



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Katowicach

LKA.410.025.01.2020

Zarząd
Szpitala Miejskiego
w Siemianowicach Śląskich Sp. z o.o.
ul. 1 Maja 9, 41-100 Siemianowice Śląskie

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Szpital Miejski w Siemianowicach Śląskich Spółka z o.o., ul. 1 Maja 9, 41-100 Siemianowice Śląskie ¹ .
Kierownik jednostki kontrolowanej	Zarząd w składzie: Członek Zarządu Aleksandra Skowronek oraz Członek Zarządu Jan Brol, od 13 czerwca 2019 r. do nadal ² . Poprzednio w okresie od 16 lutego 2017 r. do 13 czerwca 2019 r. Prezesem Zarządu była Agnieszka Wołowicz, w okresie od 23 marca 2015 r. do 15 lutego 2016 r., Prezesem Zarządu był Jan Brol, w okresie od 12 grudnia 2013 r. do 23 marca 2015 r. Prezesem Zarządu był Bolesław Gębarski. (akta kontroli str.2)
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Prowadzenie rachunku kosztów. 2. Prawdliwość przekazywania danych w procesie taryfikacji.
Okres objęty kontrolą	Kontrolą objęto lata 2015-2020 (do dnia zakończenia czynności kontrolnych) ³
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ⁴
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Katowicach
Kontrolerzy	Jerzy Piasecki, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKA/242/2020 z 9 września 2020 r. (akta kontroli str.1)

II. Ocena ogólna⁵ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA	Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność kontrolowanej jednostki w badanym zakresie.
Uzasadnienie oceny ogólnej	Spółka w okresie objętym kontrolą, w zakresie wyceny świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, stosowała podstawowe zasady rachunkowości, o których mowa w ustawie z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości⁶ oraz posiadała i stosowała mechanizmy kontroli dotyczące operacji finansowych i gospodarczych. Pomimo ograniczeń wynikających z braku powiązania ze sobą niektórych modułów systemu informatycznego Szpitala, dotyczących jego części „białej”⁷ i „szarej”⁸ oraz braku modułu kalkulacji kosztów leczenia/controlingowego, prowadzony w Szpitalu

¹ Dalej: „Szpital” lub „Spółka”.

² Dalej: Zarząd.

³ Tj. do dnia 10 listopada 2020 r.

⁴ Dz. U. z 2020 r. poz. 1200; zwana dalej: „ustawą o NIK”.

⁵ Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

⁶ Dz. U. z 2019 r. poz. 351, ze zm.; zwana dalej: „ustawą o rachunkowości”.

⁷ Część medyczna podmiotu leczniczego/systemu informatycznego.

⁸ Część administracyjna podmiotu leczniczego/systemu informatycznego.

rachunek kosztów oraz gromadzone informacje o charakterze niefinansowym, dostarczały niezbędne dane i zdaniem Zarządu Spółki umożliwiały racjonalne zarządzanie. Szpital przekazywał Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji⁹ wymagane w procesie taryfikacji dane o kosztach oraz źródłach ich powstawania. Dostarczane Agencji dane o udzielanych świadczeniach opieki zdrowotnej, pochodzące z ksiąg rachunkowych oraz pozostałych źródeł, były kompletne i rzetelne, a ich zgromadzenie wymagało dużego nakładu pracy.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowej¹⁰ kontrolowanej działalności

OBSZAR

Opis stanu
faktycznego

1. Prowadzenie rachunku kosztów

1.1. Spółka stosowała podstawowe zasady rachunkowości, a dokumentacja opisująca przyjęte zasady rachunkowości¹¹ zawierała wszystkie elementy określone w art. 10 ustawy o rachunkowości. Opracowany zakładowy plan kont odzwierciedlał charakter działalności i strukturę Spółki. Księgi rachunkowe prowadzone były komputerowo z wykorzystaniem programu InfoMedica. System informatyczny ze wskazaniem wersji oprogramowania i daty rozpoczęcia jego eksploatacji, opisany w Polityce rachunkowości oraz załącznikach do niej, zawierał wykaz programów wraz z opisem algorytmów oraz programowe zasady ochrony danych, w tym metody zabezpieczenia dostępu do danych i systemu ich przetwarzania. Procedurę kontroli zaciągania zobowiązań finansowych uregulowano w Akcie Założycielskim Spółki¹². Szpital posiadał opracowane procedury określające zasady obiegu i zatwierdzania dokumentów księgowych¹³ oraz rejestr obowiązujących przepisów wewnętrznych. W Szpitalu funkcjonowała procedura rejestracji wpływu dokumentów księgowych do jednostki i do komórki rachunkowości¹⁴.

