

Sprawozdanie z przeprowadzonej kontroli nr 10.7300.58.2017.WDKRU

Jednostka organizacyjna NFZ przeprowadzająca kontrolę	10_Podlaski OW NFZ
Nr kontroli	10.7300.58.2017.WDKRU
Termin przeprowadzenia kontroli	Data rozpoczęcia kontroli: 06 grudnia 2017r., data zakończenia kontroli (podpisania protokołu kontroli przez kontrolerów): 19 grudnia 2017r.
Podmiot kontrolowany: nazwa i adres	Szpital Wojewódzki im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży z siedzibą: al. marsz. Józefa Piłsudskiego 11, 18-404 Łomża
Temat kontroli, okres objęty kontrolą	Realizacja i rozliczanie świadczeń w ramach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii.
Informacja dotycząca ustaleń z kontroli	<p>1. Pozytywnie z nieprawidłowościami, biorąc pod uwagę kryterium legalności, rzetelności i celowości działań podmiotu kontrolowanego, należy ocenić w okresie objętym analizą kontrolną prawidłowość realizacji, dokumentowania i rozliczania świadczeń z Katalogu świadczeń do sumowania (Załącznik 1c) w ramach umowy nr 10-00-00065-12-48-03/01 z dnia 30 grudnia 2011r. (ze zm.) w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie: anestezjologia i intensywna terapia II poziom referencyjny – hospitalizacja. Pozytywnie z nieprawidłowościami, należy ocenić prawidłowość i zasadność wykazania do rozliczenia do Podlaskiego OW NFZ 46 skontrolowanych świadczeń z 2016r, rozliczonych w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne poprzez świadczenie 5.53.01.0001472 – Ciągłe leczenie nerkozastępcze - według kryterium oceny prawidłowości zakwalifikowania i rozliczania w/w produktu rozliczeniowego. W 44 ze 46 (95,65%) przypadków stwierdzono zasadność zakwalifikowania oraz wpisy potwierdzające wykonanie świadczeń o kodzie 5.53.01.0001472 Ciągłe leczenie nerkozastępcze zgodnie z warunkami określonymi w Załączniku 1c Katalog świadczeń do sumowania do Zarządzenia Prezesa NFZ nr 89 z 2013r. (w brzmieniu określonym w załączniku do Zarządzenia Nr 110/2015/BP Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 grudnia 2015r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne z późn. zm.). Nieprawidłowe zakwalifikowanie i rozliczenie stwierdzono w przypadku 2 ze 46 (4,35%) skontrolowanych świadczeń z 2016r., rozliczonych w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne poprzez świadczenie 5.53.01.0001472 – Ciągłe leczenie nerkozastępcze. Pozytywnie, należy ocenić prawidłowość i zasadność wykazania do rozliczenia do Podlaskiego OW NFZ 2 skontrolowanych świadczeń z 2016r, rozliczonych w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne poprzez świadczenie o kodzie 5.53.01.0000938 - Plazmaferaza lecznicza - według kryterium oceny prawidłowości zakwalifikowania i rozliczania w/w produktu rozliczeniowego. W 2 z 2 (100%) przypadków stwierdzono zasadność zakwalifikowania oraz wpisy potwierdzające wykonanie świadczeń o kodzie 5.53.01.0000938 - Plazmaferaza lecznicza zgodnie z warunkami określonymi w Załączniku 1c Katalog świadczeń do sumowania do Zarządzenia Prezesa NFZ nr 89 z 2013r. (w brzmieniu określonym w załączniku do Zarządzenia Nr 110/2015/BP Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 grudnia 2015r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne z późn. zm.). Pozytywnie, należy ocenić prawidłowość i zasadność wykazania do rozliczenia do Podlaskiego OW NFZ 35 skontrolowanych świadczeń z 2016r, rozliczonych w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne poprzez świadczenie o kodzie 5.53.01.0001401 - Leczenie</p>

przetoczeniami immunoglobulin - według kryterium oceny prawidłowości zakwalifikowania i rozliczenia w/w produktu rozliczeniowego. W 35 z 35 (100%) przypadków stwierdzono zasadność zakwalifikowania oraz wpisy potwierdzające wykonanie świadczeń o kodzie 5.53.01.0001401 - Leczenie przetoczeniami immunoglobulin zgodnie z warunkami określonymi w Załączniku 1c Katalog świadczeń do sumowania do Zarządzenia Prezesa NFZ nr 89 z 2013r. (w brzmieniu określonym w załączniku do Zarządzenia Nr 110/2015/BP Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 grudnia 2015r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne z późn. zm.).

