



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Poznaniu

LPO.410.017.03.2015

P/15/072

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Poznaniu

ul. Dożynkowa 9H, 61-662 Poznań

T +48 61 655 62 00, F +48 61 655 62 01

lpo@nik.gov.pl

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	Krzysztof Aleksander Matuszek, doradca ekonomiczny, upoważnienie do kontroli nr 95185 z dnia 17 czerwca 2015 r. [dowód: akta kontroli str. 1-2]
Jednostka kontrolowana	Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. Oskara Bielawskiego w Kościanie, Plac Ignacego Jana Paderewskiego 1A, 64-000 Kościan (dalej zwany „Wojewódzki Szpital” lub „Szpital”)
Kierownik jednostki kontrolowanej	Marian Zalejski, Dyrektor Szpitala [dowód: akta kontroli str. 3-5]

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

W ocenie¹ Najwyższej Izby Kontroli (dalej NIK), w badanym okresie tj. w latach 2013-2015 (do końca I kwartału), Szpital spełniał określone przez Ministra Zdrowia i Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej: Prezesa NFZ) warunki udzielania świadczeń zdrowotnych, związanych z leczeniem udarów mózgu (grupy JGP²: A49 - Udar mózgu – leczenie > 3 dni i A50 - Udar mózgu – leczenie).

Uzasadnienie oceny ogólnej

Prawidłowo zorganizowano funkcjonowanie oddziału neurologii w zakresie: organizacji udzielania świadczeń, zatrudnionego personelu, wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną oraz warunków lokalowych.

Pacjentom zapewniono realizację badań laboratoryjnych oraz diagnostycznych, w tym dostęp do badań tomografii komputerowej oraz rezonansu magnetycznego. W procesie diagnozowania pacjentów z udarami mózgu, wykonywano badania określone w zarządzeniach Prezesa NFZ i wskazane w Wytycznych Grupy Ekspertów Sekcji Chorób Naczyniowych Polskiego Towarzystwa Neurologicznego z 2012 r. (dalej: Wytyczne Grupy Ekspertów). Pacjentom zapewniono konsultacje neurologiczne, a także kontynuację procesu leczniczego poprzez, m.in. kierowanie ich na rehabilitację neurologiczną.

Stwierdzone nieprawidłowości polegały na niespełnieniu wymogów § 18 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą³, oraz braku w wyposażeniu Izby Przyjęć Szpitala wózka-wanny przystosowanego dla osób niepełnosprawnych, wymaganego na mocy załącznika nr 1 ww. rozporządzenia.

¹ NIK stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości i negatywna. Jeżeli sformułowanie oceny ogólnej według proponowanej skali byłoby nadmiernie utrudnione, albo taka ocena nie dawałaby prawdziwego obrazu funkcjonowania kontrolowanej jednostki w zakresie objętym kontrolą, stosuje się ocenę opisową, bądź uzupełnia ocenę ogólną o dodatkowe objaśnienie.

² System rozliczania w oparciu o Jednorodne Grupy Pacjentów wprowadzony został 1 lipca 2008 r. na mocy zarządzenia Prezesa NFZ nr 32/2008/DSOZ z dnia 11 czerwca 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne.

³ Dz. U. z 2012 r., poz. 739.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Szpital był wpisany do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego przez Wojewodę Wielkopolskiego pod numerem 000000015841. Według Księgi Rejestrowej Nr 000000002953 (stan na 22 czerwca 2015 r.) w Szpitalu funkcjonowały, m.in.: oddział neurologiczny (liczba łóżek ogółem 31), oddział rehabilitacji neurologicznej (liczba łóżek ogółem 31), Izba Przyjęć Szpitalna, Izba Przyjęć II, Poradnia neurologiczna, Pracownia diagnostyki laboratoryjnej (laboratorium), Pracownia elektrofizjologii i USG, Poradnia rehabilitacyjna, Poradnia logopedyczna, Zakład Fizjoterapii.

