



Prezes  
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

CF/DSOZ/06/12/0231/Ah  
DSZ-013-0058/Ok

Warszawa, dnia 3.0.07r

Szanowny Pan

Ryszard Legutko

Wicemarszałek Senatu

Rzeczypospolitej Polskiej

SEKRETARIAT

Biura Prac Senackich

wpłynęło dn. 5.01.07

nr 158 podpis

W nawiązaniu do pisma znak: DSOZ/06/09/0146/AH z dnia 26.09.2006 r. w sprawie przeprowadzenia kontroli w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym Nr 7 Śląskiej Akademii Medycznej Górnośląskiego Centrum Medycznego w Katowicach, w związku z powziętą przez Centralę NFZ informacją dotyczącą licznych nadwykonań w toku realizacji umowy nr 121/100089/0403/01//2006, przedstawiam poniżej wyniki przedmiotowego postępowania kontrolnego.

Kontrola przeprowadzona została na polecenie Centrali Funduszu w dniach 16.10-03.11.2006 r.

Celem kontroli był dokonanie oceny prawidłowości oraz zasadności wykazywania do rozliczenia w 2006 r. procedur szpitalnych zrealizowanych przez wskazanego świadczeniodawcę z uwzględnieniem podziału na świadczenia ratujące życie oraz świadczenia planowe.

Główne zagadnienia objęte tematyką kontroli dotyczyły sposobu oraz trybu kwalifikowania pacjentów do przyjęcia w trybie pilnym i planowym oraz zasadności wykazywania do rozliczania z Narodowym Funduszem Zdrowia wybranych procedur z katalogu świadczeń szpitalnych, zrealizowanych w 2006 r.

Kontrolą objęto I, II, III Klinikę Kardiologii, Oddział Elektrokardiologii, Oddział Ostrego Zespołu Wieńcowych, Izbę Przyjęć z Oddziałem Szybkiej Diagnostyki i Ratownictwa Kardiologicznego, I i II Klinikę Kardiochirurgii, Klinikę Chirurgii Ogólnej

i Naczyń, Klinikę Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii z Nadzorem Kardiologicznym Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

Ustalenia z kontroli przedstawiono w protokole kontroli, który w dniu 20.11.2006 r. został podpisany bez zastrzeżeń przez Dyrektora Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 7 Śląskiej Akademii Medycznej Górnośląskiego Centrum Medycznego.

Śląski Oddział Wojewódzki NFZ pozytywnie ocenił działalność jednostki w zakresie prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej tj. ok. 80% kontrolowanej dokumentacji spełniało kryteria i warunki określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2001 r. w *sprawie rodzajów dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania* (Dz. U. Nr 88, poz. 966). Negatywnie oceniono sposób prowadzenia dokumentacji medycznej w Klinice Chirurgii Ogólnej i Naczyń, Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii z Nadzorem Kardiologicznym oraz Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Stwierdzone w przedmiotowym zakresie uchybienia dotyczyły między innymi niechronologicznych i nieczytelnych wpisów w prowadzonej dokumentacji medycznej.

W toku przeprowadzonej kontroli Śląski Oddział Wojewódzki NFZ pozytywnie ocenił prowadzenie przez świadczeniodawcę księgi oczekujących na świadczenia medyczne tj. zgodnie z warunkami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w *sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielanie świadczenia opieki zdrowotnej* (Dz. U. Nr, 200 poz.1661).

Na podstawie analizy dokumentacji medycznej, w tym realizowanego postępowania diagnostyczno-terapeutycznego, w części przypadków negatywnie oceniono rzetelność oraz zasadność kwalifikacji wykazywanych do rozliczenia procedur z katalogu świadczeń szpitalnych. Nieprawidłowości dotyczyły w głównej mierze:

- niezasadnego, z medycznego punktu widzenia, sprawozdawania określonych procedur, opisanych w katalogu świadczeń szpitalnych.
- niezgodnego z materiałami szczegółowymi sumowania określonych procedur z katalogu świadczeń szpitalnych,

Szczególnie negatywnie oceniono zasadność kwalifikacji pacjentów do przyjęcia w trybie nagłym lub planowym. Na podstawie badanej dokumentacji medycznej stwierdzono, iż w ok. 8% kontrolowanych przypadków, przyjęcia wykazane do zapłaty jako pilne nie miały merytorycznego uzasadnienia (na podstawie opisu badania podmiotowego

i przedmiotowego), a stan ogólny pacjenta nie wskazywał na konieczność przyjęcia w trybie pilnym.

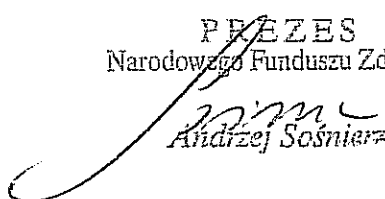
Sytuacja taka miała miejsce w I Klinice Kardiologii (ok. 12% przypadków wśród skontrolowanych świadczeń), w II Klinice Kardiologii (ok. 30% przypadków wśród skontrolowanych świadczeń), w II Klinice Kardiologii (ok. 0,6% przypadków wśród skontrolowanych świadczeń), w Oddziale Ostrego Zespołu Wieńcowych (ok. 1,5% przypadków wśród skontrolowanych świadczeń), oraz w Klinice Neurologii (ok. 2% przypadków wśród skontrolowanych świadczeń)

Stwierdzone w toku kontroli nieprawidłowości stanowiły podstawę żądania od świadczeniodawcy zwrotu nienależnie pobranej kwoty w wysokości 51 850,00 zł za niezasadne wykazanie do rozliczenia 5 185 punktów, w tym:

- kwoty 600,00 zł - I Klinika Kardiologii,
- kwoty 10.000,00 zł - II Klinika Kardiologii,
- kwoty 25.450,00 zł - I Klinika Kardiologii,
- kwoty 200,00 zł - II Klinika Kardiologii,
- kwoty 12.000,00 zł - Klinika Chirurgii Ogólnej i Naczyń,
- kwoty 3.600,00 zł - Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

Jednocześnie Śląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie § 29 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 197, poz. 1643) nałożył na świadczeniodawcę karę umowną za realizację świadczeń zdrowotnych niezgodnie z zawartą umową w wysokości 25.900,00 zł.

PREZES  
Narodowego Funduszu Zdrowia

  
Andrzej Sośnierz