



NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA

DEPARTAMENT ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ

WYDZIAŁ NADZORU I KONTROLI

INFORMACJA

O KONTROLACH WYKONANYCH

PRZEZ ODDZIAŁY WOJEWÓDZKIE

NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

W PIERWSZYM, DRUGIM I TRZECIM

KWARTALE 2012 R. - STRESZCZENIE

*(OPRACOWANIE MATERIAŁU NA PODSTAWIE
DANYCH Z ODDZIAŁÓW WOJEWÓDZKICH NFZ)*

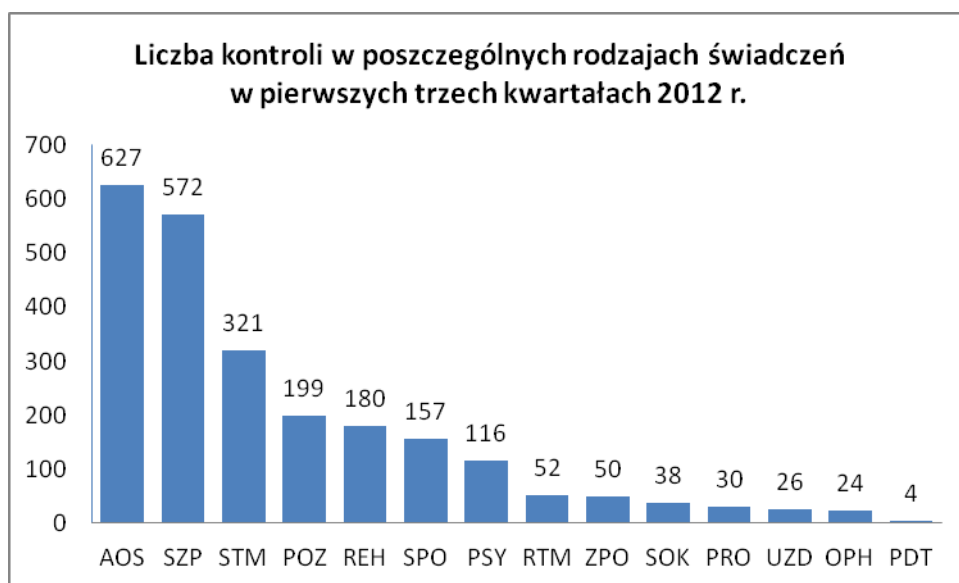
WARSZAWA, LISTOPAD 2012 R.

1. RODZAJE i STRUKTURA PROWADZONYCH KONTROLI

W pierwszym, drugim i trzecim kwartale 2012 roku, oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia przeprowadziły w poszczególnych rodzajach świadczeń łącznie 2396 kontroli, w tym:

- 832 kontroli planowych, co stanowi 34,7% łącznej liczby kontroli,
- 1564 kontroli pozaplanowych, co stanowi 65,3% łącznej liczby kontroli.

Liczbę prowadzonych kontroli w pierwszych trzech kwartałach 2012 roku w podziale na poszczególne rodzaje świadczeń opieki zdrowotnej przedstawia wykres poniżej.

