



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Warszawie

LWA.410.008.03.2017
P/17/093

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Warszawie
ul. Filtrowa 57, 02-056 Warszawa
T +48 22 444 57 72, F +48 22 444 57 62
lwa@nik.gov.pl
Adres korespondencyjny: Skr. poczt. P-14, 00-950 Warszawa 1

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/17/093 – „Funkcjonowanie aptek szpitalnych i działów farmacji szpitalnej”
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Warszawie
Kontroler	Janusz Zakrzewski, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LWA/55/2017 z 8 maja 2017 r. (dowód: akta kontroli str. 1-2)
Jednostka kontrolowana	Samodzielny Publiczny Centralny Szpital Kliniczny w Warszawie ul. S. Banacha 1A, 02-097 Warszawa ¹ .
Kierownik jednostki kontrolowanej	Ewa Marzena Pełszyńska, Dyrektor Samodzielnego Publicznego Centralnego Szpitala Klinicznego w Warszawie. (dowód: akta kontroli str. 3-6)

II. Ocena kontrolowanej działalności²

Ocena ogólna

W ocenie Najwyższej Izby Kontroli w objętym kontrolą okresie³ Szpital zapewnił prawidłową organizację zaopatrzenia w produkty lecznicze oddziałów szpitalnych. Natomiast nie spełnił niektórych wymogów dotyczących warunków świadczenia usług farmaceutycznych, sposobu ewidencjonowania przyjmowanych bezpłatnych próbek produktów leczniczych oraz dokumentowania przekazania produktów leczniczych do utylizacji. W procesie gospodarowania produktami leczniczymi Szpital wykorzystywał receptariusz szpitalny aktualizowany przez komitet terapeutyczny na podstawie analiz przeprowadzanych przez pracowników Apteki Centralnej⁴, pozwalających ocenić zasadność zastosowania nowego produktu leczniczego. Niezwłocznie, w związku z decyzją Głównego Inspektora Farmaceutycznego, wycofywane były ze Szpitala wskazane w decyzjach serie leków. Farmaceuci wywiązywali się z obowiązku podnoszenia swoich kwalifikacji zawodowych.

Stwierdzone nieprawidłowości polegały na:

- nieujmowaniu w księgach rachunkowych Szpitala w wartości rynkowej produktów leczniczych przyjmowanych do Apteki w formie bezpłatnych próbek leków;
- świadczeniu usług farmaceutycznych polegających na przygotowywaniu leków cytostatycznych w dawkach dziennych oraz na sporządzaniu produktów radiofarmaceutycznych przez personel inny niż farmaceutyczny na Oddziale Szpitalnym.
- niewłaściwym prowadzeniu dokumentacji leków przekazanych do utylizacji.

¹ Zwany także Szpitalem lub SP CSK.

² Najwyższa Izba Kontroli 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 Kontrolą objęto okres od dnia 1 stycznia 2015 r. do dnia zakończenia kontroli, tj. 30 czerwca a 2017 r.

⁴ Zwana także Apteką.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Organizacja pracy apteki szpitalnej oraz realizacja zadań związanych z prowadzeniem apteki szpitalnej

Opis stanu
faktycznego

1.1. Zgodnie z regulaminem organizacyjnym Szpitala⁵ usługi farmaceutyczne realizowała Apteka Centralna, w której skład wchodziła Pracownia Żywienia Pozajelitowego. Apteka w obecnej formie organizacyjno-prawnej realizowała zadania od 2 grudnia 2002 r.⁶. Zapisy w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą⁷ były zgodne ze stanem faktycznym. W okresie kontrolowanym regulamin organizacyjny w zakresie zadań realizowanych przez Aptekę oraz struktura organizacyjna nie były zmieniane.

(dowód: akta kontroli str. 7-18)

1.2. Zakres zadań Apteki, według regulaminu organizacyjnego Szpitala, obejmował w szczególności:

- zaopatrywanie w preparaty farmaceutyczne, materiały medyczne (opatrunkowe i szewne) wszystkich jednostek organizacyjnych Szpitala;
- wydawanie leków cytostatycznych;
- zakup, ewidencjonowanie oraz rozliczanie księgowe leków i materiałów medycznych;
- dystrybucję leków z darów oraz ich rozliczanie księgowe;
- kontrolę apteczek oddziałowych pod kątem prawidłowej gospodarki lekami w Klinikach;
- udzielanie Klinikom informacji o lekach;
- ewidencjonowanie preparatów farmaceutycznych i materiałów medycznych - wstrzymywanych i wycofywanych z obrotu zgodnie z komunikatami nadzoru farmaceutycznego;
- udział w pracach Komitetu Terapeutycznego oraz Zespołu Badań Klinicznych;
- sporządzanie leków do żywienia pozajelitowego;
- sporządzanie wniosków przetargowych do Działu Zamówień Publicznych.

(dowód: akta kontroli str. 9-10)

W okresie objętym kontrolą Szpital realizował działalność leczniczą wymagającą wykonywania usług farmaceutycznych w zakresie sporządzenia leków do żywienia pozajelitowego, przygotowywania leków cytostatycznych w dawkach dziennych, sporządzania produktów radiofarmaceutycznych.

Szpital nie zaopatrywał w leki innych podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Zakres zadań przypisanych Aptece obejmował zagadnienia wskazane w art. 86 ust. 2 pkt 1-4, ust. 3 pkt 1, 5, 7-10, ust. 4 i art. 106 ust. 3 pkt. 2 ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne⁸. Natomiast zadań wynikających z art. 86 ust. 3 pkt. 3 i 3a upf nie przypisano Aptece, a realizował je personel inny niż farmaceutyczny na Oddziałach Szpitalnych.

