



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura we Wrocławiu

LWR.410.010.02.2017

P/17/093

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura we Wrocławiu

ul. Marszałka J. Piłsudskiego 15/17, 50-044 Wrocław

T +48 71 711 83 00, F +48 71 711 83 50

lwr@nik.gov.pl

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 we Wrocławiu
Kontroler	Ryszard Puchała, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LWR/124/2017 z dnia 8 maja 2017 r. [Dowód: akta kontroli str. 1]
Jednostka kontrolowana	Powiatowe Centrum Zdrowia w Lwówku Śląskim sp. z o.o., ul. G. Morcinka 7, 59-600 Lwówek Śląski (dalej: „PCZ”).
Kierownik jednostki kontrolowanej	Prezesem Zarządu PCZ od dnia 27 lipca 2017 r. jest Edyta Malczewska. W okresie od dnia 15 listopada 2011 r. do dnia 26 lipca 2017 r. funkcję tę pełnił Celestyn Rekowski. [Dowód: akta kontroli str. 3, 4]

II. Ocena kontrolowanej działalności¹

Ocena ogólna

W ocenie Najwyższej Izby Kontroli, w okresie objętym kontrolą² PCZ zapewniło prawidłową organizację zaopatrzenia w produkty lecznicze oddziałów szpitalnych. Również właściwie zorganizowano pracę oraz zapewniono wykwalifikowaną kadrę do prowadzenia, w okresie od dnia 1 stycznia do dnia 28 lutego 2015 r., Apteki Szpitalnej (dalej: „Apteka”), a także do działającego od dnia 6 maja 2015 r. Działu Farmacji Szpitalnej (dalej: „DFS”). Szpital posiadał informacje o spełnieniu przez zatrudnianych farmaceutów obowiązku podnoszenia swoich kwalifikacji zawodowych. W uregulowaniach wewnętrznych, dotyczących organizacji pracy PCZ, zawarto zadania właściwe dla działów farmacji szpitalnej. Stan nieprawidłowy stwierdzono w odniesieniu do funkcjonowania Apteki, w której w dniach od 1 do 24 marca 2015 r. nie została zatrudniona osoba na stanowisku kierownika, do czego zobowiązywał art. 93 ust. 1 ustawy z dnia 6 września 2001 r. *Prawo farmaceutyczne*³ (dalej: „ustawa PF”), a w dniach od 25 marca do 5 maja 2015 r. na stanowisku tym zatrudniono osobę, która nie posiadała stażu pracy określonego w art. 88 ust. 2 ww. ustawy.

Pomieszczenia DFS spełniały wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2002 r. w sprawie szczegółowych wymogów, jakim powinien odpowiadać lokal apteki⁴. Produkty lecznicze były przechowywane w sposób zabezpieczający przed zniszczeniem, zabrudzeniem i utratą parametrów jakościowych. W procesie gospodarowania produktami leczniczymi w PCZ wykorzystywano aktualizowany Receptariusz Szpitalny. Wprowadzone i stosowane

¹ Najwyższa Izba Kontroli stosuje trójstopniową 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.

² Kontrolą objęto okres od dnia 1 stycznia 2015 r. do dnia zakończenia czynności kontrolnych. Badaniami zostały również objęte stany faktyczne i działania podejmowane przed tym okresem, które miały wpływ na realizację zadania w okresie objętym kontrolą.

³ Dz.U. z 2016 r. poz. 2142.

⁴ Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 października 2002 r. w sprawie podstawowych warunków prowadzenia apteki (Dz. U. Nr 187, poz. 1566).

były również zasady sprawowania nadzoru nad gospodarowaniem lekami. W wyniku kontroli ustalono natomiast, że: [1] nierzetelnie prowadzono w systemie komputerowym ewidencję rozchodu części produktów leczniczych znajdujących się na stanie dwóch aptek oddziałowych Szpitala Powiatowego w Lwówku Śląskim (dalej: „Szpital”); [2] stosowana na oddziałach szpitalnych praktyka traktowania nie w pełni wykorzystanych ampulek leków, leków zabrudzonych, niedopitych syropów itp., jak odpadów medycznych skutkowałą brakiem możliwości sporządzenia dokumentacji wymaganej dla utylizacji produktów leczniczych; [3] nieprawidłowo przechowywane były zestawy przeciwwstrząsowe na trzech oddziałach szpitalnych. Ampułki z adrenaliną przechowywane były bowiem w lodówkach oddziałowych. W badanym okresie w PCZ podejmowane były, stosowne do skali prowadzonej działalności leczniczej, działania zapewniające racjonalną gospodarkę lekami.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Organizacja pracy apteki i działu farmacji szpitalnej oraz realizacja zadań związanych z ich prowadzeniem

*Opis stanu
faktycznego*

1.1. W okresie objętym kontrolą usługi farmaceutyczne w PCZ realizowane były od dnia 1 stycznia 2015 r. do dnia 5 maja 2015 r. jako Apteka, oraz od dnia 6 maja 2015 r. do dnia zakończenia kontroli jako DFS. Podstawą wygaszenia działalności Apteki i uruchomienia DFS było zarządzenie Prezesa PCZ z dnia 30 kwietnia 2015 r.⁵. Stosownie do dokonanych zmian, zaktualizowano Regulamin Organizacyjny PCZ oraz dane zawarte w rejestrze medycznym prowadzonym przez Wojewodę Dolnośląskiego.

[Dowód: akta kontroli str. 5-6, 128-136]

Zgodę na uruchomienie DFS, zaopatrującego w produkty lecznicze przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego PCZ wyraził Dolnośląski Wojewódzki Inspektor Farmaceutyczny (dalej: „WIF”) w decyzji z dnia 25 marca 2015 r.⁶. Zgody udzielono w formie decyzji administracyjnej, wydanej m.in. na podstawie art. 106 ust. 1 i 2, w związku z art. 107 ust. 1 i 3 i art. 87 ust. 4 ustawy *PF*. Decyzja ta została ujęta w internetowym rejestrze aptek z identyfikatorem ID: 1184818.

