

lp	Jednostka organiz. NFZ przeprowadz. kontrolę	Numer postępow. kontrolnego	Termin przeprowadz. kontroli	Podmiot kontrolowany: nazwa i adres	Temat kontroli, okres objęty kontrolą	Informacja dotycząca ustaleń z kontroli	Zalecenia pokontrolne i skutki finansowe/ link	
1	POW NFZ	09.7310.030.2018.WKO-RK	21.03.2018 – 15.05.2018	VIP Sp. z o.o. 37 700 Przemysł, ul. Franciszkańska 37/5, NZOZ „Leskaup II” 37-700 Przemysł, ul. Mickiewicza 38.	Temat kontroli: Sprawdzenie realizacji umów nr 0903078503201705, 0903078503201705, 0903078503201705, o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: leczenie szpitalne – programy zdrowotne (lekowe) w zakresie leczenia nowotworów (wysiękowej) postaci zwrócenia płamki związanego z wiekiem (AMD). Okres objęty kontrolą: 01.01.2016 do dnia zakończenia kontroli.	Wykonywanie świadczeń przez personel nie zgłoszony w załączniku nr 2 Harmonogram – zasoby do umowy 0903078503201705. Nie spełnienie wymagań dotyczących czasu pracy lekarzy i pielęgniarek dotyczy roku 2016 i 2017. W skontrolowanej dok. med. pacjentów nie stwierdzono. Kart rejestracji świadczeniobiorcy do udziału w programie lekowym część A prowadzone według wzoru stanowiącego załącznik do Zarządzeń Preza NFZ (obowiązujących w kontrolowanym okresie) w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy zdrowotne (lekowe) (z późn. zm), lp. 63 Leczenie nowotworów (wysiękowej) postaci zwrócenia płamki związanego z wiekiem (AMD).	Zalecenia pokontrolne: Przestrzeganie obowiązku wykonywania umowy zgodnie z warunkami wymaganymi od świadczeniodawców w a szczególności zapisów § 2 ust 1 i 3 umowy leczenia szpitalne programy zdrowotne (lekowe). Realizacja świadczeń przez lekarzy i pielęgniarki w wymiarze czasu pracy określonym w przepisach obowiązujących w danym okresie realizacji umowy. Prowadzenie Kart rejestracji świadczeniobiorcy do udziału w programie lekowym część A, zgodnie z obowiązującym wzorem. Skutki finansowe: – kara umowna: 1 081,56 zł.	
2	POW NFZ	09.7300.035.2018.WKO-RK	06.04.2018- 15.05.2018	Szpital Specjalistyczny Pro – Familia Sp. z o.o. , Spółka Komandytowa, ul. Witolda 6b; 35-302 Rzeszów	Temat kontroli: Sprawdzenie realizacji i rozliczania świadczeń w ramach umowy nr 0903094403201601 o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne wybranych grup JGP związanych z porodem w szczególności: JGP: N01; N02; N03; N09; N11; N13. Okres objęty kontrolą: od 01.01.2016 do 31.12.2016 .	Nie we wszystkich skontrolowanych historich chorób pacjentek przyjmowanych do porodu udokumentowano przekazywania rodzącym informacji na temat przebiegu porodu, metodach łagodzenia bólu porodowego oraz ich dostępności w podmiocie leczniczym. Karty obserwacji porodu nie były dołączone do historii chorób wszystkich pacjentek.	Zalecenia pokontrolne: Przestrzeganie wymagań zawartych w załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2016r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne., zawartych w § 20 ust 4. Przestrzeganie wymagań zawartych w załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego (Dz. U. z 2015r., poz. 1997), a w szczególności zapisów rozdziału I Postanowienia ogólne ust. 7. Skutki finansowe: brak.	
3	POW NFZ	09.7300.049.2018.WKO-RK	14.05.2018- 30.06.2018	Kliniczna Szpital Wojewódzki nr 1 im. Fryderyka Chopina w Rzeszowie, ul. Stopena 2; 35-055 Rzeszów	Temat kontroli: Sprawdzenie realizacji i rozliczania świadczeń w ramach umowy nr 0903094403201601 o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne wybranych grup JGP związanych z porodem w szczególności: JGP: N01; N02; N03; N09; N11; N13. Okres objęty kontrolą: od 01.01.2016 do 31.12.2016 .	Brak braku opracowania w formie pisemnej standardu postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego, Brak udokumentowania w skontrolowanych historich chorób pacjentek przyjmowanych do porodu przekazywania rodzącym informacji na temat przebiegu porodu, metodach łagodzenia bólu porodowego oraz ich dostępności w podmiocie leczniczym. Przypadki wykonywania znieczulenia przez lekarzy nie posiadających wymaganych kwalifikacji, będących w trakcie specjalizacji z anestezjologią i intensywnej terapii dokumentacja medyczna w tych przypadkach nie potwierdziła nadzoru lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii, prowadzenie dokumentacji medycznej indywidualnie i zbiorczej niezgodnie z obowiązującymi przepisami. Karty obserwacji porodu nie były dołączone do historii chorób wszystkich pacjentek.	Zalecenia pokontrolne: Przestrzeganie wymagań zawartych w załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego (Dz. U. z 2015r., poz. 1997), a w szczególności zapisów rozdziału I Postanowienia ogólne ust. 3, 4, 5, 6 i 7. Przestrzeganie zapisów zawartych w § 8 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii. (Dz. U. z 2016 r. poz. 2218). Prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami: rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. 2015. 2069) rozporządzeniem MZ z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2017 r. poz. 2295 z późn. zmian) a w szczególności § 6 ust 1; -ustawa o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi z dnia 5 grudnia 2008 r. (Dz.U. 2018. 151 L.j) art. 11 ust 2 pkt 1). Przestrzeganie zapisów zarządzenia nr 71/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 czerwca 2016r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne., zawartych w § 20 ust 4. Wykonywanie korekty sprawozdania finansowego i rzeczowego zgodnie z wykazem. Skutki finansowe: – zwrot nienależnie przekazanych środków: 8 112,00 zł, – kara umowna: 18 000,84 zł.	
4	POW NFZ	09.7310.029.2018.WKO-RK	22.03.2018 r. 06.04.2018 r.	Indywidualna Praktyka Pielęgniarska Prejs Helena, 37-114 Białobrzegi, Budy Łańcuckie 144	Temat kontroli: Realizacja umowy nr 0907032301201813 o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie świadczeń pielęgniarskiej poz. Okres objęty kontrolą: od 01.01.2018 r. - 06.04.2018 r.	Na podstawie ustaleń opisanych w protokole kontroli, Podkarpacki Oddział Wojewódski NFZ w Rzeszowie, skontrolowaną działalność ze względu na kryterium rzetelności ocenia pozytywnie z nieprawidłowościami. Struktura organizacyjna Podmiotu jest zgodna ze stanem faktycznym. Polisa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej pielęgniarki jest aktualna. Podmiot jest pod nadzorem Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Łańcuchu. W obszarze przekazywana do wiadomości świadczeniobiorców informacja, wymaganych Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej – świadczeniodawca wywiązał się z obowiązku podania do wiadomości świadczeniobiorców wszystkich informacji określonych w § 11 OWU. Stan wyposażenia gabinetu oraz nieszpera pielęgniarki 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. Kwalifikacje pielęgniarki Heleny Prejs spełniają wymagania określone w art. 5 pkt 28 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. a 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 zasobów” potwierdziła zgodność ze stanem faktycznym. Harmonogram pracy potwierdziła dostępność do świadczeń pielęgniarki poz. Skontrolowana dokumentacja medyczna prowadzona jest czytelnie. Strony spięte, stanowią chronologicznie uporządkowaną całość. Wszystkie wpisy autoryzowane pieczęcią i podpisem pielęgniarki. Do dokumentacji dołączone zlecenia na zabieg, oświadczenia z upoważnieniem do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia pacjenta oraz udzielonych świadczeń zdrowotnych oraz do użytkowania dokumentacji medycznej dotyczącej. Świadczone nieprawidłowości dotyczą: 1. Braku indywidualnych planów opieki w dokumentacji indywidualnej, których obowiązek prowadzenia wynika z Zarządzenia Nr 122/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 15 grudnia 2017 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej. 2. Rozbieżności danych zawartych w kontrolowanej dokumentacji medycznej względem danych sprawozdanych do POW NFZ. 3. Braku danych szczegółowych o wykonanych świadczeniach pielęgniarki poz. w okresie realizacji umowy.	Zalecenia pokontrolne: 1.Wzmoczenie bieżącej nadzoru nad tworzoną dokumentacją medyczną. 2.Wzmoczenie bieżącej nadzoru nad sprawozdawczością informacji o świadczeniach do NFZ. Skutki finansowe: – kara umowna 217,07 zł	
5	POW NFZ	09.7310.042.2018.WKO-RK	09.05.2018 r. - 29.05.2018 r.	Gabinet Poloznej Środowiskowej Rodzinnej Antonina Kuroś 39-310 Radomyśl Wielki, ul. Armii Krajowej 5	Temat kontroli: Realizacja i rozliczenie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie świadczeń położnej poz. Okres objęty kontrolą: 01.01.2018 r. - 29.05. 2018 r., a w zakresie dokumentacji medycznej od 01.01.2018 r. - 31.03.2018 r. –uchylenia, które dotyczą braku: - informacji na temat posiadanych udogodnień dla osób niepełnosprawnych; - zasad zapisów na porady i wizyty, z uwzględnieniem świadczeń udzielanych w warunkach domowych; - adresu i numeru telefonu właściwej miejscowo komarki do spraw skarg i wniosków POW NFZ. Stan wyposażenia gabinetu oraz nieszpera położnej poz. dostosowany do ww. przepisów. Potwierdzono dokonywanie bieżącej kontroli dat ważności przechowywanych farmaceutyków. Kwalifikacje położnej Antoniny Kuroś 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). Harmonogram pracy potwierdziła dostępność do świadczeń położnej poz. Dokumentacja prowadzona jest czytelnie. Kolejne strony stanowią chronologicznie uporządkowaną całość. Dokonane wpisy każdorazowo autoryzowane podpisem i pieczęcią położnej. Potwierdzono realizację 397 świadczeń (na rzecz 62 pacjentów) rozliczonych ceną jednostkową jednostki rozliczeniowej dla	Biorąc pod uwagę kryterium rzetelności, legalności i celowości, POW NFZ skontrolowaną działalność Gabinetu Poloznej Środowiskowej-Rodzinnej Antoniny Kuroś ocenia pozytywnie z uchybieniami . Położna Antonina Kuroś jest wpisana do Księgi Rejestrowej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie. Struktura organizacyjna jest zgodna ze stanem faktycznym. Polisa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej położnej jest aktualna. Podmiot jest pod nadzorem Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Mielcu. W obszarze przekazywana do wiadomości świadczeniobiorców informacja, wymaganych Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U.2016, poz. 1146) –uchylenia, które dotyczą braku: - informacji na temat posiadanych udogodnień dla osób niepełnosprawnych; - zasad zapisów na porady i wizyty, z uwzględnieniem świadczeń udzielanych w warunkach domowych; - adresu i numeru telefonu właściwej miejscowo komarki do spraw skarg i wniosków POW NFZ. Stan wyposażenia gabinetu oraz nieszpera położnej poz. dostosowany do ww. przepisów. Potwierdzono dokonywanie bieżącej kontroli dat ważności przechowywanych farmaceutyków. Kwalifikacje położnej Antoniny Kuroś 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). Harmonogram pracy potwierdziła dostępność do świadczeń położnej poz. Dokumentacja prowadzona jest czytelnie. Kolejne strony stanowią chronologicznie uporządkowaną całość. Dokonane wpisy każdorazowo autoryzowane podpisem i pieczęcią położnej. Potwierdzono realizację 397 świadczeń (na rzecz 62 pacjentów) rozliczonych ceną jednostkową jednostki rozliczeniowej dla	Zalecenia pokontrolne: Uzupełnienie brakujące informacje dla świadczeniobiorców, wymagane przepisami § 11 OWU, tj. -informacji na temat posiadanych udogodnień dla osób niepełnosprawnych; -zasad zapisów na porady i wizyty, z uwzględnieniem świadczeń udzielanych w warunkach domowych; - adresu i numeru telefonu właściwej miejscowo komarki do spraw skarg i wniosków POW NFZ.	
