

Sprawozdanie z przeprowadzonej kontroli nr 10.7310.43.2017.WDKRU

Jednostka organizacyjna NFZ przeprowadzająca kontrolę	10_Podlaski OW NFZ
Nr kontroli	10.7310.43.2017.WDKRU
Termin przeprowadzenia kontroli	Data rozpoczęcia kontroli: 06 września 2017r., data zakończenia kontroli (podpisania protokołu kontroli przez kontrolerów): 04 października 2017r.
Podmiot kontrolowany: nazwa i adres	MULTI-MEDICA L. Zalesko i Wspólnicy sp.j. z siedzibą: 15-843 Białystok ul. Świętokrzyska 5A/U5 pok.14
Temat kontroli, okres objęty kontrolą	Realizacja umowy w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej w zakresie: świadczenia w pielęgniarstwie opieki 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 wymogów formalnych dotyczących prowadzonej działalności leczniczej oraz warunków sanitarnych i lokalowych w zakresie określonym w postanowieniu nr 154/P/NZ/10 z dnia 07 października 2010r. Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Białymstoku. Pozytywnie w ramach tego podobszaru należy ocenić posiadanie udokumentowanego tytułu prawnego do lokalu, w którym udzielane są świadczenia opieki zdrowotnej oraz przestrzeganie wymogów w zakresie zabezpieczenia odbioru i przekazania do unieszkodliwienia odpadów medycznych. 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. Pozytywnie, należy ocenić zgodność postanowień Regulaminu Organizacyjnego podmiotu leczniczego z treścią art. 24 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz.U.2016 poz.1638 j.t. ze zm.). 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 (Dz. U. 2015. 1658 j.t.). 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 w ramach kontrolowanej umowy.</p> <p>2. Pozytywnie z uchybieniami, 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</p>

