



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Białymstoku

LBI.410.012.04.2020



00890620

Pani Katarzyna Wróblewska
Dyrektor
Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki
Zdrowotnej w Dąbrowie Białostockiej
ul. M. Skłodowskiej-Curie 15,
16-200 Dąbrowa Białostocka

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/20/055 – Wycena świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych 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 Dąbrowie Białostockiej ¹ , ul. M. Skłodowskiej Curie 15, 16-200 Dąbrowa Białostocka
Kierownik jednostki kontrolowanej	Katarzyna Wróblewska, Dyrektor Szpitala od 29 października 2019 r. ²
Zakres przedmiotowy kontroli	Wycena świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
Okres objęty kontrolą	Lata 2015–2020 (do 30 września).
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 Białymstoku
Kontrolerzy	Adrian Gosk, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LBI/104/2020 z 3 września 2020 r. (akta kontroli str. 1-2)

¹ Dalej: „Szpital” lub „ZOZ”.

² Od 29 lipca do 28 października 2019 r. Katarzyna Wróblewska była p.o. Dyrektora Szpitala, a wcześniej stanowisko dyrektora zajmowali kolejno: Tadeusz Gniazdowski (od 16 lipca 2012 r. do 12 kwietnia 2015 r.), Wojciech Anusewicz (od 13 kwietnia do 31 października 2015 r.) oraz Jan Chodziutko (od 1 listopada 2015 r. do 26 lipca 2019 r.).

³ Dz. U. z 2020 r. poz. 1200. Ustawa zwana dalej: ustawą o NIK.

II. Ocena ogólna⁴ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

W latach 2015–2020 (I–III kwartał) rachunek kosztów prowadzony w systemie finansowo-księgowym Szpitala umożliwiał bieżące zarządzanie tym podmiotem. Brak odpowiedniej szczegółowości systemu rachunkowości oraz niedostateczne wykorzystywanie funkcjonalności użytkowanych systemów informatycznych nie pozwalało jednak na uzyskanie danych o rzeczywistych kosztach świadczeń zdrowotnych udzielanych w Szpitalu. W konsekwencji uniemożliwiało to ich uwzględnienie w procesie wyceny świadczeń dla osób nieubezpieczonych, wbrew dyspozycji art. 45 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁵.

W Szpitalu skutecznie wdrożono mechanizmy kontroli dotyczące operacji finansowych i gospodarczych oraz stosowano podstawowe zasady rachunkowości wynikające z przepisów prawa. Obowiązująca w Szpitalu *Polityka Rachunkowości* nie spełniała zaś niektórych wymogów wynikających art. 10 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości⁶.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego kontrolowanej działalności

Prowadzenie rachunku kosztów

Opis stanu faktycznego

1.1. W latach 2015–2020 (do 30 września) ZOZ realizował świadczenia medyczne w następujących jednostkach i komórkach organizacyjnych: 1] na Oddziale Chorób Wewnętrznych⁷, 2] w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym⁸, 3] w Zakładzie Rehabilitacji Leczniczej oraz 4] w czterech poradniach specjalistycznych (chirurgicznej, ginekologiczno-położniczej, zdrowia psychicznego i medycyny pracy), a także w gabinecie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. W Szpitalu wyodrębniono także: izbę przyjęć (nie było Szpitalnego Oddziału Ratunkowego), laboratorium, aptekę zakładową oraz pracownię diagnostyki obrazowej (RTG i USG), a także świadczone podstawową opiekę zdrowotną (w Dąbrowie Białostockiej, Suchowoli oraz Nowym Dworze). Nie funkcjonował natomiast blok operacyjny Szpitala, który został zlikwidowany przed 1 stycznia 2015 r. Wsparciem administracyjnym zajmowały się m.in.: 1] dział księgowości, 2] dział zamówień publicznych oraz 3] dział statystyki. Z treści obowiązującego regulaminu organizacyjnego Szpitala⁹ i z zakresów czynności pracowników Szpitala nie wynikało, dla której z komórek organizacyjnych bądź stanowiska pracy przypisano zadania związane z wyceną świadczeń opieki zdrowotnej. Dyrektor Szpitala wyjaśniła: „do tej pory nie gromadziliśmy i nie udostępnialiśmy danych dla Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w Warszawie¹⁰. Wynikało to z faktu, iż Agencja jedynie informowała nas o swoich pracach natomiast nie było jakiegokolwiek inicjatywy z jej strony, aby uzyskać konkretne dane dotyczące naszych pacjentów i kosztów ich leczenia (poszczególnych procedur), a jedynie składała niezobowiązujące zaproszenia do bezpłatnej współpracy (nigdy nie było propozycji ani sugestii zawierania umowy, która w innych szpitalach stanowi podstawę takiej współpracy). Większość otrzymywanych zapytań zresztą i tak nas nie dotyczyła ze względu na niewielką skalę świadczeń (procedur) przez nas realizowanych. Ponadto należy zauważyć, iż uczestnictwo (współpraca) w procesie taryfikacji nie skutkowałoby żadnymi bezpośrednimi korzyściami dla Szpitala, a jedynie stanowiłoby dodatkowe obciążenie zadaniami niektórych pracowników (koszt pracy związany z wyliczeniem określonych

