

Sprawozdanie z przeprowadzonej kontroli nr 10.7310.48.2017.WDKRU

Jednostka organizacyjna NFZ przeprowadzająca kontrolę	10_Podlaski OW NFZ
Nr kontroli	10.7310.48.2017.WDKRU
Termin przeprowadzenia kontroli	Data rozpoczęcia kontroli: 27 września 2017 r., data zakończenia kontroli (podpisania protokołu kontroli przez kontrolerów): 23 października 2017r.
Podmiot kontrolowany: nazwa i adres	Agata Wrońska Indywidualna Praktyka Dentystyczna z siedzibą 18-305 Szumowo, ul. 1 Maja 62
Temat kontroli, okres objęty kontrolą	Prawidłowość realizacji, dokumentowania i rozliczania świadczeń zdrowotnych w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne w zakresie: świadczenia ogólnostomatologiczne w latach 2016-2017.
Informacja dotycząca ustaleń z kontroli	<p>1. Pozytywnie z nieprawidłowościami, biorąc pod uwagę kryterium legalności i rzetelności działań podmiotu kontrolowanego, należy ocenić spełnianie w okresie objętym kontrolą wybranych warunków formalno – organizacyjnych. Pozytywnie, należy ocenić spełnianie w okresie objętym kontrolą 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 Praktyk Zawodowych Lekarzy i Lekarzy Dentystów zgodnie z dyspozycją art. 103 w zw. z art. 107 ustawy z dnia 11 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz.U.2016, poz.1638 j.t. ze zm.). Pozytywnie, należy ocenić realizację w okresie objętym kontrolą przez Świadczeniodawcę obowiązku wynikającego z § 2 ust. 4 przedmiotowej umowy w zakresie udzielania świadczeń, zgodnie z którym świadczenia w poszczególnych zakresach mogą być udzielane z udziałem podwykonawców wymienionych w „Wykazie podwykonawców” stanowiącym załącznik nr 3 do umowy. Pozytywnie, należy ocenić realizację w okresie objętym kontrolą obowiązku wynikającego z zapisów § 3 przedmiotowej umowy, dotyczącego zawarcia umowy odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej, zgodnie z przepisami wykonawczymi wydanymi na podstawie art. 136 b) ust.2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, tj. rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. 2011, nr 293, poz. 1729). Pozytywnie z nieprawidłowościami należy ocenić realizację przez Świadczeniodawcę w okresie objętym kontrolą obowiązku zamieszczenia informacji dla pacjentów określonych w § 11 Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, stanowiących załącznik do Rozporządzenia Ministra zdrowia z dnia 08 września 2015 r. (Dz.U.2016.1146 j.t. ze zm.). W wyniku przeprowadzonych czynności kontrolnych stwierdzono, iż Świadczeniodawca nie zamieścił w miejscu udzielania świadczeń wszystkich wymaganych informacji dla świadczeniobiorców, o których mowa w § 11 <i>Ogólnych warunków umów</i>. Stwierdzono brak:</p> <ul style="list-style-type: none"> – informacji dotyczącej miejsca i godzin udzielania świadczeń przez podwykonawcę wykonującego zdjęcia RTG, co stanowi naruszenie § 11 ust. 4 pkt 2 <i>Ogólnych warunków umów</i>, – informacji dotyczącej trybu składania skarg i wniosków u świadczeniodawcy, co stanowi naruszenie § 11 ust. 4 pkt 4 <i>Ogólnych warunków umów</i>, – informacji dotyczącej adresu oraz numeru telefonu najbliższego miejsca, w którym są udzielane świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, zarówno wewnątrz budynku, jak i widocznej z zewnątrz budynku, co stanowi naruszenie §

- 11 ust. 4 pkt 7 w związku z ust. 5 *Ogólnych warunków umów*,
- informacji o numerach telefonów alarmowych obsługiwanych w ramach systemu powiadamiania ratunkowego (112 i 999) widocznej z zewnątrz budynku oraz numeru telefonu 112 wewnątrz budynku, co stanowi naruszenie § 11 ust. 4 pkt 8 w związku z ust. 5 *Ogólnych warunków umów*;
 - informacji o możliwości i sposobie zapisania się na listę oczekujących na świadczenie, co stanowi naruszenie § 11 ust. 4 pkt.11 *Ogólnych warunków umów*,
 - informacji dotyczącej adresu i numeru bezpłatnej infolinii Biura Rzecznika Praw Pacjenta, co stanowi naruszenie § 11 ust. 4 pkt 9 *Ogólnych warunków umów*.

