeprowadzanej przez anestezjologa przed planowanym zabiegiem operacyjnym (co odnotowuje się w ww. ankiecie), pacjent był informowany o możliwościach znieczulenia do danego typu zabiegu, o powikłaniach i o możliwościach leczenia przeciwbólowego w okresie pooperacyjnym⁷.

(dowód: akta kontroli str. 59-60, 82-106, 184)

1.3. Przy wypisie ze szpitala, w zaleceniach lekarskich, pacjentów informowano o dalszym zalecanym postępowaniu, w tym o sposobach uśmierzania bólu. W 2015 r. wydano sześć skierowań z Poradni Onkologicznej Szpitala do poradni leczenia bólu.

(dowód: akta kontroli str. 83-107)

2. Organizacja leczenia bólu.

2.1. W Szpitalu nie wdrożono procedury leczenia i oceny skuteczności leczenia bólu. Wprowadzono natomiast do stosowania⁸ „Kartę oceny natężenia bólu” dla dorosłych oraz dzieci⁹ (dalej również: karta), a także „Kartę dzienną Oddziału Intensywnej Terapii”, której elementem była ocena natężenia bólu u pacjenta.

⁵ Dz. U. z 2016 r., poz. 186.

⁶ Za zespołem ekspertów powołanym przez: Polskie Towarzystwo Badania Bólu, Polskie Towarzystwo Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Towarzystwo Chirurgów Polskich, Polskie Towarzystwo Ginekologiczne, Polskie Towarzystwo Ortopedyczne i Traumatologiczne (zobacz: „Zalecenia 2011 postępowania w bólu ostrym i pooperacyjnym”; dostępne pod adresem: <http://www.polanest.webd.pl/pliki/wytyczne2.html>). Przywołane wytyczne o formie przekazania pacjentowi informacji o bólu i sposobach jego leczenia dotyczą postępowania przeciwbólowego w okresie pooperacyjnym, z zaleceniem ich stosowania u wszystkich pacjentów leczonych w szpitalu zarówno z bólem ostrym (np. pooperacyjny, pourazowy, analgeza porodu, bóle pochodzenia naczyniowego, stenokardialne), jak i z zespołami bólu przewlekłego pochodzenia nowotworowego i nienowotworowego.

⁷ W trakcie kontroli szczegółowym badaniem objęto dokumentację medyczną 265 pacjentów przyjętych do szpitala w 2015 r. (zobacz też pkt 2.2. niniejszego wystąpienia pokontrolnego).

⁸ § 17 ust. 1 pkt 3 Instrukcji w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej stosowanej w Szpitalu Powiatowym we Wrześni Sp. z o. o. oraz sposobu jej przetwarzania i udostępniania, wprowadzonej uchwałą nr 11 Zarządu Szpitala z dnia 20 października 2011 r.

⁹ W przypadku karty oceny natężenia bólu dla dzieci, do oceny natężenia bólu służy skala obrazkowa przedstawiająca różne wyrazy twarzy, którym są podporządkowane podpisy wskazujące na nieobecność bólu aż do maksymalnego natężenia bólu.

Lekarz prowadzący, według obowiązującej w Szpitalu procedury „P-201 Opieka lekarska”¹⁰, był zobowiązany w czasie codziennej wizyty u chorego, dokonać - u pacjentów, którzy tego wymagają - oceny bólu.

(dowód: akta kontroli str. 43-58, 184)

W strukturze organizacyjnej Szpitala nie wyodrębniono specjalistycznej poradni leczenia bólu. Zarząd Szpitala nie utworzył zespołu zajmującego się leczeniem bólu¹¹ czy oceną skuteczności i jakości jego leczenia. Uzasadniono to brakiem ustawowego wymogu w tym zakresie. Według wyjaśnień Zarządu Szpitala, obecnie taką nieformalną funkcję pełni tzw. II dyżurny wraz z pielęgniarką anestezjologiczną. Zarząd Szpitala wyjaśnił również, że po uzyskaniu akredytacji oraz certyfikatu „Szpital bez bólu” powoła odpowiedni zespół zajmujący się leczeniem bólu.

