

Sprawozdanie z przeprowadzonej kontroli nr 10.7300.56.2017.WDKRU

<b>Jednostka organizacyjna NFZ przeprowadzająca kontrolę</b>	10_Podlaski OW NFZ
<b>Nr kontroli</b>	10.7300.56.2017.WDKRU
<b>Termin przeprowadzenia kontroli</b>	Data rozpoczęcia kontroli: 29 listopada 2017r., data zakończenia kontroli (podpisania protokołu kontroli przez kontrolerów): 14 grudnia 2017r.
<b>Podmiot kontrolowany: nazwa i adres</b>	<b>Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzki Szpital Zespolony im. J. Śniadeckiego w Białymstoku</b> z siedzibą: M. Curie-Skłodowskiej 26, 15-950 Białystok
<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.
Informacja dotycząca ustaleń z kontroli	<p><b>1. Pozytywnie z uchybieniami</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 10-00-00087-12-35-03/01 z dnia 30 grudnia 2011r. (ze zm.) w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie: anestezjologia i intensywna terapia II poziom referencyjny – hospitalizacja. Pozytywnie z uchybieniami, należy ocenić prawidłowość i zasadność wykazania do rozliczenia do Podlaskiego OW NFZ 129 skontrolowanych świadczeń z 2016r, rozliczonych w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne poprzez świadczenie 5.53.01.0001472 – Ciągłe leczenie nerkozastępcze - według kryterium oceny prawidłowości zakwalifikowania i rozliczania w/w produktu rozliczeniowego. W 128 ze 129 (99,22%) przypadków stwierdzono zasadność zakwalifikowania oraz wpisy potwierdzające wykonanie świadczeń o kodzie 5.53.01.0001472 Ciągłe leczenie nerkozastępcze zgodnie z warunkami określonymi w Załączniku 1c Katalog świadczeń do sumowania do Zarządzenia Prezesa NFZ nr 89 z 2013r. (w brzmieniu określonym w załączniku do Zarządzenia Nr 110/2015/BP Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 grudnia 2015r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne z późn. zm.). Nieprawidłowe zakwalifikowanie i rozliczenie stwierdzono w przypadku 1 ze 129 (0,78%) skontrolowanych świadczeń z 2016r., rozliczonych w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne poprzez świadczenie 5.53.01.0001472.</p> <p><b>2. Pozytywnie</b>, biorąc pod uwagę kryterium legalności, rzetelności i celowości działań podmiotu kontrolowanego, należy ocenić w okresie objętym analizą kontrolną zasadność i prawidłowość rozliczania świadczeń finansowanych w oparciu o skalę punktacji stanu pacjenta TISS-28 z Katalogu świadczeń do sumowania Załącznik 1c w ramach umowy nr 10-00-00087-12-35-03/01 z dnia 30.12.2011r. (ze zm.) w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie: anestezjologia i intensywna terapia II poziom referencyjny – hospitalizacja. W przypadku 20 z 20 skontrolowanych dokumentacji medycznych pacjentów, którym w 2016 roku udzielono świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie anestezjologia i intensywna terapia II poziom referencyjny – hospitalizacja stwierdzono prawidłowe rozliczenie świadczeń - przypisane punkty w karcie punktacji pacjentów TISS-28 znajdują potwierdzenia we wpisach w indywidualnej dokumentacji medycznej.</p> <p><b>3. Pozytywnie z nieprawidłowościami</b>, biorąc pod uwagę kryterium legalności i rzetelności działań podmiotu kontrolowanego, należy ocenić w okresie objętym analizą kontrolną zgodność danych przekazywanych w raportach statystycznych do POW NFZ z wpisami w dokumentacji medycznej, w tym realizację wymogu określonego w Załączniku nr 3</p>

