



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Olsztynie

LOL-4101-04-01/2012
P/12/121

Olsztyn, dnia 25 czerwca 2012 r.

Pan
Andrzej Zakrzewski
Dyrektor
Warmińsko-Mazurskiego
Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia
w Olsztynie

Wystąpienie pokontrolne

Na podstawie art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli¹ zwanej dalej „ustawą o NIK”, Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Olsztynie przeprowadziła w Warmińsko-Mazurskim Oddziale Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia w Olsztynie (dalej „Oddział”) kontrolę wykonania w roku 2011 planu finansowego.

W związku z kontrolą, której wyniki przedstawione zostały w protokole kontroli podpisanym w dniu 6 czerwca 2012 r., Najwyższa Izba Kontroli, stosownie do treści art. 60 ust. 1 ustawy o NIK², przekazuje Panu Dyrektorowi niniejsze wystąpienie pokontrolne.

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie wykonanie przez Oddział planu finansowego. Podstawą pozytywnej oceny była realizacja kosztów świadczeń zdrowotnych zgodna z przyjętym planem finansowym oraz obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa, rzetelne prowadzenie ksiąg rachunkowych i zgodność danych ujętych w sprawozdaniach finansowych z ewidencją księgową, jak również prawidłowa realizacja wniosków pokontrolnych sformułowanych po kontroli wykonania planu finansowego w 2009 r.

1. Oddział prawidłowo zaplanował przychody i koszty na 2011 rok. Plan finansowy został opracowany przy uwzględnieniu założeń Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia („NFZ”), opinii Rady Oddziału NFZ, a także opinii konsultantów wojewódzkich, uzyskanych w trybie § 7 ust. 8 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 25 października 2002 r. w sprawie konsultantów krajowych i wojewódzkich³. Zgodnie z art. 120 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁴ projekt planu został przekazany Prezesowi NFZ w obowiązującym terminie. Zaznaczyć przy tym należy, że zatwierdzona przez Ministra Zdrowia (w porozumieniu z Ministrem Finansów) kwota 2.080.095,00 tys. zł na realizację 16 rodzajów świadczeń opieki zdrowotnej (łącznie z realizacją zadań zespołów ratownictwa medycznego) była niższa od propozycji Oddziału o 133.685,00 tys. zł. Dokonane przez Ministra Zdrowia zmiany w planie na 2011 r. spowodowały zwiększenie m.in. kosztów świadczeń opieki zdrowotnej z 1.993.695,0 tys. zł do 2.021.503,0 tys. zł, tj. o 1,4%. W trakcie roku budżetowego Dyrektor Oddziału,

¹ Dz.U. z 2012 r., poz. 82 ze zm.

² W dniu 2 czerwca 2012 r. weszła w życie nowelizacja ustawy o NIK, wprowadzona ustawą z dnia 22 stycznia 2010 r. o zmianie ustawy o Najwyższej Izbie Kontroli (Dz. U. Nr 227 poz. 1482 ze zm.), jednakże na mocy art. 2 ustawy nowelizującej, do postępowań kontrolnych niezakończonych sporządzeniem wystąpienia pokontrolnego do dnia wejścia w życie zmienionych przepisów, stosuje się przepisy dotychczasowe.

³ Dz. U. z 2002 r. Nr 188, poz. 1582

⁴ Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.

zgodnie z art. 124 ust. 5 i 7 ww. ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, dokonał 12 zmian w planie finansowym (zwiększeń i zmniejszeń w obrębie kwot świadczeń opieki zdrowotnej ustalonych przez Ministra Zdrowia). Wynikały one m.in. z okresowych i doraźnych analiz poziomu zaangażowania planu finansowego w poszczególnych rodzajach świadczeń zdrowotnych oraz stopnia realizacji zakontraktowanych świadczeń w ramach zawartych umów ze świadczeniodawcami.

