



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Poznaniu

LPO. 410.017.01.2015  
P/15/072

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

# I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli

P/15/072 – Przygotowanie szpitali do leczenia udarów mózgu

Jednostka  
przeprowadzająca  
kontrolę

Najwyższa Izba Kontroli  
Delegatura w Poznaniu

Kontroler

Wojciech Domagalski, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 95174 z dnia 9 czerwca 2015 r.

(Dowód: akta kontroli str. 1-2)

Jednostka  
kontrolowana

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Kępnie, ul. Szpitalna 7,  
63-600 Kępno<sup>1</sup>

Kierownik jednostki  
kontrolowanej

Dyrektorem Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Kępnie jest  
Andrzej Jackowski

(Dowód: akta kontroli str.9-10)

## II. Ocena kontrolowanej działalności

### Ocena ogólna

W ocenie<sup>2</sup> Najwyższej Izby Kontroli, Szpital spełniał warunki wymagane do realizacji świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego udarów mózgu w ramach Oddziału Wewnętrznego. Prawdłowo zorganizowano funkcjonowanie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego (dalej SOR), Oddziału Wewnętrznego oraz Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii (dalej Oddział AiIT) w zakresie: organizacji udzielania świadczeń, zatrudnionego personelu, wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, warunków lokalowych oraz dostępu do diagnostyki laboratoryjnej i obrazowej, w tym tomografii komputerowej (TK). Analiza indywidualnych dokumentacji medycznych 50 wybranych pacjentów wykazała, że czas pobytu pacjentów w Szpitalu, wskazane rozpoznanie zasadnicze oraz wykonane procedury medyczne spełniały warunki, określone w zarządzeniach Prezesa NFZ<sup>3</sup>, do rozliczenia hospitalizacji tych pacjentów, wg grupy JGP – A49 – *Udar mózgu – leczenie > 3 dni* (39 hospitalizacji) i A50 - *Udar mózgu – leczenie* (11 hospitalizacji).

(Dowód: akta kontroli str.187-275, 353-362)

Stwierdzona nieprawidłowość dotyczyła niezapewnienia minimalnej liczby łóżek w Oddziale AiIT.

<sup>1</sup> Zwany dalej Szpitalem lub Zakładem.

<sup>2</sup> Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna. Jeżeli sformułowanie oceny ogólnej według proponowanej skali byłoby nadmiernie utrudnione, albo taka ocena nie dawałaby prawdziwego obrazu funkcjonowania kontrolowanej jednostki w zakresie objętym kontrolą, stosuje się ocenę opisową, bądź uzupełnia ocenę ogólną o dodatkowe objaśnienie.

<sup>3</sup> Nr 72/2011/DSOZ z dnia 20 października 2011 r. (ze zm.) i Nr 89/2013/DSOZ z dnia 19 grudnia 2013 r. (ze zm.).

### III. Opis ustalonego stanu faktycznego

Opis stanu  
faktycznego

1. Zakład posiadał aktualny i zgodny ze stanem faktycznym, w zakresie Oddziału Wewnętrznego, SOR i Oddziału AilT, wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą<sup>4</sup>.

(Dowód: akta kontroli str. 25-118)

2. W SOR Zakładu zatrudnionych było 16 pielęgniarek, w tym pielęgniarka oddziałowa, dwóch ratowników medycznych, ordynator - lekarz medycyny ratunkowej. Dyżur pełnił jeden lekarz oraz lekarze z oddziałów szpitalnych, którzy udzielali konsultacji, co spełniało wymogi § 13 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2011 r. w sprawie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego<sup>5</sup>.

Zapewnienie obsady personelu lekarskiego i pielęgniarskiego SOR, potwierdzono na podstawie analizy dokumentacji kadrowej, list obecności i harmonogramu dyżurów za miesiące marzec, kwiecień, wrzesień 2013 r, luty, listopad 2014 r. oraz styczeń, luty, marzec 2015. Personel (lekarze i pielęgniarki) SOR był zgodny z personelem wykazanym w umowie zawartej przez Zakład z Wielkopolskim Oddziałem Wojewódzkim NFZ (zwanym dalej WOW NFZ) w 2011 r i aneksami do umowy obowiązującymi w okresie objętym kontrolą.

