



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Katowicach

LKA.410.025.02.2020

Pan
Cezary Tomiczek
Prezes Zarządu
Centrum Zdrowia w Mikołowie sp. z o.o.
ul. L. Waryńskiego 2
43-190 Mikołów

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Centrum Zdrowia w Mikołowie sp. z o.o. ul. L. Waryńskiego 2, 43-190 Mikołów ¹ .
Kierownik jednostki kontrolowanej	Cezary Tomiczek, Prezes Zarządu Centrum Zdrowia w Mikołowie sp. z o.o. powołany na stanowisko od 1 marca 2020 r.² W okresie objętym kontrolą funkcję kierownika jednostki pełnili: Władysław Perchaluk, Prezes Zarządu od 1 stycznia 2016 r. do 28 lutego 2020 r. Krystyna Sarna-Smoczyńska, Prezes Zarządu od 24 kwietnia 2013 r. do 31 grudnia 2015 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Prowadzenie rachunku kosztów. 2. Prawdliwość przekazywania danych w procesie taryfikacji.
Okres objęty kontrolą	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	1. Nina Poloczek, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKA/257/2020 z 15 września 2020 r. 2. Beata Olejnik, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKA/279/2019 z 6 października 2020 r. (akta kontroli str. 1-7)

¹ W dalszej części: *Spółka* lub *Szpital*.

² W dalszej części *Prezes* lub *Kierownik jednostki*.

³ Czynności kontrolne zakończono w dniu 3 listopada 2020 r.

⁴ Dz. U. z 2020 r. poz. 1200, ze zm. Dalej: *ustawa o NIK*.

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 stosowała podstawowe zasady rachunkowości oraz posiadała i stosowała mechanizmy kontroli dotyczące operacji finansowych i gospodarczych. Prowadzony w Szpitalu rachunek kosztów oraz gromadzone informacje o charakterze niefinansowym, dostarczały niezbędne dane i umożliwiały racjonalne zarządzanie, pomimo braku powiązania ze sobą niektórych modułów systemu informatycznego Szpitala, dotyczących jego części „białej”⁶ i „szarej”⁷. Szpital przekazywał Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji⁸ wymagane w procesie taryfikacji dane o kosztach oraz źródłach ich powstawania. Dostarczane dane o udzielanych świadczeniach opieki zdrowotnej, pochodzące z ksiąg rachunkowych oraz danych źródłowych, były kompletne i rzetelne.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

OBSZAR

1. Prowadzenie rachunku kosztów

Opis stanu faktycznego

1. W okresie objętym kontrolą, w Spółce stosowano obowiązujące zasady rachunkowości oraz opracowano mechanizmy kontroli dotyczące operacji finansowych i gospodarczych. Dokumentacja opisująca przyjęte zasady rachunkowości⁹ w Spółce zawierała wszystkie elementy określone w art. 10 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości¹⁰. Zakładowy plan kont odzwierciedlał charakter działalności i strukturę Spółki. Księgi rachunkowe prowadzone były komputerowo z wykorzystaniem programu InfoMedica¹¹. System informatyczny ze wskazaniem wersji oprogramowania i daty rozpoczęcia jego eksploatacji, opisany w Polityce rachunkowości oraz załącznikach do niej¹², 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 Spółki¹³. Instrukcja zasad kontroli i obiegu dokumentów księgowych¹⁴ w Spółce określała procedury dotyczące terminowości postępowania z zewnętrznymi i wewnętrznymi dowodami księgowymi, wskazywała osoby uprawnione do przeprowadzania kontroli merytorycznej dowodów księgowych i kontroli formalno-rachunkowej, terminy przekazywania dokumentów księgowych pomiędzy poszczególnymi komórkami od wpływu do jednostki do momentu dokonania trwałego zapisu księgowego. Ponadto ustalono katalog dokumentów stanowiących podstawę dokonywania zapisów w księgach rachunkowych. W okresie objętym kontrolą, w Spółce

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

⁶ Część kliniczna podmiotu leczniczego/systemu informatycznego.

⁷ Część administracyjna podmiotu leczniczego/systemu informatycznego.

⁸ Dalej: AOTMiT lub Agencja.

⁹ Dalej: Polityka rachunkowości, uregulowana Zarządzeniem wewnętrznym nr 15/2010 Prezesa Zarządu – Dyrektora Centrum Zdrowia w Mikołowie z 18 marca 2010 r. w sprawie dokumentacji przyjętych zasad rachunkowości, zmienionym Zarządzeniami wewnętrznymi: nr 10/2012 z 31 stycznia 2012 r., nr 30/2017 z 7 grudnia 2017 r., nr 1/2018 z 5 stycznia 2018 r.

