



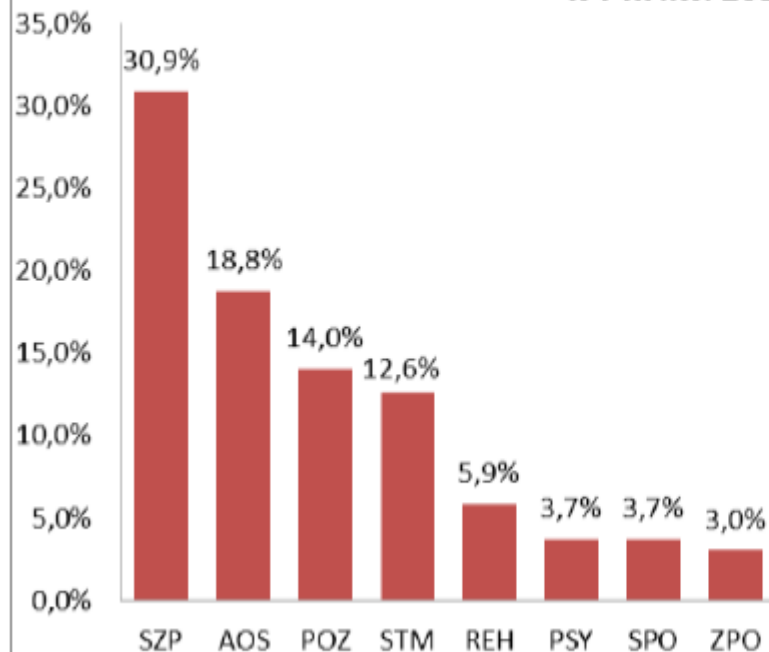
KANCELARIA DORADCZA

Rafał Piotr Janiszewski

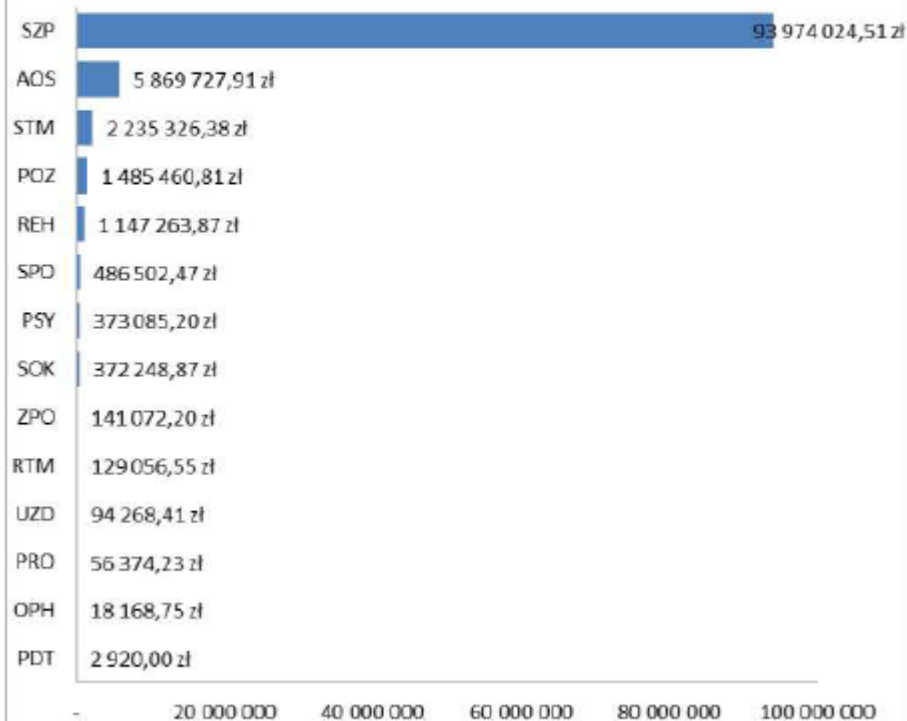
Kontrole NFZ

Wszechstronne doradztwo dla szpitali

Struktura kontroli wg rodzaju świadczeń w I-III kw. 2015



Skutki finansowe określone w wystąpieniach pokontrolnych w I-III kw. 2015 r. w podziale na rodzaje świadczeń opieki zdrowotnej



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z OW NFZ za I-III kw. 2015 roku

- Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
- Ustawa o działalności leczniczej
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie określenia szczegółowego sposobu i trybu przeprowadzania kontroli przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych.
- Zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia



KANCELARIA DORADCZA
Rafał Piotr Janiszewski

www.kancelariajaniszewski.pl



DZIENNIK USTAW RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

[Dziennik Ustaw](#) [Monitor Polski](#) [Wyszukiwanie](#) [Lista certyfikatów](#) [Kontakt](#) [Pomoc](#)

[Dzienniki Urzędowe](#) [Rządowe Centrum Legislacji](#) 

TU JESTEŚ: [Dziennik Ustaw 2012](#) [Poz. 1509](#)

[Przejdź](#)

[Szukaj](#)

AKT PRAWNY

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych

Data ogłoszenia: 2012-12-28
Nazwa dziennika: Dziennik Ustaw
Rok: 2012
Pozycja: 1509

Wszechstronne doradztwo dla szpitali

Rozpoczęcie kontroli



KANCELARIA DORADCZA
Rafał Piotr Janiszewski

www.kancelariajaniszewski.pl

- Płatnik ma obowiązek zawiadomić świadczeniodawcę o planowanej kontroli, najpóźniej w dniu jej rozpoczęcia.
- Zawiadomienie musi zawierać:
 1. **Wskazanie podstawy prawnej do przeprowadzenia kontroli**
 2. **Nazwę podmiotu kontrolowanego**
 3. **Przedmiot, zakres oraz miejsce kontroli wraz z terminem jej rozpoczęcia i zakończenia**
- W zawiadomieniu może zostać zawarta informacja z prośbą o przygotowanie dokumentów, zestawień i obliczeń.
- Kontrola jest przeprowadzana w miejscu prowadzenia działalności przez świadczeniodawcę oraz w dniach i godzinach pracy zakładu.
- W uzasadnionych przypadkach kontroler NFZ ma prawo przewieźć dokumentację do siedziby Płatnika, bądź dokonać jej weryfikacji w dniach wolnych od pracy.

