

Sprawozdanie z przeprowadzonej kontroli nr 10.7310.32.2017.WDKRU

Jednostka organizacyjna NFZ przeprowadzająca kontrolę	10_Podlaski OW NFZ
Nr kontroli	10.7310.32.2017.WDKRU
Termin przeprowadzenia kontroli	Data rozpoczęcia kontroli: 06 lipca 2017r., data zakończenia kontroli (podpisania protokołu kontroli przez kontrolerów): 18 sierpnia 2017r.
Podmiot kontrolowany: nazwa i adres	Pani Zofia Stojak, prowadząca działalność w zakładzie leczniczym: NZOZ OMNI-MED Zofia Stojak z siedzibą: ul. Mieszka I 8C lok. 30, 15-054 Białystok
Temat kontroli, okres objęty kontrolą	Realizacja umowy w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej w zakresie: świadczenia w pielęgniarstwie w opiece długoterminowej domowej w latach 2016-2017.
Informacja dotycząca ustaleń z kontroli	<p>1. Pozytywnie, biorąc pod uwagę kryterium legalności i rzetelności działań podmiotu kontrolowanego, należy ocenić spełnianie wybranych warunków formalno – organizacyjnych. Pozytywnie należy ocenić posiadanie tytułów prawnych do lokali, w których udzielane są świadczenia opieki zdrowotnej, w ramach umowy zawartej z Podlaskim OW NFZ. Pozytywnie należy ocenić realizację obowiązku wynikającego z § 3 kontrolowanej umowy w rodzaju: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, który zobowiązuje Świadczeniodawcę do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń, na warunkach określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 136b ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. W trakcie czynności kontrolnych Świadczeniodawca okazał Zespołowi kontrolującemu umowy wraz z dowodami opłacenia składek obowiązkowego ubezpieczenia OC. Pozytywnie należy ocenić zgodność postanowień Regulaminu Organizacyjnego podmiotu leczniczego z treścią art. 24 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tekst jednolity: Dz.U.2016.1638). Nieprawidłowości w tym obszarze nie stwierdzono. Pozytywnie należy ocenić utrzymanie w okresie obowiązywania kontrolowanej umowy o udzielanie świadczeń ważności Certyfikatu Systemu Zarządzania Jakością nr 742/05/2014/J/R wydanego przez Polską Akademię Jakości Cert. Sp. z o.o. ul. Rybnicka 10/4, 40-038 Katowice dnia 31 maja 2014r. w zakresie: pielęgniarstwa opieka długoterminowa domowa, z określeniem terminu ważności do 30 maja 2017r. oraz Certyfikatu Systemu Zarządzania Jakością nr 742/05/2017/J/R wydanego dnia 31 maja 2017r. przez Polską Akademię Jakości Cert. Sp. z o.o. ul. Ligocka 103 bud. 2, 40-568 Katowice, w zakresie: pielęgniarstwa opieka długoterminowa domowa (termin ważności do 14 września 2018r.). Pozytywnie należy ocenić spełnianie warunków dotyczących kwalifikacji osób udzielających świadczeń, określonych w części III pkt. 1 załącznika nr 4 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej. Pozytywnie należy ocenić zgodność oraz aktualność danych ujętych w załączniku nr 2 „<i>Harmonogram-Zasoby</i>” do kontrolowanej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie dotyczącym osób udzielających świadczeń opieki zdrowotnej. Świadczeniodawca w toku czynności kontrolnych udokumentował stosunek zobowiązaniowy (umowy – zlecenia) stanowiący podstawę udzielania świadczeń przez osoby zamieszczone w wykazie personelu medycznego udzielającego świadczeń w zakresie pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej</p>

w ramach kontrolowanej umowy.

