

Podkarpacki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia - sprawozdanie z kontroli przeprowadzonych w I kw. 2018r. - Załącznik do Zarządzenia Prezesa NFZ nr 129/2017/DK z dnia 21 grudnia 2017r.

| 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 |
|---|--------------------------------|---------------------------------|--|---|---|---|
| Podkarpacki Oddział Wojewódzki NFZ w Rzeszowie | 09.7320.126.2017.WK0-RK | 26.09.2017-30.11.2017 | NTM Szpital Specjalistyczny im. Św. Rodziny Sp z o.o. Rudna Mała 600, 36-060 Głogów Małopolski | Temat kontroli: Sprawdzenie zgodności realizacji świadczeń z warunkami umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nr 903111403201601 w rodzaju leczenie szpitalne: prawidłowość rozliczania świadczeń w oddziale neurologicznym Okres objęty kontrolą: 01.01.2016-31.12.2016 | Nieprawidłowa kwalifikacja i rozliczenie świadczeń w grupie H87D Choroby zapalne stawów i tkanki łącznej > 3 dni w oddziale neurologicznym. Przyczyną błędnego rozliczenia świadczeń były nieprawidłowości w kodowaniu i sprawozdawaniu rozpoznania głównego. Niesprawozdawanie w raporcie statystycznym rozpoznań współistniejących. Przyjmowanie pacjentów do oddziału neurologicznego bez wymaganego skierowania i równocześnie bez udokumentowanych wskazań do przyjęcia w trybie nagłym. Nieprawidłowości w sprawozdawanych dniach pobytu pacjenta w szpitalu i niezasadne przedłużanie hospitalizacji do rozliczenia. Prowadzenie dokumentacji medycznej indywidualnej niezgodnie z przepisami. | Zalecenia pokontrolne: Rzetelne, zgodne zasadami kodowania Klasyfikacji ICD 10 oraz mające uzasadnienie w dokumentacji medycznej sprawozdawanie rozpoznania zasadniczego oraz rozpoznań współistniejących. Wykazywanie do rozliczenia świadczeń zgodnie z przepisami obowiązującego zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej oraz zarządzenia Prezesa w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne. Udzielanie świadczeń w ramach hospitalizacji na podstawie skierowania oraz zgodnie z art. 60 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Prowadzenie dokumentacji medycznej indywidualnej zgodnie z obowiązującymi przepisami. Rzetelne, zgodne z rzeczywistym czasem pobytu pacjenta w oddziale neurologicznym sprawozdawanie w raporcie statystycznym długości hospitalizacji. Wykonanie korekty sprawozdania finansowego i rzeczowego zgodnie z wykazem zakwestionowanych porad Skutki finansowe: – zwrot nienależnie przekazanych środków: 1 614 431, 52 zł, – kara umowna: 122 135,60 zł. |

| | | | | | | |
|---|-------------------------------------|-----------------------------------|---|---|--|--|
| <p>Podkarpacki Oddział Wojewódzki NFZ Rzeszowie</p> | <p>09.7310.008. 2018.WKO-RK</p> | <p>18.01.2018- 28.02.2018</p> | <p>"DOMEK-MED" Spółka z o.o. Krosno, ul. Krakowska 294/2 w ramach prowadzonej działalności przez: NZOZ DOMEK-MED ul. Krakowska 294/2, 38-400 Krosno</p> | <p>Temat kontroli: Sprawdzenie zgodności realizacji świadczeń z warunkami umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nr 0903086415201701LG i nr 0903086415201801 w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie: świadczenia w hospicjum domowym. Okres objęty kontrolą: 01.07.2017-26.01.2018</p> | <p>Brak zapewnienia badań diagnostycznych pacjentom objętym opieką hospicjum domowego. Uchybienia w prowadzeniu dokumentacji indywidualnej. Uchybienia w sprawozdawaniu rozpoznań dla pacjentów objętych opieką hospicjum domowego oraz zasadność objęcia opieką w kontekście sprawozdawania rozpoznań określonych w wykazie będącym załącznikiem nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej. Braki w informacjach dla pacjentów określonych w ogólnych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Nieprzestrzeganie obowiązujących przepisów w zakresie przyjmowania, przechowywania i przekazywania leków.</p> | <p>Zalecenia pokontrolne: Zapewnienie pacjentom wykonania badań diagnostycznych zleconych przez lekarza zatrudnionego w hospicjum domowym zgodnie z przepisami §6 i §8 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 października w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej. Rzetelne sprawozdawanie rozpoznań oraz obejmowanie opieką hospicjum domowego wyłącznie pacjentów chorujących na nieuleczalne, niepoddające się leczeniu przyczynowemu, postępujące, ograniczające życie choroby wymienione w wykazie będącym załącznikiem nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej. Uzupełnienie informacji wymaganych w § 11 Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Prowadzenie dokumentacji medycznej indywidualnej zgodnie z obowiązującymi przepisami. Przestrzeganie zapisów ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne i ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii. Skutki finansowe: – kara umowna: 2 201,32 zł.</p> |
|---|-------------------------------------|-----------------------------------|---|---|--|--|

| | | | | | | |
|---|-------------------------------------|-----------------------------------|--|---|---|---|
| <p>Podkarpacki Oddział Wojewódzki NFZ Rzeszowie</p> | <p>09.7300.007.201 8.WKO-RK</p> | <p>2018-01-18- 2018-02-28</p> | <p>G.V.M.Carint Sp. z o.o. ul. Płk. Wł. Beliny-Prażmowskiego 60, 31-514 Kraków Podkarpackie Centrum Interwencji Sercowo-Naczyniowychul. 800-lecia 26</p> | <p>Temat kontroli: Realizacja i rozliczanie świadczeń w ramach umowy nr 0903083203201601 z dnia 30.12.2015r. o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie Kardiologia – hospitalizacja E10, E11, E12, E13, E14 oraz w zakresach kardiologia – hospitalizacja i kardiologia – planowa, w ramach, których zostały rozliczone wybrane grupy: E20, E23, E24, E25, E26, E27. Okres objęty kontrolą: 01.01.2016 r.- 31.12.2016 r.</p> | <p>Na podstawie ustaleń opisanych w protokole kontroli, Podkarpacki Oddział Wojewódzki NFZ w Rzeszowie, skontrolowaną działalność w zakresie Kardiologia – hospitalizacja E10, E11, E12, E13, E14 oraz w zakresach kardiologia – hospitalizacja i kardiologia – planowa, w ramach, których zostały rozliczone wybrane grupy: E20, E23, E24, E25, E26, E27 ze względu na kryterium rzetelności ocenia pozytywnie z uchybieniami. Organizacja pracy, w tym całodobowa opieka lekarska zgodnie z przedstawionymi dokumentami tj.: Regulaminem organizacyjnym, grafikami pracy, harmonogramem–zasoby oraz wpisami w dokumentacji medycznej pacjentów, potwierdza spełnienie warunków do realizacji świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie kardiologii, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego. Do kontroli wybrano dokumentację medyczną 47 pacjentów hospitalizowanych w 2016 roku wielokrotnie: 4x – 2, 3x – 3, 2x – 42. Łączna ilość historii chorób poddanych kontroli wyniosła 101. Stwierdzone nieprawidłowości dotyczą czterech sprawozdanych historii chorób: 1. sprawozdanie grupy E12 OZW, mimo istotnego wydłużenia ponad 72 godziny czasu, jaki upłynął od momentu przyjęcia do szpitala do momentu wykonania zabiegu, 2. sprawozdanie grupy E12 OZW z powodu omyłkowego wyboru rozpoznania I20.0 zamiast I25.0, 3. sprawozdanie grupy E10 diagnostyka inwazyjna, w sytuacji dolegliwości o charakterze przewlekłym oraz braku świeżych zmian niedokrwiennych.</p> | <p>Zalecenia pokontrolne: 1. Prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami: Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U.2015.2069), określa sposób oraz osoby odpowiedzialne za prowadzenie dokumentacji medycznej oraz osoby nadzorujące prawidłowość jej prowadzenia. 2. Przestrzeganie obowiązku wystawiania przez lekarza leczącego, skierowania do szpitala w przypadku kierowania pacjenta do dalszego leczenia, jak również przyjmowania pacjenta do szpitala na podstawie skierowania na leczenie. Skutki finansowe: – zwrot nienależnie przekazanych środków finansowych: 40 248,00 zł</p> |
|---|-------------------------------------|-----------------------------------|--|---|---|---|