(akta kontroli str. 3-164)

Badanie 20 losowo dobranych dokumentów, stanowiących podstawę do księgowania operacji w zespole 4 potwierdziło, że w Spółce stosowano mechanizmy kontroli dotyczące operacji finansowych i gospodarczych. Badane dokumenty w sposób rzetelny i pełny dokumentowały operacje finansowe i gospodarcze Spółki. Operacje te były autoryzowane przez kierownika jednostki, głównego księgowego oraz osoby upoważnione (wskazane) do dokonywania poszczególnych czynności w zakresie potwierdzania autentyczności i prawidłowości operacji gospodarczych, zgodnie z nadanymi upoważnieniami i uprawnieniami. Zestawienie obrotów i sald księgi głównej sporządzane było raz na miesiąc, a dokumenty były zaksięgowane bez możliwości dokonania zmiany w zapisach księgowych.

(akta kontroli str. 165-240)

⁹ Dalej: „AOTMiT” lub „Agencja”.

¹⁰ Oceny cząstkowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena cząstkowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

¹¹ Dalej: „Polityka Rachunkowości”, przyjęta Zarządzeniem Zarządu Spółki nr 205/2019 z dnia 30 grudnia 2019 r.

¹² Zgodnie z § 39 Aktu Założycielskiego Spółki do zaciągnięcia zobowiązań finansowych o wartości dwukrotnie przewyższającej wartość kapitału zakładowego wymagana jest zgoda Zgromadzenia Wspólników.

¹³ Zarządzenie nr 182/2020, Zarządu Spółki z dnia 22 września 2020 r.

¹⁴ Zarządzenie nr 127/2010 z dnia 20 grudnia 2010 r.

1.2. W Spółce funkcjonował system informatyczny InfoMedica składający się z części administracyjnej (szarej¹⁵) i medycznej (białej¹⁶). System w części szarej składał się z 10 modułów¹⁷, częściowo ze sobą zintegrowanych¹⁸. W części białej, system, składał się z 17 modułów¹⁹ w pełni ze sobą zintegrowanych i stanowiących jeden pakiet. Moduły części szarej i białej były częściowo ze sobą zintegrowane. Integracja modułów systemu informatycznego funkcjonujących w części administracyjnej i medycznej dotyczyła powiązania modułu Apteka z modulem Finansowo-Księgowym oraz modułu Ruch Chorych z Rejestrem Sprzedaży. W Spółce nie funkcjonował moduł kalkulacji kosztów leczenia/controlingowy (ww. modułu Szpital nie posiadał). Prowadzony przez Szpital rachunek kosztów opierał się na danych pochodzących np. z „Systemu Finansowo-Księgowo-Kosztowego Finanse i Księgowość”.

(akta kontroli str. 241-244)

Jak wyjaśnił Zarząd, Spółka nie stosowała standardów rachunku kosztów wskazanych w zaleceniach Ministra Zdrowia z 8 lipca 2015 r., tj. rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 8 lipca 2015 r. w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców²⁰. Główną przyczyną niepodjęcia działań w zakresie stosowania standardów był brak rozwiązań informatycznych związanych z integracją części białej i szarej oraz brak środków na zakup nowych modułów.

(akta kontroli str. 604)

Ewidencję kosztów w Spółce prowadzono równolegle na kontach zespołów „4” i „5”. Zespół „5” kont odzwierciedlał podział kosztów na ośrodki ich powstawania²¹. Wykaz ośrodków powstawania kosztów²² w zakresie działalności podstawowej został ustalony przy uwzględnieniu przepisów wydanych na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej²³. Wykaz ten odzwierciedlał strukturę Szpitala w zakresie prowadzonej działalności. Wykaz OPK w zakresie działalności pomocniczej został ustalony i pogrupowany ze względu na miejsce wykonywania świadczeń (zaliczono do nich m.in. aptekę, centralną sterylizację, centralną izbę przyjęć). W zespole kont kosztów w układzie funkcjonalnym w zakresie działalności podstawowej i pomocniczej nie utworzono poziomów kont analitycznych dla ośrodków kosztów. Natomiast w zespole „5” kont kosztów, w zakresie działalności, podstawowej, pomocniczej i zarządu, częściowo utworzono poziomy kont analitycznych dla kategorii kosztów według ich rodzaju²⁴.