(dowód: akta kontroli str. 19, 23-24, 68-72, 294-301)

1.3. W Aptece, w okresie objętym kontrolą, według stanów na 31 grudnia, pracowało: w 2015 r. – ośmiu farmaceutów i 14 techników farmaceutycznych, w 2016 r. – ośmiu farmaceutów i 13 techników farmaceutycznych, według stanu

⁵ Wprowadzony zarządzeniem Nr 93/2016 Dyrektora Szpitala z dnia 3 października 2016 r. – tekst jednolity

⁶ Rozpoczęcie działalności przez Aptekę nastąpiło 4 grudnia 1998 r., tj. z dniem rozpoczęcia działalności leczniczej przez Szpital.

⁷ Prowadzonym przez Wojewodę Mazowieckiego – Księga Rejestrowa Nr 000000018598 W-14.

⁸ Dz.U z 2016 r. poz. 2142, ze zm. Dalej upf.

na 9 maja 2017 r.⁹ – dziewięciu farmaceutów i 13 techników farmaceutycznych. Wszyscy zatrudnieni w pełnym wymiarze czasu pracy.

Na jednego farmaceutę przypadają: 132 łóżka w 2015 r., 131,9 w 2016 r. i 117,4 w dniu rozpoczęcia kontroli.¹⁰

Spośród 11 z 28 osób personelu farmaceutycznego¹¹ zatrudnionego w Aptece w badanym okresie posiadało wykształcenie wyższe farmaceutyczne ze specjalizacją z farmacji: szpitalnej – cztery osoby, aptecznej – pięć osób, klinicznej – dwie osoby, bez specjalizacji – dwie osoby¹².

(dowód: akta kontroli str.25 -27)

Apteką zarządzał kierownik zatrudniony w Szpitalu na podstawie umowy o pracę spełniający wymagania określone w art. 88 ust. 2 upf, który zgodnie z art. 88 ust. 4 upf wyznaczył zastępcę. Apteka funkcjonowała w dni powszednie w godz. 7³⁰-15⁰⁵, zapewniając farmaceutów zgodnie z art. 92 upf. W dni wolne od pracy Apteka pełniła dyżury, podczas których farmaceuci i technicy farmacji przygotowywali porcje (dawki dzienne) do żywienia pozajelitowego dla pacjentów oraz wydawali leki na „CITO”.

Wszyscy farmaceuci zatrudnieni w aptece w latach 2015-2016 podnosili kwalifikacje zawodowe uczestnicząc w ciągłych szkoleniach mających na celu aktualizację wiedzy – stałe doskazywanie się w zakresie osiągnięć nauk farmaceutycznych. Zgodę na udział w tej formie szkolenia wyrażał Dyrektor Szpitala. Potwierdzeniem uczestniczenia był certyfikat załączany do akt osobowych pracownika. Ponadto personel farmaceutyczny uczestniczył w szkoleniach¹³ organizowanych na terenie Apteki. Zgodę na przeprowadzenie szkolenia, na wniosek kierownika apteki z podaniem tematu, prelegenta sponsora oraz dnia i miejsca, każdorazowo wyrażał Dyrektor SPCSK.

(dowód: akta kontroli str.27-56, 319)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości

Uwagi dotyczące
badanej działalności

W toku kontroli stwierdzono, że zadania wynikające z art. 86 ust. 3 i 3a upf nie przypisano Aptece, a realizował je personel inny niż farmaceutyczny na Oddziałach Szpitalnych. Zdaniem NIK, taka organizacja pracy Szpitala mogła nie zapewnić dostarczania pacjentom leków w dawkach dziennych sporządzanych w warunkach apteki szpitalnej przez osoby uprawnione.

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym zakresie.

2. Zapewnienie bezpieczeństwa pacjentów w zakresie farmakoterapii

Opis stanu
faktycznego

2.1. Apteka Centralna zlokalizowana była na terenie Szpitala w wolnostojącym budynku „F”, wyposażonym, zgodnie z § 5 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2002 r. w sprawie szczegółowych wymogów jakim powinien odpowiadać lokal apteki¹⁴, w trzy odrębne wejścia tj. dla personelu, dostawców oraz dla osób z zewnątrz. Wejścia wyposażone były w systemy (domofony)

⁹ Dzień rozpoczęcia czynności kontrolnych w Szpitalu.

¹⁰ Szpital posiadał: 1 056 łóżek w 2015 r., 1 055 w 2016 r. i 1 057 na dzień rozpoczęcia kontroli.

¹¹ Posiadający wykształcenie: licencjat – 3, medyczne studium zawodowe – 8, policealne i pomaturalne – 5, akademia medyczna – 1.

¹² Kierownik Apteki posiadała specjalizację z farmacji aptecznej, szpitalnej i klinicznej.

¹³ W 2016 r. personel farmaceutyczny uczestniczył w ośmiu jednodniowych szkoleniach: zewnętrznych i wewnętrznych, których tematem było, przykładowo: „Choroby nerwowo-mięśniowe leczone immunoglobulinami”, „Definiujemy takrolimus na nowo. Ervarsus – przegląd badań klinicznych”, „Prezentacja wysokospecjalistycznych produktów do leczenia ran” itp.

¹⁴ Dz.U. Nr 171, poz. 1395.- zwane dalej rozporządzeniem z dnia 30 września 2002 r.

uniemożliwiające dostęp osobom nieupoważnionym. Pomieszczenia Apteki, w których były sporządzane, wydawane i przechowywane produkty lecznicze oraz wydawane i przechowywane wyroby medyczne były czyste i suche, wyposażone w urządzenia eliminujące nadmierne nasłonecznienie (§ 6 ust. 3) oraz szafy ekspedycyjne i magazynowe zamykane, łatwo zmywalne podesty (§ 8 ust. 1 pkt 2-12 w zw. z § 9 ust. 1).

Stwierdzono, że część dostaw – płyny infuzyjne, materiały opatrunkowe przechowywane były na paletach dostawcy.

Kierownik Apteki wyjaśniła, że część asortymentu, płyny infuzyjne i materiały opatrunkowe, jest przechowywana do czasu wydania na oddziały na paletach dostawcy, ze względu na fakt, iż są to produkty lecznicze i wyroby medyczne o bardzo dużych gabarytach oraz dużej wadze, a Apteka nie posiada wystarczających zdolności technicznych i liczby osób do przeładunku całości wysokogabarytowego.

