

Sprawozdanie z przeprowadzonej kontroli nr 10.7310.33.2017.WDKRU

Jednostka organizacyjna NFZ przeprowadzająca kontrolę	10_Podlaski OW NFZ
Nr kontroli	10.7310.33.2017.WDKRU
Termin przeprowadzenia kontroli	Data rozpoczęcia kontroli: 11 lipca 2017r., data zakończenia kontroli (podpisania protokołu kontroli przez kontrolerów): 05 września 2017 r.
Podmiot kontrolowany: nazwa i adres	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sokółce , prowadzący działalność w zakładzie leczniczym: Szpital z siedzibą: 16-100 Sokółka, ul gen. Władysława Sikorskiego 40
Temat kontroli, okres objęty kontrolą	Prawidłowość realizacji, dokumentowania i rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej wykazanych do rozliczenia w roku 2016 w grupach JGP o charakterze zachowawczym, zrealizowanych także w oddziałach zabiegowych w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne.
Informacja dotycząca ustaleń z kontroli	<p>1. Pozytywnie z nieprawidłowościami, biorąc pod uwagę kryterium legalności, rzetelności i celowości działań podmiotu kontrolowanego, należy ocenić prawidłowość dokumentowania oraz prawidłowość i zasadność wykazania do rozliczenia do Podlaskiego OW NFZ świadczeń opieki zdrowotnej w ramach umowy w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chirurgia ogólna – hospitalizacja, choroby wewnętrzne – hospitalizacja, pediatria - hospitalizacja w 2016 r. Pozytywnie, należy ocenić prawidłowość i zasadność wykazania do rozliczenia do Podlaskiego OW NFZ 9 z 9 (100%) skontrolowanych świadczeń opieki zdrowotnej z 2016r., rozliczonych poprzez grupę F07 w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne według oceny uzasadnionej hospitalizacji w oparciu o art. 58 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. W dokumentacji medycznej pacjentów stwierdzono wpisy świadczące o istnieniu bezwzględnych wskazań do udzielenia w/w świadczeń w trybie hospitalizacji. Pozytywnie, należy ocenić prawidłowość i zasadność wykazania do rozliczenia do Podlaskiego OW NFZ 9 z 9 skontrolowanych świadczeń opieki zdrowotnej z 2016r, rozliczonych w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne poprzez w/w grupę F07 według kryterium oceny prawidłowości zakwalifikowania do danej grupy JGP (produktu rozliczeniowego). Pozytywnie, należy ocenić prawidłowość i zasadność wykazania do rozliczenia do Podlaskiego OW NFZ 25 z 37 (w tym F16 - 19 z 26 świadczeń, F16E – 2 z 3 świadczeń, F16F – 4 z 8 świadczeń) skontrolowanych świadczeń opieki zdrowotnej z 2016r., rozliczonych poprzez grupy F16 Choroby żołądka i dwunastnicy/F16 E Choroby żołądka i dwunastnicy > 65 r.ż./ F16 F Choroby żołądka i dwunastnicy < 66 r.ż. w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne według oceny uzasadnionej hospitalizacji w oparciu o art. 58 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. W dokumentacji medycznej pacjentów stwierdzono wpisy świadczące o istnieniu bezwzględnych wskazań do udzielenia w/w świadczeń w trybie hospitalizacji. Negatywnie, należy ocenić prawidłowość i zasadność wykazania do rozliczenia do Podlaskiego OW NFZ 12 z 37 (w tym F16 - 7 z 26 świadczeń, F16E – 1 z 3 świadczeń, F16F – 4 z 8 świadczeń) skontrolowanych świadczeń opieki zdrowotnej z 2016r., rozliczonych poprzez grupy F16 Choroby żołądka i dwunastnicy/ F16 E Choroby żołądka i dwunastnicy > 65 r.ż./ F16 F Choroby żołądka i dwunastnicy < 66 r.ż. w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne według kryterium oceny uzasadnionej hospitalizacji w oparciu o art. 58 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. W dokumentacji medycznej pacjentów nie stwierdzono wpisów świadczących o istnieniu</p>