Powyższa decyzja dotyczyła dwóch przedsiębiorstw podmiotu leczniczego PCZ, tj. Szpitala zlokalizowanego w Lwówku Śląskim przy ul. Kościelnej 21, w którym znajdował się DFS, oraz Zakładu Opieki Długoterminowej w Gryfowie Śląskim przy ul. Rzecznej 25.

Uzyskanie zgody na uruchomienie DFS nastąpiło z zachowaniem wymogów WIF, określonych w zakresie „*Procedury dotyczącej postępowania administracyjnego w sprawie wydania zgody na uruchomienie apteki szpitalnej lub działu farmacji szpitalnej*”. Działając według tej procedury kierownik Apteki poinformował WIF o zamiarze likwidacji apteki ze wskazaniem przyczyn likwidacji.

Zgodnie ze wspomnianą procedurą, w dniu 26 listopada 2014 r. Prezes Zarządu PCZ skierował do WIF wniosek dotyczący uruchomienia DFS. We wniosku zawarto informacje i załączono kopie dokumentów według wymagań procedury. W szczególności zawarto tam informację dotyczącą siedziby przyszłego DFS, profilu leczniczego Szpitala⁷ wraz ze wskazaniem liczby hospitalizowanych pacjentów w roku 2013, tj. roku poprzedzającym rok, w którym złożono wniosek. Do wniosku

⁵ Zarządzenie nr 80/2015 Prezesa Zarządu PCZ sp. z o.o. z dnia 30 kwietnia 2015 r.

⁶ Decyzja nr WIF-WR-I.8540.1.9.2014.

⁷ Z określeniem, że Szpital udziela stacjonarnych i całodobowych świadczeń szpitalnych w podstawowych zakresach i w swojej strukturze posiada pięć oddziałów szpitalnych.

załączono komplet wymaganych przez WIF dokumentów, tj. m.in.: [1] plan i opis techniczny pomieszczeń przeznaczonych na DFS; [2] opinię Państwowej Inspekcji Sanitarnej (decyzja stwierdzająca, że pomieszczenia DFS spełniają wymogi rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą; [3] oświadczenie o zamiarze podjęcia się funkcji kierownika DFS wraz z załącznikami. W uzasadnieniu wniosku dotyczącym ww. zgody na uruchomienie DFS w miejsce funkcjonującej Apteki z dnia 26 listopada 2014 r. podano m.in., że Szpital korzysta z usług farmaceutycznych jedynie w ograniczonym zakresie, właściwym dla działów farmacji. Wniosek uzasadniano także względami lokalowymi. Apteka funkcjonowała w budynku Przychodni Podstawowej Opieki Zdrowotnej przy ul. Morcinka 7⁸, a jej lokalizacja (poza obiektem Szpitala) powodowała konieczność częstego transportu leków na oddziały szpitalne w różnych warunkach atmosferycznych. Mankament ten eliminowało utworzenie DFS w pomieszczeniach Szpitala, dostosowanych do potrzeb funkcjonowania DFS.

[Dowód: akta kontroli str. 123,124]

Z dokumentacji zamówień i wydawania leków z Apteki (następnie DFS) w dniach 5 i 6 maja 2015 r. wynikało, że zachowano ciągłość świadczenia usług farmaceutycznych. Prezes Zarządu PCZ wskazał, że Apteka w ostatnim dniu funkcjonowania wydawała produkty lecznicze do godziny 15.00 tj. do zakończenia rozkładowych godzin pracy. W godzinach popołudniowych i wieczornych przeniesiono całe wyposażenie i leki do nowych pomieszczeń DFS, który rozpoczął działalność w dniu 6 maja 2015 r. o godzinie 8:00.

[Dowód: akta kontroli str. 34]

1.2. Zakres zadań DFS określony został we wspomnianym wyżej zarządzeniu Prezesa PCZ wydanym w sprawie rozpoczęcia działalności DFS oraz w Regulaminie Organizacyjnym PCZ. Przedstawiony niżej zakres działania nie był zmieniany w kontrolowanym okresie, tj. od dnia 6 maja 2015 r.

Zakres zadań DFS wyczerpywał katalog wskazany w art. 86 ust. 2 pkt 1 i 4, ust. 3 pkt 5, 7, 9 i 10, oraz ust. 4 ustawy PF i obejmował:

- a) wydawanie produktów leczniczych i wyrobów medycznych;
- b) udzielanie informacji o produktach leczniczych i wyrobach medycznych;
- c) organizowanie zaopatrzenia Szpitala w produkty lecznicze i wyroby medyczne;
- d) udział w monitorowaniu działań niepożądanych leków;
- e) udział w racjonalizacji farmakoterapii;
- f) współuczestniczenie w prowadzeniu gospodarki produktami leczniczymi i wyrobami medycznymi w Szpitalu;
- g) prowadzenie ewidencji wydawanych produktów leczniczych i wyrobów medycznych.

[Dowód: akta kontroli str. 5, 128, 130-136]

DFS nie sporządzał leków recepturowych i leków aptecznych. Prezes Zarządu PCZ wyjaśniła, że w przypadku żywienia pozajelitowego i dojelitowego preparaty zamawiane są, w postaci gotowej do użycia, w trybie postępowania przetargowego ponadto i poinformował, że:

- 1) DFS nie przygotowuje leków w dawkach dziennych, w tym leków cytostatycznych;
- 2) DFS nie sporządza produktów radio-farmaceutycznych;

⁸ Około 250 metrów od budynku Szpitala.

- 3) płyny infuzyjne zamawiane są, w postaci gotowej do użycia, w trybie postępowania przetargowego;
- 4) roztwory do hemodializy zamawiane są, w postaci gotowej do użycia, w trybie postępowania przetargowego;
- 5) Szpital nie prowadzi dializy dootrzewnowej, w związku z tym nie ma zapotrzebowania na roztwory;
- 6) Szpital nie realizował usług farmaceutycznych na rzecz innego szpitala;
- 7) Szpital nie brał udziału w badaniach klinicznych.