2. Plan finansowy NFZ został wykonany w pełni zgodnie z założeniami, tak w odniesieniu do przychodów uzyskanych przez Oddział, jak i poniesionych kosztów. I tak:

- W 2011 roku przychody Oddziału wyniosły łącznie 2.145.661,12 tys. zł i były wyższe o 130.012,59 tys. zł (o 6,5%) od uzyskanych w 2010 r. Ich źródłem były: składka należna (2.049.679,00 tys. zł), dotacja budżetu państwa na finansowanie zadań, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt. 2a,3 i 3b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej (7.408,42 tys. zł), dotacja budżetu państwa na realizację zadań zespołów ratownictwa medycznego (86.356,92 tys. zł), pozostałe przychody (1.994,09 tys. zł) i przychody finansowe (222,69 tys. zł).
- Koszty Oddziału wyniosły 2.140.896,03 tys. zł, co stanowiło 99,9% planu po zmianach i 102,3% wykonania 2010 r. Z kwoty tej przeznaczono: 2.021.503,00 tys. zł (100% planu i 103,4% wykonania 2010 r.) na świadczenia zdrowotne, 86.356,82 tys. zł (100% planu i 100,02% wykonania 2010 r.) na realizację zadań zespołów ratownictwa medycznego pokrywane z dotacji budżetu państwa, 17.395,98 tys. zł (91,6% planu i 100,6% wykonania 2010 r.) na administrację i 15.640,23 tys. zł (99,05% planu i 45,5% wykonania 2010 r.) na pozostałe koszty.

W stosunku do planu koszty w poszczególnych rodzajach świadczeń utrzymywały się na poziomie poniżej 100%, tj. od 95,9% (opieka paliatywna i hospicyjna) do 99,9% (podstawowa opieka zdrowotna, leczenie szpitalne, pomoc doraźna i transport sanitarny). Niepełne wykonanie planu finansowego nastąpiło m.in. w pozycjach:

- „opieka paliatywna i hospicyjna” o 4,1% - co było skutkiem rozliczenia i opłacenia świadczeń wyłącznie do maksymalnego poziomu finansowania określonego w umowie, mniejszego wykonania kosztów z tytułu migracji ubezpieczonych w ramach udzielonych upoważnień przez Dyrektora Oddziału do zaciągnięcia zobowiązań w zakresie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej oraz niepełnego zaangażowania środków w planie finansowym na rok 2011 z uwagi na konieczność zabezpieczenia środków na wyprzedzającą realizację refundacji cen leków w stosunku do planu;
- „koszty świadczeń zdrowotnych z lat ubiegłych” o 3,4% - co wynikało z niepełnego zaangażowania środków w planie finansowym na rok 2011 oraz mniejszego wykonania kosztów z tytułu migracji ubezpieczonych w ramach udzielonych upoważnień przez Dyrektora Warmińsko-Mazurskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia do zaciągnięcia zobowiązań w zakresie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej;
- „pomocnicze i lecznicze środki techniczne” o 3,2%, gdzie część pacjentów nie wykorzystwała zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne;
- „lecznictwo uzdrowiskowe” o 2,3 % - na skutek niepełnego wykorzystania turnusów przez ubezpieczonych;
- „refundacja cen leków” o 1,8%, co wynikało ze zwiększonego zakupu leków refundowanych przez pacjentów w miesiącu grudniu 2011 roku.

Niższe od planu były również koszty administracyjne o 1.591,02 tys. zł, tj. o 8,4%, jednak w stosunku do wykonania 2010 r. wzrosły one o 107,28 tys. zł, tj. 0,6%). Oszczędności uzyskano m.in. w wyniku: oszczędności w zakresie zużycia materiałów i energii oraz usług obcych; zmniejszenia kosztów na PFRON wskutek skorzystania przez Oddział z ulg we wpłatach w trybie art. 22 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych⁵; pobierania przez pracowników Oddziału zasiłków wypłacanych przez ZUS, a związanych z absencją pracowników w pracy, a także wypłat nagród jubileuszowych i emerytalnych, od których nie są pobierane składki na ubezpieczenie społeczne. W strukturze kosztów administracyjnych najwyższy udział miały: wynagrodzenia (59,8%), amortyzacja środków trwałych oraz wartości niematerialnych i prawnych

⁵ Dz.U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721 ze zm.

zakupionych ze środków własnych Funduszu (16,6%), ubezpieczenia społeczne i inne świadczenia (11,1%) oraz usługi obce (8,2%).