bezwzględnych wskazań do udzielenia świadczenia w trybie hospitalizacji. W 13 zakwestionowanych przypadkach - z uwagi na faktyczną przyczynę przyjęcia, wynikającą z wpisów w dokumentacji medycznej, zastosowany proces diagnostyczny ograniczony do gastrokopii i/lub badania usg oraz badań laboratoryjnych, a zatem diagnostyką co do zasady dedykowaną do wykonania w warunkach ambulatoryjnych wobec braku przesłanek do wykonywania tych badań w warunkach szpitalnych determinowanych stanem pacjenta – udzielenie w/w świadczenia w trybie hospitalizacji nie znajduje uzasadnienia. Pozytywnie, należy ocenić prawidłowość i zasadność wykazania do rozliczenia do Podlaskiego OW NFZ 17 (w tym F16 - 16 z 17 świadczeń, F16F – 1 z 1 świadczeń) z 21 skontrolowanych świadczeń opieki zdrowotnej z 2016r, rozliczonych w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne poprzez grupy F16 Choroby żołądka i dwunastnicy / F16 E Choroby żołądka i dwunastnicy > 65 r.ż. / F16 F Choroby żołądka i dwunastnicy < 66 r.ż. według kryterium oceny prawidłowości zakwalifikowania do danej grupy JGP (produktu rozliczeniowego). Negatywnie, należy ocenić prawidłowość i zasadność wykazania do rozliczenia do Podlaskiego OW NFZ 4 z 21 (19,05 %, w tym F16 – 1 z 17 świadczeń, F16E - 1 z 1 świadczeń, F16F – 2 z 3 świadczeń) skontrolowanych świadczeń opieki zdrowotnej z 2016r, rozliczonych w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne poprzez grupy F16 Choroby żołądka i dwunastnicy/F16 E Choroby żołądka i dwunastnicy> 65 r.ż. /F16 F Choroby żołądka i dwunastnicy < 66 r.ż. według kryterium oceny prawidłowości zakwalifikowania do danej grupy JGP (produktu rozliczeniowego). Z uwagi na wskazanie niewłaściwego kodu rozpoznania zasadniczego i/lub istotnej procedury medycznej wg. ICD - 9 w/w świadczenia zostały zakwalifikowane do niewłaściwej grupy JGP. Podstawowym warunkiem rozliczenia świadczenia grupą F16 Choroby żołądka i dwunastnicy/ F16 E Choroby żołądka i dwunastnicy > 65 r.ż. / F16 F Choroby żołądka i dwunastnicy < 66 r.ż. jest potwierdzenie jego realizacji i udokumentowanie w indywidualnej i zbiorczej dokumentacji medycznej. Zgodnie z charakterystyką JGP grupę F16/F16E/F16F wyznacza się w oparciu o wskazanie rozpoznania zasadniczego ICD – 10 przyporządkowanego do grupy bazowej F16/F16E i odpowiednio dla wieku: F16E wiek >65r.ż. i F16F wiek <66r.ż., zgodnie z zapisami załącznika nr 9 do Zarządzenia Nr 89/2013/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 19 grudnia 2013 r. (z późn. zm.) lub odpowiednio załącznika nr 5 do Zarządzenia Nr 55/2016/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 28 czerwca 2016 r. (z późn. zm.). W zakwestionowanych przypadkach zasadniczym elementem hospitalizacji było wykonanie gastrokopii przy pobycie pacjenta w Oddziale od kilku godzin do 2 -3 dni. W raportach statystycznych Świadczeniodawca wykazał procedurę ICD – 9: 44.162 Gastroskopia diagnostyczna z biopsją dedykowaną co do zasady do realizacji w warunkach ambulatoryjnych, podczas gdy z zapisów w dokumentacji medycznej wynika, iż procedurą faktycznie zrealizowaną w tych przypadkach była procedura o kodzie: 44.14 Endoskopowa biopsja żołądka. Miało to zasadniczy wpływ na wyznaczenie grupy zachowawczej JGP o wyższej wartości punktowej, zamiast grupy JGP zabiegowej. Z uwagi na zasadniczy cel hospitalizacji i wykonaną w jej trakcie procedurę grupą właściwą w tych przypadkach jest grupa zabiegowa F04- Diagnostyczne i małe zabiegi przewodu pokarmowego. Pozytywnie, należy ocenić prawidłowość i zasadność wykazania do rozliczenia do Podlaskiego OW NFZ 4 z 4 (100 % próby kontrolnej, w tym F26 – 2 z 2 świadczeń, F26E – 2 z 2 świadczeń) skontrolowanych świadczeń opieki zdrowotnej z 2016r., rozliczonych poprzez grupy F26 Choroby jelita cienkiego (bez chorób zapalnych) /F26E Choroby jelita cienkiego (bez chorób zapalnych) > 65 r.ż. w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne według oceny uzasadnionej hospitalizacji w oparciu o art. 58 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. W dokumentacji medycznej pacjentów stwierdzono wpisy świadczące o istnieniu bezwzględnych wskazań do udzielenia w/w świadczeń w trybie hospitalizacji. Pozytywnie, należy ocenić prawidłowość i zasadność wykazania do rozliczenia do Podlaskiego OW NFZ 2 (50 %, w tym: F26 - 0 z 2 świadczeń, F26E – 2 z 2 świadczeń) z 4 skontrolowanych świadczeń opieki zdrowotnej z 2016r, rozliczonych w ramach umowy o udzielanie

świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne poprzez grupy F26 Choroby jelita cienkiego (bez chorób zapalnych)/F26E Choroby jelita cienkiego (bez chorób zapalnych) > 65 r.ż. według kryterium oceny prawidłowości zakwalifikowania do danej grupy JGP (produktu rozliczeniowego). Negatywnie, biorąc pod uwagę kryterium legalności, rzetelności i celowości działań podmiotu kontrolowanego, należy ocenić prawidłowość i zasadność wykazania do rozliczenia do Podlaskiego OW NFZ 2 (50 %, w tym: F26 - 2 z 2 świadczeń, F26E – 0 z 2 świadczeń) z 4 skontrolowanych świadczeń opieki zdrowotnej z okresu 2016 r., rozliczonych poprzez grupy F26 Choroby jelita cienkiego (bez chorób zapalnych) / F26 E Choroby jelita cienkiego (bez chorób zapalnych) > 65 r.ż. w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne według kryterium oceny prawidłowości zakwalifikowania do danej grupy JGP (produktu rozliczeniowego). Podstawowym warunkiem rozliczenia świadczenia grupą F26 Choroby jelita cienkiego (bez chorób zapalnych) jest potwierdzenie jego realizacji i udokumentowanie w indywidualnej i zbiorczej dokumentacji medycznej, a każdorazowe udzielenie świadczenia w ramach hospitalizacji musi wynikać ze stanu klinicznego świadczeniobiorcy uzasadniającego jego realizację, który to stan powinien zostać szczegółowo udokumentowany. Zgodnie z charakterystyką JGP grupę F26 wyznacza się w oparciu o wskazanie rozpoznania zasadniczego ICD – 10 przyporządkowanego do grupy bazowej F26 zgodnie z zapisami załącznika nr 9 do Zarządzenia Nr 89/2013/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 19 grudnia 2013 r. (z późn. zm.) oraz odpowiednio załącznika nr 5 do Zarządzenia Nr 55/2016/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 28 czerwca 2016 r. (z późn. zm.). Nieprawidłowości w tym zakresie stwierdzono w przypadku 2 z 4 (50 %) skontrolowanych świadczeń opieki zdrowotnej z roku 2016, rozliczonych poprzez grupy: F26 Choroby jelita cienkiego (bez chorób zapalnych) / F26 E Choroby jelita cienkiego (bez chorób zapalnych) > 65 r.ż. w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne według kryterium oceny prawidłowości zakwalifikowania do danej grupy JGP (produktu rozliczeniowego). Z uwagi na wskazanie niewłaściwego kodu rozpoznania zasadniczego świadczenia zostały zakwalifikowane do niewłaściwej grupy JGP. Pozytywnie, należy ocenić prawidłowość i zasadność wykazania do rozliczenia do Podlaskiego OW NFZ 5 z 9 (55,56 % próby kontrolnej) skontrolowanych świadczeń opieki zdrowotnej z 2016r., rozliczonych poprzez grupę F36 Choroby jelita grubego w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne według oceny uzasadnionej hospitalizacji w oparciu o art. 58 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. W dokumentacji medycznej pacjentów stwierdzono wpisy świadczące o istnieniu bezwzględnych wskazań do udzielenia w/w świadczeń w trybie hospitalizacji. Negatywnie, należy ocenić prawidłowość i zasadność wykazania do rozliczenia do Podlaskiego OW NFZ 4 z 9 (44,44 % próby kontrolnej) skontrolowanych świadczeń opieki zdrowotnej z 2016r., rozliczonych poprzez grupę F36 Choroby jelita grubego w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne według kryterium oceny uzasadnionej hospitalizacji w oparciu o art. 58 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. W dokumentacji medycznej n/w pacjentów nie stwierdzono wpisów świadczących o istnieniu bezwzględnych wskazań do udzielenia świadczenia w trybie hospitalizacji. Z uwagi na faktyczną przyczynę przyjęcia, wynikającą z wpisów w dokumentacji medycznej, zastosowany proces diagnostyczny ograniczony do wykonania badań laboratoryjnych i planowej kolonoskopii, a zatem diagnostyką co do zasady dedykowaną do wykonania w warunkach ambulatoryjnych wobec braku przesłanek o istnieniu bezwzględnych wskazań do wykonywania tych badań w warunkach szpitalnych determinowanych stanem pacjenta – udzielenie w/w świadczenia w trybie hospitalizacji w tym przypadku nie znajduje uzasadnienia w kontekście zapisu § 11 ust. 5 i 6 Zarządzenia Prezesa NFZ nr 89 z 2013r. w brzmieniu wynikającym z zarządzenia Nr 110/2015/BP Prezesa NFZ w związku z art. 58 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej – zgodnie z którymi udzielanie świadczeń w ramach hospitalizacji może być realizowane, jeżeli cel leczenia w danym przypadku nie może być osiągnięty przez leczenie ambulatoryjne. Pozytywnie, należy ocenić prawidłowość i zasadność wykazania do rozliczenia do Podlaskiego OW NFZ 2 z

