

Sprawozdanie z przeprowadzonej kontroli

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
TWK IX	DK-TWK-IX-DRK.7301.1.3.2021	24.09.2021 r. - 03.11.2021 r.	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Tres - Med Rogal-Piech-Wojtaszek Lekarska Spółka Partnerska, ul. Jana Pawła II 10, 33-180 Gromnik.	Ordynowanie środka spożywczego 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 r. - 31.12.2020 r.	Nieprawidłowości, które stwierdzono w zakresie kontrolowanego obszaru dotyczyły 100% kontrolowanej dokumentacji medycznej w przedmiocie braku wskazań objętych refundacją dla 1 pacjenta dla ordynacji środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego Modulen IBD z odpłatnością ryczałtową.	Ordynację środków spożywczych specjalnego przeznaczenia prowadzić zgodnie z obowiązującymi obwieszczeniami Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych aktualnych na dzień wystawienia recepty – termin realizacji zalecenia: niezwłocznie. Skutki finansowe: 7 602,89 zł.
TWK IX	DK-TWK-IX-DRK.7302.1.2.2021	19.07.2021 r. - 23.11.2021 r.	Apteka Dr. Max, ul. Sportowa 11, 37-700 Przemyśl, prowadzonej przez Cefarm Śląski Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, ul. Śląska 53 nr lok. B 102, 81-304 Gdynia.	Realizacja recept na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne zagrożone brakiem dostępności. Okres objęty kontrolą: 01.01.2016 r. - 31.12.2017 r.	W przypadku dwóch recept ustalono nieprawidłowości: brak dawkowania pasków, przy określonym na RP dawkowaniu wydano preparat na 166 dni stosowania. W przypadku powyższych recept dane przekazywane w komunikatach elektronicznych stanowiących podstawę sporządzenia zestawienia zbiorczego są niezgodne ze stanem faktycznym. Kierownik Apteki nie przekazał informacji o zmianach w ewidencji dotyczących osób zatrudnionych w aptece do Podkarpackiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ, z którym zawarł umowę na wydawanie refundowanego leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego na receptę (w formie elektronicznej lub pisemnej).	1. Wykonywanie Umowy nr.: 09020046313201201 z dnia 29.12.2011 r na wydawanie refundowanego leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego na receptę zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, w szczególności rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2020r. w sprawie recept w zakresie przestrzegania ograniczeń ilościowych wynikających z zamieszczonego na recepte sposobu dawkowania lub z braku podanego dawkowania oraz zgodnie z ustawą o refundacji w zakresie przekazywania w komunikacie elektronicznym rzetelnych i zgodnych ze stanem faktycznym na dzień przekazania danych zawartych w treści zrealizowanych recept podlegających refundacji. Termin realizacji – niezwłocznie. 2. Wykonanie korekt zakwestionowanych pozycji w formie pliku xml przesłanego za pomocą portalu NFZ wg wzoru obowiązującego. (Na wersji papierowej korekt zestawienia zbiorczego recept prosimy o umieszczenie informacji: „Dotyczy postępowania kontrolnego nr...” oraz nr identyfikacyjny Apteki. (Wersję papierową korekty należy dostarczyć do POW NFZ w ciągu 14 dni od daty otrzymania niniejszych zaleceń.) Termin realizacji – 14 dni od dnia otrzymania niniejszego wystąpienia pokontrolnego. 3. Aktualizację zatrudnionego w aptece personelu oraz terminowe przekazywanie informacji o każdej zmianie w ewidencji osób zatrudnionych w aptece, do oddziału wojewódzkiego NFZ zgodnie z art. 45 ust. 6 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych. Termin realizacji – niezwłocznie. Skutki finansowe: 132,63 zł.
TWK IX	DK-TWK-IX-SZPK.7322.1.2021	12.10.2021 r. - 25.10.2021 r.	Apteka Ogólnodostępna, ul. Słowackiego 29, 39-500 Jarosław	Realizacja umowy na wydawanie refundowanego leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego na receptę. Okres objęty kontrolą: stan w dniach kontroli.	Nie stwierdzono nieprawidłowości w badanym obszarze.	Brak zaleceń pokontrolnych, brak skutków finansowych.
