



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Opolu

LOP.410.009.01.2020

Pani Małgorzata Sobel
Dyrektor Klinicznego Centrum Ginekologii,
Położnictwa i Neonatologii
Kliniczne Centrum Ginekologii, Położnictwa
i Neonatologii
ul. Władysława Reymonta 8, 45-066 Opole

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Kliniczne Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu, ul. Władysława Reymonta 8, 45-066 Opole
Kierownik jednostki kontrolowanej	Małgorzata Sobel, Dyrektor Klinicznego Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii ¹ , od 15 października 2020 r. W okresie objętym kontrolą - funkcję kierownika jednostki pełnił Dyrektor Edward Puchała - od 16 lipca 2014 r. do 27 marca 2020 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Prowadzenie rachunku kosztów 2. Prawdliwość przekazywania danych w procesie taryfikacji
Okres objęty kontrolą	Lata 2015-2020 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 Opolu
Kontroler	Przemysław Sparczyński, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LOP/70/2020 z 9 września 2020 r. (akta kontroli str. 1)

¹ Dalej: Dyrektor.

² Czynności kontrolne zakończono 16 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 Klinicznego Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu ⁵ w zakresie prowadzenia rachunku kosztów oraz przekazywania danych w procesie taryfikacyjnym.
Uzasadnienie oceny ogólnej	Na pozytywną ocenę działalności Centrum wpływ miało przede wszystkim prawidłowe wprowadzenie oraz stosowanie podstawowych zasad (polityki) rachunkowości. Kontrolowana jednostka opracowała oraz przyjęła do stosowania szczegółowe zasady obiegu i kontroli dokumentów księgowych, w których określono m.in.: procedury dotyczące terminowości postępowania z dowodami księgowymi, wskazano osoby uprawnione do przeprowadzania kontroli merytorycznej i formalno-rachunkowej dowodów księgowych, a także katalog dokumentów stanowiących podstawę dokonywania zapisów księgowych. 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 . Centrum sporządzało, co najmniej raz w miesiącu, zestawienia obrotów i sald, a system finansowo-księgowy umożliwiał prawidłowe zamknięcie ksiąg za poszczególne okresy sprawozdawcze. Prowadzony w kontrolowanej jednostce system rachunku kosztów zapewniał dostęp do podstawowych danych niezbędnych do prawidłowego i skutecznego zarządzania podmiotem leczniczym. Centrum rzetelnie prowadziło również ewidencję kosztów, co zapewniło terminowe przekazanie Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji ⁷ prawidłowych danych w dwóch objętych kontrolą postępowaniach taryfikacyjnych.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny częściowej⁸ kontrolowanej działalności

OBSZAR	1. Prowadzenie rachunku kosztów
Opis stanu faktycznego	1. Zarządzeniem Dyrektora nr 5/02 z 1 stycznia 2002 r. w Centrum przyjęte zostały do stosowania zasady (polityka) rachunkowości ⁹ , które następnie zastąpiono zasadami ustalonymi zarządzeniem Dyrektora nr 27/2019 z 1 lipca 2019 r. ¹⁰ Dokumentacja opisująca politykę rachunkowości zawierała wszystkie elementy wskazane w art. 10 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości ¹¹ , 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/ opisanie 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

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

⁵ Dalej: Centrum lub podmiot leczniczy.

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 częściowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena częściowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

⁹ Aktualizacje, odpowiednio zarządzeniami nr: 41/2007 z 31 grudnia 2007 r., 1/2008 z 31 lipca 2008 r. oraz 43/2017 z 31 grudnia 2017 r.

¹⁰ W sprawie ustalenia dokumentacji przyjętych zasad (polityki) rachunkowości.

¹¹ Dz. U. 2019 r. poz. 351, ze zm.

przetwarzania oraz e/ sposobu prowadzenia ksiąg rachunkowych. Kontrolowana jednostka określiła również wersję stosowanego oprogramowania oraz datę rozpoczęcia jego eksploatacji.

(akta kontroli, str. 140-229)

Szczegółowe zasady obiegu i zatwierdzania dokumentów księgowych zostały określone w *Instrukcji obiegu i kontroli dokumentów*¹². W instrukcji tej opisano 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. 239-315)

Regulacje dotyczące procedur kontroli zaciągania zobowiązań finansowych zawarte zostały w *Regulaminach udzielania zamówień publicznych*¹³ oraz w *Instrukcji obiegu i kontroli dokumentów*.