3 (66,66 %) skontrolowanych świadczeń opieki zdrowotnej z 2016r, rozliczonych w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne poprzez grupę F36 Choroby jelita grubego według kryterium oceny prawidłowości zakwalifikowania do danej grupy JGP (produktu rozliczeniowego). Negatywnie, biorąc pod uwagę kryterium legalności, rzetelności i celowości działań podmiotu kontrolowanego, należy ocenić prawidłowość i zasadność wykazania do rozliczenia do Podlaskiego OW NFZ 1 z 3 (33,33 %) skontrolowanych świadczeń opieki zdrowotnej z okresu 2016 r., rozliczonych poprzez grupę F36 Choroby jelita grubego w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne według kryterium oceny prawidłowości zakwalifikowania do danej grupy JGP (produktu rozliczeniowego). Z uwagi na wskazanie niewłaściwego kodu rozpoznania zasadniczego świadczenie zostało zakwalifikowane do niewłaściwej grupy JGP. Podstawowym warunkiem rozliczenia świadczenia grupą F36 Choroby jelita grubego jest potwierdzenie jego realizacji i udokumentowanie w indywidualnej i zbiorczej dokumentacji medycznej. Zgodnie z charakterystyką JGP grupę F36 wyznacza się w oparciu o wskazanie rozpoznania zasadniczego ICD – 10 przyporządkowanego do grupy bazowej F16/F16E i odpowiednio dla wieku: F16E wiek > 65r.ż. i F16F wiek <66r.ż., zgodnie z zapisami załącznika nr 9 do Zarządzenia Nr 89/2013/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 19 grudnia 2013 r. (z późn. zm.) lub odpowiednio załącznika nr 5 do Zarządzenia Nr 55/2016/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 28 czerwca 2016 r. (z późn. zm.).

2. Pozytywnie z nieprawidłowościami, biorąc pod uwagę kryterium legalności i rzetelności działań podmiotu kontrolowanego, należy ocenić prawidłowość prowadzenia indywidualnej i zbiorczej dokumentacji medycznej w kontrolowanych zakresach świadczeń, zgodnie z zasadami określonymi przepisami Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U.2015.2069). W wyniku weryfikacji zapisów w okazanych Księgach Chorych Oddziału Internistyczno – Kardiologicznego, Chirurgii Ogólnej oraz Księgi Chorych Oddziału – Pediatrii stwierdzono:

- przypadki braku wskazania godziny i minuty w systemie 24 – godzinnym przy przyjęciu pacjenta w Księgach Chorych prowadzonych w Oddziale Internistyczno - Kardiologicznym, co stanowi naruszenie § 29 pkt. 3 w/w Rozporządzenia MZ;
- przypadki braku wskazania godziny wypisu pacjenta w Księgach Chorych prowadzonych w Oddziale Internistyczno - Kardiologicznym, co stanowi naruszenie § 29 pkt. 7 w/w Rozporządzenia MZ
- w okazanych Księgach Chorych Oddziału Internistyczno – Kardiologicznego, Oddziału Chirurgicznego i Oddziału Pediatrii stwierdzono brak kolumny umożliwiającej uzupełnienie danych o wskazanie rozpoznania onkologicznego po wypisaniu pacjenta, na podstawie wyniku badania diagnostycznego, który nie był znany w dniu wypisu - co stanowi naruszenie § 29 pkt. 10 w/w Rozporządzenia MZ.

Obligatoryjne elementy jakie powinna zawierać Księga pracowni diagnostycznej określa § 36 w/w Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie dokumentacji medycznej. W wyniku analizy zapisów w okazanej Księdze Pracowni Endoskopowej stwierdzono, iż nie zawierała oznaczenia podmiotu, zgodnie z § 10 ust 1 pkt. 1 wymaganego zapisami § 36 pkt 1 w/w Rozporządzenia MZ. Poza powyższym nieprawidłowości w tym zakresie nie stwierdzono. Pozytywnie z uchybieniami, należy ocenić prawidłowość wskazania w 59 skontrolowanych świadczeniach opieki zdrowotnej, rozliczonych w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne poprzez w/w grupy, w raporcie statystycznym przekazanym do POW NFZ właściwego kodu trybu przyjęcia i/lub wypisu do/z oddziału szpitalnego, zgodnie z Załącznikiem nr 4 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2016, poz. 192 z późn. zm., zwane dalej „Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych

	<p><i>informacji gromadzonych przez świadczeniodawców</i>”). Jako uchybienie - mając na względzie wskazane wyżej kryteria oceny - ocenić należy fakt niewłaściwego/nieprawidłowego sprawozdania w raporcie statystycznym w 2 na 59 (3,4%) skontrolowanych świadczeniach opieki zdrowotnej, trybu przyjęcia do oddziału szpitalnego jako: „<i>przyjęcie w trybie nagłym - inne przypadki</i>”, mimo braku udokumentowanego adnotacjami w historii choroby uzasadnienia do przyjęcia w trybie nagłym oraz „<i>przyjęcie planowe na podstawie skierowania</i>”, podczas gdy w okazanej dokumentacji medycznej stwierdzono brak skierowania na leczenie szpitalne.</p> <p>3. Pozytywnie z uchybieniami, biorąc pod uwagę kryterium legalności i rzetelności działań podmiotu kontrolowanego, należy ocenić spełnianie wymogu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek w kontrolowanym oddziale zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28.12.2012r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. 2012 poz. 1545). Analiza stanu faktycznego zawartego w protokole kontroli wykazała, iż Świadczeniodawca:</p> <p>a) Zarządzeniem Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Sokółce z dnia 26.02.2014r. powołał Zespół do ustalenia minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych;</p> <p>b) Na podstawie w/w Zarządzenia Dyrektora SP ZOZ w Sokółce ustalono minimalną normę zatrudnienia pielęgniarek w Oddziale Internistyczno - Kardiologicznym na 23 pielęgniarki + 1 pielęgniarka oddziałowa. Z wykazu przedłożonego przez Świadczeniodawcę wynika, iż w w/w Oddziale na dzień 31 grudnia 2016 r. zatrudnionych było 25 pielęgniarek.</p> <p>c) wystąpił w trybie art. 50 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2015, poz. 618 j.t. ze zm.) i uzyskał pozytywną opinię Zakładowej Organizacji Związkowej Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych przy SP ZOZ w Sokółce oraz Pełnomocnika Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białymstoku oraz Pielęgniarki Naczelnej SP ZOZ w Sokółce;</p> <p>d) <u>nie zasięgnął opinii kadry kierującej oddziałami i komórkami organizacyjnymi zatrudniającymi personel pielęgniarski</u> celem uzyskania akceptacji w zakresie przedstawionej propozycji minimalnych norm zatrudnienia w SP ZOZ w Sokółce – co Podlaski OW NFZ ocenia jako uchybienie z uwagi na naruszenie dyspozycji art. 50 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (j.t. Dz.U. 2015, poz. 618 ze zm.).</p> <p>e) W okresie objętym analizą kontrolną zachował odpowiedni stosunek liczby zatrudnionych pielęgniarek w Oddziale Internistyczno – Kardiologicznym (1,04) do liczby etatów pielęgniarek ustalonej w kontrolowanym oddziale, jako minimalna norma zatrudnienia, co Podlaski OW NFZ w kontrolowanym obszarze ocenia pozytywnie.</p>
<p>Zalecenia pokontrolne i skutki finansowe / link</p>	<p>Zalecenia pokontrolne:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Udzielać świadczeń w trybie hospitalizacji wyłącznie wtedy, gdy cel leczenia w danym przypadku nie może być osiągnięty przez leczenie ambulatoryjne, na podstawie skierowania, z zastrzeżeniem, iż każdorazowe udzielenie świadczenia w ramach hospitalizacji planowej musi wynikać ze stanu klinicznego świadczeniobiorcy uzasadniającego jego realizację, który to stan powinien zostać szczegółowo udokumentowany w indywidualnej dokumentacji medycznej 2. 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 informacje zawarte w jego indywidualnej dokumentacji medycznej, powinny bezsprzecznie i jednoznacznie potwierdzać występowanie danego stanu klinicznego u pacjenta i potwierdzać przeciwwskazania lub wskazania do

