## Załącznik Nr 1

## do Uchwały XXIX/…/2013

## Rady Powiatu Trzebnickiego

 z dnia 30 grudnia 2013roku

**System oceny jakości usług medycznych świadczonych przez**

**samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, dla których**

**podmiotem tworzącym jest Powiat Trzebnicki**

(na podstawie obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 18 stycznia 2010 r.
**w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania szpitali**)

**I. Zarządzanie ogólne:**

1. szpital ma zdefiniowaną misję;
2. szpital ma wyznaczone cele strategiczne;
3. szpital posiada plan strategiczny:
* plan strategiczny zawiera sposób poprawy usług świadczonych pacjentom,
* plan jest aktualizowany z uwzględnieniem potrzeb populacji i możliwości szpitala;
1. dyrektor szpitala szczegółowo określił zakres odpowiedzialności pracowników, niezbędny do sprawnego i skutecznego zarządzania szpitalem;
2. szpital posiada aktualny regulamin organizacyjny zgodny ze statutem i odpowiada wpisowi w rejestrze;
3. szpital posiada aktualny schemat organizacyjny;
4. szpital określił zakres usług świadczonych w poszczególnych działach;
5. dyrektor szpitala prowadzi działania mające na celu rozszerzenie oferty o świadczenia opieki zdrowotnej finansowane poza systemem środków publicznych;
6. każdy dział ma wyznaczoną przez dyrektora osobę, która jest odpowiedzialna za jego organizację, zarządzanie i wynik finansowy;
7. funkcjonują mechanizmy zapewniające kierownikom działów wpływ na planowanie, kierowanie i nadzorowanie;
8. kierownicy działów integrują działania własnego działu z innymi działami;
9. kierownicy działów uczestniczą w poprawie usług świadczonych przez własny dział;
10. dyrektor szpitala zatwierdza plan szkoleń mający na celu podnoszenia kwalifikacji personelu;
11. dyrektor wspiera i promuje zarządzanie przez jakość i działania dla poprawy jakości opieki;
12. w szpitalu wdrożono mechanizmy rozwiązywania zagadnień etycznych;
13. szpital określił zakres usług świadczonych w poszczególnych działach;
14. osoby zarządzające są przeszkolone w zakresie zarządzania jakością;
15. zarządzenia, plany i procedury są:
* przechowywane w katalogu, który jest łatwo dostępny,
* autoryzowane – datowane i podpisane,
* aktualizowane.

**II. Zarządzanie ryzykiem:**

1. dyrektor szpitala nie rzadziej niż raz w roku dokonuje identyfikacji zewnętrznego i wewnętrznego ryzyka;
2. w szpitalu wyznaczono osoby odpowiedzialne za przygotowanie strategii zarządzania ryzykiem;
3. w szpitalu funkcjonują procedury monitorujące wykonanie strategii zarządzania ryzykiem;
4. mechanizmy zarządzania ryzykiem są systematycznie usprawniane.

**III. Zarządzanie zasobami ludzkimi:**

1. w szpitalu funkcjonuje plan zatrudnienia opracowany przez dyrektora i kierowników działów;
2. liczba i kwalifikacje personelu pozwalają na zapewnienie odpowiedniej jakości opieki nad pacjentami;
3. kierownictwo określiło pożądane kwalifikacje i inne wymagania dla wszystkich stanowisk pracy;
4. świadczenia zdrowotne są udzielane przez osoby o udokumentowanych kwalifikacjach, odpowiednich do wykonywanych czynności**;**
5. w szpitalu jest opracowany i realizowany program adaptacji zawodowej dla osób nowo zatrudnionych;ZZ 3
6. program adaptacji zapewnia osobom nowo zatrudnionym informacje o szpitalu oraz szkolenie z zakresu specyfiki pracy;
7. wszyscy nowo zatrudnieni uczestniczą w programie adaptacji zakończonym oceną;
8. w szpitalu realizowana jest polityka stałego podnoszenia kwalifikacji osób zatrudnionych;
9. w szpitalu określono potrzeby edukacyjne poszczególnych grup zawodowych;
10. szpital posiada plan szkoleń dla osób zatrudnionych;ZZZ 5.2
11. plan szkoleń uwzględnia tematykę zarządzania jakością;
12. szpital zapewnia środki na szkolenia;
13. plan szkoleń jest realizowany;5.4ZZ 5.5
14. w szpitalu prowadzi się ocenę kwalifikacji i aktywności zawodowej personelu;
15. wszyscy zatrudnieni są poddawani ocenie;
16. kierownictwo szpitala wykorzystuje wnioski wynikające z oceny personelu;
17. osoby zatrudnione w szpitalu mają ustalone zakresy obowiązków;
18. w szpitalu opracowano system zastępstw i wzywania personelu w sytuacjach nagłych;
19. w szpitalu prowadzi się badania satysfakcji zawodowej personelu.

