

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
Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Poznaniu	15.7310.67.2017.WKON.DRKLZ	od 9 czerwca 2017 r. do 13 października 2017 r.	<p>„Medicus Bonus” Sp. z o.o., ul. Grochowska 9, 60 – 277 Poznań, prowadzący działalność leczniczą w zakładzie leczniczym: Niepubliczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej „MEDICUS” Pl. Armii „Poznań” 3, 63-000 Środa Wielkopolska w miejscu udzielania świadczeń: Pl. Armii „Poznań” 3, 63-000 Środa Wielkopolska</p>	<p>Temat kontroli: ocena realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: leczenie szpitalne w zakresach: - ortopedia i traumatologia narządu ruchu – hospitalizacja planowa, - chirurgia szczękowo – twarzowa – hospitalizacja planowa , - chirurgia ogólna – hospitalizacja planowa. Okres objęty kontrolą: 2016 rok.</p>	<p>Wyniki kontroli: 1. Ocena realizacji umowy w zakresie: chirurgia ogólna – hospitalizacja planowa. 1.1. Negatywnie pod względem kryterium legalności, rzetelności i celowości oceniono niezasadne zakwalifikowanie do pobytu w szpitalu 1 pacjentki i wykazanie na jej rzecz świadczenia o kodzie 5.51.01.0010047 - K47 Choroby tarczycy, a także sprawozdanie danych charakteryzujących ww. świadczenie w zakresie wykonanej procedury medycznej, skutkujące przekazaniem Świadczeniodawcy nienależnych środków finansowych. 1.2. Negatywnie pod względem kryterium legalności, rzetelności i celowości oceniono niegodne ze stanem faktycznym wykazanie do rozliczenia 2 Świadczeń oraz sprawozdanie danych je charakteryzujących w zakresie rozpoznania i procedur medycznych, skutkujące przekazaniem Świadczeniodawcy nienależnych środków finansowych. 1.3. Pozytywnie z uchybieniami pod względem kryterium legalności i rzetelności oceniono prawidłowość kwalifikacji pacjentów do pobytu w szpitalu i wykazanie do rozliczenia pozostałych poddanych kontroli 47 świadczeń oraz sprawozdanie danych je charakteryzujących. 2. Ocena realizacji umowy w zakresie: ortopedia i traumatologia narządu ruchu – hospitalizacja planowa. 2.1. Pozytywnie z nieprawidłowościami pod względem kryterium legalności, celowości i rzetelności oceniono kwalifikację do pobytu w szpitalu i wykazanie do rozliczenia 50 poddanych kontroli świadczeń udzielonych 48 pacjentom oraz sprawozdanie danych je charakteryzujących. 3. Ocena realizacji umowy w zakresie: chirurgia szczękowo – twarzowa – hospitalizacja planowa. 3.1. Negatywnie pod względem kryterium legalności, celowości i rzetelności oceniono niezasadne zakwalifikowanie do pobytu w szpitalu 3 pacjentów oraz wykazanie na ich rzecz świadczeń, skutkujące przekazaniem Świadczeniodawcy nienależnych środków finansowych. 3.2. Negatywnie pod względem kryterium legalności, celowości i rzetelności oceniono niegodne ze stanem faktycznym wykazanie do rozliczenia 29 świadczeń oraz 10 świadczeń, a także sprawozdanie danych je charakteryzujących w zakresie rozpoznania, procedur medycznych oraz dat pobytu pacjentów. 3.3. Pozytywnie pod względem kryterium legalności, celowości i rzetelności oceniono kwalifikację pacjentów do pobytu w szpitalu oraz sprawozdanie pozostałych objętych kontrolą świadczeń, niewymienionych w powyższych punktach tej części wystąpienia pokontrolnego. 4. Ocena w zakresie prowadzenia dokumentacji medycznej w odniesieniu do rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej. 4.1. Negatywnie pod względem kryterium legalności i rzetelności oceniono prowadzenie w okresie kontrolowanym dokumentacji medycznej w poniższym zakresie: niespójności dat hospitalizacji pacjenta w przedstawionej do kontroli dokumentacji w przypadkach opisanych na str. 9-10 w zakresie: chirurgia ogólna - hospitalizacja planowa, a na str. 10-11 protokołu kontroli w zakresie: ortopedia i traumatologia narządu ruchu - hospitalizacja planowa; braku w dokumentacji pacjentów zdjęć RTG albo ich opisów potwierdzających postawione rozpoznanie w zakresie: chirurgia szczękowo-twarzowa – hospitalizacja planowa; braku w historii choroby pacjentów wpisu danych odnośnie wywiadu lekarskiego, badania przedmiotowego, a także uzasadnienia udzielenia pacjentom świadczeń w warunkach stacjonarnych. 4.2. Pozytywnie pod względem kryterium legalności i rzetelności oceniono prowadzenie wybranych historii chorób pacjentów (z zastrzeżeniem oceny zawartej w punkcie 4.1. wystąpienia pokontrolnego). 