

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
Departament Kontroli Terenowy Wydział Kontroli X w Białymstoku	DK.TWK-X.7300.1.071.2021.DRXX	01.12.2021 - 27.01.2022	ZIELIŃSKA I PARTNERZY - SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY z siedzibą: ul. dr Ireny Białówny 11, 15- 437 Białystok, prowadzący działalność w zakładzie leczniczym: Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarska "Śródmieście" Sp.p. z siedzibą j.w.	Prawidłowość i zasadność sprawozdania/rozliczenia produktu 99.01.0101 - Teleporada lekarska na rzecz pacjenta z dodatnim wynikiem testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2. Okres objęty kontrolą: 01.03.2021 – 30.06.2021	Stwierdzono niezasadne sprawozdanie i rozliczenie 138 świadczeń Teleporada lekarska na rzecz pacjenta z dodatnim wynikiem testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2 (97,87% wszystkich kontrolowanych), tj. w sposób niezgodny z definicją określoną w pozycji nr 30 załącznika nr 1 do Zarządzenia nr 37/2021/DSOZ Prezesa NFZ w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczenia świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 oraz odpowiednio lp. 26 załącznika nr 2 do Zarządzenia 42/2021/DSOZ Prezesa NFZ w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczenia świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19. We wszystkich tych przypadkach Teleporada lekarska na rzecz pacjenta z dodatnim wynikiem testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2 została udzielona pacjentom bez nałożonej izolacji, bądź pacjentom będącym poza okresem izolacji, niezgodnie z obowiązującymi przepisami określającymi moment początkowy i kończącym izolację. Ocena ogólna kontrolowanego podmiotu – negatywna	1. Przekazywać do rozliczenia z Funduszem świadczenia o kodzie 5.62.01.0000011 - Teleporada lekarska na rzecz pacjenta z dodatnim wynikiem testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2 – udzielone zgodnie z odpowiednimi Zarządzeniami Prezesa NFZ, wyłącznie na rzecz pacjentów, którzy posiadają status uprawniający do rozliczenia świadczenia tj. objętych izolacją domową w ramach czasowych określonych w § 4 ust. 5 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 6 maja 2021r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii: (Dz.U. z 2021 r. poz. 861 ze zm.) oraz § 4 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 lutego 2021 r. w sprawie chorób zakaźnych powodujących powstanie obowiązku hospitalizacji, izolacji lub izolacji w warunkach domowych oraz obowiązku kwarantanny lub nadzoru epidemiologicznego (Dz.U. z 2021 r. poz. 351 ze zm.) - termin realizacji zalecenia: niezwłocznie, na bieżąco. Ewentualne skutki finansowe zostaną określone przez Prezesa NFZ w toku postępowania administracyjnego.
Departament Kontroli Terenowy Wydział Kontroli X w Białymstoku	DK.TWK-X.7300.1.072.2021.DRXX	01.12.2021 - 27.01.2022	MEDVITA WIERCIŃSKA, KRAWIEL SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY z siedzibą: ul. Stroma 11/2, 15-662 Białystok, prowadzący działalność w zakładzie leczniczym: NZOZ PRZYCHODNIA RODZINNA MEDVITA SPÓŁKA PARTNERSKA z siedzibą j.w.	Prawidłowość i zasadność sprawozdania/rozliczenia produktu 99.01.0101 - Teleporada lekarska na rzecz pacjenta z dodatnim wynikiem testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2. Okres objęty kontrolą: 01.03.2021 – 30.06.2021	Stwierdzono niezasadne sprawozdanie i rozliczenie 126 świadczeń Teleporada lekarska na rzecz pacjenta z dodatnim wynikiem testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2 (99,21% wszystkich kontrolowanych), tj. w sposób niezgodny z definicją określoną w pozycji nr 30 załącznika nr 1 do Zarządzenia nr 37/2021/DSOZ Prezesa NFZ w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczenia świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 oraz odpowiednio lp. 26 załącznika nr 2 do Zarządzenia 42/2021/DSOZ Prezesa NFZ w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczenia świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19. We wszystkich tych przypadkach Teleporada lekarska na rzecz pacjenta z dodatnim wynikiem testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2 została udzielona pacjentom bez nałożonej izolacji, bądź pacjentom będącym poza okresem izolacji, niezgodnie z obowiązującymi przepisami określającymi moment początkowy i kończącym izolację. Ocena ogólna kontrolowanego podmiotu – negatywna	1. Przekazywać do rozliczenia z Funduszem świadczenia o kodzie 5.62.01.0000011 - Teleporada lekarska na rzecz pacjenta z dodatnim wynikiem testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2 – udzielone zgodnie z odpowiednimi Zarządzeniami Prezesa NFZ, wyłącznie na rzecz pacjentów, którzy posiadają status uprawniający do rozliczenia świadczenia tj. objętych izolacją domową w ramach czasowych określonych w § 4 ust. 5 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 6 maja 2021r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii: (Dz.U. z 2021 r. poz. 861 ze zm.) oraz § 4 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 lutego 2021 r. w sprawie chorób zakaźnych powodujących powstanie obowiązku hospitalizacji, izolacji lub izolacji w warunkach domowych oraz obowiązku kwarantanny lub nadzoru epidemiologicznego (Dz.U. z 2021 r. poz. 351 ze zm.)- termin realizacji zalecenia: niezwłocznie, na bieżąco. Ewentualne skutki finansowe zostaną określone przez Prezesa NFZ w toku postępowania administracyjnego.
Departament Kontroli Terenowy Wydział Kontroli X w Białymstoku	DK.TWK-X.7300.1.077.2021.DRXX	15.12.2021 – 07.02.2022	SZPITAL OGÓLNY IM. DR WITOLDA GINELA W GRAJEWIE z siedzibą: ul. Konstytucji 3 Maja 34, 19-200 Grajewo	Prawidłowość i zasadność sprawozdania/ rozliczenia hospitalizacji pacjenta związanej z leczeniem COVID-19. Okres objęty kontrolą: 01.03.2021 – 30.06.2021	Stwierdzono: 1. Niezasadne sprawozdanie w raporcie statystycznym łącznie 7 świadczeń/ osobodni w tym: 5 świadczeń opieki zdrowotnej niezwiązanych z przeciwdziałaniem COVID-19 rozliczonych poprzez produkt: 99.03.009 - Hospitalizacja pacjenta związana z leczeniem COVID-19 - SpO2<95% oraz 2 świadczenia opieki zdrowotnej niezwiązane z przeciwdziałaniem COVID-19 rozliczonych poprzez produkt: 99.03.0010 - Hospitalizacja pacjenta związana z leczeniem COVID-19 - SpO2=>95 (3,21% próby kontrolnej); 2. Niezasadne sprawozdanie w raporcie statystycznym 1 świadczenia/ osobodnia, rozliczonego poprzez produkt: 99.03.009 - Hospitalizacja pacjenta związana z leczeniem COVID-19 - SpO2<95% w przypadku gdy w dokumentacji medycznej stwierdzono brak potwierdzenia dokonania codziennego pomiaru saturacji (0,46% próby kontrolnej);	1. Udzielać świadczeń (99.03.0009 - Hospitalizacja pacjenta związana z leczeniem COVID-19 - SpO2<95% i / lub 99.03.0010 - Hospitalizacja pacjenta związana z leczeniem COVID-19 - SpO2=>95%), zgodnie z wymogami określonymi w załączniku nr 1 Katalog produktów rozliczeniowych Lp. 43 i 44 do Zarządzenia Nr 37/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 26.02.2021r. w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczenia świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 oraz w załączniku nr 2 Katalog produktów rozliczeniowych Lp. 39 i 40 do Zarządzenia nr 42/2021/DSOZ z dnia 5 marca 2021r. w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczenia świadczeń opieki zdrowotnej związanych z

