



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI  
Delegatura w Kielcach

LKI – 4101-014-02/2013  
P/13/166

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

## I. Dane identyfikacyjne kontroli

<i>Numer i tytuł kontroli</i>	P/13/166 – Funkcjonowanie systemu krwiodawstwa i krwiolecznictwa.
<i>Okres objęty kontrolą</i>	Lata 2012-2013. Dodatkowo lata 2010–2011 obejmować będzie pozyskanie danych o: liczbie zakupionych jednostek krwi i jej składników oraz ich wykorzystaniu, liczbie transfuzji i liczbie pacjentów leczonych krwią i jej składnikami oraz kosztach krwiolecznictwa.
<i>Jednostka przeprowadzająca kontrolę</i>	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Kielcach.
<i>Kontroler</i>	Roman Wilk, doradca prawny, upoważnienie do kontroli nr 86687 z dnia 11 grudnia 2013 r.  (dowód: akta kontroli str. 1-2)
<i>Jednostka kontrolowana</i>	Zespół Opieki Zdrowotnej w Busku-Zdroju (ZOZ w Busku-Zdroju lub Szpital), 28-100 Busko-Zdrój, ul. Bohaterów Warszawy 67.
<i>Kierownik jednostki kontrolowanej</i>	Grzegorz Gałuszka, dyrektor Zespołu Opieki Zdrowotnej w Busku-Zdroju.  (dowód: akta kontroli str. 3)

## II. Ocena kontrolowanej działalności

<b>Ocena ogólna</b>	Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie, mimo stwierdzonych nieprawidłowości <sup>1</sup> działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym zakresie.
<i>Uzasadnienie oceny ogólnej</i>	<p>W ZOZ w Busku-Zdroju zapewniono prawidłową organizację leczenia krwią i jej składnikami oraz zabezpieczenie jednostek i komórek organizacyjnych w krew i jej składniki. Organizacja pracy Pracowni Serologii i Banku Krwi (dalej: Pracownia lub Bank Krwi<sup>2</sup>) odpowiadała wymogom określonym w rozdziale 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 11 grudnia 2012 r. w sprawie leczenia krwią w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, w których przebywają pacjenci ze wskazaniami do leczenia krwią i jej składnikami<sup>3</sup>. Przestrzegano warunków przechowywania oraz wydawania krwi i jej składników, dokonywano analiz ich zużycia. Dokonywano zakupów krwi i jej składników w ilościach, które zapewniały przeprowadzanie zabiegów planowych oraz wypadków nagłych, jednocześnie nie dopuszczając do ich przeterminowania.</p> <p>Jakkolwiek wyznaczono lekarza odpowiedzialnego za gospodarkę krwią oraz powołano komitet transfuzjologiczny, to ich zadania nie były w pełni realizowane, bowiem nie prowadzono działań w zakresie opracowywania planów szkoleń lekarzy i pielęgniarek.</p> <p>Nieprawidłowością było ponadto nieterminowe regulowanie opłat za krew i jej składniki, a także nieustalenie imiennej listy pielęgniarek uprawnionych do</p>

<sup>1</sup> Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna.

<sup>2</sup> W przypadku użycia w dalszej części wystąpienia skrótu „Pracownia” opisywane zagadnienie dotyczy całości Pracowni Serologii i Banku Krwi.

<sup>3</sup> Dz. U. z 2013, poz. 5; dalej rozporządzenie w sprawie leczenia krwią.

dokonywania przetoczeń i czynności związanych z tym zabiegiem, posiadających zaświadczenia o odbyciu odpowiedniego szkolenia.

### **III. Opis ustalonego stanu faktycznego**

#### **1. Organizacja leczenia krwią**

Opis stanu faktycznego

1.1. Uchwałą nr 2/2012 z 16 lutego 2012 r. Rady Społecznej przy ZOZ w Busku-Zdroju w sprawie uchwalenia zmian w Statucie ZOZ w Busku-Zdroju wyodrębniono komórkę organizacyjną „Pracownia Serologii i Bank Krwi” z Działu Diagnostyki Laboratoryjnej i podporządkowano ją bezpośrednio zastępcy dyrektora ZOZ w Busku-Zdroju ds. lecznictwa.

Powyższa zmiana została wprowadzona do Statutu ZOZ w Busku-Zdroju uchwałą Rady Powiatu w Busku-Zdroju nr XVIII/164/2012 z 27 kwietnia 2012 r. (dowód: akta kontroli str. 10-11, 12-14)

Zarządzeniem wewnętrznym nr 10/2012 dyrektora ZOZ w Busku-Zdroju z 27 stycznia 2012 r. wprowadzony został Regulamin wewnętrzny Pracowni. W § 1 Regulaminu określono, iż celem utworzenia Pracowni było prawidłowe jej funkcjonowanie pod względem zapewnienia badań z zakresu immunologii transfuzjologicznej i całodobowego zaopatrzenia w krew i jej składniki. Kierownikiem Banku Krwi jest kierownik Pracowni, co jest zgodne z § 15 ust. 3 rozporządzenia w sprawie leczenia krwią. Zadania Banku Krwi:

- zamawianie składników krwi w Regionalnym Centrum Krwiodawstwa i Krwiolечnictwa w Kielcach (dalej: RCKiK lub Centrum) na potrzeby oddziałów,
- odbiór otrzymanych składników krwi obejmujący kontrolę wszystkich pojemników, kontrolę temperatury transportu i prowadzenie dokumentacji,
- przechowywanie krwi i jej składników zgodnie z wymogami,
- kontrola całodobowa warunków przechowywania krwi i jej składników i prowadzenie dokumentacji,
- rozmrażanie osocza przed wydaniem z Banku Krwi i prowadzenie kontroli i dokumentacji tego procesu,
- wydawanie krwi i jej składników zgodnie z zapotrzebowaniem bezpośrednio przed planowanym przetoczeniem,
- przechowywanie przez okres 5 dni resztek poprzetoczeniowych w celu umożliwienia rozpracowania odczynu poprzetoczeniowego u biorców krwi,
- prowadzenie dokumentacji Banku Krwi zgodnie z wymogami,
- prowadzenie sprawozdawczości wydanej na oddziały krwi i jej składników.