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

⁵ Dz. U. z 2020 r. poz. 295, ze zm.

⁶ Dz. U. z 2019 r. poz. 351, ze zm.

⁷ Posiadającym aktualnie 22 łóżka, w tym dwa łóżka intensywnej opieki medycznej.

⁸ Wyposażonym w 40 łóżek.

⁹ Regulamin organizacyjny Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Dąbrowie Białostockiej, stanowiący załącznik do uchwały nr II/2/15 Rady Społecznej Szpitala z dnia 4 grudnia 2015 r.

¹⁰ Zwana dalej „Agencją”.

procedur), tak więc ostatecznie potencjalny rachunek związany z realizacją tego procesu nie był opłacalny i w związku z tym nigdy nie zgłaszaliśmy się do współpracy z Agencją."
(akta kontroli str. 33-36, 237)

Dyrektor Szpitala wprowadził wewnętrzne regulacje wymagane ustawą o rachunkowości oraz ustalił podstawowe zasady i mechanizmy kontroli operacji finansowych oraz gospodarczych:

1. *Polityka Rachunkowości*¹¹ zawierała większość elementów wymaganych art. 10 ustawy o rachunkowości. Określono m.in. rok obrotowy i wchodzące w jego skład okresy sprawozdawcze, metody wyceny aktywów i pasywów oraz zasady ustalania wyniku finansowego, zkładowy plan kont (odzwierciedlający charakter działalności i strukturę Szpitala) wraz z wykazem kont i zasadami klasyfikacji zdarzeń. Ponadto opisano system przetwarzania danych księgowych, w tym system finansowo-księgowy („ERP”) z wykazem większości (dziewięciu z 17) modułów i datą rozpoczęcia eksploatacji tego oprogramowania (1 stycznia 2002 r.), a także system służący ochronie danych i ich zbiorów. Jednocześnie Polityka Rachunkowości Szpitala nie spełniała pozostałych wymogów wynikających z art. 10 ust. 1 pkt 3 lit. „a” i „c” ustawy o rachunkowości – co omówiono w dalszej części niniejszego wystąpienia pokontrolnego, w opisie „Stwierdzonych nieprawidłowości”. (akta kontroli str. 37-49, 79-120, 136-140)
2. *Instrukcja Obiegu i Kontroli Dokumentów*¹² określała m.in.: rodzaje i obowiązkowe elementy dowodów księgowych, rodzaje dowodów bankowych oraz form rozliczeń z kontrahentami, katalog dokumentów stanowiących podstawę zapisów księgowych, zasady obiegu dokumentów oraz ich dekretacji (ze wskazaniem osób uprawnionych do kontroli merytorycznej oraz formalno-rachunkowej dowodów księgowych). Nie określono natomiast terminowości postępowania z zewnętrznymi i wewnętrznymi dowodami księgowymi, a także terminów przekazywania dokumentów księgowych między poszczególnymi komórkami organizacyjnymi Szpitala. Dyrektor Szpitala wyjaśniła: „wszelkie wewnętrzne regulacje Szpitala muszą przede wszystkim spełniać wymogi ustawy o rachunkowości, tak więc również zobowiązują do respektowania terminów wyznaczonych przepisami ww. ustawy. Brak literalnego wskazania tych terminów mógł wynikać wyłącznie z przeoczenia, jednak w praktyce takie przypadki nie miały miejsca, a pokój głównej księgowej jest zlokalizowany w bezpośrednim sąsiedztwie sekretariatu Dyrektora Szpitala – wszelkie dowody księgowe spływają zatem do działu księgowości w dniu otrzymania przez sekretariat.” Pomimo braku formalnej procedury w tym zakresie wpływające do Szpitala dokumenty były rejestrowane, a dodatkowa adnotacja z datą wpływu nanoszona była na dowodach księgowych w dziale księgowości Szpitala¹³. (akta kontroli str. 33-49, 141-147)

