



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Katowicach

LKA.410.025.03.2020

Pan prof. dr hab. n. med. Bogdan Koczy
Dyrektor Szpitala
Samodzielny Publiczny Wojewódzki
Szpital Chirurgii Urazowej im. dr. Janusza
Daaba w Piekarach Śląskich

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. dr. Janusza Daaba w Piekarach Śląskich ¹ , ul. Bytomska 62, 41-940 Piekary Śląskie.
Kierownik jednostki kontrolowanej	Prof. dr hab. n. med. Bogdan Koczy Dyrektor Szpitala.
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Prowadzenie rachunku kosztów. 2. Prawdliwość przekazywania danych w procesie taryfikacji.
Okres objęty kontrolą	Lata 2015-2020 (do dnia zakończenia czynności kontrolnych ²).
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 2, ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ³ .
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Katowicach
Kontrolerzy	Marta Florczykiewicz-Cymara, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKA/252/2020 z 11 września 2020 r.

(akta kontroli str. 1)

¹ W dalszej części: *Szpital*.

² Czynności kontrolne zakończono w dniu 23 listopada 2020 r.

³ Dz. U. z 2020 r. poz. 1200. Dalej: *ustawa o NIK*.

II. Ocena ogólna⁴ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

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

Uzasadnienie oceny ogólnej

W okresie objętym kontrolą, Szpital stosował podstawowe zasady rachunkowości oraz opracował i stosował mechanizmy kontroli dotyczące operacji finansowych i gospodarczych. Prowadzony w Szpitalu rachunek kosztów oraz gromadzone informacje o charakterze niefinansowym, dostarczały niezbędne dane i umożliwiały racjonalne zarządzanie Szpitalem. Szpital przekazywał Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji⁵ wymagane w procesie taryfikacji dane o kosztach oraz źródłach ich powstawania. Dostarczane dane o udzielanych świadczeniach opieki zdrowotnej, pochodzące z ksiąg rachunkowych oraz pozostałych źródeł, były kompletne i rzetelne.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

OBSZAR

1. Prowadzenie rachunku kosztów

Opis stanu faktycznego

Dokumentacja opisująca przyjęte zasady rachunkowości⁶ zawierała wszystkie elementy określone w art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości⁷, tj. określenie roku obrotowego i wchodzących w jego skład okresów sprawozdawczych, metody wyceny aktywów i pasywów oraz ustalenia wyniku finansowego oraz sposób prowadzenia ksiąg rachunkowych.

Zakładowy plan kont odzwierciedlał charakter działalności i strukturę Szpitala. Księgi rachunkowe prowadzone były komputerowo z wykorzystaniem programu finansowo-księgowego⁸. Wskazany w polityce rachunkowości opis dotyczący systemu informatycznego zawierał wykaz programów, procedur i funkcji wraz z opisem algorytmów i parametrów oraz zasad ochrony danych, w tym w szczególności metod zabezpieczenia dostępu do danych i systemu ich przetwarzania. W polityce rachunkowości określono również wersję oprogramowania oraz datę rozpoczęcia eksploatacji systemu⁹.

(akta kontroli str. 69-346)

Szpital od 1 stycznia 2016 r. dostosował się częściowo do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 lipca 2015 r. w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców¹⁰ poprzez rozszerzenie poszczególnych kont analitycznych kosztów rodzajowych „zespołu 4” o pozycję identyfikującą zasoby (kategorie kosztów).

(akta kontroli str. 7, 84)

Szpital posiadał Instrukcję obiegu dokumentów księgowych¹¹, która obejmowała cały cykl obiegu dokumentu, tj. od wpływu do jednostki do momentu dokonania trwałego zapisu księgowego. W *Instrukcji* ustalono katalog dokumentów stanowiących podstawę dokonywania zapisów w księgach rachunkowych, a także przewidziano konieczność przeprowadzania kontroli merytorycznej i formalno-rachunkowej

⁴ Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną, jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

⁵ Dalej: AOTMiT lub Agencja.

