



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Zielonej Górze

LZG.410.005.01.2015

P/15/061

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli P/15/061 – Tworzenie i udostępnianie dokumentacji medycznej

Jednostka
przeprowadzająca
kontrolę Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Zielonej Górze

Kontrolerzy Beata Jakubowska, główny specjalista kontroli państwowej,
upoważnienie do kontroli numer 94925 z dnia 19 maja 2015 r.
Anna Huziej, specjalista kontroli państwowej,
upoważnienie do kontroli nr 94922 z dnia 15 maja 2015 r.

(dowód: akta kontroli str. 1-4)

Jednostka
kontrolowana 105 Kresowy Szpital Wojskowy z Przychodnią Samodzielny Publiczny Zakład Opieki
Zdrowotnej¹ (dalej: Szpital), ul. Domańskiego 2, 68-200 Żary

Kierownik jednostki
kontrolowanej Sławomir Gaik, Dyrektor

(dowód: akta kontroli str. 5-8)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie² działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym zakresie.

Uzasadnienie oceny ogólnej

Szpital prowadził dokumentację medyczną pacjentów w sposób rzetelny, kompletny i zgodnie z obowiązującymi wymogami. W szczególności stwierdzono, że wszystkie poddane analizie historie chorób zawierały wymagane dane dotyczące przyjęcia pacjenta do Szpitala, przebiegu hospitalizacji, jak i wypisania z placówki. W każdym przypadku wpisy były czytelne, dokonane w porządku chronologicznym oraz autoryzowane, a dokumentacja była oceniona i podpisana przez lekarza kierującego oddziałem. Każdorazowo, lekarz wypisujący pacjenta wystawiał kartę informacyjną z leczenia szpitalnego.

Udostępnianie dokumentacji medycznej było prawidłowe. Badanie 147 wniosków o udostępnienie dokumentacji medycznej³ (1,6 % ogółu) wykazało, że udostępnieniem dokumentacji medycznej zajmowały się osoby upoważnione, a stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły nielicznych przypadków (pięciu - 3,4%) niezachowania pisemnej formy w przypadku odmowy udostępnienia dokumentacji medycznej, wraz ze wskazaniem jej przyczyny (trzy przypadki) oraz przekroczenia terminu załatwienia wniosku (dwa przypadki). Ustalona (i aktualizowana) kwota opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej była zgodna z obowiązującymi

¹ Zmiana nazwy ze: 105 Szpital Wojskowy z Przychodnią Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej na: 105 Kresowy Szpital Wojskowy z Przychodnią Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej. Postanowienie Sądu Rejonowego w Zielonej Górze, VIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, numer ZG.VIII NS-REJ.KRS/007409/15/526 z dnia 14 maja 2015 r.

² Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna.

³ W tym: 90 rozpatrzonych pozytywnie i 57 rozpatrzonych negatywnie.

przepisami. Informacja o wysokości pobieranej przez Szpital opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej była wprowadzie upubliczniona dla potencjalnych wnioskodawców, jednak stwierdzono brak jej określenia w regulaminie organizacyjnym Szpitala. O prawidłowej realizacji zadań w tym zakresie, w ocenie NIK, świadczy pośrednio również fakt, że na ponad 9 tys. wniosków o udostępnienie dokumentacji medycznej, które wpłynęły do Szpitala w okresie od początku 2013 r. do 31 marca 2015 r., złożona została tylko jedna skarga, wyjaśniona i załatwiona przez Szpital.

NIK zwraca natomiast uwagę na stopień przygotowania Szpitala do uczestnictwa w Systemie Informacji Medycznej. Pomimo podjętych starań, dotychczasowy stan przygotowań Szpitala może stwarzać ryzyko nie wdrożenia w ustawowym terminie, tj. 1 sierpnia 2017 r., prowadzenia dokumentacji medycznej w formie elektronicznej.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

Opis stanu
faktycznego

Szpital został utworzony na podstawie zarządzenia Ministra Obrony Narodowej z dnia 7 października 1998 r. w sprawie utworzenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej⁴. Z dniem 1 maja 2010 r. Szpital przejął świadczenie usług medycznych w powiecie żagańskim, poprzez przejęcie personelu, budynku przy ul. Żelaznej w Żaganiu oraz sprzętu i kontraktu z Lubuskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia. W strukturze organizacyjnej Szpitala wyodrębniono: pion administracyjny, pion medyczny w Żarach, pion medyczny w Żaganiu oraz pion innych jednostek medycznych zlokalizowanych poza siedzibą Szpitala⁵.

Liczba pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez Szpital⁶ wyniosła w 2013 r. - 80,1 tys. pacjentów, w 2014 r. - 85,3 tys. pacjentów, a w I kwartale 2015 r. - 32,6 tys. pacjentów.

(dowód: akta kontroli str. 9-25, 29-40, 41-50)

1. Prowadzenie i przetwarzanie dokumentacji medycznej

Badaniem objęto 40 historii chorób pacjentów, będących w wieku powyżej 35 roku życia, hospitalizowanych do dnia 31 grudnia 2014 r., w oddziałach: kardiologicznym⁷, neurologicznym, chirurgii urazowo-ortopedycznej z pododdziałem rehabilitacji narządu ruchu oraz chirurgii ogólnej z pododdziałem urologii⁸ oraz 20 historii chorób pacjentów, hospitalizowanych w ww. oddziałach w trakcie trwania kontroli⁹. W wyniku przeprowadzonego badania ustalono m.in., że:

- wszystkie historie choroby zawierały informacje dotyczące przyjęcia pacjenta do Szpitala, w tym: datę i informację o trybie przyjęcia pacjenta do Szpitala¹⁰, dane z wywiadu lekarskiego, badania przedmiotowego oraz rozpoznanie wstępne, wymagane przepisami § 16 ust. 1 pkt 3-6 rozporządzenia Ministra Obrony Narodowej z dnia 2 października 2014 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w podmiotach

⁴ Zarządzenie numer 43/MON w sprawie utworzenia publicznych zakładów opieki zdrowotnej (Dz. Rozk. Min. Obr. Nar. poz. 97 ze zm.).