Ponadto, zamieszczona wewnątrz budynku informacja dotycząca danych komórki do spraw skarg i wniosków oddziału wojewódzkiego Funduszu była nieaktualna. Pozytywnie, należy ocenić zgodność danych zawartych w kontrolowanej umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ze stanem faktycznym w zakresie posiadanego sprzętu i aparatury medycznej.

2. Pozytywnie z nieprawidłowościami, biorąc pod uwagę kryterium legalności, rzetelności i celowości działań podmiotu kontrolowanego, należy ocenić prawidłowość i zasadność realizacji, dokumentowania i rozliczania z Podlaskim OW NFZ świadczeń opieki zdrowotnej w ramach kontrolowanej umowy w zakresie świadczenia ogólnostomatologiczne w okresie objętym analizą kontrolną tj. styczeń 2016r. – sierpień 2017r. Analizą kontrolną objęto indywidualną dokumentację medyczną 36 świadczeniobiorców, na rzecz których w okresie kontrolowanym sprawozdano udzielenie łącznie 1.220,6 świadczeń, co stanowi 9,6 % wszystkich świadczeń sprawozdanych w kontrolowanym okresie. Zweryfikowano m.in. zasadność wykazania do rozliczenia świadczeń o kodach: 5.13.00.2313080 (*leczenie endodontyczne zęba z wypełnieniem 2 kanałów*), 5.13.00.2313090 (*leczenie endodontyczne zęba z wypełnieniem 3 kanałów*) oraz 5.13.00.213110 (*leczenie endodontyczne zęba z wypełnieniem 1 kanału ze zgorzelą miazgi*) po wcześniejszym wykazaniu procedury o kodzie 5.13.00.2312090 (*ekstyrpacja zdewitalizowanej miazgi zęba*) i/lub 2-3-krotnie procedury o kodzie 5.13.00.213060 (*czasowe wypełnienie kanału*) na tym samym umiejscowieniu w konfrontacji z wpisami w dokumentacji medycznej 36 pacjentów, których indywidualną dokumentację medyczną poddano kontroli. Analiza danych z raportów statystycznych przekazanych do Podlaskiego OW NFZ w konfrontacji z wpisami w indywidualnej dokumentacji medycznej 36 pacjentów wykazała, iż świadczeniodawca w okresie kontrolowanym sprawozdał do rozliczenia z Podlaskim OW NFZ wykonanie 31,9 świadczeń o kodach: 5.13.00.2313080 (*leczenie endodontyczne zęba z wypełnieniem 2 kanałów*), 5.13.00.2313090 (*leczenie endodontyczne zęba z wypełnieniem 3 kanałów*) oraz 5.13.00.213110 (*leczenie endodontyczne zęba z wypełnieniem 1 kanału ze zgorzelą miazgi*). W przypadku 24 pacjentów, na rzecz których sprawozdane zostały świadczenia leczenia endodontycznego o powyższych kodach stwierdzono, iż Świadczeniodawca wykazał również do rozliczenia procedury czasowego wypełnienia kanału (5.13.00.213060) i/lub ekstyrpację zdewitalizowanej miazgi zęba (5.13.00.2312090) na danym umiejscowieniu, z datą ich wykonania poprzedzającą procedurę leczenia endodontycznego.

