

Jednostka organizacyjna NFZ przeprowadzająca kontrole	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
TMK XVI w Szczecinie	16.7320.019.2019.WKO-I	08.05.2018-04.07.2019	Szpital Powiatowy w Pyrzycach, Pyrzyce ul. Jana Pawła II 2	Weryfikacja harmonogramów pracy osób prowadzących fizjoterapię zatrudnionych u Świadczeniodawcy w latach 2014 – 2019 w Zakładzie Opiekuńczo - Leczniczym. Okres objęty kontrolą: 2014 - 2019 rok.	<p>Działalność świadczeniodawcy oceniono negatywnie:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pozytywnie z nieprawidłowością ze względu na kryterium rzetelności oceniono przedstawienie przez Świadczeniodawcę 14 umów dla personelu prowadzącego fizjoterapię w Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym. Spośród 14 przedstawionych umów 5 zawierało zapis dotyczący realizacji świadczeń w Zakładzie. Nieprawidłowością jest brak w umowach zapisów dotyczących realizacji świadczeń w Zakładzie w przypadku 9 pracowników. 2. Pozytywnie z nieprawidłowościami ze względu na kryterium legalności i rzetelności oceniono liczbę godzin pracy w przypadku 2 pracowników realizujących świadczenia na podstawie umów zleceń. Nieprawidłowości stanowią mniejszą liczbę godzin wynikającą z przedstawionych przez Świadczeniodawcę dokumentów niż zadeklarowana w załączniku Nr 2 do Umowy <i>Harmonogram – zasoby</i>. 3. Negatywnie ze względu na kryterium rzetelności oceniono brak dokumentów w postaci harmonogramów pracy w przypadku 8 pracowników realizujących świadczenia na podstawie umów cywilnoprawnych, zawierających zapisy dotyczące realizacji świadczeń zgodnie z harmonogramem oraz list obecności/grafików w przypadku 4 pracowników realizujących świadczenia na podstawie umów o pracę. 4. Negatywnie ze względu na kryterium legalności i rzetelności oceniono brak całościowego udokumentowania czasu pracy personelu prowadzącego fizjoterapię w ZOL. Przedstawione do kontroli dokumenty pozwoliły ustalić jedynie faktyczny czas pracy dla jednego pracownika, jednakże zadeklarowany w załączniku Nr 2 	<p>Zobowiązano do:</p> <p>wykonania umowy zgodnie z warunkami udzielania świadczeń określonymi w ustawie oraz w przepisach wydanych na jej podstawie, ogólnych warunkach umów oraz zgodnie ze szczegółowymi warunkami zawartej umowy, sporządzenia i przechowywania harmonogramów pracy dla personelu prowadzącego fizjoterapię w Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym, wykazywania w załączniku nr 2 do Umowy <i>Harmonogram – zasoby</i> czasu pracy personelu prowadzącego fizjoterapię w ZOL, zgodnego z udokumentowanym czasem realizacji świadczeń, doprecyzowania zapisów w umowach, w przypadku osób realizujących świadczenia w ZOL, bieżącego aktualizowania danych w załączniku nr 2 <i>Harmonogram - zasoby</i>, zgodnie z zapisami § 2 ust. 8 Umowy.</p> <p>Skutki finansowe: 11 674,91 PLN kara umowna.</p>

				<p>czas pracy dla tego pracownika jest niezgodny z udokumentowanym.</p> <p>5. Pozytywnie ze względu na kryterium legalności i rzetelności oceniono kwalifikacje personelu prowadzącego fizjoterapię w ZOL.</p> <p>6. Negatywnie ze względu na kryterium legalności i rzetelności oceniono brak spełnienia wymogów dotyczących liczby etatów przeliczeniowych osób prowadzących fizjoterapię w ZOL, z uwagi na brak udokumentowania przez Świadczeniodawcę całościowego czasu pracy w okresie objętym kontrolą.</p>	<p>Zobowiązano do:</p> <p>wykazywania do rozliczeń wykonanych i udokumentowanych procedur medycznych wg ICD9, w tym świadczeń do sumowania, rozliczenia świadczeń zgodnie z zapisami aktualnego Zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne oraz katalogów świadczeń do sumowania</p> <p>Skutki finansowe: 5 413,62 PLN kara umowna 45 142,24 PLN nienależnie przekazane środki.</p>
<p>TMWK XVI w Szczecinie</p>	<p>16.7300.021.2019.WKO-I</p>	<p>09.05.2019- 06.09.2019</p>	<p>Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Gryficach, Gryfice ul. Niechoraska 27</p>	<p>Realizacja umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie wybranych produktów do sumowania – preparatów krwiopochodnych.</p> <p>Okres objęty kontrolą: od 1 stycznia 2014 r. do 31 grudnia 2017 r.</p>	

