

Sprawozdanie z przeprowadzonych kontroli – IV kwartał 2021 r.

Jednostka organizacyjna NFZ przeprowadzająca kontrolę	Numer postępowania kontrolnego	Termin przeprowadzenia kontroli	Podmiot kontrolowany: nazwa i adres	Temat kontroli, okres objęty kontrolą	Informacja dotycząca ustaleń z kontroli	Zalecenia pokontrolne i skutki finansowe / link
<p>Departament Kontroli Terenowy Wydział Kontroli X w Białymstoku</p>	<p>DK.TWKX.7320.043.2021.DRXX</p>	<p>13.08.2021 – 12.10.2021</p>	<p>POLSKA STOMATOLOGIA PAWEŁ PIETRUSEWICZ z siedzibą: 15-558 Białystok, ul. Pozioma 2A, lok. 3U prowadzący działalność leczniczą w zakładzie leczniczym: POLSKA STOMATOLOGIA adres: 15-558 Białystok, ul. Pozioma 2A, lok. 3U</p>	<p>Realizacja umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne w zakresie świadczeń ogólnostomatologicznych</p> <p>Okres objęty kontrolą: 01.01.2019 – 31.12.2019</p>	<p>Stwierdzono następujące nieprawidłowości:</p> <ol style="list-style-type: none"> sprawozdanie i rozliczenie świadczeń profilaktycznych, pomimo braku udokumentowanego potwierdzenia realizacji warunków – w przypadku 12 świadczeń (1,27% próby kontrolnej) sprawozdanie i rozliczenie świadczeń rentgenodiagnostyki bez połączenia z innym świadczeniem, bez opisu zdjęcia w dokumentacji medycznej lub jako 3-cie zdjęcie w roku kalendarzowym – w przypadku 12 świadczeń (1,27% próby kontrolnej) sprawozdanie i rozliczenie świadczenia o kodzie 513002306000 - wizyta adaptacyjna - dotyczy pierwszych wizyt małych dzieci łącznie z badaniem lekarskim – dotyczy 1 przypadku (0,11% próby kontrolnej) sprawozdanie i rozliczenie procedur lakierowania zębów do realizacji których nie użyto lakieru fluorkowego – w przypadku 12 świadczeń (1,27% próby kontrolnej) sprawozdanie i rozliczenie świadczenia zakwalifikowanego do nieprawidłowego produktu rozliczeniowego - wpisy w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjentów świadczą o wykonaniu świadczenia o innym kodzie, niż zostało sprawozdane – w przypadku 11 świadczeń (1,17% próby kontrolnej) sprawozdanie i rozliczenie świadczeń, w przypadku gdy wpisy w dokumentacji medycznej świadczą o leczeniu ponadstandardowym – dotyczy 7 świadczeń (0,74% próby kontrolnej) sprawozdanie i rozliczenie świadczeń, w przypadku których wpisy do dokumentacji medycznej sprowadzały się do nazwy wykazanej do rozliczenia procedury, natomiast brak było szczegółowego rozpoznania uzasadniającego wykazanie procedury, opisu wykonanych czynności medycznych bądź też informacji o zastosowanych preparatach – w przypadku 41 świadczeń (4,34% próby kontrolnej) sprawozdanie i rozliczenie świadczenia o kodzie 513002311060 opatrunek leczniczy w zębie stałym razem ze świadczeniem dewitalizacji zawierającym już opatrunek – dotyczy 1 świadczenia (0,11% próby kontrolnej) brak wpisów w dokumentacji medycznej, potwierdzających wykonanie świadczeń wykazanych do rozliczenia w raportach statystycznych jako udzielone świadczenia – w przypadku 83 świadczeń (8,79% próby kontrolnej) Indywidualna dokumentacja medyczna pacjentów objętych próbą kontrolną nie zawierała: <ul style="list-style-type: none"> - kodu resortowego, stanowiącego I część systemu resortowych kodów identyfikacyjnych w przypadku 33 dokumentacji (100 % próby kontrolnej) - daty urodzenia oraz oznaczenia płci pacjenta w przypadku 33 dokumentacji (100% próby kontrolnej) - oznaczenia stron dokumentacji przynajmniej imieniem i nazwiskiem pacjenta – dotyczy drugiej strony w 62 okazanych dokumentacjach (91,18% próby kontrolnej) - zachowanej kolejności w numeracji stron oraz numeracji stron w przypadku załączanych dokumentów typu oświadczenia, zlecenia - w przypadku 13 okazanych dokumentacji (19,12% próby kontrolnej) - numeru statystycznego rozpoznania choroby, problemu zdrowotnego lub urazu, według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta we wszystkich objętych próbą kontrolną wpisach w dokumentacji medycznej - w przypadku zleceń na świadczenia protetyczne: brak daty wystawienia zlecenia i daty wykonania zlecenia przez podwykonawcę (100% skontrolowanych zleceń), brak daty 	<ol style="list-style-type: none"> Rzetelnie i z należytą starannością wykazywać do rozliczenia z Funduszem świadczenia faktycznie wykonane, które znajdują potwierdzenie we wpisach w dokumentacji medycznej oraz spełniają wymogi określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1199 ze zm.) oraz wymogi określone w Zarządzeniu Nr 47/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Dokonać korekty raportów statystycznych i faktur w zakresie zakwestionowanych świadczeń, określonych w niniejszym wystąpieniu pokontrolnym Prowadzić dokumentację medyczną zgodnie z aktualnie obowiązującym Rozporządzeniem Ministra Zdrowia <p>Skutki finansowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 4 753,60 zł – nienależnie przekazane środki finansowe, - 1 273,50 zł – wartość nałożonej kary umownej.

					<p>odbioru pracy przez lekarza zlecającego (80%), brak danych i podpisu podwykonawcy (20%)</p> <p>Ocena ogólna kontrolowanego podmiotu – pozytywna z nieprawidłowościami</p>	
<p>Departament Kontroli Terenowy Wydział Kontroli X w Białymstoku</p>	<p>DK.TWKX.7320.044.2021.DRXX</p>	<p>14.07.2021-14.09.2021</p>	<p>Poliklinika Ginekologiczno-Położnicza Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością spółka komandytowa. 15-435 Białystok, ul. Ludwika Zamenhofska 19 prowadzący działalność w zakładzie leczniczym: Poliklinika Ginekologiczno – Położnicza Szpital 15-435 Białystok, ul. Ludwika Zamenhofska 19</p>	<p>Realizacja umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenia szpitalnego w zakresie położnictwa i ginekologia – hospitalizacja – N01, N20</p> <p>Okres objęty kontrolą: 01.01.2019 – 31.12.2019</p>	<p>Stwierdzono następujące nieprawidłowości:</p> <ol style="list-style-type: none"> Brak zgodności sprawozdanych w raportach statystycznych danych z danymi zawartymi w dokumentacji medycznej w związku z brakiem oznaczenia osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych oraz daty dokonania przez nią wpisu w dokumentacji medycznej - dotyczy 2 przypadków (co stanowi 2% próby kontrolnej) Nieprawidłowo w raporcie statystycznym sprawozdano procedurę medyczną ICD – 9 z błędną datą jej realizacji - 1 przypadek (co stanowi 1% próby kontrolnej) Sprawozdanie do POW NFZ w raportach statystycznych niewłaściwego kodu trybu przyjęcia do oddziału szpitalnego - 4 przypadki (co stanowi 9,76% próby kontrolnej) Indywidualna dokumentacja medyczna nie spełniała wymagań zawartych w Rozporządzeniu MZ w sprawie dokumentacji medycznej, w tym: <ul style="list-style-type: none"> Brak oznaczenia wpisów w indywidualnej dokumentacji przez osoby dokonujące wpisu - 2 przypadki (co stanowi 2,77% próby kontrolnej) Brak numeracji stron indywidualnej dokumentacji medycznej - 13 przypadków (co stanowi 18,05% próby kontrolnej) Brak na pierwszej stronie indywidualnej dokumentacji medycznej oznaczenia pacjenta tj. brak oznaczenia płci - 60 przypadków (co stanowi 83,33% próby kontrolnej) Brak daty dokonania wpisu w indywidualnej dokumentacji medycznej - 5 przypadków (co stanowi 6,94% próby kontrolnej) Zbiorcza dokumentacja medyczna nie spełniała wymagań zawartych w Rozporządzeniu MZ w sprawie dokumentacji medycznej, w tym: <ul style="list-style-type: none"> * Księgi chorych oddziału położniczego z 2019r: <ul style="list-style-type: none"> Brak kodu resortowego, stanowiącego część I systemu resortowych kodów identyfikacyjnych - 2 Księgi z 12 (co stanowi 16,66% próby kontrolnej) Brak nazwy jednostki organizacyjnej i jej kodu resortowego stanowiącego część V systemu resortowych kodów identyfikacyjnych - 2 Księgi z 12 (co stanowi 16,66% próby kontrolnej) Brak nazwy komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych, oraz jej kodu resortowego stanowiącego część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych - 2 Księgi z 12 (co stanowi 16,66% próby kontrolnej) Brak adresu miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych - 2 Księgi z 12 (co stanowi 16,66% próby kontrolnej) Brak w przypadku wszystkich wpisów adnotacji o miejscu, do którego pacjent został wypisany - 5 Ksiąg z 12 (co stanowi 41,67% próby kontrolnej) * Księgi bloku porodowego albo sali porodowej z 2019r: <ul style="list-style-type: none"> Brak oznaczenie grupy krwi i czynnika Rh pacjentki - 2 Księgi z 12 (co stanowi 16,66% próby kontrolnej) Brak kodu resortowego komórki organizacyjnej, w której pacjentka przebywała - 10 Ksiąg z 12 (co stanowi 83,33% próby kontrolnej) Brak wpisu rozpoznania wstępnego i ostatecznego (w części pozycji stwierdzono jedynie wpisy cyt. „w historii choroby”) - 12 Ksiąg z 12 (co stanowi 100% próby kontrolnej) Brak informacji o zastosowanych lekach (w części pozycji stwierdzono wpisy cyt. „w historii choroby”) - 12 Ksiąg z 12 (co stanowi 100% próby kontrolnej) Brak określenia rodzaju znieczulenia zastosowanego u pacjentki, jeżeli było wykonane, i jego szczegółowego opisu oraz oznaczenia lekarza anestezjologa – część wpisów w 2 Księgach z 12 (co stanowi 16,66% próby kontrolnej) Brak we wszystkich pozycjach daty przyjęcia pacjentki na blok porodowy albo salę porodową - 2 Księgi z 12 (co stanowi 16,66% próby kontrolnej) Brak we wszystkich pozycjach daty porodu - 1 Księga z 12 (co stanowi 8,34% próby kontrolnej) Brak we wszystkich pozycjach podanego czasu trwania 	<ol style="list-style-type: none"> Dolożyć należytej staranności w rzetelnym przekazywaniu w raportach statystycznych danych, zgodnych ze stanem faktycznym, w tym zrealizowanych procedur medycznych wg. klasyfikacji ICD – 9 opartych na wpisach w dokumentacji medycznej oraz zgodnego ze stanem faktycznym Kwalifikować i wskazywać do rozliczenia produkty rozliczeniowe mające potwierdzenie realizacji we wpisach w dokumentacji medycznej Przy bieżącej sprawozdawczości świadczeń w ramach umowy zawartej z publicznym płatnikiem dolożyć należytej staranności przy wskazywaniu w raportach statystycznych składanych do POW NFZ prawidłowego kodu trybu przyjęcia do 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 oraz Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do D) Sankcje wynikające z umowy lub z przepisów ustawy o refundacji; C) Ocena cząstkowa obszaru/ podobszaru kontroli; E) Informacja o wystąpieniu o nałożenie innych przewidzianych prawem sankcji; 28 finansowania świadczeń ze środków publicznych; 29 - zgodnego z dokumentacją medyczną i faktycznym sposobem/przyczyną przyjęcia pacjenta do szpitala Prowadzić dokumentację medyczną zgodnie z wymogami określonymi w aktualnie obowiązującym Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie dokumentacji medycznej Złożyć korekty raportów statystycznych oraz faktur w zakresie świadczeń wskazanych w wystąpieniu pokontrolnym <p>Skutki finansowe: - 200,00 zł – nienależnie przekazane środki finansowe, - 35 763,96 zł – wartość nałożonej kary umownej.</p>