3. Pozytywnie z nieprawidłowościami, biorąc pod uwagę kryterium legalności i rzetelności działań podmiotu kontrolowanego, należy ocenić przestrzeganie przez Świadczeniodawcę przepisów i zasad prowadzenia list oczekujących na udzielenie świadczenia oraz realizację obowiązków sprawozdawczych w danym zakresie. Negatywnie, należy ocenić prawidłowość prowadzenia list oczekujących na udzielenie świadczenia w kontrolowanym okresie. Świadczeniodawca prowadzi Listy oczekujących na świadczenia zarówno do komórki, jak i na leczenie protetyczne w formie elektronicznej, zgodnie z wymogiem określonym zapisami art. 20 ust. 10 g) *ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej*, Wydruk zatytułowany: „*Listy oczekujących na świadczenie protetyczne*” opisany był zgodnie z wymogiem określonym w § 10 ust. 1 pkt. 1 w związku z § 11 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów

	<p>dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U.2015.2069) za wyjątkiem danych dotyczących kodu resortowego, stanowiącego część I systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, zgodnie z zapisami § 10 ust. 1 pkt. 1 lit. b) ww. rozporządzenia. Powyższy wydruk list oczekujących na leczenie protetyczne, nie zawierał wpisów. Okazane przez Świadczeniodawcę wydruki Listy oczekujących na świadczenie do komórki prowadzonej w formie elektronicznej z okresu 2016 - 2017 r. zawierały wymagane elementy określone w art. 20 ust. 2 pkt. 3 <i>ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej</i> za wyjątkiem wpisu dotyczącego numeru telefonu lub innego sposobu komunikowania się ze świadczeniodawcą zgodnie z wymogiem określonym w art. 20 ust. 2 pkt. 3 lit. g) <i>ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej</i>. Ponadto w wydrukach Listy oczekujących na świadczenie do komórki stwierdzono brak oznaczenia kodem resortowym, stanowiącym część I systemu resortowych kodów identyfikacyjnych zgodnie z wymogiem określonym w § 10 ust. 1 pkt. 1 lit b) w związku z § 11 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U.2015.2069). Negatywnie, należy ocenić wywiązanie się Świadczeniodawcy w okresie objętym kontrolą z obowiązku wynikającego z zapisów art. 21 <i>ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej</i>, a dotyczącego dokonywania okresowej oceny list oczekujących na udzielenie świadczenia i sporządzania raportów z tej oceny. W wyniku podjętych czynności kontrolnych POW NFZ ustalił, iż w okresie objętym kontrolą Świadczeniodawca nie sporządzał raportów z oceny prowadzonej listy oczekujących na udzielenie świadczenia. Pozytywnie z uchybieniami, należy ocenić wywiązywanie się Świadczeniodawcy z obowiązków sprawozdawczych w zakresie list oczekujących oraz pierwszego wolnego terminu udzielenia świadczenia. Na podstawie danych sprawozdawanych i posiadanych w zasobach informatycznych Podlaskiego OW NFZ ustalono, iż w okresie styczeń 2016 – sierpień 2017 r. Świadczeniodawca terminowo realizował obowiązek comiesięcznego przekazywania informacji o liczbie oczekujących i średnim czasie oczekiwania na udzielenie świadczenia, o którym mowa w art. 23 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej oraz w § 8 ust. 2 pkt 1 i 2 <i>rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie zakresu niezbędnych informacji</i> (...). Świadczeniodawca w kontrolowanym okresie sprawozdana liczba oczekujących na leczenie protetyczne zarówno w kategorii przypadków pilnych jak i stabilnych wynosiła „0” przy średnim czasie oczekiwania „0” dni. Liczba oczekujących na świadczenie do komórki w kategorii przypadków pilnych wynosiła „0” przy średnim czasie oczekiwania „0” dni, natomiast w kategorii przypadków stabilnych wahała się od 1 do 10 osób, przy średnim czasie oczekiwania od 6 dni (sierpień 2016r.) do 29 dni (listopad 2016 r.) za wyjątkiem miesiąca października 2016r., w którym Kontrolowany sprawozdał średni czas oczekiwania wynoszący 123 dni. Negatywnie, należy ocenić wywiązanie się Świadczeniodawcy z obowiązku, o którym mowa w art. 23a ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. Podlaski OW NFZ stwierdza, iż podmiot kontrolowany w okresie objętym kontrolą nie zapewnił świadczeniobiorcom możliwości umawiania się drogą elektroniczną na wizyty, monitorowania statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamianie o terminie udzielenia świadczenia, do czego zobowiązują go zapisy art. 23a ust. 1 <i>ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej</i>. Świadczeniodawca nie zapewnia realizacji w/w obowiązku.</p>
<p>Zalecenia pokontrolne i skutki finansowe / link</p>	<p>Zalecenia pokontrolne:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Uzupelnic brakujace dane, w zakresie opisanym w cz. I A pkt. 5 wystapienia i przestrzegac - przez caly okres obowiazywania umowy o udzielanie swiadczew opieki zdrowotnej -obowiazku dbania o kompletnosc i aktualnosc informacji podawanych do wiadomosci swiadzeniobiorcow w miejscu udzielania swiadczew zgodnie z wymogami i w sposob okreslony w § 11 Ogolnych warunkow umow o udzielanie swiadczew opieki zdrowotnej, stanowiacego zalacznik