4.3. Pozytywnie pod względem kryterium legalności i rzetelności oceniono prowadzenie przez Świadczeniodawcę Księgi Głównej przyjęć i wypisów, która zawierała dane wymagane § 27 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej. 4.4. Pozytywnie z uchybieniami pod względem kryterium legalności i rzetelności oceniono prowadzenie przez Świadczeniodawcę Księgi raportów lekarskich, która zawierała dane wymagane § 30 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej, poza danymi identyfikacyjnymi podmiotu. 4.5. Pozytywnie z uchybieniem pod względem kryterium legalności i rzetelności oceniono prowadzenie przez Świadczeniodawcę Księgi raportów pielęgniarskich, która zawierała wszystkie dane wymagane § 31 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej, poza danymi identyfikacyjnymi podmiotu. 4.6. Pozytywnie z nieprawidłowościami pod względem kryterium legalności oceniono sposób prowadzenia przez Świadczeniodawcę Księgi bloku operacyjnego. 4.7. Negatywnie pod względem kryterium legalności i rzetelności oceniono sposób prowadzenia przez Świadczeniodawcę Księgi zabiegów. 5. Ocena w zakresie sposobu prowadzenia listy oczekujących pacjentów na udzielenie świadczenia. 5.1. Negatywnie pod względem kryterium legalności i rzetelności oceniono sposób prowadzenia przez Świadczeniodawcę listy oczekujących. 5.2. Pozytywnie pod względem kryterium legalności i rzetelności oceniono dokonywanie weryfikacji zasadności kwalifikacji pacjentów oczekujących na zabiegi z zakresu chirurgii ogólnej i ortopedii i traumatologii narządu ruchu, do leczenia szpitalnego jako przypadków pilnych lub stabilnych, zgodnie z § 2 ust. 2 rozporządzenia o kryteriach medycznych. 5.3. Pozytywnie z uchybieniami pod względem kryterium legalności i rzetelności oceniono zawarcie w prowadzonej przez Świadczeniodawcę liście oczekujących danych wymaganych zgodnie z art. 20 ust. 2 pkt 3 i 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej oraz w § 8 ust. 1 rozporządzenia w sprawie gromadzenia danych. 5.4. Negatywnie pod względem kryterium legalności i rzetelności oceniono wywiązywanie się Świadczeniodawcy z określonego w art. 21 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej obowiązku comiesięcznej oceny prowadzonych list oczekujących. 5.5. Pozytywnie pod względem kryterium legalności i rzetelności oceniono terminowe przekazywanie do WOW NFZ informacji dotyczących czasu oczekiwania oraz liczby osób oczekujących na udzielenie świadczeń w poszczególnych okresach sprawozdawczych.</p>	<p>Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Poznaniu przedstawił następujące zalecenia: 1. Sprawozdawca udzielił świadczenia zgodnie ze stanem faktycznym i zasadami rozliczenia świadczeń. 2. Rozliczać wyłącznie świadczenia udzielone. 3. Rzetelnie kwalifikować pacjentów do pobytu w szpitalu i udzielenia świadczenia w warunkach stacjonarnych. 4. Odnutowywać w historiach choroby pacjentów dane z wywiadu lekarskiego, z badania przedmiotowego pacjentów oraz uzasadnienie udzielenia świadczenia w warunkach szpitalnych. 5. Oznaczać prowadzone dla Oddziału Chirurgii Ogólnej: Księgę raportów lekarskich oraz Księgę raportów pielęgniarskich danymi identyfikacyjnymi kontrolowanego podmiotu, tj. wpisać takie dane identyfikacyjne jak: nazwa podmiotu, kod resortowy, stanościwy część i systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, nazwę przedsiębiorstwa podmiotu - w przypadku podmiotu leczniczego, nazwa jednostki organizacyjnej oraz jej kod resortowy stanowiący część V systemu resortowych kodów identyfikacyjnych - w przypadku podmiotu leczniczego, w którego strukturze organizacyjnej wyodrębniono komórki organizacyjne, adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych. 6. Odnutowywać w Księdze bloku operacyjnego wymagane przepisami dane. 7. Odnutowywać w Księdze zabiegów wymagane przepisami dane. 8. Prowadzić listę pacjentów oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej zgodnie z obowiązującymi przepisami. 9. Dokonywać rzetelnej oceny listy oczekujących, zgodnie z art. 21 ust. 4 pkt 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. 10. Sprawozdawca zgodnie ze stanem faktycznym dane charakteryzujące udzielenie świadczenia w zakresie dat ich udzielenia, wykonanych procedur medycznych ICD- 9, postawionych rozpoznania ICD- 10. 11. Skorygować dokumenty rozliczeniowe. 12. Skorygować raporty statystyczne. 13. Dokonać, na podstawie § 28 ust. 1 i 2 ogólnych warunków umów, zwrotu nienależnie pobranych środków finansowych w wysokości 174 738,00 zł. Skutki finansowe: kara umowna: 16 105,08 zł; wartość świadczeń niezasadnie sprawozdanych, określona do zwrotu: 174 738,00 zł.</p>