(dowód: akta kontroli str. 16-24, 184-185)

2.2. Sposób dokumentowania zastosowanego postępowania przeciwbólowego sprawdzono na próbie indywidualnej dokumentacji medycznej pacjentów Szpitala¹², i tak:

- spośród 45 pacjentów Oddziału Ortopedii i Traumatologii Narządów Ruchu (5% pacjentów przyjętych do tego oddziału), w 12 przypadkach nie wypełniono karty, w tym dla ośmiu pacjentów, którzy w wywiadzie przeprowadzonym przy przyjęciu do szpitala zgłaszali przewlekłe dolegliwości bólowe;
- spośród 46 pacjentów Oddziału Chirurgii Ogólnej (5% pacjentów przyjętych do tego oddziału), w żadnym przypadku nie wypełniono karty, w tym dla 18 pacjentów, którzy albo w wywiadzie przeprowadzonym przy przyjęciu do szpitala albo w trakcie pobytu w szpitalu zgłaszali dolegliwości bólowe;
- spośród 46 pacjentów Oddziału Neurologicznego (5% pacjentów przyjętych do tego oddziału), w 45 przypadkach nie wypełniono karty, w tym dla 20 pacjentów, którzy albo w wywiadzie przeprowadzonym przy przyjęciu do szpitala albo w trakcie pobytu w szpitalu zgłaszali dolegliwości bólowe;
- spośród 68 pacjentów Oddziału Chorób Wewnętrznych (5% pacjentów przyjętych do tego oddziału), w żadnym przypadku nie wypełniono karty, w tym dla jednego pacjenta, który zgłaszał dolegliwości bólowe w trakcie pobytu w szpitalu;
- spośród 40 pacjentów Oddziału Pediatrycznego (5% pacjentów przyjętych do tego oddziału), w 37 przypadkach nie wypełniono karty;
- w odniesieniu do 20 pacjentów Oddziału Hospicyjno-Paliatywnego (20% pacjentów przyjętych do tego oddziału) wypełnianie karty uzależnione było od stanu świadomości poszczególnych pacjentów.

(dowód: akta kontroli str. 82-106)

Odnośnie zasad wypełniania karty dla pacjentów ww. oddziałów, Zarząd Szpitala wyjaśnił, że:

- w przypadku Oddziału Ortopedycznego, karty dotyczą pacjentów hospitalizowanych powyżej trzech dni pobytu, ponieważ chorzy rutynowo w dobie operacji otrzymują silne leki przeciwbólowe, a znieczulenie przewodowe

¹⁰ Punkt 4.7.2. procedury ISO „P-201 Opieka lekarska”.

¹¹ Zobacz np.: Zalecenia postępowania w bólu pooperacyjnym – 2014, według których, optymalnym rozwiązaniem jest zorganizowanie zespołu leczenia bólu, będącego interdyscyplinarną strukturą organizacyjną o podzielonych kompetencjach i odpowiedzialności. Istotą jego funkcjonowania jest m.in. informowanie chorych o możliwościach terapii przeciwbólowej po operacji, szkolenie ustawiczne personelu medycznego, stosowanie zasad analgezji zgodnie z najnowszymi wytycznymi, monitorowanie natężenia bólu kilka razy dziennie, ocena występowania powikłań (Misiólek H., Cettler M., Woron J., Wordliczek J., Dobrogowski J., Mayzner-Zawadzka E.: The 2014 guidelines for post-operative pain management. *Anaesthesiol Intensive Ther* 2014; 46: 221-244.).

¹² Szczegółowe badanie przeprowadzono na losowo dobranej próbie 265 osób przyjętych do Szpitala w 2015 r.

i leki sedatywne często działają do wieczora w drugiej dobie pobytu, dlatego zbieranie informacji o stosowanej terapii przeciwbólowej mija się z celem; następnie chory po obserwacji jest zwalniany do domu w trzeciej dobie pobytu, a dokładne określenie natężenia bólu sprawia mu trudność;

- w przypadku Oddziału Chirurgicznego, każdy pacjent jest informowany o możliwościach znieczulenia do zabiegu, powikłaniach oraz możliwościach leczenia przeciwbólowego w okresie pooperacyjnym, a u wszystkich pacjentów uskarżających się na dolegliwości bólowe, ból był dobrze kontrolowany;
- w przypadku Oddziału Neurologicznego oraz Wewnętrznego każdy pacjent jest informowany o możliwościach leczenia przeciwbólowego przy przyjęciu do oddziału;
- w przypadku Oddziału Pediatrycznego, wypełnienie karty uzależnione jest od wieku pacjentów oraz od występowania u pacjenta dolegliwości bólowych (dziecko musi umieć pokazać na skali obrazkowej, która twarz odzwierciedla jaki poziom bólu odczuwa).

(dowód: akta kontroli str. 185-186)

Pacjenci cierpiący z powodu bólu, jak wyjaśnił Zarząd Szpitala, jeżeli wymagają takiej pomocy, są kierowani na konsultację psychologiczną przez lekarza prowadzącego.

(dowód: akta kontroli str.185)

W 2015 r. Szpital nie zgłaszał Prezesowi Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych działań niepożądanych leków przeciwbólowych.