	<p>konkretnego postępowania diagnostyczno-terapeutycznego.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Wyeliminować nieprawidłowości i uchybienia w zakresie prowadzenia zbiorczej dokumentacji medycznej, opisane w cz. I 1). D pkt. 1 a-b) wystąpienia pokontrolnego oraz dołożyć należytej staranności i rzetelności w jej prowadzeniu, zgodnie z zapisami Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U.2015.2069). 4. Dołożyć należytej staranności przy wskazywaniu w raportach statystycznych składanych do Podlaskiego OW NFZ produktów z katalogu grup z prawidłową kwalifikacją udzielonych świadczeń, zgodnie z ich opisem widniejącym w dokumentacji medycznej. 5. Przeszkolić personel odpowiedzialny za przygotowywanie raportów statystycznych i proces sprawozdawania/rozliczania świadczeń w zakresie prawidłowego i zgodnego z wpisami w dokumentacji medycznej wskazywania produktów z katalogu grup z prawidłową kwalifikacją udzielonych świadczeń, zgodnie z ich opisem widniejącym w dokumentacji medycznej z uwzględnieniem prawidłowo określonych rozpoznań oraz obowiązku sprawozdawania istotnych kodów faktycznie wykonanych procedur medycznych wg. ICD-9. 6. Dołożyć należytej staranności przy wskazywaniu w raportach statystycznych składanych do POW NFZ prawidłowego kodu trybu przyjęcia do oddziału szpitalnego, o którym mowa w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, zgodnych z dokumentacją medyczną i faktycznym sposobem/przyczyną przyjęcia pacjenta do szpitala, uwzględniającym również stan kliniczny pacjenta przy przyjęciu. 7. Wyeliminować uchybienie, opisane w cz. I 2). lit. c) tj. wystąpić do osób kierujących jednostkami lub komórkami organizacyjnymi, określonymi w regulaminie organizacyjnym Szpitala (oddziałami szpitalnymi) w trybie art. 50 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2015, poz. 618 j.t. ze zm.) o opinię w sprawie wyliczenia aktualnie obowiązujących minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych. 8. Złożyć korekty raportów statystycznych i faktur, uwzględniających świadczenia wyszczególnione w części I 1): B 1.2. (Tabela nr 2 poz. 1-9 i poz. 11-13), B 3.2. (Tabela nr 3), C 2.2. (Tabela 4), D 1.2. (Tabela 5), D 3.2. (Tabela nr 6) wystąpienia pokontrolnego. <p>Skutki finansowe kontroli:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) kwota 49 816,00 zł (słownie: czterdzieści dziewięć tysięcy osiemset szesnaście złotych 00/100 groszy) tytułem zwrotu nienależnie przekazanych środków finansowych w roku 2016. b) kwota 49 814,10 zł (słownie: czterdzieści dziewięć tysięcy osiemset czternaście złotych 10/100 groszy) tytułem kary umownej naliczonej za rok 2016.
--	--

Sporządził:
Dział Kontroli Realizacji Umów na Świadczenia