**IV. Zarządzanie informacją:**

1. w szpitalu opracowano system gromadzenia danych i przetwarzania informacji;
2. szpital posiada standardy określające zawartość dokumentacji medycznej;
3. szpital określił osoby odpowiedzialne za bezpieczeństwo informacji na terenie jednostki;ZI 1
4. szpital określił zasady dostępu do sieci rozleglej dla pracowników i pacjentów szpitala;ZI 1.3
5. szpital określił zasady bezpieczeństwa dotyczące informacji medycznej, w tym sposób postępowania w sytuacjach krytycznych;
6. dokumentacja medyczna w wersji papierowej i elektronicznej jest zabezpieczona;
7. archiwalna dokumentacja medyczna przechowywana jest w sposób bezpieczny;
8. archiwalna dokumentacja medyczna jest dostępna;ZI
9. zasady dokonywania wpisów i autoryzacja dokumentacji medycznej w wersji elektronicznej są określone;
10. dokumentacja medyczna jest czytelna, kompletna i autoryzowana;
11. w szpitalu wdrożono mechanizmy zapewniające regularną ocenę zawartości, kompletności oraz autoryzacji dokumentacji medycznej;
12. w szpitalu opracowano procedurę komunikacji z pacjentem w przypadku uzyskania wyników badań po wypisie.

**V. Dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej:**

1. kolejność udzielania świadczeń ustalana jest na podstawie kolejności zgłoszeń pacjentów;
2. w każdym oddziale wyznaczone są przez dyrektora osoby odpowiedzialne za prowadzenie listy oczekujących;
3. dokumentacja w zakresie ustalania kolejności udzielania świadczeń spełnia wymogi ustawowe;
4. oczekujący na świadczenia pacjenci są kwalifikowani do odpowiedniej kategorii medycznej (przypadek stabilny, przypadek pilny);
5. informacja o trybie wpisywania na listy oczekujących podana jest do publicznej wiadomości;
6. dyrektor szpitala powołał zespół oceny przyjęć;
7. zespół oceny przyjęć przeprowadza przynajmniej raz w miesiącu okresową ocenę listy oczekujących, po czym sporządza raport;
8. w trybie planowym przyjmowani są do szpitala wyłącznie pacjenci figurujący na listach oczekujących;
9. szpital sporządza comiesięczny raport statystyczny zawierający dane o liczbie pacjentów oczekujących i czasie oczekiwania;
10. przyjęcia pacjentów w SOR odbywają się wg obowiązujących, sformalizowanych procedur;
11. konsultacje lekarskie pacjentów SOR odbywają się wg obowiązujących, sformalizowanych procedur;
12. SOR prowadzi TRIAGE (ratunkową segregację medyczną);
13. personel SOR informuje pacjentów o stopniu zagrożenia zdrowotnego oraz przewidywanym czasie oczekiwania na pomoc medyczną.