(dowód: akta kontroli str. 187)

3. Szkolenie personelu medycznego z zakresu uśmierzania bólu.

W Szpitalu zatrudnionych było 130 lekarzy (w tym 15 lekarzy anestezjologów) oraz 191 pielęgniarek i położnych (w tym 21 pielęgniarek anestezjologicznych)¹³. Pięcioro lekarzy odbyło 11 szkoleń i kursów związanych z problematyką leczenia bólu, a także uczestniczyło w 13 konferencjach, zjazdach organizowanych przez Polskie Towarzystwo Badania Bólu oraz Polskie Towarzystwo Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Szpital zorganizował w latach 2014-2016 (do 10 czerwca) cztery szkolenia stacjonarne dla lekarzy i pielęgniarek dotyczące leczenia przeciwbólowego, w których uczestniczyło sześciu lekarzy oraz 29 pielęgniarek. Zakres tematyczny odbytych szkoleń był zgodny ze szkoleniami rekomendowanymi przez Polskie Towarzystwo Badania Bólu i Polskie Towarzystwo Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

Szpital dysponował również publikacjami, w których poruszana była tematyka terapii przeciwbólowej¹⁴.

(dowód: akta kontroli str. 128-159, 164-173)

Zarząd Szpitala, do zakończenia czynności kontrolnych (tj. do 10 czerwca 2016 r.), nie przedłożył dokumentów (np. zaświadczeń, świadectw, certyfikatów) potwierdzających udział pozostałych pracowników (personelu medycznego)

¹³ Stan na 1 czerwca 2016 r.

¹⁴ Polish Journal of Emergency Medicine – czasopismo Polskiego Towarzystwa Medycyny Ratunkowej, Anestezjologia Intensywna Terapia – czasopismo Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Paineurope – czasopismo opracowane przez firmę Mundipharma, Opieka Okołooperacyjna – czasopismo Wydawnictwa Lekarskiego, Ból – Kwartalnik Polskiego Towarzystwa Badania Bólu, Anestezjologia i Ratownictwo – kwartalnik Akademii Medycyny, Medycyna po dyplomie – pismo dla lekarzy specjalizujących się w chorobach wewnętrznych.

w szkoleniach z zakresu leczenia bólu. Według Kierownik Działu Zarządzania, Informacji Medycznej i Marketingu Szpitala, ze względu na brak porozumienia między Zarządem Szpitala a lekarzami, związanego ze wzrostem stawki godzinowej, lekarze nie chcieli udostępnić zaświadczeń potwierdzających udział w szkoleniach, które odbywali na swój koszt.

(dowód: akta kontroli str. 177)

*Ustalone
nieprawidłowości*

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

1. W Szpitalu nie opracowano i nie wdrożono procedury leczenia i oceny skuteczności leczenia bólu, o której mowa w § 5a rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego¹⁵. Zarząd Szpitala brak ww. procedury wyjaśnił tym, że w Szpitalu obowiązuje ogólna procedura postępowania z pacjentami, zawierająca w sobie elementy oceny bólu oraz oceny leczenia przeciwbólowego¹⁶. Zarząd dodał, że Szpital jest w trakcie przygotowywania się do uzyskania akredytacji oraz uzyskania certyfikatu „Szpital bez bólu”, co wymusi wprowadzenie bardziej precyzyjnych procedur.

(dowód: akta kontroli str. 43, 160, 184)

Obowiązująca w Szpitalu ogólna procedura postępowania z pacjentami, w ocenie NIK, nie może być uznana za procedurę leczenia i oceny skuteczności leczenia bólu w rozumieniu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego. Procedura ta zakłada wprawdzie dokonanie oceny bólu u pacjenta oraz określiła wzór karty oceny natężenia bólu, nie wprowadziła jednak nawet podstawowych zasad i wytycznych oraz zakresu odpowiedzialności za wdrożenie, stosowanie, dokumentowanie, monitorowanie i ocenę skuteczności postępowania przeciwbólowego. Natomiast deklarowane w wyjaśnieniach członków Zarządu Szpitala przygotowania do uzyskania akredytacji lub certyfikatu nie usprawiedliwiają dotychczasowego braku ze strony podmiotu leczniczego realizacji obowiązku opracowania i wdrożenia procedury leczenia i oceny skuteczności leczenia bólu.

2. W historii choroby 47 pacjentów¹⁷, którzy w wywiadzie przeprowadzonym przy przyjęciu do szpitala lub w czasie pobytu w szpitalu zgłaszali dolegliwości bólowe, nie odnotowano informacji na temat stopnia natężenia bólu, działań podjętych w zakresie leczenia bólu oraz skuteczności tego leczenia, co było niezgodne z dyspozycją § 17 ust. 1 pkt 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania¹⁸ oraz § 18 ust. 1 pkt 3 poprzedzającego go rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania¹⁹. Ponadto dla

¹⁵ § 5a rozporządzenia dodany przez § 1 pkt 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 20 października 2014 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2014 r., poz. 1441), które weszło w życie z dniem 1 stycznia 2015 r.