					<p>poszczególnych okresów porodu - 2 Księgi z 12 (co stanowi 16,66% próby kontrolnej)</p> <p>- Brak we wszystkich pozycjach szczegółowego opisu przebiegu porodu - 2 Księgi z 12 (co stanowi 16,66% próby kontrolnej)</p> <p>- Brak we wszystkich pozycjach daty wypisania pacjentki z bloku porodowego albo sali porodowej - 1 Księga z 12 (co stanowi 8,34% próby kontrolnej)</p> <p>- Brak we wszystkich pozycjach adnotacji o miejscu, do którego pacjentka została wypisana z bloku porodowego albo sali porodowej - 2 Księgi z 12 (co stanowi 16,66% próby kontrolnej)</p> <p>- Brak we wszystkich pozycjach oznaczenia lekarza albo położnej przyjmującej poród - 2 Księgi z 12 (co stanowi 16,66% próby kontrolnej)</p> <p>Ocena ogólna kontrolowanego podmiotu – pozytywna z nieprawidłowościami</p>	
<p>Departament Kontroli Terenowy Wydział Kontroli X w Białymstoku</p>	DK.TWKX.7320.045.2021.DRKX	29.07.2021-14.10.2021	<p>Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sokółce 16-100 Sokółka, ul. gen. Władysława Sikorskiego 40</p>	<p>Realizacja umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ) w zakresach, w których rozliczono świadczenia w grupie JGP H72 Amputacje rozległe i duże oraz świadczenia w grupie JGP J34 Leczenie chirurgiczne zmian troficznych stopy.</p> <p>Okres objęty kontrolą: 01.01.2019 – 31.12.2019</p>	<p>Stwierdzono następujące nieprawidłowości:</p> <p>1. Brak zgodności sprawozdanych w raportach statystycznych danych z wpisami zawartymi w dokumentacji medycznej w związku z wykazaniem procedury medycznej ICD 9 nie mającej odzwierciedlenia w dokumentacji medycznej - dotyczy 1 przypadku, co stanowi 50% próby kontrolnej,</p> <p>2. Sprawozdanie do POW NFZ w raportach statystycznych niewłaściwego kodu trybu przyjęcia do oddziału szpitalnego - 4 przypadki, co stanowi 13,34% próby kontrolnej,</p> <p>3. Brak zgodności danych sprawozdanych w raportach statystycznych z wpisami zawartymi w dokumentacji medycznej w związku z wskazaniem rozpoznania zasadniczych wg. ICD 10 oraz procedur medycznych ICD 9 nie mających odzwierciedlenia w dokumentacji medycznej - dotyczy wykazanych w raportach statystycznych 17 przypadków rozpoznania zasadniczych i 21 przypadków procedur medycznych wg. ICD 9, co stanowi 70% próby kontrolnej</p> <p>4. Zbiorcza dokumentacja medyczna nie spełniała wymagań zawartych w Rozporządzeniu MZ w sprawie dokumentacji medycznej, w tym:</p> <p>*Księgi ruchu chorych Oddziału chirurgii ogólnej:</p> <p>- Brak oznaczenia lekarza prowadzącego - 5 Ksiąg z 12 (co stanowi 41,67% próby kontrolnej)</p> <p>-Brak adnotacji o miejscu, do którego pacjent został wypisany - 5 Ksiąg z 12 (co stanowi 41,67% próby kontrolnej)</p> <p>* Księgi bloku operacyjnego albo sali operacyjnej:</p> <p>- Brak kodu resortowego komórki organizacyjnej, w której pacjentka przebywała - 8 Ksiąg z 12 (co stanowi 66,66% próby kontrolnej)</p> <p>- Brak wpisanego rozpoznania przedoperacyjnego - 12 Ksiąg z 12 (co stanowi 100% próby kontrolnej)</p> <p>- Brak oznaczenia lekarza kierującego na zabieg albo operację - 12 Ksiąg z 12 (co stanowi 100% próby kontrolnej).</p> <p>- Brak oznaczenia lekarza kwalifikującego pacjenta do zabiegu albo operacji - 12 Ksiąg z 12 (co stanowi 100% próby kontrolnej)</p> <p>- Brak oznaczenia daty rozpoczęcia oraz zakończenia zabiegu albo operacji, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinny - 8 Ksiąg z 12 (co stanowi 66,66% próby kontrolnej)</p> <p>- Brak szczegółowego opisu przebiegu zabiegu albo operacji wraz z rozpoznaniem pooperacyjnym - 12 Ksiąg z 12 (co stanowi 100% próby kontrolnej) - Dokumentacja zbiorcza nie zawierała rodzaju znieczulenia zastosowanego u pacjenta i jego szczegółowego opisu oraz oznaczenia lekarza anestezjologa - 12 Ksiąg z 12 (co stanowi 100% próby kontrolnej)</p> <p>Ocena ogólna kontrolowanego podmiotu – negatywna</p>	<p>1. Prawidłowo kwalifikować zrealizowane świadczenia zabiegowe do właściwego produktu rozliczeniowego (grupy) zgodnie z zasadami rozliczania świadczeń, określonymi w aktualnym w danym okresie rozliczeniowym Zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju LSZ</p> <p>2. Dołożyć należytej staranności w rzetelnym przekazywaniu w raportach statystycznych danych, zgodnych ze stanem faktycznym, w tym rozpoznać zasadniczych wg. ICD 10 oraz zrealizowanych procedur medycznych wg. klasyfikacji ICD – 9 opartych na wpisach w dokumentacji medycznej oraz wynikających ze stanu zdrowia pacjenta, opisanego w indywidualnej dokumentacji medycznej.</p> <p>3. Prowadzić dokumentację medyczną zgodnie z wymogami określonymi w aktualnie obowiązującym Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie dokumentacji.</p> <p>4. Przy bieżącej sprawozdawczości świadczeń w ramach umowy zawartej z publicznym płatnikiem dołożyć należytej staranności przy wskazywaniu w raportach statystycznych składanych do POW NFZ prawidłowego kodu trybu przyjęcia do oddziału szpitalnego zgodnie z Załącznikiem nr 4 do Rozporządzenia 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 oraz Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych 27 - zgodnego z dokumentacją medyczną i faktycznym sposobem/przyczyną przyjęcia pacjenta do szpitala.</p> <p>5. Złożyć korekty raportów statystycznych w celu poprawienia błędnie sprawozdanych danych, uwzględniających pozycje wyszczególnione w wystąpieniu pokontrolnym</p> <p>Skutki finansowe: - 148 585,08 zł – wartość nałożonej kary umownej.</p>
<p>Departament Kontroli Terenowy Wydział Kontroli X w Białymstoku</p>	DK.TWKX.7320.046.2021.DRKX	17.08.2021 – 09.11.2021	<p>Szpital Ogólny w Wysokiem Mazowieckiem z siedzibą: ul. Szpitalna 5, 18-200 Wysokie Mazowieckie.</p>	<p>Realizacja umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ) w zakresach, w których rozliczono świadczenia w grupie JGP H72 Amputacje rozległe i duże oraz świadczenia w grupie JGP</p>	<p>Stwierdzono następujące nieprawidłowości:</p> <p>1. Sprawozdanie do POW NFZ w raportach statystycznych niewłaściwego kodu trybu przyjęcia do oddziału szpitalnego - 2 przypadki, stanowi 25% próby kontrolnej</p> <p>2. Brak zgodności danych sprawozdanych w raportach statystycznych z wpisami zawartymi w dokumentacji medycznej w związku z wskazaniem rozpoznania zasadniczych wg. ICD 10 oraz procedur medycznych ICD 9 nie mających odzwierciedlenia w dokumentacji medycznej - dotyczy wykazanych w raportach statystycznych 10 przypadków rozpoznania zasadniczych i 53 przypadków procedur medycznych wg. ICD 9, co stanowi</p>	<p>1. Prawidłowo kwalifikować zrealizowane świadczenia zabiegowe do właściwego produktu rozliczeniowego (grupy) zgodnie z zasadami rozliczania świadczeń, określonymi w aktualnym w danym okresie rozliczeniowym Zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju LSZ</p> <p>2. Dołożyć należytej staranności w rzetelnym przekazywaniu w raportach statystycznych danych, zgodnych ze stanem faktycznym, w tym rozpoznać zasadniczych wg. ICD 10 oraz zrealizowanych</p>

				<p>J34 Leczenie chirurgiczne zmian troficznych stopy.</p> <p>Okres objęty kontrolą: 01.01.2019 – 31.12.2019</p>	<p>88,33% próby kontrolnej</p> <p>3. Sprawozdanie do POW NFZ w raportach statystycznych niewłaściwego kodu trybu przyjęcia do oddziału szpitalnego - 41 przypadków, co stanowi 68,33% próby kontrolnej</p> <p>4. Zbiorcza dokumentacja medyczna nie spełniała wymagań zawartych w Rozporządzeniu MZ w sprawie dokumentacji medycznej, w tym:</p> <p>*Księgi ruchu chorych Oddziału chirurgicznego ogólnego: - Brak adnotacji o miejscu, do którego pacjent został wypisany - 12 Ksiąg z 12 (co stanowi 100% próby kontrolnej)</p> <p>*Księgi bloku operacyjnego albo sali operacyjnej → Brak kodu resortowego stanowiącego część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych, - 12 Ksiąg z 12 (co stanowi 100% próby kontrolnej)</p> <p>- Brak wpisanego rozpoznania przedoperacyjnego - 9 Ksiąg z 12 (co stanowi 75% próby kontrolnej)</p> <p>- Brak oznaczenia lekarza kwalifikującego pacjenta do zabiegu albo operacji - 11 Ksiąg z 12 (co stanowi 91,66% próby kontrolnej)</p> <p>- Brak szczegółowego opisu przebiegu zabiegu albo operacji wraz z rozpoznaniem pooperacyjnym - 12 Ksiąg z 12 (co stanowi 100% próby kontrolnej)</p> <p>- Dokumentacja zbiorcza nie zawierała rodzaju znieczulenia zastosowanego u pacjenta i jego szczegółowego opisu oraz oznaczenia lekarza anestezjologa - 12 Ksiąg z 12 (co stanowi 100% próby kontrolnej)</p> <p>- Dokumentacja zbiorcza nie zawierała oznaczenia osób wchodzących odpowiednio w skład zespołu operacyjnego, zespołu zabiegowego, zespołu anestezyjologicznego - 2 Ksiąg z 12 (co stanowi 16,66% próby kontrolnej)</p> <p>Ocena ogólna kontrolowanego podmiotu – negatywna</p>	<p>procedur medycznych wg. klasyfikacji ICD – 9 opartych na wpisach w dokumentacji medycznej oraz wynikających ze stanu zdrowia pacjenta, opisanego w indywidualnej dokumentacji medycznej</p> <p>3. Prowadzić dokumentację medyczną zgodnie z wymogami określonymi w aktualnie obowiązującym Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie dokumentacji medycznej</p> <p>4. Przy bieżącej sprawozdawczości świadczeń w ramach umowy zawartej z publicznym płatnikiem dołożyć należytej staranności przy wskazywaniu w raportach statystycznych składanych do POW NFZ prawidłowego kodu trybu przyjęcia do oddziału szpitalnego zgodnie z Załącznikiem nr 4 do Rozporządzenia 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 oraz Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych</p> <p>26 - zgodnego z dokumentacją medyczną i faktycznym sposobem/przyczyną przyjęcia pacjenta do szpitala</p> <p>.5. Złożyć korekty raportów statystycznych w celu poprawienia błędnie sprawozdanych danych, uwzględniających pozycje wyszczególnione w wystąpieniu pokontrolnym</p> <p>Skutki finansowe: - 200 214,98 zł – wartość nałożonej kary umownej</p>