					<p>3. Nieprawidłową kwalifikację i niezasadne rozliczenie 4 świadczeń/ osobodni produktem rozliczeniowym 99.03.0009 - Hospitalizacja pacjenta związana z leczeniem COVID-19 - SpO2<95%, co stanowi 1,83% wszystkich kontrolowanych osobodni, w przypadku których odnotowany poziom saturacji nie ma swojego odzwierciedlenia w opisanym w dokumentacji stanie klinicznym pacjenta oraz podjętych działaniach terapeutycznych - stosowaniu tlenoterapii i farmakoterapii i odnotowany wynik pomiaru saturacji >90% wskazuje na rozliczenie niewłaściwego produktu</p> <p>Ocena ogólna kontrolowanego podmiotu – pozytywna z nieprawidłowościami</p>	<p>zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 oraz w przyszłości – zgodnie z późniejszymi obowiązującymi zarządzeniami Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19. Termin realizacji zalecenia: na bieżąco.</p> <p>Ewentualne skutki finansowe zostaną określone przez Prezesa NFZ w toku postępowania administracyjnego.</p>
<p>Departament Kontroli Terenowy Wydział Kontroli X w Białymstoku</p>	<p>DK.TWK-X.7300.1.078.2021.DRXX</p>	<p>09.12.2021 – 14.02.2022</p>	<p>MONIKA ANNA PLEWIK z siedzibą: 18-208 Kulesze Kościelne, ul. Piękna 8 prowadząca działalność leczniczą w zakładzie leczniczym: Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "M-DENT" Monika Plewik adres: 18-208 Kulesze Kościelne, ul. Piękna 8</p>	<p>Jakość i dostępność do gwarantowanych świadczeń stomatologicznych dla dzieci i młodzieży do 18 roku życia.</p> <p>Okres objęty kontrolą: 01.01.2019 – 31.12.2020</p>	<p>1. Stwierdzono niezasadne wykazanie do rozliczenia 30 świadczeń z 200 objętych kontrolą, w tym:</p> <ul style="list-style-type: none"> - w zakresie: świadczenia ogólnostomatologiczne stwierdzono nieprawidłowości w rozliczeniu 10 świadczeń (w okresie rozliczeniowym 01.01.2019 r. – 31.12.2019 r. niezasadne wykazanie do rozliczenia 4 z 23 skontrolowanych świadczeń opieki zdrowotnej co stanowi 17,39% próby kontrolnej oraz w okresie rozliczeniowym 01.01.2020 r. – 31.12.2020 r. niezasadne wykazanie do rozliczenia 6 z 24 skontrolowanych świadczeń opieki zdrowotnej co stanowi 25% próby kontrolnej); - w zakresie: świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 r. ż. stwierdzono nieprawidłowości w rozliczeniu 20 świadczeń (w okresie rozliczeniowym 01.01.2019 r. – 31.12.2019 r. niezasadne wykazanie do rozliczenia 12 z 91 skontrolowanych świadczeń opieki zdrowotnej co stanowi 13,19% próby kontrolnej oraz w okresie rozliczeniowym 01.01.2020 r. – 31.12.2020 r. niezasadne wykazanie do rozliczenia 8 z 62 skontrolowanych świadczeń opieki zdrowotnej co stanowi 12,90% próby kontrolnej) z uwagi na: <ul style="list-style-type: none"> - niepotwierdzenie realizacji 4 sprawozdanych świadczeń opieki zdrowotnej z powodu braku ich wpisu w dokumentacji medycznej; - nieprawidłowe zakwalifikowanie świadczeń do produktu rozliczeniowego wykazanego w raporcie statystycznym - dotyczy 3 świadczeń; - niezgodność danych sprawozdanych w raportach statystycznych ze stanem faktycznym ustalonym na podstawie wpisów w dokumentacji medycznej w zakresie numeru zęba – w przypadku 23 świadczeń. <p>2. W wyniku analizy dokumentacji medycznej pacjentów, stwierdzono nieprawidłowości w jej prowadzeniu we wszystkich 45 indywidualnych dokumentacjach medycznych pacjentów, co stanowi 100% dokumentacji medycznych objętych próbą kontrolną w obu kontrolowanych zakresach świadczeń, w tym:</p> <ul style="list-style-type: none"> - brak chronologii wpisów do dokumentacji medycznej w przypadku 5 świadczeń w 2 dokumentacjach medycznych pacjentów - naniesienie poprawki bez adnotacji o przyczynie korekty oraz wskazania daty i oznaczenia osoby jej dokonującej - brak numeracji stron dokumentacji medycznej w przypadku wszystkich okazanych dokumentacji medycznych w obu zakresach świadczeń (100% próby kontrolnej) - brak pełnego opisu świadczenia, w tym: <ul style="list-style-type: none"> • brak opisu świadczenia w zakresie zastosowanego materiału do stałego wypełnienia zęba w przypadku 1 świadczenia udzielonego w ramach zakresu o kodzie 407000022102 w roku 2019. • brak opisu w zakresie rozległości ubytku 12 świadczeń udzielonych na rzecz 8 świadczeniobiorców – 6 dokumentacji medycznych w roku 2019 (po 3 w ramach obu zakresów) a w roku 2020 - 4 dokumentacje (1 dokumentacja w zakresie o kodzie 407000021802 i 3 w ramach zakresu o kodzie 407000022102). • brak opisu 1 świadczenia w zakresie liczby opracowywanych i odbudowywanych powierzchni oraz klasy ubytku udzielonego w ramach zakresu 407000022102 w roku 2020. <p>Ocena ogólna kontrolowanego podmiotu – negatywna</p>	<p>1. Rzetelnie i z należytą starannością wykazywać do rozliczenia z Funduszem świadczenia, które znajdują potwierdzenie we wpisach w dokumentacji medycznej - termin realizacji zalecenia: niezwłocznie, na bieżąco.</p> <p>2. Dokonać korekty raportów statystycznych i faktur w zakresie zakwestionowanych świadczeń, określonych wystąpieniu pokontrolnym – termin realizacji zalecenia: 14 dni od dnia odbioru wystąpienia.</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.) - termin realizacji zalecenia: niezwłocznie, na bieżąco.</p> <p>Skutki finansowe: - 2 474,57 zł – nienależnie przekazane środki finansowe - 3 716,23 zł - tytułem kary umownej</p>

<p>Departament Kontroli Terenowy Wydział Kontroli X w Białymstoku</p>	<p>DK.TWK-X.7300.1.079.2021.DRXX</p>	<p>09.12.2021 – 14.02.2022</p>	<p>ZOFIA KOSTECKA z siedzibą: 15-046 Białystok, ul. Koszykowa 7 prowadząca działalność leczniczą w zakładzie leczniczym: Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Gabinet Stomatologiczny - Zofia Kostecka adres: 15-046 Białystok, ul. Koszykowa 7</p>	<p>Jakość i dostępność do gwarantowanych świadczeń stomatologicznych dla dzieci i młodzieży do 18 roku życia.</p> <p>Okres objęty kontrolą: 01.01.2019 – 31.12.2020</p>	<p>1. Stwierdzono niezgłoszenie w załączniku nr 2 do umowy „Harmonogram-zasoby” zmiany sprzętu wymaganego do realizacji umowy w obu kontrolowanych zakresach świadczeń, tj. Świadczeniodawca nie zaktualizował danych dotyczących dwóch posiadanych lamp polimerizacyjnych; 2. Niezasadne wykazanie do rozliczenia 2 z 200 świadczeń objętych kontrolą (1 świadczenie w zakresie świadczenia ogólnostomatologiczne w 2019 r. co stanowi 1,56% próby kontrolnej oraz 1 w zakresie świadczenia ogólnostomatologiczne w 2020 r. co stanowi 2,94% próby kontrolnej), w tym: - brak wpisu w dokumentacji medycznej pacjenta potwierdzającego wykonanie 1 świadczenia, - niezgodność danych sprawozdanych w raportach statystycznych ze stanem faktycznym ustalonym na podstawie wpisów w dokumentacji medycznej w zakresie numeru zęba w przypadku 1 świadczenia; 3. W wyniku analizy dokumentacji medycznej pacjentów stwierdzono nieprawidłowości w jej prowadzeniu we wszystkich 94 indywidualnych dokumentacjach medycznych pacjentów, co stanowi 100% dokumentacji medycznych objętych próbą kontrolną w obu kontrolowanych zakresach świadczeń, w tym: - brak pełnego opisu świadczenia tj. • w zakresie świadczenia ogólnostomatologiczne – 57 dokumentacji (w 2019 r. – 36 dokumentacji i w 2020 r. – 21 dokumentacji), • w zakresie świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 r. ż. – 57 dokumentacji (w 2019 r. – 32 dokumentacji i w 2020r. – 27 dokumentacji) - naniesienie poprawki bez adnotacji o przyczynie korekty oraz wskazania daty i oznaczenia osoby jej dokonującej: • w zakresie świadczenia ogólnostomatologiczne – 1 dokumentacja – dotyczy wpisu z 2019 r., • w zakresie świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 r. ż. – 2 dokumentacje (w 2019 r. – 1 dokumentacja i w 2020r. – 1 dokumentacja).</p> <p>Ocena ogólna kontrolowanego podmiotu – negatywna</p>	<p>1. Dokonać aktualizacji w załączniku nr 2 „Harmonogram-zasoby” do kontrolowanej umowy w zakresie posiadanych lamp polimerizacyjnych w obu kontrolowanych zakresach świadczeń oraz na bieżąco aktualizować dane o swoim potencjale wykonawczym (sprzęt służący do wykonywania świadczeń) przeznaczonym do realizacji umowy – termin realizacji zalecenia: 14 dni od dnia odbioru wystąpienia. 2. Rzetelnie i z należytą starannością wykazywać do rozliczenia z Funduszem świadczenia, które znajdują potwierdzenie we wpisach w dokumentacji medycznej - termin realizacji zalecenia: niezwłocznie, na bieżąco. 3. Dokonać korekty raportów statystycznych i faktur w zakresie zakwestionowanych świadczeń, określonych w wystąpieniu pokontrolnym – termin realizacji zalecenia: 14 dni od dnia odbioru wystąpienia. 4. 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.) - termin realizacji zalecenia: niezwłocznie, na bieżąco.</p> <p>Skutki finansowe: - 153,18 zł – nienależnie przekazane środki finansowe - 3 050,16 zł – tytułem kary umownej</p>
