



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Poznaniu

LPO.410.020.04.2020

Pan
dr n. med. Rafał Spachacz
p.o. Dyrektor
Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki
Zdrowotnej w Słupcy
ul. Romualda Traugutta 7
62-400 Słupca

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Słupcy, ul. Romualda Traugutta 7, 62-400 Słupca (dalej: SPZOZ albo Szpital)
Kierownik jednostki kontrolowanej	Rafał Spachacz, p.o. Dyrektor Szpitala, od 10 stycznia 2019 r. (dalej: p.o. Dyrektor) W okresie objętym kontrolą funkcję kierownika jednostki poprzednio pełniła Iwona Wiśniewska, Dyrektor Szpitala, od 27 lutego 2014 r. do 10 stycznia 2019 r., wcześniej od 1 października 2013 r. – p.o. Dyrektor (dalej: była Dyrektor). (akta kontroli str. 4-16)
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Prowadzenie rachunku kosztów 2. Prawdliwość przekazywania danych w procesie taryfikacji
Okres objęty kontrolą	Lata 2015-2020 (do 15 grudnia) ¹
Podstawa prawna podjęcia kontroli	art. 2 ust 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ²
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Poznaniu
Kontroler	Izabela Chlebowska-Gąszczyk, upoważnienie do kontroli nr LPO/118/2020 z 15 września 2020 r. oraz nr LPO/145/2020 z 30 listopada 2020 r. ³ (akta kontroli str.1-3)

¹ Dalej także: kontrolowany okres, badany okres, lata objęte kontrolą.

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

³ Czynności kontrolne zakończone zostały 15 grudnia 2020 r.

II. Ocena ogólna⁴ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

W Szpitalu ustalono dokumentację opisującą przyjęte zasady rachunkowości (dalej: polityka rachunkowości), jednak obowiązująca w latach 2015-2020 polityka rachunkowości była częściowo nierzetelna i niezgodna z wymogami art. 10 ust. 1 pkt 3 lit. b, c oraz ust. 2 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości⁵. W planie kont nie uwzględniono niektórych kont księgowych, w rzeczywistości funkcjonujących w systemie finansowo-księgowym. Pomimo prowadzenia ksiąg rachunkowych przy użyciu komputera, nie spełniono również wymogów dotyczących wykazu zbiorów danych tworzących księgi rachunkowe na informatycznych nośnikach danych, a także części wymogów w zakresie opisu systemu informatycznego. W styczniu 2019 r. nowo powołany p.o. Dyrektor podjął działania mające na celu zmianę polityki rachunkowości, sfinalizowane we wrześniu 2020 r., jednak ich efekt nie był optymalny i prowadzono dalsze prace nad aktualizacją przedmiotowej polityki. W okresie objętym kontrolą (do 6 grudnia 2020 r.) nie zaktualizowano również wykazów osób uprawnionych do przeprowadzania kontroli merytorycznej oraz formalno-rachunkowej, co nastąpiło dopiero w trakcie kontroli NIK. Analiza dowodów księgowych zaewidencjonowanych w 2020 r. wykazała, że w SPZOZ funkcjonowały w tym zakresie wymagane mechanizmy kontroli zarządczej. Moduł kalkulacji kosztów Szpitala oparto o ewidencję kosztów prowadzoną według ośrodków powstawania kosztów, nie korzystając z możliwości wprowadzenia modelu kontrolingowego.

W SPZOZ podjęto współpracę z Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (dalej: AOTMiT lub Agencja) w trzech procesach taryfikacyjnych, jednak dane niezbędne do ustalenia taryfy świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, przekazano tylko w jednym z nich. Dane przekazane w 2016 r., w jedynym ze sfinalizowanych postępowań, były częściowo niezgodne z dokumentami źródłowymi Szpitala, w zakresie liczby przeprowadzonych procedur i badań oraz cen jednostkowych leków i wyrobów medycznych. Większość prac związanych z przygotowaniem danych dla Agencji odbywała się bez możliwości wykorzystania zasobów informatycznych i wymagała dużego nakładu pracy manualnej, w konsekwencji generując ryzyko błędów, nawet przy stosunkowo niewielkim zakresie wnioskowanych informacji. Nieskorzystanie z możliwości dokumentowania prowadzonych prac uniemożliwiało pełną ich weryfikację, a także nie sprzyjało transparentności podejmowanych w tym zakresie działań. Ponadto, odstępienie od udziału w postępowaniu w 2018 r. nie znajdowało oparcia w obowiązujących przepisach, niezależnie od następczego cofnięcia wniosku przez Agencję.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny częściowej⁶ kontrolowanej działalności

OBSZAR

1. Prowadzenie rachunku kosztów

Opis stanu faktycznego

1.1. W Szpitalu, w okresie objętym kontrolą prowadzona była działalność lecznicza m.in. na oddziale: chorób wewnętrznych, chirurgicznym, ginekologiczno - położniczym, dziecięcym, noworodkowym, anestezjologii i intensywnej terapii, chorób płuc i gruźlicy. Funkcjonowały także: zakład opiekuńczo-leczniczy (dalej:

⁴ Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

⁵ Dz.U. z 2019 r., poz. 351, ze zm., dalej: ustawa o rachunkowości albo uor.

⁶ Oceny częściowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena częściowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

ZOL), izba przyjęć, blok operacyjny, apteka szpitalna, poradnie, pracownice, gabinety diagnostyczno-zabiegowe, zespoły ratownictwa medycznego⁷.

Obsługą administracyjną i techniczno-gospodarczą w SPZOZ zajmowały się m.in. działy: księgowości, spraw pracowniczych i socjalnych, techniczno-eksploatacyjny, metodyczno-organizacyjny oraz sekcja obsługi technicznej. Do zadań działu księgowości, którym kierował główny księgowy, należało m.in. prowadzenie rachunkowości, gospodarki finansowej, sporządzanie sprawozdań finansowych oraz analiz bieżącej sytuacji finansowej, sporządzanie rocznego planu finansowego i monitorowanie jego realizacji.

(akta kontroli str. 69-236)

W całym okresie objętym kontrolą obowiązywały zasady (polityka) rachunkowości przyjęte zarządzeniem dyrektora Szpitala nr 24/2009 z 21 grudnia 2009 r. (dalej także: polityka z 2009 r.). W polityce tej ujęto elementy opisu sposobu prowadzenia ksiąg rachunkowych, wymagane art. 10 ust. 1 pkt 3 lit. a uor.

W załączniku nr 1 do tej polityki określono wykaz kont księgi głównej zakładowego planu kont w Szpitalu. Oprócz tych kont w systemie finansowo-księgowym SPZOZ na przestrzeni poszczególnych lat objętych kontrolą funkcjonowały jednak również konta: 102, 132, 133, 136, 202, 509 których nie ujęto w ww. wykazie, o czym szerzej w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.

