



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Białymstoku

LBI.410.012.03.2020



00890820

Pani
Bożena Grotowicz
Dyrektor Samodzielnego Publicznego
Zakładu Opieki Zdrowotnej w Bielsku Podlaskim
ul. Kleszczelowska 1, 17-100 Bielsk Podlaski

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Białymstoku
ul. Akademicka 4, 15-267 Białystok
T +48 85 874 81 00, F +48 85 874 81 33
lbi@nik.gov.pl

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bielsku Podlaskim, ul. Kleszczelowska 1, 17-100 Bielsk Podlaski
Kierownik jednostki kontrolowanej	Bożena Grotowicz, Dyrektor Szpitala, od 15 maja 2003 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Prowadzenie rachunku kosztów. 2. Prawidłowość przekazywania danych w procesie taryfikacji.
Okres objęty kontrolą	Lata 2015-2020 (do 8 października).
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ¹
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Białymstoku
Kontrolerzy	Beata Palinowska – specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LBI/103/2020 z 3 września 2020 r., Andrzej Juchnicki – doradca ekonomiczny, upoważnienie do kontroli nr LBI/112/2020 z 8 września 2020 r. (akta kontroli str. 1-2)

¹ Dz. U. z 2020 r. poz. 1200. Ustawa zwana dalej *ustawą o NIK*.

II. Ocena ogólna² kontrolowanej działalności

W latach 2015–2018 Szpital ośmiokrotnie uczestniczył w wycenianiu świadczeń medycznych przez AOTMiT³, przekazując w większości przypadków spójne i rzetelne dane dotyczące ich udzielania i finansowania. W dwóch przypadkach wykazano jednak dane niezgodne ze stanem faktycznym.

Prowadzony w latach 2015–2020 rachunek kosztów umożliwiał bieżące zarządzanie oraz pozyskanie danych finansowo-księgowych według Ośrodków Powstawania Kosztów⁴. Dostarczał również informacji o rzeczywistych kosztach realizowanych świadczeń, co pozwalało m.in. na uwzględnienie tych kosztów przy opracowywaniu cennika świadczeń wykonywanych w Szpitalu (m.in. badań laboratoryjnych, RTG). Szpital posiadał prawidłowo opracowaną politykę rachunkowości (poza wskazaniem wersji oprogramowania księgowego) oraz wdrożone mechanizmy kontroli operacji finansowych i gospodarczych.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego kontrolowanej działalności

OBSZAR

Opis stanu
faktycznego

1. Prowadzenie rachunku kosztów

1.1. W latach 2015–2020 (do 8 października) Szpital realizował świadczenia medyczne na 12 oddziałach⁵, w 33 poradniach lub innych komórkach organizacyjnych (np. Punkt Dzienny Chemioterapii, Szkoła Rodzenia, Blok operacyjny, Laboratorium) i w 17 komórkach działalności pomocniczej (m.in. Apteka, Centralna Sterylizacja, Punkt Przyjęć Bielizny, Kuchnia, Tlenownia). Wsparciem organizacyjnym zajmowały się komórki (m.in. Dział finansowo-księgowy, Dział kadrowo-płacowy, Dział zamówień publicznych i zaopatrzenia) oraz osoby zatrudnione na samodzielnych stanowiskach pracy (m.in. główna księgowa, radca prawny). (akta kontroli str. 49-50)

Szpital posiadał zasady (politykę) rachunkowości⁶, wymagane art. 10 ust. 1 pkt 1–3 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości⁷, w których wskazano:

- rok obrotowy (rok kalendarzowy) i wchodzące w jego skład okresy sprawozdawcze (poszczególne miesiące roku obrotowego),
- metody wyceny aktywów i pasywów oraz ustalania wyniku finansowego,
- sposób prowadzenia ksiąg rachunkowych, w tym: 1/ zakładowy plan kont (odzwierciedlał charakter działalności i strukturę Szpitala), ustalający wykaz kont księgi głównej, przyjęte zasady klasyfikacji zdarzeń, zasady prowadzenia kont ksiąg pomocniczych oraz ich powiązania z kontami księgi głównej; 2/ wykaz ksiąg rachunkowych i wykaz zbiorów danych tworzących księgi rachunkowe na informatycznych nośnikach danych z określeniem ich struktury, wzajemnych powiązań oraz ich funkcji w organizacji całości ksiąg rachunkowych i w procesach przetwarzania danych; 3/ opis systemu informatycznego, zawierającego wykaz programów, procedur lub funkcji, programowych zasad ochrony danych, w tym w szczególności metod zabezpieczenia dostępu do danych i systemu ich przetwarzania, a także datę rozpoczęcia jego eksploatacji.

(akta kontroli str. 7-106)

W zasadach (polityce) rachunkowości Szpitala nie podano wersji oprogramowania księgowego, co szerzej omówiono w dalszej części wystąpienia, w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”. (akta kontroli str. 7-106)

² Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

³ Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

⁴ Dalej: OPK.

⁵ Oddziały: Wewnętrzny, Zakaźny, Dziecięcy, Ginekologiczny i Położniczo-Noworodkowy, Chirurgiczny, Urazowo-Ortopedyczny, Neonatologiczny, Rehabilitacyjny, Rehabilitacji ogólnoustrojowej w oddziale dziennym, Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Szpitalny Oddział Ratunkowy, Dzienny Oddział Onkologii i Chemioterapii.

⁶ Wprowadzone zarządzeniem Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Bielsku Podlaskim z dnia 31 grudnia 2011 r. w sprawie ustalenia dokumentacji przyjętych zasad (polityki) rachunkowości, aktualizowane sześciokrotnie.

⁷ Dz. U. z 2019 r. poz. 351, ze zm. Ustawa zwana dalej *ustawą o rachunkowości*.

