

Sprawozdanie z przeprowadzonej kontroli

Jednostka organizacyjna NFZ przeprowadzająca kontrolę	Numer postępowania kontrolnego	Termin przeprowadzenia kontroli	Podmiot kontrolowany: nazwa i adres	Temat kontroli, okres objęty kontrolą	Informacja dotycząca ustaleń z kontroli	Zalecenia pokontrolne i skutki finansowe / link
<p>Departament Kontroli Terenowy Wydział Kontroli XIV w Olsztynie</p>	<p>DK.TWK-XIV.7320.010.2021</p>	<p>2021-08-31 2022-01-25</p>	<p>HALMED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością ul. Warszawska 4B/18 13-100 Nidzica</p>	<p>Realizacja, rozliczanie i dokumentowanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie endokrynologii – świadczenia pierwszorazowe.</p> <p>Okres objęty kontrolą: od 01.01.2018 r. do 31.12.2020 r.</p>	<p>Pozytywnie oceniono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • prawidłowość prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej. <p>Negatywnie oceniono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • prawidłowość realizacji i rozliczania świadczeń w zakresie: świadczenia w zakresie endokrynologii – świadczenia pierwszorazowe, w ramach świadczeń o kodach: 5.30.00.0000041 - W41 ŚWIADCZENIE PIERWSZORAZOWE 2-GO TYPU, 5.30.00.0000042 – W42 ŚWIADCZENIE PIERWSZORAZOWE 3-GO TYPU, 5.30.00.0000043 – W43 ŚWIADCZENIE PIERWSZORAZOWE 4-GO TYPU 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wykazywać w raportach statystycznych procedury medyczne zlecone i sfinansowane i/lub wykonane przez Świadczeniodawcę oraz kwalifikować zrealizowane świadczenia do prawidłowego produktu rozliczeniowego (grupy), zgodnie z zasadami rozliczania świadczeń, określonymi w aktualnym w danym okresie rozliczeniowym zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna. – termin realizacji zalecenia: niezwłocznie, na bieżąco. 2. Złożyć korekty dokumentów rozliczeniowych, w tym raportów statystycznych, w zakresie świadczeń wyszczególnionych w załączniku nr 2 do wystąpienia pokontrolnego, nieprawidłowo wykazanych do rozliczenia z Warmińsko-Mazurskim OW NFZ w ramach umowy nr 14-00-04096-12/148/02/01/AOS z dnia 31.12.2014 r. (z aneksami) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie: świadczenia w zakresie endokrynologii – świadczenia pierwszorazowe (kod zakresu: 02.1030.401.02) w poszczególnych okresach rozliczeniowych od 01.01.2018 r. do 31.12.2020 r. – termin realizacji zalecenia: 14 dni od dnia otrzymania wystąpienia pokontrolnego. <p>Skutki finansowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 91 282,79 zł – wartość nienależnie przekazanych środków finansowych. - 2 552,16 zł – wartość kary umownej.