



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Rzeszowie

LRZ-4101-022-04/2014
P/14/063

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli P/14/063 – Funkcjonowanie podstawowej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej finansowanej ze środków publicznych.

Jednostka przeprowadzająca kontrolę Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Rzeszowie

Kontroler Paweł Rakowski, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 91535 z dnia 24 września 2014 r.

(dowód: akta kontroli str.1-2)

Jednostka kontrolowana Centrum Medyczne DYNMED, Zdzisław Szafran w Dynowie

Kierownik jednostki kontrolowanej Pani Małgorzata Szafran

(dowód: akta kontroli str.21-32)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie¹ działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym zakresie.

Uzasadnienie oceny ogólnej

Centrum Medyczne DYNMED, Zdzisław Szafran, (zwane w dalszej części wystąpienia *Centrum*), realizuje umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia o świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej w sposób gwarantujący dostęp wszystkim uprawnionym.

Centrum posiadało stosowne zasoby kadrowe i sprzętowe, prowadziło edukację zdrowotną, a organizacja realizacji usług podstawowej opieki zdrowotnej umożliwiała świadczeniobiorcom bieżący dostęp do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych.

Jednocześnie zwrócić należy uwagę, że działania profilaktyczne oraz zmierzające do wczesnego wykrywania chorób układu krążenia i nowotworów, w stosunku do świadczeniobiorców były realizowane w ograniczonym zakresie.

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

III. Opis ustalonego stanu faktycznego.

1. Forma prawna i organizacja świadczeniodawcy.

Opis stanu
faktycznego

Centrum działa od dnia 2.11.2007 r., na podstawie wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej. Przeważającym rodzajem działalności gospodarczej jest praktyka lekarska ogólna /kod 86.21.Z/. Jako podmiot leczniczy, *Centrum* jest wpisane do rejestru prowadzonego przez Wojewodę Podkarpackiego pod nr księgi 21630.

W ramach usług z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, *Centrum* realizuje świadczenia gwarantowane:

- lekarza podstawowej opieki zdrowotnej,
- pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej.

Działalność *Centrum* nie obejmuje świadczeń: położnej podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki lub higienistki szkolnej ani nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

W ramach prowadzonej działalności, *Centrum* świadczy usługi z zakresu: udzielania porad lekarskich w warunkach ambulatoryjnych i w domu świadczeniobiorcy, świadczeń w ramach profilaktyki chorób układu krążenia, porad pielęgniarskich, badań bilansowych, w tym przesiewowych, medycznej diagnostyki laboratoryjnej oraz szczepień ochronnych.

Centrum korzysta z usług podwykonawców w zakresie diagnostyki obrazowej, badań laboratoryjnych i transportu medycznego.

Regulamin Organizacyjny oraz Statut *Centrum* zawierają wszystkie elementy określone w art. 24 i 42 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej².

Zakres świadczonych przez *Centrum* usług jest zgodny ze Statutem oraz Regulaminem Organizacyjnym.

Centrum nie posiada akredytacji, o której mowa w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia³, ani też certyfikatów jakości właściwych dla branży medycznej.

Świadczenia udzielane są od poniedziałku do piątku w godzinach od 8.⁰⁰ do 18.⁰⁰.

(dowód: akta kontroli: str. 3-32)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Zgodnie z zapisami załącznika Nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej⁴ oraz załącznikiem Nr 1 do umowy Nr 0903074701201413 z dnia 23.12.2013 r. z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej, *Centrum* winno działać od poniedziałku do piątku, w godzinach od 8.⁰⁰ do 18.⁰⁰.

Do analizy porównawczej godzin pracy poradni z harmonogramem pracy lekarzy określonym w umowie z Narodowym Funduszem Zdrowia wybrano miesiące styczeń i czerwiec 2014 r.

W kontroli ustalono, że w styczniu i czerwcu 2014 r., *Centrum* w skali tygodnia nie przyjmowało pacjentów w wymiarze po 7 godzin (poniedziałek i wtorek po 2 godziny oraz w pozostałe dni tygodnia po godzinie).

² Dz. U. z 2013 r., poz. 217 ze zm.

³ Dz. U. z 2009 r., Nr 52, poz. 418 ze zm.