| | | | | | | |
|---|-------------------------------------|-----------------------------------|---|--|--|--|
| <p>Podkarpacki Oddział Wojewódzki NFZ Rzeszowie</p> | <p>09.7310.011.201 8.WKO-RK</p> | <p>17.10.2017- 14.11.2017</p> | <p>Indywidualna Praktyka Położna Środowiskowo- Rodzinna Barbara Ciepińska 39-200 Dębica, ul. Cicha 14</p> | <p>Temat kontroli: Realizacja umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie świadczeń położnej poz. Okres objęty kontrolą: 01.10.2017 r.- 31.12.2017r.</p> | <p>Biorąc pod uwagę kryterium rzetelności, legalności i celowości, POW NFZ skontrolowaną działalność ocenia pozytywnie. 1. W obszarze formalno-prawnym - struktura organizacyjna jest zgodna ze stanem faktycznym. Polisa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej położnej jest aktualna. Podmiot jest pod nadzorem Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Dębicy. 2. W obszarze przekazywania do wiadomości świadczeniobiorców informacji, wymaganych Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej -Położna wywiązała się z obowiązku podania do wiadomości świadczeniobiorców wszystkich informacji określonych w § 11 OWU. 3. Warunki lokalowe i wyposażenie w sprzęt, aparaturę medyczną i produkty lecznicze - stan wyposażenia gabinetu oraz nesesera położnej poz. dostosowany do przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 grudnia 2015 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. 2016, poz.86 z późn. zmianami). Potwierdzono dokonywanie bieżącej kontroli dat ważności przechowywanych farmaceutyków. 4. W obszarze zgodności personelu udzielającego świadczeń-kwalifikacje położnej Barbary Ciepińskiej spełniają wymagania określone w art. 5 pkt 28 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2016 r. poz. 1793). Analiza danych zawartych w systemie elektronicznym NFZ oraz danych załącznika nr 1 do umowy „Harmonogram-zasoby” potwierdziły zgodność ze stanem faktycznym. Harmonogram pracy potwierdza dostępność do świadczeń położnej poz. 5. Sposób prowadzenia dokumentacji medycznej oraz sprawozdawczość świadczeń - dokumentacja dostosowana do przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania. Potwierdzono realizację 496 świadczeń rozliczonych ceną jednostkową jednostki rozliczeniowej dla świadczeń wydzielonych z finansowania na podstawie stawki kapitałowej, na 496 sprawozdane (100%).</p> | <p>Podkarpacki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia skontrolowaną działalność ocenia pozytywnie i nie przedstawia zaleceń pokontrolnych.</p> |
|---|-------------------------------------|-----------------------------------|---|--|--|--|

| | | | | | | |
|---|-------------------------------------|--|--|--|---|--|
| <p>Podkarpacki Oddział Wojewódzki NFZ Rzeszowie</p> | <p>09.7310.004.201 8.WKO-RK</p> | <p>11.01.2018r. – 07.02.2018r.</p> | <p>Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej SiM -Kinga Strzelczyk ul. Ignacego Solarza 8/12, 35-118 Rzeszów</p> | <p>Kontrola realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza i zakresie fizjoterapia domowa</p> | <p>POW NFZ w Rzeszowie skontrolowaną działalność w zakresie objętym kontrolą ocenił pozytywnie. Świadczeniodawca podał do wiadomości świadczeniobiorców informacje wymagane zapisami § 11 „Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej” stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. Pozytywnie ze względu na kryterium legalności, rzetelności i celowości POW NFZ ocenił warunki lokalowe oraz wyposażenie w sprzęt, określony w załączniku nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej. Kontrola potwierdziła, że personel posiada wymagane kwalifikacje a zawarte pomiędzy pracownikami a świadczeniodawcą umowy potwierdzają dostępność personelu dla określonego w umowie harmonogramu. Pozytywnie ze względu na kryterium legalności i rzetelności POW NFZ ocenił działania świadczeniodawcy w obszarze dokumentacji medycznej. W odniesieniu do sposobu prowadzenia list oczekujących na udzielenie świadczenia zespół kontrolny ustalił, że w kontrolowanym okresie świadczeniodawca zachował chronologię realizacji świadczeń względem kolejności zgłoszeń.</p> | <p>Ze względu na pozytywną ocenę skontrolowanej działalności Podkarpacki Oddział Wojewódzki NFZ w Rzeszowie zaleceń pokontrolnych nie przedstawił. Skutków finansowych brak.</p> |
|---|-------------------------------------|--|--|--|---|--|

| | | | | | | |
|---|-------------------------------------|-----------------------------------|---|--|--|--|
| <p>Podkarpacki Oddział Wojewódzki NFZ Rzeszowie</p> | <p>09.7320.154.201 7.WKO-RK</p> | <p>27.11.2017- 16.02.2018</p> | <p>Podkarpackie Centrum Logopedyczne GDALA 34-045 Rzeszów, ul. Hetmańska 21</p> | <p>Temat kontroli: Sprawdzenie zgodności realizacji świadczeń z warunkami umowy na rok 2016 nr 0903065902201601 oraz na rok 2017 nr 0903065902201701, świadczenia w zakresie logopedii. Okres objęty kontrolą: 01.01.2016-27.11.2017</p> | <p>Braki w informacjach wymaganych do uwidocznienia z zewnątrz budynku w którym udzielane są świadczenia oraz braki w informacjach wewnątrz budynku. Świadczeniodawca nie przedstawił 2 umów o pracę dla osób udzielających świadczeń, ponadto wszystkie umowy pomiędzy PCL Gaduła, a osobami udzielającymi świadczeń w ramach POW NFZ nie zawierają wymiaru zatrudnienia logopedy i harmonogramu pracy na podstawie, którego świadczeniodawca sporządził harmonogram podany w załączniku nr 2 do kontrolowanych umów. Brak umów z podwykonawcami (dwoma logopedami). Podwykonawcy nie zostali zgłoszeni załącznikiem nr 3 do umowy, natomiast osoby te zostały zgłoszone do POW NFZ jako pracownicy realizujący umowę załącznikiem nr 2 harmonogram-zasoby. Świadczenia udzielane niezgodnie z harmonogramem podanym w załączniku nr 2 do umowy, w poradniach logopedycznych w Rzeszowie, Strzyżowie, Dębicy i Ustrzykach Dolnych. Nieprawidłowości w sposobie prowadzenia rejestracji. Rejestracja dostępna osobiście i telefonicznie w godzinach pracy poradni - jest utrudniony dostęp do rejestracji. Ponadto nieprzestrzeganie są przy rejestrowaniu pacjentów godziny pracy poradni określone załącznikiem nr 2 do umowy. Lista oczekujących na przyjęcie do poradni logopedycznych nie jest prowadzona. Nieprawidłowości w prowadzeniu dokumentacji medycznej zbiorczej (książki przyjęć). Świadczenia realizowano także bez skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Nieprawidłowości w prowadzeniu dokumentacji indywidualnej pacjentów: nieprawidłowe oznaczenie kart choroby danymi Świadczeniodawcy; prowadzenie dokumentacji mało czytelnym charakterem pisma; brak dołączonych oświadczeń pacjenta/opiekuna; przy udzielaniu świadczenia po raz pierwszy w poradni wpisy nie zawierają informacji dotyczących ogólnego stanu zdrowia i istotnych problemów zdrowotnych, wywiadu rodzinnego; ponadto dokumentacja zawiera wpisy porad niezawierające opisu udzielonych świadczeń i wykonanych czynności lub wpisy bez opisu wykazanych procedur terapeutycznych lub ograniczone do wpisu nazwy czynności lub kodu procedury terapeutycznej; wpisy dokonane błędnie - usuwano przy pomocy korektora i zastępowano nowymi wpisami bez adnotacji i podpisu osoby dokonującej korekty; dokumentacja nie zawiera wpisu porad, a świadczenia zostały wykazane do rozliczenia, ponadto dokumentacja pacjentów w poradniach w Ustrzykach Dolnych, Lesku, Rzeszowie i Dębicy zawiera wpisy porad, których nie potwierdzają świadczeniobiorcy w oświadczeniach (ankietach); sporadycznie brak autoryzacji wpisu porady. Nieprawidłowości w przechowywaniu dokumentacji bieżącej oraz przechowywanie dokumentacji poza zakładem opieki zdrowotnej. Nieprawidłowości wynikające ze</p> | <p>Zalecenia pokontrolne: Umieścić na zewnątrz budynków, w których udzielane są świadczenia zdrowotne, wszystkie wymagane informacje zgodnie z § 11 ust. 1, ust.7) i 8 oraz ust. 5 OWU. Uzupelnąć informacje podane do wiadomości świadczeniobiorców wewnątrz budynków, tak aby wyeliminowane zostały wszystkie braki, a informacje podane do wiadomości odpowiadały przepisom § 11 ust. 1, 4 pkt 3,4,5,6,10,11 OWU. Przedstawienie do POW NFZ prawidłowo sporządzonych umów z personelem udzielającym świadczeń w poszczególnych komórkach organizacyjnych zakładu zawierających wymiar zatrudnienia i harmonogram pracy podany załącznikiem nr 2 do umowy harmonogram zasoby. Przestrzeganie harmonogramu pracy personelu podanego załącznikiem nr 2 do obowiązującej umowy. Dopracować zasady rejestracji do wymogów wynikających z zawartej z POW NFZ umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Założenie i prowadzenie listy pacjentów oczekujących na udzielenie świadczenia w sposób zapewniający sprawiedliwy i równy dostęp ubezpieczonych do świadczeń zdrowotnych. Założenie i prowadzenie zbiorczej dokumentacji medycznej w formie książki przyjęć zgodnie z przepisami. Przestrzegać zasady, iż ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne finansowane ze środków publicznych są udzielane na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Doprowadzić prowadzoną indywidualną dokumentację medyczną (historie zdrowia i choroby) do stanu wymaganego przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia. Zobowiązuje się Świadczeniodawcę szczególnie do przestrzegania § 4 ust 1 i 3, § 8, §10 ust 1 i 3, § 41 ust 3 i 4 rozporządzenia o dokumentacji medycznej. Przestrzeganie obowiązujących przepisów w zakresie przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej. Właściciele podmiotu kontrolowanego zobowiązani są do przeszkolenia personelu w zakresie obowiązujących przepisów dotyczących prowadzenia dokumentacji medycznej. We wszystkich komórkach organizacyjnych doprowadzić do informatyzacji by sprawozdanie zrealizowanych świadczeń do POW NFZ odbywało się z wykorzystaniem dedykowanych serwisów internetowych lub usług informatycznych zgodnie z przepisami. Przestrzeganie przepisów dotyczących kwalifikowania i wykazywania świadczeń, zgodnie z warunkami umowy zawartej z NFZ oraz zapisami obowiązującego na dany okres rozliczeniowy zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.. Wykazywanie do sprawozdania z POW NFZ wyłącznie procedury i świadczenia udzielone faktycznie świadczeniobiorcom oraz spełniające kryteria określone w obowiązującym zarządzeniu Prezesa NFZ i udzielone zgodnie z warunkami umowy. Wykonanie korekty sprawozdania: finansowego i rzeczowego z zamkniętych sprawozdań zgodnie z wykazem zakwestionowanych porad. Skutki finansowe: - zwrot nienależnie przekazanych środków 89 334,32 zł - kara umowna: 15 676,19 zł.</p> |
|---|-------------------------------------|-----------------------------------|---|--|--|--|