TWK IX	DK-TWK-IX-DRK.7300.1.4.2021	20.10.2021 r. - 07.12.2021 r.	KINESIS mgr fizjoterapii Karolina Działo 39-216 Stara Jastrzębka, Róża, nr 186a	Jakość świadczeń rehabilitacyjnych dedykowanych osobom posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności. Okres objęty kontrolą: 01.07.2019 r. - 31.12.2019 r.	1) W dokumentacji medycznej brak wpisu dotyczącego powodu niezrealizowania wszystkich zleconych w cyklu zabiegów. 2) Nie realizowano wizyt fizjoterapeutycznych na początku i na końcu danego cyklu zabiegów. 3) Postępowanie kontrolne wykazało, że 731 świadczeń sprawozdano nieprawidłowo (30,84% próby kontrolnej).	1. Każdy cykl zabiegów fizjoterapeutycznych realizować na podstawie oddzielnego skierowania zgodnie z obowiązującymi zapisami zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń – leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką - termin realizacji zalecenia: niezwłocznie. 2. Wprowadzić plan nadzoru przy kwalifikowaniu udzielonych świadczeń do właściwego produktu rozliczeniowego - termin realizacji zalecenia: niezwłocznie. 3. W przypadku uzasadnionych wątpliwości odnoszących się do realizacji zleconych zabiegów fizjoterapeutycznych, dokonywać stosownych wpisów w dokumentacji medycznej - termin realizacji zalecenia: niezwłocznie. 4. Wizyty fizjoterapeutyczne realizować na początku i na końcu danego cyklu zabiegów – termin realizacji zalecenia: niezwłocznie. 5. Po ukończonym cyklu zabiegów, przekazywać, bezpośrednio albo za pośrednictwem świadczeniobiorcy, lekarzowi wystawiającemu to skierowanie informację przedstawioną w postaci papierowej albo elektronicznej o sposobie oraz efektach cyklu zabiegów, i dołączać do dokumentacji medycznej – termin realizacji zalecenia: niezwłocznie. 6. Dokonać korekty sprawozdania finansowego i rzeczowego - sprawozdania zamknięte - na kwotę 11 451,00 zł. w zakresie świadczeń wyszczególnionych w załączniku nr 3 do niniejszego wystąpienia pokontrolnego – termin realizacji zalecenia: 14 dni od dnia otrzymania wystąpienia pokontrolnego. 7. Dokonać korekty sprawozdania rzeczowego - sprawozdania otwarte – na kwotę 22,00 zł. w zakresie świadczeń wyszczególnionych w załączniku nr 3 do niniejszego wystąpienia pokontrolnego – termin realizacji zalecenia: 14 dni od dnia otrzymania wystąpienia pokontrolnego. Skutki finansowe: 14 932,03 zł.
TWK IX	DK-TWK-IX-DRK.7300.1.5.2021	20.10.2021 r. - 07.12.2021 r.	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Gabinet Rehabilitacji Medycznej "BETAMED" Beata Bednarska, 35-209 Rzeszów, ul. Ofiar Katynia 15	Jakość świadczeń rehabilitacyjnych dedykowanych osobom posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności. Okres objęty kontrolą: 01.07.2019 r. - 31.12.2019 r.	Postępowanie kontrolne wykazało 80 przypadków nieprawidłowo sprawozdanych i rozliczonych świadczeń (11,47 %): 1) 50 zabiegów na rzecz 1 pacjenta udzielono bez skierowania, był to drugi następujący po sobie cykl zabiegów realizowany na podstawie 1 skierowania; 2) 10 zabiegów nauki czynności lokomocji-minimum 15 minut (5.11.01.0000013) wykonano i sprawozdano na rzecz 1 pacjenta pomimo braku zlecenia takiego zabiegu przez lekarza kierującego. Na skierowaniu pacjentowi zlecono ćwiczenia równoważne, których nie wykonano. Zamiana zabiegów nastąpiła bez wcześniejszego wykonania wizyty fizjoterapeutycznej; 3) 10 zabiegów indywidualnej pracy z pacjentem (np. ćwiczenia bierne, czynno-bierne, ćwiczenia według metod neurofizjologicznych (5.11.01.0000073) wykonano i sprawozdano na rzecz 1 pacjenta pomimo braku zlecenia takiego zabiegu przez lekarza kierującego; 4) 10 zabiegów nauki czynności lokomocji-minimum 15 minut (5.11.01.0000013) wykonano i sprawozdano na rzecz 1 pacjenta pomimo braku zlecenia takiego zabiegu przez lekarza kierującego. Poprzez udzielanie świadczeń bez skierowania na rehabilitację (pkt.1), zmianę zabiegów fizjoterapeutycznych zleconych w skierowaniu oraz zwiększenie liczby zabiegów bez konsultacji z lekarzem specjalistą rehabilitacji medycznej (pkt. 2-4), świadczeniodawca naruszył zapisy załącznika nr 1 do rozporządzenia REH. Postępowanie kontrolne wykazało również nieprawidłowości dotyczące niespełnienia wymogu realizacji wizyt fizjoterapeutycznych na początku i na końcu danego cyklu zabiegów, wynikającego z zapisów Zarządzenia nr 13/2019/DSOZ.	1. Każdy cykl zabiegów fizjoterapeutycznych realizować na podstawie oddzielnego skierowania zgodnie z obowiązującymi zapisami zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń – leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką - termin realizacji zalecenia: niezwłocznie. 2. W przypadku uzasadnionych wątpliwości odnoszących się do zleconych zabiegów fizjoterapeutycznych, konsultować zmiany zabiegów lub zwiększanie ich liczby z lekarzem specjalistą w dziedzinie: rehabilitacji ogólnej lub rehabilitacji medycznej, lub rehabilitacji w chorobach narządu ruchu wystawiającym skierowanie na zabieg. Wyniki tych konsultacji odnotować w dokumentacji medycznej pacjenta zgodnie z zapisem Lp.1 lit. b tiret 2 kolumna 3 pkt.7 załącznika nr 1 do rozporządzenia REH - termin realizacji zalecenia: niezwłocznie. 3. Wizyty fizjoterapeutyczne realizować na początku i na końcu danego cyklu zabiegów – termin realizacji zalecenia: niezwłocznie. 4. Po ukończonym cyklu zabiegów, przekazywać, bezpośrednio albo za pośrednictwem świadczeniobiorcy, lekarzowi wystawiającemu to skierowanie informację przedstawioną w postaci papierowej albo elektronicznej o sposobie oraz efektach cyklu zabiegów, i dołączać do dokumentacji medycznej – termin realizacji zalecenia: niezwłocznie. 5. Złożyć korekty dokumentów rozliczeniowych, w tym raportów statystycznych w zakresie świadczeń wyszczególnionych w załączniku nr 3 do niniejszego wystąpienia pokontrolnego, – termin realizacji zalecenia: 14 dni od dnia otrzymania wystąpienia pokontrolnego. Skutki finansowe: 2 158,17 zł.