W ramach tzw. części szarej (obsługi administracyjnej), poza systemem finansowo-księgowym „ERP”, ZOZ wykorzystywał także inne programy usprawniające działalność pomocniczą (m.in. „Płatnik”, „NFZ KO”, EOD, „eDek” oraz „Druki IPS mini”). Szpital nie dysponował natomiast systemem / modulem służącym do kalkulacji faktycznych kosztów leczenia poszczególnych pacjentów oraz wykonywanych procedur medycznych. Dyrektor Szpitala wyjaśniła że: „ze względu na brak wymogów płatnika (NFZ) oraz opóźnienia prac nad wielokrotnie zmienianą metodologią taryfikacji procedur do tej pory nie rozważaliśmy zakupu dodatkowego modułu umożliwiającego taką funkcjonalność w ramach systemu ERP.”

¹¹ Obowiązywała od 1 stycznia 2015 r., na mocy zarządzenia Nr 03A/02/15 z dnia 10 lutego 2015 r. Dyrektora Szpitala w sprawie wprowadzenia zasad (polityki) rachunkowości SP ZOZ w Dąbrowie Białostockiej.

¹² Instrukcja obiegu i kontroli dokumentów Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Dąbrowie Białostockiej z dnia 2 stycznia 2015 r.

¹³ Weryfikacji tych czynności dokonano na próbie 20 losowo wybranych dowodów księgowych na łączną kwotę 47,7 tys. zł brutto, stanowiących podstawę do księgowania w styczniu 2020 roku operacji w zespole 4.

W Szpitalu w ramach części szarej nie korzystano natomiast z posiadanego od 2015 roku systemu informatycznego BI (pozyskanego w ramach projektu Podlaski System Informacyjny e-Zdrowie¹⁴), który umożliwiał usprawnienie procesu wyliczenia faktycznych kosztów leczenia. Przeznaczony był bowiem do generowania raportów oraz analiz i wspomagania procesem zarządzania Szpitalem. Dyrektor Szpitala wyjaśniła: „Począwszy od 2015 roku występowały problemy z poprawnością danych w systemie BI w stosunku do danych z systemów HIS i ERP. Ostatecznie nie wystąpiło ani wewnętrzne, ani zewnętrzne zapotrzebowanie na jakiekolwiek dane (raport bądź analizę) z systemu BI, których nie byłibyśmy w stanie wygenerować bezpośrednio z systemów ERP i HIS, stąd faktycznie nie korzystaliśmy z tego oprogramowania w ostatnich latach. Program BI nie pozwala na bezpośrednie obliczenie kosztów leczenia poszczególnych pacjentów i wykonanych procedur medycznych.”