[dowód: akta kontroli str. 5-36]

2. W strukturze Szpitala funkcjonowała Izba Przyjęć (dalej: IP). Zgodnie z zał. nr 1 (pkt I) do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą oraz zał. nr 3 (część I, lp. 48) do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego⁴: IP posiadała bezpośrednie zadaszone wejście z dojazdem umożliwiającym podjazd co najmniej dla jednego pojazdu. W IP wydzielone zostały: punkt rejestracji pacjentów; pomieszczenie zapewniające przeprowadzenie badań związanych z przyjęciem pacjenta do szpitala; pomieszczenia higieniczno-sanitarne przystosowane dla osób niepełnosprawnych i gospodarczo-magazynowe; zapewniono możliwość izolacji pacjenta, u którego stwierdzono chorobę zakaźną lub z podejrzeniem zachorowania na chorobę zakaźną. Zapewniono całodobowy dostęp do badań laboratoryjnych, rentgenowskich, elektrokardiograficznych, ultrasonograficznych oraz tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego. Wyposażenie IP posiadało aktualne badania techniczne. Zapewniono całodobową opiekę lekarską i pielęgniarską.

W IP zatrudniony był jeden lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii oraz 7 pielęgniarek, dyżury pełnili lekarze zatrudnieni m.in. w Szpitalu lub w ramach umowy cywilno-prawnej zawartej ze Szpitalem. Warunki współdziałania jednostek i komórek organizacyjnych Szpitala m.in. w ww. zakresie zostały określone w regulaminie organizacyjnym. Zatrudnienie personelu w dniu kontroli było zgodne z zał. Harmonogram-zasoby do umowy zawartej z NFZ. W wyniku oględzin IP, przeprowadzonych w dniu 2 września 2015 r., stwierdzono, że pomieszczenie higieniczno-sanitarne z natryskiem przystosowanym dla osób niepełnosprawnych nie było wyposażone w wózek-wannę dla osób niepełnosprawnych. Wyposażenie w wózek-wannę dla osób niepełnosprawnych uzupełniono w dniu 10 września 2015 r., tj. w trakcie niniejszej kontroli NIK.

Zgodnie z danymi ww. Księgi Rejestrowej, Statutu oraz § 7¹ Regulaminu organizacyjnego Szpitala, w strukturze organizacyjnej Szpitala wyodrębniono Izbę Przyjęć i Izbę Przyjęć II. Izba Przyjęć II nie funkcjonowała w strukturze Szpitala.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że istnienie w strukturze organizacyjnej Szpitala Izby Przyjęć II związane jest z planami ubiegania się o kontrakt na udzielanie świadczeń w ramach przyjęć chorych do oddziału neurologicznego oraz oddziału rehabilitacji neurologicznej. Warunki konkursowe nakładają na ubiegającego się o kontrakt posiadania już zarejestrowanej w rejestrze podmiotów leczniczych oraz wykazanej w strukturze komórki organizacyjnej, której przyszedł kontrakt ma dotyczyć.

Procedura rejestracyjna zajmuje zwykle kilka miesięcy i mogłoby się zdarzyć, że z chwilą ogłoszenia konkursu Szpital z braku odpowiedniego wpisu w rejestrze nie

⁴ Dz. U z 2013 r. poz. 1520 ze zm.

mógłby do konkursu przystąpić. W obecnej sytuacji Szpital posiada kontrakt na udzielanie świadczeń medycznych w ramach Izby Przyjęć dla wszystkich swoich oddziałów.

Na stronie internetowej Szpitala podano aktualne informacje dotyczące m.in. danych adresowych Szpitala, kierownictwa, struktury i organizacji oraz dostępnych świadczeń.

[dowód: akta kontroli str. 5-36; 37-42; 62-129, 665]

3. W Szpitalu nie został utworzony oddział anestezjologii i intensywnej terapii. Szpital posiadał, wpisane w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą, dwa stanowiska intensywnej opieki medycznej, funkcjonujące w ramach Oddziału neurologicznego, spełniające wymogi określone w § 4 ust. 2 ww. rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych.

Oddział leczenia udarów, w którym znajduje się pomieszczenie z dwoma stanowiskami intensywnej opieki medycznej wyposażony był w urządzenia określone w przepisach § 4 ust. 1 pkt 2 oraz ust. 2 rozporządzenia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych.

[Dowód: akta kontroli str. 626-638]

Zapewniono prawidłowość leczenia pacjentów i ciągłość postępowania w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii w Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej ul. Szkolna 7 w Kościanie oraz transport w ramach umowy zawartej m.in. z Przychodnią Lekarską „ESKULAP” Spółka Jawna we Wschowie w składzie odpowiadającym specjalistycznemu zespołowi ratownictwa medycznego. Warunki współdziałania z innymi podmiotami leczniczymi w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia pacjentów i ciągłości postępowania zostały określone w regulaminie organizacyjnym Szpitala.

