



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Olsztynie

LOL.410.007.01.2020

Anna Osłowska
Dyrektor
Zespół Opieki Zdrowotnej w Nidzicy
ul. Mickiewicza 23
13-100 Nidzica

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Olsztynie
ul. Artyleryjska 3e, 10-165 Olsztyn
T +48 89 678 82 00, F +48 89 678 82 30
lol@nik.gov.pl
Adres korespondencyjny: Skr. poczt. P-69, 10-950 Olsztyn

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Zespół Opieki Zdrowotnej w Nidzicy ¹ , ul. Mickiewicza 23, 13-100 Nidzica, (dalej: „Szpital” lub „ZOZ”)
Kierownik jednostki kontrolowanej	Anna Osłowska, Dyrektor, od 28 grudnia 2004 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 Olsztynie
Kontroler	Janusz Dobek, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LOL/82/2020 z 8 września 2020 r. (akta kontroli str.1-3)

II. Ocena ogólna⁴ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

W Szpitalu w okresie objętym kontrolą stosowano się do podstawowych zasad rachunkowości oraz opracowano mechanizmy kontroli dotyczące zdarzeń i operacji gospodarczych. Jednakże dokumentacja opisująca procedury, stanowiące podstawę do ich ewidencjonowania, nie była w pełni rzetelna i wymagała uszczegółowienia m.in. w zakresie danych i możliwości technicznych stosowanych w ZOZ programów informatycznych, jak również zasad weryfikacji dokumentów finansowo-księgowych⁵. W Szpitalu funkcjonowały odrębne systemy informatyczne umożliwiające ewidencjonowanie danych finansowych oraz niefinansowych, które opierały się na wspólnej bazie danych i posiadały zintegrowane ze sobą moduły systemu dziedzicznego. Przyjęty przez Szpital rachunek kosztów dostarczał wprawdzie niezbędnych informacji, umożliwiając racjonalne i skuteczne zarządzanie, to jednak ZOZ nie wprowadził modułu kalkulacji kosztów leczenia⁶, pozwalającego na wyspecyfikowanie szczegółowych kosztów leków i wyrobów medycznych przypisanych do pacjenta. Nawet pomimo realizowanej w latach 2013-2019 informatyzacji Szpitala, nie udało się wprowadzić rozwiązań wynikających z rozporządzenia Ministra Zdrowia z 8 lipca 2015 r. w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców⁷. W jednym przypadku miało to wpływ na niezrealizowanie warunków umowy zawartej z Agencją Oceny

¹ Podmiotem tworzącym ZOZ jest Powiat Nidzicki.

² Czynności kontrole zakończono 10 grudnia 2020 r.

³ Dz. U. z 2020 r. poz. 1200, ze zm. (dalej: „ustawa o NIK”).

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

⁵ W trakcie kontroli NIK ZOZ wprowadzono odpowiednie regulacje.

⁶ Tzw. „controllingowy”.

⁷ Dz.U. poz. 1126. Rozporządzenie zostało uchylone z dniem 6 marca 2020 r. (dalej: „rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 lipca 2015 r.”).

Technologii Medycznych i Taryfikacji w Warszawie⁸, a w trzech przypadkach na niespełnienie zapewnień i deklaracji w tym zakresie, złożonych w ankietach poprzedzających zawarcie umów taryfikacyjnych⁹. Rozliczenia Szpitala z czterech, spośród pięciu umów zawartych w badanym okresie, zostały przyjęte i uznane przez Agencję za prawidłowe. Stwierdzone przez NIK nieprawidłowości, dotyczące m.in. błędów popełnionych w procesie dekretowania i weryfikacji dokumentów finansowo-księgowych, nie miały wpływu na działalność jednostki w skontrolowanym obszarze.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny częściowej¹⁰ kontrolowanej działalności

OBSZAR

1. Prowadzenie rachunku kosztów

1.1 Stosowanie się przez ZOZ do podstawowych zasad rachunkowości oraz opracowanie mechanizmów kontroli dotyczących operacji finansowych i gospodarczych

Opis stanu faktycznego

1.1.1. W Szpitalu opracowano procedury wewnętrzne dotyczące stosowania zasad rachunkowości, tj. politykę rachunkowości wprowadzoną Zarządzeniem Dyrektora z 31 grudnia 2008 r.¹¹. Zawierała ona elementy określone w art. 10 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości¹² (dalej: „ur”), w tym m.in.: metody wyceny aktywów i pasywów oraz ustalania wyniku finansowego, sposób prowadzenia ksiąg rachunkowych, w tym zakładowy plan kont odzwierciedlający charakter działalności oraz strukturę podmiotu, wykaz ksiąg rachunkowych i zbiorów danych tworzących księgi rachunkowe na komputerowych nośnikach danych, a także instrukcję inwentaryzacyjną i gospodarki kasowej. W opisie systemu informatycznego przetwarzania danych, ujętym w dokumencie „Zabezpieczenie danych informatycznych” (załączonym do polityki rachunkowości ZOZ), nie zawarto jednak pełnego wykazu programów i daty rozpoczęcia ich eksploatacji, jak również brak było opisu algorytmów i parametrów poszczególnych programów (opisano w punkcie 1 w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”).

W okresie objętym kontrolą Szpital nie posiadał procedury kontroli zaciągania zobowiązań finansowych. Faktycznie kontrola ta była wykonywana m.in. na podstawie planu finansowego i inwestycyjnego ZOZ, przyjętego przez Dyrektora i opiniowanego przez Radę Społeczną Szpitala. Odpowiedzialnym za racjonalne gospodarowanie środkami finansowymi przeznaczonymi na wykonanie zadań wynikających z tych planów, jak również organizowanie i sprawowanie wewnętrznej kontroli finansowej była główna księgowa ZOZ. W trakcie kontroli NIK zarządzeniem Dyrektora z 29 września 2020 r. zmieniono instrukcję „Obieg dokumentów finansowo-księgowych w Zespole Opieki Zdrowotnej w Nidzicy” i w § 3 wprowadzono regulacje w zakresie kontroli zaciągania zobowiązań finansowych, polegające w szczególności na:

- przeprowadzeniu wstępnej oceny celowości zaciągania zobowiązań finansowych i dokonywania wydatków,

⁸ Dalej „Agencja”.

⁹ Nie wpłynęło to jednak na realizację trzech umów, zawartych po przesłaniu do Agencji odpowiednich ankiet.

¹⁰ 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.

¹¹ Nr ZOZ-Adm-021/43/08 w sprawie: ustalenia dokumentacji przyjętych zasad (polityki) rachunkowości oraz zakładowego planu kont w Zespole Opieki Zdrowotnej w Nidzicy.

¹² Dz. U. z 2019 r. poz. 351, ze zm.

- badaniu i porównywaniu stanu faktycznego ze stanem wymaganym w zakresie dotyczącym procesów pobierania i gromadzenia finansowych środków publicznych, zaciągania zobowiązań finansowych i dokonywania wydatków ze środków publicznych oraz zwrotu środków publicznych,
- kontroli prowadzenia gospodarki finansowej.

W obowiązującej w Szpitalu do 28 września 2020 r. instrukcji „Obieg dokumentów finansowo-księgowych w Zespole Opieki Zdrowotnej w Nidzicy”¹³ zawarto procedurę obejmującą obieg dokumentu, tj. od jego wpływu do jednostki do dokonania na jego podstawie trwałego zapisu księgowego. Określono w niej m.in., że:

- każdy dokument zewnętrzny podlega rejestracji przez pracownika sekretariatu i przekazywany jest, po dekretacji Dyrektora lub z-cy Dyrektora ds. Administracyjnych, właściwym komórkom organizacyjnym Szpitala,
- faktury dotyczące zakupu przekazywane są do Działu Finansowo-Księgowego celem dokonania kontroli formalno-rachunkowej oraz merytorycznej, a następnie przekazywane są działom celem dokonania kontroli pod względem ilościowym i jakościowym,
- sprawdzone dowody kwalifikowane są do ujęcia w księgach rachunkowych, a następnie przeprowadzona jest ich kontrola przez głównego księgowego oraz następuje zatwierdzenie do realizacji (wyłaty) przez Dyrektora.

W ww. instrukcji nie określono natomiast (opisano w punkcie 2 sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”):

- procedury dotyczącej terminu postępowania z zewnętrznymi i wewnętrznymi dowodami księgowymi, w tym terminów przekazywania dokumentów księgowych pomiędzy poszczególnymi komórkami,
- osób odpowiedzialnych za dokonanie kontroli dowodów księgowych pod względem ilościowym i jakościowym,
- sposobu weryfikacji operacji gospodarczych i finansowych przed i po realizacji.

