

Sprawozdanie z przeprowadzonej kontroli nr 10.7300.54.2017.WDKRU

<b>Jednostka organizacyjna NFZ przeprowadzająca kontrolę</b>	10_Podlaski OW NFZ
<b>Nr kontroli</b>	10.7300.54.2017.WDKRU
<b>Termin przeprowadzenia kontroli</b>	Data rozpoczęcia kontroli: 15 listopada 2017 r., data zakończenia kontroli (podpisania protokołu kontroli przez kontrolerów): 30 listopada 2017r.
<b>Podmiot kontrolowany: nazwa i adres</b>	<b>Uniwersytecki Dziecięcy Szpital Kliniczny im. Ludwika Zamenhofa w Białymstoku</b> z siedzibą: 15-274 Białystok, ul. Jerzego Waszyngtona 17
<b>Temat kontroli, okres objęty kontrolą</b>	Realizacja i rozliczanie świadczeń w ramach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii.
<b>Informacja dotycząca ustaleń z kontroli</b>	<p><b>1. Pozytywnie z nieprawidłowościami</b>, biorąc pod uwagę kryterium legalności, rzetelności i celowości działań podmiotu kontrolowanego, należy ocenić w okresie objętym analizą kontrolną prawidłowość realizacji, dokumentowania i rozliczania świadczeń z Katalogu świadczeń do sumowania Załącznik 1c w ramach umowy nr 10-00-00067-12-54-03/01 z dnia 30.12.2011r. (ze zm.) w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie: anestezjologia i intensywna terapia dla dzieci – hospitalizacja. Pozytywnie, należy ocenić prawidłowość i zasadność wykazania do rozliczenia do Podlaskiego OW NFZ 103 ze 103 (100%) skontrolowanych świadczeń z 2016r, rozliczonych w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne poprzez świadczenie 5.53.01.0001401 - Leczenie przetoczeniami immunoglobulin - według kryterium oceny prawidłowości zakwalifikowania i rozliczania w/w 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 11 z 13 (84,62%) skontrolowanych świadczeń z 2016r., rozliczonych w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne poprzez świadczenie 5.53.01.0001445 – Wytworzenie stałego dostępu naczyniowego z użyciem cewnika typu BROVIAC, HICKMAN lub GROSHONG, według kryterium oceny prawidłowości zakwalifikowania i rozliczania w/w produktu rozliczeniowego. Podlaski OW NFZ stwierdził, iż w 11 przypadkach rozliczenie procedury poprzez świadczenie o kodzie: 5.53.01.0001445 – Wytworzenie stałego dostępu naczyniowego z użyciem cewnika typu BROVIAC, HICKMAN lub GROSHONG przy wykorzystaniu cewnika typu Certofix/ARROW celem zapewnienia centralnego dostępu żylnego było nieprawidłowe/niezasadne.</p> <p><b>2. Pozytywnie z uchybieniami</b>, biorąc pod uwagę kryterium legalności, rzetelności i celowości działań podmiotu kontrolowanego, należy ocenić zasadność i prawidłowość rozliczania świadczeń finansowanych w oparciu o skalę punktacji stanu pacjenta TISS-28. W przypadku 3 z 20 skontrolowanych dokumentacji medycznych pacjentów, którym w 2016 roku udzielono świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie anestezjologia i intensywna terapia – hospitalizacja stwierdzono nieprawidłowe rozliczenie świadczeń - przypisane punkty w karcie punktacji pacjentów TISS-28 nie znajdują potwierdzenia we wpisach w indywidualnej dokumentacji medycznej. W wyniku podjętych czynności kontrolnych zakwestionowano prawidłowość naliczenia punktacji w skali TISS –28 w 8 osobodniach z 560 poddanych kontroli - co stanowi 1,43% próby kontrolnej.</p> <p><b>3. Pozytywnie z uchybieniami</b>, biorąc pod uwagę kryterium legalności i rzetelności działań podmiotu kontrolowanego należy ocenić zgodność danych przekazywanych w raportach statystycznych z wpisami w dokumentacji medycznej. Pozytywnie z uchybieniami, należy ocenić rzetelność przedstawianych przez Świadczeniodawcę danych w Karcie statystyki szpitalnej MZ,</p>