(akta kontroli, str. 138-139, 239-315)

W kontrolowanym podmiocie wprowadzono mechanizmy z zakresu kontroli zarządczej, określone w standardzie C14 *Szczegółowe mechanizmy kontroli dotyczące operacji finansowych i gospodarczych*. Zarządzeniem nr 134/2010 z 31 grudnia 2010 r., Dyrektor wprowadził do stosowania *Regulamin Kontroli Zarządczej*, w którym określono szczegółowe mechanizmy kontroli dotyczące operacji finansowych i gospodarczych¹⁴. System kontroli zarządczej opierał się również na obowiązujących w Centrum wewnętrznych regulacjach, w tym m.in.: polityce rachunkowości oraz 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.¹⁵, 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. 112-113, 230-238)

W Centrum, w okresie objętym kontrolą prowadzony był rejestr przepisów wewnętrznych oraz obowiązywała procedura rejestracji wpływu dokumentów

¹² Zarządzenie nr 78/2011 z 17 listopada 2011 r., aktualizowane odpowiednio zarządzeniami nr: 16/2020 z 28 kwietnia 2020 r., 37/2019 z 10 września 2019 r., 33/2018 z 3 października 2018 r., 21/2018 z 12 czerwca 2018 r., 32/2017 z 16 listopada 2017 r., 20/2017 z 16 sierpnia 2017 r., 17/2017 z 8 czerwca 2017 r., 23/2016 z 9 sierpnia 2016 r., 13/2016 z 31 maja 2016 r., 55/2015 z 18 grudnia 2015 r.

¹³ Zarządzenie Dyrektora nr: 21/2019 r. z 31 maja 2019 r. w sprawie wprowadzenia Regulaminu Udzielania Zamówień Publicznych o wartości nieprzekraczającej kwoty wskazanej w art. 4 pkt 8 ustawy Prawo zamówień publicznych oraz nr 22/2019 z 31 maja 2019 r., w sprawie wprowadzenia Regulaminu Udzielania Zamówień Publicznych o wartości przekraczającej kwoty wskazanej w art. 4 pkt 8 ustawy Prawo zamówień publicznych.

¹⁴ Tj. m.in.: prawidłowe dokumentowanie oraz rejestrowanie operacji finansowych i gospodarczych, zatwierdzanie operacji finansowych przez odpowiednie osoby, weryfikacja operacji finansowych i gospodarczych przed i po ich realizacji.

¹⁵ Konto 401 *Zużycie materiałów i energii* oraz konto 402 *Usługi obce*, z pominięciem operacji o wartości poniżej 500 zł.

księgowych, zarówno do kontrolowanej jednostki, jak i do komórki rachunkowości. Działania te opisano w *Instrukcji obiegu i kontroli dokumentów*.

(akta kontroli str. 114-137, 277-288)

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

(akta kontroli str. 45-103)

2. Dyrektor ustalił szczegółowy wykaz ośrodków kosztów¹⁶. System rachunku kosztów w kontrolowanym podmiocie składał się z systemów informatycznych zawierających informacje medyczne o pacjentach¹⁷ oraz systemu finansowo-księgowego¹⁸. W części klinicznej podmiotu leczniczego funkcjonowały systemy informatyczne producenta: 1/ ASSECO POLAND S.A., tj. system szpitalny AMMS m.in. z modułami: *Ruch chorych, Zlecenia, Punkt Pobrań, Dział Farmacji, Apteczki Oddziałowe, Pracownia, Blok Operacyjny, Poradnia, Zakażenia Szpitalne, Dokumentacja Formularzowa, Wersja mobilna, Symulator JGP, eZwolnienia, Repozytorium EDM, Komercja, e-portal, e-recepta*; 2/ ItamSystem Monako: system monitoringu KTG. 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*, a moduł *Rozliczenia* systemu AMMS współpracował z modułem *Rejestr sprzedaży*¹⁹.

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

(akta kontroli str. 15-16, 21-25, 104-111, 335-351)

Centrum, w okresie objętym kontrolą, stosowało podział kosztów na części w układzie rodzajowym (zespół 4 *Koszty według rodzajów*) oraz w układzie funkcjonalnym (zespół 5 *Koszty według typów działalności*). Odpowiadało to zaleceniom wynikającym z treści § 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 lipca 2015 r. w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców²⁰.

(akta kontroli str. 17, 160, 140-207)

¹⁶ Zarządzenie nr 33/2010 z 1 stycznia 2011 r., w sprawie prowadzenia rachunku kosztów.

¹⁷ Tzw. część biała.

¹⁸ Tzw. część szara.

¹⁹ Faktury wystawiane do NFZ w module *Rozliczenia* AMMS są widoczne w module *Rejestr sprzedaży*.