(akta kontroli str. 4-179)

Zarządzeniem z 29 września 2020 r. Dyrektor Szpitala zaktualizowała „Obieg dokumentów finansowo-księgowych w Zespole Opieki Zdrowotnej w Nidzicy”. Zmiany dotyczyły w szczególności określenia:

a) sposobu weryfikacji dokumentów finansowo-księgowych w ramach kontroli:

- formalno-rachunkowej – polegającej na stwierdzeniu, czy dokument został wystawiony w sposób poprawny¹⁴,
- merytorycznej – polegającej na sprawdzeniu, czy dowód księgowy zawiera dane odpowiadające rzeczywistemu przebiegowi operacji, którą dokumentuje, obejmującej ustalenie czy operacja, której dotyczy, była celowa, czy jest zgodna z przepisami prawa, podpisaną umową i założeniami wewnątrzzakładowymi,
- pod względem jakościowym i ilościowym – polegającej na zweryfikowaniu czy dokonany zakup jest zgodny z potrzebami ZOZ-u w realizacji wyznaczonego celu oraz z dokumentami źródłowymi, a także z obowiązującymi przepisami (pkt 8.4 Księgi Jakości – Nadzór nad procesami, wyrobami i usługami);

¹³ Tekst pierwotny z dnia 15 grudnia 2016 r.

¹⁴ Dotyczyła w szczególności sprawdzenia czy: posiadał określenie wystawcy, datę wystawienia i dokonania operacji gospodarczej, której dowód dotyczył; określał przedmiot operacji oraz jej wartości i ilości; był wystawiony w sposób czytelny i trwały; zawierał podpisy osób upoważnionych do jego kontroli i zatwierdzenia; działania arytmetyczne w nim zawarte zostały prawidłowo wykonane.

- b) rodzajów dokumentów finansowo-księgowych oraz terminów ich obiegu, w tym m.in. dowodów służących ewidencji środków trwałych, dowodów materiałowych i obrotu materiałami, dowodów bankowych, dowodów kupna-sprzedaży, dowodów do ewidencji wynagrodzeń oraz inne dowody;
- c) wykazu osób upoważnionych do kontroli dokumentów finansowo-księgowych oraz dokonujących kontroli pod względem jakościowym i ilościowym dokumentów finansowo-księgowych dotyczących zakupów kosztowych oraz magazynowych.

(akta kontroli str. 151-179 i 1358-1360)

W Szpitalu prowadzono rejestr obowiązujących przepisów wewnętrznych, w którym ujęto m.in. procedury wewnętrzne dotyczące stosowania zasad rachunkowości.

(akta kontroli str. 180-191)

W Szpitalu obowiązywał również „Regulamin kontroli zarządczej”¹⁵, opracowany dla zapewnienia realizacji zadań m.in. w obszarze skuteczności i efektywności działania, jak również wiarygodności sprawozdań. Ponadto Szpital posiadał instrukcję „Zakupy”, której celem było określenie wyboru i oceny produktów oraz usług nabywanych przez ZOZ w wypadku zamówień niepodlegających konieczności przeprowadzenia postępowań przetargowych zgodnie z ustawą „Prawo zamówień publicznych”. Określała ona w szczególności obowiązek składania przez kierowników komórek organizacyjnych i samodzielnych stanowisk wniosków o konieczności dokonania zakupu z podaniem ilości i szacunkowej wartości zamówienia, częstotliwości zamówienia oraz parametrów technicznych. Zatwierdzał je Dyrektor Szpitala, a pod względem możliwości finansowych główna księgowa.

(akta kontroli str. 192-198)

1.1.2. W okresie objętym kontrolą Szpital używał do prowadzenia ksiąg rachunkowych „Kompleksowy system wspomagania pracy księgowości KS-FKW Obsługa Ksiąg Rachunkowych” firmy KAMSOF¹⁶. Szczegółowy opis systemu został zawarty w instrukcjach programu, jak również w modułach dostępnych bezpośrednio w programie. Elementy określone w art. 10 ust. 1 pkt 3 lit. c uor zostały opisane w uregulowaniach wewnętrznych: „Instrukcji zabezpieczenia danych informatycznych”¹⁷.

Do systemu tego wprowadzano w postaci zapisu operacje gospodarcze, wynikające z dowodów księgowych, które zatwierdzano bez możliwości dokonania zmiany w tym zapisie. Oględziny tego systemu w trakcie kontroli NIK wykazały, że:

- Posiadał on następujące statusy zapisów księgowych: dokument wprowadzony do systemu oraz dokument zamknięty (zmiana po jego kompletnym wprowadzeniu do systemu). Zapisy księgowe dokonywane były zgodnie z wymogami formalnymi, tj. w sposób trwały oraz zawierały datę dokonania operacji gospodarczej, rodzaj i nr identyfikacji dowodu księgowego, opis operacji, kwotę zapisu. Po zamknięciu miesiąca nie było możliwości modyfikacji zapisu, a każda zmiana odbywała się za pomocą zapisu korygującego na podstawie dokumentu polecenie księgowania (dalej: „PK”).
- Posiadał bufor, który po zamknięciu okres sprawozdawczego uniemożliwiał dokonywania zapisów księgowych w zbiorach tworzących zamknięte księgi

¹⁵ Pojmowanej jako ogół zadań podejmowanych dla zapewnienia realizacji celów i zadań w sposób zgodny z prawem, efektywny, oszczędny i terminowy.

¹⁶ Zmiana oprogramowania z systemu GEMINI na system KAMSOF została zatwierdzona przez Dyrektora Szpitala 17 października 2018 r. w „Dokumentacji zasad i polityki rachunkowości”.

¹⁷ Dokonanych po uaktualnieniu Polityki rachunkowości ZOZ, w trakcie kontroli NIK.

rachunkowe. Zatwierdzenie zapisu księgowego następowało z chwilą zamknięcia miesiąca.

- Nie posiadał on rozdzielnej funkcji zatwierdzania zapisów i zamykania miesiąca. Zamknięcie miesiąca było jednoznaczne z zatwierdzeniem zapisów w systemie informatycznym. System pozwalał na zamknięcie całego okresu obrachunkowego oraz zamknięcie zapisów księgowych na konkretny dzień. Dodatkowo funkcja zamknięcia miesiąca na dany dzień blokowała możliwość usuwania zapisów o dacie wcześniejszej od daty zamknięcia. Data zamknięcia miesiąca była wprowadzana ręcznie.
- Nie było możliwości zmiany losowo wybranego zapisu księgowego z okresu, dla którego zamknięto księgi¹⁸.

(akta kontroli str.199-302)

Szpital, zgodnie z art. 18 ust. 1 uor sporządzał na koniec miesięcznego okresu sprawozdawczego zestawienie obrotów i sald księgi głównej¹⁹.

(akta kontroli str. 303)

1.1.3. Funkcjonowanie w Szpitalu mechanizmów kontroli zarządczej zbadano na podstawie analizy 50 losowo dobranych dowodów księgowych²⁰, stanowiących podstawę księgowania operacji gospodarczych w 2020 r. (do 31 lipca). Dowody te m.in.:

- spełniały wymogi określone w art. 21 uor,
- w 50 przypadkach (100%) dokumenty zarejestrowano²¹, zadekretowano²² i zatwierdzono do wypłaty²³,
- w 46 przypadkach (92%) wyznaczeni pracownicy ZOZ potwierdzili na dowodach, że dokonali kontroli merytorycznej, formalno-rachunkowej oraz ilościowej i jakościowej.

Ponadto stwierdzono, że przyjęte mechanizmy kontroli nie były wystarczające i nie zostały prawidłowo wdrożone (szczegółowy opis przedstawiono w punktach 3 i 4 sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”), gdyż spośród 50 badanych dowodów księgowych:

- w trzech przypadkach (6%) brak było potwierdzenia, że daną usługę czy świadczenie zrealizowano zgodnie z zapotrzebowaniem pod względem jakościowym i ilościowym, a w jednym przypadku (2%), że dokonano sprawdzenia dokumentu pod względem formalno-rachunkowym,
- we wszystkich przypadkach brak było zakwalifikowania dowodu do ujęcia w księgach rachunkowych przez wskazanie miesiąca,
- w 23 przypadkach (46%) zatwierdzono do wypłaty kwoty wynikające z dokumentów przed stwierdzeniem, że zakup jest zgodny z zapotrzebowaniem pod względem ilościowym i jakościowym,
- fakturę na kwotę 5 485,97 zł ujęto w księgach rachunkowych Szpitala w innym okresie sprawozdawczym niż nastąpiło udokumentowane nią zdarzenie.