<p>Departament Kontroli Terenowy Wydział Kontroli X w Białymstoku</p>	<p>DK.TWKX.7320.049.2021.DRKX</p>	<p>26.07.2021 – 13.08.2021</p>	<p>Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Białymstoku im. Mariana Żyndrama Kościalkowskiego z siedzibą: 15-471 Białystok ul. Fabryczna 27 prowadzący działalność w zakładzie leczniczym: Przychodnia w Białymstoku z siedzibą: 15-471 Białystok ul. Fabryczna 27</p>	<p>Realizacja zaleceń pokontrolnych wskazanych w wystąpieniu pokontrolnym nr DK.TWKX.7310.003.2019.DKUX.</p> <p>Okres objęty kontrolą: 01.01.2020 - 29.02.2020, w części zakresów -stan na dzień kontroli</p>	<p>Stwierdzono następujące nieprawidłowości: 5 z 9 zaleceń pokontrolnych (co stanowi 55,56%) z postępowania kontrolnego nr DK.TWKX.7320.003.2019.DKUX nie zostało zrealizowanych prawidłowo, w tym: → wg stanu na dzień kontroli tj. 26.07.2021 r.</p> <p>1) nie zapewniono odpowiedniej liczby gabinetów w stosunku do liczby lekarzy udzielających świadczeń w Poradni Rehabilitacji..</p> <p>2) w miejscu udzielania świadczeń nie stwierdzono 9 z 43 (co stanowi 20,93%) pozycji sprzętu i aparatury medycznej zgłoszonych w załączniku nr 2 „Harmonogram- zasoby” do kontrolowanej umowy</p> <p>3) nie uzupełniono 1 z 5 (co stanowi 20%) brakujących informacji o sposobie organizacji udzielania świadczeń o których mowa w §11 załącznika do rozporządzenia w sprawie OWU12 tj. "Świadczeniodawca jest obowiązany umieścić wewnątrz budynków siedziby i jednostek organizacyjnych informacje dotyczące: (...) 2) miejsc i godzin udzielania świadczeń przez podwykonawców, jeżeli zachodzi potrzeba poinformowania o tym świadczeniobiorców", - w okresie od 01.01.2020 r. do 29.02.2020 r.</p> <p>4) świadczenia w zakresie lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej wraz z zakresem skojarzonym były udzielane niezgodnie z harmonogramem pracy zawartym w załączniku nr 2 kontrolowanej umowy</p> <p>5) w 5 z 21 przypadków- dotyczy pacjent nr 2, 3, 11,15, 17 (co stanowi 23,81%) liczba zrealizowanych dni zabiegowych była mniejsza niż liczba dni zleconych- nie stwierdzono wpisu/ prawidłowo oznakowanego wpisu o przyczynie takiego stanu rzeczy</p> <p>Ocena ogólna kontrolowanego podmiotu – negatywna</p>	<p>1. Dostosować warunki realizacji świadczeń w zakresie lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna do potrzeb wynikających z harmonogramu pracy lekarzy tj. zapewnić liczbę gabinetów lekarskich stosownie do ilości lekarzy jednocześnie udzielających</p> <p>2. Umieścić wewnątrz Zakładu Rehabilitacji informację dotyczącą miejsc i godzin udzielania świadczeń przez podwykonawcę (Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzki Szpital Zespolony im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku), jeżeli zajdzie taka potrzeba informowanie o tym świadczeniobiorców zgodnie z zapisami zawartymi w § 11 ust. 4 pkt. 2</p> <p>3. Aktualizować na bieżąco dane o swoim potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy zgodnie z zapisami zawartymi w § 2 ust. 9 i 10 kontrolowanej umowy dotyczącej sprzętu i aparatury medycznej wskazanych w załączniku nr 2 do umowy jako zasoby służące do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w Dziale Fizjoterapii</p> <p>4. Udzielać świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie: lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej przez osoby wymienione w załączniku nr 2 do umowy zgodnie z harmonogramem pracy w myśl zapisów zawartych w § 6 ust. 1 oraz § 9 ust. 1 załącznika do rozporządzenia w sprawie OWU17 w zw. z § 2 ust. 1-3 kontrolowanej umowy. W przypadku zamian w harmonogramie dotyczących osób udzielających świadczeń zgłoszenia dyrektorowi oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia należy dokonać nie później niż w terminie 14 dni od dnia odwołania stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii zgodnie z zapisami zawartymi w § 4 ust. 1 pkt. 2 i ust. 2 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 kwietnia 2020 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 696</p> <p>5. Dokończy należytej staranności przy realizacji ilości zleconych dni zabiegowych, z zastrzeżeniem, iż w</p>

						<p>przypadku uzasadnionych sytuacji, w których nie może być zrealizowana zlecona liczba dni zabiegowych – każdorazowo należy odnotować przyczynę takiego stanu rzeczy w dokumentacji medycznej</p> <p>Skutki finansowe: - 15 653,33 zł – wartość nałożonej kary umownej</p>
<p>Departament Kontroli Terenowy Wydział Kontroli X w Białymstoku</p>	DK.TWKX.7320.050.2021.DRXX	02.08.2021-12.10.2021	<p>Łomżyńskie Centrum Medyczne Spółka z Ograniczoną Odpowiedzialnością z siedzibą: ul. ks. Kardynała Wyszyńskiego 9 18-400 Łomża prowadzący działalność w zakładzie leczniczym: Centrum Diagnostyczno-Lecznicze pod adresem: ul. ks. Kardynała Wyszyńskiego 9 18-400 Łomża</p>	<p>Realizacja umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, świadczenia w zakresie reumatologii – świadczenia pierwszorazowe oraz świadczenia w zakresie reumatologii.</p> <p>Okres objęty kontrolą: 01.01.2018 - 31.12.2018</p>	<p>Stwierdzono następujące nieprawidłowości:</p> <ol style="list-style-type: none"> rozliczenie świadczeń pierwszorazowych poprzez produkt o kodzie W40 przed dokonaniem kompleksowej oceny stanu zdrowia pacjenta (decyzję diagnostyczno- terapeutyczną podjęto na podstawie wywiadu i badania przedmiotowego, a oceny pozyskanych na drodze skierowania wyników badań diagnostycznych dokonano dopiero na kolejnej wizycie)- dotyczy 10 z 50 skontrolowanych świadczeń sprawozdanych na rzecz pacjentów, co stanowi 20% próby kontrolnej. nieprawidłowe zakwalifikowanie świadczeń specjalistycznych do produktu rozliczeniowego- dotyczy 13 z 235 świadczeń (co stanowi 5,53% próby kontrolnej w tym: <ul style="list-style-type: none"> 3 świadczenia będące następstwem błędnie wskazanych ICD9, niemających potwierdzenia we wpisach/ wynikach badań zawartych w dokumentacji medycznej pacjentów 10 świadczeń będących następstwem nieprawidłowo rozliczonych świadczeń pierwszorazowych (przed dokonaniem kompleksowej oceny stanu zdrowia pacjenta, <p>Ocena ogólna kontrolowanego podmiotu – pozytywna z nieprawidłowościami</p>	<p>1.W raportach statystycznych do POW NFZ wskazywać procedury medyczne wg ICD9 faktycznie wykonane mające potwierdzenie we wpisach/ wynikach badań zawartych w dokumentacji medycznej pacjentów, zarówno pod względem rodzaju wykonanych czynności diagnostyczno-leczniczych, jak również daty i czynności ich wykonania, zgodnie z § 11 ust. 1 pkt. 2 oraz z § 11 ust. 8 Zarządzenia Nr 182/2019/DSOZ Prezesa NFZ (ze zm.)</p> <p>2. Świadczenia pierwszorazowe rozliczać prawidłowo tzn. po uzyskaniu wyników zleconych badań diagnostycznych i podjęciu decyzji diagnostycznej oraz terapeutycznej wobec świadczeniobiorców, zgodnie z definicją świadczenia specjalistycznego pierwszorazowego zawartą w § 2 ust. 1 pkt. 29 Zarządzenia Nr 182/2019/DSOZ Prezesa NFZ (ze zm.) oraz po wywiązaniu się z warunków o których mowa w § 12 ust. 6 w/w Zarządzenia, wówczas po spełnieniu powyższego, dopiero kolejną wizytę należy rozliczać jako świadczenie specjalistyczne w ramach zakresu: świadczenia w zakresie reumatologii</p> <p>3. Złożyć korekty raportów statystycznych w zakresie pozycji wyszczególnionych w wystąpieniu pokontrolnym</p> <p>Skutki finansowe: - 2 023,54 zł – nienależnie przekazane środki finansowe, - 1 004,48 zł – wartość nałożonej kary umownej.</p>
<p>Departament Kontroli Terenowy Wydział Kontroli X w Białymstoku</p>	DK.TWKX.7320.051.2021.DRXX	09.08.2021-18.10.2021	<p>"Osteo-Medic" spółka cywilna Artur Racewicz, Jerzy Supronik z siedzibą: ul. Wiejska 81, 15-351 Białystok prowadzący działalność w zakładzie leczniczym: NZOZ "OSTEO-MEDIC" s.c. Artur Racewicz, Jerzy Supronik pod adresem: ul. Wiejska 81, 15-351 Białystok</p>	<p>Realizacja umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, świadczenia w zakresie reumatologii – świadczenia pierwszorazowe oraz świadczenia w zakresie reumatologii.