Tym samym w ZOZ w Busku-Zdroju zapewniono organizację leczenia krwią oraz funkcjonowanie Banku Krwi zgodnie z wymogami określonymi w § 2 pkt 1 i 2 oraz § 15 rozporządzenia w sprawie leczenia krwią. (dowód: akta kontroli str. 4-9)

1.2. W okresie objętym kontrolą w ZOZ w Busku-Zdroju obowiązywało łącznie 17 Standardowych Procedur Operacyjnych (SOP), dotyczących wykonywania badań serologicznych, czynności związanych z działalnością Banku Krwi oraz organizacji leczenia krwią na poszczególnych oddziałach szpitala. Wszystkie SOP sporządzone zostały zgodnie z wzorem stanowiącym załącznik nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 19 września 2005 r. w sprawie określenia sposobu i organizacji leczenia krwią w zakładach opieki zdrowotnej, w których przebywają pacjenci ze

wskazaniami do leczenia krwią i jej składnikami<sup>4</sup> oraz wzorem stanowiącym załącznik nr 2 do rozporządzenia w sprawie leczenia krwią<sup>5</sup>.

Stosownie do § 16 ust. 3 rozporządzenia w sprawie leczenia krwią, wszystkie SOP zostały sporządzone przez kierownika Banku Krwi w porozumieniu z dyrektorem ZOZ w Busku-Zdroju. W myśl § 6 ust. 8 ww. rozporządzenia wszystkie SOP zostały zatwierdzone przez dyrektora ZOZ w Busku-Zdroju po uzyskaniu akceptacji pracownika RCKiK, posiadającego upoważnienie dyrektora RCKiK. SOP wprowadzone pod rządami rozporządzenia Ministra Zdrowia z 19 września 2005 r. były zatwierdzone przez dyrektora Centrum.

Pracownicy Pracowni oraz pracownicy na oddziałach Szpitala, którym powierzono wykonywanie czynności określonych w SOP zostali zapoznani ze wszystkimi obowiązującymi w kontrolowanym okresie procedurami, potwierdzając ten fakt własnoręcznymi podpisami. (dowód: akta kontroli str. 15-89)

W sprawie procedur stosowanych w ZOZ w Busku-Zdroju po uchyleniu rozporządzenia Ministra Zdrowia z 19 września 2005 r., kierownik Pracowni wyjaśniła, iż w okresie od lipca 2011 r. do stycznia 2013 r. stosowano się do przepisów zawartych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 19 września 2005 r., bowiem niewiele się ono różniło od nowych przepisów. Wyjaśniła ponadto, że w sprawach organizacji leczenia krwią w ZOZ obowiązują procedury zawarte w SOP. (dowód: akta kontroli str. 131)

**1.3.** ZOZ w Busku-Zdroju nie zatrudniał lekarza transfuzjologa. Zastępca dyrektora ds. leczenia ZOZ w Busku-Zdroju powierzył, z dniem 4 września 2007 r., lekarzowi specjalście z dziedziny pediatrii, ordynatorowi Oddziału Dziecięcego, obowiązki lekarza odpowiedzialnego za gospodarkę krwią. Lekarz ten w okresie od 1-13 października 1984 r. odbył szkolenie – seminarium doskonalące w zakresie „Wybrane zagadnienia z transfuzjologii”<sup>6</sup>, w dniach 30 marca-11 kwietnia 1992 r. odbył szkolenie na kursie doskonalącym w zakresie „Podstawy racjonalnego leczenia krwią i jej składnikami”<sup>7</sup>, w okresie 7-9 lutego 1994 r. odbył szkolenie dla kierowników punktów krwiodawstwa<sup>8</sup>, w grudniu 2004 r. uczestniczył w szkoleniu kierowników oddziałów terenowych Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Kielcach. W dniu 28 lutego 2013 r. odbył szkolenie doskonalące w zakresie aktualnych zasad leczenia krwią i jej składnikami w podmiotach leczniczych. W zakresie czynności dla lekarza transfuzjonisty ZOZ w Busku-Zdroju zawarto m.in. obowiązek nadzoru nad krwiolecznictwem w oddziałach szpitalnych (kontrola dokumentacji, ksiąg transfuzyjnych), obowiązek kontroli zużycia krwi w celu ograniczenia niepotrzebnych transfuzji, obowiązek dokonywania okresowych ocen wskazań do przetaczania krwi. Ponadto lekarz transfuzjonista kontroluje i ocenia stosowane metodyki przetaczania krwi, organizuje szkolenia lekarzy i pielęgniarek, ocenia zasadność wszystkich przypadków chorych leczonych przetaczaniem krwi, dokonuje oceny prawidłowości i bezpieczeństwa zaopatrzenia w krew. (dowód: akta kontroli str. 98, 99, 100-101, 102, 103, 104, 140-145)

Lekarz odpowiedzialny za gospodarkę krwią zgodnie z § 5 ust. 4 pkt 7 rozporządzenia w sprawie leczenia krwią przekazał do Centrum sprawozdania z działalności Szpitala w zakresie krwiolecznictwa za 2012 r. i 2013 r. w wymaganym terminie. (dowód: akta kontroli str. 135, 136)

<sup>4</sup> Dz. U. Nr 191, poz. 1607 ze zm., uchylone 1 lipca 2011 r. przez art. 158 pkt 3 lit. b) ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654); dalej: rozporządzenie Ministra Zdrowia z 19 września 2005 r.

<sup>5</sup> Wzory SOP były tożsame w obu rozporządzeniach.

<sup>6</sup> Seminarium zorganizowało Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie.

<sup>7</sup> Seminarium zorganizowało Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie.

<sup>8</sup> Szkolenie przeprowadził Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach.

Zarządzeniem wewnętrznym nr 138/2011 dyrektora ZOZ w Busku-Zdroju z 19 grudnia 2011 r. powołany został Komitet Transfuzjologiczny, w skład którego weszło osiem osób, lekarze i pielęgniarki z oddziałów w których najczęściej dokonywano przetoczeń krwi i jej składników oraz kierownik Pracowni. Przewodniczącym Komitetu został lekarz odpowiedzialny za gospodarkę krwią. Skład Komitetu Transfuzjologicznego był zgodny z wymogami określonymi w § 8 ust. 2 rozporządzenia w sprawie leczenia krwią. W zarządzeniu nie zostały określone zadania Komitetu.

