

## Sprawozdanie z przeprowadzonej kontroli nr 10.7320.27.2017.WDKRU

<b>Jednostka organizacyjna NFZ przeprowadzająca kontrolę</b>	10_Podlaski OW NFZ
<b>Nr kontroli</b>	10.7320.27.2017.WDKRU
<b>Termin przeprowadzenia kontroli</b>	Data rozpoczęcia kontroli: 18 maj 2017 r., data zakończenia kontroli (podpisania protokołu kontroli przez kontrolerów): 12 lipca 2017 r.
<b>Podmiot kontrolowany: nazwa i adres</b>	<b>Białostockie Centrum Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie w Białymstoku</b> z siedzibą przy ul. Ogrodowej 12, 15 – 027 Białystok
<b>Temat kontroli, okres objęty kontrolą</b>	Realizacja świadczeń udzielanych na podstawie karty DILO w ramach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne i ambulatoryjna opieka specjalistyczna.
<b>Informacja dotycząca ustaleń z kontroli</b>	<p><b>1) Pozytywnie z nieprawidłowościami</b>, 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. Pozytywnie z nieprawidłowościami, biorąc pod uwagę przedstawione wyżej kryteria oceny, należy ocenić w okresie kontrolowanym wywiązanie się przez Świadczeniodawcę 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 ramach diagnostyki onkologicznej w leczeniu szpitalnym (wprowadzonej w podmiocie leczniczym w dniu 30.12.2014r.). Opracowana przez Świadczeniodawcę procedura zapewnia wyodrębnienie planującego proces leczenia wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego, który składa się z lekarzy specjalistów w określonych przepisami dziedzinach nauk oraz wyznaczenie koordynatora wraz z określeniem jego zadań. Jako nieprawidłowość w tym obszarze kontroli POW NFZ ocenia to, iż w/w <i>Procedura (...)</i> nie określa/nie reguluje sposobu postępowania terapeutycznego przez zespół, w tym nie zawiera regulacji/wytycznych w zakresie poszczególnych etapów diagnostyki i leczenia oraz koordynacji procesu leczenia, terminów ich realizacji w ramach pakietu oraz zasad współpracy między podmiotami i/lub komórkami organizacyjnymi zakładu w ramach kompleksowej opieki nad pacjentem, zgodnie z dyspozycją § 4a ust. 1 pkt. 1 lit. b), c) oraz pkt. 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego. Pozytywnie, biorąc pod uwagę przedstawione wyżej kryteria oceny, należy ocenić sposób realizacji obowiązku zapewnienia przez Świadczeniodawcę zaplanowania leczenia onkologicznego przez wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny. Celem realizacji powyższych wytycznych Świadczeniodawca pismem znak: ON.8023-19/2015 z 20.01.2015r. powołał sześć wielodyscyplinarnych zespołów terapeutycznych do przeprowadzania konsylium dla chorych prowadzonych w pakiecie onkologicznym ze wskazaniem w poszczególnych zespołach imion i nazwisk lekarzy specjalistów w określonych dziedzinach nauk, zaś w przypadku koordynatorów wskazano: statystyków medycznych z określeniem komórki organizacyjnej. Dodatkowo w niniejszym dokumencie określono terminy spotkań zespołów (każdy z zespołów spotyka się min. 1 raz w tygodniu, w godz. 12-14, z zastrzeżeniem, że czas pracy zespołu zależy od liczby pacjentów</p>