¹⁶ Procedura P-201 „Opieka lekarska”, pkt 4.7.2: „Lekarz prowadzący codziennie przeprowadza u chorego wizytę, w czasie której bada pacjenta, koryguje terapię lub zaleca nowe badania diagnostyczne oraz konsultacje lekarskie innych specjalności wg wskazań, w tym ocena bólu pacjentów, którzy takiej oceny wymagają.”

¹⁷ Tj.: ośmiu pacjentów Oddziału Ortopedii, 18 pacjentów Oddziału Chirurgii Ogólnej, 20 pacjentów Oddziału Neurologii, jednego pacjenta Oddziału Chorób Wewnętrznych - zobacz punkt 2.2. niniejszego wystąpienia pokontrolnego).

¹⁸ Niniejsze rozporządzenie weszło w życie 23 grudnia 2015 r.

¹⁹ Dz. U. z 2014 r., poz. 177, ze zm.; niniejsze rozporządzenie obowiązywało w okresie od 1 stycznia 2011 r. do 22 grudnia 2015 r.

żadnego z tych pacjentów nie założono karty oceny natężenia bólu, do czego zobowiązywała wdrożona w Szpitalu wewnętrzna procedura. Jako przyczyny braku ww. informacji oraz niezłożenia karty oceny natężenia bólu, Zarząd Szpitala, w odniesieniu do poszczególnych oddziałów wskazał co następuje: Oddział Ortopedii: trójki chorych nie operowano (dyskwalifikacja z zabiegu z różnych powodów), w czterech przypadkach pobyt w szpitalu zamykał się w trzech dniach, a w jednym przypadku nie wypełniono karty przez przeoczenie; Oddział Chirurgii Ogólnej: 10 pacjentów było w wieku powyżej 65 lat, co zdecydowanie utrudnia realną ocenę bólu (chory często nie zdaje sobie sprawy w jaki sposób ocenić ból odnosząc go do przedstawionej skali); Oddziały Neurologiczny i Wewnętrzny: pomimo braku karty, w każdym przypadku ból u pacjenta był dobrze kontrolowany; dodatkowo w odniesieniu do pacjentów Oddziału Neurologicznego - nie ze wszystkimi chorymi można nawiązać logiczny kontakt, który pozwoliłby ocenić ból w skali przedstawionej w karcie.

(dowód: akta kontroli str. 83-106, 185)

Uwaga dotycząca badanej działalności

W 2015 r. w oddziałach Szpitala przeprowadzono audyt wewnętrzny, którym objęto m.in. dokumentację medyczną. W wyniku badań audytowych przeprowadzonych na oddziałach: neonatologicznym, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, chirurgii ogólnej, chorób wewnętrznych, położniczo-ginekologicznym, hospicyjno-paliatywnym, pediatrycznym, nie stwierdzono żadnych nieprawidłowości. Według wyjaśnień Kierownik Działu Zarządzania, Informacji Medycznej i Marketingu, podczas wykonywania audytów wewnętrznych pod kątem analizy poprawnie prowadzonej dokumentacji medycznej trudno jest stwierdzić konieczność założenia karty leczenia bólu u pacjenta, ponieważ osobą decydującą jest zawsze lekarz, a karta zakładana jest w przypadkach wymagających monitorowania bólu. Audytor wewnętrzny nie analizuje dokumentacji medycznej pod względem procesu leczenia pacjenta. NIK zwraca uwagę, że audyt wewnętrzny w zakresie zgodności dokumentacji medycznej nie ujawnił braku kart natężenia bólu w żadnej z objętych audytem dokumentacji medycznej pacjentów ww. oddziałów (braki takie stwierdziła natomiast NIK, zobacz punkt 2 sekcji „ustalone nieprawidłowości”). Ograniczenie audytu do sprawdzenia poprawności dokumentacji medycznej jedynie pod względem formalnym, w ocenie NIK, nie dostarcza Zarządowi Szpitala rzetelnej informacji o ewentualnych zagrożeniach w dokumentowaniu procesu leczniczego.

(dowód: akta kontroli str.108-126, 187)

IV. Wniosek

Wniosek pokontrolny

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli²⁰, wnosi o opracowanie i wdrożenie procedury leczenia i oceny skuteczności leczenia bólu.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia zastrzeżeń

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

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK, kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia

²⁰ Dz. U. z 2015 r., poz. 1096, ze zm. Oraz Dz. U. z 2016 r., poz. 677

pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do dyrektora Delegatury NIK w Poznaniu.

*Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosku*

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK, proszę o poinformowanie Najwyższej Izby Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykonania wniosku 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, 14 lipca 2016 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Poznaniu

Kontrolerzy

Bartosz Tomczyk
specjalista k. p.

Dyrektor
Andrzej Aleksandrowicz

.....
Joanna Kozak
doradca ekonomiczny
.....