<p>Departament Kontroli Terenowy Wydział Kontroli X w Białymstoku</p>	<p>DK.TWK-X.7300.1.080.2021.DRXX</p>	<p>17.12.2021 - 08.02.2022</p>	<p>SZPITAL OGÓLNY W KOLNIE z siedzibą: ul. Wojska Polskiego 69, 18-500 Kolno</p>	<p>Prawidłowość i zasadność sprawozdania/ rozliczenia hospitalizacji pacjenta związanej z leczeniem COVID-19.</p> <p>Okres objęty kontrolą: 01.03.2021 – 30.06.2021</p>	<p>Kontroli poddano 40 indywidualnych dokumentacji medycznych 40 pacjentów, którym w okresie od 01.03.2021r. do 30.06.2021r. udzielono świadczeń rozliczonych produktem 99.03.0009 - Hospitalizacja pacjenta związana z leczeniem COVID-19 – SpO<95% oraz produktem 99.03.0010 - Hospitalizacja pacjenta związana z leczeniem COVID-19 - SpO2=>95%. Nieprawidłowości nie stwierdzono.</p> <p>Ocena ogólna kontrolowanego podmiotu – pozytywna</p>	<p>Z uwagi na pozytywną ocenę kontrolowanego podmiotu - brak zaleceń pokontrolnych - brak skutków finansowych</p>
<p>Departament Kontroli Terenowy Wydział Kontroli X w Białymstoku</p>	<p>DK.TWK-X.7320.002.2022.DRXX</p>	<p>12.01.2022 – 31.01.2022</p>	<p>LEGEARTIS - PORADNIE SPECJALISTYCZNE SPÓŁKA Z OGRAŃCZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ z siedzibą: ul. Młynowa 17; 15-404 Białystok</p>	<p>Realizacja umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, świadczenia w zakresie neurologii – świadczenia pierwszorazowe oraz świadczenia w zakresie neurologii.</p> <p>Okres objęty kontrolą: 01.01.2018 – 31.12.2018</p>	<p>1. Stwierdzono niezasadne rozliczenie świadczeń pierwszorazowych przed podjęciem decyzji diagnostyczno-terapeutycznej wobec świadczeniobiorcy - w 12 z 65 przypadków objętych próbą kontrolną (co stanowi 18,46%); 2. Nieprawidłowa kwalifikacja świadczeń do produktu rozliczeniowego w 16 przypadkach (co stanowi 9,41% i jest następstwem rozliczenia świadczeń pierwszorazowych przed podjęciem decyzji diagnostyczno- terapeutycznej wobec pacjenta.</p> <p>Ocena ogólna kontrolowanego podmiotu – negatywna</p>	<p>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 - termin realizacji zalecenia: niezwłocznie, na bieżąco. 2. Złożyć korektę raportu statystycznego w zakresie procedury ICD9: 88.911, wskazanej w dniu 08.01.2018r. pacjentowi o Nr Pesel: 5xx.... w ramach rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie: świadczenia w zakresie neurologii - świadczenia pierwszorazowe w ramach umowy nr 10-00-02240-12-08-02/01 z dn. 30.12.2011 r. (ze zm.) w - termin realizacji zalecenia: 14 dni od dnia odbioru wystąpienia pokontrolnego. 3. Złożyć korekty raportów statystycznych oraz faktur w zakresie świadczeń wskazanych w wystąpieniu pokontrolnymi- termin realizacji zalecenia: 14 dni od dnia odbioru wystąpienia pokontrolnego.</p>

						Skutki finansowe: - 1 698,94 zł – nienależnie przekazane środki finansowe - 682,88 zł - tytułem kary umownej
Departament Kontroli Terenowy Wydział Kontroli X w Białymstoku	DK.TWK-X.7320.003.2022.DRXX	24.01.2022 – 25.02.2022	GABINET LEKARZA RODZINNEGO TERESA ELIASZ ul. Fabryczna 1 18-300 Zambrów	Realizacja umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie: świadczenia lekarza POZ. Okres objęty kontrolą: 01.01.2019 – 31.12.2019	1.Brak realizacji obowiązku sprawozdania zrealizowanych porad lekarza POZ finansowanych kapitacyjną stawką roczną, których wykonanie ma swoje odzwierciedlenie w zbiorczej dokumentacji medycznej (Księżde przyjęć) w przypadku 110 z 6642 wykonanych świadczeń (co stanowi 1,66% udzielonych świadczeń). Ocena ogólna kontrolowanego podmiotu – pozytywna z nieprawidłowościami	1.Sprawozdać świadczenia lekarza POZ finansowane kapitacyjną stawką roczną udokumentowane w Księżde przyjęć w kontrolowanym okresie, które nie zostały sprawozdane do Oddziału Wojewódzkiego NFZ. Termin realizacji zalecenia: 14 dni od dnia otrzymania wystąpienia pokontrolnego. 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. Termin realizacji zalecenia: na bieżąco. Skutki finansowe: - 4 478,96 zł - tytułem kary umownej
Departament Kontroli Terenowy Wydział Kontroli X w Białymstoku	DK.TWK-X.7320.004.2022.DRXX	14.01.2022 – 28.02.2022	SAMODZIELNY SZPITAL MIEJSKI IM. PCK W BIAŁYMSTOKU z siedzibą: ul. Sienkiewicza 79, 15- 003 Białystok prowadzący działalność w zakładzie leczniczym: Szpital z siedzibą: ul. Sienkiewicza 79, 15-003 Białystok	Realizacja umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ) w zakresie choroby wewnętrzne – hospitalizacja. Okres objęty kontrolą: 01.01.2019 – 31.12.2019	1.Nie stwierdzono nieprawidłowości dot. zasadności rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej poprzez wybraną grupę JGP G37 Ostre zapalenie trzustki w ramach próby objętej kontrolą w zakresie choroby wewnętrzne – hospitalizacja; 2. W części dot. rzetelności i prawidłowości prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej stwierdzono brak pełnej daty dokonania wpisu w 44 spośród 65 indywidualnych dokumentacji medycznych (67,69% próby objętej kontrolą). Ocena ogólna kontrolowanego podmiotu – pozytywna z nieprawidłowościami	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 – termin realizacji zalecenia: niezwłocznie, na bieżąco. Brak skutków finansowych
Departament Kontroli Terenowy Wydział Kontroli X w Białymstoku	DK.TWK-X.7320.010.2022.DRXX	24.02.2022 – 18.03.2022	MIROŚŁAWA PACUK z siedzibą: 16-010 Wasilków, ul. Kryńska 32 lok. 10/11 prowadząca w kontrolowanym okresie działalność w zakładzie leczniczym: Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Stomatologiczna Mirosława Pacuk adres: 16-010 Wasilków, ul. Kryńska 32 lok. 10/11	Realizacja umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne w zakresie świadczeń ogólnostomatologicznych. Okres objęty kontrolą: 01.01.2019 – 31.12.2019	1.Nie stwierdzono nieprawidłowości w kontrolowanych obszarach tj. w części dot. prawidłowości realizacji i zasadności wykazania do rozliczenia świadczeń ogólnostomatologicznych oraz w części dot. rzetelności i prawidłowości prowadzenia dokumentacji medycznej. Ocena ogólna kontrolowanego podmiotu – pozytywna	Z uwagi na pozytywną ocenę kontrolowanego podmiotu - brak zaleceń pokontrolnych - brak skutków finansowych