- Ujęte w kosztach Oddziału świadczenia zdrowotne, wynikające z przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (udzielonych 10 rodzajów świadczeń opieki zdrowotnej świadczeniobiorcom z Unii Europejskiej i Europejskiego Obszaru Gospodarczego), wyniosły łącznie 2.331,59 tys. zł. Sfinansowano je w trybie i w terminach określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej⁶.
 - Koszty Oddziału z tytułu świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych 1670 świadczeniobiorcom nieubezpieczonym, spełniającym kryteria dochodowe wyniosły 4.639.169,94 zł, w tym: dla 277 osób z 2010 r. (koszt 2010 r. a wydatek poniesiony w 2011 roku) o wartości 781.888,10 zł i 1670 osób z 2011 roku (o wartości 3.857.281,84 zł).
 - W 2011 r. przeciętne zatrudnienie w przeliczeniu na pełne etaty wyniosło łącznie 164,61, z tego: 4 etaty kadry zarządzającej (dyrektor i jego zastępcy), 21,95 kadry kierowniczej i 138,66 pozostałych pracowników (główni specjaliści, specjaliści i referenci). W stosunku do planu stanowiło to 97,4% i było wyższe o 0,9 etatu (0,5%) w stosunku do 2010 r., co wynikało ze zwiększenia zatrudnienia o jeden etat w Dziale Kontroli Realizacji Umów na Świadczenia oraz zatrudnienia pracowników na czas zastępstwa za pracowników przebywających na długotrwałych zwolnieniach lekarskich, urlopach macierzyńskich i wychowawczych. Kwota wynagrodzeń wyniosła w 2011 r. łącznie 10.394,36 tys. zł, co stanowiło 99,8% planu i 99,4% wykonania w 2010 r. (kwota 10.452,00 tys. zł). Wzrost przeciętnego wynagrodzenia o 254,36 zł w stosunku do wykonania 2010 r., przypadającego na jeden etat w grupie „dyrektor Oddziału, z-cy dyrektorów oddziałów”, wynikał ze zwiększenia od 1 stycznia 2011 r. wynagrodzenia Dyrektora Oddziału NFZ.
3. Na 2011 rok Oddział zawarł ze świadczeniodawcami ogółem 2059 umów na poszczególne rodzaje świadczeń opieki zdrowotnej, tj. o 51 (o 2,4%) mniej niż w 2010 roku. Wartość tych świadczeń wyniosła w 2011 r. łącznie 1.680.460.498,71 zł i była wyższa o 26.955.642,81 zł (o 1,6%) niż w 2010 roku. Na jednego ubezpieczonego wyniosła ona 1.185,14 zł i była wyższa o 14 zł (o 1,2%) niż w 2010 roku. Wartość świadczeń zrealizowanych w 2011 roku wyniosła ogółem 1.676.072.701,97 zł, co stanowiło 99,7% kwoty zawartych umów i była wyższa o 27.046.268,61 zł (o 1,6%) od wykonania w 2010 roku. Natomiast wartość zrealizowanych świadczeń przypadająca na jednego ubezpieczonego wyniosła w 2011 r. - 1.182,04 zł i była wyższa o 14,07 zł (o 1,2%) niż w 2010 roku.

W związku z koniecznością zakontraktowania brakujących świadczeń opieki zdrowotnej na terenie poszczególnych gmin i powiatów województwa warmińsko-mazurskiego (m.in. z powodu wypowiedzenia umów przez świadczeniodawców, potrzeby rozszerzenia świadczeń, a także poprawy dostępności do świadczeń) Oddział przeprowadził łącznie 56 postępowań uzupełniających, które zakończyły się podpisaniem 22 umów dodatkowych i 27 aneksów do umów zawartych wcześniej (w siedmiu przypadkach brak było oferentów).

