



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Olsztynie

LOL.410.007.03.2020

dr n. o zdr. Lucyna Kielbasa
p. o. Dyrektora Miejskiego Szpitala Zespołowego
w Olsztynie
ul. Niepodległości 44
10-045 Olsztyn

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	Miejski Szpital Zespolony w Olsztynie, ul. Niepodległości 44, 10-045 Olsztyn (dalej: MSZ lub Szpital)
Kierownik jednostki kontrolowanej	Lucyna Kielbasa, pełniąca obowiązki Dyrektora Szpitala od 8 grudnia 2020 r. W okresie objętym kontrolą funkcję kierownika jednostki poprzednio pełnili: – Joanna Szymankiewicz-Czużdaniuk, Dyrektor, od 31 grudnia 2008 r. do 31 lipca 2020 r., – Lucyna Kielbasa, p.o. Dyrektora, od 3 sierpnia 2020 r. do 9 sierpnia 2020 r., – Jacek Zachariasz, p.o. Dyrektora, od 10 sierpnia 2020 r. do 6 września 2020 r., – Andrzej Bujnowski, Dyrektor, od 7 września 2020 r. do 7 grudnia 2020 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Prowadzenie rachunku kosztów 2. Prawdliwość przekazywania danych w procesie taryfikacji
Okres objęty kontrolą	Lata 2015-2020 (do 18 grudnia 2020 r.)
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 Olsztynie
Kontroler	Agnieszka Kielbik, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LOL/85/2020 z 14 września 2020 r. (akta kontroli str.1-7)

II. Ocena ogólna² kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

W latach objętych kontrolą w Szpitalu opracowano dokumentację opisującą przyjęte zasady rachunkowości oraz dokumentację określającą mechanizmy kontroli dotyczące operacji finansowych i gospodarczych. Szpital prowadził rachunek kosztów, dokonując ich ewidencji równocześnie w układzie rodzajowym i funkcjonalnym.

W Szpitalu funkcjonowały systemy informatyczne umożliwiające ewidencjonowanie danych finansowych, a także danych niefinansowych, wykorzystywane m.in. do prowadzenia dokumentacji pacjenta. Stosowany do 3 września 2019 r. system informatyczny nie zapewniał jednak wygenerowania masowych raportów w formacie wymaganym przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji³. Pozytywnie należy ocenić fakt, że Szpital podjął kroki zmierzające do wprowadzenia szpitalnego systemu informatycznego, mającego usprawnić wszystkie procesy dotyczące obsługi pacjenta, tworzenie dokumentacji, czynności w zakresie sprawozdawczości, tworzenie dokumentacji medycznej, statystycznej oraz finansowej.

¹ Dz. U. z 2020 r. poz. 1200, dalej: ustawa o NIK.

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

³ Dalej: AOTMiT lub Agencja.

W latach 2016-2018 Szpital podjął współpracę z Agencją, przekazując m.in. dane kosztowe w zakresie informacji statystycznych, finansowo-księgowych oraz zatrudnienia, w terminach określonych we wniosku i umowach. Ze względu na ograniczoną funkcjonalność stosowanych przed 2019 r. systemów informatycznych Szpital nie zdecydował się na dalszą stałą współpracę z Agencją, o co wówczas wnosiła. Systemy te bowiem nie generowały danych w formacie wymaganym przez AOTMiT, a ich przygotowanie wymagało zaangażowania dodatkowych zasobów ludzkich.

Stwierdzone nieprawidłowości polegały głównie na nieujęciu w dokumentacji dotyczącej polityki rachunkowości niektórych zapisów wymaganych ustawą z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości⁴, nieprzestrzeganiu przyjętych uregulowań dotyczących m.in. obiegu dokumentów księgowych, mechanizmów kontroli dotyczących zdarzeń i operacji gospodarczych oraz przekazania danych do AOTMiT.

Zdaniem Najwyższej Izby Kontroli stwierdzone nieprawidłowości w zakresie obiegu i weryfikacji dowodów księgowych oraz przekazywania danych w procesie taryfikacji wskazują na niezapewnienie w Szpitalu funkcjonowania skutecznej i efektywnej kontroli zarządczej, o której mowa w art. 68 i 69 ustawy z 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych⁵.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny częściowej⁶ kontrolowanej działalności

OBSZAR

Opis stanu
faktycznego

1. Prowadzenie rachunku kosztów

1.1. Stosowanie podstawowych zasad rachunkowości oraz opracowanie mechanizmów kontroli zarządczej

W Szpitalu opracowano dokumentację opisującą przyjęte zasady rachunkowości (politykę rachunkowości) określoną art. 10 ustawy o rachunkowości. Przyjęto ją trzema kolejnymi zarządzeniami wewnętrznymi Dyrektora (dalej: ZW)⁷. Zasady te określały zakładowy plan kont, ustalający wykaz kont księgi głównej, przyjęte zasady klasyfikacji zdarzeń, zasady prowadzenia kont ksiąg pomocniczych oraz ich powiązania z kontami księgi głównej. Załącznikiem do ww. zarządzeń był dokument pn. „System finansowo-księgowy, a ustawa o rachunkowości”, opisujący system informatyczny i zawierający wykaz programów, procedur lub funkcji, w zależności od struktury oprogramowania. W dokumencie tym nie przedstawiono jednak metod zabezpieczenia dostępu do danych i systemu ich przetwarzania w sposób odpowiadający wymogom art. 10 ust. 1 pkt 3 litera c ustawy o rachunkowości (co opisano w pkt. 1 sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”).

Obowiązujące w jednostce zarządzenia wewnętrzne⁸ określające przyjęte zasady rachunkowości powoływały się na nieobowiązujące akty prawne i nie

⁴ Dz. U. z 2019 r. poz. 351, ze zm., dalej: ustawa o rachunkowości.

⁵ Dz. U. z 2019 r. poz. 869, ze zm.

⁶ 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.

⁷ ZW nr 147/07 z 31 grudnia 2007 r. w sprawie wprowadzenia zasad (polityki) rachunkowości w MSZ (ze zm.), uchylona ZW nr 128/2018 z 31 grudnia 2018 r. w sprawie wprowadzenia tekstu jednolitego ogólnych zasad prowadzenia ksiąg rachunkowych w MSZ (obowiązywało od 31 grudnia 2018 r.), ZW nr 76/2019 z 31 grudnia 2019 r. w sprawie wprowadzenia tekstu jednolitego zasad (polityki) rachunkowości w MSZ (obowiązywało od 1 stycznia 2020 r.)

⁸ ZW. nr 128/2018 z dnia 31 grudnia 2018 r. w sprawie wprowadzenia tekstu jednolitego Ogólnych zasad prowadzenia ksiąg rachunkowych w MSZ oraz 76/2019 r. z 31 października 2019 r. w sprawie wprowadzenia tekstu jednolitego zasad polityki rachunkowości.

odzwierciedlały przyjętych zasad rachunku kosztów. Zawarto w nich bowiem zapisy, iż szczególne zasady rachunku kosztów określa rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 grudnia 1998 r. w sprawie szczegółowych zasad rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej⁹, które zostało uchylone z dniem 1 lipca 2011 r. na mocy art. 220 pkt 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej¹⁰. Dyrektor Szpitala wskazał, iż należy to uznać za pomyłkę pisarską, bowiem Szpital dostosował się do obowiązującego w tym okresie zarządzenia.

W obowiązującej w okresie objętym kontrolą polityce rachunkowości nie określono daty rozpoczęcia eksploatacji programu informatycznego, a w polityce rachunkowości obowiązującej od 2020 r. – nie wskazano jego kolejnych wersji (opisano w pkt. 1 w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”).

(akta kontroli str. 8-140)

W okresie objętym kontrolą Szpital nie ustalił odrębnej procedury kontroli zaciągania zobowiązań finansowych. W statucie MSZ¹¹ określono, iż Rada Społeczna Szpitala przedstawia Dyrektorowi wnioski i opinie w sprawie zaciągania kredytów bankowych i dotacji, zbycia aktywów trwałych oraz zakupu lub przyjęcia darowizny nowej aparatury i sprzętu medycznego, a także planu finansowego, w tym planu inwestycyjnego. Szpital posiadał regulamin udzielania zamówień publicznych¹², w którym określił wewnętrzne zasady i organizację udzielania zamówień publicznych na dostawy, usługi i roboty budowlane oraz zamówień, do których nie stosowało się ustawy Prawo zamówień publicznych¹³. Według regulaminu obowiązującego od 25 kwietnia 2017 r. zamówień publicznych należało udzielać na podstawie planu postępowań o udzielenie zamówień publicznych, sporządzanego po przyjęciu planu finansowego. Udzielenie zamówienia publicznego uruchamiane było na podstawie wniosku, na którym m.in. Główny księgowy potwierdzał zabezpieczenie środków finansowych oraz wskazywał kwotę (z podaniem źródła finansowania), jaką zamawiający mógł przeznaczyć na realizację przedmiotowego zamówienia. Wniosek taki podlegał zatwierdzeniu, przed wszczęciem postępowania, przez Dyrektora Szpitala lub jego Zastępcę do spraw administracyjno-eksploatacyjnych oraz był zatwierdzany i ewidencjonowany przez kierownika działu zaopatrzenia i zamówień publicznych.