Departament Kontroli Terenowy Wydział Kontroli X w Białymstoku	DK.TWK-X.7320.061.2021.DRXX	05.10.2021 – 26.01.2022	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SEJNACH z siedzibą: 16-500 Sejny, ul. Dr Edwarda Rittlera 2 prowadzący działalność w zakładzie leczniczym: Szpital Powiatowy w Sejnach, pod adresem: 16-500 Sejny, ul. Dr Edwarda Rittlera 2	Realizacja umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ) w zakresie położnictwo i ginekologia – hospitalizacja. Okres objęty kontrolą: 01.01.2019 – 31.12.2019	1.Stwierdzono następujące nieprawidłowości w części dotyczącej prawidłowości realizacji i rozliczenia świadczeń: - 43 hospitalizacje, spośród 135 skontrolowanych (31,85% próby), rozpoczęły się bez wymaganego skierowania do leczenia szpitalnego, - stwierdzono brak potwierdzenia realizacji 133 z 343 sprawozdanych przez Świadczeniodawcę procedur ICD 9 (38,76% próby) - we wszystkich 135 kontrolowanych przypadkach (100 % próby) stwierdzono brak podstaw do uznania prawidłowości postawionych/sprawozdanych rozpoznań głównych wg ICD 10; 2. Nieaktualizowanie danych w zakresie potencjału wykonawczego, przeznaczonego do realizacji umowy: – 12 z 22 (co stanowi 54,55%) pozycji sprzętu i aparatury medycznej nie zostało usuniętych z Załącznika nr 2 „Harmonogram-zasoby” – 42 z 54 (co stanowi 77,78%) sprzętów lub aparatów medycznych nie zostało zgłoszonych jako potencjał wykonawczy świadczeniodawcy Ocena ogólna kontrolowanego podmiotu – negatywna	1. Kwalifikować pacjentki do hospitalizacji jedynie w sytuacji, w której cel leczenia nie może być osiągnięty przez leczenie ambulatoryjne, Każdorazowo weryfikować zasadność wystawionego skierowania, w tym prawidłowość w zakresie podstawowych, wymaganych obowiązującymi przepisami, danych. Uzasadnienie przyjęcia do szpitala wpisywać do Historii choroby- termin realizacji zalecenia: niezwłocznie, na bieżąco. 2. Dokonywać w sposób rzetelny sprawozdawczości w zakresie procedur ICD 9, każdorazowo wykazując w przekazywanych raportach te spośród nich, których wykonanie potwierdzone jest w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjentek i których realizacja/wynik jest istotna/istotny z punktu widzenia postawionego rozpoznania głównego i rozpoznań współistniejących, - termin realizacji zalecenia: niezwłocznie, na bieżąco. 3. Dokonywać w sposób prawidłowy, zgodny z wiedzą medyczną, określenia rozpoznania zasadniczego wg ICD10, uwzględniając fakt, iż jest to stan, który po przebadaniu pacjenta w szpitalu, okazał się głównym powodem przyjęcia, - termin realizacji zalecenia: niezwłocznie, na bieżąco. 4. Aktualizować na bieżąco dane o potencjale wykonawczym w zakresie sprzętu i aparatury medycznej, przeznaczonym do realizacji umowy, - termin realizacji zalecenia: niezwłocznie, na bieżąco. 5. Złożyć korekty raportów statystycznych w zakresie

						<p>świadceń wskazanych w Załączniku nr 3 do wystąpienia pokontrolnego – termin realizacji zalecenia: 14 dni od dnia odbioru wystąpienia pokontrolnego</p> <p>Skutki finansowe: - 246 289,16 zł - tytułem kary umownej</p>
<p>Departament Kontroli Terenowy Wydział Kontroli X w Białymstoku</p>	DK.TWK-X.7320.065.2021.DRXX	27.10.2021 – 04.01.2022	<p>EMIL KRZYSZTOF PAPIEŻ z siedzibą: 18-525 Turośl, ul. Jana Pawła II 36, prowadzący indywidualną praktykę lekarską: Gabinet Stomatologiczny Emil Krzysztof Papież z siedzibą: ul. Jana Pawła II 36, 18-525 Turośl.</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>1. Nie stwierdzono nieprawidłowości dot. prawidłowości realizacji i zasadności rozliczania świadczeń ogólnostomatologicznych; 2. W części dot. rzetelności i prawidłowości prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej stwierdzono nieprawidłowości w prowadzeniu 32 dokumentacji medycznych (100% próby kontrolnej) tj.: - brak nazwy i numeru statystycznego rozpoznania choroby, problemu zdrowotnego lub urazu, według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta – w przypadku wszystkich 32 dokumentacji medycznych objętych próbą kontrolną - nieprecyzyjne/niepełne opisy świadczeń tj. opis 68 świadczeń całkowitego opracowania i odbudowy ubytku zęba nie zawierał informacji o powierzchniach objętych procesem próchnicowym, jak również wskazania, które powierzchnie zęba były wypełniane - dotyczy 25 z 32 skontrolowanych dokumentacji medycznych - nieprawidłowe daty wystawienia zlecenia na świadczenia protetyczne – w przypadku 9 zleceń protetycznych dołączonych do 7 dokumentacji medycznych; 3. Nie stwierdzono nieprawidłowości w obszarze dot. spełnianie warunków w części dotyczącej wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną</p> <p>Ocena ogólna kontrolowanego podmiotu – pozytywna z nieprawidłowościami</p>	<p>1. 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.) - termin realizacji zalecenia niezwłocznie, na bieżąco.</p> <p>Skutki finansowe: - 784,04 zł - tytułem kary umownej</p>
<p>Departament Kontroli Terenowy Wydział Kontroli X w Białymstoku</p>	DK.TWK-X.7320.069.2021.DRXX	17.11.2021 – 24.01.2022	<p>VIVA-MED KONONCZUK LEKARZE DENTYŚCI SPÓŁKA JAWNA z siedzibą: 15-404 Białystok, ul. Młynowa 38 lok. 4/2 prowadząca działalność leczniczą w zakładzie leczniczym: VIVA-MED Konończuk Lekarze Dentyści adres: 16-070 Choroszcz, ul. Powstania Styczniowego 6D</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>1. Niezasadnie sprawozdano i rozliczono świadczenie rentgenodiagnostyki w przypadku, gdy w dokumentacji medycznej brak było opisu wykonanego zdjęcia rtg – dotyczy 1 świadczenia na 1005 objętych kontrolą (0,1% próby kontrolnej); 2. Nie stwierdzono nieprawidłowości w obszarze dotyczącym rzetelności i prawidłowości prowadzenia dokumentacji medycznej; 3. Nie stwierdzono nieprawidłowości w obszarze dot. spełniania warunków w części dotyczącej wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną.</p> <p>Ocena ogólna kontrolowanego podmiotu – pozytywna z nieprawidłowościami</p>	<p>1. Rzetelnie i z należytą starannością wykazywać do rozliczenia z Funduszem świadczenia, które 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 2021 r. poz. 2148) - termin realizacji zalecenia niezwłocznie, na bieżąco. 2. Dokonać korekty raportu statystycznego i faktury w zakresie zakwestionowanego świadczenia, określonego w wystąpieniu pokontrolnym - termin realizacji zalecenia: 14 dni od dnia odbioru wystąpienia.</p> <p>Skutki finansowe: - 18,40 zł – nienależnie przekazane środki finansowe - 316,11 zł - tytułem kary umownej</p>
<p>Departament Kontroli Terenowy Wydział Kontroli X w Białymstoku</p>	DK.TWK-X.7320.070.2021.DRXX	22.11.2021 – 20.01.2022	<p>SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W HAJNÓWCE z siedzibą: ul. doc. Adama Dowgirda 9, 17-200 Hajnówka.</p>	<p>Realizacja umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie, w którym rozliczono świadczenia: Z91 Świadczenia zabiegowe – Grupa 91 oraz Z92 Świadczenia zabiegowe – Grupa 92</p> <p>Okres objęty kontrolą: 10.1.2018 - 31.12.2020</p>	<p>1. Nie stwierdzono nieprawidłowości w obszarze wymogu skierowania do Poradni chirurgii onkologicznej; 2. W obszarze zasadności wykazania do rozliczeń świadczeń zabiegowych Z91 stwierdzono brak zgodności danych sprawozdanych w raportach statystycznych z wpisami zawartymi w dokumentacji medycznej w związku ze wskazaniem krotności procedur medycznych ICD 9 nie mających odzwierciedlenia w dokumentacji medycznej – dotyczy wykazanych w raportach statystycznych 76 przypadków nieprawidłowej krotności procedur medycznych wg. ICD 9; 3. Nie stwierdzono nieprawidłowości w obszarze prawidłowości stosowania kodu trybu przyjęcia; 4. Nie stwierdzono nieprawidłowości w obszarze rzetelności i prawidłowości prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej</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 udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna - termin realizacji: niezwłocznie, na bieżąco. 2. Dołożyć należytej staranności w rzetelnym przekazywaniu w raportach statystycznych danych, zgodnych ze stanem faktycznym, w tym krotności zrealizowanych procedur medycznych wg. klasyfikacji ICD – 9 opartych na wpisach w dokumentacji medycznej oraz wynikających ze stanu zdrowia pacjenta, opisanego w indywidualnej dokumentacji medycznej – termin realizacji zalecenia: niezwłocznie, na bieżąco. 3. Złożyć korekty raportów statystycznych w celu poprawienia błędnie sprawozdanych danych - termin realizacji zalecenia: 14 dni od dnia odbioru wystąpienia pokontrolnego.</p> <p>Skutki finansowe:</p>