(akta kontroli str. 33-49)

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że zapewnienie prawidłowego funkcjonowania systemu BI, umożliwiającego wykorzystanie jego możliwości do zarządzania Szpitalem zostało przez NIK zawnioskowane już w czerwcu 2017 roku¹⁵, a ówczesny Dyrektor Szpitala (w lipcu 2017 roku) potwierdził jego wykorzystywanie w procesie zarządzania. Ponadto w latach 2015–2020 (I–III kw.) występowało zapotrzebowanie na dane o rzeczywistych kosztach poszczególnych świadczeń (procedur medycznych) w procesie tworzenia cenników za świadczenia realizowane za odpłatnością – co omówiono szerzej w pkt 1.2. niniejszego wystąpienia – a system informatyczny BI mógł usprawnić ten proces.

(akta kontroli str. 33-36, 221-236, 238-260)

1.2. W okresie objętym kontrolą Szpital posiadał i częściowo wykorzystywał funkcjonalności systemu informatycznego HIS umożliwiającego obsługę komórek medycznych, w tym tworzenie elektronicznej dokumentacji medycznej, przy czym do dnia rozpoczęcia niniejszej kontroli NIK część dokumentacji medycznej pacjentów nadal prowadzona była w formie tradycyjnej (papierowej). Według Dyrektora Szpitala „stopień zaawansowania w procesie przechodzenia na elektroniczną dokumentację medyczną od czasu zakończenia poprzedniej kontroli NIK (przełom 2016/2017 roku) w zasadzie nie uległ zmianie. Na Oddziale Chorób Wewnętrznych i ZOL-u elektronicznie opracowywane są jedynie wypisy pacjentów. Ponadto drogą elektroniczną sporządzane są i przesyłane do laboratorium zlecenia badań oraz zwrótnie ich wyniki. Lepiej sytuacja wygląda w poradniach oraz na nocnej i świątecznej opiece, gdzie historie chorób pacjenta opracowywane są w większości elektronicznie. Główną przeszkodą w pełnym wdrożeniu elektronicznej dokumentacji medycznej jest opór w większości wiekowego już u nas środowiska medycznego. Dodatkowo Szpital ze względu na brak środków finansowych nadal nie posiada zintegrowanych z HIS pracowni USG i RTG.”

(akta kontroli str. 126-134)

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że NIK w czerwcu 2017 roku¹⁶ skierowała wniosek pokontrolny dotyczący umożliwienia dostępu do kompletnej dokumentacji medycznej w formie elektronicznej, a ówczesny Dyrektor Szpitala (w lipcu 2017 roku) potwierdził zobligowanie kierowników poszczególnych komórek do właściwego wykorzystania posiadanego oprogramowania.

(akta kontroli str. 238-260)

Wdrożone w latach 2015–2020 (I–III kw.) rozwiązania księgowe ZOZ spełniały wymogi ustawy o rachunkowości oraz umożliwiały uzyskanie podstawowych danych zarządczych w zakresie kosztów:

1. Stosowano wymagane mechanizmy kontroli dotyczące operacji finansowych oraz gospodarczych, w tym: rzetelne i pełne dokumentowanie, a także rejestrowanie operacji, zatwierdzanie (autoryzacja) operacji finansowych przez Dyrektora Szpitala i główną księgową Szpitala, podział kluczowych obowiązków (weryfikacja merytoryczna według

¹⁴ Podlaski System Informacyjny e-Zdrowie realizowany był na podstawie decyzji Nr-UDA-RPPD.04.01.00-20-001/11/00, będącej załącznikiem Nr 2 do uchwały Nr 63/778/2011 Zarządu Województwa Podlaskiego z dnia 8 listopada 2011 r.

¹⁵ Wystąpienie pokontrolne NIK z 6 czerwca 2017 r. (LBI.410.025.11.2016).

¹⁶ Wystąpienie pokontrolne NIK z 6 czerwca 2017 r. (LBI.410.025.11.2016).

stanowisk i powierzonych funkcji), a także weryfikację operacji finansowych oraz gospodarczych przed i po realizacji. Prawidłowo zatwierdzano zapisy księgowe oraz zamykano księgi w kolejnych okresach, a także na bieżąco sporządzano zestawienia obrotów i sald¹⁷. Do dnia rozpoczęcia niniejszej kontroli NIK Szpital nie posiadał procedury zaciągania zobowiązań finansowych, jednak 14 września 2020 r. Dyrektor Szpitala wprowadziła szczegółowe *Procedury kontroli finansowej*¹⁸, w tym obejmujące opisywane zagadnienie. Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że w praktyce, mimo braku pisemnej procedury, od lat stosowano analogiczne rozwiązania organizacyjne.