Oddział nie podpisał na 2011 r. umów na świadczenia opieki zdrowotnej łącznie z 33 oferentami, z tego w ośmiu następujących rodzajach: podstawowa opieka zdrowotna (8), ambulatoryjna opieka specjalistyczna (4), leczenie szpitalne (2), rehabilitacja lecznicza (7), świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze (6), opieka paliatywna i hospicyjna (1), leczenie stomatologiczne (2) i profilaktyczne programy zdrowotne (3).

Przyczynami nie podpisania tych umów z oferentami były m. in.: nie przedstawienie w terminie wszystkich wymaganych dokumentów, uzyskanie niższej liczby punktów w rankingu końcowym w stosunku do pozostałych oferentów, wyczerpanie środków zaplanowanych na określone postępowanie, jak również niespełnienie wymogów dotyczących kwalifikacji personelu oraz wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną.

Wartość niewykonanych świadczeń opieki zdrowotnej w ramach zawartych przez Oddział w 2011 roku kontraktów wyniosła łącznie 2.086.217,00 zł i była niższa o 374.296,55 zł od niewykonanych świadczeń w 2010 roku. Na niewykorzystanie środków w poszczególnych rodzajach świadczeń miał wpływ „naturalny ruch pacjenta” pomiędzy poszczególnymi podmiotami leczniczymi.

Ilość świadczeń ponadlimitowych zrealizowanych przez świadczeniodawców w 2011 r., przed zawarciem ugód, wyniosła łącznie 8.187.114,7865, a ich wartość 101.506.067,10 zł. Zgodnie z wytycznymi Prezesa NFZ

⁶ Dz.U. Nr 81, poz. 484.

Oddział zawarł 92 umowy z 80 świadczeniodawcami na sześć rodzajów świadczeń: podstawową opiekę zdrowotną, ambulatoryjną opiekę specjalistyczną, leczenie szpitalne, opiekę psychiatryczną i leczenie uzależnień, rehabilitację leczniczą oraz koszty profilaktycznych programów zdrowotnych i programów polityki zdrowotnej finansowanych ze środków Funduszu. Wartość rozliczonych umowami 309717,6 świadczeń wyniosła łącznie 8.064.606,02 zł, a nie rozliczono 7877397,2 świadczeń o wartości 93.138.381,58 zł.

4. Analiza udzielanych przez Oddział świadczeń w rodzaju „leczenie uzdrowiskowe” wykazała, że:

- W 2011 r. otrzymano 8 724 skierowania na leczenie uzdrowiskowe, przy 7 962 skierowaniach w 2010 r., co stanowiło wzrost o 9,13 %. Z otrzymanych skierowań nie wykorzystano 31 skierowań (tj. 0,36 %), co było spowodowane m.in. rezygnacją świadczeniobiorców z przyczyn ekonomicznych (ponoszenie kosztów opiekuna dziecka), a także z powodu lokalizacji uzdrowiska (odległość uzdrowiska od miejsca zamieszkania).
- W 2011 r. uległa zwiększeniu w porównaniu do wykonania w 2010 r. o 16 223 liczba zakontraktowanych osobodni (7,68 %) tj. z 171 713 osobodni do 184 906 osobodni, przy czym z obowiązujących 8 zakresów, świadczenia kontraktowano w siedmiu. W dwóch zakresach liczba zakontraktowanych osobodni w stosunku do wykonania roku poprzedniego uległa zmniejszeniu, tj. w uzdrowiskowym leczeniu szpitalnym dzieci w przedziale wiekowym 3 – 18 lat z 8 262 osobodni w 2010 r. do 6 156 osobodni w 2011 r. (tj. o 25,5 %) oraz w uzdrowiskowym leczeniu sanatoryjnym dzieci w przedziale wiekowym 3 – 6 lat pod opieką dorosłych z 3 171 w 2010 r. do 2 940 w 2011 r. (tj. o 7,3 %). W pozostałych pięciu zakresach liczba zakontraktowanych świadczeń wzrosła od 2,2 % w uzdrowiskowym leczeniu ambulatoryjnym dorosłych i dzieci do 20,4 % w uzdrowiskowej rehabilitacji dorosłych w szpitalu uzdrowiskowym.
- W 2011 r. w porównaniu do 2010 r. uległa zmniejszeniu o 91 liczba umów zawartych ze świadczeniodawcami w zakresie leczenia uzdrowiskowego, tj. z dziewięćdziesięciu trzech do dwóch. Wynikało to z przyjętego na 2011 r. sposobu kontraktowania świadczeń w tym zakresie, który polegał na tym, że Oddział kontraktował usługi medyczne ze świadczeniodawcami znajdującymi się na terenie jego działania dla świadczeniobiorców podległym jemu oraz pozostałym oddziałom wojewódzkim NFZ. W wyniku tego 12 oddziałów, na terenie których znajdowały się sanatoria uzdrowiskowe miały zabezpieczać świadczenia zdrowotne w tym zakresie wszystkim 16 oddziałom wojewódzkim.
- W 2011 r. nie stwierdzono przypadków korzystania z leczenia uzdrowiskowego przez jedną osobę więcej niż jeden raz w roku.

