



## NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Poznaniu

LPO.411.001.04.2021

Pan  
Henryk Szymczak  
Prezes Zarządu  
Szpital Powiatowy w Jarocinie Sp. z o.o.  
ul. Szpitalna 1  
63-200 Jarocin

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

K/21/001 – Realizacja wniosków sformułowanych przez NIK po kontroli P/17/093  
„Funkcjonowanie aptek szpitalnych i działów farmacji szpitalnej”

I.

## I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Szpital Powiatowy w Jarocinie Sp. z o.o., ul. Szpitalna 1, 63-200 Jarocin (dalej: Szpital)
Kierownik jednostki kontrolowanej	Henryk Szymczak, Prezes Zarządu Szpitala Powiatowego w Jarocinie Spółka z o.o., od 29 marca 2019 r. (dalej: Prezes Szpitala) <sup>1</sup>
Zakres przedmiotowy kontroli	Zakres i skuteczność działań podjętych w celu realizacji wniosków pokontrolnych NIK odnoszących się do prawidłowej realizacji usług farmaceutycznych oraz zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów w toku farmakoterapii, z uwzględnieniem zmienionych uwarunkowań prawnych.
Okres objęty kontrolą	Lata 2019-2021 <sup>2</sup> .
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli <sup>3</sup>
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Poznaniu
Kontroler	Tomasz Otworowski, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LPO/1161/2021 z 2 listopada 2021 r.

(akta kontroli str. 1)

<sup>1</sup> W okresie od 16 lutego 2017 r. do 29 marca 2019 r. funkcję Prezesa Zarządu pełnił Leszek Mazurek.

<sup>2</sup> Do czasu zakończenia kontroli tj do dnia 10 grudnia 2021 r., z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem; dalej także: kontrolowany okres.

<sup>3</sup> Dz. U. z 2020 r. poz. 1200 (dalej: ustawa o NIK).

## II. Ocena ogólna<sup>4</sup> kontrolowanej działalności

### OCENA OGÓLNA

W Szpitalu wykonano w pełni trzy<sup>5</sup> z pięciu wniosków pokontrolnych sformułowanych w wystąpieniu pokontrolnym NIK Nr LPO.410.009.03.2017 z 30 czerwca 2017 r.<sup>6</sup>

Zapewniono właściwe warunki przechowywania produktów leczniczych magazynowanych w aptece szpitalnej i apteczkach oddziałowych. Zestawy przeciwwstrząsowe, będące na wyposażeniu trzech apteczek oddziałów szpitalnych, były kompletne. Zespół Terapeutyczny realizował wszystkie zadania, do których został powołany.

Natomiast, do czasu kontroli NIK, Szpital nie zrealizował wniosku dotyczącego zapewnienia pacjentom leków do żywienia pozajelitowego, sporządzanych w warunkach apteki szpitalnej przez uprawnione osoby. Ze względu jednak na istniejące uwarunkowania organizacyjne (nieprzeprowadzenie modernizacji i nieuruchomienie w aptece szpitalnej pracowni leku recepturowego, przeznaczonej do przygotowania żywienia pozajelitowego), procedura przygotowania mieszanin do żywienia pozajelitowego nie była w jednostce realizowana<sup>7</sup>, co spotkało się z krytyczną opinią Konsultanta Województwa Wielkopolskiego w dziedzinie Farmacji Szpitalnej pod kątem realizacji standardów terapii żywieniowej. W tym kontekście, NIK wskazuje na ryzyko zaistnienia sytuacji, w której mieszaniny do żywienia pozajelitowego pacjentów modyfikowane byłyby w miejscu do tego nieprzeznaczonym oraz w nieodpowiednich warunkach mikrobiologicznych i fizykochemicznych.

Z ustaleń kontroli wynika również, że działania zmierzające do realizacji wniosku pokontrolnego, odnoszącego się do zapewnienia skutecznego nadzoru nad lekami wydanymi z apteki szpitalnej, nie były w pełni skuteczne. W aptece szpitalnej oraz apteczkach oddziałowych znajdowały się w obrocie wyłącznie leki spełniające wymagania jakościowe, a przeznaczone do utylizacji, w tym niewykorzystane produkty lecznicze, przechowywane były z zachowaniem zasad przyjętych w wewnętrznych procedurach. Zniszczone i przeterminowane środki odurzające i substancje psychotropowe były odpowiednio zabezpieczane. Prowadzona przez aptekę szpitalną dokumentacja, dotycząca przekazania do utylizacji przeterminowanych i zniszczonych produktów leczniczych, była kompletna i zgodna z obowiązującymi przepisami. Jednak w toku kontroli stwierdzono przypadki nierzetelnego ewidencjonowania danych o zużyciu produktów leczniczych w oddziałach szpitalnych, co skutkowało brakiem wiarygodnych informacji o zasobie leków przechowywanych w trzech apteczkach oddziałowych. Zdaniem NIK, niezapewnienie zgodności pomiędzy stanem magazynowym apteczek oddziałowych a danymi ewidencyjnymi apteki stanowić może zagrożenie dla sprawnego i niezwłocznego wstrzymania lub wycofania z obrotu leków wskazanych w ewentualnych decyzjach służb inspekcji farmaceutycznej. Stwierdzono bowiem, że Szpital nie posiada w pełni wiarygodnych danych o zasobie leków w poszczególnych oddziałach, identyfikowanych co do nazwy, serii i daty ważności.

Apteka, której lokal spełniał wymogi określone w obowiązujących przepisach, realizowała należące do niej zadania w zakresie gospodarki lekami. W Regulaminie

<sup>4</sup> Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

<sup>5</sup> „Zapewnienie właściwego przechowywania produktów leczniczych, wyrobów medycznych i środków dezynfekujących w warunkach oddziałów szpitalnych”, „Zapewnienie kompletnego wyposażenia zestawów przeciwwstrząsowych”, „Zapewnienie wypełniania wszystkich zadań, do których został powołany Zespół Terapeutyczny”.

<sup>6</sup> Kontrola P/17/093 – Funkcjonowanie aptek szpitalnych i działów farmacji szpitalnej.

<sup>7</sup> Wykorzystywano gotowe produkty w oryginalnych opakowaniach bez ingerencji w ich skład.

Organizacyjnym Szpitala<sup>8</sup> nie ujęto jednak wszystkich faktycznie wykonywanych usług farmaceutycznych, o których mowa w art. 86 ust. 2, 2a i 4 ustawy z 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne<sup>9</sup>.

Szpital, pomimo podejmowania działań, nie zapewnił w aptece szpitalnej spełniania odpowiednich norm zatrudnienia. Po wprowadzeniu 16 kwietnia 2021 r.<sup>10</sup> minimalnej normy zatrudnienia, liczba farmaceutów zatrudnionych w ramach pełnego etatu w Szpitalu powinna być nie niższa niż dwóch, w sytuacji, gdy w czasie kontroli NIK na etacie zatrudniano jedynie jednego farmaceutę.