Zgodnie z ww. regulaminem udzielenie przed 12 lutego 2019 r. zamówienia, do którego nie stosowało się ustawy Prawo zamówień publicznych, poprzedzał, w przypadku zamówień o wartości:

- a) nieprzekraczającej 2 tys. zł netto – wniosek o zakup złożony poprzez program zamówień wewnętrznych, zatwierdzany przez Zastępcę Dyrektora ds. ekonomicznych – Głównego Księgowego,
- b) powyżej 2 tys. zł netto – wniosek o udzielenie zamówienia poprzez wybór wykonawcy, procedowany zgodnie z opisanymi powyżej zasadami.

⁹ Dz. U. nr 164, poz. 1194.

¹⁰ Dz. U. z 2020 r. poz. 295, ze zm.

¹¹ Wprowadzony uchwałą nr LII/840/14 Rady Miasta Olsztyna z 30 kwietnia 2014 r. w sprawie nadania Statutu MSZ w Olsztynie (Dz. U. Województwa Warmińsko-Mazurskiego, poz. 2016) oraz wprowadzony uchwałą nr XL/685/17 Rady Miasta Olsztyna z 27 września 2017 r. w sprawie nadania Statutu MSZ (Dz. U. Województwa Warmińsko-Mazurskiego, poz. 4135).

¹² Załącznik nr 1 do zarządzenia wewnętrznego nr 100/2011 z 31 grudnia 2011 r. w sprawie wprowadzenia Regulaminu Udzielania Zamówień Publicznych i Regulaminu Pracy Komisji Przetargowej w MSZ w Olsztynie (ze zm.) oraz załącznik nr 1 do zarządzenia nr 27/2017 z 25 kwietnia 2017 r. w sprawie wprowadzenia nowego Regulaminu udzielania zamówień publicznych w MSZ (ze zm.).

¹³ Na podstawie art. 4 pkt 8 ustawy z 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1843, ze zm.).

Od 13 lutego 2019 r.¹⁴ w przypadku zamówień, których wartość nie przekraczała kwoty 5 tys. złotych netto w Szpitalu zniesiono obowiązek stosowania pisemnego wniosku o jego udzielenie i wprowadzono zasadę sporządzania przez osobę odpowiedzialną za realizację zamówienia uzasadnienia na fakturze z uwzględnieniem opisu jego celowości i sposobu wyboru wykonawcy. Dla zamówień o wartości powyżej 5 tys. zł obowiązywała natomiast dotychczasowa procedura wyboru wykonawcy.

Dyrektor MSZ nie odniósł się do przyczyn ustalenia regulaminu udzielania zamówień publicznych, zgodnie z którym zamówienia o wartości nieprzekraczającej 5 tys. zł netto mogły być dokonywane bez potwierdzenia pokrycia wydatku w planie finansowym. W trakcie kontroli NIK Dyrektor Szpitala ZW nr 118/2020 z 15 grudnia 2020 r. w sprawie zmiany do ZW dot. regulaminu udzielania zamówień publicznych wprowadził obowiązek potwierdzania w planie rzeczowo-finansowym wydatków również w przypadku zamówień o wartości nieprzekraczającej 5 tys. zł netto.

Badanie dokumentacji dotyczącej¹⁵ udzielonych czterech zamówień na podstawie art. 4 pkt 8 ustawy o zamówieniach publicznych wykazało, iż w Szpitalu nie w pełni funkcjonowała przyjęta procedura, bowiem w przypadku dwóch z nich nie zastosowano wynikających z niej zapisów (opisano w pkt. 4 sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”).

(akta kontroli str.135-169)

W okresie objętym kontrolą w Szpitalu obowiązywała Zakładowa instrukcja obiegu dowodów księgowych¹⁶, składająca się z załączników: schematu obiegu dokumentów księgowych, wzoru podpisów osób uprawnionych do podpisywania dokumentów finansowo-rozliczeniowych oraz instrukcji inwentaryzacyjnej, kasowej i magazynowej. Zakładowy schemat obiegu dowodów księgowych wskazywał m.in. na rodzaje dowodów księgowych stosowanych w jednostce, stanowiących podstawę do dokonania zapisów księgowych, sposób i terminy oraz komórki organizacyjne zobowiązane do ich wystawiania lub otrzymania, cykl ich obiegu, zasady dekretacji i zatwierdzania dowodów księgowych oraz terminy opracowania. Określono również informacje o komórkach organizacyjnych zobowiązanych do sprawdzenia dowodów księgowych pod względem merytorycznym, formalno-rachunkowym. W przypadku zewnętrznych dowodów księgowych zakładowy schemat obiegu zawierał wskazanie, iż kontroli merytorycznej dokonuje właściwa komórka. Ponadto w Szpitalu wprowadzono wzory podpisów osób upoważnionych do kontroli, dekretacji i zatwierdzania dowodów księgowych oraz zarządzenia wewnętrzne¹⁷ wskazujące osoby odpowiedzialne za sprawdzenie faktur pod względem merytorycznym. Jednakże badanie 50 dowodów księgowych¹⁸ dotyczących operacji gospodarczych o łącznej wartości 380,6 tys. zł wykazała, że zasady zawarte w ww. dokumencie nie były w pełni stosowane, a także nie zostały one dostosowane do standardów A4 i C14 kontroli zarządczej¹⁹ (opisano w pkt. 5 sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”).

¹⁴ Zarządzenie wewnętrzne nr 10/2019 z 13 lutego 2019 r. w sprawie zmiany do zarządzenia wewnętrznego Dyrektora nr 27/2017 z 25 kwietnia 2017 r. dot. wprowadzenia nowego Regulaminu udzielania zamówień publicznych w MSZ.

¹⁵ Próbe wybrano spośród badanych 50 dowodów księgowych dotyczących operacji gospodarczych, do których zastosowanie miał Regulamin udzielania zamówień publicznych funkcjonujący w MSZ.

¹⁶ ZW nr 148/07 z 31 grudnia 2007 r. w sprawie Zakładowej Instrukcji obiegu i kontroli dowodów księgowych w MSZ (dalej: Zakładowa instrukcja obiegu dowodów księgowych).

¹⁷ W 2020 r. obowiązywało ZW nr 64/2018 z 8 czerwca 2018 r. oraz ZW nr 19/2020 z 19 lutego 2020 r. w sprawie odpowiedzialności za ewidencjonowanie i monitorowanie umów w MSZ.

¹⁸ Wylosowane metodą MUS z zapisów księgowych zaewidencjonowanych w zespole 4 w okresie styczeń - marzec 2020 r. (z pominięciem zapisów dotyczących wynagrodzeń z pochodnymi oraz operacji poniżej 500 zł).

¹⁹ Określone komunikatem nr 23 Ministra Finansów z 16 grudnia 2009 r. w sprawie standardów kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych (Dz. Urz. MF z 2009 r. nr 15 poz. 84).

Badanie próby 50 dowodów księgowych wykazało, że stosownie do art. 21 ustawy o rachunkowości, zostały one prawidłowo zarejestrowane i sprawdzone pod względem formalnym i rachunkowym przez upoważnione do tego osoby. Stwierdzono natomiast, iż nie wszystkie dowody księgowe zostały zatwierdzone pod względem merytorycznym przez osoby legitymujące się stosownym upoważnieniem (opisano w pkt. 5 sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”).

(akta kontroli str.169-456)

W okresie objętym kontrolą w Szpitalu funkcjonował rejestr aktów prawnych wewnętrznych, którego prowadzenie zgodnie z regulaminem organizacyjnym²⁰ należało do Działu organizacji i dokumentacji chorych. W rejestrze tym ujęto m.in. zarządzenia wewnętrzne dotyczące wprowadzenia zasad (polityki) rachunkowości oraz instrukcji obiegu dokumentów.

(akta kontroli str.152-254, 222-223)

Sporządzanie przez Szpital comiesięcznych zestawień obrotów i sald zbadano na próbie miesięcy luty i lipiec z lat 2015-2020. Szpital przedstawił wykaz kont księgi głównej za te okresy sprawozdawcze w latach 2015-2018 oraz zestawienie obrotów i sald kont (w ujęciu analitycznym) za ww. miesiące w latach 2019-2020. Na podstawie daty wydruku ww. wykazów i zestawień ustalono, iż wszystkie 12 wydruków/zestawień sporządzono od dwóch do siedmiu miesięcy po okresie sprawozdawczym, którego dotyczyły.

Główny księgowy Szpitala wyjaśniła, iż zestawienia obrotów i sald sporządzane były po zaksięgowaniu ostatniego dokumentu dotyczącego danego miesiąca. Przekazane kopie zawierają datę wygenerowania wydruku i okres, którego dotyczyły. Nie miał możliwości potwierdzenia, kiedy zostały sporządzone. Wskazała równocześnie, iż przed 1 sierpnia 2019 r. nie sprawowała funkcji głównego księgowego.