(Dowód: akta kontroli str. 144 -175)

W dniu dokonania oględzin<sup>6</sup>, pomieszczeń i wyposażenia SOR w sprzęt i aparaturę medyczną spełniały wymagania, określone w rozporządzeniu w sprawie SOR oraz odpowiadały zapisom zawartym w załączniku nr 2 „Harmonogram – Zasoby” do umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych – leczenie szpitalne, obowiązującej w dniu przeprowadzenia kontroli NIK. Sprzęt i aparatura medyczna posiadały ważne przeglądy.

(Dowód: akta kontroli str. 121-140, 290-302, 349-361)

Zakład posiadał Laboratorium Analityczne wykonujące analizy laboratoryjne, m.in. na zlecenia Izby Przyjęć i SOR.

(Dowód: akta kontroli str.140-143)

3. Zakład zapewniał w swojej strukturze organizacyjnej funkcjonowanie Oddziału AilT, wyposażonego w cztery łóżka, przy ogólnej liczbie 236 łóżek w Zakładzie. Pomieszczenia Oddziału AilT spełniały warunki określone w § 18 - § 20 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą<sup>7</sup>. Zakład spełniał warunki realizacji świadczeń w zakresie Oddziału AilT dotyczące personelu (lekarzy i pielęgniarek), organizacji udzielania świadczeń, wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną oraz zapewnienia realizacji badań, określone w załączniku Nr 1 lp. 2 do rozporządzenia MZ z dnia 20 października 2014 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych<sup>8</sup>. W Oddziale AilT zatrudnionych było siedmiu lekarzy, w tym czterech lekarzy specjalistów i trzech lekarzy z pierwszym stopniem specjalizacji (siedem etatów) oraz 13 pielęgniarek ze specjalnością anestezjologii (13 etatów). Szpital zapewnił całodobową opiekę lekarską lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii. W trakcie dyżurów na oddziale AilT, dyżur pełniło dwóch

<sup>4</sup> Księga Rejestrowa Nr księgi 000000015774 – Zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów ... Nr Z-15774-2011208.

<sup>5</sup> Dz.U. z 2015 r. poz. 178.

<sup>6</sup> 11 czerwca 2015 r.

<sup>7</sup> Dz. U. z 2012 r., poz. 739.

<sup>8</sup> Dz. U. z 2014 r., poz. 1441.

lekarzy specjalistów i dwie pielęgniarki, co ustalono na podstawie przeglądu dyżurów pełnionych przez lekarzy i pielęgniarki (kontrola dyżurów za trzy miesiące w latach 2013-2015). Personel Oddziału AilT (lekarze i pielęgniarki) był zgodny z personelem wykazanym w umowie zawartej z WOW NFZ w 2011 r. i aneksami do umowy obowiązującymi w okresie objętym kontrolą.

(Dowód: akta kontroli 119, 353-362]

4. Od dnia 30 października 2014 r. w Szpitalu obowiązywały *Procedury Systemu Zarządzania Jakością (QP-6/CO-02) – Postępowanie przy przyjęciu pacjentów w stanach nagłego zagrożenia życia – udar mózgu*. Zgodnie z postanowieniami *Procedury*, m.in.:

- w przypadku pacjenta zakwalifikowanego wstępnie do leczenia trombolitycznego udaru w oddziale neurologicznym z pododdziałem udarowym (warunkowanego możliwością podania leku do 4,5 godziny od wystąpienia pierwszych objawów udaru niedokrwiennego) – *lekarz dyżurny SOR lub oddziału wewnętrznego konsultuje stan pacjenta z lekarzem dyżurnym neurologii jednocześnie zlecając wstępną diagnostykę (...), podstawowym badaniem obrazowym jest tomografia głowy wykonywana w trybie pilnym wykonywana w ramach SOR (ewentualnie po przewiezieniu do ośrodka udarowego. Lekarz dyżurny i/lub radiolog ocenia zapis badania i wyklucza krwawienie śródczaszkowe. (...), pacjent w trybie pilnym jest przekazywany pod opiekę Zespołu Ratownictwa Medycznego i transportowany do Oddziału Neurologicznego z Pododdziałem udarowym;*