[Dowód: akta kontroli str. 34-35, 36-51]

1.3. W badanym okresie godziny funkcjonowania DFS, wcześniej Apteki, pozostawały stałe, tj. od 8:00 do 15:00. Szpital dysponował 134 miejscami (łózkami). Personel DFS stanowiły dwie osoby, w tym jeden farmaceuta i jeden technik farmacji. Osoby te zatrudniano na cały etat, z obowiązkiem świadczenia pracy w godzinach od 7:30 do 15:30, na podstawie umowy o pracę⁹.

W okresie do dnia 1 sierpnia 2008 r. do dnia 28 lutego 2015 r. kierownikiem Apteki był farmaceuta spełniający wymagania określone w art. 88 w zw. z art. 93 ust. 2 *ustawy PF*, zatrudniony na podstawie umowy o pracę.

W dniach od 1 do 24 marca 2015 r. stanowisko kierownika Apteki pozostawało nieobsadzone, przy czym od dnia 18 listopada 2014 r. w Aptecę, na podstawie umowy o pracę, zatrudniony był farmaceuta z prawem do wykonywania zawodu farmaceuty. W dniach od 25 marca 2015 r. do dnia 30 czerwca 2017 r. funkcję kierownika Apteki, a później DFS, objął pracownik, który w momencie obejmowania funkcji kierownika Apteki legitymował się stażem pracy wynoszącym 2 lata i 8 miesięcy. Kierownika DFS zatrudniono na podstawie umowy o pracę.

W związku z wygaszeniem działalności Apteki, Prezes Zarządu PCZ poinformował WIF o niewystarczającym stażu pracy kandydata na kierownika tworzonego DFS, wyjaśniając zaistniałą sytuację trudnościami z pozyskaniem odpowiedniego farmaceuty do pracy w Lwówku Śląskim i odmową przyjęcia nowych warunków przez dotychczasowego kierownika Apteki. WIF w toku dalszego postępowania w sprawie utworzenia DFS nie podnosił kwestii stażu pracy kandydata i nie zgłaszał zastrzeżeń w tej sprawie.

[Dowód: akta kontroli str. 17-25, 77, 101-104]

Od dnia 20 czerwca 2017 r. funkcja kierownika DFS została powierzona farmaceucie legitymującemu się wymaganym stażem pracy w aptekach w tym około 7-letnim stażem na stanowisku kierownika apteki i specjalizacją w zakresie farmacji aptecznej. O zmianie na stanowisku kierownika DFS Prezes Zarządu PCZ poinformował WIF pismem z dnia 28 czerwca 2017 r.

Dane dotyczące zatrudnianych w Szpitalu farmaceutów oraz obsady kierownika działu DFS były zgodne z informacją przekazaną WIF na podstawie art. 106 ust. 1 *ustawy PF*, oraz z ujętymi w rejestrze, o którym mowa w art. 107 ust. 1 i 3 *ustawy PF*.

[Dowód: akta kontroli str. 106-110]

Obecność farmaceuty - kierownika, zapewniona została w stałych godzinach funkcjonowania DFS. W razie krótkotrwałej absencji kierownika DFS, leki - za wyjątkiem leków narkotycznych - wydawane były przez technika farmacji. W razie

⁹ Przejściowo w DFS/Aptecę zatrudniano dwóch farmaceutów i jednego technika farmacji. Dotyczyło to sytuacji pozostawania w okresie wypowiedzenia stosunku pracy przez farmaceutę w okresach od dnia 1 stycznia 2015 r. do dnia 28 stycznia 2015 r. oraz po dniu 20 czerwca 2017 r.

jego długotrwałej nieobecności pomoc PCZ zapewniał emerytowany magister farmacji - wcześniej długoletni kierownik Apteki, zatrudniany doraźnie na podstawie umowy cywilnoprawnej¹⁰.

W Dziale Kadr PCZ znajdowały się certyfikaty i rejestr ukończonych przez kierownika DFS szkoleń wraz z informacją o ilości zdobytych punktów. Informacje te przekazywane były przez farmaceutów w sposób i w terminach zapisanych w tzw. Księdze Jakości Powiatowego Centrum Zdrowia sp. z o.o.¹¹.

[Dowód: akta kontroli str.19]

Ustalona
nieprawidłowość

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono nieprawidłowość polegającą na funkcjonowaniu Apteki, w okresie od dnia 1 do dnia 24 marca 2015 r., w sytuacji braku obsady na stanowisku kierownika, co stanowiło naruszenie przepisu art. 93 ust 1 ustawy PF, oraz w sytuacji pełnienia funkcji kierownika Apteki, w okresie od dnia 25 marca do dnia 5 maja 2015 r., przez farmaceutę, który nie posiadał stażu pracy bądź specjalizacji, o których mowa w art. 88 ust 2 ww. ustawy. Z wyjaśnień Prezesa Zarządu PCZ wynikało, że zaistniała sytuacja wystąpiła w okresie przejściowym i była związana ze zmianą organizacyjną polegającą na wygaszeniu działalności Apteki i uruchomieniem DFS i związanymi z tym trudnościami z pozyskaniem pracownika – farmaceuty z odpowiednim stażem pracy. Prezes Zarządu PCZ stwierdziła również, że o problemach związanych z zatrudnieniem odpowiedniego farmaceuty poinformowany był WIF który nie zgłaszał zastrzeżeń co do zatrudnienia przedstawionej osoby na stanowisku kierownika DFS.

[Dowód akta kontroli str.17-18, 101-104, 257]

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie mimo stwierdzonych nieprawidłowości ocenia działania kontrolowanej jednostki w zakresie organizacji pracy DFS, wcześniej Apteki.