[dowód: akta kontroli str. 223-232, 243-251, 565-572]

4. Szpital nie posiadał wewnętrznych procedur określających zasady postępowania z pacjentem z podejrzeniem udaru mózgu.

Ordynator Oddziału Neurologicznego wyjaśnił, że wobec pacjentów z podejrzeniem udaru mózgu stosowane są procedury zalecane w Wytycznych Grupy Ekspertów Sekcji Chorób Naczyniowych Polskiego Towarzystwa Neurologicznego 2012 r. odnośnie badań wykonywanych przy przyjęciu do oddziału i w trakcie hospitalizacji oraz postępowania terapeutycznego (innego niż tromboliza) i postępowania ogólnomedycznego. Powielanie wytycznych w wewnętrznych procedurach oddziału wydaje się całkowicie zbędne.

[dowód: akta kontroli str. 669]

5. W latach 2013-2015 (I kwartał) w Szpitalu hospitalizowanych było 430 pacjentów z udarem mózgu. Wszyscy pacjenci byli leczeni w oddziale neurologicznym Szpitala. Hospitalizacje zostały rozliczone wg grup JGP: A49 - 333 pacjentów i A50 - 97 pacjentów. W analizowanej próbie 50 hospitalizacji, hospitalizacje zostały rozliczone wg grup JGP: A49 – 40 pacjentów i A50 – 10 pacjentów.

[dowód: akta kontroli str. 188, 192-218]

6. Analiza 50 historii hospitalizacji związanych z leczeniem udarów mózgu wykazała, że do Szpitala przyjętych zostało 46 pacjentów w trybie nagłym - inne przypadki; w trybie nagłym – 3 pacjentów – przyjęcie planowe na podstawie skierowania, 1 pacjent przyjęcie planowe osoby, która skorzystała ze świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością. Żaden z pacjentów, z badanej próby nie został przekazany do Szpitala przez zespół ratownictwa medycznego.

[dowód: akta kontroli str. 556-559, 670-830]

7. Analiza 50 historii hospitalizacji związanych z leczeniem udarów mózgu wykazała, że: 25 pacjentów skierowanych zostało do dalszego leczenia w lecznictwie ambulatoryjnym, 5 pacjentów skierowano do dalszego leczenia w innym szpitalu (2 pacjentów skierowano do Oddziału Neurochirurgicznego w Lesznie; 1 pacjent przekazany został do Oddziału Neurochirurgii Szpitala Miejskiego „Szwajcarska” w Poznaniu; 2 pacjentów skierowano do SP ZOZ w Kościanie ZOL), 8 pacjentów zmarło. Ponadto, 12 pacjentów wypisanych ze Szpitala otrzymało skierowania do kontynuowania leczenia w Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej Szpitala.

Dokumentacja medyczna (historie hospitalizacji pacjentów) prowadzona była zgodnie z wymogami § 14-15 i 17-20 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania⁵ i procedurami wewnętrznymi Szpitala.

[dowód: akta kontroli str. 556-559, 660-664, 670-830]

8. Pacjentom z podejrzeniem udaru mózgu w 50 hospitalizacjach przeprowadzono badania określone w Wytycznych Grupy Ekspertów Sekcji Chorób Naczyniowych Polskiego Towarzystwa Neurologicznego z 2012 r. (m.in. TK głowy, badania krwi, EKG, Holter, RTG, USG). 41 pacjentom przeprowadzono tomografię komputerową przy przyjęciu do Szpitala, wyniki badania uzyskano w czasie od 2,5 do 3 godzin od przyjęcia. Ośmiu pacjentom wyniki badania tomografii komputerowej uzyskano po przyjęciu do Szpitala tj.: pięciu pacjentom po jednym dniu, dwóm pacjentom po dwóch dniach, jednemu po trzech dniach. Rezonans magnetyczny wykonano 2 pacjentom, (w tym jednemu pacjentowi wykonano również tomografię komputerową). Ponadto, 41 pacjentom przeprowadzono badanie USG (USG naczyń szyi - doppler, USG przezczaszkowa – doppler). 47 pacjentom przeprowadzono badanie EKG przy przyjęciu do Szpitala, 49 pacjentom badania biochemiczne (morfologia, koagulogram, elektrolity, glikemia, kreatynina, gazometria) wykonano w dniu przyjęcia do Szpitala, z tego w 40 przypadkach wyniki tych badań uzyskano w czasie do 2 godzin od przyjęcia pacjenta do Szpitala. Oznaczenie lipidogramu, poziomu białka C-reaktywnego (CPR) lub odczynu Biernackiego (OB) oraz badanie ogólne moczu wykonano 49 pacjentom.

