



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Poznaniu

LPO.410.020.02.2020

Pan
dr n. med. Przemysław Daroszewski
Dyrektor Ortopedyczno – Rehabilitacyjnego
Szpitala Klinicznego im. Wiktora Degi
Uniwersytetu Medycznego im. Karola
Marcinkowskiego w Poznaniu
ul. 28 Czerwca 1956 r. 135/147
61-545 Poznań

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Ortopedyczno – Rehabilitacyjny Szpital Kliniczny im. Wiktora Degi Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu ul. 28 Czerwca 1956 r. 135/147, 61-545 Poznań (dalej: Szpital albo ORSK)
Kierownik jednostki kontrolowanej	dr n. med. Przemysław Daroszewski, Dyrektor Szpitala od 1 grudnia 2017 r. W okresie objętym kontrolą funkcję kierownika jednostki poprzednio pełnili: dr n. med. Witold Bieleński, Dyrektor ORSK od 1 maja 2007 r., dr hab. n. med. Łukasz Kubaszewski, p.o. Dyrektora Szpitala, od 10 lipca 2017 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Prowadzenie rachunku kosztów. 2. Prawdliwość przekazywania danych w procesie taryfikacji.
Okres objęty kontrolą	Lata 2015 – 2020 (do 18 grudnia) ¹
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ²
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Poznaniu
Kontroler	Maciej Kowalski, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LPO/121/2020 z 17 września 2020 r. (akta kontroli str.1 - 9)

¹ Dalej także: kontrolowany okres, badany okres.

² Dz. U. z 2020 r. poz. 1200, dalej: ustawa o NIK.

II. Ocena ogólna³ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

W latach 2015–2020 (do 18 grudnia) w Szpitalu funkcjonowały Zasady rachunkowości, jednak nie zostały one w pełni rzetelnie sformułowane. Nie zawarto w nich opisu algorytmów i parametrów oraz programowych zasad ochrony danych, o których mowa w art. 10 ust. 1 pkt 3 lit. c ustawy z dnia 29 września 1994 roku o rachunkowości⁴. W ORSK opracowano i stosowano mechanizmy kontroli operacji finansowych i gospodarczych. Dokumenty finansowe Szpitala zostały zaksięgowane w programie finansowo-księgowym i wszystkie miesiące zostały zamknięte. Stosowany w ORSK rachunek kosztów prowadzony był w systemie finansowo-księgowym i dostarczał niezbędnych informacji dla skutecznego i racjonalnego zarządzania.

Poddane analizie informacje finansowo - księgowe i o charakterze niefinansowym, przekazane Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (dalej: Agencja albo AOTMiT) w procesie taryfikacji świadczeń opieki zdrowotnej⁵, były rzetelne i spójne z ewidencją księgową oraz dokumentacją medyczną poszczególnych świadczeń. W ORSK dwukrotnie nie dochowano jednak zobowiązań zawartych w umowach z AOTMiT i nie przekazano części wnioskowanych danych, w konsekwencji czego umowy te zostały wypowiedziane przez Prezesa Agencji. Stwierdzono także jednostkowy przypadek przekazania do AOTMiT nierzetelnych danych w zakresie wykorzystywanych w ORSK modułów programów komputerowych, a konstrukcja formularza ankietowego w dwóch przypadkach uniemożliwiła udzielenie odpowiedzi, która byłaby w pełni zgodna ze stanem istniejącym w Szpitalu.

³ Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

⁴ Dz.U. z 2019 r. poz. 351, dalej: ustawa o rachunkowości albo uor.

⁵ Podstawowym celem procesu taryfikacji jest dokonanie wyceny świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, adekwatnej do rzeczywistych kosztów leczenia ponoszonych przez podmioty lecznicze. Taryfikacja ma służyć także równoważeniu podaży świadczeń i potrzeb zdrowotnych, zapewnieniu możliwie najlepszej dostępności do świadczeń gwarantowanych oraz gospodarności w wydawaniu środków publicznych.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

OBSZAR

1. Prowadzenie rachunku kosztów

Opis stanu
faktycznego

1.1. W okresie objętym kontrolą, w ORSK obowiązywało zarządzenie wewnętrzne Dyrektora Szpitala (dalej: Dyrektor) nr 65/2015 z 13 sierpnia 2015 r. w sprawie wprowadzenia aktualnych zasad rachunkowości (dalej: Zasady rachunkowości)⁶. Dokumentacja opisująca przyjęte zasady rachunkowości zawierała elementy określone w art. 10 ust. 1 pkt 3 lit. a, b i częściowo c oraz pkt 4 ustawy o rachunkowości), takie jak m.in.: prawidłowo opracowany zakładowy plan kont, wykaz zbiorów danych tworzących księgi rachunkowe na informatycznych nośnikach danych oraz opis systemu informatycznego zawierający datę rozpoczęcia eksploatacji⁷ i opis programu komputerowego do prowadzenia ksiąg rachunkowych, a także zasady dotyczące systemu służącego ochronie danych i ich zbiorów, w tym dowodów księgowych, ksiąg rachunkowych i innych dokumentów stanowiących podstawę dokonanych w nich zapisów.

(akta kontroli str. 19-22, 24-28, 41-47, 69-82)

W ORSK w części szarej⁸ funkcjonował system informatyczny I.E., w skład którego wchodziło 11 modułów: Administrator systemu, Dystrybucja, Gospodarka magazynowa, Zarządzanie obiegiem dokumentów⁹, Finanse - Księgowość – Koszty, Środki Trwałe, KP – Kadry, KP – Płace, KP – Struktura organizacyjna, e-Deklaracje, Kontrahenci. Moduły systemu części szarej były zintegrowane między sobą na poziomie bazy danych.

W części białej Szpitala¹⁰ korzystano z programu E., w skład którego wchodziły 32 moduły: Aktualizator bazy leków BAZYL, Apteka, Bakteriologia, Bank krwi, Blok operacyjny, Diagnostyka, Elektroniczna Dokumentacja Medyczna, eRejestracja, E. NT, Gabinet, Histopatologia – nowa, Historia choroby, Integracja z P1 w zakresie e-Recepty, Integracja z P1 w zakresie e-Skierowania, Laboratorium, Magazyn, mObchód, Moduł Wymiany, Moduł Wymiany Danych, Ordynacja Lekarska, PACS, Poczta, Procedury medyczne (koszty), Rachunek Kosztów Leczenia, Rejestracja, Poradnia, Rozliczenia, Ruch chorych, Serwer eWUŚ, Serwer JGP, Zakażenia szpitalne, Żywnienie. Moduły systemu części białej były zintegrowane między sobą na poziomie bazy danych. Systemy części białej i szarej były ze sobą zintegrowane na poziomie dwóch modułów: Apteka oraz Rozliczenia.