zgłoszonych na konsylium) oraz określono zasady zastępstw członka zespołu, miejsce posiedzeń zespołów jak i możliwość uczestniczenia w konsylium lekarzy innych specjalności. Negatywnie, biorąc pod uwagę przedstawione wyżej kryteria oceny, należy ocenić przestrzeganie obowiązku zapewnienia przez Świadczeniodawcę udokumentowanego udziału w zespole prowadzącym leczenie pacjentów w ramach pakietu onkologicznego osoby prowadzącej fizjoterapię oraz psychologa lub psychoonkologa. Zgodnie z zawartą z POW NFZ umową w rodzaju leczenie szpitalne Świadczeniodawca dysponuje w ramach własnych zasobów kadrowych - wyszczególnionych w załączniku nr 6 do w/w umowy „Harmonogram dodatkowy – zasoby” - trzema magistrami psychologii, czterema magistrami fizjoterapii i dwoma technikami fizjoterapii. Pozytywnie, biorąc pod uwagę przedstawione wyżej kryteria oceny, należy ocenić realizację obowiązku zapewnienia w lokalizacji w przypadku nowotworów układu krwiotwórczego lub układu chłonnego oddziału o profilu hematologia lub onkologia kliniczna oraz oddziału o profilu zabiegowym - w zakresie opisanym w protokole kontroli część I.A. pkt 4. W/w wymóg Świadczeniodawca spełnia w ramach własnych komórek organizacyjnych tj. w Oddziale Onkologii Klinicznej im. dr Ewy Pileckiej z Pododdziałem Chemioterapii Diennej oraz w Oddziale Chirurgii Onkologicznej z Pododdziałem Leczenia Bólu. Pozytywnie, biorąc pod uwagę przedstawione wyżej kryteria oceny, należy ocenić zapewnienie przez Świadczeniodawcę we własnym zakresie (własnym potencjałem wykonawczym) dostępu do świadczeń chemioterapii w zarejestrowanej komórce organizacyjnej zakładu: Poradnia Chemioterapii Nowotworów oraz, również we własnym zakresie, dostęp do świadczeń radioterapii onkologicznej i medycyny nuklearnej – w przypadku nowotworów leczonych z wykorzystaniem medycyny nuklearnej, odpowiednio w trybie hospitalizacji, leczenia jednego dnia i ambulatorium w następujących, zarejestrowanych komórkach organizacyjnych zakładu: Oddział Radioterapii I, Oddział Radioterapii II, Oddział Onkologii Klinicznej im. dr Ewy Pileckiej z Pododdziałem Chemioterapii Diennej, Oddział Onkologii Ginekologicznej, Poradnia Onkologii Ogólnej, Poradnia Chemioterapii Nowotworów, Poradnia Ginekologii Onkologicznej, Poradnia Radioterapii, Poradnia Chorób Piersi, Poradnia Chirurgii Onkologicznej. Pozytywnie, biorąc pod uwagę przedstawione wyżej kryteria oceny, należy ocenić zapewnienie przez Świadczeniodawcę (w przypadkach określonych w art. 33b ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej) zakwaterowania albo zakwaterowania i transportu świadczeniobiorcy z miejsca tego zakwaterowania do miejsca udzielania świadczeń w zakresie opisanym w protokole kontroli część I.A. pkt 6. Świadczeniodawca okazał umowę z dnia 04.01.2016r. zawartą z podwykonawcą: Prawosławną Diecezją Białostocko-Gdańską Centrum Kultury Prawosławnej na świadczenie usług zakwaterowania dla pacjentów Podmiotu leczniczego będących w trakcie leczenia radioterapeutycznego w pokojach 1, 2 i 3 osobowych z własną łazienką lub w segmencie z łazienką łączoną. Okres obowiązywania umowy ustalono od 01.01.2016 do 31.12.2018r. Pozytywnie, biorąc pod uwagę przedstawione wyżej kryteria oceny, należy ocenić zapewnienie we własnym zakresie przez kontrolowany Podmiot Leczniczy dostępu do badań histopatologicznych śródoperacyjnych realizowanych w Pracowni Histopatologicznej (nr komórki organizacyjnej w RPWDL: Lp. 30, data rozpoczęcia działalności 13.09.1993r.).