TWK XVI w Szczecinie	16.7300.022.2019.WKO-I	22.05.2019-13.08.2019	Samodzielny Publiczny Wielospecjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Starogardzie, ul. Wojska Polskiego 27, Starogard	Realizacja umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie wybranych produktów do sumowania - preparatów krwioPOCHODNYCH Okres objęty kontrolą: 01.01.2014 r. - 31.12.2017	Działalność świadczeniodawcy oceniono negatywnie: 1. Pozytywnie ze względu na kryterium rzetelności i legalności oceniono dokumentowanie i rozliczenie w 34 przypadkach świadczeń do sumowania tj. realizowanych przetoczy preparatów krwioPOCHODNYCH. 2. Negatywnie ze względu na kryterium rzetelności i legalności oceniono sposób dokumentowania i rozliczenia w 94 przypadkach sprawozdanych świadczeń do sumowania. 3. Negatywnie ze względu na kryterium rzetelności i legalności oceniono brak sprawozdanych do ZOW NFZ udokumentowanych w indywidualnej i zbiorczej dokumentacji medycznej, w tym w Książkach transfuzyjnych, w 5 przypadkach następujących świadczeń	Zobowiązano do: wykazania do rozliczeń wykonanych i udokumentowanych procedur medycznych wg ICD9, w tym świadczeń do sumowania, rozliczenia świadczeń zgodnie z zapisami aktualnego Zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne, sporządzenia korekty raportów statystycznych i faktur korygujących, zwrotu kwoty nadpłaty Skutki finansowe: 0,00 PLN kara umowna 25 695,28 PLN nienależnie przekazane środki.
TWK XVI w Szczecinie	16.7300.023.2019.WKO-I	22.05.2019-24.07.2019	109 Szpital z Wojskowy z Przychodnią Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Szczecinie, ul. Ks. Piotra Skargi 9 - 11	Realizacja umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie wybranych produktów do sumowania - preparatów krwioPOCHODNYCH. Okres objęty kontrolą: 01.01.2014 r. - 31.12.2017	Działalność świadczeniodawcy oceniono pozytywnie z nieprawidłowościami: 1. Pozytywnie ze względu na kryterium rzetelności i legalności oceniono dokumentowanie i rozliczenie 298 spośród 313 kontrolowanych świadczeń do sumowania. 2. Pozytywnie ze względu na kryterium rzetelności i legalności oceniono potwierdzenie w dokumentacji medycznej w powyższych 298 przypadkach, sprawozdanych do NFZ świadczeń, zgodność wpisów w książce transfuzyjnej z książkami raportów pielęgniarstkich i z indywidualną dokumentacją medyczną pacjentów, co stanowi spełnienie zapisów ww. Zarządzeń Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne, obowiązujących w kontrolowanych okresach. 3. Negatywnie ze względu na kryterium rzetelności i legalności oceniono sposób dokumentowania i rozliczenia sprawozdanych 15 spośród 313 kontrolowanych świadczeń do sumowania.	Zobowiązano do: wykazania do rozliczeń wykonanych i udokumentowanych procedur medycznych wg ICD9, w tym świadczeń do sumowania, rozliczenia świadczeń zgodnie z zapisami aktualnego Zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne, sporządzenia korekty raportów statystycznych i faktur korygujących, zwrotu kwoty nadpłaty Skutki finansowe: 0,00 PLN kara umowna 25 695,28 PLN nienależnie przekazane środki.

Załącznik do zarządzenia nr 129/2017/DK Prezesa NFZ z dnia 21 grudnia 2017r.

Sprawozdania z przeprowadzonych kontroli w III kwartale 2019 r.

TWK XVI w Szczecinie	16.7300.024.2019.WKO-I	28.05.2019- 30.08.2019	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2 PUM w Szczecinie, ul. Powstańców Wielkopolskich 72	Realizacja umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenia szpitalne w zakresie wybranych produktów do sumowania - preparatów krwiopochodnych.	Okres objęty kontrolą: 01.01.2014 r. - 31.12.2017 r.	Działalność świadczeniodawcy oceniono negatywnie: nieprawidłowościami:	Zobowiązano do: wykazania do rozliczeń wykonanych i udokumentowanych procedur medycznych wg ICD-9, w tym świadczeń do sumowania, rozliczenia świadczeń zgodnie z zapisami aktualnego Zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne oraz katalogów świadczeń do sumowania, sporządzenia raportów statystycznych i faktur korygujących oraz zwrotu kwoty nadpłaty, sporządzenia korekty raportów statystycznych za okres od 01.10.2017 r. do 31.12.2017 r. na wartość 56 633,13 pkt. rozliczeniowych.
<p>1. Pozytywnie ze względu na kryterium rzetelności i legalności oceniono dokumentowanie i rozliczenie 136 spośród 164 świadczeń do sumowania tj. realizowanych przetoczeń preparatów krwiopochodnych. Świadczenia zostały udokumentowane w książkach transfuzyjnych, księgach raportów pielęgniarskich i w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjentów oraz sprawozdane zgodnie z zapisami Zarządzeń w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne obowiązujących w kontrolowanych okresach, tj.: Zarządzenia Nr 89/2013/DSCZ Prezesa NFZ z dnia 19 grudnia 2013 r., Zarządzenia Nr 71/2016/DSCZ Prezesa NFZ z dnia 30 czerwca 2016 r., w tym załączników Nr 1c stanowiących katalog świadczeń do sumowania.</p> <p>2. Negatywnie ze względu na kryterium rzetelności i legalności oceniono sposób dokumentowania i rozliczenia 28 świadczeń do sumowania spośród 164 kontrolowanych.</p> <p>3. Negatywnie ze względu na kryterium rzetelności i legalności oceniono brak sprawozdania do ZOW NFZ udokumentowanych w indywidualnej i zbiorczej dokumentacji medycznej, w tym w książkach transfuzyjnych 2 przetoczeń preparatu o kodzie 5.53.01.0000943. Przetoczenie koncentratu krwinek płytkowych z krwi pełnej, zrealizowanych dla dwóch pacjentów.</p>							
<p>Skutki finansowe: 77 708,10 PLN kara umowna 174 214,04 PLN nienależnie przekazane środki.</p>							