¹⁰ Dz. U. z 2019, poz. 351 ze zm. Dalej: uor.

¹¹ Dalej: System.

¹² Zarządzenie wewnętrzne nr 30/2017 Prezesa Zarządu Centrum Zdrowia w Mikołowie sp. z o.o. z dnia 7 grudnia 2017 r. w sprawie: zmiany Zarządzenia wewnętrznego nr 15/2010 w sprawie dokumentacji przyjętych zasad rachunkowości.

¹³ Zgodnie z § 12 pkt 16 Aktu Założycielskiego Spółki do zaciągnięcia zobowiązań finansowych (kredyty bankowego) wymagana jest zgoda Zgromadzenia Wspólników. W przypadku kosztów kredytu powyżej 129 000 zł uruchamiana jest procedura zamówienia publicznego.

¹⁴ Zarządzenie wewnętrzne nr 15/2013 Prezesa Zarządu Centrum Zdrowia w Mikołowie sp. z o.o. z dnia 15 maja 2013 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu Instrukcji zasad sporządzania, kontroli i obiegu dokumentów księgowych. Zmienione Zarządzeniami: nr 15/2014 z 28 lipca 2014 r., nr 30/2015 z 2 grudnia 2015 r., nr 1/2016 z 8 stycznia 2016 r., nr 5/2016 z 26 stycznia 2016 r., nr 15A/2016 z 5 lipca 2016 r., nr 4/2017 z 1 marca 2017 r., nr 13/2017 z 3 lipca 2017 r., nr 18/2017 z 6 września 2017 r., nr 25A/2017 z 27 października 2017 r., nr 12/2018 z 4 września 2018 r., nr 16A/2020 z 8 maja 2020 r.

stosowano mechanizmy dotyczące kontroli operacji finansowych i gospodarczych¹⁵, których prawidłowe funkcjonowanie potwierdzono w badaniu próby 20 losowo dobranych dokumentów (faktur)¹⁶, stanowiących podstawę do księgowania operacji w zespole 4 (kosztów) w 2020 r. Badając próbę stwierdzono, że badane dokumenty w sposób rzetelny i pełny dokumentowały operacje finansowe i gospodarcze Spółki. Operacje finansowe 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. Kluczowe obowiązki w tym zakresie podzielono w taki sposób, by nie dochodziło do łączenia poszczególnych funkcji związanych ze sporządzaniem dokumentów księgowych i dokonywaniem ich kontroli, a także wykonywaniem dyspozycji środkami pieniężnymi. Weryfikacja operacji finansowych odbywała się w całym cyklu obiegu dokumentów finansowo-księgowych, tj. zarówno przed jak i po ich realizacji, co każdorazowo było dokumentowane przez osoby do tego upoważnione. W okresie objętym kontrolą Szpital posiadał i prowadził na bieżąco rejestr obowiązujących przepisów wewnętrznych. W Spółce funkcjonowała procedura rejestracji wpływu dokumentów księgowych do jednostki i do komórki rachunkowości. Zestawienie obrotów i sald kont księgi głównej sporządzane było, co najmniej raz na miesiąc¹⁷ i stanowiło podstawę sporządzania okresowych sprawozdań finansowych¹⁸.

(akta kontroli str. 177-179)

2. W Spółce funkcjonował system informatyczny obejmujący część administracyjną (tzw. „szarą”) i medyczną (tzw. „białą”) Szpitala. System w części szarej składał się z 13 modułów¹⁹, częściowo ze sobą zintegrowanych²⁰. W części białej, system, składał się z 12 modułów²¹ w pełni ze sobą zintegrowanych, stanowiąc 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 Rachunku Kosztów z modułem Laboratorium oraz modułu Finanse i Księgowość z modułem Apteka. W pozostałych częściach moduły były ze sobą zintegrowane w zakresie słowników oraz danych obrotowych²². W Spółce nie funkcjonował moduł kalkulacji kosztów leczenia/controlingowy. W części szarej zainstalowano moduł Kalkulacja Kosztów Leczenia²³, jednak na dzień 29 września 2020 r. trwały prace nad jego dostosowaniem i skonfigurowaniem na potrzeby Spółki, tak by spełniał oczekiwania pod względem funkcjonalności oraz kryteriów rozliczania kosztów. Moduł KKL Spółki był częściowo zintegrowany pomiędzy częścią administracyjną i medyczną, funkcjonował na zasadzie eksportu do ww. modułu danych wprowadzanych

¹⁵ O których mowa w standardzie C14, wskazanym w Komunikacie Nr 23 Ministra Finansów z dnia 16 grudnia 2009 r. w sprawie standardów kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych (Dz. Urz. MF z 2009 r. Nr 15, poz. 84).