W polityce z 2009 r., za wyjątkiem części opisu systemu informatycznego, tj. wykazu programów (§ 5) – i to niekompletnego w zakresie modułów⁸ – oraz programowych zasad ochrony danych, nie ujęto pozostałych elementów opisu sposobu prowadzenia ksiąg rachunkowych, wymaganych art. 10 ust. 1 pkt 3 lit. b oraz c uor, o czym szerzej w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.

W załączniku nr 3 do ww. polityki: „System służący ochronie danych”, określono ramowe zasady ochrony danych przy prowadzeniu ksiąg za pomocą komputera (środki zabezpieczenia dostępu do komputerów i do danych, środki kontroli aplikacji) oraz miejsce i sposób przechowywania danych.

(akta kontroli str. 237-279)

W toku kontroli, zarządzeniem p.o. Dyrektora nr 26/2020 z 17 września 2020 r. w Szpitalu wprowadzono nową politykę rachunkowości, która ma obowiązywać od 1 stycznia 2021 r. (dalej także: polityka z 2020 r.)

(akta kontroli str. 280-403)

W SPZOZ wprowadzone zostały mechanizmy z zakresu kontroli zarządczej określone w komunikacie Nr 23 Ministra Finansów z dnia 16 grudnia 2009 r. w sprawie standardów kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych⁹. P.o. Dyrektor, po rozpoczęciu pełnienia funkcji wydał w tym zakresie szereg zarządzeń¹⁰.

⁷ W trakcie kontroli NIK działalność lecznicza Szpitala została istotnie zmodyfikowana na skutek decyzji Wojewody Wielkopolskiego z 4 września 2020 r. i następnych, w których polecał on zapewnienie przez SPZOZ łóżek obserwacyjnych oraz intensywnej terapii dla pacjentów z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem koronawirusem SARS-CoV-2 i realizację świadczeń opieki zdrowotnej, aż do przekształcenia Szpitala, jako placówki jednoimiennej, dedykowanej leczeniu chorych z rozpoznaniem COVID-19.

⁸ Oprogramowanie podmiotu A. z którym współpracują moduły: system finansowo-księgowo-kosztowy, gospodarka materiałowa, środki trwałe – w wersjach odpowiednio: 4.11.01, 4.11.00, 4.11.00.

⁹ Standard C.14 - szczegółowe mechanizmy kontroli dotyczące operacji finansowych i gospodarczych (Dz. Urz. MF Nr 15, poz. 84).

¹⁰ Nr 102/2019 z 4 grudnia 2019 r. w sprawie harmonogramu pracy Zespołu ds. Zarządzania ryzykiem oraz procedur zarządzania ryzykiem w SPZOZ; nr 107/2019 z 27 grudnia 2019 r. w sprawie wyznaczenia szczegółowych celów kontroli zarządczej w SPZOZ na rok 2020 wraz z wyznaczeniem właścicieli celów,

Przeprowadzone w toku kontroli badanie 20 losowo wybranych dowodów księgowych stanowiących podstawę księgowania operacji gospodarczych w 2020 r. na kontach zespołu 4, wykazało stosowanie prawidłowych mechanizmów kontroli operacji finansowych i gospodarczych, obejmujących m.in. dokumentowanie, weryfikację i zatwierdzanie tych operacji.

(akta kontroli str. 404-527)

W oświadczeniu o stanie kontroli zarządczej w Szpitalu za 2018 r., składanym do Starosty Słupckiego, p.o. Dyrektor wskazał, że nie funkcjonowała wówczas¹¹ adekwatna, skuteczna i efektywna kontrola zarządcza, co w toku kontroli NIK dodatkowo potwierdził w obszernych wyjaśnieniach.

(akta kontroli str. 404-406, 528-530)

W okresie od 4 lutego do 31 marca 2019 r. kontrolerzy ze Starostwa Powiatowego w Słupcy przeprowadzili kontrolę działalności Szpitala w 2018 r. w wyniku której ustalono m.in., że w odniesieniu do zbadanych obszarów nie funkcjonował skuteczny system kontroli zarządczej, zapewniający właściwą realizację zadań przez jednostkę. Stwierdzono, iż „[...] Brak aktualnych procedur i określonych w nich właściwych mechanizmów kontrolnych lub zbyt słabe mechanizmy kontrolne, nieokreślenie odpowiedzialności osób na kluczowych stanowiskach pracy, czy poszczególnych etapach procedur, a czasem nieprzestrzeganie istniejących procedur, skutkowało tym, że w ocenianych procesach powstawały błędy, a w konsekwencji niegospodarne i nielegalne wydatkowanie środków publicznych.[...]”.

(akta kontroli str. 1158-1166)

W „Ocenie nadzoru właścicielskiego sprawowanego nad podmiotem leczniczym - Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej w Słupcy w okresie od 01.01.2018 r. do 31.12.2018 r.”, sporządzonej przez biegłego rewidenta wskazano m.in., że zaniechanie przez byłą Dyrektora zorganizowania kontroli zarządczej w zakresie wynikającym z art. 68 i następnych ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych¹² doprowadziło m.in. do uszczuplenia wpływów finansowych, a także niezgodności działania Szpitala z prawem oraz procesami wewnętrznymi.

(akta kontroli str. 1150-1157)

W dwóch załącznikach do „Instrukcji obiegu i kontroli dokumentów księgowych”, wprowadzonej zarządzeniem dyrektora Szpitala z 20 listopada 2009 r. wskazano stanowiska służbowe i wzory podpisów osób, których część nie była już pracownikami SPZOZ w okresie objętym kontrolą, części nazwisk nie można było określić ze względu na nieczytelne podpisy przyporządkowane wyłącznie do stanowiska albo funkcji (bez podania imienia i nazwiska), wystąpił także przypadek niepodania wzoru podpisu, o czym szerzej w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”. W trakcie kontroli NIK, 7 grudnia 2020 r., instrukcja została zaktualizowana, m.in. w ww. zakresie.

mierników oraz oceną ryzyka; nr 16/2019 z 14 maja 2019 r. w sprawie polityki zarządzania ryzykiem w ZOL; nr 25/2019 z 29 maja 2019 r. w sprawie procedur zarządzania ryzykiem w ZOL; nr 52/2019 z 24 czerwca 2019 r. w sprawie załączników do procedur zarządzania ryzykiem w ZOL; nr 61/2019 z 26 lipca 2019 r. w sprawie wyznaczenia szczegółowych celów kontroli zarządczej w ZOL na II półrocze 2019 r. wraz z ewaluacją stopnia ich realizacji; nr 62/2019 z 1 sierpnia 2019 r. w sprawie wprowadzenia kwestionariusza samooceny kontroli zarządczej na rok 2019 r.; nr 65/2019 z 19 sierpnia 2019 r. w sprawie mierników określających stopień realizacji celów kontroli zarządczej w ZOL na II półrocze 2019 r.

