

Sprawozdanie z przeprowadzonej kontroli nr 10.7310.44.2017.WDKRU

Jednostka organizacyjna NFZ przeprowadzająca kontrolę	10_Podlaski OW NFZ
Nr kontroli	10.7310.44.2017.WDKRU
Termin przeprowadzenia kontroli	Data rozpoczęcia kontroli: 11 września 2017r., data zakończenia kontroli (podpisania protokołu kontroli przez kontrolerów): 18 października 2017 r.
Podmiot kontrolowany: nazwa i adres	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzki Szpital Zespolony im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku , prowadzący działalność w zakładzie leczniczym: Szpital Specjalistyczny z siedzibą: 15-950 Białystok, ul . M. Curie– Skłodowskiej 26
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	1. Negatywnie , biorąc pod uwagę kryterium legalności, rzetelności i celowości działań podmiotu kontrolowanego, należy ocenić w ramach próby kontrolnej 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, gastroenterologia – hospitalizacja w 2016 r. Pozytywnie z nieprawidłowościami, należy ocenić prawidłowość i zasadność wykazania do rozliczenia do Podlaskiego OW NFZ 4 skontrolowanych świadczeń opieki zdrowotnej, rozliczonych w roku 2016 poprzez grupę F07 Choroby przetyku w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie gastroenterologia - hospitalizacja. Pozytywnie, należy ocenić prawidłowość i zasadność wykazania do rozliczenia do Podlaskiego OW NFZ 3 z 4 (75%) 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. Negatywnie, należy ocenić prawidłowość i zasadność wykazania do rozliczenia do Podlaskiego OW NFZ 1 z 4 (25 % próby kontrolnej) skontrolowanego świadczenia opieki zdrowotnej z 2016r., rozliczonego 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 pacjenta nie stwierdzono wpisów świadczących o istnieniu bezwzględnych wskazań do udzielenia świadczenia w trybie hospitalizacji. Podkreślić należy, iż z uwagi na faktyczną przyczynę przyjęcia, wynikającą z wpisów w dokumentacji medycznej, zastosowany proces diagnostyczny ograniczony do gastroskopii i 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 świadczenia w trybie hospitalizacji w przypadku opisanym w tabeli nr 1 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. Ponownie podkreśla się, iż każdorazowe udzielenie świadczenia w ramach hospitalizacji musi wynikać ze stanu klinicznego świadczeniobiorcy uzasadniającego jego realizację, który to stan powinien zostać szczegółowo udokumentowany w indywidualnej dokumentacji medycznej. Pozytywnie, biorąc pod uwagę kryterium legalności, rzetelności i celowości działań podmiotu kontrolowanego, należy ocenić prawidłowość i zasadność wykazania do rozliczenia do Podlaskiego OW NFZ 2 z 3 pozostałych 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). Negatywnie, należy ocenić prawidłowość i zasadność wykazania do rozliczenia do Podlaskiego OW NFZ 1 z 3 (33,33 %) skontrolowanych świadczeń opieki zdrowotnej z 2016r, rozliczonych w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne poprzez grupy F07 Choroby przełyku według kryterium oceny prawidłowości zakwalifikowania do danej grupy JGP (produktu rozliczeniowego). Z uwagi na wskazanie niewłaściwego kodu istotnej procedury medycznej wg. ICD - 9 w/w świadczenie zostało zakwalifikowane do niewłaściwej grupy JGP. Negatywnie, należy ocenić prawidłowość i zasadność wykazania do rozliczenia do Podlaskiego OW NFZ 38 skontrolowanych świadczeń opieki zdrowotnej, rozliczonych w roku 2016 poprzez grupy: F16 Choroby żołądka i dwunastnicy / F16 E Choroby żołądka i dwunastnicy > 65 r.ż. / F16F Choroby żołądka i dwunastnicy < 66 r.