<p>Departament Kontroli Terenowy Wydział Kontroli X w Białymstoku</p>	<p>DK.TWK-X.7320.073.2021.DRXX</p>	<p>03.12.2021 – 11.01.2022</p>	<p>SPECJALISTYCZNY OŚRODEK MEDYCZNY "SOMED" MIECZYŚLAWA OŁDAKOWSKA prowadzący działalność w zakładzie leczniczym: Specjalistyczny Ośrodek Medyczny "SOMED" z siedzibą: Aleja Legionów 29; 18-400 Tomża.</p>	<p>Realizacja umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, świadczenia w zakresie neurologii – świadczenia pierwszorazowe oraz świadczenia w zakresie neurologii .</p> <p>Okres objęty kontrolą: 01.01.2018 – 31.12.2018</p>	<p>1. W obszarze zasadności wykazania do rozliczeń specjalistycznych świadczeń pierwszorazowych udzielonych świadczeniobiorcom stwierdzono niezasadne rozliczenie świadczeń pierwszorazowych przed podjęciem decyzji diagnostyczno- terapeutycznej wobec świadczeniobiorcy - w 8 z 82 przypadków objętych próbą kontrolną (co stanowi 9,76%);</p> <p>2. W obszarze zasadności wykazania do rozliczeń świadczeń specjalistycznych udzielonych świadczeniobiorcom stwierdzono nieprawidłową kwalifikację świadczeń do produktu rozliczeniowego w 3 przypadkach (co jest następstwem rozliczenia świadczeń pierwszorazowych przed podjęciem decyzji diagnostyczno- terapeutycznej wobec pacjenta);</p> <p>3. Nie stwierdzono nieprawidłowości w obszarze rzetelności i prawidłowości prowadzenia dokumentacji medycznej.</p> <p>Ocena ogólna kontrolowanego podmiotu – pozytywna z nieprawidłowościami</p>	<p>- 40 886,00 zł - tytułem kary umownej</p> <p>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 - termin realizacji zalecenia: niezwłocznie, na bieżąco.</p> <p>2. Złożyć korekty raportów statystycznych oraz faktur w zakresie świadczeń, wskazanych w Tabeli nr 3 wystąpienia pokontrolnego - termin realizacji zalecenia: 14 dni od dnia odbioru wystąpienia pokontrolnego.</p> <p>Skutki finansowe: - 776,88 zł – nienależnie przekazane środki finansowe - 488,29 zł - tytułem kary umownej</p>
<p>Departament Kontroli Terenowy Wydział Kontroli X w Białymstoku</p>	<p>DK.TWK-X.7320.074.2021.DRXX</p>	<p>06.12.2021 – 27.01.2022</p>	<p>L. S. KISIEL SPÓŁKA JAWNA ul. Jaćwieska 18 16-300 Augustów prowadzący działalność w zakładzie leczniczym: Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Medyczne Centrum Diagnostyczno-Lecznicze L. S. Kisiel pod adresem: ul. Jaćwieska 18, 16-300 Augustów Poradnia endokrynologiczna adres: ul. Jaćwieska 18, 16-300 Augustów</p>	<p>Realizacja umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie: świadczenia w zakresie endokrynologii.</p> <p>Okres objęty kontrolą: 01.01.2019 – 31.12.2019</p>	<p>1 W obszarze zasadności i prawidłowości wykazania do rozliczeń świadczeń specjalistycznych zachowawczych rozpoczynających się oznacznikiem W1 stwierdzono: - brak zgodności sprawozdanych procedur medycznych z danymi zawartymi w indywidualnej dokumentacji medycznej w przypadku 3 spośród 430 sprawozdanych procedur (0,70%) - wykazanie w 1 przypadku produktu rozliczeniowego W12 pomimo braku wykonania co najmniej 3 procedur z listy W1 lub co najmniej jednej procedury z listy W2 lub do 2 procedur oznaczonych tym samym kodem z listy W5 oraz w 1 przypadku produktu rozliczeniowego W13 pomimo braku potwierdzenia wykonania co najmniej 2 procedur z listy W2 lub co najmniej jednej procedury z listy W3 lub od 3 do 4 procedur oznaczonych tym samym kodem z listy W5 lub do 2 procedur oznaczonych tym samym kodem z listy W7 lub co najmniej jednej procedury z listy W2 oraz co najmniej jednej procedury z listy W8 lub co najmniej jednej procedury z listy W2 oraz co najmniej jednej procedury z listy W16 lub co najmniej 3 procedur z listy W1 oraz co najmniej jednej procedury z listy W2 niezbędnych do rozliczenia sprawozdanych świadczeń W12 oraz W13;</p> <p>2. W obszarze zasadności i prawidłowości wykazania do rozliczeń świadczeń specjalistycznych zabiegowych przez produkt Z88 świadczenia zabiegowe grupa 88 stwierdzono w przypadku 7 spośród 122 skontrolowanych świadczeń (5,74%) wykazanie produktu rozliczeniowego Z88 pomimo braku wykonania co najmniej 3 procedur z listy Z108, niezbędnych do rozliczenia w/w grupy;</p> <p>3. Nie stwierdzono nieprawidłowości w obszarze rzetelności i prawidłowości prowadzenia dokumentacji medycznej.</p> <p>Ocena ogólna kontrolowanego podmiotu – pozytywna z nieprawidłowościami</p>	<p>1. Przy bieżącej sprawozdawczości świadczeń w ramach umowy zawartej z publicznym płatnikiem, wskazywać zrealizowane procedury medyczne wynikające z opisu w indywidualnej dokumentacji medycznej świadczeniobiorców – termin realizacji zalecenia: niezwłocznie, na bieżąco.</p> <p>2. Prawidłowo kwalifikować zrealizowane świadczenia specjalistyczne do właściwego produktu rozliczeniowego, zgodnie z zasadami rozliczania świadczeń określonymi w aktualnym w danym okresie rozliczeniowym Zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna – termin realizacji zalecenia: niezwłocznie, na bieżąco.</p> <p>3. Dokonać korekty raportów statystycznych w zakresie zakwestionowanych procedur, wskazanych w Tabeli nr 4 wystąpienia pokontrolnego– termin realizacji zalecenia: 14 dni od dnia odbioru wystąpienia.</p> <p>4. Dokonać korekty raportów statystycznych i faktur w zakresie zakwestionowanych świadczeń, wskazanych w Tabeli nr 5 wystąpienia pokontrolnego – termin realizacji zalecenia: 14 dni od dnia odbioru wystąpienia pokontrolnego.</p> <p>Skutki finansowe: - 3 488,73 zł – nienależnie przekazane środki finansowe - 1 358,72 zł - tytułem kary umownej</p>
<p>Departament Kontroli Terenowy Wydział Kontroli X w Białymstoku</p>	<p>DK.TWK-X.7320.081.2021.DRXX</p>	<p>30.12.2021 – 23.02.2022</p>	<p>ALICJA LEOŃCZYK DARIUSZ LEOŃCZYK S.C., prowadzący działalność w zakładzie leczniczym Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Medicus" s.c. Alicja I Dariusz Leończyk w Grajewie z siedzibą ul. Os. Południe 9, 19-203 Grajewo.</p>	<p>Realizacja umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - ambulatoryjna opieka specjalistyczna (ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochonne) 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>1. Nie stwierdzono nieprawidłowości w obszarze realizacji, rozliczania i sprawozdawania świadczeń specjalistycznych, udzielonych świadczeniobiorcom w ramach próby objętej kontrolą w zakresie: badania endoskopowe przewodu pokarmowego – kolonoskopia (świadczenia rozliczane w ramach produktu: kolonoskopia z polipektomią jednego lub więcej polipów o średnicy do 1 cm, za pomocą pętli diatermicznej z badaniem hist.-pat) oraz w obszarze rzetelności i prawidłowości prowadzenia dokumentacji medycznej.</p> <p>Ocena ogólna kontrolowanego podmiotu – pozytywna</p>	<p>Z uwagi na pozytywną ocenę kontrolowanego podmiotu - brak założeń pokontrolnych - brak skutków finansowych</p>
<p>Departament Kontroli</p>	<p>DK.TWKX.7320.015.2021.DRK</p>	<p>26.03.2021 – 07.02.2022</p>	<p>RYDZEWSKI I PARTNERZY SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY</p>	<p>Realizacja umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w</p>	<p>1. W obszarze spełnienia przez świadczeniodawcę wymogu posiadania skierowania do Poradni chirurgii ogólnej</p>	<p>1.Ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych finansowanych ze środków publicznych udzielać na</p>

