

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 |
|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Departament Kontroli Terenowy Wydział Kontroli XIV w Olsztynie | DK.TWK-XIV.7302.008.2021 | 2021-07-15 2021-11-24 | APTEKA GEMINI ul. Kętrzyńska 18 11-200 Bartoszyce | Realizacja recept na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne zagrożone brakiem dostępności. Okres objęty kontrolą: od 01.01.2016 r. do 31.12.2017 r. | Pozytywnie z nieprawidłowościami oceniono: <ul style="list-style-type: none"> • realizacja recept refundowanych w ramach próby objętej kontrolą, • przekazywanie danych w obrocie lekami, środkami spożywczymi specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobami medycznymi objętymi refundacją, wynikających ze zrealizowanych recept refundowanych, w ramach próby objętej kontrolą, • udokumentowanie zakupu wydanych na receptę wybranych refundowanych leków zagrożonych brakiem dostępności w ramach próby objętej kontrolą, • zgodność danych przekazywanych do OW NFZ o personelu zatrudnionym w aptece/punkcie aptecznym z Ewidencją zatrudnionych w aptece farmaceutów i techników farmaceutycznych. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Realizować recepty zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, ze szczególnym zwróceniem uwagi na wymogi formalno-prawne dotyczące prawidłowej realizacji recept refundowanych – termin realizacji zalecenia: niezwłocznie, na bieżąco. 2. Dokonać korekt zestawień refundacyjnych i raportów statystycznych w zakresie dotyczącym zakwestionowanych recept zgodnie z wymogami określonymi w § 3 ust. 1 pkt 4 załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów – termin realizacji zalecenia: do 14 dni od dnia otrzymania niniejszego wystąpienia pokontrolnego. 3. Spowodować, aby produkty lecznicze były wprowadzane na stan magazynu apteki w ilości zgodnej z danymi widniejącymi na dokumentach zakupu – termin realizacji zalecenia: niezwłocznie, na bieżąco. 4. Informować Oddział Wojewódzki Funduszu o każdej zmianie w Ewidencji zatrudnionych w aptece farmaceutów i techników farmaceutycznych w terminie, o którym mowa w art. 45 ust. 6 ustawy o refundacji leków, zgodnie z § 3 ust. 2 rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów – termin realizacji: niezwłocznie, na bieżąco. Skutki finansowe kontroli: - 865,11 zł – wartość zakwestionowanej refundacji, - 750,40 zł – wartość nałożonej kary umownej. |