⁶ Dalej: *Polityka rachunkowości*, zatwierdzona przez Dyrektora Szpitala w dniu 31 grudnia 2014 r., 31 grudnia 2015 r. (zmieniona aneksem 28 marca 2018 r.), 31 grudnia 2018 r. oraz 31 grudnia 2019 r.

⁷ Dz. U. z 2019, poz. 351 ze zm.

⁸ Dalej zwany także: *System finansowo-księgowy*.

⁹ Od 28 marca 2018 r.

¹⁰ Dz. U. z 2015 r. poz. 1126. - uchylone z dniem 6 marca 2020 r. Od 1 stycznia 2021 r. będzie obowiązywało rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 października 2020 r. w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców (Dz. U. poz. 2045).

¹¹ Dalej: *Instrukcja*. Instrukcja wprowadzona Zarządzeniem wewnętrznym 66/2011 z 30 grudnia 2011 r.

dowodów księgowych oraz wskazano osoby uprawnione do przeprowadzania tych kontroli. Ponadto w *Instrukcji* określono procedury dotyczące terminowości postępowania z zewnętrznymi i wewnętrznymi dowodami księgowymi oraz terminy przekazywania dokumentów księgowych pomiędzy poszczególnymi komórkami.

(akta kontroli str. 347-379)

W okresie objętym kontrolą, w Szpitalu stosowano mechanizmy dotyczące kontroli operacji finansowych i gospodarczych¹², których prawidłowe funkcjonowanie potwierdzono w ramach badania próby 20 dokumentów księgowych¹³, stanowiących podstawę do księgowania operacji w zespole 4 (kosztów) w 2020 r.

W wyniku badania próby stwierdzono, że w sposób rzetelny i pełny dokumentowano i rejestrowano operacje finansowe i gospodarcze. Dokumenty księgowe były zatwierdzane każdorazowo przez kierownika jednostki, głównego księgowego oraz osoby wskazane do dokonywania poszczególnych czynności w zakresie potwierdzania autentyczności i prawidłowości operacji gospodarczych. Kluczowe obowiązki w tym zakresie podzielono w taki sposób, by nie dochodziło do łączenia poszczególnych funkcji związanych ze sporządzaniem dokumentów księgowych i dokonywaniem ich kontroli. Weryfikacja operacji gospodarczych odbywała się w całym cyklu obiegu dokumentów finansowo-księgowych, tj. zarówno przed jak i po ich realizacji, co każdorazowo było dokumentowane przez osoby do tego upoważnione.

(akta kontroli str. 380-383)

W okresie objętym kontrolą Szpital posiadał i prowadził na bieżąco rejestr obowiązujących przepisów wewnętrznych. W Szpitalu funkcjonowała procedura rejestracji wpływu dokumentów księgowych do jednostki i do komórki rachunkowości. Zestawienie obrotów i sald kont księgi głównej sporządzane było, co najmniej raz na miesiąc¹⁴.

(akta kontroli str. 41-44, 165)

2. W Szpitalu funkcjonował system informatyczny obejmujący część administracyjną (tzw. „szarą”) i medyczną (tzw. „białą”). System w części szarej składał się z 8 modułów¹⁵ w ramach dwóch systemów informatycznych, które były ze sobą częściowo zintegrowane. W części białej system składał się z 4 modułów¹⁶ w ramach trzech systemów informatycznych, częściowo ze sobą zintegrowanych¹⁷. Moduły części szarej i białej nie były ze sobą zintegrowane. W Szpitalu nie funkcjonował moduł kalkulacji kosztów leczenia/controlingowy. Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że: *„istotą prawidłowego funkcjonowania modułu kontrolingowego jest automatyczna analiza danych finansowych w powiązaniu z danymi niefinansowymi (statystyczno-medycznymi). Jest to możliwe w przypadku posiadania jednolitego systemu informatycznego obejmującego zarówno część białą (medyczną) jak i szarą (niemedyczną), umożliwiającego bezproblemowe przetwarzanie wszystkich zgromadzonych danych w module kontrolingowym. W momencie wyboru oprogramowania informatycznego dla obsługi tych części (koniec lat dziewięćdziesiątych ubiegłego wieku) nie istniały na polskim rynku zintegrowane systemy informatyczne do kompleksowej obsługi jednostek służby zdrowia*

¹² O których mowa w standardzie C14, wskazanym w Komunikacie Nr 23 Ministra Finansów z dnia 16 grudnia 2009 r. w sprawie standardów kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych (Dz. Urz. MF z 2009 r. Nr 15, poz. 84).