Na oddziałach szpitalnych produkty lecznicze i wyroby medyczne przechowywane były w sposób zapewniający zachowanie ich jakości w formie umożliwiającej ich identyfikację w zakresie nazwy, serii i daty ważności oraz zabezpieczone przed działaniem promieni słonecznych. Leki gotowe do stosowania wewnętrznego oraz zewnętrznego i środki odurzające, substancje psychotropowe i środki bardzo silnie działające przechowywane były oddzielnie:

W Klinice Chorób Wewnętrznych, Hematologii i Onkologii w jednym z pomieszczeń na Oddziale Hematologii personel pielęgniarski przygotowywał leki cytostatyczne w dawkach dziennych. Pomieszczenie to wyposażone było w komorę z laminarnym nawiewem powietrza posiadającą atest do przygotowywania w dawkach dziennych leków cytostatycznych, urządzenie chłodnicze do przechowywania leków cytostatycznych oraz szafę na leki cytostatyczne. Personel pielęgniarski zajmujący się przygotowywaniem leków cytostatycznych w dawkach dziennych posiadał w tym zakresie przeszkolenie¹⁵.

(dowód: akta kontroli str. 57-87,463)

2.2. Szpital w kontrolowanym okresie, zapewniał wszystkim hospitalizowanym pacjentom niezbędne leki, w tym produkty lecznicze niezwiązane z zakresem świadczenia.

(dowód: akta kontroli str. 20)

2.3. Zasady wydawania produktów leczniczych na Oddziały oraz dla pacjentów określał Receptariusz SP CSK – rozporządzanie lekami w SP CSK – wprowadzony zarządzeniem wewnętrznym Nr 54¹⁶ Dyrektora Szpitala, w którym m.in. określono, że leki wydawane są z Apteki na czas leczenia nieprzekraczający siedmiu dni, z wyjątkiem produktów stosowanych w ramach programów terapeutycznych i wybranych leków przeciwnowotworowych, które są wydawane na czas zaplanowanego kursu leczenia. Podstawą wydania z Apteki produktu leczniczego było złożenie zamówienia. Zamówienie na leki z kategorii zastrzeżone oraz na leki niezarejestrowane w Polsce, niezbędne dla ratowania życia lub zdrowia chorego, wymagało uzyskania autoryzacji¹⁷. Zasady wydawania leków narkotycznych i psychotropowych określała „Instrukcja obrotu środkami odurzającymi grup I-N i II-N i substancjami psychotropowymi grupy II-P” wprowadzona zarządzeniem wewnętrznym Nr 13 Dyrektora SP CSK¹⁸.

¹⁵ 50 pielęgniarek Oddziału Hematologii posiadało przeszkolenie w zakresie „Przygotowanie i podawanie cytostatyków oraz opieka nad pacjentem poddanym chemioterapii”, „Przygotowanie i podawanie leków przeciwnowotworowych u dorosłych”, „Narażenie pracowników służby zdrowia na niebezpieczne leki (cytostatyki) – rozumienie problemu, znalezienie właściwego rozwiązania.”

¹⁶ Z 15 maja 2014 r. Zmieniony zarządzeniem wewnętrznym Nr 91/2016 r. z 30 września 2016 r.

¹⁷ Farmakologa, klinicznego, zastępcy dyrektora ds. medycznych lub innej wyznaczonej osoby przez dyrektora SP CSK.

¹⁸ Z 6 lutego 2013 r.

(dowód: akta kontroli str. 88-94, 335-355)

W Aptece do ewidencjonowania produktów leczniczych¹⁹ wykorzystywany był system komputerowy KAMSOF, za pomocą którego nie było jednak możliwe generowanie danych i uzyskanie informacji o produktach leczniczych znajdujących się na stanie apteczek oddziałowych. Oddziały Szpitalne nie miały dostępu, z uwagi na brak utworzenia stanowisk komputerowych, do ewidencji produktów leczniczych Apteki.

Zasady ewidencjonowania leków i materiałów medycznych zużywanych na oddziałach określało zarządzenie wewnętrzne Nr 39 Dyrektora Szpitala²⁰, na podstawie którego pielęgniarki oddziałowe zobowiązane były do sporządzania dziennego sprawozdania zużycia leków i materiałów medycznych.

Składanie zapotrzebowania na leki oraz ich zwrot do Apteki odbywało się przy wykorzystaniu dokumentacji papierowej. Funkcjonujący system ewidencjonowania leków nie pozwalał na bieżąco uzyskiwać szczegółowych danych dotyczących obrotu lekami. Obecnie w Szpitalu trwają prace tworzenia stanowisk komputerowych w apteczkach oddziałowych oraz prace wdrożeniowe nowego programu komputerowego „CliniNet”, który ma zapewniać połączenie z apteczkami oddziałowymi oraz możliwość rozliczania leków i wyrobów medycznych na pacjenta.

(dowód: akta kontroli str. 59-60, 133-145)

2.4. Dyrektor Szpitala zarządzeniem wewnętrznym Nr 120²¹ wprowadził procedury postępowania z produktami leczniczymi i wyrobami medycznymi przeterminowanymi, uszkodzonymi, zniszczonymi lub niewykorzystanymi w całości w sytuacjach niemożności ich przechowywania po otwarciu, a zarządzeniem wewnętrznym Nr 21²² procedury z zakresu bezpieczeństwa leczenia w SP CSK, w szczególności postępowania w przypadku wstrzymania lub wycofania produktu leczniczego, wyrobu medycznego, produktu biobójczego oraz postępowanie w przypadku podejrzenia niepożądanego działania lub braku spełnienia wymagań jakościowych produktu leczniczego.

(dowód: akta kontroli str.95-132)

W badanym okresie, w związku z wydaniem decyzji przez służby inspekcji farmaceutycznej, z oddziałów Szpitala w 12 przypadkach wycofano i przekazano do Apteki produkty lecznicze, które zostały zwrócone dostawcy leku.