TWK XVI w Szczecinie	16.7300.025.2019.WKO-1	13.05.2019- 25.06.2019	Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony w Szczecinie ul. Arkońskiej 4	<p>Realizacja i rozliczanie świadczeń Q02 – Zabiegi naczyniowe w obszarze brzuszny z powikłaniami i reoperacje oraz Q03 – Zabiegi naczyniowe w obszarze brzuszny w ramach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne.</p> <p>Okres objęty kontrolą: Obszar 1: od stycznia 2016 r. do 31 grudnia 2016 r., Obszar 2:</p> <p>a) warunki dotyczące wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, pozostałe wymagania oraz zapewnienie realizacji badań - stan na czas przeprowadzenia kontroli, b) warunki dotyczące personelu medycznego oraz organizacja udzielania świadczeń – stan w pełnym miesiącu poprzedzającym miesiąc rozpoczęcia kontroli.</p>	<p>Na podstawie ustaleń pokontrolnych działalność oceniono pozytywnie z nieprawidłowościami:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pozytywnie ze względu na kryterium rzetelności i legalności oceniono realizację i kwalifikację wytypowanych 28 hospitalizacji, spośród 50 kontrolowanych świadczeń rozliczonych w ramach grup JGP Q02 lub Q03. 2. Negatywnie ze względu na kryterium rzetelności i legalności oceniono realizację i kwalifikację 22 hospitalizacji, spośród 50 kontrolowanych świadczeń rozliczonych w ramach grup JGP Q02 lub Q03. Dokumentacja medyczna nie potwierdza w 20 przypadkach realizacji sprawozdanej procedury wg ICD-9 38.016 Embolektomia, determinującej grupę JGP Q02 w 3 przypadkach i grupę JGP Q03 w 17 przypadkach. 3. Pozytywnie ze względu na kryterium rzetelności i legalności oceniono spełnienie warunków wymaganych do realizacji świadczeń rozliczonych grupą Q02 i Q03 dla Oddziału Chirurgii Naczyniowej w zakresie wymagań: <ul style="list-style-type: none"> - lekarze - zapewnienie równoważnika co najmniej 2 etatów (nie dotyczy dyżuru medycznego) - specjalista w dziedzinie chirurgii naczyniowej, - pielęgniarki – zapewnienie równoważnik co najmniej 0,7 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów - specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego, - organizacja udzielania świadczeń - zapewnienie całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia, - wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, w miejscu udzielania świadczeń aparat USG z opcją kolorowego Dopplera, kardiomonitor oraz w lokalizacji - aparat RTG naczyniowy, - pozostałe wymagania - gabinet diagnostyczno-zabiegowy - w miejscu udzielania świadczeń, blok operacyjny - w lokalizacji oraz zapewnienie przeprowadzenia leczenia wewnątrznaczyniowego, - zapewnienia realizacji badań - radiologicznych naczyniowych. 	<p>Zobowiązano do:</p> <p>wykazywania do rozliczeń wykonanych i udokumentowanych procedur medycznych wg ICD9, rozliczania świadczeń zgodnie z zapisami aktualnego Zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne, sporządzenia korekty raportów statystycznych i faktur korygujących oraz zwrotu kwoty nadpłaty</p> <p>Skutki finansowe: 15 352,87 PLN kara umowna 216 840,00 PLN nienależnie przekazane środki.</p>
-------------------------	------------------------	---------------------------	---	--	--	--

Załącznik do zarządzenia nr 129/2017/DK Prezesa NFZ z dnia 21 grudnia 2017r.

Sprawozdania z przeprowadzonych kontroli w III kwartale 2019 r.