2. Bezpieczeństwo pacjentów w zakresie farmakoterapii

Opis stanu
faktycznego

2.1. Warunki funkcjonowania działu farmacji szpitalnej oraz przechowywania leków w Szpitalu.

DFS zlokalizowany był w budynku głównym Szpitala. Stosownie do wymogów § 5 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2002 r. w sprawie szczegółowych wymogów, jakim powinien odpowiadać lokal apteki¹². DFS posiadał dwa wejścia, które wyposażone były w systemy uniemożliwiające dostęp osobom nieupoważnionym (alarm elektroniczny). Pomieszczenia wykorzystywane do przygotowywania leków do ekspedycji oraz przechowywania produktów leczniczych i wyrobów medycznych były suche i utrzymane w czystości. Posiadały urządzenia wentylacyjne i eliminujące nadmierne nasłonecznienie oraz, za wyjątkiem „łatwoczyszalnych” podestów, o czym mowa dalej w tym wystąpieniu, wyposażenie określone w § 8 ust. 1 i § 9 ust. 1 i 2 wyżej powołanego rozporządzenia, stosownie do zakresu wykonywanych przez DFS usług farmaceutycznych, w tym: zamykane szafy magazynowe i regały, sejf do przechowywania środków odurzających i substancji psychotropowych oraz lodówkę z termometrem. Zapewniono warunki do oddzielnego przechowywania leków gotowych do stosowania wewnętrznego oraz leków do stosowania zewnętrznego, środków odurzających grupy I-N, II-N, substancji psychotropowych jak również środków silnie działających. Leki odurzające i psychotropowe przechowywano w sejfie. Wszystkie pomieszczenia

¹⁰ Zgodnie z wyjaśnieniami Prezesa PCZ.

¹¹ W związku z wprowadzonym w Szpitalu systemem zarządzania jakością ISO 9001 z 2008 r.

¹² Dalej: „rozporządzenie ws. wymogów dla lokalu apteki”.

DFS wyposażono w termometr oraz higrometr, a odczytane parametry były odnotowywane.

[Dowód: akta kontroli str. 200-227]

Warunki przechowywania produktów leczniczych poza DFS, sprawdzono na przykładzie trzech oddziałów szpitalnych: Oddziału Chorób Wewnętrznych, Oddziału Chirurgii i Oddziału Ginekologii. Przeprowadzone oględziny wykazały, że: [1] we wszystkich ww. oddziałach szpitalnych produkty lecznicze były przechowywane w pomieszczeniach do tego przeznaczonych, utrzymanych w czystości i suchych; [2] produkty lecznicze znajdowały się w szafkach i lodówkach, prawidłowo zabezpieczone przed działaniem promieni słonecznych, zabrudzeniem, zakurzeniem lub zniszczeniem; [3] produkty lecznicze przechowywano w oryginalnych opakowaniach, w stanie umożliwiającym identyfikację w zakresie nazwy serii i daty ważności; [4] leki gotowe do stosowania wewnętrznego i zewnętrznego oraz środki odurzające i psychotropowe przechowywano oddzielnie, przy czym leki odurzające i psychotropowe przechowywano w metalowych kasetkach przytwierdzonych do podłoża; [5] kontrolowano temperaturę leków przechowywanych w lodówkach co odnotowywano w specjalnych rejestrach temperatur.

[Dowód: akta kontroli str. 205-227]

We wszystkich objętych oględzinami oddziałach szpitalnych dostępne były zestawy przeciwwstrząsowe. Adrenalinę do tych zestawów przechowywano w lodówkach (znajdujących się w niewielkiej odległości od miejsc przechowywania tych zestawów) – o czym mowa w dalszej części wystąpienia pokontrolnego.

[Dowód: akta kontroli str. 228-232, 264]

2.2. Stosowanie leków własnych pacjenta w farmakoterapii

Prezes Zarządu PCZ poinformowała, że co do zasady, ze względów bezpieczeństwa, w Szpitalu nie stosuje się w farmakoterapii leków własnych pacjenta. Przyjęto zasadę pełnego zaopatrzenia pacjenta w leki - tak dla schorzenia będącego przyczyną hospitalizacji jak i dla schorzeń współistniejących.

[Dowód: akta kontroli str. 27-35, 270, 281]

2.3. Obrót lekami wydanymi z DFS

W Szpitalu obowiązywały, ujęte w kolejnych wersjach „Receptariusza Szpitalnego”¹³, procedury, zasady, zaopatrywania oddziałów szpitalnych w leki, materiały medyczne i środki dezynfekcyjne, określające m.in. sposób przygotowania przez oddziały szpitalne zamówienia na asortyment pobierany z DFS, a także sposób przyjmowania zamówień oraz wydawania leków z DFS na oddziały szpitalne. Odrębna procedura obowiązywała przy zamawianiu i wydawaniu leków narkotycznych.

Każda z opisanych procedur określała czynności uczestnika, jego uprawnienia oraz odpowiedzialność. Dni i godziny przyjmowania zamówień i wydawania leków z DFS dla poszczególnych oddziałów szpitalnych i pozostałych jednostek również określono procedurą (zamówienia składa się w dni robocze w godzinach od 8:00 do 11:00, wydawanie leków odbywa się od poniedziałku do piątku w godzinach od 11:00 do 15:00).

[Dowód: akta kontroli str. 254-263]

¹³ W okresie objętym kontrolą w PCZ obowiązywały trzy wersje Receptariusza Szpitalnego, wprowadzone zarządzeniami Prezesa Zarządu PCZ.

Produkty lecznicze i wyroby medyczne stosowane w Szpitalu były ewidencjonowane w Szpitalnym Systemie Informacyjnym HIS, do zarządzania tzw. częścią białą, w tym Apteką (DFS) i apteczkami oddziałowymi, był wykorzystywany system „AMMS”, produkcji firmy Asseco w wersji 5.26.1.03.

W toku oględzin stwierdzono, że ilość produktów leczniczych znajdujących się w apteczkach oddziałowych nie w każdym przypadku była zgodna z ewidencją leków wydanych z DFS. Rozbieżności dotyczyły apteczki Oddziału Chorób Wewnętrznych oraz Oddziału Ginekologicznego, gdzie stwierdzono niedobór odpowiednio siedmiu i pięciu ampulek produktów leczniczych.