²⁰ Dz. U. poz. 1126; dalej: rozporządzenie w sprawie zaleceń. Rozporządzenie to obowiązywało do 5 marca 2020 r. Od 1 stycznia 2021 r., ma zacząć obowiązywać rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 października 2020 r. w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców (Dz. U. poz. 2045).

Zespół kont kosztów w układzie funkcjonalnym (zespół 5) zawierał podział na ośrodki kosztów: działalności podstawowej, pomocniczej (medycznej i niemiedycznej) 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 leczniczej²¹ (tj. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania²²), a w zakresie działalności pomocniczej i zarządu z uwzględnieniem podziału na ośrodki wykonujące działalność o charakterze jednolitym.

(akta kontroli str. 17-19, 140-207)

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 przetwarzania²³.

(akta kontroli str. 25, 51-62)

Stosowany przez Centrum system rachunku kosztów umożliwiał przypisanie do nośnika kosztów (osobodnia, pacjenta lub procedury) kosztów leków oraz wyrobów medycznych²⁴. System nie umożliwiał przypisania świadczeń medycznych do nośnika kosztów zarówno w przypadku leków, jak również w odniesieniu do procedur medycznych. Istniała możliwość uzyskania informacji niefinansowych dotyczących danych takich jak: a/ roczna sumaryczna liczba etatów personelu zatrudnionego na umowę o pracę, b/ umowy cywilno-prawne, c/ kontrakty dla poszczególnych kategorii personelu.

Dla poszczególnych procedur medycznych wyniki/opisy badań ewidencjonowane były w formie elektronicznej z możliwością wygenerowania w formie bazy danych lub edytowalnego raportu. W Centrum prowadzono elektroniczną wersję księgi zabiegowej bloku operacyjnego. Ponadto w podmiocie leczniczym prowadzone były cenniki realizowanych procedur medycznych: RTG, USG, EKG.

(akta kontroli str. 17-19, 26-43, 335-351)

W zakresie dostosowania się kontrolowanej jednostki do przepisów rozporządzenia w sprawie zaleceń, Dyrektor wyjaśnił, że *Kliniczne Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu nie wprowadziło zaleceń Rachunku kosztów z 8 lipca 2015 r. Obecnie został zmieniony program części białej, w którym możliwe będzie przypisanie leków, drobnego sprzętu medycznego oraz procedur do konkretnego pacjenta. Określone są ośrodki kosztów działalności podstawowej i pomocniczej. Ustalono są klucze podziałowe. Wycenione zostały procedury Oddziału Anestezjologicznego i Bloku operacyjnego. W związku z planowanym wprowadzeniem nowego standardu rachunku kosztów trwają prace nad jego wdrożeniem.*

(akta kontroli str. 333)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

²¹ Dz. U. z 2020 r. poz. 295, ze zm.

²² Dz. U. z 2019 r. poz. 173.

²³ Dz. U. poz. 666.

²⁴ Uwzględniane są koszty leków w koszcie osobodnia. Wyceniane są koszty procedur medycznych (Bloku Operacyjnego i Oddziału Anestezjologicznego).

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

OBSZAR

2. Prawidłowość przekazywania danych w procesie taryfikacji

Opis stanu faktycznego

1. W okresie objętym kontrolą Centrum podjęło współpracę o charakterze doraźnym z Agencją w zakresie przekazania danych taryfikacyjnych dla pięciu postępowań: a/ nr 36 (za 2015 r.), b/ nr 17 (2016 r.), c/ nr 25: leczenie szpitalne grupy E, H, N (2017 r.), d/ nr 42: choroby nowotworowe (2018 r.), e/ nr 52: żeński układ rozrodczy – sekcja M (2020 r.).

(akta kontroli str. 97)

2. Szczegółowymi badaniami kontrolnymi objęto postępowania taryfikacyjne nr 25 oraz nr 42. Centrum w odniesieniu do postępowania nr 42 nie składało ankiety zgłoszeniowej i było wylosowane przez AOTMiT, która skierowała do jednostki kontrolowanej zaproszenie/wniosek o udostępnienie danych niezbędnych do ustalenia taryf świadczeń gwarantowanych. W przypadku natomiast postępowania nr 25, Centrum w sposób prawidłowy wypełniło i przekazało ankietę (standard rachunku kosztów). Przekazane dane miały dotyczyć, odpowiednio dla postępowań: a/ nr 25 – świadczeń odnoszących się do ciąży patologicznej noworodka powyżej 30 dni oraz noworodka wymagającego intensywnej terapii, szczególnej opieki oraz wzmożonego nadzoru, b/ nr 42 – danych kosztowych w zakresie informacji finansowo-księgowych oraz innych informacji niefinansowych: dla medycznych ośrodków powstawania kosztów²⁵, z działalności podstawowej.