W Szpitalu wdrożono mechanizmy kontroli dotyczące operacji finansowych i gospodarczych:

- Procedury kontroli finansowej⁸, w których określono m.in.: 1/ ogólne zasady kontroli finansowej (samokontrola, kontrola funkcjonalna, kontrola instytucjonalna, kontrola wstępna, kontrola bieżąca, kontrola następcza, kontrola formalna); 2/ zasady dokumentowania operacji gospodarczych i ich kontrolę z wyszczególnieniem m.in. rodzajów dowodów-księgowych (własne, wewnętrzne i zewnętrzne) oraz zasad ich kontrolowania pod względem merytorycznym i formalno-rachunkowym⁹;
- Regulamin obiegu i kontroli dokumentów finansowych, w którym określono procedury obejmujące cały cykl obiegu dokumentów, tj. od wpływu do Szpitala do momentu dokonania trwałego zapisu księgowego oraz m.in.: 1/ zasady sporządzania i dokumentowania w księgach rachunkowych dowodów księgowych, 2/ zasady obiegu dokumentów finansowych, 3/ zasady kontroli dokumentów finansowych, 4/ zasady dekretacji dokumentów finansowych, 5/ wykaz dokumentów funkcjonujących w Szpitalu, 6/ wykazy rejestrów funkcjonujących w programie finansowo-księgowym, 7/ wykazy stosowanych dokumentów, 8/ zasady przechowywania dokumentów księgowych;
- Regulamin kontroli zarządczej, w którym ustalono m.in.: 1/ cel i zakres kontroli, 2/ formy organizacyjne, 3/ środowisko kontroli, 4/ zasady zarządzania ryzykiem, 5/ szczegółowe mechanizmy kontroli dotyczące operacji finansowych i gospodarczych, 6/ zasady informacji i komunikacji, 7/ zasady monitorowania i oceny.

(akta kontroli str. 119-129, 197-228)

Analiza losowo dobranych 40 dowodów księgowych z 2020 roku¹⁰ o wartości 326.886 zł, stanowiących podstawę do księgowania operacji gospodarczych, wykazała, że:

- na wszystkich dowodach podano numery, pod którymi zostały one zaksięgowane, numery kont, na których operacje gospodarcze zostały zaewidencjonowane, podpisy głównej księgowej i dyrektora Szpitala potwierdzające zatwierdzenie operacji finansowej,
- 22 (55%) dowody księgowe zostały sprawdzone pod względem merytorycznym i zawierały datę ich sprawdzenia,
- 39 (98%) dowodów księgowych potwierdzających dokonanie zakupów o wartości 324.926 zł brutto zostało zaksięgowanych w miesiącu dokonania operacji gospodarczej.

(akta kontroli str. 130)

Niezastosowanie art. 20 ustawy o rachunkowości i § 22 wewnętrznych procedur kontroli finansowej odpowiednio w stosunku do jednego i 18 dowodów księgowych opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego w pkt 2 i 3, w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.

W Szpitalu nie wprowadzono procedury rejestracji wpływu dokumentów księgowych do jednostki i do komórki rachunkowości. Zgodnie z § 17 ust. 2 lit. c Instrukcji kancelaryjnej¹¹, rejestracji nie podlegają m.in. faktury (przekazywane bezpośrednio do Działu Księgowości).

(akta kontroli str. 231-253)

Szpital raz w miesiącu sporządzał zestawienia obrotów i sald księgi głównej, co stwierdzono na próbie dokumentów z lutego i lipca lat 2015–2020. Wszystkie numery i nazwy kont księgowych zastosowane w tych zestawieniach figurowały w zasadach (polityce) rachunkowości.

(akta kontroli str. 254-277)

Ogłędziny przeprowadzone 28 września 2020 r. wykazały, że wykorzystywany przez Szpital system finansowo-księgowy¹² posiada bufor, który przechowuje wszystkie dokumenty

⁸ Procedury kontroli finansowej w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Bielsku Podlaskim, wprowadzone 25 stycznia 2007 r., zmienione aneksem nr 1 z 31 grudnia 2009 r. i aneksem nr 2 z 30 czerwca 2011 r.

⁹ Kontrola merytoryczna miała obejmować m.in. ustalenie rzetelności danych, zadbanie o wyczerpujący opis operacji gospodarczej na dowodach księgowych, potwierdzenie wykonania wymienionej na dokumentach usługi lub otrzymania towaru i dokonanie opisu zdarzenia gospodarczego przez osobę biorącą w nim udział wraz ze złożeniem podpisu i podaniem daty dokonania czynności. Natomiast kontrola formalno-rachunkowa miała obejmować m.in. sprawdzenie, czy dokument został wystawiony w sposób technicznie prawidłowy i zgodny z obowiązującymi przepisami, sprawdzenie przed przekazaniem do zaksięgowania dowodu, czy przeprowadzono kontrolę merytoryczną.

¹⁰ Po 10 z lutego, kwietnia, maja i lipca.

¹¹ Zarządzenie Nr 54/2017 Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Bielsku Podlaskim z dnia 19 grudnia 2017 r. w sprawie ustalenia instrukcji kancelaryjnej, jednolitego rzeczowego wykazu akt i instrukcji o organizacji i zakresie działania składnicy akt w SP ZOZ w Bielsku Podlaskim.

¹² Firmy Kamssoft S.A. o nazwie Kompleksowy system wspomagania pracy księgowości.

zadekretowane na kontach wprowadzone do systemu poprzez rejestry, kasę, bank. System ten posiada rozdzieloną funkcję zatwierdzania zapisów i zamykania miesiąca. Po zaksięgowaniu września 2020 roku nie można było dokonać żadnych zmian w zapisach księgowych. (akta kontroli str. 298-304)

