

Sprawozdanie z przeprowadzonej kontroli nr DK.TWKX.7320.016.2019.DKUX

Jednostka organizacyjna NFZ przeprowadzająca kontrolę	Terenowy Wydział Kontroli X w Białymstoku, Departament Kontroli Centrali NFZ
Numer postępowania kontrolnego	DK.TWKX.7320.016.2019.DKUX
Termin przeprowadzenia kontroli	Data rozpoczęcia kontroli: 21.11.2019 r., data zakończenia kontroli: 23.12.2019r.
Podmiot kontrolowany: nazwa i adres	Uniwersytecki Dziecięcy Szpital Kliniczny im. L. Zamenhofs w Białymstoku , ul. Jerzego Waszyngtona 17, 15-274 Białystok
Temat kontroli, okres objęty kontrolą	Realizacja umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: leczenie szpitalne w zakresie: anestezjologia i intensywne terapia dla dzieci – hospitalizacja. Okres objęty kontrolą: 26.08.2015r. – 29.06.2017r.
Informacja dotycząca ustaleń z kontroli	<ol style="list-style-type: none"> Pozytywnie, biorąc pod uwagę kryterium legalności, rzetelności i celowości działań podmiotu kontrolowanego w zakresie prawidłowości kwalifikacji oraz kryteriów przyjęcia chorych do Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii w oparciu o Wytyczne Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii określające zasady kwalifikacji oraz kryteria przyjęcia chorych do Oddziałów Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Pozytywna z nieprawidłowościami, biorąc pod uwagę kryterium legalności, rzetelności i celowości działań podmiotu kontrolowanego oceniono zasadność wykazania do rozliczenia świadczeń udzielonych świadczeniobiorcom – realizacja, dokumentowanie i rozliczanie świadczeń finansowanych w oparciu o skalę punktacji stanu pacjenta TISS-28. Stwierdzono następujące nieprawidłowości: <ul style="list-style-type: none"> - naruszenie §11 ust. 4 pkt. 1) Zarządzenia Prezesa NFZ 71/2016/DSOZ (ze zm.) oraz § 15 ust. 1 - Finansowanie świadczeń udzielanych w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii odbywa się w oparciu o skalę punktacji stanu pacjenta TISS-28 albo TISS-28 dla dzieci, określoną w załączniku nr 4a do zarządzenia w zw. z § 30 ust. 1 pkt. 2 lit. c) OWU z 2015r. - przypisane punkty w kartach punktacji TISS-28 nie znajdowały potwierdzenia wykonania interwencji w OAiT we wpisach w indywidualnej dokumentacji medycznej. Pozytywna z nieprawidłowościami, biorąc pod uwagę kryterium legalności, rzetelności i celowości działań podmiotu kontrolowanego oceniono zasadność wykazania do rozliczenia świadczeń udzielonych świadczeniobiorcom – realizacja, dokumentowanie i rozliczanie świadczeń finansowanych z Katalogu świadczeń do sumowania (odpowiednio załącznik 1c/ załącznik 3 do Zarządzeń Prezesa NFZ). Naruszenie § 13 ust. 4 pkt. 1) Zarządzenia Prezesa NFZ 89/2013/DSOZ (ze zm.) w zw. z § 30 ust. 1 pkt. 2 lit. c) OWU z 2008r. oraz §11 ust. 4 pkt. 1) Zarządzenia Prezesa NFZ 71/2016/DSOZ (ze zm.) w zw. z § 30 ust. 1 pkt. 2 lit. c) OWU z 2015r. tj. rozliczenie poprzez świadczenie o kodzie: 5.53.01.0001445 – Wytworzenie stałego dostępu naczyniowego z użyciem cewnika typu Broviac, Hickman lub Groshong przy wykorzystaniu cewnika typu ARROW celem zapewnienia centralnego dostępu żylnego jest nieprawidłowe/ niezasadne. Pozytywnie z nieprawidłowościami, biorąc pod uwagę kryterium legalności, rzetelności i celowości działań podmiotu kontrolowanego w zakresie zgodności danych przekazywanych w raportach statystycznych z wpisami w indywidualnej dokumentacji medycznej.
Zalecenia pokontrolne i skutki finansowe / link	Zalecenia pokontrolne: <ol style="list-style-type: none"> W indywidualnej dokumentacji medycznej pacjentów prawidłowo i wyczerpująco dokumentować zakres udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej oraz opis wskazań do ich wykonania, mając także na uwadze fakt, iż opis stanu pacjenta i inne

	<p>informacje zawarte w jego indywidualnej dokumentacji medycznej, powinny bezsprzecznie i jednoznacznie potwierdzać występowanie danego stanu klinicznego u pacjenta i potwierdzać przeciwwskazania lub wskazania do konkretnego postępowania diagnostyczno-terapeutycznego.</p> <ol style="list-style-type: none">2. Przy bieżących rozliczeniach świadczeń w ramach umowy zawartej z publicznym płatnikiem dołożyć należytej staranności przy wskazywaniu w raportach statystycznych składanych do Podlaskiego OW NFZ produktów z katalogu świadczeń do sumowania, z prawidłową kwalifikacją udzielonych świadczeń, zgodnie z ich opisem widniejącym w dokumentacji medycznej.3. Przy bieżącej sprawozdawczości świadczeń w ramach umowy zawartej z publicznym płatnikiem wskazywać (w sprawozdawczości do POW NFZ) rozpoznanie zasadnicze oraz współistniejące wg. ICD-10, wynikające ze stanu zdrowia pacjenta, opisanego w indywidualnej dokumentacji medycznej oraz zgodne z wytycznymi, określonymi w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10.4. Przy bieżącej sprawozdawczości świadczeń w ramach umowy zawartej z publicznym płatnikiem dołożyć należytej staranności przy wskazywaniu w raportach statystycznych składanych do POW NFZ prawidłowego kodu trybu wypisu z oddziału szpitalnego zgodnie z Załącznikiem nr 4 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych, zgodnego z dokumentacją medyczną i faktycznym sposobem/przyczyną wypisu pacjenta ze szpitala.5. Złożyć korekty raportów statystycznych oraz faktur w zakresie świadczeń wskazanych w wystąpieniu pokontrolnym. <p>Skutki finansowe kontroli: Nienależnie przekazane środki finansowe: 40 138,80 zł Kara umowna: 14 973,72 zł</p>
--	--