⁵ Przychodnia Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Osiecznicy i w Świętoszowie, gabinet medycyny szkolnej w Świętoszowie, ratownictwo medyczne w Żaganiu i Szprotawie oraz dyspozytornia medyczna.

⁶ Łącznie hospitalizacje i porady ambulatoryjne.

⁷ Oddział intensywnego nadzoru kardiologicznego.

⁸ Po dziesięć historii chorób z każdego oddziału.

⁹ Po pięć historii chorób z każdego oddziału

¹⁰ 33 pacjentów przyjętych w trybie doraźnym, 27 pacjentów przyjętych w trybie planowym.

leczniczych utworzonych przez Ministra Obrony Narodowej oraz sposobu jej przetwarzania¹¹ (dalej *rozporządzenie w sprawie DM*),

- w historiach choroby pacjentów odnotowywano informacje związane z przebiegiem hospitalizacji, w szczególności:
 - a) we wszystkich przypadkach pierwszego wpisu dokonano w dniu przyjęcia pacjenta na oddział;
 - b) w 57 przypadkach wpisy dokonywane były codziennie, a w trzech przypadkach częstotliwość wpisów wynosiła od dwóch do trzech dni;
 - c) we wszystkich przypadkach wpisy były czytelne, dokonane w porządku chronologicznym oraz autoryzowane, każdorazowo również odnotowana została specjalizacja lekarza, który dokonał wpisu lub udzielał świadczeń zdrowotnych, co było zgodne z § 3 ust. 1 i 2 rozporządzenia w sprawie DM;
 - d) w 58 przypadkach historii choroby zawierały wpisy o zleceniu badań, konsultacji, zabiegów oraz wpisy wyników badań, konsultacji, zabiegów; w dwóch przypadkach nie zlecano badań, konsultacji ani zabiegów;
 - e) do wszystkich historii choroby dołączono karty zleceń lekarskich oraz indywidualnej opieki pielęgniarskiej, do 59 historii choroby dołączono karty obserwacji, co było zgodne z § 14 ust. 1 pkt 1, 3 i 5 rozporządzenia w sprawie DM. W jednym przypadku (historia choroby pacjenta hospitalizowanego w trakcie kontroli) karta obserwacji była wypełniona elektronicznie w systemie AMMS i nie została wydrukowana do dnia badania dokumentacji.

(dowód: akta kontroli str. 148-163)

Ponadto analiza historii chorób pacjentów hospitalizowanych do 31 grudnia 2014 r. wykazała m.in., że:

- wszystkie historie w części dotyczącej wypisania pacjenta ze Szpitala zawierały opis rozpoznania klinicznego, zastosowanego leczenia oraz wykonanych badań, zabiegów, operacji, itp., a także opis przyczyn i okoliczności oraz datę wypisania ze Szpitala, wymagane przepisami § 18 pkt 1, 3, 5 i 6 rozporządzenia w sprawie DM;
- we wszystkich przypadkach wystawiono i dołączono kartę informacyjną, wymaganą przepisem § 21 ust. 1 rozporządzenia w sprawie DM, która zawierała wszystkie wymagane elementy;
- we wszystkich przypadkach dokumentacja została oceniona i podpisana przez lekarza kierującego oddziałem, co było zgodne z przepisem § 23 rozporządzenia w sprawie DM.

(dowód: akta kontroli str. 148-153, 162-163)

Żadna ze zbadanych historii choroby, pacjentów hospitalizowanych do 31 grudnia 2014 r., nie została przekazana do archiwum.

(dowód: akta kontroli str. 148-153, 162-163)

Starszy referent działu statystyczno-informatycznego z archiwum¹² wyjaśniła, że dokumentacja medyczna jest przechowywana w dziale statystyczno-informatycznym z archiwum przez okres dwóch lat (licząc od końca roku, w którym została utworzona), a następnie przekazywana do archiwum.

(dowód: akta kontroli str. 86-87)

¹¹ Dz. U. poz. 1508.

¹² Do zadań, którego należało m. in. przyjmowanie i sprawdzanie kompletności historii chorób z oddziałów oraz przekazywanie ich po wyznaczonym czasie do archiwum Szpitala.

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność kontrolowanej jednostki w badanym obszarze.

2. Organizacja procesu udostępniania dokumentacji medycznej

Opis stanu
faktycznego

Zarządzeniem z dnia 23 listopada 2011 r.¹³ Dyrektor Szpitala wprowadził zasady udostępniania dokumentacji medycznej oraz ustalił opłaty za jej udostępnianie (dalej *zarządzenie w sprawie zasad udostępniania dokumentacji medycznej*). Zasady udostępniania dokumentacji, w tym określenie osób, którym dokumentacja może być udostępniona oraz formy udostępnienia, wskazano również w regulaminie organizacyjnym Szpitala¹⁴.

(dowód: akta kontroli str. 26-28, 51-55)

W Zarządzeniu określono m.in. następujące zasady udostępniania dokumentacji medycznej:

- ✓ udostępnienie dokumentacji odbywa się na wniosek pacjenta, jego przedstawiciela ustawowego lub osoby przez niego upoważnionej¹⁵;
- ✓ w przypadku odbioru dokumentacji przez osobę upoważnioną należy złożyć upoważnienie sporządzone w obecności pracownika upoważnionego do wydania kopii dokumentacji medycznej, a w innym przypadku upoważnienie musi zawierać notarialnie lub urzędowo poświadczony podpis upoważnionego;
- ✓ odbiór kopii dokumentacji musi być potwierdzony podpisem wydającego i odbierającego oraz datą wydania na złożonym wniosku, a wniosek ujęty w rejestrze wpływających wniosków o udostępnienie dokumentacji medycznej;
- ✓ dokumentacja medyczna jest udostępniana bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w ciągu 14 dni kalendarzowych od daty złożenia wniosku o jej udostępnienie;
- ✓ dokumentacja medyczna jest udostępniana na podstawie decyzji Dyrektora Szpitala lub osób przez niego upoważnionych, w trybie zapewniającym zachowanie poufności i ochrony danych osobowych.

