

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>Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia Departament Kontroli Terenowy Wydział Kontroli II w Bydgoszczy</p>	<p>DK.TWK-II.7300.040.2021.REH</p>	<p>25.10.2021 r. – 08.12.2021 r.</p>	<p>Gabinet Rehabilitacji i Terapii Manualnej pl. Wolności 2 89-400 Sępólno Krajeńskie</p>	<p>Jakość świadczeń rehabilitacyjnych dedykowanych osobom posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności. Okres objęty kontrolą: od 01.07.2019 r. do 31.12.2019 r.</p>	<p><i>Spełnianie wymogów dotyczących personelu medycznego udzielającego świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej</i> W kontrolowanym obszarze nie stwierdzono nieprawidłowości.</p> <p><i>Realizacja, sprawozdawanie i rozliczanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach próby objętej kontrolą</i> Na podstawie przekazanej do kontroli dokumentacji dokonano następujących ustaleń: - Wykazanie w raportach statystycznych świadczeń z niewłaściwym kodem – dotyczy to 10 świadczeń - oraz wykazanie 1 wizyty fizjoterapeutycznej, która nie ma odzwierciedlenia w dokumentacji medycznej. - Dokonanie zmiany zabiegów przez fizjoterapeutę, bez konsultacji z lekarzem specjalistą w dziedzinie: rehabilitacji ogólnej lub rehabilitacji medycznej, lub rehabilitacji w chorobach narządu ruchu - dotyczy 7 świadczeń w I cyklu.</p>	<p><b>ZALECENIA POKONTROLNE:</b> 1. W raportach statystycznych przekazywanych do Kujawsko-Pomorskiego OW NFZ wykazywać dane zgodne ze stanem faktycznym oraz zapisami w dokumentacji medycznej – termin realizacji: na bieżąco. 2. Złożyć korekty raportów statystycznych i faktur w zakresie świadczeń wyszczególnionych w załączniku do wystąpienia pokontrolnego, nieprawidłowo wykazanych do rozliczenia z Kujawsko-Pomorskim OW Narodowego Funduszu Zdrowia w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna i fizjoterapia ambulatoryjna dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności – termin realizacji zalecenia: 14 dni od dnia otrzymania wystąpienia pokontrolnego</p> <p><b>SKUTKI FINANSOWE:</b> 443,17 zł – tytułem kary umownej Z uwagi na zapisy art. 61u ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych odstąpiono od jej pobrania. 97,00 zł – tytułem nienależnie przekazanych środków finansowych</p>