Zarządzeniem wewnętrznym nr 177/2012 dyrektora ZOZ w Busku-Zdroju z 31 grudnia 2012 r. ponownie powołany został Komitet Transfuzjologiczny, w identycznym składzie jak w zarządzeniu nr 138/2011. Uchylone zostało zarządzenie z 2011 r. oraz określono w § 2 zadania Komitetu, do których zaliczono dokonywanie okresowej oceny wskazań do przetoczenia krwi i jej składników, analizę zużycia krwi i jej składników w celu ograniczenia niepotrzebnych przetoczeń i nadmiernych zniszczeń krwi i jej składników, nadzór nad działaniami związanymi z leczeniem krwią oraz nadzór nad związaną z tym dokumentacją, analiza każdego powikłania poprzetoczeniowego wraz z oceną postępowania, analiza raportów o błędach i wszelkich nieprzewidzianych zdarzeniach związanych z przetoczeniem krwi, udział w planowaniu zaopatrzenia w krew i jej składniki oraz rocznej sprawozdawczości dotyczącej ich zużycia. (dowód: akta kontroli str. 132, 133-134)

Kierownik Komitetu Transfuzjologicznego prawidłowo, tj. zgodnie z § 7 ust. 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 19 września 2005 r. oraz zgodnie z § 8 ust. 6 rozporządzenia w sprawie leczenia krwią sporządził i przekazał dyrektorowi Szpitala oraz do Centrum sprawozdania z działalności Komitetu Transfuzjologicznego za 2012 i 2013 r., z których wynikało, iż zadania Komitetu były realizowane, za wyjątkiem opracowywania programów szkoleń dla lekarzy i pielęgniarek. (dowód: akta kontroli str. 137, 138)

W ZOZ Busku-Zdroju w praktyce połączone zostały zadania lekarza odpowiedzialnego za gospodarkę krwią i Komitetu Transfuzjologicznego.

Ustalone  
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki stwierdzono następującą nieprawidłowość:

W okresie objętym kontrolą Komitet Transfuzjologiczny nie realizował swojego zadania polegającego na opracowywaniu programów szkoleń dla lekarzy i pielęgniarek, natomiast lekarz odpowiedzialny za gospodarkę krwią nie realizował swojego zadania polegającego na organizowaniu szkoleń dla lekarzy i pielęgniarek. Lekarz odpowiedzialny za gospodarkę krwią wyjaśnił, że zadania te nie były realizowane, bowiem sprawami szkoleń w Szpitalu zajmowała się zastępca dyrektora ds. pielęgniarstwa. (dowód: akta kontroli str. 139)

Jak ustalono, zastępca dyrektora ZOZ w Busku-Zdroju ds. pielęgniarstwa nie opracowała takich programów. Nie ustaliła również imiennej listy pielęgniarek i położnych uprawnionych do dokonywania przetoczeń i czynności związanych z tym zabiegiem, posiadających zaświadczenia o odbyciu odpowiedniego szkolenia, co stanowiło naruszenie § 3 ust. 3 rozporządzenia w sprawie leczenia krwią.

Zastępca dyrektora ZOZ w Busku-Zdroju ds. pielęgniarstwa wyjaśniła w powyższej sprawie: *Jako zastępca dyrektora ds. pielęgniarstwa jestem odpowiedzialna m.in. za szkolenia pielęgniarek i położnych. Pracuję w ZOZ od lat 80-tych i zawsze organizowałam szkolenia dla pielęgniarek i położnych, a także kierowałam pielęgniarki i położne na szkolenia do RCKiK w Kielcach. Nigdy nie było z tym kłopotu. Od około 2 lat, tj. od momentu jak dyrektorem ZOZ w Busku-Zdroju został pan Grzegorz Gałuszka zaczęły się problemy ze szkoleniami. Dokładnie daty nie pamiętam, ale chyba pod koniec 2011 r. zorganizowałam zebranie wszystkich*

pielęgniarek koordynujących (oddziałowych), na którym obecny był dyrektor ZOZ. Poruszyłam sprawę szkoleń dla pielęgniarek w zakresie uprawnień do przetoczeń krwi i jej pochodnych. Przedstawiłam sytuację, iż szkolenia te są obowiązkowe i m.in. oświadczyłam, że są one płatne. Poprosiłam o zabezpieczenie środków finansowych na te szkolenia. Dyrektor oświadczył, że szkolenia możemy sobie organizować we własnym zakresie na terenie szpitala. Ostatecznie nie wyraził zgody na wysyłanie pielęgniarek na szkolenia do RCKiK w Kielcach. Zalecił mi opracowanie odpowiedniego programu i prowadzenie szkoleń na miejscu. Oświadczyłam, że nie posiadam takich uprawnień, ani kompetencji. Dyrektor na to nic nie odpowiedział, a spotkanie zostało zakończone.

Od tamtej pory nie było więcej rozmów na temat szkoleń pielęgniarek. Ponieważ pod koniec 2011 r. dużo pielęgniarek miało jeszcze uprawnienia do przetaczania krwi, ja tego tematu nie poruszałam. Telefonicznie powiadomiłam RCKiK w Kielcach, że z naszego Szpitala nie będziemy kierować pielęgniarek na szkolenia, bowiem nie mam na to zgody Dyrektora. Nie wiem, czy Dyrektor RCKiK w Kielcach interweniował w tej sprawie u Dyrektora Szpitala, w każdym razie szkoleń w dalszym ciągu nie było.

W roku 2012 i 2013 nie odbywały się szkolenia pielęgniarek w zakresie uprawnień do przetoczeń krwi. Nie pamiętam dokładnie, a nie mam żadnych materiałów pisemnych, ale chyba w 2012 r. zostały przeszkolone dwie lub trzy pielęgniarki z OIOM-u.

W czasie tych dwóch lat nie interweniowałam u Dyrektora Szpitala, że pielęgniarkom kończą się uprawnienia. Nie chciałam usłyszeć kolejnej odmowy w bardzo nie milej dla mnie formie.