Dokumentacja leków wycofanych z użycia obejmowała dane sporządzone na podstawie protokołów przekazania do Apteki przeterminowanego produktu leczniczego przez Oddziały Szpitala oraz sporządzone na ich podstawie wydruki z ewidencji leku przeterminowanego – z określeniem jednostki wycofującej lek do Apteki, daty wycofania i osoby wystawiającej kartę, jego nazwy, ilości, jednostki miary, ceny jednostkowej i wartości brutto, daty ważności, serii oraz nr faktury zakupu. Zakres danych nie odpowiadał wymogom zawartym we wzorze stanowiącym załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 października 2002 r. w sprawie podstawowych warunków prowadzenia apteki²³ – brak daty wystawienia faktury stanowiącej dowód zakupu oraz podpisu kierownika Apteki lub osoby przez niego upoważnionej.

(dowód: akta kontroli str. 147-148, 319)

W okresie objętym kontrolą Apteka przekazywała trzykrotnie do Działu Administracyjno-Gospodarczego Szpitala, zapakowane w workach oznaczonych kodem, leki do utylizacji, za potwierdzeniem odbioru, wraz z listą leków z wyszczególnieniem nazwy, ilości, serii i daty ważności. Zwrot leku do Apteki

¹⁹ Z wyszczególnieniem: nazwy, numerem serii, datą ważności, producenta.

²⁰ Z 28 sierpnia 2002 r.

²¹ Z 12 grudnia 2013 r.

²² Z 5 maja 2011 r.

²³ Dz.U. Nr 187, poz. 1565

z oddziałów Szpitala odbywał się na podstawie potwierdzonego przez farmaceutę protokołu przekazania przeterminowanego produktu leczniczego, określającego nazwę, ilość, serię, datę ważności oraz przyczynę przeterminowania. Kartą przekazania odpadu z oznaczeniem kodu i wagi Szpital przekazał leki do utylizacji wyspecjalizowanej firmie bez listy leków wykazanych przez Aptekę do utylizacji.

(dowód: akta kontroli str. 146, 149-161)

Wartość leków przekazanych do utylizacji wynosiła ogółem 21 tys. zł²⁴, w tym: 10,3 tys. zł w 2016 r. i 10,7 tys. zł w 2017 r.. Przyczynami niewykorzystania poddanych analizie produktów leczniczych przekazanych do utylizacji był upływ terminu ważności. Spośród przekazanych do utylizacji 24 lutego 2016 r. leków (33 poz.) dla 17 poz. nie można było ustalić numeru faktury, na podstawie której dokonano zakupu produktu leczniczego.

(dowód: akta kontroli str. 162-164, 319)

Zarządzeniem wewnętrznym Nr 9 Dyrektora Szpitala²⁵ w sprawie zasad postępowania i ewidencjonowania produktów leczniczych w SP CSK zostało określone m.in. postępowanie z produktami leczniczymi pochodzącymi z darów, oraz otrzymanych w formie bezpłatnych próbek, które musiały być przyjęte na stan ewidencyjny Apteki.

W okresie objętym kontrolą Szpital, na podstawie zawartych 121 umów, otrzymał w formie darowizny produkty lecznicze o wartości wynikającej z ewidencji finansowo-księgowej w kwocie ogółem 9 159,7 tys. zł, w tym o wartości: 4 036,3 tys. zł w 2015 r., 4 504,5 tys. zł w 2016 r. i 618,9 tys. zł w 2017 r. (5 miesięcy).

(dowód: akta kontroli str. 165-183)

Zasady otrzymywania i ewidencji bezpłatnych produktów leczniczych i wyrobów medycznych otrzymywanych przez lekarzy zatrudnionych w Szpitalu zostały wprowadzone zarządzeniem wewnętrznym nr 63 Dyrektora Szpitala.²⁶ Ordynowanie chorym leczonym w Szpitalu produktów leczniczych otrzymywanych przez lekarzy w formie bezpłatnych próbek wymagało wcześniejszego przyjęcia próbki leku na stan Apteki.

W kontrolowanym okresie na stan ewidencyjny Apteki, z wyszczególnieniem nazwy leku, jego ilości, serii i daty ważności, imienia i nazwiska lekarza zgłaszającego próbki, dat przyjęcia i wydania oraz danych farmaceuty potwierdzającego wykonanie czynności, zostały przyjęte 92 bezpłatne próbki leków, w tym: 38 w 2015 r., 25 w 2016 r. i 29 w 2017 r. Żaden z lekarzy nie przyjął wyższej niż dopuszczalna liczba pięciu opakowań bezpłatnych próbek produktu leczniczego w ciągu roku. Zaewidencjonowane bezpłatne próbki leków nie były rozpatrywane przez Komitet terapeutyczny w celu ich wprowadzenia do receptariusza szpitalnego.

(dowód: akta kontroli str. 183-194, 333-334)

Sposób postępowania z produktami uszkodzonymi/zniszczonymi, niewykorzystanymi w całości w sytuacjach niemożności ich przechowywania po otwarciu określały procedury wprowadzone zarządzeniem wewnętrznym Nr 120 Dyrektora Szpitala. W przypadku uszkodzenia/zniszczenia produktu leczniczego oddział szpitalny zobowiązany był do sporządzenia protokołu uszkodzenia/zniszczenia z wyszczególnieniem nazwy, postaci i dawki produktu leczniczego, ilości, serii i daty ważności oraz podania przyczyn jego uszkodzenia/zniszczenia²⁷. Natomiast w przypadku niewykorzystania w całości produktów leczniczych sporządzano miesięczny protokół niewykorzystania w całości

²⁴ Spośród przekazanych do utylizacji 24 lutego 2016 r. leków (33 poz.) dla 17 pozycji nie można było ustalić numeru faktury, na podstawie której dokonano zakupu.

²⁵ Z 3 marca 2011 r.

²⁶ Z 19 października 2009 r.