⁴ Dz. U. z 2013, poz. 1248

W związku z powyższym Pan Zdzisław Szafran – właściciel Centrum podał: *przerwy w pracy lekarzy wynikają z ciągłych zmian personelu zatrudnionego w mojej placówce. Pragnę zaznaczyć, iż są to niewielkie przerwy, o których pacjenci są na bieżąco informowani. Ciągłe poszukujemy nowych lekarzy do pracy w podstawowej opiece zdrowotnej i obecnie jesteśmy w trakcie prowadzenia rozmów z dwoma lekarzami (...).*

(dowód: akta kontroli str. 3-32)

Ocena
częstkowa

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

2. Zasoby kadrowe i sprzętowe świadczeniodawcy, związane z realizacją umów z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Opis stanu
faktycznego

Świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej udziela sześciu lekarzy (posiadających specjalizacje: medycyna rodzinna, urologia, reumatologia, pediatria oraz choroby wewnętrzne - 2 osoby), zatrudnionych na podstawie umów cywilno-prawnych, których kwalifikacje odpowiadały wymaganiom określonym w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁵.

Centrum w okresie objętym kontrolą było przedmiotem 4 kontroli inspekcji sanitarnej (trzy kontrole zostały przeprowadzone przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Rzeszowie oraz jedna przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Brzozowie), które dotyczyły warunków lokalowo – sanitarnych i technicznych świadczeniodawcy. W wyniku przeprowadzonych kontroli, żaden ze wskazanych organów nie stwierdził nieprawidłowości w funkcjonowaniu jednostki.

Centrum zapewniło dostęp osobom niepełnosprawnym do pomieszczeń oraz urządzeń służących udzielaniu świadczeń poprzez podjazd dla wózków, oraz windę wewnątrz obiektu.

Centrum wyposażone jest w urządzenia i sprzęt medyczny zgodnie z wymaganiami opisanymi w części V pkt 3 i 4 załącznika Nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

Informacyjne określone w § 11 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej⁶ były umieszczone w obiekcie przychodni.

Sprzęt i aparatura służące realizacji świadczeń posiadały stosowne atesty oraz potwierdzenia przeglądów technicznych, dopuszczające je do stosowania przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

Ogółem w Centrum, w okresie objętym kontrolą, świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej realizowane były przez 5 lekarzy w 2012 r. oraz po 6 w latach 2013 i 2014.

W kontroli ustalono, że nie przekroczono limitów miejsc na listach poszczególnych lekarzy.

Liczba złożonych deklaracji wyboru poszczególnych lekarzy świadczących usługi w ramach podstawowej opieki zdrowotnej w Centrum wynosiła od 353 do 1658, co było zgodne z limitem określonym w zarządzeniu Nr 85/2011/DSOZ Prezesa

⁵ Dz. U. z 2008, Nr 164, poz. 1027 ze zm.

⁶ Dz. U. Nr 81, poz. 484

Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 17 listopada 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju – podstawowa opieka zdrowotna.

Wśród świadczeniobiorców zdecydowanie przeważały osoby w wieku od 20 do 65 lat, które stanowiły od 53% (w całym 2012 r.) do 58% (w I półroczu 2014 r.) ogółu osób objętych opieką. Kolejną grupę stanowiły osoby w wieku od 7 do 19 lat, których udział wynosił od 15% (w I półroczu 2014 r.) do 21% w 2012 roku. W grupach wiekowych 0-6 lat oraz powyżej 65 roku życia, udział świadczeniobiorców wahał się w granicach od 11% do 15%.

(dowód: akta kontroli str. 33-41)

Ocena
częstkowa

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

3. Współdziałanie podmiotów leczniczych udzielających świadczeń.

Opis stanu
faktycznego

Współpraca lekarzy z pielęgniarkami w *Centrum*, w ramach realizacji umów z Narodowym Funduszem Zdrowia, odbywała się poprzez kierowanie przez lekarzy świadczeniobiorców na zabiegi, które były wykonywane przez pielęgniarki, posiadające stosowne kwalifikacje i uprawnienia.

