



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Opolu

LOP.410.009.02.2020

Pan Krzysztof Nazimek
Dyrektor Wojewódzkiego Szpitala
Specjalistycznego im. Św. Jadwigi
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny
im. Św. Jadwigi w Opolu
ul. Wodociągowa 4, 45-221 Opole

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/20/055 – Wycena świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Św. Jadwigi w Opolu ¹ , ul. Wodociągowa 4, 45-221 Opole
Kierownik jednostki kontrolowanej	Krzysztof Nazimek, Dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Jadwigi ² , od 1 lutego 2013 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Prowadzenie rachunku kosztów 2. Prawdliwość przekazywania danych w procesie taryfikacji
Okres objęty kontrolą	Lata 2015-2020 ³
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ⁴
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Opolu
Kontroler	Przemysław Sparczyński, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LOP/69/2020 z 9 września 2020 r.

(akta kontroli str. 1)

¹ Dalej: WSS, Szpital lub podmiot leczniczy.

² Dalej: Dyrektor.

³ Czynności kontrolne zakończono 16 listopada 2020 r.

⁴ Dz. U. z 2020 r. poz. 1200, dalej: ustawa o NIK.

II. Ocena ogólna⁵ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA	Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność Szpitala w zakresie prowadzenia rachunku kosztów oraz przekazywania danych w procesie taryfikacyjnym.
Uzasadnienie oceny ogólnej	Na pozytywną ocenę działalności Szpitala wpływ miało przede wszystkim prawidłowe wprowadzenie oraz stosowanie podstawowych zasad (polityki) rachunkowości. Kontrolowana jednostka wprowadziła również szczegółowe zasady obiegu i zatwierdzania dokumentów księgowych, określające procedury w zakresie terminowości postępowania z dowodami księgowymi, sposobu ich kontroli i zatwierdzania oraz wskazywała osoby odpowiedzialne za przeprowadzanie tych czynności. Dla zapewnienia prawidłowości i rzetelności informacji finansowo-księgowych wdrożono mechanizmy kontroli zarządczej określone standardem C14 <i>Szczegółowe mechanizmy kontroli dotyczące operacji finansowych i gospodarczych</i> ⁶ . Prowadzony w kontrolowanej jednostce system rachunku kosztów, zapewniał dostęp do podstawowych danych niezbędnych do prawidłowego i skutecznego zarządzania podmiotem leczniczym. Szpital rzetelnie prowadził również ewidencję kosztów, co zapewniło terminowe przekazanie Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji ⁷ prawidłowych danych w ramach dwóch postępowaniach taryfikacyjnych.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowej⁸ kontrolowanej działalności

OBSZAR	1. Prowadzenie rachunku kosztów
Opis stanu faktycznego	1. Zarządzeniem Dyrektora nr 17/2014 z 16 maja 2014 r. w WSS w Opolu przyjęte zostały do stosowania zasady (polityka) rachunkowości. Aktualizacja tych zasad nastąpiła zarządzeniem Dyrektora nr 9/2018 z 30 kwietnia 2018 r. ⁹ . Dokumentacja opisująca politykę rachunkowości zawierała wszystkie elementy określone w art. 10 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości ¹⁰ , w tym dotyczące: a/ zakładowego planu kont, który odzwierciedlał charakter działalności i strukturę podmiotu, b/ określenia roku obrotowego i wchodzących w jego skład okresów sprawozdawczych, c/ metod wyceny aktywów i pasywów oraz ustalenia wyniku finansowego, d/ programowych zasad ochrony danych, w tym w szczególności metod zabezpieczania dostępu do danych i systemu ich przetwarzania oraz e/ sposobu prowadzenia ksiąg rachunkowych. Kontrolowana jednostka określiła również wersję stosowanego oprogramowania oraz datę rozpoczęcia jego eksploatacji.

(akta kontroli, str. 154-222)

⁵ Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

⁶ Komunikat Nr 23 Ministra Finansów z dnia 16 grudnia 2009 r. w sprawie standardów kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych (Dz. Urz. Min. Finansów Nr 15, poz. 84).

⁷ Dalej: AOTMiT lub Agencja.

⁸ Oceny cząstkowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena cząstkowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

⁹ W sprawie wprowadzenia zmian do zasad (polityki) rachunkowości.

¹⁰ Dz. U. 2019 r. poz. 351, ze zm.