¹³ Próba 20 dokumentów księgowych (z wyłączeniem wynagrodzeń z pochodnymi oraz operacji poniżej 500 zł) stanowiła 10,5% kosztów rodzajowych (z wyłączeniem kosztów wynagrodzeń i pochodnych).

¹⁴ Ustalono na podstawie zestawień obrotów i sald za miesiące luty i lipiec sporządzone w latach 2015-2020.

¹⁵ 1) Finansowo-księgowy, 2) Sprzedaż, 3) Majątek trwały, 4) Gospodarka magazynowa, 5) Kadry, 6) Place, 7) RCP (Informatyczna Firma Konsultingowa), 8) STOCK (Smart Media).

¹⁶ 1) Medicus (Gabos Software Sp. z o.o.), 2) Alteris (Alteris S.A.), 3) KS-SOLAB Zintegrowany system wspomaganie zarządzania laboratorium, 4) KS-ASW Informatyczny System Obsługi Apteki Szpitalnej (KAMSOFT S.A.).

¹⁷ Moduły w ramach systemu wyprodukowanego przez Informatyczną Firmę Konsultingową były w pełni ze sobą zintegrowane, natomiast nie były zintegrowane z innymi modułami. Moduł Medicus był zintegrowany z modułem Alteris oraz KS-SOLAB.

(w szczególności szpitali). Obecnie Szpital jest na etapie zmiany systemu informatycznego w części szarej dla uzyskania możliwości prawidłowego funkcjonowania modułu kontrolingowego (w formie tzw. Business Intelligence)".

(akta kontroli str. 2-3, 5-6, 26)

Ewidencję kosztów w Szpitalu prowadzono równolegle na kontach zespołów „4” i „5”. Zespół „5” kont odzwierciedlał podział kosztów na ośrodki ich powstawania¹⁸. Wykaz ośrodków powstawania kosztów¹⁹ 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. Konta zespołu „5” dotyczące działalności pomocniczej pogrupowano ze względu na miejsce wykonywania świadczeń. W zespole kont kosztów w układzie funkcjonalnym w zakresie działalności podstawowej i pomocniczej utworzono poziomy kont analitycznych dla ośrodków kosztów i dla kategorii kosztów według ich rodzaju.

(akta kontroli str. 69-346)

Ponieważ stosowane w Szpitalu rozwiązania informatyczne nie umożliwiały bezpośredniego przypisania kosztu leków oraz wyrobów medycznych do nośnika kosztów (osobodnia, pacjenta, procedury), przyjęto metodę polegającą na bieżącym analizowaniu kosztów zakończonych hospitalizacji rozliczonych z Narodowym Funduszem Zdrowia z wykorzystaniem arkusza kalkulacyjnego Excel. Metoda ta pozwalała szacunkowo określić przychód lub stratę wypracowaną w związku z pobytem pacjenta w ramach hospitalizacji. Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że „(...) przyjęte rozwiązanie umożliwia bieżące monitorowanie oraz szacowanie rentowności poszczególnych świadczeń z katalogu JGP zrealizowanych przez oddziały szpitalne”.

W okresie objętym kontrolą Szpital dysponował wyceną wszystkich procedur medycznych w ramach prowadzonej działalności, a informację o ich wysokości udostępniano na stronie internetowej Szpitala.

(akta kontroli str. 27-28, 30-32, 45-66)

Wyniki i opisy z badań obrazowych i laboratoryjnych prowadzono w formie elektronicznej z możliwością wygenerowania ich w formie bazy danych/edytowalnego raportu.

