

Sprawozdanie z przeprowadzonej kontroli nr 12.7310.004.2018.WKR-I-2

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
Śląski Oddział Wojewódzki NFZ	12.7310.004.2018.WKR-I-2	Od 10.01.2018 r. do 01.02.2018 r.	Marta Postolska, ul. Legionów Polskich 36 b, 43-100 Tychy, w ramach działalności leczniczej wykonywanej w zakładzie leczniczym Medion Rehabilitacja, adres jw.	Realizacja świadczeń w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna 05.1310.208.02. Okres objęty kontrolą: Od 01.01.2017 r. do czasu zakończenia czynności kontrolnych.	<p>1. Podstawy formalno - prawne prowadzonej działalności pod względem kryteriów legalności i rzetelności oceniono pozytywnie z nieprawidłowościami <u>Świadczeniodawca posiada:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> a) wpis do odpowiednich dokumentów rejestrowych, b) decyzję PPIS z dnia 16.10.2015 r., stwierdzającą, że pomieszczenia i urządzenia Zakładu w pełni spełniają warunki określone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie <i>szczegółowych wymagań, jakim pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą</i> (Dz. U. z 2012 r., poz. 739), c) umowę najmu lokalu użytkowego w Tychach przy ul. Legionów Polskich 36 b zawartą w dniu 15.10.2015 r. z właścicielami lokalu a następnie umowę z aneksem podnajmu ww. lokalu, zawartą w dniu 01.06.2017 r. z MEDION BIS 	<p>1. Przestrzeganie obowiązku zawierania umowy ubezpieczenia OC za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zgodnie z zapisami umowy.</p> <p>2. Bieżące aktualizowanie danych o potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy, w szczególności o osobach udzielających świadczeń, ich harmonogramach pracy oraz o sprzęcie przeznaczonym do realizacji umowy zgodnie ze stanem faktycznym - bieżące i prawidłowe aktualizowanie danych za pomocą Portalu NFZ, zgłaszanie zmian w harmonogramie</p>

					<p>Dariusz Postolski – podnajmującym,</p> <p>d) obowiązkowe ubezpieczenie OC podmiotu wykonującego działalność leczniczą, zawarte w trakcie kontroli w dniu 18.01.2018 r. na okres 19.01.2018 r.-18.01.2019 r., wraz z potwierdzeniem wpłaty pierwszej raty składki ubezpieczeniowej. Świadczeniodawca nie posiada obowiązkowego ubezpieczenia OC podmiotu wykonującego działalność leczniczą za okres 01.01.2017 r.-18.01.2018 r.</p> <p>2. Realizację umowy odnośnie wymogów dotyczących personelu, wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, zakresu wykonywanych zabiegów, pod względem kryteriów legalności i rzetelności oceniono pozytywnie z nieprawidłowościami</p> <p><u>Wykaz i kwalifikacje personelu medycznego realizującego świadczenia zdrowotne</u></p> <p>a) sporządzony przez Świadczeniodawcę wykaz personelu realizującego zabiegi w ramach umowy ze Śląskim OW NFZ, stan na dzień 15.01.2018 r., nie był zgodny z danymi zawartymi w załączniku nr 2 do umowy z 2018 r., ponieważ w sporządzonym</p>	<p>najpóźniej w dniu poprzedzającym ich powstanie albo, w przypadkach losowych, niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia.</p> <p>3. Systematyczne i ciągłe wykonywanie umowy przez cały okres jej obowiązywania, zapewnienie dostępności do świadczeń zgodnie z harmonogramami pracy zgłoszonymi do umowy oraz planem rzeczowo-finansowym.</p> <p>4. Powiadomianie na piśmie Śląskiego OW NFZ o przerwach w udzielaniu świadczeń, jak również o braku możliwości udzielania świadczeń, którego nie można było wcześniej przewidzieć zgodnie z zapisem § 9 załącznika do ww. rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów (...).</p> <p>5. Przestrzeganie treści §</p>
--	--	--	--	--	--	--