²⁷ Protokół wymagał akceptacji kierownika komórki organizacyjnej, pielęgniarki oddziałowej oraz farmaceuty przyjmującego.

produktu leczniczego z podaniem daty powstania pozostałości, jego nazwy i dawki, ilości niewykorzystanej. Zestawienie miesięczne zatwierdzał kierownik komórki organizacyjnej oraz pielęgniarka oddziałowa. W badanym okresie wystąpiły dwa przypadki przekazania z oddziałów szpitalnych do Apteki uszkodzonych produktów leczniczych przeznaczonych do utylizacji.

(dowód: akta kontroli str. 62, 97-103)

2.5. Ewidencjonowanie zgłoszeń o działaniach niepożądanych produktu leczniczego w SP CSK należało do kompetencji Farmakologa zgodnie z zasadami określonymi w zarządzeniu wewnętrznym Nr 21 Dyrektora Szpitala w sprawie procedur z zakresu bezpieczeństwa leczenia. Dyrektor Szpitala zarządzeniem Nr 37²⁸ powołał Zespół ds. Jakości, któremu zgodnie z zarządzeniem wewnętrznym Nr 8²⁹ w sprawie wprowadzenia programu monitorowania zdarzeń niepożądanych powierzył analizowanie występowania działań niepożądanych leków.

W kontrolowanym okresie w Szpitalu zostało zgłoszonych dziewięć przypadków działań niepożądanego produktu leczniczego, które zostały przeanalizowane i przesłane do Departamentu Monitorowania Działania Niepożądane – Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych.

(dowód: akta kontroli str. 194-237)

2.6. W kontrolowanym okresie w SP CSK prowadzonych było ogółem 81 badań klinicznych na podstawie umów o współpracy przy prowadzeniu badania klinicznego zawieranych przez Szpital jako „Ośrodek Badawczy” z firmą prowadzącą prace badawczo-rozwojowe. Analiza zawartych umów na badania kliniczne³⁰ wykazała, że został zapewniony udział Apteki, poprzez dystrybucję produktu leczniczego za jej pośrednictwem, w badaniach klinicznych prowadzonych w Klinikach Szpitala. W Aptecę zaewidencjonowanych zostało ogółem 196 dostaw z wyszczególnieniem Kliniki, sponsora, numeru protokołu i przesyłki, daty dostawy, nazwy próbek, daty ważności, danych farmaceuty potwierdzającego odbiór przesyłki, daty wydania oraz danych osoby odbierającej.

(dowód: akta kontroli str. 238-261)

2.7. Zasady sprawowania nadzoru nad bezpieczeństwem gospodarowania lekami określała „Instrukcja – Bezpieczne przechowywanie i nadzór nad produktami leczniczymi i wyrobami medycznymi w SP CSK”.

W badanym okresie nie odnotowano w Szpitalu, Wojewódzkim Inspektoracie Farmaceutycznym w Warszawie, Oddziale Narodowego Funduszu Zdrowia w Warszawie skarg lub zgłoszeń dotyczących nieprawidłowości w zakresie farmakoterapii, gospodarki lekowej lub dostępności do leków w trakcie hospitalizacji. Apteka nie była kontrolowana przez komórki audytu wewnętrznego funkcjonującego w Szpitalu.

W badanym okresie w Aptecę został przeprowadzony audyt zewnętrzny Systemu Zarządzania Jakością, w lutym 2017 r. audytorzy stwierdzili, że system zarządzania jakością spełnia wymagania normy ISO 9001.2008 i wymagania wewnętrzne, nie stwierdzając nieprawidłowości.

Wojewódzki Inspektorat Farmaceutyczny (WIF) przeprowadził kontrole w zakresie: „Prowadzenie ewidencji przychodowo-rozchodowej produktów leczniczych oraz warunki i sposób ich przechowywania”, „Pobranie produktu leczniczego w związku z koniecznością przeprowadzenia badań w Narodowym Instytucie Leków w Warszawie na zgodność ze specyfikacją produktu leczniczego” – nie stwierdzając nieprawidłowości. Natomiast w kontroli przeprowadzonej w zakresie

²⁸ Z 7 marca 2014 r..

²⁹ Z 28 stycznia 2015 r.

³⁰ Kontrolą objęto 16 umów na badania kliniczne.

przygotowywania leków w dawkach dziennych, w tym leków cytostatycznych stosowanych u pacjentów inspektorzy WIF stwierdzili świadczenie usługi farmaceutycznej polegającej na sporządzaniu leków cytostatycznych przez personel pielęgniarski i lekarzy poza lokalem Apteki, co było niezgodne z art. 86 ust. 3 pkt 3 upf. Decyzją WIF³¹ Szpital został zobowiązany m.in. do zorganizowania pracowni leków cytostatycznych w ramach struktury Apteki, w celu zapewnienia sporządzania roztworów leków cytostatycznych w ramach usługi farmaceutycznej przez osoby uprawnione do jej świadczenia, zgodnie z art. 86 ust. 1 i ust. 3 pkt. 3 w związku z art. 90 oraz art. 98 ust. 1 i 3 upf – w terminie do 31 grudnia 2018 r.

(dowód: akta kontroli str.262-313)

Szpital pismem z 22 czerwca 2017 r. poinformował WIF o podjęciu czynności i działań zmierzających do utworzenia pracowni leków cytostatycznych w ramach struktury Apteki Centralnej, których pierwszym elementem jest przygotowanie procedury przetargowej na opracowanie dokumentacji projektowo-kosztorysowej planowanej do wykonania do końca 2017 r. oraz prac modernizacyjno-budowlanych do końca 2018 r. Jednocześnie poinformował, iż w II Zakładzie Radiologii Klinicznej wprowadzono zakaz przygotowywania leków cytostatycznych, a leki dla pacjentów Zakładu są przygotowywane w Klinice Chorób Wewnętrznych, Hematologii Onkologii SP CSK.