**VI. Poprawa jakości i bezpieczeństwo pacjenta:**

1. w szpitalu opracowano program działań dla poprawy jakości;
2. program działań dla poprawy jakości jest weryfikowany przynajmniej raz w roku;
3. w szpitalu funkcjonuje zespół ds. jakości;
4. w szpitalu dokonuje się regularnej analizy istotnych zdarzeń związanych z hospitalizacją;
5. w szpitalu regularnie analizuje się przyczyny przedłużonego pobytu pacjentów;
6. w szpitalu regularnie analizuje się przyczyny zgonów pacjentów;
7. w szpitalu regularnie analizuje się przyczyny zgonów okołooperacyjnych;
8. w szpitalu regularnie analizuje się nieplanowane, powtórne hospitalizacje;
9. w szpitalu regularnie analizuje się reoperacje;
10. w szpitalu regularnie prowadzi się ocenę satysfakcji pacjentów;
11. wyniki monitorowania jakości są wykorzystywane do poprawy pracy szpitala;
12. w oparciu o dane uzyskane z monitorowania jakości w szpitalu prowadzone są projekty poprawy;
13. w szpitalu ocenia się efekty wprowadzonych zmian;
14. w szpitalu identyfikuje się i gromadzi dane na temat zdarzeń niepożądanych;
15. w szpitalu analizuje się zdarzenia niepożądane dotyczące pobytu pacjentów
16. w szpitalu wykorzystuje się wnioski z przeprowadzonych analiz zdarzeń niepożądanych;
17. w szpitalu wdrożono standardy profilaktyki choroby zatorowo-zakrzepowej u pacjentów;
18. w szpitalu określono tryb składania skarg/reklamacji przez pacjentów;
19. wnioski wyciągnięte z analizy skarg/reklamacji wpływają na poprawę pracy szpitala;
20. szpital był lub jest stroną w postępowaniu sądownym z tytułu błędów medycznych;
21. szpital poniósł konsekwencje finansowe z tytułu postępowania sądownego;
22. w wyniku roszczeń sądowych (zakończonych wyrokiem sądu) z tytułu błędów / zdarzeń medycznych przeprowadza się działania korygujące i zapobiegawcze;
23. szpital prowadzi rejestry:
* postępowań sądowych,
* skarg i reklamacji pacjentów.

**VII. Ciągłość opieki:**

1. w szpitalu opracowano i wdrożono procedury przyjmowania pacjentów;O 1
2. w szpitalu opracowano i wdrożono procedurę postępowania w sytuacjach szczególnych;
3. w szpitalu opracowano i wdrożono zasady postępowania w przypadku specyficznych grup pacjentów;
4. w szpitalu opracowano i wdrożono procedury postępowania na wypadek wystąpienia zdarzenia mnogiego, masowego i katastrofy;
5. w szpitalu opracowano program współpracy ze służbami ratowniczymi;
6. w szpitalu wdrożono standardowe procedury postępowania przy przyjęciu;
7. w szpitalu określono sposób postępowania z pacjentem w przypadku odmowy przyjęcia;
8. w szpitalu prowadzi się okresową analizę przyczyn odmów hospitalizacji;
9. w szpitalu funkcjonują procedury przenoszenia pacjentów:
* na zewnątrz szpitala,
* między oddziałami;
1. w szpitalu opracowano i wdrożono procedurę przekazywania pacjentów kolejnym zmianom;
2. wszyscy wypisani pacjenci otrzymują kartę informacyjną;
3. w szpitalu prowadzi się programy edukacji zdrowotnej;
4. pacjenci i ich rodziny uzyskują wiedzę niezbędną do zrozumienia dalszego przebiegu leczenia i przystosowania do czynności ułatwiających życie codzienne.

**VIII. Prawa pacjenta:**

1. każdy pacjent jest informowany o przysługujących mu prawach i obowiązkach;
2. osoby zatrudnione w szpitalu znają prawa pacjenta;
3. pacjenci otrzymują zrozumiałe informacje o stanie zdrowia;
4. pacjenci mają prawo wglądu do własnej dokumentacji medycznej;
5. określono listę procedur wymagających dodatkowej zgody pacjenta;
6. pacjenci wyrażają świadomą zgodę na wykonywane procedury;
7. pacjenci wyrażają świadomą zgodę na przeprowadzenie znieczulenia;
8. pacjenci wyrażają świadomą zgodę na udział w eksperymencie medycznym;
9. szpital określił i wdrożył zasady pobytu pacjentów w stanach terminalnych;
10. krewni lub osoby wskazane przez pacjenta mogą uczestniczyć w procesie opieki;
11. w przypadku nagłego pogorszenia stanu zdrowia pacjenta, osoba upoważniona uzyskuje informacje na ten temat;
12. pacjenci i odwiedzający mają zapewnioną możliwość identyfikowania personelu szpitala;
13. opieka nad pacjentami jest sprawowana z zachowaniem zasad prywatności;
14. pacjenci mają zapewnioną możliwość odwiedzin;
15. przymus bezpośredni jest stosowany zgodnie z obowiązującymi przepisami;
16. pacjentom zapewniono możliwość komunikacji z otoczeniem zewnętrznym;
17. pacjenci mają możliwość korzystania z opieki duszpasterskiej;
18. szpital zapewnia możliwość porozumiewania się z pacjentami obcojęzycznymi;
19. opracowano i wdrożono procedurę zabezpieczenia własności pacjentów;
20. informacja o ewentualnych kosztach związanych z hospitalizacją jest aktualna i łatwo dostępna.