6	POW NFZ	09.7300.036.2018.WKO-RK	09.04.2018r.- 08.05.2018 r.	Kliniczna Szpital Wojewódzki nr 2 im. Św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie 35-301 Rzeszów ul. Lwowska 60	Temat kontroli: Realizacja i rozliczenie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach umowy nr 0901004603201601 o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne wybranych grup JGP związanych z porodem. Okres objęty kontrolą: 01.01.2016 r. -31.2.2016 r.	Na podstawie ustaleń opisanych w protokole kontroli, Podkarpacki Oddział Wojewódzki NFZ w Rzeszowie, skontrolowaną działalność w zakresie udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: leczenie szpitalne wybranych grup JGP związanych z porodem N01, N02, N09, N11, N13 ze względu na kryterium rzetelności ocenia pozytywnie z uchybieniami . Kontroli poddano 100 historii chorób z zakresu 03-4450.260.02_„Pozniokciwio - histologia - hospitalizacja II poziom referencyjny” sprawozdanych, jako grupa N01, N02, N03, N09, N11, N13, reprezentujące wszystkie miesiące w 2016 roku. W toku kontroli dokonano przeglądu i analizy dokumentacji medycznej pod kątem poprawności sprawozdanych rozpoznań wyznaczających grupę, prawidłowości sprawozdania wykonanych procedur medycznych, poprawności rozliczenia świadczeń wg grup JGP oraz porównania zgodności danych przekazywanych w raportach statystycznych z wpisami w dokumentacji medycznej. We wszystkich historich chorób stwierdzono zgodny z danymi sprawozdawczymi do NFZ i poprawnie udokumentowany wybór produktu rozliczeniowego, w tym udokumentowanie wykonanych procedur medycznych (leczenia, opisy wyników badań, opisy zabiegów). Sprawozdane Produkty do sumowania zostały poprawnie udokumentowane Wszystkie kontrolowane historie chorób zawierały kartę obserwacji porodu zgodną ze wzorem (załącznik nr 7 do w/w zarządzeń Prezesa NFZ). Karty były prawidłowo wypełnione i posiadały kompletne dane. Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły zgodności dokumentacji medycznej z obowiązującymi w tym zakresie przepisami: - część wpisowa historii chorób z wydruku z systemu informatycznego - brak wpisów rozpoznań końcowych, - rozpoznanie główne i rozpoznanie uzupełniające znajdujące się na ostatniej stronie historii choroby, jako wpisy odrębne, w znacznej w części historii chorób są nie kompletne. - wykaz procedur w części wpisowej historii choroby – niezgodne ze stanem faktycznym daty zabiegów, - karta informacyjna leczenia szpitalnego - stosowanie wyłącznie rozpoznań opisowych, niezgodnych z Międzynarodową	W toku kontroli dokonano przeglądu i analizy dokumentacji medycznej pod kątem poprawności sprawozdanych rozpoznań wyznaczających grupę, prawidłowości sprawozdania wykonanych procedur medycznych, poprawności rozliczenia świadczeń wg grup JGP oraz porównania zgodności danych przekazywanych w raportach statystycznych z wpisami w dokumentacji medycznej. Stwierdzone rodzaje nieprawidłowości: Niezgodności danych sprawozdanych do NFZ z wpisami w dokumentacji medycznej skutkujące zmianą wartości rozliczenia. Nieprawidłowości dokumentacji medycznej dotyczą zgodności dokumentacji medycznej z obowiązującymi w tym zakresie przepisami.	Zalecenia pokontrolne: Prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami tj. Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U.2015.2069).
7	POW NFZ	09.7300.048.2018.WKO-RK	11.05.2018 r. - 05.06.2018 r.	Wojewódzki Szpital Podkarpacki im. Jana Pawła II w Krośnie 38-400 Krosno ul. Korczyńska 57	Temat kontroli: Realizacja i rozliczenie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach umowy nr 0901004003201601 z dnia 30.12.2015 r. o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: leczenie szpitalne wybranych grup JGP związanych z porodem. Okres objęty kontrolą: 01.01.2016 r. -31.12.2016 r.	Na podstawie ustaleń opisanych w protokole kontroli, Podkarpacki Oddział Wojewódzki NFZ w Rzeszowie, skontrolowaną działalność w zakresie udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: leczenie szpitalne wybranych grup JGP związanych z porodem N01, N02, N03, N20 ze względu na kryterium rzetelności ocenia pozytywnie z nieprawidłowościami . W toku kontroli dokonano przeglądu i analizy dokumentacji medycznej pod kątem poprawności sprawozdanych rozpoznań wyznaczających grupę, prawidłowości sprawozdania wykonanych procedur medycznych, poprawności rozliczenia świadczeń wg grup JGP oraz porównania zgodności danych przekazywanych w raportach statystycznych z wpisami w dokumentacji medycznej. Stwierdzone rodzaje nieprawidłowości: Niezgodności danych sprawozdanych do NFZ z wpisami w dokumentacji medycznej skutkujące zmianą wartości rozliczenia. Nieprawidłowości dokumentacji medycznej dotyczą zgodności dokumentacji medycznej z obowiązującymi w tym zakresie przepisami.	Zalecenia pokontrolne: 1. Dostosowanie dokumentacji medycznej do obowiązujących w tym zakresie przepisów tj. 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. 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 prawidłowo zakwalifikowanie zakończonych hospitalizacji do właściwej grupy JGP zgodnie z wykonanymi świadczeniami. Skutki finansowe: – zwrot nienależnie środków 12 779,12 zł – kara umowna 12 029,42 zł	

LP	Jednostka organiz. NFZ przewoź. adz. kontrolę	Numer postępow. kontrolnego	Termin przeprowadz. kontroli	Podmiot kontrolowany: nazwa i adres	Temat kontroli, okres objęty kontrolą	Informacja dotycząca ustaleń z kontroli	Zalecenia pokontrolne i skutki finansowe/ link
8	POW NFZ	09.7320.033 2018.WKO- RK	31.03.2018- 10.05.2018 r.	Szpital Specjalistyczny Pro Familia Spółka z ograniczoną odpowiedzialno ścią Spółka Komandytowa Ul. Witolda 6b, 35-302 Rzeszów	Temat kontroli: Realizacja świadczeń w ramach umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenia szpitalne w zakresie świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.	<p>pozytywne oceniono:</p> <ul style="list-style-type: none"> organizację udzielania świadczeń personelu pielęgniarskiego, zawarte umowy i podwykonawców w zakresie świadczeń udzielanych w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy, wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną, skład zestawu przeciwostrowięziowego, informacje podane do wiadomości pacjentów, pozytywne z uchybeniami oceniono spełnienie wymagań lokalowych, ponieważ brak było pomieszczenia do przechowywania dokumentacji medycznej oraz leków, wyrobów medycznych i środków pomocniczych. <p>Uchybenia oceniono prowadzenie dokumentacji medycznej. Uchybenia stwierdzono w prowadzeniu księgi zabiegów za miesiąc październik 2017 r.</p> <p>Negatywnie oceniono organizację udzielania świadczeń. Brak było lekarza pełniącego dyżur w gabinecie w następujących dniach:</p> <ul style="list-style-type: none"> 16 marca (piątek) od godziny 18.00 do 8.00 dnia następnego, 17 marca (sobota) od godziny 8.00 do 8.00 dnia następnego, 18 marca (niedziela) od godziny 8.00 do 18.00, 19 marca (poniedziałek) od godziny 18.00 do 8.00 dnia następnego, 1 kwietnia (świecznica) od godziny 8.00 do 20.00, 2 kwietnia (dzień świąteczny) od godziny 8.00 do 20.00, 6 kwietnia (piątek) od godziny 18.00 do 8.00 dnia następnego, 8 kwietnia (niedziela) od godziny 8.00 do 20.00. 	<p>Zalecenia pokontrolne:</p> <ol style="list-style-type: none"> Kontynuowanie przez Świadczeniobiorcę działań, ocenionych przez POW NFZ pozytywnie. 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). Organizowanie pomieszczenia do przechowywania dokumentacji medycznej oraz leków, wyrobów medycznych i środków pomocniczych zgodnie z załącznikiem do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej część V ust. 1 pkt 3. Zabezpieczenie obsady lekarskiej w gabinecie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, 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. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. <p>Skutki finansowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> kara umowna: 8 246,34 zł.
9	POW NFZ	09.7320.6.2 018.WKO- RK	12.02.2018- 30.03.2018 r.	Beta Med. S.A. Ul. Mikołowska 100A/802, 40- 065 Katowice	Temat kontroli: Realizacja świadczeń w ramach umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia pielęgnacyjnego i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej w zakresie świadczenia w pielęgnarskiej opiece długoterminowej domowej. Okres objęty kontrolą: 01.07.2017-30.03.2018 r.	<p>pozytywne oceniono:</p> <ol style="list-style-type: none"> pozytywne oceniono warunki lokalowe, wyposażenie w sprzęt, aparaturę medyczną i produkty lecznicze ze obu miejsc udzielania świadczeń w Tarnobrzegu ul. Targowa 4 39-400 Tarnobrzeg i w Rzeszowie ul. Żenitowa 2 35-301 Rzeszów. pozytywne oceniono wyposażenie neseserów pielęgnarskich znajdujących się w gabinetach zabiegowych w obu miejscach udzielania świadczeń. pozytywne oceniono udogodzenie świadczeniobiorcom wymaganych informacji na tablicach ogłoszeń na zewnątrz i wewnątrz budynku w obu miejscach udzielania świadczeń. pozytywne oceniono prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej w obu miejscach udzielania świadczeń. pozytywne oceniono wypłatę podwykztałt dla pielęgniarek ustaloną na podstawie § 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej z dnia 8 września 2015 r. (Dz. U. z 2016 r. poz. 1146 z późn. zm.). <p>Negatywnie oceniono przestrzeganie rozporządzenia kryterialnego w zakresie spełnienia zgłoszonych w ofercie harmonogramów personelu w miejscu udzielania świadczeń - BetaMed S.A. Rzeszów ul. Żenitowa 2, 35-301 Rzeszów. W czasie prowadzonej kontroli stwierdzono, że świadczeniodawca realizuje świadczenia niezgodnie z rozporządzeniem kryterialnym.</p> <p>Negatywnie oceniono personel wykonujący świadczenia pod względem zgodności z załącznikiem nr 2 do umowy harmonogram – zasoby w obu miejscach udzielania świadczeń - BetaMed S.A. w Rzeszowie na ul. Żenitowej 2 i w Tarnobrzegu na ul. Targowej 4.</p> <p>Negatywnie oceniono zgłoszenie 2 pielęgniarek do udzielania świadczeń w Beta Med S.A. w godzinach, które pokrywały się z czasem pracy tych pielęgniarek w oddziałach szpitalnych.</p>	<p>Zalecenia pokontrolne:</p> <ol style="list-style-type: none"> Przestrzeganie udzielania świadczeń zgodnie z aktualnie obowiązującym załącznikiem nr 2 do umowy Harmonogram – Zasoby. Przestrzeganie przez cały okres obowiązywania umowy w miejscu udzielania świadczeń – Rzeszów ul. Żenitowa 2, zapisów rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczególnych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy, o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej wymienionych w załączniku nr 6 Wykazu szczególnych kryteriów wyboru ofert wraz z wyznaczającymi je warunkami oraz przypisaną im wartość w rodzaju świadczenia pielęgnacyjnego i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, w tabeli nr 1 – Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej; 7. Przedmiot postępowania: Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa, do których świadczeniodawca zobowiązał się w ofercie. Przestrzeganie § 6 ust. 4 ogólnych warunków umów stanowiącego, że osoba udzielająca świadczeń u jednego świadczeniodawcy nie może być zgłoszona w tych samych godzinach przez inny podmiot. <p>Skutki finansowe</p> <ul style="list-style-type: none"> kara umowna: 7 887,46 zł.