Dopiero kontrola NIK spowodowała (wymusiła), że Dyrektor dał pieniądze na szkolenia i 3 lutego 2014 r. pierwsza, 21 osobowa grupa takie szkolenie odbyła. Do chwili obecnej przeszkolono jeszcze dwie grupy pielęgniarek i położnych, składam „Plan szkoleń w zakresie krwiodawstwa i krwiolecznictwa na 2014 r.” Złożony Plan nie jest zamknięty, bowiem jest on zależny od miejsc na szkolenia przyznane przez RCKiK w Kielcach. Ustalają oni poza terminami również limity osób.

Wiem, że mam obowiązek opracowywać imienną listę pielęgniarek (położnych) uprawnionych do przetoczeń i czynności związanych z zabiegiem, posiadających zaświadczenie o odbyciu szkoleń. Wiem również, że obowiązek ten wynika z rozporządzenia w sprawie leczenia krwią. W 2012 i 2013 roku takich wykazów nie sporządziłam. Nie sporządziłam list, bowiem pielęgniarki nie miały uprawnień i nie było z kogo tych list ułożyć.

Zdawałam sobie sprawę, że sytuacja w zakresie szkoleń jest coraz bardziej niebezpieczna, byłam tym przerażona, ale nie podjęłam interwencji u Starosty Buskiego. Nie reagowali również lekarze i ordynatorzy. W związku z tym uznałam, że sama nie dam rady nic w tej sprawie zrobić. (dowód: akta kontroli str. 325-326)

Dyrektor ZOZ w Busku-Zdroju w powyższej sprawie wyjaśnił, iż nie był informowany o braku szkoleń pielęgniarek i położnych, którym kończyły się uprawnienia do przetoczeń. Podał, iż nie było problemu ze środkami na szkolenia, zwłaszcza że w latach 2012-2013 odbywały się również inne szkolenia płatne. Poinformował ponadto, że obecnie, tzn. w ciągu ostatnich dwóch miesięcy kilkadziesiąt pielęgniarek i położnych zostało przeszkolonych w RCKiK i w zasadzie problem braku pielęgniarek z aktualnymi uprawnieniami przestał istnieć. (dowód: akta kontroli str. 327)

Odpowiedzialność za powyższą nieprawidłowość ponoszą zastępca dyrektora ZOZ w Busku-Zdroju ds. pielęgniarstwa oraz dyrektor ZOZ w Busku-Zdroju w ramach sprawowanego nadzoru.

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie, mimo stwierdzonej nieprawidłowości działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym zakresie.

## 2. Zaopatrzenie w krew i jej składniki oraz ich wykorzystanie

Opis stanu faktycznego

2.1. Jedynym dostawcą, u którego ZOZ w Busku-Zdroju dokonuje zakupu składników krwi jest RCKiK w Kielcach. Centrum przekazywało ZOZ-owi cenniki za krew i jej składniki obowiązujące w danym roku. Do przesyłanych cenników załączane były rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie określenia wysokości opłat za krew i jej składniki na poszczególne lata. (dowód: akta kontroli str. 109-111, 112-115)

Liczba zakupionych jednostek wyniosła ogółem 2286 w 2010 r., 2462 w 2011 r., 2063 w 2012 r. oraz 2088 w 2013 r. (razem 8899), z czego koncentratu krwinek czerwonych (KKCz) zakupiono w poszczególnych latach odpowiednio: 1823, 2042, 1749 i 1646 (razem 7260), koncentratu krwinek płytkowych (KKP) odpowiednio: 20, 14, 19 i 27 (razem 80), osocza świeżo mrożonego (FFP) odpowiednio: 443, 406, 295 i 415 (razem 1559).

Koszt zakupu jednostek składników krwi w latach 2010-2013 wyniósł ogółem 1 525 tys. zł, z czego w 2010 r. koszt wynosił 362 tys. zł, w 2011 r. – 416 tys. zł, w 2012 r. – 366 tys. zł i w 2013 r. – 381 tys. zł.

W tym samym okresie koszt zakupu leków obejmujących krew i jej składniki wyniósł ogółem 16 786 tys. zł, z czego 3 968 tys. zł w 2010 r., 4 096 tys. zł w 2011 r., 4 073 tys. zł w 2012 r. i 4 649 tys. zł w 2013 r.

Udział kosztu zakupu krwi i jej składników w kosztach zakupu leków wynosił 9,12% w 2010 r., 10,16% w 2011 r., 8,99% w 2012 r. i 9,08% w 2013 r.

Do celów klinicznych zużyto w 2010 r. 2280 jednostek, w tym 1823 KKCz, 20 KKP i 437 FFP, w 2011 r. – 2447 jednostek ogółem, w tym 2025 KKCz, 14 KKP i 408 FFP, w 2012 r. – 2053 jednostki ogółem, w tym 1737 KKCz, 27 KKP i 297 FFP, w 2013 r. – 2092 jednostki ogółem, w tym 1659 KKCz, 27 KKP i 406 FFP.

W latach 2010-2013 nie dopuszczono do przeterminowania żadnej jednostki składnika krwi. Kierownik Pracowni, wspólnie z lekarzem odpowiedzialnym za gospodarkę krwią planowali zakupy krwi i jej składników analizując ich zapotrzebowanie w latach poprzednich. W 2011 r. doszło do awarii witryny chłodniczej do przechowywania KKCz – w komorze witryny temperatura spadła do -20°C, w wyniku czego zutilizowano 12 jednostek KKCz, ponieważ nie nadawały się do wykorzystania do celów klinicznych. Ze zniszczenia krwi i jej składników sporządzony został 12 lutego 2011 r. protokół. Koszt utylizacji wyniósł 2 tys. zł. (dowód: akta kontroli str. 116, 117, 118)

Jak wyjaśniła kierownik Pracowni: *Przy planowaniu zaopatrzenia w krew i jej składniki uwzględnialiśmy zużycie składników krwi według grup układu ABO i Rh. Poziom zaopatrzenia banku krwi wyliczamy na podstawie średniego tygodniowego zużycia składników w szpitalu. Przy planowaniu zakupów krwi bierzemy pod uwagę ilość planowanych, zakontraktowanych zabiegów, specyfikę zabiegów, co zapewnia efektywne wykorzystanie składników. Podczas wydawania krwi zawsze pamiętamy, aby w pierwszej kolejności wydawać krew o krótszym terminie ważności. Bank Krwi ma ustalony minimalny zapas poszczególnych składników krwi. Nie zdarzyło się,*

aby odwołano zabiegi z powodu braku krwi i jej składników. (dowód: akta kontroli str. 328)

ZOZ w Busku-Zdroju nie wydawał krwi innym podmiotom za opłatą. (dowód: akta kontroli str. 328)

**2.2.** Bank Krwi prowadził dokumentację przychodów i rozchodów krwi i jej składników zgodnie z wymogami określonymi w § 18 ust. 1 i 2 rozporządzenia w sprawie leczenia krwią.