2. Pozytywnie, biorąc pod uwagę kryterium legalności, rzetelności i celowości działań podmiotu kontrolowanego, należy ocenić prawidłowość udzielania i dokumentowania świadczeń objętych próbą kontrolną oraz prawidłowość i zasadność wykazania ich do rozliczenia do Podlaskiego OW NFZ w ramach umowy w rodzaju: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej w zakresie: świadczenia w pielęgniarstwie opieki długoterminowej domowej w latach 2016 -2017. Pozytywnie należy ocenić przestrzeganie w ramach analizowanej próby kontrolnej wymogu objęcia świadczeniobiorców świadczeniami pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej na podstawie skierowań lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, o czym stanowi § 10 ust. 1 rozporządzenia MZ z 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych. Na podstawie weryfikacji okazanej dokumentacji medycznej pacjentów stwierdzono, iż w każdym kontrolowanym przypadku zawierała ona skierowania do objęcia pielęgniarstwą opieką długoterminową domową wystawione w okresie od 2010r. do 2017r. przez lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego na drukach zgodnych ze wzorem określonym w obowiązujących w datach wystawienia skierowania zarządzeniach Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kontrolowana dokumentacja medyczna zawierała również karty oceny świadczeniobiorcy kierowanego do objęcia pielęgniarstwą opieką długoterminową domową z datą dokonania oceny przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego i pielęgniarkę ubezpieczenia zdrowotnego w dniu wystawienia skierowania do objęcia pielęgniarstwą opieką długoterminową domową, na drukach obowiązujących w dacie ich sporządzenia. Ocena stanu zdrowia świadczeniobiorców (skala Barthel) wskazywała na spełnianie wymogu kwalifikacyjnego do objęcia pielęgniarstwą opieką długoterminową domową. Pozytywnie należy ocenić spełnienie w ramach analizowanej próby kontrolnej warunków dotyczących podstawy kwalifikacji świadczeniobiorców (objętych próbą kontrolną) do pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej w kontekście dyspozycji przepisu § 9 ust. 2 i 3 rozporządzenia MZ z 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych, a także w § 13 ust. 2 pkt. 2 zarządzenia nr 69/2014/DSOZ Prezesa NFZ. Zgodnie z w/w przepisami do pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej mogą być zakwalifikowani świadczeniobiorcy przewlekłe choroby somatycznie i psychosomatycznie oraz psychicznie chorzy z wyłączeniem ostrej fazy choroby psychicznej, którzy w ocenie skalą Barthel uzyskali od 0 do 40 punktów (...). Analiza danych zawartych w kontrolowanych skierowaniach do objęcia pielęgniarstwą opieką długoterminową domową oraz kartach oceny świadczeniobiorcy kierowanego do objęcia pielęgniarstwą opieką długoterminową domową wskazuje na uzasadnione objęcie ww. opieką. Pozytywnie należy ocenić spełnienie – w ramach analizowanej próby kontrolnej – obowiązującego w 2016 r. wymogu współpracy personelu Świadczeniodawcy z lekarzem i pielęgniarką podstawowej opieki zdrowotnej, wynikającego z postanowień § 13 ust. 2 pkt. 15 i pkt. 16 zarządzenia nr 69/2014/DSOZ Prezesa NFZ, który wprowadza wymóg pisemnego powiadomienia lekarza, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, do których świadczeniobiorca złożył deklaracje wyboru o terminie rozpoczęcia i zakończenia udzielania świadczeń. Pozytywnie należy ocenić przestrzeganie – w ramach analizowanej próby kontrolnej – obowiązujących w 2016r. zapisów § 13 ust. 2 pkt. 3 zarządzenia nr 69/2014/DSOZ Prezesa NFZ, ustanawiających wymóg dokonania ponownej oceny skalą Barthel stanu świadczeniobiorcy kierowanego do objęcia pielęgniarstwą opieką długoterminową domową przez pielęgniarkę opieki długoterminowej przy pierwszej wizycie w domu pacjenta, której termin ustalony był ze świadczeniobiorcą lub rodziną lub opiekunem faktycznym świadczeniobiorcy. Pozytywnie należy ocenić przestrzeganie przez Świadczeniodawcę w ramach analizowanej próby kontrolnej obowiązujących w 2016r. zapisów § 13 ust. 2 pkt. 3 zarządzenia nr 69/2014/DSOZ Prezesa NFZ stanowiącego, iż pielęgniarka opieki długoterminowej domowej ustala ze świadczeniobiorcą albo członkiem jego rodziny albo opiekunem faktycznym lub prawnym świadczeniobiorcy, termin pierwszej wizyty, w trakcie której dokonuje ponownej oceny stanu