</p> <p>Okres objęty kontrolą: 01.01.2018 - 31.12.2018</p>	<p>Stwierdzono następujące nieprawidłowości:</p> <ol style="list-style-type: none"> Rozliczenie świadczeń pierwszorazowych poprzez produkt o kodzie W40 przed dokonaniem kompleksowej oceny stanu zdrowia pacjenta (decyzję diagnostyczno- terapeutyczną podjęto na podstawie wywiadu i badania przedmiotowego, a oceny pozyskanych na drodze skierowania wyników badań diagnostycznych dokonano dopiero na kolejnej wizycie)- dotyczy 2 z 40 skontrolowanych świadczeń sprawozdanych na rzecz pacjentów, co stanowi 5% próby kontrolnej Nieprawidłowe zakwalifikowanie świadczeń specjalistycznych do produktu rozliczeniowego- dotyczy 4 z 255 świadczeń (co stanowi 1,57% próby kontrolnej), w tym: <ul style="list-style-type: none"> 2 świadczenia będące następstwem błędnie wskazanych ICD9, nie mających potwierdzenia we wpisach/ wynikach badań zawartych w dokumentacji medycznej pacjentów 2 świadczenia będących następstwem nieprawidłowo rozliczonych świadczeń pierwszorazowych (przed dokonaniem kompleksowej oceny stanu zdrowia pacjenta 3. Prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej pacjentów niezgodnie z zapisami Rozporządzeniem MZ ws dokumentacji medycznej, w tym: <ul style="list-style-type: none"> 33 ze 104 Historii zdrowia i choroby (31,73% próby kontrolnej) były nieponumerowane, 41 z 41 Historii zdrowia i choroby (100% próby kontrolnej) zawierające dokumenty dodatkowe nie posiadały na nich numeru porządkowego/ nie były ponumerowane 3 ze 104 Historii zdrowia i choroby (2,88% próby kontrolnej) nie posiadały na kolejnych stronach co najmniej imienia i nazwiska pacjenta 50 z 50 podlegających ocenie 23 Historii zdrowia i choroby (100% próby kontrolnej) nie zawierało prawidłowego oznaczenia podmiotu, w tym: - w przypadku 48 stwierdzono brak nazwy podmiotu i kodu resortowego stanowiącego część I systemu resortowych kodów identyfikacyjnych (nr księgi rejestrowej - w przypadku 2 stwierdzono brak kodu resortowego stanowiącego część I systemu resortowych kodów identyfikacyjnych (nr księgi rejestrowej), brak nazwy przedsiębiorstwa podmiotu i nazwy jednostki organizacyjnej 	<p>1.Przekazywać Informację dla lekarza kierującego/ POZ w dacie udzielenia świadczenia pierwszorazowego w myśl zapisów zawartych w § 2 ust. 1 pkt. 29 Zarządzenia Nr 182/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 grudnia 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna (ze zm.)</p> <p>2. W raportach statystycznych do POW NFZ wskazywać procedury medyczne wg ICD9 faktycznie wykonane mające potwierdzenie we wpisach/ wynikach badań zawartych w dokumentacji medycznej pacjentów, zgodnie z § 11 ust. 1 pkt. 2 oraz z § 11 ust. 8 Zarządzenia Nr 182/2019/DSOZ Prezesa NFZ (ze zm.)</p> <p>3. Świadczenia pierwszorazowe rozliczać prawidłowo tzn. po uzyskaniu wyników zleconych badań diagnostycznych i podjęciu decyzji diagnostycznej oraz terapeutycznej wobec świadczeniobiorców, zgodnie z definicją świadczenia specjalistycznego pierwszorazowego zawartą w § 2 ust. 1 pkt. 29 Zarządzenia Nr 182/2019/DSOZ Prezesa NFZ (ze zm.) oraz po wywiązaniu się z warunków o których mowa w § 12 ust. 6 w/w Zarządzenia, wówczas po spełnieniu powyższego, dopiero kolejną wizytę należy rozliczać jako świadczenie specjalistyczne w ramach zakresu: świadczenia w zakresie reumatologii</p> <p>4. Złożyć korekty raportów statystycznych w zakresie pozycji wyszczególnionych wystąpieniu pokontrolnym.</p> <p>Skutki finansowe: - 439,20 zł – nienależnie przekazane środki finansowe, - 1 413,50 zł – wartość nałożonej kary umownej.</p>

					<p>→ 48 z 50 podlegających ocenie 24 Historii zdrowia i choroby (96% próby kontrolnej) nie zawierała prawidłowego oznaczenie pacjenta- nie wskazano jego daty urodzenia, → 1 z 104 Historii zdrowia i choroby (0,96% próby kontrolnej) nie zawierała daty dokonania wpisu</p> <p>Ocena ogólna kontrolowanego podmiotu – pozytywna z nieprawidłowościami</p>	
<p>Departament Kontroli Terenowy Wydział Kontroli X w Białymstoku</p>	DK.TWKX.7320.052.2021.DRXX	03.08.2021-11.10.2021	<p>Łomżyńskie Towarzystwo Przyjaciół Chorych „Hospicjum” pod wezwaniem Św. Ducha, prowadzące działalność w zakładzie leczniczym: Dom Opieki Hospicyjnej ŁTPCH „HOSPICIUM” p.w. Św. Ducha w Łomży z siedzibą: ul. Rybaki 3, 18-400 Łomża.</p>	<p>Realizacja umowy w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie: świadczenia w hospicjum domowym.</p> <p>Okres objęty kontrolą: 01.01.2020 - 28.02.2021</p>	<p>Stwierdzono następujące nieprawidłowości: 1.Brak zapewnienia opieki przez pielęgniarkę posiadającą specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej albo będącą w trakcie tej specjalizacji, lub posiadającą ukończony kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej albo będącą w trakcie tego kursu, lub posiadającą ukończony kurs specjalistyczny w zakresie podstaw opieki paliatywnej albo będącą w trakcie tego kursu, w okresie od 01.01.2021 r. do 28.02.2021 r., 2. Brak skierowania wystawionego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego do objęcia opieką przez hospicjum domowe w 1 z 5 przypadków objętych badaniem kontrolnym, 3. Brak zachowania chronologii przyjęć do hospicjum domowego według kolejności zgłoszenia dwóch świadczeniobiorców</p> <p>Ocena ogólna kontrolowanego podmiotu – negatywna</p>	<p>1. Przy realizacji świadczeń pielęgniarstkich w ramach hospicjum domowego przestrzegać wymagań w zakresie kwalifikacji określonych w załączniku nr 2 Warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej do rozporządzenia ws. świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej 2. Obejmować opieką pacjentów w ramach hospicjum domowego w oparciu o skierowanie wystawione przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego</p> <p>Skutki finansowe: - 3 288,24 zł – wartość nałożonej kary umownej</p>
<p>Departament Kontroli Terenowy Wydział Kontroli X w Białymstoku</p>	DK.TWKX.7320.055.2021.DRXX	27.09.2021-05.10.2021	<p>SAMODZIELNEGO SZPITALA MIEJSKIEGO IM. PCK W BIAŁYMSTOKU z siedzibą: 15-003 Białystok, ul. Sienkiewicza 79 2 prowadzący działalność w zakładzie leczniczym: ZAKŁAD DZIAŁALNOŚCI AMBULATORYJNEJ z siedzibą: 15-003 Białystok, ul. Sienkiewicza 79.</p>	<p>Realizacja umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej – świadczenia w zakresie: badania endoskopowe przewodu pokarmowego – kolonoskopia (świadczenia rozliczane w ramach produktu: 503000000042, nazwa: kolonoskopia z polipektomią jednego lub więcej polipów o średnicy do 1 cm, za pomocą pętli diatermicznej z badaniem hist.-pat).</p> <p>Okres objęty kontrolą: 01.01.2019 - 31.12.2019</p>	<p>Nie stwierdzono nieprawidłowości.</p> <p>Ocena ogólna kontrolowanego podmiotu – pozytywna</p>	<p>W związku z pozytywną oceną podmiotu kontrolowanego brak jest zaleceń pokontrolnych oraz skutków finansowych</p>
<p>Departament Kontroli Terenowy Wydział Kontroli X w Białymstoku</p>	DK.TWKX.7320.056.2021.DRXX	04.10.2021-08.11-2021	<p>Białostockie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Białymstoku prowadzące działalność w zakładach leczniczych: 1) Specjalistyczny Szpital Onkologiczny; 2) Zakłady Centrum z siedzibą: 15-027 Białystok, ul. Ogrodowa 12</p>	<p>Realizacja umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie anestezjologia i intensywna terapia – hospitalizacja</p> <p>Okres objęty kontrolą: 03.04.2018 - 29.02.2020</p>	<p>Stwierdzono następujące nieprawidłowości: 1. błędnie wskazano do finansowania świadczeń 18 produktów z katalogu produktów wskazanych w załączniku nr 1 do Zarządzeń Prezesa NFZ obowiązujących w okresie kontrolowanym (1,8 % świadczeń kontrolowanych), 2. wskazano w sprawozdawczości niewłaściwy kod trybu wypisu ze szpitala 12 pacjentów (30,77% objętych kontrolą przypadków) 3. Indywidualna dokumentacja medyczna nie spełniała wymagań zawartych w Rozporządzeniu MZ w sprawie dokumentacji medycznej, w tym: → brak wskazania kodu resortowego, stanowiącego część I systemu resortowych kodów identyfikacyjnych - dotyczy 39 Historii choroby (100% próby kontrolnej) → brak wskazania nazwy jednostki organizacyjnej i jej kodu resortowego stanowiącego część V systemu resortowych kodów identyfikacyjnych (100% próby kontrolnej) → brak wskazania nazwy komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych, oraz jej kodu resortowego stanowiącego część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych – dotyczy 39 Historii choroby (100% próby kontrolnej).</p> <p>Ocena ogólna kontrolowanego podmiotu – pozytywna z nieprawidłowościami</p>	<p>1.W indywidualnej dokumentacji medycznej pacjentów w szczególności w Karcie dobowej oceny stanu pacjenta prawidłowo i wyczerpująco dokumentować udzielone czynności w OIT 2. Przy bieżących rozliczeniach świadczeń w ramach umowy zawartej z publicznym płatnikiem dołożyć należytej staranności przy wskazywaniu w raportach statystycznych składanych do Podlaskiego OW NFZ produktów z prawidłową kwalifikacją udzielonych świadczeń, zgodnie z ich opisem widniejącym w dokumentacji medycznej. 3. W indywidualnej dokumentacji medycznej pacjentów stosować właściwe załączniki do odpowiednio obowiązujących Zarządzeń Prezesa NFZ (dotyczy Karty punktacji pacjenta w skali TISS 28- Załącznika nr 4b) 4. Przy bieżącej sprawozdawczości świadczeń w ramach umowy zawartej z publicznym płatnikiem dołożyć należytej staranności przy wskazywaniu w raportach statystycznych składanych do POW NFZ prawidłowego kodu trybu wypisu ze szpitala zgodnie z Załącznikiem nr 4 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szeregówowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych15, zgodnego z</p>

						<p>dokumentacją medyczną i faktycznym sposobem/przyczyną przyjęcia pacjenta do szpitala</p> <p>5.Prowadzić dokumentację medyczną zgodnie z wymogami określonymi w aktualnie obowiązującym Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie dokumentacji medycznej</p> <p>6.Złożyć korekty raportów statystycznych oraz faktur w zakresie świadczeń wskazanych w wystąpieniu pokontrolnym</p> <p>Skutki finansowe: - 38 559,57 zł – nienależnie przekazane środki finansowe, - 13 212,61 zł – wartość nałożonej kary umownej.</p>
