

ZARZĄDZENIE WEWNĘTRZNE
DYREKTORA
ŚLĄSKIEGO ODDZIAŁU WOJEWÓDZKIEGO
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA W KATOWICACH

Nr 54/2014

z dnia 5 marca 2014 r.

w sprawie uszczegółowienia zasad prowadzenia kontroli świadczeniodawców
uczestniczących w postępowaniach poprzedzających zawarcie umów o realizację
świadczeń opieki zdrowotnej

Na podstawie art. 98 ust. 1 pkt. 4 oraz art. 107 ust. 5 pkt 8 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.) oraz § 6 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2004 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zapraszania do udziału w rokowaniach, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej oraz jej zadań (Dz. U. Nr 273, poz. 2719), w związku z Uchwałą Nr 36/2005/I Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 4 października 2005 r. w sprawie przyjęcia Regulaminu pracy komisji prowadzącej postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej

ZARZĄDZA SIĘ, CO NASTĘPUJE:

§ 1

1. W celu ujednoczenia sposobu postępowania wprowadza się do stosowania poniższe zasady kontroli świadczeniodawców uczestniczących w postępowaniach poprzedzających zawarcie umów o realizację świadczeń opieki zdrowotnej.
2. Niniejsze zasady nie dotyczą świadczeń w rodzaju: zaopatrzenie w wyroby medyczne.

§ 2

1. Zgodnie z obowiązującą w NFZ „Procedurą konkursu ofert lub rokowań prowadzonych na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych”, zwaną dalej „procedurą”, komisja przeprowadza kontrolę świadczeniodawcy w celu porównania informacji zawartych w ofercie ze stanem faktycznym.
2. Komisja przeprowadza kontrolę obligatoryjnie u świadczeniodawców, którzy dotychczas nie mieli zawartej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Funduszem w zakresie, na który została złożona oferta.

3. Komisja może podjąć decyzję o przeprowadzeniu kontroli u innych świadczeniodawców, biorących udział w postępowaniu, kierując się jednolitymi kryteriami wyboru świadczeniodawców do przeprowadzenia kontroli.
4. Przewodniczący komisji powołuje zespół lub zespoły do przeprowadzenia kontroli świadczeniodawców oraz podpisuje upoważnienia do przeprowadzenia kontroli. Wzór upoważnienia określony jest w procedurze.
5. Świadczeniodawcę powiadamia się o zamiarze przeprowadzenia kontroli co najmniej z jednodniowym wyprzedzeniem pisemnie lub za pośrednictwem faksu.

§ 3

Prowadząc kontrolę świadczeniodawcy, zespół kontrolny powinien objąć kontrolą następujące zagadnienia z uwzględnieniem specyfiki rodzaju i zakresu świadczeń:

- 1) personel – weryfikacja spełniania warunków wymaganych i dodatkowo ocenianych w zakresie kwalifikacji, dodatkowych kompetencji lub doświadczenia oraz wymiaru zatrudnienia personelu wykazanego w ofercie
- 2) pomieszczenia – weryfikacja spełniania warunków wymaganych i dodatkowo ocenianych odnośnie pomieszczeń przeznaczonych do realizacji świadczeń zdrowotnych i wykazanych w ofercie:
 - a) adres miejsca realizacji świadczeń,
 - b) przeznaczenie, oznaczenie i liczba pomieszczeń,
 - c) potwierdzenie tytułu prawnego do korzystania z budynków, lokali lub pomieszczeń,
 - d) warunki higieniczno-sanitarne,
 - e) dostęp dla osób niepełnosprawnych,
 - f) dostosowanie pomieszczeń do warunków wymaganych,
 - g) dostosowanie pomieszczeń do warunków dodatkowo ocenianych,
- 3) wyposażenie – weryfikacja spełniania warunków wymaganych i dodatkowo ocenianych odnośnie wyposażenia przeznaczonego do realizacji świadczeń zdrowotnych i wykazanego w ofercie:
 - a) oznaczenie i liczba urządzeń, numery seryjne i zgodność numerów seryjnych podanych w ofercie ze stanem faktycznym
 - b) miejsce wykonywania świadczeń,
 - c) potwierdzenie tytułu prawnego do korzystania z urządzeń (dowód zakupu, najmu, dzierżawy, użyczenia, itp.),