(akta kontroli str. 10-18)

1.2. Zasady rachunkowości, w opisie systemu informatycznego nie zawierały czterech z ww. wykorzystywanych modułów, tj.: Administrator systemu, Zarządzanie obiegiem dokumentów, e-Deklaracje i Kontrahenci, albowiem – jak wyjaśnił Dyrektor – te funkcjonalności to funkcjonalności pomocnicze, w których nie odbywają się operacje finansowo-księgowe, o których mowa w art. 10 ust. 1 pkt 3 lit. c uor. Zgodnie z § 12 ust. 3 Zasad rachunkowości, wersje oprogramowania i daty rozpoczęcia ich eksploatacji były rejestrowane w Sekcji Informatyki – załącznik nr 3.

(akta kontroli str. 10-18, 81, 69-82, 526-528)

⁶ Objęte badaniem w toku niniejszej kontroli. Poprzedzało je zarządzenie wewnętrzne Nr 123/2011 z 30 grudnia 2011 r.

⁷ Od 1 stycznia 2010 r.

⁸ Część administracyjna placówki medycznej.

⁹ Nazywany także „Obiegiem dokumentów EAF”.

¹⁰ Część medyczna ww. placówki.

Stwierdzono natomiast nieprawidłowość polegającą na tym, że w Zasadach rachunkowości nie ujęto opisu algorytmów i parametrów, o których mowa w ww. przepisie ustawy o rachunkowości¹¹. W § 12 ust. 2 Zasad rachunkowości wskazano jedynie, że „opis systemu informatycznego zawierającego wykaz programów, procedur lub funkcji, w zależności od struktury oprogramowania, wraz z opisem algorytmów i parametrów oraz programowych zasad ochrony danych, w tym w szczególności metod zabezpieczenia dostępu do danych i systemu ich przetwarzania”. Dyrektor wyjaśnił m.in., że ww. przepis ustawy o rachunkowości nie precyzuje trybu ani zakresu opisu algorytmów i parametrów, w Szpitalu wskazane są one w dokumentacji systemowej („Wymagania ustawowe”) oraz w samym oprogramowaniu, a treść Zasad rachunkowości była co roku weryfikowana przez niezależnych biegłych rewidentów i nie zgłaszali oni w tym zakresie zastrzeżeń.

(akta kontroli str. 529-531)

NIK wskazuje, że w treści przywołanych „Wymagań ustawowych” brak jest opisu przedmiotowych algorytmów i parametrów, a dokument ten stanowi de facto ramowy opis funkcjonowania programu I. Ujęcia algorytmów i parametrów w samym oprogramowaniu nie można utożsamiać ze spełnieniem wymogu – co należy podkreślić – opisanie ich w Zasadach rachunkowości. Przemawia za tym m.in. treść art. 10 ust. 2 uor, zgodnie z którym kierownik jednostki ustala w formie pisemnej dokumentację opisującą przyjęte zasady (politykę) rachunkowości. Ponadto, ewentualna weryfikacja tej akurat kwestii przez wspomnianych biegłych rewidentów nie jest wiążąca dla NIK.

W Szpitalu obowiązywały: zarządzenie wewnętrzne nr 109/2013 z 25 listopada 2013 r. w sprawie ochrony danych osobowych, procedura tworzenia oraz przechowywania kopii zapasowych – instrukcja szczegółowa dotycząca kopii zapasowych (tworzenie kopii i odtwarzania z kopii) z 15 września 2017 r. i Instrukcja zarządzania systemem informatycznym z 10 czerwca 2019 r.

Stwierdzono w tym zakresie nieprawidłowość polegającą na tym, że w Zasadach rachunkowości nie zawarto również wymaganego art. 10 ust. 1 pkt 3 lit. c uor opisu programowych zasad ochrony danych¹², ani odwołania do obowiązujących w Szpitalu w tym zakresie uregulowań.

Dyrektor wyjaśnił m.in., że przepis art. 10 ust. 1 pkt 3 lit. c uor nie wskazuje, że w zasadach rachunkowości ma być ujęta instrukcja zarządzania systemem informatycznym, jak również nie wskazuje trybu ani zakresu opisu programowych zasad ochrony danych. Dodał, że dokumentacja systemu rachunkowości nie musi zawierać się w jednym dokumencie, zwłaszcza jeżeli jest to instrukcja, która doprecyzowuje ogólne zasady określone w dokumencie podstawowym.

(akta kontroli str. 69-82, 329-338, 426-472, 531)

Nie negując stanowiska, że dokumentacja systemu rachunkowości nie musi zawierać się w jednym dokumencie, NIK wskazuje, iż brak odniesienia w Zasadach rachunkowości do stosownych, obowiązujących w tym zakresie w ORSK ww. regulacji, powoduje, że z formalnoprawnego punktu widzenia nie stanowiły one części składowej tych Zasad. W konsekwencji na skutek nie dochowania należytej rzetelności nie został spełniony, określony w art. 10 ust. 1 pkt 3 lit. c uor, wymóg ujęcia w polityce rachunkowości opisu programowych zasad ochrony danych. Nie sprzyjało to też przejrzystości systemu regulacji wewnętrznych obowiązujących w ORSK.

¹¹ O czym także w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.

¹² O czym także w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.

Zarządzeniem wewnętrznym nr 15/2015 z 16 lutego 2015 r. Dyrektor wprowadził instrukcję sporządzania, ewidencji, kontroli i obiegu dokumentacji finansowo-księgowej. Instrukcja ta została uszczegółowiona procedurami wewnętrznymi określającymi obieg, opracowywanie, kontrolę oraz zatwierdzanie dokumentów na poszczególnych etapach systemu Elektronicznej Akceptacji Faktur, zatwierdzonymi przez Dyrektora do przestrzegania od 1 lutego 2019 r.