<p>Terenowy Wydział Kontroli X w Białymstoku</p>			<p>z siedzibą: 15-437 Białystok ul. dr Ireny Białówny 11 prowadzący działalność w zakładzie leczniczym: Niepubliczny Chirurgiczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Na Białówny" spółka partnerska z siedzibą: 15-437 Białystok ul. dr Ireny Białówny 11 lok. 8</p>	<p>rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresach, w których rozliczono specjalistyczne świadczenia zabiegowe o kodzie: Z107 Świadczenia zabiegowe – Grupa 107</p> <p>Okres objęty kontrolą: 01.01.2019 – 31.12.2019</p>	<p>stwierdzono udzielenie 2 świadczeń bez skierowania mimo braku stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego;</p> <p>2. W obszarze zasadności wykazania do rozliczenia świadczeń zabiegowych o kodzie Z107 stwierdzono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - brak potwierdzenia wykonania sprawozdanej procedury w indywidualnej dokumentacji medycznej w przypadku 2132 spośród 2169 skontrolowanych świadczeń (98,29%) - w przypadku 2120 spośród 2169 skontrolowanych świadczeń (97,74%) wykazanie produktu rozliczeniowego Z107 Świadczenia zabiegowe – Grupa 107 pomimo braku wykonania procedury z listy Z107 niezbędnej do rozliczenia w/w grupy; 3. W obszarze wskazywania w raportach statystycznych sprawozdanych do POW NFZ prawidłowego kodu trybu przyjęcia osoby której udzielono świadczenia zdrowotnego stwierdzono wskazywanie w 4 z 2170 (0,18%) przypadkach w raportach statystycznych, sprawozdawanych do Podlaskiego OW NFZ nieprawidłowego kodu trybu przyjęcia osoby, której udzielono świadczenia zdrowotnego; 4. W obszarze dot. spełniania warunków realizacji świadczeń gwarantowanych w części dotyczącej personelu lekarskiego udzielającego świadczeń w kontrolowanym zakresie nieprawidłowości nie stwierdzono; 5. W obszarze dot. rzetelności i prawidłowości prowadzenia dokumentacji medycznej stwierdzono: <ul style="list-style-type: none"> - dokumentacja medyczna prowadzona była w sposób nieczytelny w 93 z 220 przypadków objętych badaniem kontrolnym - strony dokumentacji medycznej nie zostały ponumerowane w 220 z 220 przypadków objętych badaniem kontrolnym - w dokumentacji medycznej brak było imienia i nazwiska pacjenta na wszystkich kolejnych stronach w 220 z 220 przypadków objętych badaniem kontrolnym - brak w dokumentacji oświadczeń pacjenta o upoważnieniu do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz o upoważnieniu do uzyskiwania dokumentacji lub adnotacji o niezłożeniu w/w oświadczeń w 27 z 220 przypadków objętych badaniem kontrolnym - w oznaczeniu podmiotu brak było wskazanych kodów resortowych cz. I w 97 z 220 przypadkach objętych badaniem kontrolnym - w oznaczeniu podmiotu brak było wskazanych kodów resortowych cz. V w 97 z 220 przypadkach objętych badaniem kontrolnym - w oznaczeniu podmiotu brak było wskazanych kodów resortowych cz. VII oraz nazwy komórki organizacyjnej w 97 z 220 przypadkach objętych badaniem kontrolnym - brak oznaczonej płci w 97 z 220 przypadków objętych badaniem kontrolnym <p>Ocena ogólna kontrolowanego podmiotu – negatywna</p>	<p>podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego zgodnie z zapisami zawartymi w art. 57 ust 1 Ustawy o świadczeniach za wyjątkiem przypadków o których mowa w art. 57 ust 1a i ust. 2 oraz art. 60 w/w Ustawy- termin realizacji zalecenia: niezwłocznie, na bieżąco.</p> <p>2. Przy bieżącej sprawozdawczości świadczeń w ramach umowy, zawartej z publicznym płatnikiem, wskazywać (w sprawozdawczości do Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ) zrealizowane na rzecz pacjentów procedury medyczne wg. klasyfikacji ICD-9 wynikające ze stanu pacjenta, opisanego w indywidualnej dokumentacji medycznej – termin realizacji zalecenia: niezwłocznie, na bieżąco.</p> <p>3. Prawidłowo kwalifikować zrealizowane świadczenia specjalistyczne 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 udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna – termin realizacji zalecenia: niezwłocznie, na bieżąco.</p> <p>4. W raportach statystycznych do POW NFZ wskazywać właściwy- adekwatny do stanu faktycznego udokumentowanego w Historii Zdrowia i Choroby- tryb przyjęcia pacjenta do Poradni chirurgicznej, zgodnie z § 3 ust. 1 pkt. 14 i 15 Rozporządzenia MZ z dnia 26 czerwca 2019 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców - termin realizacji zalecenia: niezwłocznie, na bieżąco.</p> <p>5. Prowadzić indywidualną dokumentację medyczną w sposób zgodny z wymogami Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania – termin realizacji zalecenia: niezwłocznie, na bieżąco.</p> <p>6. Złożyć korekty raportów statystycznych oraz faktur w zakresie świadczeń wskazanych w Tabeli nr 1 załącznika nr 2 do Wystąpienia pokontrolnego – termin realizacji zalecenia: 14 dni od dnia odbioru wystąpienia pokontrolnego</p> <p>Skutki finansowe: - 781 349,58 zł – nienależnie przekazane środki finansowe - 15 967,21 zł - tytułem kary umownej</p>
<p>Departament Kontroli Terenowy Wydział Kontroli X w Białymstoku</p>	<p>DK.TWKX.7320.025.2021.DRXX</p>	<p>30.04.2021 – 28.12.2021</p>	<p>VITALAIRE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ z siedzibą: ul. Strzeszyńska 33, 60- 479 Poznań prowadząca działalność w zakładzie leczniczym: POZNAŃSKA AGENCJA MEDYCZNA „HELP!” z siedzibą: ul. Strzeszyńska 33, 60-479 Poznań w miejscu udzielania świadczeń Domowa opieka nad pacjentami wentylowanymi mechanicznie – Oddział Podlaski ul. Bohaterów Westerplatte 6, 18-100 Łapy</p>	<p>Realizacja umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej w zakresie świadczenia zespołu długoterminowej opieki domowej mechanicznie.</p> <p>Okres objęty kontrolą: 01.01.2019 – 31.12.2019</p>	<p>1. W obszarze dot. spełniania warunków realizacji świadczeń w części dotyczącej personelu medycznego udzielającego świadczeń nieprawidłowości nie stwierdzono;</p> <p>2. W obszarze prawidłowości realizacji, rozliczania i sprawozdawania świadczeń w zakresie świadczeń zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie stwierdzono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - niezasadne sprawozdanie w raportach statystycznych 8 wizyt zespołu długoterminowej opieki domowej (co stanowi 0,03% próby kontrolnej które nie znajdują potwierdzenia w okazanej indywidualnej dokumentacji medycznej świadczeniobiorców objętych postępowaniem kontrolnym - niesprawozdanie 65 porad/ wizyt zespołu długoterminowej opieki domowej (w tym: 10 porad lekarskich, 17 wizyt pielęgniarki i 38 wizyt fizjoterapeuty - rozliczenie 48 osobodni opieki domowej pacjentów wentylowanych mechanicznie (co stanowi 0,20% próby kontrolnej) nieprawidłowym produktem: osobodzień zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie metodą nieinwazyjną z wyłączeniem świadczeniobiorców z przewlekłą niewydolnością oddechową na podłożu chorób nerwowo- 	<p>1. Sprawozdawać w raportach statystycznych wyłącznie odnotowane w dokumentacji medycznej wykonane porady/ wizyty zespołu długoterminowej opieki domowej, wraz z datą ich realizacji i kodem świadczenia, określonym w załączniku nr 8 do aktualnego w danym okresie rozliczeniowym zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określania warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej – termin realizacji zalecenia: niezwłocznie, na bieżąco.</p> <p>2. Kwalifikować wyłącznie wykonane i odnotowane w dokumentacji medycznej świadczenia do właściwych produktów rozliczeniowych, zgodnie z zasadami rozliczania świadczeń, określonymi w aktualnym w danym okresie rozliczeniowym zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określania warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej – termin realizacji zalecenia: niezwłocznie, na bieżąco.</p> <p>3. Prowadzić dokumentację medyczną zgodnie z</p>