5. Oddział udzielił w 2011 roku 18 zamówień publicznych o wartości 3.326.679,95 zł brutto (ich wartość szacunkowa netto wyniosła 2.939.897,93 zł). Analiza wybranych do kontroli NIK trzech zamówień publicznych o łącznej wartości 2.017.904,63 zł brutto, tj. 60,7% ogółu (dwóch zamówień udzielonych w trybie przetargu nieograniczonego i jednego w trybie zapytania ocenę) wykazała, że w jednym przypadku został naruszony przepis art. 140 ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych⁷. Stwierdzono bowiem, że umowa na „Świadczenie powszechnych usług pocztowych w obrocie krajowym i zagranicznym dla Warmińsko-Mazurskiego OW NFZ”, zawarta 1 grudnia 2011 r. z Poczta Polska S.A. nie odpowiadała w zakresie wartości zamówienia złożonej ofercie. Wartość zamówienia określona w ww. umowie wyniosła 1.193.100,00 zł brutto, tj. o 104.941,35 zł więcej od wartości zaoferowanej przez tego wykonawcę (kwota 1.088.158,65 zł brutto). W trakcie kontroli NIK Dyrektor Oddziału zawarł aneks do ww. umowy, w którym strony zmieniły jej warunki, określając wartość zobowiązania wobec Poczty z tytułu realizacji zamówienia na kwotę 1.088.158,65 zł brutto, tj. zgodną z ofertą złożoną do przetargu.

6. W wyniku badania systemu rachunkowości oraz stosowanego w Oddziale systemu księgowości komputerowej pn. „SINFZ-FK” (z uwzględnieniem wyników przeglądu analitycznego ksiąg rachunkowych) ustalono, że prowadzone one były zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości⁸. Stosowany system księgowości komputerowej („SINFZ-FK” w wersji 02.07.021 – ostatnia aktualizacja zainstalowana w marcu 2012 r.) m.in. zapewniał kontrolę kompletności i poprawności zapisów, w tym także poprawności

⁷ Dz. U. z 2010 r. nr 113, poz. 759 ze zm.

⁸ Dz. U. z 2009 r. nr 152, poz. 1223 ze zm.

sekwencji dat oraz ciągłości numeracji zapisów w dzienniku. Daty księgowania – zatwierdzania zapisów nadawane były automatycznie bez możliwości ich modyfikacji.

Przeprowadzony w trakcie kontroli przegląd analityczny ksiąg rachunkowych, wygenerowanych z systemu FK (obejmujących 54.564 zapisów z dziennika), dotyczących księgowania od stycznia do grudnia 2011 r. oraz zapisów za styczeń 2012 r. wykazał, że nie wystąpiły przypadki m.in. braku wymaganych elementów zapisów księgowych, błędnych dat operacji zaewidencjonowanych w księgach rachunkowych, opóźnionego księgowania, wprowadzania lub zatwierdzania zapisów po terminie sporządzenia sprawozdania oraz dokonania zapisów księgowych lub ich zatwierdzenia w dniu wolnym od pracy.