<p>Departament Kontroli Terenowy Wydział Kontroli X w Białymstoku</p>	DK.TWKX.7320.058.2021.DRXX	28.09.2021-15.12.2021	<p>SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY OŚRODEK ZDROWIA z siedzibą: 16-515 Puńsk ul. Szkolna 26, prowadzący działalność leczniczą w zakładzie leczniczym Ambulatoryjna Opieka Zdrowotna z siedzibą: 16-515 Puńsk ul. Szkolna 26.</p>	<p>Realizacja umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne w zakresie świadczeń ogólnostomatologicznych.</p> <p>Okres objęty kontrolą: 01.01.2019 - 31.12.2019</p>	<p>Stwierdzono następujące nieprawidłowości:</p> <p>1.Niezasadne wykazanie do rozliczenia 15 z 280 świadczeń (5,35%) objętych próbą kontrolną, w tym:</p> <ul style="list-style-type: none"> - brak stosownych wpisów w indywidualnej dokumentacji medycznej potwierdzających wykonanie świadczeń wykazanych w raportach statystycznych jako udzielone świadczenia - w przypadku skontrolowanych 3 z 280 (1,07% próby kontrolnej) świadczeń - brak uzasadnienia do wykonania świadczenia tj. brak opisów udzielonych świadczeń, brak informacji o przyczynie udzielenia świadczenia oraz informacji o zastosowanym preparacie w przypadku 8 świadczeń o kodzie 513002316050 Leczenie zmian na błonie śluzowej jamy ustnej z 280 skontrolowanych świadczeń (2,85% próby kontrolnej), - nieprawidłowe zakwalifikowanie świadczeń w przypadku których opis zawarty w dokumentacji medycznej nie odpowiada sprawozdanym świadczeniom – w przypadku 3 świadczeń o kodzie 513002312060 Ekstirpacja przyżyciowa miążgi z 280 skontrolowanych świadczeń (1,07% próby kontrolnej) - zlecenie świadczenia protetycznego nie zawierało podpisu pacjenta potwierdzającego odbiór protezy w przypadku 1 świadczenia o kodzie 513002331120 z 280 skontrolowanych świadczeń (0,36% próby kontrolnej) <p>2.Analiza dokumentacji medycznej, w kontekście prowadzenia jej zgodnie z obowiązującymi w okresie objętym kontrolą przepisami prawa, wykazała nieprawidłowości w prowadzeniu 11 z 34 indywidualnych dokumentacji medycznych (32,35%) objętych próbą kontrolną.</p> <ul style="list-style-type: none"> - nieprawidłowe oznaczenie pacjenta –w 1 dokumentacji medycznej pacjenta brak było oznaczenia płci pacjenta, oraz w 1 dokumentacji medycznej pacjenta brak było danych opiekuna prawnego. - opis udzielonych świadczeń ujęty w historii zdrowia i choroby nie zawierał informacji o zastosowanym preparacie leczniczym oraz informacji o rodzaju wykonanego znieczulenia (naruszenie dotyczy 7 dokumentacji medycznych pacjenta) - brak wpisu w dokumentacji medycznej o realizacji świadczenia - dotyczy 2 świadczeń protetycznych w 2 dokumentacjach medycznych pacjentów <p>Ocena ogólna kontrolowanego podmiotu – pozytywna z nieprawidłowościami</p>	<p>1. Rzetelnie i z należytą starannością wykazywać do rozliczenia z Funduszem świadczenia faktycznie wykonane, które znajdują potwierdzenie we wpisach w dokumentacji medycznej oraz spełniają wymogi określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (tj. Dz. U. z 2019 r. poz. 1199 ze zm.) oraz wymogi określone w Zarządzeniu Nr 47/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 7 czerwca 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne (ze zm.)</p> <p>2.Dokonać korekty raportów statystycznych i faktur w zakresie zakwestionowanych świadczeń, określonych wystąpieniu pokontrolnym</p> <p>3. Prowadzić dokumentację medyczną zgodnie z aktualnie obowiązującym Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2020 r. poz. 666 z późn.zm.).</p> <p>Skutki finansowe: - 296,64 zł – nienależnie przekazane środki finansowe, - 846,96 zł – wartość nałożonej kary umownej</p>
<p>Departament Kontroli Terenowy Wydział Kontroli X w Białymstoku</p>	DK.TWKX.7320.059.2021.DRXX	27.09.2021-22.12.2021	<p>E.&B. Falkowscy s.c. , ul. 11 Listopada 14, 16-200 Dabrowa Białostocka prowadzący działalność w zakładzie leczniczym: Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Stomatologiczno-Lekarska E&B Falkowscy s.c. z siedzibą: ul. 11 Listopada 14, 16-200 Dabrowa Białostocka, w miejscu udzielania świadczeń: Zespół Rehabilitacji Domowej, 16-300 Augustów ul. Zarzecze 17B.</p>	<p>Realizacja umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapii domowej i fizjoterapii domowej dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności.</p> <p>Okres objęty kontrolą: 01.01.2018 - 31.12.2019</p>	<p>Stwierdzono następujące nieprawidłowości:</p> <p>1. wykazanie do rozliczenia z POW NFZ 127 świadczeń które zostały udzielone niezgodnie z zaleceniem lekarza/mgr fizjoterapii określonym w „Skierowaniu na zabiegi fizjoterapeutyczne” lub nie spełniały kryterium rozliczenia z Funduszem ze względu na brak potwierdzenia ich wykonania przez pacjenta. Nieprawidłowości w rozliczeniu 127 świadczeń dotyczą:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 40 z 915 świadczeń (co stanowi 4,37% próby kontrolnej) w zakresie: fizjoterapia domowa - 12 z 3229 świadczeń (co stanowi 0,37% próby kontrolnej) w zakresie: fizjoterapia domowa (- 50 z 3490 świadczeń (co stanowi 1,43% próby kontrolnej) w zakresie: fizjoterapia - 25 z 4260 świadczeń (co stanowi 0,59% próby kontrolnej) w zakresie: fizjoterapia domowa dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności <p>2. Ponadto stwierdzono wykazanie do rozliczenia z Podlaskim</p>	<p>1.Prowadzić dokumentację medyczną zgodnie z przepisami Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania</p> <p>2. Rzetelnie i z należytą starannością przekazywać w raportach statystycznych dane zgodne ze stanem faktycznym, mającym potwierdzenie we wpisach w dokumentacji medycznej oraz kwalifikować je do właściwego zakresu świadczeń 3. Złożyć korekty raportów statystycznych w celu poprawienia błędnie sprawozdanych danych</p> <p>4. Przestrzegać czasu trwania poszczególnych zabiegów fizjoterapeutycznych zgodnie z warunkami szczegółowymi określonymi w załączniku nr 1m do aktualnie obowiązujących zarządzeń Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia</p>

					<p>OW NFZ 464 z 14384 (co stanowi 3,23% próby kontrolnej) świadczeń udzielonych świadczeniobiorcom posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności w ramach zakresu fizjoterapia domowa zamiast zakresu fizjoterapia domowa dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności, Nieprawidłowości w rozliczeniu 464 świadczeń dotyczą:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 99 z 3229 świadczeń (co stanowi 3,07% próby kontrolnej) w zakresie: fizjoterapia domowa - 365 z 3490 świadczeń (co stanowi 10,46% próby kontrolnej) w zakresie: fizjoterapia domowa <p>3.W indywidualnej dokumentacji medycznej stwierdzono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - brak prawidłowego oznaczenia osoby dokonującej wpisu w indywidualnych dokumentacji - brak numeracji stron w indywidualnych dokumentacji medycznych - brak oznaczenia pacjenta na pierwszej stronie dokumentacji indywidualnej świadczeniobiorców w indywidualnych dokumentacji medycznych - brak kodu resortowego stanowiącego część I, V oraz VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych w przypadku jednostki organizacyjnej i komórki organizacyjnej oraz niepełna nazwa jednostki organizacyjnej - skreślone/ poprawione wpisy bez wskazania daty, adnotacji o przyczynie błędu oraz oznaczenia osoby dokonującej adnotacji w indywidualnych dokumentacjach medycznych <p>4. W zbiorczej dokumentacji medycznej stwierdzono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - brak prawidłowego oznaczenia podmiotu, tj. niepełna nazwa jednostki organizacyjnej oraz brak kod resortowy stanowiący część V systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, - brak wpisów numeru PESEL pacjenta - jeżeli został nadany, w przypadku noworodka - numer PESEL matki, a w razie braku numeru PESEL - rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, - brak oznaczenia lekarza zlecającego zabieg - stwierdzono brak adnotacji o rodzaju zabiegu i jego przebiegu, widnieje jedynie kod procedury ICD9 - stwierdzono brak oznaczenia osoby wykonującej zabieg, <p>Ocena ogólna kontrolowanego podmiotu – pozytywna z nieprawidłowościami</p>	<p>Skutki finansowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 3 131,10 zł – nienależnie przekazane środki finansowe, - 7 798,43 zł – wartość nałożonej kary umownej
<p>Departament Kontroli Terenowy Wydział Kontroli X w Białymstoku</p>	DK.TWK-X.7300.2.060.2021.DRXX	11.10.2021-25.11.2021	<p>NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "FENIKS" S.C. - H.KLIMASZEWSKA, B.ŁUKAWSKA-PERKOWSKA, D.MEJZNER z siedzibą: 19-203 Grajewo, ul. Ignacego Krasickiego 4</p>	<p>Realizacja umowy o udzielanie świadczeń gwarantowanych w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie: świadczenia lekarza POZ.</p> <p>Okres objęty kontrolą: 01.01.2019 - 31.12.2019</p>	<p>Stwierdzono następujące nieprawidłowości:</p> <p>Świadczeniodawca nie sprawozdawał porad lekarza POZ finansowanych kapitacyjną stawką roczną, których wykonanie ma swoje odzwierciedlenie w zbiorczej dokumentacji medycznej (Księdze przyjęć) - w przypadku 27986 z 27987 wykonanych świadczeń (99,99% udzielonych świadczeń)</p> <p>Ocena ogólna kontrolowanego podmiotu – negatywna</p>	<p>1.Sprawozdać świadczenia lekarza POZ finansowane kapitacyjną stawką roczną udokumentowane w Księdze przyjęć w kontrolowanym okresie, które nie zostały sprawozdane do Oddziału Wojewódzkiego NFZ.</p> <p>2.Gromadzić i przekazywać w raportach statystycznych dane o wszystkich udzielonych świadczeniach w okresie obowiązywania umowy do Oddziału Wojewódzkiego NFZ, zgodnie z obowiązującym rozporządzeniem o gromadzeniu informacji oraz § 5 pkt 1 lit. a i b umowy o udzielanie świadczeń gwarantowanych w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna.</p> <p>Skutki finansowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 16 036,88 zł – wartość nałożonej kary umownej
<p>Departament Kontroli Terenowy Wydział Kontroli X w Białymstoku</p>	DK.TWK-X.7320.062.2021.DRXX	22.10.2021-19.11.2021	<p>SOCIUS Spółka Partnerska Lekarzy Radosław Budrowski, Elżbieta Nikolajuk z siedzibą: ul. Juliusza Słowackiego 7 lok. 27, 15-229 Białystok prowadzącym działalność w zakładzie leczniczym: Poradnia Okulistyczna "SOCIUS" z siedzibą: ul. gen. Władysława Sikorskiego 26 lok. 3, 18-100 Łapy</p>	<p>Realizacja umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, w zakresach: świadczenia w zakresie okulistyki oraz świadczenia w zakresie okulistyki – ze wskazań nagłych.</p> <p>Okres objęty kontrolą: 01.01.2020 - 31.12.2020</p>	<p>Stwierdzono następujące nieprawidłowości:</p> <p>1. Brak zgodności sprawozdanych danych z informacjami zawartymi w indywidualnej dokumentacji medycznej w przypadku 1 spośród 93 (1,06%) skontrolowanych świadczeń: w zakresie świadczenia w zakresie okulistyki - ze wskazań nagłych</p> <p>Ocena ogólna kontrolowanego podmiotu – pozytywna z nieprawidłowościami</p>	<p>1. Dochować należytej staranności przy bieżącej sprawozdawczości świadczeń w ramach umowy, zawartej z publicznym płatnikiem, wskazując w sprawozdawczości do Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ świadczenia wynikające z faktycznego stanu zdrowia pacjenta, opisanego w indywidualnej dokumentacji medycznej</p> <p>2. Dokonać korekty raportów statystycznych i faktur wskazanych w wystąpieniu pokontrolnym.</p> <p>Skutki finansowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 107,20 zł – nienależnie przekazane środki finansowe, - 168,39 zł – wartość nałożonej kary umownej