(lp. 3 - pkt. 5) Pozostałe wymagania) 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.). Pozytywnie z uchybieniami, należy ocenić rzetelność przedstawianych przez Świadczeniodawcę danych w Karcie statystyki szpitalnej MZ, 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. Pozytywnie z uchybieniami, należy ocenić w okresie objętym kontrolą prawidłowość kodowania przez Świadczeniodawcę rozpoznanych 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 wykazała, iż w 9 przypadkach Świadczeniodawca wskazał jako rozpoznanie zasadnicze stan, który nie był głównym powodem hospitalizacji na Oddziale AilT i którego diagnostyka i leczenie nie stanowiły głównej przyczyny podejmowanych na Oddziale działań terapeutycznych. Negatywnie, należy ocenić spełnianie przez Świadczeniodawcę w okresie objętym analizą kontrolną wymogów określonych w Załączniku nr 3 (lp. 3 - pkt. 5) Pozostałe wymagania) do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. (ze zm.) w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie leczenia szpitalnego. Analiza danych dostępnych w systemie informatycznym NFZ za okres od 01 stycznia 2016r. do 31 grudnia 2016r. wykazała, iż Świadczeniodawca nie realizuje w/w wymogu - nie sprawozdaje w osobodniach liczby osobodni, w których świadczeniobiorcy hospitalizowani w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii mieli:

- cewnik w żyłę głównej oraz wykonany bezpośredni pomiar ośrodkowego ciśnienia żylnego,
- cewnik w tętnicy oraz wykonany bezpośredni pomiar ciśnienia tętniczego,
- cewnik w tętnicy płucnej i wykonany pomiar dynamiki układu krążenia lub z inną technologią medyczną służącą do pomiaru dynamiki układu krążenia przyjętą jako alternatywna, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną,
- wykonany pomiar ciśnienia wewnątrzczaszkowego
- leczeni nerkozastępcze.

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. Podlaski OW NFZ przeanalizował dokumentację medyczną oraz „Karty Statystyczne Szpitala Ogólne MZ/Szp – 11” 20 pacjentów objętych próbą kontrolną, w szczególności postawione rozpoznania zasadnicze i współistniejące w kontekście przepisów regulujących zapobieganie oraz zwalczanie zakażeń i chorób zakaźnych.

**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, Księga chorych oddziału, Księgi raportów lekarskich oraz Księgi raportów pielęgniarskich z 2016 roku

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.3) 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 określonych w Załączniku nr 3 lp. 3 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. (ze zm.) w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie leczenia szpitalne. Analiza dokumentacji przedstawionej przez Świadczeniodawcę w zakresie zgodności wykazanych osób (lekarze) udzielających świadczeń w ramach zwykłej ordynacji lekarskiej z dokumentacją potwierdzającą czas pracy w ramach zwykłej ordynacji lekarskiej tj. listy obecności lekarzy udzielających świadczeń zdrowotnych za wybrany okres sierpień – październik 2017r. w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii wykazała, iż Świadczeniodawca spełniał w badanym okresie warunek realizacji świadczeń w części dotyczącej personelu medycznego- lekarze w zakresie anestezjologia i intensywna terapia II poziom referencyjny – hospitalizacja. Na podstawie dokumentacji okazanej przez Świadczeniodawcę potwierdzającej czas pracy pielęgniarek tj. grafiki pracy za miesiąc październik 2017r. w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii stwierdzono, iż Świadczeniodawca w badanym okresie spełniał warunek zapewnienia co najmniej 2,22 etatu pielęgniarskiego na jedno stanowisko intensywnej terapii poprzez zapewnienie realizacji świadczeń przez personel pielęgniarski w analizowanym okresie na poziomie 42,26 etatu. Analiza dokumentacji przedstawionej przez Świadczeniodawcę tj. grafików pracy w ramach zapewnienia opieki lekarskiej po godzinach normalnej ordynacji lekarskiej (dyżuru medycznego) oraz grafików pracy pielęgniarek w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii za okres: sierpień - październik 2017r. wykazała, iż Świadczeniodawca w badanym okresie spełniał warunek realizacji świadczeń w zakresie zapewnienia całodobowej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej we wszystkie dni tygodnia. Pozytywnie z uchybieniami, należy ocenić przestrzeganie przez Świadczeniodawcę zapisów § 2 ust. 1 i 2 powołanej wyżej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które stanowią, 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. Analiza przedłożonego przez Świadczeniodawcę wykazu personelu – lekarze udzielającego świadczeń w kontrolowanym zakresie wg. stanu na dzień 29.11.2017r. z danymi zawartymi w załączniku nr 2 do umowy „Harmonogram – zasoby” (aktualnym na dzień weryfikacji kontrolnej) wykazała, iż 2 lekarzy zgłoszonych do umowy za pośrednictwem dedykowanego serwisu internetowego nie udzielało świadczeń (osoby te nie zostały także ujęte w przygotowanym na potrzeby kontroli Wykazie personelu – lekarze). Analiza dokumentacji przedstawionej przez Świadczeniodawcę w zakresie zgodności wykazanych osób (pielęgniarki) udzielających świadczeń z dokumentacją potwierdzającą czas pracy tj. grafiki pracy za okres sierpień - październik 2017r. w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz z danymi zawartymi w załączniku nr 2 do umowy „Harmonogram – zasoby” do obowiązującej umowy wykazała, iż:

- 2 pielęgniarki nie zostały zgłoszone przez Świadczeniodawcę do załącznika nr 2 do umowy „Harmonogram – zasoby” za pośrednictwem dedykowanego serwisu internetowego.
- 5 pielęgniarek zgłoszonych przez Świadczeniodawcę do załącznika nr 2 do umowy „Harmonogram – zasoby” za pośrednictwem dedykowanego serwisu internetowego nie udzielało świadczeń w kontrolowanym okresie. Pozytywnie, należy

	<p>ocenić spełnianie w kontrolowanym okresie przez Świadczeniodawcę wymogów w zakresie wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, określonych w Załączniku nr 3 lp. 3 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. (ze zm.) w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie leczenia szpitalne.</p>
<p>Zalecenia pokontrolne i skutki finansowe / link</p>	<p><b>Zalecenia pokontrolne:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dołożyć 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>2. 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>3. 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 świadczeń opieki zdrowotnej oraz sprawozdawać w raporcie statystycznym w szczególności następujące dane: rozpoznanie zasadnicze i nie więcej niż trzy rozpoznania współlistniejące, 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:       <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> </li> <li>4. Niezwłocznie zapewnić rzetelną realizację wymogu określonego w Załączniku nr 3 (lp. 3 - pkt. 5) Pozostałe wymagania) 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 dotyczącym sprawozdawania w osobodniach liczby osobodni, w których świadczeniobiorcy hospitalizowani w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii mieli:       <ol style="list-style-type: none"> <li>A – cewnik w żyłę główną oraz wykonany bezpośredni pomiar ośrodkowego ciśnienia żylnego,</li> <li>B – cewnik w tętnicy oraz wykonany bezpośredni pomiar ciśnienia tętniczego,</li> <li>C – cewnik w tętnicy płucnej i wykonany pomiar dynamiki układu krążenia lub z inną technologią medyczną służącą do pomiaru dynamiki układu krążenia przyjętą jako alternatywna, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną,</li> <li>D - wykonany pomiar ciśnienia wewnątrzczaszkowego</li> <li>E – leczenie nerkozastępcze.</li> </ol> </li> <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 lit. b) Wystąpienia).</li> </ol>

	<p>6. Na bieżąco i terminowo aktualizować dane o swoim potencjale wykonawczym (personel udzielający świadczeń) przeznaczonym do realizacji umowy.</p> <p>7. Złożyć korektę faktury oraz raportu statystycznego uwzględniającą świadczenie wyszczególnione w części I punkt 1.2 (Tabela nr 2) wystąpienia pokontrolnego.</p> <p><b>Skutki finansowe kontroli:</b></p> <p>a) kwota 2 496,00zł (słownie: dwa tysiące czterysta dziewięćdziesiąt sześć złotych 00/100 groszy) tytułem zwrotu nienależnie przekazanych środków finansowych za rok 2016.</p>
--	--

Sporządził:  
Dział Kontroli Realizacji Umów na Świadczenia