(akta kontroli str. 304-494)

¹⁸ Sprawdzono rejestr zakupu na kontach zespołu 4 w zamkniętych księgach 2019 r.

¹⁹ Zbadano na próbie miesięcy luty i lipiec z lat 2015-2020.

²⁰ Próba obejmowała 50 faktur dokumentujących poniesione koszty w łącznej kwocie 426 032,54 zł., zaksięgowanych na kontach zespołu 4.

²¹ Sekretariat ZOZ.

²² Główna księgowa ZOZ.

²³ Główna księgowa i Dyrektor ZOZ.

1.2. Rachunek kosztów stosowany w ZOZ

1.2.1. W okresie objętym kontrolą w Szpitalu funkcjonowały następujące systemy informatyczne, dostarczające informacje finansowe oraz niefinansowe niezbędne do zarządzania jednostką:

- W części szarej – osiem następujących programów: KS-ZZL „Zarządzanie zasobami ludzkimi” (moduły: Kadry i płace, grafiki pracy, e-Deklaracje PIT); KS-FKW (moduły: fakturowanie, obsługa kasy, obsługa pożyczek); KS-ESM - Ewidencja środków majątkowych (środki trwałe); KS-ASW - Obsługa magazynu; KS-EDE - Ewidencja dokumentów elektronicznych; KS-MEDIS - Rozliczenia z NFZ; KS-SOMED - Rozliczenia z NFZ; KS-PPS - Rozliczenia z NFZ. Moduły systemu części szarej były powiązane ze sobą w następujący sposób: KS-ZZL i reszta systemów – modulem pracownicy (System KS-ZZL stanowił system dziedziny, umożliwiając edycję danych pracowników); KS-PPS i KS-MEDIS – (moduł rozliczenia) – umożliwiał przekazywanie statusów rozliczenia za pomocą narzędzia bazy danych (tzw. biblioteki integracyjnej); KS-FKW i KS-ASW – (moduł rozchód leków) – umożliwiał zatwierdzanie dokumentów rozchodu w systemie KS-FKW.
- W części białej Szpitala – sześć następujących programów: KS-MEDIS – Dokumentacja medyczna (księga odmów i porad, izba przyjęć, oddziały + zakład opiekuńczo-leczniczy + pielęgniarska opieka długoterminowa + ośrodek rehabilitacji dziennej + blok operacyjny); rejestrowanie procedur, zlecanie badań diagnostycznych i laboratoryjnych; zestawienia; księgi główne i oddziałowe; raporty oddziałowe; harmonogram przyjęć; KS-SOLAB - Obsługa laboratorium, pracowni bakteriologii i pracowni serologii; KS-SOMED - Dokumentacja medyczna (poradnie szpitalne, nocna i świąteczna opieka zdrowotna); obsługa terminarza przyjęć; rehabilitacja ambulatoryjna; pracownia diagnostyki obrazowej; KS-ASW - Rozchód leków, zapotrzebowania na leki i materiały; KS-ASW - Obsługa zamówień na krew w pracowni serologii; KS-ZZL - Grafiki pracy. Moduły zintegrowane umożliwiały dla programów:
 - KS-MEDIS i KS-SOMED (pacjenci, zlecenia, procedury) – wysyłanie zleceń z systemu KS-MEDIS do pracowni diagnostyki obrazowej (przesyłanych za pomocą HL7 do KS-SOMED), gdzie były wykonywane i odsyłane z wynikiem badania,
 - KS-MEDIS i KS-SOLAB (pacjenci, zlecenia, procedury) – wysyłanie zleceń z systemu KS-MEDIS do laboratorium (przesyłane do KS-SOLAB przez procedury integracyjne), gdzie były wykonywane i odsyłane z wynikiem badania.

Systemy informatyczne części białej i szarej opierały się na wspólnej bazie danych, która stanowiła system dziedziny. Integracja poszczególnych modułów to: pracownicy, rozliczenia, rozchód leków, pacjenci, zlecenia, procedury, za pomocą relacyjnej bazy danych w sposób automatyczny przekazywana z jednego systemu do drugiego.

(akta kontroli str. 495-500)

Program KS-MEDIS „Zintegrowany System Informatyczny Wspomagania Obsługi Szpitala” umożliwiał ponadto:

- uzyskanie elektronicznych informacji o kategorii, liczbie i czasie pracy personelu medycznego zaangażowanego w realizację poszczególnych procedur

zabiegowych, operacyjnych i diagnostyki inwazyjnej wykonanej na bloku operacyjnym²⁴,

- uzyskanie elektronicznych informacji dotyczących wyniku i opisu badań dla poszczególnych procedur medycznych z możliwością wygenerowania w formie bazy danych i edytowalnego raportu.

System Szpitalny KS-MEDIS oraz System Ambulatoryjny KS SOMET umożliwiały prowadzenie dokumentacji indywidualnej, dotyczącej poszczególnych pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych, jak również dokumentacji zbiorczej, dotyczącej ogółu pacjentów lub określonych grup pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych²⁵. Nie było natomiast możliwości przypisania kosztu leków i wyrobów medycznych do nośnika kosztów (osobodzień, pacjent, procedura), jak również nie było możliwości przypisania świadczeń medycznych do nośnika kosztów leków (nazwa, jednostka miary, ilość) i wyrobów medycznych (nazwa, jednostka miary, ilość). System KS MEDIS posiadał również możliwość wygenerowania procedur medycznych, w tym procedur zabiegowych i operacyjnych, badań diagnostycznych obrazowych i nieobrazowych, badań laboratoryjnych, procedur medycznych wykonywanych przez personel zatrudniony na innym oddziale.

(akta kontroli str. 501-514 i 1364)

Program KS-ZZL „Zarządzanie zasobami ludzkimi” umożliwiał uzyskanie informacji niefinansowych, dotyczących wszystkich pracowników zatrudnionych w ZOZ, w tym m.in. w zakresie: rocznej sumarycznej liczby etatów personelu zatrudnionego na umowy o pracę, umów cywilno-prawnych zawartych z pracownikami ZOZ w Nidzicy oraz kontraktów dla poszczególnych kategorii personelu (lekarz, lekarz rezydent, fizjoterapeuta, pielęgniarka). Czas pracy personelu średniego, zatrudnionego na podstawie umów cywilno-prawnych i kontraktów, był ewidencjonowany na podstawie grafików elektronicznych sporządzanych przez pielęgniarkę koordynującą, kierowników danej komórki organizacyjnej ZOZ. Istniała możliwość przeliczenia wypracowanych godzin na etat²⁶.

(akta kontroli str. 515-541)

W Szpitalu nie funkcjonował moduł kalkulacji kosztów leczenia (controllingowy). Z wyjaśnień Dyrektora wynikało, że zakup typowego modułu kalkulacji kosztów, związany ze znacznym wydatkiem finansowym, uniemożliwiają ograniczone środki finansowe ZOZ-u, który prowadzi politykę oszczędnościową.

(akta kontroli str. 542-549)

1.2.2. Ewidencja kosztów w ZOZ Nidzica prowadzona była równocześnie na kontach zespołu 4 „Koszty według rodzajów” i zespołu 5 „Koszty według typów działalności”. Ujmowanie kosztów na kontach zespołu 4 pozwalało gromadzić wszystkie koszty jakie powstawały w Szpitalu. Układ rodzajowy kosztów obejmował: amortyzację (400), zużycie materiałów (410), zużycie energii (420), usługi obce (430), podatki i opłaty (440), wynagrodzenia (450), ubezpieczenia społeczne i inne

²⁴ Służył m.in. do prowadzenia elektronicznej wersji Księgi zabiegowej Bloku Operacyjnego. W zakładce „Księgi” znajdowała się „Księga Bloku Operacyjnego”, która zawierała w szczególności: dane o pacjencie, nazwę komórki, w której przebywał pacjent, numer pacjenta w księdze głównej i księdze bloku, rozpoznanie przedoperacyjne, imię i nazwisko lekarza kierującego, kwalifikującego i wykonującego zabieg, datę i rodzaj zabiegu, numer księgi i rok medyczny.

²⁵ Nie obejmowały następujących zagadnień: karty wizy patronażowej; karty indywidualnej opieki fizjoterapeutycznej; karty transportu medycznego; karty zlecenia transportu lotniczego; karty przebiegu znieczulenia; książeczki zdrowia dziecka; książeczki szczepień, o której mowa w ustawie z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

²⁶ W systemie były wprowadzane godziny pracy każdego pracownika i przyjmując, że etat tj. 160 godzin, można było ręcznie wyliczyć, dzieląc wypracowane godziny na liczbę godzin etatu.