które nie są zgodne z danymi sprawozdanymi do POW NFZ, znajdującymi potwierdzenie w przeprowadzonym procesie diagnostyczno – terapeutycznym pacjenta. W kontrolowanej indywidualnej dokumentacji medycznej 20 pacjentów stwierdzono, iż dane zamieszczone w formularzu historii choroby - Karcie informacyjnej i w Karcie statystycznej szpitala ogólnej MZ/Szp-11 nie były zgodne z danymi sprawozdawanymi w raportach statystycznych do POW NFZ w 3 przypadkach. W powyższej dokumentacji brak jest spójności danych. Ponadto stwierdzono, iż Świadczeniodawca w 4 przypadkach wykazywał rozpoznania bez czwartego znaku (bez znaku „po kropce”). Pozytywnie z uchybieniami, należy ocenić w okresie objętym kontrolą prawidłowość kodowania przez Świadczeniodawcę rozpoznań zasadniczych (podstawowych, głównych) wg Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 dla celów statystyczno - rozliczeniowych, związanych z realizacją kontrolowanej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Analiza wpisów w indywidualnej dokumentacji medycznej, wytypowanej do badania kontrolnego oraz stanu faktycznego zawartego w protokole kontroli wykazała, iż w 5 n/w przypadkach Świadczeniodawca wskazał jako rozpoznanie zasadnicze stan, który nie było głównym powodem hospitalizacji na Oddziale AiIT i którego diagnostyka i leczenie nie stanowiły głównej przyczyny podejmowanych na Oddziale działań terapeutycznych. Pozytywnie, należy ocenić przestrzeganie przez Świadczeniodawcę w okresie kontrolowanym przepisów wydanych na podstawie art. 27 ustawy z dnia 5 grudnia 2008r.o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2013r. poz. 947 oraz z 2016r. poz. 1866) oraz dokumentowanie podejmowanych czynności w tym zakresie.

4. **Pozytywnie**, biorąc pod uwagę kryterium legalności i rzetelności działań podmiotu kontrolowanego, należy ocenić prawidłowość prowadzenia zbiorczej dokumentacji medycznej zgodnie z wymogami określonymi w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 09 listopada 2015r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. 2015. poz. 2069 - zwanego dalej Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 09 listopada 2015r. w sprawie dokumentacji medycznej). Analiza stanu faktycznego zawartego w protokole kontroli wykazała, iż:

- Księga główna przyjęć i wypisów z 2016r. prowadzona była zgodnie z dyspozycją § 27 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 09 listopada 2015 r. w sprawie dokumentacji medycznej;
- Księga chorych oddziału z 2016r. prowadzona była zgodnie z dyspozycją § 29 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 09 listopada 2015 r. w sprawie dokumentacji medycznej;
- Księgi raportów lekarskich z 2016r. prowadzone były zgodnie z dyspozycją § 30 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 09 listopada 2015 r. w sprawie dokumentacji medycznej;
- Księgi raportów pielęgniarskich z 2016r. prowadzone były zgodnie z dyspozycją § 31 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 09 listopada 2015 r. w sprawie dokumentacji medycznej.

5. **Pozytywnie z uchybieniami**, biorąc pod uwagę kryterium legalności i rzetelności działań podmiotu kontrolowanego, należy ocenić spełnianie przez Świadczeniodawcę w kontrolowanym okresie wymogów określonych w Załączniku nr 3 (Lp.2) do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego w brzmieniu określonym w Obwieszczeniu Ministra Zdrowia z dnia 14 kwietnia 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2016 r. poz. 694 j.t. ze zm.) w zakresie personelu oraz wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną. Pozytywnie, należy ocenić spełnianie przez Świadczeniodawcę w kontrolowanym okresie wymogów w zakresie personelu określonych w Załączniku nr 3 (lp. 2) do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. (ze zm.) w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie leczenia szpitalne. Pozytywnie z uchybieniami, należy ocenić przestrzeganie przez Świadczeniodawcę zapisów § 2 ust. 1 i 2 powołanej wyżej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które stanowią,