<p>Departament Kontroli Terenowy Wydział Kontroli</p>	DK.TWK-X.7320.063.2021.DRXX	25.10.2021-28.12.2021	<p>ALEFTYNA TOMASZUK z siedzibą: 17-200 Hajnówka,</p>	<p>Realizacja umowy o udzielanie świadczeń opieki</p>	<p>Stwierdzono następujące nieprawidłowości:</p> <p>1. Niezasadne wykazanie do rozliczenia 3 świadczeń, co</p>	<p>1. Rzetelnie i z należyłą starannością wykazywać do rozliczenia z Funduszem świadczenia, które spełniają</p>

<p>X w Białymstoku</p>			<p>ul. Marszałka Józefa Piłsudskiego 10 lok.44, prowadząca działalność leczniczą w zakładzie leczniczym: Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Stomatologiczna „DENTOM” adres: 17-200 Hajnówka, ul. Marszałka Józefa Piłsudskiego 10 lok.44, w miejscu udzielania świadczeń: Gabinet Stomatologiczny, 17-200 Hajnówka, ul. Marszałka Józefa Piłsudskiego 10 lok.44</p>	<p>zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne w zakresie świadczeń ogólnostomatologicznych.</p> <p>Okres objęty kontrolą: 01.01.2019 - 31.12.2019</p>	<p>stanowi 0,44% próby kontrolnej, w tym: sprawozdanie i rozliczenie świadczeń rentgenodiagnostyki bez połączenia z innym świadczeniem (2 świadczenia) oraz jako 3-cie zdjęcie w roku kalendarzowym (1 świadczenie)</p> <p>Ocena ogólna kontrolowanego podmiotu – pozytywna z nieprawidłowościami</p>	<p>wymogi określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1199 ze zm.</p> <p>2. Dokonać korekty raportów statystycznych i faktur w zakresie zakwestionowanych świadczeń, określonych w niniejszym wystąpieniu pokontrolnym</p> <p>Skutki finansowe: - 55,20 zł – nienależnie przekazane środki finansowe, - 166,24 zł – wartość nałożonej kary umownej</p>
<p>Departament Kontroli Terenowy Wydział Kontroli X w Białymstoku</p>	<p>DK.TWK-X.7320.064.2021.DRXX</p>	<p>27.10.2021-28.12.2021</p>	<p>Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Chirurgiczna Dla Dzieci "PrimaMed" Ryszard Czarnowicz, Ireneusz Magnuszewski, Adam Nieścierowicz Spółka Partnerska Lekarzy z siedzibą ul. Sienkiewicza 53, 15-002 Białystok</p>	<p>Realizacja umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna – świadczenia w zakresie preluksacji.</p> <p>Okres objęty kontrolą: 03.01.2017 - 30.09.2019</p>	<p>Stwierdzono następujące nieprawidłowości: 1. błędnie wykazano do rozliczenia do POW NFZ 121 ze 147 świadczeń opieki zdrowotnej (co stanowi 82,31% próby kontrolnej) w tym: 33 świadczenia w 2017r., 66 świadczeń w 2018r. i 22 świadczenia w 2019r. w zakresie preluksacji (kod zakresu świadczeń: 02.1587.001.02) ze względu na brak potwierdzenia ich udzielenia odpowiednimi wpisami w Historii zdrowia i choroby Poradni preluksacyjnej 2. Brak zgodności sprawozdanych w raportach statystycznych danych z wpisami zawartymi w dokumentacji medycznej w związku z wykazaniem procedury medycznej wg. klasyfikacji ICD-9 niemającej odzwierciedlenia w dokumentacji medycznej w 1 z 26 świadczeń (co stanowi 3,85% dokumentacji poddanych analizie) 3. Niezasadne wykazanie do rozliczenia do POW NFZ w zakresie preluksacji (kod zakresu świadczeń: 02.1587.001.02) 5 z 26 świadczeń (co stanowi 19,23% dokumentacji poddanych analizie) na podstawie skierowania do innej komórki organizacyjnej 4. Okazana przez Podmiot kontrolowany indywidualna dokumentacja medyczna prowadzona była niezgodnie z wymogami wynikającymi z Rozporządzenia MZ w sprawie dokumentacji medycznej, tj.: - stwierdzono brak numeracji stron w indywidualnej dokumentacji prowadzonej w postaci papierowej, - stwierdzono brak wpisanego nazwiska i imienia (imion) przedstawiciela ustawowego oraz adresu jego miejsca zamieszkania - stwierdzono brak wpisanej nazwy podmiotu,</p> <p>Ocena ogólna kontrolowanego podmiotu – negatywna</p>	<p>1. Świadczenia gwarantowane: Porada specjalistyczna – preluksacja realizować w Poradni realizującej zakres świadczeń: świadczenia w zakresie preluksacji, tj. w Poradni preluksacyjnej zgodnie z zasadami określonymi w Katalogu zakresów świadczeń w poradniach specjalistycznych w aktualnie obowiązującym Zarządzeniu Prezesa NFZ ws.AOS 2. Prawidłowo kwalifikować zrealizowane świadczenia do właściwego produktu rozliczeniowego (grupy) zgodnie z zasadami rozliczania świadczeń, określonymi w aktualnie obowiązującym Zarządzeniu Prezesa NFZ ws. AOS 3. Dolożyć należyte staranności w rzetelnym przekazywaniu w raportach statystycznych danych, zgodnych ze stanem faktycznym, w tym zrealizowanych procedur medycznych wg. klasyfikacji ICD – 9 opartych na wpisach w dokumentacji medycznej oraz wynikających ze stanu zdrowia pacjenta, opisanego w indywidualnej dokumentacji medycznej 4. Prowadzić dokumentację medyczną zgodnie z wymogami określonymi w aktualnie obowiązującym Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie dokumentacji medycznej 5. Złożyć korekty raportów statystycznych oraz faktur w zakresie świadczeń wskazanych w wystąpieniu pokontrolnym</p> <p>Skutki finansowe: - 6 235,57 zł – nienależnie przekazane środki finansowe, - 11 017,75 zł – wartość nałożonej kary umownej</p>
<p>Departament Kontroli Terenowy Wydział Kontroli X w Białymstoku</p>	<p>DK.TWK-X.7300.1.066.2021.DRXX</p>	<p>29.10.2021-08.12.2021</p>	<p>"Osteo-Medic" spółka cywilna Artur Racewicz, Jerzy Supronik z siedzibą: ul. Wiejska 81, 15-351 Białystok prowadzący działalność w zakładzie leczniczym: NZOZ "OSTEOMEDIC" s.c. Artur Racewicz, Jerzy Supronik z siedzibą: ul. Wiejska 81, 15-351 Białystok</p>	<p>Jakość świadczeń rehabilitacyjnych dedykowanych osobom posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności</p> <p>Okres objęty kontrolą: 01.07.2019 - 31.12.2019</p>	<p>Stwierdzono następujące nieprawidłowości: 1. Wykazanie do rozliczenia z Podlaskim OW NFZ 151 z 1638 (co stanowi 9,22% próby kontrolnej) świadczeń udzielonych świadczeniobiorcom posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności w ramach zakresu fizjoterapia ambulatoryjna zamiast zakresu fizjoterapia ambulatoryjna dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności,.</p> <p>Ocena ogólna kontrolowanego podmiotu – pozytywna z nieprawidłowościami</p>	<p>1. Rzetelnie i z należytą starannością przekazywać w raportach statystycznych dane zgodne ze stanem faktycznym, mającym potwierdzenie we wpisach w dokumentacji medycznej oraz kwalifikować je do właściwego zakresu świadczeń 2. Złożyć korekty raportów statystycznych w celu poprawienia błędnie sprawozdanych danych.</p> <p>Brak skutków finansowych</p>
<p>Departament Kontroli Terenowy Wydział Kontroli X w Białymstoku</p>	<p>DK.TWK-X.7320.067.2021.DRXX</p>	<p>08.11.2021-10.12.2021</p>	<p>SZPITAL OGÓLNY W KOLNIE, prowadzący działalność w zakładzie leczniczym LECZNICTWO AMBULATORYJNE z siedzibą ul. Wojska Polskiego 69, 18-500 Kolno</p>	<p>Realizacja umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - ambulatoryjna opieka specjalistyczna (ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne) w zakresie: badania endoskopowe przewodu pokarmowego - kolonoskopia (świadczenia rozliczane w ramach produktu: 503000000042, nazwa: kolonoskopia z polipektomią jednego lub</p>	<p>Stwierdzono następujące nieprawidłowości: 1. W 7 przypadkach na 70 kontrolowanych (10%) stwierdzono niezasadne przedłożenie do rozliczenia produktu rozliczeniowego, podlegającego przedmiotowej kontroli, o kodzie: 5.03.00.0000042 - kolonoskopia z polipektomią jednego lub więcej polipów o średnicy do 1 cm.za pomocą pętli diatermicznej z badaniem hist.-pat.,.</p> <p>Ocena ogólna kontrolowanego podmiotu – pozytywna z nieprawidłowościami</p>	<p>1. Kwalifikować wykonane badania kolonoskopowe w oparciu o zapisy załącznika nr 1b, stanowiącego Katalog zakresów ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych (ASDK), do aktualnie obowiązującego zarządzenia Prezesa NFZ w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna. 2. Rzetelnie i z należytą starannością przekazywać w raportach statystycznych dane zgodne ze stanem faktycznym, mającym potwierdzenie we wpisach w dokumentacji medycznej – termin realizacji zalecenia: niezwłocznie, na bieżąco. 3. Złożyć korekty raportów statystycznych w celu poprawienia błędnie sprawozdanych danych, uwzględniających pozycje wyszczególnione w wystąpieniu pokontrolnym.</p>

				więcej polipów o średnicy do 1 cm, za pomocą pętli diatermicznej z badaniem hist.-pat). Okres objęty kontrolą: 01.01.2019 - 31.12.2019		Skutki finansowe: - 7 006,00 zł – nienależnie przekazane środki finansowe, - 805,74 zł – wartość nałożonej kary umownej