świadczenia (460), pozostałe koszty rodzajowe (470) oraz rozliczenie kosztów (490). Ewidencja kosztów rzeczywistych w zespole kont kosztów w układzie rodzajowym następowała na podstawie zewnętrznych i wewnętrznych dokumentów księgowych. Z zespołu kont kosztów w układzie rodzajowym następowało przeniesienie na zespół 5 kont kosztów w układzie funkcjonalnym, gdzie były grupowane koszty wg miejsc powstawania, tj. wg komórek organizacyjnych ZOZ. Zespół kont kosztów w układzie funkcjonalnym zawierał podział na ośrodki kosztów działalności podstawowej (działalność związana z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej), działalności pomocniczej (działalność polegająca na wykonywaniu zadań wspomagających działalność podstawową) i zarządu (koszty związane zarządzaniem – administracja, kadry, księgowość), odzwierciedlające ośrodki tych kosztów. Konta syntetyczne zespołu 5 w ZOZ wg Planu Kont obejmowały: koszty działalności medycznej Szpitala, koszty działalności ZOL, koszty działalności medycznej pomocy doraźnej, koszty działalności medycznej przychodni, koszty pośrednie medyczne szpital, koszty pośrednie medyczne ZOL Fizykoterapia, koszty pośrednie medyczne przychodnia, koszty handlowe przychodnia, koszty działalności pomocniczej niemedycznej szpital, koszty działalności pomocniczej niemedycznej przychodnia, koszty działalności pozostałej i koszty zarządu.

Szczegółowy wykaz ośrodków kosztów w zakresie działalności podstawowej został ustalony zgodnie z art. 105 ustawy o działalności leczniczej, tj. zgodnie z wpisem do KRS. Specyfikę prowadzonej działalności odzwierciedlał Plan kont oraz podział na ośrodki kosztów. Wykaz ośrodków kosztów w zakresie działalności pomocniczej oraz zarządu został ustalony przy uwzględnieniu podziału na ośrodki wykonujące działalność o charakterze jednolitym, co odzwierciedlał Plan kont²⁷.

1.2.2.1. W zespole kont kosztów w układzie funkcjonalnym (zespół 5), w zakresie działalności podstawowej zostały utworzone poziomy kont analitycznych dla kategorii kosztów według rodzaju np.: 500-01-400-01 O/Wewnętrzny Amortyzacja, 500-01-410-12 O/Wewnętrzny Leki, 500-01-410-03 O/Wewnętrzny Sprzęt Med. 1 x użytku, 500-01-450-01 O/Wewnętrzny Wynagrodzenie, 500-01-450-02 O/Wewnętrzny Umowa – Zlecenie, 500-01-430-09 O/Wewnętrzny Kontrakt Lekarz, 500-01-430-10 O/Wewnętrzny Kontrakt Pielęgniarka. System KS-FKW umożliwiał ewidencję kosztów na kontach zespołu 5, z podziałem na komórki organizacyjne, jakie funkcjonowały w Szpitalu.

1.2.2.2. W zespole kont kosztów w układzie funkcjonalnym (zespół 5) w zakresie działalności pomocniczej oraz zarządu utworzono poziomy kont analitycznych dla kosztów wg rodzaju np.: 530 Koszty Działalności Pomocniczej Niemedycznej Szpital (530-01-430-01 Sekcja Techniczna Konserwacje i przeglądy, 530-02-430-01 Ekipa Sprzątająca Konserwacje i przeglądy, 530-03-430-01 Sekcja Zaopatrzenia Konserwacje i przeglądy, 530-04-430-01 Kotłownia Konserwacje i przeglądy) oraz 550 Koszty Zarządu (550-01-460-01 Dyrekcja Ubezpieczenia Społeczne, 550-02-460-01 Administracja Ubezpieczenia Społeczne, 550-03-460-01 Księgowość Ubezpieczenia Społeczne, 550-04-460-01 Kadry-Płace, Sekretariat Ubezpieczenia Społeczne, 550-05-460-01 BHP, P/POŻ Ubezpieczenia Społeczne).

(akta kontroli str. 550-559, 720-1321 i 1374)

²⁷ Np. 510 Koszty Pośrednie Medyczne Szpital, 510-01 Blok Operacyjny, 510-02 Laboratorium, 510-04 RTG, 510-05 USG i 510-06 Endoskopia.

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

1. W opisie systemu informatycznego przetwarzania danych, ujętego w dokumencie „Zabezpieczenie danych informatycznych”, załączonym do polityki rachunkowości ZOZ, nie zawarto pełnego wykazu programów i daty rozpoczęcia ich eksploatacji, jak również brak było opisu algorytmów i parametrów poszczególnych programów. Stanowiło to naruszenie art. 10 ust. 1 pkt 3 lit. c „uor”. Z wyjaśnień Dyrektora ZOZ wynikało, że opis systemu informatycznego, który został ujęty w zasadach rachunkowości nie był kompletny i nie zawierał wszystkich programów, algorytmów i parametrów, gdyż jest to element w działalności ZOZ, w którym na bieżąco zachodzą skomplikowane zmiany techniczne, które wymagają częstych modyfikacji przez informatyków. Dbają oni w pierwszej kolejności o sprawność techniczną i funkcjonalną wszystkich systemów informatycznych, na których pracuje ZOZ, a w dalszej kolejności wypełniają formalności w dokumentach. Brakujące dane zostały uzupełnione przez ZOZ w trakcie kontroli NIK.

(akta kontroli str. 53-103, 201-300 i 560-563)

2. Instrukcja „Obieg dokumentów finansowo-księgowych w Zespole Opieki Zdrowotnej w Nidzicy” nie była w pełni rzetelna, gdyż brak było niektórych jej elementów istotnych dla właściwego obiegu i kontroli dowodów księgowych. Nie określono w niej procedury dotyczącej terminowości postępowania z zewnętrznymi i wewnętrznymi dowodami księgowymi, terminów przekazywania dokumentów księgowych pomiędzy poszczególnymi komórkami, jak również sposobu weryfikacji operacji gospodarczych i finansowych przed i po ich realizacji oraz osób odpowiedzialnych za dokonanie kontroli pod względem jakościowym i ilościowym²⁸. Szczegółowe określenie tych elementów było zdaniem NIK istotne z uwagi na prawidłowość funkcjonowania kontroli zarządczej, o czym świadczą stwierdzone nieprawidłowości opisane w kolejnych punktach 3 i 4. Z wyjaśnień Dyrektora wynikało, że:

- W odniesieniu do terminowości postępowania z dowodami księgowymi opierano się na terminach wskazanych w dokumentach źródłowych, tj. w fakturach i umowach zawartych przez ZOZ z kontrahentami oraz procedurach wewnątrz zakładowych. Natomiast w odniesieniu do braku terminów przekazywania dokumentów księgowych pomiędzy poszczególnymi komórkami wyjaśniła, że nie było potrzeby aby je ustalać, gdyż oczywistym jest, że odbywa się to tego samego dnia, a najdalej dnia następnego”. Powyższe terminy zostały określone w trakcie kontroli NIK w dokumencie „Obieg dokumentów finansowo-księgowych”.
- Nie wskazano z imienia i nazwiska osób odpowiedzialnych za dokonanie kontroli pod względem jakościowym i ilościowym, gdyż zgodność zamówienia towaru (usługi) pod tym względem potwierdzali kierownicy poszczególnych komórek organizacyjnych ZOZ, których nazwiska i imiona były znane i na tej podstawie można było ustalić, kto zamawiał usługę (towar). Powyższe dane zostały określone w trakcie kontroli NIK w dokumencie „Obieg dokumentów finansowo-księgowych”.
- Sposób weryfikacji operacji gospodarczych i finansowych przed i po realizacji był oczywisty i praktykowany w oparciu o instrukcje głównego księgowego Szpitala, dlatego nie ujęto go w żadnej wewnętrznej

²⁸ Wykaz osób do kontroli dokumentów finansowo-księgowych obejmował jedynie stanowiska, imiona i nazwiska osób upoważnionych do kontroli: merytorycznej, formalno-rachunkowej i zatwierdzających dokumenty finansowe do wypłaty.

procedurze. Powyższe dane zostały określone w trakcie kontroli NIK w dokumencie „Obieg dokumentów finansowo-księgowych”.