TWK XVI w Szczecinie	16.7320.030.2019.WKO-II	21.05.2019- 18.07.2019	Samodzielny Publiczny Szpital Rejonowy w Nowogardzie ul. Wojska Polskiego 7	Realizacja świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w zakładzie opiekuńczo - leczniczym z uwzględnieniem kompleksowości udzielania świadczeń przez personel wskazany w umowie.	Okres objęty kontrolą: od 01października 2018 r. do dnia zakończenia kontroli.	Na podstawie ustaleń pokontrolnych działalność oceniono pozytywnie z nieprawidłowościami. 1. Pozytywnie ze względu na kryterium rzetelności i legalności oceniono spełnienie warunków lokalowych, opracowanie planu higieny i wdrożenie procedur przeciwepidemicznych oraz standardów opieki pielęgnacyjnej w Zakładzie, mających wpływ na jakość udzielanych świadczeń. 2. Pozytywnie z nieprawidłowościami ze względu na kryterium rzetelności i legalności oceniono spełnienie przez Świadczeniodawcę warunków wymaganych, określonych w aktach prawnych, w zakresie zatrudnienia personelu medycznego. Nieprawidłowości dotyczą: - braku spełnienia czasu pracy terapeuty zajęciowego w przeliczeniu ½ etatu na 35 łóżek. Do zapewnienia wymaganego wymiaru czasu pracy terapeuty zajęciowego brakuje 5,18 godz./tyg. tj. 0,14 etatu przeliczeniowego na 80 łóżek będących w dyspozycji Świadczeniodawcy; - braku spełnienia czasu pracy psychologa w przeliczeniu ½ etatu na 35 łóżek. 3. Pozytywnie z uchybieniem oceniono zgodność Negatywnie ze względu na kryterium rzetelności i legalności oceniono udzielanie świadczeń przez podwykonawcę niewskazanego w załączniku nr 3 do umowy „Wykaz podwykonawców”. 4. Negatywnie ze względu na kryterium rzetelności i legalności oceniono udzielanie świadczeń przez fizjoterapeutę niewykananą w załączniku do umowy Harmonogram zasoby i niezatrudnioną przez podwykonawcę, z którym Świadczeniodawca zawarł umowę na wykonywanie świadczeń w zakresie fizjoterapii w ZOL Resko. 5. Pozytywnie z nieprawidłowościami ze względu na kryterium rzetelności i legalności oceniono dokumentowanie realizowanych świadczeń pod względem kompleksowości. Nieprawidłowości dotyczą: braku określenia wskaźnika BMI, co jest niezgodne	Zobowiązano do: wykazanie w załączniku nr 3 do umowy „Wykaz podwykonawców”, udzielającego świadczeń w zakresie rehabilitacji, zapewnienie udzielania świadczeń przez osoby zatrudnione przez świadczeniodawcę lub podwykonawcę zgodnie z harmonogramem stanowiącym załącznik do umowy, zapewnienie odpowiedniego czasu pracy terapeuty zajęciowego oraz psychologa, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz.U.2015.1658), w przypadku pacjentów żywnionych dojełtowo pozajełtowo dokonywania pomiarów masy ciała pacjentów w celu określenia wskaźnika BMI, zgodnie ze Standardami Żywienia Polskiego Towarzystwa Żywienia Pozajełtowego i Dojełtowego, prowadzenia dokumentacji zgodnie z przepisami. Skutki finansowe: 9 480,98 PLN kara umowna 0,00 PLN nienależnie przekazane środki.
-------------------------	-------------------------	---------------------------	--	---	--	--	---

				<ul style="list-style-type: none">- z opracowanymi Standardami Żywienia Polskiego Towarzystwa Żywienia Pozajelitowego i Dojelitowego;- prowadzenia dokumentacji medycznej przez neurologopedę, który nie określa ilości wykonanych procedur w poszczególnych miesiącach ani w jakim dniu zostały udzielone świadczenia.- prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej przez psychologa. Przechowywanie dokumentacji pacjentów w prywatnym komputerze pracownika stoi w kolizji z zapisami zawartymi w ww. rozporządzeniu § 73 ust. 1.;- w przypadku 1 pacjenta w opisie lekarskim z dnia 19.04.2018r., 26.04.2018r., 12.07.2018r. zawarto zapis "współpracuje z rehabilitantem." Natomiast w karcie usprawniania pierwszy wpis dotyczący rehabilitacji odnotowano w dniu 14.05.2018r., a pierwsze zlecenie lekarskie na rehabilitację wpisano dopiero w dniu 17.07.2018r.;- w przypadku 3 pacjentów brak udokumentowania obserwacji pielęgniarstkich;- w przypadku 3 pacjentów wpis obserwacji pielęgniarstkich występuje tylko 1 lub 2 razy w okresie kontrolowanym;- w przypadku 4 pacjentów nie udokumentowano zlecenia rehabilitacji, natomiast udokumentowano wykonanie zabiegów fizjoterapeutycznych w karcie usprawniania pacjenta. Ponadto w przypadku 1 pacjenta podczas jego pobytu w szpitalu w Nowogardzie w dniach od 23.11. - 28.11.2018 roku, również udokumentowano wykonanie zabiegów rehabilitacyjnych. Wszystkie zabiegi były autoryzowane przez fizjoterapeutę;- w przypadku 6 pacjentów lekarz nie określił rodzaju i częstotliwości wykonania zabiegów.	
--	--	--	--	---	--

Załącznik do zarządzenia nr 129/2017/DK Prezesa NFZ z dnia 21 grudnia 2017r.

Sprawozdania z przeprowadzonych kontroli w III kwartale 2019 r.