					<p>mięśniowych (kod produktu: 51500000173), w przypadku których czas wentylacji mechanicznej nie przekraczał wymaganych co najmniej 16 godzin na dobę;</p> <p>3. W obszarze dot. prawidłowości i rzetelności prowadzenia dokumentacji medycznej stwierdzono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - brak numeracji stron w 51 spośród 51 indywidualnych dokumentacji medycznych (100% próby objętej kontrolą) - brak oznaczenia pacjenta na kolejnych stronach w 16 spośród 51 indywidualnych dokumentacji medycznych (31,37% próby objętej kontrolą) - brak prawidłowego oznaczenia osoby dokonującej wpisu (w szczególności dokumenty: karty wizyt lekarskich, karty wizyt pielęgniarskich, karty wizyt rehabilitacyjnych, karty wizyt w domu chorego wentylowanego mechanicznie) zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3 w 41 spośród 51 indywidualnych dokumentacji medycznych (80,39% próby objętej kontrolą) <p>Ocena ogólna kontrolowanego podmiotu – pozytywna z nieprawidłowościami</p>	<p>przepisami Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania – termin realizacji zalecenia: niezwłocznie, na bieżąco.</p> <p>4. Złożyć korekty dokumentów rozliczeniowych, w tym raportów statystycznych, w zakresie świadczeń wyszczególnionych w Wystąpieniu pokontrolnym – termin realizacji zalecenia: 14 dni od dnia odbioru wystąpienia pokontrolnego</p> <p>Skutki finansowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 7 089,12 zł – nienależnie przekazane środki finansowe - 21 692,85 zł - tytułem kary umownej
<p>Departament Kontroli Terenowy Wydział Kontroli X w Białymstoku</p>	<p>DK.TWKX.7320.034.2021.DRXX</p>	<p>05.05.2021 – 29.12.2021</p>	<p>PALLMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ z siedzibą: ul. Wilhelma Roentgena 3, 85-796 Bydgoszcz prowadzący działalność w zakładzie leczniczym: Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Dom SUE RYDER z siedzibą: ul. Wilhelma Roentgena 3, 85-796 Bydgoszcz w miejscu udzielania świadczeń Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Dom SUE RYDER w Kolnie ul. Wincentego Witosa 3A/5, 18-500 Kolno</p>	<p>Realizacja umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej w zakresie świadczenia zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie.</p> <p>Okres objęty kontrolą: 01.01.2019 – 31.12.2019</p>	<p>1. W obszarze dot. spełniania warunków realizacji świadczeń w części dotyczącej personelu medycznego udzielającego świadczeń nieprawidłowości nie stwierdzono;</p> <p>2. W obszarze prawidłowości realizacji, rozliczania i sprawozdawania świadczeń w zakresie świadczeń zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie stwierdzono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - niezasadne sprawozdanie w raportach statystycznych 26 porad/ wizyt zespołu długoterminowej opieki domowej (co stanowi 0,28% próby kontrolnej, które nie znajdują potwierdzenia w okazanej indywidualnej dokumentacji medycznej świadczeniobiorców objętych postępowaniem kontrolnym, - niesprawozdanie 70 porad/ wizyt zespołu długoterminowej opieki domowej (w tym: 49 porad lekarskich, 2 wizyty pielęgniarki i 19 wizyt fizjoterapeuty - Rozliczenie 127 osobodni opieki domowej pacjentów wentylowanych mechanicznie (co stanowi 1,38% próby kontrolnej), w tym: * 126 osobodni nieprawidłowym produktem: osobodzień zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie od 8 do 16 godzin na dobę metodą nieinwazyjną z wyłączeniem świadczeniobiorców z przewlekłą niewydolnością oddechową na podłożu chorób nerwowo-mięśniowych (kod produktu: 515000000232), w przypadku których czas wentylacji mechanicznej nie przekraczał wymaganych co najmniej 8 godzin na dobę * 1 osobodnia produktem: osobodzień zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie metodą nieinwazyjną z wyłączeniem świadczeniobiorców z przewlekłą niewydolnością oddechową na podłożu chorób nerwowo-mięśniowych (kod produktu: 515000000173) w sytuacji gdy brak jest potwierdzenia w okazanej indywidualnej dokumentacji medycznej udzielenia świadczenia; <p>3. W obszarze dot. prawidłowości i rzetelności prowadzenia dokumentacji medycznej stwierdzono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - brak numeracji stron w 31 spośród 31 indywidualnych dokumentacji medycznych (100% próby objętej kontrolą) - brak oznaczenia pacjenta na kolejnych stronach w 12 spośród 31 indywidualnych dokumentacji medycznych (38,71% próby objętej kontrolą), - stwierdzono brak prawidłowego oznaczenia osoby dokonującej wpisu zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3 w 25 spośród 31 indywidualnych dokumentacji medycznych (80,65% próby objętej kontrolą), <p>Ocena ogólna kontrolowanego podmiotu – pozytywna z nieprawidłowościami</p>	<p>1. Sprawozdawać w raportach statystycznych wyłącznie odnotowane w dokumentacji medycznej wykonane porady/ wizyty zespołu długoterminowej opieki domowej, wraz z datą ich realizacji i kodem świadczenia, określonym w załączniku nr 8 do aktualnego w danym okresie rozliczeniowym zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej – termin realizacji zalecenia: niezwłocznie, na bieżąco.</p> <p>2. Kwalifikować wyłącznie wykonane i odnotowane w dokumentacji medycznej świadczenia do właściwych produktów rozliczeniowych, zgodnie z zasadami rozliczania świadczeń, określonymi w aktualnym w danym okresie rozliczeniowym zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej – termin realizacji zalecenia: niezwłocznie, na bieżąco.</p> <p>3. 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 – termin realizacji zalecenia: niezwłocznie, na bieżąco.</p> <p>4. Złożyć korekty dokumentów rozliczeniowych, w tym raportów statystycznych, w zakresie świadczeń wyszczególnionych w załącznikach do wystąpienia pokontrolnego – termin realizacji zalecenia: 14 dni od dnia odbioru wystąpienia pokontrolnego</p> <p>Skutki finansowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 16 785,99 zł – nienależnie przekazane środki finansowe - 10 032,63 zł - tytułem kary umownej
<p>Departament Kontroli Terenowy Wydział Kontroli X w Białymstoku</p>	<p>DK.TWK-X.7322.007.2021.DRXX</p>	<p>08.11.2021 – 31.01.2022</p>	<p>Apteka Ogólnodostępna na Nowosielskiej, ul. Nowosielska 34, 15-617 Białystok, prowadzona przez Radomira Skłodowskiego działającego pod firmą: „Apteka na Nowosielskiej</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>1. W obszarze dot. realizacji recept na refundowane leki recepturowe w ramach próby objętej kontrolą stwierdzono następujące nieprawidłowości w realizacji 56 recept (32% wszystkich skontrolowanych recept) na kwotę refundacji 3 605,74 zł:</p> <ul style="list-style-type: none"> - brak dawkowania leku recepturowego zawierającego środek 	<p>1. Realizować recepty zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, w szczególności ustawy Prawo farmaceutyczne, ustawy o refundacji, rozporządzenia w/s recept, rozporządzenia w/s surowców farmaceutycznych, rozporządzenia w/s wydawania z apteki, w zakresie: kompletności danych</p>

			Radomir Skłodowski”, adres do doreczeń: ul. Nowosielska 34, 15-617 Białystok	Okres objęty kontrolą: 01.01.2017 – 31.12.2017	<p>odurzający, co stanowi naruszenie § 6 ust. 1 pkt 5 lit. c rozporządzenia w/s recept – dotyczy 1 recepty,</p> <p>- wykonanie leku recepturowego pomimo braku danych ilościowych jednego ze składników, co stanowi naruszenie § 7 rozporządzenia w/s recept – dotyczy 1 recepty,</p> <p>- wykonanie leków recepturowych niezgodnie z ordynacją z dokonaniem zmian w składzie innych niż przewiduje rozporządzenie lub bez poprawy niezgodności recepturowej, co stanowi naruszenie § 3 ust. 1 pkt 1 i 3 oraz ust. 3 i 4 rozporządzenia w/s wydawania z apteki – dotyczy 73 błędów ujawnionych na 53 receptach,</p> <p>- niezmnieszenie ilości substancji w leku recepturowym przy przekroczeniu dawki maksymalnej, co stanowi naruszenie § 3 ust. 1 pkt 4 rozporządzenia w/s wydawania z apteki – dotyczy 1 recepty;</p> <p>2. W obszarze dot. ustalania kosztu leków recepturowych w ramach próby objętej kontrolą stwierdzono następujące nieprawidłowości w realizacji 118 recept (67,43% wszystkich skontrolowanych recept) na kwotę refundacji 1 816,48 zł:</p> <p>- wykonanie leku recepturowego z surowca niefarmaceutycznego, co stanowi naruszenie § 4 pkt 1 rozporządzenia w/s surowców farmaceutycznych oraz art. 6 ust. 5 ustawy o refundacji – dotyczy 2 recept,</p> <p>- sporządzenie leków recepturowych z wykorzystaniem surowców o