ż. w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie: chirurgia ogólna – hospitalizacja, gastroenterologia - hospitalizacja. Pozytywnie, należy ocenić prawidłowość i zasadność wykazania do rozliczenia do Podlaskiego OW NFZ 26 z 38 (68,42 % próby kontrolnej, w tym F16 - 13 z 20 świadczeń, F16E – 1 z 2 świadczeń, F16F – 12 z 16 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 38 (31,58 % próby kontrolnej, w tym F16 - 6 z 20 świadczeń, F16E – 1 z 2 świadczeń, F16F – 5 z 16 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 bezwzględnych wskazań do udzielenia świadczenia w trybie hospitalizacji, a dodatkowo w przypadku pacjenta PESEL (...) stwierdzono brak skierowania na leczenie szpitalne wystawione przez lekarza, lekarza dentyzę lub felczera (w chwili przyjęcia pacjent dolegliwości nie zgłaszał, przyjęty celem wykonania kontrolnej gastroskopii). Pozytywnie, należy ocenić prawidłowość i zasadność wykazania do rozliczenia do Podlaskiego OW NFZ 13 (w tym F16 - 4 z 20 świadczeń, F16F – 8 z 16 świadczeń, F16E – 1 z 2 świadczeń) z 26 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 13 z 26 (50%, w tym F16 – 9 z 20 świadczeń, F16F – 4 z 16 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 . Negatywnie, należy ocenić prawidłowość i zasadność wykazania do rozliczenia do Podlaskiego OW NFZ 2 skontrolowanych świadczeń opieki zdrowotnej, rozliczonych w roku 2016 poprzez grupę: F26 Choroby jelita cienkiego (bez chorób zapalnych) w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie: chirurgia ogólna – hospitalizacja, gastroenterologia – hospitalizacja. Pozytywnie, należy ocenić prawidłowość i zasadność wykazania do rozliczenia do Podlaskiego OW NFZ 1 z 2 (50 %) skontrolowanych świadczeń opieki zdrowotnej z 2016r., rozliczonych poprzez grupę F26 Choroby jelita cienkiego (bez chorób zapalnych) 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 pacjenta 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 2 (50 % próby kontrolnej) 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 kryterium oceny uzasadnionej hospitalizacji w oparciu o art. 58 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. W dokumentacji medycznej pacjentów nie stwierdzono wpisów świadczących o istnieniu bezwzględnych wskazań do udzielenia świadczenia w trybie hospitalizacji. Negatywnie, należy ocenić prawidłowość i zasadność wykazania do rozliczenia do Podlaskiego OW NFZ 1 z 1 (100 %) skontrolowanego świadczenia opieki zdrowotnej z 2016r, rozliczonego w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne poprzez grupę F26 Choroby jelita cienkiego (bez chorób zapalnych) według kryterium oceny prawidłowości zakwalifikowania do danej grupy JGP (produktu rozliczeniowego). Negatywnie, należy ocenić prawidłowość i zasadność wykazania do rozliczenia do Podlaskiego OW NFZ 16 skontrolowanych świadczeń opieki zdrowotnej, rozliczonych w roku 2016 poprzez grupę: F36 Choroby jelita grubego w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chirurgia ogólna – hospitalizacja, gastroenterologia – hospitalizacja. Pozytywnie, należy ocenić prawidłowość i zasadność wykazania do rozliczenia do Podlaskiego OW NFZ 13 z 16 (81,25 % 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 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 3 z 16 (18,75 % 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. Pozytywnie, należy ocenić prawidłowość i zasadność wykazania do rozliczenia do Podlaskiego OW NFZ 1 z 13 (7,69 %) pozostałych, 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, należy ocenić prawidłowość i zasadność wykazania do rozliczenia do Podlaskiego OW NFZ 10 z 13 (76,92 %) skontrolowanych świadczeń opieki zdrowotnej z 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 /zaniechanie wskazania faktycznie wykonanej procedury medycznej świadczenia zostały zakwalifikowane do niewłaściwej grupy JGP.