TKW IX	DK-TWK-IX-DRK.7320.21.2021	12.07.2021 r. - 30.11.2021 r.	Rehabilitacja Medyczna "PRAKTIKA" Kozicki, Malik Spółka Jawna ul. Fryderyka Szopena 25A/1L, 35-055 Rzeszów	Realizacja umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: rehabilitacja lecznicza. Okres objęty kontrolą: 01.09.2020 r. - 31.12.2020 r.	W badanym obszarze stwierdzono nieprawidłowości, które z uwzględnieniem kryterium legalności naruszają przepisy Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (t.j. Dz.U. z 2018 r. poz. 465, z późn. zm.) Badanie ujawniło, że Pan Jerzy Malik (PWZ 34070) nie posiadając wymaganych kwalifikacji realizował wizyty fizjoterapeutyczne. Świadczeniodawca w ramach umowy fizjoterapii ambulatoryjnej realizował w kontrolowanym okresie świadczenia w warunkach domowych w województwie opolskim a więc poza obszarem terytorialnym, na który było ogłoszone postępowanie konkursowe na podstawie którego zawarta została umowa z POW NFZ w Rzeszowie. W sprawie kilku pacjentów brak przedstawionych odpowiednich orzeczeń umożliwiających skorzystanie z zabiegów w ramach: rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką, które to udzielane są Świadczeniobiorcom posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub na podstawie innych równorzędnych orzeczeń. Przekazywanie w raportach statystycznych danych niezgodnych ze stanem rzeczywistym stoi w sprzeczności z zapisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych. W zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej w dokumentacji jednego pacjenta brak dat przy 2 wizytach fizjoterapeutycznych, sprawozdane w systemie informatycznym (23.11.2020, 04.12.2020). Niezgodność dotyczy 2 świadczeń co stanowi 0,04 % łącznej liczby sprawozdanych w tym zakresie.	1. Przekazywać w raportach statystycznych dane zgodne ze stanem rzeczywistym ustalonym na podstawie wpisów w dokumentacji medycznej – niezwłocznie. 2. Przestrzegać prawidłowej kwalifikacji do fizjoterapii ambulatoryjnej dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności – niezwłocznie. 3. Przestrzegać realizacji świadczeń na obszarze terytorialnym, który był przedmiotem postępowania konkursowego i był wskazany w ogłoszeniu – niezwłocznie. 4. Przestrzegać wymagań załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej w zakresie kwalifikacji personelu udzielającego świadczeń – niezwłocznie. 5. Realizować świadczenia w zakresie świadczeń medycznych Narodowego Funduszu Zdrowia dla osób niepełnosprawnych zgodnie z zapisami załącznika nr 1 do zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach programu rządowego – Świadczenia medyczne Narodowego Funduszu Zdrowia dla osób niepełnosprawnych. 6. Dokonać korekty sprawozdania finansowego i rzeczowego (sprawozdania zamknięte) w zakresie umowy nr 0903116105202001 za okres od 01.09.2020 r. do 31.12.2020 r. na kwotę 25 886,70 zł (słownie: dwadzieścia pięć tysięcy osiemset osiemdziesiąt sześć i 70/100 złotych) zgodnie z informacjami zawartymi w załączniku nr 2 do niniejszego Wystąpienia- w terminie 14 dni od dnia otrzymania wezwania do zapłaty. 7. Dokonać korekty sprawozdania finansowego i rzeczowego (sprawozdania zamknięte) w zakresie umowy nr 0903116105202002 za okres od 14.12.2020 r. do 31.12.2020 r. na kwotę 9 511 zł (słownie: dziewięć tysięcy pięćset jedenaście złotych) zgodnie z informacjami zawartymi w załączniku nr 1 do niniejszego Wystąpienia- w terminie 14 dni od dnia otrzymania wezwania do zapłaty. 8. Dokonać korekty sprawozdania rzeczowego (sprawozdania otwarte) w zakresie umowy nr 0903116105202002 za okres od 14.12.2020 r. do 31.12.2020 r. na kwotę 15 zł (słownie: piętnaście złotych) zgodnie z informacjami zawartymi w załączniku nr 1 do niniejszego Wystąpienia - w terminie 14 dni od dnia otrzymania wystąpienia pokontrolnego. Skutki finansowe: 46 596,91 zł.