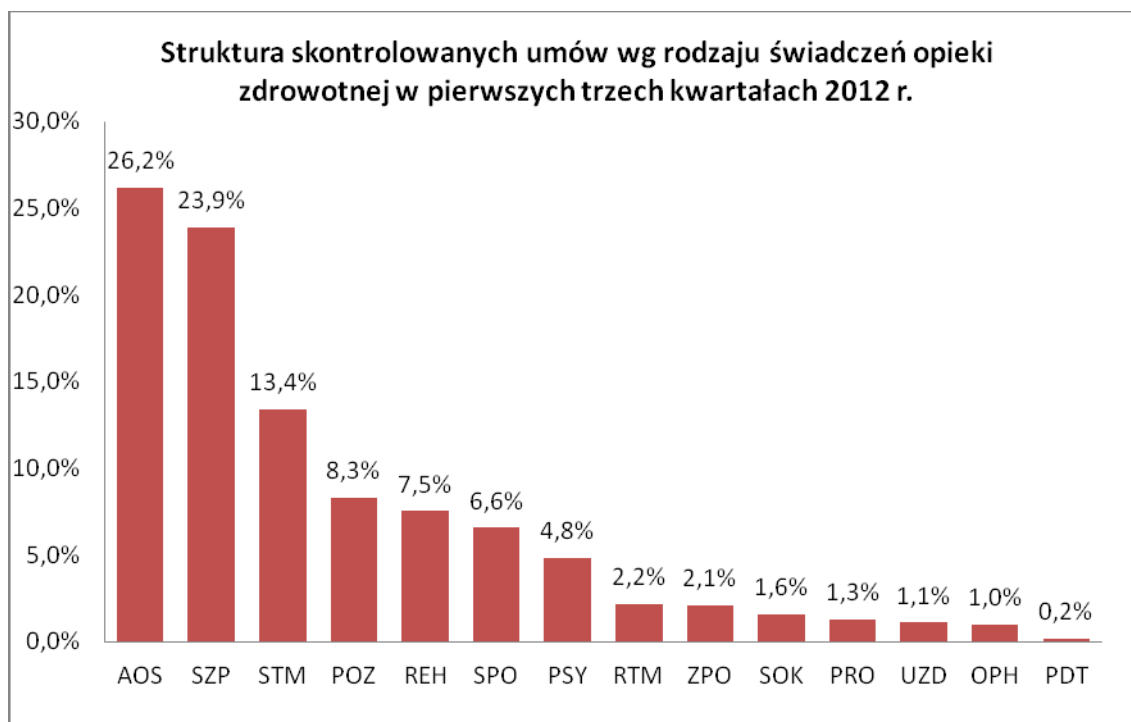


Opracowanie własne na podstawie danych z OW za trzy kwartały 2012 roku

W trzecim kwartale 2012 r. zakończone zostały kontrole koordynowane:

- „Realizacja umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie prawidłowości kwalifikacji i rozliczania świadczeń w ramach grup E11 – E19”,
- „Realizacja umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, realizowanych w warunkach stacjonarnych oddziałów psychiatrycznych w zakresie świadczenia psychiatryczne dla dzieci i młodzieży”.

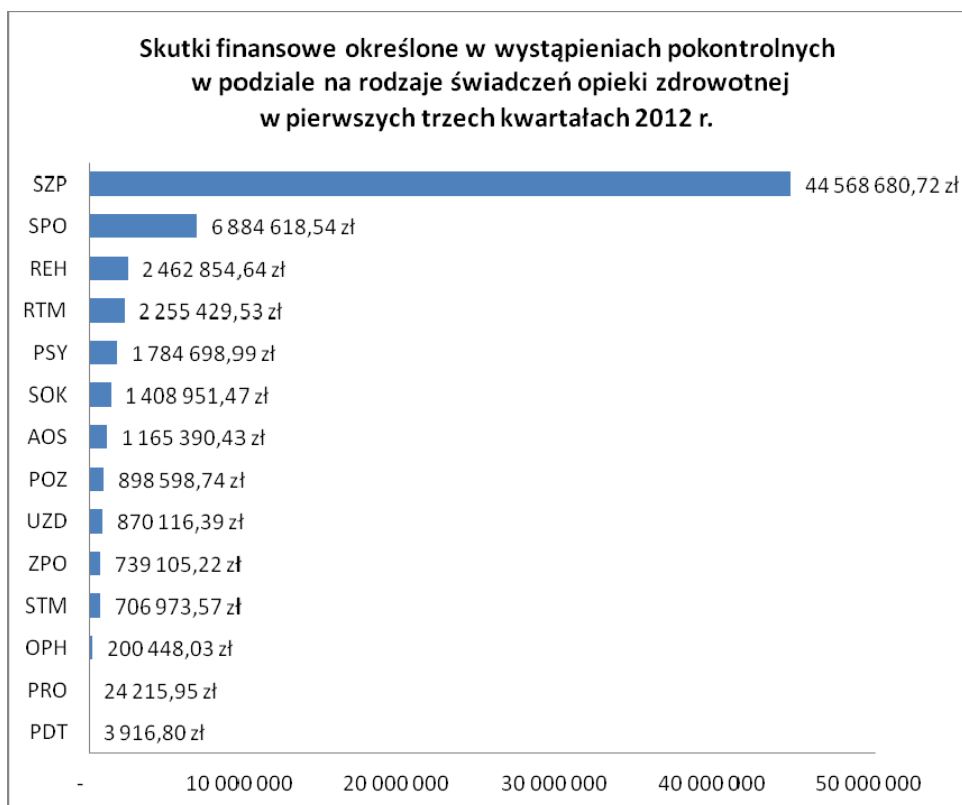
Poniższy wykres przedstawia procentowy udział liczby skontrolowanych umów w poszczególnych rodzajach świadczeń w ogólnej liczbie umów, które zostały skontrolowane w ciągu trzech kwartałów 2012 roku.