(akta kontroli str. 452-453, 457-560)

Operacje gospodarcze wynikające z dowodów księgowych wprowadzano, w postaci zapisu, do informatycznego systemu finansowo-księgowego Szpitala Infomedica. System finansowo-księgowy posiadał trzy statusy dekretacji dokumentów:

- „wprowadzony” – nadawany podczas wprowadzania zapisu księgowego do systemu oraz dający możliwość edycji wszystkich jego pól,
- „zatwierdzony” – nadawany po zapisaniu wprowadzonej operacji gospodarczej,
- „zaksięgowany” – nadanie tego statusu uniemożliwiało dokonania zmiany w zapisach księgowych²¹.

System Infomedica posiadał rozdzielone funkcje zatwierdzania zapisów i zamykania danego miesiąca. Uniemożliwiał zmianę poszczególnych pól zapisu po zamknięciu okresu sprawozdawczego. Na podstawie wybranych²² zapisów księgowych z miesięcy: grudzień 2019 r., sierpień i wrzesień 2020 r. stwierdzono, że w zapisach tych nie można dokonać zmian.

(akta kontroli str.565-570)

²⁰ Regulamin Organizacyjny MSZ w Olsztynie z dnia 20 grudnia 2012 r. zatwierdzony zarządzeniem wewnętrznym Dyrektora MSZ nr 113/12 z póź. zm.

²¹ Rejestr sprzedaży systemu pozwalał na zmiany w zapisie ze statusem zaksięgowany w zakresie pola „miesiąc rozliczenia vat”.

²² Zbadanych zostało pięć zapisów księgowych.

1.2. Stosowany w Szpitalu rachunek kosztów

W okresie objętym kontrolą funkcjonowały w części białej²³ Szpitala cztery systemy informatyczne, w tym dwa systemy (tj. AMMS i Infomedica²⁴) funkcjonowały do 3 września 2019 r. Oba ww. systemy były ze sobą zintegrowane²⁵.

System AMMS wdrażany był w Szpitalu sukcesywnie od lipca 2013 r. Składał się z 17 modułów m.in. Izba przyjęć, Apteka, Przychodnia-Rejestracja. Do dnia zaprzestania jego użytkowania²⁶, tj. do dnia 3 września 2019 r., nie wdrożono modułów Komercja i Blok operacyjny²⁷, m.in. ze względu na czasochłonność ich obsługi. Wszystkie dane z poszczególnych modułów były prezentowane finalnie w modułach Statystyka i Rozliczenia. Przy wykorzystaniu zapytań SQL²⁸ możliwe było również przekazanie określonych danych do AOTMiT.

W dniu 19 czerwca 2017 r. Szpital zawarł umowę, której przedmiotem było testowe wdrożenie szpitalnych systemów informatycznych, w tym także w części białej, składających się pakietu oprogramowania: Optimed NXT (HIS), Comarch (RIS), System LIS. W trakcie realizacji umowy prowadzone były prace mające na celu wytworzenie nowych i usprawnienie posiadanych przez wykonawcę systemów informatycznych, które Szpital wdrażał i testował. Wdrażany na podstawie ww. umowy szpitalny system informatyczny przeznaczony miał być do pełnej obsługi pacjentów, tj. prowadzenia dokumentacji medycznej. Umożliwić miał również dokonywanie rozliczeń z NFZ oraz integrację z innymi systemami informatycznymi.

W wyniku ww. umowy rozpoczęto od 3 września 2019 r. wdrażanie²⁹ dwóch systemów, tj. OPTIMED NXT oraz Centrum. W ramach systemu Centrum zapewniono funkcjonalności: Laboratorium, Bank krwi, z których przekazywane były zlecenia i wyniki do systemu Optimed NXT. System Optimed NXT obejmował natomiast 19 funkcjonalności, w tym m.in.: Blok Operacyjny, Apteka, Apteczka Oddziałowa, Zakażenia Szpitalne, Dokumentacja Medyczna, Obchód (aplikacja mobilna), Administracja (zarządzanie systemem).

Systemy informatyczne, funkcjonujące w Szpitalu w okresie objętym kontrolą:

- wykorzystywane były do prowadzenia dokumentacji pacjenta,
- umożliwiały zapisy informacji o czasie zabiegu³⁰ i personelu medycznym zaangażowanym w daną procedurę,
- pozwalały na przypisanie kosztu leków i wyrobów medycznych oraz procedur medycznych³¹ do danego pacjenta³²,
- umożliwiały ewidencjonowanie wyników badań³³,

²³ Część biała – część kliniczna podmiotu leczniczego/systemu informatycznego.

²⁴ Składający się z modułów Blok operacyjny, Apteka, Apteczki oddziałowe, Laboratorium.

²⁵ Szpital na dzień dokonania oględzin, tj. 8 października 2020 r. nie użytkował systemu Infomedica (nie posiadał już licencji na użytkowanie systemu), co uniemożliwiło jego oględziny, jednakże ze względu na zintegrowanie z systemem AMMS było możliwe odczytanie zapisanych tam zbiorów danych.

²⁶ W okresie kontroli możliwe było korzystanie z systemu z uwagi na ewentualną weryfikację świadczeń przez NFZ.

²⁷ Wykorzystywano w tym zakresie funkcjonalność systemu Infomedica.

²⁸ Opracowywanych przez pracownika Szpitala.

²⁹ Proces na dzień zakończenia czynności kontrolnych, tj. 18 grudnia 2020 r. nie został zakończony.

³⁰ W systemie AMMS wszystkim rodzajom personelu zaangażowanego w procedurę przypisywano taki sam czas. Na bloku operacyjnym system dzielił zabieg na część anestezyjologiczną i zabiegową. Czas w części anestezyjologicznej liczony był od rozpoczęcia znieczulenia do wybudzenia pacjenta, a w części zabiegowej – czas zabiegu. Dla wszystkich osób zaangażowanych w poszczególne części zabiegu liczono jednakowy czas. W systemie Optimed NXT dane ewidencjonowane były dla każdego z członków personelu w sposób zindywidualizowany. W przypadku poradni system wskazywał datę rozpoczęcia procedury (brak było natomiast czasu jej trwania).

³¹ Wraz z podaniem kodu świadczenia ICD-9, system Optimed NXT pozwalał na wskazanie kodu świadczenia głównego.

³² System AMMS nie pozwalał jednak na generowanie masowych raportów z danymi kosztowymi.

- zapewniały możliwość prowadzenia elektronicznej wersji księgi zabiegowej bloku operacyjnego,
- pozwalały na generowanie, w formie edytowalnej, raportu z wynikami i opisami badań.

Funkcjonalność Systemu ESA (moduł kontrolingowy) pozwalała na uzyskanie raportu dotyczącego kosztów poszczególnych procedur³⁴.

(akta kontroli str. 565-566, 574-599)

W ramach części szarej³⁵ funkcjonował, od 1 stycznia 2007 r., system Infomedica, składający się z powiązanych ze sobą modułów: Finansowo-Księgowego, Rejestru Sprzedaży, Rejestru VAT, Rejestru Bankowego, Kasy, Kosztów i Administratora FK. W trakcie kontroli NIK Szpital prowadził prace zmierzające do zmiany ww. systemu na system EGERIA.

(akta kontroli str. 565-566, 574-593)

W okresie objętym kontrolą Szpital, w ramach modułu kontrolingowego, posiadał działające w systemach informatycznych moduły: System Wspomagania Decyzji³⁶, Wycena Kosztów Normatywnych oraz Kalkulacja Kosztów Leczenia³⁷, a po 3 września 2019 r. – w module Kalkulacja Kosztów Rzeczywistych (ESA)³⁸.

(akta kontroli str. 565-566)

Stosowany przez Szpital rachunek kosztów nie był dostosowany do przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 lipca 2015 r. w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców³⁹. Główny księgowy MSZ wyjaśnił, iż w ograniczonej funkcjonalnością systemu informatycznego zakresie, Szpital dostosował się do przepisów ww. rozporządzenia w sposobie identyfikacji i gromadzenia kosztów faktycznie poniesionych. Szpital natomiast nie posiadał modułu stricte kontrolingowego, w związku z tym etapy kalkulacji kosztów odbywały się w innych modułach, tak by zapewnić informację o zużytych materiałach i koszcie procedur dla poszczególnych ośrodków powstawania kosztów.

(akta kontroli str. 600, 602-603)

W okresie objętym kontrolą ewidencja kosztów w Szpitalu prowadzona była równocześnie na kontach zespołu 4 oraz 5.

W latach 2015-2018⁴⁰ oraz od 1 stycznia 2020 r. Dyrektor określił wykaz ośrodków kosztów, dla których koszty ewidencjonowane były w układzie podmiotowo-przedmiotowym. Wyodrębniono następujące ośrodki kosztów:

- koszty działalności zadaniowej,
- koszty działalności usługowej,
- koszty zarządu⁴¹.

