

Sprawozdanie z przeprowadzonej kontroli nr 10.7310.42.2017.WDKRU

Jednostka organizacyjna NFZ przeprowadzająca kontrolę	10_Podlaski OW NFZ
Nr kontroli	10.7310.42.2017.WDKRU
Termin przeprowadzenia kontroli	Data rozpoczęcia kontroli: 5 września 2017r., data zakończenia kontroli (podpisania protokołu kontroli przez kontrolerów): 14 września 2017r.
Podmiot kontrolowany: nazwa i adres	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Augustowie ul. Szpitalna 12; 16-300 Augustów
Temat kontroli, okres objęty kontrolą	Realizacja, dokumentowanie i rozliczanie hospitalizacji z czasem pobytu poniżej 2 dni w II półroczu 2016r. w ramach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne oraz przestrzeganie minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek w wybranym oddziale szpitalnym w 2017r.
Informacja dotycząca ustaleń z kontroli	<p>1. Pozytywnie, biorąc pod uwagę kryterium legalności działań podmiotu kontrolowanego, należy ocenić spełnianie przez podmiot kontrolowany warunków realizacji świadczeń, związanych z obowiązkiem udzielania świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie i w granicach przedmiotowych aktualnego w okresie objętym kontrolą wpisu w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (RPWDL) zgodnie z dyspozycją art. 103 w zw. z art. 107 ustawy z dnia 11 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. 2016, poz. 1638 ze zm.).</p> <p>2. Negatywnie, biorąc pod uwagę kryterium legalności, rzetelności i celowości działań podmiotu kontrolowanego, należy ocenić prawidłowość realizacji, dokumentowania i rozliczania hospitalizacji z czasem pobytu poniżej 2 dni w II półroczu 2016 r. w wybranych grupach JGP. Pozytywnie, należy ocenić prawidłowość i zasadność wykazania do rozliczenia do Podlaskiego OW NFZ 15 z 15 (100%) skontrolowanych świadczeń opieki zdrowotnej z okresu II półrocza 2016r., rozliczonych poprzez grupę T07 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 15 skontrolowanych świadczeń opieki zdrowotnej z okresu II półrocza 2016r, rozliczonych w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne poprzez w/w grupę T07 według kryterium oceny prawidłowości zakwalifikowania do danej grupy JGP (produktu rozliczeniowego). Pozytywnie, należy ocenić prawidłowość określenia i sprawozdania w 15 skontrolowanych świadczeniach opieki zdrowotnej w raporcie statystycznym przekazanym do POW NFZ właściwego kodu trybu przyjęcia i 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 2013, poz. 1447 z późn. zm.). Pozytywnie, należy ocenić prawidłowość i zasadność wykazania do rozliczenia do Podlaskiego OW NFZ 3 z 63 (4,77 %) skontrolowanych świadczeń opieki zdrowotnej z okresu II półrocza 2016r, rozliczonych poprzez grupę J49 w ramach umowy</p>

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 60 z 63 (95,23%) skontrolowanych świadczeń opieki zdrowotnej z okresu II półrocza 2016r., rozliczonych poprzez grupę J49 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 nie stwierdzono wpisów świadczących o istnieniu bezwzględnych wskazań do udzielenia w/w świadczeń w trybie hospitalizacji. W kontekście powyższego należy podkreślić, iż z uwagi na faktyczną przyczynę przyjęcia, wynikającą z wpisów w dokumentacji medycznej, zastosowanego procesu terapeutycznego oraz faktu dostępności do tego rodzaju terapii/ zabiegu w AOS – udzielenie świadczenia w trybie hospitalizacji w przypadku n/w 60 pacjentów nie znajduje uzasadnienia w kontekście zapisu § 11 ust. 5 i 6 Zarządzenia Prezesa NFZ nr 89 z 2013r. (z późn. zm.) 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, biorąc pod uwagę kryterium legalności, rzetelności i celowości działań podmiotu kontrolowanego, należy ocenić prawidłowość i zasadność wykazania do rozliczenia do Podlaskiego OW NFZ 3 skontrolowanych świadczeń opieki zdrowotnej, rozliczonych w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne poprzez w/w grupę J49. Pozytywnie, należy ocenić prawidłowość określenia i sprawozdania w 3 skontrolowanych świadczeniach opieki zdrowotnej w raporcie statystycznym przekazanym do POW NFZ właściwego kodu trybu przyjęcia i 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 2013, poz. 1447 z późn. zm.). Pozytywnie, należy ocenić prawidłowość i zasadność wykazania do rozliczenia do Podlaskiego OW NFZ 8 z 9 (88,89%) skontrolowanych świadczeń opieki zdrowotnej z okresu II półrocza 2016r., rozliczonych poprzez grupę F46 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, 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 9 (11,12%) skontrolowanych świadczeń opieki zdrowotnej z okresu II półrocza 2016r., rozliczonych poprzez grupę F46 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 nie stwierdzono wpisów świadczących o istnieniu bezwzględnych wskazań do udzielenia w/w świadczeń w trybie hospitalizacji. W kontekście powyższego należy podkreślić, iż z uwagi na faktyczną przyczynę przyjęcia, wynikającą z wpisów w dokumentacji medycznej, zastosowanego procesu terapeutycznego oraz faktu dostępności do tego rodzaju diagnostyki w AOS – udzielenie świadczenia w trybie hospitalizacji w przypadku n/w 1 pacjenta nie znajduje uzasadnienia w kontekście zapisu § 11 ust. 5 i 6 Zarządzenia Prezesa NFZ nr 89 z 2013r. (z późn. zm.) 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