W dokumentach tych:

- określono procedury dotyczące terminów w postępowaniu z zewnętrznymi i wewnętrznymi dowodami księgowymi,
- zawarto wykazy osób uprawnionych do przeprowadzania kontroli merytorycznej dowodów księgowych oraz osób uprawnionych do przeprowadzania kontroli formalno-rachunkowej dowodów księgowych,
- ujęto procedury kontroli zaciągania zobowiązań finansowych,
- określono terminy przekazywania dokumentów księgowych pomiędzy poszczególnymi komórkami organizacyjnymi Szpitala,
- ustalono katalog dokumentów stanowiących podstawę dokonywania zapisów w księgach rachunkowych.

Procedury obejmowały cały cykl obiegu dokumentu, tj. od wpływu do jednostki do momentu dokonania trwałego zapisu księgowego.

(akta kontroli str. 41-47, 69-159, 473-480)

1.3. W Szpitalu wprowadzono mechanizmy kontroli dotyczące operacji finansowych i gospodarczych w zakresie: rzetelnego i pełnego dokumentowania oraz rejestrowania operacji finansowych i gospodarczych, ich zatwierdzania (autoryzacji) przez Dyrektora lub osoby przez niego upoważnione, podziału kluczowych obowiązków, jak też weryfikacji operacji finansowych i gospodarczych przed i po realizacji. Weryfikacja ww. czynności na próbie 21 losowo dobranych dokumentów, stanowiących podstawę do księgowania operacji w zespole 4 w 2020 r.¹³ potwierdziła, że przedmiotowe procedury były przestrzegane.

W ORSK wprowadzono mechanizmy z zakresu kontroli zarządczej określone w komunikacie Nr 23 Ministra Finansów z 16 grudnia 2009 r. w sprawie standardów kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych¹⁴. Obowiązujące regulacje wskazywały osoby (stanowiska) odpowiedzialne za wykonanie poszczególnych czynności w ramach systemu rachunkowości, jak również sposób weryfikacji operacji gospodarczych (finansowych) przed i po ich realizacji.

(akta kontroli str. 41-47, 69-159, 339- 340, 473-480)

1.4. W Szpitalu opracowany był elektroniczny rejestr obowiązujących przepisów wewnętrznych oraz procedura rejestracji wpływu dokumentów księgowych do jednostki. Na próbie dwóch miesięcy z każdego roku, obejmującej luty i lipiec z lat 2015-2020 stwierdzono, że zestawienie obrotów i sald kont księgi głównej sporządzane było raz na miesiąc.

W badanym okresie dokumenty były księgowane (tj. zatwierdzone z możliwością dokonania zmiany w zapisie księgowym) przed zamknięciem ksiąg za dany okres. Stosowane były statusy zapisów księgowych: zatwierdzony i zaksięgowany. Dziennik można było wydrukować dla zaksięgowanych okresów, mających w systemie status okresów zamkniętych. Zapisy zatwierdzane były przed zamknięciem miesiąca. Miesiące zamykane były nie wcześniej niż po sporządzeniu

¹³ Z próby wykluczono wynagrodzenia z pochodnymi oraz operacje poniżej 500 zł, zbadano dowody księgowe w łącznej kwocie 2 046 837,23 zł.

¹⁴ Dz. Urz. MF Nr 15, poz. 84. Standard C.14 - szczegółowe mechanizmy kontroli dotyczące operacji finansowych i gospodarczych.

sprawozdań kwartalnych oraz zatwierdzeniu ich przez upoważnionego przedstawiciela Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (dalej: Uniwersytet). Data zamknięcia miesiąca wskazywana była przez system automatycznie¹⁵. Zastępca Głównego Księgowego wykazała na wybranych przez kontrolującego dokumentach, każdorazowy brak możliwości dokonania zmiany w zamkniętym miesiącu. W przypadku próby zmiany treści operacji w systemie pojawiał się komunikat o treści – okres M jest zamknięty w księgach, operacja anulowana.

(akta kontroli str. 41-47, 340, 473-480)

1.5. W Szpitalu nie skorzystano z możliwości wprowadzenia modułu kalkulacji kosztów leczenia (kontrolingowego). Dyrektor podał, że system kontrolingowy nie został wprowadzony z uwagi na planowane na Uniwersytecie wdrożenie centralnego Systemu Business Intelligence dla szpitali, dla których Uniwersytet jest podmiotem tworzącym.

(akta kontroli str. 324, 327)

Ewidencjonując w Szpitalu koszty nie skorzystano też z możliwości uwzględnienia wszystkich zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców, ujętego w przepisach rozporządzenia MZ z 8 lipca 2015 r., w zakresie wyodrębnienia kosztów poszczególnych procedur medycznych oraz kalkulacji osobodnia pobytu pacjenta. Dyrektor wyjaśnił m.in., że jego zdaniem, na ORSK „nie ciążył obowiązek prowadzenia rachunku kosztów zgodnie z [...] rozporządzeniem, z powodu utraty mocy prawnej tego rozporządzenia.”

(akta kontroli str. 317-318)

NIK wskazuje, że od 1 stycznia 2021 r. mają zacząć obowiązywać nowe przepisy, ujęte w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 26 października 2020 r. w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców¹⁶.

W Szpitalu prowadzono ewidencję kosztów równocześnie na kontach zespołu 4 i 5. Zespół kont w układzie funkcjonalnym (zespół 5) zawierał podział na ośrodki kosztów: działalności podstawowej, działalności pomocniczej i zarządu. Szczegółowy wykaz ośrodków powstawania kosztów (dalej: OPK) 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 leczniczej¹⁷. Szczegółowy wykaz OPK w zakresie działalności pomocniczej oraz zarządu nie został ustalony przy uwzględnieniu podziału na ośrodki wykonujące działalność o charakterze jednolitym¹⁸.

Dyrektor podał, że w zakresie zarządu nie istniała taka konieczność, ponieważ ośrodki zarządu są kosztami pośrednimi i niezależnie od struktury ich podziału są rozksięgowywane na OPK działalności podstawowej kluczem jednolitym, proporcjonalnie do wysokości kosztów bezpośrednich danego OPK o działalności podstawowej. Niektóre ośrodki pomocnicze połączono ze względu na jednolitą działalność wykonywaną dla zespołu OPK-ów (gabinety przy zespole poradni), inne ze względu na niskie koszty działalności oraz świadczenie usług na rzecz oddziałów tej samej kliniki (pracownie terapeutyczne dedykowane Klinice Rehabilitacji).