Departament Kontroli Terenowy Wydział Kontroli X w Białymstoku	DK.TWK-X.7320.068.2021.DRXX	16.11.2021-29.12.2021	NZOZ CENTRUM MEDYCZNE VITA MED Bożena Halina Zawadzka prowadzący działalność w zakładzie leczniczym: Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej VITA MED. Centrum Medyczne Bożena Halina Zawadzka z siedzibą: 15-740 Białystok, ul. Antoniukowska 11 lok. V	Realizacja umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, świadczenia w zakresie neurologii – świadczenia pierwszorazowe oraz świadczenia w zakresie neurologii . Okres objęty kontrolą: 01.01.2018 - 31.12.2018	Stwierdzono następujące nieprawidłowości: 1.Niezasadne rozliczenie świadczeń pierwszorazowych przed podjęciem decyzji diagnostyczno- terapeutycznej wobec świadczeniobiorcy - w 32 z 76 przypadków objętych próbą kontrolną (co stanowi 42,11%) 2. Brak potwierdzenia wykonania sprawozdanej procedury w indywidualnej dokumentacji medycznej w 18 przypadkach z 250 (7,2 % próby kontrolnej) 3. nieprawidłowa kwalifikacja świadczeń do produktu rozliczeniowego w 29 przypadkach z 207 (co stanowi 14% próby kontrolnej i jest następstwem rozliczenia świadczeń pierwszorazowych przed podjęciem decyzji diagnostyczno- terapeutycznej wobec pacjenta Ocena ogólna kontrolowanego podmiotu – negatywna	1. Świadczenia pierwszorazowe rozliczać prawidłowo tzn. po uzyskaniu wyników zleconych badań diagnostycznych i podjęciu decyzji diagnostycznej oraz terapeutycznej wobec świadczeniobiorców, zgodnie z definicją świadczenia specjalistycznego pierwszorazowego zawartą w aktualnie obowiązującym zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna 2. Świadczenia specjalistyczne rozliczać prawidłowo tzn. zgodnie z charakterystyką grup zawartą w Załączniku nr 7 do aktualnie obowiązującego zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, ze szczególnym uwzględnieniem prawidłowego wskazywania faktycznie wykonanych procedur medycznych wg ICD9 mających potwierdzenie we wpisach i/ lub wynikach badań diagnostycznych dołączonych do dokumentacji medycznej pacjentów. 3.Złożyć korekty raportów statystycznych oraz faktur w zakresie świadczeń, wskazanych w wystąpieniu pokontrolnym. Skutki finansowe: - 4 689,48 zł – nienależnie przekazane środki finansowe, - 953,08 zł – wartość nałożonej kary umownej
Departament Kontroli Terenowy Wydział Kontroli X w Białymstoku	DK.TWK-X.7320.076.2021.DRXX	03.12.2021-23.12.2021	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mońkach z siedzibą: ul. Aleja Niepodległości 9, 19-100 Mońki, prowadzący działalność w zakładzie leczniczym: Zakład Świadczeń Ambulatoryjnych, pod adresem: ul. Aleja Niepodległości 9, 19-100 Mońki, w miejscu udzielania świadczeń: Gminny Ośrodek Zdrowia w Jaświłach, adres: 19-124 Jaświły 13	Realizacja umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie świadczenia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej oraz świadczenia pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej. Okres objęty kontrolą: stan na dzień przeprowadzenia czynności kontrolnych u świadczeniodawcy.	Stwierdzono następujące nieprawidłowości: 1.Nieudzielanie świadczeń w zakresie świadczeń lekarza POZ w czasie i miejscu zgodnie z określonym w umowie harmonogramem oraz niedopełnienie obowiązku niezwłocznego powiadomienia POW NFZ w Białymstoku o braku możliwości udzielania świadczeń w zakresie lekarza POZ, w tym podjętych czynnościach celem zachowania ciągłości udzielania świadczeń Ocena ogólna kontrolowanego podmiotu – negatywna	1. Udzielać świadczeń w zakresie świadczeń lekarza POZ zgodnie z określonym w umowie harmonogramem w myśl zapisów § 9 ust. 1 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej 2. W przypadku braku możliwości udzielania świadczeń w zakresie świadczeń lekarza POZ, którego nie można było wcześniej przewidzieć, niezwłocznie podjąć czynności w celu zachowania ciągłości udzielania świadczeń, powiadamiając jednocześnie oddział wojewódzki Funduszu o tym zdarzeniu i podjętych czynnościach, co statuuje § 9 ust. 5 OWU Skutki finansowe: - 9 788,52 zł – wartość nałożonej kary umownej
Departament Kontroli Terenowy Wydział Kontroli X w Białymstoku	DK.TWKX.7321.009.2021.DRXX	13.08.2021-05.10.2021	SIENKIEWICZ - SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY, ul. Siewna 2, 15-183 Białystok, prowadząca działalność leczniczą w zakładzie leczniczym: Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarzy Rodzinnych "Na Siewnej" z siedzibą j.w.	Ordynacja leku Eliquis tabl. powł. 2,5 mg z zakresu grupy limitowej 22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych pod względem zgodności ze wskazaniami refundacyjnymi. Okres objęty kontrolą: 01.01.2017 - 31.12.2020	W kontrolowanej działalności stwierdzono nieprawidłowości polegające na niezasadnionej ordynacji w warunkach refundacji, z odpłatnością 30%, leku Eliquis 2,5 mg (apixabanum) na podstawie 53 recept (tj. 100% objętych kontrolą) wypisanych w okresie luty 2018 r. – grudzień 2020 r., zrefundowanego następnie 5 pacjentom w ilości 153 opakowań na kwotę 15 844,56zł. Wypisanie recept na ww. lek w warunkach refundacji możliwe było wyłącznie w przypadku potwierdzenia występowania wskazań refundacyjnych wynikających z objawień w/s leków refundowanych (por. wyżej, pkt. 1 lit. a) Opis stanu faktycznego), które w przypadku 5 pacjentów nie zostały potwierdzone. Rzeczywisty powód ordynacji Eliquisu był inny – profilaktyka przeciwzakrzepowa, tj. schorzeń stanowiących potencjalne wskazania do zastosowania leczenia preparatami apixabanum, ale nieobjętych refundacją. Wynikające w uzyskanej rejestracji i wymienione w Charakterystyce produktu leczniczego wskazania do zastosowania danego leku w związku z prowadzonym leczeniem nie są bowiem tożsame ze wskazaniami refundacyjnymi. Wskutek tych nieprawidłowości pacjenci otrzymywali lek ze zniżką, chociaż nie byli do niej	1.Dochować należytej staranności przy ordynacji leków, środków żywieniowych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, stosując się do wskazań refundacyjnych określonych w obwieszczeniach Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, ogłaszanych na podstawie art. 37 ustawy o refundacji i oznaczać na receptach poziom odpłatności wyłącznie zgodnie z tymi wskazaniami. Skutki finansowe: - 17 616,41 zł – wartość nałożonej kary umownej

					uprawnieni. Ocena ogólna kontrolowanego podmiotu – negatywna	
Departament Kontroli Terenowy Wydział Kontroli X w Białymstoku	DK.TWK-X.7301.1.010.2021.DRXX	27.09.2021-27.10.2021	JOANNA MIZIELSKA NZOZ PRZYCHODNIA LEKARSKA "ALFA" ul. Partyzantów 14, 64- 510 Wronki, wykonująca działalność leczniczą w zakładzie leczniczym: PRZYCHODNIA LEKARSKA "ALFA" WRONKI z siedzibą j.w.	Ordynowanie środka spożywczoego Modulen IBD proszek dla dorosłych pacjentów (wskazanie refundacyjne „Indukcja remisji u dzieci i młodzieży powyżej 5 roku życia z czynną postacią choroby Leśniowskiego-Crohna”). Okres objęty kontrolą: 01.07.2017 - 31.12.2020	W kontrolowanej działalności stwierdzono nieprawidłowości dotyczące 100% skontrolowanej dokumentacji, polegające na ordynacji niezgodnie ze wskazaniami refundacyjnymi, środka spożywczoego specjalnego przeznaczenia żywieniowego o nazwie Modulen IBD na podstawie 21 recept, wypisanych w okresie sierpień 2018 r. – grudzień 2020 r., zrefundowanego następnie w ilości 145 opakowań na kwotę 10 039,94 zł, tj. z zastosowaniem odpłatności ryczałtowej dla osoby dorosłej, co narusza zapisy obwieszczeń Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych aktualnych na dzień wystawienia recepty Ocena ogólna kontrolowanego podmiotu – negatywna	1. Dochować należytej staranności przy ordynacji środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, stosując się do wskazań refundacyjnych określonych w obwieszczeniach Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, ogłaszanych na podstawie art. 37 ustawy o refundacji. Skutki finansowe: - 11 034,67 zł – wartość nałożonej kary umownej
Departament Kontroli Terenowy Wydział Kontroli X w Białymstoku	DK.TWK-X.7321.011.2021.DRXX	22.10.2021-22.11.2021	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ „PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA” JÓZEF MALINOWSKI, JACEK LUBECKI, MAREK ROMANOWICZ, MAREK STOJAK SPÓŁKA CYWILNA, ul. Szpitalna 2/7, 18-200 Wysokie Mazowieckie	Ordynacja leku Eliquis tabl. powł. 2,5 mg z zakresu grupy limitowej 22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych pod względem zgodności ze wskazaniami refundacyjnymi. Okres objęty kontrolą: 01.07.2017 - 31.12.2020	W kontrolowanej działalności stwierdzono nieprawidłowości polegające na 1. ordynacji niezgodnie ze wskazaniami refundacyjnymi produktu leczniczego Eliquis 2,5 mg z zastosowaniem odpłatności 30% pomimo niespełniania przez pacjentów kryterium przeprowadzonego leczenia zabiegowego w zakresie chirurgii ortopedycznej, w obrębie dużych stawów: alloplastyki stawu biodrowego lub kolanowego, co naruszało zapisy obwieszczeń Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych aktualnych na dzień wystawienia recepty. Zakres nieprawidłowości obejmuje 33 recepty (100% badanej próby) na których przepisano 143 opakowania leku Eliquis 2,5 mg dla 5 pacjentów, których dokumentację medyczną objęto kontrolą. Kwota refundacji w powyższych przypadkach wyniosła 14 727,96 zł. 2. naruszeniu zasad formalnych prowadzenia dokumentacji medycznej zawartych w § 4 ust. 1 rozporządzenia w/s dokumentacji z 2015 w związku z prowadzeniem 1 dokumentacji medycznej spośród 5 skontrolowanych (co stanowi 20%) bez zachowania chronologii. 3. naruszeniu zasad dokumentowania udzielonych porad oraz preskrypcji lekarskiej wynikających z § 4 ust. 1 w związku z § 41 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia w/s dokumentacji z 2015 oraz § 41 ust. 4 pkt 5 tego rozporządzenia – w związku z niewpisaniem w dokumentacji w 1 przypadku spośród 33 sprawdzonych (co stanowi 3,03%) informacji o udzielonej poradzcie oraz ordynacji lekarskiej; 4. naruszeniu zasad dokumentowania udzielanych porad zawartych w § 41 ust. 4 pkt 2 rozporządzenia w/s dokumentacji medycznej z 2015 poprzez skrótkowe prowadzenie dokumentacji 4 pacjentów z pominięciem istotnych elementów, cyt.: „Historia zdrowia i choroby w części dotyczącej porad ambulatoryjnych lub wizyt domowych zawiera: (...) dane z wywiadu i badania przedmiotowego (...)”, stwierdzonego w 8 wpisach spośród 33 skontrolowanych (co stanowi 24,24%). Ocena ogólna kontrolowanego podmiotu – negatywna	1. Dochować należytej staranności przy ordynacji leków, stosując się do wskazań refundacyjnych określonych w obwieszczeniach Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, ogłaszanych na podstawie art. 37 ustawy o refundacji i oznaczać na receptach poziom odpłatności wyłącznie zgodnie z tymi wskazaniami. 2. Dochać należytej staranności w prowadzeniu indywidualnej dokumentacji medycznej, zapewniającej jej pełną zgodność z wymogami obowiązującego rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania pod względem chronologii oraz zakresu gromadzonych informacji o udzielanych poradzach i wypisywanych produktach leczniczych, a w szczególności dokumentować w pełnym zakresie oraz zgodnie ze stanem faktycznym ordynację lekarską, a w przypadkach uzasadnionych potrzebą oceny stanu pacjenta Skutki finansowe: - 15 946,84 zł – wartość nałożonej kary umownej