³³ Nie dotyczyło to wszystkich wyników/opisów np. w systemie AMMS brak było możliwości załączenia diagnostyki obrazowej w przypadku procedury RTG oraz wyników wykonywanych przez podmioty zewnętrzne. W przypadku systemów obowiązujących od 3 września 2019r. Szpital podjął działania zmierzające do zintegrowania podmiotów zewnętrznych, doprowadzając do tego w jednym przypadku.

³⁴ Za pośrednictwem modułu Apteka, w którym ewidencjonowane były koszty, poprzez dane leku i dowodu zakupu, pozwalał on na wygenerowanie faktycznie poniesionych kosztów leków i procedur medycznych na każdym etapie hospitalizacji pacjenta.

³⁵ Część szara – część administracyjna podmiotu leczniczego/systemu informatycznego.

³⁶ Dotyczący danych finansowych.

³⁷ Moduł ten nie został wdrożony z powodu mało precyzyjnej metodologii liczenia kosztów. Wykorzystywano zapytania SQL.

³⁸ Na dzień zakończenia kontroli, tj. 18 grudnia 2020 r. moduł ten był wdrażany i nie miał oczekiwanej funkcjonalności. Szpital prowadził prace zmierzające do zbudowania systemu wspomagającego analizę kosztów rzeczywistych.

³⁹ Dz. U. poz. 1126.

⁴⁰ Do 30 grudnia 2018 r.

W okresie od 31 grudnia 2018 r. do 31 grudnia 2019 r. Dyrektor MSZ nie określił zarządzeniem wykazu ośrodków kosztów, w tym kosztów zarządu, mimo zawarcia takiej informacji w polityce rachunkowości. Dyrektor Szpitala wyjaśnił, iż ośrodki kosztów określono w systemie finansowo-księgowym i były stosowane w jednostce. Koszty zarządu nieuwzględnione w polityce rachunkowości były wyodrębnione, co potwierdzają prowadzone w okresie księgi rachunkowe.

W zespole kont kosztów w układzie funkcjonalnym (zespół 5) w zakresie działalności odpowiadającej działalności podstawowej i pomocniczej utworzono poziomy kont analitycznych zawierające podział na typ działalności (np. oddziały szpitalne, poradnie specjalistyczne), jak również:

- koszty bezpośrednie (koszty osobowe, materiałowe, amortyzacji i aparatury, będącej wyposażeniem danego ośrodka kosztów),
- koszty pośrednie (koszty pośrednie zwiększające koszt funkcjonowania poszczególnych ośrodków według kluczy doliczeniowych).

W latach 2015-2019 nie tworzone kont analitycznych dla ośrodków kosztów w zakresie kosztów zarządu.

(akta kontroli str. 8-34, 57-119, 135-138, 610-615)

W latach 2017-2020 Szpital prowadził ewidencję czasu pracy zatrudnionego personelu⁴², w formie papierowej a w przypadku czasu pracy pielęgniarek i położnych była ona prowadzona z wykorzystaniem programu kadrowego (grafiki).

(akta kontroli str. 610-638)

Funkcjonujące w Szpitalu, w okresie objętym kontrolą, zarządzenia wewnętrzne⁴³ określały, iż dokumentacja medyczna prowadzona była w postaci papierowej lub elektronicznej (w systemach informatycznych AMMS⁴⁴ oraz Optimed NXT). Pracownik Szpitala wyjaśnił, że większość dokumentacji wewnętrznej tworzona była elektronicznie, jednak ze względów organizacyjno-technicznych część dokumentacji (historia choroby) prowadzona była w wersji papierowej.

Dokumentacja utworzona w formie elektronicznej spełniała wymagania rozporządzeń w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania⁴⁵ m.in. w zakresie: zabezpieczenia dokumentacji przed uszkodzeniem lub utratą, zapewnienia identyfikacji osoby dokonującej wpisu oraz osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych, zapewnienia jej udostępnienia, w tym przez eksport, możliwości dołączenia dokumentacji utworzonej w innej postaci, w tym zdjęć radiologicznych.

Szpital rozpoczął wdrażanie przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania⁴⁶. Część personelu podpisywała dokumentację przy pomocy podpisu elektronicznego, o którym mowa w § 4 ust. 3 tego rozporządzenia.

⁴¹ ZW nr 76/2019 z dnia 31 października 2019 r. w sprawie wprowadzenia tekstu jednolitego zasad (polityki) rachunkowości w MSZ, wprowadzało grupę OPK – ośrodki kosztów zarządu i ogólnozakładowe.

⁴² W tym także na podstawie umów cywilno-prawnych, kontraktów.

⁴³ Zasady prowadzenia dokumentacji uregulowane ZW nr 32/13 z dnia 13 czerwca 2013 r., ZW nr 67/2015, 63/2017 z dnia 23 października 2017 r. oraz 75/2020 z dnia 28 sierpnia 2020 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania w MSZ.

⁴⁴ Do września 2019 r.

⁴⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2014 r. poz. 177, ze zm.), rozporządzenie Ministra Zdrowia z 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. poz. 2069), uchylone od 15 kwietnia 2020 r.

⁴⁶ Dz. U. poz. 666, ze zm.

Do wymogów ww. rozporządzenia częściowo dostosowano także regulacje wewnętrzne⁴⁷.

(akta kontroli str. 600-606, 639-652)

W okresie objętym Dyrektor Szpitala wprowadził zarządzeniami wewnętrznymi⁴⁸:

- cennik usług dla zakładów opieki zdrowotnej, ustalony dla zakładów korzystających z pracowni diagnostycznych Szpitala, zlecających badania swoich pacjentów,
- cennik usług Szpitala skierowany do pacjenta nieubezpieczonego.

W przypadku innych zakładów opieki zdrowotnej Szpital wycenił badania: laboratoryjne, radiologiczne, USG, endoskopowe, nieinwazyjne serca, okulistyczne i dermatologiczne oraz usługi w zakresie sterylizacji narzędzi i sprzętu medycznego. Szpital wycenił również następujące świadczenia:

- hospitalizacje, porady i zabiegi,
- badania laboratoryjne,
- badania radiologiczne,
- badania USG,
- badania endoskopowe,
- badania nieinwazyjne serca,
- procedury realizowane w ramach oddziału leczenia otyłości (oddział komercyjny),
- zabiegi fizjoterapeutyczne,
- zabiegi rehabilitacyjne.

Do sporządzania wyceny kosztów normatywnych na bloku operacyjnym Szpital wykorzystywał system informatyczny Infomedica (moduł WKN).

(akta kontroli str.601-606, 656-687)

Sprawozdania finansowe Szpitala za lata 2015-2019 zostały poddane badaniu przez niezależnych biegłych rewidentów. W ich ocenie sprawozdania te przedstawiały, we wszystkich istotnych aspektach, rzetelnie i jasne informacje do oceny sytuacji majątkowej i finansowej oraz zostały sporządzone zgodnie z zasadami (polityką) rachunkowości, na podstawie prawidłowo prowadzonych ksiąg rachunkowych, zgodnie z przepisami rozdziału 2 ustawy o rachunkowości.

(akta kontroli str. 688-717)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Przyjęte w Szpitalu zarządzenia wewnętrzne określające ustalone w jednostce zasady rachunkowości nie spełniały wymagań określonych ustawą o rachunkowości, bowiem:
 - w całym okresie objętym kontrolą nie określono daty rozpoczęcia eksploatacji programu informatycznego Infomedica, a w przypadku polityki rachunkowości obowiązującej od 1 stycznia 2019 r. nie wskazano także wersji tego programu oraz nie odnotowywano zmiany stosowanej wersji programu i daty rozpoczęcia jej użytkowania, czym naruszono było niezgodne z art. 10 ust. 1 pkt 3 lit. c ustawy o rachunkowości;

⁴⁷ ZW. nr 75/2020 z dnia 28 sierpnia 2020 r. w sprawie w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania w MSZ.

⁴⁸ Nr 112/09 z 19 listopada 2009 r. w sprawie cenników usług w Miejskim Szpitalu Zespolonym w Olsztynie, zmienione m.in. zarządzeniami wewnętrznymi nr 22/15 z 10 kwietnia 2015 r.; nr 41/16 z 11 października 2016 r.; nr 10/17 z 15 lutego 2017 r.; nr 36/17 z 13 czerwca 2017 r.; nr 77/17 z 12 grudnia 2017 r.; nr 3/18 z dnia 27 lutego 2018 r.; nr 51/18 z 24 kwietnia 2018 r.