Dokumentacja prowadzona była w formie książki przychodów i rozchodów zawierającej m.in. datę i godzinę przychodu, opis krwi i jej składników (nazwę, numer donacji, grupę krwi, ilość, datę pobrania i datę ważności). W Banku Krwi znajdowały się protokoły wydania krwi na oddziały Szpitala. (dowód: akta kontroli str. 146-161)

Zamawianie składników krwi w Centrum odbywało się na podstawie zbiorczych zapotrzebowań na krew i jej składniki, które podpisywał upoważniony diagnosta laboratoryjny. Przed przesłaniem zapotrzebowania do Centrum było ono każdorazowo weryfikowane przez kierownika Pracowni, co potwierdzano podpisem. Pod każde zapotrzebowanie „podpięty” był kwit rozchodu wystawiany przez Centrum zawierający informacje o ilości krwi lub jej składników, numer donacji, ilość, numer opakowania, datę i godzinę wydania. Do powyższych dokumentów dołączany był protokół z kontroli warunków transportu. Powyższe pozwalało szybko zidentyfikować kiedy poszczególne składniki krwi zostały dostarczone do Banku Krwi.

Zamówienia zbiorcze na krew i jej składniki mające na celu uzupełnienie zapasów składane były na druku stanowiącym załącznik nr 10 do rozporządzenia w sprawie leczenia krwią.

W wyniku analizy indywidualnych zamówień na składniki krwi (KKCz, FFP, KKP) składanych do Banku Krwi z oddziałów Szpitala (Chirurgia i Ortopedia) stwierdzono, że były one składane pisemnie na druku zgodnym z załącznikiem do SOP-ZOZ-BK-1. Wszystkie zbadane zamówienia były podpisane przez lekarza i zawierały kompletne informacje o zamawianym składniku krwi.

Zamawianie krwi i jej składników spełniało wymagania § 19 rozporządzenia w sprawie leczenia krwią. (dowód: akta kontroli str. 19, 162-210)

**2.3.** W latach 2012-2013 w ZOZ w Busku-Zdroju występowały okresowe niedobory krwi i jej składników w okresie wakacyjnym. Jak wynika z wyjaśnień kierownika Pracowni, spowodowane były one mniejszą liczbą dawców oddających krew. Niedobory polegały na tym, iż nie można było zamawiać krwi na magazyn w celu odnowienia zapasów. Okresowo występowały braki krwi Rh D- (ujemnej), co wynikało z mniejszej ilości osób z tą grupą krwi w populacji.

Dokonywano wówczas zamówień krwi w Centrum na zamówienie indywidualne dla konkretnych pacjentów wymagających przetoczenia krwi. Nie stwierdzono przypadków wydłużenia leczenia chorych lub zgonu pacjenta z powodu braku krwi. W ZOZ nie uzależniano przeprowadzenia zabiegu i toczenia krwi od oddania krwi przez inne osoby (np. rodzinę pacjenta).

Nie stwierdzono przypadku niewydania przez Centrum krwi i jej składników na hasło „ratunek” lub na zamówienie indywidualne. (dowód: akta kontroli str. 119)

**2.4.** W okresie objętym kontrolą RCKiK przeprowadziło w ZOZ w Busku-Zdroju dwie kontrole. W dniu 26 października 2012 r. przeprowadzona została kontrola transfuzjologiczna Szpitala, której zakres obejmował organizację leczenia krwią i jej składnikami w Pracowni, wraz z poprawnością prowadzenia dokumentacji, zasadność dokonywanych przetoczeń składników krwi, kwalifikacje personelu,

prawidłowość wykonywania zabiegów transfuzyjnych oraz ich dokumentacja w książkach transfuzyjnych i historiach chorób, a także wykonanie zaleceń z poprzedniej kontroli.

W sprawozdaniu z kontroli z 15 listopada 2012 r. RCKiK zaleciło systematyczne, czytelne i zgodne z przepisami dokumentowanie przetoczeń składników krwi, składanie przez lekarzy i pielęgniarki podpisów potwierdzających fakt sprawdzenia tożsamości biorcy przed rozpoczęciem przetaczania każdej jednostki grupowego składnika krwi, posiadanie aktualnych uprawnień do przetoczeń przez pielęgniarki oraz rozpoczynania przetoczenia każdej jednostki grupowego składnika krwi w obecności lekarza. (dowód: akta kontroli str. 90-92)

W odpowiedzi na zalecenia pokontrolne, pismem z 20 stycznia 2013 r. ZOZ w Busku-Zdroju poinformował RCKiK, iż wszystkim lekarzom, a szczególnie odpowiedzialnym za transfuzje na poszczególnych oddziałach przypomniano o obowiązku systematycznego, czytelnego i dokładnego wypełniania wszystkich rubryk w dokumentacji dotyczącej przetaczania składników krwi oraz o konieczności przebywania przy łóżku pacjenta chociaż kilkanaście minut podczas rozpoczynania przetoczenia każdej jednostki krwi, przypomniano personelowi medycznemu o konieczności każdorazowego sprawdzania tożsamości biorcy. Ponadto Pielęgniarka Naczelna i dyrekcja Szpitala zostali poinformowani o konieczności uaktualnienia uprawnień do podłączania składników krwi pielęgniarkom, którym te uprawnienia straciły ważność. (dowód: akta kontroli str. 93)

W dniu 11 grudnia 2013 r. RCKiK przeprowadziła kontrolę transfuzjologiczną Szpitala, której zakres był tożsamy z kontrolą przeprowadzoną 26 października 2012 r.