1.2. Stosowany w Szpitalu system rachunku kosztów dostarczał informacji medycznych i księgowych.

1. W części szarej funkcjonowało dziewięć modułów, które były ze sobą częściowo zintegrowane¹³: m.in. Zintegrowany System Finansowo-Księgowy, Zarządzanie Zasobami Ludzkimi, System Ewidencji Środków Majątkowych, System obsługi apteki szpitalnej i gospodarki magazynowej, Analizator kosztów medycznych i Moduł integracyjny informacji o personelu, System elektronicznego obiegu dokumentów.
2. W części białej funkcjonowało sześć modułów, częściowo zintegrowanych¹⁴, w tym: Zintegrowany system zarządzania szpitalem (moduły Izba Przyjęć, Oddział, Blok Operacyjny, SOR, Zakażenia, Żywnienie), Zintegrowany system informatyczny do obsługi przychodni (moduły: Terminarz, Gabinet, Zestawienia, Zlecenia, Umowy, Rozliczenia, Deklaracje, Rehabilitacja, Punkt Pobrań), Zintegrowany system do obsługi rozliczeń i Zintegrowany system do archiwizacji dokumentacji medycznej, EDM – lokalne repozytorium elektronicznej dokumentacji medycznej i Zintegrowany system zarządzania laboratorium (moduły: Zlecenia lekarskie, Dane pracowników, Dane pacjentów).
3. Moduły części szarej i białej były ze sobą częściowo zintegrowane: moduł Zintegrowany system zarządzania Szpitalem (część biała) z modulem System obsługi apteki szpitalnej i gospodarki magazynowej (część szara; w zakresie danych Zlecenia lekarskie, Dane pracowników i Dane pacjentów), moduł Zintegrowany system zarządzania Szpitalem (część biała) z modulem Analizy kosztów medycznych (część szara; w zakresie danych o wykonanych kosztach procedur medycznych), moduł Zintegrowany system informatyczny do obsługi przychodni (część biała) z modulem Zintegrowany System Finansowo-Księgowy (część szara; w zakresie danych o płatnościach).
4. W Szpitalu funkcjonował moduł kalkulacji kosztów leczenia – Analizator Kosztów Medycznych (AKM), który umożliwiał zdefiniowanie normatywnych (przybliżonych) kosztów usług medycznych wykonywanych w jednostce. Był on wykorzystywany do wyceny kosztu normatywnego pojedynczych procedur medycznych. Moduł ten był częściowo zintegrowany z innymi systemami części białej i szarej: Zintegrowanym systemem zarządzania szpitalem (w zakresie danych o wykonanych procedurach medycznych), Zarządzanie zasobami ludzkimi, w zakresie danych o personelu i Systemem obsługi apteki szpitalnej i gospodarki magazynowej.
Moduł AKM był wykorzystywany do wyliczenia rzeczywistych kosztów pojedynczych procedur medycznych, które stanowiły podstawę ustalania cennika świadczeń zdrowotnych udzielanych w Szpitalu. (akta kontroli str. 305-306)

W latach 2015–2020 (do 5 marca) Szpital nie stosował przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 lipca 2015 r. w sprawie zaleceń dotyczących standardu kosztów u świadczeniodawców¹⁵. Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że: „Przepis ten miał obowiązywać od 1 stycznia 2020 r., jednak został uchylony. W przedkładanych do AOTMiT

¹³ Moduł Zarządzania zasobami ludzkimi z modulem Płatnik ZUS (dane kadrowo-płacowe), moduł Systemu obsługi apteki szpitalnej i gospodarki magazynowej z modulem Zintegrowanego Systemu Finansowo-Księgowego (dokumenty finansowo-księgowe oraz rozchodu leków), moduł Analiza kosztów medycznych z modulem Zintegrowanego Systemu Finansowo-Księgowego (dane finansowo-księgowe), moduły systemu firmy Kamsort dotyczące integracji informacji o personelu, moduł Zarządzanie Zasobami Ludzkimi z modulem Zintegrowanego Systemu Finansowo-Księgowego (informacja w zakresie zbiorczych danych o wynagrodzeniach), moduł Systemu Ewidencji Środków Trwałych z modulem Zintegrowanego Systemu Finansowo-Księgowego (informacja w zakresie zbiorczych danych o amortyzacji i obrotach środków trwałych).

¹⁴ Moduł Zintegrowany system zarządzania Szpitalem z modulem Zintegrowany system do obsługi rozliczeń (dane rozliczeniowe), moduł Zintegrowany system informatyczny do obsługi przychodni z modulem firmy Marcel Centrum – Zintegrowany system zarządzania laboratorium (moduły: Zlecenia lekarskie, Dane pracowników, Dane pacjentów), moduł Zintegrowany system zarządzania Szpitalem z modulem Centrum – Zintegrowany system zarządzania laboratorium (moduły: Zlecenia lekarskie, Dane pracowników, Dane pacjentów) i Zintegrowany system informatyczny do obsługi przychodni z systemem firmy Comarch (EDM – Lokalne repozytorium elektronicznej dokumentacji medycznej; moduł: historia zdrowia i choroby).

¹⁵ Dz. U. poz. 1126. Rozporządzenie zwane dalej: rozporządzeniem w sprawie standardu rachunku kosztów.

ankietach deklarowaliśmy, że przy kontynuacji współpracy z AOTMiT możliwe będzie wdrożenie tych standardów od 1 stycznia 2020 r. Jednak przepisy były na tyle skomplikowane, że nie wdrożyliśmy ich w Szpitalu.” (akta kontroli str. 307-308, 764-776)

W Szpitalu ewidencja księgowa prowadzona była na kontach zespołu 4 „Koszty według rodzajów i ich rozliczenie” i 5 „Koszty według typów działalności i ich rozliczenie”. Konta zespołu 5 były podzielone na ośrodki kosztów: działalności podstawowej (oddziały, pozostałe ośrodki kosztów działalności podstawowej), działalności pomocniczej (m.in. apteka, centralna sterylizacja, kuchnia, tlenownia, stołówka pracownicza) i zarządu (administracja, zarząd). Szczegółowy wykaz ośrodków powstawania kosztów (dalej: OPK) 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 leczniczej¹⁶: nośnikami kosztów dla ośrodków kosztów działalności podstawowej (oddziały) były osobodni opieki oraz pacjenci z przypisanymi na ich rzecz lekami i procedurami medycznymi, a dla pozostałych ośrodków kosztów działalności podstawowej (m.in. poradnie, szkoła rodzenia, blok operacyjny, pracownia EEG, EKG, pracownia RTG i USG) procedury medyczne. Koszty dla ośrodków kosztów działalności pomocniczej były rozliczane według następujących kryteriów: apteka – według kosztów leków, centralna sterylizacja – według liczby sterylizowanych jednostek, transport sanitarny – według ilości wykonanych transportów, kuchnia – według liczby osobodni, tlenownia – według wskaźnika poboru tlenu. Podstawą rozliczenia ośrodków kosztów zarządu były koszty wynagrodzeń (z tytułu umów o pracę i umów cywilno-prawnych) ośrodków działalności podstawowej. Koszty wynagrodzeń były przypisane bezpośrednio do ośrodków działalności podstawowej. (akta kontroli str. 307-308)

W Szpitalu istniała możliwość przypisania kosztu leków i wyrobów medycznych, jak i świadczeń medycznych do nośnika kosztów (osobodzień, pacjent, procedura) takich, jak leki, wyroby medyczne czy procedury medyczne. Jak podała Główna księgowa, funkcjonalność ta była jednak używana częściowo (w zakresie leków zleconych przez lekarzy w Zintegrowanym systemie zarządzania Szpitalem /KS-Medis/ i kosztochłonnych wyrobów medycznych, jak np. endoprotezy) z uwagi na ogromną czasochłonność. Przypisanie wszystkich kosztów wyrobów zużywanych w trakcie realizacji świadczeń wiązałoby się z koniecznością wprowadzania do programu szczegółowej ewidencji zużywanych materiałów/wyrobów na każdego pacjenta, czyli igieł, strzykawek, rękawiczek, środków dezynfekujących, itp. co pochłaniałoby bardzo dużo czasu.