10	POW NFZ	09.7320.018 2018.WKO- RK	16.02.2018r. -08.03.2018r.	ARTROMED Sp. z o.o. Sp. k ul. Kazanowska 8, 37-700 Przemysł	Temat kontroli: Kontrola realizacji umowy nr 0903124405201701PG z dnia 29.09.2017 r., o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza, w szczególności sprawdzenie zgodności danych zawartych w umowie w odniesieniu do stanu faktycznego. Okres objęty kontrolą: 01.10.2017 r. - 16.02.2018 r.	<p>Podkarpacki Oddział Wojewódzki NFZ w Rzeszowie skontrolowała działalność w zakresie objętym kontrolą oceni negatywnie.</p> <p>Kontrola dokumentów udośćnionych przez ARTROMED Sp. z o.o. Sp. k wykazała, że świadczeniodawca nie zawarł umowy, na podstawie której miałyby być udzielane świadczenia przez specjalistę fizjoterapii. Pomimo tego dane osobiste specjalisty znalazły się w aktach stanowiących integralną część ofert, podnosząc ich wartość punktową. Zaistniała sytuacja w sposób znaczący wpłynęła na pozycję rankingową w postępowaniu konkursowym, na podstawie którego wyłoniono Artromed Sp. z o.o. Sp. k. do zawarcia umowy w rodzaju rehabilitacji medycznej i zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej i fizjoterapii domowej. Oferta Artromed w zakresie fizjoterapii domowej, zakładając brak specjalisty fizjoterapii nie zostałaby wybrana do podpisania umowy z POW NFZ. Ponadto dla 4 pracowników wykazanych w obydwu realizowanych przez świadczeniodawcę zakresach świadczeń, okres zatrudnienia był krótszy niż wskazany w załączniku nr 2 do umowy „Harmonogram – zasoby”. Wymiar godzinowy zatrudnienia 2 fizjoterapeutów wynikający z dokumentów udośćnionych przez świadczeniodawcę był mniejszy niż łączny tygodniowy wymiar zatrudnienia w umowie zawartej z POW NFZ umowie.0903124405201701PG.</p>	<p>Zalecenia pokontrolne:</p> <p>Zalecono aktualizowanie na bieżąco danych o swoim potencjale wykonawcy przeznaczonym do realizacji umowy zgodnie ze stanem faktycznym. Należono karę umowną w wysokości 1 282,16 zł (jeden tysiąc dwieście osiemdziesiąt dwa złote 16/100), stanowiącą 2 % kwoty zobowiązania określonej w umowie oraz rozwiązano umowę w zakresie fizjoterapii domowej bez zachowania okresu wypowiedzenia.</p>
11	POW NFZ	09.7320.032 2018.WKO- RK	04.04.2018r.- 18.05.2018r.	Gabinet Fizjoterapii "TERAPEUTA" Rafał Wisniewski, Aleja Niepodległości 9/60, 39-300 Mielec	Temat kontroli: Kontrola realizacji umów nr 0913003605201701Z z dnia 30.12.2016 r., 0913003605201701PG z dnia 29.09.2017 r. oraz 0913003605201801 z dnia 29.12.2017 r. o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza, a w szczególności sprawdzenie zasadności złożonej skargi. Okres objęty kontrolą: 01.01.2017 r. do 18.05.2018 r.	<p>Na podstawie ustaleń opisanych w protokole kontroli, Podkarpacki Oddział Wojewódzki NFZ w Rzeszowie skontrolowała działalność w zakresie objętym kontrolą oceni negatywnie.</p> <p>Ustalenia kontroli wykazały nieprawidłowości pod względem:</p> <ul style="list-style-type: none"> Niepodania do wiadomości świadczeniobiorców informacji wymaganych rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. (Dz. U. z 2016 r. poz. 1146) Braku zgodności danych dotyczących personelu wykazanego w załączniku nr 2 „Harmonogram – zasoby” do umów ze stanem faktycznym. Braku części sprzętu wykazanego w załączniku nr 2 do umowy Ponadto dla 2 aparatów wykazanych w załączniku do umowy brakowało dokumentów potwierdzających badanie stanu technicznego i odpowiedniego urządzenia do użytkowania. W wyniku przeprowadzonych w miejscu udzielania świadczeń, stwierdzono również brak bieżącej kontroli dat ważności preparatów używanych do szybkiej dezynfekcji nieinwazyjnych wyrobów medycznych Braku dokumentacji medycznej udzielonych malebnym pacjentom w miejscu udzielania świadczeń w Chorzelowie w okresie 27.09.2017 r. – 29.09.2017 r., której dotyczy skarga inicjująca kontrolę Przerwy w udzielaniu świadczeń w okresie 11.09.2017 r. – 29.09.2017 r., bez zgody Dyrektora POW NFZ Braku dokumentacji medycznej zbierczej Braku uwzględnienia zgłoszenia do dyskusji ankietowa informacji o stanie zdrowia oraz do dyskusji ankietowa dokumentacji medycznej. Podmiot nie zapoatrjuje się również w leki i wyroby medyczne niezbędne do wykonania zabiegów fizjoterapeutycznych, korzysta z leków przyniesionych przez pacjentów Braku właściwego oznaczenia osób udzielających świadczeń, rozbieżności w personaliu wykazanym w dokumentacji papierowej oraz w rozliczeniu elektronicznym przekazanym do POW NFZ w Rzeszowie. W jednym przypadku zawyżony liczbę rozliczonych zabiegów Niegodnego z przepisami sposobu prowadzenia list oczekujących na udzielenie świadczenia. 	<p>Zalecenia pokontrolne:</p> <p>Zalecono - uzupełnienie informacji dla świadczeniobiorców wymaganych § 11 „Ogólnych warunków umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej” (Dz. U. z 2016 r. poz. 1146),</p> <p>aktualizowanie na bieżąco danych o swoim potencjale wykonawcy przeznaczonym do realizacji umowy</p> <p>udzielenie świadczeń zgodnie z przepisami określonymi w „Ogólnych warunkach umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej”</p> <p>wprowadzenie bieżącej kontroli dat ważności preparatów używanych do szybkiej dezynfekcji nieinwazyjnych wyrobów medycznych, oraz sprzętu używanego do zabiegów fizykoterapii</p> <p>zapobieganie się we własnym zakresie w wydawanie bez recepty leki oraz wyroby medyczne wykorzystywane przy udzielaniu świadczeń</p> <p>prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z zapisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. (Dz. U. z 2015 r. poz. 2069).</p> <p>wprowadzenie list osób oczekujących na udzielenie świadczenia zgodnie z zapisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o t.j. Dz.U. z 2017 r., poz. 1938),</p> <p>złożenie korekty w sprawozdaniach: finansowym i rzeczowym na kwotę 30,00 zł (trzydzieści złotych)</p> <p>Skutki finansowe:</p> <p>Należono karę umowną w wysokości 5 200,37 zł (pięć tysięcy dwieście złotych i 37/100 groszy).</p>
12	POW NFZ	09.7320.037 2018.WKO- RK	10.04.2018- 15.05.2018	Odśrodek Rehabilitacji Ruchowej TUTMED Anna Tutak-Walasz, 5A-462 Rzeszów, ul. Architektów 11/44	Temat kontroli: Realizacja i rozliczanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej nr 0903093402201701 oraz nr 0903093402201801 w rodzaju Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna w zakresie otolaryngologia – świadczenia zabiegowe. Okres objęty kontrolą: 01.01.2017-19.05.2018	<p>Kontrola ustaliła brak zapewnienia pacjentom realizacji świadczeń gwarantowanych w poradni otolaryngologicznej w zakresie obejmującym cały proces leczenia. Informacje przekazane w aktach świadczą o tym, że nie wszyscy pacjenci akceptują łączenie świadczeń udzielanych na ubezpieczenie z świadczeniami płatnymi i nie wszyscy „świadomie i dobrowolnie” decydują się na kontynuację leczenia w ramach wyżej płatnych. Pacjenci z ustalonym przez lekarza planem leczenia nie mają zapewnionej jego realizacji, w rejestracji nie są zapisywani na wykazany dzień tylko na pierwszy wolny termin, a w przypadku braku wolnych miejsc proponowany jest termin wyżej prywatny, co narusza prawa pacjenta w zakresie dostępu do świadczeń w terminach wynikających z podjętej przez lekarza decyzji terapeutycznej. W okresie objętoj kontroli, świadczenia w poradni udzielane były w dniach zgodnych z harmonogramem określonym w załączniku nr 2 do umowy, ale z przerwami, co skutkowało ograniczeniem dostępności do świadczeń. Pacjenci zgłaszający się po raz pierwszy do poradni zapisywani są na listę oczekujących z wyznaczeniem terminu przyjęcia. Natomiast z analizy listy wynikało, że planowane terminy realizacji świadczeń nie są ustalane w kolejności badania podmiotowego i/lub przedmiotowego, brak zapisu wykonanych czynności w typie opisu procedury zabiegowej, brak wyników wykazanych badań USG. Nieprawidłowości w realizacji diagnostyki USG. Dostęp do badań USG dla poradni urazowo-ortopedycznej świadczeniodawca zapewnia we własnym zakresie. Badania USG wykonywane przez lekarzy udzielających świadczeń, dla których nie udokumentowano umiejętności wykonywania określonych badań USG. Dla aparatu USG nie</p>	<p>Zalecenia pokontrolne: Dostosować zasady rejestracji do wymogów wynikających z zawartej z POW NFZ umowy.</p> <p>Podjąć działania w celu opracowania zasad rejestracji uwzględniających potrzebę zapewnienia, pacjentom objętym leczeniem, kontynuację leczenia zgodnie z podjętą przez lekarza decyzją terapeutyczną/ zgodnie z planem leczenia.</p> <p>Doprowadzić do udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej na zasadach określonych w ustawie ze szczególnym uwzględnieniem kompleksowości udzielanych świadczeń obejmującej niezbędne etapy i elementy procesu ich realizacji. Bezwzględnie przestrzegać zasady ich świadczenia udzielane w ramach umowy z Funduszem są w całości finansowane ze środków publicznych i dla pacjenta są bezpłatne.</p> <p>Przestrzeganie obowiązku udzielania świadczeń zgodnie z harmonogramem podanym w załączniku nr 2 do umowy.</p> <p>Prowadzić listy pacjentów oczekujących na udzielenie świadczenia zgodnie z art. 20 ust. 1, ust 4 i ust 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Dokumentację zbiorczą prowadzoną w formie Księgi Zabiegów doprowadzić do stanu zgodnego z przepisami § 32 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.</p> <p>Przestrzeganie wymogu udzielania świadczeń przy użyciu aparatury i sprzętu medycznego posiadającego stosowne certyfikaty, atesty lub inne dokumenty potwierdzające dopuszczenie aparatury do użytku oraz zapewnienie stałego nadzoru nad aktualnym stanem technicznym i wytrzymałością wykonanych urządzeń.</p> <p>Przestrzeganie wymogu wykonywania badań diagnostycznych wyłącznie przez podmioty zgłoszone w załączniku nr 3 do umowy. Zapewnić dostęp do badań USG spełniających warunki wymagane, zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu AOS.</p> <p>Doprowadzić indywidualną dokumentację medyczną do stanu wymaganego przepisami obowiązującego rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.</p> <p>Przestrzeganie przepisów dotyczących kwalifikowania i wykazywania świadczeń, zgodnie z warunkami umowy zawartej z NFZ.</p> <p>Wykonanie korekty sprawozdania: finansowego i rzeczowego z zamkniętych sprawozdań zgodnie z wykazem zakwestionowanych paragrafów.</p> <p>Skutki finansowe:</p> <p>Należono karę umowną w wysokości 1 786,30 zł.</p>