- Osobą kontrolującą może być pracownik NFZ, bądź osoba, której Płatnik zlecił przeprowadzenie weryfikacji.
- Przed rozpoczęciem kontroli osoba jej dokonująca ma obowiązek przedstawić Dyrektorowi szpitala, bądź upoważnionemu pracownikowi, pełnomocnictwo wraz z legitymacją służbową. W przypadku, gdy kontroler nie jest pracownikiem NFZ, a jedynie podwykonawcą, ma obowiązek przedstawić upoważnienie oraz dowód osobisty.
- Gdy celem kontroli jest weryfikacja dokumentacji medycznej osoba kontrolująca musi mieć wykształcenie medyczne odpowiadające zakresowi przeprowadzanej kontroli.
- Kontroler ma obowiązek ze wszystkich wykonywanych czynności sporządzić protokół. Dotyczy to także dokumentowania udzielanych wyjaśnień przez świadczeniodawcę.
- Kontrolujący nie może odmówić przyjęcia oświadczenia związanego z zakresem i przedmiotem kontroli od osób bezpośrednio zainteresowanych.

Obowiązki wobec kontrolera

1. Szpital ma obowiązek udostępnić kontrolerowi wszystkie żądane dokumenty i wykazy związane z przedmiotem kontroli, który zawsze jest podany na protokole kontroli.
2. Świadczeniodawca nie może utrudniać kontroli, gdyż grozi za to kara.
3. Podmiot kontrolowany ma obowiązek umożliwić inspektorowi wykonywanie swoich czynności w dniach wolnych od pracy oraz poza godzinami pracy zakładu. Musi jednak należycie umotywować takie żądanie.



4. W razie podejrzenia, że dowody mogłyby zostać zniszczone świadczeniodawca musi wyznaczyć miejsce, gdzie będą mogły być przechowywane i opieczętowane, bądź osobę odpowiedzialną, która przetrzyma dokumentację w stanie nie naruszonym.
5. W nadzwyczajnych sytuacjach osoba kontrolująca ma prawo zabrać dokumentację do siedziby podmiotu kontrolującego.
6. Decyzję o zwolnieniu dokumentów spod zabezpieczenia podejmuje kontroler.

W przypadku zastrzeżenia w umowie kar umownych, w razie niewykonania lub wykonania umowy niezgodnie z jej postanowieniami, z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy, wysokość kary umownej wynosi:

do 2% kwoty zobowiązania wynikającego z umowy za każde stwierdzone naruszenie w przypadku:

- a) obciążania świadczeniobiorcy lub osoby uprawnionej do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji kosztami leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy,
- b) utrudniania czynności kontrolnych,
- c) pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorcy lub osoby uprawnionej do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji za świadczenia będące przedmiotem umowy,
- d) nieuzasadnionej odmowy udzielenia świadczeń świadczeniobiorcy lub osobie uprawnionej do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji świadczeń,
- e) niewykonania przez świadczeniodawcę w terminie zaleceń pokontrolnych,
- f) udzielania świadczeń w sposób rażąco nieodpowiadający wymogom określonym w obowiązujących przepisach lub umowie;

do 2% kwoty zobowiązania określonej w umowie dla danego zakresu świadczeń, za każde stwierdzone naruszenie, w przypadku:

- a) nieudzielania świadczeń w czasie lub miejscu ustalonym w umowie,
- b) udzielania świadczeń przez osoby nieuprawnione lub nieposiadające kwalifikacji i uprawnień do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny,
- c) przedstawienia przez świadczeniodawcę danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których Fundusz dokonał płatności nienależnych środków finansowych;

do 1% kwoty zobowiązania określonej w umowie dla danego zakresu świadczeń, za każdy rodzaj stwierdzonego naruszenia, o którym mowa w lit. a–h, w przypadku:

- a) nieprowadzenia list oczekujących na udzielenie świadczenia lub prowadzenia tych list w sposób naruszający przepisy prawa,
- b) nieprzekazywania w terminie oraz zgodnie ze stanem faktycznym:
 - danych dotyczących list oczekujących,
 - informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia,
- c) niewykonywania obowiązków wynikających z § 13 ust. 1,
- d) gromadzenia informacji lub prowadzenia dokumentacji, w tym dokumentacji medycznej, w sposób naruszający przepisy prawa,
- e) niepodania do wiadomości świadczeniobiorców zasad rejestracji i organizacji udzielania świadczeń, zgodnie z § 11 ust. 1, 4 lub 5,
- f) nieumieszczenia informacji, o której mowa w § 11 ust. 2 lub 3,
- g) nieprzekazania w terminie oraz zgodnie ze stanem faktycznym informacji, o której mowa w § 9 ust. 2 lub § 34 ust. 1,
- h) udzielania świadczeń w sposób lub w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w obowiązujących przepisach lub umowie.

Dokumentację prowadzi się czytelnie



KANCELARIA DORADCZA
Rafał Piotr Janiszewski

www.kancelariajaniszewski.pl

Przebieg przebiegał przez
sepsis, powrót do zdrowia z
bólem głowy, bólem
i biegunką, ciężej
i bólem głowy.

Przebieg na oddział neuro-
ginek w bad. TK i MRI
stanowił ciężej.

W trakcie pobytu na oddziale
został & powrócił. Wykazał
ciężkie uszkodzenie
pajęcznicy się objawiało

Wszechstronne doradztwo dla szpitali

W umowach, których dotyczą współczynniki korygujące, o których mowa w § 16 ust. 3, zastrzega się karę umowną w wysokości do 5% środków określonych zgodnie z § 16 ust. 3 oraz postanowienia o zwrocie tych środków, w przypadku ich nieprzeznaczenia w sposób określony w § 16 ust. 3 i 4.

2. Kwotą zobowiązania stanowiącą podstawę nałożenia kary umownej jest kwota zobowiązania w okresie rozliczeniowym, którego dotyczą stwierdzone naruszenia.

3. Kary umowne, nałożone przez Fundusz, podlegają sumowaniu, przy czym łączna wysokość nałożonych kar umownych nie może przekraczać 4% kwoty zobowiązania wynikającego z umowy dla okresu rozliczeniowego, którego dotyczyły naruszenia.

4. W przypadku umowy o udzielanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej, z wyłączeniem umowy dotyczącej nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, albo umowy o zaopatrzenie w wyroby medyczne na zlecenie osoby uprawnionej oraz ich naprawy, o których mowa w art. 38 ustawy o refundacji, maksymalna kwota kary umownej odnosi się do kwoty wypłaconej świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy w okresach sprawozdawczych, których dotyczyły stwierdzone naruszenia.