Szczegółowe zasady obiegu i zatwierdzania dokumentów księgowych zostały określone w *Instrukcji obiegu i kontroli oraz przechowywania i zabezpieczania dokumentów księgowych*. W instrukcji określono m.in.: a/ procedury dotyczące terminowości postępowania z zewnętrznymi i wewnętrznymi dowodami księgowymi, b/ osoby uprawnione do przeprowadzania kontroli merytorycznej i formalno-rachunkowej dowodów księgowych oraz c/ dokumenty stanowiące podstawę dokonywania zapisów księgowych.

(akta kontroli, str. 223-262)

Regulacje dotyczące procedur kontroli zaciągania zobowiązań finansowych unormowane zostały w *Regulaminie udzielania zamówień publicznych*¹¹, a także w *Instrukcji obiegu i kontroli oraz przechowywania i zabezpieczania dokumentów księgowych*.

(akta kontroli, str. 223-262, 282-296)

W kontrolowanym podmiocie wprowadzono mechanizmy z zakresu kontroli zarządczej, określone w standardzie C14 *Szczegółowe mechanizmy kontroli dotyczące operacji finansowych i gospodarczych*. Zarządzeniem nr 17a/2014 z 17 czerwca 2014 r. Dyrektor wprowadził do stosowania *Regulamin Kontroli Zarządczej*, w którym określono szczegółowe mechanizmy kontroli dotyczące operacji finansowych i gospodarczych¹². System kontroli zarządczej opierał się również na obowiązujących w WSS wewnętrznych regulacjach, m.in.: polityce rachunkowości, instrukcji obiegu dokumentów finansowo-księgowych, uwzględniających zasady zatwierdzania i weryfikowania operacji finansowych oraz gospodarczych.

Na podstawie badania, którym objęto 20 losowo dobranych dokumentów stanowiących podstawę do księgowania operacji w zespole 4 *Koszty według rodzajów i ich rozliczenie*, w okresie od stycznia do sierpnia 2020 r.¹³, potwierdzono prawidłowość działania wprowadzonych mechanizmów kontroli zarządczej w zakresie operacji finansowych i gospodarczych. W szczególności ustalono, że a/ zaewidencjonowane w księgach rachunkowych dowody księgowe każdorazowo podlegały kontroli merytorycznej i formalno-rachunkowej, b/ na dowodach księgowych dokonywano stwierdzenia daty wpływu do komórki księgowości, c/ wszystkie dowody księgowe zostały zatwierdzone do zapłaty przez Głównego księgowego oraz Dyrektora, d/ wszystkie zobowiązania finansowe wynikające z zarejestrowanych dowodów księgowych zostały zapłacone w przewidzianych terminach.

(akta kontroli str. 104-116, 263-268)

W Szpitalu, w okresie objętym kontrolą, prowadzony był rejestr przepisów wewnętrznych oraz obowiązywała procedura rejestracji wpływu dokumentów księgowych zarówno do kontrolowanej jednostki, jak i do komórki rachunkowości. Działania te opisano w *Instrukcji obiegu i kontroli oraz przechowywania i zabezpieczania dokumentów księgowych*.

(akta kontroli str. 223-262, 296)

Zestawienia obrotów i sald kont księgi głównej sporządzane były co najmniej raz na miesiąc, tj. zgodnie z wymogami określonymi w art. 18 ust. 1 ustawy o rachunkowości, co potwierdzono na podstawie badania obejmującego luty i lipiec z lat 2015-2020. Ponadto zapisy księgowe dokonane zostały w sposób trwały, co

¹¹ Zarządzenie Dyrektora nr 16/2014 z 8 maja 2014 r.

¹² Tj. m.in.: rzetelne dokumentowanie, rejestrowanie i prawidłowe klasyfikowanie operacji finansowych i gospodarczych, kontrola operacji finansowych oraz ich zatwierdzanie przed realizacją.

¹³ Konto 401 *Zużycie materiałów i energii* oraz 402 *Usługi obce*, z pominięciem operacji o wartości poniżej 500 zł.

potwierdzono na podstawie badania polegającego na sprawdzeniu zamknięcia ksiąg rachunkowych, obejmującego dwa ostatnie zamknięte miesiące, tj. lipiec i sierpień 2020 r. Przyjęty do stosowania system finansowo-księgowy, automatycznie nadawał poszczególnym księgom rachunkowym oznaczenie *Zamknięty* i dezaktywował ikonę edycji rejestru.