2. Ewidencja kosztów prowadzona była zarówno w układzie rodzajowym (konta zespołu nr 4), jak i w układzie funkcjonalnym (konta zespołu nr 5). Na kontach zespołu nr 5 wyodrębniono: działalność podstawową, działalność pomocniczą oraz koszty zarządu. Dokonano także dodatkowego wydzielenia poszczególnych ośrodków kosztów (tzw. OPK) z uwzględnieniem jednostek i komórek organizacyjnych o jednolitym charakterze. Ponadto dla każdego OPK utworzono poziom analityczny, pozwalający na przypisanie bezpośrednich kosztów rodzajowych (m.in. leków, wyrobów medycznych, wynagrodzeń wynikających z umów o pracę, umów cywilno-prawnych i kontraktów¹⁹, usług zewnętrznych, podatków i opłat, ZFŚS, szkoleń itp.) oraz kosztów pośrednich (m.in. laboratorium, pracowni USG i RTG, apteki szpitalnej, sterylizatorni, kuchni, kotłowni i pralni). Wyliczano je w oparciu o stosowaną (od bliżej nieustalonego momentu) nieformalną metodę (tzw. klucze kosztowe), której nie uwzględniono w przyjętej *Polityce Rachunkowości*. Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że: „na skutek przeoczenia ww. metody (tzw. klucze kosztowe) stosowano bez ich formalnego zatwierdzenia, jednak całością procesu od lat zarządzała główna księgowa Szpitala i nie występowały jakiegokolwiek rozbieżności w ocenie prawidłowego rozdziału poszczególnych kategorii kosztów pośrednich (wypracowane przed 2015 rokiem metody stosowano niezmiennie przez wszystkie badane lata). (...) Przyjęte rozwiązania stosowano jedynie na wewnętrzne potrzeby zarządcze i potrzeby sprawozdawcze Starostwa (nie były sprawozdawane dla Agencji ani żadnej innej instytucji zewnętrznej) – zarówno Dyrekcja Szpitala jak i organ prowadzący nie miały żadnych uwag w tym zakresie. Klucze oparte na proporcjonalnej dla danego OPK ilości wykonanych badań bądź pkt (laboratorium, pracownia USG, centralna sterylizatornia), bądź zdjęć (pracownia RTG), powierzchni (kotłownia), ilości przepracowanych godzin (warsztat), ilości kilogramów (pralnia), liczby wydanych posiłków bądź leków (kuchnia, apteka) wydawały się racjonalne i odpowiadały zastosowanym rozwiązaniom w innych szpitalach.”

Dane niezbędne do ustalenia kosztów pośrednich poszczególnych OPK²⁰ przekazywane były do działu księgowości Szpitala drogą tradycyjną, a następnie wymagały ponownego wprowadzenia do systemu finansowo-księgowego (nie zintegrowano w tym zakresie systemów informatycznych i nie wdrożono automatycznego przepływu danych do obliczenia kosztów pośrednich). Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że: „ze względu na wysokie koszty finansowe nie było możliwości innego raportowania do działu księgowości miesięcznych danych umożliwiających ustalenie według ww. kluczy kosztów pośrednich dla poszczególnych OPK. W chwili obecnej najpilniejszą potrzebą informatyczną jest zintegrowanie oprogramowania HIS z RTG.”

(akta kontroli str. 33-49, 126-129)

¹⁷ Weryfikacji tych czynności dokonano na próbie 20 losowo wybranych dowodów księgowych na łączną kwotę 47,7 tys. zł brutto, stanowiących podstawę do księgowania w styczniu 2020 roku operacji w zespole 4 oraz zestawień obrotów i sald za miesiące luty i maj z lat 2015–2020.