13	POW NFZ	09.7310.055 2018.WKO- RK	17.05.2018- 19.06.2018	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej 37-200 Przeworsk, ul. Szpitalna 16	Temat kontroli: Realizacja i rozliczanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej nr 09010004402201701 oraz nr 09010004402201801 w rodzaju Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna w zakresie otolaryngologia – świadczenia zabiegowe. Okres objęty kontrolą: 01.01.2017-19.06.2018	<p>Świadczenia udzielane zgodnie z harmonogramem podanym w załączniku nr 2 do umowy, ale z przerwami, co skutkowało ograniczeniem dostępności do świadczeń.</p> <p>Prowadzona Księga Zabiegów zawiera wykaz zabiegów wykonanych w gabinecie zabiegowym z informacją o rodzaju zabiegu ale bez adnotacji o jego przebiegu.</p> <p>Podwykonawca w zakresie badań audiometrycznych nie został zgłoszony w załączniku nr 3 do umowy – Wykaz podwykonawców. Uchybenia w prowadzeniu dokumentacji medycznej indywidualnej.</p> <p>Dokumentacja indywidualna prowadzona w wersji papierowej, na formularzach – Historia zdrowia i choroby, w formie wydruków z programu komputerowego. Formularz zawiera oznaczenie podmiotu, nie zawsze z podaniem wymaganych kodów resortowych – nie ma kodu stanowiącego część VII systemu resortowych kodów. Wpisy, przy udzielaniu pacjentowi świadczenia po raz pierwszy, nie zawierają informacji dotyczących ogólnego stanu zdrowia, przebiegu choroby, wywiadu rodzinnego. Świadczenie zabiegowe obejmuje wpis kodu procedury i nazwy czynności, bez opisu realizacji zabiegu.</p> <p>Nieprawidłowości w kwalifikacji świadczeń – Wykazano świadczenie specjalistyczne w trakcie postępowania diagnostycznego, przy poradach ze zleceniem wykonania badań diagnostycznych, bez skompletowania wyników zleczanych badań. Do rozliczenia, jako świadczenia specjalistyczne, wykazano etap świadczenia – etap postępowania diagnostycznego. W raporcie statystycznym wykazano procedury diagnostyczne, a w dokumentacji medycznej nie ma wyników wykazanych badań, nie ma potwierdzenia wykonania procedury. W raporcie Statystycznym wykazano procedury obejmujące badanie otolaryngologiczne, w tym pełne badanie wzniernkowe, procedury wykazywane standardowo bez wskazań do ich wykonania, bez uzasadnienia wynikającego z decyzji terapeutycznej. Wykazano do sprawozdania świadczenia pohospitalizacyjne, a świadczenia nie spełniają kryteriów wymaganych dla świadczenia pohospitalizacyjnego określonych w Zarządzeniu nr 62/2016/DSOZ Prezesa NFZ. Do sprawozdania</p>	<p>Zalecenia pokontrolne:</p> <p>Przestrzeganie wymogu udzielania świadczeń zgodnie z harmonogramem określonym w załączniku nr 2 do umowy, w sposób ciągły, przez cały okres obowiązywania umowy. Dokumentację zbiorczą prowadzoną w formie Księgi Zabiegów doprowadzić do stanu zgodnego z przepisami § 32 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.</p> <p>Doprowadzić indywidualną dokumentację medyczną do stanu wymaganego przepisami obowiązującego rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.</p> <p>Przestrzeganie przepisów dotyczących kwalifikowania i wykazywania świadczeń, zgodnie z warunkami umowy zawartej z NFZ.</p> <p>Przestrzeganie wymogu opisywania wykazanych czynności oraz dokumentowania realizacji procedur zabiegowych. Wykazwać do sprawozdania procedury i świadczenia spełniające kryteria określone w zarządzeniu wykonania procedury w warunkach umowy.</p> <p>Wykonanie korekty sprawozdania: finansowego i rzeczowego z zamkniętych sprawozdań zgodnie z wykazem zakwestionowanych paragrafów.</p> <p>Skutki finansowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> zwrot niezrealizowane przekazanych środków 1 396,82 zł. kara umowna: 1 786,30 zł.

Lp	Jednostka organiz. NFZ przeprowadz. kontrolę	Numer postępow. kontrolnego	Termin przeprowadz. kontroli	Podmiot kontrolowany: nazwa i adres	Temat kontroli, okres objęty kontrolą	Informacja dotycząca ustaleń z kontroli	Zalecenia pokontrolne i skutki finansowe/ link
14	POW NFZ	09.7310.012 2018.WKO- RK	14.02.2018- 23.03.2018	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Stomatologicznej	Temat kontroli: Analiza indywidualnej dokumentacji medycznej pacjentów wykazanych w zaliczniku nr 1 do zawiadomienia rozliczonych w 2017 roku w ramach realizacji umów zawartych z Podkarpackim Oddziałem Wojewódzkim NFZ nr 09010034072017011 z dnia 30.12.2016r., nr 09010034072017011G z dnia 17.07.2017r., o udzielenie świadczeń w rodzaju: leczenie stomatologiczne, w zakresie: świadczenia ogólnostomatologiczne udzielane w zliczeniu ogólnym o kodzie 07.0000.219.02 oraz dostępność do świadczeń w 2018r. na podstawie planu kontroli na 2018r. Okres objęty kontrolą: 01.01.2017 r. - 31.12.2017r	POW NFZ ocenia pozytywnie z nieprawidłowościami pod względem legalności i rzetelności działalności Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Stomatologicznej ze względu na: 1.Brak prawidłowych danych na pieczęcie nagłówekowej oznaczającej podmiot w tym kod identyfikacyjny, nazwę jednostki organizacyjnej i kod resortowy i V nazwę komórki organizacyjnej i kod resortowy stanowiący część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. 2015 poz. 2069) §10 ust.1, pkt.1, lit. a, b, c, d, e, f, które określają jakie dane powinny znaleźć się w oznaczeniu podmiotu. Wyjaśnienia i zobowiązanie świadczeniodawcy dotyczące powyższej nieprawidłowości zawarte na 9 str. Protokołu Kontroli zostały przyjęte i uznane przez zespół kontroli.	Zalecenia pokontrolne: 1. Przechowanie zapisów 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) §10 ust.1, pkt.1, lit. a, b, c, d, e, f, które określają jakie dane powinny znaleźć się w oznaczeniu podmiotu. 2.Przechowanie 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) § 8 pkt 1, 2 i 3
15	POW NFZ	09.7310.031 2018.WKO- RK	09.04.2018- 27.04.2018	Samodzielny Publiczny Zespół Podstawowej Opieki Zdrowotnej	Temat kontroli: Kontrola planowa w Samodzielnym Publicznym Zespole Podstawowej Opieki Zdrowotnej 38 – 540 Zagórz, ul. J. Piłsudskiego 4 w ramach realizacji umów zawartych z Podkarpackim Oddziałem Wojewódzkim NFZ nr 0901005072017011G z dnia 31.08.2017r., o udzielenie świadczeń w rodzaju: leczenie stomatologiczne, w zakresie: świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia oraz dostępność do świadczeń zgodnie z umową nr 090100507201801 z dnia 29.12.2017r. na podstawie planu kontroli na 2018r. Okres objęty kontrolą: 07.04.2017r. – do dnia zakończenia kontroli	Podkarpacki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Rzeszowie przedstawia pozytywną z uchybeniami ocenę częściową ze względu na kryterium rzetelności, legalności i celowości ze względu na: 1.Brak prawidłowych danych na pieczęcie nagłówekowej oznaczającej podmiot w tym kod identyfikacyjny, nazwę jednostki organizacyjnej i kod resortowy V i nazwę komórki organizacyjnej i kod resortowy stanowiący część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. 2015 poz. 2069) §10 ust.1, pkt.1, lit. a, b, c, d, e, f, które określają jakie dane powinny znaleźć się w oznaczeniu podmiotu. 2.Dostawianie się do zapisów § 11 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U.2016 poz.1146 t.j.), w zakresie ust. 1, ust. 4 pkt 1, 2, 6, 7, 8, 11. Wyjaśnienia złożone przez Świadczeniodawcę dotyczące powyższej nieprawidłowości zawarte na 9 str. protokołu kontroli nie zostały uznane przez zespół kontroli. POW NFZ negatywnie pod względem legalności i rzetelności ocenia działalność Samodzielnego Publicznego Zespołu Podstawowej Opieki Stomatologicznej ze względu na: 1. Brak w całości kontrolowanej indywidualnej dokumentacji medycznej świadczeń pacjenta o upoważnieniu osoby bliskiej 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 oraz oświadczenie pacjenta o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania dokumentacji, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej, albo oświadczenie o braku takiego upoważnienia co niegodziwie jest z zapisami §8 ust.1 pkt 1 i 2. 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). Wyjaśnienia złożone przez Świadczeniodawcę dotyczące powyższej nieprawidłowości zawarte na 7 str protokołu kontroli nie zostały uznane przez zespół kontroli. 2. Niespełnienie wymogów § 11 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U.2016 poz.1146 t.j.), w zakresie ust. 1, ust. 4 pkt 1, 2, 6, 7, 8, 11. Wyjaśnienia złożone przez Świadczeniodawcę dotyczące powyższej nieprawidłowości zawarte na 4 str. protokołu kontroli nie mogły być usprawiedliwieniem nastąpiłej nieprawidłowości.	Zalecenia pokontrolne: 1. Przechowanie zapisów 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) §8 ust.1, pkt.1, lit. a, b, c, d, e, f, które określają jakie dane powinny znaleźć się w oznaczeniu podmiotu. 2.Przechowanie 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) § 8 pkt 1, 2 i 3. 3.Dostawianie się do zapisów § 11 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U.2016 poz.1146 t.j.), w zakresie ust. 1, ust. 4 pkt 1, 2, 6, 7, 8, 11. Skutki finansowe: Łączna wartość należonych kar wynosi: 652,88 zł (słownie: sześćset pięćdziesiąt dwa złote osiemdziesiąt osiem groszy).
16	POW NFZ	09.7320.152 2017.WKO- RK	29.11.2017 r.- 22.03.2018 r.	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Praktyka” Tomasz Śliwiski spółka partnerska lekarscy, Stubno 69, 37-723 Stubno	Temat kontroli: Kontrola realizacji umów nr 0903005702201201 z dnia 30.12.2011 r., 0903005702201301 z dnia 31.12.2012 r., 0903005702201401 z dnia 02.01.2014 r., 0903005702201501 z dnia 31.12.2014 r., 0903005702201601 z dnia 31.12.2015 r., 0903005702201701 z dnia 27.12.2016 r., o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie politochnicwa i ginekologii. Okres objęty kontrolą: 01.05.2012 r. do 31.10.2017 r.	1. Negatywnie ze względu na kryterium legalności, celowości i rzetelności oceniono dostępność do świadczeń zdrowotnych, w tym dostępność miejsca udzielania świadczeń, w okresie kontrolowanym 2. Negatywnie ze względu na kryterium legalności, celowości i rzetelności oceniono realizację umów przez NZOZ Praktyka pod względem zrealizowanych, wykazanych do rozliczenia i rozliczonych przez POW NFZ świadczeń w okresie kontrolowanym. 3. Pozytywnie z nieprawidłowościami ze względu na kryterium legalności, celowości i rzetelności oceniono realizację umów przez NZOZ Praktyka pod względem zasad i sposobu udzielania świadczeń, w tym spełnienia wymogów określonych w regulacjach prawnych obowiązujących w okresie kontrolowanym. 4. Pozytywnie z nieprawidłowościami ze względu na kryterium legalności, celowości i rzetelności oceniono sposób prowadzenia dokumentacji medycznej wypływających pacjentów wskazanych do rozliczenia pod względem zgodności z obowiązującymi przepisami prawa.	1. Realizacja bieżącej umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie politochnicwa i ginekologii zawartej z POW NFZ z siedzibą w Rzeszowie zgodnie z jej zapisami. 2. Przechowanie zapisów Ogólnych Warunków Umów. 3. Spełnienie wymogów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. 4. Prowadzenie, przechowywanie, zabezpieczenie 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. 5. Bieżące zapoznanie się z obowiązującymi aktami prawnymi, obowiązującymi regulacjami prawnymi oraz z zapisami obowiązującej umowy. Skutki finansowe: 6. Należenie kary za wykonanie kontrolowanych umów niezgodnie z ich postanowieniami w łącznej wysokości 5 335,95 zł.