TKW IX	DK-TWK-IX-DRK.7320.23.2021	14.07.2021 r. - 23.12.2021 r.	EURO-MEDICA Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością 22-400 Zamość, ul. Władysława Stanisława Reymonta 2.	Realizacja umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w zakresie ośrodka środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży – I poziom referencyjny. Okres objęty kontrolą: od 01.01.2021 r. do w dniach kontroli.	W kontrolowanej działalności stwierdzono nieprawidłowości polegające na: 1. Ograniczeniu dostępności do świadczeń poprzez udzielenie świadczeń w innym wymiarze czasowym niż podany załącznikiem nr 2 do umowy oraz przez personel nie spełniający kwalifikacji. 2. Udzieleniu świadczeń niezgodnie z wykazem personelu określonym załącznikiem nr 2 do umowy. 3. W okresie od 23.03.2021-15.07.2021 r. w Filii w Tarnobrzegu Świadczeniodawca nie spełniał warunków wymaganych w zakresie udzielania świadczeń przez osoby posiadające wymagane kwalifikacje w wymiarze etatów określonych dla składu zespołu terapeutycznego (nie udzielał świadczeń w wymaganym czasie psychoterapeuta) określonego dla Ośrodka środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży I poziom referencyjny. 4 Nie można osób wykazanych załącznikiem nr 2 a nie posiadających wymaganych kwalifikacji zaliczyć w poczet personelu 5. Podanie w wykazie personelu kwalifikacji co do których uprawnień zgłoszony personel nie posiadał w czasie zgłoszenia. 6. Świadczeniodawca planował lub realizował wizyty świadczeniobiorców niezgodnie z harmonogramem określonym załącznikiem nr 2. 7 Niepoinformowaniu Dyrektora POW NFZ o zmianach w wykazie personelu za okres 01.01.2021 r. – 15.07.2021 r. określonych w załączniku nr 2 do umowy. 8. Nieprawidłowością jest niedostosowanie ilości pomieszczeń do liczby zgłoszonego personelu i obowiązującego zakresu udzielanych świadczeń określonych załącznikiem nr 8 do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych. W kontrolowanej działalności stwierdzono nieprawidłowości: 1. Lista oczekujących na udzielenie świadczenia prowadzona była bez zachowania zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Świadczeniobiorcy wpisani na listę oczekujących otrzymywali terminy niezgodne z kolejnością zgłoszenia i wpisu na listę oczekujących. Świadczeniobiorca, który zgłosił się wcześniej otrzymywał późniejszy termin niż osoba wpisana na listę z późniejszą datą zgłoszenia. 2. Przewidziana data udzielenia świadczenia wyznaczana była bez zachowania okresu do 7 dni roboczych od daty wpisania na listę oczekujących. W kontrolowanej działalności stwierdzono nieprawidłowości: 1. Dokumentacja zbiorcza: - wykaz przyjęć prowadzony jest z naruszeniem postanowień § 40 pkt 5 i 6 rozporządzenia o dokumentacji medycznej. 2. Świadczeniodawca nie prowadzi harmonogramu przyjęć zgodnie z postanowieniami art.19 ust.1 i 6 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. 3. Dokumentacja medyczna indywidualna: a) założono kartę pacjentów, którego nigdy nie było w Ośrodku w Mielcu, b) w dokumentacji pacjentów z Mielca wpisywano świadczenia udzielone świadczeniobiorcom przez Ośrodek w Rzeszowie lub w Tarnobrzegu, c) dokumentacja medyczna świadczeniobiorców nie została oznaczona zgodnie z postanowieniami art. 25 ust.1, pkt1 lit f) ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, d) w 100 % dokumentacji wewnętrznej nie dołączono dokumentacji udostępnionej przez świadczeniobiorcę dotyczącego leczenia np. opinie z innych poradni, informacje od lekarza psychiatry itp., e) do dokumentacji nie ma dołączonych oświadczeń wynikających z § 8 rozporządzenia o dokumentacji medycznej, f) do elektronicznej dokumentacji indywidualnej pacjentów nie dołączono skanów pisemnych oświadczeń rodziców/opiekunów, pacjentów pełnoletnich w przypadku kontaktu z innymi placówkami jak szkoła, pomoc społeczna itp., g) dokumentacja indywidualna świadczeniobiorców nie została prawidłowo oznaczona danymi Świadczeniodawcy, 100% dokumentacji medycznej nie zawiera oznaczenia wynikającego z § 10 pkt 1 lit. a-c) rozporządzenia o dokumentacji medycznej, h) dokumentacja indywidualna świadczeniobiorców nie została prawidłowo oznaczona danymi osób udzielających świadczeń wynikających z § 10 pkt 3 lit. b-e) rozporządzenia o dokumentacji medycznej, i) dokumentacja indywidualna nie zawiera wpisów wynikających z § 10 pkt 4 i 5 oraz § 38 ust. 1, pkt 1 i 2, oraz ust. 3 i 4 rozporządzenia o dokumentacji medycznej, j) dokumentacja medyczna nie zawiera wpisu udzielonych świadczeń zdrowotnych.	