pozostałych 8 skontrolowanych świadczeń opieki zdrowotnej, rozliczonych w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne poprzez w/w grupę F46. Pozytywnie, biorąc pod uwagę kryterium legalności i rzetelności działań podmiotu kontrolowanego, należy ocenić prawidłowość określenia i sprawozdania w 8 skontrolowanych świadczeniach opieki zdrowotnej w raporcie statystycznym przekazanym do POW NFZ właściwego kodu trybu przyjęcia i 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 2013, poz. 1447 z późn. zm.). Pozytywnie, należy ocenić prawidłowość i zasadność wykazania do rozliczenia do Podlaskiego OW NFZ 2 z 3 (66,67%) skontrolowanych świadczeń opieki zdrowotnej z okresu II półrocza 2016r., rozliczonych poprzez świadczenie/produkt: Hospitalizacja z przyczyn nie ujętych gdzie indziej 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 1 z 3 (33,34 %) skontrolowanych świadczeń opieki zdrowotnej z okresu II półrocza 2016r., rozliczonych poprzez świadczenie Hospitalizacja z przyczyn nie ujętych gdzie indziej 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 nie stwierdzono wpisów świadczących o istnieniu bezwzględnych wskazań do udzielenia w/w świadczeń w trybie hospitalizacji. W kontekście powyższego należy podkreślić, iż z uwagi na faktyczną przyczynę przyjęcia, wynikającą z wpisów w dokumentacji medycznej, zastosowanego procesu terapeutycznego oraz faktu dostępności do tego rodzaju diagnostyki w AOS – udzielenie świadczenia w trybie hospitalizacji w przypadku n/w 1 pacjenta nie znajduje uzasadnienia w kontekście zapisu § 11 ust. 5 i 6 Zarządzenia Prezesa NFZ nr 89 z 2013r. (z późn. zm.) 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 pozostałych 2 skontrolowanych świadczeń opieki zdrowotnej (wymienionych w tabeli nr 10 część II D pkt. 3 protokołu kontroli) , rozliczonych w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne poprzez w/w świadczenie/produkt: Hospitalizacja z przyczyn nie ujętych gdzie indziej. Pozytywnie, należy ocenić prawidłowość określenia i sprawozdania w 2 skontrolowanych świadczeniach opieki zdrowotnej w raporcie statystycznym przekazanym do POW NFZ właściwego kodu trybu przyjęcia i 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 2013, poz. 1447 z późn. zm.).

3. **Pozytywnie**, biorąc pod uwagę kryterium legalności i rzetelności działań podmiotu kontrolowanego, należy ocenić spełnianie wymogu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek w kontrolowanym Oddziale Chirurgii Ogólnej 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 opisanego w protokole kontroli wykazała, iż Świadczeniodawca: powołał Zespół do ustalenia minimalnych norm zatrudnienia Pielęgniarek i Położnych w Samodzielnym Publicznym ZOZ w Augustowie na podstawie

	<p>Zarządzenia nr 14/2017 z dnia 7 marca 2017r.; ustalił minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych oraz określił ilość etatów w poszczególnych oddziałach SP ZOZ w Augustowie (wyliczone normy obowiązują od 1 kwietnia 2017r.do 31 marca 2020r); zachował odpowiedni stosunek liczby zatrudnionych pielęgniarek i położnych w Oddziale Chirurgii Ogólnej (ok. 116,36 %) do liczby pielęgniarek i położnych ustalonej, jako minimalna norma zatrudnienia (stan na 31 lipca 2017r.); uzyskał akceptację ustalonych minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych od organizacji zakładowej Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych w SP ZOZ w Augustowie oraz od Koordynatorów / Kierowników jednostek lub komórek organizacyjnych Szpitala; wystąpił w trybie art. 50 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (j.t. Dz.U. 2015, poz. 618 ze zm.) do Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Suwałkach, z prośbą o wydanie opinii w sprawie ustalonych minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych oraz otrzymał opinię cyt.: „(...)Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Suwałkach, pozytywnie opiniuje przedstawione normy zatrudnienia w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Augustowie”. Pozytywnie, należy ocenić realizację zapisów § 2 ust. 1 i 2 powołanej wyżej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w związku z § 6 ust. 2 Ogólnych warunków umów z 2015r. w zakresie przestrzegania zasad dotyczących bieżącego i terminowego aktualizowania danych o swoim potencjale wykonawczym w części dotyczącej prawidłowego zgłoszenia do umowy personelu pielęgniarskiego.</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 konkretnego postępowania diagnostyczno-terapeutycznego. 3. Złożyć korekty faktur oraz raportów statystycznych uwzględniających świadczenia wyszczególnione w części I obszar nr IB punkt 2 (Tabela nr 2), w części I obszar nr IC punkt 2 (Tabela nr 3), w części I obszar nr ID punkt 2 (Tabela nr 4), wystąpienia pokontrolnego. <p>Skutki finansowe kontroli:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) kwota <u>24 284,00 zł</u> (słownie: dwadzieścia cztery tysiące dwieście osiemdziesiąt cztery złote) tytułem zwrotu nienależnie przekazanych środków finansowych w roku 2016. b) kwota <u>24 284,00zł</u> (słownie: dwadzieścia cztery tysiące dwieście osiemdziesiąt cztery złote) tytułem kary umownej naliczonej za rok 2016.

Sporządził:

Dział Kontroli Realizacji Umów na Świadczenia