17	POW NFZ	09.7320.040 2018.WKO- RK	15.05.2018- 29.05.2018	Gabinet Dermatologiczny i lek. med. Irena Serduka, ul. Wojska Polskiego 5, 37 – 450 Stalowa Wola	Temat kontroli: Kontrola organizacji udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w Gabinetce Dermatologicznym lek. med. Irena Serduka, ul. Wojska Polskiego 5, 37-450 Stalowa Wola w ramach realizacji umowy zawartej z Podkarpackim Oddziałem Wojewódzkim NFZ z siedzibą w Rzeszowie nr 0915007102201801 z dnia 29 grudnia 2017 r. o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna. Okres objęty kontrolą: 01.01.2018 r. do 31.03.2018 r	1. Świadczeniobiorca nie zapewnił dostępności do świadczeń z zakresu dermatologii i wenerologii w okresie kontrolowanym. 2. Świadczeniodawca wykazał do systemu w ramach realizacji umowy w 2018 r. pielęgniarkę E. K., która jak wynika z wyjaśnień złożonych przez świadczeniodawcę od 01.01.2018 r. nie pracowała w poradni dermatologicznej. 3. Świadczeniodawca spełnił wymóg (warunek realizacji świadczeń) dotyczący personelu udzielającego świadczeń z zakresu dermatologii i wenerologii zgodnie z zapisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. 4. Świadczeniodawca nie spełnił wymogów (warunków realizacji świadczeń) dotyczących wyposażenia gabinetu dermatologicznego w sprzęt i aparaturę medyczną zgodnie z zapisami rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych. 5. Świadczeniodawca nie spełnił wymogów dotyczących dostępności do badań lub procedur medycznych zgodnie z rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych - nie wykazał do systemu informatycznego POW NFZ wszystkich podwykonawców. 6. Świadczeniodawca nie spełnił wymogów § 11 ogólnych warunków umów. 7. Świadczeniodawca nie spełnił wymogów § 13 ust. 1 ogólnych warunków umów.	Zalecenia pokontrolne: 1. Bieżące zapoznanie się z obowiązującymi aktami prawnymi, regulacjami prawnymi oraz obowiązującą umową . 2. Wykonywanie umowy zgodnie z warunkami udzielania świadczeń określonymi w ustawie o świadczeniach, w rozporządzeniach ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych objętych umową, rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej oraz zgodnie ze szczegółowymi warunkami umów. 3. Spełnienie wymogów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. 4. Spełnienie wymogów Ogólnych warunków umów. 5. Właściwa organizacja pracy pozwalająca na należyte przestrzeganie obowiązujących przepisów w zakresie organizacji i zasad udzielania świadczeń w ramach umowy zawartej z POW NFZ. Bieżące aktualizowanie danych o swoim potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy. Skutki finansowe: -Należenie kary za wykonanie kontrolowanych umów niezgodnie z ich postanowieniami w łącznej wysokości 644,16 zł .
18	POW NFZ	09.7320.054 2018.WKO- RK	23.05.2018 – 20.06.2018	Prywatny Gabinet Lekarski lek. med. Janina Halliak, ul. Adam Mickiewicza 168, 37 – 600 Lubaczów	Temat kontroli: Kontrola organizacji udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w Prywatnym Gabinetce Lekarskim lek. med. Janina Halliak, ul. Adama Mickiewicza 168, 37 – 600 Lubaczów, w ramach realizacji umowy zawartej z Podkarpackim Oddziałem Wojewódzkim NFZ z siedzibą w Rzeszowie nr 0915004002201801 z dnia 29 grudnia 2017 r. o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.	1. Świadczeniobiorca nie zapewnił dostępności do świadczeń z zakresu reumatologii w okresie kontrolowanym, tj. od 01.01.2018 r. do 29.06.2018r. 2. Świadczeniodawca wykazał do systemu w ramach realizacji umowy w 2018 r. pielęgniarkę G. Ch., która jak wynika z wyjaśnień złożonych przez świadczeniodawcę, od 01.01.2017 r. nie pracuje w poradni reumatologicznej. 3. Świadczeniodawca spełnił wymóg (warunek realizacji świadczeń) dotyczący personelu udzielającego świadczeń z zakresu reumatologii zgodnie z zapisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. 4. W trakcie kontroli w poradni reumatologicznej ustalono, iż świadczeniodawca nie wykazał do systemu w ramach realizacji umowy w 2018 r. całego sprzętu będącego w stanie w gabinecie reumatologicznym. 5. Świadczeniodawca nie spełnił wymogów dotyczących dostępności do badań lub procedur medycznych zgodnie z rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych. Świadczeniodawca nie zgłosił do systemu informatycznego POW NFZ wszystkich podwykonawców niezbędnych do realizacji umowy w 2018 r. 6. Świadczeniodawca nie spełnił wymogów § 11 ogólnych warunków umów. 7. Świadczeniodawca przedłożył polisy OC za cały okres objęty kontrolą.	Zalecenia pokontrolne: 1. Bieżące zapoznanie się z obowiązującymi aktami prawnymi, regulacjami prawnymi oraz obowiązującą umową . 2. Wykonywanie umowy zgodnie z warunkami udzielania świadczeń określonymi w ustawie o świadczeniach, w rozporządzeniach ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych objętych umową, rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej oraz zgodnie ze szczegółowymi warunkami umów. 3. Spełnienie wymogów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. 4. Spełnienie wymogów Ogólnych warunków umów. 5. Właściwa organizacja pracy pozwalająca na należyte przestrzeganie obowiązujących przepisów w zakresie organizacji i zasad udzielania świadczeń w ramach umowy zawartej z POW NFZ. Bieżące aktualizowanie danych o swoim potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy. Skutki finansowe: Należenie kary za wykonanie kontrolowanych umów niezgodnie z ich postanowieniami w łącznej wysokości 2 518,04 zł .
19	POW NFZ	09.7320.057 2018.WKO- RK	28.05.2018 – 19.06.2018	Przychodnia przy ul. Leszczyńskiego dr. n. med. Marta Leszczyńska, Dębowiec 81, 38 – 220 Dębowiec	Temat kontroli: Kontrola organizacji udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w Przychodni Zdrowia dr. n. med. Marta Leszczyńska, Dębowiec 81, 38 – 220 Dębowiec, w ramach realizacji umowy zawartej z Podkarpackim Oddziałem Wojewódzkim NFZ z siedzibą w Rzeszowie nr 0903105002201801 z dnia 29 grudnia 2017 r. o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie politochnicwa i ginekologii.	1. Świadczeniobiorca nie zapewnił dostępności do świadczeń z zakresu politochnicwa i ginekologii w okresie kontrolowanym, tj. od 01.01.2018 r. do 29.06.2018 r. 2. Świadczeniodawca spełnił wymóg (warunek realizacji świadczeń) dotyczący personelu udzielającego świadczeń z zakresu reumatologii zgodnie z zapisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. 3. Świadczeniodawca spełnił wymóg (warunku realizacji świadczeń) dotyczący wyposażenia gabinetu ginekologiczno – politochnicwa w sprzęt i aparaturę medyczną zgodnie z zapisami rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych. 4. Świadczeniodawca, w okresie kontrolowanym, nie wykazał do systemu POW NFZ wszystkich podwykonawców z kontrolowanego zakresu świadczeń. 5. Świadczeniodawca nie spełnił wszystkich wymogów § 11 ogólnych warunków umów. 6. Świadczeniodawca przedłożył polisy OC za cały okres objęty kontrolą.	Zalecenia pokontrolne: 1. Bieżące zapoznanie się z obowiązującymi aktami prawnymi, regulacjami prawnymi oraz obowiązującą umową . 2. Wykonywanie umowy zgodnie z warunkami udzielania świadczeń określonymi w ustawie o świadczeniach, w rozporządzeniach ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych objętych umową, rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej oraz zgodnie ze szczegółowymi warunkami umów. 3. Spełnienie wymogów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. 4. Spełnienie wymogów Ogólnych warunków umów. 5. Właściwa organizacja pracy pozwalająca na należyte przestrzeganie obowiązujących przepisów w zakresie organizacji i zasad udzielania świadczeń w ramach umowy zawartej z POW NFZ. Bieżące aktualizowanie danych o swoim potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy. Skutki finansowe: -Należenie kary za wykonanie kontrolowanych umów niezgodnie z ich postanowieniami w łącznej wysokości 418,55 zł .