(akta kontroli str.131-179 i 563)

3. Badanie 50 dokumentów finansowo-księgowych wykazało, że w ZOZ nie przestrzegano w pełni niektórych wymogów uor oraz wewnętrznych uregulowań, tj.:

- W 50 przypadkach (100% objętych kontrolą) główna księgowa, dokonując dekretacji dokumentów finansowych, nie wskazała w nich miesiąca, do którego powinny zostać zakwalifikowane. Stanowiło to naruszenie art. 21 ust. 1 pkt 6 uor. Z jej wyjaśnień wynikało, że sugerowała się faktem, iż na dokumentach widnieje data sprzedaży lub wykonania usługi, a to jest wskazaniem do zaksięgowania dokumentu w danym miesiącu. Ponadto wyjaśniła, że po dokonaniu dekretu ustnie wskazywała miesiąc księgowania pracownikom Działu Księgowości Szpitala.
- W trzech przypadkach (6%) brak było potwierdzenia na dokumentach finansowych dokonania weryfikacji zakupionych usług pod względem jakościowym i ilościowym, a w jednym przypadku potwierdzenia sprawdzenia prawidłowości dokumentu pod względem formalno-rachunkowym. Stanowiło to naruszenie § 1 pkt 4 w związku z pkt. 2 rozdziału „obieg dokumentów” instrukcji „Obieg dokumentów finansowo-księgowych w Zespole Opieki Zdrowotnej w Nidzicy”, który stanowiły, że dokumenty finansowe podlegają kontroli i akceptacji pod względem formalno-rachunkowym i merytorycznym oraz pod względem ilościowym i jakościowym. Z wyjaśnień pracownika ZOZ wynikało, że dokonano faktycznie wymaganej weryfikacji ilości i jakości dokonanych zakupów, a jedynie nie potwierdzono tego na dokumentach.
- W 23 (46%) przypadkach dokonane adnotacje na dowodach księgowych (fakturach) wskazywały, że akceptacji i zatwierdzenia operacji finansowych Dyrektor oraz główna księgowa dokonywali przed pisemnym potwierdzeniem pracowników o dokonanej przez nich weryfikacji, czy dane zamówienia zrealizowano na rzecz ZOZ zgodnie z zapotrzebowaniem i czy spełniało ono oczekiwane oraz wymagane standardy. Stanowiło to naruszenie § 1 pkt 3 w związku z pkt 2 rozdziału „obieg dokumentów” instrukcji pn. „Obieg dokumentów finansowo-księgowych w Zespole Opieki Zdrowotnej w Nidzicy”. W myśl tych regulacji zatwierdzenie przez Dyrektora do realizacji (wyłaty) wydatków wynikających z faktur mogło nastąpić dopiero po dokonaniu kontroli formalno-rachunkowej i merytorycznej w Dziale Finansowo-Księgowym (w tym głównej księgowej) oraz pod względem ilościowym i jakościowym przez pozostałe działy. Z wyjaśnień Dyrektora i głównej księgowej wynikało, że akceptowały one wydatki do wypłaty z tych faktur na podstawie ustnych informacji od pracowników o dokonaniu przez nich wymaganej weryfikacji, których podpis na dokumentach miał już tylko charakter formalny.

(akta kontroli str.303-494 i 560-567)

4. Fakturę na kwotę 5 485,97 zł²⁹ za usługę termicznej utylizacji za styczeń 2020 r. ujęto w księgach rachunkowych za miesiąc luty 2020 r., zamiast w okresie sprawozdawczym, w którym nastąpiła udokumentowana nią operacja gospodarcza. Było niezgodne z art. 20 ust. 1 uor, jak również § 9 ust. 1, „Dokumentacji zasad (polityki) rachunkowości ZOZ w Nidzicy”, który stanowił,

²⁹ Faktura nr FS-UT/277/2020 z 31 stycznia 2020 r., która wpłynęła do ZOZ 18 lutego 2020 r.

że do ksiąg rachunkowych danego okresu sprawozdawczego należy wprowadzić w postaci zapisu każde zdarzenie, które nastąpiło w tym okresie sprawozdawczym, a o zakwalifikowaniu dowodu do okresu sprawozdawczego, ze względu na terminy sporządzania sprawozdań, decyduje data wpływu do księgowości: przy sprawozdaniach miesięcznych – do 20 dnia następnego miesiąca. Główna księgowa Szpitala wyjaśniła, że zaksięgowanie faktury w niewłaściwym okresie sprawozdawczym wynikało z oczywistej pomyłki.

(akta kontroli str. 304, 328-329 i 568)

OCENA CZĄSTKOWA

W Szpitalu wprowadzono procedury wewnętrzne, dotyczące stosowania zasad rachunkowości, kontroli zarządczej, realizacji zakupów w przypadku zamówień niepodlegających konieczności przeprowadzenia postępowań przetargowych, jak również obiegu dokumentów finansowo-księgowych. Przyjęty rachunek kosztów umożliwiał ewidencję kosztów zarówno w układzie rodzajowym jak i układzie funkcjonalnym, według miejsca ich powstawania. Uzupełnienia wymagały dwa dokumenty, tj. „Zabezpieczenie danych informatycznych” – m.in. o dane o niektórych programach wraz z datami rozpoczęcia ich eksploatacji oraz „Obieg dokumentów finansowo-księgowych w Zespole Opieki Zdrowotnej w Nidzicy” – m.in. o elementy dotyczące terminowości postępowania z zewnętrznymi i wewnętrznymi dowodami księgowymi i sposób weryfikacji operacji gospodarczych i finansowych przed i po ich realizacji. W trakcie kontroli NIK wprowadzono stosowne zmiany. W ZOZ nie w pełni przestrzegano również niektórych wymogów uor oraz uregulowań wewnętrznych dotyczących operacji gospodarczych. Dokonując dekretacji dokumentów finansowych, główna księgowa nie wskazywała bowiem miesiąca ujęcia ich w księgach rachunkowych, co w jednym przypadku skutkowało zaksięgowaniem faktury w niewłaściwym okresie sprawozdawczym. Ponadto w kilku przypadkach brak było formalnego potwierdzenia na dokumentach dokonania weryfikacji zakupionych usług pod względem jakościowym i ilościowym oraz sprawdzenia prawidłowości dokumentu pod względem formalno-rachunkowym.

OBSZAR

2. Prawidłowość przekazywania danych w procesie taryfikacji

Opis stanu faktycznego

2.1. Zakres współpracy z Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

W latach 2015-2017 ZOZ w Nidzicy podjął współpracę z Agencją w czterech procesach taryfikacyjnych: opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, pielęgnarska opieka długoterminowa, leczenie szpitalne oraz świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej. Współpraca, która miała charakter doraźny i realizowano ją dobrowolnie na zaproszenie Agencji, była podyktowana staraniami w celu podwyższenia jakości i dostępności świadczeń zdrowotnych. Z wyjaśnień Dyrektora wynikało, że miała ona gwarantować dodatkowe punkty przy ocenie ofert podczas kontraktowania świadczeń z Narodowym Funduszem Zdrowia, w celu zapewnienia mieszkańcom powiatu nidzickiego dostępu do jak najszerszego zakresu usług medycznych finansowanych ze środków publicznych. Natomiast powodem zaniechania współpracy z Agencją w latach 2018-2020 była duża pracochłonność i konieczność dodatkowego zaangażowania personelu realizującego czynności w zakresie przekazywania danych, jak również bardzo niska wartość zawartych umów i faktycznego wynagrodzenia za wykonane czynności.

(akta kontroli str. 562-713)

2.2. Wypełnienie ankiety przekazanej do Agencji w toku naboru świadczeniodawców do uzyskania danych niezbędnych do ustalenia taryfy

Zawarcie w badanym okresie pięciu umów zostało poprzedzone wypełnieniem i wysłaniem ankiet do Agencji, w tym:

- 1) Ankietę poprzedzającą zawarcie umowy nr AOTMiT/77/T/2015 z 9 lipca 2015 r. „Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień” wypełniono na podstawie: oświadczenia o przystąpieniu do zawarcia umowy na odpłatne przekazywanie danych niezbędnych dla określenia taryfy świadczeń, jak również Bazy Danych Systemów Informatycznych ORACLE oraz Krajowego Rejestru Sądowego.
- 2) Ankietę poprzedzającą zawarcie umowy nr AOTMiT/7/T/POD/2015 z 25 września 2015 r. „Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa” wypełniono na podstawie danych wynikających z: KRS, Rejestru Podmiotów Leczniczych RPWDL, umowy z NFZ, umowy o pracę z główną księgową, Bazy Danych Systemów Informatycznych ORACLE i deklaracji współpracy z Agencją w zakresie przekazywania danych w 2015 r. Szpital nie wprowadził standardu rachunku kosztów zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 8 lipca 2015 r., pomimo że potwierdzono w ankiecie, iż taki rachunek będzie wprowadzał już od 2016 r.
- 3) Ankietę poprzedzającą zawarcie umowy nr AOTMiT/34/T/FK/2016 z 30 marca 2016 r. „Leczenie szpitalne” wypełniono na podstawie danych wynikających z: KRS, Rejestru Podmiotów Leczniczych RPWDL, Bazy Danych Systemów Informatycznych ORACLE, bazy danych Systemu KS-MEDIS, Polityki Rachunkowości (planu kont). Szpital nie wprowadził ww. standardu rachunku kosztów, pomimo że w ankiecie tej potwierdzono zamiar wprowadzenia tego rachunku już od 2016 r.
- 4) Ankietę poprzedzającą zawarcie umowy nr AOTMiT/57/T/27/2017 z 8 marca 2017 r. „Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej” wypełniono na podstawie danych wynikających z: KRS, umowy z NFZ, Rejestru Podmiotów Leczniczych RPWDL, Bazy Danych Systemów Informatycznych ORACLE, deklaracji o podpisaniu umowy, a także umowy o pracę z główną księgową. W ankiecie potwierdzono wprowadzenie standardu rachunku kosztów zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 8 lipca 2015 r., pomimo że faktycznie nie był on wprowadzony przez kontrolowaną jednostkę (opisano w punkcie 1 sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”).
- 5) Ankietę poprzedzającą zawarcie umowy nr AOTMiT/04/T/33/2017 z 12 lipca 2017 r. „Leczenie szpitalne” wypełniono na podstawie danych wynikających z: Rejestru Podmiotów Leczniczych RPWDL, umowy z NFZ, KRS, umowy o pracę z główną księgową, Polityki Rachunkowości (planu kont), bazy danych o obrocie magazynowym produktów leczniczych (zakupu leków do apteki ogólnodostępnej oraz do Działu Farmacji Szpitalnej), umów z dostawcami towarów i materiałów oraz usług, umów o pracę i kontraktów, Bazy Danych Systemów Informatycznych ORACLE, systemu KS-ZZL (Zarządzanie Zasobami Ludzkimi) w zakresie czasy pracy personelu, aktualnego katalogu grupy ICD-9, bazy danych z systemu KS-FKW i systemu KS-ESM. Jednak nie wszystkie podane w ankiecie dane miały potwierdzenie w dokumentach i systemach informatycznych Szpitala (opisano w punkcie 1 sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”). Konsekwencją tego było rozwiązanie przez Agencję ww. umowy (opisano punkcie 2 sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”).

(akta kontroli str. 569-579, 594-601, 618-625, 641-650 i 666-678)

Z wyjaśnień Dyrektora Szpitala wynikało m.in., że w ankietach poprzedzających zawarcie umów z 25 września 2015 r. i 30 marca 2016 r. zadeklarowano zamiar wprowadzenia standardu rachunku kosztów zgodnie z rozporządzeniem z dnia 8 lipca 2015 r., ponieważ ZOZ był na etapie wdrażania nowego systemu informatycznego zakupionego od firmy KAMSOFIT w związku z realizacją projektów pn. „Informatyzacja Zespołu Opieki Zdrowotnej w Nidzicy – I etap” oraz pn. „Rozwój elektronicznych usług publicznych oraz elektronicznej dokumentacji medycznej w Zespole Opieki Zdrowotnej w Nidzicy – II etap”. Dyrektor stwierdziła przy tym, że „Byliśmy na etapie wdrażania nowego systemu informatycznego i zakładaliśmy, że dane obejmujące zakres standardu rachunku kosztów, które były wskazane w ankiecie uda nam się pozyskać z posiadanego oraz nowo wdrażanego systemu informatycznego”.

(akta kontroli str.714-719 i 1365-1373)

2.3. Zapewnienie przez ZOZ przekazania danych finansowo-księgowych oraz kliniczno-kosztowych o najwyższej jakości i kompletności

W badanym okresie wszystkie dane przekazane przez ZOZ w ramach realizacji czterech umów, dotyczących taryfikacji świadczeń medycznych, zostały zaakceptowane i uznane przez Agencję za prawidłowe, tj.:

- 1) umowa z 9 lipca 2015 nr AOTMiT/77/T/2015 „Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień” – prawidłowość rozliczenia umowy została potwierdzona przez Agencję 25 września 2015 r.,
- 2) umowa z 25 września 2015 r. nr AOTMiT/7/T/POD/2015 „Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa” – prawidłowość rozliczenia umowy potwierdzona przez Agencję 18 listopada 2015 r.,
- 3) umowa z 30 marca 2016 r. nr AOTMiT/34/T/FK/2016 – „Leczenie szpitalne” – prawidłowość rozliczenia umowy potwierdzona przez Agencję 28 lipca 2016 r.,
- 4) umowa z 8 marca 2017 r. nr AOTMiT/57/T/27/2017 „Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej” – prawidłowość rozliczenia umowy potwierdzona przez Agencję 31 maja 2017 r.

Szpital nie przekazał danych w zakresie realizacji piątej umowy nr AOTMiT/04/T/33/2017 z 12 lipca 2017 r. na „Leczenie szpitalne”, co skutkowało jej wypowiedzeniem przez Agencję (opisano w pkt. 2 sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”).

(akta kontroli str. 591, 615, 640 i 659)

Badaniem NIK objęto realizację dwóch umów, tj.:

- z 8 marca 2017 r., nr AOTMiT/57/T/27/2017 „Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej” – weryfikacja zapisów księgowych na poszczególnych kontach, kartotek środków trwałych oraz etatów wykazała rzetelność i poprawność danych podanych przez ZOZ do Agencji w zakresie m.in. kwot przychodów, kosztów (w tym utrzymania środków trwałych i amortyzacji), a także zatrudnienia w ZOL³⁰,
- z 30 marca 2016 r. nr AOTMiT/34/T/FK/2016 – „Leczenie szpitalne” – weryfikacja³¹ danych na poszczególnych kontach, wybranych pozycji z rejestrów zakupów leków do apteki szpitalnej i ogólnodostępnej oraz odpowiadającym im faktur, a także wybranych procedur medycznych, wykazała rzetelność

³⁰ W przesłanych danych podano omyłkowo liczbę osobodni 14484, a winno być 141438, co nie spowodowało zmiany wartości merytorycznej przekazanych do Agencji danych.

³¹ Badaniem objęto trzy spośród czterech ośrodków powstawania kosztów, tj.: Oddział Wewnętrzny, Ginekologiczno-Położniczy i Chirurgiczny.

i poprawność danych podanych przez ZOZ do Agencji w zakresie poniesionych kosztów, cen leków i stosowanych procedur.

(akta kontroli str. 626-640, 651-656 i 720-1321)

2.4. Dochowanie terminu przekazania danych do Agencji

W badanym okresie Szpital przekazał Agencji dane z tytułu realizacji czterech spośród pięciu zawartych z nią umów, tj.:

1. Umowa z 9 lipca 2015 nr AOTMiT/77/T/2015 – „Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień”, w której określono następujące terminy przekazania danych:
 - do 10 lipca 2015 – dane kosztowe w zakresie informacji statystycznych, finansowo-księgowych oraz zatrudnienia (roczne pliki FK),
 - do 17 lipca 2015 r. – informacje identyfikujące świadczenie (roczne pliki OG).

Dane do rozliczenia ZOZ przekazał 11 września 2015 r., tj. cztery dni po otrzymaniu podpisanego oryginału umowy przez Agencję, który wpłynął do ZOZ 7 września 2015 r. Z wyjaśnień Prezesa Agencji³² wynikało, że mając na uwadze wysiłek świadczeniodawców w przygotowanie danych dla Agencji uznawano, że świadczeniodawcy, którzy przesłali dane nieznacznie po terminie wskazanym w umowie, ale przed terminem poinformowania przez Agencję o rozwiązaniu umowy, dochowali zobowiązania określonego w umowie. Taką zasadę stosowano w przypadku wszystkich świadczeniodawców.

2. Umowa z 25 września 2015 r. nr AOTMiT/7/T/POD/2015 „Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa”, w której termin przekazania danych określono na 23 października 2015 r. Dane przekazano 22 października 2015 r.
3. Umowa z 30 marca 2016 r. nr AOTMiT/34/T/FK/2016 „Leczenie szpitalne”. Dane zostały przekazane przez ZOZ pocztą elektroniczną 21 kwietnia 2016 r., tj. w terminie określonym w umowie. W wyniku stwierdzenia przez Agencję nieprawidłowości wezwano ZOZ do dokonania poprawek. Prowadzono w tym zakresie korespondencję mailową w okresie od 6 maja 2016 r. do 13 lipca 2016 r. Ostateczną wersję danych ZOZ przekazał do Agencji 21 lipca 2016 r. Prezes Agencji wyjaśnił, że celem nadrzędnym w procesie pozyskiwania danych było i jest przyjęcie danych kompletnych. Weryfikacja kompletności danych mogła odbywać się po przyjęciu danych i trwała tak długo, aż przekazane ostateczne dane zostały uznane za kompletne i poprawne. Po przeprowadzonej przez pracowników Agencji weryfikacji (formularza FK oraz plików CP i OM) ZOZ został wezwany zgodnie z przepisami § 3 ust. 5 do dokonania poprawy danych. Świadczeniodawca dokonał stosownych poprawek, w związku powyższym Agencja potwierdziła prawidłowość przekazanych danych oświadczeniem nr 48/2016/FK z 28 lipca 2016 r.
4. Umowa z 8 marca 2017 r., nr AOTMiT/57/T/27/2017 „Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej”, której termin przekazania danych określono na 31 marca 2017 r. - ZOZ nie posiadał potwierdzenia daty przekazania danych do Agencji³³, przy czym otrzymał oryginał umowy podpisany przez Agencję w dniu 25 kwietnia 2017 r., tj. po dacie przekazania danych określonej w tej umowie.

