

Sprawozdanie z przeprowadzonej kontroli nr 10.7320.50.2017.WDKRU

Jednostka organizacyjna NFZ przeprowadzająca kontrolę	10_Podlaski OW NFZ
Nr kontroli	10.7320.50.2017.WDKRU
Termin przeprowadzenia kontroli	Data rozpoczęcia kontroli: 12 października 2017 r., data zakończenia kontroli (podpisania protokołu kontroli przez kontrolerów): 17 listopada 2017 r.
Podmiot kontrolowany: nazwa i adres	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzki Szpital Zespolony im. J. Śniadeckiego w Białymstoku z siedzibą: M. Curie-Skłodowskiej 26, 15-950 Białystok
Temat kontroli, okres objęty kontrolą	Realizacja świadczeń udzielanych na podstawie karty DILO w ramach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne i ambulatoryjna opieka specjalistyczna
Informacja dotycząca ustaleń z kontroli	<p>1. Pozytywnie z nieprawidłowościami, biorąc pod uwagę kryterium legalności i rzetelności działań podmiotu kontrolowanego, należy ocenić wywiązanie się Świadczeniodawcy ze spełniania warunków niezbędnych do realizacji pakietu onkologicznego w leczeniu szpitalnym wymaganych dyspozycją § 4a. ust.1 pkt. 1-5 oraz ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (w brzmieniu obowiązującym w okresie kontrolowanym - Dz. U. 2016, poz. 694 j.t., zwane dalej: rozporządzeniem MZ w sprawie leczenia szpitalnego). Pozytywnie z uchybieniem, należy ocenić wywiązanie się przez Świadczeniodawcę w okresie kontrolowanym z zapisów § 4a ust. 1 pkt. 1 lit. a), b), c) oraz pkt. 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (w brzmieniu obowiązującym w okresie kontrolowanym - Dz. U. 2016, poz. 694 j.t.) w części dotyczącej opracowania i stosowania w podmiocie kontrolowanym procedury postępowania i organizacji udzielania świadczeń w przypadku pacjentów leczonych na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego DILO w leczeniu szpitalnym (wprowadzonej w podmiocie leczniczym Zarządzeniem Dyrektora Szpitala z dnia 22 października 2015r.). Opracowana przez Świadczeniodawcę procedura określiła wyodrębnienie planującego i koordynującego proces leczenia wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego (grupę terapeutyczną ustalającą plan leczenia onkologicznego), składającego się z lekarzy specjalistów w określonych przepisami dziedzinach nauk oraz wskazała sposób wyznaczenia osoby prowadzącej leczenie pacjenta spośród osób wchodzących w skład zespołu terapeutycznego (Konsylium). Ponadto przedmiotowa procedura określiła zadania, obowiązki i rolę koordynatora w procesie leczenia pacjenta oraz określiła/uregulowała sposób postępowania u Świadczeniodawcy w zakresie leczenia onkologicznego na poszczególnych etapach. Dodatkowo w ww. procedurze zawarte zostały wytyczne/regulacje w zakresie koordynacji procesu leczenia pacjentów z kartą DILO w tym również współpracy z innymi podmiotami leczniczymi, nad którymi sprawuje pieczę Koordynator – osoba wyznaczona przez wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny spośród trzech osób, wskazanych w załączniku do umowy z NFZ „Harmonogram dodatkowy – Zasoby”. Jako uchybienie w tym obszarze kontroli POW NFZ ocenia to, iż w okresie 01.01.2016r - 30.06.2017r. w/w procedura nie zapewniała określenia sposobu postępowania terapeutycznego przez wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny, zgodnie z dyspozycją § 4a ust. 1 pkt. 1 lit. b) rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego. Pozytywnie, należy ocenić sposób realizacji w okresie kontrolowanym obowiązku zapewnienia przez Świadczeniodawcę zaplanowania leczenia onkologicznego przez wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny. Celem realizacji powyższych wytycznych Świadczeniodawca Zarządzeniem nr 100/2015 z 22 października 2015r. Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. J.</p>