(dowód: akta kontroli str. 51-55)

Zgodnie z Regulaminem organizacyjnym Szpitala udostępnianie dokumentacji medycznej jest zadaniem działu statystyczno-informatycznego.

(dowód: akta kontroli str. 12-28)

Informacje na temat zasad udostępniania dokumentacji medycznej (wyciąg z zarządzenia Dyrektora i wzory wniosków) oraz wysokości kwot pobieranych za stronę udostępnionej dokumentacji medycznej zostały zamieszczone na stronie internetowej Szpitala¹⁶.

(dowód: akta kontroli str. 56-58)

¹³ Numer 43/122/2011.

¹⁴ Regulamin organizacyjny Szpitala wprowadzony Zarządzeniem Dyrektora numer 122/22/2012 z dnia 15.08.2012 r. (obowiązujący od 3 września 2012 r.).

¹⁵ Wzór wniosku stanowi załącznik do Zarządzenia.

¹⁶ <http://www.105szpital.pl>

Informacje o zasadach udostępniania dokumentacji medycznej zostały umieszczone w następujących miejscach:

- a) na drzwiach archiwum oraz na tablicy ogłoszeń znajdującej się przy rejestracji do poradni specjalistycznych w Żarach,
- b) w rejestracji do poradni specjalistycznych oraz na drzwiach pomieszczenia statystyki medycznej w Filii w Żaganiu.

Informacje o wysokości kwot pobieranych za stronę udostępnionej dokumentacji medycznej zostały umieszczone:

- a) w kasie – znajdującej się przy rejestracji do poradni specjalistycznych w Żarach,
- b) w rejestracji do poradni specjalistycznych w filii w Żaganiu.

(dowód: akta kontroli str. 59-60)

Wysokość opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej była uaktualniana co trzy miesiące i nie przekraczała określonej w art. 28 ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta¹⁷ (dalej: *ustawa o prawach pacjenta*).

(dowód: akta kontroli str. 84)

W Szpitalu nie był prowadzony rejestr opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej są ujmowane w ewidencji księgowej na podstawie wystawionych faktur na tym samym koncie, na którym ujmuje się również opłaty za przesyłkę dokumentacji oraz opłaty za kserokopie innych dokumentów (np. dokumentacja przetargowa).

(dowód: akta kontroli str. 61-62)

W Szpitalu prowadzono rejestr wniosków o udostępnienie dokumentacji medycznej¹⁸, zawierający również informację o udostępnieniu dokumentacji medycznej lub odmowie udostępnienia.

(dowód: akta kontroli str. 170-180, 216)

Stworzone przez Szpital warunki przechowywania dokumentacji medycznej zabezpieczają ją przed zniszczeniem, uszkodzeniem lub utratą, a także dostępem osób nieupoważnionych i nieuprawnionych. Dokumenty starsze, podlegające archiwizacji, znajdowały się w zabezpieczonych odrębnych pomieszczeniach stanowiących archiwum Szpitala, a w przypadku bieżącej dokumentacji – w rejestracjach (w metalowych szufladach zamykanych na klucz).

(dowód: akta kontroli str. 59-60)

Zarządzeniem Dyrektora Szpitala¹⁹ z dnia 28 października 2013 r. wprowadzono Politykę Bezpieczeństwa Ochrony Danych Osobowych (dalej: *polityka bezpieczeństwa*), której integralną część stanowiła Instrukcja Zarządzania Systemami Informatycznymi. W dokumentach tych określono sposób

¹⁷ Dz. U. z 2012 r., poz. 159 ze zm. W okresie od 01.01.2013 r. do 31.08.2014 r. wysokość opłat za jedną stronę wyciągu lub odpisu oraz sporządzenie wyciągu, odpisu lub kopii dokumentacji medycznej na elektronicznym nośniku danych wzrosła z kwoty 7,02 zł do kwoty 7,79 zł, a za jedną stronę kopii z kwoty 0,70 zł do 0,78 zł. Z dniem 01.09.2014 r. ww. opłaty uległy obniżeniu z kwoty 7,79 zł do kwoty 7,48 zł oraz z kwoty 0,78 zł do 0,75 zł. Od dnia 01.12.2014 r. wysokość opłat za jedną stronę wyciągu lub odpisu oraz sporządzenie wyciągu, odpisu lub kopii dokumentacji medycznej na elektronicznym nośniku danych w okresie wynosiła 7,56 zł, a za jedną stronę kopii wynosiła 0,75 zł. Od dnia 1 czerwca 2015 r. opłat za jedną stronę wyciągu lub odpisu oraz sporządzenie wyciągu, odpisu lub kopii dokumentacji medycznej na elektronicznym nośniku danych w okresie wynosi 8,11 zł, a za jedną stronę kopii wynosi 0,81 zł.

¹⁸ Rejestr wniosków prowadzono w następujących komórkach organizacyjnych: dział statystyczno-informatyczny z archiwum w Żarach, rejestracja do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w Żarach (od 24.02.2014 r.), rejestracja do poradni specjalistycznych w Żarach, rejestracja w filii w Żaganiu.

¹⁹ Numer 122/52/2013.

zabezpieczenia dokumentacji medycznej przed zniszczeniem i dostępem osób nieuprawnionych, a nadzór nad wykonaniem zarządzenia powierzono Administratorowi Bezpieczeństwa Informacji (dalej ABI).