- w okresie od 31 grudnia 2007 r. do dnia 30 grudnia 2018 r. nie określono roku obrotowego i wchodzących w jego skład okresów sprawozdawczych, co było niezgodne z art. 10 ust. 1 pkt 1 ustawy o rachunkowości;
- w stosowanym w jednostce dokumencie „System finansowo-księgowy, a ustawa o rachunkowości”, w części dotyczącej programowych zasad ochrony danych, nie określono wymaganych art. 10 ust. 1 pkt 3 lit. c ustawy o rachunkowości zasad ochrony danych, tj. stosowanych nośników danych, środków ochrony zewnętrznej, zasad tworzenia rezerwowych kopii zbiorów danych oraz nie wskazywał stosowanych rozwiązań organizacyjnych, chroniących przed nieupoważnionym dostępem lub zniszczeniem, co było wymagane art. 10 ust. 1 pkt 3 lit. c ustawy o rachunkowości w związku z art. 71 ust. 2 ww. ustawy.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, iż określenie roku obrotowego i wchodzących w jego skład okresów sprawozdawczych, metody wyceny aktywów i pasywów zawarto we wprowadzeniu oraz informacji dodatkowej do sprawozdań finansowych za kolejne lata obrotowe. Dyrektor jednostki wskazał ponadto, iż podczas wprowadzania tekstu jednolitego polityki rachunkowości nie zwrócono uwagi na brak wskazania aktualnej wersji oprogramowania.

NIK zwraca uwagę, że sprawozdania finansowe nie stanowią dokumentacji wchodzącej w skład polityki rachunkowości, a ustalenie ww. zasad należy do obowiązków kierownika jednostki.

Pracownicy Szpitala wyjaśnili, że od 2013 r. stosowane były w jednostce rozwiązania sprzętowe zapewniające ochronę danych, a opisane w dokumencie „System finansowo-księgowy, a ustawa o rachunkowości” rozwiązania były stosowane w stopniu minimalnym lub wyższym. Ponadto zapisy takie zostaną ujęte w aktualizacji instrukcji wykonywania kopii bezpieczeństwa w systemach informatycznych.

NIK zauważa, iż polityka rachunkowości powinna określać konkretne reguły oraz praktyki związane z prowadzeniem rachunkowości przyjęte w danej organizacji. Nie może mieć charakteru otwartego, dopuszczającego różne możliwości.

(akta kontroli str. 7-30, 58-98, 120-134)

2. W Szpitalu nie przestrzegano przyjętych uregulowań wewnętrznych określających zasady obiegu dokumentów księgowych, bowiem:

- 38 na 50 zbadanych dowodów księgowych (76%) nie zostało ujętych w rejestrze (dzienniku korespondencyjnym) prowadzonym przez sekretariat Szpitala,
- 26 na 50 zbadanych dowodów zakupu (52%) nie zostało ujętych we wstępnym rejestrze dowodów zakupu prowadzonym przez księgowość,
- w przypadku ośmiu na 12⁴⁹ zbadanych dowodów zakupu (66,6 %) kontroli merytorycznej dokonano po określonym w Zakładowej instrukcji obiegu dokumentów księgowych terminie czterech dni od dnia ich wpływu. Opóźnienia wynosiły od jednego do 10 dni.

Było to niezgodne z Zakładową instrukcją obiegu dowodów księgowych, zgodnie z którą dowody zakupu (m.in. faktury VAT, faktury korygujące) należało ująć w rejestrze prowadzonym przez sekretariat Szpitala oraz nadać im numer i datę wpływu. W przypadku dowodu zakupu otrzymanego przez komórkę merytoryczną bezpośrednio od dostawcy, po wcześniejszej kontroli merytorycznej, winien on być przekazany do sekretariatu celem ujęcia go w rejestrze. Ponadto pracownicy Działu Księgowości Szpitala zobowiązani byli do prowadzenia rejestru wstępnego dowodów zakupu.

⁴⁹ Uwzględniono w badaniu wyłącznie dokumenty ujęte w rejestrze sekretariatu, które posiadały datę wpływu do jednostki.

Z rozdzielnika Zakładowej instrukcji obiegu dowodów księgowych wynikało, iż pracownik sekretariatu nie został z nim zapoznany, co było niezgodne ze standardem D16 standardów kontroli zarządczej, zgodnie z którym pracownikom należy zapewnić, w odpowiedniej formie i czasie, właściwe oraz rzetelne informacje potrzebne do realizacji zadań.

Pracownik Szpitala odpowiedzialny za prowadzenie sekretariatu wskazał, iż w dzienniku korespondencyjnym szpitala rejestrowana była poczta oraz dokumenty dostarczone osobiście. Powyższe postępowanie wynikało z wyznaczonej przez Dział Księgowości ścieżki, a z jego wiedzy wynikało, iż pozostałe dokumenty były przekazywane do księgowości, gdzie były ewidencjonowane. Z uwagi na to, że w miesiącu wpływa ok. 2 tys. faktur nie była możliwa rejestracja ich wszystkich.

Dyrektor Szpitala wskazał ponadto, iż opóźnienia w zatwierdzaniu merytorycznym dokumentów wynikały z absencji pracowników, wyjaśnień z dostawcami lub koniecznością przygotowania czasochłonnnych zestawień umożliwiających prawidłową ewidencję faktur na kontach zespołu 4 i 5.

Dyrektor Szpitala wskazał, iż faktury dotyczące usług medycznych i towarów przekazanych z magazynów ewidencjonowane są w działach merytorycznych. Główny księgowy jednostki wyjaśnił ponadto, iż taka praktyka nie została uregulowana zarządzeniami wewnętrznymi.

(akta kontroli str. 170-180, 224-374, 415-419, 375, 452-453, 456)

3. Plan finansowy Szpitala na 2020 r. ustalony został przez kierownika kontrolowanej jednostki dopiero 5 czerwca 2020 r. Takie postępowanie nie było rzetelne⁵⁰ i nie służyło prawidłowej realizacji obowiązku wynikającego z art. 53 ustawy o działalności leczniczej, zgodnie z którym podstawą gospodarki samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej jest plan finansowy. Uniemożliwiała także prawidłową realizację procedury wynikającej z Regulaminu udzielania zamówień publicznych, tj. wskazanie źródła finansowania zamówienia wraz z podaniem punktu w planie finansowym. Podkreślić należy, że Szpital już 28 grudnia 2019 r. posiadał m.in. wiedzę o przychodach z tytułu kontraktu z NFZ, co pozwalało opracować projekt takiego planu. Koszty na dzień 31 maja 2020 r. wynosiły 49 085,7 tys. zł.

Była Dyrektor Szpitala wskazała, iż plan ustalony został wcześniej, jednak ostateczną wersję opatrzoną podpisem dyrektora oraz opiniowaną przez Radę uchwalono w czerwcu 2020 r. Rada Społeczna początkowo miała obiekcje co do takiej procedury, ale przyjęła wyjaśnienia Dyrektora. Taki tryb był konieczny i spowodowany ewentualnymi korektami do planu w związku z różnymi sytuacjami, jakie mogą mieć miejsce i jakie miały miejsce w roku 2020.

NIK zauważa, iż w świetle przepisów ustawy o działalności leczniczej podstawą gospodarowania Szpitala może być wyłącznie plan finansowy.

(akta kontroli str. 135-138, 423-437, 452-453)

4. W przypadku dwóch⁵¹ z czterech objętych badaniem zamówień Szpital nie zastosował procedury określonej ZW nr 27/2017 z dnia 25 kwietnia 2017 r. w sprawie wprowadzenia nowego Regulaminu udzielania zamówień publicznych w MSZ⁵². Zgodnie z § 24 ww. regulaminu, w przypadku pilnej potrzeby udzielenia

⁵⁰ Kontrola z zastosowaniem kryterium rzetelności oznacza badanie, czy pracownicy i inne osoby odpowiedzialne za określoną działalność w kontrolowanej jednostce wykonywali swoją działalność z należytą starannością i we właściwym czasie.

⁵¹ Zamówienia: 4511335141 (faktura nr 394108037 z 20 stycznia 2020 r.) dotycząca regeneracji narzędzi chirurgicznych i wymiany sprzętu oraz 155/2019 (faktura nr FA/90/2020 z 11 marca 2020 r.) dotycząca naprawy napędu ortopedycznego.

⁵² W brzmieniu ustalonym ZW nr 10/2018 z 13 lutego 2019 r. w sprawie zmiany ZW nr 27/2017 z 25 kwietnia 2017 r. dot. wprowadzenia nowego Regulaminu udzielania zamówień publicznych w MSZ.

zamówienia, np. w przypadku usunięcia awarii instalacji lub urządzenia medycznego, wnioski o ich uruchomienie składane są zgodnie z załącznikiem do Regulaminu do Dyrektora lub jego zastępcy ds. administracyjno-eksploatacyjnych. Wniosek taki zawiera dane komórki wnioskującej wraz z określeniem przedmiotu i wartości zamówienia, zatwierdzenie przez Dyrektora lub jego zastępcy do Spraw administracyjno-eksploatacyjnych, uzupełnione przez Głównego Księgowego o maksymalną wartość środków wraz z podaniem źródła finansowania oraz część uzupełnioną przez Dział zamówień publicznych (zawierający numer wniosku i datę wpływu). W dwóch przypadkach zamówienie zrealizowano bez zasięgnięcia opinii kierownika działu zaopatrzenia i zamówień publicznych oraz bez zaewidencjonowania wniosków przez ten dział. W jednym z nich nie wystosowano przedmiotowego wniosku i nie uzyskano stosownej adnotacji księgowego o zabezpieczeniu środków, w drugim natomiast – wniosek Szpitalowi przedstawił wykonawca świadczący usługi, bez spełnienia wymogów określonych przedmiotowym załącznikiem.