(akta kontroli str. 29-31, 311-316, 481-484)

¹⁵ Przeprowadzono badanie na dwóch ostatnio zamkniętych miesiącach.

¹⁶ Dz. U. poz. 2045.

¹⁷ Dz. U. z 2020 r. poz. 295, ze zm.

¹⁸ O którym mowa w § 3 ust. 4 pkt 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 8 lipca 2015 r. w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców (Dz. U. poz. 1126), uchylonym z dniem 6 marca 2020 r., dalej: rozporządzenie MZ z 8 lipca 2015 r.

W zespole kont kosztów w układzie funkcjonalnym (zespół 5), w zakresie działalności podstawowej, pomocniczej oraz zarządu zostały utworzone poziomy kont analitycznych dla OPK. Nie utworzono natomiast poziomów kont analitycznych dla kategorii kosztów według rodzaju (zespół 4), tj. m.in. koszty leków, wyrobów medycznych, wynagrodzeń wynikających z umów o pracę, umów cywilnoprawnych, kontraktów dla poszczególnych kategorii personelu (lekarz, lekarz rezydent, fizjoterapeuta, pielęgniarka, inne), utrzymania oraz koszt amortyzacji środków trwałych i wartości niematerialnych i prawnych przypisanych do OPK, w tym również całkowicie zamortyzowanych ale nadal używanych.

Dyrektor podał, że funkcjonalność systemu I. nie wymusza tworzenia dodatkowych poziomów analityk poprzez możliwości specjalnych klasyfikatorów, dzięki którym na kontach zespołu 4 zapisuje się informację na temat OPK. Wraz z rozbudowanymi mechanizmami bazodanowymi i systemem raportowania jest możliwość odczytania informacji dotyczących rodzaju kosztu i miejsca jego powstania.

(akta kontroli str. 29-31, 311-316, 481-484)

1.6. W okresie objętym kontrolą w Szpitalu nie prowadzono wyłącznie elektronicznej dokumentacji pacjenta na podstawie przepisów rozporządzeń Ministra Zdrowia z dnia: 21 grudnia 2010 r.¹⁹, 9 listopada 2015 r.²⁰ oraz 6 kwietnia 2020 r.²¹ w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

Dyrektor wyjaśnił m.in., że w Szpitalu ww. dokumentacja w formie wyłącznie elektronicznej będzie prowadzona od 1 stycznia 2021 r., a dotąd jest prowadzona w formie mieszanej. Dodał, że obecnie nie ma podmiotów prowadzących całkowicie elektroniczną dokumentację medyczną, co jest spowodowane m.in. tym, iż większa część społeczeństwa nie posiada podpisu elektronicznego, dlatego niezbędne jest prowadzenie dokumentacji w wersji papierowej, na której pacjent wyraża swoją wolę, następnie dokumentacja ta jest skanowana i włączana do dokumentacji elektronicznej.

(akta kontroli str. 29-31, 311-316, 481-484, 575-576)

1.7. W ORSK istniała możliwość przypisania świadczeń medycznych w zakresie leków i wyrobów medycznych²² i ich kosztów do nośnika kosztów: osobodzień i pacjent; nie było natomiast takiej możliwości w odniesieniu do części procedur.

Dyrektor wskazał, że procedurą nazywamy świadczenie na rzecz pacjenta opisane kodem ICD9 z międzynarodowej listy procedur medycznych. Wszelkie dane w zakresie procedur przekazywane do AOTMiT-u bazują na ww. słowniku kodów ICD9. W systemie E. są przypisane leki i wyroby medyczne do: pacjenta szczegółowo (nazwa, jednostka miary, ilość), do danej hospitalizacji lub danego zabiegu operacyjnego, albo do osobodnia. Natomiast nie ma w systemie E. podziału na leki i materiały do poszczególnych kodów ICD9, dlatego wszystkie zużycia leków i materiałów do pacjenta są oznaczone w systemie w zakładce „zużycie bez procedury” i jest to kwestia możliwości systemu medycznego na chwilę obecną.

(akta kontroli str. 29-31, 311-316, 481-484)

W Szpitalu istniała możliwość przypisania poniższych świadczeń medycznych do nośnika kosztów (osobodzień, pacjent, procedura):

¹⁹ Dz. U. z 2014 r. poz. 177, uchylone z dniem 23 grudnia 2015 r.

²⁰ Dz. U. poz. 2069, uchylone z dniem 15 kwietnia 2020 r.

²¹ Dz. U. poz. 666.

²² Nazwa, jednostka miary, ilość.

- badania laboratoryjne, procedury zabiegowe i operacyjne - osobodzień, pacjent, procedura,
- diagnostyka obrazowa, procedury konsultacyjne, rehabilitacyjne - pacjent, procedura.

Dyrektor podał, że brak możliwości przypisania niektórych procedur z zakresu diagnostyki obrazowej i konsultacji do nośnika kosztów odnośnie osobodni, dotyczy głównie procedur wykonywanych na rzecz ORSK przez podmioty zewnętrzne i wynika z braku synchronizacji wymiany danych pomiędzy systemem dostawcy, a systemem szpitalnym E., w zakresie rzeczywistego czasu wykonania procedury.

(akta kontroli str. 29-31, 311-316, 481-484)

Dla poszczególnych zrealizowanych procedur zabiegowych, operacyjnych i diagnostyki inwazyjnej wykonanej na bloku operacyjnym, ewidencjonowane elektronicznie były informacje o kategorii i liczbie personelu medycznego zaangażowanego w realizację danej procedury. Informacje o czasie pracy personelu ewidencjonowane były tylko w odniesieniu do czasu trwania zabiegu.

Dyrektor podał, że dokładny czas zaangażowania poszczególnego personelu nie jest ewidencjonowany, ponieważ nie ma takiej możliwości w systemie E. na chwilę obecną.

