

| 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 | 15.7320.038.2018 .WKON-LO      | od 29 marca 2018 r. do 27 kwietnia 2018 r. | <p><b>Wielkopolski Ośrodek Reumatologiczny Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Śremie</b> z siedzibą: <b>ul. Adama Mickiewicza 95, 63-100 Śrem</b> w ramach działalności leczniczej wykonywanej w zakładzie leczniczym: <b>Wielkopolski Ośrodek Reumatologiczny Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Śremie - Szpital</b></p> | <p><b>Temat kontroli:</b> ocena realizacji umów numer: 150000037/03/1/0017/0/12/16 w zakresie ortopedia i traumatologia narządu ruchu – hospitalizacja i 150000037/03/8/0017/0/17/21 w zakresie warunków niezbędnych do realizacji procedury medycznej ICD-9: 03.96 - Przeskórne odnerwienie powierzchni stawowej wyrostka kręgu.</p> <p><b>Okres objęty kontrolą:</b> weryfikacja:</p> <p>1. zasadności sprawozdawania procedury medycznej ICD-9: 03.96 - Przeskórne odnerwienie powierzchni stawowej wyrostka kręgu, kwalifikującej do rozliczania grupy JGP: H55 Zabiegi artroskopowe i przeskórne w zakresie kręgosłupa, <b>w okresie od 1 marca 2016 r. do 30 września 2017 r.,</b></p> <p>2. spełniania warunków wymaganych w zakresie posiadanego sprzętu koniecznego do realizacji procedury ICD-9: 03.96 - Przeskórne odnerwienie powierzchni stawowej wyrostka kręgu, <b>w okresie od 1 marca 2016 r. do 6 kwietnia 2018 r.</b></p> | <p><b>Wyniki kontroli:</b></p> <p>1. Negatywnie ze względu na kryterium legalności, rzetelności i celowości oceniono niezasadne sprawozdawanie 27 świadczeń wykonanych na rzecz 25 pacjentów.</p> <p>2. Pozytywnie ze względu na kryterium legalności i rzetelności oceniono sprzęt za pomocą, którego wykonywano świadczenia mające odzwierciedlenie w przedstawionej do kontroli dokumentacji medycznej.</p> <p>3. Pozytywnie z uchybieniem ze względu na kryterium legalności i rzetelności oceniono prowadzenie dokumentacji medycznej w zakresie uzyskania od pacjenta świadomej zgody na wykonanie zabiegu.</p> | <p><b>Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Poznaniu przedstawił następujące zalecenia:</b></p> <p>1. Rzetelnie kwalifikować pacjentów do pobytu w szpitalu i udzielenia świadczeń w warunkach stacjonarnych, w tym udzielać w warunkach ambulatoryjnych świadczeń niewymagających warunków stacjonarnych – na bieżąco.</p> <p>2. Prowadzić dokumentację medyczną zgodnie z obowiązującymi przepisami, w tym uzyskiwać zgodę pacjentów wyłącznie na świadczenie faktycznie planowane/wykonywane – na bieżąco.</p> <p>3. Usunąć z raportów sprawozdawczych niezasadnie i niezgodnie ze stanem faktycznym rozliczone świadczenia oraz odpowiednio skorygować rachunki rozliczeniowe, w terminie 14 dni od dnia otrzymania wystąpienia pokontrolnego.</p> <p>4. Zwrócić na konto Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Poznaniu uzyskaną nienależnie z tego tytułu kwotę w wysokości 86 117,20 zł.</p> <p><b>Skutki finansowe:</b> kara umowna: 7 028,58 zł; wartość świadczeń niezasadnie sprawozdanych, określona do zwrotu: 86 117,20 zł.</p> |