[Dowód: akta kontroli str. 200-227, 274]

2.4. Zapewnienie prowadzenia farmakoterapii przy użyciu produktów leczniczych spełniających wymogi jakościowe

Procedury oraz zasady postępowania z produktami leczniczymi, które nie spełniają wymogów jakościowych, ujęte zostały w Receptariuszu Szpitalnym. Dotyczyły one leków po upływie terminu ważności, leków zniszczonych i podrobionych oraz leków objętych decyzjami służb inspekcji farmaceutycznej. Leki przeznaczone do kasacji oraz leki wycofane z obrotu ewidencjonowane były w systemie elektronicznym DFS.

W Szpitalu obowiązywała procedura postępowania z lekami i wyrobami medycznymi wstrzymanymi lub wycofanymi z obrotu na podstawie decyzji GIF lub WIF. Prowadzenie dokumentacji leków wstrzymanych lub wycofanych z obrotu na podstawie ww. decyzji należało do Kierownika DFS.

W badanym okresie w związku z decyzją GIF lub WIF w tym samym dniu z oddziałów Szpitala wycofano ogółem 12 różnych produktów leczniczych w ilości 36 szt. opakowań, 25 fiolek, 40 ampulek, 239 tabletek i cztery butelki produktów leczniczych, które następnie zostały zwrócone do dostawcy leku. W przypadku wycofania leku z obrotu na podstawie decyzji GIF lub WIF, każdorazowo po wycofaniu leku z oddziałów Szpitala i zabezpieczeniu produktu medycznego przed wprowadzeniem do obrotu, dokonywano zwrotu produktu do dostawcy.

[Dowód: akta kontroli str. 27-31]

W związku z upływem terminu ważności produktu medycznego z oddziałów Szpitala wycofano i utylizowano w latach 2015-2016 i w pierwszej połowie 2017 r. ogółem 33 różne produkty lecznicze o wartości ogółem 8,6 tys. zł. Wartość ewidencyjna tych produktów leczniczych odpowiadała wartości wykazanej w protokołach przekazania tych leków do utylizacji. Z ewidencji leków wycofanych z obrotu ze względu na upływ terminu ważności wynikało, że do utylizacji przekazywano przeważnie końcówki opakowań leków.

[Dowód: akta kontroli str. 29-30]

Dokumentacja przekazanych do utylizacji leków przeterminowanych obejmowała wnioski z prośbą o wyrażenie zgody na usunięcie leku ze wskazaniem nazwy handlowej, postaci leku, ilości, daty ważności oraz numeru serii. Do wniosku¹⁴ każdorazowo załączano wydruk z ewidencji magazynowej DFS, dotyczący produktu przeterminowanego oraz protokół przekazania wyrobu leczniczego/wyrobu medycznego do utylizacji. Dane o produktach leczniczych podlegających utylizacji, zawarte w ww. dokumentacji, były spójne, a protokoły przekazania produktów leczniczych do utylizacji były sporządzane na drukach według wzorca stanowiącego

¹⁴ Składanego przez Kierownika DFS do Prezesa Zarządu PCZ.

załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 października 2002 r. *w sprawie podstawowych warunków prowadzenia apteki*¹⁵.

[Dowód: akta kontroli str. 290-317]

Według Prezesa Zarządu PCZ oraz pielęgniarek oddziałowych Szpitala, praktyką w Szpitalu było umieszczanie w pojemnikach lub workach na odpady medyczne niewykorzystanych w pełni ampułek leków, leków zabrudzonych (np. tabletki która upadła na podłogę), niedopitych syropów, itp. Osoby te wskazały również, że określenie skali tego rodzaju zjawiska jest niemożliwe lub bardzo trudne. Stwierdziły ponadto, że zdarzenia tego typu występują incydentalnie, a leki które zostały napoczęte zostają przypisane danemu pacjentowi jako „dawka zużyta” i zdjęte z ewidencji magazynowej. Procedury w tym zakresie odnosiły się wyłącznie do leków narkotycznych i psychotropowych.

[Dowód: akta kontroli str. 264-269]

System Informatyczny DFS¹⁶ zawierał dane dotyczące dawki leku faktycznie podanej pacjentowi i dawki zużytej, tj. dawki leku zaewidencjonowanej jako rozchód DFS. System ten nie umożliwiał automatycznego wygenerowania zbiorczego raportu różnic leków podanych i zużytych, zatem nie było możliwe określenie skali zjawiska pozbywania się na oddziałach Szpitala resztek lekarstw, także i lekarstw zniszczonych.

[Dowód: akta kontroli str. 272]

Procedury odnoszące się do produktów leczniczych oraz wyrobów medycznych pochodzących z darowizn ujęte zostały w Receptariuszu Szpitalnym. Rozwiązania przyjęte w zakresie wprowadzenia produktów i wyrobów do obrotu szpitalnego odpowiadały, co do istoty, rozwiązaniom odnoszącym produktów i wyrobów pochodzących z zakupu, tj. wyroby pochodzące z darowizn ujmowano w ewidencji przychodu DFS oraz w ewidencji księgowej, tak w ujęciu wartościowym, jak i ilościowym.

[Dowód: akta kontroli str. 259-263]

W Szpitalu, w latach 2015-2016 i w pierwszym półroczu 2017 r., nie odnotowano wpływu próbek leków.

[Dowód: akta kontroli str. 33, 200-227]

PCZ otrzymywało leki w formie darów. Po podpisaniu umowy, ww. produkty lecznicze były dostarczane do DFS i tam rejestrowane. Ogółem w badanym okresie zawarto 18 umów darowizny z pięcioma darczyńcami na produkty lecznicze o wartości ogółem 35,5 tys. zł. Przedmiotem otrzymywanych darowizn były głównie różnego rodzaju insuliny. Wszystkie darowizny zostały ujęte w ewidencji księgowej PCZ po stronie przychodów na specjalnie do tego celu utworzonym koncie księgowym nr 760-01 „otrzymane darowizny rzeczowe”, w wartości wynikającej z umowy darowizny. Stan magazynowy darowizn był zgodny z ewidencją księgową i ewidencją przychodu DFS.