(akta kontroli str. 29-31, 311-316, 481-484)

1.8. Szczegółowa ewidencja czasu pracy w ujęciu typowym dla stosunku pracy nie była stosowana w przypadku umów cywilnoprawnych, z uwagi na - jak wyjaśnił Dyrektor - ich odmienny charakter i brak takiego wymogu prawnego. W Szpitalu stosowane były różne wzory umów cywilnoprawnych – część z nich to umowy z wynagrodzeniem określonym jako kwota za godzinę realizacji umowy. W takim przypadku umowa przewiduje udzielanie świadczeń zdrowotnych według harmonogramu obejmującego określoną liczbę godzin tygodniowo. Przyjmujący zlecenie określa natomiast szczegółowy czas realizacji usługi w wystawianym comiesięcznie rachunku, który jest zatwierdzany pod względem merytorycznym przez upoważnionego przedstawiciela ORSK. Z kolei w przypadku znacznej części umów zawartych z personelem lekarskim, ewidencja czasu pracy lekarzy kontraktowych nie jest prowadzona, ponieważ w umowie cywilnoprawnej, w której strony umawiają się na odpłatność w danej kwocie uzależnionej procentowo od wartości wykonanych świadczeń przez danego lekarza, bez potwierdzenia liczby godzin świadczonych usług, nie ma możliwości weryfikacji kwoty wynagrodzenia w przyjętym okresie rozliczeniowym (miesięcznym) - w zestawieniu z czasem poświęconym na wykonanie umowy.

(akta kontroli str. 29-31, 311-316, 481-484)

W Szpitalu prowadzono rejestry umów dotyczące: personelu zatrudnionego na umowy o pracę, kontraktów medycznych dla poszczególnych kategorii personelu (lekarz, lekarz rezydent, fizjoterapeuta, pielęgniarka, inne) oraz pozostałych umów cywilnoprawnych. Dla poszczególnych procedur medycznych opisy i wyniki badań ewidencjonowane były w formie elektronicznej w odniesieniu do pacjenta, bez możliwości wygenerowania zbiorczego raportu.

Dyrektor wyjaśnił, że wszystkie opisy i wyniki badań są ewidencjonowane w formie elektronicznej, widoczne w systemie poprzez elektroniczną kartotekę pacjenta, natomiast nie ma możliwości wygenerowania tych danych zbiorczo w formie raportu, z uwagi na ograniczone możliwości systemu E. na chwilę obecną.

(akta kontroli str. 29-31, 311-316, 481-484)

Prowadzona była elektroniczna wersja księgi zabiegowej bloku operacyjnego.

W Szpitalu prowadzone były następujące cenniki realizowanych procedur medycznych: badań laboratoryjnych, diagnostyki obrazowej, elektromiografii i elektroneurografii.

(akta kontroli str. 29-31, 481-484)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Zasady rachunkowości Szpitala w składzie opisu systemu informatycznego dla prowadzonych przy użyciu komputera ksiąg rachunkowych nie zawierały opisu algorytmów i parametrów wykorzystywanych programów komputerowych, co było niezgodne z art. 10 ust. 1 pkt 3 lit. c i ust. 2 ustawy o rachunkowości.

(akta kontroli str. 10-18, 69-82)

2. W Zasadach rachunkowości nie zawarto również wymaganego art. 10 ust. 1 pkt 3 lit. c uor opisu programowych zasad ochrony danych, ani odwołania do obowiązujących w Szpitalu w tym zakresie uregulowań.

(akta kontroli str. 42-43, 69-82, 329-338, 426-472)

OCENA CZĄSTKOWA

W okresie objętym kontrolą w Szpitalu funkcjonowały Zasady rachunkowości, jednak nie zostały one w pełni rzetelnie sformułowane. Nie zawarto w nich opisu algorytmów i parametrów oraz programowych zasad ochrony danych, o których mowa w art. 10 ust. 1 pkt 3 lit. c uor. W ORSK opracowano i stosowano mechanizmy kontroli operacji finansowych i gospodarczych. Dokumenty finansowe Szpitala zostały zaksięgowane w programie finansowo-księgowym i wszystkie miesiące zostały zamknięte. Stosowany w ORSK rachunek kosztów prowadzony był w systemie finansowo-księgowym i dostarczał niezbędnych informacji dla skutecznego i racjonalnego zarządzania.

OBSZAR

2. Prawidłowość przekazywania danych w procesie taryfikacji

Opis stanu
faktycznego

2.1. W okresie objętym kontrolą w Szpitalu podjęto współpracę z Agencją w niżej wymienionych procesach taryfikacyjnych:

- w 2016 r.: nr 08. Karty kosztorysów (umowa nr AOTMiT/63/T/KK/2016), nr 12. Karty kosztorysów (umowa nr AOTMiT/17/T/EHN/2016) i nr 23. Rehabilitacja lecznicza (umowa nr AOTMiT/108/T/23/2017),

- w 2017 r.: nr 25. Leczenie szpitalne EHN (umowa nr AOTMiT/28/T/25/2017), nr 28. Leczenie szpitalne EHN (powtórne – umowa nr AOTMiT/04/T/28/2017) i nr 35. Replantacja kończyny górnej (JGP H41) – wniosek o udostępnienie danych nr AOTMiT/35/0005/2017/WT,

- w 2018 r.: nr 42. Choroby nowotworowe z zakresu leczenia szpitalnego (JGP) oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (pakiety onkologiczne) – wniosek o udostępnienie danych nr AOTMiT/42/0151/2018/WT i nr 43. Zabiegi w zakresie kończyn i miednicy (LSZ_H31E-H33 oraz H41-H43) – wniosek o udostępnienie danych nr AOTMiT/43/0029/2018/WT,

- w 2019 r. - nr 50. Współpraca bieżąca (Leczenie szpitalne 2018) - wniosek o udostępnienie danych nr AOTMiT/50/0009/2019/WT,

- w 2020 r. - nr 53. Współpraca bieżąca - leczenie szpitalne 2019 - wniosek o udostępnienie danych nr AOTMiT/53/0005/2020/WT.

(akta kontroli str. 160-310)

W trakcie współpracy zrezygnowano z udziału w postępowaniu nr 12, którego celem było przygotowywanie i przekazywanie Agencji danych w celu ustalenia taryfy świadczeń określonych w Załączniku Nr 1 do ogłoszenia (nr umowy: AOTMiT/17/T/EHN/2016)²³.

Ówczesny Dyrektor wyjaśnił, że nie pamięta przyczyny rezygnacji z udziału w tym postępowaniu.