¹¹ Tj. w trakcie pełnienia funkcji przez byłą Dyrektora.

¹² Dz. U. z 2019 r. poz. 869, ze zm.

Przedmiotowa instrukcja nie zawierała informacji w zakresie terminów postępowania na poszczególnych etapach, jednak zgodnie z wyjaśnieniami p.o. Dyrektora od 10 stycznia 2019 r. przyjęto zasadę, że dokumenty merytoryczne (w tym księgowe) opracowywane są niezwłocznie.

(akta kontroli str. 560-611)

W SPZOK funkcjonował rejestr obowiązujących przepisów wewnętrznych. Zawierał on nie tylko procedury i uregulowania o charakterze ogólnym, w tym: instrukcję kancelaryjną, instrukcję w sprawie gospodarki kasowej, procedury postępowania antykorupcyjnego, w zakresie udzielania zamówień publicznych, zamówień publicznych nieprzekraczających równowartości kwoty 30 000 euro - ale również procedury i instrukcje epidemiologiczne, pielęgniarские, w zakresie diagnostyki obrazowej i inne (łącznie blisko 400 pozycji w rejestrze).

(akta kontroli str. 608-611, 621-637)

1.2. W części szarej (administracyjnej) SPZOK funkcjonowała grupa programów finansowo-księgowych A., których moduły (FK, ST, FKK, GM¹³) tworzyły jeden zintegrowany system i – za wyjątkiem modułu FK¹⁴ – zostały ujęte w polityce z 2009 r. Ponadto funkcjonował drugi system, S. – w zakresie obsługi kadr i płac. Systemy te nie były ze sobą zintegrowane. Wymiana danych odbywała się za pomocą dokumentów papierowych, w postaci raportów wygenerowanych z poszczególnych aplikacji.

(akta kontroli str. 613-615, 638-643, 661)

W części białej (medycznej) Szpitala funkcjonowały natomiast częściowo zintegrowane moduły systemu E.¹⁵ Szpitalny system informacyjny współpracował z systemami: Integracja z systemem teleradiologii M. oraz Integracja z systemem F. – wysyłanie wyników badań, a także z urządzeniami laboratoryjnymi i diagnostycznymi¹⁶.

(akta kontroli str. 613-615, 638-643, 661)

Moduły systemu informatycznego w części administracyjnej i w części medycznej nie były ze sobą zintegrowane. Wymiana danych odbywała się za pomocą dokumentów papierowych, w postaci raportów wygenerowanych z poszczególnych aplikacji. Wymiana dokumentów pomiędzy częścią administracyjną i częścią medyczną, zgodnie z wyjaśnieniami Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa, jest stosunkowo niewielka i w związku z tym koszty integracji modułów systemu informatycznego w części administracyjnej i w części medycznej przekraczałyby korzyści jakie taka integracja miałaby przynieść.

(akta kontroli str. 613-615, 638-643, 644-649)

W Szpitalu nie skorzystano z możliwości wdrożenia kalkulacji kosztu świadczenia opieki zdrowotnej w module kontrolingowym, określonym w § 2 pkt 12

¹³ FK – Finanse i Księgowość; ST – Środki Trwałe; FKK – Koszty - System Finansowo-Księgowo-Kosztowy; GM – Gospodarka Materiałowa.

¹⁴ O czym szerzej w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.

¹⁵ Apteczka oddziałowa 4.5.0u; Apteka 3.3.0i; Bakteriologia 1.2.1p; Bank krwi 2.3.10; Blok operacyjny 4.5.0g; Elektroniczna Dokumentacja Medyczna 2.10.0; Historia choroby 4.4.0ac; Integracja z P1 w zakresie eRecepty 1.0.16.0; Laboratorium 2.3.0aa; Magazyn 2.0.17; Moduł Wymiany 2.1.0; Pogotowie ratunkowe 4.5.0a; POZ 4.5.0p; Procedury medyczne (koszty) 2.3.0; Rachunek Kosztów Leczenia 2.0.0e; Rejestracja, Poradnia 4.5.0t; Rozliczenia 4.5.0ad; RTG 2.3.0aa; Ruch chorych 4.5.0y; Serwer eWUŚ 4.5.0.2; Serwer JGP 4.5.3.24; Zakażenia szpitalne 1.0.0l; PACS.

¹⁶ M.in. aparaty laboratoryjne i diagnostyczne oraz duplikatory.

rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 lipca 2015 r. w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców¹⁷.

NIK wskazuje, że od 1 stycznia 2021 r. zaczną obowiązywać nowe przepisy w przedmiotowym zakresie, zawarte w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 26 października 2020 r. w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców¹⁸, których stosowanie, w świetle treści art. 31lc ust. 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹⁹, będzie obligatoryjne.

(akta kontroli str. 613-615, 650-660)

1.3. W SPZOZ nie przyjęto wewnętrznych uregulowań w zakresie szczegółowego wykazu ośrodków powstawania kosztów (dalej: OPK), z przypisanymi im nośnikami kosztów. Główna księgowa²⁰ oraz jej zastępca wyjaśnili, że gdy rozpoczęli pracę w Szpitalu wykaz OPK wyodrębniony został jedynie w programie finansowo-księgowym w module „koszty”.

(akta kontroli str. 650-660)

Ewidencję kosztów SPZOZ prowadzono w badanym okresie równocześnie na kontach zespołu 4 i 5. Zespół kont w układzie funkcjonalnym (zespół 5) zawierał podział na OPK: działalności podstawowej, działalności pomocniczej i zarządu, przy czym OPK działalności pomocniczej oraz zarządu przyjęto z uwzględnieniem podziału na ośrodki wykonujące działalność o charakterze jednolitym.

Szczegółowy wykaz OPK wynikający z modułu „koszty” w zakresie działalności podstawowej nie został ustalony przy uwzględnieniu przepisów wydanych na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej²¹, tj. nie zawierał resortowych kodów identyfikacyjnych. Kody te – jak wyjaśniła Główna księgowa – ujęto w systemie finansowo-księgowym Szpitala jedynie w części VIII, stanowiącej czteroznakowy kod charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej zakładu leczniczego podmiotu leczniczego.