### **III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowej<sup>11</sup> kontrolowanej działalności**

#### **Zakres i skuteczność działań podjętych w celu realizacji wniosków pokontrolnych NIK odnoszących się do prawidłowej realizacji usług farmaceutycznych i zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów w toku farmakoterapii, z uwzględnieniem zmienionych uwarunkowań prawnych**

Opis stanu faktycznego

Strukturę organizacyjną podmiotu leczniczego tworzyły zakłady lecznicze, w których zostały wyodrębnione komórki organizacyjne. W skład zakładu Szpital Powiatowy w Jarocinie wchodziła jedna jednostka organizacyjna - Szpital Powiatowy w Jarocinie z 13 komórkami organizacyjnymi w tym Apteka Szpitalna<sup>12</sup>.

(akta kontroli str. 13-20, 59, 79)

Z Regulaminu Organizacyjnego Spółki wynikało, że do zadań Apteki należało organizowanie zaopatrzenia komórek udzielających świadczeń w produkty lecznicze, wyroby medyczne i środki dezynfekujące oraz ich ewidencjonowanie i dystrybucja zgodnie z bieżącymi potrzebami oddziałów. Apteka odpowiedzialna była również za prowadzenie ewidencji i wydawanie na oddziały leków narkotycznych i psychotropowych, współudział w kształtowaniu prawidłowej gospodarki lekami oraz innymi artykułami medycznymi a także udział w monitorowaniu działań niepożądanych. W Regulaminie nie ujęto pozostałych zadań Apteki Szpitalnej, wynikających z obowiązującego, po jego wprowadzeniu, stanu prawnego, o czym szerzej w sekcji Stwierdzone nieprawidłowości.

(akta kontroli str. 13-59)

W Szpitalu prowadzono ewidencję zatrudnionych w aptece farmaceutów i techników farmaceutycznych, zgodnie ze wzorem określonym w załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 18 października 2002 r. w sprawie wzoru prowadzenia ewidencji zatrudnionych w aptece farmaceutów i techników farmaceutycznych<sup>13</sup>.

(akta kontroli str. 732-736)

W aptece, w wymiarze pełnego etatu, zatrudniony był wyłącznie jeden magister farmacji, na którego przypadały 173 łóżka szpitalne. Pełnił on jednocześnie funkcję Kierownika apteki. Ponadto, w aptece, w ramach umów cywilno-prawnych, zatrudnionych było czworo techników farmacji<sup>14</sup>, pomoc apteczna oraz sekretarka

<sup>8</sup> Uchwała Nr 1/2020 Rady Nadzorczej Spółki Szpital Powiatowy w Jarocinie Sp. z o.o. z siedzibą w Jarocinie z 21 stycznia 2020 r. w sprawie zatwierdzenia Regulaminu Organizacyjnego. (dalej: Regulamin).

<sup>9</sup> Dz. U. z 2021, poz. 1977 (dalej: ustawa Prawo farmaceutyczne).

<sup>10</sup> W związku z wprowadzeniem ustawą z 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty i wejściem w życie po 3 miesiącach tj. 16 kwietnia 2021 r. - art. 83 pkt 4 ustawy o zmianie ustawy z 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne.

<sup>11</sup> Oceny cząstkowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena cząstkowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

<sup>12</sup> Uchwałą Nr 1/2020 Rady Nadzorczej Spółki Szpital Powiatowy w Jarocinie Sp. z o.o. z siedzibą w Jarocinie z 21 stycznia 2020 r. w sprawie zatwierdzenia Regulaminu Organizacyjnego spółki.

<sup>13</sup> Dz. U. Nr 187, poz. 1566.

<sup>14</sup> Jeden z techników przebywał na urlopie wychowawczym od 13 lutego 2019 r. do 12 lutego 2022 r.

medyczna. Nie zapewniono zatem minimalnej normy zatrudnienia w aptecę szpitalnej poprzez zatrudnienie, w wymiarze pełnego etatu, co najmniej dwóch magistrów farmacji, o czym szerzej w sekcji Stwierdzone nieprawidłowości.

(akta kontroli str. 79-83)

NIK zauważa, że Konsultant Województwa Wielkopolskiego w Dziedzinie Farmacji Szpitalnej<sup>15</sup>, stwierdził, że w Szpitalu, pomimo zatrudnienia wyłącznie jednego magistra farmacji, do zadań apteki szpitalnej należała, niezwiązana z usługami farmaceutycznymi, gospodarka środkami ochrony indywidualnej, pościelami jednorazowymi, i podkładami, wyrobami niezbędnymi do funkcjonowania laboratorium, żelami do urządzeń ekg i usg, pochłaniaczami do respiratorów, wielorazowymi narzędziami chirurgicznymi. W jego ocenie, stanowiło to „marnotrawstwo specjalistycznych kadr farmaceutycznych”.

(akta kontroli str. 156)

W kontrolowanym okresie, w Szpitalu, w ramach umów cywilno-prawnych zatrudniano łącznie sześciu magistrów farmacji w ramach zastępstwa w czasie nieobecności kierownik apteki szpitalnej oraz pełniących dyżury „na wezwanie”. Z zakresu umowy wynikało, że zadania magistra farmacji zatrudnionego na zastępstwo polegały w szczególności m.in. na przyjmowaniu, wydawaniu, przechowywaniu i identyfikacji produktów leczniczych, w tym:

- dokumentowaniu przekazanych do utylizacji zniszczonych produktów leczniczych,
- ewidencjonowaniu przychodu i rozchodu środków odurzających, substancji psychotropowych i prekursorów kategorii 1,
- przekazywaniu informacji o podjętych działaniach zabezpieczających w sprawie wstrzymania lub wycofania produktu leczniczego,
- zawiadamianiu wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego o produktach leczniczych podrobionych, zepsutych, sfałszowanych lub, dla których upłynął termin ważności a zawierających w swoim składzie środki odurzające, substancje psychotropowe lub prekursory kategorii 1.

(akta kontroli str.79, 83-86, 308-313)

Do podstawowych zadań kierownika apteki należał nadzór nad organizacją pracy w aptecę, sprawowanie opieki farmaceutycznej oraz udzielanie usług farmaceutycznych, a w szczególności udział w racjonalizacji farmakoterapii, zarządzanie produktami leczniczymi i wyrobami medycznymi w oddziale szpitalnym, nadzór nad przyjmowaniem, przechowywaniem i wydawaniem produktów leczniczych i wyrobów medycznych, sprawowanie nadzoru nad jakością i bezpieczeństwem stosowania produktów leczniczych lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz zgłaszanie właściwym organom działań niepożądanych produktów leczniczych.