(dowód: akta kontroli str. 317)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. Produkty lecznicze przyjmowane do Apteki w formie bezpłatnych próbek leków nie były ujmowane w księgach rachunkowych Szpitala, co stanowiło naruszenie art. 20 ust. 1 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości³², na podstawie którego do ksiąg rachunkowych okresu sprawozdawczego należy wprowadzić [w postaci zapisów każde zdarzenie, które nastąpiło w tym okresie sprawozdawczym. Szpital nie dysponował również wyceną otrzymanych bezpłatnych próbek leków, o której mowa w art. 28 ust. 1 pkt 6 ustawy o rachunkowości.

(dowód: akta kontroli str. 186-194)

Główny Księgowy SP CSK wyjaśnił, że Szpital prowadził ewidencję wartościowo-ilościową leków otrzymywanych bezpłatnie w ramach zawieranych umów darowizn, z pominięciem ewidencji wartościowej otrzymywanych bezpłatnych próbek leków. Po zwróceniu w ramach kontroli uwagi na ten fakt rozszerzono od 1 stycznia 2017 r. ewidencję bezpłatnych próbek leków również o ujęcie wartościowe.

(dowód: akta kontroli str. 318)

2. Świadczenia usług farmaceutycznych polegających na przygotowywaniu leków cytostatycznych w dawkach dziennych dokonywano przez personel pielęgniarski w pomieszczeniach na Oddziale Hematologii Kliniki Chorób Wewnętrznych, Hematologii i Onkologii, natomiast zgodnie z art. 86 ust. 3 pkt 3 w związku z art.90 upf, przygotowywanie leków cytostatycznych jest usługą farmaceutyczną, którą winni wykonywać osoby upoważnione, tj. farmaceuci oraz technicy farmaceutyczni, w aptecce szpitalnej.

(dowód. akta kontroli str. 68-72, 294-301)

3. Świadczenie usług farmaceutycznych polegających na sporządzaniu produktów radiofarmaceutycznych na potrzeby udzielania świadczeń pacjentom Szpitala na

³¹ Z 13 maja 2017 r.

³² Dz.U. z 2016 r. poz. 1047, ze zm.

terenie i przez personel Zakładu Radiologii Klinicznej Szpitala, natomiast zgodnie z art. 86 ust. 3 pkt 3a w związku z art.90 ufp, sporządzanie produktów radiofarmaceutycznych na potrzeby udzielania świadczeń pacjentom Szpitala jest usługą farmaceutyczną, którą winni wykonywać osoby upoważnione, tj. farmaceuci oraz technicy farmaceutyczni, w aptece szpitalnej.

(dowód: akta kontroli str. 294-301)

Zastępca Dyrektora Szpitala wyjaśnił, że usługi farmaceutyczne w zakresie przygotowywania leków cytostatycznych w dawkach dziennych oraz sporządzania produktów radiofarmaceutycznych na potrzeby udzielania świadczeń pacjentom Szpitala nie są wykonywane przez personel farmaceutyczny, gdyż w strukturze organizacyjnej Apteki brak jest Pracowni cytostatycznej i radiofarmaceutyków spełniającej wymagania określone prawem. Wskazał, że personel inny niż farmaceuta i technik farmaceutyczny wykonuje cytostatyki i radiofarmaceutyki, gdyż Szpital leczy pacjentów wymagających takich świadczeń, a brak Pracowni uniemożliwia zlecenie wykonywania tych czynności personelowi Apteki. Jednocześnie podał, że płatnik nie wymaga bezwzględnie, aby w okresie dostosowawczym były te usługi wykonywane „na zewnątrz”. Wskazał także, że Szpital nie posiada dodatkowych środków ani na inwestycje, ani też na opłacanie usług u innego świadczeniobiorcy

(dowód: akta kontroli str. 316)

W ocenie NIK realizacja usług farmaceutycznych w zakresie przygotowywania leków cytostatycznych w dawkach dziennych oraz sporządzania produktów radiofarmaceutycznych na potrzeby udzielania świadczeń pacjentom Szpitala stwarza potencjalne ryzyko wystąpienia zagrożeń dla pacjenta w związku z przygotowywaniem leków poza apteką i przez osoby nieuprawnione.

4. Zakres danych zawartych w dokumentach przekazywanych do utylizacji nie spełniał wymogów protokołu przekazania do utylizacji produktów leczniczych, o którym mowa w § 10 oraz we wzorze stanowiącym załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 października 2002 r. w sprawie podstawowych warunków prowadzenia aptek. Według wzoru protokołu przekazania produktu leczniczego do utylizacji powinien on zawierać m.in. datę wystawienia faktury a także podpis przedstawiciela przedsiębiorcy przyjmującego leki do utylizacji oraz podpis kierownika apteki lub osoby przez niego upoważnionej.

Spośród przekazanych do utylizacji 24 lutego 2016 r. leków (33 poz.) dla 17 poz. nie można było ustalić numeru faktury, na podstawie której dokonano zakupu produktu leczniczego.

(dowód: akta kontroli str. 147-164, 319)

Kierownik Apteki podała, że dla produktów leczniczych innych niż narkotyczne i psychotropowe Prawo Farmaceutyczne nie wymaga powiązania leku utylizowanego z fakturą zakupu.

(dowód: akta kontroli str. 162-164)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

W toku kontroli stwierdzono, że Szpital był w trakcie budowy systemu komputerowego do ewidencjonowania gospodarki lekami w apteczkach oddziałowych. Zdaniem NIK wyposażenie apteczek oddziałowych Szpitala w stanowiska komputerowe umożliwiające ewidencjonowanie produktów leczniczych i wyrobów medycznych przy wykorzystaniu programów komputerowych pozwoli na skuteczny nadzór nad gospodarką lekami wydanymi z Apteki oraz usprawni proces wycofania z oddziału leków objętych decyzjami GIF.

Pomimo że Apteka wyposażona była w urządzenia (w tym łatwo zmywalne podesty) o których mowa w § 8 ust. 1 w zw. § 9 ust. 1 rozporządzenia z dnia 30 września 2002 r. część dostaw przechowywana była na paletach dostawcy.