długoterminowej domowej w latach 2016 -2017. Pozytywnie, należy ocenić przestrzeganie wymogu objęcia świadczeniobiorców świadczeniami pielęgniarstwa długoterminowej domowej na podstawie skierowań lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, o czym stanowi § 10 ust. 1 rozporządzenia MZ z 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych. W wyniku przeprowadzonej weryfikacji okazanej dokumentacji medycznej pacjentów stwierdzono, iż w każdym kontrolowanym przypadku zawierała ona skierowania do objęcia pielęgniarstwą opieką długoterminową domową wystawione w okresie od 2009r. do 2017r. przez lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego na drukach zgodnych ze wzorem określonym w obowiązujących w datach wystawienia skierowania zarządzeniach Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia lub z uwzględnieniem elementów składowych określonych w § 9 ust. 2 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 09 listopada 2015r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. 2015. Poz. 2069 – dotyczy skierowań z roku 2017r.). Pozytywnie, należy ocenić spełnienie warunków dotyczących podstawy kwalifikacji świadczeniobiorców (których dokumentację medyczną objęto próbą kontrolną) do pielęgniarstwa 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. Pozytywnie, biorąc pod uwagę kryterium legalności i rzetelności działań podmiotu kontrolowanego, należy ocenić przestrzeganie – w zakresie próby objętej kontrolą – 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 spełnienie – w zakresie próby objętej kontrolą – obowiązującego w 2016r. 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 nakłada obowiązek pisemnego powiadomienia lekarza, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, do których świadczeniobiorca złożył deklarację wyboru o terminie rozpoczęcia i zakończenia udzielania świadczeń. Pozytywnie, należy ocenić przestrzeganie przez Świadczeniodawcę obowiązującego w 2016r. zapisu § 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 określania 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). W toku prowadzonych czynności kontrolnych stwierdzono, że we wszystkich kontrolowanych przypadkach 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 działania, plan działania, modyfikację planu, datę sporządzenia, odcisk pieczęci, podpis pielęgniarki opieki długoterminowej domowej oraz podpis pacjenta lub opiekuna. Pozytywnie z uchybieniami należy ocenić spełnienie – w zakresie próby objętej kontrolą – 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 należy udokumentować w: kartach wizyt pielęgniarki opieki długoterminowej domowej, kartach czynności wykonanych przez pielęgniarkę opieki długoterminowej domowej, kartach obserwacji pacjenta objętego pielęgniarską opieką długoterminową domową. Pozytywnie, należy ocenić – w zakresie próby objętej kontrolą – 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. Po analizie danych zawartych w: kartach obserwacji pacjenta objętego pielęgniarską opieką długoterminową domową, kartach czynności wykonanych przez pielęgniarkę opieki długoterminowej domowej oraz kartach wizyt pielęgniarki opieki długoterminowej domowej, stwierdzono, iż Świadczeniodawca zapewnił wymaganą powyższymi przepisami dostępność. Pozytywnie, należy ocenić – w zakresie próby objętej kontrolą – realizację przez Świadczeniodawcę obowiązku dokonywania comiesięcznej oceny stanu świadczeniobiorcy według skali Barthel na koniec każdego miesiąca wynikającego z dyspozycji § 10 ust. 2 pkt. 2 Rozporządzenia MZ z 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych. Pozytywnie, biorąc pod uwagę kryterium legalności i rzetelności działań podmiotu kontrolowanego, należy ocenić – w zakresie próby objętej kontrolą – dokonywanie modyfikacji realizowanego planu opieki w zależności od stwierdzonych zmian stanu świadczeniobiorcy, zgodnie z obowiązującym w 2016r. zapisem § 13 ust. 2 pkt. 12 zarządzenia nr 69/2014/DSOZ Prezesa NFZ. W trakcie przeprowadzonych czynności kontrolnych stwierdzono, iż dokonane zmiany oraz informacje dotyczące przyczyn i zakresu dokonanych zmian pielęgniarka odnotowuje w prowadzonej dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy. Pozytywnie z uchybieniem, biorąc pod uwagę kryterium legalności, rzetelności i celowości działań podmiotu kontrolowanego, należy ocenić 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”. Pozytywnie z uchybieniem, biorąc pod uwagę kryterium legalności, rzetelności i celowości działań podmiotu kontrolowanego, należy ocenić 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 pielęgniarskich, za wyjątkiem świadczeniobiorcy o nr PESEL (...), w przypadku którego stwierdzono brak w „Karcie wizyt pielęgniarki opieki długoterminowej domowej” potwierdzenia wykonania 1 wizyty w dniu 01.04.2016r. Pozytywnie z uchybieniem, należy ocenić – w zakresie próby objętej kontrolą – przestrzeganie w okresie objętym kontrolą obowiązku dokumentowania w indywidualnej dokumentacji medycznej rodzaju i zakresu czynności zrealizowanych przez pielęgniarki, w szczególności rozpoznanie problemów pielęgnacyjnych i psychospołecznych oraz adnotacji związanych z wykonywaniem czynności, w tym wynikających ze zleceń lekarskich. Powyższy obowiązek reguluje § 41 ust. 5 pkt. 4 w/w Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 09 listopada 2015r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposoby jej

przetwarzania. Dodatkowo w 2016r. powyższe regulował także § 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. Przeprowadzona weryfikacja wpisów w kontrolowanej dokumentacji medycznej potwierdziła, iż co do zasady pielęgniarka po wykonaniu czynności wynikających ze zleceń lekarskich oraz z ustalonego planu pielęgnacji dokonuje w dokumentacji medycznej wpisu obserwacji pielęgniarstwa, za wyjątkiem 1 przypadku, gdzie stwierdzono brak opisu wykonanych czynności w „Karcie realizacji indywidualnego planu opieki pielęgniarstwa – wg. procedur CD-9” oraz „Karcie obserwacji pacjenta objętego pielęgniarstwem długoterminową domową” z dnia 31.05.2017r. Pozytywnie, należy ocenić przestrzeganie 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, 2, i 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. Pozytywnie, w uchybieniach, należy ocenić 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 ustalono, że co do zasady daty wskazane przez Świadczeniodawcę w raportach statystycznych są zgodne z datami widniejącymi w „Kartach wizyt pielęgniarki opieki długoterminowej domowej” oraz wpisach obserwacji pielęgniarstwa. Jedynie w przypadku 7 pacjentów Świadczeniodawca sprawozdał do POW NFZ świadczenie o kodzie 5.01.27.0800016 pomimo braku potwierdzenia jego wykonania w „Karcie wizyt pielęgniarki opieki długoterminowej domowej”. Pozytywnie, biorąc pod uwagę kryterium legalności i rzetelności działań podmiotu kontrolowanego, 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 wszczęciem czynności kontrolnych Podlaski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Białymstoku celem weryfikacji prawidłowości realizacji umowy zwrócił się do 33 świadczeniobiorców, objętych opieką podmiotu kontrolowanego, o udzielenie informacji związanych z realizacją procedur pielęgniarstwa długoterminowej domowej. Wśród 33 ankiet, które POW NFZ wysłał do wybranej grupy pacjentów w przypadku 27 z 27 zwróconych ankiet, świadczeniobiorcy ocenili poziom zadowolenia ze świadczonych usług medycznych jako *bardzo dobry* (w 5-cio stopniowej skali ocen: bardzo dobrze, dobrze, przeciętnie, źle, bardzo źle). 24 pacjentów potwierdziło fakt udzielania świadczeń minimum 4 razy w tygodniu, 1 pacjent nie odpowiedział na to pytanie, 1 pacjent o numerze Pesel (...) odpowiedział, że wizyty pielęgniarstwa odbywają się 3 razy w tygodniu, a 1 pacjent o numerze Pesel (...) stwierdził, iż wizyty pielęgniarstwa odbywają się 3-4 razy tygodniu. Weryfikacja wpisów w indywidualnej dokumentacji medycznej nie potwierdziła powyższych informacji (o których mowa w części II pkt. 5 lit. d) i e) protokołu kontroli) – z wpisów w okresie kontrolowanym wynika, że