W toku kontroli NIK, 23 listopada 2021 r. doszło do zmiany zakresu obowiązków kierownika apteki i ujęto w nim realizowane faktycznie do tej pory (a nieujęte w zakresie ) przez kierownika apteki zadania tj.:

- wskazywanie kierownictwu Szpitala potrzeb albo zastrzeżeń w zakresie: asortymentu apteki, zakupu produktów leczniczych oraz tworzenia zapasów, przechowywania i wydawania tych produktów, zatrudniania personelu fachowego w aptecę;
- zapewnienie prawidłowego wykonywania procedur obowiązujących w aptecę;
- nadzór nad przyjmowaniem, wydawaniem, przechowywaniem i identyfikacją

---

<sup>15</sup> Protokół kontroli z 27 października 2021 r.

produktów leczniczych i wyrobów medycznych, sporządzaniem leków recepturowych i leków aptecznych, udzielaniem informacji o produktach leczniczych;

- nadzór nad pracownikami oraz innym personelem zatrudnionym w aptece;

- realizację pozostałych zadań wymienionych w art. 88 ust. 5 pkt 5-17 ustawy Prawo farmaceutyczne.

Dotychczasowe nieujęcie wszystkich ww. zadań w ramach przeprowadzonej 18 czerwca 2021 r. modyfikacji zakresu obowiązków kierownika apteki, jak wyjaśnił Prezes Spółki, wynikało z niedopatrzenia.

(akta kontroli str. 60-62, 820-824)

Kierownik apteki realizował obowiązek, wynikający z art. 77 ustawy o zawodzie farmaceuty, doskonalenia zawodowego przez samokształcenie oraz udział w kursach. Zgodnie z art. 78 ww. ustawy, ustawiczny rozwój zawodowy odbywał w pięcioletnim okresie rozliczeniowym. Kierownik dokumentował ustawiczny rozwój zawodowy w karcie rozwoju zawodowego, zgodnej ze wzorem określonym w załączniku nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 lutego 2018 r. w sprawie ciągłych szkoleń farmaceutów zatrudnionych w aptekach lub hurtowniach farmaceutycznych<sup>16</sup>. Z karty ciągłego szkolenia za okres pięciu lat liczony od 1 stycznia 2014 r. wynikało, że osiągnął on wymaganą liczbę<sup>17</sup> co najmniej 100 punktów edukacyjnych do zaliczenia za udział w wybranych formach ciągłych szkoleń. W kolejnym pięcioletnim okresie liczonym od 1 stycznia 2019 r. kierownik apteki, do 30 listopada 2021 r., uzyskał już 102 punkty edukacyjne.

(akta kontroli str. 314-344)

Szpital poinformował pisemnie 10 maja 2021 r. kierownika apteki o wprowadzonym od 16 kwietnia 2021 r. obowiązku wynikającym z art. 78 ust. 3 ustawy o zawodzie farmaceuty polegającym na niezwłocznym przedstawianiu pracodawcy dokumentu poświadczającego jego udział w formach podnoszenia kwalifikacji zawodowych, o których mowa w art. 43 ust. 2 ww. ustawy.

Jak wyjaśnił Prezes Szpitala, farmaceuta nie korzystał z płatnego urlopu szkoleniowego na wzięcie udziału w podnoszeniu kwalifikacji zawodowych w kontrolowanym okresie.

(akta kontroli str. 821, 825)

Zgodnie z procedurą QP-15/FA 15-01 „Procedura przyjmowania i wydawania z apteki szpitalnej produktów leczniczych i wyrobów medycznych”<sup>18</sup> apteka była czynna codziennie od poniedziałku do piątku od godziny 7:00 do 14:35. Apteka przyjmowała zamówienia z oddziałów szpitalnych planowo w godzinach od 7 do 10 (a także w zależności od potrzeb), natomiast wydawanie produktów leczniczych i wyrobów medycznych następowało od godziny 12 do 14.

Kierownik apteki zobowiązany był do ustalania miesięcznych planów dyżurów magistrów farmacji na wezwanie. Plan podlegał zatwierdzeniu przez Dyrektora Medycznego i był przekazywany do wszystkich oddziałów i komórek Szpitala. Farmaceuci na wezwanie świadczyli usługi Kierownika apteki na podstawie umów zlecenia<sup>19</sup>. W latach 2019 – 2021 (do końca października) wystąpiły 42 przypadki nagłych wezwań magistrów farmacji.

(akta kontroli str. 79, 91, 308-311, 634-639)

<sup>16</sup> Dz. U. z 2018 r. poz. 499.

<sup>17</sup> W okresie od 1 stycznia 2014 r. do 31 grudnia 2018 r. Kierownik apteki uzyskał 103 punkty edukacyjne potwierdzone przez Kaliską Okręgową Izbę Aptekarską.

<sup>18</sup> Wydanie nr 3 z 4 października 2021 r.

<sup>19</sup> W objętym kontrolą okresie Szpital zawarł 13 takich umów z łącznie sześcioma magistrami farmacji.

Wykonywanie czynności w aptece przez farmaceutów i techników farmaceutycznych, zgodnie z art. 99b ust. 1 ustawy Prawo farmaceutyczne, podlegało dokumentowaniu. Dokonywano tego poprzez wypełnianie miesięcznych list obecności pracowników Szpitala zatrudnionych w aptece. W przypadku farmaceutów zatrudnionych „na zastępstwo” realizację obowiązków dokumentowano w rachunku do umowy zlecenia, stanowiącym jednocześnie ewidencję czasu pracy, potwierdzanego przez kierownika apteki oraz dyrektora ds. medycznych.

(akta kontroli str. 308-311)

Minister Zdrowia w związku z art. 3 ust. 3 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia<sup>20</sup> 10 września 2018 r. udzielił Szpitalowi akredytacji. Wobec upływu 3-letniego okresu ważności certyfikatu akredytacyjnego, 12 marca 2021 r. Szpital wystąpił z wnioskiem o recertyfikację i został umieszczony na liście podmiotów oczekujących.

(akta kontroli str. 63-65, 830-843)

Lokal apteki umiejscowiony był na terenie szpitalnego kompleksu, w odrębnym budynku, stanowiącym jednocześnie siedzibę Zarządu Spółki oraz laboratorium analitycznego. Lokal spełniał wymagania w zakresie usytuowania, lokalizacji, rozwiązań komunikacyjnych oraz liczby pomieszczeń, określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 30 września 2002 r. w sprawie szczegółowych wymogów, jakim powinien odpowiadać lokal apteki<sup>21</sup>. Wykaz pomieszczeń apteki odpowiadał wykazowi określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 26 września 2002 r. w sprawie wykazu pomieszczeń wchodzących w skład powierzchni podstawowej i pomocniczej apteki<sup>22</sup>. Wszystkie pomieszczenia były wyposażone w urządzenia eliminujące nadmierne nasłonecznienie.