(akta kontroli str. 307-308)

W Szpitalu prowadzona była elektroniczna dokumentacja pacjenta, o której mowa w rozporządzeniach Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania¹⁷ i z dnia 6 kwietnia 2020 r. w tej samej sprawie¹⁸. Dla poszczególnych procedur medycznych wyniki badań były ewidencjonowane w formie elektronicznej z możliwością wygenerowania w formie bazy danych. Istniała możliwość uzyskania informacji niefinansowych dotyczących umów zleceń, a nie istniała dla rocznej sumarycznej liczby etatów personelu zatrudnionego na umowy o pracę i kontraktów dla poszczególnych kategorii personelu (np. lekarz, lekarz rezydent, pielęgniarka).

(akta kontroli str. 307-308)

1.3. W latach 2015–2018 Szpital zawarł siedem umów z AOTMiT dotyczących przygotowania i przekazaniu AOTMiT danych niezbędnych do ustalenia taryfy świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz w jednym przypadku przekazał takie dane na podstawie wniosku AOTMiT, co opisano w pkt 2.1. niniejszego wystąpienia.

(akta kontroli str. 309-346, 386-399, 407-420, 428-440, 448-460, 476-488, 497-509; 522-529)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

¹⁶ Dz. U. z 2020 r. poz. 295, ze zm.

¹⁷ Dz. U. z 2015 r. poz. 2089.

¹⁸ Dz. U. z 2020 r. poz. 666. Rozporządzenie obowiązuje od 15 kwietnia 2020 r.

1. W zasadach (polityce) rachunkowości Szpitala nie podano wersji oprogramowania, wbrew wymogom art. 10 ust. 1 pkt 3 lit c ustawy o rachunkowości.

Główna księgowa wyjaśniła, że: „(...) w zasadach (polityce) rachunkowości Szpitala nie podano wersji oprogramowania z uwagi na fakt, że wersje oprogramowania dla każdego z 4 modułów (KS-FKW, KS-ESM, KS-ZZL, KS-ASW) zmieniają się od kilku do kilkunastu razy w roku, co wiązałoby się z koniecznością wprowadzania zmian do polityki rachunkowości z równie dużą częstotliwością”. (akta kontroli str. 4-6, 295-297)

2. Jeden z 40 zbadanych dowodów księgowych (nr BW/29/5/2020 z 4 maja 2020 r.), potwierdzający przeprowadzenie badań wirusologicznych za 1.960 zł brutto, wpłynął do Szpitala 28 maja 2020 r. i został zaksięgowany dopiero w lipcu 2020 r. Było to niezgodne z art. 20 ust. 1 ustawy o rachunkowości, zobowiązującym do wprowadzenia do ksiąg rachunkowych okresu sprawozdawczego, w postaci zapisu, każdego zdarzenia, które nastąpiło w tym okresie sprawozdawczym.

Główna księgowa wyjaśniła, że faktura nr BW/29/5/2020 z 4 maja 2020 r., mimo że dotyczyła sprzedaży z maja br. została zaksięgowana dopiero w lipcu 2020 r. z uwagi na fakt, że wpłynęła bardzo późno do Działu Finansowo-Księgowego. Przez okres od dnia wpływu do 30 lipca 2020 r., kiedy została sprawdzona pod względem formalno-rachunkowym, a następnie zaksięgowana, pozostawała u osoby sprawdzającej dokument pod względem merytorycznym, bowiem w trakcie tej kontroli stwierdzono błąd w fakturze (zafakturowano zbyt dużą ilość badań) i osoba ta nieumyślnie przetrzymała dokument do czasu wyjaśnienia pomyłki. Faktura wpłynęła na tyle późno do Działu Finansowo-Księgowego, że nie było już możliwe ujęcie jej w księgach poprzednich miesięcy, gdyż księgi miesiąca maja i czerwca zostały już zamknięte.

(akta kontroli str. 130, 170-171, 185, 295-297)

3. Na 18 (z 40 badanych) dowodach księgowych¹⁹ nie wpisano daty ich sprawdzenia pod względem merytorycznym, czym naruszono § 22 pkt 2 Procedur kontroli finansowej.

Główna księgowa wyjaśniła, że na niektórych dowodach księgowych z 2020 r. brak jest podpisu merytorycznego, ponieważ osoby dokonujące kontroli merytorycznej dokumentu, pomimo sprawdzenia dowodu księgowego i akceptacji jego treści poprzez złożenie swojego podpisu, nie umieszczały daty dokonania kontroli. Wszystkie osoby dokonujące kontroli merytorycznej w momencie pisemnego zobowiązania ich do kontroli merytorycznej dokumentów księgowych są instruowane, co to jest kontrola merytoryczna dokumentu i w jaki sposób potwierdzać dokonanie kontroli. Kilukrotnie też przypominano tym osobom (indywidualnie i na spotkaniach organizacyjnych) o konieczności umieszczenia daty sprawdzenia dokumentu pod względem merytorycznym, co niestety nie zawsze jednak odnosiło skutek, o czym świadczy brak dat na 18 skontrolowanych dokumentach.

(akta kontroli str. 130-184, 295-297)

OCENA CZĄSTKOWA

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie prowadzenie przez Szpital rachunku kosztów. Umożliwiał on bowiem bieżące zarządzanie oraz pozyskanie danych finansowo-księgowych według OPK. Dostarczał również informacji o rzeczywistych kosztach realizowanych świadczeń, co pozwalało m.in. na uwzględnienie tych kosztów przy opracowywaniu cennika świadczeń wykonywanych w Szpitalu. Szpital posiadał politykę rachunkowości, która spełniała wymogi określone w art. 10 ust. 1 pkt 3 lit c ustawy o rachunkowości (poza wskazaniem wersji oprogramowania księgowego). Stwierdzone nieprawidłowości, polegające na niewpisaniu na 18 (z 40) dowodach księgowych daty ich sprawdzenia pod względem merytorycznym oraz zaksięgowaniu jednego (z 40) dowodów w niewłaściwym okresie sprawozdawczym, nie miały wpływu na tę ocenę.