**IX. Ocena stanu pacjenta:**

1. w szpitalu określono zakres wywiadu lekarskiego i badania fizykalnego;
2. w szpitalu określono zakres oceny pielęgniarskiej;
3. pacjent jest badany bezpośrednio po przyjęciu do szpitala;
4. w szpitalu określono zasady konsultowania pacjentów;
5. dokumentacja medyczna pacjenta zawiera:
* dane identyfikacyjne,
* wskazanie osób lub osoby upoważnionej do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia,
* wyniki badania podmiotowego,
* ocenę stanu psychicznego pacjenta,
* wyniki badania przedmiotowego,
* ocenę potrzeb żywieniowych każdego pacjenta,
* rozpoznanie,
* codzienną ocenę lekarską,
* ocenę pielęgniarską,
* zapis określający lekarza odpowiadającego za opiekę nad pacjentem,
* epikryzę ustaloną w czasie wypisu,
* zalecenia końcowe.

**X. Opieka nad pacjentem:**

1. każdy pacjent ma opracowany plan opieki;
2. plan opieki jest modyfikowany w zależności od potrzeb;
3. w szpitalu funkcjonują Standardowe Procedury Postępowania (SOP);
4. w każdym oddziale funkcjonują Standardowe Procedury Postępowania;
5. w szpitalu funkcjonują Standardowe Procedury Postępowania w stanach nagłego zagrożenia życia;
6. pracownicy szpitala są szkoleni w resuscytacji krążeniowo-oddechowej;
7. w szpitalu określono, które leki, sprzęt i materiały muszą być dostępne w stanach nagłego zagrożenia życia;
8. leki i materiały stosowane w stanach nagłego zagrożenia życia są stale dostępne w miejscach świadczenia opieki;
9. sprzęt używany w stanach nagłego zagrożenia życia jest łatwo dostępny w miejscach świadczenia opieki medycznej;
10. w szpitalu prowadzona jest analiza częstości i skuteczności podjętych czynności reanimacyjnych;
11. w szpitalu opracowano i wdrożono procedurę oceny i skutecznego leczenia bólu.

**XI. Kontrola zakażeń:**

1. w szpitalu prowadzi się działania redukujące ryzyko zakażeń;
2. redukowanie ryzyka zakażeń obejmuje:
* efektywne funkcjonowanie zespołu i komitetu ds. kontroli zakażeń,
* mycie i dezynfekcję rąk,
* sprzątanie i dekontaminację pomieszczeń szpitalnych,
* mycie i dekontaminację sprzętu użytkowego,
* mycie, dezynfekcję i sterylizację sprzętu medycznego,
* postępowanie z bielizną szpitalną,
* stosowanie środków ochrony osobistej,
* szczepienia personelu,
* postępowanie po ekspozycji zawodowej,
* izolację chorych zakażonych oraz pacjentów o podwyższonym ryzyku zakażenia,
* identyfikację i wygaszanie ogniska epidemicznego;
1. w szpitalu wdrożono program monitorowania zakażeń;
2. w szpitalu przyjęto kryteria rozpoznawania zakażeń;
3. w szpitalu prowadzona jest walidacja danych o zakażeniach;
4. w szpitalu prowadzona jest analiza dotycząca szczepów wieloopornych;
5. kierownictwo i personel szpitala regularnie zapoznają się z wynikami monitorowania zakażeń;
6. personel systematycznie uczestniczy w szkoleniach dotyczących zakażeń szpitalnych;
7. w szpitalu wdrożono program racjonalnej polityki antybiotykowej;
8. w szpitalu wdrożono antybiotykową profilaktykę okołozabiegową.