(akta kontroli str. 616-620, 662-763, 1013-1036, 1044)

W zespole kont kosztów w układzie funkcjonalnym (zespół 5), zostały utworzone poziomy kont analitycznych dla OPK (np. oddziału, poradni, pracowni) oraz dla kategorii kosztów według rodzaju, w tym m.in. kosztów: leków, wyrobów medycznych, wynagrodzeń wynikających z umów o pracę, kontraktów medycznych (w przypadku sporządzania analiz dotyczących poszczególnych kategorii personelu – lekarz, lekarz rezydent, fizjoterapeuta, pielęgniarka, inne – wykorzystywany był program Excel), innych umów cywilnoprawnych, utrzymania, amortyzacji środków trwałych oraz wartości niematerialnych i prawnych przypisanych do OPK.

(akta kontroli str. 662-763,)

1.4. W badanym okresie, w Szpitalu prowadzono częściowo elektroniczną dokumentację pacjenta, na podstawie przepisów rozporządzeń Ministra Zdrowia z dnia: 21 grudnia 2010 r.²², 9 listopada 2015 r.²³ oraz 6 kwietnia 2020 r.²⁴ w sprawie

¹⁷ Dz. U. poz. 1126. Obowiązywało od 22 sierpnia 2015 r., zostało uchylone z dniem 6 marca 2020 r. rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 2 marca 2020 r. (Dz. U. poz. 354). Stosowanie rozporządzenia do 31 grudnia 2019 r. było fakultatywne, a od 1 stycznia 2020 r. obligatoryjne dla podmiotów współpracujących z Agencją.

¹⁸ Dz. U. z 2020 r. poz. 2045.

¹⁹ Dz. U. z 2020 r. poz. 1398, ze zm., dalej: ustawa o świadczeniach.

²⁰ Zatrudniona od 1 czerwca 2018 r.

²¹ Dz. U. z 2020 r. poz. 295, ze zm.

²² Dz. U. z 2014 r. poz. 177, uchylone z dniem 23 grudnia 2015 r.

²³ Dz. U. poz. 2069, uchylone z dniem 15 kwietnia 2020 r.

²⁴ Dz. U. poz. 666.

rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania²⁵.

W formie elektronicznej prowadzona była dokumentacja medyczna:

- a) na wszystkich oddziałach: przyjęcia, wypisy, zlecenia badań, wyniki badań, rozpoznania, zastosowane procedury medyczne według kodów ICD9, procedury rozliczeniowe;
- b) na wybranych oddziałach według decyzji lekarzy kierujących i zarządzających oddziałem, np. dokumentacja lekarska²⁶ (wywiad, badanie przedmiotowe, obserwacje lekarskie).

W kwietniu 2016 r. SPZOZ przystąpił do projektu „Wyposażenie środowisk informatycznych wojewódzkich, powiatowych i miejskich podmiotów leczniczych w narzędzia informatyczne umożliwiające wdrożenie Elektronicznej Dokumentacji Medycznej oraz stworzenie sieci wymiany danych między podmiotami leczniczymi samorządu województwa” (WRPO na lata 2014-2020). W ramach tego projektu zrealizowano zakup komputerów, serwerów, macierzy, drukarek i skanerów.

(akta kontroli str. 616-620, 644-647, 923)

W SPZOZ nie było możliwości bezpośredniego przypisania w systemach informatycznych kosztu leków lub wyrobów medycznych do nośnika kosztów – na osobodzień, pacjenta czy na procedurę medyczną. Jak wyjaśniła Kierownik Działu Spraw Pracowniczych i Socjalnych (dalej: Kierownik DSPiS)²⁷, było to spowodowane brakiem odpowiednich systemów. Koszty były ewidencjonowane miesięcznie dla poszczególnych OPK na podstawie dowodów księgowych. Nie było możliwości przypisania świadczeń medycznych²⁸ do nośnika kosztów (osobodnia, pacjenta, procedury medycznej) z uwzględnieniem m.in. nazw, jednostek miary i ilości zastosowanych produktów. Kierownik DSPiS podała, że, wynikało to z braku odpowiednich środków technicznych i informatycznych np. oprogramowania, tabletów, sieci wi-fi, skanerów. W Szpitalu była natomiast możliwość przypisania świadczeń medycznych do numeru księgi pacjenta.

(akta kontroli str. 616-620, 764-800, 1137)

W lutym oraz kwietniu 2019 r. zostały założone i bieżąco aktualizowane rejestry odpowiednio: pracowników oraz osób udzielających świadczeń zdrowotnych na podstawie umów cywilnoprawnych. W Szpitalu była zatem możliwość uzyskania szczegółowych informacji niefinansowych dotyczących danych takich jak: (1) roczna sumaryczna liczba etatów personelu zatrudnionego na umowy o pracę, (2) umowy cywilno-prawne, (3) kontrakty dla poszczególnych kategorii personelu (lekarz, lekarz rezydent, fizjoterapeuta, pielęgniarka, inne). W okresie objętym kontrolą, przed 2019 r., zgodnie z wyjaśnieniami Kierownik DSPiS, rejestry takie nie były

²⁵ W myśl § 72 ostatniej z ww. regulacji, do 31 grudnia 2020 r. dokumentacja medyczna w Szpitalu może być prowadzona w postaci elektronicznej lub w postaci papierowej, w sposób zgodny z przepisami rozporządzenia z 9 listopada 2015 r. Natomiast po tej dacie będzie mogła być prowadzona przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych w postaci elektronicznej z zastrzeżeniem, że dopuszcza się postać papierową, jeżeli warunki organizacyjno-techniczne uniemożliwiają prowadzenie dokumentacji w postaci elektronicznej (§ 1 ust. 2 rozporządzenia z 6 kwietnia 2020 r.). Ponadto, dokument prowadzony w jednej postaci nie będzie mógł być jednocześnie prowadzony w drugiej z nich (§ 1 ust. 3 ww. rozporządzenia).

²⁶ Dokumentacja lekarska w formie elektronicznej dostępna była od lipca 2015 r., a dokumentacja pielęgniarska od lipca 2018 r.

²⁷ Radca prawny, z upoważnienia p.o. Dyrektora.

²⁸ 1) leki (nazwa, jednostka miary, ilość); 2) wyroby medyczne (nazwa, jednostka miary, ilość) oraz 3) procedury medyczne, w tym procedury zabiegowe i operacyjne, badania diagnostyczne obrazowe i nieobrazowe, badania laboratoryjne, procedury medyczne wykonywane przez personel zatrudniony na innym oddziale (np: procedury konsultacyjne, rehabilitacyjne itp.).

prowadzone, a informacje na temat rocznej sumarycznej liczby etatów osób zatrudnionych na umowę o pracę prowadzone były w formie ręcznych zapisów.