W zakresie realizacji postanowień art. 27 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej⁷ dotyczących profilaktyki i edukacji prozdrowotnej, *Centrum* prowadzi edukację zdrowotną poprzez udostępnianie świadczeniobiorcom ulotek, ogłoszeń i plakatów w budynku oraz informacji na stronie internetowej, a także przez bezpośrednie rozmowy w trakcie wizyt.

W latach 2012 – 2014 *Centrum*, w związku z prowadzoną działalnością, na wniosek Starostwa Powiatowego w Rzeszowie, przekazało informację dot. bilansu personelu medycznego według stanu na dzień 31 grudnia 2013 r. Innych informacji nie udostępniano organom administracji samorządowej.

Centrum nie współpracuje z placówkami pomocy społecznej, a wszelka pomoc jest udzielana w sposób doraźny na prośbę zainteresowanych. Pracownicy *Centrum* uczestniczą w pracach Zespołu Interdyscyplinarnego ds. Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie, który współpracuje z Urzędem Miasta Dynowa, oraz z Miejskim Ośrodkiem Pomocy Społecznej w Dynowie.

(dowód: akta kontroli str. 40, 42-44)

Ocena
częstkowa

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

4. Prowadzenie dokumentacji medycznej.

Opis stanu
faktycznego

Księga przyjęć poradni POZ prowadzona jest w formie papierowej i elektronicznej, z zachowaniem chronologii wpisów i kolejności zgłoszeń w danym dniu.

⁷ Dz. U. Nr 214, poz. 1816

Księga przyjęć w formie elektronicznej zawierała wszystkie informacje, o których mowa w § 44 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. *w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przechowywania*⁸, natomiast w wersji papierowej nie odnotowywano godziny zgłoszenia pacjenta, co stanowiło naruszenie powołanego przepisu.

Indywidualną dokumentację medyczną świadczeniobiorców w *Centrum* prowadzono w formie papierowej - *historia zdrowia i choroby*, a niektóre jej elementy, wymagane w rozliczeniach z NFZ, rejestrowane są również w systemie elektronicznym przy użyciu oprogramowania komputerowego mMedica.

W okresie kolejnych trzech miesięcy (styczeń - marzec 2014 r.), w *Centrum* jednorazową wizytę odbyło 1 758 świadczeniobiorców, do trzech wizyt 652 świadczeniobiorców, do czterech 37 i pięciu łącznie 6. Nie stwierdzono przypadków powyżej 5 wizyt.

W sprawie częstotliwości wizyt świadczeniobiorców w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, lekarze świadczący w *Centrum* usługi z tego zakresu, wyjaśnili, iż *nie mają oni prawa odmowy przyjęcia pacjenta*.

(dowód: akta kontroli str. 45-60)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

W kontroli ustalono, że w Księdze przyjęć prowadzonej w wersji papierowej, wbrew zapisom § 44 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r., *w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania*, nie odnotowywano godziny zgłoszenia się pacjenta.

Pan Zdzisław Szafran – właściciel *Centrum* wyjaśnił, iż *godzina zgłoszenia się pacjenta nie jest wpisywana, gdyż bardzo trudno przy kilku w jednym czasie pracujących lekarzach zaznaczyć godzinę przyjścia pacjenta. Pacjenci mogą rejestrować się osobiście, telefonicznie lub za pośrednictwem osób trzecich (...), poza tym nie posiadam wystarczającej ilości personelu, aby każdy szczegół mający związek z pacjentem notować, a pacjenci w pewnym stopniu rejestrowani są za pomocą systemu komputerowego mMedica, w którym dane te są zawarte*.

W zakresie prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej w *Centrum*, kontrolą objęto historię zdrowia i choroby 55 świadczeniobiorców (w tym 32 kobiet i 23 mężczyzn), w wieku powyżej 45 lat, zaliczanych do grupy podwyższonego ryzyka wystąpienia chorób układu krążenia i nowotworowych, prowadzoną przez pięciu lekarzy w okresie od stycznia 2012 r. do 30 czerwca 2014 r.

W wyniku analizy zapisów w poszczególnych historiach zdrowia i choroby ustalono, że w 14 (25,5%) przypadkach zawierały one informację o przebytych poważnych chorobach, w 48 (89,1%) o chorobach przewlekłych, w 22 (40,0%) o pobytach w szpitalu, w 14 (25,5%) o zabiegach chirurgicznych, w 2 (3,6%) o szczepieniach.