Departament Kontroli Terenowy Wydział Kontroli X w Białymstoku	DK.TWK-X.7321.012.2021.DRXX	10.11.2021-01.12.2021	Stanisław Topczewski, 18-112 Poświętne 11, prowadzący działalność leczniczą w zakładzie leczniczym: Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "TOP-MEDIC" z siedzibą j.w.	Ordynacja leku Eliquis tabl. powł. 2,5 mg z zakresu grupy limitowej 22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych pod względem zgodności ze wskazaniami refundacyjnymi. Okres objęty kontrolą: 01.07.2017 - 31.12.2020	W kontrolowanej działalności stwierdzono nieprawidłowości polegające na ordynacji niezgodnie ze wskazaniami refundacyjnymi produktu leczniczego Eliquis 2,5 mg z zastosowaniem odpłatności 30% pomimo niespełniania przez pacjenta kryterium przeprowadzonego leczenia zabiegowego w zakresie chirurgii ortopedycznej, w obrębie dużych stawów: alloplastyki stawu biodrowego lub kolanowego, co naruszało zapisy obwieszczeń Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych aktualnych na dzień wystawienia recepty. 16 Postępowanie takie było również niezgodne z przepisami art. 96a ust. 8 pkt 8 i pkt 9 lit. c) ustawy – Prawo farmaceutyczne, ze względu na niewpisanie na receptach oznaczeń wskazujących, że lek jest pełnopłatny i zamiast tego umieszczenie oznaczeń co do jego odpłatności (tj. „30%”), co umożliwiło pacjentowi nabycie	Dochować należytej staranności przy ordynacji leków, stosując się do wskazań refundacyjnych określonych w obwieszczeniach Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, ogłaszanych na podstawie art. 37 ustawy o refundacji i oznaczać na receptach poziom odpłatności wyłącznie zgodnie z tymi wskazaniami Skutki finansowe: - 6 066,28 zł – wartość nałożonej kary umownej

					<p>produktu leczniczego z refundacją. Zakres nieprawidłowości obejmuje 14 recept (100% badanej próby) na których przepisano 54 opakowania leku Eliquis 2,5 mg pacjentowi którego dokumentację medyczną objęto kontrolą. Kwota refundacji w powyższym przypadku wyniosła 5 590,08 zł.</p> <p>Ocena ogólna kontrolowanego podmiotu – negatywna</p>	
<p>Departament Kontroli Terenowy Wydział Kontroli X w Białymstoku</p>	DK.TWK-X.7321.017.2021.DRXX	26.11.2021-14.12.2021	<p>Zofia Wanda Borysewicz-Michałowska, ul. Piastowska 5, 15-207 Białystok, prowadząca działalność leczniczą w zakładzie leczniczym: Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Rodzinna "VITA" Zofia Borysewicz-Michałowska z siedzibą j.w.</p>	<p>Ordynacja leku Eliquis tabl. powł. 2,5 mg z zakresu grupy limitowej 22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych pod względem zgodności ze wskazaniami refundacyjnymi.</p> <p>Okres objęty kontrolą: 01.07.2017 - 31.12.2020</p>	<p>W kontrolowanej działalności stwierdzono:</p> <p>1. nieprawidłowości polegające na ordynacji niezgodnie ze wskazaniami refundacyjnymi produktu leczniczego Eliquis 2,5 mg umożliwiając realizację recept z zastosowaniem odpłatności 30% pomimo niespełniania przez pacjentów kryterium przeprowadzonego leczenia zabiegowego w zakresie chirurgii ortopedycznej, w obrębie dużych stawów: alloplastyki stawu biodrowego lub kolanowego, co naruszało zapisy obwieszczeń Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych aktualnych na dzień wystawienia recept. 19 Postępowanie takie było również niezgodne z przepisami § 6 ust. 1 pkt 6 lit. a) i c) i pkt 7 lit. c) i e) rozporządzenia w/s recept lekarskich z 2012 oraz art. 96a ust. 8 pkt 8 i pkt 9 lit. b) i c) ustawy – Prawo farmaceutyczne, ze względu na niewpisanie na receptach oznaczeń wskazujących, że lek jest nieopłatny i zamiast tego umieszczenie oznaczeń co do jego odpłatności (tj. „30%”), wpisanie błędnej odpłatności lub pozostawienie recept bez określonego poziomu odpłatności, co umożliwiło pacjentom nabycie leku z refundacją. Zakres nieprawidłowości obejmuje 30 recept (100% badanej próby) na których przepisano 54 opakowania leku Eliquis 2,5 mg 2 pacjentom których dokumentację medyczną objęto kontrolą. Kwota refundacji w powyższych przypadkach wyniosła 5 599,83 zł.</p> <p>2. nieprawidłowości polegające na naruszeniu zasad dokumentowania preskrypcji lekarskiej wynikających z § 41 ust. 4 pkt 5 rozporządzenia w/s dokumentacji z 2015 poprzez nieodnotowanie w 12 przypadkach (40% skontrolowanych) – sposobu dawkowania wypisywanego Eliquisu. Powołany przepis stanowi, cyt. „: „Historia zdrowia i choroby w części dotyczącej porad ambulatoryjnych lub wizyt domowych zawiera: (...) adnotacje o zaleconych zabiegach oraz lekach wraz z dawkowaniem (...)”.</p> <p>Ocena ogólna kontrolowanego podmiotu – negatywna</p>	<p>1. Dochować należytej staranności przy ordynacji leków, stosując się do wskazań refundacyjnych określonych w obwieszczeniach Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, ogłaszanych na podstawie art. 37 ustawy o refundacji i oznaczać na receptach poziom odpłatności wyłącznie zgodnie z tymi wskazaniami.</p> <p>2. Dolożyć należytej staranności w prowadzeniu indywidualnej dokumentacji medycznej, zapewniającej jej pełną zgodność z wymogami obowiązującego rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania pod względem zakresu gromadzonych informacji o wypisywanych produktach leczniczych, a w szczególności dokumentować w pełnym zakresie ordynację lekarską, każdorazowo zamieszczając sposób dawkowania wypisywanych leków.</p> <p>Skutki finansowe: - 6 627,26 zł – wartość nałożonej kary umownej</p>
<p>Departament Kontroli Terenowy Wydział Kontroli X w Białymstoku</p>	DK.TWKX.7322.004.2021.DRXX	11.06.2021-27.09.2021	<p>Apteka Słoneczna, ul. Polna 2 lok. 3, 16-010 Wasilków, prowadzona przez FARM-PROJEKT spółka cywilna wspólnicy spółki cywilnej: Marta Słodownik działająca pod firmą FARM-PROJEKT – wspólnik spółki cywilnej, Tomasz Słodownik działający pod firmą FARM-PROJEKT – wspólnik spółki cywilnej, adres do doręczeń obu współników: ul. Polna 2/3, 16-010 Wasilków</p>	<p>Realizacja recept na leki recepturowe w ramach umowy na wydawanie refundowanego leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego na receptę</p> <p>Okres objęty kontrolą: 01.01.2017-31.12.2017</p>	<p>Stwierdzono następujące nieprawidłowości:</p> <p>1. Sporządzenie leku recepturowego bez wprowadzenia zmian w składzie niezbędnych dla zapewnienia trwałości leku w przypadku 1 z 242 skontrolowanych leków recepturowych (co stanowi 0,41% próby kontrolnej).</p> <p>2. Sporządzenie leków recepturowych z wykorzystaniem leku gotowego surowcem farmaceutycznym w rozumieniu § 4 pkt 1 rozporządzenia w/s surowców farmaceutycznych, w przypadku 20 z 242 skontrolowanych leków recepturowych (co stanowi 8,26% próby kontrolnej) – co w świetle przepisów art. 6 ust. 5 ustawy o refundacji dyskwalifikowało jego refundację.</p> <p>3. Przy ustalaniu kosztów sporządzenia leków recepturowych zawyżenie wartości składników leków bądź dokonanie wyceny niezgodnie ze składem sporządzonego leku w przypadku 107 z 242 skontrolowanych leków recepturowych (co stanowi 44,21% próby kontrolnej).</p> <p>4. Pobranie nieprawidłowej dopłaty świadczeniobiorcy za 2 leki recepturowe spośród 242 skontrolowanych (co stanowi 0,83% próby kontrolnej) w myśl przepisów art. 6 ust. 5 i 7 ustawy o refundacji oraz § 3 rozporządzenia w/s surowców farmaceutycznych. W przypadku 1 z tych recept wykonana ilość przekraczała tę dopuszczoną w § 8 ust. 2 i 2a rozporządzenia w/s recept.</p>	<p>1. Zmian w składzie leków recepturowych dokonywać zgodnie z obowiązującymi przepisami rzetelnie dokumentując skład sporządzonych leków</p> <p>2. Refundowane leki recepturowe sporządzać wyłącznie z surowców farmaceutycznych w rozumieniu § 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2012 r. w sprawie leków, które mogą być traktowane jako surowce farmaceutyczne przy sporządzaniu leków recepturowych</p> <p>3. Prawidłowo obliczać koszt sporządzenia leków recepturowych</p> <p>4. Leki recepturowe sporządzać w dozwolonych ilościach, pobierając właściwą dopłatę świadczeniobiorcy</p> <p>5. Przekazywać Podlaskiemu OW NFZ kompletne dane o obrocie refundowanymi lekami, środkami spożywczymi specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobami medycznymi, zgodnie ze stanem rzeczywistym i treścią realizowanych recept</p> <p>6. Złożyć korekty zbiorczych zestawień zrealizowanych recept oraz raportów o obrocie refundowanymi lekami i wyrobami medycznymi („XML”). Zakres wymaganych korekt ujęto w</p>

				<p>5. Przekazanie danych o obrocie refundowanymi lekami, środkami spożywczymi specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobami medycznymi - wynikających z treści 107 zrealizowanych recept z 242 skontrolowanych (co stanowi 44,21% próby kontrolnej) - niezgodnie z postanowieniami § 5 ust. 3 pkt 3 kontrolowanej umowy nr 10-00-03419-12-02 oraz wymogami zawartymi w art. 43 ust. 1 pkt 2 ustawy o refundacji w zakresie określonym w § 2 ust. 1 pkt 13 rozporządzenia w/s gromadzonych informacji i załączniku nr 1 do tegoż rozporządzenia – element komunikatu: element: lekrecepturowy (atrybut: kod-postaci), element: składnik (atrybut: kod-skład).</p> <p>Ocena ogólna kontrolowanego podmiotu – negatywna</p>	<p>załączonej Specyfikacji skutków kontroli</p> <p>Skutki finansowe:</p> <ul style="list-style-type: none">- 206,92 zł – nienależnie refundacja- 6 737,55 zł – wartość nałożonej kary umownej
--	--	--	--	---	--