¹⁵ Część administracyjna podmiotu leczniczego/systemu informatycznego.

¹⁶ Część medyczna podmiotu leczniczego/systemu informatycznego.

¹⁷ 1) System Finansowo-Księgowo-Kosztowy Finanse i Księgowość, 2) Rachunek Kosztów, 3) Obsługa Kasy Gotówkowej, 4) Rejestr Sprzedaży, 5) Rejestr Bankowy, 6) Środki trwałe, 7) Gospodarka Magazynowo-Materiałowa, 8) Kadry, 9) Płace, 10) Grafiki.

¹⁸ Zintegrowane ze sobą były: moduł Finanse i Księgowość - z modułami: Gospodarka Magazynowo-Materiałowa, Płace, Rachunek Kosztów, Rejestr Sprzedaży, Środki Trwałe, Obsługa Kasy Gotówkowej. Moduł Grafiki z Kadrami, Kadry z Płacami.

¹⁹ Apteczka Oddziałowa, Apteka, Gruper JGP, Optymalizator (symulator) JGP, Zakażenia Szpitalne, Ruch Chorych dwie licencje, Zlecenia, Punkt Pobrań, Wymiana Danych, Repozytorium EDM, Słownik Leków, Gabinet PRO, Pracownia PRO, Recepcja PRO, Statystyka PRO, Gabinet rehabilitacji PRO.

²⁰ Dz. U. poz. 1126. Rozporządzenie uchylone z dniem 6 marca 2020 r. Od 1 stycznia 2021 r. będzie obowiązywało rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 października 2020 r. w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców (Dz. U. poz. 2045).

²¹ 500 – koszty działalności podstawowej, 520 – koszty działalności gospodarczej, 530 – koszty działalności pomocniczej niemedycznej, 550 – koszty zarządu i administracji.

²² Dalej: „OPK”.

²³ Dz. U. z 2020 r. poz. 295, ze zm. W polityce rachunkowości w planie kont zespołu „5” wyodrębniono dla każdej komórki organizacyjnej Szpitala posiadającej kod resortowy odrębny OPK.

²⁴ Poziomy kont analitycznych dla m.in. wynagrodzeń nie zawierały podziału na kategorie personelu.

Szpital nie prowadził dokumentacji medycznej pacjentów w formie elektronicznej. Koszty leków i wyrobów medycznych, ich nazwy, jednostki miar i ilości przypisywano do realizowanych procedur medycznych zgodnie z ich średnim zużyciem zapisanym w koszcie normatywnym²⁵. Nie prowadzono ewidencji elektronicznej procedur zabiegowych, operacyjnych i diagnostyki inwazyjnej wykonywanej na bloku operacyjnym.

Spółka nie prowadziła w formie elektronicznej ewidencji czasu pracy personelu zatrudnionego na podstawie umów cywilno-prawnych i kontraktów. Brak było również możliwości przeliczenia jednostek wynagrodzenia na odpowiednik etatu. Szpital dysponował informacją niefinansową z zakresu kwalifikacji personelu, rocznej sumarycznej liczby etatów personelu zatrudnionego na umowy o pracę. Nie posiadał tych danych w stosunku do personelu zatrudnionego na umowach cywilno-prawnych i liczby kontraktów w podziale na poszczególne kategorie personelu. Szpital nie prowadził w formie elektronicznej księgi zabiegowej bloku operacyjnego oraz nie ewidencjonował w formie elektronicznej wyników i opisów z badań obrazowych.

W okresie objętym kontrolą Spółka dysponowała wyceną realizowanych procedur medycznych, na którą składały się m.in. zabiegi na bloku operacyjnym, RTG, USG, procedury anestezjologiczne, procedury endoskopowe, a informacje o wartości tych procedur udostępniano na stronie internetowej Szpitala.