20	POW NFZ	09.7310.056 2018.WKO- RK	17.05.2018r.- 29.05.2018r	Poradnię Specjalistyczne MEDIQUS, ul. Ignacego Kraszewskiego 24A, 37-500 Jarosław	Temat kontroli: sprawdzenie realizacji umów nr 0903098602201701, nr 0903098602201801 o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie reumatologii w okresie od 01.01.2017r. do dnia wykonania upoważnień.	Działalność oceniona: pozytywnie z uchybeniami. Pozytywnie oceniono ze względu na kryteria legalności, rzetelności i celowości organizację udzielania świadczeń zapewniającą dostępność do świadczeń w dziedzinie reumatologii Uchybenia:-brak wpisu w niektórych poradach Ilości leków (tabletek lub opakowań) zgodnie z Ilością zapisaną pacjentowi na receptę lub dawkowania, braku autoryzacji niektórych wpisów przez lekarza, braku oznaczenia każdej strony historii choroby imieniem i nazwiskiem pacjenta, niektóre wpisy mało czytelne, co jest wymagane na podstawie §4 ust.1,2, §6 ust.1, §10 ust.1 pkt 3 pkt 5 e), §41 ust.4 pkt 5 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. 2015.2069 z późn. zm.). - w księgach przyjęć brak godziny zgłoszenia się pacjenta, oznaczenia lekarza udzielającego świadczenia zdrowotnego, imienia i nazwiska oraz podpisu osoby dokonującej wpisu co jest wymagane na podstawie §43 pkt 3, 5 i 7 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. 2015.2069 z późn. zm.).	Zalecenia pokontrolne: Należy prowadzić dokumentację medyczną indywidualną i zbiorczą przestrzegając §4 ust.1.2, §6 ust.1, §10 ust.1 pkt 3 pkt 5 e), §41 ust.4 pkt 5 i §43 pkt 3, 5 i 7 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. 2015.2069 z późn. zm.). Skutki finansowe: brak

lp	Jednostka organiz. NFZ przeprowadz. kontrolę	Numer postępow. kontrolnego	Termin przeprowadz. kontroli	Podmiot kontrolowany: nazwa i adres	Temat kontroli, okres objęty kontrolą	Informacja dotycząca ustaleń z kontroli	Zalecenia pokontrolne i skutki finansowe/ link
21	POW NFZ	09.7310.016.2018.WKO-RK	28.02.2018r.-12.04.2018r	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Centrum Zdrowia" ul. Rynek 18/3, 37-300 Leżajsk	Temat kontroli: sprawdzenie realizacji umów nr 0903014902201701, nr 0903014902201801 w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie reumatologii i kardiologii, w szczególności sprawdzenie prowadzenia dokumentacji medycznej oraz dokumentowania świadczeń sprawozdanych do POW NFZ celem rozliczenia w okresie od 01.01.2017r. do 16.02.2018r	Działalność oceniona negatywnie. Świadczenia są udzielane w sposób naruszający prawa pacjenta. Niewystarczający czas przeznaczony na jednego pacjenta skutkuje takimi nieprawidłowościami jak brak należytej staranności przy udzielaniu świadczeń, brak udzielenia pacjentowi informacji o jego stanie zdrowia, co znajduje potwierdzenie w prowadzonej przez kontrolowanego dokumentacji medycznej. - negatywnie oceniono ze względu na kryteria legalności, rzetelności i celowości: * organizację udzielania świadczeń w poradni kardiologicznej ze względu na harmonogramy udzielania świadczeń * jakość udzielania świadczeń w poradni kardiologicznej na podstawie analizy indywidualnej dokumentacji medycznej oraz listy pacjentów przyjmowanych w godzinach udzielania świadczeń zawartych w umowie. - udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach istotnie nieodpowiadających wymogom określonym w obowiązujących przepisach i umowie. Negatywnie oceniono ze względu na kryteria legalności, rzetelności i celowości sposób prowadzenia dokumentacji medycznej indywidualnej w poradni reumatologicznej na podstawie analizy indywidualnej dokumentacji medycznej: - wpisy w 100% nieczytelne, w związku z czym należy stwierdzić, iż świadczenia sprawozdane do POW NFZ celem rozliczenia nie są udokumentowane; - nie udokumentowano leków zapisanych pacjentom na receptach (nazw, dawek, ilości) i zrealizowanych w ramach refundacji; - brak oznaczenia każdej strony historii choroby co najmniej imieniem i nazwiskiem pacjenta; - brak zgody pacjenta na leczenie; - brak świadczeń pacjentów dotyczących upozawomienia osoby bliskiej do uzyskania informacji o ich stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, do uzyskania dokumentacji medycznej, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej oraz danych umożliwiających kontakt z tą osobą albo oświadczeń o braku takiego upozawomienia; - skreślenia i poprawki - brak atestacji przez osobę dokonującą skreślenia lub poprawki.	Zalecenia pokontrolne: Należy prowadzić dokumentację medyczną indywidualną prawidłowo zgodnie z art.8, art.9 ust. 1, art.16, art.17 ust. 1, art. 23 ust.1, art.24 ust.1, art. 25 ust.1 pkt 3 Ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2016.186 [1 z późn. zm.], art.4, art.31 ust. 1,2, art.32 ust. 1,2,3, art.33 ust.1, art.41 ust. 1,2 Ustawy z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (Dz. U. 2015.464 [1 z późn. zm.], §3 ust.1-4 „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 z późn. zm.), §4 ust. 1 i 3, §8 ust. 1 i 3, §10 pkt 4,5, §41 ust.1 pkt 1,2, ust.3, ust.4 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. 2015.2069 z późn. zm.), §13 ust.1 Zarządzenia Nr 62/2016/DŚOZ z dnia 29 czerwca 2016r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna ze zm. Skutki finansowe: - Kara umowna w wysokości 3 363,33 zł (słownie: trzy tysiące trzysta sześćdziesiąt trzy złote 33/100), co stanowi 2% kwoty zobowiązania określonej w umowie nr 0903014902201701 w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie kardiologii w okresie od 01.01.2017r. do 31.12.2017r. Korekta sprawozdania finansowego i rzeczonego - w kwocie 20 098, 84 zł (dwadzieścia tysięcy dziewięćdziesiąt osiem złotych 84/100) – obliczono na podstawie analizy udokumentowania świadczeń sprawozdanych do POW NFZ celem rozliczenia w ramach realizacji umowy nr 0903014902201701 w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie kardiologii. -Kara umowna w wysokości 1 323,92 zł (słownie: jeden tysiąc trzysta dwadzieścia trzy złote 92/100), co stanowi 1% kwoty zobowiązania określonej w umowie nr 0903014902201701 w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie reumatologii w okresie od 01.01.2017r. do 31.12.2017r.
22	POW NFZ	09.7320.039.2018.WKO-RK	18.04.2018r.-25.05.2018r.	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zespół Praktyk Specjalistycznych OMEGA-MED, ul. Targowa 5, 39-100 Tarnobrzeg	Temat kontroli: sprawdzenie realizacji umów nr 0903102102201701, nr 0903102102201801 w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie reumatologii w szczególności sprawdzenie prowadzenia dokumentacji medycznej oraz dokumentowania świadczeń sprawozdanych do POW NFZ celem rozliczenia w okresie od 01.01.2017r. do dnia ważności upoważnienia	Działalność oceniona: pozytywnie z uchybeniami: - pozytywnie ze względu na kryteria legalności, rzetelności i celowości *organizację udzielania świadczeń zapewniającą dostępność do świadczeń udzielanych przez lekarzy specjalistów w dziedzinie reumatologii; * dane sprawozdane do POW NFZ celem rozliczenia są zgodne z wpisami w indywidualnej dokumentacji medycznej co stanowi o spełnieniu wymogu zawartego w § 11 Zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Nr 62/2016/DŚOZ z dnia 29 czerwca 2016r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna ze zm. - uchybenia: brak wpisu w niektórych poradach ilości leków (tabletek lub opakowań) zgodnie z ilością zapisaną pacjentowi na receptę lub dawkowania, braku autoryzacji niektórych wpisów przez lekarza, braku oznaczenia każdej strony historii choroby imieniem i nazwiskiem pacjenta, niektóre wpisy mało czytelne, co jest wymagane na podstawie §4 ust.1,2, §6 ust.1, §10 ust.1 pkt 3, pkt 5 e), §41 ust.4 pkt 5 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. 2015.2069 z późn. zm.), - w księgach przyjęć brak godziny zgłoszenia się pacjenta, oznaczenia lekarza udzielającego świadczenia zdrowotnego, imienia i nazwiska oraz podpisu osoby dokonującej wpisu co jest wymagane na podstawie §43 pkt 3, 5 i 7 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. 2015.2069 z późn. zm.).	Zalecenia pokontrolne: Należy prowadzić dokumentację medyczną indywidualną i zbiorczą przestrzegając §41 ust.4 pkt 5 i §43 pkt 2, 3, 5 i 7 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. 2015.2069 z późn. zm.).
23	POW NFZ	09.7320.043.2018.WKO-RK	27.04.2018r.-23.05.2018r.	Zespół Opieki Zdrowotnej Ropczyce ul. Kardynała Stefana Wyszyńskiego 54, 39-100 Ropczyce	Temat kontroli: rekontrola sprawdzenia realizacji umów nr 0901001502201201, nr 0901001502201301, nr 0901001502201401, nr 0901001502201501, nr 0901001502201601, nr 0901001502201701 o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulator. opieka specjalist. w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu w związku ze stanowiskiem Prezesa NFZ z dnia 20.03.2018r., w szczególności sprawdzenie prowadzenia dokum. med. oraz dokumentowania świadczeń sprawozdanych do POW NFZ celem rozliczenia w okresie od 01.01.2017r. do 30.06.2017r. w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu	Działalność oceniona negatywnie. Odpowiedzi pacjentów zawarte w ankietach z wykazem wybranych świadczeń z wykonaniem procedury założenia szyny Kramera lub innej szyny unerwiającej, sprawozdanych do rozliczenia do POW NFZ, nie potwierdzają realizacji przedmiotowych procedur.	Zalecenia pokontrolne: W raportach statystycznych sprawozdanych do POW NFZ celem rozliczenia należy przedstawiać rzetelne dane dotyczące procedur medycznych co wynika z Zarządzeń Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna obowiązujących w całym kontrolowanym okresie od 01.01.2012r. do 30.06.2017r. oraz obecnie. Skutki finansowe: korekta w kwocie 7 310, 00 zł (słownie siedem tysięcy trzysta dziesięć złotych 0/100), kara w wysokości 5 733,66 zł (słownie: pięć tysięcy siedemset trzydziści trzy złote 66/100)
24	POW NFZ	09.7320.015.2017.WKO-RK	15.12.2017r. i 05.01.2018r	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Kolbuszowej, ul. Grunwaldzka 4, 36-100 Kolbuszowa	Temat kontroli: sprawdzenie realizacji umów nr 0901000503201701, nr 0901000503201708 o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenia szpitalne w zakresie nefrologii w okresie od 01.01.2017r. do 15.12.2017r.	Działalność oceniono pozytywnie	Brak zaaleń.
25	POW NFZ	09.7300.015.2017.WKO-RK	30.11., 01.12., 07.12., 12.12.2017r.	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Kolbuszowej, ul. Grunwaldzka 4, 36-100 Kolbuszowa	Temat kontroli: sprawdzenie realizacji umów nr 0901000503201601, nr 0901000503201701, nr 0901000503201708 o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii w okresie od 01.01.2016r. do 30.11.2017r.	Działalność oceniono pozytywnie z nieprawidłowościami. Nieprawidłowości: - niezgodności pomiędzy wpisami w dokumentacji medycznej a danymi zawartymi w raportach statystycznych przekazywanych do POW NFZ; - dżurca wymuszana nie została udokumentowana w historii choroby – we wpisach obserwacji lekarskich i kartach zleceń lekarskich; udokumentowana pojedyncza interwencja, a nie liczne interwencje; - brak potwierdzenia wykonania procedury resuscytacji.	Zalecenia pokontrolne: W raportach statystycznych sprawozdanych do POW NFZ celem rozliczenia należy przedstawiać rzetelne dane zgodnie z wpisami w dokumentacji medycznej. Skutki finansowe: Korekta- w kwocie 169 234, 00 zł (słownie: sto sześćdziesiąt dziewięć tysięcy dwieście trzydzieści cztery złote 0/100) z zamkniętych sprawozdań, a następnie wprowadzić do SI POW NFZ prawidłowe dane według kontroli o wartości 146 517, 80 zł Kara w wysokości 8 272,36 zł (słownie: osiem tysięcy dwieście siedemdziesiąt dwa złote 36/100), co stanowi 0,3 % kwoty zobowiązania określonej w umowie nr 0901000503201601 w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii w okresie od 01.01.2016r. do 31.12.2016r.
26	POW NFZ	09.7310.153.2017.WKO-RK	Data rozpoczęcia kontroli: 23-11-2017r. Data zakończenia kontroli: 30-01-2018r.	Sklep Medycno-Stomatologiczn i Strypu Maria, ul. Obrońców Pokoju 15, 36-100 Kolbuszowa	Temat kontroli: Realizacja umów i rozliczenie wybranych wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie w okresie od 01.01.2017 do 31.10.2017	Sklep czynny w deklarowanych godzinach. Kwalifikacja personelu w kontrolowanej placówce są zgodne z kwalifikacjami podanymi w załączniku nr 2 do umowy - Harmonogram – zasoby na 2017 rok.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.	Zalecenia pokontrolne: 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
27	POW NFZ- Wydział Kontroli	09.7310.013.2018.WKO-RK	2018-02-16-2018-04-09	NZCZ MOLARIS Władysława Jagiełły 1 38-406 Odryżków	Temat kontroli: Analiza dokumentacji medycznej pacjentów wykazanych w załączniku nr 1 sprawozdanych w 2017r. w ramach realizacji umów zawartych z Podkarpackim Oddziałem Wojewódzkim NFZ nr 0903099107201701 z dnia 31.12.2016r. oraz nr 0903099107201701WIG o udzielenie świadczeń w rodzaju: leczenie stomatologiczne w zakresie: świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do 18 roku życia oraz dostępność do świadczeń w 2017r. na podstawie załącznika nr 2 do umowy nr 0903099107201801 oraz planu kontroli POW NFZ na 2018r.	Działalność oceniono negatywnie pod względem legalności, rzetelności i celowości. Kwalifikacja pacjentów do gwarantowanych świadczeń stomatologicznych w zakresie procedury 23.1020, 23.1018, 23.1018, 23.1017, 23.1016, 23.1015, 23.1014, 23.1013 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 57/2016/DŚOZ Prezesa NFZ z dnia 29 czerwca 2016r.	Zalecenia pokontrolne: 1. Wykonanie korekty - sprawozdania finansowego - sprawozdania rzeczonego zgodnie z wykazem zakwestionowanych produktów jednostkowych, zawartych w załączniku . 2. Przestrzeganie zapisów obowiązującego Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015r. 3. Przestrzeganie zapisów obowiązującego Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015r. 4. W sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. 2015 poz. 2069) § 10 5. 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 gwarantowanych procedur zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Procedur Medycznych ICD 9. 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. Skutki finansowe: 1. Wykonanie korekty w kwocie 2 838 10 zł (słownie: dwa tysiące osiemset trzydziści osiem złotych dziesięć groszy). 2. Kara wynosi: 2 994,75 zł (słownie: dwa tysiące dziewięćdziesiąt cztery złote siedemdziesiąt pięć groszy).