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|
| | | | | <p>sprawozdaniem zrealizowanych świadczeń do POW NFZ wynikające z przesyłania i sprawdzania danych z wykorzystaniem dedykowanych serwisów internetowych lub usług informatycznych. Nieprawidłowości związane z kwalifikacją i wykazywaniem świadczeń do rozliczenia: w raporcie statystycznym wykazano procedury nie znajdujące potwierdzenia wykonania w ramach świadczenia; wykazano do sprawozdania świadczenia udzielone bez wymaganego skierowania, po przerwie bez zachowania ciągłości leczenia, lub udzielone po zakończeniu terapii; wykazano w raporcie statystycznym świadczenia nie znajdujące potwierdzenia w dokumentacji medycznej indywidualnej - brak wpisu porady lub brak wpisu z datą wykazaną w sprawozdaniu, co skutkowało brakiem potwierdzenia realizacji wykazanego do sprawozdania świadczenia. W 2016 roku do sprawozdania wykazano 197 świadczeń bez wpisu w dokumentacji medycznej indywidualnej, a w 2017 roku wykazano takich świadczeń 99. Wykazano w raporcie statystycznym świadczenia znajdujące potwierdzenie w dokumentacji medycznej indywidualnej, a świadczenia nie zostały potwierdzone przez Świadczeniobiorców w ankiecie (łącznie z tego powodu zakwestionowano świadczenia na kwotę 49 113,54 zł); wykazano w raporcie statystycznym świadczenia W31 – porada udzielona w miejscu pobytu świadczeniobiorcy, a w dokumentacji nie ma informacji o udzieleniu świadczenia w warunkach domowych; stwierdzono nieprawidłowości w realizacji umowy dotyczące czasu trwania terapii, Podstawą wykazywania terapii logopedycznej jako świadczenia „Z75 - Seans ćwiczeń trwający co najmniej 30 minut,” jest kryterium czasu, dlatego na podstawie sprawozdania oraz harmonogramu podanego w załączniku nr 2 do umowy, określono średni czas trwania terapii. Za okres I-XII 2016 r. do sprawozdania wykazano 302 świadczenia udzielonych ponad limit wynikający z harmonogramu pracy określonego w załączniku nr 2 do umowy, zaś w okresie I-X 2017 r. udzielono odpowiednio 463 świadczenia zdrowotne.</p> | |
|--|--|--|--|---|--|

| | | | | | | | |
|--|---|-------------------------|---|--|---|---|---|
| Podkarpacki Oddział Wojewódzki NFZ Rzeszowie | w | 09.7320.002.2018.WKO-RK | 07.01.2018-16.02.2018 | Kliniczny Szpital Wojewódzki Nr 1 im. Fryderyka Chopina w Rzeszowie, ul. Fryderyka Szopena 2, 35-055 Rzeszów | Kontrola realizacji umowy nr 090100440320170801 z dnia 29.09.2017 r. oraz nr 090100440320180801 z dnia 29.12.2017 r. w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie nocna i świąteczna opieka zdrowotna udzielana w warunkach ambulatoryjnych i w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy na obszarze zabezpieczenia powyżej 50 tyś. świadczeniobiorców w zakresie uzupełnionym. | 1) pozytywnie z nieprawidłowościami ze względu na kryterium legalności, celowości i rzetelności oceniono dostępność do świadczeń zdrowotnych w okresie kontrolowanym; 2) pozytywnie z nieprawidłowościami ze względu na kryterium legalności, celowości i rzetelności oceniono realizację umów nr 090100440320170801 i nr 090100440320180801 pod względem zasad i sposobu udzielania świadczeń zdrowotnych w KSW Nr 1 w okresie kontrolowanym, w tym spełnienia wymogów określonych w regulacjach prawnych obowiązujących w okresie kontrolowanym; | 1) bieżące zapoznawanie się z obowiązującymi aktami prawnymi, regulacjami prawnymi oraz umową; 2) Właściwa organizacja pracy pozwalająca na należyte przestrzeganie obowiązujących przepisów w zakresie organizacji i zasad udzielania świadczeń w ramach umowy zawartej z POW NFZ, w tym aktualizowanie na bieżąco danych o swoim potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy, przez który rozumie się zasoby będące w wykonywaniu świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności osoby udzielające tych świadczeń i sprzęt zgodnie z § 2 umowy nr 090100440320180801 z dnia 29.12.2017r. 3) nałożenie kary za wykonanie umowy nr 090100440320180801 z dnia 29.12.2017 r. niezgodnie z jej postanowieniami w wysokości 2 855,89 zł. |
| Podkarpacki Oddział Wojewódzki NFZ Rzeszowie | w | 09.7310.153.2017.WKO-RK | Data rozpoczęcia kontroli: 23-11-2017 r. Data zakończenia kontroli: 30-01-2018 r. | Sklep Medyczo-Stomatologiczny Szypuła Maria, ul. Obrońców Pokoju 15, 36-100 Kolbuszowa | Realizacja umowy i rozliczanie wybranych wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie. Okres objęty kontrolą od 01-01-2017r. do 31-10-2017r. | Sklep czynny w deklarowanych godzinach. Kwalifikacje personelu w kontrolowanej placówce są zgodne z kwalifikacjami podanymi w załączniku nr 2 do umowy - Harmonogram-zasoby na 2017rok. Na zewnątrz i wewnątrz budynku, w miejscu udzielania świadczeń do wiadomości pacjentów podano wymagane informacje zgodnie z ogólnymi warunkami umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. (Dz.U. 2016 poz. 1146). Brak na stanie magazynowym w dacie wydania Świadczeniobiorcy 2 szt. wózków inwalidzkich ręcznych, których kwota refundacji wyniosła 1200 zł. co stanowi 0,4% kwoty refundacji dokonanej przez NFZ za kontrolowane wyroby. | <ul style="list-style-type: none"> realizować rzetelnie umowę z POW NFZ, przestrzegać prawidłowości wydawania świadczeniobiorcom wyrobów medycznych zgodnie ze stanami magazynowymi i fakturami zakupu, skutki finansowe kara umowna w wysokości 1200 zł |