W sprawozdaniu z kontroli RCKiK zaleciło uzupełnienie szkolenia pielęgniarek w zakresie uprawnień do podłączania składników krwi tak, aby na każdym oddziale w godzinach pracy regulaminowej oraz na każdym dyżurze była dostępna pielęgniarka z aktualnymi uprawnieniami. Zalecenie to zrealizowano dopiero w styczniu i lutym 2014 r., w trakcie kontroli NIK. Zalecono ponadto, aby przed podłączeniem grupowego składnika krwi każdorazowo lekarz i uprawniona pielęgniarka, którzy dokonali oceny zgodności danego składnika krwi z biorcą, składają swoje podpisy na wyniku próby zgodności lub formularzu przebiegu transfuzji FFP lub KKP. (dowód: akta kontroli str. 94-96)

W odpowiedzi na zalecenia pokontrolne, pismem z 18 grudnia 2013 r. lekarz odpowiedzialny za gospodarkę krwią szpitala stwierdził, iż powiadomił pisemnie dyrekcję Szpitala o konieczności uzupełnienia szkolenia pielęgniarek w zakresie uprawnień do podłączania składników krwi tak, aby w każdym oddziale w godzinach pracy regulaminowej oraz na każdym dyżurze była dostępna pielęgniarka z aktualnymi uprawnieniami. Ponadto stwierdził, iż lekarzom i pielęgniarkom przypomniano o konieczności każdorazowego dokonywania oceny zgodności danego składnika krwi z biorcą i złożenia swoich podpisów na wyniku próby zgodności lub na formularzu przebiegu transfuzji. (dowód: akta kontroli str. 97)

W dniu 26 października 2012 r. RCKiK przeprowadziło kontrolę Pracowni. Ocena zawarta w protokole kontroli wskazywała na osiąganie przez Pracownię bardzo dobrych wyników pracy. (dowód: akta kontroli str. 105-108)

Pracownicy Pracowni uczestniczyli w organizowanej w ramach merytorycznego nadzoru przez RCKiK kontroli jakości pracy i uzyskali w 2012 r. 12 punktów na 12 możliwych do uzyskania i w 2013 r. 10 punktów na 10 możliwych do uzyskania. (dowód: akta kontroli str. 228-233, 234-235)

Pracownia uczestniczyła w Krajowym Programie Zewnętrznej Oceny Jakości dla Laboratoriów Immunologii Transfuzjologicznej prowadzonym przez Instytut Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie. W czerwcu 2012 uzyskano 920 pkt na 960 możliwych, wrzesień 2012 r. – 1020 pkt/1020pkt, grudzień 2012 r. – 960 pkt/960pkt, marzec 2013 r. – 960 pkt/960 pkt, czerwiec 2013 r. – 1020 pkt/1020 pkt, wrzesień 2013 r. – 940 pkt/960 pkt. (dowód: akta kontroli str. 236-252)

W okresie objętym kontrolą w Pracowni nie były przeprowadzane kontrole wewnętrzne. (dowód: akta kontroli str. 328)

**2.5.** Łączne zobowiązania ZOZ w Busku-Zdroju wobec RCKiK w Kielcach z tytułu opłat za krew i jej składniki na koniec 2012 r. wynosiły 53 692 zł. Pochodziły one z trzech faktur, które zostały zapłacone do 31 stycznia 2013 r. (dwie faktury) i do 28 lutego 2013 r. (jedna faktura). Odsetki od niezapłaconych w terminie faktur wyniosły 695 zł. (dowód: akta kontroli str. 211, 212-219)

Zobowiązania na koniec 2013 r. wyniosły 99 410 zł. Pochodziły z one z czterech faktur, które zostały zapłacone do 29 stycznia 2014 r. (dwie faktury) do 27 lutego 2014 r. (jedna faktura) i do 28 marca 2014 r. (jedna faktura). Odsetki od niezapłaconych w terminie faktur wyniosły 2 308 zł. (dowód: akta kontroli str. 220-227)

Zgodnie z art. 44 ust. 3 pkt 3 ustawy z 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych<sup>9</sup>, wydatki publiczne powinny być dokonywane w wysokości i terminach wynikających z wcześniej zaciągniętych zobowiązań.

Ustalone  
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej j ednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następującą nieprawidłowość:

ZOZ w Busku-Zdroju nieterminowo uregulował należność za cztery faktury za 2012 r. i cztery faktury za 2013 r. dopuszczając tym samym do naliczenia przez RCKiK odsetek w kwotach odpowiednio 695 zł i 2 308 zł. Do dnia zakończenia kontroli odsetki te nie zostały zapłacone.

Odpowiedzialność za powyższą nieprawidłowość ponosi dyrektor ZOZ w Busku-Zdroju w ramach sprawowanego nadzoru.

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie, mimo stwierdzonej nieprawidłowości działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym zakresie.

### **3. Przechowywanie krwi i jej składników oraz przygotowanie i przekazywanie krwi i jej składników jednostkom i komórkom organizacyjnym podmiotu leczniczego**

Opis stanu  
faktycznego

**3.1.** W wyniku przeprowadzonych oględzin ustalono, że Bank Krwi posiada wyposażenie oraz przechowuje krew i jej składniki zgodnie z warunkami określonymi w § 22 rozporządzenia w sprawie leczenia krwią. W kontrolowanym okresie nie dokonywano zwrotów ani reklamacji krwi i jej składników do RCKiK.

Pracownia Serologii i Bank Krwi funkcjonuje w strukturze ZOZ w Busku-Zdroju jako samodzielna jednostka organizacyjna. Bank Krwi zlokalizowany jest w głównym budynku szpitala, w wydzielonym pomieszczeniu i został wyposażony w zamrażarkę do przechowywania osocza. Zamrażarka wyposażona jest w dwa niezależne termometry. W dniu oględzin dwa termometry umieszczone w zamrażarce wskazywały minus 33°C. Witryny do przechowywania KKCz, w każdej znajdowały

<sup>9</sup> Dz. U. z 2013 r., poz. 885 ze zm.

się dwa termometry – na dole i na górze witryny. Witryny były oznakowane w sposób trwały. Jednostki KKCz umieszczone były w pozycji pionowej, w sposób zapewniający swobodną cyrkulację powietrza między poszczególnymi pojemnikami. Pojemniki były posegregowane według grup krwi ABO i czynnika RhD. Wszystkie jednostki KKCz i FFP miały w dniu oględzin aktualne daty ważności.