2. Pozytywnie z nieprawidłowościami, biorąc pod uwagę kryterium legalności, rzetelności i celowości działań podmiotu kontrolowanego, należy ocenić w okresie objętym analizą kontrolną zasadność i prawidłowość rozliczenia świadczeń finansowanych w oparciu o skalę punktacji stanu pacjenta TISS-28 z Katalogu świadczeń do sumowania - Załącznik 1c w ramach umowy nr 10-00-00065-12-48-03/01 z dnia 30.12.2011r. (ze zm.) w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie: anestezjologia i intensywna terapia II poziom referencyjny – hospitalizacja. W przypadku 19 z 20 skontrolowanych dokumentacji medycznych pacjentów, którym w 2016 roku udzielono świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie anestezjologia i intensywna terapia II poziom referencyjny – hospitalizacja stwierdzono prawidłowe rozliczenie świadczeń - przypisane punkty w karcie punktacji pacjentów TISS-28 znajdują potwierdzenia we wpisach w indywidualnej dokumentacji medycznej. W wyniku analizy kontrolnej stwierdzono prawidłowość naliczenia punktacji w skali TISS –28 w 178 osobodniach z 179 poddanych kontroli- co stanowi 99,44 % próby kontrolnej. Nieprawidłowe zakwalifikowanie i rozliczenie stwierdzono w przypadku 1 ze 179 (0,56 %) skontrolowanych świadczeń z 2016r., rozliczonych w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne poprzez świadczenie 553010004031 – Leczenie w OAIT dla Dzieci/ OAIT dla dorosłych II poziomu – Ocena wg skali TISS 28 albo TISS 28 dla dzieci – 31 pkt.

3. Pozytywnie z uchybieniami, biorąc pod uwagę kryterium legalności i rzetelności działań podmiotu kontrolowanego, należy ocenić w okresie objętym analizą kontrolną zgodność danych przekazywanych w raportach statystycznych do POW NFZ z wpisami w dokumentacji medycznej, w tym realizację wymogu określonego w Załączniku nr 3 (lp. 3 - pkt. 5 Pozostałe wymagania) do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego w brzmieniu określonym w Obwieszczeniu Ministra Zdrowia z dnia 14 kwietnia 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2016 r. poz. 694 j.t. ze zm.). Pozytywnie z uchybieniami, należy ocenić rzetelność przedstawianych przez Świadczeniodawcę danych w Karcie statystyki szpitalnej MZ, które są zgodne z danymi sprawozdanymi do POW NFZ, znajdującymi potwierdzenie w przeprowadzonym procesie diagnostyczno – terapeutycznym pacjenta. W wyniku przeprowadzonej analizy krzyżowej zapisów w indywidualnej dokumentacji medycznej 20 pacjentów, a w szczególności w Karcie informacyjnej i w Karcie statystycznej szpitala ogólnej MZ/Szp-11, z danymi przekazanymi do POW NFZ w raportach statystycznych dla celów rozliczeń stwierdzono, iż sprawozdane raporty statystyczne w części dotyczącej: zrealizowanych procedur medycznych wg. ICD-9 oraz postawionych rozpoznań zasadniczego i współistniejących wg. ICD - 10, co do zasady odzwierciedlały stan istniejący w dokumentacji medycznej. Pozytywnie z uchybieniami, należy ocenić spełnianie przez Świadczeniodawcę w okresie objętym analizą kontrolną wymogów określonych w Załączniku nr 3 (lp. 3 - pkt. 5 Pozostałe wymagania) do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. (ze zm.) w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie leczenie szpitalne. Analiza danych dostępnych w systemie informatycznym NFZ za okres od 01 stycznia 2016r. do 31 grudnia 2016r. wykazała, iż Świadczeniodawca co do zasady realizował w/w wymóg, za wyjątkiem rozbieżności stwierdzonych w przypadku 9 pacjentów, a dotyczących braku sprawozdania osobodni zastosowania

wymienionych w Załączniku nr 3 do rozporządzenia MZ cewników lub leczenia nerkozastępczego. Pozytywnie, należy ocenić przestrzeganie przez Świadczeniodawcę w okresie kontrolowanym przepisów wydanych na podstawie art. 27 ustawy z dnia 5 grudnia 2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2013r. poz. 947 oraz z 2016r. poz. 1866).

