



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Białymstoku

LBI.410.012.02.2020



00892520

Dyrektor
SP ZOZ MSWiA w Białymstoku
im. Mariana Żyndrama-Kościałkowskiego
ul. Fabryczna 27, 15-471 Białystok

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

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

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Białymstoku im. Mariana Zyndrama-Kościńskiego, ul. Fabryczna 27, 15-471 Białystok (dalej „SPZOZ” lub „Szpital”).
Kierownik jednostki kontrolowanej	Alicja Skindzielewska od 23 października 2019 r. Poprzednio dyrektorami SPZOZ byli: Marek Chojnowski od 1 grudnia 2008 r. do 20 kwietnia 2017 r., Ewa Zgiet od 20 kwietnia do 5 lipca 2017 r., Jarosław Tałaj od 5 lipca 2017 r. do 30 września 2019 r., Ewa Zubrycka-Klecz od 20 sierpnia do 23 października 2019 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Prowadzenie rachunku kosztów. 2. Prawdliwość przekazywania danych w procesie taryfikacji.
Okres objęty kontrolą	Lata 2015–2020 (do 26 października)
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ¹
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Białymstoku
Kontrolerzy	1. Wojciech Olszewski, doradca ekonomiczny, upoważnienie do kontroli nr LBI/114/2020 z 11 września 2020 r. 2. Władysław Radgowski, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LBI/105/2020 z 3 września 2020 r. (akta kontroli str. 1-2)

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

II. Ocena ogólna² kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie wykonywanie przez Szpital zadań polegających na udostępnianiu AOTMiT³ danych w procesie taryfikacji świadczeń opieki zdrowotnej.

W latach 2015–2020 rachunek kosztów⁴, prowadzony w systemie finansowo-księgowym Szpitala, umożliwiał sprawne zarządzanie tym podmiotem. System księgowości dostarczał wszelkich niezbędnych informacji, aczkolwiek oszacowanie kosztów udzielania poszczególnych świadczeń zdrowotnych nie było pełni z informatyzowane i tym samym było pracochłonne. W SPZOZ stosowano mechanizmy kontroli dotyczące operacji finansowych i gospodarczych oraz wdrożono zasady rachunkowości wynikające z przepisów prawa, jak również dostosowano je do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 lipca 2015 r. w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców⁵.

Szpital w 2018 roku przekazał Agencji informacje finansowo-księgowe i o charakterze niefinansowym dotyczące świadczeń udzielonych w latach 2016–2017. Były one rzetelne i spójne z ewidencją księgową oraz dokumentacją medyczną. SPZOZ sporządził też rzetelnie kalkulacje kosztów świadczeń będących przedmiotem zainteresowania Agencji.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny częściowej⁶ kontrolowanej działalności

OBSZAR

Opis stanu faktycznego

1. Prowadzenie rachunku kosztów

1.1. W okresie objętym kontrolą w SPZOZ obowiązywała polityka rachunkowości wprowadzona zarządzeniem wewnętrznym dyrektora z 2 stycznia 2011 r. Na podstawie kolejnych aneksów wprowadzono m.in. informatyczny system SIMPLE.ERP do prowadzenia ksiąg rachunkowych (zarządzenie dyrektora z 31 grudnia 2012 r.). (akta kontroli str. 4-14)

Obowiązująca w Szpitalu polityka rachunkowości zawierała wszystkie elementy określone w art. 10 ustawy z 29 września 1994 r. o rachunkowości⁷, w tym prawidłowo opracowany plan kont odzwierciedlający specyfikę działalności Szpitala, opis systemu informatycznego i opis zasad ochrony danych w jednostce. Zarządzeniami dyrektora opracowano procedurę kontroli zaciągania zobowiązań finansowych, zasady obiegu dokumentów księgowych oraz mechanizmy kontroli zarządczej. Na podstawie 20 losowo wybranych dowodów zaksięgowanych w kwietniu 2020 r. w zespole 4 - Koszty wg rodzajów i ich rozliczenie⁸ ustalono, że we wszystkich sprawach odnotowano kolejne fazy sprawowania kontroli zarządczej, tj.:

- sprawdzono transakcję pod względem merytorycznym, formalnym i rachunkowym,
- dowody zawierały zatwierdzenie do wypłaty, podpisane przez z-ce gł. księgową i dyrektora SPZOZ,
- na dowodach znajdowały się informacje o trybie udzielenia zamówienia oraz dekretacje zawierające informacje na temat sposobu ujęcia dowodu w księgach rachunkowych.

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

³ Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (dalej: AOTMiT lub Agencja) – państwowa jednostka organizacyjna posiadająca osobowość prawną, nadzorowana przez ministra właściwego do spraw zdrowia i pełniącą w stosunku do niego funkcje opiniotwórczo-doradcze.

⁴ Rozumiany jako proces identyfikowania, gromadzenia, przetwarzania, prezentowania i interpretowania informacji o kosztach dla dokonywania ocen i podejmowania decyzji przez użytkowników tych informacji.

⁵ Dz. U. poz. 1126. Rozporządzenie uchylone z dniem 6 marca 2020 r.

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 Dz. U. z 2019 r. poz. 351, ze zm.

⁸ Próba objęto dowody księgowe z pominięciem list płac oraz transakcji poniżej 500 zł. Wartość zbadanych dowodów księgowych wyniosła 341,4 tys. zł (spośród 2.632,2 tys. zł zaksięgowanych dowodów objętych losowaniem, tj. 13%).

W SPZOZ opracowany był rejestr obowiązujących przepisów wewnętrznych oraz procedura rejestracji dokumentów księgowych wpływających do Szpitala. Na próbie obejmującej luty i lipiec z lat 2015–2020 ustalono, że raz na miesiąc sporządzano zestawienia obrotów i sald kont księgi głównej. Nie było możliwości wprowadzenia zmian w zapisach po zamknięciu ksiąg za dany okres⁹. (akta kontroli str. 15-19)

1.2. W części „szarej” rachunkowości¹⁰ SPZOZ korzystano z systemu informatycznego firmy Simple S.A. pod nazwą SIMPLE.ERP, w skład którego wchodziły moduły: Finanse i Księgowość, Majątek Trwały, Obrót Towarowy i Zarządzanie Personalem. Były one częściowo zintegrowane między sobą (dokumenty wprowadzone w module Obrót Towarowy widoczne były też w module Finanse i Księgowość, a dane osobowe pracowników Szpitala wpisane w module Zarządzanie Personalem były skojarzone z modulem Majątek Trwały). W części „białej”¹¹ stosowano następujące systemy informatyczne:

- a) firmy Asseco Poland S.A., w którego skład wchodziły moduły:
 - apteka i apteczki,
 - rozliczenia (moduł służący do rozliczania się Szpitala z POW NFZ¹²),
 - ruch chorych (moduł, w którego skład wchodził izba przyjęć, oddział – służył do ewidencjonowania czasu pobytu pacjenta w SPZOZ),
 - przychodnia,
 - blok operacyjny (moduł funkcjonował od lipca 2020 r.),
 - zakażenia;
- b) firmy Marcel S.A. pod nazwą Centrum z modulem pracownia analityczna;
- c) firmy Synektik S.A. o nazwie ArPACS z modułami:
 - RIS – system radiologiczny,
 - PACS – system archiwizacji obrazów,
 - LIS – system laboratoryjny,
 - HIS – system szpitalny,
 - WEB – system dostępu do wyników badań w sieci Szpitala,
 - OUT – system do generowania wyników badań.