Pomiary temperatury w urządzeniach chłodniczych dokonywane były trzy razy na dobę, a wyniki pomiarów dokumentowano na kartach kontroli temperatur. Z dokumentacji pomiarów temperatur wynika, iż nie odbiegała ona od normy. W Banku Krwi znajdowały się protokoły skalowania termometrów używanych do kontroli temperatur. Wszystkie urządzenia chłodzące służące do przechowywania w nich krwi i jej składników, urządzenia służące do rozmrażania FFP, znajdujące się w Banku Krwi były poddawane corocznej walidacji (protokoły znajdowały się w Pracowni Serologii) i posiadały ważne przeglądy techniczne.

W Pracowni znajdowały się ponadto lodówka na odczynniki, ciepłarka oraz inkubator i wirówka do testów mikrokolumnowych. (dowód: akta kontroli str. 253-299, 300, 301)

Na podstawie analizy 10 protokołów kontroli warunków transportu składników krwi z RCKiK do ZOZ w Busku-Zdroju z lat 2012-2013 ustalono, że protokoły te spełniały wymagania § 20 ust. 3 rozporządzenia w sprawie leczenia krwią, zostały sporządzone zgodnie z załącznikiem stanowiącym wzór protokołu zawartym w procedurze SOP-ZOZ-BK-1A „Transport krwi i jej składników”. Temperatury transportu mieściły się w granicach określonych procedurami. (Dowód: akta kontroli str. 24-27, 162-210)

**3.2.** Organizacja pracy Pracowni była zgodna z wymogami rozdziału 4 rozporządzenia w sprawie leczenia krwią.

W Pracowni zatrudnione jest sześć osób. Kierownik i pozostali pracownicy posiadali kwalifikacje i uprawnienia do wykonywania, lub wykonywania i autoryzowania badań w zakresie immunologii transfuzjologicznej, o których mowa w § 29 ust. 1 w zw. z § 43 rozporządzenia w sprawie leczenia krwią. RCKiK przeprowadzając w latach 2012-2013 kontrole jakości wykonywanych badań oceniało pozytywnie wszystkich pracowników.

Pomieszczenia oraz wyposażenie Pracowni spełniało wymagania określone w § 27 ust. 3 i § 30 ust. 1 i 2 rozporządzenia w sprawie leczenia krwią. W Pracowni znajdowała się m.in. chłodziarka laboratoryjna do przechowywania próbek krwi pacjentów, wyposażona w dwa niezależne mierniki temperatury. Pracownia posiadała protokoły walidacji mierników, a z analizy kart kontroli temperatur wynika, iż były one sprawdzane trzy razy w ciągu doby, co było zgodne z § 30 ust. 4 rozporządzenia w sprawie leczenia krwią. Pracownia wyposażona była w ciepłarkę i blok grzewczy z regulacją temperatury, wirówki laboratoryjne z wirnikiem horyzontalnym oraz aparaturę do testów mikrokolumnowych. W Pracowni znajdowało się stanowisko komputerowe z oprogramowaniem dla pracowni serologii.

Analiza książki badań grup krwi oraz książki prób zgodności wykazała, iż były one prowadzone rzetelnie i w szczególności określonej w załącznikach nr 11 i 12 do rozporządzenia w sprawie leczenia krwią. Wyniki badań próby zgodności wykonane w Pracowni, znajdujące się w dokumentacji medycznej pacjentów objętych badaniem kontrolnym przetoczeń 20 jednostek składników krwi były autoryzowane przez diagnostę laboratoryjnego, zgodnie z obowiązkiem określonym w § 29 ust. 9 rozporządzenia w sprawie leczenia krwią.

Kontrola książek prób zgodności oraz książek badań grup krwi (styczeń i październik) wykazała, że badania zawierające ostateczne wyniki lub wyniki serii badań podpisywały osoby wykonujące i autoryzujące te wyniki, co odpowiadało wymogom określonym w § 35 ust. 3 i 4 rozporządzenia w sprawie leczenia krwią.

Z analizy kosztów pośrednich i bezpośrednich Pracowni za 2012 r. wynika, iż grupa kosztów szczegółowych bezpośrednich, na którą składały się wynagrodzenia i inne świadczenia pracownicze, energia, amortyzacja, podatki i opłaty, procedury medyczne, materiały i sprzęt, apteka – leki, apteka – materiały opatrunkowe i usługi materialne wyniosła ogółem 368 856,30 zł. Koszty pośrednie wyniosły 58 349,44 zł. Ogółem koszty funkcjonowania wyniosły 427 205,74 zł.

W 2013 r. koszty bezpośrednie funkcjonowania Pracowni wyniosły 373 233,62 zł, koszty pośrednie 66 912,66 zł. Ogółem koszty funkcjonowania wyniosły 440 146,28 zł. (dowód: akta kontroli str. 323, 324)

**3.3.** ZOZ w Busku-Zdroju nie został wytypowany do realizacji zadań wynikających z projektu PL0067 Kompleksowa informatyzacja systemu krwiodawstwa i krwiolecznictwa w Polsce dofinansowanego z Mechanizmu Finansowego Europejskiego Obszaru Gospodarczego, w ramach priorytetu 2.5 Opieka zdrowotna i opieka nad dzieckiem.