LP	Jednostka organiz. NFZ przeprowadz. kontrolę	Numer postępow. kontrolnego	Termin przeprowadz. kontroli	Podmiot kontrolowany: nazwa i adres	Temat kontroli, okres objęty kontrolą	Informacja dotycząca ustaleń z kontroli	Załączania pokontrolne i skutki finansowe/ link
28	POW NFZ	09.7310.020.2018.WKO-RK	22.02.2018 r. - 30.03.2018 r.	Centrum Medyczne Medyk, spółka z ograniczoną odpowiedzialnością ul. Słopeka 1,35-055 Rzeszów.	Temat kontroli: sprawdzenie warunków wymaganych w zakresie czasu pracy personelu, wymaganych kwalifikacji, dostępności do świadczeń, organizacji udzielania świadczeń i sposobu rozliczania świadczeń zdrowotnych, przestrzeganie przez Świadczeniodawcę praw pacjenta. Okres kontroli: I - XII 2017r. oraz I-III 2018r.	Świadczeniodawca spełnia warunki wymagane w zakresie realizacji świadczeń w każdej komórce organizacyjnej. Ponadto Psychologiczna Izba Wsparcia i Dzielny Oddział Psychogeriatryczny spełniają wymagania dotyczące warunków lokalowych i są wyposażone w niezbędny sprzęt dla realizacji świadczeń. Rejestracja dla lekarzy psychiatrów prowadzona jest na dany dzień z podaniem godzin przyjęcia, natomiast do psychologów/psychoterapeutów prowadzona jest z nieprawidłowości. W Poradni Zdrowia Psychicznego i Psychologicznej stwierdzono nieprawidłowości: a) w prowadzeniu list oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego, b) w prowadzeniu dokumentacji indywidualnej, c) nie udzielano świadczeń w poradni zdrowia psychicznego i psychologicznej zgodnie z harmonogramem podanym załącznikiem nr 2 do obowiązującej umowy, d) w ustalaniu terminów przyjęć do lekarzy i psychologów, e) w rozliczaniu świadczeń w poradni psychologicznej i poradni zdrowia psychicznego, f) do wiadomości pacjentów nie podano informacji wymaganych § 11 ust. 1, 4 pkt 1, 3, 11 oraz § 11 ust. 5 Ogólnych warunków umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej. g) nie ustalono świadczenia zdrowotnego umowa nr 0903001104201701: 1) kod zakreś. -04.1700.0001.02 świadczenia ambulatoryjne psychiatryczne dla dorosłych na kwotę 17 369,68 zł, 2) kod zakreś. -04.1790.007.02 świadczenia psychologiczne –na kwotę 8 932,05 zł. Umowa nr 0903001104201801: 1) kod zakreś. -04.1700.0001.02 świadczenia ambulatoryjne psychiatryczne dla dorosłych na kwotę 131,49 zł, 2) kod zakreś. -04.1790.007.02 świadczenia psychologiczne – na kwotę 2 310,65 zł. Łączna kwota korekty wynosi: 28 743,87 zł.	Załączania pokontrolne: Zobowiązanie Świadczeniodawcy do zaprowadzenia brakujecej dokumentacji zbiorczej, której obowiązek prowadzenia wynika z § 39 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania. Zobowiązanie Świadczeniodawcy do prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z postanowieniami: a) § 4 ust.1-2; § 8 §10 ust.1, pkt 1-3; § 41 ust.1-4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów zakresu i wzorów dokumentacji medycznej. Zobowiązanie Świadczeniodawcy do realizacji, dokumentowania i rozliczania świadczeń zdrowotnych spełniających kryteria definicji (w tym kryteria czasowe określonej załącznikiem nr 6 p. 1 i 9, kol. 2-4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień). Zobowiązanie Świadczeniodawcy do przestrzegania we wszystkich kontrolowanych komórkach organizacyjnych harmonogramu pracy określonego załącznikiem nr 2 do obowiązującej umowy, oraz jego bieżącej aktualizacji i w załączniku od zaistniałych zmian w harmonogramie. Świadczeniodawca zobowiązano do przestrzegania art. 20, 23, ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ze zm, to jest: - prowadzenia list oczekujących w sposób umożliwiający świadczeniobiorcy zachowanie równego i niedyskryminującego dostępu do świadczeń zdrowotnych, terminowego przesyłania informacji o kolejkach oczekujących do POW NFZ. Zobowiązanie Świadczeniodawcy do przestrzegania zasad rejestracji, umawianie pacjentów na wizyty zgodnie z rozporządzeniem o POWN NFZ, załącznikiem nr 2 do umowy oraz przestrzegania zapisów wynikających z § 3 ust. 2 i § 13 ust. 3 i 4 ogólnych warunków umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej. Zobowiązanie Świadczeniodawcy do kompleksowego realizowania gwarantowanych świadczeń zdrowotnych wymienionych załącznikiem nr 6 p. 1 i 9, kol. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień. Zobowiązanie Świadczeniodawcy do podania do wiadomości Świadczeniobiorców informacji określonych § 11 ust. 4, pkt 1, 3, 11 oraz § 11 ust. 5 załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra z dnia 15 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej. Świadczeniodawca zobowiązany jest do dokonania korekty raportu statystycznego i finansowego zgodnie z tabelami zamieszczonymi w Protokole kontroli. Świadczeniodawca w terminie dokonał korekty umowy nr 0903001104201701: 1) kod zakreś. -04.1700.0001.02 świadczenia ambulatoryjne psychiatryczne dla dorosłych na kwotę 17 369,68 zł, 2) kod zakreś. -04.1790.007.02 świadczenia psychologiczne –na kwotę 8 932,05 zł. Umowa nr 0903001104201801: 1) kod zakreś. -04.1700.0001.02 świadczenia ambulatoryjne psychiatryczne dla dorosłych na kwotę 131,49 zł, 2) kod zakreś. -04.1790.007.02 świadczenia psychologiczne – na kwotę 2 310,65 zł. Łączna kwota korekty wynosi: 28 743,87 zł.
29	POW NFZ	09.7310.028.2018.WKO-RK	19.03.2018 r. - 13.04.2018 r.	Kazimiera Nogaj-Ćwiakła Blizne 438a, 36-221 Blizne w ramach prowadzonej działalności przez: Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „SKAMEDY” Blizne 438a 36-221 Blizne	Temat kontroli: realizacja umowy nr 0903064015201701IG i nr 0903064015201801 i udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna, świadczenia w hospicjum domowym Okres kontroli: 01.07.2017 do 30.03.2018 r.	Poszytymie z uchybeniami oceniono wykonywanie do rozliczenia świadczeń określonych zarządzeniem nr 56/2016 DSOZ ze zm. oraz rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej. Uchybenia dotyczą niezgodności rozpoznania sprawowanego z dokumentacją medyczną świadczeniobiorcy. Stwierdzono nieprawidłowości w wyposażeniu wszystkich Filii Hospicjum w wymagany sprzęt w miejscu udzielania świadczeń i wyposażenie neseserów pielęgniarskich. Stwierdzono nieprawidłowości w udzieleniu świadczeń zdrowotnych przez osoby zgłoszone załącznikiem nr 2 do umowy nr 0903064015201701IG i nr 0903064015201801 w rodzaju: opieka paliatywna i hospicyjna w podanym wymiarze czasu pracy oraz bieżącej aktualizacji zaistniałych zmian harmonogramu. Z danych będących w posiadaniu SP POW NFZ wynika, że nie udzielano świadczeń zdrowotnych zgodnie z przedstawionym wykazem personelu i harmonogramem we wszystkich kontrolowanych Filiach. Ponadto w Bliznem i Kolbuszowie świadczeń udzielał lekarze o mniejszych kwalifikacjach niż wynikało z załącznika nr 2 do umowy. Stwierdzono nieprawidłowości w zabezpieczeniu opieki całonocowej przez 7 dni w tygodniu przez personel lekarski i pielęgniarski w każdej zakontraktowanej Filii. Stwierdzono nieprawidłowe prowadzenie dokumentacji zbiorczej i indywidualnej wynikającej z § 37 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania. Świadczeniodawca nie przestrzega przepisów związanych ze sposobem przechowywania dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania. Stwierdzono nieprawidłowości w prowadzeniu list oczekujących, zgodnie z postanowieniami art. 20 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W pomieszczeniach Hospicjum nie podano informacji, w Bilzmem nie podano informacji wynikających z § 11 ust. 4 pkt 1, 6-9, 10, 11 ogólnych warunków umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, natomiast tablica informacyjna hospicjum	Załączania pokontrolne: Zobowiązanie Świadczeniodawcy do rozliczenia gwarantowanych świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej. Świadczeniodawca zobowiązano do: uzupełnienia i aktualizacji danych o potencjalnie wykonanym dotychczas wymaganym przepisami sprzętu podległego załącznikiem nr 2 do obowiązującej umowy „Zmogramom zasobów” dla każdej kontrolowanej Filii, lub przeniesienia sprzętu zgodnie z załącznikiem nr 2 do umowy, uzupełnienia neseserów pielęgniarskich w wymagany sprzęt podany załącznikiem nr 6 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 stycznia 2011 r. w sprawie wykazu produktów leczniczych, które mogą być dozwolone dostarczone w związku z udzielaniem świadczenia zdrowotnego, oraz wykazu produktów leczniczych wchodzących w skład zestawów przeciwdrobnoustrojowych, retagujących białe, oraz do uzupełnienia na bieżąco sprzętu leków w przypadku ich zużycia, kareta kontrolowanych Filii która wyposażona w wymagany sprzęt posiadający aktualne próżniarki i certyfikaty i wolno odbiorcy spełniać wymogi określone załącznikiem nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, części II ust. 3, zobowiązanie Świadczeniodawcy do rozliczenia prowadzenia list oczekujących zgodnie z załącznikiem nr 2 do obowiązującej umowy „Przebieg” harmonogramu pracy personelu podległego załącznikiem nr 2 do obowiązującej umowy „Przebieg” postanowień - § 6 ust. 1-3, § 9 ust.1, § 10 załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra z dnia 15 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, - w każdej Filii przestrzegania zapisów podanych w rozdziale II pkt 4, załącznika nr 5 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej. Biorąc pod uwagę powyższe stwierdzono, że w kontrolowanych miejscach świadczenia nie zostały wykonane zgodnie z przepisami § 37 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania określonych § 9 ust. 2 i 3 rozporządzenia nr 56/2016 DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków realizacji umów w rodzaju opieki paliatywnej i hospicyjnej – kod zakreś. „zobowiązani w hospicjum domowym” (kod 15.02.000004). Zobowiązanie Świadczeniodawcy do przestrzegania przepisów w zakresie przechowywania dokumentacji medycznej określonych § 73 ust.1 i § 74 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania. Zobowiązanie Świadczeniodawcy do przestrzegania w tym zakresie podległego personelu. Należy uzupełnić informacje podane do wiadomości świadczeniobiorców w serwisie biurohosp, jak oraz wypełnienie zostały wszystkie braki, a informacje podane do wiadomości odpowiadają przepisom § 11 ust. 4 pkt 1, 6, 9, 10, 11 ogólnych warunków umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej. Świadczeniodawca zobowiązany jest do przestrzegania przepisów w zakresie: 1) art. 22 ust.1 i 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, - Pomieszczenia i urządzenia pomocy wykonującego działalność leczniczą odpowiadają wymaganiom odpowiednim do rodzaju wykonywanej działalności leczniczej oraz zakładu udzielającego świadczeń zdrowotnych. 2. Wymagania o których mowa w ust.1 dotyczą w szczególności warunków: 1) ogólnopracowniczych, 2) sanitarnych, 3) instalacyjnych” 2) art. 22 ust.1 pkt 1 oraz art. 22 ust.2 pkt 1 ustawy o wykończeniu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (tj. Dz. U. z 2018r. poz. 511).