Wyposażenie apteki stanowiły urządzenia i sprzęty wymienione w § 7-9 rozporządzenia o lokalu apteki. Lodówki posiadały urządzenia pomiarowe, a w środku przechowywano wyłącznie produkty lecznicze. We wszystkich pomieszczeniach apteki, w których przechowywano produkty lecznicze oraz wyroby medyczne znajdowały się sprawne termometry i higrometry. Ponadto, każdy magazyn wyposażony był w automatyczny rejestrator temperatury, a dostęp do odczytów posiadał, za pośrednictwem urządzeń teleinformatycznych, kierownik apteki. Pomieszczenia były czyste i suche. Produkty lecznicze przechowywane były w sposób staranny, zabezpieczający je przed zakurzeniem, zabrudzeniem i zniszczeniem. Wszystkie leki gotowe do stosowania wewnętrznego oraz leki gotowe do stosowania zewnętrznego i środki odurzające, substancje psychotropowe i środki bardzo silnie działające, przechowywane były oddzielnie.

(akta kontroli str. 732-744)

Pracownia leku recepturowego pozostawała wyłączona z eksploatacji od 2011 r. Zgodnie z informacją Prezesa z 19 lipca 2017 r.<sup>23</sup> dotyczącą wykonania wniosku pokontrolnego nr 1 sformułowanego w wystąpieniu pokontrolnym NIK Nr LPO.410.009.03.2017 z 30 czerwca 2017 r.<sup>24</sup> modernizacja i ponowne uruchomienie pracowni leku recepturowego, przeznaczonej do przygotowania żywienia pozajelitowego, przewidziane zostały do wykonania po 2017 r. Wg stanu na 15 listopada 2021 r. w pracowni nie przeprowadzono od 2017 r. żadnych widocznych prac naprawczo-modernizacyjnych.

<sup>20</sup> Dz. U. z 2016 r. poz. 2135.

<sup>21</sup> Dz. U. z 2002 r. nr 171, poz. 1395 (dalej: rozporządzenie o lokalu apteki).

<sup>22</sup> Dz. U. z 2002 r. nr 161, poz. 1338.

<sup>23</sup> Nr SZP/P/206/2017

<sup>24</sup> „Zapewnienie pacjentom leków do żywienia pozajelitowego, sporządzanych w warunkach apteki szpitalnej przez uprawnione osoby”.

Jak wyjaśnił Prezes, podawanie żywienia pozajelitowego odbywało się poprzez użycie gotowych produktów w oryginalnych opakowaniach bez ingerencji w ich skład, natomiast modernizacja i ponowne uruchomienie pracowni leku recepturowego zostały zaplanowane w ramach rozbudowy i modernizacji Szpitala. Z planu inwestycji Szpitala na lata 2021-2024<sup>25</sup> wynikało, że modernizację apteki i ponowne uruchomienie pracowni przewidziano na lata 2022-2023. Roboty dotyczące pracowni, jak wyjaśnił Prezes, zostały zaplanowane w końcowym etapie prac ze względu na potrzebę wykonania wielu zadań przygotowawczych, poprzedzających modernizację.

(akta kontroli str. 87, 92, 732-744, 820)

Zgodnie z art. 4 ust. 3 pkt 5 ustawy o zawodzie farmaceuty, sporządzanie pozajelitowych leków recepturowych i aptecznych, w tym preparatów do żywienia pozajelitowego należy wykonywać w aptece szpitalnej. Ponadto, zgodnie z art. 90 ustawy Prawo farmaceutyczne, wykonywanie czynności fachowych do jakich należy sporządzanie mieszanin do żywienia pozajelitowego należy do farmaceuty. Zgodnie z kolei z art. 91 ust 2 ustawy Prawo farmaceutyczne pomocniczo, w czynnościach tych może uczestniczyć także technik farmacji.

NIK wskazuje, że w protokołach z 25 stycznia 2019 r. oraz 27 października 2021 r. z przeprowadzonych kontroli, Konsultant Województwa Wielkopolskiego w dziedzinie Farmacji Szpitalnej ocenił, że mieszaniny do żywienia pozajelitowego podawane w Szpitalu pacjentom są niezgodne ze standardami terapii żywieniowej<sup>26</sup>. Ww. mieszaniny „nie są suplementowane o niezbędne składniki. Zamiast tego suplementację podaje się w oddzielnych wlewach, przygotowanych na oddziale szpitalnym przez personel pielęgniarski, co stanowi zagrożenie w kontekście powikłań epidemiologicznych u pacjentów. (...) Mieszanina uzupełniona o niezbędne składniki powinna być podawana pacjentom jako jeden wlew, gdyż jest to najbezpieczniejsza forma podaży”.

(akta kontroli str. 142-157)

W świetle powyższego, brak w Szpitalu pracowni do przygotowywania mieszanin do żywienia pozajelitowego stwarza, zdaniem NIK, ryzyko zaistnienia sytuacji, w której mieszaniny do żywienia pozajelitowego pacjentów modyfikowane będą w miejscu do tego nieprzeznaczonym oraz w nieodpowiednich warunkach mikrobiologicznych i fizykochemicznych.

Zasady przechowywania leków w aptece zostały określone w Procedurze Nr QP- 6/FA-6-03 – wydanie nr 2 z 23 września 2021 r. Nadzór nad ich przestrzeganiem oraz odpowiedzialność za prawidłowe przechowywanie leków sprawował Kierownik apteki. W aptece produkty lecznicze i wyroby medyczne przechowywano zgodnie z tymi zasadami.

(akta kontroli str. 601-609, 732-744)

Zasady przechowywania leków na oddziałach Szpitala ustalono w procedurze QP-6/FA-6-01 – wyd. 3 z 29 września 2021 r. Produkty lecznicze wchodzące w skład apteczek trzech poddanych oględzinom oddziałów<sup>27</sup> Szpitala ułożone były alfabetycznie i wg sposobu podawania, przechowywane wyłącznie w oryginalnych opakowaniach w warunkach zapewniających im ochronę przed zmieszaniem z innymi substancjami, lekami i zanieczyszczeniami oraz bezpośrednim działaniem światła. Leki nie dotykały ścian i podłóg w miejscu ich składowania. Produkty

<sup>25</sup> Opracowanego przez Prezesa Szpitala 5 lutego 2021 r.

<sup>26</sup> Polskie Towarzystwo Żywienia Pozajelitowego, Dojelitowego i Metabolizmu: „Standardy Żywienia dojelitowego i pozajelitowego” – Kraków 2019, wydawnictwo Scientifica.