(akta kontroli str. 102, 122-153)

2. Dyrektor ustalił szczegółowy wykaz ośrodków kosztów¹⁴. System rachunku kosztów w kontrolowanym podmiocie składał się z systemów informatycznych zawierających informacje medyczne o pacjentach¹⁵ oraz systemu finansowo-księgowego¹⁶. W części klinicznej podmiotu leczniczego funkcjonowały systemy informatyczne producenta ASSECO POLAND S.A., tj. system szpitalny AMMS z modułami: *Apteczka*, *Apteka*, *Gabinet*, *Oddział*, *Przychodnia*, *Punkt Pobrań*, *Rehabilitacja*, *Rozliczenia*, *Statystyka*, *Wykazy*. W systemie AMMS zapewniona była pełna integracja i możliwość przekazywania danych pomiędzy poszczególnymi modułami. W części administracyjnej podmiotu leczniczego, wykorzystywano system informatyczny InfoMedica producenta ASSECO POLAND S.A. składający się z modułów: *FK* (finansowo-księgowy), *Koszty*, *Kasa*, *Rejestr bankowy*, *Rejestr sprzedaży*, *Rejestr VAT*, *Środki trwałe*, *Gospodarka materiałowa*, *Import-Export danych*, *Kadry*, *Płace*, *Grafiki (czas pracy)*, *Wykazy (kadrowe i płacowe)*. Z modułów: płacowego, kasowego, rejestru sprzedaży, środków trwałych i magazynów istniała możliwość przesyłania danych do systemu FK. Niektóre moduły z części szarej współpracowały z modułami z części białej, tj. np. moduł *Apteka* systemu AMMS współpracował z systemem *FK*¹⁷ a moduł *Rozliczenia* systemu AMMS współpracował z modułem *Rejestr sprzedaży*¹⁸.

W podmiocie leczniczym, w całym okresie objętym kontrolą, nie funkcjonował moduł kalkulacji kosztów leczenia/controlingowy.

(akta kontroli str. 24, 28-50, 98-105)

Szpital, w ww. okresie, stosował podział kosztów na części w układzie rodzajowym (zespół 4 *Koszty według rodzajów*) oraz w układzie funkcjonalnym (zespół 5 *Koszty według typów działalności*), co odpowiadało zaleceniom wynikającym z treści § 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 lipca 2015 r. w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców¹⁹.

(akta kontroli str. 25, 160, 167-180)

Zespół kont kosztów w układzie funkcjonalnym (zespół 5) zawierał podział na ośrodki kosztów: działalności podstawowej, pomocniczej (medycznej i niemedycznej) oraz zarządu. Ponadto w zakresie działalności podstawowej, pomocniczej i zarządu utworzono poziomy kont analitycznych dla ośrodka kosztów, jak też kosztów według rodzaju. Szczegółowy wykaz ośrodków kosztów w zakresie działalności podstawowej został ustalony przy uwzględnieniu przepisów wydanych na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej²⁰ (tj. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich

¹⁴ Zarządzenie nr 33/2010 z 1 stycznia 2011 r., w sprawie prowadzenia rachunku kosztów.

¹⁵ Tzw. część biała.

¹⁶ Tzw. część szara.

¹⁷ Moduł *Apteka* AMMS eksportuje miesięczne rozchody na oddziały do modułu *FK*.

¹⁸ Faktury wystawiane do NFZ w module *Rozliczenia* AMMS są widoczne w module *Rejestr sprzedaży*.

¹⁹ Dz. U. poz. 1126; dalej: rozporządzenie w sprawie zaleceń. Rozporządzenie to obowiązywało do 5 marca 2020 r. Od będzie obowiązywało rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 października 2020 r. w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców (Dz. U. poz. 2045).

²⁰ Dz. U. z 2020 r. poz. 295, ze zm.

nadawania²¹), a w zakresie działalności pomocniczej i zarządu z uwzględnieniem podziału na ośrodki wykonujące działalność o charakterze jednolitym.

(akta kontroli str. 25, 167-180, 301-306)

Kontrolowana jednostka prowadziła elektroniczną dokumentację pacjenta, o której mowa w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania²².

(akta kontroli str. 25, 51-62)

Stosowany przez Szpital system rachunku kosztów umożliwiał przypisanie do nośnika kosztów (osobodnia, pacjenta lub procedury) kosztów leków, natomiast nie dawał takiej możliwości w przypadku wyrobów medycznych. System umożliwiał przypisanie świadczeń medycznych do nośnika kosztów w przypadku leków oraz częściowo w odniesieniu do procedur medycznych²³. Istniała również możliwość uzyskania informacji niefinansowych dotyczących danych, takich jak: a/ roczna sumaryczna liczba etatów personelu zatrudnionego na umowę o pracę, b/ umowy cywilno-prawne.