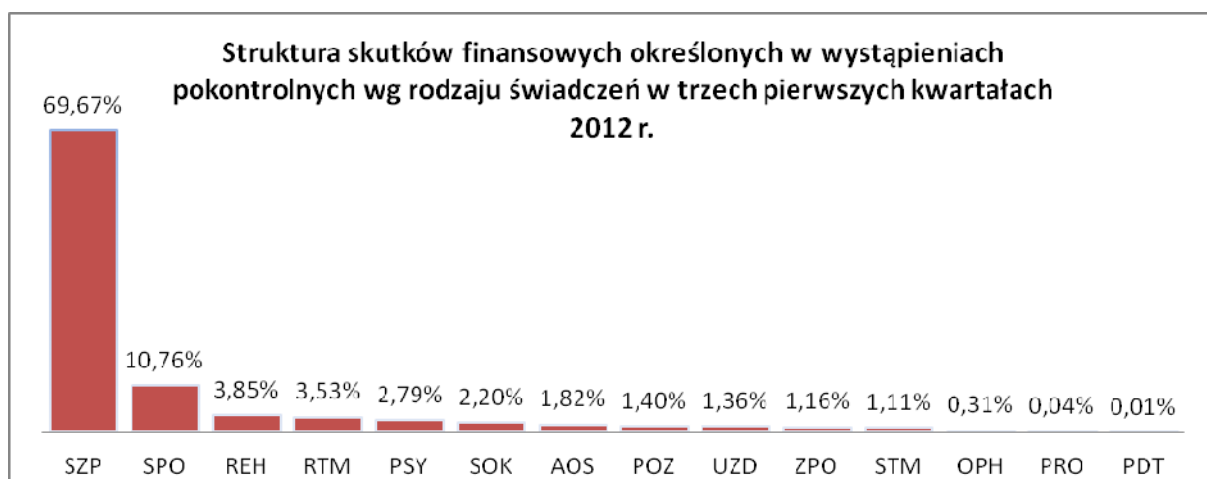
Opracowanie własne na podstawie danych z OW za trzy kwartały 2012 roku

2. SKUTKI FINANSOWE PRZEPROWADZONYCH KONTROLI

Łącznie, skutki finansowe kontroli określone w wystąpieniach pokontrolnych, w trzech pierwszych kwartałach 2012 roku wyniosły 63 973 999,02 zł.; ich rozkład na poszczególne rodzaje świadczeń opieki zdrowotnej przedstawia wykres poniżej.



Poniższy wykres przedstawia porównanie kwoty skutków finansowych kontroli w poszczególnych rodzajach świadczeń opieki zdrowotnej do łącznej kwoty skutków finansowych określonych w wystąpieniach pokontrolnych w trzech pierwszych kwartałach 2012 r.



Opracowanie własne na podstawie danych z OW za trzy kwartały 2012 roku

3. NIEPRAWIDŁOWOŚCI

Najczęściej stwierdzone nieprawidłowości w wyniku kontroli świadczeniodawców nie ulegają zmianie na przestrzeni ostatnich lat i są podobne we wszystkich rodzajach świadczeń:

- nieprawidłowa klasyfikacja hospitalizacji do grup JGP, w tym brak medycznego uzasadnienia do rozliczenia wykazanej procedury/rozpoznania
- rozliczanie w tzw. „ruchu międzyoddziałowym”,
- wykazywanie jako hospitalizacji świadczeń, które mogły być wykonane w warunkach ambulatoryjnych
- brak w dokumentacji medycznej potwierdzenia udzielonych świadczeń/porad
- brak skierowania do objęcia opieką,
- brak medycznego uzasadnienia do rozliczenia wykazanej procedury,
- brak określonych w typie porady badań diagnostycznych,
- braki w wymaganym sprzęcie,
- brak wymaganych kwalifikacji personelu,
- nieprawidłowe prowadzenie dokumentacji medycznej,
- brak aktualizacji zasobów sprzętowych i personelu (harmonogram-zasoby).