TMK XVI w Szczecinie	16.7310.036.2019.WKO-II	27.05.2019- 25.08.2019	Przyjazny Szpital w Połczynie Zdroju Sp. z o. o. 78- 320 Połczyn- Zdrój, ul. Szpitalna 5	Zasadność kwalifikacji i realizacji procedury zabiegowej Z72 w ramach ambulatoryjnych świadczeń urologicznych (TUMT)	Na podstawie ustaleń pokontrolnych działalność oceniono pozytywnie z nieprawidłowościami: 1. Pozytywnie z nieprawidłowością ze względu na kryterium rzetelności i legalności oceniono spełnienie warunków wymaganych do realizacji świadczeń rozliczonych grupą zabiegową Z72 w zakresie kwalifikacji personelu, posiadanego sprzętu i aparatury medycznej oraz dostępu do badań diagnostycznych. Nieprawidłowością jest brak wykazania do ZOW NFZ aparatu do termoterapii THERMASPEC 1000, wykorzystywanego podczas realizacji świadczeń zabiegowych. 2. Pozytywnie ze względu na kryterium rzetelności i legalności oceniono kwalifikację 30 sprawozdanych zabiegowych świadczeń zdrowotnych Z72 spośród 31 sprawozdanych. Zapisy w dokumentacji medycznej umożliwiają kwalifikację i rozliczenie powyższych świadczeń grupą Z72 świadczenia zabiegowe – grupa 7. 3. Negatywnie ze względu na kryterium rzetelności i legalności oceniono realizację i kwalifikację 1 świadczenia Z72 z powodu braku udokumentowania realizacji sprawozdanego świadczenia w dokumentacji medycznej Poradni Urologicznej w Połczynie Zdroju. Wykazywanie do rozliczenia świadczenia nie mającego potwierdzenia w dokumentacji medycznej. 4. Negatywnie ze względu na kryterium rzetelności oceniono sposób dokumentowania kwalifikowania pacjentów do termoterapii, zabiegu alternatywnego w stosunku do elektroresekcji uznanej jako „złoty standard”, zalecanej jako metoda pierwszego wyboru w leczeniu zabiegowym łagodnego przerostu prostaty. 5. Negatywnie ze względu na kryterium legalności i rzetelności oceniono sposób prowadzenia dokumentacji medycznej w oparciu o zapisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. 2015.2069).	Zobowiązano do: do systemu sprawozdawania Funduszu danych informatycznych zgodnych ze stanem faktycznym, udokumentowanym zapisami w historiach choroby oraz w innej dokumentacji medycznej, bieżącego aktualizowania danych o swoim potencje wykonawczym wykorzystywanym do realizacji świadczeń zdrowotnych, zgodnie z zapisami zawartej umowy, rzetelnego dokumentowania kwalifikowania pacjentów do realizowanych świadczeń zgodnie z zapisami aktualnie obowiązującego zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna, sporządzenia korekty raportu statystycznego, prowadzenia i archiwizowania dokumentacji medycznej zgodnie z przepisami. Skutki finansowe: 1 757,09 PLN kara umowna
-------------------------	-------------------------	---------------------------	--	--	---	---

Załącznik do zarządzenia nr 129/2017/DK Prezesa NFZ z dnia 21 grudnia 2017r.

Sprawozdania z przeprowadzonych kontroli w III kwartale 2019 r.

TWK XVI w Szczecinie	16.7310.037.2019.WKO-1	24.05.2019-02.09.2019	EMC Instytut Medyczny S.A. z siedzibą we Wrocławiu, ul. Pilczycka 144-148, 54-144 Wrocław - Poradnia Urologiczna Szpitala św. Jerzego w Kamieniu Pomorskim przy ul. Szpitalnej 10	Zasadność i realizacja zabiegowej Z72 w ramach ambulatoryjnych świadczeń urologicznych (TUMT)	Okres objęty kontrolą: od 01 stycznia 2018 r. do 31 grudnia 2018 r.	kwalifikacji procedury	Na podstawie ustaleń pokontrolnych działalność oceniono pozytywnie z nieprawidłowościami.	Zobowiązano do:
							<p>1. Pozytywnie z nieprawidłowościami ze względu na kryterium rzetelności i legalności oceniono spełnienie warunków wymaganych do realizacji świadczeń rozliczonych grupą zabiegową Z72 w zakresie kwalifikacji personelu, posiadanego sprzętu i aparatury medycznej oraz dostępu do badań diagnostycznych. Nieprawidłowości stanowią:</p> <ul style="list-style-type: none"> - brak dostępu do świadczeń w Poradni Urologicznej w piątki w grudniu 2018 r., - brak zgłoszenia dyrektorowi ZOW NFZ zmian w harmonogramie udzielania świadczeń zdrowotnych. - błędne określenie w umowie cywilnoprawnej miejsca realizacji świadczeń dla lekarza NPWZ 3474413, - błędne określenie daty początku obowiązywania w umowie cywilnoprawnej lekarza NPWZ 2703932, - brak wykazania do ZOW NFZ aparatu do termoterapii THERMASPEC 1000, wykorzystywanego podczas realizacji świadczeń zabiegowych. <p>2. Pozytywnie ze względu na kryterium rzetelności i legalności oceniono kwalifikację wszystkich 30 sprawozdanych zabiegowych świadczeń zdrowotnych Z72.</p> <p>3. Negatywnie ze względu na kryterium rzetelności oceniono sposób dokumentowania kwalifikowania pacjentów do termoterapii, zabiegu alternatywnego w stosunku do elektroresekcji uznanej jako „złoty standard”, zalecanej jako metoda pierwszego wyboru w leczeniu zabiegowym łagodnego przerostu prostaty.</p> <p>4. Negatywnie ze względu na kryterium legalności i rzetelności oceniono sposób prowadzenia dokumentacji medycznej w oparciu o zapisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. 2015.2069).</p>	<p>udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z załącznikiem nr 2 do umowy Harmonogram-zasoby, a w przypadku konieczności dokonania zmian, zgłoszenia ich do ZOW NFZ, stosownie do zapisów załącznika do OWU, bieżącego aktualizowania danych o swoim potencje wykonawczym wykorzystywanym do realizacji świadczeń zdrowotnych, zgodnie z zapisami zawartej umowy, rzetelnego dokumentowania kwalifikowania pacjentów do realizowanych świadczeń zgodnie z zapisami aktualnie obowiązującego zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna, prowadzenia i archiwizowania dokumentacji medycznej zgodnie z przepisami.</p> <p>Skutki finansowe: 1 983,55 PLN kara umowna 0,00 PLN nienależnie przekazane środki.</p>

Załącznik do zarządzenia nr 129/2017/DK Prezesa NFZ z dnia 21 grudnia 2017r.

Sprawozdania z przeprowadzonych kontroli w III kwartale 2019 r.