**XII. Zabiegi i znieczulenia:**

1. przed zabiegiem oceniane jest ryzyko związane z zabiegiem i znieczuleniem;
2. przed znieczuleniem ogólnym lub regionalnym pacjent jest badany przez anestezjologa;
3. przed zabiegiem i znieczuleniem stosuje się kontrolną kartę czynności;
4. sprzęt używany do znieczulania i zabiegów jest systematycznie sprawdzany;
5. w sali operacyjnej znajduje się system zabezpieczający pracowników przed działaniem wziewnych środków znieczulających;
6. parametry fizjologiczne pacjenta są mierzone i oceniane w trakcie trwania zabiegu;
7. anestezjolog dokonuje oceny stanu pacjenta po zabiegu;
8. szpital posiada salę wybudzeń z odpowiednio wyszkolonym personelem;
9. w szpitalu określono odpowiedzialność za opiekę pooperacyjną;
10. raport z przebiegu operacji zawiera:
* nazwiska zespołu operującego,
* nazwiska osób znieczulających,
* opis wykonanego zabiegu,
* informacje o pobranym materiale,
* rozpoznanie pooperacyjne;
1. przebieg i skutki zabiegów są analizowane;
2. przebieg i skutki wykonywanych znieczuleń są analizowane;
3. skutki zabiegów zaobserwowane w trakcie hospitalizacji są analizowane;
4. odległe skutki wykonywanych zabiegów są analizowane;
5. w sali operacyjnej istnieje funkcjonalny system zapewniający komfort termiczny i czystość mikrobiologiczną powietrza.

**XIII. Farmakoterapia:**

1. szpital posiada receptariusz szpitalny;
2. określono zasady stosowania leków spoza receptariusza;
3. określono i wdrożono zasady pozyskiwania leków w trybie nagłym;
4. zlecanie leków jest dokumentowane;
5. w szpitalu określono zasady podawania leków bez pisemnego zlecenia lekarskiego;
6. w szpitalu funkcjonują procedury bezpiecznego przechowywania leków;
7. w szpitalu opracowano i wdrożono procedurę nadzoru nad lekami przechowywanymi w oddziałach;
8. leki są przygotowywane i podawane z zachowaniem zasad bezpieczeństwa;
9. w szpitalu opracowano system oznakowania przygotowanych leków;
10. w szpitalu opracowano procedurę stosowania preparatów krwiopochodnych;
11. niepożądane działania stosowanych leków i preparatów krwiopochodnych są dokumentowane;
12. w szpitalu wdrożono procedurę postępowania z niewykorzystanymi lekami i preparatami krwiopochodnymi;
13. w szpitalu funkcjonuje zespół ds. farmakoterapii.

**XIV. Laboratorium:**

1. w szpitalu opracowano procedury postępowania z materiałem do badań;
2. w szpitalu funkcjonują procedury pobierania i transportu materiału do badań;
3. w szpitalu funkcjonują procedury przyjmowania i przechowywania materiału do badań;
4. w szpitalu prowadzi się ocenę błędów przed laboratoryjnych;
5. w szpitalu opracowano listę wykonywanych badań laboratoryjnych;
6. w laboratorium prowadzona jest kontrola jakości wykonywanych oznaczeń;
7. laboratorium prowadzi wewnętrzną kontrolę poprawności oznaczeń;
8. laboratorium uczestniczy w zewnętrznym programie kontroli jakości oznaczeń;
9. laboratorium wyznaczyło wartości błędów dopuszczalnych i opracowało procedurę działań naprawczych przy przekroczeniu dopuszczalnego zakresu błędu;
10. w szpitalu nadzoruje się jakość badań laboratoryjnych zlecanych na zewnątrz;
11. wydawane wyniki badań laboratoryjnych zawierają informacje istotne dla procesu opieki;
12. w szpitalu wdrożono procedurę sprawdzania krwi, poza bankiem krwi, przed transfuzją.

**XV. Diagnostyka obrazowa:**

1. w pracowni funkcjonuje instrukcja postępowania z pacjentem;
2. pacjenci mają zapewnioną ochronę radiologiczną;
3. pacjenci otrzymują praktyczne informacje na temat badań radiologicznych;
4. personel szpitala ma zapewnioną ochronę radiologiczną;
5. personel narażony na działanie promieniowania jonizującego stosuje indywidualne dozymetry;
6. w szpitalu regularnie wykonuje się podstawowe testy kontroli jakości;
7. w pracowniach wykonuje się analizę badań powtórzonych;
8. w szpitalu zapewniono konsultacje radiologiczno-kliniczne;
9. szpital zapewnia konsultacje wyników badań obrazowych w ośrodkach referencyjnych.

