

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.7320.050.2021. AOS</p>	<p>17.12.2021 r. – 25.02.2022 r.</p>	<p>Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej ul. Łąkowa 3, 87-148 Łysomice, (miejsce udzielania świadczeń: ul. Osiedlowa 1, 87-148 Turzno)</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 1003 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 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 korekty raportów statystycznych w zakresie świadczeń wskazanych w załączniku nr 2 do wystąpienia pokontrolnego, nieprawidłowo wykazanych do rozliczenia w okresie objętym kontrolą 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.</p> <p><b>SKUTKI FINANSOWE:</b></p>

						86 273,25 zł – tytułem nienależnie przekazanych środków finansowych 1 430,46 zł – tytułem kary umownej
--	--	--	--	--	--	---