Informacje dotyczące kategorii, liczby oraz czasu pracy personelu medycznego zaangażowanego w realizację procedury zabiegowej, operacyjnej i diagnostyki inwazyjnej, zrealizowanej w ramach bloku operacyjnego, były ewidencjonowane w systemie informatycznym. Prowadzono ewidencję czasu pracy personelu zatrudnionego na podstawie umów cywilno-prawnych i kontraktów (w formie list obecności lub systemu rejestracji czasu pracy).

(akta kontroli str. 16, 28, 67)

W Szpitalu wykorzystywano informacje o charakterze niefinansowym. Jak wyjaśnił Dyrektor Szpitala, w latach 2018-2019 dokonano zmniejszenia liczby łóżek w oddziałach urazowo-ortopedycznych celem ograniczenia zapotrzebowania na personel pielęgniarski. W 2019 r. przedmiotem analizy były dane dotyczące struktury i liczby łóżek w korelacji z danymi finansowymi.

(akta kontroli str. 20)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

¹⁸ 500 – koszty działalności podstawowej, 530 – koszty działalności pomocniczej, 550 – koszty zarządu.

¹⁹ Dalej: OPK.

²⁰ Dz. U. z 2020 r. poz. 295, ze zm.

2. Prawidłowość przekazywania danych w procesie taryfikacji

Opis stanu
faktycznego

1. Szpital w latach 2015-2020²¹ dziewięciokrotnie podejmował doraźną współpracę z AOTMiT dotyczącą taryfikacji świadczeń. Zakres współpracy określało siedem umów oraz dwa wnioski:

1. Umowa AOTMIT/12/T/EHN/2016 z 13 czerwca 2016 r. w ramach postępowania nr 12 - leczenie szpitalne w ramach grup JGP: H09 i H11 dot. przygotowania i przekazania danych niezbędnych do ustalenia taryfy świadczeń opieki zdrowotnej, na które składały się dane zawarte w kartach kosztorysowych dla poszczególnych rodzajów świadczeń. Zakres danych obejmował następujące procedury: rewizja po endoprotezoplastyce stawu biodrowego nie określona inaczej, operacja rewizyjna po wymianie stawu kolanowego, całkowita pierwotna rekonstrukcja stawu biodrowego - dwuprzędziałowa, częściowa endoproteza stawu barkowego.
2. Umowa AOTMIT/07/T/FG/2016 z 27 lipca 2016 r. w ramach postępowania nr 15 - leczenie szpitalne w ramach grup JGP: H06 i H92 dot. przygotowania i przekazania Zamawiającemu danych niezbędnych do ustalenia taryfy świadczeń opieki zdrowotnej, na które składały się dane zawarte w kartach kosztorysowych dla poszczególnych rodzajów świadczeń. Zakres danych obejmował następujące procedury: pierwotna wymiana głowy kości udowej oraz panewki stawu biodrowego - kapoplastyka, przeszczep kostny z lub bez unieruchomienia wewnętrznego lub osteotomii - kość piszczelowa/kość strzałkowa, przeszczep kostny z lub bez unieruchomienia wewnętrznego lub osteotomii - kość udowa/miednica.
3. Umowa AOTMIT/13/T/JK/2016 z 14 października 2016 r. w ramach postępowania nr 17 - leczenie szpitalne w ramach grup JGP: H11 i H61 dot. przygotowania i przekazania Zamawiającemu danych niezbędnych do ustalenia taryfy świadczeń opieki zdrowotnej, na które składały się dane zawarte w kartach kosztorysowych dla poszczególnych rodzajów świadczeń. Zakres danych obejmował następujące procedury: operacja rewizyjna stawu biodrowego - wymiana elementu udowego, całkowita endoproteza stawu łokciowego, otwarte nastawienie złamania z wewnętrzną stabilizacją.
4. Umowa AOTMIT/21/T/21/2016 z 5 grudnia 2016 r. w ramach postępowania nr 21 - dane finansowo-księgowe za 2015 r. (leczenie szpitalne).
5. Umowa AOTMIT/206/T/23/2017 z 28 kwietnia 2017 r. w ramach postępowania nr 23 - dane finansowo-księgowe za 2015 r. (rehabilitacja lecznicza).
6. Umowa AOTMIT/11/T/25/2017 z 27 lutego 2017 r. w ramach postępowania nr 25 - leczenie szpitalne - Sekcje EHN - dot. przygotowania i przekazania danych niezbędnych do ustalenia taryfy świadczeń opieki zdrowotnej, na które składały się dane zawarte w kartach kosztorysowych dla poszczególnych rodzajów świadczeń. Zakres danych obejmował następujące procedury: endoproteza pierwotna stawu kolanowego - jednoprzędziałowa, całkowita pierwotna wymiana stawu skokowego, pierwotna wymiana stawów stopy/palców, całkowita endoproteza stawu barkowego, częściowa endoproteza stawu barkowego, rewizja po endoprotezoplastyce stawu