[Dowód: akta kontroli str. 31, 32, 318-322]

2.5. W analizowanym okresie w Szpitalu nie było zgłoszeń działań niepożądanych produktów leczniczych. W przedmiotowym zakresie obowiązywała procedura ujęta

¹⁵ Tj. przekazania tego rodzaju produktów do utylizacji w myśl wymogów określonych w § 10 ust. 1 pkt 4 oraz ust. 2 i 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 października 2002 r. *w sprawie podstawowych warunków prowadzenia apteki*.

¹⁶ Według stanowiska służb informatycznych PCZ.

w Księdze Jakości określająca cel, zakres obowiązywania oraz odpowiedzialność i uprawnienia uczestników takiego procesu.

[Dowód: akta kontroli str. 273-279]

2.6. W badanym okresie w PCZ nie przeprowadzano badań klinicznych.

[Dowód: akta kontroli str. 35]

2.7. Zasady sprawowania nadzoru nad gospodarowaniem lekami określała Księga Jakości (głównie procedury ujęte w Receptariuszu Szpitalnym)¹⁷ oraz Pozostałe procedury dotyczące m.in.: [1] opracowania Receptariusza Szpitalnego, [2] sprowadzenia leków, materiałów szewnych i opatrunkowych, preparatów dezynfekujących i substancji recepturowych oraz nadzoru nad nimi, w tym zasad utylizacji, [3] zaopatrywania oddziałów szpitalnych w leki, materiały opatrunkowe i szewne, preparaty dezynfekujące.

[Dowód: akta kontroli 259-263]

Działalność DFS, w latach 2015-2016 i w pierwszym półroczu roku 2017, była pięciokrotnie przedmiotem audytu wewnętrznego w ramach systemu ISO. W wyniku przeprowadzonych postępowań wskazywano na brak kontroli apteczek oddziałowych, wykonywanych z częstotliwością przewidzianą w procedurach zawartych w Receptariuszu Szpitalnym.

[Dowód: akta kontroli str. 54-65]

W badanym okresie kierownik DFS przeprowadziła ogółem osiem kontroli dotyczących warunków przechowywania i zabezpieczenia leków w apteczkach oddziałowych. Kontrole przeprowadzono w Centralnej Izbie Przyjęć w dniu 21 czerwca 2017 r., Oddziale Wewnętrznym w 2016 r. (brak dokładnej daty) i w dniu 21 czerwca 2017 r.; Oddziale Chirurgii w 2016 r. (brak dokładnej daty) i w dniu 21 czerwca 2017 r.; Oddziale Ginekologicznym w dniu 21 czerwca 2017 r., Oddziale Anestezjologii Intensywnej Terapii w dniu 20 czerwca 2017 r., OIOM w dniu 21 czerwca 2016 r. W wyniku tych kontroli nie stwierdzono nieprawidłowości¹⁸.

Według Receptariusza Szpitalnego kontrolę apteczek powinien przeprowadzić magister farmacji raz na pół roku. Ponieważ struktura organizacyjna Szpitala obejmowała pięć oddziałów szpitalnych, w kontrolowanym okresie (2,5 roku) apteczki oddziałowe powinny być kontrolowane w sumie 25 razy. Kierownik DFS wskazała, że kontrole apteczek oddziałowych były prowadzone w toku bieżącej pracy. Fakt nieudokumentowania kontroli wynikał z dużej ilości innych obowiązków związanych z prowadzeniem DFS. Nadmienila, że posiadała pełną wiedzę dotyczącą warunków przechowywania leków w apteczkach oddziałowych. Prowadzone i udokumentowane kontrole nie wykazywały jakichkolwiek nieprawidłowości w zakresie warunków przechowywania leków.

[Dowód: akta kontroli str. 273]

W latach 2015-2017 (I półrocze) nie odnotowano w Szpitalu skarg związanych ze stosowaną farmakoterapią, dotyczących zaopatrzenia w leki, itp. Z informacji uzyskanej z Dolnośląskiego Oddziału NFZ wynikało, że w badanym okresie do NFZ nie wpłynęły skargi związane z farmakoterapią stosowaną w Szpitalu.

[Dowód: akta kontroli str. 323]

*Ustalone
nieprawidłowości*

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

¹⁷ Receptariusz Szpitalny stanowił element Księgi Jakości.

¹⁸ Kontrola nie obejmowała stanów magazynowych leków w apteczkach.

1. Nierzetelnie prowadzono w systemie komputerowym ewidencję rozchodu części produktów leczniczych znajdujących się na stanie dwóch apteczek oddziałowych Szpitala. Powyższe dotyczyło Oddziału Chorób Wewnętrznych i Oddziału Ginekologii, gdzie stwierdzono niedobór odpowiednio siedmiu i pięciu ampulek leków. W przypadku Oddziału Chorób Wewnętrznych ustalono, że niezgodność stanu faktycznego z ewidencją wynikała z faktu niezaewidencjonowania rozchodu adrenalin w toku dwóch akcji ratunkowych, mających miejsce w dniu 12 kwietnia 2017 r. (5 ampulek) i w dniu 15 czerwca 2017 r. (2 ampulek).

Prezes Zarządu PCZ wyjaśniła, że lek ten po użyciu nie został zaewidencjonowany w apteczce oddziałowej z uwagi na problemy z systemem informatycznym. W przypadku niedoborów w apteczce Oddziału Ginekologii zaistniałą sytuację tłumaczono faktem niezaewidencjonowania rozchodu, jednak podanie leku zostało odnotowane w kartach zleceń pacjentek.

W ocenie NIK, na skutek nierzetelnej realizacji przez personel pielęgniarski obowiązku wprowadzania do ewidencji leków danych o ich podaniu pacjentom, Szpital nie dysponował kompletnymi danymi o posiadanych zasobach. Mogło to prowadzić do powstania ryzyka utraty kontroli nad obrotem konkretnym lekiem (oznaczonym nazwą, nr serii i datą ważności), potencjalnych opóźnień w wycofaniu leku o konkretnej serii z oddziału szpitalnego, a DFS pozbawiało możliwości monitorowania posiadanych zapasów leków i obrotu nimi.