<sup>27</sup> Oddział Położniczo-Ginekologiczny, Oddział Noworodkowy, Oddział SOR.



lecznicze do stosowania zewnętrznego były przechowywane na oddzielnych półkach niż leki do stosowania wewnętrznego. Lodówki oddziałowe wykorzystywano wyłącznie do przechowywania produktów leczniczych. We wszystkich pomieszczeniach na oddziałach, w których przechowywano produkty lecznicze, prowadzono kontrolę temperatury i wilgotności powietrza. W apteczkach oddziałowych w widocznych miejscach umieszczono ostrzeżenie mające zminimalizować ryzyko pomyłek w formie napisu<sup>28</sup> o treści zgodnej z Procedurą QP-9/FA 9-01 – wyd. 2 z 1 października 2021 r. Sposób przechowywania produktów leczniczych wydanych z apteki szpitalnej potwierdzał realizację wniosku pokontrolnego nr 2 sformułowanego w wystąpieniu pokontrolnym NIK Nr LPO.410.009.03.2017 z 30 czerwca 2017 r.<sup>29</sup>

Leki o niebezpiecznie wysokim stężeniu oraz produkty lecznicze bardzo silnie działające (Wykaz A) przechowywane były osobno w wydzielonych miejscach ze stosownym oznaczeniem.

(akta kontroli str. 87, 581-592, 745-816)

W aptecze szpitalnej oraz apteczkach trzech oddziałów szpitalnych znajdowały się w obrocie wyłącznie leki spełniające wymagania jakościowe.

(akta kontroli str. 643-673, 687-731, 745-816)

Na każdym z oddziałów znajdował się zestaw przeciwwstrząsowy (w formie torby), a jego skład był kompletny. Lek Adrenalinum w postaci pięciu ampulek do wstrzykiwań posiadał pisemne oznaczenie, na kartce, dotyczące daty umieszczenia go w zestawie i okresu jego przechowywania poza lodówką. W żadnym z kontrolowanych zestawów czas przechowywania Adrenalinum nie przekraczał sześciu miesięcy, co potwierdziło realizację wniosku pokontrolnego nr 3 sformułowanego w ww. wystąpieniu pokontrolnym NIK z 30 czerwca 2017 r.<sup>30</sup>

(akta kontroli str. 87-88, 745-748, 765-767, 785-788)

Postępowanie z lekami, którym upłynął termin ważności, a także lekami niewykorzystanymi regulowała procedura QP-13/ŚO-13-01 – wydanie 3 z 14 lutego 2019 r. Wg ww. procedury leki takie miały podlegać ewidencji, co potwierdziły oględziny apteki szpitalnej oraz apteczek oddziałowych. W przypadku leków przeterminowanych ich wystąpienie należało zgłosić kierownikowi apteki i przekazać do apteki szpitalnej wraz z dokumentem kasacji sporządzanym w systemie informatycznym Szpitala w terminie nie dłuższym niż dziesięć dni od daty upływu terminu ważności. W przypadku niewykorzystanych w pełni produktów leczniczych, leki te, zgodnie z procedurą, były przechowywane na oddziałach w specjalnych pojemnikach oznaczonych kodem odpadu 18 01 09<sup>31</sup>. W każdy ostatni poniedziałek miesiąca niewykorzystane resztki, zgodnie z wystawionym wcześniej w systemie informatycznym dokumentem kasacji przekazanym kierownikowi apteki, miały trafiać do wyznaczonego miejsca w magazynie odpadów. Następnie niewykorzystane produkty lecznicze kierownik apteki przekazywał zewnętrznej firmie utylizacyjnej dokumentując ich przekazanie protokołem, którego forma i zakres była zgodna ze wzorem, o którym mowa w § 10 ust. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 18 października 2002 r. w sprawie podstawowych warunków prowadzenia aptek<sup>32</sup>. Protokoły były potwierdzone przez przedstawiciela przedsiębiorcy przyjmującego produkt leczniczy do utylizacji. Na potrzeby ewidencji odpadów w aptecze

<sup>28</sup> „Uwaga! Sprawdź 3X, czy podajesz lek właściwy, zgodny z zleceniem lekarza”.

<sup>29</sup> „Zapewnienie właściwego przechowywania produktów leczniczych, wyrobów medycznych i środków dezynfekujących w warunkach oddziałów szpitalnych”.

<sup>30</sup> „Zapewnienie kompletnego wyposażenia zestawów przeciwwstrząsowych”.

<sup>31</sup> W toku oględzin ustalono, że na oddziale SOR znajdowały się dwie niewykorzystane w okresie od 1 do 16 listopada resztki a na oddziale noworodkowym 50.

<sup>32</sup> Dz. U. z 2002 r. nr 187, poz. 1565.

sporządzano również karty przekazania odpadu, zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 1 do ustawy z 23 stycznia 2020 r. o zmianie ustawy o odpadach oraz niektórych innych ustaw<sup>33</sup>.

(akta kontroli str. 538-562, 640-641, 745-816)

Powyższy tok postępowania potwierdziło badanie próby dokumentacji zgromadzonej przez Szpital w przypadku ostatniego tj. w dniu 5 listopada 2021 r. przekazania leków do utylizacji. Na jej potrzeby, w okresie od 30 września 2021 r. do 3 listopada z 2021 r., sporządzono protokoły kasacji w systemie informatycznym Szpitala przez oddziały i aptekę. Protokoły miały wszystkie powyższe elementy takie jak m.in. nazwa produktu, ilość, seria. Po ich potwierdzeniu kierownik apteki szpitalnej sporządził protokoły przekazania produktu leczniczego/wyrobu medycznego do utylizacji, wg których 5 listopada 2021 r. przekazano do utylizacji 185 niewykorzystanych produktów leczniczych oraz leków przeterminowanych. Szpital posiadał również kartę przekazania odpadów z 5 listopada 2021 r.

Przyjęty i stosowany sposób postępowania świadczył o podjęciu skutecznych działań zmierzających do realizacji wniosku pokontrolnego nr 4 sformułowanego w wystąpieniu pokontrolnym NIK Nr LPO.410.009.03.2017 z 30 czerwca 2017 r.<sup>34</sup> w kontekście prowadzenia dokumentacji leków przeterminowanych i zniszczonych przez aptekę szpitalną.

(akta kontroli str. 640-673, 745-816)

Jak wyjaśnił Prezes Szpitala, na oddziałach szpitalnych, co 7 dni jest przeprowadzana, najczęściej w czasie nocnego dyżuru, kontrola dat ważności produktów leczniczych potwierdzana wpisem do zeszytu kontroli. Nadzór nad czynnościami związanymi z kontrolą dat ważności i prawidłowym przechowywaniem jak wyjaśnił Prezes, sprawowała pielęgniarka oddziałowa. Kierownik apteki na koniec miesiąca przeprowadzał kontrolę dat ważności w apteczkach oddziałowych w systemie informatycznym.

W toku oględzin trzech oddziałów szpitalnych, przeprowadzonych 16 listopada 2021 r. potwierdzono odnotowanie dokonania ww. kontroli w dniach 8 oraz 15 listopada 2021 r.