Moduły systemu części „białej” były zintegrowane ze sobą. Nie były zaś zintegrowane z modułami systemu części „szarej”. W SPZOZ nie było modułu kalkulacji kosztów leczenia. (akta kontroli str. 20-21)

Zarządzeniem z 6 grudnia 2018 r. dyrektor SPZOZ wprowadził zmiany w polityce rachunkowości, które dostosowywały ją do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 lipca 2015 r. w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców. Zgodnie z zarządzeniem wdrożono następujące zmiany w rejestracji kosztów rzeczywistych w systemie finansowo-księgowym SIMPLE.ERP:

- a) w ewidencji kosztów rzeczywistych w zespole kont kosztów w układzie rodzajowym nastąpiło przeniesienie na zespół kont kosztów w układzie funkcjonalnym;
- b) w zespole kont kosztów w układzie funkcjonalnym wprowadzono podział na ośrodki kosztów działalności podstawowej, działalności pomocniczej i zarządu, odzwierciedlające ośrodki tych kosztów;
- c) ustalono szczegółowy wykaz ośrodków kosztów w zakresie:
 - działalności podstawowej – przy uwzględnieniu rozporządzeń Ministra Zdrowia wydanych na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej¹³,

⁹ Ustalono na podstawie próby obejmującej dwa zapisy z zamkniętych ksiąg z maja 2020 r.

¹⁰ Część administracyjna SPZOZ.

¹¹ Część kliniczna SPZOZ.

¹² Podlaski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Białymstoku.

¹³ Dz. U. z 2020 r. poz. 295, ze zm.

- działalności pomocniczej oraz zarządu – przy uwzględnieniu podziału na ośrodki wykonujące działalność o charakterze jednolitym;
- d) w zespole kont kosztów w układzie funkcjonalnym, w zakresie działalności podstawowej, pomocniczej i zarządu utworzono dodatkowe poziomy kont analitycznych:
 - I stopnia – dla ośrodka kosztów,
 - II, III, IV stopnia – dla kosztów według rodzaju,
 - V stopnia – dla kategorii kosztów prostych, o których mowa poniżej,
 - VI stopnia – dla źródła finansowania;
- e) w zespole kont kosztów w układzie funkcjonalnym, w zakresie działalności podstawowej, pomocniczej oraz zarządu, w poziomie czwartym kont analitycznych w kategorii nr 08 utworzono analitykę ośrodka kosztów, rozliczonych wg działalności;
- f) ustalono następujące kategorie kosztów prostych:
 - kategoria nr 01 – leki i środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego,
 - kategoria nr 02 – wyroby medyczne i inne materiały używane jednorazowo, niezaliczone do kategorii 4,
 - kategoria nr 03 – wyroby medyczne i inne materiały używane wielorazowo, niezaliczone do kategorii 4,
 - kategoria nr 04 – środki trwałe i wartości niematerialne i prawne,
 - kategoria nr 05 – zasoby ludzkie,
 - kategoria nr 06 – utrzymanie pomieszczeń,
 - kategoria nr 07 – usługi zewnętrzne nabywane na rzecz pacjenta, do których zalicza się usługi obce świadczone bezpośrednio na rzecz pacjenta przebywającego w danym ośrodku kosztów,
 - kategoria nr 08 – usługi z innych ośrodków kosztów działalności podstawowej i pomocniczej;
- g) dostosowano ewidencję kosztów prostych według kryterium rodzajowego;
- h) ustalono podstawy rozliczenia kosztów pośrednich wg nośników kosztów.

(akta kontroli str. 22-27)

W SPZOZ ewidencję kosztów prowadzono równocześnie na kontach zespołu 4 (Koszty wg rodzajów i ich rozliczenie) i zespołu 5 (Koszty wg typów działalności i ich rozliczenie). Zespół kont 5 zawierał podział na ośrodki kosztów działalności podstawowej, pomocniczej i zarządu. Szczegółowy wykaz ośrodków kosztów w zakresie działalności pomocniczej oraz zarządu ustalony został przy uwzględnieniu podziału na ośrodki wykonujące działalność o charakterze jednolitym. W zespole kont 5 w układzie funkcjonalnym, w zakresie działalności podstawowej i pomocniczej, utworzono poziomy kont analitycznych dla kategorii kosztów wg rodzaju (np. koszty leków i środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych i innych materiałów używanych jednorazowo, środków trwałych i wartości niematerialnych i prawnych, zasobów ludzkich, usług z innych ośrodków kosztów działalności osobowej i pomocniczej). Prowadzono częściowo elektronicznie dokumentację pacjenta, tj.:

- informacja o rozpoznaniu choroby,
- informacja dla lekarza kierującego świadczeniobiorcę do poradni specjalistycznej lub leczenia szpitalnego o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach, środkach spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobach medycznych, w tym okresie ich stosowania i sposobie dawkowania oraz wyznaczonych wizytach kontrolnych,
- karta informacyjna z leczenia szpitalnego,
- wyniki badań laboratoryjnych wraz z opisem,
- opis badań diagnostycznych,
- e-recepta, e-skierowanie, zwolnienie.

W SPZOK była możliwość przypisania świadczeń medycznych do nośnika kosztów (leki, wyroby medyczne, procedury medyczne), lecz wymagało to „ręcznej” kalkulacji. Jedynie część danych pobierana była z systemu informatycznego. Od 17 czerwca 2020 r. do modułu blok operacyjny wprowadzane były dane o liczbie i czasie pracy personelu medycznego, zaangażowanego w realizację danej procedury oraz rozchód zużytych materiałów i leków do zabiegu operacyjnego. Wprowadzone dane nie miały powiązania z systemem finansowo-księgowym (należało je przeliczać odrębnie). Prowadzona była też ewidencja czasu pracy („ręcznie”) personelu zatrudnionego na podstawie umów cywilno-prawnych, kontraktów. Stosowany system umożliwiał uzyskanie danych o liczbie etatów, umowach cywilno-prawnych, kontraktach. Dla poszczególnych procedur medycznych wyniki/opisy badań ewidencjonowane były w formie elektronicznej z możliwością wygenerowania w formie edytowalnego raportu. Od lipca 2020 r. prowadzona była elektroniczna wersja księgi zabiegowej bloku operacyjnego, za wyjątkiem karty znieczulenia, którą prowadzono odrębnie. W SPZOK prowadzone były cenniki realizowanych procedur medycznych, tj. badań laboratoryjnych, RTG, świadczeń Zakładu Diagnostyki Obrazowej, medycyny pracy, konsultacji i porad udzielanych w poradni zdrowia psychicznego oraz badań endoskopowych. (akta kontroli str. 28-31)

Dyrektor Szpitala podała, że: zgodnie z art. 45 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej wysokość opłaty za świadczenia zdrowotne osobom nieubezpieczonym ustala kierownik jednostki. Zgodnie z tym zapisem Kierownik jednostki określił w Regulaminie Organizacyjnym (Zarządzenie Wewnętrzne nr 87/2015 z dnia 14 grudnia 2015 r.) ceny badań w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej, Diagnostyki Laboratoryjnej, Rehabilitacji, Pracowni Endoskopowej, Polikardiografii, Poradni Zdrowia Psychicznego oraz świadczeń udzielanych na Izbie Przyjęć i transportu sanitarnego. Ceny zostały ustalone według kosztów rzeczywistych. SPZOK przede wszystkim udziela świadczeń dla pacjentów planowych. W głównej mierze udzielanie świadczeń dla pacjentów nieubezpieczonych było realizowane w Izbie Przyjęć oraz Gabinetcie Nocnej i Świątecznej Opiece Zdrowotnej. Koszty udzielanych świadczeń na Izbie Przyjęć były każdorazowo przeliczane zgodnie z ilością wykonanych świadczeń oraz podanych produktów leczniczych i cen zawartych w Regulaminie Organizacyjnym określonym powyżej. Natomiast świadczenia udzielane w Gabinetcie Nocnej i Świątecznej Opiece Zdrowotnej zgodnie z wprowadzonym przez Dyrektora SPZOK cennikiem. (akta kontroli str. 344-349)

Skala usług medycznych udzielanych osobom fizycznym odpłatnie była niewielka. W 2017 przychody z tego tytułu wyniosły 68,9 tys. zł przy przychodach Szpitala z tytułu realizacji świadczeń – 53.334 tys. zł (0,1%), a w 2019 roku – 82,4 tys. zł przy przychodach z tytułu realizacji świadczeń wynoszących 64.368,2 tys. zł (0,1%). Z porównania kosztów badań laboratoryjnych wyliczonych w związku z realizacją wniosków Agencji wynika, że ceny ustalone w cenniku nie były niższe od cen rzeczywistych¹⁴.