¹⁶ Próba 20 faktur/płatności (z wyłączeniem wynagrodzeń z pochodnymi oraz operacji poniżej 500 zł) stanowiły 0,7 % próby, na którą składało się 2 906 dokumentów księgowych z okresu od 1 stycznia do 1 października 2020 r.

¹⁷ Ustalono na podstawie zestawień obrotów i sald za miesiące luty i lipiec sporządzone w latach 2015-2020.

¹⁸ Z możliwością sporządzenia wydruku za dowolny miesiąc w dowolnym czasie.

¹⁹ 1) System Finansowo-Księgowo-Kosztowy Finanse i Księgowość, 2) Rachunek Kosztów, 3) Obsługa kasy gotówkowej, 4) Rejestr Bankowy, 5) Rejestr Sprzedaży, 6) Obsługa Sprzedaży, 7) Środki trwałe wraz z elektroniczną inwentaryzacją, 8) Gospodarka Magazynowo – Materiałowa, 9) Wycena Procedur Medycznych, 10) Kalkulacja Kosztów Leczenia (KKL), 11) Kadry, 12) Place, 13) Grafiki.

²⁰ Zintegrowane ze sobą były: moduł Finanse i Księgowość – z modułami: Gospodarka Magazynowo - Materiałowa, Kadry, Place, Rachunek Kosztów, Rejestr Bankowy, Rejestr Sprzedaży i Środki Trwałe. Moduł Rachunku Kosztów z modułem Wyceny Procedur Medycznych.

²¹ 1) Ruch Chorych (Izba Przyjęć, Statystyka, Ruch Chorych, Oddział, Wykazy, Szpital Adm., Gruper, Obsługa Kontraktów), 2) Apteka Szpitalna, 3) Apteczki Szpitalne, 4) Przychodnie (rejestracje, gabinety lekarskie), 5) Zlecenia, 6) Laboratorium, 7) Punkt Pobrań, 8) Blok operacyjny, 9) Gabinet Medycyny Pracy, 10) Formularzowa Dokumentacja Medyczna, 11) Pracownia Diagnostyczna PRO, 12) Zakażenia Szpitalne.

²² Salda końcowe poszczególnych kont księgi głównej i kont ksiąg pomocniczych danych okresów sprawozdawczych były zgodne z saldami początkowymi okresu następnego.

²³ Dalej KKL.

w modułach części medycznej oraz danych kosztowych z modułu wyceny procedur medycznych i rachunku kosztów.

(akta kontroli str. 371-372)

Prezes Spółki wyjaśnił, że „Szpital nie podjął działań w zakresie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców z dnia 8 lipca 2015. Bezpośrednią przyczyną niepodjęcia działań w tym zakresie był brak odpowiednio przygotowanych rozwiązań informatycznych wraz z integracją części białej i szarej. Problemy też wynikały z braku dokładnego zrozumienia istoty rozdzielania zagadnień związanych z tzw. kosztem gotowości i niewykorzystanych zasobów. Identyfikacja tych problemów została również potwierdzona przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Agencja ta w maju 2016 roku przeprowadziła badania ankietowe nt. stopnia zrozumienia Rozporządzenia w sprawie zaleceń do standardu rachunku kosztów. Najważniejsze zastrzeżenia budziło: zbyt skomplikowanie zapisów zaleceń, niejednoznaczne pojęcia: gotowość, koszt niewykorzystanego potencjału, zasób ekonomiczny, konieczna jest instrukcja objaśniająca sposób kalkulacji. Sama Agencja zdecydowała, iż Standard rachunku kosztów opisany w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 2015 roku wymaga uproszczenia. W związku z tym Szpital nie podejmował działań, ograniczając się do bieżącej aktualizacji kluczy podziałowych, procedur medycznych itd. Również w miarę możliwości rozwijając istniejące systemy informatyczne i możliwe rozwiązania w tym zakresie. Aktualnie szpital przygotowuje się do wdrożenia nowego standardu rachunku kosztów, który zacznie obowiązywać od 01.01.2021 i prowadzi niezbędne działania w tym zakresie.”