świadczeniobiorcy skalą Barthel oraz ustala plan opieki w oparciu o rozpoznane problemy pielęgnacyjne; pielęgniarka opieki długoterminowej zapoznaje świadczeniobiorcę oraz członka jego rodziny albo opiekuna faktycznego lub prawnego ze sporządzonym planem opieki oraz z zasadami zabezpieczenia środków medycznych niezbędnych do realizacji świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych. Wymóg sporządzenia i udokumentowania w indywidualnej dokumentacji medycznej planu opieki pielęgniarstwa w okresie objętym kontrolą (2016-2017r.) wynika także z zapisów § 41 ust. 5 pkt. 4 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 09 listopada 2015r. w sprawie rodzaju, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. 2015, poz. 2069). We wszystkich przypadkach objętych próbą kontrolną dokumentacja zawierała indywidualny plan opieki pielęgniarstwa, sporządzony w oparciu o postawioną w trakcie pierwszej wizyty w domu świadczeniobiorcy diagnozę pielęgniarstwa. W/w plany zawierały m. in. problem pielęgnacyjny, cel realizacji, plan opieki pielęgniarstwa, datę sporządzenia, odcisk pieczęci i podpis pielęgniarki opieki długoterminowej domowej oraz datę i podpis świadczeniobiorcy /opiekuna. Pozytywnie należy ocenić spełnienie – w ramach analizowanej próby kontrolnej – wymogu dotyczącego częstotliwości oraz liczby wizyt pielęgniarstwa u świadczeniobiorcy (nie mniej niż 4 razy w tygodniu) w kontekście dyspozycji rozdziału III pkt. 4 ppkt. 3 załącznika nr 4 do rozporządzenia MZ z 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych, co zostało udokumentowane w: kartach wizyt pielęgniarki opieki długoterminowej domowej, kartach obserwacji pielęgniarstwa. Nieprawidłowości w tym obszarze nie stwierdzono. Pozytywnie należy ocenić – w ramach analizowanej próby kontrolnej – realizację wymogu określonego w rozdziale III pkt. 4 ppkt. 2 załącznika nr 4 do rozporządzenia MZ z 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych poprzez zapewnienie dostępu do świadczeń w soboty i dni ustawowo wolne od pracy – w medycznie uzasadnionych przypadkach. W wyniku analizy danych zawartych w: kartach obserwacji pielęgniarstwa oraz kartach wizyt pielęgniarki opieki długoterminowej domowej stwierdzono, iż świadczeniodawca zapewnił wymaganą powyższymi przepisami dostępność. Pozytywnie należy ocenić – w ramach analizowanej próby kontrolnej – realizację przez Świadczeniodawcę obowiązku dokonywania comiesięcznej oceny stanu świadczeniobiorcy według skali Barthel na koniec każdego miesiąca wynikającego z § 10 ust. 2 pkt. 2 Rozporządzenia MZ z 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych oraz § 13 ust. 2 pkt. 12 i pkt. 13 zarządzenia nr 69/2014/DSOZ Prezesa NFZ. W wyniku kontroli nieprawidłowości w tym obszarze nie stwierdzono. Pozytywnie, należy ocenić także – w ramach analizowanej próby kontrolnej – monitorowanie przez pielęgniarkę w okresie sprawowania opieki poziomu samodzielności świadczeniobiorcy przy wykorzystaniu oceny według skali Barthel i w zależności od stwierdzonych zmian dokonywanie modyfikacji realizowanego dotychczas planu opieki, zgodnie z obowiązującym w 2016r. zapisem § 13 ust. 2 pkt. 12 zarządzenia nr 69/2014/DSOZ Prezesa NFZ. Pozytywnie, należy ocenić – w ramach analizowanej próby kontrolnej – przestrzeganie sposobu dokumentowania oraz zasad potwierdzania w dokumentacji medycznej realizowanych świadczeń opieki zdrowotnej w ramach wizyt pielęgniarki opieki długoterminowej domowej w miejscu pobytu świadczeniobiorcy, w tym:

a) przestrzeganie § 13 ust. 2 pkt. 7 zarządzenia nr 69/2014/DSOZ Prezesa NFZ oraz § 11 ust. 3 zarządzenia nr 60/2016/DSOZ Prezesa NFZ, które stanowią, iż wizyta pielęgniarki jest każdorazowo potwierdzana przez świadczeniobiorcę albo członka jego rodziny albo opiekuna faktycznego lub prawnego – z zastosowaniem „Karty wizyt pielęgniarki opieki długoterminowej domowej”, której wzór określony jest w załączniku nr (...) do zarządzenia. We wszystkich objętych kontrolą dokumentacjach medycznych Świadczeniodawca stosował obowiązujący w kontrolowanym okresie wzór „Karty wizyt pielęgniarki opieki długoterminowej domowej”. W wytypowanych do kontroli przypadkach wizyty pielęgniarki opieki długoterminowej domowej w domu świadczeniobiorcy w datach wskazanych w „Kartach wizyt pielęgniarki opieki długoterminowej domowej” mają potwierdzenie we wpisach obserwacji pielęgniarstwa.

b) przestrzeganie w 2016r. obowiązującego wówczas § 13 ust. 2 pkt. 8 zarządzenia nr 69/2014/DSOZ Prezesa NFZ, który

stanowi, iż podczas każdej wizyty w domu pacjenta pielęgniarka dokonuje w dokumentacji medycznej wpisu obserwacji pielęgniarstwa poświadczonych pieczęcią, własnoręcznym podpisem wraz z określeniem daty dokonania wpisu. Wymóg dokumentowania w indywidualnej dokumentacji medycznej rodzaju i zakresu czynności pielęgniarki, w szczególności rozpoznanie problemów pielęgnacyjnych i psychospołecznych oraz adnotacji związanych z wykonywaniem czynności, w tym wynikających ze zleceń lekarskich w okresie objętym kontrolą (2016-2017 r.) wynika także z zapisów § 41 ust. 5 pkt. 4 w/w Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 09 listopada 2015r.

w sprawie rodzaju, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania. Przeprowadzona weryfikacja wpisów w okazanej dokumentacji medycznej potwierdziła, iż pielęgniarka po wykonaniu czynności wynikających ze zleceń lekarskich oraz z ustalonego planu pielęgnacji dokonuje w dokumentacji medycznej wpisu obserwacji pielęgniarstwa. Kontrolowana dokumentacja medyczna zawiera oświadczenia o stanie zdrowia świadczeniobiorcy utrudniającym wykonywanie czynności dotyczącej samodzielnego złożenia podpisu/ uniemożliwiającym składanie podpisu oraz informację o osobie sprawującej bezpośrednią opiekę nad świadczeniobiorcą wraz z oświadczeniem dotyczącym potwierdzania przez nią świadczeń wykonywanych przez pielęgniarkę opieki długoterminowej.

c) wykonywanie przez personel pielęgniarski zgodnie z posiadanymi kompetencjami czynności wynikających ze zleceń lekarskich oraz z ustalonego planu pielęgnacji, co zgodne jest § 13 ust. 2 pkt. 6 zarządzenia nr 69/2014/DSOZ Prezesa NFZ. Wymóg dokumentowania w indywidualnej dokumentacji medycznej rodzaju i zakresu czynności pielęgniarki oraz adnotacji związanych z wykonywaniem czynności, w tym wynikających ze zleceń lekarskich w okresie objętym kontrolą (2016-2017) wynika także z zapisów § 41 ust. 5 pkt. 4 w/w Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 09 listopada 2015r. w sprawie rodzaju, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