	<p>iż świadczenia w poszczególnych zakresach udzielane są przez osoby wymienione w załączniku nr 2 do umowy „Harmonogram-Zasoby” zgodnie z harmonogramem pracy, określonym w przedmiotowym załączniku. W wyniku podjętych czynności kontrolnych stwierdzono, iż w zakresie anesteziologia i intensywne terapie dla dzieci - hospitalizacja, Świadczeniodawca zgłosił do umowy wszystkich lekarzy i pielęgniarki, których wykazał w trakcie kontroli, jako osoby udzielające świadczeń. Stwierdzono również, iż jeden lekarz specjalista w dziedzinie anesteziologii i intensywnej terapii jest zgłoszona przez Świadczeniodawcę do załącznika nr 2 do umowy „Harmonogram – zasoby” za pośrednictwem dedykowanego serwisu internetowego, natomiast z informacji umieszczonych w grafikach pracy wykonanych oraz w listach obecności z okresu sierpień – październik 2017 r. (okazanych przez Świadczeniodawcę) wynika, iż w/w pracownik w tym okresie przebywał na zwolnieniu lekarskim, a następnie na urlopie macierzyńskim. W związku z powyższym należy wskazać, iż w/w pracownik nie może być wykazany w załączniku nr 2 do umowy jako osoba aktualnie udzielająca świadczeń w tym zakresie. Pozytywnie, biorąc pod uwagę kryterium legalności i rzetelności działań podmiotu kontrolowanego, należy ocenić spełnianie przez Świadczeniodawcę wymogów w zakresie wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, określonych w Załączniku nr 3 (lp. 2) do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. (ze zm.) w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie leczenia szpitalne. Oddział Anesteziologii i Intensywnej Terapii z Pododdziałem Pooperacyjnym znajduje się na pierwszym piętrze budynku szpitala oraz zapewnia komunikację z blokiem operacyjnym, szpitalnym oddziałem ratunkowym oraz z oddziałami łóżkowymi. W budynku znajdują się windy - dźwigi osobowe, zapewniające także możliwość transportu pacjenta na łóżku. Oddział zapewnia izolatkę dostępną z traktów komunikacji oddziału, która nie posiada śluzy umożliwiającej umycie rąk, przebieranie się i składowanie materiałów izolacyjnych. Świadczeniodawca zapewnia wyposażenie i dostęp do wymaganych badań w miejscu lub w lokalizacji. Sprzęt i aparatura medyczna okazana w trakcie oględzin jest zgodna z załącznikiem nr 2 do umowy „Harmonogram-zasoby”. Wszystkie okazane paszporty techniczne sprzętu i aparatury medycznej - zawierały wpisy potwierdzające wykonanie aktualnych badań technicznych;</p>
<p><b>Zalecenia pokontrolne i skutki finansowe / link</b></p>	<p><b>Zalecenia pokontrolne:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 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 terapeutycznego.</li> <li>2. Dodać należytej staranności przy wskazywaniu w raportach statystycznych składanych do Podlaskiego OW NFZ produktów z katalogu świadczeń odrębnych oraz z katalogu świadczeń do sumowania, z prawidłową kwalifikacją udzielonych świadczeń, zgodnie z ich opisem widniejącym w dokumentacji medycznej.</li> <li>3. Przeszkolić osoby/personel odpowiedzialny za przygotowywanie raportów statystycznych i proces rozliczania świadczeń w zakresie prawidłowego i zgodnego z wpisami w dokumentacji medycznej kodowania rozpoznań zasadniczych oraz wskazywania do rozliczenia produktów z katalogu świadczeń odrębnych oraz z katalogu świadczeń do sumowania, stanowiących załączniki do aktualnego w danym okresie zarządzenia Prezesa NFZ w rodzaju leczenia szpitalne, zgodnie z ich opisem widniejącym w dokumentacji medycznej.</li> <li>4. Prawidłowo kodować rozpoznania zasadnicze wg Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 dla celów statystyczno - rozliczeniowych, związanych z realizacją kontrolowanej umowy o udzielanie</li> </ol>

	<p>świadczeń opieki zdrowotnej oraz sprawozdawać w raporcie statystycznym w szczególności następujące dane: rozpoznanie zasadnicze i nie więcej niż trzy rozpoznania współistniejące, istotne procedury medyczne łącznie z datą ich wykonania według wskazanej przez Fundusz na dany okres sprawozdawczy wersji ICD-9. Dane, o których mowa wyżej muszą być zgodne z danymi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) zawartymi w indywidualnej dokumentacji medycznej, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. 2015. poz. 2069);</li> <li>b) przekazywanymi w Karcie statystycznej szpitalnej ogólnej - MZ/Szp-11, zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 31 ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej (Dz. U. z 2012 r. poz. 591 oraz z 2016 r., poz. 1068).</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Zgłosić zmiany do załącznika nr 2 do umowy „Harmonogram zasoby” w części dotyczącej personelu udzielającego świadczeń w kontrolowanym zakresie (w zakresie opisanym w części I pkt 5.2 Wystąpienia).</li> <li>6. Na bieżąco i terminowo aktualizować dane o swoim potencjale wykonawczym (personel udzielający świadczeń) przeznaczonym do realizacji umowy.</li> <li>7. Złożyć korekty faktur oraz raportów statystycznych uwzględniających świadczenia wyszczególnione w części I punkt 1.2 oraz punkt 2.1 (Tabela nr 2 i nr 3) wystąpienia pokontrolnego.</li> </ol> <p><b>Skutki finansowe kontroli:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) kwota 24 307,40 zł (słownie: dwadzieścia cztery tysiące trzysta siedem złotych 40/100 groszy) tytułem zwrotu nienależnie przekazanych środków finansowych za rok 2016.</li> <li>b) kwota 8 746,21 zł (słownie: osiem tysięcy siedemset czterdzieści sześć złotych 21/100 groszy) tytułem kary umownej naliczonej za rok 2016.</li> </ol>
--	--

Sporządził:  
Dział Kontroli Realizacji Umów na Świadczenia