(akta kontroli str. 616-620, 1140-1149)

Zgodnie z dokumentami dotyczącymi funkcjonowania Szpitala w 2020 r., w SPZOZ prowadzona była ewidencja czasu pracy personelu zatrudnionego na podstawie umów cywilnoprawnych tj. (1) kontraktów lekarskich (podstawą do przeliczenia czasu pracy lekarza na równoważnik etatu był grafik oraz karta ewidencji czasu pracy); (2) kontraktów ratowników medycznych (grafik ratowników medycznych, miesięczne zestawienie liczby przepracowanych godzin przez każdego z ratowników medycznych); (3) kontraktów kierowców pojazdów uprzywilejowanych (grafik i indywidualna karta pracy); (4) kontraktów albo umów zlecenia pielęgniarek i położnych (miesięczny grafik pracy, grafik wykonany oraz indywidualna karta pracy).

(akta kontroli str. 407-411, 616-620, 764-800, 1133-1136)

Na Bloku Operacyjnym w SPZOZ ewidencjonowano czas: pobytu pacjenta, znieczulenia i zabiegu (mógł obejmować kilka procedur medycznych) oraz skład personelu z podziałem na funkcje (operator, asysta lekarska, instrumentariuszka). Nie był natomiast ewidencjonowany czas pracy personelu medycznego realizującego te świadczenia.

(akta kontroli str. 616-620)

Dla procedur medycznych z zakresu TK, RTG, USG opisy badań ewidencjonowane były w formie elektronicznej z możliwością wygenerowania raportu. Dotyczyło to również wyników badań wykonywanych w Laboratorium Diagnostycznym SPZOZ. Szpital nie prowadził ewidencji elektronicznej w postaci bazy danych w zakresie badań endoskopii układu pokarmowego, bronchofiberoskopii oraz echa serca. Prowadzona była elektroniczna wersja księgi zabiegowej bloku operacyjnego, z tym że ewidencja opisów zabiegów nie dotyczyła zabiegów wykonywanych przez lekarzy Oddziału Ginekologiczno-Położniczego.

(akta kontroli str. 616-620, 644-648)

W SPZOZ prowadzone były cenniki realizowanych procedur medycznych: badań laboratoryjnych, badań radiologicznych i diagnostyki obrazowej (w tym: RTG, USG), badań wykonywanych w pracowni diagnostycznej endoskopii układu pokarmowego, usług ambulatoryjnych lekarskich i pielęgniarskich, opłat za usługi dodatkowe niefinansowane przez NFZ (w tym m.in.: opinia lekarska dla celów sądowo-lekarskich, orzeczenie lekarskie dla celów rentowych ZUS i KRUS, opinia lekarska) oraz usług transportowych²⁹. Obowiązywały również cenniki: hospitalizacji na oddziałach szpitalnych, prosektorium³⁰, za świadczenia hotelowe (możliwość pobytu matki z dzieckiem na oddziale dziecięcym)³¹.

(akta kontroli str. 127-217, 616-620, 1109-1132)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Dokumentacja opisująca przyjęte w Szpitalu zasady (politykę) rachunkowości, była częściowo nierzetelna i niezgodna z wymogami art. 10 ust. 1 pkt 3 lit. b, c oraz ust. 2 uor.

²⁹ W okresie objętym kontrolą obowiązywały cenniki wprowadzone zarządzeniami dyrektora Szpitala nr 13/2012 z 29 czerwca 2012 r., nr 5/2016 z 20 czerwca 2016 r., nr 44/2018 z 18 kwietnia 2018 r. oraz nr 26/2019 z 30 maja 2019 r. wraz z aneksami.

³⁰ Wprowadzone zarządzeniem dyrektora Szpitala nr 5/2016 z 20 czerwca 2016 r., nr 44/2018 z 18 kwietnia 2018 r. oraz nr 26/2019 z 30 maja 2019 r. wraz z aneksami.

³¹ Wprowadzony zarządzeniem dyrektora Szpitala nr 5/2016 z 20 czerwca 2016 r. i nr 44/2018 z 18 kwietnia 2018 r. Rozpoczyna obowiązywanie od 1 stycznia 2021 r.

1.1. W polityce z 2009 r., obowiązującej w całym okresie objętym kontrolą, za wyjątkiem części opisu systemu informatycznego, tj. niekompletnego wykazu modułów programu (pominięcie funkcjonującego w Szpitalu modułu FK) z podaniem ich jednej wersji oraz programowych zasad ochrony danych, nie ujęto pozostałych elementów opisu sposobu prowadzenia ksiąg rachunkowych, wymaganych art. 10 ust. 1 pkt 3 lit. b oraz c uor. Zgodnie z tymi przepisami opis ten powinien zawierać:

- wykaz ksiąg rachunkowych, a przy prowadzeniu ksiąg rachunkowych przy użyciu komputera - wykaz zbiorów danych tworzących księgi rachunkowe na informatycznych nośnikach danych z określeniem ich struktury, wzajemnych powiązań oraz ich funkcji w organizacji całości ksiąg rachunkowych i w procesach przetwarzania danych,

- opis systemu przetwarzania danych, a przy prowadzeniu ksiąg rachunkowych przy użyciu komputera - 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, a ponadto określenie wersji oprogramowania i daty rozpoczęcia jego eksploatacji.

(akta kontroli str. 237-279, 638-643)

Główna księgowa wyjaśniła m.in., że „SPZOZ w Słupcy nie potrafi odpowiedzieć na pytanie dlaczego [...] obowiązująca polityka rachunkowości nie zawierała opisu systemu informatycznego.”.

(akta kontroli str. 638-642)

NIK dostrzega jednocześnie, że wprowadzono nową politykę rachunkowości, która ma zacząć obowiązywać od 1 stycznia 2021 r. Nastąpiło to jednak dopiero 17 września 2020 r., podczas gdy, zgodnie z art. 10 ust. 2 ustawy o rachunkowości, kierownik jednostki zobligowany jest aktualizować przedmiotową politykę. Zasygnalizować również należy, iż także nowa polityka nie jest pozbawiona wad, albowiem, przykładowo: w § 5 zarządzenia wskazano, że opis systemu przetwarzania danych zawiera załącznik nr 3, który obejmuje opis systemu informatycznego, a w szczególności: wykaz programów, wykaz procedur, opis algorytmów, opis parametrów, zasady ochrony danych komputerowych. Jednak załącznik ten wskazuje – i to ramowo – wyłącznie zasady ochrony danych oraz miejsce i sposób ich przechowywania. W tym kontekście, zasadne jest kontynuowanie prac mających na celu zapewnienie funkcjonowania w SPZOZ rzetelnej i zgodnej z ustawowymi wymogami polityki rachunkowości.