[dowód: akta kontroli str. 556-559, 670-830]

Pacjenci zostali przyjęci i wypisani ze Szpitala z następującym rozpoznaniem:

I61.1 Krwotok mózgowy do półkul, korowy (1 przypadek),

I61.2 Krwotok mózgowy do półkul, nieokreślony (2 przypadki),

I61.4 Krwotok mózgowy do mózdzku (1 przypadek),

I61.6 Krwotok mózgowy o mnogim umiejscowieniu (1 przypadek),

I63.2 Zawał mózgu wywołany przez nieokreśloną niedrożność lub zwężenie tętnic przedmózgowych (1 przypadek),

I63.5 Zawał mózgu wywołany przez nieokreśloną niedrożność lub zwężenie tętnic mózgowych (44 przypadki).

[dowód: akta kontroli str. 556-559]

9. Analiza 50 historii hospitalizacji związanych z leczeniem udarów mózgu wykazała, że upływ czasu od powstania pierwszych objawów udaru mózgu do czasu przybycia pacjenta do szpitala, wynosił od kilku godzin do kilkunastu dni.

[dowód: akta kontroli str. 556-559, 670-830]

⁵ Dz. U. z 2014 r., poz. 177 ze zm.

10. Wywiad, wskazujący m.in. na czas powstania pierwszych objawów udaru, przeprowadzono wszystkim pacjentom w momencie przyjęcia do Szpitala (IP). Wywiad przeprowadzał lekarz przyjmujący pacjenta.

Analiza dokumentacji medycznej wskazuje, że m.in. przyczynami niekwalifikowania pacjentów do leczenia trombolitycznego były: inne choroby współistniejące, kolejny udar, objawy chorobowe utrzymujące się od kilku dni, trudności w określeniu wystąpienia objawów udaru mózgu, znaczący upływ czasu od wystąpienia objawów do czasu przybycia pacjenta do Szpitala, zaawansowany wiek pacjenta lub przeciwwskazania medyczne do zastosowania tego typu leczenia.

[dowód: akta kontroli str. 556-559, 670-830]

11. W okresie od 2013 do 17 czerwca 2015 r. Szpital nie był kontrolowany przez WOW NFZ w zakresie funkcjonowania oddziału, w ramach którego leczenia byli pacjenci z udarem mózgu.

[dowód: akta kontroli str. 328-338]

12. Szpital spełniał warunki realizacji świadczeń zdrowotnych w zakresie neurologii, określone w rozporządzeniach Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych, dotyczące: personelu (lekarze i pozostały personel), organizacji udzielania świadczeń, wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną oraz zapewnienia realizacji badań:

- w zakresie personelu: w oddziale w neurologicznym zatrudnionych było pięciu lekarzy specjalistów neurologów, dwóch lekarzy specjalistów neurologii I stopnia i dwóch II stopnia – jeden lekarz w trakcie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie neurologii. 22 pielęgniarki, w tym jedna w trakcie specjalizacji, logopeda (w wymiarze 0,5 etatu), psycholog oraz fizjoterapeuta (1 etat),
- zapewniono gabinet diagnostyczno-zabiegowy – w miejscu udzielania świadczeń,
- zapewniono wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną: TK i EEG w lokalizacji, a także zapewniono realizację badań w zakresie dostępu do RM i EMG.

[dowód: akta kontroli str. 223-319, 626-642]

13. Dwunastu pacjentom Szpitala zapewniono ciągłość leczenia (rehabilitacji) pacjentów z udarem mózgu po wypisie, poprzez skierowanie ich na Oddział Rehabilitacji Neurologicznej funkcjonujący w strukturze Szpitala.