| | | | | | | |
|---|-------------------------------------|------------------------------------|--|---|--|--|
| <p>Podkarpacki Oddział Wojewódzki NFZ Rzeszowie</p> | <p>09.7310.133.201 7.WKO-RK</p> | <p>12.10.2017r- 13.02.2018</p> | <p>Centrum Stomatologii Rodzinnej w Jaśle, ul. Szajnochy 43F, 38-200 Jasło</p> | <p>Analiza dokumentacji medycznej wybranych pacjentów wykazanych w załączniku nr 1 i 2 sprawozdanych w latach 2016 – 2017 w ramach realizacji umów zawartych z Podkarpackim Oddziałem Wojewódzkim NFZ nr 0903106407201601 z dnia 30.12.2015r., nr 0903106407201701 z dnia 30.12.2016r., nr 0903106407201701WG z dnia 31.08.2017r. o udzielanie świadczeń w rodzaju: leczenie stomatologiczne, w zakresie: świadczenia ogólnostomatologiczne i świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia oraz dostępność do świadczeń w 2017r. na podstawie planu kontroli POW NFZ na 2017r. Okres objęty kontrolą - 01.01.2016r. – 30.09.2017r</p> | <p>POW NFZ ocenia negatywnie pod względem legalności, rzetelności i celowości działalność Centrum Stomatologii Rodzinnej w Jaśle, 38-200 Jasło, ul. Szajnochy 43F, (dwa miejsca wykonywania świadczeń 38-200 Jasło, ul. Szajnochy 43F oraz 38-200 Jasło, ul. Szkolna 23). Powyższą ocenę ogólną uzasadniają przedstawione niżej oceny cząstkowe. 5.Naruszenia zapisów zawartej z NFZ umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - leczenie stomatologiczne stanowiącej załącznik nr 2 do zarządzenia. Nieprawidłowości w organizacji i zasadach udzielania świadczeń zdrowotnych. 6. Stwierdzono wspólną dokumentację medyczną dla pacjentów rozliczanych w dwóch różnych zakresach świadczeń tj. 07.0000.218.02 i 07.0000.221.02 mimo dwóch różnych miejsc udzielania świadczeń (dwa różne adresy). 7. Pozytywna z uchybieniami ocena cząstkowa ze względu na kryterium rzetelności, legalności i celowości w związku z: §11 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. 1. Kwalifikacja pacjentów do gwarantowanych świadczeń stomatologicznych niezgodna z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 06 listopada 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego oraz niezgodna z katalogiem zakresów świadczeń stanowiących załącznik nr 1 do Zarządzenia nr 55/2010/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 14 września 2010r. oraz Zarządzenia nr 57/2016/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 czerwca 2016r. 2. Negatywnie z uwagi na kryteria legalności i rzetelności należy ocenić prowadzenie dokumentacji medycznej indywidualnej. 3.Niespełnienia wymogów § 9 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015r. w sprawie „Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej” (Dz. U. z 2015r., poz. 1400). 4.Negatywnie pod względem legalności i rzetelności należy ocenić zgodność wpisów w kontrolowanej dokumentacji medycznej z danymi statystyczno-medycznymi przekazywanymi w sprawozdaniach do POW NFZ w Rzeszowie</p> | <p>1.Wykonanie korekty:• sprawozdania finansowego •sprawozdania rzeczowego. 2.Przestrzeganie zapisów obowiązującego Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U.2015, poz. 2069) § 41 ust.4 3.Przestrzeganie zapisów obowiązującego Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. 2015 poz.2069)§104.Prawidłowe kwalifikowanie pacjentów do procedur stomatologicznych na podstawie przeprowadzonej merytorycznie diagnostyki i badania potwierdzającego prawidłową kwalifikację do gwarantowanego świadczenia opieki zdrowotnej, a w szczególności prawidłowe kwalifikowanie pacjentów do procedury 23.1101 oraz 23.1502 zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Procedur Medycznych ICD9 .5.Realizacja umowy zgodnie z warunkami udzielania świadczeń określonymi w ustawie, w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego , Ogólnymi warunkami umów, zarządzeniach Prezesa oraz szczegółowymi warunkami umów określonymi przez Prezesa Funduszu.</p> |
|---|-------------------------------------|------------------------------------|--|---|--|--|

| | | | | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------------|--|--|---|---|
| Podkarpacki Oddział Wojewódzki NFZ Rzeszowie | 09.7320.015.201 8.WKO-RK | 06.02.2018r. - 16.02.2018r. | Gminny Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej im. Prof. Klementa Skóry w Borowej, 39-305 Borowa 333 A | Sprawdzenie realizacji umów nr 0902004202201301, nr 0902004202201801 o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie ginekologii i położnictwa. | <p>1. Należy negatywnie ocenić ze względu na kryteria legalności, rzetelności i celowości brak 30 ambulatoryjnych historii chorób oraz brak wpisów 191 porad sprawozdanych do POW NFZ celem rozliczenia – tj. de facto sprawozdanie świadczeń nie znajdujących potwierdzenia ich wykonania w dokumentacji medycznej. Brak udokumentowania świadczeń oraz fakt nie przedstawienia kontrolującym indywidualnej dokumentacji medycznej pacjentów stanowi naruszenie §3 i §5 ust.1,3 „Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej” stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. 08.81.484), art. 23, art. 24 ust. 1,2, art.26 ust.1, 2, 3 pkt 1,2, art. 29 ust.1,2 Ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2012.159. j.t. z późn. zm.), art. 32 ust. 1,2,3, art.33 ust.1, art.41 ust.1 Ustawy z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. 2011.277.1634 j.t. z późn. zm.), §40, §41 ust.1, §42, §72, §73, §78, §79 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. 2014.177 j.t. z późn. zm.), §10 ust.6, §12, §15 ust.1 Zarządzenia Nr 71/2012/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 7 listopada 2012r. w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.</p> <p>2. Należy negatywnie ocenić ze względu na kryteria legalności, rzetelności i celowości sposób prowadzenia dokumentacji medycznej indywidualnej po przeanalizowaniu której stwierdzono brak numeracji stron historii choroby, brak oznaczenia każdej strony historii choroby co najmniej imieniem i nazwiskiem pacjenta, wpisy niechronologiczne, brak autoryzacji dokonanych skreśleń i poprawek, korektowanie (zamazywanie korektorem) pierwotnych wpisów i nanoszenie w to samo miejsce innego wpisu, nie zakładanie ambulatoryjnych historii chorób, a jedynie pojedyncze kartki z wpisami porad, brak oznaczenia dokumentacji obrazowej imieniem i nazwiskiem pacjenta (wydruk badania USG), brak zgody pacjenta na leczenie, brak oświadczeń pacjentów dotyczących upoważnienia osoby bliskiej do uzyskiwania informacji o ich stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, do uzyskiwania dokumentacji medycznej, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej oraz danych umożliwiających kontakt z tą osobą albo oświadczeń o braku takiego upoważnienia; brak wpisu ilości przepisanych leków odpowiednio do ilości zapisanej na receptce wydanej pacjentowi. Powyższe nieprawidłowości stanowią naruszenie §3 i §5 ust.1,3 „Ogólnych warunków umów o udzielanie</p> | <p>1. Należy sprawozdawać do POW NFZ celem rozliczenia wyłącznie świadczenia udokumentowane w historiach chorób przestrzegając zapisów §3 i §5 ust.1,3 „Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej” stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. 08.81.484), art. 23, art. 24 ust. 1,2, art.26 ust.1, 2, 3 pkt 1,2, art. 29 ust.1,2 Ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2012.159. j.t. z późn. zm.), art. 32 ust. 1,2,3, art.33 ust.1, art.41 ust.1 Ustawy z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. 2011.277.1634 j.t. z późn. zm.), §40, §41 ust.1, §42, §72, §73, §78, §79 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. 2014.177 j.t. z późn. zm.), §10 ust.6, §12, §15 ust.1 Zarządzenia Nr 71/2012/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 7 listopada 2012r. w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna. Termin wykonania zalecenia-natychmiast po otrzymaniu zaleceń pokontrolnych.</p> <p>2. Należy prowadzić dokumentację medyczną indywidualną prawidłowo zgodnie z §3 i §5 ust.1,3 „Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej” stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. 08.81.484), art. 16, art. 17 ust. 1, art. 26 ust.1 Ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2012.159. j.t. z późn. zm.), art.41 ust.1 Ustawy z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. 2011.277.1634 j.t. z późn. zm.), §4, §5, §6 ust.1, §8, §10 ust.1 pkt 3,4,5, ust.2, §40, §41 ust.1, §42 ust.1, pkt 1,2, ust.3,4 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. 2014.177 j.t. z późn. zm.), §10 ust.6 Zarządzenia Nr 71/2012/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 7 listopada 2012r. w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna. Termin wykonania zalecenia-natychmiast po otrzymaniu zaleceń pokontrolnych.</p> <p>3. Należy prowadzić dokumentację medyczną zbiorczą prawidłowo zgodnie z §4 ust. 1,2,3, §10 ust.1 pkt §44 pkt 3, 5, 7 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. 2014.177 j.t. z późn. zm.) i Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. 2015.2069). Termin wykonania zalecenia-natychmiast po otrzymaniu zaleceń pokontrolnych.</p> <p>4. Należy umieścić kompletne obowiązkowych informacje dla świadczeniobiorców na zewnątrz i wewnątrz budynku w którym udzielane są świadczenia zgodnie z §11 ust.1, ust.3, ust.4 pkt 1,3,4,5,6, 7,8,9,10,11 i ust.5 „Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej” stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra</p> |
|--|-----------------------------|-----------------------------------|--|--|---|---|