- d) dokumentacja techniczna (tzw. „paszport techniczny” lub inne dokumenty),
 - e) posiadane zgody lub decyzje dotyczące użytkowania, jeśli są wymagane,
- 4) pojazdy medyczne (ambulanse drogowe) – weryfikacja spełniania warunków wymaganych i dodatkowo ocenianych oraz wyposażenia przeznaczonego do udzielania świadczeń, wykazanego w ofercie:
- a) sprawdzenie numeru rejestracyjnego, dowodu rejestracyjnego oraz świadectwa homologacji typu pojazdu,
 - b) sprawdzenie tytułu prawnego do korzystania z pojazdu (dowód zakupu, leasingu, użyczenia, itp.),
 - c) sprawdzenie wyposażenia pojazdu (paszporty techniczne, numery seryjne).

§ 4

1. Wyniki kontroli odnotowuje się w protokole kontroli, którego wzór określony jest w procedurze.
2. W protokole w szczególności odnotowuje się stwierdzone w trakcie kontroli rozbieżności pomiędzy stanem faktycznym, a stanem przedstawionym w ofercie świadczeniodawcy, warunkami wymaganymi lub warunkami dodatkowo ocenianymi zgodnie z obowiązującymi przepisami dla przedmiotowego rodzaju świadczeń.
3. W protokole można także zawrzeć dodatkowe uwagi zespołu kontrolnego lub przedstawicieli świadczeniodawcy.
4. Ustalenia kontroli dokumentuje się w załącznikach do protokołu, których wzory stanowią załączniki nr 1-3 do niniejszego zarządzenia. Spełnianie poszczególnych wymagań lub posiadanie odpowiednich dokumentów potwierdza się wpisem lub poprzez zaznaczenie właściwej odpowiedzi przez obwiedzenie jej kółkiem i skreślenie odpowiedzi niewłaściwej.
5. Do protokołu kontroli można dołączyć kopie odpowiednich dokumentów potwierdzających tytuł prawny, spełnianie warunków, itp., jeśli nie zostały one złożone w ofercie. Dołączenie dokumentów odnotowuje się w protokole kontroli.
6. Protokół kontroli oraz załączniki, o których mowa w ust. 4, podpisują członkowie zespołu kontrolnego oraz przedstawiciele świadczeniodawcy biorący udział w kontroli.

§ 5

Zarządzenie podlega publikacji na stronie internetowej Śląskiego OW NFZ w sekcji „Kontraktowanie” na rok 2014 i lata następne, w dziale „zarządzenia i inne akty prawne o charakterze ogólnym”.

§ 6

Wykonanie zarządzenia powierza się Naczelnikom: Wydziału Świadczeń Opieki Zdrowotnej, Wydziału Gospodarki Lekami oraz Wydziału ds. Służb Mundurowych, a także Rzecznikowi Prasowemu w zakresie wynikającym z § 5.

§ 7

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

p.o. DYREKTOR
Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia
w Katowicach
(-) Barbara Bulanowska

Nr postępowania
 Nr oferty
 Kod świadczeniodawcy
 Nazwa świadczeniodawcy
 Siedziba świadczeniodawcy

Załącznik nr 1 do Zarządzenia Wewnętrznego
 Dyrektora Śląskiego OW NFZ Nr 54/2014
 z dnia 5 marca 2014 r.