(akta kontroli str. 375)

Ewidencję kosztów w Spółce prowadzono równolegle na kontach zespołów „4” i „5”. Zespół „5” kont odzwierciedlał podział kosztów na ośrodki ich powstawania²⁴. Wykaz ośrodków powstawania kosztów²⁵ 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 leczniczej²⁶. Konta zespołu „5” dotyczące działalności pomocniczej pogrupowano ze względu na miejsce wykonywania świadczeń. W zespole kont kosztów w układzie funkcjonalnym w zakresie działalności podstawowej i pomocniczej utworzono poziomy kont analitycznych dla ośrodków kosztów i dla kategorii kosztów według ich rodzaju.

Ze względu na wysokie koszty dostosowania przestarzałej sieci informatycznej i wymiany serwerów, Spółka na dzień 29 września 2020 r. nie była w stanie w pełni stosować dokumentację elektroniczną²⁷. W związku z powyższym, dane medyczne pacjentów wprowadzono do elektronicznego systemu Euro-Medica, następnie drukowano i dołączano do dokumentacji papierowej. Koszty leków i wyrobów medycznych, ich nazwy, jednostki miar i ilości przypisano w szpitalnym systemie informatycznym do procedur medycznych zgodnie z ich zużyciem zapisanym w koszcie normatywnym²⁸. W module Elektronicznej Dokumentacji Medycznej²⁹ prowadzono ilościową ewidencję wykonanych procedur (na pacjenta) niepowiązaną z modułem kosztowym. Poszczególne zrealizowane procedury zabiegowe, operacyjne i diagnostyki inwazyjnej, wykonywanej na bloku operacyjnym, częściowo

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

²⁵ Dalej: „OPK”.

²⁶ Dz. U. z 2020 r. poz. 295, ze zm.

²⁷ W lipcu 2020 r. Spółka złożyła wniosek o dofinansowanie realizacji projektu w tym zakresie, w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego dla Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 pt.: „Rozwój e-Uslug dla Centrum Zdrowia w Mikołowie”.

²⁸ Przypisanie kosztu zużycia leków i wyrobów medycznych na danego pacjenta przy obecnym systemie informatycznym funkcjonującym w Spółce jest niemożliwe.

²⁹ Dalej: EDM.

ewidencjonowano elektronicznie, tak jak informacje o kategorii, liczbie i czasie pracy personelu medycznego zaangażowanego w realizację danej procedury.

Na potrzeby rachunku kosztów ewidencję czasu pracy personelu prowadzono na podstawie kosztu normatywnego³⁰. Spółka prowadziła ewidencję czasu pracy personelu zatrudnionego bez względu na formę zatrudnienia i w sposób umożliwiający przeliczenie innych niż etat jednostek naliczania wynagrodzenia, a wypracowane godziny można było obliczyć na podstawie list obecności. Dodatkowo, pielęgniarki szpitalne objęte były ewidencją czasu pracy w postaci grafików. Szpital dysponował informacją niefinansową z zakresu kwalifikacji personelu, rocznej sumarycznej liczby etatów personelu zatrudnionego na umowy o pracę, umowy cywilno-prawne³¹, liczby kontraktów w podziale na poszczególne kategorie personelu³², struktury i liczby łóżek i pacjentów leczonych, liczby osobodni, procentu wykorzystania łóżek, czasu hospitalizacji, liczby procedur, liczby wykonanych świadczeń, liczby porodów, w tym zakończonych cięciem cesarskim, liczby udzielonych porad, wykorzystania sal operacyjnych, czasu pracy personelu medycznego czy zadeklarowanych pacjentów w POZ.

Wyniki i opisy z badań obrazowych i laboratoryjnych prowadzono w formie elektronicznej z możliwością wygenerowania ich w formie bazy danych/edytowalnego raportu.

Procedury operacyjne wykonywane na salach: operacyjnej i cięć cesarskich prowadzono elektronicznie w systemie Euro-Medica – Blok operacyjny, w formie protokołów operacyjnych. Protokoły zawierały opis wykonanych procedur w systemie ICD 9 wraz z ich opisem, godzinę rozpoczęcia i zakończenia zabiegu oraz dane osób wchodzących w skład zespołu uczestniczącego w danej operacji lub cięciu cesarskim. W okresie objętym kontrolą Spółka dysponowała wyceną wszystkich procedur swojej działalności, na którą składały się zabiegi na bloku operacyjnym, badania laboratoryjne, EKG, EMG, USG, a informację o ich wysokości udostępniano na stronie internetowej Szpitala³³.