**XVI. Odżywianie:**

1. w szpitalu stosuje się różne sposoby terapii żywieniowej;
2. w szpitalu opracowano diety;
3. posiłki przygotowywane są zgodnie z zasadami higieny i bezpieczeństwa;
4. posiłki są dystrybuowane i podawane w sposób bezpieczny i higieniczny;
5. w szpitalu zapewniono warunki do higienicznego przechowywania żywności pacjentów;
6. pacjenci otrzymują informacje na temat żywienia w okresie poszpitalnym.

**XVII. Zarządzanie środowiskiem opieki:**

1. w szpitalu określono istniejące uchybienia budowlane i opracowano plan ich likwidacji;
2. infrastruktura szpitala jest dostosowana do potrzeb osób niepełnosprawnych;
3. w szpitalu opracowano i wdrożono program zapobiegania wypadkom i urazom;
4. w szpitalu opracowano i wdrożono zasady postępowania i przechowywania substancji i materiałów niebezpiecznych;
5. sygnalizacja przyzywowa jest zainstalowana i sprawna we wszystkich obszarach pobytu pacjentów;
6. w szpitalu opracowano plan postępowania na wypadek zdarzeń nadzwyczajnych na terenie szpitala;
7. ćwiczebna ewakuacja na wypadek zdarzeń nadzwyczajnych na terenie szpitala przeprowadzana jest corocznie;
8. ćwiczebna symulacja na wypadek zdarzeń masowych i katastrof przeprowadzana jest corocznie;
9. szpital spełnia wymogi przeciwpożarowe;
10. szpital posiada system zabezpieczenia awaryjnego:
* w energię elektryczną,
* w wodę,
* w gazy medyczne;
1. systemy zabezpieczenia awaryjnego są regularnie sprawdzane;
2. w szpitalu opracowano plan zabezpieczenia i konserwacji urządzeń medycznych;
3. urządzenia medyczne są zabezpieczane i konserwowane w sposób planowy;
4. personel jest przeszkolony na temat zasad bezpiecznego użytkowania sprzętu i urządzeń do pracy;
5. szpital posiada politykę dotyczącą odpadów, obejmującą segregację, transport, przechowywanie i utylizację;
6. wszystkie odpady w szpitalu są segregowane zgodnie z przyjętymi zasadami;
7. wszystkie odpady w szpitalu są transportowane i przechowywane zgodnie z przyjętymi zasadami;
8. wszystkie odpady w szpitalu są utylizowane zgodnie z obowiązującymi przepisami;
9. szpital przestrzega wymagań związanych z powierzchnią sal chorych;
10. pomieszczenia szpitala są czyste, prawidłowo ogrzane i wentylowane;
11. szpital posiada funkcjonalny system orientacji przestrzennej.;
12. dojazd i dojście do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego/Izby Przyjęć są dogodne i dobrze oznakowane;
13. wyroby medyczne stosowane w szpitalu są serwisowane zgodnie z zaleceniami producenta;
14. wyroby medyczne stosowane w szpitalu posiadają dokumentację serwisową.

**XVIII. Sytuacja ekonomiczno – finansowa szpitala; analiza wskaźnikowa** (wskaźniki z 3 ostatnich lat)

1. zyskowność:
* wskaźnik zyskowności netto (%),
* wskaźnik zyskowności działalności operacyjnej (%),
* wskaźnik produktywności aktywów ROI (%)
1. płynność:
* wskaźnik bieżącej płynności,
* wskaźnik szybkiej płynności;
1. efektywność:
* wskaźnik rotacji należności,
* wskaźnik rotacji zobowiązań,
* wskaźnik rotacji zapasów;
1. zadłużenie:
* wskaźnik ogólnego zadłużenia,
* wskaźnik wypłacalności,
* wskaźnik obsługi długu,
* wskaźnik finansowania majątku trwałego.

**Uwaga:**

1. **W przypadku odpowiedzi twierdzących należy zacytować stosowne dokumenty.**
2. **W przypadku odpowiedzi przeczących należy udzielić wyjaśnienia.**