TWK XVI w Szczecinie	16.7310.038.2019.WKO-I	28.05.2019- 17.06.2019	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Choszczynie ul. Niedziałkows kiego 4 A Choszczno	Kontrola organizacji udzielania świadczeń w szpitalnych oddziałach ratunkowych. Okres objęty kontrolą – od kwietnia 2019 r. do dnia zakończenia kontroli.	<p>Na podstawie ustaleń pokontrolnych działalność oceniono pozytywnie z nieprawidłowościami:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pozytywnie ze względu na kryterium legalności i rzetelności oceniono spełnienie przez Świadczeniodawcę wymogów dotyczących lokalizacji szpitalnego Oddziału Ratunkowego, zapewnienia łatwej komunikacji z oddziałami szpitalnymi oraz zabezpieczenia specjalistycznych środków transportu sanitarnego dla pacjentów transportowanych drogą lotniczą. 2. Pozytywnie ze względu na kryterium legalności i rzetelności oceniono spełnienie przez Świadczeniodawcę wymogów w zakresie organizacji obszarów oddziału ratunkowego, określonych zapisami § 6 - 11 ww. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2011 r. (Dz.U.2018.979.j.t.). 3. Pozytywnie ze względu na kryterium legalności i rzetelności oceniono w oparciu o zapisy ww. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2011 r. (Dz.U.2018.979.j.t.), wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną. 4. Pozytywnie z uchybieniami ze względu na kryterium legalności i rzetelności oceniono aktualizację danych w zakresie posiadanego sprzętu zawartych w załączniku Nr 2 do umowy. 5. Pozytywnie ze względu na kryterium legalności i rzetelności oceniono spełnienie przez Świadczeniodawcę wymogów dotyczących zapewnienia całodobowego dostępu do badań diagnostycznych laboratoryjnych i obrazowych, w tym TK oraz endoskopii (gastroskopii, rektoskopii, bronchoskopii, laryngoskopii), zgodnie z zapisami § 4 ust. 4 ww. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2011 r. (Dz.U.2018.979.j.t.). 6. Pozytywnie ze względu na kryterium legalności i rzetelności oceniono liczbę i kwalifikacje personelu udzielającego świadczeń, zgodnie z zapisami ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U.2017.2195 ze zm.), w ww. rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada (Dz.U.2018.979.j.t.) oraz Zarządzeniu nr 119/2017/DSOZ 	<p>Zbowiązano do:</p> <p>bieżącego aktualizowania danych w załączniku Harmonogram - zasoby, zgodnie z zapisami § 2 ust. 1 Umowy, załącznika Nr 2a do Zarządzenia 119/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu zdrowia z dnia 30 listopada 2017 r. (ze zm.) w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne; niezwłocznego opracowania i przedstawienia do ZOW NFZ planu pracy lekarzy pełniących dyżury, w celu wyeliminowania długich dyżurów, pod rygorem nałożenia kary z tytułu niewypełnienia zaleceń pokontrolnych.</p> <p>Skutki finansowe: 0,00 PLN kara umowna 0,00 PLN nienależnie przekazane środki.</p>
-------------------------	------------------------	---------------------------	--	---	--	--

TWK XVI w Szczecinie	16.7312.031.2019.WKO-II	27.05.2019-29.08.2019	Apteka Dbam o Zdrowie w Koszalinie ul. Okulickiego 24a prowadzona przez Spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością BEA-VITAL 75-443 Koszalin ul. Okulickiego 24a.	Realizacja recept dla pacjentów z uprawnieniem dodatkowym „S” Okres objęty kontrolą - od 1 stycznia 2017 r. do 31 grudnia 2017 r.	<p>Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 listopada 2017 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne (ze zm.).</p> <p>7. Pozytywnie z uchybieniem ze względu na kryterium legalności i rzetelności oceniono brak bieżącego aktualizowania danych w załączniku Nr 2 do Umowy Harmonogram – zasoby wszystkich osób realizujących zakres.</p> <p>8. Negatywnie ze względu na kryterium rzetelności oceniono brak wypełnienia zaleceń pokontrolnych kontroli Nr 16/93/2015/WKO-I dotyczących „sposobu planowania pracy lekarzy pełniących dyżury w oddziałach szpitalnych zapewniającego bezpieczeństwo pacjentów oraz uwzględniającego czynnik zmęczenia lekarza pełniącego nieprzerwalnie kilkadziesiątgodzinny dyżur”.</p> <p>Na podstawie ustaleń pokontrolnych działalność oceniono pozytywnie z nieprawidłowościami:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pozytywnie z nieprawidłowością ze względu na kryterium legalności i rzetelności oceniono sprawdzenie uprawnień z recept przyjętych do realizacji, poprzez obecność oznakowania uprawnień „S” w polu „kod uprawnień dodatkowych” wymaganego przepisami. Nieprawidłowość stanowi brak oznakowania uprawnień dodatkowego „S” na awersie jednej recepty. 2. Pozytywnie z nieprawidłowością ze względu na kryterium legalności i rzetelności oceniono wydanie leków, na podstawie pobranych do kontroli recept refundowanych dla pacjentów z uprawnieniem dodatkowym „S”. 3. Nieprawidłowość stanowi wydanie trzech pozycji leków z uprawnieniem dodatkowym „S”, pomimo braku takiego oznaczenia zapisanego przez lekarza na awersie jednej recepty. <p>Pozytywnie z nieprawidłowością ze względu na kryterium legalności i rzetelności oceniono sprawozdane przez aptekę dane elektroniczne stanowiące podstawę do</p>	Zobowiązano do: Wpłaty nienależnie wypłaconej refundacji w kwocie, realizacji Umowy Nr 16-00-03239-12-02 na wydawanie refundowanego leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego na receptę z dnia 2 stycznia 2012 r. zgodnie z jej postanowieniami, w myśl § 5 ust. 1, dokonania korekty raportów statystycznych i rachunków refundacyjnych w formie elektronicznej oraz sporządzenia korekt w formie papierowej dotyczących nieprawidłowo zrealizowanych recept.
					Skutki finansowe: 115,78 PLN kara umowna 98,77 PLN zwrotu refundacji	