**2. 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 ambulatoryjnej opiece specjalistycznej wymaganych dyspozycją § 6a pkt. 1, 3-4 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. 2016, poz. 357 j.t.). Pozytywnie z nieprawidłowościami, biorąc pod uwagę przedstawione wyżej kryteria oceny, należy ocenić w okresie kontrolowanym wywiązanie się przez Świadczeniodawcę z zapisów § 6a ust. 1 pkt. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (w brzmieniu obowiązującym w okresie kontrolowanym - Dz. U. 2016, poz. 357) w części dotyczącej opracowania i stosowania w podmiocie kontrolowanym procedury postępowania i organizacji udzielania świadczeń w ramach diagnostyki onkologicznej (wprowadzonej w podmiocie

lecznym w dniu 30.12.2014r.). W ocenie Podlaskiego OW NFZ okazany w trakcie kontroli – obowiązujący u Świadczeniodawcy – dokument pt. *Procedura postępowania i organizacji udzielania świadczeń w ramach „szybkiej ścieżki onkologicznej”* z dnia 30.12.2014 r. (odnoszący się do wszystkich etapów szybkiej ścieżki onkologicznej w obu rodzajach świadczeń – AOS i SZP) nie spełnia tej roli – zawiera bardzo ogólnikowe i hasłowe zapisy, z których tak *de facto* nie wynika przyjęty w podmiocie sposób postępowania i organizacji udzielania świadczeń w ramach leczenia onkologicznego na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego. Powyższą ocenę potwierdzają także wyniki niniejszej kontroli w obszarze dokumentowania i rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych świadczeniobiorcom w ramach szybkiej terapii onkologicznej, przedstawione w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, które wskazują na brak odpowiedniego nadzoru zarówno nad przestrzeganiem zasad organizacji udzielania świadczeń na poszczególnych etapach procesu diagnostyczno – leczniczego jak i następczo – rozliczania świadczeń z publicznym płatnikiem. Pozytywnie, biorąc pod uwagę przedstawione wyżej kryteria oceny, należy ocenić zapewnienie przez podmiot kontrolowany świadczeniobiorcom dostępu do świadczeń w zakresie diagnostyki laboratoryjnej, tomografii komputerowej (TK), rezonansu magnetycznego (MR), pozytonowej tomografii emisyjnej, medycyny nuklearnej oraz badań endoskopowych. Podlaski OW NFZ ustalił, iż Świadczeniodawca zapewnia we własnym zakresie (własnym potencjałem wykonawczym) dostęp do świadczeń w następujących, zarejestrowanych komórkach organizacyjnych tj.: Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej, Zakład Diagnostyki Obrazowej (TK, MR), Zakład Medycyny Nuklearnej. Dodatkowo stwierdzono, iż Świadczeniodawca zawarł umowy z podwykonawcami celem zapewnienia wykonywania opisu badań TK lub MR oraz zapewnienia dostępu do badań pozytonowej tomografii emisyjnej i badań endoskopowych, odpowiednio z: LUX MED Sp. z o.o., CDO Provega Sp. z o.o., VOXEL S.A. oraz Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej Wojewódzkim Szpitalem Zespołowym im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku. Pozytywnie, biorąc pod uwagę przedstawione wyżej kryteria oceny, należy ocenić realizację obowiązku zapewnienia przez Świadczeniodawcę realizacji diagnostyki onkologicznej w terminie nie dłuższym niż 8 tygodni od dnia wpisania się świadczeniobiorcy na listę oczekujących na udzielenie świadczenia, (*rozp.MZ z dnia 25 stycznia 2016r.*). Przeprowadzone czynności kontrolne wykazały, iż Świadczeniodawca nie wpisuje pacjentów zgłaszających się z kartą DIL0 na listę oczekujących – pacjenci są przyjmowani w dniu zgłoszenia.