30	POW NFZ	09.7301.023.2018.WKO-RK	2018-03-07 - 2018-04-05	Kliniczny Szpital Wojewódzki Nr 1 im. Fryderyka Chopina w Rzeszowie, ul. Fryderyka Słopeka 2	Temat kontroli: kontrola planowa koordynowana ordynacją lekarskiej na paski diagnostyczne medyczną. Okres objęty kontrolą - 1 stycznia 2015r. – 30 czerwca 2017r.	Kontrolery ustalił stan faktyczny w postaci: - W dwóch przypadkach brak w karcie informacyjnej leczenia szpitalnego informacji o ordynacji pasków diagnostycznych; - Brak wpisów nadanych poradni na pierwszej stronie dokumentacji medycznej; - Brak otwarczenia do uzyskania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej; - Brak numerowania poszczególnych stron dokumentacji medycznej.	Załączania 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 udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej. 3. Stosować się do pozostałych regulacji prawnych jakie winien przestrzegać Świadczeniodawca. Skutki finansowe: - kara umowna w wysokości 500 zł
31	POW NFZ	09.7301.022.2018.WKO-RK	2018-03-02 - 2018-03-29	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Beta-Med, pl. Wolności 17, 35-073 Rzeszów	Temat kontroli: kontrola planowa koordynowana ordynacją lekarskiej na paski diagnostyczne medyczną. Okres objęty kontrolą - 1 stycznia 2015r. – 30 czerwca 2017r.	W toku kontroli (w zakresie wytypowanej dokumentacji medycznej oraz pobranych do kontroli recept) nie stwierdzono nieprawidłowości, bądź uchybeni wynikających z naruszenia obowiązujących aktów prawnych, w związku z powyższym ocena pod względem legalności, rzetelności i celowości jest pozytywna.	Załączania pokontrolne: brak Skutki finansowe: brak
32	POW NFZ	09.7321.053.2018.WKO-RK	2018-05-18 - 2018-05-30	Artromed Sp. z o.o. Sp. komandytowa, ul. Mickiewicza 30, 37-700 Przemyl	Temat kontroli: kontrola doradza ordynacji lekarskiej. Okres objęty kontrolą - 1 stycznia 2018r. – 30 kwietnia 2018r.	Kontrolery ustalił stan faktyczny w postaci: -brak danych osoby upoważnionej do otrzymywania informacji o stanie zdrowia pacjentki, jak również o udzielonych świadczeniach i uzyskaniu dokumentacji medycznej. -Brak wpisu dawkowania w dokumentacji medycznej podczas ordynowania produktu leczniczego.	Załączania pokontrolne: 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). Przestrzegać zapisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej. Przestrzegać zapisów zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielenie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna określonego na dzień wykonania świadczenia. Stosować się do pozostałych regulacji prawnych jakie winien przestrzegać Świadczeniodawca. Skutki finansowe: - kara umowna w wysokości 1000 zł
33	POW NFZ	09.7312.17.2018.WKO-RK	21.02.2018.2018	Punkt Apateczny Joanna Frydrych, ul. Ks. H. Dominio 25, Rogi	Temat kontroli: kontrola realizacji umowy nr 0920059013201201 na wydawanie refundowanego leku, środka spożywczo specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego na receptę, zawartej w dniu 10.01.2012r. pomiędzy Podkarpackim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia w Rzeszowie a podmiotem prowadzącym punkt apteczny. Realizacja recept na leki niedopuszczone do obrotu w Punktach Apatecznych w okresie 01.01.2013r. – 12.2017r.	Błędy wynikające z realizacji recept na leki niedopuszczone do obrotu w Punktach Apatecznych.	Załączania 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 Skutki finansowe: - kara umowna 548, 13 zł. Zwrot nienależnie wypłaconej refundacji: 1 251,08 zł.
34	POW NFZ	09.7312.26.2018.WKO-RK	36.03-13.04.2018	Apteka Nova Helena Frańczak, 39-432 Gorzyce, por Samy 2	Temat kontroli: kontrola realizacji umowy nr 0920146013201201 na wydawanie refundowanego leku, środka spożywczo specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego na receptę, zawartej w dniu 31.12.2015r., pomiędzy Podkarpackim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia w Rzeszowie a podmiotem prowadzącym aptekę. Realizacja recept na leki niedopuszczone do obrotu w Punktach Apatecznych powyżej 500p/nI receptę w okresie 2013-2017r., na podstawie wykonanej analizy danych sprawozdanych z Aptek i Punktów Apatecznych do baz danych systemu informatycznego POW NFZ. – weryfikacja poprawności realizacji i wyceny leków recepturowych. Realizacja recept wystawionych przez osoby uprawnione (felczyerzy medycyjni), na niedopuszczone leki z wykazów: A, P1-P3, N1-N2 okresie 2013-2017r..	Błędy wynikające z realizacja recept na leki recepturowe o refundacji powyżej 500p/nI recepta - weryfikacja poprawności realizacji i wyceny leków recepturowych.	Załączania 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 Skutki finansowe: - kara umowna 312, 81 zł. Zwrot nienależnie wypłaconej refundacji: 4 503,48 zł.
35	POW NFZ	09.7312.19.2018.WKO-RK	21.02.2018-15.03.2018	Punkt Apateczny Kombornia 53, 38-420 Korczyzna	Temat kontroli: kontrola realizacji umowy nr 0920097713201201 na wydawanie refundowanego leku, środka spożywczo specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego na receptę, zawartej w dniu 31.12.2015r. pomiędzy Podkarpackim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia w Rzeszowie a podmiotem prowadzącym Punkt Apateczny. Realizacja recept na leki niedopuszczone do obrotu w Punktach Apatecznych w okresie 01.2013r. -12.2017r.	Błędy wynikające z realizacji recept na leki niedopuszczone do obrotu w Punktach Apatecznych.	Załączania 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 Skutki finansowe: - kara umowna 301, 84 zł. Zwrot nienależnie wypłaconej refundacji: 1 004, 60 zł.

Lp	Jednostka organiz. NFZ przeprowadz. kontrolę	Numer postępow. kontrolnego	Termin przeprowadz. kontroli	Podmiot kontrolowany: nazwa i adres	Temat kontroli, okres objęty kontrolą	Informacja dotycząca ustaleń z kontroli	Zalecenia pokontrolne i skutki finansowe/ link
36	POW NFZ	09.7312.27.2018.WKG-RK	16.03.-13.04.2018	Apteka Etiuda, ul. 3-go Maja 8, 39-432 Gorzyce	Temat kontroli: Kontrola realizacji umowy nr 0920136213201401 na wydawanie refundowanego leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego na receptę, zawartę w dniu 13.08.2014r. pomiędzy Podkarpackim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia w Rzeszowie a podmiotem prowadzącym Aptekę. Realizacja recept wystawionych na leki recepturowe o refundacji powyżej 499 zł za 1 receptę w okresie 2013-2017r. Realizacja recept na leki z wykazu A (venena) wystawione przez felczera medycyny w okresie 2013-2017r.	Błędy wynikające z realizacji recept na leki recepturowe o refundacji powyżej 500pln/1 recepta - weryfikacja poprawności realizacji i wyceny leków recepturowych.	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 Skutki finansowe: -kara umowna 117, 77 zł. Zwrot nienależnie wypłaconej refundacji: 1 432,29 zł.
37	POW NFZ	09.7312.25.2018.WKG-RK	16.03.-13.04.2018	Apteka Prywatna „mgr M. Dubiel ul. Piłsudskiego 17, 39-432 Gorzyce	Temat kontroli: Kontrola realizacji umowy nr 092003213201201 na wydawanie refundowanego leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego na receptę, zawartę w dniu 30.12.2011r. pomiędzy Podkarpackim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia w Rzeszowie a podmiotem prowadzącym Aptekę. Realizacja recept na leki z wykazu A (venena) wystawione przez felczera medycyny w okresie 2013-2017r. Realizacja recept na leki o cenie detalicznej niezgodnej z ceną detaliczną opublikowaną w obowiązującym w dacie realizacji recept Obwieszczeniu Ministra Zdrowia.	Błędy wynikające z realizacji recept na leki o cenie detalicznej niezgodnej z ceną detaliczną opublikowaną w obowiązującym w danym czasie Obwieszczeniem Ministra Zdrowia	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 Skutki finansowe: Zwrot nienależnie wypłaconej refundacji: 39,36 zł.
38	POW NFZ	09.7312.58.2018.WKG-RK	25.05.-06.06.2018	Apteka Pod Gwiazdą, ul. Obrońców Poczty Gdańskiej 14,35 509 Rzeszów	Temat kontroli: Kontrola realizacji umowy nr 0920071413201201 (wraz z w/w aneksami nr 1, 2 i 3) na wydawanie refundowanego leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego na receptę, zawartymi odpowiednio w dniach 29.12.2011r., 11.04.2012r., 18.01.2017r., 21.03.2017r. pomiędzy Podkarpackim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia w Rzeszowie a podmiotem prowadzącym aptekę. Realizacja recept na leki o cenie detalicznej niezgodnej z ceną detaliczną opublikowaną w obowiązującym w dacie realizacji recept Obwieszczeniu Ministra Zdrowia.	Błędy wynikające z realizacji recept na leki o cenie detalicznej niezgodnej z ceną detaliczną opublikowaną w obowiązującym w danym czasie Obwieszczeniem Ministra Zdrowia	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 Skutki finansowe: -kara umowna 640, 00 zł. Zwrot nienależnie wypłaconej refundacji: 1 370,63 zł.
39	POW NFZ	09.7312.5.2 018.WKO-RK	25.05.-06.06.2018	Apteka Pod Gwiazdą, ul. Warszawska 18 35-310 Rzeszów	Temat kontroli: Kontrola realizacji umowy nr 0920101613201201 na wydawanie refundowanego leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego na receptę, zawartę w dniu 29.12.2011r. pomiędzy POW NFZ w Rzeszowie a podmiotem prowadzącym Aptekę. Realizacja recept na leki recepturowe o wartości refundacji większej niż 499 zł za 1 receptę, zrealizowanych w Aptece w okresie 01.2013-12.2017r., a) nie są zamieszczone w Wykazie leków, które mogą być traktowane jako surowce farmaceutyczne przy sporządzaniu leków recepturowych, stanowiącym załącznik do Rozporządzenia MZ z dnia 6 listopada 2012 r. w sprawie leków, które mogą być traktowane jako surowce farmaceutyczne (Dz.U. z 2012 r. poz. 1259) b) nie są surowcem farmaceutycznym dopuszczonym do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w okresie 06-12.2017r na podstawie decyzji Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych. c) nie są opakowaniem leku recepturowego (np. opłatek, butelka, foremka, tuba, pojemnik, pudełko, nakrętka etc.) d) nie są produktem leczniczym znajdującym się w wykazach refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, opublikowanych w Obwieszczeniach Ministra Zdrowia.	Błędy wynikające z realizacji recept na leki recepturowe o refundacji powyżej 500pln/1 recepta - weryfikacja poprawności realizacji i wyceny leków recepturowych.	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 Skutki finansowe: -kara umowna 40, 00 zł. Zwrot nienależnie wypłaconej refundacji: 42,10 zł.