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- wypłaty refundacji. Nieprawidłowość stanowi przekazanie uprawnienia dodatkowego pacjenta „S”, pomimo braku takiego oznaczenia zapisanego przez lekarza na awersie, w przypadku jednej recepty.
4. Realizacja wykazanych do refundacji recept zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
- a) Pozytywnie ze względu na kryterium legalności i rzetelności oceniono kompletność i poprawność danych niezbędnych do realizacji recept i dokonanych adnotacji uzupełniających.
- b) Pozytywnie z nieprawidłowością ze względu na kryterium legalności i rzetelności oceniono wymóg potwierdzenia realizacji recept.
- Nieprawidłowość stanowi brak podpisu osoby realizującej jedną receptę.
- c) Pozytywnie ze względu na kryterium legalności i rzetelności oceniono zgodność wydanego produktu leczniczego z przepisany na receptę.
- d) Pozytywnie ze względu na kryterium legalności i rzetelności oceniono przestrzeganie terminów realizacji recept i otaksowania recept.
- e) Pozytywnie z nieprawidłowością ze względu na kryterium legalności i rzetelności oceniono wycenę recept zgodnie z obowiązującymi w kontrolowanym okresie Obwieszczeniałni Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych. Nieprawidłowość stanowi wycena jednej recepty.
- f) Pozytywnie ze względu na kryterium legalności i rzetelności oceniono realizację recept zgodnie z uprawnieniami i kwalifikacjami wymaganymi dla personelu apteki.

Załącznik do zarządzenia nr 129/2017/DK Prezesa NFZ z dnia 21 grudnia 2017r.

Sprawozdania z przeprowadzonych kontroli w III kwartale 2019 r.

TMK XVI w Szczecinie	16.7301.028.2019.WKO-II	21.05.2019-04.07.2019	Izabela Marko-Borek 78-400 Szczecinek, ul. Trzebiecka 42, prowadząca Medycynę Rodzinną VI-MED Izabela Marko-Borek	Ordynacja leków o różnym poziomie odpłatności w zależności od wskazań refundacyjnych. Okres objęty kontrolą – od 1 lipca 2017 r. do 31 grudnia 2017 r.	<p>Na podstawie ustaleń pokontrolnych działalności oceniono pozytywnie z uchybieniem. przedstawione poniżej oceny cząstkowe.</p> <p>1. Pozytywnie ze względu na kryterium rzetelności i celowości oceniono odnotowanie i udokumentowanie w kontrolowanych historiach zdrowia i choroby rozpoznania: N40 – Rozrost gruczołu krokowego w 5 przypadkach oraz I10 – Samoistne (pierwotne) nadciśnienie w 10 przypadkach, według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta.</p> <p>2. Pozytywnie ze względu na kryterium legalności i rzetelności oceniono zgodność rozpoznania choroby zamieszczonego w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta ze wskazaniami refundacyjnymi dla kontrolowanych leków, na które wystawiono recepty oraz poziomem ich odpłatności, w oparciu o zapisy Obwieszczeń Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. Urz. Min. Zdrów.: 2017.71 z dnia 27 czerwca 2017 r., 2017.87 z dnia 28 sierpnia 2017 r.; 2017.105 z dnia 25 października 2017 r.).</p> <p>3. Pozytywnie z uchybieniem ze względu na kryterium legalności i rzetelności oceniono prawidłowość opisanie i udokumentowania w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta sposobu dawkowania leku, na które wystawiono receptę w okresie objętym kontrolą. Uchybienie stanowi: w przypadku pacjenta, u którego zastosowano w leczeniu produkt leczniczy Doxar 2, dawka leku, zapisana w dokumentacji i na receptie, dwukrotnie przekraczała należną dawkę początkową, wynikającą z Charakterystyki Produktu Leczniczego (ChPL).</p> <p>4. Pozytywnie ze względu na kryterium legalności, rzetelności i celowości oceniono zasadność określenia liczby opakowań leków na wystawionych receptach oraz czasu, na który jednorazowo wystawiano recepty w okresie objętym kontrolą, w oparciu o zapisy § 6, 7 i 8</p>	<p>Zobowiązano do: wpisania w dokumentacji medycznej oraz na wystawianych receptach dawkowania zgodnego z Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p> <p>Skutki finansowe: 0,00 PLN kara umowna 0,00 PLN nienależnie przekazane środki.</p>
----------------------	-------------------------	-----------------------	---	--	---	---

Załącznik do zarządzenia nr 129/2017/DK Prezesa NFZ z dnia 21 grudnia 2017r.
Sprawozdania z przeprowadzonych kontroli w III kwartale 2019 r.