W polityce bezpieczeństwa określono m.in. środki techniczne i organizacyjne niezbędne dla zapewnienia poufności, integralności i rozliczalności przetwarzanych danych, zabezpieczenia ochrony fizycznej danych osobowych oraz zabezpieczenia sprzętowe infrastruktury informatycznej i telekomunikacyjnej oraz narzędzi programowych i baz danych.

(dowód: akta kontroli str. 181-214)

Stosownie do ww. dokumentu, ABI przygotował za 2014 r. sprawozdanie stanu funkcjonowania systemu ochrony danych osobowych. W sprawozdaniu omówiono wyniki przeprowadzonych kontroli, zarejestrowane incydenty dotyczące bezpieczeństwa oraz najważniejsze działania korygujące i zapobiegawcze (np. wysłanie pocztą elektroniczną danych osobowych bez zaszyfrowania – działanie korygujące: doszkolenie pracownika), a także wskazano proponowane zadania do realizacji (m.in. tworzenie kopii zapasowych, przeszkolenie pracowników i przekonanie ich o słuszności i potrzebie ochrony danych osobowych, zakup zamykanych szafek tam gdzie jest to konieczne).

(dowód: akta kontroli str. 195-197)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. W regulaminie organizacyjnym Szpitala nie określono wysokości opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej, co stanowiło naruszenie przepisu art. 24 ust. 1 pkt 9 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej²⁰.

(dowód: akta kontroli str. 12-28)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że wynika to z przeoczenia. Jednocześnie Dyrektor wskazał, że pacjentom umożliwiono zapoznanie się z aktualną wysokością opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej w kasie Szpitala.

Dyrektor zadeklarował uzupełnienie zapisów regulaminu organizacyjnego w powyższym zakresie.

(dowód: akta kontroli str. 219-220)

2. Stosownie do § 58 rozporządzenia w sprawie DM z dnia 18 grudnia 2009 r.²¹ dokumentacja indywidualna wewnętrzna, jest udostępniana w sposób określony w art. 27 ustawy o prawach pacjenta, na podstawie decyzji kierownika zakładu lub osoby przez niego upoważnionej.

Rozporządzenie to zostało uchylone z dniem 18 listopada 2014 r. przez rozporządzenie w tej samej sprawie z dnia 2 października 2014 r.²², w którym w rozdziale 7 *udostępnianie dokumentacji* nie zawarto wymogu podjęcia decyzji przez kierownika zakładu lub osoby przez niego upoważnionej w zakresie udostępnienia dokumentacji.

Pomimo zmiany przepisów wyżej powołanego rozporządzenia w § 4 pkt 2 zarządzenia Dyrektora Szpitala numer 43/122/2011 z dnia 23 listopada 2011 r. w sprawie zasad udostępniania dokumentacji medycznej oraz ustalenia opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej nadal pozostaje zapis, że dokumentacja

²⁰ Dz. U. z 2015 r., poz. 618 ze zm.

²¹ Rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z dnia 18 grudnia 2009 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej utworzonych przez Ministra Obrony Narodowej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. Nr 222, poz. 1765).

²² Dz. U. z 2014 r., poz. 1508.

medyczna udostępniana jest na podstawie decyzji dyrektora Szpitala lub osób przez niego upoważnionych, co jest niezgodne z wyżej powołanymi przepisami.

(dowód: akta kontroli str. 51-55)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że wynikało to z przeoczenia zmiany przepisów rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej, wprowadzonych w 2014 r. W najbliższym czasie zarządzenie to zostanie zaktualizowane i dostosowane do obowiązujących przepisów w tym zakresie.

(dowód: akta kontroli str. 240-241)

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie, mimo stwierdzonych nieprawidłowości, działalność kontrolowanej jednostki w badanym obszarze.

3. Realizacja zadań polegających na udostępnianiu dokumentacji medycznej

Opis stanu faktycznego

Zadania w zakresie udostępniania dokumentacji medycznej powierzono pracownikom zatrudnionym na stanowiskach: sekretarki medycznej, statystyka medycznego, rejestratorki, pielęgniarki, pracownikom działu statystyczno-informatycznego oraz higienistce stomatologicznej (łącznie 38 osób). Wszyscy ww. pracownicy zostali odrębnie upoważnieni do przetwarzania danych osobowych w systemach informatycznych lub w zbiorach w wersji papierowej. Każdy z nich podpisał również oświadczenie, iż został zapoznany z przepisami dotyczącymi ochrony danych osobowych i zobowiązał się m.in. do zachowania w tajemnicy danych osobowych, do których ma lub będzie miał dostęp w związku z wykonywaniem zadań służbowych lub obowiązków pracowniczych.

Szpital nie organizował odrębnych szkoleń w zakresie udostępniania dokumentacji medycznej.

(dowód: akta kontroli str. 63-71)

W okresie od 1.01.2013 r. do 31.03.2015 r. do Szpitala²³ wpłynęły łącznie 9.222 wnioski o udostępnienie dokumentacji medycznej, w tym: 8.173 od pacjentów lub innych upoważnionych osób oraz 1.049 od innych podmiotów²⁴.

(dowód: akta kontroli str. 93)

Badanie 90 wniosków o udostępnienie dokumentacji medycznej (w tym: 30 złożonych przez pacjentów lub osoby upoważnione i 60 złożonych przez inne uprawnione podmioty) rozpatrzonych pozytywnie wykazało m.in. że:

- wszystkie wnioski zostały rozpatrzone w terminie określonym w Zarządzeniu Dyrektora Szpitala²⁵;
- dokumentacja została udostępniona w formie kserokopii;
- wśród przyczyn złożenia wniosków wskazywano m.in. prowadzone sprawy i postępowania, nadzorowane dochodzenia, ustalenie ewentualnych uprawnień do renty z tytułu niezdolności do pracy, ocena zasadności zgłoszonych roszczeń;

²³ Łącznie z filią w Żaganiu.