1. Świadczeniodawca zobowiązany jest do wywiązania się z obowiązku podania załącznikiem nr 2 do umowy nr 090313920420210 aktualnego wykazu personelu udzielającego świadczeń w Ośrodku środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży I poziom referencyjny. Świadczeniodawca prześle aktualny wykaz personelu udzielającego świadczeń z podaniem tygodniowego harmonogramu – termin realizacji zalecenia: niezwłocznie. 2. Wywiązywanie się z obowiązku zgłaszania dyrektorowi Oddziału wszelkich zmian w załączniku nr 2 do umowy i bieżącego aktualizowania danych o swoim potencjale wykonawczym – termin realizacji zalecenia: zgodnie z obowiązującym przepisami w tym zakresie wynikającymi z OWU18. 3. Świadczeniodawca zobowiązany jest do udzielania świadczeń zdrowotnych przez osoby posiadające wymagane kwalifikacje określone wymaganymi określonymi rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień. 4. Świadczeniodawca zobowiązany jest do zapewnienia odpowiednich pomieszczeń lokalowych związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w ramach Ośrodka środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży I poziom referencyjny. 5. Świadczeniodawca zobowiązany jest do prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z postanowieniami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania w zakresie obowiązującym dla Ośrodka środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży I poziom referencyjny – termin realizacji zalecenia: niezwłocznie. 6. Prowadzić listy oczekujących na udzielenie świadczenia w sposób zapewniający sprawiedliwy, równy, niedyskryminujący i przejrzysty dostęp ubezpieczonych do świadczeń zdrowotnych zgodnie z zapisami art. 20 ust. 5 i 6 ustawy o świadczeniach – termin realizacji zalecenia: niezwłocznie. 7. Zapewnić dokonywanie wpisów na listę oczekujących, tak aby planowane terminy realizacji świadczeń wynikały z kolejności zgłoszenia się świadczeniobiorcy do rejestracji zgodnie z zapisami art. 20 ust. 1, ust. 2 ustawy o świadczeniach – termin realizacji zalecenia: niezwłocznie. 8. Ustalanie terminów przyjęć w dla świadczeniobiorców Ośrodka środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży I poziom referencyjny zgodnie z postanowieniami art.19 ust. 1 i 6 cytowanej ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej oraz załącznika nr 8 (p.1-organizacja udzielania świadczeń) do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych i terminowego przesyłania informacji do POW NFZ o kolejkach oczekujących - termin realizacji zalecenia: niezwłocznie. 9. Realizowanie pełnego zakresu udzielanych świadczeń określonych dla Ośrodka środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży I poziom referencyjny zgodnie z harmonogramem podanym załącznikiem nr 2 do obowiązującej umowy i planem rzeczowo - finansowym oraz Indywidualnym Planem Zdrowienia dokładając wszelkiej staranności by świadczenia udzielone spełniały kryteria definicji sprawozdanego świadczenia udzielanego świadczeniobiorcy w ramach ubezpieczenia zdrowotnego - termin realizacji zalecenia: niezwłocznie. 10. Bez względu na sprawozdawanie świadczeń udzielonych świadczeniobiorcom wpisanych do dokumentacji medycznej spełniających kryteria definicji określonej załącznikiem nr 6 do aktualnie obowiązującego rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych określonych dla Ośrodka środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży I poziom referencyjny - termin realizacji zalecenia: niezwłocznie. Skutki finansowe: 28 225,20 zł.
TKW IX	DK-TWK-IX-DRK.7320.25.2021	31.08.2021 r. - 17.11.2021 r.	Zespół Opieki Zdrowotnej w Ropczycach, 39-100 Ropczyce, ul. Księżka Kardynała Wyszyńskiego 54.	Realizacja umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie: Choroby Wewnętrzne - hospitalizacja (kod zakreś 03.4000.030.02), Neurologia - hospitalizacja - A48, A51 (kod zakreś 03.4220.130.02) oraz Chirurgia Ogólna - hospitalizacja planowa (kod zakreś 03.4500.031.02). Okres objęty kontrolą: 01.01.2018 r. - 31.05.2019 r.	