(akta kontroli str. 245-247)

Jak wyjaśnił Zarząd, Szpital korzysta z rachunku kosztów, dostarczanego przez funkcjonujący w Szpitalu system rachunkowości finansowej. Planowana jest rozbudowa posiadanych narzędzi informatycznych o zakup modułu Wycena Kosztów Normatywnych świadczeń medycznych, który pozwoli usprawnić działania Spółki w zakresie bieżącej wyceny kosztów normatywnych realizowanych świadczeń. Posiadane przez Szpital informacje o charakterze niefinansowym były wykorzystywane w okresie objętym kontrolą na bieżąco. Jak wyjaśnił Zarząd, służyły one do bieżących analiz m.in. długości hospitalizacji, liczby wykonanych procedur, liczby porodów, liczby cięć cesarskich, wskaźnika wykorzystania łóżek, ponadto ww. dane posłużyły do opracowania w 2019 r. planu naprawczego Spółki oraz podjęcia decyzji o możliwości realizacji projektów współfinansowanych ze środków europejskich w ramach posiadanych zasobów osobowych i infrastruktury.

(akta kontroli str. 607)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność kontrolowanej jednostki w badanym obszarze, mimo ograniczeń w prowadzeniu rachunku kosztów.

²⁵ Przypisanie kosztu zużycia leków i wyrobów medycznych na danego pacjenta, przy obecnym systemie informatycznym funkcjonującym w Spółce, jest niemożliwe. Koszty normatywne nie były przypisane do procedur medycznych z uwagi na brak odpowiednich systemów informatycznych. Procedury medyczne w zakresie kosztu normatywnego były opracowane w wersji papierowej.

2. Prawdliwość przekazywania danych w procesie taryfikacji

Opis stanu faktycznego

2.1. W okresie objętym kontrolą Szpital współpracował z AOTMiT. W latach 2016-2017 Spółka zawarła sześć umów z Agencją²⁶ związanych z przekazaniem Agencji niezbędnych danych do ustalenia taryfy świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

(akta kontroli str. 248-260, 355-361, 376-384, 395-402, 413-420, 458-466)

Ponadto w 2019 r. na wniosek Agencji z dnia 8 kwietnia 2019 r. Szpital udostępnił nieodpłatnie dane, za okres od 1 stycznia do 31 grudnia 2018 r., niezbędne do ustalenia taryfy świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień dla dzieci i młodzieży. Ponadto na wniosek z dnia 25 lipca 2019 r. udostępnił nieodpłatnie dane, za okres od 1 stycznia do 30 sierpnia 2019 r., dotyczące aktualnych stawek wynagrodzeń poszczególnych grup zawodowych, w tym lekarzy, pielęgniarek oraz pozostałego personelu medycznego.

(akta kontroli str. 539-540 i 554)

Jak wyjaśnił Zarząd Szpitala, współpraca Spółki z Agencją w procesach taryfikacyjnych miała charakter doraźny.

(akta kontroli str. 604)

2.2. Spółka w badanym okresie wypełniła i przesłała do AOTMiT sześć ankiet oraz dwie informacje²⁷, dla uzyskania danych wymaganych do ustalenia przez Agencję taryf, które sporządzono zgodnie z przekazaną instrukcją (dla sześciu umów). Zawierały one wszystkie dane niezbędne w procesie wyłonienia podmiotu do współpracy z Agencją, w tym dane identyfikacyjne Szpitala, informacje o świadczeniach i kosztach z nimi związanych w zakresie, w jakim wymagała tego Agencja. Ponadto w ankietach Spółka informowała Agencję m.in. o sposobie prowadzenia rachunku kosztów, o braku prowadzenia elektronicznej dokumentacji pacjenta. Przekazane dane w ankietach były zgodne z danymi ujętymi w dokumentacji i w systemach informatycznych Szpitala.