4. Pozytywnie z uchybieniami, biorąc pod uwagę kryterium legalności i rzetelności działań podmiotu kontrolowanego, należy ocenić prawidłowość prowadzenia zbiorczej dokumentacji medycznej zgodnie z wymogami określonymi w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 09 listopada 2015r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. 2015. poz. 2069 - zwanego dalej Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 09 listopada 2015r. w sprawie dokumentacji medycznej). Analiza stanu faktycznego wykazała, iż:

- Księga główna przyjęć i wypisów z 2016r. prowadzona była zgodnie z dyspozycją § 27 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 09 listopada 2015 r. w sprawie dokumentacji medycznej, poza faktem braku możliwości wskazania rozpoznania onkologicznego po wypisaniu pacjenta, na podstawie wyniku badania diagnostycznego, który nie był znany w dniu wypisu;
- Księga chorych oddziału z 2016r. prowadzona była zgodnie z dyspozycją § 29 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 09 listopada 2015 r. w sprawie dokumentacji medycznej, poza możliwością wskazania rozpoznania onkologicznego po wypisaniu pacjenta, na podstawie wyniku badania diagnostycznego, który nie był znany w dniu wypisu;
- Księgi raportów lekarskich z 2016r. prowadzone były zgodnie z dyspozycją § 30 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 09 listopada 2015 r. w sprawie dokumentacji medycznej;
- Księgi raportów pielęgniarskich z 2016r. prowadzone były co do zasady zgodnie z dyspozycją § 31 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 09 listopada 2015 r. w sprawie dokumentacji medycznej, za wyjątkiem braku treści raportu, z uwzględnieniem imienia i nazwiska, a w razie potrzeby innej informacji pozwalającej na zidentyfikowanie pacjenta, opisu zdarzenia, jego okoliczności i podjętych działań.

5. Negatywnie, biorąc pod uwagę kryterium legalności i rzetelności działań podmiotu kontrolowanego, należy ocenić spełnianie przez Świadczeniodawcę w kontrolowanym okresie wymogów określonych w Załączniku nr 3 (Lp.3) do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego w brzmieniu określonym w Obwieszczeniu Ministra Zdrowia z dnia 14 kwietnia 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2016 r. poz. 694 j.t. ze zm.) w zakresie personelu oraz wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną. Negatywnie, należy ocenić spełnianie przez Świadczeniodawcę w kontrolowanym okresie wymogów dotyczących wyodrębnienia kadrowego określonych w Załączniku nr 3 lp. 3 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. (ze zm.) w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie leczenia szpitalne. Analiza dokumentacji przedstawionej przez Świadczeniodawcę w zakresie zgodności wykazanych osób (lekarze) udzielających świadczeń w ramach zwykłej ordynacji lekarskiej z dokumentacją potwierdzającą czas pracy w ramach zwykłej ordynacji lekarskiej tj. listy obecności, karty ewidencji pracy, harmonogram udzielania świadczeń lekarzy kontraktowych w Pionie AilT, grafiki oraz „Wykaz pracy lekarzy specjalistów na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii z Pododdziałem Intensywnej Terapii Dziecięcej” za okres wrzesień – listopad 2017r. wykazała, iż Szpital Wojewódzki im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży w październiku 2017r. spełniał warunek realizacji świadczeń w części dotyczącej personelu medycznego - lekarze w zakresie anestezjologia i intensywna terapia II poziom referencyjny – hospitalizacja: „Równoważnik co najmniej 4 etatów” natomiast w miesiącach wrzesień i listopad 2017r. Świadczeniodawca nie zapewnił realizacji powyższego wymogu. Analiza dokumentacji przedstawionej przez Świadczeniodawcę w zakresie zgodności wykazanych osób (pielęgniarki) udzielających świadczeń z