(akta kontroli str. 373-385 i 386-389)

Stwierdzone
nieprawidłowości

OCENA CZĄSTKOWA

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

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia prowadzenie rachunku kosztów w SPZOK. W Szpitalu stosowano się do podstawowych zasad rachunkowości oraz opracowano mechanizmy kontroli operacji finansowych. System księgowości dostarczał wszelkich niezbędnych informacji, aczkolwiek oszacowanie kosztów udzielania poszczególnych świadczeń zdrowotnych nie było w pełni z informatyzowane i tym samym było pracochłonne.

¹⁴ Koszty wyliczone na potrzeby Agencji dotyczyły jednego Oddziału i jego rozliczeń z Zakładem Diagnostyki Laboratoryjnej na podstawie ilości i rodzajów badań zleconych przez ten Oddział.

OBSZAR

Opis stanu
faktycznego

2. Prawdliwość przekazywania danych w procesie taryfikacji

2.1. W okresie objętym kontrolą współpraca Szpitala z Agencją odbywała się na podstawie dwóch wniosków o udostępnienie danych:

1. Nr AOTMiT/35/0002/2017/WT z 17 stycznia 2018 r., dotyczącego rekonstrukcji funkcji ręki, w tym mikrochirurgicznej (kod produktu 5.51.01.0008041) i procedury replantacji palca (kod procedury 84.22). Dotyczyło to jednego wskazanego świadczenia udzielanego od stycznia do grudnia 2016 roku. Termin dostarczenia danych określono na 19 marca 2018 r. Został on dotrzymany, co szerzej omówiono w pkt. 2.4. niniejszego wystąpienia pokontrolnego.
2. Nr AOTMiT/43/0010/2018/WT z 27 czerwca 2018 r., dotyczącego:
 - dużych zabiegów w zakresie kończyny dolnej i miednicy (kod produktu 5.51.01.0008032) i procedury rekonstrukcji wtórnej wrodzonych i nabytych deformacji stopy (kod procedury 84.872) – osiem świadczeń,
 - dużych zabiegów na kończynie górnej (kod produktu 5.51.01.0008042) i procedury rekonstrukcji wtórnej wrodzonych i nabytych deformacji ręki (kod procedury 84.812) – jedno świadczenie,
 - kompleksowych zabiegów w zakresie kończyny dolnej i miednicy pacjentom powyżej 65 roku życia (kod produktu 5.51.01.0008105) i procedury rekonstrukcji wtórnej wielotkankowych uszkodzeń kończyny dolnej (kod procedury 84.994) – trzy świadczenia,
 - kompleksowych zabiegów w zakresie kończyny dolnej i miednicy pacjentom poniżej 66 roku życia (kod produktu 5.51.01.0008106) i procedury rekonstrukcji wtórnej wielotkankowych uszkodzeń kończyny dolnej (kod procedury 84.994) – 10 świadczeń.

Dane dotyczące wymienionych świadczeń miały pochodzić z okresu od stycznia do grudnia 2017 roku i zostać dostarczone do Agencji na formularzu FK do 17 sierpnia 2018 r. Dane szczegółowe na temat poszczególnych z tych świadczeń miały być dostarczone zaś do 17 września 2018 r. Szpital dostarczył wymagane przez Agencję dane we wskazanych terminach, co szerzej omówiono w pkt. 2.4. niniejszego wystąpienia pokontrolnego.

W ramach realizacji obu przedstawionych wniosków strony wymieniły się oświadczeniami, obejmującymi m.in. ze strony Szpitala zapewnienie najwyższej jakości i kompletności danych, ich prawdziwości i rzetelności oraz zobowiązania się do ewentualnego dokonywania poprawek, a ze strony Agencji – określenie celu zbierania danych oraz ich ochrony i udostępniania. (akta kontroli str. 49-67)

W kwietniu 2019 r. Agencja zwróciła się do Szpitala z prośbą o wypełnienie kwestionariusza w sprawie sposobu organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach diagnostyki i leczenia raka jelita grubego, w związku z wypracowaniem rozwiązań organizacyjnych w zakresie kompleksowej opieki onkologicznej nad pacjentem z nowotworem jelita grubego. Informacje z te miały być wykorzystane przy opracowywaniu wymagań dla ośrodków tzw. „centrów narządowych raka jelita grubego” oraz miały stanowić podstawę do przygotowania studium wykonalności dla opracowywanej przez Agencję koncepcji zmian systemowych w zakresie koordynowanej i kompleksowej opieki nad pacjentem z rakiem jelita grubego. W odpowiedzi (z 8 maja 2019 r.) Szpital poinformował Agencję, że w związku ze zmianami organizacyjnymi i brakiem personelu medycznego w roku 2018 zrealizował tylko jedną procedurę ze wskazanej grupy i z tego względu nie jest właściwą jednostką do udzielenia informacji zawartych w ankiecie. (akta kontroli str. 68-69)

2.2. W związku z omówionymi w pkt. 2.1. niniejszego wystąpienia pokontrolnego zasadami współpracy z Agencją (na podstawie wniosków o udostępnienie danych), Szpital nie otrzymywał i nie wypełniał ankiet zgłoszeniowych.

2.3. Szpital w ramach realizowanych w okresie objętym kontrolą dwóch wniosków zapewnił przekazanie wymaganych przez Agencję: danych finansowo-księgowych OPK, które zrealizowały wskazane przez Agencję procedury oraz OPK pomocniczych, danych o funkcjonowaniu OPK, danych szczegółowych dotyczących poszczególnych świadczeń we wskazanych przez Agencję procedurach oraz kalkulacje kosztów tych świadczeń. Przekazane dane były zgodne z ewidencją księgową, danymi dotyczącym hospitalizacji oraz dokumentacją medyczną. I tak:

1. Realizując wniosek nr AOTMiT/43/0010/2018/WT Szpital przedstawił Agencji wymagane dane finansowo-księgowe (FK), dane szczegółowe o wskazanych przez Agencję 22 świadczeniach oraz nieobowiązkowe własne kalkulacje kosztów tych świadczeń.

Zgodnie z wymaganiami Agencji, dane FK obejmowały trzy OPK uczestniczące w realizacji wytypowanych procedur: Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej (funkcjonujący w 2017 roku jako wyodrębniony Pododdział), Blok Operacyjny oraz Dział Anestezjologii.

W zakresie danych FK Szpital wykazał za 2017 rok przychody tych OPK, wynoszące odpowiednio: 4.578,9 tys. zł, 164,3 tys. zł, 156,8 tys. zł i ich koszty całkowite (odpowiednio: 4.769,2 tys. zł, 4.677,6 tys. zł i 2.031,5 tys. zł). Koszty te, zgodnie z wymaganiami Agencji, podano według poszczególnych kategorii. Dane w tym zakresie wynikały z ewidencji księgowej, umożliwiającej odnoszenie kosztów na poszczególne OPK.