Śniadeckiego w Białymstoku wprowadził Procedurę postępowania i organizacji udzielania świadczeń w przypadku pacjentów leczonych na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego DİLO (obowiązującą od 01 listopada 2015r. do 30 czerwca 2017r., zmienioną Zarządzeniem nr 69/2017 z 20 lipca 2017 r.) zgodnie z którą Ordynator/Lekarz Kierujący Oddziałem proponuje jednego, spośród lekarzy z zespołu terapeutycznego, celem prowadzenia leczenia pacjenta. Negatywnie, należy ocenić przestrzeganie w okresie kontrolowanym obowiązku zapewnienia przez Świadczeniodawcę udokumentowanego udziału w zespole prowadzącym leczenie pacjentów w ramach pakietu onkologicznego osoby prowadzącej fizjoterapię oraz psychologa lub psychoonkologa. Zgodnie z obowiązującą u Świadczeniodawcy Procedurą postępowania i organizacji udzielania świadczeń w przypadku pacjentów leczonych na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego DİLO wskazana została możliwość dodatkowego włączenia do wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego (Konsylium - składającego się co najmniej z lekarzy specjalistów w określonych przepisami dziedzinach medycyny) - w zależności od sytuacji klinicznej, a w szczególności od chorób współistniejących - specjalistów z innych dziedzin medycyny wymienionych w załączniku do w/w procedury (tj. „Harmonogram dodatkowy – zasoby” do umowy w rodzaju leczenie szpitalne, zawartej z NFZ), w tym również fizjoterapeuty i psychologa lub psychoonkologa. Ponadto przedmiotowa procedura w pkt. 5.D.8 oraz pkt.5.D.17 nałożyła obowiązek uczestniczenia w zespole terapeutycznym osoby prowadzącej fizjoterapię oraz psychologa lub psychoonkologa, wraz z koniecznością udokumentowania tego faktu, a także wskazała na konieczność przechowywania informacji, w szczególności o przebiegu Konsylium, ustaleniu rodzajów terapii które będą stosowane, terminów świadczeń, kwalifikacji pacjenta do leczenia zabiegowego, kontynuacji leczenia w zakresie chemioterapii lub radioterapii. Ostatecznie POW NFZ stwierdził, iż w podmiocie kontrolowanym nie zostały precyzyjnie określone zasady udziału/konsultacji w zespole prowadzącym leczenie pacjenta onkologicznego osoby prowadzącej fizjoterapię oraz psychologa lub psychoonkologa oraz nie określono/ustalono zasad dokumentowania tego faktu. Pozytywnie, należy ocenić realizację w okresie kontrolowanym obowiązku zapewnienia w lokalizacji w przypadku nowotworów (złośliwych) układu krwiotwórczego lub układu chłonnego - oddziału o profilu hematologia lub onkologia kliniczna oraz oddziału o profilu zabiegowym, natomiast w pozostałych przypadkach - oddziału o profilu zabiegowym - w zakresie opisanym w protokole kontroli część I. pkt 4. W/w wymóg Świadczeniodawca spełnia podczas realizacji leczenia onkologicznego w ramach własnych komórek organizacyjnych zapewniając w lokalizacji oddział o profilu zabiegowym tj. (Lp. 2) Oddział Ortopedyczno-Urazowy, (Lp. 3) Oddział Urologii Onkologicznej i Ogólnej oraz (Lp. 218) Oddział Chirurgii Ogólnej, Małoinwazyjnej i Onkologicznej. Pozytywnie, należy ocenić zapewnienie przez Świadczeniodawcę dostępu w latach 2016 - 2017 do świadczeń zdrowotnych w rodzaju chemioterapii i radioterapii poprzez zawartą w dniu 18.12.2015r. umowę o współpracy w zakresie realizacji „pakietu onkologicznego” z Białostockim Centrum Onkologii im. M. Skłodowskiej- Curie w Białymstoku oraz dostępu do medycyny nuklearnej poprzez zawartą w dniu 10.11.2015r. umowę z Uniwersyteckim Szpitalem Klinicznym w Białymstoku. Ponadto stwierdzono, iż w pozostałym zakresie (poza wyżej opisanym) w kontrolowanym podmiocie proces leczenia pacjenta w ramach karty DİLO odbywał się, co do zasady w ramach własnej struktury organizacyjnej Świadczeniodawcy, zaś przyjęta Zarządzeniem nr 100/2015 u Świadczeniodawcy Procedura postępowania i organizacji udzielania świadczeń w przypadku pacjentów leczonych na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego DİLO zawierała ogólne wytyczne w zakresie koordynacji tego procesu, w tym zapewnienie współpracy między podmiotami w ramach kompleksowej opieki nad pacjentem. Pozytywnie, należy ocenić realizację obowiązku zapewnienia przez Świadczeniodawcę, w przypadkach określonych w art. 33b ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej (obowiązującej w okresie objętym kontrolą realizacji świadczeń) zakwaterowania albo zakwaterowania i transportu świadczeniobiorcy z miejsca tego zakwaterowania do miejsca udzielania świadczeń. Pozytywnie, należy ocenić zapewnienie w okresie

kontrolowanym we własnym zakresie (w ramach własnej struktury organizacyjnej) przez kontrolowany Podmiot Leczniczy dostępu do badań histopatologicznych śródoperacyjnych realizowanych w Pracowni Diagnostyki Histopatologicznej (nr komórki organizacyjnej w RPWDL: Lp. 219).

