

Informacja o wynikach kontroli realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przeprowadzonych przez Terenowe Wydziały Kontroli NFZ w IV kwartale 2021 r.

W IV kwartale 2021 roku, Terenowe Wydziały Kontroli Narodowego Funduszu Zdrowia przeprowadziły łącznie 225 kontroli realizacji umów w obszarze świadczeń opieki zdrowotnej. W 27 przypadkach nie stwierdzono nieprawidłowości w zakresie realizacji umów. Pozostałe postępowania kontrolne zakończyły się negatywną oceną podmiotów kontrolowanych (138 postępowań) lub oceną pozytywną z jednoczesnym wskazaniem nieprawidłowości (60 postępowań).

W IV kwartale 2021 roku Terenowe Wydziały Kontroli przeprowadziły również 7 kontroli realizacji zadań związanych z przeciwdziałaniem COVID-19, które są finansowane przez NFZ ze środków pochodzących z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 oraz budżetu państwa z części, której dysponentem jest Ministerstwo Zdrowia. W 3 przypadkach nie stwierdzono nieprawidłowości w zakresie realizacji zadań. Pozostałe postępowania kontrolne zakończyły się negatywną oceną podmiotów kontrolowanych (2 postępowań) lub oceną pozytywną z jednoczesnym wskazaniem nieprawidłowości (2 postępowań).

W wyniku przeprowadzonych kontroli stwierdzono nieprawidłowości dotyczące m.in.:

- przedstawienia przez świadczeniodawcę danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których fundusz dokonał płatności nienależnych środków finansowych;
- gromadzenia informacji lub prowadzenia dokumentacji, w tym dokumentacji medycznej, w sposób naruszający przepisy prawa;
- niespełnienia obowiązku informacyjnego wobec świadczeniobiorców;
- udzielania świadczeń w sposób rażąco nieodpowiadający wymogom określonym w obowiązujących przepisach lub umowie;
- nieudzielania świadczeń w czasie lub miejscu ustalonym w umowie;
- nieprowadzenia list oczekujących na udzielenie świadczenia lub prowadzenia tych list w sposób naruszający przepisy prawa;
- braku wymaganej dokumentacji medycznej;
- nieprawidłowego, nieczytelnego, niechronologicznego i nieuporządkowanego prowadzenia dokumentacji indywidualnej lub zbiorczej;

- braku aktualnego skierowania wystawionego przez osobę uprawnioną;
- braku aktualizacji załącznika do umowy „Harmonogram – zasoby”;
- udzielania świadczeń przez personel nieposiadający wymaganych kwalifikacji;
- udzielania świadczeń pacjentkom w ramach leczenia szpitalnego, mimo że cel leczenia mógł zostać osiągnięty poprzez leczenie ambulatoryjne;
- niezgłoszenia podwykonawców do umowy;
- utrudnionego dostępu do porady stacjonarnej;
- braku zasadności przesunięcia terminu zabiegu operacyjnego u świadczeniobiorcy;
- udzielenia świadczenia świadczeniobiorcy z pominięciem kolejki oczekujących;
- braku na zewnątrz zakładu tablicy ze znakiem graficznym NFZ;
- niepodania do wiadomości świadczeniobiorców informacji dotyczących posiadanych udogodnień dla osób niepełnosprawnych, najbliższego miejsca w którym są udzielane świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, numerów telefonów alarmowych: 112 i 999, zasad rejestracji i organizacji udzielania świadczeń, praw pacjenta, imion i nazwisk osób kierujących pracą komórki organizacyjnej lub osób udzielających świadczeń, a także godzin i miejsc udzielania świadczeń;
- niepowiadomienia o planowanej przerwie w udzielaniu świadczeń;
- nieuzasadnionych odmów udzielenia świadczeń;
- udzielania świadczeń w godzinach niezgodnych z umową;
- nieprzestrzegania przez świadczeniodawcę czasu trwania świadczeń zabiegowych;
- niezapewnienia obsady lekarskiej w liczbie niezbędnej do zabezpieczenia prawidłowego funkcjonowania oddziału;
- braku wymaganego wyposażenia w sprzęt, aparaturę lub wyroby medyczne;
- niedostosowania pomieszczeń, wyposażenia stanowisk i organizacji pracy oddziału do obowiązujących wymogów;
- niezgodnego z przepisami składu osobowego zespołów ratownictwa medycznego;
- braku oświadczeń o upoważnieniu osoby do informacji i dokumentacji;
- braku przeprowadzenia odpowiednich badań diagnostycznych;
- braku wpisów w stosownych dokumentach potwierdzających dokonanie aktualnych przeglądów technicznych sprzętu i aparatury medycznej;

- pobrania od świadczeniobiorcy nienależnej opłaty za świadczenia będące przedmiotem umowy;
- braku podłączenia do Elektronicznej Platformy Gromadzenia, Analizy i Udostępniania Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych;
- braku udostępnienia świadczeniobiorcom możliwości zapisu na listę oczekujących drogą elektroniczną.