

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.7320.046.2021. AOS</p>	<p>17.12.2021 r. – 25.02.2022 r.</p>	<p>Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej, ul. Chełmińska 7B, 86-253 Kijewo Królewskie</p>	<p>Realizacja umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresach dotyczących położnictwa i ginekologii. Okres objęty kontrolą: od 29 grudnia 2020 r. do dnia kontroli.</p>	<p><i>Spełnianie warunków realizacji świadczeń w części dotyczącej kwalifikacji zawodowych personelu udzielającego świadczeń.</i> Na podstawie przekazanej do kontroli dokumentacji dokonano następujących ustaleń: - Udzielanie świadczeń przez personel nieposiadający wymaganych kwalifikacji w zakresie położnictwa i ginekologii.</p> <p><i>Zasadność wykazywania do zapłaty świadczeń ambulatoryjnych, w ramach próby objętej kontrolą.</i> Na podstawie przekazanej do kontroli dokumentacji dokonano następujących ustaleń: - Wykazanie do rozliczenia świadczeń udzielonych przez osobę nieposiadającą kwalifikacji zawodowych – dotyczy 802 świadczeń</p>	<p><b>ZALECENIA POKONTROLNE:</b> 1. Udzielać świadczeń przez personel posiadający odpowiednie kwalifikacje zawodowe, zgodnie z obowiązującymi warunkami realizacji świadczeń w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna – termin realizacji zalecenia: na bieżąco. 2. Złożyć korekty raportów statystycznych i faktur w zakresie świadczeń wyszczególnionych w załączniku nr 1 do wystąpienia pokontrolnego, nieprawidłowo wykazanych do rozliczenia w okresie objętym kontrolą z Kujawsko-Pomorskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia w ramach umowy nr XXXXX o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii – termin realizacji zalecenia: 14 dni od dnia otrzymania wystąpienia pokontrolnego. 3. Złożyć korektę raportu statystycznego w zakresie świadczenia wskazanego w załączniku nr 2 do wystąpienia pokontrolnego, nieprawidłowo wykazanego do rozliczenia w okresie objętym kontrolą z Kujawsko-Pomorskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia w ramach umowy nr XXXXX o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii – termin realizacji</p>

					<p>zalecenia: 14 dni od dnia otrzymania wystąpienia pokontrolnego.</p> <p>4. W przypadku świadczeń ujętych w załączniku nr 3 do wystąpienia pokontrolnego, które zostały ujęte w planie spłaty obejmującym świadczenia udzielone przez świadczeniodawcę w poczet rozliczenia kwot uzyskanych na podstawie rachunków bez sprawozdawczości finansujących okresy nieudzielania świadczeń, należy dokonać korekty raportów statystycznych w zakresie tych świadczeń (bez pozycji 18) oraz wystawić fakturę korygującą (bez szablonu) do wybranego rachunku bez sprawozdawczości za rok 2020, na kwotę minus 3 803,48 zł. Przeprowadzenie powyższych działań będzie skutkowało zmniejszeniem planu spłaty za lata 2020-2021 oraz pozwoli na uniknięcie podwójnego zwrotu zakwestionowanych środków finansowych. Korekta świadczenia pobranie materiału z szyjki macicy do przesiewowego badania cytologicznego wymienionego w pozycji 18 załącznika nr 3 do wystąpienia pokontrolnego z uwagi na specyfikę sprawozdawania tych świadczeń zostanie dokonana przez pracownika Kujawsko-Pomorskiego OW NFZ w Bydgoszczy.</p> <p>5. Złożyć korekty faktur w zakresie świadczeń wyszczególnionych w załączniku nr 4 do wystąpienia pokontrolnego, nieprawidłowo wykazanych do rozliczenia w okresie objętym kontrolą z Kujawsko-Pomorskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia w ramach umowy nr XXXXX o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie pobranie materiału z szyjki macicy do przesiewowego badania cytologicznego - zakres skojarzony z</p>
--	--	--	--	--	---

						<p>02.1450.001.02 – termin realizacji zalecenia: 14 dni od dnia otrzymania wystąpienia pokontrolnego.</p> <p>SKUTKI FINANSOWE: 69 402,48 zł – tytułem nienależnie przekazanych środków finansowych 984,79 zł – tytułem kary umownej</p>
--	--	--	--	--	--	---