2. Pozytywnie z nieprawidłowościami, biorąc pod uwagę kryterium legalności, rzetelności i celowości działań podmiotu kontrolowanego, należy ocenić prawidłowość dokumentowania i rozliczania świadczeń zrealizowanych w ramach pakietu onkologicznego w rodzaju: leczenie szpitalne. Pozytywnie z nieprawidłowościami, należy ocenić dokumentowanie procesu planowania i koordynowania leczenia przez wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny oraz prawidłowość i zasadność wykazania do rozliczenia w ramach pakietu onkologicznego świadczeń o kodzie 553010001000 - Plan leczenia onkologicznego oraz świadczeń o kodzie 552010001498 - Plan leczenia onkologicznego w trybie ambulatoryjnym. Negatywnie w przedmiotowym obszarze kontroli należy ocenić wykazanie do rozliczenia 6 świadczeń o kodzie 553010001000 Plan leczenia onkologicznego, wykazanych na rzecz 6 pacjentów, hospitalizowanych w Oddziale Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej, w przypadku których z wpisów w kartach DILO oraz/lub w indywidualnej dokumentacji medycznej wynika, iż plan leczenia ustalony został przez konsylium przed postawieniem rozpoznania nowotworu złośliwego (przed uzyskaniem wyników H-P, potwierdzających rozpoznanie), przy czym 5 pacjentom plan leczenia ustalono w dniu przyjęcia do szpitala i założenia karty DILO, a 1 pacjentowi - w drugim dniu pobytu w szpitalu, po zabiegu operacyjnym, ale przed uzyskaniem wyniku H-P (zalecenie konsylium - zabieg operacyjny – był już zrealizowany dzień wcześniej). Błędnie przyjęta przez kontrolowanego praktyka przeprowadzania konsylium na rzecz pacjentów z niepotwierdzonym rozpoznaniem nowotworu złośliwego zaskutkowała, stwierdzonym w wyniku przeprowadzonych czynności kontrolnych, błędnym/niezasadnym sprawozdaniem w ramach pakietu onkologicznego hospitalizacji zrealizowanej na rzecz pacjenta, u którego badanie H-P materiału pobranego w trakcie zabiegu operacyjnego nie potwierdziło nowotworowego charakteru usuniętej zmiany. W przypadku pozostałych pacjentów, których dokumentacja medyczna podlegała kontroli, konsylia przeprowadzone zostały w oparciu o postawione (i potwierdzone badaniami H-P) rozpoznania nowotworu złośliwego. Dodatkowo, jako nieprawidłowość wskazać należy, potwierdzony w kontrolowanej dokumentacji/kartach DILO, brak dookreślenia przez konsylium szczegółowego postępowania terapeutycznego w przypadkach, w których podjęta została decyzja o konieczności uzupełnienia leczenia onkologicznego, który to obowiązek wynika wprost ze wzoru karty, nie pozostawiając tym samym tej kwestii do rozstrzygnięcia lekarzowi realizującemu określony etap postępowania leczniczego. Pozytywnie, należy ocenić przestrzeganie przez Świadczeniodawcę w kontrolowanym okresie obowiązku zachowania wymogu terminu 14 dni od dnia umieszczenia świadczeniobiorcy na liście oczekujących na udzielenie świadczenia w warunkach szpitalnych w przypadku pacjentów zgłaszających się z potwierdzonym rozpoznaniem onkologicznym. Pozytywnie, należy ocenić przestrzeganie przez Świadczeniodawcę w kontrolowanym okresie obowiązku zachowania wymogu terminu 28 dni od dnia umieszczenia świadczeniobiorcy na liście oczekujących na udzielenie świadczenia – w przypadkach, w których postawienie rozpoznania onkologicznego jest możliwe wyłącznie po uprzednim przeprowadzeniu zabiegu diagnostyczno-leczniczego. Pozytywnie z nieprawidłowościami, należy ocenić kwalifikację do rozliczenia w ramach pakietu onkologicznego świadczeń szpitalnych (w grupach JGP z katalogu grup - załącznik nr 1a do zarządzenia Prezesa NFZ w rodzaju leczenie szpitalne), zrealizowanych na rzecz 13 świadczeniobiorców: 4 z zakresu urologia - hospitalizacja - pakiet onkologiczny oraz 9 z zakresu chirurgia ogólna - hospitalizacja - pakiet onkologiczny. Jako nieprawidłowość wskazać należy wykazanie do rozliczenia w ramach zakresu dedykowanego do pakietu onkologicznego hospitalizacji zrealizowanej na rzecz pacjenta, u którego badanie H-P materiału pozyskanego w wyniku przeprowadzonego zabiegu operacyjnego nie potwierdziło nowotworowego charakteru usuniętej zmiany. Przedmiotowa nieprawidłowość wynikała wprost z przyjętej na