TWK XVI w Szczecinie	16.7301.029.2019.WKO-II	29.05.2019-02.09.2019	107 Szpital Wojskowy z Przychodnią Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej, ul. Kofobrzeńska 44, 78-600 Wałcz	Ordynacja leków o różnym poziomie odpłatności w zależności od wskazań refundacyjnych. Okres objęty kontrolą – od 1 lipca 2017 r. do 31 grudnia 2017 r.	<p>Na podstawie ustaleń pokontrolnych działalność oceniono pozytywnie z nieprawidłowościami:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pozytywnie ze względu na kryterium rzetelności i celowości oceniono odnotowanie i udokumentowanie w kontrolowanych historiiach zdrowia i choroby rozpoznania N40 – Rozrost gruczołu krokowego w 5 przypadkach oraz 110 – Samoistne (pierwotne) nadciśnienie w 10 przypadkach, według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta. 2. Pozytywnie z nieprawidłowościami ze względu na kryterium legalności i rzetelności oceniono zgodność rozpoznania choroby zamieszczonego w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta ze wskazaniami refundacyjnymi dla kontrolowanych leków, na które wystawiono recepty oraz poziomem ich odpłatności. Nieprawidłowości dotyczy 8 recept na 68 kontrolowanych. 3. Negatywnie ze względu na kryterium legalności i rzetelności oceniono zgodność danych umieszczonych na receptach z prowadzoną dokumentacją medyczną, a w szczególności prawidłowość opisanie i udokumentowania sposobu dawkania leków. 	Zobowiązano do: wystawiania recept na leki refundowane zgodnie ze wskazaniami zawartymi w obowiązującym Obwieszczeniu Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych oraz zgodnie z zapisami ustawy: z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U.2019.537 ze zm.), z dnia 6 września 2001 roku Prawo Farmaceutyczne (Dz.U.2019.499 ze zm.) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 kwietnia 2018 r. w sprawie recept (Dz.U.2018.745 ze zm.). Prowadzenie dokumentacji medycznej, a w szczególności odnotowywania w dokumentacji pacjentów danych o zaordynowanych lekach, zgodnie z zapisami rozporządzenia Ministra
				<p>5. Pozytywnie ze względu na kryterium legalności, rzetelności i celowości oceniono zgodność danych umieszczonych na receptach z kontrolowanymi lekami, z prowadzoną dokumentacją medyczną, w oparciu o zapisy § 41 ust. 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U.2015.2069 ze zm.).</p> <p>6. Pozytywnie ze względu na kryterium legalności i rzetelności oceniono poprawność oznaczania poziomu odpłatności za kontrolowane leki ze względu na płeć i wiek pacjentów, w oparciu o zapisy Obwieszczeń MZ.</p>		

TWK XVI w Szczecinie	16.7301.033.2019.WKO-II	27.05.2019- 16.07.2019	Pani Bożena Kowzan – Mickiewicz, 71- 030 Szczecin, ul. Mierzyńska 54, prowadząca Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Uromedex 2", 70-335 Szczecin, Aleja Piastów 58 lokal U2.	Ordynacja leków o różnym poziomie odpłatności w zależności od wskazań refundacyjnych. Okres objęty kontrolą – od 1 lipca 2017 r. do 31 grudnia 2017 r.	<p>Na podstawie ustaleń pokontrolnych działalność oceniono pozytywnie z uchybieniami:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pozytywnie ze względu na kryterium rzetelności i celowości oceniono odnotowanie i udokumentowanie we wszystkich kontrolowanych historiach zdrowia i choroby 19 pacjentów rozpoznania N40 – Rozrost gruczołu krokowego. 2. Pozytywnie ze względu na kryterium legalności i rzetelności oceniono zgodność rozpoznania choroby zamieszczonego w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta ze wskazaniami refundacyjnymi dla kontrolowanych leków, na które wystawiono recepty oraz poziomem ich odpłatności. 3. Pozytywnie z uchybieniami ze względu na kryterium legalności i rzetelności oceniono sposób opisanie i udokumentowanie w indywidualnej dokumentacji medycznej dawkowania leków, na które wystawiono recepty w okresie objętym kontrolą. Uchybienia stanowią braki udokumentowania w zapisach 21 z 32 kontrolowanych porad sposobu dawkowania zaordynowanych leków. 4. Pozytywnie ze względu na kryterium legalności, rzetelności i celowości oceniono zasadność określenia liczby opakowań leków na wystawionych receptach oraz czasu, na który jednorazowo wystawiano recepty w okresie objętym kontrolą. 5. Pozytywnie z uchybieniami ze względu na kryterium legalności, rzetelności i celowości oceniono umieszczenie na receptach danych o kontrolowanych lekach i ich zgodność z prowadzoną dokumentacją medyczną. Uchybienia stanowią braki udokumentowania w zapisach 6 z 32 kontrolowanych porad dawkowania lub ilości opakowań zaordynowanych leków. 6. Pozytywnie ze względu na kryterium legalności i rzetelności oceniono poprawność oznaczania poziomu odpłatności za kontrolowane leki ze względu na płeć i wiek pacjentów, w oparciu o zapisy Obwieszczeń MZ. 	<p>Zobowiązano do: odnotowywania w zapisach porad pełnej informacji o zaleconych lekach tj. dawki, ilości opakowań i dawkowania, zgodnie z zapisami § 41 ust. 4 pkt 5) rozporządzenia MZ w sprawie dokumentacji.</p> <p>Skutki finansowe: 0,00 PLN kara umowna 0,00 PLN nienależnie przekazane środki.</p>
-------------------------	-------------------------	---------------------------	--	--	---	--