Posiadane przez Szpital informacje o charakterze niefinansowym były wykorzystywane w okresie objętym kontrolą na bieżąco i służyły do comiesięcznych analiz kosztów działalności w poszczególnych ośrodkach ich powstawania czy kosztów leczenia przypadających na jednego pacjenta. Pozwalało to Szpitalowi określić ile kosztuje Szpital wygenerowanie 1 złotówki przychodu. Ponadto, jak dalej wyjaśnił Prezes dane niefinansowe posłużyły do opracowania w 2020 roku planu naprawczego Spółki, którego realizacja, ze względu na stan epidemii na razie nie jest możliwa.

(akta kontroli str. 105; 382-385; 685-689; 742-744)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono nieprawidłowość polegającą na nieterminowym uregulowaniu zobowiązań, wynikających z dwóch³⁴ spośród 20 badanych faktur zakupowych, z okresu od stycznia do września 2020 r. (opóźnienie wyniosło odpowiednio - jeden i 20 dni).

(akta kontroli str. 195; 337; 319)

³⁰ Koszt normatywny jest to koszt jednostkowy przewidziany dla każdej jednostki kosztowej. Składa się na niego ujednolicona wartość oraz ilość każdego zasobu, wykorzystanego przy realizacji danej usługi czy wytworzeniu danego produktu.

³¹ Ewidencję prowadzono w arkuszu Excel.

³² Jw.

³³ <https://szpital-mikolow.com.pl/wp-content/uploads/2020/2020-cennik.pdf>.

³⁴ Łączna wartość ww. faktur wynosiła 2 013,76 zł.

Prezes wyjaśnił, że przekroczenie terminów płatności tych dwóch faktur zakupowych było wynikiem błędu ludzkiego, który jednak nie pociągnął za sobą konsekwencji finansowych dla Szpitala w postaci konieczności zapłaty karnych odsetek.

(akta kontroli str. 685-686; 689)

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

OBSZAR **2. Prawdliwość przekazywania danych w procesie taryfikacji**

Opis stanu faktycznego

1. Spółka w latach 2015-2020³⁵ sześciokrotnie podejmowała doraźną współpracę z AOTMiT dotyczącą taryfikacji świadczeń. Zakres współpracy określały cztery umowy oraz dwa wnioski:

- (1) Umowa nr 3/T/2015 z 17 marca 2015 r., dot. przygotowania i przekazania do dnia 17 kwietnia 2015 r. danych historycznych za okres od 1 stycznia 2013 r. do 31 grudnia 2014 r. z zakresu świadczeń terapii uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu³⁶ zawierających: informacje na temat każdego świadczenia opieki zdrowotnej obejmujące zestawienie danych nt. przychodów i kosztów w przekroju poszczególnych świadczeń i kosztów poszczególnych elementów świadczenia lub wybranych szczegółowych pozycji kosztowych; informacje na temat kosztów poniesionych w okresie, którego dotyczy wycena, zgromadzonych na kontach zespołu „5”; informacje na temat pracowników i umów kontraktowych z podziałem na ośrodki kosztów i na temat cennika procedur medycznych i terapeutycznych zrealizowanych w ośrodkach kosztów realizujących procedury diagnostyczne.
- (2) Umowa nr AOTMiT/31/T/FK/2016 z dnia 30 marca 2016 r., dot. przygotowania i przesłania do 21 kwietnia 2016 r. danych niezbędnych do ustalenia taryfy świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych za okres od 1 stycznia do 31 grudnia 2015 r. dla wszystkich medycznych OPK, realizujących świadczenia z działalności podstawowej w rodzaju leczenie szpitalne oraz wszystkich ośrodków działalności pomocniczej medycznej, świadczących usługi na rzecz ośrodków działalności podstawowej, obejmujące dane: kosztowe w zakresie informacji finansowo-księgowych oraz innych informacji niefinansowych, obejmujących cennik procedur i dotyczące obrotu magazynowego.
- (3) Umowa nr AOTMiT/165/T/23/2017 z dnia 30 stycznia 2017 r., dot. przygotowania i przesłania do dnia 28 lutego 2017 r. danych niezbędnych do ustalenia taryfy świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych za okres od 1 stycznia do 31 grudnia 2015 r. wszystkich medycznych OPK³⁷, realizujących świadczenia z działalności podstawowej w rodzaju rehabilitacja lecznicza oraz wszystkich ośrodków działalności pomocniczej medycznej, realizujących świadczenia zdrowotne na rzecz powyższych ośrodków działalności podstawowej.
- (4) Umowa nr AOTMiT/21/T/32/2017 z dnia 7 czerwca 2017 r., dot. przygotowania i przesłania do dnia 31 lipca 2017 r. danych niezbędnych do ustalenia taryfy świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych za okres od 1 stycznia do 31 grudnia 2016 r. dla medycznych OPK, realizujących świadczenia z działalności podstawowej w rodzaju leczenie szpitalne oraz

