

Sprawozdanie z przeprowadzonej kontroli nr 12.7320.015.2018.WKR-I-1

| 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 | 12.7320.015.2018.WKR-I-1 | Od 23.01.2018 r. do 05.02.2018 r. | Społeczne Towarzystwo „Hospicjum Cordis”, 40-413 Katowice ul. Teofila Ociepki 2 | Prawidłowość realizacji umowy w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie świadczeń w oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarnym. Okres objęty kontrolą: od 01.01.2017 r. do dnia zakończenia czynności kontrolnych. | <p>1. PODSTAWY FORMALNO-PRAWNE PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI Śląski OW NFZ pozytywnie ocenia pod względem legalności i rzetelności skontrolowaną działalność w ww. obszarze</p> <p>a) zgodnie z Księgą Rejestrową kontrolowany zakład zarejestrował Hospicjum Stacjonarne dla Dorosłych posiadające 29 łóżek oraz Dziecięce Hospicjum Stacjonarne posiadające 9 łóżek,</p> <p>b) podmiot kontrolowany, zgodnie z § 3 zawartej umowy, był i jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń.</p> <p>2. WARUNKI UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH Śląski OW NFZ ocenia pozytywnie z uchybieniami pod względem legalności i rzetelności skontrolowaną działalność w ww. obszarze</p> <p>a) przeprowadzone oględziny nie wykazały nieprawidłowości w zakresie bazy lokalowej,</p> <p>b) paszporty techniczne</p> | <p>1. Zakup (w miejsce uszkodzonego) aparatu EKG w terminie 14 dni od daty otrzymania Wystąpienia pokontrolnego pod rygorem rozwiązania umowy w trybie § 36 ust. 1 pkt 4 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (t.j. Dz.U.2016 poz. 1146 z późn. zm.).</p> <p>2. Zwiększenie wymiaru zatrudnienia pielęgniarek do wyliczonej normy zatrudnienia</p> |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|--|
| | | | | | <p>kontrolowanego sprzętu i aparatury medycznej posiadają aktualne wpisy potwierdzające dokonywanie bieżących przeglądów, w tym sprawność ww. sprzętu,</p> <p>c) skład osobowy oraz kwalifikacje personelu medycznego udzielającego świadczeń był zgodny z obowiązującą umową i wniesionymi do niej wnioskami o zmiany zgłoszonymi do Śląskiego OW NFZ przed podjęciem czynności kontrolnych w tym zakresie,</p> <p>d) Świadczeniodawca, zapewnia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - całodobową opiekę pielęgniarską, - całodobowy dostęp przez 7 dni w tygodniu do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez lekarzy z wymaganymi kwalifikacjami z dziedziny medycyny paliatywnej, - realizację świadczeń przez fizjoterapeutę w wymiarze 1,5 etatu, - realizację świadczeń przez psychologa w wymiarze 1 etatu, - dodatkowo realizację świadczeń w zakresie terapii zajęciowej w wymiarze 2 etatów, <p>e) okazany podczas oględzin sprzęt i aparatura medyczna nie były zgodne z danymi zawartymi w umowie, tj.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - nie usunięto z umowy sprzętu | <p>18,5 etatu w terminie do 60 dni od daty otrzymania Wystąpienia pokontrolnego.</p> <p>3. Bieżące aktualizowanie danych o swoim potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy, przez który rozumie się zasoby będące w dyspozycji Świadczeniodawcy służące wykonywaniu świadczeń opieki zdrowotnej (dotyczy sprzętu).</p> <p>4. Prowadzenie zbiorczej dokumentacji medycznej zgodnie z aktualnie obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa.</p> <p>5. Realizowanie zawartej umowy</p> |
|--|--|--|--|--|---|--|