³² Udzielonych w trakcie kontroli NIK na podstawie art. 29 lit f ustawy o NIK.

³³ Korespondencja mailowa prowadzona przez ówczesną główną księgową, zatrudnioną do 31 grudnia 2017 r., nie była już dostępna w trakcie kontroli NIK.

Z wyjaśnień Dyrektora ZOZ wynikało, że ZOZ w Nidzicy dochował staranności, aby przekazywać dane w terminie, jednak format plików często wymagał wyjaśnień lub poprawek, a ponadto same umowy podpisane w oryginale przez Agencję wpływały do ZOZ z opóźnieniem.

(akta kontroli str.1322-1330)

2.5. Zmiany danych kosztowych dla taryfikowanego zakresu świadczeń od chwili ich przekazania

Zmiany danych o przychodach oraz kosztach dla taryfikowanego zakresu świadczeń wybranego do kontroli NIK (tj. w ramach umowy z Agencją Nr lipca /FK/2016 z 30 marca 2016 r.³⁴) od chwili ich przekazania do stanu na koniec 2019 r. przedstawiały się następująco³⁵:

- 1) na Oddziale Chirurgicznym:
 - a) wzrosły:
 - przychody z tytułu kontraktu z NFZ – o 153,7 tys. zł (o 6,3%),
 - koszty wynagrodzeń personelu medycznego wynikające z umów cywilno-prawnych i kontraktów – ogółem o 219,7 tys. zł (o 24,1%), zużycia materiałów – o 113 tys. zł (o 174,8%), usług obcych – o 233,8 tys. zł (o 23,1%), koszty jednostkowe kontraktów lekarskich – o 235,2 tys. zł (o 45,3%), materiałów do utrzymania czystości – o 1,5 tys. zł (o 3073,9%), ubezpieczeń społecznych – o 5,8 tys. zł (o 20,7%),
 - b) zmalały koszty zarządu – o 489,4 tys. zł (o 307,8%) oraz koszty pośrednie – o 68,9 tys. zł (o 5,7%), co wpłynęło na obniżenie kosztów ogółem tego oddziału (całkowitych) o 252,8 tys. zł (o 8,2%),
- 2) na Oddziale Wewnętrznym:
 - a) wzrosły:
 - przychody z tytułu kontraktu z NFZ – o 1 241,5 tys. zł (o 40,2%),
 - koszty całkowite – o 1 166,2 tys. zł (o 31,1%), w tym m.in.: wynagrodzeń personelu medycznego wynikające z umów cywilno-prawnych i kontraktów – ogółem o 896,2 tys. zł (o 33,8%), zużycia materiałów – o 101,1 tys. zł (o 22,7%), usług obcych – o 1 026,2 tys. zł (o 137,8%), koszty pośrednie – o 238,1 tys. zł (o 28,4%), koszty jednostkowe kontraktów lekarskich – o 872,4 tys. zł (o 201,7%), wynagrodzeń osobowych – o 201,5 tys. zł (o 31,4%), materiałów do utrzymania czystości – o 4,2 tys. zł (o 2115,6%), ubezpieczeń społecznych – o 53,7 tys. zł (o 48,9%),
 - b) zmalały koszty zarządu o 553,4 tys. zł (o 208,8%) – co nie wpłynęło na obniżenie kosztów całkowitych funkcjonowania tego Oddziału.
- 3) na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym:
 - a) wzrosły:
 - przychody z tytułu kontraktu z NFZ – o 239,1 tys. zł (o 14,9%),
 - koszty całkowite – o 263,2 tys. zł (o 10,3%), w tym m.in.: wynagrodzeń personelu medycznego wynikające z umów cywilno-prawnych i kontraktów – ogółem o 298,6 tys. zł (o 50,8%), usług obcych – o 135,6 tys. zł (o 20,5%), koszty pośrednie – o 201,6 tys. zł (o 24,3%),

³⁴ Badaniem objęto 3 spośród 4 Ośrodków Powstawania Kosztów.

³⁵ Dotyczy danych badanych przez NIK i opisanych w punkcie 2.3.

koszty jednostkowe kontraktów lekarskich – o 186,8 tys. zł (o 34,7%), wynagrodzeń osobowych – o 135,8 tys. zł (o 33,4%), materiałów do utrzymania czystości – o 1,6 tys. zł (o 665,5%), ubezpieczeń społecznych – o 22,1 tys. zł (o 47,7%).

b) zmalały koszty zarządu o 312,1 tys. zł (o 277%), co nie wpłynęło na obniżenie kosztów całkowitych funkcjonowania tego Oddziału.

4) w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym:

a) wzrosły:

- przychody z tytułu kontraktu z NFZ o 602,8 tys. zł (o 64,8%),
- koszty całkowite - o 237,2 tys. zł (o 12,5%), w tym koszty wynagrodzeń z tytułu umowy o pracę o 446,3 tys. zł (o 120,4%) oraz koszty pośrednie - o 40,7 tys. zł (o 14,3%),

b) zmalały: koszty zarządu o 122,3 tys. zł (o 98,5%) oraz koszt wynagrodzeń personelu medycznego wynikające z umów cywilno-prawnych i kontraktów ogółem - o 83,0 tys. zł (o 32,3%).

Główna księgowa ZOZ wskazała, że na wzrost kosztów wynagrodzeń wpłynęły m.in. podwyżki w grupie pielęgniarek i położnych, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej³⁶, następnie od 1 lipca 2017 r. podwyżki w grupie ratowników medycznych, a także w myśl przepisów ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych³⁷ – podwyżki wynagrodzeń wszystkich grup zawodowych ZOZ-u. We wzroście kosztów pracy udział miał także coroczny wzrost płacy minimalnej oraz konkurencyjność innych szpitali w zakresie rosnących stawek, zwłaszcza dla personelu lekarskiego, gdzie muszą być także podejmowane negocjacje w celu utrzymania zatrudnienia i zapewnienia ciągłości usług. Na wzrost pozostałych kosztów wpłynął wzrost cen towarów i usług.

(akta kontroli str.1331-1344 i 1361-1363)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Nierzetelnie wypełniono dwie ankiety, przesłane do Agencji przed zawarciem umowy: z 8 marca 2017 r. na ustalenie taryfy świadczeń w rodzaju „Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej” (nr AOTMiT/57/T/27/2017) oraz z 12 lipca 2017 r. na ustalenie taryfy świadczeń w rodzaju „Leczenie szpitalne” (nr AOTMiT/04/T/33/2017). W obu tych ankietach³⁸ potwierdzono, że ZOZ wprowadził standard rachunku kosztów zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 8 lipca 2015 r., podczas gdy faktycznie nie został on wprowadzony. Dyrektor wyjaśniła, że nie podpisywała tych ankiet, nie знаła ich treści i nie konsultowano z nią tych odpowiedzi. Sprawami tymi zajmowała się ówczesna główna księgowa i z-ca dyrektora ds. administracyjnych, z racji wykonywanych obowiązków. Wiedziała natomiast, że ankiety w tym zakresie taryfikacyjnym zostały wysłane. Ponadto z jej wyjaśnień wynikało, że wprowadzenie ww. standardu rachunku kosztów miała umożliwić realizacja projektu dofinansowanego przez Marszałka Województwa w ramach informatyzacji ZOZ-u, pn. „Rozwój elektronicznych usług publicznych oraz elektronicznej dokumentacji medycznej w Zespole Opieki Zdrowotnej w Nidzicy-II etap”, w ramach Osi Priorytetowej 3 – „Cyfrowy Region” Działania

³⁶ Dz. U. z 2020 poz. 320, ze zm.

³⁷ Dz. U. z 2020 r. poz. 830.

³⁸ Ankiety były niepodpisane.