3. **Negatywnie**, 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. Negatywnie, biorąc pod uwagę kryterium legalności, rzetelności i celowości, należy ocenić dokumentowanie procesu planowania i koordynowania leczenia przez wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny oraz wypełniania roli przypisanej koordynatorowi leczenia. Pozytywnie, biorąc pod uwagę przedstawione wyżej kryteria oceny, należy ocenić przestrzeganie przez Świadczeniodawcę 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, biorąc pod uwagę przedstawione wyżej kryteria oceny, należy ocenić przestrzeganie przez Świadczeniodawcę 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. Zgodnie z § 4a. ust.1 pkt. 1 lit. b) rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, Świadczeniodawca udzielający świadczeń gwarantowanych, w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej, realizujący leczenie onkologiczne, o którym mowa w art. 32a ustawy oraz na warunkach określonych w załączniku nr 3 do

rozporządzenia, winien spełniać określone tym przepisem warunki. Zgodnie z ustaleniami opisanymi w części II.A pkt. 3 protokołu kontroli oraz pismem Świadczeniodawcy z 04.07.2017r. ustalono, iż w przypadku świadczeń objętych próbą kontrolną Świadczeniodawca przestrzegał terminu 28 dni od dnia umieszczenia świadczeniobiorcy na liście oczekujących na udzielenie świadczenia w warunkach szpitalnych w w/w przypadkach, w oparciu o kartę DILO. Pozytywnie z nieprawidłowościami, biorąc pod uwagę przedstawione wyżej kryteria oceny, należy ocenić kwalifikację do rozliczenia w ramach pakietu onkologicznego świadczeń zrealizowanych w warunkach szpitalnych na rzecz 26 świadczeniobiorców, których podstawą przyjęcia do leczenia szpitalnego była karta DILO. Jako nieprawidłowość wskazać należy wykazanie przez Świadczeniodawcę do rozliczenia planu leczenia onkologicznego w trybie ambulatoryjnym, zrealizowanego na rzecz pacjenta o nr PESEL (...), u którego – na podstawie przeprowadzonych badań – nie postawiono rozpoznania/nie potwierdzono nowotworu złośliwego. Negatywnie, biorąc pod uwagę kryterium legalności i rzetelności, należy ocenić przestrzeganie przez Świadczeniodawcę zasad prowadzenia/wypełniania kart DILO na etapie procesu leczniczego w SZP. W wyniku przeprowadzonej przez Zespół kontrolujący analizy dokumentacji medycznej 26 świadczeniobiorców stwierdzono, iż Świadczeniodawca dla każdego pacjenta prowadzi jedną, wspólną dokumentację medyczną w leczeniu szpitalnym i w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, w której znajdował się oryginał karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (DILO) oraz oryginały wyników przeprowadzonych badań – wszyscy objęci próbą kontrolną pacjenci mieli przeprowadzoną przez Świadczeniodawcę diagnostykę wstępną i pogłębioną w ramach karty DILO, ewentualnie mieli założoną kartę DILO na etapie diagnostyki pogłębionej, z następującym po nim/nich etapem konsylium i procesem leczniczym. W podlegającej kontroli dokumentacji medycznej znajdowały się – w każdym przypadku – oryginały kart DILO – pacjenci pozostają nadal pod opieką medyczną Świadczeniodawcy. Niemniej jednak stwierdzono, iż kontrolowane karty DILO, które – zgodnie z ich wzorem określonym w/w rozporządzeniem MZ - powinny odzwierciedlać historię diagnostyki i leczenia pacjenta nie były prowadzone i uzupełniane rzetelnie i na bieżąco. Wielokrotnie stwierdzono także brak podpisów członków konsylium.