- do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. 2016.1146 t.j.)
2. Zapewnić świadczeniobiorcom - przez cały okres obowiązywania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - dostęp do wszystkich świadczeń, określonych w koszyku świadczeń gwarantowanych w rodzaju leczenie stomatologiczne dla zakresu: świadczenia ogólnostomatologiczne zgodnie z umową o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i obowiązującymi przepisami.
 3. Podjąć skuteczne działania, tak aby wydruk z listy oczekujących do procedury medycznej zawierał wymagane elementy określone w art. 20 ust. 2 pkt. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2017, poz.1938 j.t. ze zm.) niezależnie od tego, czy są na niej wpisy pacjentów.
 4. Podjąć skuteczne działania zmierzające do tego, aby dane na Listach oczekujących na udzielenie świadczenia były kompletne, a listy były prowadzone w sposób zapewniający poszanowanie zasady równego i przejrzystego dostępu do świadczeń oraz w sposób zgodny z wymogami obowiązujących przepisów prawa określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2017, poz.1938 j.t. ze zm.) oraz rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez Świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz.U.2016.192 j.t. ze zm.).
 5. Dokonywać przynajmniej raz w miesiącu oceny list oczekujących na świadczenia i z tej oceny sporządzać raporty zgodnie z wymogami określonymi w art. 21 ust. 1 pkt. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2017, poz.1938 j.t. ze zm.).
 6. Dołożyć należytej staranności w zakresie rzetelności i wiarygodności przekazywanych danych w raportach z list oczekujących na świadczenia oraz przestrzegać terminowego przygotowania informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia z uwzględnieniem zasad i terminów realizacji w/w obowiązku określonych w § 8 ust. 4 pkt. 2 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 (Dz. U. 2016, poz. 192 t. j. ze zm. – w brzmieniu określonym Rozporządzeniem zmieniającym Dz.U. 2017, poz. 1249 obowiązującym od 01.07.2017 r.).
 7. Podjąć skuteczne działania zmierzające do realizacji obowiązku, o którym mowa w art. 23a ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej w kontekście umożliwienia świadczeniobiorcom umawiania się na wizyty drogą elektroniczną, monitorowania statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamianie o terminie udzielenia świadczenia.
 8. Rzetelnie i z należyłą starannością wykazywać do rozliczenia świadczenia faktycznie wykonane i mające uzasadnienie w kontekście zastosowanego procesu leczniczego, posiadające potwierdzenie we wpisach w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjentów oraz zgodnie z zasadami określonymi w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz.U.2017.193 j.t.) oraz aktualnie obowiązującym Zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie stomatologiczne.
 9. Złożyć korekty raportów statystycznych i/lub faktur uwzględniając świadczenia wyszczególnione w pierwszej części niniejszego pisma (Tabele nr 1, 2, 3 i 4).

	<p>Skutki finansowe kontroli:</p> <ul style="list-style-type: none">a) kwota 2.865,73 zł (słownie: dwa tysiące osiemset sześćdziesiąt pięć złotych 73/100) tytułem zwrotu nienależnie przekazanych środków finansowych w latach 2016-2017r.b) kwota 1.698,07 zł (słownie: jeden tysiąc sześćset dziewięćdziesiąt osiem złotych 07/100) tytułem kary umownej naliczonej za okres 2016-2017r.
--	---

Sporządził:
Dział Kontroli Realizacji Umów na Świadczenia