(akta kontroli str. 186, 327-328, 344, 524-528)

Stwierdzono w tym zakresie nieprawidłowość polegającą na niedochowaniu przez ORSK postanowień § 1 ust. 1 w zw. z § 3 ust. 2 dwóch umów zawartych z Agencją w dniach 27 lutego i 13 marca 2017 r., dotyczących postępowań nr 25 i 28²⁴. Postanowienia te zobowiązywały Szpital do przekazania wnioskowanych przez AOTMiT danych w określonym terminie. Na skutek nieprzekazania części danych, Prezes AOTMiT 10 lipca 2017 r. wypowiedział ze skutkiem natychmiastowym obydwie te umowy. W obydwu przypadkach nastąpiło to na podstawie § 5 ust. 1 umów, który dawał Prezesowi takie uprawnienie w razie nieprzekazania danych z przyczyn leżących po stronie Szpitala.

(akta kontroli str. 226-235, 243-250, 341-342)

Ówczesny Dyrektor przyznał, że nie pamięta przyczyny nieprzekazania Agencji również tych danych.

(akta kontroli str. 528)

2.2. W Szpitalu, zgodnie z instrukcją i stanem faktycznym, wypełniono osiem z dziewięciu ankiet²⁵ przekazanych Agencji w toku naboru świadczeniodawców do uzyskania danych niezbędnych do ustalenia taryfy. Do AOTMiT zostały przekazane ankiety dotyczące wszystkich dziewięciu ww. postępowań²⁶.

Z uwagi na fakt, iż ORSK znalazł się w grupie podmiotów, które kontynuują współpracę z Agencją w zakresie udostępnienia danych medyczno-kosztowych i finansowo-księgowych dotyczących leczenia szpitalnego, to został wyłączony z odsyłania ankiety i nie podlegał rankingowi w postępowaniu taryfikacyjnym nr 53 z 2020 r.

(akta kontroli str. 323, 389-390, 485, 160-310)

Stwierdzono natomiast nieprawidłowość polegającą na nierzetelnym podaniu części danych w ankiecie nr 50A0009, dotyczącej postępowania o udostępnienie danych nr AOTMiT/50/00092019/WT²⁷, gdzie wskazano, że:

- a) w części szarej ORSK korzysta się z pięciu modułów: KP-Kadry, KP-Płace, Środki Trwałe, Finanse-Księgowość-Koszty, Gospodarka Magazynowa, podczas gdy w rzeczywistości korzystano z 11 modułów;
- b) w części białej Szpitala korzysta się z 17 modułów: EDM, Ruch Chorych, Apteka, Historia choroby, Rachunek kosztów, Blok Operacyjny, Laboratorium, Diagnostyka, Rozliczenia, Bakteriologia, Bank Krwi, e-Rejestracja, Gabinet,

²³ 81.53 Rewizja po endoprotezoplastyce stawu biodrowego, nie określona inaczej; 81.55 Operacja rewizyjna po wymianie stawu kolanowego; 81.512 Całkowita pierwotna rekonstrukcja stawu biodrowego; 81.521 Częściowa pierwotna wymiana stawu biodrowego – endoproteza bipolarna; Endoproteza pierwotna stawu kolanowego – jednoprzędziowa; 81.542 Endoproteza pierwotna stawu kolanowego - dwuprzędziowa; 81.543 Endoproteza pierwotna stawu kolanowego trójpzędziowa; 81.55 Operacja rewizyjna po wymianie stawu kolanowego; 81.81 Częściowa endoproteza stawu barkowego; Czasowe implanty uwalniające antybiotyki w leczeniu infekcji około protezowych.

²⁴ O czym także w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.

²⁵ Z wyjątkiem ankiety nr 50A0009.

²⁶ Ankiety o numerach: 08A0074, 12A0004, 23A0179, 25A0049, 28A0024, 35A0005, 42A0152, 43A0029 i 50A0009.

²⁷ O czym także w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.

m-Obchód, Rejestracja-Poradnia, Zakażenia Szpitalne, Żywnienie, podczas gdy faktycznie korzystano z 32 modułów;

Dyrektor wyjaśnił, że w ankiecie zostały wymienione tylko te moduły, w ramach których są ewidencjonowane wymagane przez AOTMiT informacje.

NIK wskazuje, że w przedmiotowej ankiecie nie ma zapisów dających możliwość zawężenia listy wykazywanych modułów, a pytania ankietowe, odrębne dla części białej i szarej ORSK, były precyzyjne i brzmiały „Jakie systemy informatyczne funkcjonują w jednostce? [w tym] rodzaje modułów”.

(akta kontroli str. 10-18, 300-308, 571, 578)

W ww. ankiecie podano ponadto, że:

a) w Szpitalu prowadzi się elektroniczną dokumentację pacjenta na podstawie przepisów „rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania”, podczas gdy dokumentację tę prowadzono w systemie mieszanym²⁸.

(akta kontroli str. 300-308, 570)

Dyrektor podał m.in., że w ankiecie potwierdzono prowadzenie elektronicznej dokumentacji pacjenta, ponieważ w Szpitalu prowadzi się tę dokumentację w takim zakresie w jakim „jest to możliwe zgodnie z przepisami i uwarunkowaniami społecznymi”, tj. dane są wprowadzane w formie elektronicznej a następnie drukowane, kompletowane i przechowywane w formie papierowej.

(akta kontroli str. 29-31, 300-308, 317-318, 570, 577)

b) w Szpitalu stosuje się standard rachunku kosztów zgodnie z rozporządzeniem MZ z 8 lipca 2015 r., podczas gdy w ORSK stosowano tylko niektóre jego elementy.

(akta kontroli str. 300-308)

Dyrektor wyjaśnił, że uzasadnieniem takiej odpowiedzi był fakt, że w Szpitalu wykorzystano i zaimplementowano do stosowania pewne elementy ww. rozporządzenia w zakresie grupowania OPK na działalność podstawową, pomocniczą i zarządu, z uwzględnieniem możliwości funkcjonalnych programu finansowo – księgowego oraz struktury organizacyjnej ORSK.

(akta kontroli str. 317-318, 570-571)

NIK dostrzega, że w ww. dwóch przypadkach konstrukcja formularza uniemożliwiała udzielenie odpowiedzi, która byłaby w pełni zgodna ze stanem istniejącym w Szpitalu.