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|---|
| | | | | <p>świadczeń opieki zdrowotnej” stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. 08.81.484), art. 16, art. 17 ust. 1, art. 26 ust.1 Ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2012.159. j.t. z późn. zm.), art.41 ust.1 Ustawy z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. 2011.277.1634 j.t. z późn. zm.), §4, §5, §6 ust.1, §8, §10 ust.1 pkt 3,4,5, ust.2, §40, §41 ust.1, §42 ust.1, pkt 1,2, ust.3,4 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. 2014.177 j.t. z późn. zm.), §10 ust.6 Zarządzenia Nr 71/2012/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 7 listopada 2012r. w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna. 3.Należy negatywnie ocenić ze względu na kryteria legalności, rzetelności i celowości sposób prowadzenia dokumentacji medycznej zbiorczej ponieważ stwierdzono nieprawidłowości polegające na braku wpisu godziny zgłoszenia się pacjenta; wpisy niechronologiczne; skreślenia, poprawki bez autoryzacji osoby dokonującej skreśleń i poprawek; brak oznaczenia lekarza udzielającego świadczenia zdrowotnego; brak imienia i nazwiska oraz podpisu osoby dokonującej wpisu. Stanowi to naruszenie §4 ust. 1,2,3, §10 ust.1 pkt §44 pkt 3, 5, 7 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. 2014.177 j.t. z późn. zm.) i Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. 2015.2069). 4.Należy pozytywnie ocenić ze względu na kryteria legalności, rzetelności i celowości kompletne wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną zgodne z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. 2016.357 z późn. zm.). Aparatura medyczna posiada aktualną dokumentację techniczną. 5.Należy pozytywnie ocenić ze względu na kryteria legalności, rzetelności i celowości iż świadczenia są realizowane przez lekarzy posiadających wymagane kwalifikacje i wykazanych w załączniku nr 2 (harmonogram-zasoby) do umowy nr 0902004202201801 zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. 2016.357 z późn. zm.). Umowy potwierdzające zatrudnienie lekarzy nie zawierają harmonogramu udzielania świadczeń oraz są zawarte na okres do 30.06.2016r. W wyjaśnieniach do protokołu kontroli z dnia 16.02.2018r. (po zakończeniu czynności kontrolnych)</p> | <p>Zdrowia z dnia 8 września 2015r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U.2016.1146j.t.). Termin wykonania zalecenia-natychmiast po otrzymaniu zaleceń pokontrolnych. Zakwestionowane środki 10 463,50zł. Kara umowna - 1 217,35 zł</p> |
|--|--|--|--|---|---|

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | <p>Świadczeniodawca przedstawia aneksy do ww. umów zawarte do dnia 30.06.2018r. 6.Należy negatywnie ocenić ze względu na kryteria legalności i rzetelności, iż w trakcie czynności kontrolnych Świadczeniodawca nie przedstawił wszystkich dokumentów potwierdzających zapewnienie dostępności badań i procedur medycznych. Przedstawił umowy na wykonywanie badań laboratoryjnych i mikrobiologicznych, badań RTG, USG, TK, badań EEG, ale nie przedstawił dokumentów potwierdzających zapewnienie dostępności do mammografii, kolposkopii, krioterapii, elektrokoagulacji. W wyjaśnieniach do protokołu kontroli z dnia 16.02.2018r. (po zakończeniu czynności kontrolnych) Świadczeniodawca przedstawia umowy potwierdzające zapewnienie dostępności do mammografii, kolposkopii, krioterapii, elektrokoagulacji.</p> <p>7. Nie można pozytywnie ocenić ze względu na kryteria legalności, celowości i rzetelności brak umieszczenia na zewnątrz i wewnątrz budynku, w którym udzielane są świadczenia, obowiązkowych informacji dla świadczeniobiorców co stanowi naruszenie § 11 „Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej” stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. 2016.1146 j.t.) – opisane na str. 8-9 protokołu kontroli: brak godziny i miejsca udzielania świadczeń w poszczególnych zakresach świadczeń, informacji na temat posiadanych udogodnień dla osób niepełnosprawnych, numerów telefonów alarmowych „112” i „999” obsługiwanych w ramach systemu powiadamiania ratunkowego, godzin i miejsc udzielania świadczeń przez podwykonawców, zasad zapisów na porady i wizyty, z uwzględnieniem świadczeń udzielanych w warunkach domowych, zasad potwierdzania prawa do świadczeń, adresu oraz numerów telefonów najbliższego miejsca, w którym są udzielane świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, informacji o możliwości i sposobie zapisania się na listę oczekujących na udzielenie świadczenia. Powyższe stanowi naruszenie §11 ust.1, ust.3, ust.4 pkt 1,3,4,5,6, 7,8,9,10,11 i ust.5 „Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej” stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. 2016.1146 j.t.).</p> |
|--|--|--|--|--|

| | | | | | | | |
|--|---|-----------------------------|---|--|--|---|--|
| Podkarpacki Oddział Wojewódzki NFZ Rzeszowie | w | 09.7310.120.201 7.WKO-RK | 25.09 do 1.12.2017 r. | Motyka Spółka Jawna, Gwizdaj, ul. Jana Pawła II 18, 37-200 Przeworsk | Kontrola planowa realizacji umowy nr 0903126314201701 z dnia 28.12.2016 r. oraz umowy nr 0903126314201701 LG z dnia 30.06.2017 r. o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia pielęgnacyjnego i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej w zakresie świadczenia w pielęgniarstwie w opiece długoterminowej domowej . Okres objęty kontrolą: 01.01.2017 do 30.09.2017r. | Na podstawie ustaleń opisanych w protokole kontroli POW NFZ stwierdza, iż skontrolowaną działalność Świadczeniodawcy ocenia się pozytywnie z uchybieniami. Powyższą ocenę ogólną uzasadniają przedstawione niżej oceny cząstkowe. 1. Pozytywnie oceniono spełnienie warunków wymaganych w zakresie kwalifikacji personelu. 2. Pozytywnie oceniono spełnienie przez świadczeniodawcę warunków wymaganych w zakresie pomieszczeń oraz wyposażenia nesesera pielęgniarskiego w wymagany sprzęt i produkty lecznicze. 3. Pozytywnie oceniono umieszczenie przez świadczeniodawcę informacji dla pacjentów na zewnątrz i wewnątrz budynków, w których znajdowały się gabinety pielęgniarki (biura). 4. Pozytywnie z uchybieniami oceniono sposób prowadzenia dokumentacji medycznej pacjentów wskazanych do rozliczenia z NFZ. | 1. Prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi regulacjami prawnymi zawartymi w: - zarządzeniu Nr 69/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 6 listopada 2014 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjnego i opiekuńczego w ramach opieki długoterminowej § 13, ust.2 pkt 7, 8, 9. 2. Rozliczanie świadczeń zgodnie z kryterium wynikającym z § 11 ust.3 zarządzenia nr 60/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjnego i opiekuńczego w ramach opieki długoterminowej. |
| Podkarpacki Oddział Wojewódzki NFZ Rzeszowie | w | 09.7300.151.201 7.WKO-RK | od 27.11.2017 r. do 29.12.2017 r. | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Sprawy Wewnętrznych i Administracji w Rzeszowie, 35-111 Rzeszów ul. Krakowska 16 | Kontrola realizacji i rozliczania świadczeń w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenia szpitalnego w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii. | Pozytywnie oceniono: kwalifikacje personelu lekarskiego i organizację udzielania świadczeń, kwalifikacje personelu pielęgniarskiego i organizację udzielania świadczeń, - wyposażenie stanowisk intensywnej terapii, - wyposażenie oddziału w sprzęt i aparaturę medyczną, zapewnienie realizacji badań, prowadzenie dokumentacji medycznej, rozliczanie świadczeń, spełnienie wymogów sanitarnych, - sprawdzenie aktualności przeglądów technicznych sprzętu. | Brak zaleceń pokontrolnych i skutków finansowych. |