(akta kontroli str. 280-403)

Główna księgowa wyjaśniła, że załącznik nr 3 do polityki rachunkowości w wersji obowiązującej od 1 stycznia 2021 r. pomyłkowo nie został uzupełniony o dane o których mowa powyżej. Podczas prac nad tworzeniem nowej polityki rachunkowości nie uwzględniono informacji, których dostarcza producent oprogramowania, a także informacji od informatyków Szpitala na temat częstotliwości tworzenia kopii zapasowych. Obecnie, na zlecenie SPZOZ są weryfikowane i uzupełniane niezbędne dokumenty, celem „uzyskania najwyższej jakości dokumentu, tym bardziej, że właściwy nie został wcześniej wdrożony”. Dodała również, że do końca obecnego roku kalendarzowego polityka rachunkowości zostanie ponownie zweryfikowana i zaktualizowana, tak aby w 2021 r. była kompletna i zgodna z art. 10 ustawy o rachunkowości.

(akta kontroli str. 638-643)

1.2. W polityce z 2009 r., nie uwzględniono kont księgowych (102, 132, 133, 136, 202, 509), które w rzeczywistości w zakresie objętym badaniem funkcjonowały w systemie finansowo-księgowym Szpitala. Było to działanie nierzetelne, a ponadto naruszało ww. art. 10 ust. 2 uor. Politykę rachunkowości zaktualizowano m.in. w tym zakresie dopiero ww. zarządzeniem z 17 września 2020 r., przy czym w nowej polityce, w zakresie kont zespołu 5, nie określono z kolei zasad klasyfikacji zdarzeń na kontach księgi głównej oraz zasad prowadzenia ksiąg pomocniczych i ich powiązania z kontami księgi głównej.

(akta kontroli str. 237-403, 992-1036)

P.o. Dyrektor, odnosząc się do okoliczności opisanych w punkcie 1.1 i 1.2. obszernie wyjaśnił, że aktualizacja polityki rachunkowości zlecona została głównemu księgowemu³² od początku 2019 r. Wielokrotnie przypominał mu o poleconym obowiązku na piśmie oraz drogą elektroniczną³³. Dodał, że zaistniałe opóźnienie wynikało między innymi z mnogości spraw księgowo-merytorycznych niezbędnych do wdrożenia w 2019 r., a także z szeregu czynności bieżących (w tym m.in. rozbudowy szpitala, utworzenia ZOL, poradni, usprawnienia rozliczeń z NFZ i innych). P.o. Dyrektor podał ponadto, że „[...] Niezwłocznie po przejęciu jednostki od 10 stycznia 2019 r. przystąpiono do odtwarzania i uaktualniania dokumentów stanowiących i merytorycznych w SP ZOZ. [...] W roku 2019 podjęto działania optymalizacyjne i naprawcze w związku z koniecznością należytego wypełniania zobowiązań wynikających z umów z płatnikiem publicznym, tj. WOW³⁴ NFZ [...] Należy podkreślić, że wielu pracowników posiadało niewykorzystane urlopy w dużej skali (niektórzy ponad 90 dni na osobę), co przełożyło się na konieczność skierowania pracowników [...] na zaległe urlopy.”

(akta kontroli str. 608-611, 650-660)

2. W okresie objętym kontrolą (do 6 grudnia 2020 r.), nie zapewniono rzetelnego prowadzenia dwóch wykazów, albowiem w SPZOZ nie zaktualizowano:

a) wykazu osób uprawnionych do przeprowadzania kontroli merytorycznej dowodów księgowych. W załączniku nr 3 do zarządzenia nr 21/2009 z 20 listopada 2009 r. w sprawie instrukcji obiegu i kontroli dokumentów na 15 stanowisk ujętych w tym załączniku:

- w sześciu pozycjach widniały podpisy osób, które nie były już pracownikami SPZOZ,

- w co najmniej pięciu przypadkach, ze względu na nieczytelne podpisy przyporządkowane wyłącznie do stanowiska albo funkcji – a nie do konkretnego imienia i nazwiska - nie można było określić, kto je złożył,

b) wykazu osób upoważnionych do sprawdzania dokumentów pod względem formalno-rachunkowym. W załączniku nr 5 do ww. zarządzenia, na cztery stanowiska w nim ujęte:

- widniało imię i nazwisko oraz podpis głównej księgowej, która co najmniej w okresie objętym kontrolą nie zajmowała już tego stanowiska w SPZOZ,

- brak było wzoru podpisu jednej z księgowych zatrudnionej w 1998 r.

P.o. Dyrektor wyjaśnił m.in., że po przejęciu jednostki, tj. 10 stycznia 2019 r. były istotne trudności z identyfikacją i odnalezieniem dokumentów, wiele z nich zaginęło, były też dostarczane do jednostki z zewnątrz. Dodał, iż „wspomniany załącznik był odnaleziony w archiwum SPZOZ w 2020 r., stąd na bieżąco był i jest merytorycznie

³² Zatrudniony na zastępstwo głównej księgowej, od 26 stycznia 2019 r.

³³ W toku kontroli przedłożono do wglądu dokumenty potwierdzające ten fakt.

³⁴ Wielkopolski Oddział Wojewódzki.

aktualizowany, zgodnie z przesłankami wynikającymi z zachowania dyscypliny finansów publicznych”.

(akta kontroli str. 560-607, 650-660)

OCENA CZĄSTKOWA

W Szpitalu ustalono dokumentację opisującą przyjęte zasady rachunkowości, jednak obowiązująca w latach 2015-2020 polityka rachunkowości była częściowo nierzetelna i niezgodna z wymogami art. 10 ust. 1 pkt 3 lit. b, c i ust. 2 uor. W planie kont nie uwzględniono niektórych kont księgowych, w rzeczywistości funkcjonujących w systemie finansowo-księgowym. Pomimo prowadzenia ksiąg rachunkowych przy użyciu komputera, nie spełniono również wymogów dotyczących wykazu zbiorów danych tworzących księgi rachunkowe na informatycznych nośnikach danych, a także części wymogów w zakresie opisu systemu informatycznego. W styczniu 2019 r. nowo powołany p.o. Dyrektor podjął działania mające na celu zmianę polityki rachunkowości, sfinalizowane we wrześniu 2020 r., jednak ich efekt nie był optymalny i prowadzono dalsze prace nad aktualizacją przedmiotowej polityki. W okresie objętym kontrolą (do 6 grudnia 2020 r.) nie zaktualizowano również wykazów osób uprawnionych do przeprowadzania kontroli merytorycznej oraz formalno-rachunkowej, co nastąpiło dopiero w trakcie kontroli NIK. Analiza dowodów księgowych zaewidencjonowanych w 2020 r. wykazała, że w SPZOZ funkcjonowały w tym zakresie wymagane mechanizmy kontroli zarządczej. Moduł kalkulacji kosztów Szpital oparto o ewidencję kosztów prowadzoną według ośrodków powstawania kosztów, nie korzystając z możliwości wprowadzenia modelu kontrolingowego.