	wizyty pielęgniarskie odbywały się minimum 4 razy w tygodniu.
<p>Zalecenia pokontrolne i skutki finansowe / link</p>	<p>Zalecenia pokontrolne:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Prowadzić dokumentację medyczną z zachowaniem należytej staranności oraz bezwzględnie przestrzegać wymogu określonego w zapisach § 11 ust. 3 aktualnie obowiązującego zarządzenia nr Nr 60/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 czerwca 2016r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej - dotyczącego każdorazowego potwierdzenia wizyty pielęgniarki podpisem świadczeniobiorcy/członka rodziny/opiekuna faktycznego lub prawnego. 2) Przestrzegać dyspozycji rozdziału III pkt. 4 ppkt. 3 załącznika nr 4 do rozporządzenia MZ z 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie wymogu dotyczącego częstotliwości oraz liczby wizyt pielęgniarskich u świadczeniobiorcy (nie mniej niż 4 razy w tygodniu), ze szczególnym uwzględnieniem prawidłowego udokumentowania ich realizacji w kartach wizyt pielęgniarki opieki długoterminowej domowej, w kartach czynności wykonanych przez pielęgniarkę opieki długoterminowej domowej oraz w kartach obserwacji pacjenta objętego pielęgniarską opieką długoterminową domową. 3) Przeszkolić osoby/personel odpowiedzialne/-y za przygotowywanie raportów statystycznych w zakresie prawidłowego i zgodnego z wpisami w dokumentacji medycznej przekazywania w raportach statystycznych danych o udzielonych świadczeniach zdrowotnych zgodne ze stanem faktycznym oraz obowiązującymi w tym zakresie przepisami. 4) Rzetelnie i z należytą starannością przekazywać w raportach statystycznych dane zgodne ze stanem faktycznym, mającym potwierdzenie we wpisach w dokumentacji medycznej z zastrzeżeniem, iż zgodnie z § 23 ust. 1 Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 08 września 2015r. (Dz.U.2016.1146 j.t. ze zm.) prawo korygowania raportu będącego podstawą wystawienia rachunku przysługuje Świadczeniodawcy najpóźniej w terminie 40 dni po upływie okresu rozliczeniowego. 5) Złożyć korekty raportów statystycznych i faktur za okres 2016-2017r. w zakresie dotyczącym świadczeń o kodzie: 5.01270800016 <i>Wizyta pielęgniarki</i> wyszczególnionych w części I B pkt. 10 (Tabela nr 1), pkt. 11 (Tabela nr 2) i pkt. 13 (Tabela nr 3) wystąpienia. <p>Skutki finansowe kontroli:</p> <p>a) kwota <u>46,00 zł</u> (słownie: czterdzieści sześć złotych 00/100 groszy) tytułem zwrotu nienależnie przekazanych środków finansowych z 2016-2017 r.</p>

Sporządził:

Dział Kontroli Realizacji Umów na Świadczenia