(akta kontroli str. 745-748, 765-767, 785-788, 830)

W aptecce, w zabezpieczonym miejscu, przechowywano zniszczone produkty lecznicze, w tym niewykorzystane w całości środki odurzające, substancje psychotropowe i prekursorzy kategorii 1. Wg stanu na 15 listopada 2021 r. w aptecce przechowywano do zabezpieczenia 128 niewykorzystanych produktów leczniczych zawierających substancje narkotyczne lub psychotropowe, zgodnie z zasadami określonymi w procedurze nr QP-12/FA 12-01 – wydanie 2 z 4 października 2021 r. „Postępowanie ze środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi i prekursorami kategorii 1, które zostały przeterminowane, niewykorzystane w całości lub zostały zepsute w oddziałach szpitalnych”. Na oddziale SOR, zgodnie z ww. procedurą, w sejfie pancernym w czerwonym pojemniku, szczelnie zamknięty z oznaczeniem „DO ZNISZCZENIA”, wg stanu na 16 listopada, przechowywano, zgodnie z pisemną ewidencją, osiem niewykorzystanych środków kontrolowanych<sup>35</sup>. Zgodnie z procedurą pojemniki i dokumenty powinny być przekazywane do apteki szpitalnej na bieżąco lub jeden raz w miesiącu.

<sup>33</sup> Dz. U. z 2020 r., poz. 150.

<sup>34</sup> „Zapewnienie nadzoru nad obrotem lekami wydanymi z apteki”.

<sup>35</sup> Trzy niewykorzystane ampułki morphini sulfas WZF inj. 0,01g/1ml oraz pięć niewykorzystanych ampulek relanium inj. 0,01g/2ml.

Czynności zabezpieczenia przeprowadzono w obecności upoważnionego przedstawiciela Wielkopolskiego Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego. Ostatnie udokumentowane zabezpieczenie w formie protokołu, o którym mowa w § 3 ust. 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2012 r. w sprawie szczegółowych warunków i trybu postępowania ze środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi i prekursorami kategorii 1, ich mieszaninami oraz produktami leczniczymi, zepsutymi, sfalszowanymi lub którym upłynął termin ważności, zawierającymi w swoim składzie środki odurzające, substancje psychotropowe lub prekursory kategorii 1<sup>36</sup> Inspektor przeprowadził 1 czerwca 2021 r. Odpady zostały dostarczone do zakładu utylizującego 25 czerwca 2021 r. Na potrzeby ewidencji odpadów w aptece sporządzano protokół, o którym mowa w §10 ust. 2 pkt 6 rozporządzenia w sprawie podstawowych warunków prowadzenia apteki<sup>37</sup>, jak również karty przekazania odpadów oraz dokument potwierdzający unieszkodliwienie odpadu medycznego.

(akta kontroli str. 623-628, 640-641, 674-816)

W toku przeprowadzonych oględzin stwierdzono niezgodność stanu trzech apteczek oddziałowych z ewidencją produktów leczniczych prowadzoną przez aptekę (stan magazynowy), w zakresie ilości i oznaczeń serii ośmiu z 18 badanych leków pozostających w dyspozycji oddziałów, o czym szerzej w sekcji Stwierdzone nieprawidłowości.

(akta kontroli str. 745-748, 765-767, 785-788)

Produkty lecznicze znajdujące się w apteczkach oddziałowych, zgodne co do nazwy z lekami poddanymi oględzinom, zostały wydane z Apteki Szpitalnej.

(akta kontroli str. 852-859)

W odniesieniu do realizacji wniosku pokontrolnego nr 3, sformułowanego w wystąpieniu pokontrolnym NIK z 30 czerwca 2017 r.<sup>38</sup> w Szpitalu, w ramach działalności Zespołu Terapeutycznego, zapewniono:

- opracowanie aktualnie obowiązującego Receptariusza (w grudniu 2019 r.);
- aktualizację Szpitalnej Listy Leków dwa razy w roku;
- monitorowanie gospodarki lekiem. Jak wyjaśnił Prezes, Szpital prowadził monitorowanie definiowanych dawek dobowych antybiotyków w oddziałach szpitalnych. Co 12 miesięcy przeprowadzane były postępowania przetargowe na zakup leków i wyrobów medycznych. W ramach przygotowania do postępowania prowadzone były analizy zużycia produktów leczniczych. Wnioski o postępowanie były zatwierdzane przez dyrektora ds. medycznych. Zespół Terapeutyczny wykonywał również retrospektywną analizę zleceń m.in. w zakresie interakcji lekowej oraz prawidłowości dawkowania;
- koordynowanie spraw związanych z przygotowaniem wykazu leków stale dostępnych w oddziale realizowano w ramach aktualizacji Receptariusza oraz Szpitalnej Listy Leków. Przypadki opiniowania wniosków zgłaszanych przez lekarzy o wpisanie lub skreślenie leków z Receptariusza były potwierdzane przez kierownika Zespołu Terapeutycznego oraz dyrektora ds. medycznych;

W ramach nadzoru nad apteczkami oddziałowymi kierownik apteki przeprowadzał kontrolę każdego oddziału raz do roku, a ustalenia dokumentowano w formie pisemnego protokołów kontroli, które przekazywano kierownikowi oddziału oraz

<sup>36</sup> Dz. U. z 2012 r. poz. 236.

<sup>37</sup> Dz. U. z 2002 r. poz. 1565.

<sup>38</sup> „Zapewnienie wypełniania wszystkich zadań, do których został powołany Zespół Terapeutyczny”.

pielęgniарce oddziałowej. Z protokołów kontroli apteczek oddziałowych wynikało, że zakres takich kontroli dotyczył:

- warunków przechowywania produktów leczniczych i ich zabezpieczenia,
- kontroli dat ważności produktów leczniczych,
- kontroli zestawy przeciwwstrząsowego w zakresie kompletności i dat ważności adrenalinum,
- szczegółowej zgodności ewidencji obrotu środków kontrolowanych ze stanem magazynowym w zakresie ich liczby.

(akta kontroli str. 88-90, 131-141, 158-307, 397-537)

Począwszy od 11 listopada 2017 r. wprowadzano zmiany zakresu zadań Zespołu Terapeutycznego, do których w aktualnie obowiązującym od 29 listopada 2019 r.<sup>39</sup> należały m.in.: współdziałanie w kreowaniu polityki lekowej Szpitala, , opracowanie i weryfikacja Receptariusza, monitorowanie gospodarki lekami, koordynowanie spraw związanych z przygotowaniem wykazu leków stale dostępnych na oddziałach, opiniowanie wniosków o wpisanie lub skreślenie leków z Receptariusza, monitorowanie niepożądanych działań leków. Od 29 listopada 2019 r. doszło również do połączenia Zespołu Terapeutycznego oraz Zespołu ds. szpitalnej polityki antybiotykowej, w wyniku czego powołano Zespół Terapeutyczny i polityki antybiotykowej.

We wszystkich pracach Zespołu udział brał kierownik apteki.