	<p>dokumentacją potwierdzającą czas pracy tj. Indywidualny rozkład pracy pielęgniarek za okres wrzesień - listopad 2017 r. w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii z pododdziałem Intensywnej Terapii Dziecięcej, wykazała, iż okresie wrzesień - listopad 2017 r. Świadczeniodawca nie spełnił warunku zapewnienia co najmniej 2,22 etatu pielęgniarskiego na jedno stanowisko intensywnej terapii. W wyniku analizy dokumentacji przedstawionej przez Świadczeniodawcę tj. grafików pracy w ramach zapewnienia opieki lekarskiej po godzinach normalnej ordynacji lekarskiej (dyżuru medycznego) oraz grafików pracy pielęgniarek w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii z Pododdziałem Intensywnej Terapii Dziecięcej za okres: wrzesień - listopad 2017r. wykazano, że Świadczeniodawca w badanym okresie spełniał warunek realizacji świadczeń w zakresie zapewnienia całodobowej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej we wszystkie dni tygodnia. Pozytywnie z uchybieniami, należy ocenić przestrzeganie przez Świadczeniodawcę zapisów § 2 ust. 1 i 2 powołanej wyżej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które stanowią, iż świadczenia w poszczególnych zakresach udzielane są przez osoby wymienione w załączniku nr 2 do umowy „Harmonogram-Zasoby” zgodnie z harmonogramem pracy, określonym w przedmiotowym załączniku. Analiza przedłożonego przez Świadczeniodawcę wykazu personelu – lekarze nie wykazała rozbieżności pomiędzy personelem udzielającym świadczeń w kontrolowanym zakresie wg. stanu na dzień 05.12.2017r. a danymi zawartymi w załączniku nr 2 do umowy „Harmonogram – zasoby”. Analiza dokumentacji przedstawionej przez Świadczeniodawcę w zakresie zgodności wykazanych osób (pielęgniarki) udzielających świadczeń z dokumentacją potwierdzającą czas pracy tj. grafiki pracy za okres wrzesień - listopad 2017r. w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii z pododdziałem Intensywnej Terapii Dziecięcej oraz z danymi zawartymi w załączniku nr 2 do umowy „Harmonogram – zasoby” do obowiązującej umowy wykazała, iż 1 pielęgniarka - zgłoszona do umowy za pośrednictwem dedykowanego serwisu internetowego nie udzielała świadczeń w kontrolowanym okresie. Pozytywnie z uchybieniami, należy ocenić przestrzeganie przez Świadczeniodawcę zapisów § 6 ust. 1 Ogólnych warunków umów , stanowiących załącznik do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 08 września 2015r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U.2016r., poz. 1146 j.t. ze zm.), który stanowi, iż świadczenia są udzielane osobiście przez osoby wykonujące zawody medyczne w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2015 r. poz. 618, z późn. zm.), zgodnie z harmonogramem. Pozytywnie, należy ocenić spełnianie w kontrolowanym okresie przez Świadczeniodawcę wymogów dotyczących wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną określonych w Załączniku nr 3 lp. 3 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. (ze zm.) w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie leczenia szpitalne.</p>
<p>Zalecenia pokontrolne i skutki finansowe / link</p>	<p>Zalecenia pokontrolne:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dołożyć należytej staranności przy wskazywaniu w raportach statystycznych składanych o Podlaskiego OW NFZ produktów z katalogu świadczeń do sumowania, z prawidłową kwalifikacją udzielonych świadczeń, zgodnie z ich opisem widniejącym w dokumentacji medycznej. 2. Przeszkolić osoby/personel odpowiedzialny za przygotowywanie raportów statystycznych i proces rozliczania świadczeń w zakresie prawidłowego i zgodnego z wpisami w dokumentacji medycznej wskazywania do rozliczenia produktów z katalogu świadczeń do sumowania, stanowiących załączniki do aktualnego w danym okresie zarządzenia Prezesa NFZ w rodzaju leczenia szpitalne, zgodnie z ich opisem widniejącym w dokumentacji medycznej. 3. Zapewnić rzetelną i zgodną z wpisami w dokumentacji medycznej realizację wymogu określonego w Załączniku nr 3

(lp.3- pkt. 5) Pozostałe wymagania) do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego w brzmieniu określonym w Obwieszczeniu Ministra Zdrowia z dnia 14 kwietnia 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2016 r. poz. 694 j.t. ze zm.) w zakresie dotyczącym sprawozdawania w osobodniach liczby osobodni, w których świadczeniobiorcy hospitalizowani w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii mieli:

A – cewnik w żyłę główną oraz wykonany bezpośredni pomiar ośrodkowego ciśnienia żylnego,

B – cewnik w tętnicy oraz wykonany bezpośredni pomiar ciśnienia tętniczego,

C – cewnik w tętnicy płucnej i wykonany pomiar dynamiki układu krążenia lub z inną technologią medyczną służącą do pomiaru dynamiki układu krążenia przyjętą jako alternatywna, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną,

D - wykonany pomiar ciśnienia wewnątrzczaszkowego

E – leczenie nerkozastępcze,

4. Przeszkolić personel odpowiedzialny za prowadzenie zbiorczej dokumentacji medycznej w zakresie zasad jej prowadzenia zgodnie z obowiązującymi przepisami, ze szczególnym uwzględnieniem zapisów Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U.2015.2069) celem prawidłowego i wyczerpującego dokumentowania stanu pacjenta oraz udzielonego świadczenia zdrowotnego w zakresie wpisów w raportach pielęgniarskich w kontekście zapisów § 31 pkt 3 w/w Rozporządzenia MZ.
5. Na bieżąco i terminowo aktualizować dane o swoim potencjale wykonawczym (personel udzielający świadczeń) przeznaczonym do realizacji umowy.
6. Zgłosić zmiany do załącznika 2 do umowy „Harmonogram zasoby” w części dotyczącej personelu udzielającego świadczeń w kontrolowanym zakresie (w zakresie faktycznie posiadanych przez personel pielęgniarski kwalifikacji zgodnie ze stanem opisanym w części I pkt 5.3 lit. b) Wystąpienia) oraz usunięcia z wykazu 1 pielęgniarki przebywającej na urlopie macierzyńskim.
7. Niezwłocznie zapewnić spełnianie minimalnych warunków realizacji świadczeń w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii II poziom referencyjny – hospitalizacja w zakresie dotyczącym zapewnienia minimalnej liczby równoważników etatów lekarzy i pielęgniarek (pkt. 5.1. wystąpienia pokontrolnego), zgodnie z wymogami określonymi w Załączniku nr 3 lp. 3 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. (ze zm.) w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego w brzmieniu określonym w Obwieszczeniu Ministra Zdrowia z dnia 14 kwietnia 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2016 r. poz. 694 j.t. ze zm.). W informacji o sposobie wykonania zaleceń pokontrolnych należy udokumentować sposób realizacji w/w zalecenia pokontrolnego w sprawie zatrudnienia personelu lekarskiego i pielęgniarskiego.

Przedstawione wyżej zalecenie w zakresie realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w kontrolowanym zakresie (Anestezjologia i Intensywna Terapija II poziom referencyjny – hospitalizacja) dotyczące niespełniania wymogów obligatoryjnych w zakresie warunków udzielania świadczeń dla II poziomu referencyjnego - może stanowić uzasadnienie do zastosowania dyspozycji z § 36 ust. 1 pkt. 4 Ogólnych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, stanowiących załącznik do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 08 września 2015 r. (Dz. U. 2016r., poz. 1146 j.t., które dają uprawnienie Dyrektorowi OW NFZ do rozwiązania umowy o

	<p>udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w całości lub w części w trybie natychmiastowym, bez zachowania okresu wypowiedzenia. W związku z wynikami niniejszej kontroli decyzja w tym zakresie zostanie poprzedzona postępowaniem wyjaśniającym przeprowadzonym przez właściwe komórki organizacyjne POW NFZ.</p> <p>8. Złożyć korekty faktur oraz raportów statystycznych uwzględniających świadczenia wyszczególnione w części I punkt 1.1 (Tabela nr 2) i punkt 2 (Tabela nr 3) niniejszego wystąpienia pokontrolnego.</p> <p>Skutki finansowe kontroli:</p> <p>a) kwota 6 865,56 zł (słownie: sześć tysięcy osiemset sześćdziesiąt pięć złotych 56/100 groszy) tytułem zwrotu nienależnie przekazanych środków finansowych za rok 2016.</p> <p>b) kwota 27 658, 52 zł (słownie: dwadzieścia siedem tysięcy sześćset pięćdziesiąt osiem złotych 52/100 gr) tytułem kary umownej naliczonej za 2017r.</p>
--	---

Sporządził:
Dział Kontroli Realizacji Umów na Świadczenia