W Pododdziale były to głównie:

- koszty zleconych procedur medycznych innym ośrodkom kosztów – 1.484,2 tys. zł (31,1%) – dane pochodziły z kont analitycznych zespołu 5 tych ośrodków (koszty wg ewidencji funkcjonalnej), w tym głównie: Bloku Operacyjnego, Działu Anestezjologii, Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej, Pracowni RTG, USG, TK i kosztów diagnostyki zleconych poza Szpital i ujętych na kontach zespołu 4 (koszty wg ewidencji rodzajowej) – łącznie 8,6 tys. zł;
- koszty wynagrodzeń z pochodnymi personelu – 1.449,2 tys. zł (w tym 848,6 tys. zł personelu zatrudnionego na umowy o pracę i 600,5 tys. zł personelu zatrudnionego na podstawie kontraktów lub umów cywilno-prawnych) – 30,4% – dane pochodziły z kont zespołu 4 personelu zatrudnionego na Pododdziale (w przypadku umów o pracę etaty lekarzy były podzielone na Pododdział i poradnie);
- koszty leków i wyrobów medycznych – 1.255,8 tys. zł (26,3%) – dane pochodziły z kont zespołu 4 i ich zaewidencjonowania na Pododdział; główną pozycję stanowiły „implanty” – 1.077,4 tys. zł;
- koszty zarządu (w tym wynagrodzenia personelu administracyjnego) – 274,6 tys. zł (5,7%) – dane pochodziły z kont analitycznych zespołu 5 i obejmowały wyodrębnione OPK administracji, które Szpital rozliczał proporcjonalnie do kosztów wygenerowanych przez poszczególne OPK;
- koszty wyżywienia pacjentów – 42,9 tys. zł (0,9%) – dane pochodziły z konta zespołu 4, rozliczonych wg poszczególnych rodzajów posiłków wydanych na Pododdziale;
- koszty amortyzacji – 31 tys. zł (0,6%) – dane pochodziły z kont zespołu 4. Obejmowały one amortyzację sprzętu i urządzeń znajdujących się na Pododdziale, a w przypadku amortyzacji budynku, zostały rozliczone wg powierzchni zajmowanej przez Pododdział.

W przypadku Bloku Operacyjnego dane dotyczyły głównie:

- kosztów wynagrodzeń z pochodnymi personelu – 1.232,4 tys. zł (w tym 1.178,3 tys. zł zatrudnionego na umowy o pracę i 54,1 tys. zł zatrudnionego na podstawie kontraktów lub umów cywilno-prawnych) – 26,3% (dane pochodziły z kont zespołu 4 personelu zatrudnionego na Bloku Operacyjnym);
- kosztów leków i wyrobów medycznych – 1.203 tys. zł (25,7%) – dane pochodziły z kont zespołu 4 i ich zaewidencjonowania na Blok Operacyjny (ich główne pozycje to: materiały i sprzęt medyczny jednorazowego użytku, materiały ochronne, materiały szewne);

- amortyzacji – 454,1 tys. zł (9,7%) – dane pochodziły z kont zespołu 4 i obejmowały amortyzację sprzętu i urządzeń znajdujących się na Bloku, a w przypadku amortyzacji budynku zostały rozliczone wg zajmowanej powierzchni;
- kosztów zarządu (w tym wynagrodzenia personelu administracyjnego) – 319,5 tys. zł (6,8%). Dane pochodziły z kont analitycznych zespołu 5 i obejmowały wyodrębnione OPK administracji. Szpital rozliczał je proporcjonalnie do kosztów bezpośrednich wygenerowanych przez poszczególne OPK.

W Dziale Anestezjologii przekazane dane to głównie:

- koszty wynagrodzeń z pochodnymi personelu – 1.071,4 tys. zł (w całości dotyczyły personelu zatrudnionego na umowy o pracę – głównie pielęgniarek) – 52,7% (dane pochodziły z kont zespołu 4 personelu zatrudnionego w Dziale Anestezjologii);
- koszty leków i wyrobów medycznych – 453,2 tys. zł (22,3%) – dane pochodziły z kont zespołu 4 i ich zaewidencjonowania na Dział Anestezjologii (główne pozycje to: leki i materiały opatrunkowe, sprzęt medyczny jednorazowego użytku);
- amortyzacja – 102,3 tys. zł (5%) – dane pochodziły z kont zespołu 4 i obejmowały amortyzację sprzętu i urządzeń Działu Anestezjologii, a w przypadku amortyzacji budynku zostały rozliczone wg zajmowanej powierzchni;
- koszty zarządu (w tym wynagrodzenia personelu administracyjnego) – 135 tys. zł (6,6%). Dane pochodziły z kont analitycznych zespołu 5 i obejmowały wyodrębnione OPK administracji. Szpital rozliczał je proporcjonalnie do kosztów bezpośrednich wygenerowanych przez poszczególne OPK.

Wraz z danymi FK Szpital podał Agencji również: [1] dane trzech wymienionych OPK dotyczące czasu ich funkcjonowania (funkcjonowały one przez cały 2017 rok), liczby łóżek szpitalnych (17 w ciągu roku na Pododdziale) oraz łączną roczną liczbę osobodni (2.926), liczby sal operacyjnych na Bloku (cztery), liczby dyżurujących stale zespołów operacyjnych (jeden), całorocznej liczby godzin pracy sal operacyjnych (4160) i specjalności lekarzy zatrudnionych na Pododdziale, [2] roczną liczbę etatów pracowników zatrudnionych na umowy o pracę w poszczególnych kategoriach i na poszczególnych trzech OPK (odpowiednio: 138,23; 236 i 186) oraz odpowiednik liczby etatów osób zatrudnionych w ramach kontraktów lub umów cywilno-prawnych (odpowiednio: 28,97; 4,11 i 0), [3] liczby poszczególnych zabiegów/produktów wykonanych przez Pododdział w ciągu roku (899 zabiegów i 45 ich rodzajów), [4] wyliczenie kosztów utrzymania i amortyzacji środków trwałych na opisywanych OPK (z 251 pozycji środków trwałych, 115 było całkowicie zamortyzowanych). Dane osobowe pochodziły z modułu Personel systemu SIMPLE.ERP i z przeliczania na etaty lekarzy zatrudnionych na umowach cywilno-prawnych/kontraktach, a liczba wykonanych zabiegów/produktów pochodziła z systemu AMMS. (akta kontroli str. 70-122 i 130-132)

Dane szczegółowe zostały przygotowane w wymaganych przez Agencję kategoriach:

- Dane identyfikujące świadczenie w przeliczeniu na pojedynczego pacjenta (dane OG). Dane te były zgodne z kartami informacyjnymi leczenia szpitalnego generowanymi z AMMS, kartami rozliczenia świadczeń szpitalnych generowanych z systemu AMMS oraz historiami chorób prowadzonymi w systemie AMMS.
- Informacje dotyczące świadczeń medycznych (dane SM), które były zgodne z dokumentacją dotyczącą poszczególnych pacjentów i udzielonych im świadczeń.
- Dane dotyczące produktów leczniczych zużytych na danego pacjenta/świadczenie (dane PL) były zgodne z dokumentacją medyczną poszczególnych świadczeń, tj. kartami zleceń lekarskich realizowanych przez pielęgniarki, kartami znieczulenia oraz kartami anestezjologicznej opieki pielęgniarskiej i protokołami przekazania na oddział (dokumentacja była prowadzona w formie papierowej i nie miała odpowiedników w systemie AMMS). Dane o cenach poszczególnych pozycji produktów leczniczych pochodziły z systemu AMMS moduł Apteka.
- Dane dotyczące wyrobów medycznych (dane WM) w części dotyczącej zużytych wyrobów medycznych pochodziły z: protokołów pielęgniarki operacyjnej, z kart znieczulenia i anestezjologicznej opieki pielęgniarskiej, protokołów przekazania na oddział, kart zaleceń lekarskich (prowadzonych w formie papierowej, poza system

AMMS) oraz historii chorób prowadzonych w systemie AMMS. Dodatkowo, na potrzeby kalkulacji, pielęgniarki oddziałowe ustaliły zużyte na poszczególnych pacjentów wyroby medyczne. Dane o wartości poszczególnych wyrobów pochodziły z aplikacji SIMPLE.ERP – Moduł Obrót Towarowy, który zawierał dane o wyrobach medycznych jednorazowych. Wyroby medyczne, jak na przykład elementy wszczepialne, Szpital posiadał na zasadach komisowych. W tym przypadku dane o wartości były pozyskiwane manualnie z poszczególnych faktur.