²⁴ 2013 r. wnioski złożone przez: pacjentów: 2.986; inne uprawnione podmioty: 468; 2014 r. wnioski złożone przez: pacjentów – 4.288, inne podmioty – 468; 2015 r. (do 31.03.2015 r.) wnioski złożone przez: pacjentów – 899, inne podmioty – 113.

²⁵ Czas realizacji wniosków złożonych przez instytucje wynosił: 1 dzień – 8 przypadków, od 2 do 4 dni – 38 przypadków, od 5 do 7 dni – 25 przypadków, od 8 do 12 dni – 4 przypadki, a w 15 przypadkach dokumentacja została udostępniona w dniu złożenia wniosku.

- dokumentacja do udostępnienia była przygotowywana przez osobę do tego upoważnioną²⁶,
- żaden spośród 30, objętych szczegółowym badaniem wniosków o udostępnienie dokumentacji złożonych przez pacjentów, nie dotyczył udostępnienia wyników specjalistycznych badań diagnostycznych.

(dowód: akta kontroli str. 63-78, 85, 94, 223-228)

Spośród 9.222 złożonych wniosków o udostępnienie dokumentacji medycznej negatywnie zostało rozpatrzonych 57 wniosków. Przyczyną odmowy był m.in.: brak dokumentacji, pacjent nie był leczony przez Szpital, wniosek nie zawierał wszystkich wymaganych danych, wnioskodawca nie posiadał upoważnienia pacjenta do otrzymania dokumentacji.

Analiza 57 wniosków rozpatrzonych negatywnie wykazała m.in., że:

- w 53 spośród 57 przypadków odpowiedzi udzielono w formie pisemnej na złożony wniosek, co było zgodne z § 64 rozporządzenia w sprawie DM oraz § 58 pkt 2 poprzedzającego go rozporządzenia w tej samej sprawie z dnia 18 grudnia 2009 r. oraz § 4 pkt 3 zarządzenia Dyrektora Szpitala w sprawie zasad udostępniania dokumentacji medycznej, natomiast w jednym przypadku nie udzielono odpowiedzi z uwagi na brak możliwości zidentyfikowania wnioskodawcy (nieczytelne nazwisko);
- w 51 spośród 53 przypadków²⁷ odpowiedzi na wniosek udzielono z zachowaniem terminu określonego w § 6 pkt 6 zarządzenia w sprawie udostępniania dokumentacji medycznej.

Wnioskodawcy, którym odmówiono dostępu do dokumentacji medycznej nie odwoływali się do sądu od decyzji Szpitala w przedmiotowych sprawach.

(dowód: akta kontroli str. 88-93)

Zarządzeniem²⁸ z dnia 31 października 2013 r. Dyrektor Szpitala określił zasady odbierania wyników badań (laboratoryjnych, diagnostycznych) zlecanych przez lekarzy poradni specjalistycznych, pracowni i POZ. Zgodnie z wyżej powołanym zarządzeniem wyniki badań są wydawane wyłącznie do komórek organizacyjnych Szpitala, natomiast pacjenci mają prawo do wglądu lub otrzymania kserokopii wyników badań na podstawie wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej, za opłatą według obowiązującego cennika.

(dowód: akta kontroli str. 79-82)

W zakresie zabezpieczenia zwrotu oryginałów udostępnionej dokumentacji medycznej Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że dokumentacja medyczna przed udostępnieniem w formie oryginału jest kopiowana i potwierdzana za zgodność z oryginałem. Na wykonanych kopiach umieszczana jest adnotacja dotycząca miejsca i czasu przekazania oryginałów dokumentacji. Nie stwierdzono przypadków niezwrócenia udostępnionej dokumentacji medycznej.

(dowód: akta kontroli str. 79-81)

Procedura udostępniania dokumentacji medycznej nie była przedmiotem nadzoru i kontroli.

(dowód: akta kontroli str. 83, 222)

²⁶ Starszego referenta oraz archiwistkę/referenta działu statystyczno-informatycznego z archiwum.

²⁷ Łącznie 57 wniosków o udostępnienie dokumentacji rozpatrzonych negatywnie, w czterech przypadkach nie udzielono odpowiedzi pisemnej.

²⁸ Zarządzenie numer 122/54/2013.

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

1. Stosownie do przepisu § 64 rozporządzenia w sprawie DM z 2014 r. (oraz § 58 ust. 2 poprzedzającego go rozporządzenia z 2009 r.) odmowa udostępnienia dokumentacji medycznej wymaga zachowania formy pisemnej oraz podania przyczyny. Tożsame uregulowania zostały zawarte w § 4 pkt 3 zarządzenia w sprawie zasad udostępniania dokumentacji medycznej.

W trzech spośród 57 przypadków odmowy udostępnienia dokumentacji medycznej (tj. 5,3%) stwierdzono, że wnioskodawca nie został poinformowany pisemnie o odmowie i jej przyczynach²⁹.

(dowód: akta kontroli str. 88-92)

Starszy referent³⁰ działu statystyczno-informatycznego z archiwum wyjaśnił, że w przypadku dwóch wniosków nie zachowanie formy pisemnej wynikało z przeoczenia, pracownik uznał za wystarczające telefoniczne poinformowanie wnioskodawców o odmowie udostępnienia dokumentacji medycznej i przyczynach odmowy. W trzecim przypadku wnioskodawca w dniu 12 marca 2015 r. złożył wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej tożsamy z wnioskiem złożonym w dniu 27 lutego 2015 r. Obydwa wnioski nie zawierały wszystkich wymaganych danych. Odpowiedzi na wniosek z dnia 27 lutego 2015 r. udzielono 9 marca 2015 r. i poinformowano wnioskodawcę o stwierdzonych brakach. W związku z powyższym pracownik uznał, że nie jest konieczne udzielenie odpowiedzi na wniosek z dnia 12 marca 2015 r.