1. NFZ ma prawo żądać od świadczeniodawcy zwrotu zapłaconych środków w przypadku, gdy:

- **Świadczeniobiorca nie jest uprawniony do otrzymania świadczenia (brak dokumentu potwierdzającego ubezpieczenie, bądź uprawnienie z tytułu przepisów odrębnych oraz brak skierowania na leczenie)**
- **Świadczeniodawca sprawozdał inne świadczenie, niż to które rzeczywistości wykonał.**
- **Brak możliwości weryfikacji jakie świadczenie rzeczywiście zostało udzielone.**

Taryfikator kar umownych opracowany został na podstawie §30 Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r., poz. 1146), w celu jednolitego stosowania przez oddziały wojewódzkie NFZ.

Określona w taryfikatorze wysokość kar ma charakter umowny. Dlatego też - ze względu na swoistość każdej kontroli - istnieje możliwość zastosowania sankcji finansowej w wysokości innej niż ustalona w taryfikatorze lub odstąpienia od jej wymierzenia, zgodnie z poniższym wskazaniem.

W tym miejscu warto przypomnieć, że z §29 ust. 1 załącznika do wyżej wymienionego rozporządzenia Ministra Zdrowia wynika, że nałożenie kary umownej jest prawem, a nie obowiązkiem dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ.

W związku z tym uzasadnione jest rozważenie w każdym przypadku, czy waga, zakres oraz przyczyny stwierdzonych nieprawidłowości uzasadniają nałożenie kary umownej na świadczeniodawcę. Natomiast w sytuacji, gdy nałożona kara umowna jest nieadekwatnie wysoka w stosunku do kwoty - określonych w wystąpieniu pokontrolnym - środków finansowych nienależnie wypłaconych, a dowody nie wskazują na świadome lub lekceważące działania świadczeniodawcy, dopuszczalne jest złagodzenie jej wymiaru.

Jednocześnie warto zauważyć, iż „Taryfikator kar umownych” nie wyczerpuje zagadnień, które mogą wystąpić w toku kontroli prowadzonych u świadczeniodawców przez oddziały wojewódzkie NFZ, w tym wszystkich mogących potencjalnie wystąpić nieprawidłowości. Mając to na uwadze wskazać należy, że w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości nieujętych w taryfikatorze, o nałożeniu oraz wysokości kary umownej powinien zdecydować dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ w oparciu o zebrany w toku kontroli materiał dowodowy i z uwzględnieniem wagi, zakresu oraz przyczyn stwierdzonych nieprawidłowości. Odstąpienie od stosowania taryfikatora wymaga wskazania uzasadnienia na piśmie.

Taryfikator kar umownych - opracowany na podstawie Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2016 r. (Dz. U. z 2016 r., poz. 1146)

Lp.	Nazwa aktu prawnego	§	ust.	pkt	lit.	Przepis	Kategoria	Nieprawidłowości	Wysokość kary umownej
10	OWU	30	1	1	e	Niewykonanie przez świadczeniodawcę w terminie zaleceń pokontrolnych.	kontrola	Niewykonanie przez świadczeniodawcę w terminie zaleceń pokontrolnych.	Do 3% kwoty zobowiązania wynikającego z umowy dla danego zakresu świadczeń, nie więcej niż 2% kwoty zobowiązania wynikającego z umowy dla danego rodzaju świadczeń.
11	OWU	30	1	1	f	Udzielanie świadczeń w sposób rażąco nieodpowiadający wymogom określonym w obowiązujących przepisach lub umowie.	inne	Udzielanie świadczeń w sposób rażąco nieodpowiadający wymogom określonym w przepisach lub umowie.	Do 3% kwoty zobowiązania wynikającego z umowy dla danego zakresu świadczeń, nie więcej niż 2% kwoty zobowiązania wynikającego z umowy dla danego rodzaju świadczeń.
12	OWU	30	1	2	a	Nieudzielanie świadczeń w czasie lub miejscu ustalonym w umowie.	harmonogram czas pracy	Przerwa w udzielaniu świadczeń w okresie obowiązywania umowy bez powiadomienia na piśmie OW NFZ.	Do 1% kwoty zobowiązania wynikającego z umowy dla danego zakresu świadczeń.
13	OWU	30	1	2	a	Nieudzielanie świadczeń w czasie lub miejscu ustalonym w umowie.	harmonogram czas pracy	Przerwa w udzielaniu świadczeń w okresie obowiązywania umowy, pomimo braku zgody dyrektora OW NFZ.	Do 1% kwoty zobowiązania wynikającego z umowy dla danego zakresu świadczeń.
14	OWU	30	1	2	a	Nieudzielanie świadczeń w czasie lub miejscu ustalonym w umowie.	harmonogram czas pracy	Przerwa w udzielaniu świadczeń z powodów których nie można było wcześniej przewidzieć bez powiadomienia OW NFZ.	Do 0,1% kwoty zobowiązania wynikającego z umowy dla danego zakresu świadczeń.
15	OWU	30	1	2	a	Nieudzielanie świadczeń w czasie lub miejscu ustalonym w umowie.	harmonogram czas pracy	Niepodjęcie czynności w celu zachowania ciągłości udzielania świadczeń.	Do 0,5% kwoty zobowiązania wynikającego z umowy dla danego zakresu świadczeń.
16	OWU	30	1	2	a	Nieudzielanie świadczeń w czasie lub miejscu ustalonym w umowie.	harmonogram czas pracy	Nieudzielanie świadczeń w czasie lub miejscu wskazanym w umowie (zmiany harmonogramu skutkują brakiem dostępności do świadczeń).	Do 1% kwoty zobowiązania wynikającego z umowy dla danego zakresu świadczeń.
17	OWU	30	1	2	a	Nieudzielanie świadczeń w czasie lub miejscu ustalonym w umowie.	harmonogram czas pracy	Nieudzielanie świadczeń w czasie lub miejscu wskazanym w umowie (zmiany harmonogramu nie skutkują ograniczeniem dostępności do świadczeń).	Do 0,2% kwoty zobowiązania wynikającego z umowy dla danego zakresu świadczeń.
18	OWU	30	1	2	a	Nieudzielanie świadczeń w czasie lub miejscu ustalonym w umowie.	miejsce udzielania świadczeń	Zmiana lub utworzenie nowego, dodatkowego miejsca udzielania świadczeń bez powiadomienia dyrektora OW NFZ.	Do 2% kwoty zobowiązania wynikającego z umowy dla danego zakresu świadczeń.
19	OWU	30	1	2	a	Nieudzielanie świadczeń w czasie lub miejscu ustalonym w umowie.	miejsce udzielania świadczeń	Zmiana lub utworzenie nowego, dodatkowego miejsca udzielania świadczeń mimo braku zgody dyrektora OW NFZ.	Do 2% kwoty zobowiązania wynikającego z umowy dla danego zakresu świadczeń.
20	OWU	30	1	2	a	Nieudzielanie świadczeń w czasie lub miejscu ustalonym w umowie.	harmonogram czas pracy	Inne nieprawidłowości w zakresie harmonogramu czasu pracy oraz miejsc udzielania świadczeń.	Do 0,5% kwoty zobowiązania wynikającego z umowy dla danego zakresu świadczeń.