OBSZAR

¹⁹ Ujętych w księgach rachunkowych Szpitala pod numerami RZ-289/02, RZ-300/02, RZ-311/02, RZ-312/02, RZ-313/02, RZ-183/04, RZ-258/04, RZ-259/04, RZ-172/05, RZ-229/05, RZ-231/05, RZ-252/05, RZ-132/07, RZ-133/07, RZ-167/07, RZ-220/07, RZ-221/07 i RZ-278/07.

Opis stanu
faktycznego

2. Prawidłowość przekazywania danych w procesie taryfikacji

2.1. W latach 2015–2018 Szpital współpracował z AOTMiT w taryfikacji procesów z zakresu świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W 2015 roku dotyczyło to świadczeń psychiatrycznych ambulatoryjnych dla dorosłych, terapii uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu, świadczeń dziennych terapii uzależnienia od alkoholu oraz leczenia szpitalnego, teleradioterapii paliatywnej, kardiochirurgii dziecięcej, szpitalnych oddziałów ratunkowych; w 2016 roku: leczenia szpitalnego – dane finansowo-księgowe za 2015 rok; w 2017 roku: rehabilitacji leczniczej, zakładu opiekuńczo-leczniczego, leczenia szpitalnego – pediatrii i danych finansowo-księgowych za 2016 rok; w 2018 roku zabiegów w zakresie kończyn i miednicy. Szpital zawarł wówczas z AOTMiT siedem umów²⁰, których przedmiotem było odpłatne przygotowanie i przekazanie danych niezbędnych do ustalenia taryfy świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz raz przekazał dane na wniosek²¹. Wynagrodzenie otrzymane za przekazane dane wynosiło 128.155,20 zł.

Zakres przekazywanych danych obejmował m.in.:

- informacje identyfikujące świadczenia (roczne pliki OG),
- cennik procedur – roczne pliki CP,
- obrót magazynowy z apteki szpitalnej – roczne pliki OM,
- produkty lecznicze – roczne pliki PL,
- wyroby medyczne – roczne pliki WM,
- procedury – roczne pliki PR,
- świadczenia medyczne – roczne pliki SM

oraz dane kosztowe w zakresie informacji statystycznych, finansowo-księgowych i o zatrudnieniu (FK) dla każdego wskazanego OPK.

(akta kontroli str. 309-346, 386-399, 407-420, 428-440, 448-460, 476-488, 497-509, 522-529)

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że: „Współpraca z Agencją nie jest kontynuowana z uwagi na dużą czasochłonność przygotowywanych danych. Liczba osób zatrudnionych w administracji szpitala jest zredukowana do niezbędnego minimum. Przygotowywanie danych za każdym razem powodowało konieczność pracy personelu ponad podstawowy wymiar czasu pracy. Zgodnie z obecnie obowiązującymi przepisami prawa szpital ma obowiązek przygotowywania i udostępniania danych Agencji, ale w dotychczasowych postępowaniach prowadzonych przez AOTMiT uczestniczą szpitale, które dobrowolnie zgłaszają taką chęć. Dlatego w związku z nadmierną czasochłonnością przygotowywania danych oraz faktem, że Agencja dotychczas nie zobowiązała nas do udostępnienia danych współpraca nie jest kontynuowana.” (akta kontroli str. 764-776)

2.2. Analiza pięciu ankiet przekazanych przez Szpital do AOTMiT w toku naboru świadczeniodawców wykazała, że podane w nich dane były zgodne ze stanem faktycznym. W szczególności wykazano, że Szpital może przekazać dane:

- finansowo-księgowe według OPK, w tym o kosztach według rodzajów (leki, wynagrodzenia w podziale na lekarzy, pielęgniarki i pozostały personel, usługi obce wynikające z zakupu procedur medycznych), koszty pośrednie w podziale na OPK działalności podstawowej i pomocniczej, koszty ogólnego zarządu, koszty utrzymania oraz amortyzacji środków trwałych i wartości niematerialnych i prawnych przypisanych do OPK;
- niefinansowe dotyczące liczby personelu zatrudnionego na oddziałach według grup zawodowych w przeliczeniu na pełne etaty wraz z łącznym wynagrodzeniem

²⁰ Umowa nr AOTMiT/118/T/2015 z 9 lipca 2015 r., nr AOTMiT/42/T/SZP/2015 z 24 sierpnia 2015 r., nr AOTMiT/09/T/FK/2016 z 30 marca 2016 r., nr AOTMiT/202/T/23/2017 z 28 kwietnia 2017 r., nr AOTMiT/43/T/27/2017 z 8 marca 2017 r., nr AOTMiT/06/T/29/2017 z 28 marca 2017 r. i AOTMiT/36/T/32/2017 z 7 czerwca 2017 r.

²¹ Postępowanie nr 43 dotyczące taryfikacji zabiegów kończyn i miednicy.

(z uwzględnieniem liczby etatów personelu zatrudnionego na umowy o pracę, umowy cywilno-prawne i kontrakty wraz z wynagrodzeniem)²²;

- dotyczące środków trwałych i wartości niematerialnych i prawnych przypisanych do OPK.

Ankiety zawierały informację o niewprowadzeniu standardu rachunku kosztów określonego rozporządzeniem w sprawie standardu rachunku kosztów, prowadzeniu elektronicznej dokumentacji pacjenta oraz o liczbie udzielonych i sprawozdanych do NFZ świadczeń: w Poradni Przeciwalkoholowej i Poradni Zdrowia Psychicznego oraz na Oddziale Dziennym Terapii Uzależnienia od Alkoholu (w latach 2013 i 2014), w szpitalnym oddziale ratunkowym (w 2017 roku), z zakresu zabiegów kończyny dolnej i miednicy (w 2017 roku)²³ oraz pacjentom poniżej 18-go roku życia (w 2016 roku).