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 Chorób Wewnętrznych i Gastroenterologii stwierdzono niedostosowanie układu danych okazanych ksiąg do możliwości wskazania/wpisania rozpoznania onkologicznego po wypisaniu pacjenta, na podstawie wyniku badania diagnostycznego, który nie był znany w dniu wypisu - podstawa prawna § 29 pkt. 10 w/w rozporządzenia. Poza powyższym nieprawidłowości w tym zakresie nie stwierdzono. W wyniku weryfikacji zapisów w okazanej Księdze Pracowni Endoskopowej stwierdzono, iż nie zawierała kodu resortowy komórki organizacyjnej zlecającej badanie wymaganego zapisami § 36 pkt 5 w/w Rozporządzenia MZ. Poza powyższym nieprawidłowości w tym zakresie nie stwierdzono. Pozytywnie z uchybieniami, należy ocenić prawidłowość wskazania w 60 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.). Jako uchybienie ocenić należy w 6 na 60 (10%) skontrolowanych świadczeniach opieki zdrowotnej fakt niewłaściwego/ nieprawidłowego sprawozdania w raporcie statystycznym trybu przyjęcia do oddziału szpitalnego.

3. Pozytywnie, biorąc pod uwagę kryterium legalności i rzetelności działań podmiotu kontrolowanego, należy ocenić spełnianie wymogu ustalenia 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 zarządzeniem Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Wojewódzkiego Szpitala Zespólnego im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku z dnia 24.02.2016r. powołany został Zespół ds. Obliczania Minimalnych Norm Zatrudnienia Pielęgniarek i Położnych; na podstawie Zarządzenia Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Wojewódzkiego Szpitala Zespólnego im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku w sprawie wprowadzenia minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w SP ZOZ Wojewódzkiego Szpitala Zespólnego im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku ustalono minimalną normę zatrudnienia pielęgniarek w Oddziale Gastroenterologii i Chorób Wewnętrznych na 26 etatów. Z wykazu przedłożonego przez Świadczeniodawcę wynika, iż w w/w Oddziale na dzień 31 sierpnia 2017 r. zatrudnionych było 29 pielęgniarek na podstawie umowy o pracę w pełnym wymiarze czasu pracy oraz 2 pielęgniarki na podstawie umów cywilno – prawnych po 51

	<p>godzin/tygodniowo każda; 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 nie uzyskał pozytywnej opinii Zakładowej Organizacji Związkowej Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych przy SP ZOZ Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku. Pełnomocnicy Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białymstoku wskazali na fakt, iż „zmniejszenie liczby etatów pielęgniarek/położnych obniży dostępność dla pacjenta świadczeń realizowanych przez pielęgniarki/ położne, a zbyt duże obciążenie pracą będzie skutkowało zwiększoną absencją personelu”. Natomiast kadry kierujące oddziałami i komórkami organizacyjnymi (w tym miejscu: Oddziału Gastroenterologii i Chorób Wewnętrznych) wniosły o zwiększenie etatów do 30 pielęgniarek. W okresie objętym analizą kontrolną zachował odpowiedni stosunek liczby zatrudnionych pielęgniarek w Oddziale Gastroenterologii i Chorób Wewnętrznych (1,07 – 107,69%) do liczby etatów pielęgniarek ustalonej w kontrolowanym oddziale, jako minimalna norma zatrudnienia.</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. Wylimitować nieprawidłowości i uchybienia w zakresie prowadzenia zbiorczej dokumentacji medycznej, opisane w cz. I 1). E 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 <i>Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców</i>, zgodnych z dokumentacją medyczną i faktycznym sposobem/przyczyną przyjęcia pacjenta do szpitala, uwzględniającym również stan kliniczny pacjenta przy przyjęciu.

	<p>7. Złożyć korekty raportów statystycznych i/lub faktur, uwzględniających świadczenia wyszczególnione w części I pkt. 1): A 1.2. (Tabela nr 1), A 2.2. (Tabela nr 2), B 1.2. (Tabela nr 3), B 2.2. (Tabela nr 4), C 1.2. (Tabela 5), C 2. (Tabela nr 6), D 1.2. (Tabela 7), D 2.3. (Tabela nr 8) oraz E 3 (Tabela nr 9 - tryby przyjęć) wystąpienia pokontrolnego.</p> <p>Skutki finansowe kontroli:</p> <p>a) kwota 79 768,00 zł (słownie: siedemdziesiąt dziewięć tysięcy siedemset sześćdziesiąt osiem złotych 00/100 groszy) tytułem zwrotu nienależnie przekazanych środków finansowych w roku 2016</p> <p>b) kwota 63 524,60 zł (słownie: sześćdziesiąt trzy tysiące pięćset dwadzieścia cztery złote 60/100 gr) tytułem kary umownej naliczonej za rok 2016.</p>
--	--

Sporządził:

Dział Kontroli Realizacji Umów na Świadczenia