(akta kontroli str. 262-280, 364-374, 385-394, 404-410, 422-433, 467-499, 559-589)

2.3. Spółka w okresie objętym kontrolą, stosownie do zawartych umów oraz zgodnie z art. 31lc ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych²⁸, udostępniała Agencji dane finansowo-księgowe oraz medyczne o najwyższej jakości i kompletności, niezbędne

²⁶ [1] Umowa z 13 czerwca 2016 r. (zmiana umowy aneks nr 1 z 21 czerwca 2016 r.) na przygotowanie i przekazanie odpłatnie danych dotyczących poniesionych kosztów świadczenia medycznego „81.53 Rewizja po endoprotezoplastyce stawu biodrowego, określona inaczej”; [2] umowa z 27 lipca 2016 r. na przygotowanie i przekazanie odpłatnie danych dotyczących poniesionych kosztów świadczeń medycznych: „44.673 Fundoplikacja sposobem Nissena”, „44.93 Wprowadzenia balona żołądkowego”, „81.511 Pierwotna wymiana głowy kości udowej oraz panewki stawu biodrowego - kapoplastyka”; [3] umowa z 14 października 2016 r. na przygotowanie i przekazanie odpłatnie danych dotyczących poniesionych kosztów świadczenia medycznego „Noworodek wymagający normalnej opieki”; [4] umowa z 5 grudnia 2016 r. na przygotowanie i przekazanie odpłatnie danych dotyczących wszystkich medycznych ośrodków powstawania kosztów realizujących świadczenia z działalności podstawowej w rodzaju leczenie szpitalne oraz wszystkich ośrodków działalności pomocniczej realizujących świadczenia zdrowotne na rzecz ośrodków działalności podstawowej; [5] umowa z 16 marca 2017 r. zawarto umowę na przygotowanie i przekazanie nieodpłatnie danych dotyczących poniesionych kosztów świadczeń medycznych: „79.35 Otwarte nastawienie złamania z wewnętrzną stabilizacją - kość udowa”, „79.36 Otwarte nastawienie złamania z wewnętrzną stabilizacją - kość piszczelowa/kość strzałkowa”, „N 20 Noworodek wymagający normalnej opieki”, „N 25 Noworodek wymagający wzmożonego nadzoru”; [6] umowa z 7 czerwca 2017 r. na przygotowanie i przekazanie odpłatnie danych dotyczących zapisów w systemie finansowo-księgowym oraz innych informacji niefinansowych, w tym kadrowo-płacowych.

²⁷ Szpital uzupełnił zestawienia otrzymane od Agencji w zakresie Poradni zdrowia psychicznego dla dzieci oraz wynagrodzeń personelu zatrudnionego w podmiocie leczniczym.

²⁸ Dz. U. z 2020 r. poz. 1398 ze zm. Dalej: „ustawa o świadczeniach”.

do ustalenia taryf. Powyższe zweryfikowano w oparciu o dane przekazane Agencji przez Spółkę dotyczące próby, objętych szczegółowym badaniem, trzech udzielanych przez Szpital świadczeń medycznych²⁹ oraz trzech Ośrodków Powstawania Kosztów³⁰.

(akta kontroli str. 248-260, 413-420, 458-466)

W wyniku porównania danych³¹ przekazanych do Agencji, związanych z trzema udzielanymi świadczeniami medycznymi przez Spółkę oraz trzema OPK, z danymi źródłowymi, w tym finansowo-księgowymi, ustalono, że w trzech przypadkach badanych świadczeń oraz w dwóch OPK (Oddziału Chorób Wewnętrznych I za 2016 r., Pracowni Endoskopowej za 2016 r.) dane przesłane Agencji były kompletne i nie zawierały błędów.

Natomiast w przypadku danych OPK Dział Rehabilitacji Szpitalnej za 2016 r., Spółka w przesłanej Agencji ankiecie: koszty „pozostałych materiałów” w wysokości 152 zł, wykazała w niewłaściwej pozycji „pozostałych materiałów do komputerów”, koszty z tytułu umowy o pracę w wysokości 3 036,12 zł, a winno być 3 046,12 zł oraz podała koszty podatku od nieruchomości w wysokości 3 089,56 zł, a winno być 3 098,56 zł. W odniesieniu do OPK Dział Rehabilitacji Szpitalnej za 2016 r., w pozostałej części dane przesłane Agencji były kompletne i nie zawierały błędów. Powyższe błędy nie miały znaczącego wpływu na wysokość kosztów w analizowanych OPK.