³⁵ Do dnia zakończenia kontroli

³⁶ W ramach opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.

³⁷ Oddział rehabilitacji neurologicznej, Fizjoterapia ambulatoryjna i Dział rehabilitacji.

wszystkich medycznych pomocniczych OPK, realizujących świadczenia zdrowotne na rzecz powyższych ośrodków działalności podstawowej³⁸.

- (5) Wniosek nr AOTMiT/38/0052/2018/WT z 6 kwietnia 2018 r., dot. nieodpłatnego udostępnienia do 30 maja 2018 r. danych niezbędnych do ustalenia taryfy świadczeń gwarantowanych obejmujących diagnostykę i leczenie chorób nowotworowych: do 30 maja 2018 r. za okres od 1 stycznia do 31 grudnia 2017 r. z OPK³⁹ z działalności podstawowej i pomocniczej w rodzaju leczenie szpitalne, leczenie szpitalne w zakresie chemioterapii, ambulatoryjna opieka specjalistyczna; do 29 czerwca 2018 r. za ww. okres z rodzaju leczenie szpitalne, leczenie szpitalne w zakresie chemioterapii oraz ambulatoryjna opieka specjalistyczna, na które składały się informacje o procedurach medycznych.
- (6) Wniosek nr AOTMiT/52/0105/2020/WT z dnia 12 marca 2020 r., dot. nieodpłatnego udostępnienia do 29 maja 2020 r. danych:
- obejmujących okres od 1 stycznia do 31 grudnia 2019 r., niezbędnych do ustalenia taryfy świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego chorób żeńskiego układu rozrodczego (sekcja M) o: przychodach i kosztach, środkach trwałych oraz informacji statystycznych o zatrudnieniu personelu medycznego dla wszystkich medycznych OPK, scharakteryzowanych kodami resortowymi, dotyczących oddziałów szpitalnych i innych komórek opieki szpitalnej (z wyłączeniem apteki szpitalnej albo zakładowej, działu farmacji) oraz pracowni diagnostycznych lub zabiegowych: radiologii zabiegowej, hemodynamiki, elektrofizjologii, urodynamicznej, medycyny nuklearnej, teleradioterapii, brachyterapii oraz o koszcie całkowitym wszystkich medycznych i niemedycznych OPK;
 - o świadczeniach rozliczonych w ujęciu na: pojedynczego pacjenta, świadczeń medycznych, produktów leczniczych, wyrobów medycznych, procedur medycznych, personel medyczny zaangażowany w procedurę medyczną dla wskazanych przez AOTMiT świadczeniobiorców, którzy zakończyli hospitalizację w okresie od 1 stycznia do 30 czerwca 2019 r.

(akta kontroli str. 400-458)

2. W okresie objętym kontrolą, Szpital pięciokrotnie⁴⁰ wypełniał i przysyłał ankiety, dla uzyskania niezbędnych danych do ustalenia przez Agencję taryfy, z czego raz przesyłał dane na wniosek Agencji. Wypełnione przez Szpital ankiety, zgodnie z instrukcjami, zawierały wszystkie niezbędne dane 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 zgłoszeniowych Szpital informował Agencję o sposobie prowadzenia rachunku kosztów i elektronicznej dokumentacji pacjenta. W zakresie, w jakim wymagała tego Agencja, Szpital przekazywał dane odzwierciedlające stan faktyczny kosztów i ośrodków ich powstawania w ramach udzielanych świadczeń będących przedmiotem zainteresowania Agencji. Przekazane dane były zgodne z dokumentacją Szpitala i danymi z systemu

³⁸ Tj. Oddział chorób wewnętrznych, Oddział Neurologiczny, Oddział ginekologiczno-położniczy, Oddział noworodkowy, Blok operacyjny ginekologiczny, Blok porodowy, Laboratorium Analityczne, Oddział geriatryczny, Pracownia EKG, Pracownia EEG, Pracownia endoskopii, Dział anestezjologii, Pracownia EMG, Pracownia USG.