W przypadku 65 hospitalizacji stwierdzono nieprawidłowości rozliczenia, z tego w 31 przypadkach stwierdzono rozliczenie wykonanego świadczenia w ramach hospitalizacji grupą JGP według katalogu grup, które kontrolerzy zakwestionowali. W przypadku 59 hospitalizacji stwierdzono inne nieprawidłowości dotyczące wyboru produktu rozliczeniowego. Wykonane w trakcie hospitalizacji badania endoskopowe były jednymi z wielu badań diagnostycznych i nie były jedynym powodem przyjęcia do szpitala. Nieprawidłowe rozliczenie świadczeń polegało na zawyżeniu wyceny hospitalizacji przez wyznaczenie droższej grupy rozliczeniowej niż wynika to z zapisów dokumentacji. Odbyło się to poprzez wskazanie rozpoznania zasadniczego, które nie odpowiadało głównej przyczynie hospitalizacji, diagnozowania i leczenia. Oddział chirurgiczny: W 9 z 12 historii choroby stosowanie w Karcie informacyjnej leczenia szpitalnego, tylko rozpoznać opisowych lub rozpoznać klinicznych niezgodnych z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta, bez wymaganych numerów statystycznych. Oddział wewnętrzny: 1. Wpisy odrębne, zwłaszcza lekarskie są niestandardne, w części nieczytelne, zawierają nieautoryzowane poprawki. 2. Rozpoznanie chorób w części przyjęciowej i części wypisowej w formularzu wypisu na ostatniej stronie historii choroby oraz w karcie informacyjnej leczenia szpitalnego nie korelują ze sobą. 3. Kolejność wpisów rozpoznać tj. rozpoznania głównego (zasadniczego) i rozpoznać dodatkowych (współistniejących) jest często zamieniana i nie odpowiada głównej przyczynie hospitalizacji (diagnozowania i leczenia). Na podstawie analizy zapisów historii choroby można stwierdzić, że miało to na celu wyznaczenie droższej grupy rozliczeniowej niż wynikająca z rozpoznania będącego faktyczną główną przyczyną hospitalizacji. 4. We wszystkich historiach choroby brak jest wydruku karty statystycznej MZ/Szp-11. 5. Z opisów badań endoskopowych w niektórych historiach choroby wynika, że badania nie wykonano albo przerwano na prośbę pacjenta, nie wykonano lub przerwano z powodu niewłaściwego przygotowania jelita do badania kolonoskopowego. Badania takie nie mają wartości diagnostycznej, należy je traktować, jako nie wykonane, nie mogą być sprawozdane w raporcie statystycznym. W kilku historiach choroby stwierdzono opis badania endoskopowego innego niż zostało to sprawozdane w raporcie statystycznym.	1. Kwalifikowanie pacjenta do właściwego trybu leczenia w oparciu o art. 58 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (art. 58 Świadczeniobiorca ma prawo do leczenia szpitalnego w szpitalu, który zawarł umowę o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, na podstawie skierowania lekarza, lekarza dentystry lub felczera, jeżeli cel leczenia nie może być osiągnięty przez leczenie ambulatoryjne) – termin realizacji zalecenia: niezwłocznie. 2. Sprawozdawanie i rozliczanie wykonanych świadczeń zgodnie z zapisami Zarządzenia Nr 55/2021/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 31.03.2021 r. (z późn. zm.) w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenia szpitalnego oraz leczenia szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne oraz Zarządzenia 56/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 marca 2021 r. (z późn. zm.) w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, w tym w szczególności: ☒ właściwe wskazywanie rozpoznania zasadniczego (stan, który w momencie wypisu ze szpitala został określony, jako główny powód hospitalizacji) oraz rozpoznać współistniejących (wszystkie stany niebędące głównym powodem hospitalizacji, które występują u pacjenta w momencie przyjęcia do szpitala oraz te, które powstały w trakcie leczenia lub wpływają na proces terapeutyczny lub przedłużają czas pobytu pacjenta w szpitalu), ☐ stosowanie i kodowanie rozpoznać według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta, ☐ sprawozdawanie wyłącznie wykonanych procedur medycznych, ☐ przestrzeganie zgodności sprawozdawanych świadczeń ze stanem faktycznym ustalonym na podstawie wpisów w dokumentacji medycznej termin realizacji zalecenia: niezwłocznie. 3. Prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami tj. Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U.2020.666 z dnia 06.04.2020 ze zmianami) – termin realizacji zalecenia: niezwłocznie. 4. Dokonać korekty sprawozdania finansowego i rzeczowego w zakresie umowy nr 901001503201801 za okres od 01.01.2018 r. do 31.12.2018 r. zgodnie z informacjami zawartymi w Załączniku nr 1 do niniejszego Wystąpienia - w terminie 14 dni od dnia otrzymania wezwania do zapłaty. 5. Dokonać korekty sprawozdania rzeczowego w zakresie umowy nr 901001503201808 za okres od 01.01.2018 r. do 31.12.2018 r. zgodnie z informacjami zawartymi w Załączniku nr 2 do niniejszego Wystąpienia - w terminie 14 dni od dnia otrzymania wezwania do zapłaty. 6. Dokonać korekty sprawozdania rzeczowego w zakresie umowy nr 901001503201908 za okres od 01.01.2019 r. do 31.05.2019 r. zgodnie z informacjami zawartymi w Załączniku nr 3 do niniejszego Wystąpienia - w terminie 14 dni od dnia otrzymania wezwania do zapłaty. Skutki finansowe: 171 835,52 zł.