- w przypadku pacjenta, który nie został zakwalifikowany do leczenia trombolitycznego udaru – *lekarz dyżurny SOR lub oddziału wewnętrznego zleca wykonanie tomografii komputerowej głowy w ramach pobytu w SOR/IP lub po przyjęciu do oddziału wewnętrznego, ocenia w trybie pilnym lub planowym w zależności od stanu klinicznego pacjenta; na podstawie wykonanej tomografii różnicowany jest udar niedokrwienny mózgu i udar krwotoczny mózgu/krwawienie podpajęczynówkowe. Po rozpoznaniu udaru krwotocznego mózgu/krwawienia podpajęczynówkowego zapis tomografii drogą elektroniczną zostaje wysłany do Oddziału Neurochirurgicznego w Kaliszu. Jednocześnie lekarz dyżurny wysyła mailowo prośbę o konsultację neurochirurgiczną. (...). Pacjent zakwalifikowany do leczenia neurochirurgicznego w trybie pilnym jest przekazywany pod opiekę Zespołu Ratownictwa Medycznego i transportowany do ośrodka specjalistycznego. Pacjent z udarem niedokrwiennym mózgu zostaje przetransportowany i przekazany wraz z dokumentacją do Oddziału Wewnętrznego.*

(Dowód: akta kontroli str. 176-186)

5. W okresie od 2013 r. do I kwartału 2015 r., w ramach umowy zawartej z WOW NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w Oddziale Wewnętrznym, Szpital dokonał rozliczenia 366 świadczeń z grupy A49 i 21 świadczeń z grupy A50.

W 2013 r. świadczenia sfinansowane w związku z realizacją procedur A49 i A50 wyniosły 740.584,00 zł, co stanowiło 14,40% ogółem sfinansowanych świadczeń na Oddziale Wewnętrznym. W 2014 r. świadczenia sfinansowane w związku z realizacją procedur A49 i A50 wyniosły 573.508,00 zł, co stanowiło 11,18% ogółem sfinansowanych świadczeń na Oddziale Wewnętrznym. W 2015 r. (I kwartał) świadczenia sfinansowane w związku z realizacją procedur A49 i A50 wyniosły 147.992,00 zł, co stanowiło 11,61% ogółem sfinansowania świadczenia na Oddziale Wewnętrznym.

(Dowód: akta kontroli str. 307-312)

6. Personel, organizacja udzielania świadczeń, wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną oraz zapewnienie realizacji badań w Oddziale Wewnętrznym Szpitala, spełniały warunki, określone w załącznikach do rozporządzeń Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych<sup>9</sup>. Ponadto, stan aparatury i wyposażenia Oddziału Wewnętrznego Zakładu (na dzień przeprowadzenia oględzin), był zgodny z danymi zawartymi w załączniku nr 2 „Harmonogram – zasoby do umowy z 2011 r. z aneksami” oraz w ewidencji księgowej (środki trwałe i pozostałe środki trwałe).

(Dowód: akta kontroli str.124,136-138, 273-274, 288-293, 353-362, 363-427)

7. Na podstawie analizy 50 hospitalizacji związanych z leczeniem udaru mózgu, ustalenia kontroli NIK wykazały, że we wszystkich przypadkach przyjęcie do szpitala odbyło się w trybie nagłym na Oddział Wewnętrzny. Liczba pacjentów dowiezionych przez Zespół Ratownictwa Medycznego (ZRM) wyniosła 29. W 21 przypadkach pacjenci sami zgłosili się do Zakładu, głównie z Kępna, jak również z miejscowości Mroczeń, Słupia Wielka, Mikorzyn Olszowa (wszystkie miejscowości z powiatu Kępińskiego).

(Dowód; akta kontroli str. 191-196, 276)

8. Analiza 50 hospitalizacji wykazała, że tryb wypisania ze szpitala był następujący:

- 20 pacjentów skierowano do dalszego leczenia w lecznictwie ambulatoryjnym (wystawione skierowania nie wskazywały konkretnego podmiotu oraz terminu);
- 15 pacjentów – zakończenie procesu terapeutycznego lub diagnostycznego;
- 10 pacjentów zmarło;
- 5 pacjentów skierowano do dalszego leczenia w innym szpitalu, w tym: jeden pacjent został skierowany na Oddział Kardiologii do Szpitala w Pleszewie, dwóch pacjentów do Szpitala we Wrocławiu na Oddział Chirurgii Naczyniowej, jeden pacjent na Oddział Neurologiczny do Szpitala w Kaliszu, jeden pacjent do Zakładu Opieki Leczniczej w Wieruszowie.

