

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.7300.1.021.2021</p>	<p>2021-12-08 2022-02-15</p>	<p>Dorota Szwedowicz ul. Kardynała Wyszyńskiego 11 11-200 Bartoszyce</p>	<p>Jakość i dostępność do gwarantowanych świadczeń stomatologicznych dla dzieci i młodzieży do 18 roku życia.</p> <p>Okres objęty kontrolą: od 01.01.2019 r do 31.12.2020 r. oraz stan na dzień przeprowadzania czynności kontrolnych: 15.12.2021 r.</p>	<p>Pozytywnie z nieprawidłowościami oceniono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • prawidłowość realizacji i sprawozdawania świadczeń stomatologicznych: całkowite opracowanie i odbudowa rozległego ubytku na 3 powierzchniach (kod: 5.13.00.2315050) oraz całkowite opracowanie i odbudowa rozległego ubytku na 2 powierzchniach (kod: 5.13.00.2315040). <p>Negatywnie oceniono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • spełnianie warunków wymaganych do realizacji świadczeń stomatologicznych dotyczących: personelu medycznego, sprzętu i wyposażenia, materiałów stomatologicznych stosowanych przy udzielaniu świadczeń gwarantowanych, • sposób prowadzenia dokumentacji medycznej. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Przestrzegać postanowień zawartej umowy nr 14-00-00954-17/178/07/STM dotyczących warunków udzielania świadczeń, w szczególności w zakresie dotyczącym materiałów stomatologicznych stosowanych przy udzielaniu świadczeń gwarantowanych oraz aktualizowania danych o swoim potencjale wykonawczym – termin realizacji zalecenia: niezwłocznie, na bieżąco. 2. Przestrzegać przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. poz. 666, z późn. zm.), w szczególności w zakresie numerowania stron i ich oznaczania danymi pacjenta, kompletności opisów udzielonych świadczeń i opatrywania ich wymaganymi danymi osoby realizującej świadczenie – termin realizacji zalecenia: niezwłocznie, na bieżąco. 3. Na podstawie § 28 ust. 2 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dokonać korekty zakwestionowanych świadczeń zgodnie z załącznikiem nr 1 do wystąpienia pokontrolnego i złożyć do Warmińsko-Mazurskiego OW NFZ korygujące dokumenty rozliczeniowe – termin realizacji zalecenia: do 14 dni od dnia otrzymania wystąpienia pokontrolnego. <p>Skutki finansowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> – 187,88 zł – wartość zwrotu nienależnie przekazanych środków finansowych, – 1 458,65 zł – wartość kary umownej.