TWK IX	DK-TWK-IX-DRK.7320.26.2021	03.09.2021 r. - 28.10.2021 r.	SALUBRIS SZCZEPAN & SZCZEPAN SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ, ul. Jana Twardowskiego 6 A, 35-302 Rzeszów	Realizacja umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresach: świadczenia w zakresie alergologii dla dzieci, świadczenia w zakresie alergologii dla dzieci - świadczenia pierwszorazowe. Okres objęty kontrolą: 01.01.2019 r. - 31.12.2019 r., oraz w okresie objętym kontrolą.	W kontrolowanej działalności stwierdzono nieprawidłowości polegające na: 1. W miejscu udzielania świadczeń - brak pikfłometru, - brak zestawu testów płatkowych (ustalenia dokonane w dniu 10.09.2021 r. podczas powtórnych oględzin gabinetu zabiegowego), - testy płatkowe – seria podstawowa zawierająca 24 alergeny testowe, w tym 21 z przekroczoną datą ważności, zestaw testów płatkowych posiadał tylko 3 alergeny testowe z aktualnymi datami ważności, (ustalenia dokonane w dniu 03.09.2021 r. podczas pierwszych oględzin gabinetu zabiegowego), - wyposażenie poradni alergologicznej dla dzieci w zestawy testów punktowych zawierających alergeny o przekroczonych terminach ważności. Podmiot kontrolowany nie spełnia warunków wymaganych określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. 2. Niezgodność w zakresie sprzętu wykazanego w załączniku nr 2 do umowy nr 0903140102202101 a stanem faktycznym ustalonym podczas kontroli. Świadczeniodawca nie posiadał na wyposażeniu poradni: pikfłometru i zestawu do intubacji, w gabinecie zabiegowym były zestawy do testów płatkowych i punktowych z przeterminowanymi alergenami testowymi. Brak na wyposażeniu poradni sprzętu (pikfłometru, zestawu testów płatkowych, zestawu do intubacji). 3. Brak aktualnego przeglądu dla spirometru. Z analizy danych w raportach statystycznych wynika, że w 2021 r. (od 28.04.21 do 2.09.2021 r.,) sprawozdano wykonanie 30 procedur 89.383 Badanie spirometryczne. W prowadzonej dokumentacji medycznej stwierdzono nieprawidłowości opisane poniżej. 1. Opisy porad: - brak wpisu danych z wywiadu – dotyczy 92% skontrolowanych porad, - brak wpisu danych z badania przedmiotowego - dotyczy 4% skontrolowanych porad, - w dokumentacji medycznej odcisnięta jedynie pieczęćka o treści: „badanie fizykalne bez zmian”- dotyczy 88% skontrolowanych porad, - brak wpisu rozpoznania choroby, problemu zdrowotnego - dotyczy 93% skontrolowanych porad, - brak opisu wykonanych badań diagnostycznych, dokumentacja nie zawiera odniesienia do wykonanych badań diagnostycznych – dotyczy wszystkich skontrolowanych wpisów porad – 100%, - do dokumentacji medycznej nie dołączono wyników wykonanego badania spirometrii (zostały wydrukowane i dołączone w trakcie kontroli) – dotyczy 7 % skontrolowanych wpisów porad, - brak opisu udzielonych świadczeń – dotyczy 100% skontrolowanych wpisów porad, - brak oznaczenia lekarza dokonującego wpisu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3 tj: nazwisko i imię, tytuł zawodowy, uzyskane specjalizacje, numer prawa wykonywania zawodu, podpis - dotyczy 7% skontrolowanych wpisów porad.	1. Wyposażenie poradni alergologicznej dla dzieci w pikfłometr oraz zestaw do testów płatkowych (co najmniej 10 alergenów) zgodnie z wymaganiami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 357 z późn.zm.) określonych w załączniku: Wykaz świadczeń gwarantowanych w przypadku porad specjalistycznych oraz warunki ich realizacji. Przesłanie do TWK IX w Rzeszowie faktur za zakupiony pikfłometr i zestaw do testów płatkowych. Termin realizacji zalecenia: niezwłocznie po otrzymaniu niniejszego wystąpienia pokontrolnego. 2. Wyposażenie poradni alergologicznej dla dzieci i wykonywanie badań testami alergicznymi wyłącznie alergenami o aktualnych datach ważności - termin realizacji zalecenia: niezwłocznie po otrzymaniu niniejszego wystąpienia pokontrolnego. 3. Realizowanie umowy przy pomocy sprzętu określonego w załączniku nr 2 do umowy - termin realizacji zalecenia: niezwłocznie po otrzymaniu niniejszego wystąpienia pokontrolnego. 4. Przestrzeganie zasady wykonywania badań diagnostycznych przy pomocy sprzętu posiadającego stosowne certyfikaty, atesty lub inne dokumenty potwierdzające dopuszczenie aparatury i sprzętu medycznego do użytku oraz dokumenty potwierdzające dokonanie aktualnych przeglądów wykonanych przez uprawnione podmioty. Przesłanie do TWK IX w Rzeszowie kopii aktualnego przeglądu spirometru. Termin realizacji zalecenia: niezwłocznie po otrzymaniu niniejszego wystąpienia pokontrolnego. 5. Realizowanie, rozliczanie i dokumentowanie świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z przepisami obowiązującymi zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna - termin realizacji zalecenia: niezwłocznie po otrzymaniu niniejszego wystąpienia pokontrolnego. 6. Prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z przepisami rozporządzenia 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.) - termin realizacji zalecenia: niezwłocznie po otrzymaniu niniejszego wystąpienia pokontrolnego. Skutki finansowe: 31 670,14 zł.