Załącznik nr 1 do protokołu kontroli świadczeniodawcy w postępowaniu poprzedzającym zawarcie umów o realizację świadczeń opieki zdrowotnej
Kontrola personelu

L.p.	Imię	Nazwisko	Funkcja/stanowisko	PESEL	Prawo wykonywania zawodu	Miejsce wykonywania świadczeń - część VII i VIII kodu resortowego	Adres miejsca wykonywania świadczeń	Zgodność z danymi w ofercie i wymaganiami						Uwagi
								Kwalifikacje		Dodatkowe kompetencje lub doświadczenie		Wymiar czasu pracy		
								TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	
1								TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	
2								TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	
3								TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	
4								TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	
5								TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	
6								TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	
7								TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	
8								TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	
9								TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	
10								TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	

Podpisy przedstawicieli świadczeniodawcy

1.
2.
3.

Podpisy członków zespołu kontrolującego

1.
2.
3.

Nr postępowania
 Nr oferty
 Kod świadczeniodawcy
 Nazwa świadczeniodawcy
 Siedziba świadczeniodawcy

Załącznik nr 2 do Zarządzenia Wewnętrznego
 Dyrektora Śląskiego OW NFZ Nr 54/2014
 z dnia 5 marca 2014 r.

Załącznik nr 2 do protokołu kontroli świadczeniodawcy w postępowaniu poprzedzającym zawarcie umów o realizację świadczeń opieki zdrowotnej
Kontrola pomieszczeń

L.p.	Oznaczenie pomieszczenia	Miejsce wykonywania świadczeń - część VII i VIII kodu resortowego	Adres miejsca wykonywania świadczeń	Liczba	Tytuł prawny		Warunki higieniczno-sanitarne		Dostęp dla osób niepełnosprawnych		Dostosowanie pomieszczeń do warunków wymaganych		Dostosowanie pomieszczeń do warunków dodatkowo ocenianych			Uwagi
					TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	NIE DOT.	
1					TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	NIE DOT.	
2					TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	NIE DOT.	
3					TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	NIE DOT.	
4					TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	NIE DOT.	
5					TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	NIE DOT.	
6					TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	NIE DOT.	
7					TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	NIE DOT.	
8					TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	NIE DOT.	
9					TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	NIE DOT.	
10					TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	NIE DOT.	

Podpisy przedstawicieli świadczeniodawcy

1.
2.
3.

Podpisy członków zespołu kontrolującego

1.
2.
3.

Nr postępowania
 Nr oferty
 Kod świadczeniodawcy
 Nazwa świadczeniodawcy
 Siedziba świadczeniodawcy

Załącznik nr 3 do Zarządzenia Wewnętrznego
 Dyrektora Śląskiego OW NFZ Nr 54/2014
 z dnia 5 marca 2014 r.

Załącznik nr 3 do protokołu kontroli świadczeniodawcy w postępowaniu poprzedzającym zawarcie umów o realizację świadczeń opieki zdrowotnej
Kontrola wyposażenia i pojazdów

L.p.	Oznaczenie wyposażenia	Nr seryjny/rejestracyjny	Miejsce wykonywania świadczeń - część VII i VIII kodu resortowego	Adres miejsca wykonywania świadczeń	Tytuł prawny		Dokumentacja techniczna (tzw. "paszport techniczny" lub inne dokumenty)		Zgodność nr seryjnego podanego w ofercie ze stanem faktycznym		Posiadane zgody lub decyzje dot. użytkowania, jeśli są wymagane			Uwagi
					TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	NIE DOT.	
1					TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	NIE DOT.	
2					TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	NIE DOT.	
3					TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	NIE DOT.	
4					TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	NIE DOT.	
5					TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	NIE DOT.	
6					TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	NIE DOT.	
7					TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	NIE DOT.	
8					TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	NIE DOT.	
9					TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	NIE DOT.	
10					TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	NIE DOT.	

Podpisy przedstawicieli świadczeniodawcy

1.
2.
3.

Podpisy członków zespołu kontrolującego

1.
2.
3.