nieudokumentowanym pochodzeniu (brak dowodu zakupu), co stanowi naruszenie art. 88 ust. 5 pkt 5 ustawy Prawo farmaceutyczne, § 10 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia w/s podstawowych warunków, jak również § 6 ust. 3 rozporządzenia w/s podstawowych warunków oraz § 3 ust. 2 rozporządzenia w/s wydawania z apteki – dotyczy 9 recept,</p> <p>- nieprawidłowe wycenienie leków recepturowych na skutek: zawyżenia kosztu surowców, wyceny innej ilości składnika niż użyta, pobrania nieprawidłowej dopłaty pacjenta, ustalenia błędnej wysokości taksy laborum; co stanowi naruszenie § 3 - § 6 rozporządzenia w/s surowców farmaceutycznych – dotyczy 110 błędów ujawnionych na 106 receptach,</p> <p>- pobranie nieprawidłowej dopłaty świadczeniobiorcy za 3 leki recepturowe, w tym w 2 przypadkach na skutek nieprawidłowo określonej postaci leku, czego konsekwencją było wykonanie leków w ilościach większych niż dozwolone, co stanowi naruszenie art. 6 ust. 5 i 7 ustawy o refundacji oraz § 3 rozporządzenia w/s surowców farmaceutycznych i § 8 ust. 2 i 2a rozporządzenia w/s recept – dotyczy 3 recept;</p> <p>3. W obszarze dot. przekazywania danych o obrocie lekami objętymi refundacją wynikających ze zrealizowanych recept na leki recepturowe stwierdzono nieprawidłowości w przekazywaniu Oddziałowi Wojewódzkiemu NFZ danych o obrocie lekami, środkami spożywczymi specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobami medycznymi objętymi refundacją wynikających ze zrealizowanych 157 recept (89,71% próby objętej kontrolą), które dotyczyły:</p> <p>- sprawozdania błędnego kodu EAN surowca farmaceutycznego – dotyczy 39 recept,</p> <p>- sprawozdania numeru kodowego leku recepturowego nieodpowiadającego sporządzonej postaci leku – dotyczy 14 recept,</p> <p>- sprawozdania błędnych danych osoby wykonującej lek recepturowy – dotyczy 1 recepty, - sprawozdania nieprawidłowej daty wystawienia recepty – dotyczy 1 recepty,</p> <p>- w przypadku 56 recept opisanych w części B) Ustalone nieprawidłowości obszaru 1 oraz 118 recept opisanych w części B) Ustalone nieprawidłowości obszaru 2 w komunikatach elektronicznych zamieszczono recepty, których błędne dane nie powinny stać się przedmiotem sprawozdawczości do Funduszu oraz podstawą wypłaty refundacji w związku z ich wadliwą realizacją lub nieprawidłowym ustaleniem wartości sporządzonych leków recepturowych.</p>	<p>naniesionych na receptach, przestrzegania ordynacji lekarskiej oraz zasad wprowadzanie zmian w składzie leków recepturowych, sporządzania refundowanych leków wyłącznie z dozwolonych składników, prowadzenia obrotu surowcami o udokumentowanym pochodzeniu, prawidłowości ustalania kosztu leków oraz dopłat pacjentów - termin realizacji zalecenia: niezwłocznie.</p> <p>2. Przekazywać w komunikacie elektronicznym do Oddziału Wojewódzkiego NFZ, rzetelnie i zgodnie ze stanem faktycznym na dzień przekazania, dane zawarte w treści zrealizowanych recept podlegających refundacji zgodnie z ustawą o refundacji – termin realizacji zalecenia: niezwłocznie.</p> <p>3. Sporządzić i dostarczyć korekty zestawień zbiorczych recept na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne objęte refundacją, za okres, w którym wystąpiły stwierdzone nieprawidłowości, szczegółowo opisane w niniejszym wystąpieniu pokontrolnym (zakres wymaganych korekt ujęto w załączonej Specyfikacji skutków kontroli) – termin realizacji zalecenia: 14 dni od dnia otrzymania niniejszego wystąpienia pokontrolnego.</p> <p>Skutki finansowe: - 5 422,22 zł – tytułem zwrotu nienależnej refundacji finansowe - 5 422,22 zł - tytułem kary umownej</p>
Departament Kontroli Terenowy Wydział Kontroli X w Białymstoku	DK.TWKX.7321.001.2022.DRXX	27.01.2022 – 22.02.2022	1) CENTRUM MEDYCZNE GAJDA-MED 2) CENTRUM MEDYCZNE POLS-MED ROBERT GAJDA,	Ordynacja leku Eliquis tabl. powł. 2,5 mg z zakresu grupy limitowej 22.0, Heparyny	<p>Ocena ogólna kontrolowanego podmiotu – negatywna</p> <p>1. W obszarze dot. zasadności i prawidłowości wystawiania recept refundowanych stwierdzono nieprawidłowości polegające na:</p>	1. Dochować należytej staranności przy ordynacji leków, stosując się do wskazań refundacyjnych określonych w obwieszczeniach Ministra Zdrowia w

			<p>06-100 Pułtusk ul. Piotra Skargi 23/29, wykonujący działalność leczniczą w zakładzie leczniczym: CENTRUM MEDYCZNE GAJDA-MED z siedzibą j.w</p>	<p>drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych pod względem zgodności ze wskazaniami refundacyjnymi.</p> <p>Okres objęty kontrolą: 01.01.2017 – 31.12.2020</p>	<p>- ordynacji niezgodnie ze wskazaniami refundacyjnymi produktu leczniczego Eliquis 2,5 mg, pomimo niespełnienia przez pacjentów kryterium przeprowadzonego leczenia zabiegowego w zakresie chirurgii ortopedycznej, w obrębie dużych stawów: alloplastyki stawu biodrowego lub kolanowego. Zakres nieprawidłowości obejmuje 46 recept (100% badanej próby) na których przepisano 152 opakowania leku Eliquis 2,5 mg 7 pacjentom których dokumentację medyczną objęto kontrolą. Kwota refundacji w powyższych przypadkach wyniosła 15 737,29 zł;</p> <p>- naruszeniu zasad formalnych wystawiania recept wynikających z art. 96a ust. 1 pkt 2 lit. b) ustawy – prawo farmaceutyczne w związku z niewłaściwym oznaczeniem recept danymi adresu miejsca udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, które było niezgodne z faktycznym miejscem wystawienia, wynikającym z dokumentacji medycznej; zakres nieprawidłowości obejmuje 5 recept spośród 46 sprawdzonych (10,87 % badanej próby), a ich skutkiem było potwierdzenie niezgodnie z rzeczywistością przebiegu zdarzeń związanych z dystrybucją recept oraz procesem udzielania świadczeń.</p> <p>2. W obszarze dot prawidłowości wystawiania recept refundowanych i dokumentowania ordynacji stwierdzono nieprawidłowości polegające na:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 1 i 5 tego rozporządzenia w związku z niewypisaniem w dokumentacji udzielonych porad oraz ordynacji lekarskiej lub wpisaniem je w niepełnym zakresie (z pominięciem istotnych informacji o wypisanym leku, ilości i sposobie dawkowania, numerach e-recept) albo niezgodnie z treścią wypisanych recept; obejmują one 100 % dokumentacji objętej próbą kontrolną i dotyczą 100% kontrolowanej ordynacji, wynikającej z 46 recept; - naruszeniu zasad dokumentowania udzielanych świadczeń zawartych w § 41 ust. 4 pkt 2 rozporządzenia w/s dokumentacji medycznej z 2015 poprzez skrótkowe prowadzenie dokumentacji 3 pacjentów spośród 7 objętych badaniem kontrolnym (42,86%) z pominięciem istotnych elementów, cyt.: „Historia zdrowia i choroby w części dotyczącej porad ambulatoryjnych lub wizyt domowych zawiera: (...) dane z wywiadu i badania przedmiotowego (...)”. <p>Ocena ogólna kontrolowanego podmiotu – negatywna</p>	<p>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. Termin realizacji zalecenia: na bieżąco.</p> <p>2. Oznaczać wystawiane recepty w sposób przewidziany w przepisach normujących problematykę ich wypisywania, a w szczególności zapewnić ich pełną zgodność ze stanem faktycznym pod względem miejsca wystawienia. Termin realizacji zalecenia: na bieżąco.</p> <p>3. Dołożyć należytej staranności w prowadzeniu indywidualnej dokumentacji medycznej, zapewniając 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 czytelności oraz zakresu gromadzonych informacji o udzielanych świadczeniach 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 – wywiad oraz badanie przedmiotowe. Termin realizacji zalecenia: na bieżąco.</p> <p>Skutki finansowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 7 045,32 zł – tytułem kary umownej na podstawie § 30 OWU dla świadczeń - 17 954,38 zł - tytułem kary umownej na podstawie § 31 OWU dla świadczeń
--	--	--	---	---	---	--