W kartach nie odnotowano informacji o uczuleniach lub ich niewystępowaniu, ani dotyczących obciążeń dziedzicznych.

Pan Zdzisław Szafran wyjaśnił, iż *pacjenci nie mają obowiązku informowania lekarza o swojej przeszłości zdrowotnej*.

W kwestii braku w *historiach zdrowia i choroby* informacji dotyczących przeszłości zdrowotnej pacjentów, w tym w szczególności informacji o chorobach przewlekłych, leczeniu szpitalnym lub uczuleniach, lekarze *Centrum* wyjaśnili, iż *spowodowane to było brakiem informacji ze strony pacjenta*, mimo zadawanych im pytań, które jednak nie zostały odnotowane w historii choroby.

⁸ Dz. U. z 2014 r., poz. 177 ze zm.

W żadnej karcie historii zdrowia i choroby nie odnotowano opisu wyniku badania per rectum, lub informacji o odmowie pacjenta poddania się takiemu badaniu. W żadnej z 32 kart kobiet nie opisano wyniku badania gruczołów piersiowych, informacji o instruktarzu samobadania piersi, o wykonanej mammografii, ani o wykonaniu badania cytologicznego.

W analizowanych kartach 55 świadczeniobiorców opisano łącznie 1.127 wizyt, w tym pomiar ciśnienia tętniczego krwi odnotowano w 50 kartach w trakcie 132 wizyt (11,7% wizyt ogółem), oznaczenie poziomu cukru we krwi w 41 kartach przy 61 wizytach. Masę ciała i wzrost, dla wyliczenia wskaźnika BMI, zapisano w 13 kartach (23,6%).

Wizyty związane wyłącznie z powtórzeniem recepty (556) stanowiły 49,3% wizyt ogółem.

W analizowanym okresie 33 osoby skorzystały 196 razy z wizyty u lekarza wskazanego przez siebie w deklaracji wyboru.

W kwestii niewykonywania przy każdej wizycie pomiaru ciśnienia tętniczego krwi, poziomu glukozy, masy ciała, wzrostu, czy też badań w kierunku występowania nowotworów i chorób układu krążenia, lekarze udzielający świadczeń w ramach podstawowej opieki zdrowotnej wskazali, iż *spowodowane było brakiem wskazania medycznego*.

Ocena
częstkowa

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia działalność kontrolowanej jednostki, w zbadanym zakresie, zwracając uwagę na ograniczone działania profilaktyczne i zmierzające do wczesnego wykrywania chorób układu krążenia i nowotworów.

5. Dostępność świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej.

Opis stanu
faktycznego

W *Centrum* nie ustalono oddzielnego trybu przyjmowania pacjentów w nagłych wypadkach, ani też w przypadku konieczności powtórzenia recepty, czy też w związku z wydaniem skierowania na badania diagnostyczne albo w przypadku okresowej wizyty kontrolnej. Wszyscy świadczeniobiorcy w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej byli w *Centrum* przyjmowani na bieżąco, w dniu ich rejestracji.

W Regulaminie organizacyjnym *Centrum* brak było zapisów dotyczących pobierania materiału do badań, możliwych do wykonania na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej.

W powyższej kwestii Pan Zdzisław Szafran – właściciel *Centrum* wyjaśnił, iż *brak takiego zapisu spowodowany był niedopatrzeniem*.

W zakresie wykonywania badań diagnostycznych osobom objętym świadczeniami przychodni, *Centrum* zawarło umowy z podwykonawcami.

W *Centrum* nie ustalono zasad kierowania przez lekarzy świadczeniobiorców na badania, a także nie ustalono limitów skierowań na badania diagnostyczne.

W wyjaśnieniu na powyższą okoliczność Pan Zdzisław Szafran – właściciel *Centrum* podał, iż *powodem nieustalenia takich limitów jest dbanie o zdrowie pacjenta (...)*.