¹⁸ Procedura wprowadzona zarządzeniem Nr 9/09/2020 Dyrektora SP ZOZ w Dąbrowie Białostockiej w sprawie ustalenia Procedur Kontroli Finansowej w Szpitalu.

¹⁹ W systemie informatycznym nie było możliwości wygenerowania kosztów wynagrodzeń wynikających z umów o pracę, umów cywilno-prawnych i kontraktów dla poszczególnych OPK w ramach szczegółowych kategorii personelu, tj. lekarzy, lekarzy rezydentów, fizjoterapeutów, pielęgniarek i pozostałych kategorii.

²⁰ Dotyczyły one na przykład ilości wydanych leków na poszczególne komórki i jednostki Szpitala, czy wykonanych badań.

Szpital nie wprowadził części rozwiązań księgowych i informatycznych wynikających z obowiązującego od 22 sierpnia 2015 r. do 5 marca 2020 r. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 lipca 2015 r. w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców²¹, tj. m.in.: wyodrębnienia poszczególnych procedur medycznych, kalkulacji osobodnia pobytu pacjenta, planowania kosztów poszczególnych ośrodków kosztów w oparciu o wskazane w rozporządzeniu metody oraz ustalenia kosztów gotowości, a także odchyleń od kosztów planowanych. Według Dyrektora Szpitala: „zalecenia wynikające z ww. rozporządzenia odnosiły się wyłącznie do świadczeniodawców posiadających zawartą umowę z Agencją (§ 1 ust. 1 ww. rozporządzenia), zaś Szpital takiej umowy nie posiadał, a dodatkowo musiałby ponieść wysokie koszty dostosowania posiadanego oprogramowania. Ponadto system rachunkowości ZOZ częściowo spełniał ww. zalecenia, gdyż ewidencja kosztów prowadzona była zarówno w układzie rodzajowym, jak i kalkulacyjnym.”. (akta kontroli str. 33-36)

W założeniach Ministerstwa Zdrowia od 1 stycznia 2021 roku obowiązywać mają nowe przepisy w tym zakresie, zakładające m.in. wyodrębnienie proceduralnych OPK i ich wycenę²².

W okresie objętym kontrolą Szpital, mimo braku danych na temat faktycznych (rzeczywistych) kosztów poszczególnych świadczeń (procedur medycznych) oraz wymogu ich uwzględniania w procesie wyceniania, wycenił niektóre z nich, tj.: badania laboratoryjne, badania RTG czy porady lekarskie. Dla przykładu podstawowa porada (badanie) lekarska w latach 2015–2019 wyceniona została na 40 zł, a od 1 stycznia 2020 r. – cena wzrosła do 50 zł. Według Dyrektora Szpitala podstawą stawek cennikowych były koszty poszczególnych ośrodków kosztów Szpitala oraz ceny takich usług z innych podmiotów medycznych. Zagadnienie to omówiono poniżej, w opisie „Stwierdzonych nieprawidłowości”. (akta kontroli str. 33-36, 221-227, 261-265)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Polityka Rachunkowości Szpitala nie spełniała następujących wymogów wynikających art. 10 ust. 1 pkt 3 lit. „a” i „c” ustawy o rachunkowości:
 - nie określono zasad prowadzenia kont ksiąg pomocniczych oraz ich powiązań z kontami księgi głównej,
 - nie wyszczególniono ośmiu modułów oprogramowania księgowego (Pożyczki, Słowniki, Wykazy, Admin, Rejestr Bankowy, Rejestr VAT, Export FKK, Export ZUS), a także brakowało wskazania funkcji wyszczególnionych dziewięciu modułów (w jakim zakresie przetwarzane były dane za pomocą tych modułów), a także opisu algorytmów i parametrów służących m.in.: automatycznemu naliczaniu odsetek, amortyzacji, wygenerowaniu list plac,
 - wskazano nieaktualną wersję oprogramowania do obsługi finansowo-księgowej, tj. wersję 4.43.1.0 (6) zamiast aktualnie użytkowanej wersji 4.55.2.1 (1).
 (akta kontroli str. 150-180)