³⁹ Scharakteryzowanych częścią VII kodów resortowych: 4072, 4140, 4180, 4240, 4242, 4244, 4249, 4260, 4460, 4520, 4540, 4640, 4670, 1072, 1210, 1212, 1222, 1240, 1242, 1244, 1249, 1250, 1460, 1540, 4900, 4910, 4922, 4924, 4950, 7100, 7102, 7110, 7120, 7130, 7140, 7150, 7210, 7220, 7222, 7230, 7242, 7250, 7300, 7400, 7950, 7960, 7962, 9202, 1300, 1390.

⁴⁰ Wyjątek stanowi postępowanie nr 52, do którego nie wysłano ankiety. Prezes Spółki wyjaśnił, że nieprzesłanie wypełnionej ankiety do postępowania nr 52 pn. „Choroby żeńskiego układu rozrodczego” było następstwem zmian personalnych w Spółce i przeoczeniem. Niemniej jak dalej wyjaśnił Prezes, nieprzekazanie danych AOTMiT nie miało żadnych konsekwencji dla Spółki, w tym również nie zażądano jej nadesłania w terminie późniejszym, na dalszym etapie postępowania.

informatycznego. Wszystkie pięć ankiet zgłoszeniowych zostało przekazanych Agencji terminowo⁴¹.

(akta kontroli str.459-516; 682-684)

3. Zgodnie z art. 31 lc, ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁴², jednostka w okresie objętym kontrolą udostępniała Agencji dane finansowo-księgowe oraz kliniczno-kosztowe o najwyższej jakości i kompletności, niezbędne do ustalenia taryf. Powyższe zweryfikowano w oparciu o dane przekazane Agencji przez Spółkę, na podstawie próby dwóch celowo dobranych postępowań taryfikacyjnych nr 32⁴³ i nr 38⁴⁴, w ramach których Szpital zadeklarował przekazanie danych finansowo-księgowych, pochodzących z ksiąg rachunkowych o kosztach procedur medycznych z 14 OPK (postępowanie nr 32) oraz danych finansowo-księgowych o poniesionych kosztach oraz innych danych niefinansowych jednego OPK realizującego świadczenia określone w postępowaniu nr 38. Z powyższych postępowań do szczegółowej analizy wybrano przekazane Agencji dane z czterech OPK: trzech z postępowania nr 32⁴⁵ i jedno z postępowania nr 38, dotyczącego danych z jednego OPK „Poradnia onkologiczna”⁴⁶.

Na podstawie analizy ww. danych stwierdzono, że przekazane Agencji informacje finansowo-księgowe zawarte w formularzach FK były zgodne z danymi źródłowymi za 2016 r. jak i 2017 r., pochodzącymi ze szpitalnego systemu informatycznego, sprawozdań finansowych, kartotek kosztów, kart środków trwałych, kart wynagrodzeń, a także z informacjami o charakterze niefinansowym. Dane zostały zagregowane w sposób umożliwiający identyfikację OPK oraz powiązane z poszczególnymi kodami resortowymi.

(akta kontroli str. 146-147; 436-451; 494-509; 544-581; 690-741)

Przygotowanie danych przekazywanych Agencji powierzono pracownikom działów: księgowości, zarządzania zasobami ludzkimi i sekcji rozliczania świadczeń i statystyki medycznej oraz specjaliście ds. controllingu i kosztów, którzy brali udział w szkoleniach organizowanych m.in. przez Agencję z nowego rachunku kosztów. Jak wyjaśnił Prezes, przekazanie danych niezbędnych Agencji w procesie ustalania taryf „(...) wymagało ogromnego nakładu pracy, w który zaangażowani byli pracownicy statystyki, księgowości, kadr oraz pracownicy części białej w zależności od postępowania”.

W okresie objętym kontrolą, Agencja nie zweryfikowała jakości oraz kompletności przekazywanych danych, w miejscu udzielania przez Szpital świadczeń opieki zdrowotnej.

(akta kontroli str. 375-381)

4. Szpital dochował terminu przekazania danych AOTMiT, o którym mowa w art. 31 lc ust. 4 ustawy o świadczeniach, w ramach realizacji wszystkich czterech umów zawartych z AOTMiT, przy czym w jednym przypadku wystąpił z wnioskiem⁴⁷

⁴¹ W postępowaniach nr 1, 9, 23, 32 i 38 ankiety zostały wysłane odpowiednio: 21 stycznia 2015 r., 18 marca 2016 r., 30 grudnia 2016 r., 16 maja 2017 r. i 21 marca 2018 r.