- Informacje dotyczące procedur (dane PR) w części dotyczącej wykonanych badań laboratoryjnych i RTG pochodziły z karty informacyjnych leczenia szpitalnego (zlecenie było generowane w systemie AMMS). Czas znieczulenia wynikał z kart znieczuleń (sporządzanych w formie papierowej poza systemem AMMS). Czas zabiegu wynikał z opisów zabiegów operacyjnych (sporządzanych w systemie AMMS), a czas fizjoterapii pochodził z kart zabiegów fizjoterapii w trakcie hospitalizacji (sporządzanych w systemie AMMS).
- Informacje o zaangażowaniu personelu medycznego w danej procedurze (dane PR_HR) w części dotyczącej czasu i osób biorących udział podczas znieczulenia pochodziły z kart znieczulenia. Udział osób podczas zabiegu pochodził z protokołów pielęgniarki operacyjnej (oba dokumenty były prowadzone w formie papierowej poza systemami), a dane o czasie fizjoterapii i osobie prowadzącej pochodziły z kart zabiegów fizjoterapii w trakcie hospitalizacji (prowadzonych w systemie AMMS).
- Cennik procedur (dane CP) dotyczył takich procedur, jak badania laboratoryjne i RTG wykonane dla wskazanych procedur. Dane w zakresie cen rzeczywistych tych badań zostały wyliczone przez Szpital w oparciu o liczbę badań wykonaną przez opisywane OPK na rzecz Pododdziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej w 2017 roku. Pochodziły one z systemu prowadzonego przez laboratorium (w system firmy Marcel S.A.) w zakresie ilości wykonanych poszczególnych rodzajów badań zleconych przez Pododdział, a w przypadku RTG – z systemu ArPACS w zakresie liczby wykonanych poszczególnych rodzajów zdjęć zleconych przez Pododdział. Szpital wyliczył ceny rzeczywiste poszczególnych badań w oparciu o ceny normatywne określone przez OPK, powiększone o koszty pośrednie tych ośrodków, rozliczone wg liczby wykonanych badań na rzecz Pododdziału.
- Dane o pełnym obrocie magazynowo-aptecznym obejmujące wytypowane OPK i pozostałe stany magazynowe (dane OM) zawierały nazwy, jednostki miary, liczby jednostek miary, jednostki miary opakowania (opakowanie, ampulka, fiolka, butelka, itp.), liczby zakupionych opakowań i ich wartości. Dane te wynikały z ewidencji księgowej w aplikacji SIMPLE.ERP – Moduł Obrót Towarowy, który zawierał dane o wyrobach medycznych jednorazowych, oraz z aplikacji AMMS moduł Apteka (w tym przypadku „ręcznego” uzupełniania wymagało podanie w odrębnej kolumnie substancji czynnych w poszczególnych produktach leczniczych). „Ręcznie” uzupełniano dane na temat materiałów komisowych (wszczepialne).

(akta kontroli str. 70-122 i 133-230)

Dane na temat własnej kalkulacji kosztów poszczególnych świadczeń zostały podane w wymaganym przez Agencję podziale na: koszty pobytu pacjenta (iloczyn kosztów osobodnia i liczby dni pobytu), koszty leków w trakcie hospitalizacji, koszty wyrobów medycznych w trakcie hospitalizacji, koszty procedur diagnostycznych i badań laboratoryjnych, koszty zabiegu operacyjnego z podziałem na koszty: leków, wyrobów medycznych, infrastruktury, osobowe oraz znieczulenia. Koszty leków i wyrobów medycznych wynikały z ich cen i zużycia w poszczególnych świadczeniach, a koszty procedur diagnostycznych, w tym badań laboratoryjnych, wynikały z ustalonych przez Szpital kosztów rzeczywistych i liczby wykonanych badań w trakcie poszczególnych świadczeń. Koszt osobodnia został wyliczony wg. kosztów całkowitych Pododdziału (bezpośrednich i pośrednich, w tym kosztów zarządu), pomniejszonych o koszty leków i wyrobów medycznych, stanowiących bezpośredni koszt pacjenta, i procedur medycznych (zewnętrznych oraz alokowanych kosztów ośrodków realizujących procedury medyczne). Wynik podzielono przez rzeczywistą liczbę osobodni na oddziale w roku. Koszty osobowe zabiegu wyliczono w oparciu o czas zabiegu i proporcjonalnie

wyliczonej stawki personelu medycznego, wynikającej z umów o pracę lub z umów cywilno-prawnych/kontraktów. Koszty infrastruktury Bloku Operacyjnego wyliczono jako iloraz kosztów całkowitych, pomniejszonych o koszty wyrobów medycznych, leków i osobowe, i liczby godzin pracy bloku operacyjnego w roku, odniesionej do rzeczywistego czasu trwania zabiegu. Koszty znieczulenia obejmowały całkowite koszty znieczulenia, tj. koszty pracy personelu anestezjologicznego wynikające z czasu znieczulenia i proporcjonalnie wyliczonej stawki wynagrodzenia personelu medycznego zatrudnionego na umowę o pracę i umowy cywilno-prawne/kontrakty, koszty leków i wyrobów medycznych zużytych podczas znieczulenia, a także pozostałe koszty Działu Anestezjologii, w tym: amortyzacja budynku i środków trwałych, ubezpieczenie majątkowe i OC, usługi remontowe i konserwacji sprzętu medycznego i niemedycznego, koszty działalności pomocniczej (Dział Utrzymania Czystości, Sterylizacja, Apteka Szpitalna oraz koszty zarządu), rozliczone wg liczby procedur wykonanych przez Dział Anestezjologii. I tak:

- Kalkulacje dotyczące produktu 5.51.01.0008032 (duże zabiegi w zakresie kończyny dolnej i miednicy) i procedury 84.872 (rekonstrukcja wtórna wrodzonych i nabytych deformacji stopy) dotyczyły ośmiu takich świadczeń, których koszty kształtowały się od 2.309,18 zł do 3.397,49 zł, tj. średnio 2.692,18 zł. Głównymi pozycjami kosztów były: koszty pobytu – od 1.037,53 zł do 1.556,30 zł (dwa lub trzy dni), koszty infrastruktury Bloku Operacyjnego – od 563,40 zł do 845,10 zł i koszty znieczulenia – od 366,98 zł do 573,72 zł. Refundacja NFZ za tę procedurę wynosiła od 4.628 zł do 4.813 zł.
 - Kalkulacje dotyczące produktu 5.51.01.0008106 (kompleksowe zabiegi w zakresie kończyny dolnej i miednicy pacjentów poniżej 66 roku życia) i procedury 84.994 (rekonstrukcja wtórna wielotkankowych uszkodzeń kończyny dolnej) dotyczyły 10 takich świadczeń, których koszty kształtowały się od 5.930,57 zł do 9.140,77 zł, tj. średnio 7.579,57 zł. Głównymi pozycjami kosztów były: koszty osobowe podczas zabiegu – od 2.985,99 zł do 3.471,14 zł, koszty wyrobów medycznych – od 687,44 zł do 3.188,72 zł (głównie materiały wszczepialne), koszty pobytu – od 1.037,53 zł do 1.556,30 zł (dwa lub trzy dni), koszty infrastruktury Bloku Operacyjnego – od 563,40 zł do 1.126,81 zł i koszty znieczulenia – od 369,65 zł do 595,01 zł. Refundacja NFZ za tę procedurę wynosiła od 12.289 zł do 13.358 zł.
 - Kalkulacje dotyczące produktu 5.51.01.0008105 (kompleksowe zabiegi w zakresie kończyny dolnej i miednicy pacjentów powyżej 65 roku życia) i procedury 84.994 (rekonstrukcja wtórna wielotkankowych uszkodzeń kończyny dolnej) dotyczyły trzech takich świadczeń, których koszty kształtowały się od 7.741,11 zł do 8.311,93 zł, tj. średnio 8.009,91 zł. Głównymi pozycjami kosztów były: koszty osobowe podczas zabiegu – od 3.328,92 zł do 3.542,63 zł, koszty wyrobów medycznych – od 1.326,67 zł do 2.498,85 zł (głównie materiały wszczepialne), koszty pobytu – od 1.037,53 zł do 1.556,30 zł (dwa lub trzy dni), koszty infrastruktury Bloku Operacyjnego – od 563,40 zł do 1.126,81 zł i koszty znieczulenia – od 366,98 zł do 501,80 zł. Refundacja NFZ za tę procedurę wynosiła od 12.289 zł do 13.358 zł.
 - Kalkulacja dotycząca produktu 5.51.01.0008042 (duże zabiegi na kończynie górnej) i procedury 84.812 (rekonstrukcja wtórna wrodzonych i nabytych deformacji ręki) dotyczyła jednego świadczenia, którego koszt wyniósł 3.343,60 zł. Głównymi pozycjami kosztu były: koszt pobytu – 1.556,30 zł (trzy dni), koszt infrastruktury Bloku Operacyjnego – 845,10 zł i koszt znieczulenia – 582,04 zł. Refundacja NFZ za tę procedurę wyniosła 4.435 zł. (akta kontroli str. 70-122 i 231-235)
2. Realizując wniosek AOTMIT/35/0002/2017/WT, Szpital przedstawił Agencji wymagane dane finansowo-księgowe (FK), dane szczegółowe wskazanego przez Agencję świadczenia oraz wyliczył jego koszt.
- Zgodnie z wymaganiami Agencji, dane FK obejmowały OPK realizujący wytypowaną procedurę – Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej (funkcjonujący w 2016 roku jako wyodrębniony Pododdział) oraz Blok Operacyjny – jednostka wspomagająca realizację procedury.

W zakresie danych FK Szpital wykazał koszty całkowite obu OPK w 2016 roku, które wyniosły odpowiednio: 4.392,1 tys. zł, 4.549,8 tys. zł. Koszty te, zgodnie z wymaganiami Agencji, podano według poszczególnych kategorii. Dane w tym zakresie wynikały z ewidencji umożliwiającej odnoszenie kosztów na poszczególne OPK.

W Pododdziale były to głównie:

- koszty procedur medycznych zleconych przez Pododdział innym ośrodkom kosztów, wynoszące 1.389,1 tys. zł, tj. 31,6% ogółu (dane pochodziły z kont analitycznych zespołu 5 tych ośrodków (koszty wg ewidencji funkcjonalnej), głównie Bloku Operacyjnego, Działu Anestezjologii, Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej, pracowni RTG, USG, TK i kosztów diagnostyki zleconych poza Szpital i ujętych na kontach zespołu 4 – koszty wg ewidencji rodzajowej);
- koszty wynagrodzeń z pochodnymi personelu – 1.279,3 tys. zł (w tym 645,4 tys. zł personelu zatrudnionego na umowy o pracę i 633,9 tys. zł zatrudnionego na podstawie kontraktów lub umów cywilno-prawnych), tj. 29,1% (dane personelu zatrudnionego na tym Pododdziale pochodziły z kont zespołu 4; w przypadku umów o pracę etaty lekarzy były podzielone na Pododdział i poradnię);
- koszty leków i wyrobów medycznych – 1.176,4 tys. zł (26,8%) – dane pochodziły z kont zespołu 4 i ich zaewidencjonowania na Pododdział; ich główną pozycję stanowiły „implanty” – 990,6 tys. zł;
- koszty zarządu (w tym wynagrodzenia personelu administracyjnego) – 253,8 tys. zł, tj. 5,8% (dane pochodziły z kont analitycznych zespołu 5 i obejmowały wyodrębnione OPK administracji, które Szpital rozliczał proporcjonalnie do kosztów wygenerowanych przez poszczególne OPK);
- koszty wyżywienia pacjentów – 37,5 tys. zł, tj. 0,9% (dane pochodziły z konta zespołu 4, które rozliczono wg rodzajów posiłków wydanych na Pododdziale);
- koszty amortyzacja – 33,7 tys. zł, tj. 0,8%. Dane pochodziły z kont zespołu 4. Obejmowały one amortyzację sprzętu i urządzeń znajdujących się na Pododdziale, a w przypadku amortyzacji budynku zostały rozliczone wg zajmowanej powierzchni.

W Bloku Operacyjnym koszty dotyczyły głównie:

- kosztów leków i wyrobów medycznych, wynoszących 1.622,5 tys. zł, tj. 35,7% ogółu (materiały i sprzęt medyczny jednorazowego użytku, materiały ochronne, materiały szewne – dane pozyskano z kont zespołu 4, zaewidencjonowanych na Blok Operacyjny);
- kosztów wynagrodzeń z pochodnymi personelu – 980,6 tys. zł (w tym 933,7 tys. zł zatrudnionego na umowy o pracę i 46,9 tys. zł zatrudnionego na podstawie kontraktów lub umów cywilno-prawnych), tj. 21,6% (dane pochodziły z kont zespołu 4 personelu zatrudnionego na Bloku Operacyjnym);
- amortyzacji – 384,6 tys. zł, tj. 8,5% (dane pochodziły z kont zespołu 4 i obejmowały amortyzację sprzętu i urządzeń znajdujących się na Bloku, a w przypadku amortyzacji budynku zostały rozliczone wg zajmowanej powierzchni);
- koszty zarządu (w tym wynagrodzenia personelu administracyjnego) – 315,2 tys. zł, co stanowiło 6,9% (dane pochodziły z kont analitycznych zespołu 5 i obejmowały wyodrębnione OPK administracji, które Szpital rozliczał proporcjonalnie do kosztów bezpośrednich wygenerowanych przez OPK).

Wraz z danymi FK Szpital podał Agencji również: [1] informacje o czasie funkcjonowania obu OPK (cały 2016 rok), liczbę łóżek szpitalnych (17 na Pododdziale), roczną liczbę osobodni (2.412), liczbę sal operacyjnych na Bloku (cztery), liczbę godzin pracy sal operacyjnych w roku (3.500), specjalności lekarzy zatrudnionych na Pododdziale i Bloku Operacyjnym; [2] roczną liczbę etatów pracowników zatrudnionych na umowy o pracę w poszczególnych kategoriach i w poszczególnych OPK (odpowiednio 131,6 i 215) oraz zatrudnionych w ramach kontraktów lub umów cywilno-prawnych (odpowiednio: 30,9 i 5,6); [3] wykonane rodzaje zabiegów/produktów przez Pododdział w ciągu roku (837 zabiegów i 34 ich rodzaje); [4] wyliczenie kosztów utrzymania i kosztów amortyzacji środków trwałych na obu OPK (189 pozycji). Dane osobowe pochodziły z modułu

Personel systemu SIMPLE.ERP. Wynikały również z przeliczania etatów lekarzy zatrudnionych na umowach cywilno-prawnych / kontraktach, a liczba wykonanych zabiegów / produktów – z systemu AMMS. (akta kontroli str. 304-325)

Dane szczegółowe zostały przygotowane w wymaganych przez Agencję kategoriach:

- Dane identyfikujące świadczenie i czas jego realizacji, w tym czas: znieczulenia, zabiegu, personelu uczestniczącego w zabiegu. Dane te były zgodne z kartą informacyjną leczenia szpitalnego generowaną z AMMS, kartą rozliczenia świadczeń szpitalnych generowanych z systemu AMMS oraz historią choroby prowadzoną w systemie AMMS i pozostałą dokumentacją medyczną.
- Informacje o produktach leczniczych zużytych na pacjenta / świadczenie (dane PL), które były zgodne z dokumentacją medyczną świadczenia (kartą zleceń lekarskich realizowanych przez pielęgniarki, kartą znieczulenia oraz kartą anestezjologicznej opieki pielęgniarskiej i protokołem przekazania na oddział – dokumentacja ta była prowadzona w formie papierowej i nie miała odpowiedników w systemie AMMS). Dane o cenach poszczególnych pozycji produktów leczniczych pochodziły z systemu AMMS moduł Apteka.
- Dane dotyczące zużytych wyrobów medycznych (dane WM) pochodziły z: protokołu pielęgniarki operacyjnej, karty znieczulenia i anestezjologicznej opieki pielęgniarskiej oraz protokołu przekazania na oddział, karty zaleceń lekarskich (prowadzonych w formie papierowej, poza system AMMS) oraz historii choroby prowadzonych w systemie AMMS. Dane o wartości poszczególnych wyrobów pochodziły z aplikacji SIMPLE.ERP – Moduł Obrót Towarowy, zawierający dane o wyrobach medycznych jednorazowych.
- Informacje dotyczące procedur (dane PR), tj. o wykonanych badaniach laboratoryjnych pochodziły z karty informacyjnej leczenia szpitalnego (zlecenie było generowane w systemie AMMS). (akta kontroli str. 304-325)

Plik (grupa zabiegowa) zawierał również dane na temat własnej kalkulacji kosztów tego świadczenia. Dane zostały podane w wymaganym przez Agencję podziale na koszty: pobytu pacjenta (osobodzień), leków, wyrobów medycznych i badań laboratoryjnych zużytych lub zleconych przez Pododdział oraz osobowe i wydzielone koszty leków, wyrobów medycznych oraz diagnostyki podczas znieczulenia. Koszty leków i wyrobów medycznych wynikały z ich cen i zużycia, a badań laboratoryjnych – z ustalonych przez Szpital kosztów normatywnych. Koszt osobodnia został wyliczony jako iloraz kosztów całkowitych Pododdziału (bezpośrednich i pośrednich, w tym kosztów zarządu), pomniejszonych o koszty leków i wyrobów medycznych, stanowiących bezpośredni koszt pacjenta, koszty procedur medycznych (zewnętrznych oraz alokowanych kosztów ośrodków realizujących procedury medyczne) i rzeczywistej liczby osobodni na oddziale w roku. Koszty osobowe zabiegu wyliczono w oparciu o czas zabiegu i proporcjonalnie wyliczoną stawkę personelu medycznego, wynikającą z umów o pracę lub umów cywilno-prawnych / kontraktów. Koszty znieczulenia dotyczyły kosztów pracy personelu anestezjologicznego. Odnosiły się one do czasu trwania znieczulenia i proporcjonalnie wyliczonej stawki personelu medycznego zatrudnionego na umowę o pracę lub umowę cywilno-prawną / kontrakt. Koszt jednego świadczenia został wyliczony przez Szpital na 1.280,74 zł. Jego głównymi pozycjami były: koszt osobodnia (jeden dzień pobytu) – 738,58 zł, koszty leków, wyrobów medycznych i diagnostyki zużytych lub zleconych przez pododdział – 91,98 zł, koszty leków i wyrobów medycznych zużytych podczas znieczulenia – 193,82 zł oraz koszty osobowe – 256,36 zł. (akta kontroli str. 304-325)

Dyrektor Szpitala wyjaśniła: w związku z realizacją wniosku dla Agencji nr AOTMiT/35/0002/2017/WT (jedno świadczenie) był zaangażowany jeden pracownik natomiast w realizację wniosku numer /43/0010/2018/WT (22 świadczenia) był zaangażowany następujący personel: Kierownik Działu ówczesnej Statystyki Medycznej – wpisanie wszystkich procedur medycznych, Pracownik Działu Spraw Osobowych – przeliczenie etatów, Pracownik Apteki Szpitalnej – wpisanie zawartości substancji czynnych w produktach leczniczych (około 890 pozycji), Pracownik Działu Finansowego, który przygotowywał wszystkie dane objęte formularzem, zarówno dane finansowo-kosztowe, szczegółowe jak i wyliczenie własnej kalkulacji. Nakład pracy poświęcony

na wpisanie wszelkich informacji wymaganych w układzie Agencji był bardzo duży. Wszelkie dane pobrane z systemu musiały być dostosowane do wymogów formularza i w odpowiedni sposób wpisane co w praktyce polegało na wpisaniu do formularza większości informacji ręcznie. Zużycie produktów leczniczych, wyrobów medycznych, czasu pracy personelu medycznego oraz wykonanych badań diagnostycznych były wpisywane ręcznie z historii choroby. Dodatkowo należało zliczyć z faktur zakupowych za rok 2018 wszystkie zużyte wyroby medyczne kupowane w formie komis. Ilość godzin poświęconych na realizację wniosku /43/0010/2018/WT jest trudna do oszacowania, ale na pewno przekraczała pracę około 200 godzin.

Dyrektor Szpitala w zakresie szkoleń pracowników wyjaśniła: Agencja wyznaczając naszą jednostkę do realizacji wniosku numer /43/0010/2018/WT nie zorganizowała i nie przeprowadziła szkolenia w tym zakresie. Instrukcja jak należy uzupełnić formularz była bardzo obszerna i skomplikowana. Na etapie wyznaczenia Szpitala do uzupełnienia wniosku Agencja powinna zorganizować i przeprowadzić szkolenie, w jaki sposób poruszać się po przygotowanych formularzach. Pracownik Działu Finansowego kontaktował się z Agencją w głównej mierze telefonicznie w sprawie zacytanych arkuszy kosztów szczegółowych i błędów wynikających z ich weryfikacji przez system Agencji. Pracownicy Agencji bardzo chętnie pomagali i rozwiązywali problemy powstałe na etapie przygotowania danych.

Dyrektor Szpitala podała również: że realizacja wniosków Agencji nie miała wpływu na rozliczenie hospitalizacji z Narodowym Funduszem Zdrowia. Szpital rozlicza się zgodnie z wartością punktową hospitalizacji poszczególnych grup kodów produktów JGP określonym Zarządzeniem Wewnętrznym Prezesa NFZ dla wszystkich jednostek, które mają zawartą umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia. (akta kontroli str. 344-349)

Szpital rozbudowywał systemy umożliwiające odnoszenie części kosztów bezpośrednich na pacjenta / świadczenie. Od 2018 roku moduł Apteki został rozbudowany o elektroniczne zlecenie leków do poszczególnych pacjentów. Od lipca 2020 roku w Szpitalu jest natomiast wdrażane rejestrowanie w systemie AMMS kosztów zużytych leków i wyrobów medycznych na Bloku Operacyjnym (wyodrębniane na koszty: leków i materiałów zabiegowych, leków i materiałów anestetycznych oraz koszty materiałowe opieki pooperacyjnej) z podziałem na poszczególne zabiegi wykonane pacjentom. Rejestrowany w systemie AMMS jest również czas pracy na Bloku Operacyjnym wg poszczególnych rodzajów zabiegów, z podaniem m.in. jednostek zlecających. (akta kontroli str. 133-230)