[Dowód: akta kontroli str. 200-227, 274]

2. Na oddziałach szpitalnych przechowywano zestawy przeciwwstrząsowe o niekompletnym wyposażeniu. We wszystkich objętych oględzinami oddziałach szpitalnych dostępne były zestawy przeciwwstrząsowe. Adrenalinę do tych zestawów przechowywano w lodówkach, które znajdowały się w niewielkiej odległości od miejsc przechowywania tych zestawów. W skład zestawu przeciwwstrząsowego, zgodnie z wydanym w 2012 r. w tej sprawie zarządzeniem Prezesa Zarządu PCZ, wchodził produkt medyczny „Adrenalinum” 300 mcg/0,3ml lub 1 mg/l – roztwór do iniekcji.

W sprawie przechowywania Adrenalin w zestawie przeciwwstrząsowym, tj. oddzielenie w lodówce, Prezes Zarządu PCZ wyjaśniła, że rozwiązanie takie przyjęto ze względu na ograniczone możliwości przechowywania tego leku poza lodówką (na tacy przeciwwstrząsowej), lek przechowywany w lodówce zachowuje pełen okres ważności.

[Dowód: akta kontroli str. 228-232, 264]

Zdaniem NIK, stwierdzona praktyka przechowywania na oddziałach szpitalnych zestawów przeciwwstrząsowych o niekompletnym wyposażeniu może mieć negatywny wpływ na czas udzielenia pomocy.

3. Stosowana na oddziałach szpitalnych praktyka traktowania nie w pełni wykorzystanych ampulek leków, leków zabrudzonych, niedopitych syropów, itp., jak odpadów medycznych skutkowałą brakiem możliwości sporządzenia, wymaganej § 10 wspomnianego wyżej rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 października 2002 r. w sprawie podstawowych warunków prowadzenia apteki, dokumentacji dotyczącej utylizacji produktów leczniczych. Leki te traktowane były jak odpady medyczne. Do ich likwidacji nie stosowano wymogów określonych w ww. rozporządzeniu. Pielęgniarki w oddziałach szpitalnych opróżniały niewykorzystane resztki lekarstwa z ampulek i fiolek na materiał opatrunkowy, który następnie traktowano jako odpad medyczny. Oddziały szpitalne utylizowały resztki niewykorzystanych produktów leczniczych, razem z odpadami medycznymi, nie sporządzając przy tym i nie przekazując do DFS dokumentacji z ich utylizacji.

Powyższe miało również wpływ na rzetelność prowadzenia ewidencji leków przekazanych do utylizacji. Takie praktyki tłumaczono ich incydentalnym charakterem.

[Dowód: akta kontroli str. 264-269]

Uwagi dotyczące
badanej działalności

W toku oględzin DFS stwierdzono, że część znajdujących się tam płynów infuzyjnych była przechowywana w kartonach na podestach wykonanych z pomalowanych farbą olejną drewnianych europalet. NIK zauważyła, że tego rodzaju wyposażenie nie spełniało wymogu określonego w § 8 ust. 1 pkt 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2002 r. *w sprawie szczegółowych wymogów, jakim powinien odpowiadać lokal apteki*, tj. obowiązku posiadania „łatwozmywalnych” podestów.

[Dowód: akta kontroli str. 200-228]

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie mimo stwierdzonych nieprawidłowości ocenia działania kontrolowanej jednostki w zakresie bezpieczeństwa pacjentów w zakresie farmakoterapii.

3. Działania podejmowane celem zapewnienia racjonalnej gospodarki lekami

3.1. W PCZ od 2012 r. funkcjonował Komitet Terapeutyczny (dalej: „KT”). W skład KT wchodziło sześć osób dobranych spośród personelu Szpitala, tj. pięciu lekarzy oraz kierownik DFS. W strukturze PCZ KT pełnił funkcję doradcą przy Prezesie Zarządu PCZ w zakresie polityki lekowej.

Do zadań KT należało opracowanie tworzenie zasad racjonalnej farmakoterapii oraz gospodarki materiałami medycznymi m.in. stały nadzór nad właściwym doбором leków i materiałów medycznych przy uwzględnieniu jakości usług i optymalizacji kosztów, dokonywania analizy farmakoterapii i na tej podstawie opracowywania Receptariusza Szpitalnego, analizowania zgłoszeń dotyczących działań niepożądanych leków, udział w pracach komisji przetargowych dotyczących zakupu leków i wyrobów medycznych.

W okresie objętym kontrolą KT rozpatrzył dziewięć wniosków o wprowadzeniu leku na szpitalną listę leków. W każdym przypadku wnioskodawcą był ordynator oddziału szpitalnego. We wnioskach zawarto uzasadnienie zastosowania leku na terenie Szpitala, we wszystkich przypadkach wniosek był rozpatrzony pozytywnie przy akceptacji pełnego, sześciuosobowego, składu KT.

[Dowód: akta kontroli str. 113-115, 252, 253, 282-288]

W badanym okresie działania KT nie były formalnie dokumentowane, a jedynym śladem jego działalności były wnioski o wprowadzenie leku do Receptariusza Szpitalnego.

Prezes Zarządu PCZ wskazała, że przyjęte w PCZ procedury funkcjonowania KT nie określają formy dokumentowania spotkań i sprawozdawania z działalności. Rozwiązanie takie zostało przyjęte ze względu na relatywnie niewielki zakres i skalę prowadzonej działalności leczniczej. Przyjęty Receptariusz Szpitalny, poza zbiorem procedur aptecznych, był spisem leków stosowanych w standardowych procedurach medycznych i w kolejnych latach ulegał jedynie niewielkim modyfikacjom np. ze względu na wycofanie określonego specyfiku z produkcji. Decyzje KT uzgadniane były w trybie roboczym, w toku bieżącej pracy w tym spotkań z Prezesem Zarządu PCZ. Nie zachodziła potrzeba dokumentowania spotkań KT i zbędnego formalizowania jego działalności.