(akta kontroli str. 347-385, 400, 401-406, 421-427, 461-475, 522-533)

2.3. Analizie poddano dane przekazane do AOTMiT w celu opracowania taryf²⁴ z zakresu leczenia szpitalnego (dalej: „pierwsze postępowanie”) oraz z zakresu zabiegów kończyny dolnej i miednicy (dalej: „drugie postępowanie”).

W pierwszym postępowaniu Szpital przekazał do AOTMiT dane za okres od 1 stycznia 2016 r. do 31 grudnia 2016 r.: [1] finansowo-księgowe dla OPK: oddziału wewnętrznego, zakaźnego, ginekologicznego i położniczo-noworodkowego, chirurgicznego, urazowo-ortopedycznego, neonatologicznego, anestezjologii i intensywnej terapii, ratunkowego z izbą przyjęć oraz pomocniczych OPK realizujących świadczenia zdrowotne na rzecz tych ośrodków, tj. pracowni EKG, bloku operacyjnego, pracowni RTG i USG, laboratorium, pracowni endoskopii; [2] niefinansowe, w tym kadrowo-płacowe dla wymienionych OPK; [3] koszty utrzymania oraz koszty amortyzacji środków trwałych i wartości niematerialnych i prawnych przypisanych do wymienionych OPK, w tym również informację o środkach trwałych i wartościach niematerialnych i prawnych całkowicie zamortyzowanych; [4] liczbę produktów rozliczeniowych zrealizowanych w poszczególnych OPK.

W drugim postępowaniu przekazano dane za okres od 1 stycznia 2017 r. do 31 grudnia 2017 r.: [1] finansowo-księgowe dla oddziału urazowo-ortopedycznego oraz bloku operacyjnego; [2] liczbę zrealizowanych produktów rozliczeniowych; [3] koszty utrzymania oraz koszty amortyzacji środków trwałych i wartości niematerialnych i prawnych przypisanych do tych oddziałów; [3] dane niefinansowe oraz dane dotyczące zatrudnienia i wynagrodzenia, w tym sumę za rok liczby etatów personelu zatrudnionego na umowy o pracę, umowy cywilno-prawne i kontrakty; [4] dane kosztorysowe o świadczeniobiorcach wskazanych przez AOTMiT, w tym m.in. długość hospitalizacji, koszt procedur medycznych, produktów leczniczych, wyrobów medycznych.

Przygotowaniem danych do AOTMiT zajmowali się pracownicy Działu statystyki medycznej i rozliczania umów z Narodowym Funduszem Zdrowia²⁵ oraz Działu finansowo-księgowego. Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że: *„Procedura udostępniania danych do AOTMiT była dobrowolna i chęć uczestniczenia w każdym postępowaniu była konsultowana pomiędzy dyrekcją, a pracownikami odpowiedzialnymi za ich realizację. Za przekazywanie danych do AOTMiT w kilku pierwszych postępowaniach był odpowiedzialny i nadzorował je ówczesny kierownik działu statystyki, w późniejszych postępowaniach – Główna księgowa. Osoba nadzorująca wydawała dyspozycje innym osobom w celu zebrania danych. Obowiązek przygotowania danych był przekazywany ustnie.”*

Źródłem danych w przypadku obu postępowań (poza danymi o sumie za rok liczby etatów personelu zatrudnionego na umowy o pracę, umowy cywilno-prawne i kontrakty oraz kosztami utrzymania środków trwałych, które ustalano na podstawie faktur) były systemy informatyczne: Zintegrowany System Finansowo-Księgowy (KS-FKW), Zarządzanie Zasobami Ludzkimi (KS-ZZL), Ewidencja Środków Trwałych (KS-ESM), Obsługa Apteki Szpitalnej oraz Gospodarki Magazynowej (KS-ASW), Zintegrowany System Zarządzania Szpitalem (KS-MEDIS).

²² W Szpitalu była prowadzona ewidencja czasu dla umów zlecenia, ale nie dla kontraktów. Nie było możliwości uzyskania informacji niefinansowych dotyczących rocznej sumarycznej liczby etatów personelu zatrudnionego na umowy o pracę oraz kontraktów. Pozyskanie danych było możliwe „ręcznie” m.in. z ewidencji księgowej.

²³ Kody produktów: 5.51.01.0008032, 5.51.01.0008033, 5.51.01.0008106.

²⁴ Umowa nr AOTMiT/36/T/32/2017 oraz postępowanie nr 43.

²⁵ Fundusz zwany dalej: NFZ.

Główna księgowa wyjaśniła, że: „Dane dotyczące sumy etatów za cały rok dla osób zatrudnionych na podstawie umów o pracę i umów zleceń ustalono na podstawie odrębnych wydruków miesięcznych z systemu KS-ZZL z całego roku, a następnie weryfikacji i ręcznej modyfikacji tych danych na podstawie rzeczywistego zatrudnienia w konkretnych OPK (weryfikacja i modyfikacja tych danych wynika z faktu wprowadzania do systemu danych dotyczących zmiany miejsca zatrudnienia z opóźnieniem lub wprowadzania niepełnych danych, co powoduje generowanie nieprawidłowych zestawień). Natomiast dane dotyczące etatów osób zatrudnionych na kontraktach wymagało przetworzenia danych z faktur wystawianych co miesiąc przez lekarzy, pielęgniarki i inny personel i przedkładanych w dziale finansowo-księgowym. Realizacja świadczeń zdrowotnych przez personel medyczny na podstawie kontraktów jest traktowana jako usługa i w systemie finansowo-księgowym ewidencjonowana tylko wartościowo. Ewidencja czasu świadczenia usług nie była prowadzona w żadnym systemie, a jedynie na papierze (jako załączniki do faktur) dlatego konieczne było wyciągnięcie każdego dowodu księgowego z każdego miesiąca dla każdej osoby zatrudnionej na kontrakcie i stworzenie zestawienia dla całego roku. Najbardziej czasochłonne było dokładne i prawidłowe wyliczenie liczby etatów oraz wynagrodzeń w ujęciu jakim życzyła AOTMiT.”

Przekazane w drugim postępowaniu dane finansowo-księgowe dotyczące kosztów były zgodne z danymi wynikającymi z systemu finansowo-księgowego. Natomiast dane przekazane w pierwszym postępowaniu były zgodne z danymi wynikającymi z systemu finansowo-księgowego w przypadku pięciu (z ośmiu) głównych OPK oraz czterech (z pięciu) pomocniczych OPK. Różnice występowały w danych dotyczących oddziału neonatologicznego, ginekologicznego i położniczo-noworodkowego, wewnętrznego oraz pracowni EKG, co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości” (pkt 3).

