

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.7300.1.014.2021</p> | <p>2021-10-11 2021-12-08</p> | <p>NZOZ ESKULAP Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Spółka Komandytowa ul. Zieluńska 25 13-230 Lidzbark</p> | <p>Jakość świadczeń rehabilitacyjnych dedykowanych osobom posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności.</p> <p>Okres objęty kontrolą: od 2019-07-01 do 2019-12-31</p> | <p>Pozytywnie z nieprawidłowościami oceniono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • spełnianie wymogów dotyczących personelu medycznego udzielającego świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej, • realizację, sprawozdawanie i rozliczanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach próby objętej kontrolą. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Zgłaszać zmiany w potencjale przedstawionym do realizacji umowy nr 14-00-04430-17/052/05/REH, szczególnie w zakresie harmonogramu pracy personelu medycznego, zgodnie z § 2 ust. 2 umowy i § 9 zarządzenia Nr 13/2019/DSOZ – termin realizacji: na bieżąco. 2. Przekazywać, do Oddziału Wojewódzkiego NFZ, w raportach statystycznych rzetelne dane o wszystkich udzielonych świadczeniach w okresie obowiązywania umowy, zgodnie z obowiązującym zarządzeniem Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz § 5 umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza – termin realizacji: na bieżąco. 3. Kwalifikować udzielone świadczenia do właściwego zakresu, szczególnie w odniesieniu do świadczeń udzielanych osobom o znacznym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z obowiązującym zarządzeniem Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza – termin realizacji: na bieżąco. 4. Realizować i dokumentować czynności związane z wizytą fizjoterapeutyczną zgodnie przepisem § 5 ust. 3 pkt 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 465, z późn. zm.) – termin realizacji: na bieżąco. 5. Wykonywać i sprawozdawać zabiegi fizjoterapeutyczne w cyklach terapeutycznych nie przekraczających 10 dni zabiegowych, zgodnie z przepisem określonym w lp. 1 w lit. b kol. 3 pkt 1 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 465, z późn. zm.) – termin realizacji: na bieżąco. 6. Dokonać korekty dokumentów rozliczeniowych i raportów statystycznych, według danych przedstawionych w tabeli nr 5 niniejszego wystąpienia pokontrolnego – termin realizacji zalecenia: 14 dni od daty otrzymania wystąpienia pokontrolnego. <p>Skutki finansowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 433,27 zł – wartość kary umownej. - 262,50 zł – wartość nienależnie uzyskanych środków finansowych |