Dla poszczególnych procedur medycznych wyniki/opisy badań ewidencjonowane były częściowo²⁴ w formie elektronicznej z możliwością wygenerowania w formie bazy danych lub edytowalnego raportu. W podmiocie leczniczym prowadzone były cenniki realizowanych procedur medycznych, tj. m.in.: badania EEG, EMG, zabiegi rehabilitacyjne, USG, RTG.

(akta kontroli str. 26, 51-95)

W zakresie dostosowania się kontrolowanej jednostki do przepisów rozporządzenia w sprawie zaleceń, Dyrektor wyjaśnił, że Szpital nie stosował standardu rachunku kosztów według rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 lipca 2015 r., ponieważ stosowanie tych przepisów nie było obligatoryjne.

(akta kontroli str. 97)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia działalność Szpitala w zakresie prowadzenia rachunku kosztów. Szpital opracował oraz wprowadził do stosowania zasady (politykę) rachunkowości stosownie do wymogów określonych w ustawie o rachunkowości. W zakresie operacji finansowych i gospodarczych prawidłowo stosowano wprowadzone mechanizmy kontroli zarządczej, a przyjęty sposób prowadzenia rachunku kosztów zapewniał możliwość uzyskania niezbędnych informacji i umożliwiał racjonalne zarządzanie działalnością Szpitala.

OBSZAR

2. Prawidłowość przekazywania danych w procesie taryfikacji

Opis stanu
faktycznego

1. W okresie objętym kontrolą Szpital podjął współpracę o charakterze doraźnym z Agencją w zakresie przekazania danych taryfikacyjnych dla trzech postępowań taryfikacyjnych: a/ AOTMiT/49/0055/2019/WT w zakresie oddziału neurologii dla dorosłych A i B oraz oddziału neurologii dla dzieci i młodzieży za 2018 r.;

²¹ Dz. U. z 2019 r. poz. 173.

²² Dz. U. poz. 666.

²³ Jedynie na oddziałach, badania EMG, EEG, RTG oraz zabiegi rehabilitacyjne.

²⁴ Badania laboratoryjne, rezonans magnetyczny, tomografia komputerowa.

b/ AOTMiT/47/0129/2019/WT w zakresie oddziału psychiatrii dziecięcej oraz poradni zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży za 2018 r.; c/ nr umowy 35/T/2015 z 19 marca 2015 r. w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień za lata 2013-2014.

(akta kontroli str. 97)

2. Szczegółowymi badaniami kontrolnymi objęto postępowania taryfikacyjne nr 47 oraz nr 49. Szpital w odniesieniu do ww. postępowań nie składał ankiet zgłoszeniowych. Każdorazowo był natomiast wylosowywany przez AOTMiT, która kierowała do jednostki kontrolowanej zaproszenie/wniosek o udostępnienie danych niezbędnych do ustalenia taryf świadczeń gwarantowanych. Dane te dotyczyły, odpowiednio dla postępowania nr: 47 - opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień dzieci i młodzieży, 49 - informacji finansowo-księgowych, statystycznych i niefinansowych oraz informacji dotyczących zestawienia kosztów całkowitych medycznych oraz niemedycznych ośrodków powstawania kosztów²⁵.

(akta kontroli str. 307-308, 329-331)

3. Przygotowywanie materiałów związanych z taryfikowaniem świadczeń opieki zdrowotnej dla AOTMiT, Dyrektor Szpitala powierzył w zakresie: 1/ księgowości i płac – zastępcy głównego księgowego oraz starszej księgowej, 2/ kadr – inspektorowi ds. pracowniczych, 3/ sekcji ruchu chorych – kierownikowi Sekcji ruchu chorych i statystyki medycznej. Zastępca głównego księgowego oraz kierownik Sekcji ruchu chorych i statystyki medycznej brali udział w szkoleniu w zakresie udostępniania danych finansowo-księgowych, zorganizowanym przez AOTMiT we wrześniu 2020 r.

(akta kontroli str. 9)

Szpital, dla sporządzenia wymaganych przez AOTMiT zestawień finansowo-księgowych oraz informacji medycznych (kliniczno-kosztowych), wyodrębnił ogółem cztery OPK²⁶. Dla poszczególnych OPK, zgodnie z danymi systemu finansowo-księgowego, ewidencji zatrudnienia i czasu pracy pracowników oraz ewidencji kosztów, Szpital opracował wymagane przez Agencję zestawienia obejmujące: a/ arkusze FK.OPK (zestawienie danych finansowo-księgowych dla poszczególnych OPK), b/ tabele nr 1 (dotyczące m.in. informacji o etatach) oraz c/ tabele nr 3 (koszty utrzymania oraz koszty amortyzacji środków trwałych i wartości niematerialnych i prawnych przypisanych do OPK, w tym również całkowicie zamortyzowanych ale nadal używanych), które przekazano do AOTMiT.