4. **Negatywnie**, 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: ambulatoryjna opieka specjalistyczna. Pozytywnie, biorąc pod uwagę kryterium legalności, rzetelności i celowości działań podmiotu kontrolowanego, należy ocenić przestrzeganie zasad realizacji świadczeń w ramach pakietu onkologicznego w części dotyczącej wymogu posiadania karty diagnostyki i leczenia onkologicznego przez świadczeniobiorcę włączanego do szybkiej terapii onkologicznej. W wyniku przeprowadzonej analizy dokumentacji medycznej 26 świadczeniobiorców, objętych próbą kontrolną stwierdzono, że wszystkie poddane kontroli świadczenia, sprawozdane w ramach etapu diagnostyki wstępnej zrealizowane zostały na rzecz pacjenta posiadającego aktywną kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego. Negatywnie, biorąc pod uwagę kryterium legalności, rzetelności i celowości działań podmiotu kontrolowanego, należy ocenić przestrzeganie obowiązku przeprowadzania i sfinansowania zaplanowanych badań diagnostycznych w ramach środków własnych Świadczeniodawcy. W wyniku przeprowadzonej analizy dokumentacji medycznej 26 świadczeniobiorców objętych próbą kontrolną, stwierdzono, iż w przypadku 1 pacjenta o nr PESEL: (...), diagnostyka wstępna, zlecona przez Świadczeniodawcę, została wykonana przez inny podmiot, niezwiązany z podmiotem kontrolowanym umową o podwykonawstwo - dotyczy to badania rtg kl. piersiowej (wykonane: 15.02.2016r.) oraz badania TK – badania wykonane przez SP ZOZ w Siemiatyczach, przy czym TK zostało rozliczone przez ten podmiot z odrębnej umowy i sfinansowane przez POW NFZ. Ponadto stwierdzono, iż w 14 przypadkach (w tym w w/w) rozliczony został etap diagnostyki wstępnej na rzecz pacjentów, którzy zgłosili się do Świadczeniodawcy już z wynikami badań potwierdzającymi rozpoznanie nowotworu

złośliwego. Negatywnie, biorąc pod uwagę kryterium legalności, rzetelności i celowości działań podmiotu kontrolowanego, należy ocenić stwierdzony w wyniku przeprowadzonych czynności kontrolnych fakt nieuzasadnionego wykazania do rozliczenia przez Świadczeniodawcę świadczeń w ramach umów w rodzaju AOS w innych zakresach, niż te, które dedykowane są świadczeniom udzielanym w ramach pakietu onkologicznego. Ustalenia dokonane w trakcie kontroli w przedmiotowym zakresie wykazały, iż łącznie na 26 pacjentów, których dokumentacja medyczna podlegała kontroli, Świadczeniodawca wykazał niezasadnie do rozliczenia 5 świadczeń udzielonych na rzecz 5 pacjentów w ramach umów w rodzaju AOS w innych zakresach, niż te wyodrębnione dla świadczeń udzielonych w ramach pakietu onkologicznego. Negatywnie, biorąc pod uwagę kryterium legalności, rzetelności i celowości działań podmiotu kontrolowanego, należy ocenić realizację zakresu przedmiotowego etapu diagnostyki wstępnej tj. wykluczenie, potwierdzenie lub istotne uprawdopodobnienie nowotworu złośliwego. Ustalenia dokonane w trakcie kontroli w przedmiotowym zakresie wykazały, iż w 1 przypadku etap diagnostyki wstępnej został przez Świadczeniodawcę rozliczony bez osiągnięcia celu diagnostycznego, przewidzianego definicją przedmiotowego etapu. Pozytywnie, biorąc pod uwagę kryterium legalności, rzetelności i celowości działań podmiotu kontrolowanego, należy ocenić przestrzeganie przez Świadczeniodawcę terminu na realizację świadczenia wynikającego z załącznika do Zarządzenia 109/2015/BP Prezesa NFZ z dnia 30 grudnia 2015r. (28 dni). Ustalenia dokonane w trakcie kontroli w przedmiotowym zakresie wykazały, iż w każdym kontrolowanym przypadku termin realizacji świadczenia, wynikający z powołanych powyżej przepisów, został zachowany, wobec powyższego żadne świadczenie nie podlegało rozliczeniu z uwzględnieniem współczynnika korygującego (warunek dotyczący jedynie świadczeń zrealizowanych w roku 2016 r). Negatywnie, biorąc pod uwagę kryterium legalności, rzetelności i celowości działań podmiotu kontrolowanego, należy ocenić przestrzeganie przez Świadczeniodawcę zasad prowadzenia/wypełniania kart DILO na etapie diagnostyki wstępnej w AOS. W wyniku przeprowadzonej przez Zespół kontrolujący analizy dokumentacji medycznej 26 świadczeniobiorców stwierdzono, iż Świadczeniodawca dla każdego pacjenta prowadzi jedną, wspólną dokumentację medyczną w leczeniu szpitalnym i w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, w której znajdował się oryginał karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (DILO) oraz oryginały wyników przeprowadzonych badań – wszyscy objęci próbą kontrolną pacjenci mieli przeprowadzoną przez Świadczeniodawcę diagnostykę wstępną i pogłębioną w ramach karty