(dowód: akta kontroli str. 85-87)

2. Stosownie do § 6 pkt 10 zarządzenia w sprawie udostępniania dokumentacji medycznej, Szpital udostępnia dokumentację medyczną niezwłocznie – jednak nie później niż w ciągu 14 dni kalendarzowych od daty złożenia wniosku o jej udostępnienie.

W toku kontroli ustalono, że w przypadku dwóch spośród 53 wniosków rozpatrzonych negatywnie, na które udzielono odpowiedzi (3,8%) termin ten nie został zachowany. Odpowiedzi na wnioski udzielono, odpowiednio, po upływie 34 i 53 dni od dnia ich złożenia³¹.

(dowód: akta kontroli str. 88-92, 95-100)

Zastępca dyrektora ds. ekonomiczno-technicznych oraz zastępca dyrektora ds. medycznych, którzy podpisali odpowiedzi na ww. wnioski wskazali, że sprawą tą zajmował się główny specjalista ds. kontroli.

(dowód: akta kontroli str. 164-166, 217-218)

Główny specjalista ds. kontroli³² wyjaśniła, że z pierwszym z ww. wnioskodawców próbowała się skontaktować telefonicznie, a po bezskutecznych próbach udzieliła odpowiedzi pisemnej. Próby kontaktu telefonicznego spowodowały opóźnienie w udzieleniu odpowiedzi pisemnej. Drugiego z ww. wnioskodawców pracownik kilkakrotnie informował telefonicznie o braku możliwości uzyskania dokumentacji.

²⁹ W jednym przypadku nie udzielono odpowiedzi z uwagi na brak możliwości zidentyfikowania wnioskodawcy (nieczytelne nazwisko).

³⁰ Do którego zadań, którego należało m.in. prowadzenie korespondencji związanej z wnioskami o udostępnienie dokumentacji medycznej.

³¹ Odpowiedzi na wniosek złożony 2 sierpnia 2013 r. udzielono 5 września 2013 r., a na wniosek z dnia 16 października 2014 r. odpowiedzi udzielono 8 grudnia 2014 r.

³² Wnioski te zostały skierowane do załatwienia przez osobę zatrudnioną na tym stanowisku.

Pracownik wskazał również, że: dla zamknięcia tej sprawy udzieliłam jednak również odpowiedzi pisemnej. Nadmieniam, że jest to osoba, która już wielokrotnie ubiegała się o uzyskanie dokumentacji medycznej mimo tego, że nie posiada do tego uprawnień i otrzymywała odpowiedzi negatywne w formie pisemnej.

(dowód: akta kontroli str. 101)

NIK zwraca jednak uwagę na fakt, że stosownie do § 4 pkt 3 zarządzenia w sprawie udostępniania dokumentacji medycznej, odmowa udostępnienia dokumentacji medycznej wymaga zachowania formy pisemnej oraz podania przyczyny. W związku z powyższym kontakt telefoniczny z wnioskodawcą czy też próba takiego kontaktu nie są usprawiedliwieniem dla stwierdzonych opóźnień w udzieleniu odpowiedzi na ww. wnioski.

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie, mimo stwierdzonych nieprawidłowości, działalność kontrolowanej jednostki w badanym obszarze.

4. Sposób załatwiania skarg pacjentów na trudności w dostępie do dokumentacji medycznej

Opis stanu faktycznego

W okresie objętym kontrolą, za pośrednictwem Rzecznika Praw Pacjenta, na działalność Szpitala wpłynęła jedna skarga (luty 2015 r.) w zakresie udostępniania dokumentacji medycznej, która dotyczyła zagubienia dokumentacji medycznej pacjenta. Pacjent poskarżył się Rzecznikowi, iż w związku z wykonywanym zabiegiem przedstawił własne wyniki badań z lat wcześniejszych, które – do dnia złożenia skargi – nie zostały mu zwrócone, pomimo kilkukrotnej interwencji. Po uzyskaniu wyjaśnień właściwego ordynatora - Zastępcy Dyrektora Szpitala pismami z dnia 18 marca 2015 r. i 20 kwietnia 2015 r. poinformował, że dokumentacja medyczna pacjenta nie zaginęła (trudności lokalowe i kadrowe spowodowały spiętrzenie się dokumentacji oraz działań lekarskich, w wyniku czego doszło do „ukrycia się” dokumentacji pacjenta) i jest gotowa do odebrania, o czym pacjent został poinformowany. Pacjent został przeproszony za zaistniałą sytuację.

(dowód: akta kontroli str. 221, 233-239)

Ustalone nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność kontrolowanej jednostki w badanym obszarze.

5. Przygotowanie do uczestnictwa w Systemie Informacji Medycznej

Opis stanu faktycznego

W Szpitalu funkcjonuje system Asseco Medical Management Solutions (AMMS) służący do obsługi części medycznej działalności (w tym prowadzenia dokumentacji medycznej w formie elektronicznej), zakupiony od firmy Asseco Poland S.A. na podstawie umowy³³ z dnia 21 grudnia 2012 r. Pracownicy oddziałów szpitalnych mieli możliwość korzystania z tego systemu od grudnia 2012 r., w poradni stomatologicznej system wdrożono w marcu 2013 r., a w pozostałych poradniach i oddziale pomocy doraźnej wdrożenie systemu nastąpiło w marcu i listopadzie 2014 r. Obecnie użytkowana jest wersja 5.17.4.0 tego systemu.

³³ Umowa numer 172/Fin/Z/2012, zmieniona aneksem numer 1 z dnia 15.04.2013 r. i numer 2 z dnia 01.09.2013 r.

System ten zastąpił funkcjonujący w Szpitalu od dnia 31 sierpnia 1997 r. system informatyczny „Hipokrates” (również zakupiony od firmy Asseco Poland S.A.), umożliwiający m.in. prowadzenie dokumentacji medycznej w formie elektronicznej. Obydwa systemy posiadają te same funkcjonalności, przy czym w systemie AMMS zostały one zmodyfikowane. Ponadto w systemie AMMS dodano nowe funkcjonalności usprawniające pracę w Szpitalu.