| | | | | | | | |
|--|---|-----------------------------|--|--|--|--|---|
| Podkarpacki Oddział Wojewódzki NFZ Rzeszowie | w | 09.7320.003.201 8.WKO-RK | od 06.01.2018 do 08.02.2018 r. | Kliniczny Szpital Wojewódzki nr 2 im. Św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie, 35-301 Rzeszów ul. Lwowska 60 | Realizacja świadczeń w ramach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. | Pozytywnie oceniono: organizację udzielania świadczeń personelu pielęgniarskiego, zawarte umowy z podwykonawcami w zakresie świadczeń udzielanych w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy,- spełnienie wymogów sanitarnych dla pomieszczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, przedstawione przez świadczeniodawcę paszporty techniczne, -spełnienie wymagań lokalowych. Pozytywnie z nieprawidłowościami oceniono: spełnienie wymagań dotyczących wyposażenia z sprzęt i aparaturę medyczną (brak maseczki twarzowej do prowadzenia oddechu zastępczego). Pozytywnie z uchybieniami oceniono prowadzenie dokumentacji medycznej. Uchybienia stwierdzono w prowadzeniu księgi zabiegów. Negatywnie oceniono organizację udzielania świadczeń.- 5 dni w grudniu 2017 r. w obu gabinetach: pediatrycznym i dla dorosłych nie było żadnego lekarza udzielającego świadczeń zdrowotnych- 4 dni w styczniu 2018 r. nie było lekarza w gabinecie dla dorosłych. - 1 dzień w styczniu 2018 r. brak było lekarza w gabinecie dla dzieci | 1. Kontynuowanie przez Świadczeniodawcę działań, ocenionych przez POW NFZ pozytywnie. 2. Prowadzenie księgi zabiegów zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 roku w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2015 r, poz. 2069). 3. Bieżące uzupełnianie zużytych produktów leczniczych wchodzących w skład zestawu przeciwwstrząsowego określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 68 ust. 7 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz.U. z 2016 r. poz. 2142 i 2003 oraz z 2017 r. poz. 1015 i 1200). 4. Wprowadzenie zmian czasu pracy w Portalu Świadczeniodawcy, w przypadku personelu lekarskiego, wykazanego z tygodniowym wymiarem czasu pracy 1 godzina. 5. Zabezpieczenie obsady lekarskiej w obu gabinetach dla dzieci i dla dorosłych, zgodnie z częścią II ust. 1 Wykazu świadczeń gwarantowanych nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej oraz warunków ich realizacji rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2017 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. 6. Doposażenie gabinetu zabiegowego w maseczkę twarzową do prowadzenia oddechu zastępczego. Skutki finansowe – kara umowna: 11 693,16 zł. |
| Podkarpacki Oddział Wojewódzki NFZ Rzeszowie | w | 09.7310.106.201 7.WKO-RK | 08.01.2018- 28.02.2018 | American Heart of Poland Spółka Akcyjna, 43-450 Ustroń; Polsko Amerykańskie Kliniki Serca V Oddział Kardiologii Inwazyjnej i Angiologii w Mielcu | Temat kontroli: Sprawdzenie zgodności realizacji świadczeń z warunkami umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nr 903069003201601 w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie kardiologia hospitalizacja E10, E11; E12; E13 i E14 oraz w zakresie kardiologia hospitalizacja w ramach której zostały rozliczone wybrane grupy: E20; E23; E24; E25; E26, E27. Okres objęty kontrolą: 01.01.2016-31.12.2016 | Sprawozdawczość z zakresu diagnostyki i terapii OZW do Ogólnopolskiego Rejestru Ostrego Zespołu Wieńcowych nie dotyczyła 100% pacjentów, u których stwierdzono ostry zespół wieńcowy. | Zalecenia pokontrolne: Prowadzenie dokumentacji medycznej indywidualnej zgodnie z obowiązującymi przepisami. Skutki finansowe - kara umowna: 4 235, 73 zł. |

| | | | | | | |
|---|------------------------------------|------------------------------|--|---|--|---|
| <p>Podkarpacki Oddział Wojewódzki NFZ Rzeszowie</p> | <p>09.7312.10.2018 .WKO-RK</p> | <p>26.01- 07.02.2018</p> | <p>Apteka Janiga, ul. Rynek 12, 39- 200 Pilzno</p> | <p>Kontrola realizacji umowy nr 0920018713201201 na wydawanie refundowanego leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywnościowego oraz wyrobu medycznego na receptę, zawartej w dniu 30.12.2011r. pomiędzy Podkarpackim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia w Rzeszowie a podmiotem prowadzącym aptekę. 2.Realizacja recept wystawionych przez osoby uprawnione (felczerzy medycyny) na niedozwolone leki z wykazów: A, P1-P3, N1-N2 i ich w okresie 01.03.2013- 15.11.2016r. 3.Realizacja recept na leki narkotyczne lub psychotropowe z innymi lekami w okresie 01.01.2013- 28.11.2016r.</p> | <p>Błędy wynikające z realizacji recept na leki narkotyczne lub psychotropowe z innymi lekami.</p> | <p>Zalecenia pokontrolne: 1. Postępowanie zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa w zakresie realizacji recept. 2. Zwrot nienależnie wypłaconej refundacji wraz z odsetkami 3. Wykonanie korekt zakwestionowanych pozycji</p> |
|---|------------------------------------|------------------------------|--|---|--|---|

| | | | | | | |
|---|-----------------------------------|------------------------------|---|---|--|---|
| <p>Podkarpacki Oddział Wojewódzki NFZ Rzeszowie</p> | <p>09.7312.5.2018. WKO-RK</p> | <p>19.01- 06.02.2018</p> | <p>Apteka Prywatna mgr farm Teresa Kamińska, ul. M.C.Skłodowski ej 4B, 37-300 Leżajsk</p> | <p>Kontrola realizacji umowy nr 0920058813201201 na wydawanie refundowanego leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywnościowego oraz wyrobu medycznego na receptę, zawartej w dniu 31.12.2011r. pomiędzy Podkarpackim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia w Rzeszowie a podmiotem prowadzącym aptekę. 2.Realizacja recept na leki narkotyczne lub psychotropowe z innymi lekami w okresie 01.01.2013- 28.11.2016r. 3.Realizacja recept na leki recepturowe o refundacji powyżej 500pln/1 receptę w okresie 2014-2016r., na podstawie wykonanej analizy danych sprawozdanych z Aptek i Punktów Aptecznych do baz danych systemu informatycznego POW NFZ. – weryfikacja poprawności realizacji i wyceny leków recepturowych.</p> | <p>Błędy wynikające z realizacją recept na leki recepturowe o refundacji powyżej 500pln/1 receptę weryfikacja poprawności realizacji i wyceny leków recepturowych.</p> | <p>Zalecenia pokontrolne: 1. Postępowanie zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa w zakresie realizacji recept. 2. Zwrot nienależnie wypłaconej refundacji wraz z odsetkami 3. Wykonanie korekt zakwestionowanych pozycji</p> |
|---|-----------------------------------|------------------------------|---|---|--|---|

| | | | | | | |
|---|-------------------------------------|------------------------------------|---|--|--|--|
| <p>Podkarpacki Oddział Wojewódzki NFZ Rzeszowie</p> | <p>09.7311.006.201 8.WKO-RK</p> | <p>2018-01-18 - 2018-03-19</p> | <p>Centrum Medyczne w Łańcucie Sp. z o.o., Łańcut, ul. Ignacego Paderewskiego 5</p> | <p>Temat kontroli: Kontrola planowa ordynacji lekarskiej w Centrum Medycznym w Łańcucie Sp. z o.o., Łańcut, ul. Ignacego Paderewskiego 5, w ramach realizacji umów zawartych z Podkarpackim Oddziałem Wojewódzkim NFZ z siedzibą w Rzeszowie nr 0903086801201612, 0903086801201613, 0903086802201601, 0903086802201603, 0903086801201712, 0903086801201713, 0903086802201701, 0903086802201703, o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna w zakresie świadczenia lekarza POZ oraz ambulatoryjna opieka specjalistyczna, w zakresie preskrypcji produktów leczniczych dla pacjentów z uprawnieniami 75+, w okresie od 01.09.2016r. do 31.12.2017r., prawidłowości i zasadności wystawiania recept, sposobu prowadzenia dokumentacji medycznej pod względem zgodności z obowiązującymi przepisami prawa, zgodności danych umieszczonych na receptach z prowadzoną dokumentacją medyczną.</p> | <p>Kontrolerzy ustalili stan faktyczny w postaci: - braku informacji o wizycie receptowej, a w związku z tym brak opisu badania przedmiotowego i/lub podmiotowego; - brak rozpoznania uzasadniającego ordynację produktu leczniczego; - brak wpisu dawkowania zaordynowanego produktu leczniczego; - brak ilości zaordynowanego produktu leczniczego odpowiadająca ilości wypisanej na receptę; - brak wpisu leku w dacie wystawienia recepty; - brak opisu udzielonych świadczeń (brak wizyty) w dacie wystawienia recepty; - brak uprawnień do ordynowania produktów leczniczych z uprawnieniami dodatkowymi „S” przez lekarza udzielającego świadczeń w ramach nocnej i świątecznej opieki medycznej; - brak uprawnień do ordynowania produktów leczniczych z uprawnieniami dodatkowymi „S” przez lekarza udzielającego świadczeń w ramach Poradni Psychiatrycznej;</p> | <p>Zalecenia pokontrolne: 1. Przestrzegać zasad prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z zapisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania(Dz. U.2015.2069) 2. Przestrzegać zapisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r.w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. 3. Przestrzegać zapisów zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna aktualnego na dzień wykonywania świadczenia. 4. Stosować się do pozostałych regulacji prawnych jakie winien przestrzegać Świadczeniodawca. 5. Prawidłowo umieszczać kody zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja dziesiąta zarówno w dokumentacji medycznej, jak i danych sprawozdawanych do POW NFZ.Z71 - Osoby stykające się ze służbą zdrowia w celu uzyskania konsultacji i porad innych niż sklasyfikowane; Z71.0 - Osoby konsultujące się w imieniu innej osoby; Z76 - Osoby stykające się ze służbą zdrowia w innych okolicznościach; Z76.0 - Powtórne recepty; 6. Należy stosować się do zapisów zarządzenia nr 80/2016/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 lipca 2016 r. w sprawie trybu i sposobu postępowania dotyczącego nadawania osobom uprawnionym unikalnych numerów identyfikujących recepty. Skutki finansowe:- kara umowna w wysokości 13 338,40 zł</p> |
|---|-------------------------------------|------------------------------------|---|--|--|--|