Były Dyrektor wyjaśnił, iż możliwe, że wynikało to z chęci jak najszybszego wykonania naprawy sprzętu użytkowanego na bloku operacyjnym.

(akta kontroli str. 135-169, 159-169, 269-271, 278-282, 291-295, 340-346, 420-421, 449-451)

5. Obowiązujące w Szpitalu w okresie objętym kontrolą uregulowania dotyczące nadawania uprawnień nie były dostosowane do standardów C14 i A4 kontroli zarządczej. Tymczasem uprawnienia w zakresie zatwierdzania operacji gospodarczych zawarto w kilku dokumentach, tj. w postaci karty wzorów podpisów⁵³, zarządzeniach wewnętrznych określających stanowiska osób odpowiedzialnych za sprawdzanie faktur pod względem merytorycznym⁵⁴, upoważnieniach pisemnych Dyrektora udzielanych w umowach cywilno-prawnych, upoważnieniach ogłaszanych na stronach internetowych Szpitala, co nie służyło prawidłowej realizacji zadań dotyczących postępowania z dowodami księgowymi. Ponadto upoważnienia udzielane były przez personel Szpitala także innym pracownikom. Stwierdzono m.in., iż w jednym przypadku upoważniony zarządzeniem wewnętrznym pracownik udzielił upoważnienia swojemu zastępcy, który udzielił upoważnienia kolejnej osobie. W wyniku takiej sytuacji w przypadku dwóch dowodów księgowych⁵⁵ na kwotę 25,6 tys. zł merytorycznie dokument zatwierdziły osoby, które nie zostały do tego upoważnione we właściwy sposób.

Ponadto stwierdzono, że w wewnętrznych uregulowaniach dopuszczono, aby te same osoby mogły dokonywać sprawdzenia dowodów księgowych pod względem merytorycznym, jak również zatwierdzać je do wypłaty. W konsekwencji Zastępcy Dyrektora uprawnieni do zatwierdzania dokumentów dokonywali także kontroli merytorycznej dokumentów⁵⁶.

Dyrektor wyjaśnił, iż w zarządzeniach wskazano osoby odpowiedzialne za ewidencjonowanie i monitorowanie umów oraz sprawdzanie pod względem merytorycznym, ale nie wprowadzono zakazu substytucji tego zakresu na innych podwładnych dedykowanych do tych zadań. Ponadto wyjaśnił, iż nastąpił podział

⁵³ ZW nr 148/07 z 31 grudnia 2007 r. w sprawie zakładowej instrukcji obiegu i kontroli dokumentów księgowych. W Szpitalu funkcjonowały ponadto karty wzorów podpisów, które nie zostały wprowadzone zarządzeniami wewnętrznymi Dyrektora.

⁵⁴ ZW. nr 67/2018 z 8 grudnia 2018 r. oraz ZW nr 19/2020 z 19 lutego 2020 r. w sprawie odpowiedzialności za ewidencjonowanie i monitorowanie umów w MSZ.

⁵⁵ FV9100091873 z 16 stycznia 2020 r. dot. odczynników laboratoryjnych, którą podpisała osoba posiadająca upoważnienie do sprawdzania faktur pod względem merytorycznym, wystawionych przez lekarzy świadczących pracę na oddziale, w którym świadczył pracę koordynator oraz FV 320201 z 23 marca 2020 r. dot. zakupu sprzętu, którą podpisała osoba nieposiadająca upoważnienia.

⁵⁶ W przypadku dokumentu FV 12/03/2020 oraz FV 7271012389.

obowiązków, ale w szczególnych przypadkach braku możliwości potwierdzenia zakupów lub usług, gdzie jedynymi osobami mogącymi potwierdzić zdarzenie gospodarcze, byli Dyrektorzy Szpitala, którzy potwierdzali pod względem merytorycznym. Zatwierdzenia dokonywała zaś inna osoba zgodnie z kartą wzoru podpisów.

(akta kontroli str. 127-133, 170-419, 421-422, 449-455)

OCENA CZĄSTKOWA

W latach 2015-2020 w Szpitalu przyjęto zarządzeniami wewnętrznymi politykę rachunkowości oraz opracowano mechanizmy kontroli dotyczące operacji finansowych i gospodarczych. Stosowany w Szpitalu rachunek kosztów, w tym ewidencjonowania kosztów na kontach zespołu 4 i 5, dostarczał informacji umożliwiających zarządzanie jednostką. W Szpitalu funkcjonowały systemy informatyczne umożliwiające ewidencjonowanie danych finansowych oraz niefinansowych. Funkcjonujący do września 2019 r. system informatyczny nie zapewniał jednak generowania masowych raportów w formacie wymaganym przez Agencję. Pozytywnie należy ocenić fakt, że Szpital zawarł umowę dotyczącą wprowadzenia szpitalnego systemu informatycznego mającego usprawnić wszystkie procesy dotyczące obsługi pacjenta, tj. m.in. prowadzenie dokumentacji medycznej, umożliwienie rozliczania z NFZ oraz integrację z innymi systemami informatycznymi. Stwierdzone nieprawidłowości polegały na niezawarcie w dokumentacji dotyczącej polityki rachunkowości niektórych zapisów wymaganych ustawą o rachunkowości, nieprzestrzeganiu przyjętych uregulowań wewnętrznych oraz mechanizmów kontroli dotyczących operacji gospodarczych.

OBSZAR

2. Prawdliwość przekazywania danych w procesie taryfikacji

2.1. Zakres współpracy z Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

Opis stanu faktycznego

W okresie objętym kontrolą Szpital zawarł z Agencją dwie umowy⁵⁷. Podstawą ich podpisania był art. 31lc ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁵⁸, zgodnie z którym Agencja zawierała umowy z tymi podmiotami, które zapewniały najwyższą jakość i kompletność przekazywanych danych, wyłonionymi w postępowaniu ogłoszonym przez Agencję. Umowa z dnia 27 lipca 2016 r. dotyczyła bieżącej współpracy, w ramach której przekazywane były za lata 2016-2017 dane:

- identyfikujące świadczenie w ujęciu na jednego pacjenta,
- dotyczące świadczeń medycznych, produktów leczniczych, wyrobów medycznych, procedur i zaangażowania personelu medycznego,
- kosztowe w zakresie informacji statystycznych, finansowo-księgowych oraz o zatrudnieniu,
- dotyczące cennika procedur i obrotu magazynowo-aptecznego.

Umową z 5 grudnia 2016 r. Szpital zobowiązał się do przekazania danych dotyczących wszystkich medycznych ośrodków powstawania kosztów realizujących świadczenia z działalności podstawowej w rodzaju leczenie szpitalne oraz wszystkich ośrodków działalności pomocniczej medycznej realizujących świadczenia zdrowotne na rzecz ośrodków działalności podstawowej za rok 2015.

⁵⁷ Umowa nr AOTMiT/06/T/WB/2016 z 26 lipca 2016 r. wraz z aneksem nr 2 z 7 czerwca 2017 r. oraz umowa nr AOTMiT/02/T/21/2016 z 5 grudnia 2016 r.

⁵⁸ Dz. U. z 2015, poz. 581 ze zm., w brzmieniu obowiązującym do 23 lipca 2017 r.

Szpital przekazywał Agencji ww. dane za okresy kwartalne, półroczne i roczne.

Prezes AOTMiT pismem z 20 listopada 2018 r. zaproponował Szpitalowi dalszą bieżącą współpracę, a w ramach nieodpłatnego przekazywania danych, oferował pomoc techniczną i merytoryczną ze strony pracowników Agencji. Prezes wskazywał ponadto na ogromne zaangażowanie pracowników Szpitala w przekazywanie danych oraz usprawnianie procesu ich przekazywania.

Szpital nie zdecydował się na podjęcie z Agencją dalszej stałej współpracy. Pracownik realizujący zadania związane z przekazywaniem danych do AOTMiT wskazał, iż implementowane w Szpitalu systemy informatyczne nie realizowały zadań związanych z obsługą procesu opracowywania danych w formacie wymaganym przez Agencję, co wymagało zaangażowania zasobów ludzkich. Ponadto Szpital dokonywał zmiany systemu rozliczeń i systemu informatycznego i bazując na dwuletniej współpracy z AOTMiT przewidywał w związku z tym problemy z pozyskaniem danych w formie wymaganej przez Agencję. Szpital 2 maja 2018 r. otrzymał wniosek Agencji nr AOTMiT/40/0089/2018/WT o udostępnienie danych dotyczących ustalenia taryfy świadczeń gwarantowanych w obszarze chorób układu moczowo-płciowego (dalej: „Dane Układ moczowo-płciowy”). Dane objęte wnioskiem⁵⁹ zostały przekazane w dniu 29 czerwca 2018 r.