Dyrektor Szpitala wyjaśniła: „wszelkie wskazane braki wynikały z przeoczenia i niedochowania należytej staranności” oraz zadeklarowała ich niezwłoczne wyeliminowanie. (akta kontroli str. 23-29)

2. W Szpitalu przy określaniu opłat za wybrane świadczenia zdrowotne (badania laboratoryjne, badania RTG, podstawowe porady lekarskie) udzielane osobom nieubezpieczonym uwzględniano koszty inne niż rzeczywiste koszty tych świadczeń, o których mowa w art. 45 ustawy o działalności leczniczej. Nie wykorzystywano przy tym funkcjonalności posiadanych systemów informatycznych, co w konsekwencji uniemożliwiało bieżącą analizę tego rodzaju kosztów oraz ich uwzględnianie przy

²¹ Dz. U. poz. 1126. Do 30 września 2020 r. Minister Zdrowia nie ustalił standardu rachunku kosztów, o którym mowa w § 1 powołanego rozporządzenia oraz w art. 31lc ust. 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398, ze zm.).

²² <https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12335600/katalog/12698492>.

opracowywaniu cenników świadczeń zdrowotnych. Nie było także dokumentów świadczących o przeprowadzaniu kalkulacji kosztów w tym zakresie.

(akta kontroli str. 52-55)

Dyrektor Szpitala wyjaśniła: „wysokość stawek w ww. cennikach ustalana była w oparciu o posiadane przez nas dane i dokładaliśmy maksymalnej staranności, aby ceny z jednej strony odpowiadały faktycznym kosztom (uwzględniającym zarówno koszty bezpośrednie, jak i pośrednie danego ośrodka kosztów np. laboratorium), a z drugiej uwzględniały miejscowe otoczenie rynkowe, tj. ceny z placówek niepublicznych i najbliższej sąsiadujących szpitali publicznych. Nie posiadamy jednak szczegółowych kalkulacji w tym zakresie, ponieważ przepisy nie wymagają dokumentowania tych czynności. Cenniki zmieniały się z częstotliwością uzależnioną od zmieniających się cen w konkurencyjnych dla nas podmiotach medycznych.”

(akta kontroli str. 23-29)

NIK zauważa, że zgodnie z powołanym art. 45 ustawy o działalności leczniczej powinny być uwzględniane rzeczywiste koszty udzielania świadczeń w danej placówce, nie zaś koszty funkcjonowania poszczególnych oddziałów czy koszty ustalone w innych jednostkach, a opłata wnoszona przez beneficjenta świadczenia zdrowotnego nie może być niższa aniżeli rzeczywiste koszty jego udzielenia.

IV. Wnioski

Wnioski pokontrolne

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

1. Dostosowanie Polityki Rachunkowości do wymogów art. 10 ustawy o rachunkowości.
2. Wdrożenie rozwiązań umożliwiających ustalenie rzeczywistych kosztów udzielanych świadczeń zdrowotnych.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

Wystąpienie pokontrolne zostało sporządzone w dwóch egzemplarzach; jeden kierownikowi 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.

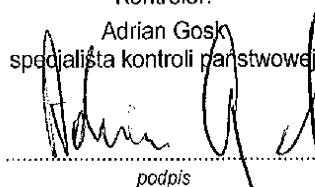
Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK, proszę o poinformowanie Najwyższej Izby 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.

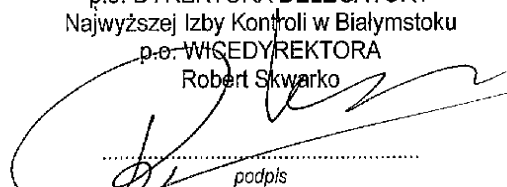
Białystok, 23 października 2020 r.

Kontroler:
Adrian Gosk
specjalista kontroli państwowej



podpis

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



podpis