²¹ Do dnia zakończenia kontroli.

biodrowego, nie określona inaczej, operacja rewizyjna po wymianie stawu kolanowego.

7. Umowa AOTMIT/08/T/32/2017 z 7 czerwca 2017 r. w ramach postępowania nr 32 - dane finansowo-księgowe za 2016 r.
8. Wniosek o udostępnienie danych nr AOTMiT/42/0069/2018/WT z 21 czerwca 2018 r. w ramach postępowania nr 42 - leczenie szpitalne oraz ambulatoryjna opieka specjalistyczna w obszarze - choroby nowotworowe.
9. Wniosek o udostępnienie danych nr AOTMiT/43/0020/2018/WT z 27 czerwca 2018 r. w ramach postępowania nr 43 - leczenie szpitalne, obejmujące zabiegi dot. kończyn i miednicy, rozliczone w ramach JGP: H31E - H33 oraz H41 - H43.

(akta kontroli str. 4-16)

2. W okresie objętym kontrolą, Szpital siedmiokrotnie wypełniał i przysyłał ankiety, dla uzyskania niezbędnych danych do ustalenia przez Agencję taryfy oraz raz przesłał dane na wniosek Agencji. Wypełnione przez Szpital ankiety, zgodnie z instrukcjami, zawierały wszystkie niezbędne dane w procesie wyłonienia podmiotu do współpracy z Agencją, w tym dane identyfikacyjne Szpitala, informacje o świadczeniach i kosztach z nimi związanych w zakresie, w jakim wymagała tego Agencja. Ponadto w ankietach zgłoszeniowych Szpital informował Agencję o sposobie prowadzenia rachunku kosztów i elektronicznej dokumentacji pacjenta. W zakresie, w jakim wymagała tego Agencja, Szpital przekazywał dane odzwierciedlające stan faktyczny kosztów i ośrodków ich powstawania w ramach udzielanych świadczeń będących przedmiotem zainteresowania Agencji. Przekazane dane były zgodne z dokumentacją Szpitala i danymi z systemu informatycznego.

(akta kontroli str.383-439)

3. Zgodnie z art. 31 *lc* ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych²², jednostka w okresie objętym kontrolą udostępniała Agencji dane finansowo-księgowe oraz kliniczno-kosztowe o najwyższej jakości i kompletności, niezbędne do ustalenia taryf. Powyższe zweryfikowano w oparciu o dane przekazane Agencji przez Szpital, na podstawie próby dwóch celowo dobranych postępowań taryfikacyjnych nr 32 i nr 43, w ramach których Szpital zadeklarował przekazanie danych finansowo-księgowych, pochodzących z ksiąg rachunkowych o kosztach procedur medycznych z 18 OPK (postępowanie nr 32) oraz danych dotyczących kosztów 132 hospitalizacji (postępowanie nr 43). Z powyższych postępowań do szczegółowej analizy wybrano przekazane Agencji dane z trzech OPK²³ (postępowanie nr 32) oraz 10 hospitalizacji (postępowanie nr 43).