W sprawie przesłania do Agencji ankiety zawierającej powyższe dane Zarząd Spółki wyjaśnił, że błędne dane przekazane do Agencji wynikały z omyłki pisarskiej podczas ręcznego przepisywania danych z wydruków analiz kosztowych do tabel zamieszczonych na koncie użytkownika - Agencji.

(akta kontroli str. 510-511 i 513-514)

Zadania z zakresu przygotowania danych przekazywanych Agencji w badanym okresie realizował pracownik Biura Zarządu oraz Inspektor Działu Metodyczno-Organizacyjnego Sekcja Budżetowa i Analiz, do którego obowiązków należało m.in. wycena procedur opracowanych przez poszczególne ośrodki kosztów, przygotowanie analiz kosztów dla jednostek Szpitala (oddziałów, poradni, pracowni), wycena świadczeń w celu przygotowania cenników dla jednostek świadczących usługi, monitorowanie jednostki w celu weryfikacji rachunku kosztów.

(akta kontroli str. 590-592 i 595-601)

Jak podał Zarząd dane przekazane dla Agencji były sporządzane przez pracowników Szpitala w ramach swoich obowiązków służbowych.

(akta kontroli str. 608)

W badanym okresie ww. Inspektor, przygotowująca i przekazująca dane Agencji, dwukrotnie uczestniczyła w zorganizowanym przez AOTMiT szkoleniach³².

(akta kontroli str. 593-594)

²⁹ Świadczenia medyczne: „81.53 Rewizja po endoprotezoplastyce stawu biodrowego za 2015 r.”, „N 20 Noworodek wymagający normalnej opieki za 2015 r.” i „N 25 Noworodek wymagający wzmożonego nadzoru za 2015 r.”

³⁰ Dalej: „OPK”. Badaniem objęto OPK: Oddział Chorób Wewnętrznych I za 2016 r., Pracownia Endoskopowa za 2016 r. i Dział Rehabilitacji Szpitalnej za 2016 r.

³¹ Dane: informacje finansowo-księgowe, karty środków trwałych, karty wynagrodzeń, dane o rozchodzie leków z apteki oraz informacje o charakterze niefinansowym (np. kody produktu rozliczeniowego, liczba łóżek).

³² W dniu 11 maja 2017 r. w zakresie „Zasad przekazywania danych – postępowanie dotyczące plików Finansowo Księgowych za 2016 r.” i w dniu 14 czerwca 2017 r. w zakresie „Taryfikacja świadczeń – pozyskiwanie danych finansowo-księgowych z leczenia szpitalnego za rok 2016”.

Agencja nie skorzystała z prawa do zweryfikowania jakości oraz kompletności przekazywanych danych, w miejscu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez Szpital.

2.4. W badanym okresie Spółka ośmiokrotnie przekazała dane niezbędne do ustalenia taryfy, o które wystąpiła Agencja. W sześciu przypadkach³³ stosownie do wymogów umów oraz wniosków, Spółka przekazała dane w wyznaczonym terminie. W pozostałych dwóch przypadkach Spółka przekazała dane z opóźnieniem wynoszącym 53 dni (w każdym z nich), co przedstawiono w dalszej części wystąpienia w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 602)

2.5. Porównanie danych kosztowych objętych szczegółowym badaniem³⁴ z danymi kosztowymi badanymi świadczeń i OPK w 2019 r. wykazało, że we wszystkich sześciu przypadkach koszty poszczególnych świadczeń medycznych oraz koszty OPK wzrosły.

W odniesieniu do analizowanych trzech OPK we wszystkich przypadkach odnotowano wzrost kosztów w 2019 r. w stosunku do 2016 r. I tak w przypadku OPK:

- *Oddział Chorób Wewnętrznych I*, całkowite koszty wzrosły o 89,7 % (zmiana z 2 935 585,23 zł do 5 567 808,52 zł). Najwyższy wzrost dotyczył kosztów procedur (o 99,3%) oraz kosztów wynagrodzeń personelu wraz z pochodnymi (o 71,9%);
- *Pracownia Endoskopowa*, całkowite koszty wzrosły o 32,4% (zmiana z 192 871,46 zł do 255 420,12 zł). Najwyższy wzrost dotyczył kosztów wynagrodzeń personelu wraz z pochodnymi (o 62,4%) oraz kosztów leków i wyrobów medycznych (o 54,2%);
- *Dział Rehabilitacji Szpitalnej*, całkowite koszty wzrosły o 64,2% (zmiana z 547 225,21 zł do 898 284,35 zł). Najwyższy wzrost dotyczył kosztów wynagrodzeń personelu wraz z pochodnymi (o 35,6%) oraz kosztów amortyzacji (o 75,9%).