(dowód: akta kontroli str. 102-116)

Wszystkie oddziały Szpitala posiadają licencje na następujące moduły systemu AMMS: apteczka oddziałowa, zlecenia oddziałowe i oddziały. Poradnie oraz oddział pomocy doraźnej korzystają z modułu - przychodnia/gabinet lekarski, a pracownie z modułu - pracownia diagnostyczna, ponadto w niektórych poradniach wykorzystywany jest moduł - rejestracja.

(dowód: akta kontroli str. 117-118)

Na podstawie dokumentacji medycznej z czterech oddziałów, poddanej badaniu w toku kontroli (szczegółowy opis zamieszczono w punkcie 1 niniejszego wystąpienia pokontrolnego), ustalono, że stopień wykorzystania systemu AMMS do prowadzenia dokumentacji medycznej w oddziałach był istotnie zróżnicowany:

- w oddziale ortopedii wyniki badania przedmiotowego, podmiotowego (wywiad lekarski), rozpoznanie wstępne oraz karty obserwacji zostały wypełnione w systemie AMMS i wydrukowane;
- w oddziale chirurgii ogólnej system ten był wykorzystywany do wydruku kart informacyjnych (w 2014 r.), a wśród kart pacjentów hospitalizowanych w trakcie kontroli stwierdzono takie, w których część obserwacji danego pacjenta wpisywano w systemie AMMS, a części dokonywano ręcznie; obserwacje były wpisywane tylko ręcznie, a stwierdzono również przypadek, w którym zarówno obserwacje, jak i wynik badania przedmiotowego, podmiotowego oraz rozpoznania wstępnego wpisano wyłącznie w systemie AMMS;
- w oddziale kardiologicznym i neurologicznym z systemu AMMS drukowano tylko karty informacyjne.

Ponadto ustalenia kontroli wskazują, że w przypadku niektórych oddziałów (np. oddział kardiologiczny, oddział neurologiczny) istniejąca baza sprzętowa wykorzystywana jest w niewielkim stopniu (np. tylko do wydruku kart informacyjnych), tj. nieadekwatnym do istniejących możliwości, czego przykładem jest np. oddział kardiologiczny, który dysponuje łącznie pięcioma zestawami komputerowymi, posiada sześć licencji na program AMMS (w tym: po jednej na moduł apteczka oddziałowa i zlecenia oddziałowe oraz cztery licencje na moduł oddział); oddział neurologiczny i oddział udarowy dysponuje łącznie pięcioma zestawami komputerowymi, posiada sześć licencji na program AMMS (w tym: po jednej na moduł apteczka oddziałowa i zlecenia oddziałowe oraz cztery licencje na moduł oddział). Na oddziale kardiologii w ciągu dnia pracuje pięciu lekarzy i cztery pielęgniarki (na dyżurze dwóch lekarzy i od dwóch do trzech pielęgniarek), a na oddziale neurologicznym i oddziale udarowym w ciągu dnia pracowało od sześciu do siedmiu lekarzy, pięć pielęgniarek i dwóch fizjoterapeutów (na dyżurze jeden lekarz i trzy pielęgniarki).

(dowód: akta kontroli str. 141-144, 148-163)

Kierownicy komórek organizacyjnych wchodzących w skład pionu medycznego Szpitala wskazywali m.in. na następujące trudności w bieżącym wykorzystywaniu tego systemu: wolna praca systemu AMMS, częste jego aktualizacje i zmiany, niedostateczna liczba sprzętu komputerowego oraz jakość użytkowanego sprzętu

(przestarzały i zużyty), niewystarczająca liczba licencji, częste awarie (zawieszanie się systemu), konieczność korzystania z poprzedniego systemu informatycznego „Hipokrates” w celu uzyskania dokumentacji sprzed 2013 r.

(dowód: akta kontroli str. 122-140)

Wydatki poniesione, w okresie od 31 grudnia 2012 r. do 20 maja 2015 r., na wdrożenie systemu AMMS (w tym zakup sprzętu, licencji, nadzoru autorskiego³⁴) wyniosły łącznie 1.032 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 145-147)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że pracownicy oddziałów chirurgii ogólnej, kardiologii i neurologii otrzymują pełne wsparcie od informatyków, którzy przeprowadzają w ww. oddziałach ponowne szkolenia w zakresie prowadzenia dokumentacji medycznej oraz szerszego wykorzystania oprogramowania AMMS. Niedobory sprzętu komputerowego (oraz to, że jest on często zużyty) wynikają z braku środków finansowych, a nowy sprzęt komputerowy będzie dokupowany w miarę posiadanych środków. Historie choroby sprzed 2013 r. nie zostały przeniesione do systemu AMMS z powodu ograniczonej pojemności zarówno bazy systemu jak i serwerów, jednak dostęp do nich jest możliwy poprzez moduł „Archeo”.

Dyrektor poinformował również, że zorganizuje spotkania z kierownikami komórek organizacyjnych pionu medycznego Szpitala, którego przedmiotem będzie omówienie problemów związanych z wykorzystaniem systemu AMMS oraz zobligowanie do szerszego wykorzystania ww. systemu do prowadzenia dokumentacji medycznej.

Jednocześnie Dyrektor zadeklarował podjęcie wszelkich działań w celu dotrzymania wynikającego z przepisów terminu wprowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej, tj. 1 sierpnia 2017 r. Zachowanie tego terminu jest uzależnione jednak od pozyskania od Ministra Obrony Narodowej Środków finansowych na zakup elementów niezbędnych do prowadzenia dokumentacji medycznej w formie elektronicznej (m.in. macierz dyskowa, serwer wirtualizacji i serwery zarządzania).

