

Jednostka Organizacyjna NFZ przeprowadzająca kontrolę	Nr postępowania kontrolnego	Termin przeprowadzenia kontroli	Nazwa kontrolowanego	Temat kontroli uszczegółowiony, okres objęty kontrolą	Informacja dotycząca ustaleń z kontroli	Zalecenia pokontrolne i skutki finansowe
Terenowy Wydział Kontroli II w Bydgoszczy	DK.TWK-II.7310.004.2020.SZP	od 2020-02-17 do 2020-08-27	Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. dr Emila Warmińskiego – Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bydgoszczy ul. Szpitalna 19 85-826 Bydgoszcz	Weryfikacja prawidłowości realizacji umowy nr 17-21/B0003/PSZ z dnia 29.09.2017 r. (z aneksami) w rodzaju leczenia szpitalne - świadczenia podstawowego szpitalnego systemu zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ), w zakresach chirurgia ogólna - hospitalizacja (kod zakresu: 4.03.450003002) oraz położnictwo i ginekologia - hospitalizacja III poziom referencyjny (kod zakresu: 4.03.445006002) w obszarze poprawności kwalifikowania, sprawozdawania i rozliczania świadczeń w ramach grupy JGP F42 Duże zabiegi jamy brzusznej, w ramach próby objętej kontrolą, w okresie od 1.01.2019 r. do 31.12.2019 r.	<b>WYNIKI KONTROLI:</b> 1. Negatywnie oceniono wykazywanie w dokumentacji medycznej oraz raportach statystycznych danych niezgodnych ze stanem faktycznym	Terenowy Wydział Kontroli II w Bydgoszczy przedstawił następujące zalecenia pokontrolne: 1. W dokumentacji medycznej oraz raportach statystycznych wykazywać wyłącznie rozpoznania chorobowe wynikające ze stanu klinicznego pacjenta oraz procedury faktycznie wykonane, a następnie na ich podstawie wyznaczyć i sprawozdawać grupy JGP. 2. Nie wykazywać do rozliczenia świadczeń opieki zdrowotnej, w sytuacji gdy okres między udzieleniem świadczeń, podczas odrębnych pobytów pacjenta w szpitalu, z powodu określonego w rozpoznaniu lub procedurze występującej w charakterystyce danej grupy z katalogu grup, nie przekraczał 14 dni. <b>SKUTKI FINANSOWE:</b> 1. Terenowy Wydział Kontroli II w Bydgoszczy nałożył karę umowną w wysokości: <b>157 863,57 zł:</b> - udzielania świadczeń w sposób lub w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w obowiązujących przepisach lub umowie. - z tytułu przedstawienia przez świadczeniodawcę danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których Fundusz ustala stawkę ryczałtu systemu zabezpieczenia (naruszenie § 30 ust. 1 pkt 2 lit. d OWU) oraz gromadzenia informacji lub prowadzenia dokumentacji, w tym dokumentacji medycznej, w sposób naruszający przepisy prawa (naruszenie § 30 ust. 1 pkt 3 lit. d OWU)