| | | | | | | |
|---|-------------------------------------|-----------------------------------|---|---|---|--|
| <p>Podkarpacki Oddział Wojewódzki NFZ</p> | <p>09.7310.104.201 7.WKO-RK</p> | <p>11.08.2017- 15.11.2017</p> | <p>Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Rodzinny Genowefa Bogucka, ul. Grunwaldzka 58, 37-700 Przemyśl</p> | <p>Kontrola planowa w ramach realizacji umów nr 0903076714201701 z dnia 28.12.2016 r. oraz nr 0903076714201701LG z dnia 30.06.2017 r. o udzieleniu świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, w zakresie świadczenia w pielęgnarskiej opiece długoterminowej domowej, w okresie od 01.01.2017 r. do 31.08.2017 r</p> | <p>1. Negatywnie ze względu na kryterium legalności, celowości i rzetelności oceniono dostępność do świadczeń zdrowotnych w okresie kontrolowanym przez NZOZ Rodzinny. 2. Pozytywnie z nieprawidłowościami ze względu na kryterium legalności, celowości i rzetelności oceniono realizację umów pod względem zrealizowanych i wykazanych do rozliczenia świadczeń w pielęgnarskiej opiece długoterminowej domowej przez NZOZ Rodzinny w okresie kontrolowanym. 3. Pozytywnie z nieprawidłowościami ze względu na kryterium legalności, celowości i rzetelności oceniono realizację umów pod względem zasad i sposobu udzielania świadczeń zdrowotnych w NZOZ Rodzinny, w okresie kontrolowanym: - spełnienie wymogów określonych w regulacjach prawnych obowiązujących w okresie kontrolowanym, - sposób prowadzenia dokumentacji medycznej pacjentów wskazanych do rozliczenia pod względem zgodności z obowiązującymi przepisami prawa.</p> | <p>1. Bieżące zapoznawanie się z obowiązującymi aktami prawnymi i obowiązującymi regulacjami prawnymi wraz z obowiązującą umową. 2. Spełnienie wymogów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej. 3. Szczegółne przeanalizowanie danych dotyczących harmonogramów komórek oraz personelu realizującego świadczenia pielęgnarskiej opieki długoterminowej domowej w kwestii spełnienia obowiązujących wymagań określonych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej. 4. Przestrzeganie zapisów Ogólnych Warunków Umów. 5. Prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi regulacjami prawnymi. 6. Spełnienie wymogów Zarządzenia Nr 60/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej. 7. Dokonanie korekty przesłanych sprawozdań zamkniętych za okres kontrolowany w kwocie 1053 zł. 8. Nałożenie kary za wykonanie umów nr 0903076714201701 z dnia 28.12.2016 r. oraz nr 0903076714201701LG z dnia 30.06.2017 r. niezgodnie z ich postanowieniami w łącznej wysokości 8 285,15 zł.</p> |
|---|-------------------------------------|-----------------------------------|---|---|---|--|

| | | | | | | |
|---|---------------------------------|------------------------------|--|--|--|--|
| <p>Podkarpacki Oddział Wojewódzki NFZ</p> | <p>09.7300.0150.2017.WKO-RK</p> | <p>22.11.2017-14.12.2017</p> | <p>Szpital Specjalistyczny w Brzozowie Podkarpacki Ośrodek Onkologiczny im. Ks.B. Markiewicza,</p> | <p>Temat kontroli: Realizacja umowy nr 0901000103201601 o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenia szpitalne w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii (OAIiT), w zakresie prawidłowości realizacji umowy w następujących obszarach: 1) Zasadność kwalifikowania i sprawozdawania świadczeń w zakresie AiIT. 2) Zgodność danych przekazywanych w raportach statystycznych z wpisami w dokumentacji medycznej. 3) Rzetelność prowadzenia dokumentacji medycznej w świetle obowiązujących przepisów. 4) Spełnianie warunków wymaganych do realizacji świadczeń w rodzaju leczenia szpitalne w zakresie AiIT, w zakresie personelu oraz wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną.</p> <p>Okres objęty kontrolą: 01.01.2016 r.-31.12.2016 r.</p> | <p>Skontrolowaną działalność w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii ze względu na kryterium rzetelności POW NFZ ocenia pozytywnie z nieprawidłowościami.</p> <p>1) Stwierdzono niezgodność w zakresie wymaganej ilości łóżek oraz braki w zakresie wyposażenia (brak sprzętu do pomiaru rzutu serca, sprzętu do bezpośredniego monitorowania ciśnienia wewnątrzczaszkowego, aparatu do pomiaru laboratoryjnych parametrów krytycznych).</p> <p>2) Na 21 historii chorób poddanych kontroli, nieprawidłowości wystąpiły łącznie w 7 historiach chorób, co stanowi 3,29% liczby hospitalizowanych na OAIiT w 2016 roku i 33,3% liczby historii poddanych kontroli. Stwierdzone nieprawidłowości: - sprawozdanie świadczeń „Leczenie w OAIiT dla dorosłych - ocena wg skali TISS – 28” z zawyżoną wartością z powodu błędnego wyliczenia, - brak dostatecznego udokumentowania całodobowego wykonania świadczenia „5.53.01.0001472 ciągle leczenie nerkozastępcze”, - błędne sprawozdanie świadczenia „5.53.01.0000035 - implantacja portu naczyniowego” zamiast procedury medycznej „38.95 Cewnikowanie żyły do dializy”, - podwójne rozliczenie świadczeń „5.53.01.0001472 Ciągłe leczenie nerkozastępcze” i „5.53.01.0003033 Leczenie w OAIiT dla dorosłych - ocena wg skali TISS 28 – 33” z powodu podwójnego sprawozdania w tej samej dobie.</p> <p>Dokumentacja indywidualna wewnętrzna – historie choroby, prowadzona jest w sposób niestaranny i mało czytelny. Wpisy uzyskanych punktów w skali na kartach TISS są często mało czytelne i poprawiane bez właściwej autoryzacji poprawek. Dokumentowanie zabiegów ciągłej terapii nerkozastępczej i czynności z nimi związanych, mimo wprowadzenia druków wg. własnego wzoru, jest niedbałe, niedokładne i mało czytelne.</p> <p>W różnych historiach chorób, druki stosowane są w sposób dowolny, a informacje w nich rejestrowane bywają niespójne. Wpisy nie są prowadzone w każdym dniu zabiegu CRRT, a częstotliwość wpisów jest niezgodna z określoną w przyjętym do stosowania szablonie.</p> <p>Poszczególne strony archiwizowanej „papierowej” historii choroby nie są zabezpieczone przed zdekompletowaniem przez numerowanie kolejnych stron.</p> | <p>Zalecenia pokontrolne:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dostosowanie Oddziału w zakresie ilości łóżek i wyposażenia, do wymogów określonych Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii (Dz.U.2016.2218). 2. Dostosowanie prowadzonej dokumentacji medycznej do wymogów Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U.2015.2069). 3. Dokonanie korekty sprawozdania finansowego i rzeczowego za okres od 01.01.2016 r. do 31.12.2016 r. zgodnie z informacjami zawartymi w zbiorczym zestawieniu w załączniku nr 1 do niniejszego wystąpienia, a następnie sprawozdanie produktów zgodnie z wykonanymi świadczeniami. <p>Skutki finansowe:– zwrot nienależnie przekazanych środków: 30 242,50 zł.– kara umowna: 6 396,35 zł.</p> |
|---|---------------------------------|------------------------------|--|--|--|--|