TWK IX	DK-TWK-IX-DRK.7320.27.2021	01.10.2021 r. - 21.12.2021 r.	Medicsan Spółka z Ograniczoną Odpowiedzialnością w Nowosielcach, ul. Św. Floriana 2, 38-533 Nowosielce.	Realizacja umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej w zakresie świadczenia w pielęgnarskiej opiece długoterminowej domowej. Okres objęty kontrolą: 01.01.2018 r. - 31.08.2021 r. oraz stan na dzień kontroli.	1. Sprawozdanie do POW NFZ innej wartości skali Barthel niż wpisana do dokumentacji indywidualnej co stanowi – 63,33% skontrolowanych świadczeń zdrowotnych. 2. Świadczenia rozliczone z POW NFZ, a „realizowane przez pielęgniarkę w tym samym czasie u innych pacjentów jednocześnie”. 3. Zakwestionowano autentyczność podpisów świadczeniobiorcy i jego opiekunów na karcie wizyt (94,15%), co skutkuje brakiem potwierdzenia wykonania świadczeń sprawozdanych do POW NFZ. 4. Sprawozdanie świadczeń nie mających potwierdzenia wpisem w dokumentacji medycznej. 5. Autentyczności podpisów złożonych na karcie wizyt pielęgniarki opieki długoterminowej nie potwierdza rodzina pacjentki w 94,15%, a także nie potwierdza: dat wizyt, wykonanych zabiegów pielęgnarskich i czynności wpisanych w karcie obserwacji.	1. Sprawozdawanie do POW NFZ oceny pacjentów wg. skali Barthel, zgodnie z wpisana do indywidualnej dokumentacji medycznej, termin realizacji – niezwłocznie. 2. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w czasie zgłoszonym do POW NFZ, jednocześnie należy udzielać świadczeń tylko jednemu pacjentowi, termin realizacji – niezwłocznie. 3. Prowadzenie dokumentacji medycznej z aktualnie obowiązującymi przepisami w zakresie pielęgnarskiej opieki długoterminowej oraz wynikających z cyt. rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej, termin realizacji - niezwłocznie. 4. Wpisów w karcie wizyt pielęgnarskich i karcie obserwacji należy dokonywać na bieżąco po udzieleniu świadczenia zdrowotnego termin realizacji- niezwłocznie. 5. Dokonanie korekty dokumentów finansowo-rozliczeniowych w terminie 14 dni od daty otrzymania niniejszego wystąpienia. Skutki finansowe: 45 166,79 zł.
TWK IX	DK-TWK-IX-DRK.7320.28.2021	05.10.2021 r. - 09.11.2021 r.	Specjalistyczny Gabinet Stomatologiczny lek. stom. Ewa Bentkowska, 38 – 600 Lesko ul. Wincentego Pola 9.	Realizacja umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne w zakresie: świadczenia protetyki stomatologicznej. Okres objęty kontrolą: 01.01.2021r. - 30.04.2021r.	Na podstawie ustalonego stanu faktycznego stwierdzono nieprawidłowość dotyczącą realizacji i rozliczenia świadczeń polegającą na braku w dokumentacji medycznej w 2 przypadkach wpisów, potwierdzających wykonanie wykazanych w sprawozdaniu i rozliczonych przez POW NFZ świadczeń. Ponadto, na podstawie ustalonego stanu faktycznego stwierdzono nieprawidłowość polegającą na błędnej kwalifikacji do świadczenia 5.13.00.2301050 – konsultacja specjalistyczna. Na podstawie ustalonego stanu faktycznego stwierdzono, że świadczeniodawca w 1 przypadku, co stanowi 0,6% wszystkich sprawozdanych świadczeń nie zastosował się do obowiązujących w okresie kontrolowanym przepisów regulujących sposób prowadzenia dokumentacji medycznej. Ponadto w 28 kartach stomatologicznych na 69 kontrolowanych, co stanowi 40,6%, stwierdzono nieprawidłowość polegającą na niezastosowaniu się do § 8 pkt 1, 2 rozporządzenia. Ponadto w dokumentacji medycznej opisy 52 świadczeń w zakresie procedury 23.0105 potwierdzają nieprawidłową jej kwalifikację i rozliczenie przez POW NFZ. W całości kontrolowanej dokumentacji medycznej brak rozpoznania według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10.	1.Wykonywanie umowy zgodnie z jej postanowieniami w oparciu o przepisy Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, tj. przedstawienie danych zgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których Fundusz dokonuje płatności. Termin realizacji zaleceń: niezwłocznie po otrzymaniu niniejszego pisma. 2. Przestrzeganie zapisów obowiązującego Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020r w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (poz.666) zakresie § 4 ust.1, § 7, § 8 pkt 1 i 2. Termin realizacji zaleceń: niezwłocznie po otrzymaniu niniejszego pisma. 3. Wykonanie korekty sprawozdania finansowego i rzeczowego zgodnie z wykazem zakwestionowanych produktów jednostkowych, zawartych w tabeli nr 4 i zał.nr 2 do niniejszego wystąpienia pokontrolnego. Termin realizacji: 14 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego. Skutki Finansowe: 2 663,04 zł.