[Dowód: akta kontroli str. 281]

Szpital posiadał, wprowadzony zarządzeniem Prezesa Zarządu PCZ, Receptariusz Szpitalny¹⁹. Wdrożenie tego dokumentu powierzono kierownikowi – Lekarzowi Naczelnemu Szpitala, oraz Pełnomocnikowi ds. Systemu Zarządzania Jakością. Receptariusz Szpitalny zawierał wykaz leków w podziale na ich zastosowanie z wyszczególnieniem nazwy chemicznej leku oraz stanowił zbiór procedur aptecznych stosowanych w PCZ. Prace w zakresie aktualizacji Receptariusza Szpitalnego podejmował Kierownik DFS w czwartym kwartale każdego roku²⁰. Po sprawdzeniu przez Lekarza Naczelnego Szpitala proponowany receptariusz szpitalny przekazywano do akceptacji Prezesa Zarządu PCZ. Dopuszczano możliwość modyfikacji Receptariusza Szpitalnego w trakcie trwania roku kalendarzowego na wniosek KT kierowany do Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.

[Dowód: akta kontroli str. 111-112, 116-117, 254-263]

Niezależnie od powyższego w kontrolowanym okresie lekarze złożyli 127 wniosków o leki (i inne materiały medyczne) spoza Receptariusza Szpitalnego. Na podstawie 11% próby wniosków o których mowa²¹ stwierdzono, że w wszystkich badanych przypadkach wnioski zostały rozpatrzone pozytywnie i zgodnie z procedurą zawartą w Receptariuszu Szpitalnym.

[Dowód: akta kontroli str. 242-256]

3.2. W badanym okresie w PCZ nie prowadzono udokumentowanych analiz dotyczących gospodarki lekowej. W PCZ prowadzono bieżący monitoring kosztów zużycia leków oparty na analizie zapisów w księgowych rachunkowych. Przedmiotem analizy była m.in. dynamika globalnych koszty farmakoterapii zaś w podejściu analitycznym monitorowano zużycie leków przez poszczególne oddziały Szpitala jak również zużycie najdroższych medykamentów w Szpitalu. Co do zasady, wyjątkiem mogą być leki nie ujęte w Receptariuszu Szpitalnym, kupowane na specjalny wniosek, zamówienie dotyczące zaopatrzenia Szpitala w produkt lecznicze i materiały medyczne składane jest raz do roku po uprzednio przeprowadzonej procedurze przetargu nieograniczonego.

Prezes Zarządu PCZ wskazała, że ze względu na skalę prowadzonej przez PCZ działalności przedstawiony wyżej poziom analizy kosztów farmakoterapii w związku z procedurą zakupów leków uważa za wystarczający w zarządzaniu i optymalizacji tego segmentu kosztu działalności spółki.

[Dowód: akta kontroli str. 281]

W badanym okresie wydatki PCZ związane z lekami systematycznie wzrastały i wyniosły: [1] 1 051,7 tys. zł w 2014 r., [2] 1 170,6 tys. zł w 2015 r., [3] 1 219,5 tys. zł w 2016 r. Średnio, wzrostu kosztów z tytułu zużycia leków w latach 2013-2016 wynosił 4% w stosunku rocznym. Koszty te stanowiły od 4,7% do 5,0% kosztów działalności operacyjnej Szpitala. Natomiast koszty funkcjonowania DFS stanowiły średnio 0,57% kosztów działalności operacyjnej Szpitala w latach 2013-2016.

[Dowód: akta kontroli str. 9)]

Analiza zakupu przez Szpital produktów leczniczych o najwyższej cenie jednostkowej i najwyższym udziale wartościowym w zakupach leków wykazała, że poza jednym przypadkiem (lek A. x 1 fiołka) były to standardowe dla Szpitala leki, ujęte w Receptariuszu Szpitalnym.

[Dowód: akta kontroli str. 10, 11]

¹⁹ Receptariusz Szpitalny aktualizowano co 12 miesięcy.

²⁰ Coroczną aktualizację Receptariusza Szpitalnego przeprowadzano od roku 2015.

²¹ 15 szt. po pięć z lat 2015, 2016 i 2017.

Ustalono
nieprawidłowości

Ocena cząstkowa

W działalności kontrolowanej jednostki w powyższym zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia działania PCZ podejmowane w celu zapewnienia racjonalnej gospodarki lekami.

IV. 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 Kontroli²² (dalej: *ustawa o NIK*), wnosi o:

1. Zapewnienie właściwego wyposażenia DFS w zakresie „łatwozmywalnych” podestów.
2. Rzetelne dokumentowanie postępowania z produktami leczniczymi przeznaczonymi do utylizacji, w szczególności w związku z ich częściowym zużyciem lub zepsuciem na oddziałach szpitalnych.
3. Pełne wykorzystanie posiadanych narzędzi informatycznych celem zapewnienia nadzoru nad utylizacją produktów leczniczych.
4. Zapewnienie rzeczywistego ewidencjonowania w systemie informatycznym zużycia teków na oddziałach szpitalnych.
5. Zapewnienie właściwego wyposażenia zestawów przeciwwstrząsowych.

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

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

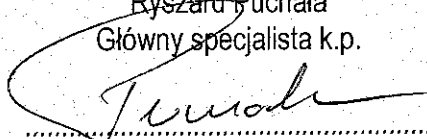
Zgodnie z art. 62 *ustawy o NIK* proszę o poinformowanie Najwyższej Izby Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

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

Wrocław, dnia 11 sierpnia 2017 r.

Kontroler:

Ryszard Puchała
Główny specjalista k.p.


.....
podpis

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura we Wrocławiu

Dyrektor

DYREKTOR
Delegatura Najwyższej Izby Kontroli
we Wrocławiu

Z UP

.....
podpis
Ziemowit Florkowski
Wiceprezident

²² Dz. U. z 2017 r., poz. 524.