[dowód: akta kontroli str. 556-559]

14. Wartość zakontraktowanych, na lata 2013 i 2014, i sfinansowanych przez NFZ świadczeń zdrowotnych w zakresie „Neurologia-Hospitalizacja” wyniosła odpowiednio 3.070.444 zł i 3.039.764 zł. Wykonanie wyniosło 3.127.956 zł w 2013 r. i 3.129.828 zł w 2014 r. Nadwykonania świadczeń stanowiły za 2013 r. – 57.512 zł i 90.064 zł za 2014 r. Kontrakt na 2015 r. stanowił kwotę 3.054.376 zł, w tym na I kwartał kwotę 763.984 zł. W I kwartale 2015 r. wykonano świadczenia na kwotę 735.800 zł, z czego NFZ sfinansował 735.800⁶ zł.

⁶ W I kwartale 2015 r. wykonano świadczenia z zakresu lecznictwa szpitalnego o wartości 735.800 zł. Szpital przekazał do NFZ faktury na łączną kwotę 734.708 zł. Część wykonanych w tym okresie świadczeń nie została objęta raportem rozliczeniowym do końca marca 2015 r. Nie zostały zafakturowane świadczenia na kwotę 1.092 zł, które zafakturowano 30 kwietnia i 31 maja 2015 r. Świadczenia z zakresu leczenia szpitalnego (w kwocie 735.800 zł), zostały sfinansowane przez NFZ.

Sfinansowane przez NFZ, w ramach kontraktu na „Neurologia-Hospitalizacja” świadczenia z grup A49 i A50 stanowiły kwoty: 806.728,00 zł w 2013 r., 730.756,00 zł w 2014 r. i 192.504,00 zł w I kwartale 2015 r.

[dowód: akta kontroli str. 189-191, 320-327, 667]

Zastępca Dyrektora ds. Ekonomiczno-Technicznych oświadczył, że Szpital zamierza pozwać Narodowy Fundusz Zdrowia o zapłatę za nadwykonane ponad kontrakt świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne za rok 2013 w wysokości 57.512,00 zł oraz w wysokości 90.064,00 w zakresie procedur ratujących życie.

[dowód: akta kontroli str. 667]

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następującą nieprawidłowość:

Ustalone
nieprawidłowości

1. W oddziale Neurologicznym Szpitala, łącznie w przypadku 25 łóżek dostęp do pacjenta był możliwy jedynie z dwóch stron, w tym z jednej dłuższej, co stanowiło naruszenie § 18 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą, zgodnie z którym łóżka w pokojach łóżkowych są dostępne z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych. Ordynator Oddziału Neurologicznego wyjaśnił, że w oddziale neurologicznym dostęp do łóżek z trzech stron zapewniony jest „na stałe” do sześciu z nich, przeznaczonych dla chorych w stanach ostrych.

Natomiast pozostałe 25 łóżek może być (i niegdyś było) ustawionych w taki sposób. Ustawienie to zostało jednak zmienione na wielokrotne prośby pacjentów, którzy uznawali, że takie ustawienie łóżek jest dla nich mało komfortowe i nie zapewnia im wystarczającej intymności w czasie pobytu szpitalnego. Jednocześnie z powodu pełnej mobilności wszystkich łóżek oddziału, ustawienie takie może zostać w razie potrzeby szybko przywrócone.

Ponadto, w sytuacjach nagłych każde z łóżek oddziału może stać się w ciągu kilku sekund dostępne z czterech stron, jeśli będą tego wymagały okoliczności.

2. W wyposażeniu Izby Przyjęć Szpitala brak było wózka-wanny przystosowanego dla osób niepełnosprawnych. Zgodnie z załącznikiem nr 1 ww. rozporządzenia, w skład izby przyjęć wchodzić powinno co najmniej jedno pomieszczenie higieniczno-sanitarne wyposażone dodatkowo w natrysk i wózek-wannę, przystosowane dla osób niepełnosprawnych, w tym poruszających się na wózkach inwalidzkich.

Wyposażenie w wózek-wannę uzupełniono w dniu 10 września 2015 r., tj. jeszcze w trakcie niniejszej kontroli NIK.

[dowód: akta kontroli str. 625, 665]

IV. Wniosek

Wnioski pokontrolne

Przedstawiając powyższe oceny 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 Kontroli⁷, wnosi o zapewnienie dostępu do łóżek pacjentów z trzech stron.

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.

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK proszę o poinformowanie Najwyższej Izby Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie 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 **23** września 2015 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Poznaniu

Kontroler
Krzysztof Aleksander Matuszek
Doradca ekonomiczny

Dyrektor
z up. Grzegorz Malesiński
Wicedyrektor

.....
podpis

.....
podpis

⁷ Dz. U. z 2015 r., poz.1096.