(dowód: akta kontroli str. 229-232)

Kierownik działu statystyczno-informatycznego z archiwum wskazała, że w celu zapewnienia pełnej realizacji obowiązku określonego w art. 11 w związku z art. 58 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, tj. wdrożenia systemu informatycznego pozwalającego na prowadzenie dokumentacji medycznej wyłącznie w formie elektronicznej Szpital powinien podjąć m.in. następujące działania:

- dokupić i wdrożyć dodatkowe moduły systemu AMMS zapewniające obsługę dokumentacji medycznej w formie elektronicznej w pełnym zakresie (repozytorium – moduł magazynu głównego przechowującego elektroniczną dokumentację medyczną, umożliwiający jej gromadzenie i dystrybucję wraz ze sprzętową platformą serwerową dedykowaną do obsługi Repozytorium),
- poprawić wydajność i zwiększyć bezpieczeństwo funkcjonowania serwerów – wymienić serwery obsługujące system na rozwiązania wirtualizacyjne (w przypadku awarii serwera fizycznego całość działu nieprzerwanie) wraz z macierzą dyskową na potrzeby baz i serwerów aplikacji systemów Infomedica/AMMS oraz system do wykonywania kopii (np. biblioteka taśmowa LTO),
- ujednolicić systemy informatyczne obsługujące diagnostykę obrazową i laboratorium w Żarach i w filii w Żaganiu,

³⁴ Faktury za nadzór autorski dotyczyły łącznie systemu AMMS i InfoMedica.

- zintegrować oprogramowanie obsługujące RTG i laboratorium w filii w Żaganiu w celu wymiany informacji z głównym systemem AMMS oraz zintegrować informatycznie wszystkie pozostałe pracownie,
- podłączyć pomieszczenia, w których brak jest jeszcze sieci komputerowej (poradnie).

Wśród trudności z wdrożeniem systemu do prowadzenia dokumentacji medycznej w formie elektronicznej kierownik wskazała m.in.:

- niewystarczające nakłady finansowe (np. do zakończenia prac wdrożeniowych konieczny jest zakup repozytorium – magazynu głównego przechowującego elektroniczną dokumentację medyczną wraz ze sprzętową platformą serwerową. Na ten cel potrzebna jest kwota około 500 tys. zł, która zostanie zaproponowana do ujęcia w planie finansowym na 2016 r.);
- brak odpowiedniej liczby informatyków (obecnie 1,5 etatu w Żarach i 1 etat w Żaganiu). Wskazano na potrzebę zatrudnienia dodatkowych informatyków z podziałem obowiązków na administratora systemów, administratora sieci oraz wsparcie techniczne użytkowników).

(dowód: akta kontroli str. 119-120, 121)

Zastępca dyrektora ds. ekonomiczno-technicznych wyjaśnił, że po uzyskaniu wstępnej informacji o przydzieleniu kwoty 3 mln zł na zakup rezonansu magnetycznego (w ramach Planu Modernizacji Technicznej Sił Zbrojnych RP) oraz przeanalizowaniu planu zakupów na 2016 r. dyrekcja Szpitala wystąpiła (w dniu 13 lipca 2015 r.) do Dyrektora Departamentu Wojskowej Służby Zdrowia z wnioskiem o zmianę struktury zakupów w 2016 r. Wniosek obejmował rezygnację z zakupu rezonansu magnetycznego na rzecz rozbudowy PACS/RIS, zakup serwerów zarządzania, serwera wirtualizacji, macierzy dyskowej oraz biblioteki taśmowej LTO. Zakup tych elementów został określony jako niezbędny.

(dowód: akta kontroli str. 164-169)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

Uwaga dotycząca
badanej działalności

Zdaniem NIK, dotychczasowy stan przygotowań Szpitala może stwarzać ryzyko nie wdrożenia w ustawowym terminie, określonym w art. 58 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia³⁵, tj. 1 sierpnia 2017 r., obowiązku prowadzenia dokumentacji medycznej w formie elektronicznej, o którym mowa w art. 11 cyt. ustawy. Wprawdzie Szpital wydatkował ponad 1 mln złotych na osiągnięcie wymienionego celu oraz rozpoczął uruchamianie systemu informatycznego już w grudniu 2012 r. (wprawdzie nowego, ale opierającego się o wcześniej - od 1997 r. - funkcjonujący w Szpitalu system, co niewątpliwie pozwoliło pracownikom na zapoznanie się z systemem), nadal jednak stan przygotowań Szpitala nie jest zadowalający, a częściowo wdrożony i tak nie jest wykorzystywany w sposób optymalny przez niektóre jego komórki organizacyjne. Szpital powinien nie tylko podejmować dalsze działania mające na celu objęcie całego Szpitala niezbędną bazą (sprzętowo-kadrową), ale również spowodować by w toku bieżącej pracy zatrudniony personel w pełni z niego korzystał.

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność kontrolowanej jednostki w badanym obszarze.

³⁵ Dz. U. z 2015 r., poz. 636.

IV. Wnioski

Wnioski pokontrolne

Przedstawiając powyższe oceny i uwagę 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 Kontroli³⁶, wnosi o:

1. Terminowe rozpatrywanie wniosków o udostępnienie dokumentacji medycznej oraz pisemne informowanie wnioskodawców o odmowie udostępnienia dokumentacji medycznej i jej przyczynach.
2. Zamieszczenie w regulaminie organizacyjnym informacji o wysokości opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej.
3. Dostosowanie zapisów § 4 pkt 2 zarządzenia w sprawie zasad udostępniania dokumentacji medycznej do przepisów obowiązującego rozporządzenia w sprawie DM.

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 Zielonej Górze.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwagi
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 uwagi 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.

Zielona Góra, dnia 28 sierpnia 2015 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Zielonej Górze

Wicedyrektor
Włodzimierz Stobrawa

Kontrolerzy
Beata Jakubowska
główny specjalista kontroli państwowej

.....
podpis

.....
podpis

Anna Huziej
specjalista kontroli państwowej

.....
podpis

³⁶ Dz. U. z 2015 r., poz. 1096.