Pozytywnie, należy ocenić przestrzeganie w ramach analizowanej próby kontrolnej zasad prowadzenia dokumentacji medycznej określonych w w/w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 roku w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania w kontekście zapisów § 8 ust. 1 pkt. 1, pkt. 2, pkt. 3 poprzez włączenie do kontrolowanej dokumentacji indywidualnej wewnętrznej: oświadczenia pacjenta o upoważnieniu do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej oraz danych umożliwiających kontakt z tą osobą, albo oświadczenie o braku takiego upoważnienia; oświadczenie pacjenta o upoważnieniu do uzyskiwania dokumentacji, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej, albo oświadczenie o braku takiego upoważnienia; oświadczenie pacjenta o wyrażeniu zgody albo zezwolenie sądu opiekuńczego na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego, na zasadach określonych w rozdziale 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, zwanej dalej „ustawą”. W wyniku kontroli stwierdzono, że wymóg ten został spełniony we wszystkich objętych kontrolą przypadkach. Pozytywnie należy ocenić w ramach analizowanej próby kontrolnej zgodność danych zawartych w dokumentacji medycznej oraz przedkładanych przez Świadczeniodawcę raportach statystycznych w kontekście dyspozycji przepisu § 13 ust. 2 pkt. 9 zarządzenia nr 69/2014/DSOZ Prezesa NFZ oraz § 11 ust. 2 pkt. 4 zarządzenia nr 60/2016/DSOZ Prezesa NFZ. Zgodnie z w/w przepisami każda wizyta pielęgniarki jest sprawozdawana w raporcie statystycznym z kodem 5.01.27.0800016 oraz datą zrealizowanej wizyty. Na podstawie analizy dokumentacji przedstawionej przez Świadczeniodawcę w ramach próby kontrolnej stwierdzono, iż daty widniejące w „*Kartach wizyt pielęgniarki opieki długoterminowej domowej*” oraz wpisach obserwacji pielęgniarstwa są zgodne z datami wskazanymi przez Świadczeniodawcę w raportach statystycznych. Pozytywnie, należy ocenić realizację świadczeń wykazanych do rozliczenia do POW NFZ ze względu na wyniki ankietowania wybranej próby pacjentów w zakresie badania poziomu satysfakcji z udzielanych świadczeń. Przed

	<p>wszczęciem czynności kontrolnych Podlaski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Białymstoku celem weryfikacji prawidłowości realizacji umowy zwrócił się do 50 świadczeniobiorców, objętych opieką podmiotu kontrolowanego, o udzielenie informacji związanych z realizacją procedur pielęgniarstwa długoterminowej domowej. Wśród 50 ankiet, które POW NFZ wysłał do wybranej grupy pacjentów w przypadku 35 z 38 zwróconych ankiet, świadczeniobiorcy ocenili poziom zadowolenia ze świadczonych usług medycznych <i>bardzo dobrze</i>, 2 pacjentów oceniło jakość i zadowolenie z realizowanych świadczeń <i>dobrze</i> a 1 pacjent <i>źle</i> ocenił jakość realizowanych świadczeń (w 5-cio stopniowej skali ocen: bardzo dobrze, dobrze, przeciętnie, źle, bardzo źle). Weryfikacja wpisów w indywidualnej dokumentacji medycznej (o których mowa w części II pkt. 5 lit. c) i f) protokołu kontroli) nie potwierdziła negatywnych uwag zgłaszanych w ankietach.</p>
<p>Zalecenia pokontrolne i skutki finansowe / link</p>	<p>Zalecenia pokontrolne:</p> <p>Z uwagi na pozytywną ocenę realizacji kontrolowanej umowy w zakresie objętym kontrolą – Podlaski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia nie wydawał zaleceń pokontrolnych.</p>

Sporządził:

Dział Kontroli Realizacji Umów na Świadczenia