(Dowód: akta kontroli str. 277, 278)

W złożonych wyjaśnieniach, Ordynator Oddziału Wewnętrznego podała m.in., że: *Chorzy po udarach, w zależności od ubytków neurologicznych oraz wykluczenia przeciwwskazań, kierowani byli do Oddziałów Wczesnej Rehabilitacji Neurologicznej w Sycowie i Kaliszu, bądź otrzymywali skierowania do Poradni Rehabilitacyjnej w Zespole w Kępnie, lub byli kierowani bezpośrednio do Pracowni Fizjoterapii, a także, iż: Lekarze Oddziału Wewnętrznego informują gminne lub powiatowe ośrodki pomocy społecznej – zgodnie z miejscem zamieszkania chorego, o pacjentach znajdujących się w trudnej sytuacji bytowej, niemających opieki ze strony rodziny. (...).*

Wskazane wyżej wyjaśnienia nie znalazły jednak potwierdzenia w badanej próbie 50 hospitalizacji.

(Dowód: akta kontroli str. 280-287, 303-306)

9. Pacjentom z podejrzeniem udaru mózgu we wszystkich 50 hospitalizacjach przeprowadzono badania określone w Wytycznych Grupy Ekspertów Sekcji Chorób Naczyniowych Polskiego Towarzystwa Neurologicznego z 2012 r. (TK głowy, badania krwi, EKG, Holter EKG, RTG, USG naczyń szyi oraz echokardiografię).

<sup>9</sup> nr 3 do rozporządzenia z dnia 29 sierpnia 2009 r.; nr 3 do rozporządzenia z 22 listopada 2013 r.; nr 1 rozporządzenia z dnia 20 października 2014 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych oraz w załącznikach nr 3 do zarządzeń Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów (zarządzenie Nr 72/2011/DSOZ z 20 października 2011 r. ze zm. i zarządzenia Nr 89/2013/DSOZ ze zm.

Po przyjęciu do szpitala każdemu pacjentowi z udarem mózgu wykonano badanie neuro-obrazowe TK (głowy), a w jednym przypadku, pacjentowi wykonywano również MR w Ostrowie Wielkopolskim, na podstawie umowy zawartej pomiędzy jednostkami.

Pacjenci zostali przyjęci i wypisani ze Szpitala z następującym rozpoznaniem:

- I60.8 – inne krwotoki podpajęczynówkowe (1 przypadek),
- I61.0 – krwotok mózgowy do półkul podkorowy (1 przypadek),
- I61.2 – krwotok mózgowy do półkul, nieokreślony (3 przypadki),
- I61.5 – krwotok mózgowy wewnątrzkomorowy (1 przypadek),
- I61.8 – inne krwotoki mózgowe (jeden przypadek),
- I61.9 – krwotok mózgowy, nieokreślony (jeden przypadek),
- I63.8 – inne zawały mózgu (3 przypadki),
- I63.9 – zawał mózgu nieokreślony (34 przypadki),
- I64 – udar, nieokreślony jako krwotoczny lub zawałowy (5 przypadków).

(Dowód: akta kontroli str. 191-195, 208-264)

10. W toku analizy wybranych 55 dokumentacji historii choroby, ustalenia kontroli NIK wykazały brak możliwości stwierdzenia upływu czasu od powstania pierwszych objawów udaru mózgu do czasu przybycia pacjenta do szpitala.

- a) czas jaki upłynął pomiędzy przyjęciem pacjenta z podejrzeniem udaru mózgu do SOR, a przekazaniem go na oddział szpitalny, przedstawiał się w badanym okresie następująco:
- w 34 przypadkach czas ten wyniósł do 3 h,
  - w 20 przypadkach powyżej 3 h,
  - w 1 przypadkach nie było możliwości ustalenia.
- b) czas jaki upłynął od przyjęcia pacjenta na SOR do uzyskania wyników badań, w tym tomografii komputerowej głowy, kształtował się następująco:
- w 13 przypadkach wyniki badań uzyskano w czasie do 1 h,
  - w 11 przypadkach w czasie między 1-2 h,
  - w 20 przypadkach w czasie 2-3 h,
  - w 2 przypadkach powyżej 3 h,
  - w 9 przypadkach powyżej paru dni.