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie, pomimo stwierdzonych nieprawidłowości, działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym zakresie.

3. Działania podejmowane w celu zapewnienia racjonalnej gospodarki lekami.

3.1. Dyrektor Szpitala zarządzeniem wewnętrznym Nr 67³³ powołał i ustalił tryb pracy Komitetu Terapeutycznego, w skład którego weszli: zastępca dyrektora ds. medycznych, farmakolog szpitala – jako przewodniczący, przedstawiciele jednostek organizacyjnych Szpitala, w tym kierownik Apteki. Do zadań Komitetu Terapeutycznego należało opracowanie zasad gospodarki lekami a w szczególności m.in.: nowelizacja receptariusza szpitalnego z podziałem na leki zalecane, rezerwowe oraz leki rezerwowe zastrzeżone, nadzór nad właściwym doбором leków z uwzględnieniem dbałości o jakość usług medycznych oraz zasad gospodarowania i oszczędności, udział w analizie kosztów leczenia w poszczególnych jednostkach organizacyjnych, gromadzenie i analizowanie zgłoszeń dotyczących polekowych działań niepożądanych.

W okresie objętym kontrolą Komitet Terapeutyczny odbył 19 posiedzeń, w trakcie których rozpatrzono 50 wniosków³⁴ o dodanie/skreślenie leku ze szpitalnej listy leków³⁵. W 2015 r. wnioskowano o przyjęcie 29 produktów leczniczych, w 2016 r. – 19, a w 2017 r. – dwóch. Wszystkie wnioski zostały zaakceptowane przez Komitet Terapeutyczny. Ponadto, prace Komitetu Terapeutycznego dotyczyły opracowania nowego receptariusza oraz SLL, w których aktywny udział brał kierownik i pracownicy Apteki.

(dowód: akta kontroli str.320-334)

Zasady efektywnego i bezpiecznego stosowania leków w SP CSK, w okresie objętym kontrolą, określał Receptariusz wprowadzony zarządzeniem wewnętrznym Nr 54³⁶, Dyrektora Szpitala, którego nadrzędnym kryterium było stosowanie leków zgodnie z zarejestrowanymi wskazaniami przy uwzględnieniu przeciwwskazań i zachowaniu obowiązujących środków ostrożności. Integralną jego część stanowiła SLL zawierająca produkty lecznicze i wybrane wyroby medyczne dostępne w aptece. Wszystkie leki z SLL zostały usystematyzowane wg kategorii:

- leki podstawowe – decyzję o ich stosowaniu podejmował każdy lekarz pracujący w Szpitalu;
- leki zastrzeżone – zastosowanie ich wymagało autoryzacji w ściśle określonych sytuacjach klinicznych³⁷;
- leki stosowane w ramach programów terapeutycznych – za zgodą płatnika³⁸.

Receptariuszem ustalono zasady: ordynowania leków; monitorowania bezpieczeństwa stosowania produktów leczniczych; rozporządzania lekami oraz określono rolę Komitetu Terapeutycznego, którego głównym zadaniem było przedstawianie i opiniowanie propozycji regulujących politykę lekową.

Dokonywanie zmian w receptariuszu szpitalnym wymagało zasięgnięcia opinii kierowników jednostek Szpitala, akceptacji Komitetu Terapeutycznego, który przedstawiał je do zatwierdzenia Dyrektorowi Szpitala. Natomiast wprowadzenie lub usunięcie leków ze SLL wymagało: złożenia wniosku³⁹ o wprowadzeniu/usunięciu leku ze SLL, opinii farmakologa klinicznego, uzasadnienia (przez przedstawiciela

³³ Z 25 czerwca 2014 r.

³⁴ 49 sporządzonych na formularzu stanowiącym załącznik do receptariusza szpitalnego jeden złożony ustnie.

³⁵ Dalej SLL.

³⁶ Z 15 maja 2014 r. Zmieniony zarządzeniem wewnętrznym Nr 91/2016 r. 30 września 2016 r.

³⁷ Wymagane wypełnienie zamówienia, uzyskanie zgody farmakologa klinicznego Szpitala lub zastępcy dyrektora ds. medycznych.

³⁸ NFZ, MZ.

³⁹ Przez kierownika jednostki lub zastępcę dyrektora ds. medycznych lub farmakologa klinicznego.

kliniki składającej wniosek) na spotkaniu Komitetu Terapeutycznego i jego zaakceptowania oraz zgody dyrekcji SP CSK.

(dowód: akta kontroli str. 335-355)

Dyrektor Szpitala zarządzeniem wewnętrznym nr 9⁴⁰ ustalił zasady monitorowania kosztów zakupu lub stosowania produktów leczniczych. Ponadto receptariusz przewidywał stosowanie leków spoza SLL. W przypadku konieczności ordynacji leku nieumieszczonego w SLL finansowanego z budżetu Szpitala konieczne było wypełnienie zamówienia⁴¹, które wymagało akceptacji Kierownika Kliniki i Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych po uprzednim zaopiniowaniu przez Farmakologa Klinicznego. Gdy zamawiany lek nie był dopuszczony do obrotu na terenie Rzeczypospolitej Polskiej dodatkowo konieczne było spełnienie wymagań określonych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia⁴² w sprawie sprowadzania z zagranicy produktów leczniczych niezbędnych dla ratowania życia lub zdrowia pacjenta dopuszczonych do obrotu bez konieczności uzyskania pozwolenia i wypełnienie dodatkowego wniosku. Nadrzędną zasadą obowiązującą przy wypełnianiu zamówienia na lek(i) było – jeden wniosek dla jednego pacjenta⁴³.

(dowód: akta kontroli str. 165-170, 339-340)

3.2. W badanym okresie Apteka przekazywała Farmakologowi Szpitala oraz Kierownikom Klinik comiesięczne informacje o wydanych na poszczególne Kliniki leków i wyrobów medycznych z podziałem na grupy⁴⁴ oraz zestawienia asortymentu grupy terapeutycznej najbardziej kosztownej dla danej Kliniki. Ponadto od 2013 r. Apteka przekazuje Dyrekcji SP CSK zestawienie: „Wartość rozchodu na koniec danych miesięcy w podziale na poszczególne grupy lekowe.”