⁴² Dz. U. z 2020 r. poz. 1398 ze zm. Dalej: *ustawa o świadczeniach*.

⁴³ Nr 32: Dane finansowo-księgowe z okresu od 1 stycznia do 31 grudnia 2016 r. dla medycznych ośrodków powstawania kosztów realizujących świadczenia z działalności podstawowej w rodzaju leczenie szpitalne.

⁴⁴ Nr 38: Dane z okresu od 1 stycznia do 31 grudnia 2017 r. niezbędne do ustalenia taryfy świadczeń gwarantowanych obejmujących diagnostykę i leczenie chorób nowotworowych: z OPK scharakteryzowanych częścią VIII kodów resortowych z rodzaju leczenie szpitalne, leczenie szpitalne w zakresie chemioterapii oraz ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

⁴⁵ [1] Laboratorium Analityczne: numer konta OPK – 500-02-07, Kod resortowy komórki organizacyjnej - 7100; [2] Pracownia EEG: numer konta OPK – 500-02-12, Kod resortowy komórki organizacyjnej - 7998; [3] Pracownia USG Doppler: numer konta OPK – 500-02-32, Kod resortowy komórki organizacyjnej – 7210.

⁴⁶ Numer konta OPK – 500-03-03; Kod resortowy komórki organizacyjnej – 1240.

⁴⁷ Pismo nr CZ/AG/512/2015 z dnia 9 czerwca 2015 r. Dotyczyło umowy nr 3/T/2015 z dnia 17 marca 2015 r. w sprawie przekazania danych dotyczących taryfikacji świadczeń opieki zdrowotnej w ramach opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.

o przedłużenie terminu na dostarczenie uzupełnień i poprawek przesłanych wcześniej materiałów, na co AOTMiT wyraziła zgodę⁴⁸.

(akta kontroli str. 595-616)

5. Porównanie informacji o kosztach czterech badanych OPK, przekazanych Agencji przez Szpital, w ramach postępowań taryfikacyjnych nr 32⁴⁹ i 38⁵⁰, z analogicznymi danymi za 2019 r. wskazuje, że koszty te podlegały następującym zmianom:

- W odniesieniu do danych za 2016 r. dotyczących postępowania nr 32 – nastąpił wzrost kosztów funkcjonowania pracowni EEG o 36,6% (zmiana z 21 819,82 zł w 2016 r. do 29 813,89 zł w 2019 r.), a koszty funkcjonowania laboratorium, wzrosły o 26,0% (zmiana z 1 114 330,68 zł w 2016 r. do 1 404 372,46 zł w 2019 r.). Spadek kosztów o 10,2% odnotowano natomiast w OPK dotyczącym pracowni USG Doppler, gdzie koszty udzielanych przez Szpital świadczeń w 2016 r. wyniosły 80 818,80 zł, a w 2019 r. spadły do 72 588,84 zł.
- W odniesieniu do danych za 2017 r. dotyczących postępowania nr 38 – nastąpił wzrost kosztów funkcjonowania poradni onkologicznej łącznie o 25,6% (zmiana z 60 372,11 zł w 2017 r. do 75 815,55 zł w 2019 r.), przy czym głównym źródłem wzrostu kosztów były koszty procedur, które wzrosły o 63,1% (zmiana z 15 236,03 zł w 2017 r. do 24 850,71 zł w 2019 r.) oraz wynagrodzeń personelu i koszty pozostałe, które wzrosły łącznie o 37,1% (zmiana z 34 320,59 zł w 2017 r. do 47 042,89 zł w 2019 r.).

(akta kontroli str. 792-800)

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.

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 potrzebę zwiększenia nadzoru nad terminowością regulowania zobowiązań.

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.

⁴⁸ Pismo nr AOTMiT-WT-5511-1/EK/2015.

⁴⁹ Porównania kosztów pomiędzy 2016 i 2019 r. dokonano dla trzech OPK: pracowni EEG, pracowni USG Doppler oraz laboratorium.

⁵⁰ Porównania kosztów pomiędzy 2017 r. i 2019 r. dokonano dla poradni onkologicznej.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykonania uwagi

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykonania 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 23 listopada 2020 r.

Kontroler
Beata Olejnik
specjalista kontroli państwowej

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Katowicach

.....