W wyniku porównania danych zawartych w arkuszach FK.OPK, w odniesieniu do pozycji B (koszty leków i wyrobów medycznych) z danymi źródłowymi (ewidencją finansowo-księgową) stwierdzono zgodność danych przekazanych przez WSS do Agencji. Przekazane arkusze zostały wypełnione zgodnie z zasadami określonymi przez AOTMiT, z zapewnieniem kompletności danych.

Agencja nie przeprowadzała w Szpitalu kontroli dotyczących kompletności oraz rzetelności otrzymywanych danych dla taryfikacji świadczeń medycznych.

(akta kontroli str. 97, 307-372)

4. Kontrola terminów przekazania przez Szpital danych w ramach ww. postępowań taryfikacyjnych wykazała, że wymagane arkusze zostały przekazane w terminie wyznaczonym przez AOTMiT. Ponadto Agencja przesłała do kontrolowanego podmiotu oświadczenia o terminowym przekazaniu wymaganych danych taryfikacyjnych.

(akta kontroli str. 314, 339)

²⁵ Dalej: OPK.

²⁶ 500-01-07 (Oddział Psychiatrii dla dzieci i młodzieży), 501-01-12 (Poradnia Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży), 500-01-02 (Oddział Neurologii B), 500-01-03 (Oddział Neurologii dla dzieci i młodzieży).

5. Dyrektor wyjaśnił, że jednostka kontrolowana nie jest w stanie na obecną chwilę przedstawić dokumentacji dotyczącej zmian danych kosztowych dla taryfikowanych zakresów świadczeń za 2018 r. w porównaniu z 2019 r., ponieważ wymagałoby to pełnej transpozycji danych. W związku z powyższym, przeprowadzono badanie zmian danych kosztowych postępowań nr 47 i 49 dla czterech OPK. Objęło ono porównanie wielkości danych finansowych (za 2018 r. i za 2019 r.) dla: a/ kosztów bezpośrednich, b/ kosztów pośrednich, c/ kosztów procedur, d/ narzutu zarządu, e/ kosztów całkowitych, f/ narzutu apteki, g/ kosztów sprzedaży oraz h/ liczby łóżek. Badanie wykazało m.in., że dla:

- 1) OPK 500-01-02 (Oddział Neurologii dla dorosłych B) nastąpił odpowiednio: a/ wzrost o 5%, b/ wzrost 1%, c/ wzrost 56%, d/ spadek o 6%, e/ wzrost o 4%, f/ wzrost 61%, g/ wzrost 7%, h/ spadek o 32%, względem 2018 r.,
- 2) OPK 500-01-03 (Oddział Neurologii dla Dzieci i Młodzieży) nastąpił odpowiednio: a/ wzrost o 7%, b/ wzrost 2%, c/ spadek o 9%, d/ wzrost o 18%, e/ wzrost 6%, f/ spadek o 54%, g/ wzrost o 6%, h/ bez zmian,
- 3) OPK 500-01-01 (Oddział Neurologii dla Dorosłych A) nastąpił odpowiednio: a/ wzrost o 13%, b/ spadek o 12%, c/ wzrost o 66%, d/ wzrost 14%, e/ wzrost 11%, f/ wzrost 17%, g/ wzrost 16%, h/ bez zmian,
- 4) OPK 500-01-10 (Neuroradiologia Interwencyjna) nastąpił odpowiednio wzrost o: a/ 165%, b/ 33%, e/ 157%, f/ 307%, g/ 157%.

(akta kontroli str. 360-363, 373)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia działalność Szpitala w zakresie przekazywania danych w procesie taryfikacji. WSS w Opolu rzetelnie oraz terminowo przekazywał informacje i dane finansowo-księgowe, jak również dane kliniczno-kosztowe.

IV. Uwagi i wnioski

W związku z brakiem stwierdzenia nieprawidłowości, Najwyższa Izba Kontroli nie formułuje uwag ani wniosków.

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 Opolu.

Prawo zgłaszania zastrzeżeń, zgodnie z art. 61b ust. 2 ustawy o NIK, nie przysługuje do wystąpienia pokontrolnego zmienionego zgodnie z treścią uchwały w sprawie zastrzeżeń.

Opole, 30 listopada 2020 r.

Kontroler
Przemysław Sparczyński
specjalista kontroli państwowej


.....
podpis

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Opolu
Dyrektor


DIREKTOR
Delegatura NIK w Opolu
.....
podpis