Wartość rozchodu leków po odjęciu wartości rozchodu leków na programy lekowe i chemioterapię niestandardową oraz pozostałe cytostatyki systematycznie ulegała zmniejszeniu i wynosiła: na koniec: 2014 r. – 41 566,1 tys. zł, 2015 r. – 40 150,6 tys. zł, 2016 r. – 35 207,9 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 356-369)

Zakupy produktów leczniczych wymagające specjalnej zgody realizowane były zgodnie z wytycznymi zawartymi w Receptariuszu SP CSK dotyczącymi stosowania leków spoza SLL oraz zarządzeniem wewnętrznym Dyrektora Szpitala nr 9 z dnia 3 marca 2011 w sprawie pozyskiwania i ewidencjonowania produktów leczniczych w SP CSK. Sposób dokonania zakupu leków nieobjętych SLL lub wymagających specjalnej zgody regulowało zarządzenie wewnętrzne nr 30/2015 z dnia 30 kwietnia 2015 r. zmieniające zarządzenie wewnętrzne w sprawie regulaminu postępowania przy realizacji dostaw, usług i robót budowlanych, dla których dopuszcza się stosowanie zasad innych, niż zasady określone w ustawie Prawo zamówień publicznych⁴⁵ oraz zarządzenie wewnętrzne nr 56 Dyrektora SPC SK z dnia 29 maja 2014 roku – „Regulamin w sprawie sposobu postępowania przy realizacji dostaw, usług i robót budowlanych, dla których dopuszcza się stosowanie zasad innych niż zasady określone w ustawie pzp.

Na podstawie analizy zestawień zakupów dokonanych poza ustawą pzp podejmowane były decyzje przez Komitet Terapeutyczny o wprowadzeniu produktu leczniczego na SLL oraz o ewentualnym rozpoczęciu procedury przetargowej dla leków o wysokiej cenie jednostkowej lub w przypadku powtarzających się zakupów

⁴⁰ Z 3 marca 2011 r. w sprawie pozyskiwania i ewidencjonowania produktów leczniczych w SP CSK.

⁴¹ Z zaznaczeniem pola „lek spoza SLL”.

⁴² Z 21 marca 2012 r.

⁴³ Dla jednego pacjenta należało wypełnić jeden wniosek wymieniając w nim leki z listy SLL, spoza listy, leki w ramach programu terapeutycznego oraz leki niezarejestrowane w Polsce.

⁴⁴ W podziale na: Programy lekowe onkologiczne i chemioterapia niestandardowa, Programy lekowe nieonkologiczne, Cytostatyki szpital.

⁴⁵ Dalej pzp.

leków niedopuszczonych do obrotu na terytorium RP. Leki wprowadzone do Receptariusza SP CSK są niezwłocznie obejmowane postępowaniami przetargowymi.

(dowód: akta kontroli str. 165-1170, 339-340, 356-357, 421-462)

W okresie kontrolowanym koszty zakupu leków przez Szpital, w tym koszty leków stosowanych w programach lekowych wyniosły: 63 277,1 tys. zł (16 732,8 tys. zł) w 2014 r., 65 479,3 tys. zł (13 470,3 tys. zł) w 2015 r. i 80 199,0 tys. zł (13 709,5 tys. zł) w 2016 r. Koszty zakupu leków stanowiły odpowiednio 16,95%, 16,87% i 18,5% kosztów działalności operacyjnej Szpitala.

Koszty działalności apteki systematycznie wzrastały i wyniosły: 1 517,5 tys. zł w 2014 r., 1 806,3 tys. zł w 2015 r. oraz 1 936,1 tys. zł w 2016 r. i stanowiły odpowiednio 0,41%, 0,51% i 0,50% przychodów netto ze sprzedaży i zrównanych z nim.

(dowód: akta kontroli str. 370)

Główny księgowy SP CSK wyjaśnił, że podstawową przyczyną wzrostu kosztów leków było zwiększenie ilości realizowanych przez Szpital programów lekowych. Znaczący wzrost wartości poniesionych kosztów leków w 2016 r. w stosunku do roku poprzedniego wynika również z faktu znacznego ograniczenia przez ostatnie miesiące roku 2015 przyjmowania pacjentów w związku z prowadzonymi pracami modernizacyjno-remontowymi polegającymi na dostosowaniu sal chorych do wymogów określonych w odrębnych przepisach i związana z tym faktem większa liczba leczonych w 2016 r. pacjentów. Jednocześnie wyjaśnił, że koszty leków, a zwłaszcza programów lekowych, są na bieżąco monitorowane i kontrolowane.

(dowód: akta kontroli str. 318)

Analiza zakupu przez Szpital produktów leczniczych o najwyższej cenie i nieujętych w receptariuszu wykazała, że zakupu dokonano ze środków fundacji przestrzegając obowiązujących procedur określonych w zarządzeniu wewnętrznym Nr 9 Dyrektora Szpitala.

(dowód: akta kontroli str. 363-420)

Ustalono
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym zakresie.

IV. Uwagi i wnioski

Wnioski pokontrolne

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 Kontroli⁴⁶, wnosi o:

- 1) podjęcie działań w celu zapewnienia pacjentom leków cytostatycznych i radiofarmaceutyków w dawkach dziennych przygotowywanych w warunkach apteki szpitalnej przez osoby uprawnione,
- 2) prowadzenie dokumentacji leków przekazanych do utylizacji zgodnie z obowiązującymi przepisami.

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

⁴⁶ Dz.U. z 2017 r. poz. 524.

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

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK proszę o poinformowanie Najwyższej Izby Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwagi 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.

Warszawa, lipca 2017 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Warszawie

Kontroler
Janusz Zakrzewski
główny specjalista k.p.