Dane kosztorysowe wykazane do AOTMiT w pierwszym postępowaniu dotyczące 20 (z 21) świadczeniobiorców były zgodne, z danymi wynikającymi z systemu informatycznego, a w jednym przypadku różniły się (co szerzej opisano w pkt 2, w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”). Przekazane do AOTMiT dane obejmowały w szczególności koszt realizacji świadczenia, w tym koszty leków, procedur medycznych, średnie wynagrodzenie lekarzy operatorów, anestezjologów, pielęgniarek za zabieg, koszt wyrobów medycznych na bloku operacyjnym.

Dane dotyczące liczby świadczeń wykazane w pierwszym postępowaniu były w przypadku siedmiu (z ośmiu) oddziałów zgodne z danymi wynikającymi z systemu informatycznego. W jednym przypadku (oddziału chirurgii) różniły się, co szerzej opisano w pkt 2, sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.

AOTMiT nie weryfikowała jakości oraz kompletności przekazywanych danych w siedzibie Szpitala.

Dwóch pracowników Szpitala uczestniczyło w jednym szkoleniu zorganizowanym przez AOTMiT w 2015 roku. (akta kontroli str. 649-660, 696, 704-705)

2.4. Szpital terminowo przekazał do AOTMiT dane niezbędne do taryfikacji świadczeń medycznych w przypadku sześciu (z siedmiu) umów. W przypadku jednej umowy dane zostały przekazane dwa dni po terminie. Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że: „Realizację umowy nadzorowała ówczesna kierownik działu statystyki (nie pracuje w szpitalu od lipca 2017 r.). W posiadanej dokumentacji brak informacji, dlaczego dane zostały wysłane w tym terminie. Korespondencja z AOTMiT odbywała się głównie elektronicznie. W dokumentacji papierowej odnaleziono kilka wydrukowanych e-maili dotyczących tego postępowania, w tym e-mail z 2 października 2015 r. wysłany przez byłą kierownik działu statystyki informujący o wysyłce Danych Historycznych Szczegółowych oraz płytę CD zawierającą te dane z adnotacją „pliki przesłane 2 października 2015 r. Brak jest danych, które mogłyby wskazywać, że dane wysłano do 30 września 2015 r. W posiadanej wydrukowanej korespondencji e-mailowej z tego postępowania nie ma informacji dotyczących przesunięcia terminu wysyłki danych.”

(akta kontroli str. 530-533, 764-776)

2.5. Dane kosztowe przekazywane przez Szpital do AOTMiT w pierwszym i drugim postępowaniu zmieniły się w 2019 roku:

1. W przypadku danych udostępnionych w pierwszym postępowaniu (za 2016 rok) koszty oddziału wewnętrznego wzrosły o 1.938,8 tys. zł (41,2%), przy jednoczesnym wzroście przychodów o 2.221,2 tys. zł (48,2%). W szczególności wzrosły koszty wynagrodzeń personelu wynikające z umów cywilno-prawnych i kontraktów o 101,7%, zarządu o 69,4%, procedur o 49%, leków i wyrobów medycznych o 33,8% oraz koszty wynagrodzeń personelu wraz z pochodnymi wynikających z umów o pracę o 25,2%. Koszt w przeliczeniu na osobodzień wzrósł o 163,6 zł. Wzrosły również koszty oddziału zakaźnego – o 905,7 tys. zł (38,8%), a przychody o 905,6 tys. zł (46,5%). Największy wzrost nastąpił z tytułu kosztów zarządu o 75,5%, wynagrodzeń personelu wynikających z umów cywilno-prawnych i kontraktów o 177% oraz wynagrodzeń personelu wraz z pochodnymi wynikających z umów o pracę o 14,8%. Koszt całkowity w przeliczeniu na osobodzień wzrósł o 175 zł. Z kolei koszty szpitalnego oddziału ratunkowego z izbą przyjęć wzrosły o 1.234,8 tys. zł (43,4%), przy jednoczesnym wzroście przychodów o 1.426,2 tys. zł (55,1%). Największy wzrost nastąpił z tytułu kosztów zarządu o 101,1%, procedur o 81,7%, kosztów wynagrodzeń personelu wynikających z umów cywilno-prawnych i kontraktów o 80,6% oraz wynagrodzeń wraz z pochodnymi wynikających z umów o pracę o 59,4% oraz. Koszt całkowity w przeliczeniu na jednego przyjętego pacjenta wzrósł o 214,9 zł.
2. W przypadku danych udostępnionych w drugim postępowaniu (dane za 2017 rok): zwiększyły się koszty całkowite oddziału urazowo-ortopedycznego o 218,4 tys. zł (o 2,2%), przy jednoczesnym spadku przychodów o 487,1 tys. zł (o 4,7%). Wzrost kosztów wynikał głównie ze wzrostu kosztów wynagrodzeń personelu, wynikających z umów cywilno-prawnych i kontraktów o 10,5%, z umów o pracę – o 8,2 % oraz kosztów procedur – o 2,3%. Koszt całkowity w przeliczeniu na osobodzień w 2019 roku wynosił 2.271,8 zł, przy 1.516,3 zł w 2017 roku.

Koszty bloku operacyjnego wzrosły o 664,7 tys. zł (o 10,6%), a przychody o 290 tys. zł (o 143,9%). Wzrost kosztów wynikał głównie ze wzrostu kosztów wynagrodzeń personelu wynikających z umów cywilno-prawnych i kontraktów – o 149,7% oraz wynikających z tytułu umów o pracę o 19,9%. (akta kontroli str. 537-546, 627-647, 689-693, 697-703)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Dane przekazane do AOTMiT w pierwszym i drugim postępowaniu nie były w pełni rzetelne:

- Wykazano błędny czas hospitalizacji jednego (z 21) świadczeniobiorców, tj. 1,25 dnia, zamiast właściwego 0,25 dnia. Skutkiem tego było zawyżenie kosztu realizacji świadczenia tego pacjenta o 646,54 zł (wykazano 980,7 zł, podczas gdy winno być 161,64 zł).