| | | | | | | |
|---|--------------------------------------|--|---|---|--|--|
| <p>Podkarpacki Oddział Wojewódzki NFZ</p> | <p>09.7310.0147.20 17.WKO-RK</p> | <p>06.11.2017r - 31.12.2017r</p> | <p>Domowa Opieka Medyczna „DO-MED.” Sp. z o.o. ul. Trakt Lubelski 140/14/4, 04-790 Warszawa</p> | <p>Realizacja umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie hospicjum domowe - Zakres przedmiotowy kontroli: - zgodność udzielanych świadczeń zdrowotnych z warunkami wymaganymi do realizacji umowy w zakresie hospicjum domowe określonymi w: 1) rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, 2) zarządzeniu nr 54/2016/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 28 czerwca 2016r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna; - prawidłowość i rzetelność prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami, określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 8 grudnia 2015 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U.2015.2069), - przestrzeganie przepisów dotyczących kierowania i</p> | <p>Na podstawie ustaleń opisanych w protokole kontroli Podkarpacki Oddział Wojewódzki NFZ w Rzeszowie skontrolowaną działalność ocenia pozytywnie z nieprawidłowościami. Powyższą ocenę ogólną uzasadniają przedstawione niżej oceny cząstkowe: 1. Pozytywnie z nieprawidłowościami ze względu na kryterium legalności i rzetelności ocenia się realizację świadczeń w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna pod względem spełnienia wymogów dotyczących wyposażenia hospicjum domowego w sprzęt medyczny i pomocniczy, zgodnie z zapisami w załączniku nr 2 część II ust. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz.U.13.1347zpóźn.zm.). Stwierdzone nieprawidłowości: na podstawie oględzin dokonanych w komórkach organizacyjnych hospicjum domowego w Lesku i w Sanoku oraz przedłożonego do kontroli wykazu sprzętu medycznego i pomocniczego będącego w wyposażeniu ww. kontrolowanych jednostek, nie można potwierdzić ilości wymaganego sprzętu medycznego i pomocniczego, wpisanego do załącznika nr 2 kontrolowanych umów, co opisano w protokole kontroli na str. 6-7 i 11. 2. Pozytywnie ze względu na kryterium legalności i rzetelności ocenia się realizację świadczeń w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna pod względem spełnienia wymagań dotyczących kwalifikacji personelu medycznego zatrudnionego w hospicjum domowym oraz dostępności do świadczeń w ww. zakresie, zgodnie z zapisami w załączniku nr 2 część II ust.1 pkt. 1, 2, 3 i 4 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz.U.13.1347). 3. Nie można ocenić pozytywnie pod względem legalności i rzetelności niezgodności pomiędzy danymi zawartymi w załączniku nr 2 do umowy nr 0903051315201701 i nr 0903051315201701LG, stanowiącym harmonogram-zasoby, a przedłożonymi do kontroli umowami o pracę personelu medycznego, wykazem personelu medycznego i harmonogramami pracy pielęgniarek hospicjum domowego. Stwierdzone niezgodności - udzielanie świadczeń przez personel pielęgniarski w ilości mniejszej niż wpisany do załącznika nr 2 do umowy, opisano w protokole kontroli na str. 5-6, 10, 14-15. Świadczeniodawca nie aktualizował na bieżąco danych w załączniku nr 2 do kontrolowanych umów i nie powiadomił POWNFZ o zmianach w obsadzie personelu pielęgniarskiego, czym naruszył postanowienia określone w: 1) § 6 ust.1-4 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U.2016.1146), o treści: „1. Świadczenia udzielane są osobiście przez osoby</p> | <p>1. Przestrzeganie zapisów zawartych w: 1) § 6 ust.1-4 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U.2015.1400 z późn. zm.), 2) § 9 ust.1 załącznika do ww. rozporządzenia, 3) warunków umowy określonych w § 2 ust. 2 i 8 umowy nr 0903041715201601 i nr 0903041715201701 o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna i aktualizowanie na bieżąco danych zawartych w załączniku nr 2 do umowy, dotyczących zarówno personelu udzielającego świadczeń jak też wymaganego sprzętu medycznego i pomocniczego.</p> |
|---|--------------------------------------|--|---|---|--|--|

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|
| | | | <p>przyjmowania osób do opieki paliatywnej i hospicyjnej, zgodnie z zapisami w § 9 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej;</p> <p>- rzetelność i zasadność rozliczania zrealizowanych świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z wpisami do kontrolowanej dokumentacji medycznej i obowiązującymi przepisami prawa;</p> <p>- realizacja umowy w zakresie przestrzegania przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. poz. 1400 z późn. zm.) dotyczących wykorzystania środków przekazanych świadczeniodawcom na zwiększone koszty realizacji świadczeń udzielanych przez pielęgniarki i położne, w tym wypłat dla pielęgniarek i położnych.</p> | <p>wykonujące zawody medyczne w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz.U. a 2015r. poz. 618 z późn. zm.), zgodnie z harmonogramem. 2. Zmiany w harmonogramie dotyczące osób, o których mowa w ust.1, wymagają zgłoszenia dyrektorowi oddziału wojewódzkiego Funduszu najpóźniej w dniu poprzedzającym ich powstanie albo, w przypadkach losowych, niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia. 3. Zmiany, o których mowa w ust. 2, nie mogą naruszać wymagań dotyczących kwalifikacji osób wykonujących zawód medyczny, określonych w przepisach regulujących wykonywanie tych zawodów lub określających te kwalifikacje oraz szczegółowych warunkach umów określonych przez Prezesa Funduszu (...). 4. Osoby, o których mowa w ust.1, w czasie wyznaczonym do udzielania świadczeń nie mogą jednocześnie udzielać świadczeń w innym: podmiocie wykonującym działalność leczniczą lub przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego (...) 2) § 9 ust.1 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. 2016.1146), o treści: „Świadczeniodawca udziela świadczeń przez cały okres obowiązywania umowy, zgodnie z określonym w umowie harmonogramem oraz planem rzeczowo-finansowym” oraz 3) § 2 ust. 2 i 8 umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna, o treści: „2. Dane o potencjale wykonawczym Świadczeniodawcy przeznaczonym do realizacji umowy, będące w jego dyspozycji określone są w załączniku nr 2- Harmonogram-zasoby (...). 8. Świadczeniodawca zobowiązany jest do bieżącego aktualizowania danych o swoim potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy, przez który rozumie się zasoby będące w dyspozycji świadczeniodawcy, służące wykonywaniu świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności osoby udzielające tych świadczeń i sprzęt”.</p> <p>4. Pozytywnie ze względu na kryterium legalności i rzetelności ocenia się realizację świadczeń w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna pod względem spełnienia wymogów określonych w załączniku nr 2 część II ust. 4 pkt.1-5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz.U.13.1347), udzielanych w hospicjum domowym, tj. w szczególności: całodobowego dostępu przez 7 dni w tygodniu do świadczeń udzielanych przez lekarza hospicjum domowego i pielęgniarkę hospicjum domowego, porady lekarskie nie rzadziej niż 2 w miesiącu, wizyty pielęgniarskie nie rzadziej niż 2 w tygodniu, porady/wizyty pozostałego personelu ustalone indywidualnie przez lekarza hospicjum domowego.</p> | |
|--|--|--|--|---|--|

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | <p>5. Pozytywnie ze względu na kryterium legalności i rzetelności ocenia się realizację świadczeń w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna pod względem spełnienia wymogów dotyczących kwalifikowania pacjentów do opieki w hospicjum domowym, zgodnie z zapisami zawartymi w załączniku nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz.U. 13.1347), określonych w części I. Osoby dorosłe, co opisano w protokole kontroli na str.8.</p> <p>6. Pozytywnie ze względu na kryterium legalności i rzetelności ocenia się realizację świadczeń w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna pod względem spełnienia wymogu dotyczącego dokumentowania każdej wizyty domowej personelu medycznego, potwierdzanej przez chorego lub opiekuna z zastosowaniem „Karty wizyt w domu chorego”, zgodnie z wzorem określonym w załączniku nr 3 do zarządzenia nr 54 Prezesa NFZ z dnia 28 czerwca 2016r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna, co opisano w protokole kontroli na str. 16-17.</p> <p>7. Pozytywnie ze względu na kryterium legalności i rzetelności ocenia się sprawozdawanie do POWNFZ świadczeń udzielonych pacjentom na podstawie umowy zawartej z POWNFZ w zakresie hospicjum domowe, zgodnie z zapisami w § 10 i § 11 pkt.1 i 2 zarządzenia nr 54 Prezesa NFZ z dnia 28 czerwca 2016r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna.</p> <p>7. Pozytywnie ze względu na kryterium legalności i rzetelności ocenia się prowadzenie dokumentacji medycznej, którą Świadczeniodawca prowadzi zgodnie z zapisami: 1) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U.2015.poz. 2069), 2) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz.U.13.1347 z późn. zm.), 3) zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna – w niniejszej kontroli obowiązuje zarządzenie nr 54/2016/DSOZ.</p> <p>8. Pozytywnie ze względu na kryterium legalności i rzetelności ocenia się realizację zapisów umowy w zakresie przestrzegania przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 08.09.2015r. w sprawie OWU (Dz.U.2015 poz.1400 ze zm.), dotyczących wykorzystania środków przekazanych świadczeniodawcom na zwiększone koszty realizacji świadczeń udzielanych przez pielęgniarki i położne.</p> |
|--|--|--|--|--|