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|---|
| | | | | | <p>skasowanego (1 pompa infuzyjna, 1 ssak),</p> <p>- nie zgłoszono do umowy nowego sprzętu (1 pompy infuzyjnej, 4 ssaków, 1 USG),</p> <p>f) nie okazano podczas oględzin aparatu EKG oraz koncentratora tlenu, przekazano do naprawy.</p> <p>3. ORGANIZACJA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ</p> <p>a) Świadczeniodawca zapewnia opiekę lekarską zgodnie z wymogami zawartymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 listopada 2013 r. <i>w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej</i> (Dz.U. z 2013 r. poz. 1347 z późn. zm.) tj. w wymiarze 3 etatów w odniesieniu do 29 zakontraktowanych łóżek,</p> <p>b) Świadczeniodawca zatrudnia, w łącznym wymiarze 10.3 etatu pielęgniarki posiadające specjalizację, będące w trakcie specjalizacji lub posiadające ukończony kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej, co stanowi co najmniej 25% czasu pracy wszystkich zatrudnionych pielęgniarek oddziale medycyny paliatywnej (15 etatów),</p> | <p>zgodnie z jej treścią i obowiązującymi przepisami prawa.</p> |
|--|--|--|--|--|---|---|

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|--|
| | | | | | <p>c) zgodnie z pozytywną odpowiedzią na pytanie „Czy świadczenia udzielane są przez pielęgniarki w liczbie odpowiadającej normom zatrudnienia ustalonym zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r., poz.217 j.t.)?” w ankiecie złożonej w postępowaniu konkursowym, Świadczeniodawca przedstawił wyliczone ww. normy zatrudnienia na podstawie kategoryzacji pacjentów za rok 2017. Świadczeniodawca przedstawił pozytywną opinię Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Katowicach w zakresie wyliczonych ww. norm zatrudnienia oraz oświadczenie informujące, że na terenie kontrolowanego zakładu nie działają związki zawodowe.</p> <p>4. DOKUMENTACJA MEDYCZNA ZBIORCZA I INDYWIDUALNA</p> <p>Śląski OW NFZ ocenia pozytywnie z uchybieniami działalność pod względem legalności i rzetelności skontrolowaną w ww. obszarze</p> <p><u>a) Zbiorcza dokumentacja medyczna</u></p> <p>Księga Raportów Lekarskich oraz Księga Raportów Pielęgniarskich (listopad-grudzień 2017 r.) były</p> | |
|--|--|--|--|--|---|--|

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|--|
| | | | | | <p>prowadzone zgodnie z wymaganiami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. z 2015 r. poz. 2069).</p> <p>Jednak:</p> <ul style="list-style-type: none">- Księga Główna przyjęć i wypisów stanowiąca jednocześnie Księgę Chorych nie zawierała wszystkich elementów wymaganych treścią § 27 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. z 2015 r. poz. 2069),- Księga zabiegów nie zawierała wszystkich elementów wymaganych treścią § 32 ww. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r.,- lista oczekujących na udzielanie świadczeń w kontrolowanym zakresie nie zawierała wszystkich elementów wymaganych treścią § 20 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t. j. Dz.U. z 2017 r., poz. 1938 z późn. zm), <p>b) <u>Indywidualna dokumentacja</u></p> | |
|--|--|--|--|--|---|--|

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|--|
| | | | | | <p><u>medyczna</u> Indywidualna dokumentacja medyczna prowadzona jest zgodnie z ww. rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r.</p> <p>5. SPRAWOZDAWCZOŚĆ ROZLICZANIE ŚWIADCZEŃ Śląski OW NFZ pozytywnie ocenia pod względem legalności i rzetelności skontrolowaną działalność w ww. obszarze</p> <p>a) Kontroli poddano 19 historii choroby 14 pacjentów, którym sprawozdano produkt o kodzie 5.15.00.0000146- OSOBODZIEŃ W ODDZIALE MEDYCYNY PALIATYWNEJ / HOSPICJUM STACJONARNYM łącznie 687 osobodni,</p> <p>b) wszystkie skontrolowane świadczenia były prawidłowo zakwalifikowane, sprawozdawane i rozliczone</p> <p>c) z Wydziału Gospodarki Lekiem uzyskano informacje dotyczące wypisanych recept dla pacjentów kontrolowanego hospicjum stacjonarnego, których dokumentacja była kontrolowana. Analiza dat wypisania recept oraz okresów pobytów tych pacjentów w hospicjum stacjonarnym nie potwierdziła wypisania recepty pacjentowi podczas jego pobytu</p> | |
|--|--|--|--|--|---|--|

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|---------------------------|--|
| | | | | | w hospicjum stacjonarnym. | |
|--|--|--|--|--|---------------------------|--|