Ustalone  
nieprawidłowości

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

Ocena cząstkowa

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

## **4. Warunki leczenia krwią i jej składnikami**

Opis stanu  
faktycznego

**4.1.** Lekarz odpowiedzialny za gospodarkę krwią odbył w dniu 28 lutego 2013 r. szkolenie doskonalące w zakresie aktualnych zasad leczenia krwią i jej składnikami w podmiotach leczniczych. Wszyscy pracownicy Pracowni posiadali uprawnienia do samodzielnego wykonywania badań serologicznych. (dowód: akta kontroli str. 140-145, 303-307)

W styczniu 2014 r. uprawnione do dokonywania przetoczeń i czynności z tym zabiegiem związanych były 33 pielęgniarki. Na oddziałach chirurgicznym i ortopedycznym żadna z pielęgniarek nie posiadała uprawnień, a przetoczeń na tych oddziałach dokonywali osobiście lekarze. (dowód: akta kontroli str. 308-309)

Szkolenie pielęgniarek rozpoczęto w trakcie kontroli i do dnia 11 kwietnia 2014 r. przeszkolono w RCKiK w Kielcach 118 pielęgniarek i położnych, a do końca tego roku zaplanowano przeszkolenie dalszych 80 osób. (dowód: akta kontroli str. 310-321)

**4.2.** W latach 2010-2013 w ZOZ w Busku-Zdroju dokonywano wyłącznie przetoczeń składników krwi (KKCz, KKP, FFP). Ogółem w ww. okresie dokonano przetoczeń 2 736 pacjentom, z tego w 2010 r. 691 (stanowiło to 4,47% ogółu leczonych pacjentów), w 2011 r. 751 (5,08%), w 2012 r. 669 (4,63%) i w 2013 r. 625 (4,53%). W ZOZ w Busku-Zdroju nie dokonywano autotransfuzji. (dowód: akta kontroli str. 302)

**4.3.** W 2012 r. w ZOZ w Busku-Zdroju przetoczono 1737 jednostek KKCz u 636 pacjentów, 297 jednostek FFP u 107 pacjentów i 19 jednostek u 16 pacjentów. W roku 2013 było to odpowiednio 1659/613, 406/88 i 27/15. W żadnym przypadku nie stwierdzono powikłania poprzetoczeniowego, nie stwierdzono również innych zdarzeń zagrażających zdrowiu pacjentów.

Procedura SOP nr 5 „Postępowanie w razie powikłań poprzetoczeniowych” obowiązuje w ZOZ od 7 września 2011 r. Zapewnia ona identyfikację i rejestrację potencjalnych, niepożądanych zdarzeń, zawiera wzór zgłoszenia powikłania poprzetoczeniowego do RCKiK. (dowód: akta kontroli str. 83-85)

4.4. W latach 2012-2013 w ZOZ w Busku-Zdroju nie wystąpiła konieczność zlecenia odpowiednich badań pacjentów, którym przetaczano krew lub jej składniki w celu potwierdzenia lub wykluczenia zakażenia wirusami HBV, HCV, HIV, bowiem RCKiK nie informowało o stwierdzeniu takich przypadków. (dowód: akta kontroli str. 322)

4.5. W wyniku badania kontrolnego 20 przetoczeń składników krwi przeprowadzonego na oddziałach chirurgicznym i ortopedycznym ustalono, że przetoczeń objętych kontrolą składników krwi dokonano z zachowaniem wymogów i zasad określonych w § 12 i 13 rozporządzenia w sprawie leczenia krwią oraz w SOP nr 4 „Przetaczanie krwi i jej składników” obowiązującą od 8 września 2011 r. Wszystkie badane przypadki zostały rzetelnie udokumentowane. (dowód: akta kontroli str. 73-82, 333-348, 349, 350)

We wszystkich przypadkach przetoczeń KKCz przekazane zostało do Pracowni skierowanie na wykonanie próby zgodności, na druku stanowiącym załącznik nr 6 do rozporządzenia w sprawie leczenia krwią. Zgodnie z obowiązkiem określonym w § 11 ust. 2 ww. rozporządzenia, na wynikach próby lekarz lub uprawniona pielęgniarka udokumentowali swoim podpisem dokonanie oceny zgodności składnika krwi z biorcą. Przetoczenia dokonał lekarz. W kartach przetoczenia krwi i preparatów krwiopochodnych każdorazowo dokumentowano pomiar ciepłoty ciała, tętna i ciśnienia tętniczego krwi, zarówno przed jak i po zakończeniu przetoczenia. Przez 12 godzin po zakończeniu przetoczenia pacjenci byli obserwowani przez lekarza lub wyznaczoną przez niego pielęgniarkę. (dowód: akta kontroli str. 351-352, 353-354)

W każdym przypadku, zgodnie z § 4 ust. 2 rozporządzenia w sprawie leczenia krwią, informacja o przetoczeniu została odnotowana w historii choroby pacjenta, książce transfuzyjnej, karcie informacyjnej z leczenia szpitalnego pacjenta oraz książce raportów pielęgniarskich.

Nie stwierdzono w żadnym z badanych przypadków niekompletności wpisów w książce transfuzyjnej. (dowód: akta kontroli str. 329-332)

Na oddziałach objętych badaniem pojemniki z pozostałością po przetoczeniach były zabezpieczane zgodnie z § 12 ust. 17 rozporządzenia w sprawie leczenia krwią i przekazywane do Banku Krwi, gdzie były przechowywane w przeznaczonych do tego chłodziarce, w warunkach zgodnych z określonymi w § 12 ust. 16 ww. rozporządzenia. (dowód: akta kontroli str. 300)

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

Ustalone  
nieprawidłowości

**Ocena cząstkowa**

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność w badanym obszarze.

## 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 Kontroli<sup>10</sup>, wnosi o:

1. Prowadzenie nadzoru nad działalnością Komitetu Transfuzjologicznego w zakresie wypełniania jego obowiązków dotyczących planowania szkoleń lekarzy i pielęgniarek.
2. Zapewnienie regularnych szkoleń dla pielęgniarek i położnych w zakresie uzyskiwania uprawnień do dokonywania przetoczeń oraz uaktualniania tych uprawnień.
3. Terminowe regulowanie należności wynikających z faktur za dostarczoną przez RCKiK krew i jej składniki.

## 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 w Kielcach.

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 14 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.

Kielce, dnia           maja 2014 r.

Kontroler  
Roman Wilk  
doradca prawny

Najwyższa Izba Kontroli  
Delegatura w Kielcach

Dyrektor  
Grzegorz Walendzik

.....  
*podpis*

.....  
*podpis*

<sup>10</sup> Dz. U. z 2012 r., poz.82