(akta kontroli str.718-805)

2.2. Przekazywanie danych w ankietach stosowanych w toku naboru świadczeniodawców

W okresie objętym kontrolą Szpital przekazał Agencji dwie ankiety zgłoszeniowe w toku prowadzonego postępowania zmierzającego do ustalenia taryfy świadczeń gwarantowanych, tj. ankietę: nr 21 – dotyczącą danych finansowo-księgowych za rok 2015 oraz nr 14 – dotyczącą bieżącej współpracy z AOTMiT w rodzaju leczenie szpitalne. W ankietach tych Szpital przekazywał rzetelne dane dotyczące m.in.: danych podmiotu, standardu rachunku kosztów, informacji o ilości pacjentów, którym przypisano leki i wyroby medyczne. Jednocześnie przekazał niezgodne ze stanem faktycznym dane lub informacje dotyczące:

- liczby komórek organizacyjnych będących oddziałem szpitalnym z wyłączeniem enumeratywnie wymienionych komórek – było 14, a winno być 15⁶⁰ (dane te zostały, na wniosek Agencji, zweryfikowane przed podpisaniem z nią umowy),
- liczby sprawozdanych w 2015 r. hospitalizacji (było 1589, a winno być 19 066),
- procentu pacjentów, dla których przypisano w systemie elektronicznym koszt wynagrodzenia personelu przypisanego do danej procedury⁶¹.

Pracownik Szpitala odpowiedzialny za współpracę z Agencją wyjaśnił, iż podał liczbę komórek niezgodnie z Komunikatem ogłoszonym przez AOTMiT dotyczącym definicji komórki organizacyjnej, z uwagi na wyodrębnienie w MSZ w ramach jednego kodu dwóch funkcjonalnie niezależnych miejsc realizacji świadczeń z wydzielonymi kodami OPK. Liczba ta została zweryfikowana i umowę podpisano na właściwą liczbę komórek. Dokumentację medyczną prowadzono z wykorzystaniem systemu elektronicznego, jednak cała historia choroby była prowadzona w formie papierowej. Ponadto część dokumentacji nie była rejestrowana w systemie, np.: świadczenia diagnostyczne, laboratoryjne wykonywane przez podmioty zewnętrzne. Różnica w liczbie sprawozdanych

⁵⁹ Dotyczące poradni urologicznej, bowiem części dotyczące hospitalizacji zostały przekazane w ramach stałej współpracy.

⁶⁰ Dotyczy ankiety nr 14.

⁶¹ W trakcie oględzin systemu informatycznego AMMS ustalono, iż nie ewidencjonowano w tym systemie kosztów wynagrodzenia personelu medycznego.

hospitalizacji wynikała z podania średniomiesięcznej liczby hospitalizacji. Podanie w taki sposób danych związane było ze sposobem kategoryzowania zawartych umów. Ponadto Szpital posiadał przypisane koszty wynagrodzenia pacjentów w systemach kadrowych i księgowych, więc miał możliwość podania tych danych.

(akta kontroli str. 806-862)

2.3. Przekazanie danych finansowo-księgowych oraz kliniczno-kosztowych

Szczegółową analizą objęto przekazane przez Szpital „Dane Układ moczowo-płciowy”. Udostępnienie danych dotyczących chorób układu moczowo-płciowego z zakresu leczenia szpitalnego oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej nastąpiło na podstawie wniosku Agencji o udostępnienie danych nr AOTMiT/40/0089/2018/WT i obejmowało 2017 r.

Przygotowaniem danych zajmował się główny specjalista ds. analiz Działu rozliczeń, analiz medycznych i statystyki⁶², podlegający kierownikowi Działu. Na dzień przekazania danych pracownicy ww. Działu uczestniczyli w szkoleniu związanym z przekazywaniem danych do Agencji, tj. przekazywania danych finansowo-księgowych (plik FK) za rok 2015⁶³.

Wnioskowane listy OPK Szpital przekazał według wzoru wskazanego w postępowaniu⁶⁴ ogłoszonym przez Prezesa AOTMiT 4 kwietnia 2018 r., za pomocą wskazanego we wniosku kanału dostępowego⁶⁵.

Dane przekazane AOTMiT pochodziły z modułu Rozliczenia systemu AMMS oraz danych przekazanych przez Dział księgowości Szpitala, natomiast dane dotyczące zatrudnienia (w tym na umowy cywilno-prawne) pochodziły z Działu kadr oraz z systemu komunikacji płatnika z świadczeniodawcą (SZOI). Zgromadzone dane wymagały nakładu pracy manualnej, bowiem koniecznym było przeniesienie do pliku FK danych pozyskanych w formie papierowej (w zakresie zatrudnienia, kosztu utrzymania oraz amortyzacji środków trwałych i wartości niematerialnych i prawnych). Ponadto pliki księgowe wymagały opracowania ich i przedstawienia w formie elektronicznej bazy danych.

Przekazane dane obejmowały:

- przychody z tytułu kontraktów z NFZ⁶⁶ (w tym także przychody z tytułu nadwykonań) zrealizowane w danym roku⁶⁷,
- koszt całkowity⁶⁸,
- koszty leków i wyrobów medycznych⁶⁹, w tym nieprzypisanych do pacjenta⁷⁰,

⁶² Zgodnie ZW Nr 113/12 z 12 grudnia 2012 r. w sprawie Regulaminu organizacyjnego do zadań Działu należała m.in. analiza świadczeń, tworzenie zestawień kosztów i przychodów z podziałem na komórki organizacyjne wycena kosztów leczenia pacjenta na oddziałach niezabiegowych oraz wyliczanie rzeczywistego kosztu realizacji świadczeń.

⁶³ Szkolenie dotyczyło struktury pliku oraz przekazywania danych za pomocą systemu do sprawozdania danych finansowo księgowych. Do dnia zakończenia czynności kontrolnych, tj. 18 grudnia 2020 r. pracownicy działu uczestniczyli w przeprowadzonym w 4 lutego 2020 r. Ponadto kierownik działu uczestniczył w szkoleniu z zakresu taryfikacji świadczeń realizowanym przez AOTMiT.

⁶⁴ <https://www2.aotm.gov.pl/taryfikacja/taryfikowane-swiadczenia/postepowania-w-toku/40-urologia/>

⁶⁵ <https://dane-kosztowe.aotm.gov.pl>

⁶⁶ Wskazano kwotę 382,86 tys. zł.

⁶⁷ Wskazano kwotę 25,72 tys. zł.

⁶⁸ Wskazano kwotę 296,25 tys. zł.

⁶⁹ Na kwotę 10,82 tys. zł.

⁷⁰ System finansowo księgowy Szpitala nie wyodrębniał kosztów leków i wyrobów medycznych nieprzypisanych do pacjenta. W materiałach szkoleniowych dot. przekazywania danych za 2016 r., AOTMiT zaproponował metodę szacowania danych, którą Szpital wykorzystał.

- koszty wynagrodzeń personelu zatrudnionego na umowę o pracę⁷¹, koszty wynagrodzeń personelu wynikającego z umów cywilno-prawnych, zarówno lekarzy, jak i personelu średniego szczebla⁷²,
- pozostałe koszty,
- plik finansowo księgowy dla OPK z systemu księgowego, zawierający konta analityczne wynikające z planu kont wraz podaniem rocznego kosztu,
- kody produktów rozliczeniowych zrealizowanych w poradni urologicznej wraz z ilością produktów (grupy JGP)⁷³,
- koszt utrzymania oraz koszt amortyzacji środków trwałych oraz wartości niematerialnych i prawnych przypisanych do ośrodka,
- sumę etatów personelu⁷⁴ zatrudnionego na umowy o pracę,
- sumę etatów personelu wynikającego z umów cywilno-prawnych⁷⁵.

Część informacji przekazanych Agencji, tj. w zakresie przychodów, kosztów zarządu, kosztów zatrudnienia personelu zatrudnionego na umowę o pracę, kosztów wynagrodzeń pielęgniarek i położnych oraz sumy za rok liczby etatów zatrudnionego personelu wynikającej z umów cywilno-prawnych, nie była zgodna z danymi źródłowymi (opisano w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”).

(akta kontroli str. 765-773, 863-935)

2.4. Terminowość przekazania danych do Agencji

W umowach oraz we wniosku o udostępnienie danych AOTMiT określiła terminy w jakich nastąpić miało przekazanie poszczególnych transz danych. W przypadku dziewięciu z 12 transz, w jakich przekazano dane, nastąpiło to z naruszeniem pierwotnie wskazanych terminów. Opóźnienia wynosiły od trzech do 54⁷⁶ dni, a przekazanie danych po terminie odbyło się za akceptacją AOTMiT⁷⁷. Zawarte umowy przewidywały bowiem możliwość przesunięcia terminu przekazania danych w wyjątkowych i uzasadnionych przypadkach, po wyrażeniu zgody przez zamawiającego. Zgodę taką Szpital uzyskał. Ponadto wniosek o udostępnienie danych w oświadczeniach regulujących zasady współpracy Szpitala z Agencją wskazywał, iż na prośbę zobowiązanego może zostać wyznaczony nowy termin udostępnienia danych. Szpital zwrócił się o przedłużenie terminu z uwagi na obowiązki związane z zamykaniem okresu rozliczeniowego.