Najczęściej kontrolowane obszary

Wszechstronne doradztwo dla szpitali



Narodowy Fundusz Zdrowia jako kryteria realizowanych przez siebie kontroli przyjmuje kryterium: legalności, rzetelności i celowości, z uwzględnieniem przepisów prawa, programu kontroli lub tematyki, jak również wskazówek metodycznych, oraz zaleceń nadzorującego koordynatora kontroli.

- Kryterium legalności ujmowane obejmuje badanie zgodności działania z przepisami prawa powszechnie obowiązującego (Konstytucja, ustawy, rozporządzenia itp.), przepisami o charakterze wewnętrznym, (statutami, regulaminami, procedurami itp.), jak również umowami (w szczególności umowami zawieranymi z NFZ) i innymi aktami, choćby decyzjami administracyjnymi (np. sanepidu).
- Kryterium rzetelności służy określeniu, czy realizowane obowiązki (wynikające z przepisów i postanowień umów z NFZ) wypełniane są z należytą starannością, sumiennie i we właściwym czasie, a także czy prawidłowo są dokumentowane - zgodnie z rzeczywistością, we właściwej formie i wymaganych terminach, bez pomijania określonych faktów i okoliczności (w szczególności chodzi tu o dokumentację medyczną).
- Kryterium celowości obejmuje badanie zapewnienia zgodności z celami określonymi dla kontrolowanej jednostki lub działalności; zapewnienia optymalizacji zastosowanych metod i środków oraz ich odpowiedniości dla osiągnięcia założonych celów oraz skuteczności ich realizacji.

**ZARZĄDZENIE NR 45/2016/DK
PREZESA
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

z dnia 15 czerwca 2016 r.

w sprawie planowania, przygotowywania, przeprowadzania oraz realizacji wyników kontroli przez Narodowy Fundusz Zdrowia

Zarządzenie określa:

1) sposób i tryb planowania, przygotowywania oraz przeprowadzania kontroli:

- a) świadczeniodawców, którzy zawarli z właściwym oddziałem wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w tym kontroli w zakresie wystawiania recept na refundowane leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne,
- b) świadczeniodawców, o których mowa w art. 19 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581, z późn. zm.),
- c) osób uprawnionych, w zakresie wystawiania recept na refundowane leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne,
- d) aptek;

2) sposób sporządzania protokołów kontroli, wystąpień pokontrolnych, zaleceń pokontrolnych;

3) sposób oraz tryb prowadzenia postępowania w sprawie rozpatrywania zastrzeżeń do protokołów kontroli, zastrzeżeń do wystąpień pokontrolnych, zażaleń od zaleceń pokontrolnych;

4) zadania jednostek organizacyjnych Narodowego Funduszu Zdrowia, jego pracowników, a także innych osób niebędących pracownikami Narodowego Funduszu Zdrowia, w zakresie prowadzonego postępowania kontrolnego, w tym służące zapewnieniu jakości realizacji zadań kontrolnych.

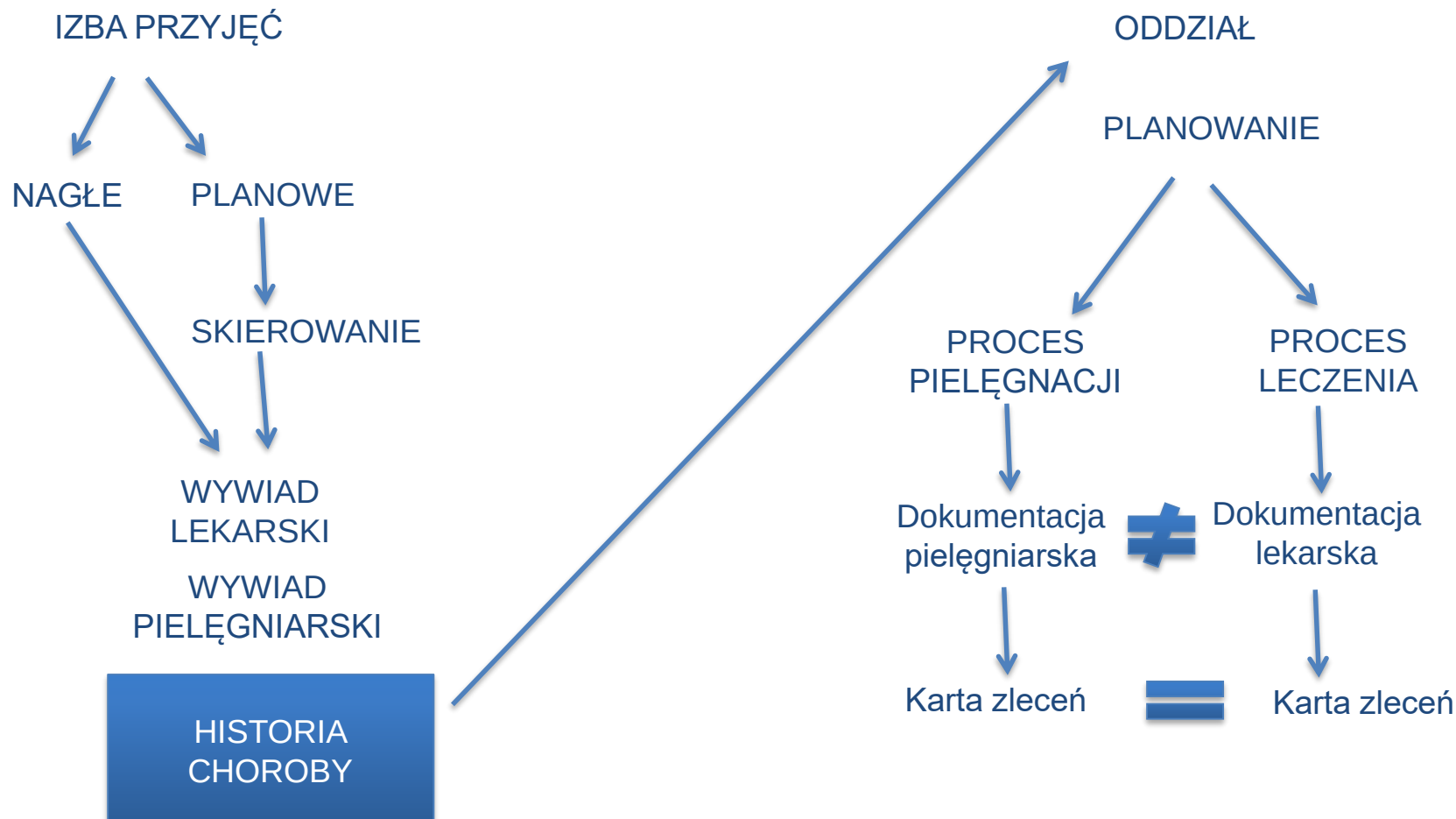
- Sprawozdawane procedury ICD9 zabiegów kwalifikujących do kolejnych świadczeń (rehabilitacja)
- Procedury wiodące w hospitalizacjach związanych z wykonaniem endoskopii
- Świadczenia związane z rozpoznaniem nowotworu i wystawienie karty DILO

„Kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego wydaje świadczeniobiorcy odpowiednio lekarz, o którym mowa w art. 55 ust. 2a, albo lekarz udzielający ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych, albo lekarz udzielający świadczeń szpitalnych, albo świadczeń w ramach programów zdrowotnych.”,

W przypadku potwierdzenia nowotworu złośliwego kartę DiLO może wystawić każdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego udzielający świadczeń w ramach AOS i SZP, także w przypadku braku umowy na realizację pakietu onkologicznego.

- Opieka skoordynowana – ginekologia i położnictwo (ma na celu ocenę prawidłowości realizacji umowy z NFZ ze szczególnym uwzględnieniem dostępności do świadczeń).
- Cewniki – wytworzenia stałego dostępu naczyniowego o kodzie 553010001445. Stosowanie cewników typu Broviac, Hickman lub Groshong

Kontrola dokumentacji



Ciekawe zapisy z wywiadów lekarskich

Po długiej wojnie stoczonej z lekarzem izby przyjąć pacjent przyjęty do oddziału....

Podczas badania kolano było zaczerwienione i obrzęknięte, a na drugi dzień zniknęło.

Pacjentka cierpi na depresję od czasu pierwszej wizyty u mnie w 1996.

Badanie rektalne (analne) ujawniło powiększoną tarczycę.

Obie piersi są równe i reagują na światło.

Badanie genitaliów wykazało, że pacjent był pochodzenia żydowskiego, ponieważ był oberznięty.

Badanie bioder wykonano pacjentce wieczorem w łóżku.

Pacjentka nie odczuwa sztywności ani dreszczy, choć jej mąż twierdzi że ostatniej nocy była wyjątkowo gorąca w łóżku.

Ciekawe zapisy z wywiadów pielęgniarskich



KANCELARIA DORADCZA
Rafał Piotr Janiszewski

www.kancelariajaniszewski.pl

Mimo wielokrotnych upomnień pacjent nie chce oddać stolca

Chory wykazuje dużą ruchliwość. Największa występuje wobec personelu pielęgniarskiego.

Opatrunek zamieniono razem z chorymi na sali.

Zalecenia do domu pacjentowi są znane.

Toaletę przyłóżkową wykonano w toalecie

Wieczorną toaletę pacjentka wykonuje z sąsiadką.

Pacjentka przebyła wiele poważnych chorób: okulary, niepamięć, słowotok.

Pacjent zgłasza dolegliwości bliżej nieokreślone.

Pacjent ma wysokie ciśnienie na wyjście ze szpitala.

Wszechstronne doradztwo dla szpitali

Wpis z porady zawiera



KANCELARIA DORADCZA
Rafał Piotr Janiszewski

www.kancelariajaniszewski.pl

- 1) datę porady ambulatoryjnej lub wizyty domowej,
- 2) dane z wywiadu i **badania przedmiotowego**,
- 3) rozpoznanie choroby, problemu zdrowotnego lub urazu,
- 4) informację o zleconych badaniach diagnostycznych lub konsultacjach
- 5) adnotacje o zaleconych zabiegach oraz produktach leczniczych wraz z dawkowaniem lub wyrobach medycznych, w ilościach odpowiadających ilościom zapisanym na wydanych receptach,
- 6) oryginał lub kopię wyników badań diagnostycznych lub konsultacji wraz z opisem
- 7) opis udzielonych świadczeń zdrowotnych,
- 8) adnotacje o orzecznym okresie czasowej niezdolności do pracy;
- 9) oznaczenie lekarza.

Wszechstronne doradztwo dla szpitali

Wpis z porady zawiera



KANCELARIA DORADCZA
Rafał Piotr Janiszewski

www.kancelariajaniszewski.pl

- 1) datę porady ambulatoryjnej lub wizyty domowej,
- 2) dane z wywiadu i badania przedmiotowego,
- 3) **rozpoznanie choroby, problemu zdrowotnego lub urazu,**
- 4) informację o zleconych badaniach diagnostycznych lub konsultacjach
- 5) adnotacje o zaleconych zabiegach oraz produktach leczniczych wraz z dawkowaniem lub wyrobach medycznych, w ilościach odpowiadających ilościom zapisanym na wydanych receptach,
- 6) oryginał lub kopię wyników badań diagnostycznych lub konsultacji wraz z opisem
- 7) opis udzielonych świadczeń zdrowotnych,
- 8) adnotacje o orzecznym okresie czasowej niezdolności do pracy;
- 9) oznaczenie lekarza.

Wszechstronne doradztwo dla szpitali

§ 6. 1. W przypadku dokumentacji prowadzonej w postaci papierowej pierwsza strona dokumentacji indywidualnej zawiera oznaczenie pacjenta zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 2, a kolejne strony – co najmniej imię i nazwisko pacjenta.

2. W przypadku sporządzania wydruku z dokumentacji indywidualnej prowadzonej w postaci elektronicznej, przepis ust. 1 stosuje się odpowiednio do stron wydruku.