	<p>Oddziale Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej błędnej praktyki zakładania pacjentom kart DILO w oparciu o podejrzenie zmiany o charakterze nowotworu złośliwego, podczas gdy zgodnie z obowiązującymi w kontrolowanym okresie przepisami, karta DILO w warunkach szpitalnych możliwa była do założenia jedynie po uprzednim potwierdzeniu rozpoznania nowotworu złośliwego badaniami H-P materiału pozyskanego w wyniku przeprowadzonego zabiegu operacyjnego. Negatywnie, należy ocenić przestrzeganie przez Świadczeniodawcę w okresie kontrolowanym zasad prowadzenia/wypełniania kart DILO na etapie procesu leczniczego prowadzonego w zakresie leczenia szpitalnego. W wyniku przeprowadzonej przez Zespół kontrolujący analizy dokumentacji medycznej 13 świadczeniobiorców stwierdzono, iż w 4 przypadkach w dokumentacji znajdował się oryginał karty DILO, w pozostałych przypadkach znajdowała się kopia karty diagnostyki i leczenia onkologicznego. Ustalono, iż 1 karta DILO, z 13 skontrolowanych, została założona przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w oparciu o wynik biopsji wykonanej ambulatoryjnie, sugerujący zmianę o charakterze nowotworowym, z zaleceniem zabiegu diagnostyczno – leczniczego. Kolejne 2 skontrolowane karty DILO, pacjentów przyjętych na Oddział Urologii Onkologicznej i Ogólnej, założone zostały w AOS w oparciu o postawione ambulatoryjnie rozpoznanie nowotworowe. Pozostałym 10 pacjentom karty DILO założono po przyjęciu do szpitala, przy czym 4 z nich, w momencie zakładania karty miało postawione rozpoznanie nowotworowe, a 6 pacjentom, przyjętym na Oddział Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej, założono karty DILO jedynie w oparciu o podejrzenie zmiany o charakterze nowotworowym. Wobec powyższego stosowana przez Świadczeniodawcę na Oddziale Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej praktyka zgłaszania do KRN nowotworu de facto jedynie podejrzanego, a nie rozpoznanego, z jednoczesnym zakładaniem kart DILO, jest działaniem naruszającym obowiązujące przepisy w tym zakresie. W przypadku kart DILO założonych w AOS stwierdzono, iż pomimo diagnostyki stanu zaawansowania choroby, przeprowadzonej ambulatoryjnie, Świadczeniodawca nie uzupełnił przedmiotowych kart w części dedykowanej diagnostyce pogłębionej (nie przedstawił też do rozliczenia z NFZ etapu diagnostyki pogłębionej AOS w ramach karty DILO). Analiza kart DILO w dalszej części wykazała:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) brak podpisu członka konsylium, na kartach DILO 4 pacjentów ; b) brak wymaganego wzorem karty DILO, dookreślenia poszczególnych zaleceń konsylium, dotyczących uzgodnionego postępowania terapeutycznego: zabieg operacyjny, radioterapia, chemioterapia, "inne" ; c) brak potwierdzenia przez pacjenta otrzymania karty DILO, założonej w AOS w kontrolowanej placówce; d) brak pieczęci lekarza zakładającego kartę DILO w AOS; e) brak uwag konsylium w miejscu oceny diagnostyki pogłębionej - w przypadkach, w których karty DILO założone zostały w AOS, a wymagana diagnostyka stanu zaawansowania choroby została przeprowadzona, ale jej wynik nie został naniesiony na kartę; f) brak wskazania koordynatora w kartach DILO 4 pacjentów; g) brak fizjoterapeuty w składzie konsylium, a także brak innych form udokumentowania jego udziału w zespole prowadzącym leczenie pacjenta/-ów; h) pozostawienia w dokumentacji medycznej u 4 pacjentów oryginału karty DILO.