(akta kontroli str. 95-141)

Apteka prowadziła dokumentację dotyczącą leków, w odniesieniu do których wydane zostały przez służby inspekcji farmaceutycznej decyzje o wstrzymaniu w obrocie lub wycofaniu z obrotu, obejmującą m.in. raporty o podjętych działaniach zabezpieczających.

Jak wyjaśnił kierownik apteki, w przypadku wydania decyzji o wstrzymaniu lub wycofaniu leku z obrotu, kierownik przekazuje informacje do oddziałowych dyżurek pielęgniarskich o wycofanym produkcie, jego serii, dacie ważności i producencie. Personel pielęgniarski po sprawdzeniu stanów magazynowych apteczek oddziałowych przekazuje kierownikowi apteki informację zwrotną. Wstrzymane lub wycofane produkty lecznicze zostają zabezpieczone w aptece szpitalnej.

NIK wskazuje, że stwierdzone w toku kontroli nierzetelne ewidencjonowanie danych dotyczących zużycia produktów leczniczych w oddziałach szpitalnych uniemożliwiało sprawowanie przez kierownika apteki skutecznego nadzoru w zakresie rzeczywistego stanu apteczek oddziałowych. Zdaniem NIK, niezgodności dotyczące oznaczeń konkretnych produktów leczniczych (seria) stanowią zagrożenie dla sprawnego i niezwłocznego wstrzymania lub wycofania z obrotu leków wskazanych w ewentualnych decyzjach służb inspekcji farmaceutycznej.

(akta kontroli str. 745-748, 765-767, 785-788, 845-851)

Kierownik apteki prowadził ewidencję produktów medycznych i wyrobów medycznych otrzymanych w formie darowizny. Ewidencja prowadzona była w formie elektronicznej w programie aptecznym lxxx.

(akta kontroli str. 345-397)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

<sup>39</sup> Zarządzenie Zarządu Spółki Szpital Powiatowy w Jarocinie Sp. z o.o. Nr 33/2019 z 29 listopada 2019 r., w sprawie zmiany w składzie komitetów i zespołów dotychczas powołanych i powołania w Szpitalu Powiatowym Sp. z o.o. w Jarocinie

1) W Regulaminie wprowadzonym 21 stycznia 2020 r. nie ujęto realizowanych zadań wynikających z art. 86 ustawy Prawo farmaceutyczne (w brzmieniu obowiązującym do dnia 16 kwietnia 2021 r.<sup>40</sup>) w zakresie:

- udzielania informacji o produktach leczniczych i wyrobach medycznych (ust. 2 pkt 4);
- udziału w racjonalizacji farmakoterapii (ust. 3 pkt 9)<sup>41</sup>;
- prowadzenia ewidencji produktów leczniczych i wyrobów medycznych otrzymywanych w formie darowizny (ust. 4 pkt 1);
- ustalania procedury wydawania produktów leczniczych lub wyrobów medycznych przez aptekę szpitalną na oddziały oraz dla pacjenta (ust. 4 pkt. 2).

Natomiast po zmianie stanu prawnego z 16 kwietnia 2021 r., w Regulaminie nie ujęto realizowanych zadań apteki szpitalnej, o których mowa w art. 87 ust. 4 pkt 2 ustawy Prawo farmaceutyczne tj. zapewnienia świadczenia usług farmaceutycznych, o których mowa w art. 86 ust. 2 ww. ustawy, na potrzeby zakładu leczniczego, w związku z art. 4 ust. 3 ustawy o zawodzie farmaceuty w zakresie:

- udzielania informacji i porad dotyczących działania i stosowania oraz przechowywania produktów leczniczych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych lub ich wyposażenia (pkt 4);
- sporządzania i monitorowania warunków sporządzania produktów leczniczych połączone z oceną ich jakości, w tym trwałości (pkt 2);
- usługi farmacji klinicznej (pkt 7).

Zgodnie z art. 24 ust. 1 pkt 7 ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej<sup>42</sup>, organizację i zadania poszczególnych jednostek lub komórek organizacyjnych przedsiębiorstwa podmiotu oraz warunki współdziałania tych jednostek lub komórek dla zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania podmiotu pod względem diagnostyczno-leczniczym, pielęgnacyjnym, rehabilitacyjnym i administracyjno-gospodarczym określać powinien regulamin organizacyjny.

Jak wyjaśnił Prezes, Rada Nadzorcza na najbliższym posiedzeniu dostosuje Regulamin do obowiązującego stanu prawnego. Z uwagi na awarię pracowni leku i tym samym brak możliwości sporządzania i monitorowania warunków przygotowania produktów leczniczych oraz pozajelitowych leków recepturowych, w tym preparatów do żywienia pozajelitowego oraz przygotowywania leków w dawkach indywidualnych, w tym antybiotyków pozajelitowych, czynności te nie zostały ujęte w Regulaminie. Natomiast usługi farmacji klinicznej, jak wyjaśnił Prezes, były realizowane w Szpitalu przez kierownika apteki.

(akta kontroli str. 13-59, 820)

2) W Szpitalu od 16 kwietnia 2021 r.<sup>43</sup> nie zapewniono spełniania minimalnej normy zatrudnienia w aptece szpitalnej i nie zatrudniano w ramach etatu co najmniej dwóch magistrów farmacji<sup>44</sup>. Według art. 87a ustawy Prawo farmaceutyczne należało zapewnić równoważnik co najmniej 1 etatu w pełnym wymiarze godzin kierownika apteki oraz równoważnik co najmniej 1 etatu w pełnym wymiarze godzin co najmniej jednego farmaceuty na każde rozpoczęte 100 łóżek, a w okresie obowiązywania

<sup>40</sup> Zmiana wprowadzona przez art. 83 ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty (Dz. U. z 2021 r. poz. 97).

<sup>41</sup> Przepis aktualnie uchylony

<sup>42</sup> Dz.U. z 2021 r., poz. 711 ze zm.

<sup>43</sup> W związku z wejściem w życie zmian ustawy Prawo farmaceutyczne (wprowadzonych ustawą o zawodzie farmaceuty – art. 83).

<sup>44</sup> Wg danych potencjał szpitala obejmuje 173 łóżka.

tego wymogu (do dnia zakończenia kontroli<sup>45</sup>) w aptece, w ramach etatu, zatrudniony był tylko jeden farmaceuta na stanowisku kierownika apteki.

(akta kontroli str. 79-86, 91, 308-310)

Na niedobór personelu apteki zwrócił uwagę również Konsultant Województwa Wielkopolskiego w dziedzinie Farmacji Szpitalnej w protokołach z 25 stycznia 2019 r. oraz z 27 października 2021 r. z przeprowadzonych kontroli funkcjonowania apteki szpitalnej. Konsultant stwierdził, że niewystarczająca kadra farmaceutów skutkuje brakiem realizacji przez Szpital pełnego zakresu usług farmaceutycznych ukierunkowanych na minimalizację ilości błędów lekowych. Stan taki może skutkować szkodą dla hospitalizowanych osób. Niewystarczająca obsada farmaceutów, w ocenie Konsultanta, obciążała personel pielęgniarski dodatkowymi obowiązkami, takimi jak sporządzanie leków dożylnych.