Badanie zgodności (poprawności formalnej dowodów oraz zapisów księgowych) oraz badanie wiarygodności (prawidłowości wartości transakcji, okresu ich księgowania oraz ujęcia na kontach syntetycznych i analitycznych), przeprowadzone na próbie 168 dowodów księgowych na łączną kwotę 169.034.672,49 zł (wartość bezwzględna) wykazało, że wszystkie dowody księgowe oraz dokonane na ich podstawie zapisy w księgach rachunkowych spełniały wymogi ww. ustawy o rachunkowości.

7. Oddział prawidłowo sporządził kwartalne sprawozdania finansowe Rb-N o stanie należności oraz wybranych aktywów finansowych i Rb-Z o stanie zobowiązań wg tytułów dłużnych oraz poręczeń i gwarancji. Sporządził je rzetelnie, gdyż dane w nich zawarte były zgodne z ewidencją księgową oraz przekazano terminowo do Centrali NFZ. Na koniec 2011 r. zobowiązania krótkoterminowe wyniosły w 2011 r. łącznie 223.131,34 tys. zł i były wyższe o 424,17 tys. zł (o 0,2%) od wykazanych na koniec 2010 r. Należały do nich zobowiązania zewnętrzne - głównie wobec świadczeniodawców i aptek oraz wewnętrzne - wobec Centrali NFZ i innych Oddziałów NFZ. Na koniec 2011 r. nie wystąpiły zobowiązania wymagalne.

Należy jednak zauważyć, że Oddział nie podjął działań w celu dokonania w planie finansowym korekty kosztów realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego, finansowanych ze środków budżetu państwa. Stwierdzono bowiem, że pomimo zmniejszenia przez Wojewodę Warmińsko-Mazurskiego w I kwartale 2011 r. wysokości dotacji na ten cel do kwoty 86.356.816,40 zł, w sprawozdaniu finansowym Oddziału za 2011 r. wykazana była po stronie planu kwota 89.251,00 tys. zł, która nie odzwierciedlała dokonanych zmian.

8. W ocenie NIK, Oddział rzetelnie zrealizował wnioski pokontrolne, sformułowane po przeprowadzeniu kontroli wykonania planu finansowego Funduszu w 2009 r. Wyeliminowano bowiem błędne zapisy w ewidencji finansowo-księgowej oraz podjęto działania zapewniające rzetelne przedstawianie danych w okresowych sprawozdaniach o sprawach sądowych przeciwko NFZ.

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi, Najwyższa Izba Kontroli wnosi o:

- określanie w umowach z wyłonionymi wykonawcami warunków finansowych tożsamyh z ich ofertami, przyjętymi w postępowaniach przetargowych,
- podejmowanie działań w celu dokonania korekt w planie finansowym, w każdorazowym przypadku zmian, mających wpływ na wielkość kosztów w nim zawartych.

Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Olsztynie, na podstawie art. 62 ust. 1 ustawy o NIK, oczekuje przedstawienia przez Pana Dyrektora, w terminie 14 dni od daty otrzymania niniejszego wystąpienia pokontrolnego, informacji o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków, bądź o działaniach podjętych w celu ich realizacji lub o przyczynach niepodjęcia takich działań.

Zgodnie z treścią art. 61 ust. 1 ustawy o NIK, w terminie 7 dni od daty otrzymania niniejszego wystąpienia pokontrolnego, przysługuje Panu prawo zgłoszenia na piśmie, do dyrektora Delegatury Najwyższej Izby Kontroli w Olsztynie, umotywowanych zastrzeżeń w sprawie zawartych w tym wystąpieniu ocen, uwag i wniosków.

W razie zgłoszenia zastrzeżeń, zgodnie z art. 62 ust. 2 ustawy o NIK, termin nadesłania informacji, o którym wyżej mowa, liczy się od dnia otrzymania ostatecznej uchwały właściwej komisji NIK.

Z poważaniem