3. Jeżeli nie jest możliwe ustalenie tożsamości pacjenta, w dokumentacji dokonuje się oznaczenia „NN”, z podaniem przyczyny i okoliczności uniemożliwiających ustalenie tożsamości.

4. Do dokumentacji indywidualnej wewnętrznej włącza się dokumentację udostępnioną przez pacjenta lub odnotowuje się zawarte w niej informacje istotne dla procesu diagnostycznego, leczniczego lub pielęgnacyjnego.

5. Dokument włączony do dokumentacji indywidualnej wewnętrznej nie może być z niej usunięty.

§ 7. 1. W dokumentacji medycznej wpisuje się nazwę i numer statystyczny rozpoznania choroby, problemu zdrowotnego lub urazu, według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta.

2. W dokumentacji, o której mowa w § 70 i § 71, dopuszcza się odstępianie od wpisywania numeru statystycznego rozpoznania choroby, problemu zdrowotnego lub urazu, o którym mowa w ust. 1.

⁴⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2015 r. poz. 1240, 1269, 1365, 1569, 1692, 1735, 1830, 1844, 1893, 1916, 1991 i 1994.

Załącznik do zarządzenia Nr 109/2015/BP

11. Świadczeniodawca przy rozliczaniu KAOS obowiązany jest do wskazania w raporcie statystycznym oprócz zakresu świadczeń:

- 1) kodu rozpoznania według klasyfikacji ICD-10;
- 2) kodów procedur medycznych według aktualnej wersji ICD-9;
- 3) porady w ramach kompleksowej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej nad pacjentem z cukrzycą – 5.01.26.0000001 albo porady w ramach kompleksowej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej nad pacjentem zakażonym wirusem HIV, leczonym lekami antyretrowirusowymi (ARV) – 5.02.26.0000062.
 - 2) kody istotnych procedur medycznych, według wskazanej przez Fundusz na dany okres sprawozdawczy wersji ICD-9, z obowiązkowym wskazaniem tych badań spośród wymienionych w **załączniku 5c** do zarządzenia, które zostały wykonane u świadczeniobiorcy;

Wpis z porady zawiera



KANCELARIA DORADCZA
Rafał Piotr Janiszewski

www.kancelariajaniszewski.pl

- 1) datę porady ambulatoryjnej lub wizyty domowej,
- 2) dane z wywiadu i badania przedmiotowego,
- 3) rozpoznanie choroby, problemu zdrowotnego lub urazu,
- 4) informację o zleconych badaniach diagnostycznych lub konsultacjach
- 5) adnotacje o zaleconych zabiegach oraz produktach leczniczych wraz z dawkowaniem lub wyrobach medycznych, w ilościach odpowiadających ilościom zapisanym na wydanych receptach,
- 6) oryginał lub kopię wyników badań diagnostycznych lub konsultacji wraz z opisem
- 7) opis udzielonych świadczeń zdrowotnych,
- 8) adnotacje o orzecznym okresie czasowej niezdolności do pracy;
- 9) oznaczenie lekarza.

Wszechstronne doradztwo dla szpitali

4. Historia zdrowia i choroby w części dotyczącej porad ambulatoryjnych lub wizyt domowych zawiera:

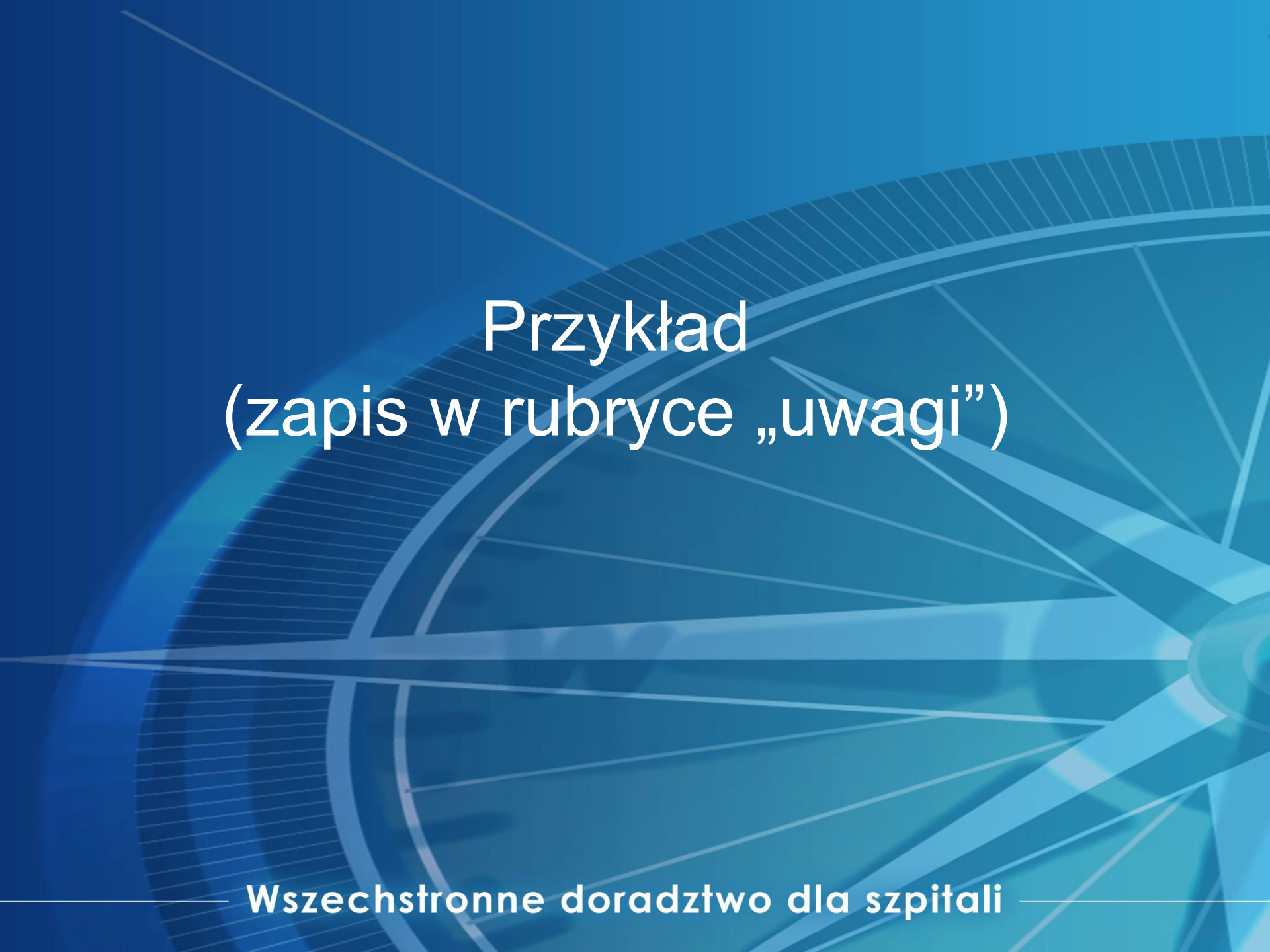
- 1) datę porady ambulatoryjnej lub wizyty domowej;
- 2) dane z wywiadu i badania przedmiotowego;
- 3) rozpoznanie choroby, problemu zdrowotnego lub urazu;
- 4) informację o zleconych badaniach diagnostycznych lub konsultacjach;
- 5) adnotacje o zaleconych zabiegach oraz lekach wraz z dawkowaniem lub wyrobach medycznych, w ilościach odpowiadających ilościom zapisanym na receptach lub zleceniach na zaopatrzenie w wyroby medyczne wydanych pacjentowi;
- 6) wyniki badań diagnostycznych wraz z opisem;
- 7) wyniki konsultacji;
- 8) opis udzielonych świadczeń zdrowotnych;
- 9) adnotacje o orzecznym okresie czasowej niezdolności do pracy;
- 10) oznaczenie lekarza, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3.