2.4. Szpital przekazał Agencji wnioskowane dane w terminach podanych we wnioskach. We wniosku nr AOTMiT/35/0002/2017/WT termin przekazania danych FK oraz danych szczegółowych określono na 19 marca 2018 r. Szpital przekazał dane w systemie Agencji 15 marca 2018 r. Z kolei we wniosku nr AOTMiT/43/0010/2018/WT termin przekazania danych FK został określony na 17 sierpnia 2018 r., a danych szczegółowych na 17 września 2018 r. Szpital przekazał dane FK w systemie 16 sierpnia 2018 r., a dane szczegółowe i własna kalkulacja były przekazywane systemem od 10 do 14 września 2018 r. Do danych FK Agencja miała uwagi (19 września 2018 r.), które zostały uwzględnione. Korekty danych KF były związane m.in. z: uzupełnieniem liczby zespołów operacyjnych, innej kwalifikacji jednorazowej amortyzacji środków trwałych niskocennych z Bloku Operacyjnego, innego ujęcia kosztów dezynfekcji na Pododdziale (z kosztów leków i wyrobów medycznych do pozostałych kosztów – 5,2 tys. zł), przeniesienia ujętych w kosztach zarządu poszczególnych OPK kosztów „Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych” do pozostałych kosztów tych OPK oraz przeniesienie kosztów jednego z wynagrodzeń z tytułu umowy zlecenia (2 tys. zł) z kategorii umów o pracę do kategorii umów cywilno-prawnych. Dane szczegółowe (w plikach powiązanych) był poprawiane kilkunastokrotnie, z uwagi na błędy przy ich zaczytywaniu w aplikacji Agencji. Wyjaśnienia i poprawki dotyczyły m.in.: wskazania że w przypadku czterech świadczeń nie używano wszczepialnych wyrobów ortopedycznych, gdyż zabieg nie wymagał ich zastosowania, uzupełniono plik dotyczący czasów procedur o czas pobytu pacjenta na Bloku Operacyjnym i doprecyzowano informacje na temat personelu dokonującego znieczulenia (tj. lekarza i pielęgniarkę), uzupełniono pliki dotyczące procedur (PR i PR_HR) w zakresie materiałów wszczepialnych. Ostatnie zweryfikowane i poprawione dane FK zostały przekazane Agencji 15 listopada

2018 r., a dane szczegółowe 28 listopada 2018 r. Ostateczne potwierdzenie przez Szpital kompletności danych nastąpiło 6 grudnia 2018 r. (termin wyznaczony przez Agencję upływał 7 grudnia 2018 r.).
(akta kontroli str. 70-122, 123-129, 350-351)

Pracownica Działu Finansowego, która przygotowywała wszystkie dane objęte formularzami wyjaśniła: *wielokrotne zaczytywanie danych szczegółowych w postępowaniu AOTMiT/43/0010/2018/WT było związane z pojawiającymi się błędami w plikach danych szczegółowych. Dopiero po zaczytaniu danych można było zweryfikować poprawność pliku w ich systemie, czy w pliku występują jeszcze błędy, które można usunąć i poprawić. W związku z tym, że Agencja nie przygotowała szkolenia technicznego z uzupełniania danych szczegółowo-kosztowych sama musiałam poznać schematy powiązań pomiędzy plikami i wprowadzić dane do systemu.*
(akta kontroli str. 350-351)

2.5. W 2019 roku w porównaniu do 2017 roku koszty Oddziału realizującego w latach 2016–2017 świadczenia wskazane przez Agencję wzrosły. W 2019 rok koszty funkcjonowania Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej wyniosły 7.162 tys. zł i były o 50,1% wyższe od kosztów funkcjonowania tego Oddziału w roku 2017 (4.769,2 tys. zł). Wynikało to głównie ze wzrostu kosztów personelu medycznego (z 1.449,2 tys. zł do 2.755,5 tys. zł – wzrost o 90,1%), związanego ze wzrostem wynagrodzeń w umowach o pracę i umowach cywilno-prawnych oraz zmianą organizacyjną, polegającą na przekształceniu Pododdziału od 1 października 2018 r. w samodzielny oddział. W 2019 roku na wzrost kosztów funkcjonowania Oddziału miała również wpływ liczba dni hospitalizacji – 3.525 osobodni w 2019 roku wobec 2.926 w 2017 roku (wzrost o 20,5%).

Koszty funkcjonowania pozostałych OPK, które przekazano Agencji wzrosły o 1,3% w przypadku Bloku Operacyjnego (z 4.677,6 tys. zł do 4.738,7 tys. zł) i o 1% w przypadku Działu Anestezjologii (z 2.031,5 tys. zł do 2.051,8 tys. zł).

(akta kontroli str. 236-303 i 334-343)

Stawki NFZ za procedury objęte wnioskiem nr AOTMiT/43/0010/2018/WT w 2017 roku przewyższały koszty Szpitala. W przypadku dziewięciu analizowanych spraw objętych wnioskiem stawki NFZ były wyższe od 32,6% od kosztów Szpitala (4.435 zł wobec 3.343,60 zł) do 83,8% (13.358 zł wobec 7.268,72 zł). Z kalkulacji przeprowadzonych na potrzeby niniejszej kontroli wynika, że koszty poszczególnych dziewięciu analizowanych świadczeń w 2019 roku w odniesieniu do 2017 roku wzrosły od 12,5% (z 7.703,43 zł do 8.666,72 zł) do 18,6% (z 2.700,18 zł do 3.150,60 zł), a wyceny NFZ tych procedur wzrosły od 9,2% do 13,6%. W konsekwencji w 2019 roku stawki NFZ w odniesieniu do kalkulacji kosztów Szpitala pozostawały wyższe od 21,1% (4.842 zł wobec 3.966,38 zł) do 74,7% (14.584 zł wobec 8.346,68 zł). Główny wzrost kosztów w analizowanych świadczeniach wynikał ze wzrostu kosztów osobodni na Oddziale – z 519 zł do 725 zł oraz wzrostu kosztów osobowych. Na zbliżonym poziomie pozostały koszty leków i wyrobów medycznych. Niższe zaś były koszty infrastruktury Bloku Operacyjnego, co wynikało z większej liczby zabiegów przeprowadzanych w 2019 roku. Na wzrost kosztów osobodni miało wpływ również przekształcenie Pododdziału w samodzielny oddział, co generowało na przykład wyższe koszty dyżurów lekarskich, które w 2017 wynosiły 182,2 tys. zł, a w 2019 roku – 499,6 tys. zł.

(akta kontroli str. 352-372)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność Szpitala w zakresie przekazywania do Agencji danych w procesie taryfikacji świadczeń opieki zdrowotnej. Szpital w 2018 roku przekazał Agencji informacje finansowo-księgowe i o charakterze niefinansowym, które były rzetelne i spójne z ewidencją księgową oraz dokumentacją medyczną poszczególnych świadczeń.

IV. Wnioski

Wnioski

W związku z niestwierdzeniem nieprawidłowości Najwyższa Izba Kontroli nie formułuje wniosków.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

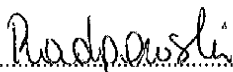
Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

Wystąpienie pokontrolne zostało sporządzone w dwóch egzemplarzach; jeden dla kierownika jednostki kontrolowanej, drugi do akt kontroli.

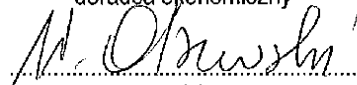
Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK, kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do dyrektora Delegatury NIK w Białymstoku. Prawo zgłaszania zastrzeżeń, zgodnie z art. 61b ust. 2 ustawy o NIK, nie przysługuje do wystąpienia pokontrolnego zmienionego zgodnie z treścią uchwały w sprawie zastrzeżeń.

Białystok, 28 października 2020 r.

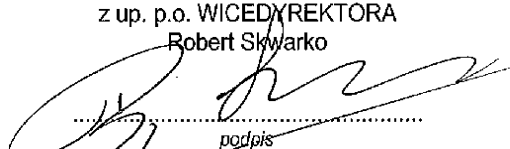
Kontroler:
Władysław Radgowski
gl. specjalista k. p.


.....
podpis

Kontroler:
Wojciech Olszewski
doradca ekonomiczny


.....
podpis

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


.....
podpis