Pracownik Szpitala odpowiedzialny za przekazanie danych wyjaśnił, że wynikało to ze znacznego zakresu danych do przekazania oraz zaangażowania w pracę dwóch pracowników, którzy dane przekazywali realizując normalne zadania służbowe. Wiązało się to także z absencjami spowodowanymi zwolnieniami i urlopami. Agencja nigdy nie odmówiła przedłużeniu terminu, więc w przypadku trudności Szpital wnioskował o przesunięcie terminu. W ocenie pracownika należało zapewnić jakość przekazywanych danych, dlatego konieczne było przeprowadzenie ich sprawdzenia i weryfikacji, co wydłużało proces.

⁷¹ Wskazano kwotę 3,39 tys. zł.

⁷² Wskazano kwotę ogółem 179,2 tys. zł.

⁷³ W poradni zrealizowano w 2017 roku 6451 produktów (JGP).

⁷⁴ Wykazano 0,65 etatu.

⁷⁵ Wykazano 12,35 etatu.

⁷⁶ Dane dotyczące hospitalizacji zakończonych w okresie od 1 lipca do 31 grudnia 2017 r., które zgodnie z Aneks nr 2 do umowy AOTMiT/06/T/WB/2016 dnia 7 czerwca 2017 r. miały zostać przekazane do dnia 22 marca 2018 r. a zostały przekazane w 17 maja 2018 r.

⁷⁷ Zgodnie z postanowieniami umów, tj. § 6 ust. 3 umowy z 29 lipca 2016 r.

Przekazane dane wymagały uzupełnienia bądź naniesienia poprawek⁷⁸, a okres między przekazaniem danych pierwotnych, a wnioskiem AOTMiT o ich uzupełnienie lub naniesienie poprawek i dokonaniem zmian wynosił od jednego do czterech miesięcy⁷⁹.

We wszystkich przypadkach Szpital otrzymał od Agencji oświadczenie potwierdzające prawidłowość lub terminowość przekazania danych.

(akta kontroli str. 718-798)

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

W wyniku analizy porównawczej przekazanych Agencji danych poradni urologicznej za 2017 r.⁸⁰ oraz danych za 2019 r. ustalono, że zmianie uległy:

- przychody z tytułu kontraktu z NFZ (wzrost o 29,1 %),
- koszty całkowite⁸¹ (wzrost o 36,8%),
- koszty wynagrodzenia personelu zatrudnionego na umowy cywilno-prawne wzrost ogółem o 12,5 % (w tym pielęgniarek o 38,4 %),
- koszty leków i wyrobów medycznych wzrost o 115,5%,
- koszty amortyzacji – wzrost o 27 648,00 zł⁸²,
- suma za rok liczby etatów personelu wynikających z umów cywilno-prawnych z 23,4⁸³ na 25,5⁸⁴,
- struktura i liczba świadczonych produktów – nastąpił spadek świadczonych produktów JGP⁸⁵ (o 11,5 %).

(akta kontroli str.937-956)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

Przekazane przez Szpital Agencji „Dane Układ moczowo-płciowy” na wniosek AOTMiT/40/0089/2018/WT w zakresie przychodów⁸⁶, kosztów (w tym kosztów zarządu⁸⁷), kosztów zatrudnienia personelu zatrudnionego na umowę o pracę, kosztów wynagrodzeń pielęgniarek i położnych oraz sumy za rok liczby etatów zatrudnionego personelu wynikającej z umów cywilno-prawnych były niezgodne z danymi pochodzącymi z ewidencji czasu pracy i dokumentacji księgowej. W przypadku kosztów wynagrodzenia personelu⁸⁸ związanych z zatrudnieniem

⁷⁸ Dotyczyło to m.in. konieczności usunięcia zbędnych spacji z kolumn zawierających kody ICD-9, ujednolicenia kodu świadczeniodawcy, wątpliwości co do zduplikowanych rekordów, uzupełnienia numeru OPK.

⁷⁹ Dotyczyło to m.in. danych kosztowych w zakresie informacji statystycznych finansowo – księgowych oraz o zatrudnieniu pliki FK za okres od 1 stycznia 2017 r. do 31 grudnia 2017r., danych przekazanych w związku z zawarciem Aneksu nr 2 do umowy nr AOTMiT/06/T/WB/2016 za II półrocze 2017 r.

⁸⁰ „Dane Układ moczowo-płciowy”.

⁸¹ W tym koszty zarządu wzrosły o 23,7%.

⁸² W związku z zakupem w 2018 r. przez Szpital aparatu USG.

⁸³ Dane przekazane w Agencji.

⁸⁴ W 2019 r. Szpital nie zatrudniał w poradni urologicznej personelu na umowę o pracę.

⁸⁵ System jednorodnych grup pacjentów.

⁸⁶ Zawyżone o kwotę 524,35 zł, tj. o 0,14 % bowiem uwzględniono w przychodach przychody z innych źródeł niż sprzedaż usług z NFZ.

⁸⁷ Dane niezgodne z danymi pozyskanymi z systemu Infomedica moduł „Koszty”.

⁸⁸ Zgodnie z wytycznymi zamieszczonymi w we wzorze formularza za koszty wynagrodzeń personelu z tytułu umów o pracę należy uznać koszty wraz z pochodnymi obejmujące wszystkie koszty związane z zatrudnieniem pracowników, w tym w szczególności koszty wynagrodzeń ze stosunku pracy, składki z tytułu ubezpieczeń społecznych i funduszu pracy, również te płacone przez pracodawcę (składki ZUS emerytalne, rentowe, pomostowe, wypadkowe), a także pozostałe koszty związane z personelem takie jak odpisy na ZFŚS, składki PFRON, BHP, koszty szkoleń pracowników, odzieży ochronnej i roboczej.

pracowników zaniżono je o kwotę 632,11 zł (tj. o 18,7%), bowiem nie uwzględniono w nich kosztów składek z tytułu ubezpieczeń społecznych. Wykazano ponadto liczbę etatów personelu wynikających z umów cywilno-prawnych, która była niezgodna z zaewidencjonowanymi godzinami pracy⁸⁹. Przedstawiono bowiem łączną sumę etatów wynoszącą 23,35, podczas gdy na podstawie dokumentacji źródłowej winno być 24,77 etatu.

Pracownik szpitala wyjaśnił, że wynikało to z omyłkowego wykazania konta 703 sprzedaż pozostałych usług medycznych, które nie obejmowało świadczeń kontraktowanych z NFZ. W przypadku kosztów personelu zatrudnionego na umowę o pracę nie zostały wskazane pochodne z tytułu umów o pracę. W przypadku danych dotyczących kosztów zarządu i sumy etatów wynikało to z posiadanych przez pracownika informacji w dniu sporządzenia zestawienia, wynikających z przekazanych przez innych działu Szpitala lub z posiadanych systemów wspomagania decyzji. Ponadto pracownik wskazał, iż przy tak dużych bazach danych istnieje duże ryzyko popełnienia błędu analitycznego.

(akta kontroli str.867-936)

OCENA CZĄSTKOWA

W okresie objętym kontrolą Szpital współpracował z AOTMiT, przekazując dane zarówno w ramach bieżącej współpracy, jak też na wniosek. W latach 2016-2018 Szpital przekazał dane dotyczące m.in. świadczeń zrealizowanych w określonych umowach lub wnioskami jednostek organizacyjnych, dane kosztowe w zakresie informacji statystycznych, finansowo-księgowych oraz zatrudnienia, obejmujące wszystkie komórki organizacyjne za lata 2015-2017. Dane te zostały przekazane w terminach określonych w porozumieniu z Agencją. Nieprawidłowość dotyczyła natomiast nierzetelnych danych kosztowych i statystycznych przekazanych na wniosek Agencji, a dotyczących poradni urologicznej.

IV. Uwagi i wnioski

Najwyższa Izba Kontroli w wyniku kontroli nie sformułowała uwag. W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK, przedstawia następujące wnioski.

Wnioski

1. Dostosowanie dokumentacji opisującej przyjęte zasady rachunkowości do wymogów ustawy o rachunkowości.
2. Stosowanie przyjętych w jednostce uregulowań dotyczących obiegu dowodów księgowych oraz uregulowań odnoszących się do postępowania poprzedzającego zaciąganie zobowiązań.
3. Dostosowanie mechanizmów kontroli w zakresie m.in. udzielania upoważnień do zatwierdzania operacji finansowych oraz podziału kluczowych obowiązków z tym związanych do standardów kontroli zarządczej.
4. Podjęcie działań zapewniających przekazywanie Agencji rzetelnych danych.

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

⁸⁹ Przy uwzględnieniu, zgodnie z wymogami Agencji, iż należy przeliczyć godziny na odpowiednik etatu przy założeniu, że 1 etat = 160 godz. miesięcznie.

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 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.

Olsztyn, 11 stycznia 2021 r.

Kontroler
Agnieszka Kielbik
starszy inspektor kontroli
państwowej

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

.....
podpis

.....
podpis