W odniesieniu do analizowanych trzech świadczeń medycznych we wszystkich przypadkach odnotowano wzrost kosztów w 2019 r. w stosunku do 2015 r. I tak w przypadku świadczeń:

- „*N 25 Noworodek wymagający wzmożonego nadzoru za 2015 r.*” nastąpił wzrost kosztów świadczenia o 42,1 % (zmiana z 2 654,77 zł do 3 771,41 zł). Najwyższy wzrost dotyczył kosztów wynagrodzeń personelu pielęgniarskiego (o 191,4% - zmiana z 175,28 zł do 510,74 zł) oraz personelu lekarskiego (o 67,2% - zmiana z 215,28 zł do 360,03 zł);
- „*N 20 Noworodek wymagający normalnej opieki za 2015 r.*” koszty świadczenia wzrosły o 53,1% (zmiana z 1 895,07 zł do 2 902,09 zł). Najwyższy wzrost dotyczył kosztów wynagrodzeń personelu pielęgniarskiego i lekarskiego, który wyniósł odpowiednio 191,4% i 67,2%;

³³ Dotyczyło umów z 2016 r. nr: 166/2016, 177/2016, 263/2016; z 2017 r. nr: 36/2017, 71/2017 oraz wniosku Agencji z 2019 r. – Poradnia zdrowia psychicznego dzieci.

³⁴ Dotyczących trzech świadczeń medycznych: „81.53 Rewizja po endoprotezoplastyce stawu biodrowego za 2015 r.”, „N 20 Noworodek wymagający normalnej opieki za 2015 r.” i „N 25 Noworodek wymagający wzmożonego nadzoru za 2015 r.” oraz trzech OPK: Oddział Chorób Wewnętrznych I za 2016 r., Pracownia Endoskopowa za 2016 r. i Dział Rehabilitacji Szpitalnej za 2016 r.

- „81.53 Rewizja po endoprotezoplastyce stawu biodrowego za 2015 r.” koszty świadczenia wzrosły o 65,8% (zmiana z 460 zł do 762,73 zł). Najwyższy wzrost dotyczył kosztów konsultacji internistycznych (o 47,0% - zmiana z 60,61 zł do 89,12 zł) oraz konsultacji anestezjologicznych (o 52,6 % - zmiana z 70,00 zł do 106,80 zł).

(akta kontroli str. 297-309, 339-352, 428 i 451, 500-504, 508-512, 516-520)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

W dwóch z ośmiu przypadków, Szpital nie dopełnił obowiązku przekazania w wyznaczonym terminie danych do Agencji, co dotyczyło danych w zakresie monitorowania wynagrodzeń personelu zatrudnionego w jednostce za okres od 1 stycznia do 30 sierpnia 2019 r. oraz wszystkich danych w zakresie OPK za 2015 r. W każdym z tych przypadków opóźnienie wyniosło 53 dni.

Zarząd wyjaśnił, że główną przyczyną niedotrzymania terminu danych do Agencji był m.in. natłok zadań realizowanych w Szpitalu, absencja związana z chorobą pracownika, trwający okres urlopowy oraz w przypadku danych związanych z monitorowaniem wynagrodzeń personelu medycznego obszerny zakres danych, których nie można było wygenerować bezpośrednio z systemu finansowo-księgowego.

(akta kontroli str. 608-609)

OCENA CZĄSTKOWA

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność kontrolowanej jednostki w badanym obszarze.

IV. Uwaga

Przedstawiając powyższe oceny wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK, zwraca uwagę na obowiązek terminowego przekazywania Agencji danych w procesie taryfikacji.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do Dyrektora Delegatury NIK w Katowicach. 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 uwagi

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

Katowice, dnia 30 listopada 2020 r.

Kontroler
Jerzy Piasecki
Gł. specjalista kontroli państwowej

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Katowicach

.....