3.2 „E-zdrowie”. Chociaż wniosek w tej sprawie złożony został w grudniu 2016 r., to jednak rzeczowa realizacja projektu rozpoczęła się dopiero 15 grudnia 2017 r., czyli już po rozwiązaniu umowy z AOTMiT, a etap wdrożeniowy rozpoczął się dopiero w 2018 r. Jak wyjaśniła „W przypadku nieinformatyzowania procesów planowaliśmy zapłacić pracownikom za przygotowywanie danych z systemu. Niestety stopień skomplikowania danych i wyciągania ich z systemu, który aktualnie był dostępny w ZOZ w Nidzicy okazał się zbyt czasochłonny i niemożliwy do wykonania dla ilości zatrudnionego personelu nawet za odpłatnością. Na temat szczegółów trudno się wypowiadać, ponieważ ankieta była wypełniana przez ówczesną główną księgową, która aktualnie już nie pracuje w ZOZ w Nidzicy (umowa rozwiązana 31 grudnia 2017 r.). Ankieta nie wymagała podpisu, była wysłana elektronicznie mailem przez z-cę Dyrektora ds. administracyjnych”³⁹.

(akta kontroli str.641-650, 666-678 i 1345-1353)

2. Szpital nie wywiązał się z warunków umowy zawartej z Agencją z 12 lipca 2017 r. na „Leczenie szpitalne (nr AOTMiT/04/T/33/2017). Zgodnie z § 1 ust. 1 tej umowy ZOZ był zobowiązany do świadczenia odpłatnie usług, polegających na bieżącym przygotowaniu i przekazywaniu Agencji wszystkich danych o wszystkich świadczeniach za okres od 1 stycznia do 31 grudnia 2017 r. Dotyczyło to danych: identyfikujących pojedyncze świadczenie udzielone jednemu pacjentowi (pliki OG), dotyczących świadczeń medycznych (tj. pliki SM), dotyczących produktów leczniczych (pliki PL), dotyczących wyrobów medycznych (pliki WM), dotyczących procedury (pliki PR), dotyczących zaangażowania personelu medycznego w danej procedurze (pliki PR_HR). W myśl § 1 ust. 2 umowy dane miały być przygotowane i przekazane zgodnie z zasadami szczegółowo określonymi w zarządzeniu Prezesa Agencji. ZOZ nie spełnił powyższych warunków umowy, ponieważ trzy pliki szczegółowe tj. PL, WM, PR_HR zamiast informacji dotyczących leków, wyrobów medycznych, zaangażowania personelu medycznego w procedury, w ujęciu na każdego hospitalizowanego pacjenta, zawierały po jednym rekordzie z wpisem „brak danych”. Pracownik ZOZ 6 października 2017 r. przekazał do Agencji informację, że „ZOZ w Nidzicy nie ma możliwości podania tak szczegółowych danych wymaganych w plikach PL, WM, PRHR”. W związku z powyższym Agencja pismem z 12 października 2017 r. wypowiedziała umowę (na podstawie § 7 ust. 2).

Dyrektor wyjaśniła m.in., że: „W pierwszym etapie informatyzacji lata 2013-2015 zakresem objęto diagnostykę obrazową, ambulatorium, laboratorium oraz część szarą w tym system finansowo-księgowy. Pomimo ciągłego udoskonalania systemu i prac związanych z jego modernizacją uzyskanie wymaganych danych okazało się niemożliwe. Wskutek czego zmuszeni byliśmy do rezygnacji z realizacji umowy z AOTMiT zawartej w dniu 12 lipca 2017 r. Leczenie Szpitalne. W II etapie informatyzacji lata 2017-2019 miała nam pomóc aplikacja mobilna na tablet „obchód lekarski i pielęgniarSKI”. Korzyścią tego wdrożenia miała być możliwość zlecania leków i innych wyrobów medycznych dla pacjenta. Jednak ówczesnie wdrażany moduł nie był do końca dopracowany, problematyczne okazało się wprowadzanie jakiegokolwiek leku, operacja czasochłonna, mało efektywna, brak możliwości zmiany jednostek miary itp. Dodatkowo ekrany tabletów były niedostosowane do ówczesnej wersji systemu KS-Medis. Ponadto zlecenia lekarskie wymagały autoryzacji podpisem kwalifikowanym, którego nie posiadaliśmy. Musielibyśmy zakupić podpisy dla

³⁹ Umowa rozwiązana z dniem 15 listopada 2020 r.

wszystkich lekarzy z własnych środków, co byłoby nie ekonomiczne. Dodatkowo wersja mobilna obchodu nie pozwalała na zalecanie innych rzeczy niż leki, np. płyny, osocze, tlenoterapia i inne. Wszystkie te rzeczy wyszły podczas uruchamiania i wdrożenia systemu”.

(akta kontroli str.679-694, 716 i 1354-1357)

OCENA CZĄSTKOWA

W badanym okresie współpraca Szpitala z Agencją w zakresie pięciu procesów taryfikacyjnych miała charakter doraźny i dobrowolny. Podyktowana była zwiększeniem atrakcyjności ZOZ w kontraktowaniu świadczeń zdrowotnych z NFZ. Zaniechano jej z uwagi na dużą pracochłonność i konieczność dodatkowego zaangażowania personelu realizującego czynności w zakresie przekazywania danych, jak również bardzo niską wartość zawartych umów i faktycznego wynagrodzenia za wykonane czynności. Dane i informacje zawarte w pięciu ankietach poprzedzających podpisanie umów Szpital podał m.in. na podstawie posiadanej dokumentacji oraz baz danych. Nie wprowadzono jednak w ZOZ, pomimo złożonych zapewnień i deklaracji ujętych w czterech ankietach, standardu rachunku kosztów zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 8 lipca 2015 r. Nie wpłynęło to na prawidłowość rozliczenia zawartych trzech umów, miało jednak wpływ na niezrealizowanie złożonego w jednej z ankiet zapewnienia o możliwości przekazania Agencji danych o produktach i wyrobach leczniczych, jakie otrzymał pacjent, z przypisaniem ich do numeru księgi głównej, a także przypisaniu leków do pacjenta w ujęciu kosztowym. Skutkowało to wypowiedzeniem przez Agencję jednej z umów. Rozliczenia ZOZ z warunków czterech pozostałych umów zostały przyjęte przez Agencję i uznane za prawidłowe⁴⁰. W dwóch przypadkach przekazano je po terminie określonym w umowach, co było jednak spowodowane otrzymaniem od Agencji podpisanych oryginałów umów z opóźnieniem, tj. po upływie umownego terminu wysłania wymaganych danych. Nie wpłynęło to jednak na sposób oraz ostateczne rozliczenie zawartych umów. Porównanie wybranych do kontroli NIK danych finansowych dwóch taryf świadczeń według stanu na koniec 2019 r. w stosunku do wynikających z umów rozliczonych w latach poprzednich wykazało, że wzrosły koszty wynagrodzeń, na co wpływ miały podwyżki płac m.in. w grupie pielęgniarek i położnych oraz ratowników medycznych. Ponadto we wzroście kosztów pracy udział miał także coroczny wzrost płacy minimalnej oraz konkurencyjność innych szpitali w zakresie rosnących stawek dla personelu lekarskiego, wymuszająca konieczność podejmowania negocjacji w celu utrzymania zatrudnienia i zapewnienia ciągłości usług. Na wzrost pozostałych kosztów wpłynął również wzrost cen towarów i usług.

IV. Uwagi i wnioski

Najwyższa Izba Kontroli w wyniku kontroli nie sformułowała uwag. Ponadto uwzględniając podjęte w trakcie kontroli działania oraz w związku z zakończeniem przez Szpital współpracy z Agencją nie formułuje wniosków dotyczących: opisu systemu informatycznego przetwarzania danych, instrukcji „Obieg dokumentów finansowo-księgowych”, a także wypełniania ankiet zgłoszeniowych i wywiązywania się z warunków umowy z Agencją.

Wnioski

W związku ze stwierdzonymi pozostałymi nieprawidłowościami, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK, wnioskuje o dokonywanie weryfikacji dokumentów finansowo-księgowych, a także ich dekretowanie w sposób odpowiadający w pełni wymogom ustawy o rachunkowości oraz wewnętrznym uregulowaniom Szpitala.

⁴⁰ Rzetelność i prawidłowość danych potwierdziły badania NIK na przykładzie dwóch procesów taryfikacyjnych.

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 Olsztynie. 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
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

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

Olsztyn, 29 grudnia 2020 r.

Kontroler
Janusz Dobek
główny specjalista kontroli
państwowej

.....
podpis

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Olsztynie
Dyrektor
z up.
Barbara Zajdel
Wicedyrektor

.....
podpis