(akta kontroli str. 142-157)

Jak wyjaśnił Prezes, Szpital prowadził rozpoznanie wyłącznie wśród kadry farmaceutów realizujących w aptece szpitalnej usługi „na zastępstwo”. Z jednym z nich przeprowadzono rozmowy w lipcu 2021 r. jednak kandydat nie przyjął oferty Szpitala. Do kolejnego spotkania z nowym kandydatem doszło 24 listopada 2021 r. zakończonego uzgodnieniem warunków zatrudnienia. W związku z sytuacją życiową kandydata, rozpoczęcie pracy na stanowisku magistra farmacji zaplanowano na 1 czerwca 2022 r.

(akta kontroli str. 821)

3) W toku oględzin apteczek trzech oddziałów stwierdzono niezgodność pomiędzy stanem magazynowym apteczek oddziałowych a danymi apteki szpitalnej o lekach wydanych do poszczególnych komórek organizacyjnych Szpitala. i tak:

Na oddziale położniczo-ginekologicznym stwierdzono:

- 22 opakowania produktu leczniczego o nazwie A., z czego 12 z serii 3xxx1 o dacie ważności 04.2024, 9 z serii 3xxx120 o dacie ważności 11.2023 oraz 1 z serii 3xxx920 o dacie ważności 09.2023. Według danych ewidencyjnych apteki ujęto natomiast 17 opakowań z serii 3xxx1;
- 32 opakowania produktu leczniczego o nazwie B., z czego 28 z serii 2xxx1A o dacie ważności 04.2023 oraz 4 z serii 2xxx0A o dacie ważności 10.2022. W ewidencji ujęto 50 opakowań z serii 2xxx1A;
- 88 tabletek produktu leczniczego o nazwie C., z czego 1 całe opakowanie (42 tabl.) oraz 32 tabl. z serii Bxxx10 o dacie ważności 03.2023, oraz 14 tabletek z serii Bxxx40 o dacie ważności 09.2023. W ewidencji ujęto 78 tabletek z serii Bxxx10;
- 19 ampulek produktu leczniczego o nazwie E. z serii Kxxx2 o dacie ważności 02.2024. W ewidencji ujęto 20 ampulek;
- 26 ampulek produktu leczniczego o nazwie O., z czego 25 z serii AxxxA o dacie ważności 02.2024 oraz 1 z serii AxxxB o dacie ważności 01.2024. W ewidencji ujęto 42 ampułki z serii AxxxA oraz 15 ampulek z serii AxxxB o dacie ważności 05.2024.

Na oddziale noworodkowym stwierdzono 5 ampulek produktu leczniczego o nazwie K. z serii Lxxx7 o dacie ważności 10.2023. W ewidencji ujęto 5 ampulek o serii Lxxx5 i dacie ważności 10.2023.

Na oddziale SOR:

- 29 tabletek produktu leczniczego o nazwie H. z serii 8xxx6 i dacie ważności 10.2023. W ewidencji ujęto 30 tabletek o serii 8xxx1 i dacie ważności 01.2024.
- 21 ampulek produktu leczniczego o nazwie M. z serii 4xxx9 o dacie ważności 07.2023. W ewidencji ujęto 20 ampulek tego produktu.

(akta kontroli str. 745-748, 765-767, 785-788)

---

<sup>45</sup> 10 grudnia 2021 r.

Rozbieżności rzeczywistych stanów apteczek oddziałowych pielęgniarki oddziałowe wyjaśniły omyłkowo dokonaniem rozchodem zbyt dużych ilości opakowań na pacjenta lub niewykonaniem bieżących rozchodów leków na pacjenta. W przypadku zgodności ilości leku a rozbieżności jego serii, pielęgniarki oddziałowe wskazały na brak w Szpitalu systemu elektronicznego umożliwiającego dokonanie rozchodu produktu leczniczego w momencie jego podania. Jak wskazały wyjaśniające, właściwą identyfikację podanego leku zapewnić może system informatyczny pozwalający na odczyt kodów podawanych leków.

(akta kontroli str. 826-828)

Zgodnie z informacją Prezesa Szpitala z 19 lipca 2017 r.<sup>46</sup> dotyczącą wykonania wniosków pokontrolnych sformułowanych w wystąpieniu pokontrolnym NIK Nr LPO.410.009.03.2017 z 30 czerwca 2017 r., zapewnienie skutecznego nadzoru nad obrotem lekami wydanymi z apteki miało być możliwe wyłącznie przy zastosowaniu odpowiedniego systemu informatycznego, którego zakupu, wg tej informacji, Szpital zobowiązał się dokonać.

Jak wyjaśnił Prezes, trwały starania Szpitala o pozyskanie środków pomocowych z Projektu „Wyposażenie środowisk informatycznych wojewódzkich, powiatowych i miejskich podmiotów leczniczych w narzędzia informatyczne umożliwiające wdrożenie EDM oraz stworzenie sieci wymiany danych między podmiotami województwa”. Z informacji jakie Szpital uzyskał od Instytucji Zarządzającej Wielkopolskim Programem Operacyjnym na lata 2014-2020 wynika, że termin zakończenia realizacji Projektu uległ przedłużeniu do 31 lipca 2022 r. w związku z panującą sytuacją epidemiologiczną w kraju.

(akta kontroli str. 88, 93-94, 821)

## IV. Uwagi i wnioski

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK nie formułuje uwagi i wnosi o:

Wnioski

- 1) określenie w Regulaminie organizacyjnym Szpitala realizowanych zadań apteki szpitalnej, zgodnie z katalogiem wynikającym z ustawy Prawo farmaceutyczne,
- 2) zapewnienie minimalnej normy zatrudnienia w aptece szpitalnej,
- 3) wzmocnienie nadzoru nad obrotem lekami wydanymi z apteki szpitalnej, w szczególności co do zapewnienia zgodności pomiędzy danymi ewidencyjnymi Szpitala o posiadanym zasobie leków a stanem magazynowym apteczek oddziałowych.

## V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia  
zastrzeżeń

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

<sup>46</sup> Nr SZP/P/206/2017.

Obowiązek  
poinformowania  
NIK o sposobie  
wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

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

Poznań, 15 grudnia 2021 r.

Najwyższa Izba Kontroli  
Delegatura w Poznaniu

Kontroler  
Tomasz Otworowski  
specjalista kontroli państwowej

Dyrektor  
z up. Grzegorz Malesiński  
p.o. Wicedyrektor

.....  
*podpis*

.....  
*podpis*