OBSZAR

2. Prawdliwość przekazywania danych w procesie taryfikacji

Opis stanu faktycznego

2.1. W okresie objętym kontrolą, w SPZOZ podjęto współpracę z AOTMiT w trzech procesach taryfikacyjnych (postępowanie nr 15³⁵, nr 22³⁶ oraz 42³⁷). W postępowaniu nr 15, zgodnie z umową z 27 lipca 2016 r., przekazano dane³⁸ niezbędne do ustalenia taryfy świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zakresie grupy H85 Pourazowe uszkodzenia mózgu > 17 r.ż. Z kolei w postępowaniach nr 22 i 42 (odpowiednio w 2016 i 2018 r.), po przekazaniu do AOTMiT ankiet zgłoszeniowych oraz wymianie korespondencji, z SPZOZ ostatecznie nie przekazano danych w ww. postępowaniach. W postępowaniu nr 22 spowodowane to było relatywnie krótkim czasem na przygotowanie i zweryfikowanie danych³⁹, a w postępowaniu nr 42 - wdrażaniem standardów akredytacyjnych i brakiem możliwości zaangażowania personelu w projekt. W przypadku postępowania nr 22 nie podpisano umowy, a w postępowaniu nr 42 Agencja cofnęła wnioszek o udostępnienie danych.

Odnosnie do nieprzekazania danych w postępowaniu nr 42, NIK wskazuje, że po zmianie treści art. 31lc ust. 4 ustawy o świadczeniach z dniem 23 lipca 2017 r., świadczeniodawca udostępnia Agencji nieodpłatnie dane, w terminie wskazanym

³⁵ Zakres danych – H85 Pourazowe uszkodzenia mózgu > 17 r.ż.

³⁶ RM, TK.

³⁷ Choroby nowotworowe.

³⁸ Dane dotyczące świadczeń realizowanych w 2015 r. przekazane zostały w 2016 r.

³⁹ W dniu 25 listopada 2016 r., AOTMiT przesłała wiadomość e-mailową w której przekazała umowę do podpisu wraz z załącznikami i wzorem karty kosztowej, zgodnie z którą przekazanie danych miało nastąpić do 29 listopada 2016 r.

przez jej Prezesa i nie jest uprawniony do „odstąpienia od realizacji projektu” - jak to ujęto w wiadomości elektronicznej przesłanej do AOTMiT 19 września 2018 r.

(akta kontroli str. 801-870)

2.2. Ankiety zgłoszeniowe przekazane do Agencji w ww. trzech postępowaniach, zawierające przede wszystkim ogólne dane dotyczące świadczeniodawcy, a także deklaracje udostępnienia AOTMiT danych niezbędnych do taryfikacji świadczeń, w tym informacji o poniesionych kosztach oraz innych danych niefinansowych z medycznych ośrodków powstawania kosztów, wypełnione zostały zgodnie z instrukcją Agencji i stanem faktycznym.

(akta kontroli str. 801-870)

2.3. Do przygotowania danych dla AOTMiT podstawą była dokumentacja indywidualna pacjenta zawarta w historiach chorób poszczególnych osób, tj. dokumentacja w postaci papierowej. Większość prac związanych z przygotowaniem tych danych odbywała się bez możliwości wykorzystania zasobów informatycznych. W SPZOZ nie było też możliwości bezpośredniego przypisania świadczeń medycznych lub kosztu świadczeń medycznych do pacjenta. Poza indywidualną dokumentacją pacjenta pozyskanie części danych wymagało również uzyskania danych z systemu księgowego – kosztowego i systemu E.- ruch pacjentów i odpowiednie ich połączenie w programie Excel.

Ze zgromadzonej w Szpitalu dokumentacji nie wynikało komu powierzono przygotowanie poszczególnych danych (pracownikom, których komórek organizacyjnych), jednak zgodnie z wyjaśnieniami byłej Kierownik Działu metodyczno-organizacyjnego, z uwagi na to, że grupa H85 Pourazowe uszkodzenia mózgu > 17 r.ż. dostępna była tylko w oddziale chirurgii ogólnej, najprawdopodobniej o przygotowanie wykazów w zakresie określenia zrealizowanych badań diagnostycznych, konsultacji oraz zastosowanych u pacjentów leków, zwrócono się do pielęgniarki oddziałowej. Dodała ona również, że: „[...] z racji pełnionej funkcji nadzorowałam prace związane z przekazaniem danych z oddziału. Przekazane dane były omawiane i akceptowane przez Dyrektora SPZOZ – nie pamiętam, czy była to akceptacja w formie pisemnej.”.

W kwestii nazw, postaci i dawek (jednostek miary) zastosowanych produktów leczniczych oraz wyrobów medycznych, ww. kierownik podała też, że były one określane na podstawie indywidualnych kart zleceń lekarskich prowadzonych dla poszczególnych pacjentów. Natomiast pozostałe dane dotyczące produktów leczniczych i wyrobów medycznych pozyskiwane były z apteki oraz od pracownika magazynu. Kalkulacja kosztu osobodnia przygotowana została przez dział księgowości.

Ze zgromadzonej w SPZOZ dokumentacji nie wynikało również kiedy przekazano dane do AOTMiT, a więc czy dochowano terminu określonego w umowie. Była Kierownik Działu metodyczno-organizacyjnego podała, że nie pamięta daty przekazania danych, dodając jednocześnie, że w SPZOZ starano się dochowywać obowiązujących terminów dotyczących sprawozdawczości.

(akta kontroli str. 871-879, 1137, 616-618)

Kierownik DSPiS wyjaśniła, że ze zgromadzonej dokumentacji nie wynika z jakich innych źródeł, niż ww. dokumentacja prowadzona w formie papierowej, korzystano. Dodała, że „[...] Nie posiadamy również wiedzy na podstawie jakich danych i algorytmów prowadzono ww. kalkulacje a także terminowości (daty przekazania) danych do AOTMiT”.

(akta kontroli str. 900-904)

NIK wskazuje, że opisane okoliczności (brak „śladu rewizyjnego”) skutkowały niemożliwością pełnego zweryfikowania źródeł danych. Ze zgromadzonej dokumentacji nie wynikało również komu powierzono przygotowanie poszczególnych danych oraz kto nadzorował prace, a także w jaki sposób i przez kogo był nadzorowany stopień zapewnienia kompletności przekazanych danych. Nieskorzystanie z możliwości dokumentowania ww. analiz uniemożliwiało pełną ich weryfikację, a także nie sprzyjało transparentności podejmowanych w tym zakresie działań.