					<p>wykazie brakowało 1 fizjoterapeuty,</p> <p>b) analiza sprawozdanych przez Świadczeniodawcę do rozliczenia do Śląskiego OW NFZ świadczeń w okresie <u>od 01.01.-30.11.2017 r.</u> i harmonogramów pracy zawartych w załączniku nr 2 do umowy z uwzględnieniem zgłoszonych zmian wykazała, że:</p> <ul style="list-style-type: none"> - świadczenia realizował personel nie zgłoszony do umowy ze Śląskim OW NFZ, tj. 1 fizjoterapeuta w miesiącach październik i listopad, zgłoszony do umowy do udzielania świadczeń w okresie 01.12. - 31.12.2017 r., - brakowało ciągłości realizacji świadczeń przez fizjoterapeutów zgłoszonych do umowy do udzielania świadczeń w okresie 01.01. - 31.12.2017 r., - kwalifikacje personelu odpowiadały danym ujętym w załączniku nr 2 do umowy z 2017 r. i 2018 r. oraz spełniały wymagania załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. <i>w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej</i> (t.j. Dz. U. z 2013 r., poz. 1522 z późn. zm.). <p>Świadczeniodawca przedstawił</p>	<p>11 ww. załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia <i>w sprawie ogólnych warunków umów (...)</i>.</p> <p>6. Prawidłowe kwalifikowanie, sprawozdawanie i rozliczanie udzielonych świadczeń zdrowotnych, zgodnie z dokumentacją medyczną, zawartą umową oraz zapisami prawa.</p> <p>7. Na podstawie § 28 ust. 1 i 2 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. <i>w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki</i> (t.j. Dz. U. z 2016 r., poz. 1146 z późn. zm.) do zwrotu nienależnie pobranych środków finansowych w kwocie 13 562,94 zł (słownie: trzynaście tysięcy pięćset sześćdziesiąt dwa złote, dziewięćdziesiąt cztery</p>
--	--	--	--	--	---	---

					<p>umowy zawarte z personelem zatrudnionym w Zakładzie: umowę o współpracy lub umowę o współpracy firm zawarte na czas nieokreślony oraz umowy zlecenia ze stawką godzinową zawarte na czas określony.</p> <p><u>Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną (jego przeglądy techniczne), zakres wykonywanych zabiegów:</u></p> <p>a) sprzęt medyczny znajdujący się na wyposażeniu Zakładu, wyszczególniony w protokole oględzin z dnia 10.01.2018 r., nie był tożsamy z zawartością zał. nr 2 do umowy,</p> <p>b) przedstawiony do kontroli sprzęt i aparatura medyczna przeznaczone do realizacji umowy posiadały dokumenty potwierdzające dokonanie aktualnych przeglądów technicznych przez uprawniony podmiot.</p> <p>3. Realizację umowy odnośnie wymogów dotyczących warunków lokalowo-technicznych pod względem kryteriów legalności i rzetelności oceniono pozytywnie</p> <p>Warunki lokalowo-techniczne opisane szczegółowo w protokole oględzin spełniają wymagania zawarte w zał. nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z</p>	<p>grosze) za niezasadnie sprawozdane do rozliczenia 13 297 punktów rozliczeniowych w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna (produkt: 05.1310.208.02, wartość pkt = 1,02 zł) w 2017 r. w m-cach: w styczniu 500 pkt, w lutym 620 pkt, w marcu 1 350 pkt, w kwietniu 660 pkt, w maju 620 pkt, w czerwcu 660 pkt, w lipcu 870 pkt, w sierpniu 5 637 pkt, we wrześniu 1 510 pkt, w październiku 750 pkt, w listopadzie 120 pkt, w terminie 14 dni od dnia otrzymania niniejszego wezwania i do złożenia dokumentów korygujących.</p> <p>8. Na podstawie § 29 ust. 4 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r.</p>
--	--	--	--	--	---	--

				<p>dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych (...). Ponadto w pełni spełniają warunki określone ww. rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia (...).</p> <p>4. Realizację umowy w zakresie dostępności i organizacji udzielania świadczeń opieki zdrowotnej pod względem kryteriów legalności i rzetelności oceniono pozytywnie z nieprawidłowościami</p> <p><u>Czas pracy Pracowni Fizjoterapii, harmonogram pracy personelu wykonującego zabiegi</u></p> <p>a) Harmonogram pracy Pracowni Fizjoterapii był zgodny z harmonogramem zgłoszonym do umowy i odpowiadał wymogom określonym w zał. nr 1 do ww. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych (...),</p> <p>b) w sporządzonym przez Świadczeniodawcę wykazie personelu wraz z godzinami pracy, stan na dzień 15.01.2018 r., harmonogram pracy technika (8.00-18.00) nie odpowiadał zawartemu w zał. nr 2 do umowy (8.00-16.00),</p>	<p>w sprawie ogólnych warunków umów (...)</p> <p>do zapłaty kary umownej:</p> <p>a) w wysokości 515,46 zł (słownie: pięćset piętnaście złotych, czterdzieści sześć groszy), w terminie 14 dni od dnia otrzymania niniejszego wezwania, nałożonej na podstawie § 6 ust. 1 i 7 umowy nr 121/213843/05/2018 z dnia 29.12.2017 r. z powodu nienależytego wykonania jej postanowień, której wysokość ustalono na podstawie § 30 ust. 1 pkt 3 lit. e, lit. h załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r,</p> <p>b) w wysokości 2 811,65 zł (słownie: dwa tysiące osiemset jedenaście złotych, sześćdziesiąt pięć groszy), w terminie 14 dni od dnia otrzymania niniejszego</p>
--	--	--	--	---	--