20.03.2009 godzina 10.20 nastąpiło zatrzymanie akcji serca. Mimo podjętych działań reanimacyjnych chory zmarł. W dniu 21.03.2009 pacjenta wypisano do domu w stanie ogólnym dobrym.”

„Pacjentka po obustronnej mastektomii (3 latam temu) przyjęta do oddziału w celu diagnostyki. Wykonano RTG, USG jamy brzusznej, USG piersi....”

„W dokumentacji medycznej nie wpisano schorzeń współtowarzyszących ponieważ pacjent nie chciał powiedzieć jakie ma choroby. Obrzął się na personel z powodu nieprzyjemnego badania”.

„Powyższe rozpoznania wpisano do dokumentacji, ponieważ dyrektor szpitala chce się korzystnie rozliczać z NFZ. Pacjent był leczony na pierwsze dwa, pozostałe tylko w wywiadzie”



Przykład (zapis w rubryce „uwagi”)

Cewniki - porównanie



KANCELARIA DORADCZA
Rafał Piotr Janiszewski

www.kancelariajaniszewski.pl

procedura	cewnik nietunelizowany	cewnik tunelizowany
podpisanie zgody pacjenta na zabieg	tak	tak
dokumentacja w postaci karty założenia cewnika centralnego	tak	tak
gabinet zabiegowy	tak	tak
asysta pielęgniarki	tak	tak
pełna aseptyka (maska, czapka, sterylne: fartuch, rękawiczki, serwety operacyjne)	tak	tak
zestaw chirurgiczny (imadło, skalpel, atraumatyczna igła z nicią)	tak	tak
ultrasonograficzna ocena warunków implantacji (aparat usg z analizą dopplerowską przepływów)	tak	tak
cewnik trójkanałowy (końcówka umieszczona w żyłę głównej górnej)	tak	tak
cewnik tunelizowany (kilkucentymetrowy odstęp między miejscem wkłucia a miejscem wyprowadzenia cewnika na powierzchnię skóry)	nie	tak
liczba szwów	2	2
liczba nacięć skóry	0	2
weryfikacja radiologiczna położenia cewnika (zdjęcie rtg kl. piersiowej)	tak	tak
codzienna kontrola pielęgniarska miejsca wkłucia odnotowywana w karcie obserwacji cewnika centralnego	tak	tak
ryzyko powikłań krwotocznych przy zakładaniu u chorych z głęboką małopłytkowością	mniejsze	większe
usunięcie/wymiana jest procedurą chirurgiczną	nie	tak

Wszechstronne doradztwo dla szpitali

1. **Prawidłowość prowadzenia dokumentacji**
2. Potwierdzenia kluczowych elementów postępowania diagnostyczno-terapeutycznego determinujących zasadność rozliczenia świadczenia
3. Respektowanie praw pacjenta zgodnie z Ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta
4. **Właściwe dokumentowanie świadczeń co do których płatnik określił szczególny sposób dokumentowania (np. programy lekowe czy chemioterapia)**
5. Dokumentacja listy oczekujących wraz z powiązaną z nią dokumentacją medyczną (listy oczekujących stanowią integralną część dokumentacji medycznej)
6. Ordynacja lekarska

Wyniki badań po zakończeniu hospitalizacji

§ 22

W przypadku gdy wynik badania diagnostycznego istotnego dla ustalenia rozpoznania onkologicznego nie był znany w dniu wypisu pacjenta ze szpitala, historię choroby niezwłocznie uzupełnia się o rozpoznanie ustalone na jego podstawie.

Wynik badania dołącza się do historii choroby.

1. Harmonogramy czasu pracy
2. Miejsce udzielania świadczeń
3. Zgodność danych w ankiecie zasobowej ze stanem faktycznym
4. Prawidłowość realizacji świadczeń w zakresie pakietu onkologicznego (w tym realizacja sformalizowanej procedury realizacji świadczeń onkologicznych)
5. Brak zasadności hospitalizacji
6. Brak przeprowadzenia diagnostyki uzasadniającej rozliczenie świadczenia AOS
7. Udzielanie świadczeń bez zachowania kolejności wynikającej z listy oczekujących



Wewnętrzne regulacje organizacyjne

Wszechstronne doradztwo dla szpitali

Regulamin postępowania podczas kontroli

Zespół ds. kontroli zobowiązany jest do sporządzenia protokołu kontroli przeprowadzanej przez NFZ.

Zespół ds. kontroli zobowiązany jest do sprawdzenia czy zawiadomienie o kontroli NFZ zawiera: podstawę prawną do przeprowadzenia kontroli, nazwę podmiotu kontrolowanego, przedmiot i zakres kontroli oraz miejsce przeprowadzania kontroli wraz z terminem jej rozpoczęcia i zakończenia.