Główna księgowa wyjaśniła, że: „Nie zauważyłam tej oczywistej pomyłki, dlatego takie dane zostały najprawdopodobniej wysłane do AOTMiT (trudno stwierdzić, czy takie dane rzeczywiście zostały podane do AOTMiT, albowiem wszystkie dane należało przekazać przez serwer ftp <https://ftptaryfikacja.aotm.gov.pl>, do którego obecnie nie mamy dostępu). Ponadto AOTMiT w wyniku swojej weryfikacji nie stwierdziła błędu – nie dostaliśmy uwag w tym zakresie.” (akta kontroli str. 649-660, 696, 777-784)

- Liczba udzielonych świadczeń na jednym oddziale (z ośmiu), tj. na chirurgii nie była zgodna z danymi faktycznymi. Różnice dotyczyły liczby świadczeń udzielonych na tym oddziale w 2017 roku (wykazano 1.350, zamiast 1.282), a także liczby poszczególnych świadczeń (według kodu produktu rozliczeniowego).

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że: „Przekazanie niewłaściwych danych do AOTMiT w zakresie świadczeń zrealizowanych w oddziale chirurgii wynika z błędu pracownika działu statystyki przygotowującego dane. Po zestawieniu świadczeń faktycznie zrealizowanych, a przekazanych do AOTMiT widać, że prawidłowe zestawienie ilości świadczeń jest o trzy pozycje przesunięte. Nie jest możliwe w chwili obecnej zidentyfikowanie osoby przygotowującej ten zakres danych i jak ten błąd powstał.”

(akta kontroli str. 549-561, 583-592, 764-776)

2. W systemie finansowo-księgowym nieprawidłowo przypisano koszty do miejsc ich powstawania: oddziału neonatologicznego, ginekologicznego i położniczo-noworodkowego oraz pracowni EKG. Zgodnie z § 3 polityki rachunkowości ewidencja kosztów prowadzona jest przy wykorzystaniu kont zespołu 4-go i 5-go zakładowego planu kont, zgodnie z wykazem ośrodków powstawania kosztów określonym w załączniku nr 3 do tej polityki (wyodrębniono w nim m.in. ośrodki powstawania kosztów wraz z numerami kont analitycznych).

Główna księgowa wyjaśniła, że: „Różnice pomiędzy zestawieniem kosztów wygenerowanym w systemie KS-FKW za 2016 r. a danymi przekazanymi do AOTMiT wynikają z:

- w zakresie Oddziału neonatologicznego i Oddziału ginekologicznego i położniczo-noworodkowego działalność obu tych oddziałów jest ściśle ze sobą powiązana: oba te oddziały m.in. funkcjonują na tej samej powierzchni, w obu jest zatrudniony ten sam personel, większość zdarzeń gospodarczych była ewidencjonowana w koszty oddziału ginekologicznego, pomimo, że dotyczyła Oddziału neonatologicznego. W związku z tym w wyniku weryfikacji część kosztów „ręcznie” odjęto z Oddziału ginekologicznego, a wpisano w koszty oddziału neonatologicznego zgodnie z faktycznym miejscem powstawania kosztów. Suma kosztów obu oddziałów dla każdej pozycji kosztowej przekazanych do AOTMiT jest równa sumie kosztów z wygenerowanych zestawień, z jednym wyjątkiem – w wyniku weryfikacji księgowości dla Oddziału ginekologicznego dodatkowo zwiększono koszty w pozycji Kontrakty lekarskie, albowiem błędnie w 2016 roku zarachowano kwotę 4.000 zł w koszty poradni K, a koszt ten powinien zwiększać koszt Oddziału ginekologicznego i położniczo-noworodkowego (ten sam personel lekarski);
- w zakresie Pracowni EKG – działalność tej pracowni jest ściśle powiązana z działalnością Poradni kardiologicznej. W obu komórkach jest zatrudniony ten sam personel – wynagrodzenia z tytułu umów o pracę, jak i umów cywilno-prawnych, czy kontraktów były ewidencjonowane w koszty Poradni; materiały zużywane w obu komórkach były ewidencjonowane w koszty Poradni, zamiast w koszty zarówno Poradni jak i pracowni EKG. W związku z tym w wyniku weryfikacji w sposób ręczny część kosztów wyłączono z Poradni i przypisano do pracowni zgodnie z faktycznym miejscem powstawania kosztów;
- w zakresie Oddziału wewnętrznego – zwiększenie kosztów pracowni EKG wynikało ze zwiększenia kosztów opisanych wyżej. Jednak na dzień dzisiejszy nie potrafimy określić, dlaczego jest to kwota 7.000 zł. O tę samą kwotę natomiast zmniejszono koszty działu gospodarczego, co być może miało na celu niezawyżanie łącznych kosztów oddziału.” (akta kontroli str. 7, 49-50, 704-705, 777-784)

OCENA CZĄSTKOWA

W latach 2015–2018 Szpital ośmiokrotnie uczestniczył w wycenianiu świadczeń przez AOTMiT, przekazując w większości przypadków spójne i rzetelne dane dotyczące udzielania i finansowania świadczeń, wynikające z rachunku kosztów prowadzonego w systemie finansowo-księgowym. W dwóch przypadkach przekazano AOTMiT jednak dane, które były niezgodne ze stanem faktycznym.

IV. Wnioski

Wnioski
pokontrolne

Przedstawiając powyższe oceny wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK, wnosi o:

1. Uwzględnienie wersji oprogramowania w zasadach (polityce) rachunkowości Szpitala.
2. Ujmowanie w księgach rachunkowych Szpitala zdarzeń gospodarczych w odpowiednim okresie sprawozdawczym.
3. Odnotowywanie na dowodach księgowych daty ich sprawdzenia pod względem merytorycznym, zgodnie z procedurami kontroli finansowej obowiązującymi w Szpitalu.
4. Ujmowanie kosztów w systemie finansowo-księgowym według miejsca ich powstawania.

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

V. Pozostałe informacje i pouczenia

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 Białymstoku. 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.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykonania
wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK, należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie 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.

Białystok, dnia 23 października 2020 r.

Kontrolerzy:

Beata Palinowska
Specjalista kontroli państwowej

Palinowska Beata
.....
podpis

Andrzej Juchnicki
Doradca ekonomiczny

Juchnicki Andrzej
.....
podpis

p.o. DYREKTORA DELEGATURY
Najwyższej Izby Kontroli w Białymstoku
z up. p.o. WICEDYREKTORA
Robert Skwarko

Robert Skwarko
.....
podpis