					<p>c) ponadto zgodnie ze sporządzonym ww. wykazem, mgr fizjoterapii pracuje w Zakładzie w godzinach 8.00-16.30, natomiast technik fizjoterapii w godzinach 8.00-18.00, co wskazuje na udzielanie świadczeń w fizjoterapii ambulatoryjnej w przedziale czasowym 16.30-18.00 bez nadzoru mgr fizjoterapii.</p> <p><u>Przerwy w udzielaniu świadczeń (przestrzeganie harmonogramu pracy ze szczególnym uwzględnieniem dokumentacji medycznej i sprawozdanych świadczeń).</u></p> <p>Analiza sprawozdanych przez Świadczeniodawcę do Śląskiego OW NFZ świadczeń w okresie 01.01.-30.11.2017 r., kart zabiegowych pacjentów i harmonogramów pracy zawartych w zał. nr 2 do umowy z uwzględnieniem zgłoszonych zmian wykazała, że Świadczeniodawca nie udzielał świadczeń w 2017 r. (miał przerwy w udzielaniu świadczeń).</p> <p><u>Informacje dla ubezpieczonych</u></p> <p>W trakcie oględzin brakowało następujących informacji dla świadczeniobiorców:</p> <p>- widocznych z zew. budynku Zakładu:</p> <ul style="list-style-type: none"> informacji na temat posiadanych udogodnień dla osób niepełnosprawnych, 	<p>wezwania, nałożonej na podstawie § 6 ust. 1 i 7 umowy nr 121/213843/05/2017 z dnia 23.01.2017 r. z powodu nienależytego wykonania jej postanowień, której wysokość ustalono na podstawie § 30 ust. 1 pkt 2 lit. a, lit. c oraz pkt 3 lit. h załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r.</p>
--	--	--	--	--	--	--

					<ul style="list-style-type: none"> • adresu oraz numerów telefonów najbliższego miejsca, w którym są udzielane świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej oraz numerów telefonów alarmowych „112” i „999” obsługiwanych w ramach systemu powiadamiania ratunkowego, <p>- wewnątrz Zakładu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • imion i nazwisk osób udzielających świadczeń oraz godzin ich udzielania, • zasad zapisów na porady i wizyty, z uwzględnieniem świadczeń udzielanych w warunkach domowych oraz zasad potwierdzania prawa do świadczeń, • adresu oraz numerów telefonów najbliższego miejsca, w którym są udzielane świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, • adresu Biura Rzecznika Praw Pacjenta oraz adresu Działu Skarg i Wniosków Śląskiego OW NFZ, • informacji o możliwości i sposobie zapisania się na listę oczekujących na udzielenie świadczenia. <p>5. Prawidłowość kwalifikowania i sprawozdawania świadczeń w 2017 roku pod względem kryteriów legalności i rzetelności, oceniono negatywnie</p>	
--	--	--	--	--	---	--

					<p>a) Świadczeniodawca nie przedstawił do kontroli indywidualnej dokumentacji medycznej 2 pacjentów,</p> <p>b) kontroli poddano dokumentację medyczną wybranych losowo 28 pacjentów (36 skierowań na zabiegi i kart zabiegowych), dla których w okresie styczeń-listopad 2017 r. sprawozdano do obciążenia do Śląskiego OW NFZ 1 560 zabiegów fizjoterapeutycznych o łącznej liczbie 17 530 pkt (wszystkie zostały rozliczone i zapłacone). Niezasadnie sprawozdano 914 zabiegów z zakresu 05.1310.208.02 i obciążono Śląski OW NFZ 13 297 punktami o wartości 13 562,94 zł.</p>	
--	--	--	--	--	--	--