(akta kontroli str. 352-456)

3. Przygotowywanie materiałów związanych z taryfikowaniem świadczeń opieki zdrowotnej dla AOTMiT, Dyrektor Centrum powierzył, w zakresie danych finansowo-księgowych, Głównemu Księgowemu oraz wyznaczył Starszego specjalistę informatyka, jako osobę koordynującą współpracę. Osoby te brały udział w szkoleniu *Wycena świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z zakresu leczenia szpitalnego, teleradioterapii paliatywnej i szpitalnych oddziałów ratunkowych*, zorganizowanym przez AOTMiT w sierpniu 2015 r.

(akta kontroli str. 330-332)

Centrum, na potrzeby sporządzenia wymaganych przez AOTMiT zestawień finansowo-księgowych oraz informacji medycznych (kliniczno-kosztowych), wyodrębniło ogółem dwa OPK²⁶. Dla poszczególnych OPK, zgodnie z danymi systemu finansowo-księgowego, ewidencji zatrudnienia i czasu pracy pracowników oraz ewidencji kosztów, Centrum opracowało 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.

²⁵ Dalej: OPK.

²⁶ 500-01-01 Oddział Ginekologiczno-położniczy, 500-01-09 Blok Operacyjny.

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 Centrum do Agencji. Przekazane arkusze zostały wypełnione zgodnie z zasadami określonymi przez AOTMiT i zawierały wymagane dane.

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

(akta kontroli str. 352-456)

4. W ramach ww. postępowań taryfikacyjnych Centrum terminowo przekazywało arkusze do AOTMiT. Agencja przesłała do kontrolowanego podmiotu oświadczenia o terminowym przekazaniu wymaganych danych taryfikacyjnych.

(akta kontroli str. 314, 339)

5. Dyrektor wyjaśnił, że jednostka kontrolowana nie jest w stanie na obecną chwilę określić jak zmieniły się dane kosztowe taryfikowanych świadczeń, ponieważ przypisanie do konkretnych procedur kosztów leków i drobnego sprzętu medycznego odbywało się ręcznie. Istniała jedynie możliwość porównania, jak zmieniła się cena osobodnia i koszt poszczególnych procedur realizowanych w Oddziale Anestezjologicznym i na Bloku Operacyjnym.

W związku z powyższym, przeprowadzono badanie zmian danych kosztowych postępowań nr 25 i 42, które objęło porównanie wielkości danych (za 2017 r. i za 2020 r.) dla sześciu najwyżej wycenionych świadczeń (a/ Histeroskopia operacyjna, b/ Operacja Wertheima, c/ Operacja TVT, d/ Znieczulenie zewnątrzoponowe do porodu, e/ Znieczulenie zewnątrzoponowe ciągle + ogólne dotchawicze) oraz liczby ww. świadczeń, które zostały udzielone. Badanie wykazało, że koszt wszystkich objętych kontrolą świadczeń wzrósł o 53% i wynosił odpowiednio:

a/ 2 040,26 zł w 2017 r. oraz 3 120,75 zł w 2020 r., jednocześnie nastąpił wzrost liczby udzielonych świadczeń o 65²⁷, b/ 1 965,92 zł (2017 r.) – 3 007,04 zł (2020 r.), nastąpił spadek liczby udzielonych świadczeń o pięć²⁸, c/ 1 740,37 zł (2017 r.) – 2 662,05 zł (2020 r.), spadek o 21²⁹, d/ 1 227,05 zł (2017 r.) – 1 876,88 zł (2020 r.), spadek o 47³⁰, e/ 1 175,66 zł (2017 r.) – 1 798,28 zł (2020 r.), spadek o dwa³¹.

(akta kontroli str. 457-460)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia działalność podmiotu leczniczego w zakresie prawidłowości przekazywania danych w procesie taryfikacji. Centrum rzetelne oraz terminowo przekazywało 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.

²⁷ 72 w 2017 r., 137 w 2020 r.

²⁸ 10 w 2017 r., pięć w 2020 r.

²⁹ 38 w 2017 r., 17 w 2020 r.

³⁰ 415 w 2017 r., 368 w 2020 r.

³¹ Sześć w 2017 r., cztery w 2020 r.

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.

Najwyższa Izba Kontroli

Delegatura w Opolu

Dyrektor

Kontroler

Przemysław Sparczyński
specjalista kontroli państwowej


.....
podpis


.....
podpis