2.3. Zakres danych oczekiwanych od ORSK we wszystkich postępowaniach dotyczył:

- danych szczegółowych na temat wyceny poszczególnych świadczeń opieki zdrowotnej, tj. informacji medyczno-kosztowych, w tym m.in. informacji identyfikujących świadczenia, danych dotyczących użytych produktów leczniczych i wyrobów medycznych oraz informacji na temat zastosowanych procedur i świadczeń medycznych,
- a w czterech postępowaniach dodatkowo jeszcze informacji finansowo – księgowych, takich jak np.: przychody, koszty, środki trwałe, statystycznych i o zatrudnieniu personelu medycznego według OPK (postępowania nr 35, 43, 50 i 53).

(akta kontroli str. 395-396)

²⁸ Por. obszar pierwszy niniejszego wystąpienia, punkt 1.6.

2.4. Przekazywanie danych finansowo-księgowych oraz kliniczno-kosztowych

Do kontroli wybrano postępowanie nr 42. Choroby nowotworowe z zakresu leczenia szpitalnego (JGP²⁹) oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (pakiety onkologiczne) a także nr 50. Współpraca bieżąca (Leczenie szpitalne 2018).

2.4.1. Źródłem danych przekazywanych Agencji były system finansowo-księgowy I.E. (w zakresie danych finansowo- księgowych) i system informatyczny E. (w zakresie danych medycznych szczegółowych)³⁰.

(akta kontroli str. 415, 423)

2.4.2. Przygotowanie danych powierzono pracownikom Sekcji Kosztów i Analiz oraz Działu Informatyki. Przy opracowywaniu danych korzystano z informacji udostępnionych przez inne działy np. płace, dział rozliczeń medycznych, naczelnia pielęgniarka itp. Prace w tym zakresie nadzorowali Główny Księgowy i Zastępca Dyrektora ds. Ekonomicznych i Administracyjnych.

Dyrektor wyjaśnił, że pracownicy biorący udział w opracowaniu i udostępnieniu danych nie brali udziału w szkoleniu dotyczącym wypełniania arkuszy danych, ponieważ takie szkolenie nie było przeprowadzone przez Agencję.

(akta kontroli str. 39, 40, 408, 409)

2.4.2.1. Postępowanie 42.

Agencja wskazała, że w ww. postępowaniu będą jej potrzebne dane dotyczące hospitalizacji 19 pacjentów. Dane medyczne szczegółowe do tego postępowania uzyskano na podstawie następujących danych z programu komputerowego E.:

- raport zrealizowanych procedur do poszczególnych hospitalizacji – opracowanie przez Dział Informatyki,
- czas Bloku Operacyjnego,
- raport zużycia leków i wyrobów medycznych - opracowanie przez Dział Informatyki.

Kontroli poddano elektroniczną dokumentację pięciu spośród 19 ww. pacjentów zarejestrowanych w księdze głównej. Dane przekazane do postępowania 42 były zgodne z danymi źródłowymi - indywidualnymi raportami opracowanymi przez Dział Informatyki, dotyczącymi zużycia leków i wyrobów oraz zrealizowanych procedur do wskazanych hospitalizacji. Formularze do tego postępowania zostały wypełnione zgodnie z zasadami wypełniania przez świadczeniodawców plików z danymi niezbędnymi do ustalenia taryfy świadczeń, określonymi w zarządzeniu Prezesa AOTMiT nr 39/2018 z 19 czerwca 2018 r.³¹ oraz w załącznikach do tego zarządzenia udostępnionych przez Agencję, dotyczących przeprowadzonych postępowań taryfikacyjnych³². Udostępnione do postępowania 42 szczegółowe dane medyczne były kompletne oraz dotyczyły wszystkich hospitalizacji wskazanych przez Agencję.

Dyrektor podał, że opracowanie niezbędnych danych do ww. postępowania wymagało około 100 godzin pracy manualnej.

(akta kontroli str. 408-425)

²⁹ Jednorodne grupy pacjentów.

³⁰ Dane finansowo-księgowe oraz medyczne szczegółowe uzyskano na podstawie danych z raportów źródłowych takich jak m.in.:

1. z programu I.: analiza kosztów działalności według miejsc powstawania, analiza obrotów i sald, wykaz elementów majątku trwałego z uwzględnieniem zmian stanów kosztów, rejestry zakupów (ZP-NK),
2. z programu E.: wskaźniki szpitalne i czas Bloku Operacyjnego.

³¹ W sprawie zasad udostępnienia przez świadczeniodawców danych niezbędnych do ustalenia taryfy świadczeń finansowanych ze środków publicznych dotyczących świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w obszarze: choroby nowotworowe.

³² Wzor formularza_DSZ oraz zarządzenie_nr_39_2018_DSz_

2.4.2.2. Postępowanie 50.

Przekazane dane były zgodne z danymi źródłowymi z systemu finansowo – księgowego I. (analiza obrotów i sald, analiza kosztów działalności według miejsc powstawania, listy płac, raporty systemowe - moduł Środki Trwałe) oraz raportami systemowymi z systemu E. Udostępnione dane kosztowe były kompletne oraz dotyczyły wszystkich OPK-ów z listy OPK zaakceptowanej przez Agencję.

Kontroli poddano trzy z 16 OPK:

- 1) Blok Operacyjny,
- 2) Oddział Urazowo – Ortopedyczny, Alloplastyki Stawów Biodrowych i Kolanowych,
- 3) Oddział Urazowo – Ortopedyczny, Ortopedii Onkologicznej i Traumatologii.

W ramach trzech ww. OPK badaniem objęto po pięć dowodów źródłowych dotyczących różnych rodzajów kosztów³³, a także elektroniczną dokumentację medyczną pięciu pacjentów i każdorazowo stwierdzono zgodność zapisów na kontach księgowych z dokumentami źródłowymi.

Formularze do postępowania 50 zostały wypełnione zgodnie z zasadami wypełniania przez świadczeniodawców plików z danymi niezbędnymi do ustalenia taryfy świadczeń, określonymi w zarządzeniach Prezesa AOTMiT nr 16/2019 z 3 kwietnia 2019 r.³⁴ i nr 28/2019 z 18 czerwca 2019 r.³⁵ oraz załącznikach do tych zarządzeń³⁶.

Udostępnione do postępowania 50 szczegółowe dane medyczne były kompletne oraz dotyczyły wszystkich hospitalizacji wskazanych przez Agencję. Udostępnione dane kosztowe były kompletne oraz dotyczyły wszystkich OPK-ów z listy OPK zaakceptowanej przez Agencję.

Dyrektor podał, że opracowanie niezbędnych danych wymagało około 160 godzin pracy manualnej.