Zespół ds. kontroli ma obowiązek udzielania wszelkich informacji tylko w zakresie przeprowadzanej kontroli, podobnie obowiązki leżące po stronie pracowników jednostki kontrolowanej mogą dotyczyć wyłącznie tego zakresu,

Zespół ds. kontroli ma obowiązek czuwać nad przebiegiem kontroli, w szczególności nad jej zgodnością z przepisami prawa oraz programem kontroli.

Zespół ds. kontroli jest obowiązany do bieżącego protokołowania we własnym zakresie wszelkich czynności oraz uwag.

Zespół ds. kontroli, za upoważnieniem kierownika podmiotu kontrolowanego, ma prawo wglądu do akt i sporządzania odpisów na każdym etapie postępowania kontrolnego.

Zespół ds. kontroli jest obowiązany do przedkładania na żądanie kontrolera wszelkich materiałów i dokumentów niezbędnych do przeprowadzenia kontroli, z zachowaniem przepisów o tajemnicy ustawowo chronionej.



Zespół ds. kontroli ma prawo do udzielania informacji i wyjaśnień, w szczególności dotyczących okoliczności powstania nieprawidłowości stwierdzonych w toku kontroli. Wyjaśnienia te winny być udzielane zarówno w formie pisemnej, jak i ustnej. Kontroler nie może odmówić przyjęcia takiego oświadczenia, jeżeli ma ono związek z przeprowadzoną kontrolą.

Zespół ds. kontroli, jak również osoby składające wyjaśnienia, w przypadku braku zgłoszenia sprzeciwu, obowiązane są do podpisania protokołu sporządzonego przez kontrolera. W przypadku odmowy podpisania protokołu przez osobę składającą wyjaśnienia, osoba przeprowadzająca kontrolę podpisuje protokół i podaje przyczynę odmowy podpisania protokołu.

Zespół ds. kontroli ma obowiązek potwierdzenia poprawności sporządzonych odpisów lub wyciągów. W razie odmowy tej czynności potwierdzenia dokona kontroler NFZ.

W przypadku dokonywania oględzin przez kontrolera NFZ, Zespół ds. kontroli ma obowiązek czuwać nad przeprowadzaną czynnością. Adnotacja o oględzinach przeprowadzonych bez uczestnictwa osoby upoważnionej przez świadczeniodawcę, winna znaleźć się w protokole kontroli sporządzanym przez Zespół ds. kontroli. Z przebiegu i wyników oględzin sporządzany jest protokół, zespół ds. kontroli, w wypadku braku wnoszenia sprzeciwu, jest obowiązany do jego podpisania.

Zespołowi ds. kontroli przysługuje prawo do złożenia wniosku do NFZ o zwolnienie dowodów spod zabezpieczenia jest NFZ.

Zespół ds. kontroli ma prawo do uzyskiwania wszelkich informacji o nieprawidłowościach i uchybieniach utrudniających sprawne przeprowadzenie kontroli.

Protokół zespołu ds. kontroli

Protokół sporządzony przez Zespół ds. kontroli, powinien zawierać wszelkie informacje dotyczące kontroli, w szczególności o:

rodzaju przeprowadzanej kontroli (planowanej, koordynowanej, niekoordynowanej, doraźnej);

czy kontrola NFZ jest wykonywane zgodnie z planem;

czy osoby wchodzące w skład zespołu kontrolerów posiadają odpowiednie kwalifikacje oraz czy posiadają ważne umocowanie do dokonania kontroli – upoważnienie wraz z legitymacją służbową, w przypadku gdy kontroler nie jest pracownikiem NFZ – dowód tożsamości;

jakie dowody zostały przedstawione kontrolerom NFZ;

daty rozpoczęcia oraz zakończenia kontroli;

imiona i nazwiska oraz stanowiska służbowe kontrolerów;

określenia przedmiotu i okresu objętego kontrolą;

zwięzły opis stanu faktycznego;

naruszenia przez kontrolera NFZ przepisów dotyczących kontroli oraz przekroczenia planu kontroli;

udzielonych przez kontrolera informacji dotyczących nieprawidłowości w działaniu tej jednostki;

informacja o tym czy protokół kontroli NFZ został podpisany, a jeżeli nie to czy zostało zgłoszone zastrzeżenie.

- Systematycznie dokonywać wewnętrznej kontroli dokumentacji medycznej
- Na bieżąco prowadzić ewidencję zasobów wykazanych w ankiecie jakościowej
- Okresowo przeprowadzać kontrole zewnętrzne
- Prowadzić szkolenia dotyczące obszarów kontrolowanych przez NFZ
- Wprowadzać narzędzia zwiększania odpowiedzialności personelu udzielającego świadczeń za nieprawidłowości w realizacji świadczeń

- Sprawozdawane procedury ICD9 zabiegów kwalifikujących do kolejnych świadczeń (rehabilitacja)
- Procedury wiodące w hospitalizacjach związanych z wykonaniem endoskopii
- Świadczenia związane z rozpoznaniem nowotworu i wystawienie karty DILO

„Kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego wydaje świadczeniobiorcy odpowiednio lekarz, o którym mowa w art. 55 ust. 2a, albo lekarz udzielający ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych, albo lekarz udzielający świadczeń szpitalnych, albo świadczeń w ramach programów zdrowotnych.”,

W przypadku potwierdzenia nowotworu złośliwego kartę DiLO może wystawić każdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego udzielający świadczeń w ramach AOS i SZP, także w przypadku braku umowy na realizację pakietu onkologicznego.

- Opieka skoordynowana – ginekologia i położnictwo (ma na celu ocenę prawidłowości realizacji umowy z NFZ ze szczególnym uwzględnieniem dostępności do świadczeń).
- Cewniki – wytworzenia stałego dostępu naczyniowego o kodzie 553010001445. Stosowanie cewników typu Broviac, Hickman lub Groshong

- Porady następujące po sobie (rozliczanie diagnostyki w kilku poradach)\
- Porady kompleksowe (brak wystawienia informacji dla lekarza POZ)
- Porady wielokrotnie udzielane na podstawie skierowania na konsultacje
- Dokumentacja medyczna w zakresie udokumentowania wykonanych badań (uwaga na badania obrazowe)
- Realizacja programów lekowych
- Właściwa dokumentacja chemioterapii

Wszechstronne doradztwo Szkolenia i konsultacje

25 LAT DOŚWIADCZENIA I PRAKTYKI

DLA SZPITALI

SZKOLENIA

KONSULTACJE I DORADZTWO

NEWSLETTER

Wszechstronne doradztwo dla szpitali