<p>Zalecenia pokontrolne i skutki finansowe / link</p>	<p>Zalecenia pokontrolne:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Przestrzegać zasad prowadzenia/wypełniania kart DILO na każdym etapie szybkiej ścieżki onkologicznej (AOS i SZP). Uzupełniać dane w karcie rzetelnie i na bieżąco. W przypadku zakończenia leczenia onkologicznego - przekazywać

	<p>kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego wraz z kopią dokumentacji medycznej, dotyczącej diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego lekarzowi, o którym mowa w art. 55 ust. 2a, wskazanemu przez świadczeniobiorcę w deklaracji wyboru, o której mowa w art. 56 ust. 1 ustawy.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Przestrzegać zasad przeprowadzania/ustalania planu leczenia w ramach konsylium: <ol style="list-style-type: none"> a) w stosunku do pacjentów z kartą DILO, którym rozpoznanie nowotworowe zostało postawione w warunkach ambulatoryjnych – po osiągnięciu celu diagnostycznego, przewidzianego obowiązującymi przepisami dla etapu diagnostyki pogłębionej; b) w stosunku do pacjentów z kartą DILO, u których brak jest możliwości, w danym typie podejrzanego nowotworu, wykonania badania histopatologicznego w warunkach ambulatoryjnych – po wykonaniu zabiegu diagnostyczno – leczniczego (wraz z oceną histopatologiczną usuniętych tkanek) oraz dokonaniu oceny zaawansowania stanu chorobowego w warunkach szpitalnych; c) w stosunku do pacjentów skierowanych do szpitala bez wcześniejszego wydania karty DILO, z powodu innego niż onkologiczny, u których w wyniku przeprowadzonego zabiegu leczniczego postawione zostało rozpoznanie nowotworu złośliwego – po postawieniu w/w rozpoznania nowotworowego (w oparciu o wynik badań H-P), dokonaniu oceny zaawansowania stanu chorobowego oraz założeniu karty DILO w warunkach szpitalnych; 3. Przestrzegać zasad sprawozdawania/rozliczania świadczeń szpitalnych zrealizowanych w ramach pakietu onkologicznego. Wykazywać do rozliczenia w ramach przedmiotowego zakresu jedynie świadczenia zrealizowane na rzecz pacjentów, którzy zostali przyjęci z potwierdzonym badaniami H-P rozpoznaniem nowotworu złośliwego oraz tych, którym to rozpoznanie postawione zostało dopiero w wyniku badania H-P materiału pozyskanego w trakcie przeprowadzonego zabiegu operacyjnego (posiadających kartę DILO - niezależnie od etapu na którym została wystawiona). 4. Opracować w formie dokumentu wewnętrznego i wdrożyć w bieżącej pracy podmiotu leczniczego zasady określania udziału w zespole prowadzącym leczenie pacjenta onkologicznego osoby prowadzącej fizjoterapię oraz psychologa lub psychoonkologa oraz zapoznać z w/w zasadami personel medyczny prowadzący proces diagnostyczno – leczniczy świadczeniobiorcy w ramach szybkiej ścieżki onkologicznej lub biorący udział w obsłudze organizacyjnej tego procesu (personel pomocniczy). 5. Zapewnić prawidłowe dokumentowanie procesu planowania postępowania terapeutycznego z pacjentem onkologicznym przez wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny. 6. Złożyć korekty raportów statystycznych za okres 2016-2017 r., uwzględniających świadczenia wyszczególnione w załączniku nr 1 do wystąpienia pokontrolnego. <p>Skutki finansowe kontroli:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) kwota 16.380,00 zł (słownie: szesnaście tysięcy trzysta osiemdziesiąt złotych 00/100 groszy) tytułem zwrotu nienależnie przekazanych środków finansowych za okres 2016-2017r. b) kwota 10.859,26 zł (słownie: dziesięć tysięcy osiemset pięćdziesiąt dziewięć złotych 26/100 groszy) tytułem kary umownej naliczonej za okres 2016-2017r.
--	--

Sporządził:
Dział Kontroli Realizacji Umów na Świadczenia