(akta kontroli str.13-15, 440-450)

Na podstawie analizy ww. danych stwierdzono, że przekazane Agencji informacje finansowo-księgowe w ramach postępowania nr 32 oraz dane finansowo-medyczne w ramach postępowania 43 zawarte w formularzach FK były zgodne z danymi źródłowymi, pochodzącymi ze szpitalnego systemu informatycznego, sprawozdań finansowych, kartotek kosztów, kart środków trwałych, kart wynagrodzeń, a także z informacjami o charakterze niefinansowym. Dane zostały zagregowane w sposób umożliwiający identyfikację OPK oraz powiązane z poszczególnymi kodami resortowymi.

²² Dz. U. z 2020 r. poz. 1398 ze zm. Dalej: *ustawa o świadczeniach*.

²³ Oddział Urazowo-Ortopedyczny Męski I, Oddział Urazowo-Ortopedyczny z pododdziałem Artroskopii i Chirurgii Kolana II, Oddział Urazowo-Ortopedyczny Kobiety III

Z analizy kalkulacji kosztów osobodnia hospitalizacji, której wyniki zostały przekazane AOTMiT w ramach postępowania nr 43 wynika, że dla oddziałów o numerach I-IV, VI-IX koszty wynagrodzeń podstawowych, nagród jubileuszowych, odpraw, wynagrodzeń z umowy o dzieło, wynagrodzeń z umów zlecenia oraz narzutów ZUS zostały przemnożone przez wskaźnik wynoszący 0,75, co oznacza, że do kosztów osobodnia hospitalizacji zaliczono jedynie część ww. kosztów. Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że zastosowanie wskaźnika 0,75 wynika z faktu zaliczania w poczet kosztów oddziału (danego OPK) szeroko rozumianych wynagrodzeń wszystkich osób zatrudnionych w danym oddziale, podczas gdy lekarze wykonują także świadczenia w ramach zespołu sal operacyjnych - koszty ich wynagrodzeń obciążają wtedy koszt danej procedury (zabiegu operacyjnego).

(akta kontroli str. 20, 440-450)

Przygotowanie danych przekazywanych Agencji powierzono pracownikowi obejmującemu samodzielne stanowisko ds. controllingu, który dwukrotnie brał udział w szkoleniach organizowanych przez Agencję.

W okresie objętym kontrolą, Agencja nie weryfikowała jakości oraz kompletności przekazywanych danych, w miejscu udzielania przez Szpital świadczeń opieki zdrowotnej.

(akta kontroli str. 68)

4. Szpital dochował terminu przekazania danych AOTMiT, o którym mowa w art. 31 lc ust. 4 ustawy o świadczeniach, w ramach realizacji wszystkich umów zawartych z AOTMiT.

(akta kontroli str. 381-382)

5. Porównanie informacji o kosztach trzech badanych OPK w odniesieniu do danych przekazanych Agencji przez Szpital, w ramach postępowania taryfikacyjnego nr 32, z analogicznymi danymi za 2019 r. wskazuje, że koszty te podlegały następującym zmianom:

- nastąpił wzrost kosztów funkcjonowania Oddziału I²⁴ o 13,5% (zmiana z 10 090 382,33 zł w 2016 r. do 11 454 557,79 zł w 2019 r.);
- nastąpił wzrost kosztów funkcjonowania Oddziału II²⁵ o 14,9% (zmiana z 10 952 949 zł w 2016 r. do 12 587 923,29 zł w 2019 r.);
- nastąpił wzrost kosztów funkcjonowania Oddziału III²⁶ o 21,6% (zmiana z 8 592 507,51 zł w 2016 r. do 10 452 520,64 zł w 2019 r.).

(akta kontroli str. 453)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

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

IV. Uwagi i wnioski

W związku z niestwierdzeniem nieprawidłowości Najwyższa Izba Kontroli nie formułuje uwag ani wniosków.

²⁴ Oddział Urazowo-Ortopedyczny Męski I.

²⁵ Oddział Urazowo-Ortopedyczny z pododdziałem Artroskopii i Chirurgii Kolana II.

²⁶ Oddział Urazowo-Ortopedyczny Kobiety III.

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 Katowicach. 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.

Katowice, dnia 30 listopada 2020 r.

Kontroler
Marta Florczykiewicz-Cymara
Gł. specjalista kontroli państwowej

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Katowicach

.....