Dokumentacja medyczna pacjentów, w *Centrum* jest przechowywana w sposób uniemożliwiający dostęp osobom postronnym, a informacja o możliwości udostępnienia dokumentacji medycznej świadczeniobiorcom znajduje się w *Regulaminie Organizacyjnym Centrum* oraz jest wywieszona na tablicy ogłoszeń w poczekalni.

(dowód: akta kontroli str. 21-32, 41, 60-64)

Ocena
częstkowa

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

6. Rozliczanie umów o świadczenia z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

Opis stanu
faktycznego

W okresie objętym kontrolą, *Centrum* zawarło następujące umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia, o świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej:

- Nr 0903074701201105 z dnia 4 stycznia 2011 r. z terminem obowiązywania do dnia 31 grudnia 2013 r. wraz z aneksami,
- Nr 0903074701201305 z terminem obowiązywania od 1 stycznia 2011 r. do 31 grudnia 2013 r. wraz z aneksami,
- Nr 0903074701201413 z dnia 23 grudnia 2013 r. z okresem obowiązywania od 1 stycznia 2011 r. do 31 grudnia 2014 r. wraz z aneksem zawartym w dniu 30 czerwca 2014 r.

Aneksy do umów z Narodowym Funduszem Zdrowia dotyczyły zmian terminów obowiązywania samych umów, warunków finansowych, obowiązków informacyjnych wobec pacjentów lub były związane ze zmianą zarządzeń Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

W okresie objętym kontrolą *Centrum* korzystało z podwykonawców.

W zakresie badań laboratoryjnych, RTG, badań mikrobiologicznych, USG metodą Dopplera, USG z możliwością badania transrektalnego, Holtera EKG, EEG, EMG i krioterapii - podwykonawcą było Centrum Medyczne „Medyk” Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Rzeszowie, a w zakresie transportu medycznego - Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego w Rzeszowie.

Nadzór merytoryczny nad lekarzami w *Centrum* sprawuje kierownik Centrum Medycznego Pani Małgorzata Szafran.

W pierwszym półroczu 2013 roku, w związku z realizacją umów z podwykonawcami, *Centrum* wydatkowało kwotę 21.542,10 zł, w drugim półroczu 2013 r. – 22.126,20 zł oraz w pierwszym półroczu 2014 r. 21.719,10 zł.

W latach 2012 – 2014 (I półrocze) w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej z usług *Centrum* miesięcznie korzystało od 2047 do 2236 świadczeniobiorców, w szczególności w styczniu 2012 r. – 2047, w czerwcu 2102 r. – 2094, w styczniu 2013 r. – 2068, w czerwcu 2013 r. – 2062, w styczniu 2014 r. – 2139 oraz w czerwcu 2014 r. – 2236.

W okresie objętym kontrolą, Narodowy Fundusz Zdrowia nie nakładał na *Centrum* kar w związku z realizacją umów o świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej.

Centrum nie było kontrolowane przez samorząd lekarski, Wojewodę Podkarpackiego, Konsultanta Krajowego lub Wojewódzkiego.

(dowód: akta kontroli str. 65-223)

Ocena
częstkowa

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

IV. Uwagi i wnioski

Wnioski pokontrolne

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o *Najwyższej Izbie Kontroli*⁹, zwanej dalej ustawą o NIK, wnosi o:

1. Zapewnienie dostępności świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej zgodnie z harmonogramem stanowiącym integralną część umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia.
2. Zapewnienie wykonywania i opisywania w kartach *historii zdrowia i choroby* działań (świadczeń) mających na celu wczesne wykrywanie chorób układu krążenia i nowotworowych stosownie do postanowień art. 27 ustawy o *świadczeniach zdrowotnych*.
3. Odnotowywanie w księdze przyjęć, prowadzonej w formie papierowej, godzin zgłaszania się pacjentów, stosownie do zapisów § 44 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r., w *sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania*.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

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

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do dyrektora Delegatury NIK w Rzeszowie.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK, proszę o poinformowanie Najwyższej Izby Kontroli, w terminie 30 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków pokontrolnych, oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

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

Rzeszów, dnia listopada 2014 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Rzeszowie

Kontroler
Paweł Rakowski
starszy inspektor k. p.

Dyrektor
Wiesław Motyka

⁹ Dz. U. z 2012 r., poz. 82 ze zm.