**Sprawozdanie z przeprowadzonej kontroli 01.7320.107.2017.WKO.S**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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/ link |
| **D**olnośląski **O**ddział **W**ojewódzki **NFZ** | **01.7320.107.2017.WKO.S** | 26.07.2017r.-22.09.2017 r. | **PHM Sp. z o.o. ul. Legnicka 61, 54-203 Wrocław miejsce wykonywania świadczeń: 50-329 Wrocław ul. Sienkiewicza 58-60**  | Kontrola realizacji umowy w rodzaju rehabilitacja lecznicza nr 05/1/3122093/01/2017 w miejscu udzielania świadczeń: 50-329 Wrocław ul. Sienkiewicza 58-60 **okres objęty kontrolą:**od 01.01.2017 r. do dnia przeprowadzenia kontroli | 1. Warunki dotyczące pomieszczeń oraz wyposażenie w sprzęt są zgodne ze zgłoszonym w załączniku nr 2 Harmonogram – zasoby do umowy. Dokumenty okazane przez Świadczeniodawcę potwierdzają aktualny stan techniczny sprzętu.2. W miejscu udzielania świadczeń brak podania do wiadomości Świadczeniobiorców informacji o personelu, godzinach i miejscach udzielania świadczeń w poszczególnych zakresach (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie Ogólnych Warunków Umów o udzielania świadczeń opieki zdrowotnej – załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia §11 pkt.1). 3. W Lekarskiej ambulatoryjnej opiece rehabilitacyjnej nie były udzielane świadczenia od dnia 12.07.2017 r. co skutkuje brakiem dostępności do świadczeń. Przerwa w udzielaniu świadczeń nie została zgłoszona do DOW NFZ.( Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie Ogólnych Warunków Umów o udzielania świadczeń opieki zdrowotnej – załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia).4. W Lekarskiej ambulatoryjnej opiece rehabilitacyjnej zamiast w poniedziałki i środy świadczenia były udzielane wyłącznie w środy, co jest niezgodne ze zgłoszonym harmonogramem w załączniku nr 2 Harmonogram – zasoby do umowy. Nieudzielanie świadczeń w dniach wskazanych w załączniku 2 Harmonogram – zasoby do umowy skutkują brakiem dostępności do świadczeń.5. W Fizjoterapii ambulatoryjnej dwoje Fizjoterapeutów Pani …. oraz Pan …. udzielali świadczeń niezgodnie z załącznikiem 2 Harmonogram – zasoby . Pani …. nie powinna udzielać świadczeń w czwartki a Pan …. w piątki.6. Personel udzielający świadczeń w zakresie 05.1300.207.02 wyr. 3 - Lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna oraz 05.1310.207.02 wyr. 4 - Fizjoterapia ambulatoryjna posiada kwalifikacje zgodnie z wykazanymi w załączniku nr 2 Harmonogram – zasoby do umowy nr 05/1/3122093/01/2017/01.7.W części dokumentacji indywidualnej pacjentów w Kartach zabiegów rehabilitacyjnych i fizykoterapii występuje brak podpisów fizjoterapeutów wykonujących zabiegi. | 1.W miejscu udzielania świadczeń należy zamieścić informacje dotyczące imion i nazwisk osób kierujących pracą komórki organizacyjnej, osób udzielających świadczeń oraz godzin i miejsca ich udzielania (Dz.U. 2016 poz. 1146 OWO).2.Na bieżąco dokonywać aktualizacji zmian w zakresie personelu realizującego świadczenia opieki zdrowotnej w załączniku 2 Harmonogram – zasoby do umowy zawartej z DOW NFZ (Dz.U. 2016 poz. 1146 OWO).3.Realizować świadczenia zgodnie z Załącznikiem 2 Harmonogram – zasoby w zakresie dni i godzin pracy poradni - lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna.4.Prowadzić dokumentację indywidualną pacjentów zgodnie z przepisami prawa (Dz.U.2015 poz. 2069 § 54).**łączna kwota kary w wysokości 1 096,44 zł** |