Wyjaśnienia w sprawie terminu wykonania TK złożyła Ordynator oddziału wewnętrznego podając, co następuje: (...) *leczenie udarów w oddziale wewnętrznym w Kępie związane jest z tym, że szpitale o wyższym poziomie referencyjnym przyjmują tylko chorych do leczenia trombolitycznego i wynika to z decyzji ordynatorów tamtejszych oddziałów. Wymóg wykonania natychmiast przy przyjęciu badań laboratoryjnych i obrazowych w ciągu 3 godzin dotyczy chorych kwalifikowanych wstępnie do leczenia trombolitycznego, tj. dotyczy oddziałów stosujących procedurę A51, a szpital w Kępie nie ma umowy z NFZ na podawanie ACtylizy i nie stosuje tej procedury. Czas wykonania tomografii uzależniony jest od stanu klinicznego chorego, wywiadu od chorego i rodziny. Jeżeli pacjent np. z powodu kryterium czasowego jest natychmiast przy przyjęciu dyskwalifikowany z leczenia trombolitycznego najważniejsze jest ustabilizowanie stanu klinicznego i wykonanie badań obrazowych w chwili kiedy nie zagraża to życiu i zdrowiu chorego. Poza tym często wywiad przy przyjęciu z powodu zespołu otępienia u starszych osób jest niemożliwy, klasyczne objawy kliniczne takie jak porażenie czy afazja nie występują i dopiero w kolejnych dobach uzupełnienie wywiadu od rodziny,*

obserwacje chorego przez personel medyczny pozwalają wysunąć podejrzenie udaru”.

(Dowód : akta kontroli str.349)

- c) liczba przeprowadzonych konsultacji neurologa wyniosła: w 2013 r. - jedna konsultacja, w 2014 r. siedem konsultacji i w 2015 r. jedna konsultacja.

(Dowód: akta kontroli str. 191-195, 349)

Ordynator Oddziału Wewnętrznego wyjaśniła, m.in., że: Oddział Wewnętrzny w Kępnie nie zatrudnia neurologa. Neurolog jest zatrudniony w SPZOZ w Kępnie w Oddziale Leczniczo-Rehabilitacyjnym w Grębaninie i współpracuje z Oddziałem Wewnętrznym SPZOZ w Kępnie i w sytuacjach wymagających konsultacji, były one wykonywane przez ww. neurologa, co odnotowano w karcie informacyjnej leczenia szpitalnego.

(Dowód: akta kontroli str. 279--283, 303)

#### 11. W badanym okresie Zakład nie był kontrolowany przez OW NFZ.

Wielkopolski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w Poznaniu w dniach 11-12 czerwca 2014 r. przeprowadził kompleksową kontrolę z zakresu stanu sanitarno - epidemiologicznego. Ustalenia tej kontroli nie wykazały istotnych nieprawidłowości w SPZOZ w Kępnie, a stwierdzono jedynie (na Oddziale Wewnętrznym) brak w jednej toalecie dozownika z mydłem w płynie oraz podajnika z ręcznikami jednorazowego użytku. Nieprawidłowość ta została usunięta w trakcie kontroli Inspekcji Sanitarnej.

(Dowód: akta kontroli str. 313-327)

Ustalone  
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w ww. zakresie stwierdzono następującą nieprawidłowość:

Liczba łóżek na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii stanowiła 1,69% wszystkich łóżek w Szpitalu, co było niezgodne z § 4 pkt 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r.<sup>10</sup> w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą wg którego liczba łóżek powinna stanowić minimum 2% wszystkich łóżek w Szpitalu.

Jak wyjaśnił Dyrektor Zakładu: (...). *Z chwilą uruchomienia nowego bloku operacyjnego, obecne pomieszczenia istniejącego bloku operacyjnego bezpośrednio przylegającego do oddziałów AilT zostaną przeznaczone na poszerzenie bazy łóżkowej tego oddziału do 5-6 łóżek. Powierzchnia dla nowego bloku operacyjnego jest już przygotowana w tzw. stanie surowym. Dla dokończenia prac budowlanych i uruchomienia nowego bloku operacyjnego z 3 salami niezbędne są środki finansowe w kwocie 6 mln zł, które zamierzamy pozyskać z nowej perspektywy środków Unii Europejskiej”*

[Dowód : akta kontroli str.350]

## IV. Wniosek

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>11</sup>, wnosi o podjęcie działań w celu zwiększenia liczby

<sup>10</sup> Dz. U. z 2013 r., poz. 15.

<sup>11</sup> Dz. U. z 2015 r., poz.1096, zwanej dalej „ustawą o NIK”.

łóżek w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii do minimalnej liczby, wymaganej przepisami § 4 pkt 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

#### **IV. 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 do dyrektora Delegatury NIK w Poznaniu.

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

Poznań, dnia **26** sierpnia 2015 r.

Najwyższa Izba Kontroli  
Delegatura w Poznaniu

Kontroler

Dyrektor

Wojciech Domagalski  
główny specjalista kontroli państwowej

z up. Grzegorz Malesiński  
wicedyrektor

.....  
podpis

.....  
Podpis