SPZOZ przekazał do AOTMiT w 2016 r. dane w postępowaniu nr 15, które były niezgodne z dokumentami źródłowymi w zakresie liczby przeprowadzonych procedur i badań oraz cen jednostkowych leków i wyrobów medycznych, o czym szerzej w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.

(akta kontroli str. 880-899)

2.4. Analogicznie do przekazanych do AOTMiT w 2016 r. danych (za 2015 r.), dane kosztowe dla ww. zakresu świadczeń zmieniły się następująco: koszt osobodnia w 2019 r. wynosił 2 315,76 zł, podczas gdy w 2015 r. – 2 302,67 zł; średnia wartość refundacji uzyskana z NFZ w 2019 r. wynosiła 914,16 zł, podczas gdy w 2015 r. – 728 zł; wartość konsultacji neurologicznej w 2019 r. to 65 zł, podczas gdy w 2015 r. – 25 zł. W 50% zastosowanych leków ceny jednostkowe w 2019 r. pozostawały na takim samym lub niższym poziomie w stosunku do cen w roku 2015, natomiast ceny wyrobów medycznych – w 88%.

(akta kontroli str. 905-921)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

SPZOZ przekazał do AOTMiT w 2016 r. częściowo nierzetelne dane w postępowaniu nr 15, dotyczące świadczeń realizowanych⁴⁰ w grupie H85 - Pourazowe uszkodzenia mózgu > 17 r.ż. Podano niezgodne z dokumentami źródłowymi informacje, w zakresie liczby przeprowadzonych procedur i badań oraz cen jednostkowych leków i wyrobów medycznych, tj.:

a) w zakresie procedur i badań stosowanych w procesie realizacji świadczenia („Badania laboratoryjne i diagnostyka nielaboratoryjna, a także świadczenia wykonane przez podwykonawców”⁴¹):

- wykazano jedno badanie TK kręgosłupa szyjnego bez wzmocnienia kontrastowego⁴², podczas gdy w rzeczywistości (na podstawie historii chorób) wykonane były dwa ww. badania, w konsekwencji podano niewłaściwy odsetek pacjentów u których zastosowano badanie (wykazano 17%, podczas gdy w rzeczywistości wynosił on 33%);
- wykazano jedno badanie TK kręgosłupa lędźwiowo – krzyżowego bez wzmocnienia kontrastowego⁴³, podczas gdy w rzeczywistości (na podstawie historii chorób) nie wykonano ww. badania, zatem odsetek pacjentów wynosił 0, podczas gdy podano 17%;
- wykazano jedno badanie moczu⁴⁴, podczas gdy w rzeczywistości (na podstawie historii chorób) nie wykonano ww. badania (odsetek pacjentów wynosił 0, podczas gdy podano 17%);

⁴⁰ W 2015 r.

⁴¹ Arkusz PR_1.

⁴² Poz. 2, arkusz PR_1.

⁴³ Poz. 4, arkusz PR_1.

⁴⁴ Poz. 30, arkusz PR_1.

b) w zakresie produktów leczniczych - podano cenę jednostkową jednego leku w wartości wyższej niż wynikająca z systemu E.⁴⁵;

c) w zakresie wyrobów medycznych - w jednym przypadku⁴⁶ podano cenę jednostkową w wartości wyższej niż wynikająca z systemu E.⁴⁷ oraz w jednym przypadku⁴⁸ nie podano ceny jednostkowej, w innych pozycjach różnice wynikały z zastosowanych zaokrągleń.

(akta kontroli str. 880-899, 924-954)

Była Kierownik Działu metodyczno - organizacyjnego⁴⁹, wskazana w ankiecie zgłoszeniowej dotyczącej ww. postępowania jako osoba do kontaktu, wyjaśniła, że powstałe rozbieżności mogły wynikać z błędu ludzkiego. Dodała, iż ze względu na brak dostępu do dokumentacji dotyczącej postępowania, trudno określić na którym etapie rozbieżności te powstały.

(akta kontroli str. 871-897)

Również obecna kadra Szpitala, w świetle wyjaśnień Kierownik DSPiS, nie posiadała wiedzy o przyczynach i uzasadnieniu rozbieżności pomiędzy danymi przekazanymi do AOTMiT a danymi źródłowymi.

(akta kontroli str. 900-904)

OCENA CZĄSTKOWA

W Szpitalu podjęto współpracę z AOTMiT w trzech procesach taryfikacyjnych, jednak dane niezbędne do ustalenia taryfy świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przekazano tylko w jednym z nich. Dane przekazane w 2016 r. w jednym ze sfinalizowanych postępowań były częściowo niezgodne z dokumentami źródłowymi Szpitala, w zakresie liczby przeprowadzonych procedur i badań oraz cen jednostkowych leków i wyrobów medycznych. Większość prac związanych z przygotowaniem danych dla Agencji, odbywała się bez możliwości wykorzystania zasobów informatycznych i wymagała dużego nakładu pracy manualnej, w konsekwencji generując ryzyko błędu, nawet przy stosunkowo niewielkim zakresie wymaganych informacji. Nieskorzystanie z możliwości dokumentowania prowadzonych prac uniemożliwiało pełną ich weryfikację, a także nie sprzyjało transparentności podejmowanych w tym zakresie działań. Ponadto, odstąpienie od udziału w postępowaniu w 2018 r. nie znajdowało oparcia w obowiązujących przepisach, niezależnie od następczego cofnięcia wniosku przez Agencję.

IV. Uwagi i wnioski

Uwagi

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 pokontrolne

- 1) rzetelnego dostosowania obowiązującej w SPZOZ polityki rachunkowości do wymogów art. 10 ust. 1 pkt 3 uor,

⁴⁵ Ilościowe zestawienie obrotu produktem w okresie od 1 stycznia 2015 r. do 31 grudnia 2015 r. (poz. 12 w arkuszu PL).

⁴⁶ Poz. 1 w arkuszu WM_1.

⁴⁷ Ilościowe zestawienie obrotu produktem w okresie od 1 stycznia 2015 r. do 31 grudnia 2015 r.

⁴⁸ Poz. 16 w arkuszu WM_1.

⁴⁹ Zatrudniona w SPZOZ do 30 czerwca 2018 r.

- 2) zapewnienia przekazywania Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji 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, 31 grudnia 2020 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Poznaniu

Kontroler
Izabela Chlebowska-Gąszczyk
Główny specjalista kontroli
państwowej

Dyrektor
z up. Tomasz Nowiński
p.o. Wicedyrektor

.....
podpis

.....
podpis