(akta kontroli str. 54, 62, 387-388, 408-422)

2.4. Szpital przekazywał Agencji dane w terminach określonych w zawartych umowach albo wnioskach Prezesa Agencji o udostępnienie danych, tj. w postępowaniu nr 08 - 7 kwietnia 2016 r., a w postępowaniu nr 23 - 28 lutego 2017 r.

Pliki określone wnioskami Prezesa Agencji o udostępnienie danych przekazano:

- do postępowania nr 35 – 3 kwietnia 2018 r.,
- do postępowania nr 42 – 17 września i 31 grudnia 2018 r.,
- do postępowania nr 43 – 17 i 28 września 2018 r.,
- do postępowania nr 50 – 6 kwietnia 2020 r.

(akta kontroli str. 395-396)

2.5. Ogólny wzrost kosztów w latach 2018-2019 dla trzech wybranych do kontroli OPK (opisanych w pkt 2.3 niniejszego wystąpienia) w odniesieniu do taryfikowanego zakresu świadczeń - "Leczenie Szpitalne" wyniósł odpowiednio 15%, 28 % i 27%. Największy wpływ miał na to wzrost wynagrodzeń personelu z tytułu umów o pracę.

Analogiczne do przekazanych Agencji danych za 2018 rok nastąpił ogólny wzrost wynagrodzeń w 2019 roku odpowiednio dla wybranych OPK:

³³ Takich jak: amortyzacji, leków, transportu, żywienia, wynagrodzeń kontraktowych oraz wynagrodzeń ze stosunku pracy.

³⁴ W sprawie zasad udostępnienia przez świadczeniodawców danych medyczno – kosztowych niezbędnych do ustalenia taryfy świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

³⁵ W sprawie zasad udostępnienia przez świadczeniodawców danych finansowo – księgowych niezbędnych do ustalenia taryfy świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

³⁶ Zarządzenie_16_2019_DSZ_s7ZtEam, Zarządzenie_nr_28_2019_FK(2), Załącznik_do_Zarządzenia_16_2019_Qzv4utc(1), Załącznik_do_Zarządzenia_28_2019(5)

1) Oddział Urazowo - Ortopedyczny - Alloplastyki stawów biodrowych i kolanowych (ASB):

- wynagrodzenia pielęgniarek i położnych - o 18%
- wynagrodzenia fizjoterapeutów, rehabilitantów, techników rehabilitacji, masażyistów, mgr rehabilitacji – o 50%
- pozostały personel niemedyczny – o 6%,

2) Oddział Urazowo - Ortopedyczny. Ortopedii Onkologicznej i Traumatologii (ONK):

- wynagrodzenia pielęgniarek i położnych - o 23%,
- wynagrodzenia fizjoterapeutów, rehabilitantów, techników rehabilitacji, masażyistów, mgr rehabilitacji – o 47%,
- pozostały personel niemedyczny – o 41%,

3) Blok Operacyjny:

- wynagrodzenia pielęgniarek i położnych - o 3%,
- wynagrodzenia techników (radiologii, elektroradiologii itd.) - o 62%,
- pozostały personel niemedyczny – o 23%.

Dyrektor wyjaśnił, że wzrost wynagrodzeń w grupie pielęgniarek nastąpił przede wszystkim w związku z włączeniem od 1 września 2018 r. do podstawy wynagrodzenia tzw. dodatku NFZ. W grupie fizjoterapeutów i rehabilitantów wzrost wynagrodzenia był następstwem zakończenia w 2018 r. sporu zbiorowego z tą grupą zawodową (wzrost wynagrodzeń od 1 lipca 2018 r.). Ponadto na wzrost wynagrodzeń w ww. grupach zawodowych wpływ miały podwyżki wynikające z ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych³⁷.

(akta kontroli str. 321, 398, 572-574)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Jedną z dziewięciu przekazanych Agencji ankiet, sporządzono częściowo nierzetelnie, nie wykazując w niej wszystkich modułów programów komputerowych, z których korzystano w Szpitalu.

(akta kontroli str. 10-18, 29-31, 300-308, 317-318)

2. Z ORSK, wbrew postanowieniom dwóch umów zawartych z Agencją, z przyczyn leżących po stronie Szpitala, nie przekazano w określonym terminie wnioskowanych przez AOTMiT danych.

(akta kontroli str. 226, 243, 341-342, 528)

OCENA CZĄSTKOWA

Poddane analizie informacje finansowo - księgowe i o charakterze niefinansowym, przekazane Agencji w procesie taryfikacji świadczeń opieki zdrowotnej, były rzetelne i spójne z ewidencją księgową oraz dokumentacją medyczną poszczególnych świadczeń. W ORSK dwukrotnie nie dochowano jednak zobowiązań zawartych w umowach z AOTMiT i nie przekazano części wnioskowanych danych, w konsekwencji czego umowy te zostały wypowiedziane przez Prezesa Agencji. Stwierdzono także jednostkowy przypadek przekazania do AOTMiT nierzetelnych danych w zakresie wykorzystywanych w ORSK modułów programów komputerowych, a konstrukcja formularza ankietowego w dwóch przypadkach uniemożliwiała udzielenie odpowiedzi, która byłaby w pełni zgodna ze stanem istniejącym w Szpitalu.

³⁷ Ustawa z dnia 8 czerwca 2017 r. (Dz. U. poz. 1473, ze zm.).

IV. Uwagi i wnioski

Najwyższa Izba Kontroli nie formułuje uwag, natomiast w związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK wnosi o podjęcie działań w celu:

- Wnioski
- 1) ujęcia w Zasadach rachunkowości Szpitala wszystkich elementów opisu systemu informatycznego wymienionych w art. 10 ust. 1 pkt 3 lit. c ustawy o rachunkowości,
 - 2) zapewnienia terminowego przekazywania Agencji w pełni rzetelnych danych.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

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

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 21 od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

W przypadku zgłoszenia zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, termin przedstawienia informacji liczy się od dnia otrzymania uchwały o oddaleniu zastrzeżeń w całości lub zmienionego wystąpienia pokontrolnego.

Poznań, 30 grudnia 2020 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Poznaniu

Kontroler:
Maciej Kowalski
Specjalista kontroli państwowej

Dyrektor:
z up. Tomasz Nowiński
p.o. Wicedyrektor

.....
Podpis

.....
Podpis