DILO, ewentualnie mieli założoną kartę DILO na etapie diagnostyki pogłębionej, z następującym po nim/nich etapem konsylium i procesem leczniczym. W podlegającej kontroli dokumentacji medycznej znajdowały się – w każdym przypadku – oryginały kart DILO – pacjenci pozostają nadal pod opieką medyczną Świadczeniodawcy. Niemniej jednak stwierdzono, iż kontrolowane karty DILO, które powinny odzwierciedlać historię diagnostyki i leczenia pacjenta nie były prowadzone i uzupełniane rzetelnie i na bieżąco. Wielokrotnie stwierdzono także brak podpisów członków konsylium. Pozytywnie, biorąc pod uwagę kryterium legalności, rzetelności i celowości działań podmiotu kontrolowanego, należy ocenić przestrzeganie zasad realizacji świadczeń w ramach pakietu onkologicznego w części dotyczącej wymogu posiadania karty diagnostyki i leczenia onkologicznego przez świadczeniobiorców włączonych do szybkiej terapii onkologicznej, u których potwierdzono rozpoznanie nowotworu złośliwego. W wyniku przeprowadzonej przez Zespół kontrolny analizy dokumentacji medycznej 26 świadczeniobiorców stwierdzono, że wszystkie poddane kontroli świadczenia sprawozdane w ramach etapu diagnostyki pogłębionej zrealizowane zostały na rzecz pacjentów posiadających kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego. Negatywnie, biorąc pod uwagę kryterium legalności, rzetelności i celowości działań podmiotu kontrolowanego, należy ocenić realizację zakresu przedmiotowego etapu diagnostyki pogłębionej, tj. ocenę zaawansowania stanu chorobowego w zakresie umożliwiającym ustalenie zindywidualizowanego planu leczenia. Ustalenia dokonane w trakcie kontroli w przedmiotowym zakresie wykazały, iż w 5 przypadkach etap diagnostyki pogłębionej został przez Świadczeniodawcę rozliczony bez osiągnięcia celu

diagnostycznego, przewidzianego definicją przedmiotowego etapu. Ponadto stwierdzono: w 1 przypadku rozliczenie etapu diagnostyki pogłębionej w oparciu badania diagnostyczne rozliczone z odrębnych umów w roku 2015, w 1 przypadku rozliczenie etapu diagnostyki pogłębionej u pacjenta, który zgłosił się do BCO, celem kwalifikacji do leczenia, z wynikami badań różnicującymi nowotwór i oceniającymi zaawansowanie stanu chorobowego, w 1 przypadku u pacjenta zdiagnozowanego i pierwotnie leczonego w ramach zakresu podstawowego w innym podmiocie, w 1 przypadku u pacjenta diagnozowanego/leczonego pierwotnie w ramach zakresu podstawowego, u którego część diagnostyki pogłębionej zrealizowana została w podmiocie medycznym spoza województwa podlaskiego oraz w 4 przypadkach rozliczony został etap diagnostyki pogłębionej u pacjentów, u których nie zostało postawione rozpoznanie nowotworu złośliwego. Negatywnie, biorąc pod uwagę kryterium legalności, rzetelności i celowości działań podmiotu kontrolowanego, należy ocenić obowiązek przeprowadzania zaplanowanych badań diagnostycznych w ramach środków własnych Świadczeniodawcy. W wyniku przeprowadzonej analizy dokumentacji medycznej 26 świadczeniobiorców stwierdzono, że nie we wszystkich poddanych kontroli świadczeniach w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej diagnostyka została wykonana w ramach środków własnych Świadczeniodawcy. Zespół kontrolny stwierdził, że w przypadku 2 pacjentów diagnostyka pogłębiona, zlecona przez Świadczeniodawcę, została wykonana przez inny podmiot, niezwiązany z podmiotem kontrolowanym umową o podwykonawstwo. Ponadto w wyniku analizy dokumentacji medycznej i danych sprawozdanych do POW NFZ przez Świadczeniodawcę w ramach umów zawartych w rodzaju AOS-ASDK stwierdzono, iż w przypadku 7 pacjentów diagnostyka kosztochłonna – zlecona w związku z realizacją świadczeń w ramach pakietu onkologicznego - została rozliczona dodatkowo z w/w umów w innych zakresach, niż te wyodrębnione dla świadczeń udzielonych w ramach pakietu onkologicznego. Łącznie niezasadnie rozliczono 8 badań kosztochłonnych. Negatywnie, biorąc pod uwagę kryterium legalności, rzetelności i celowości działań podmiotu kontrolowanego, należy ocenić stwierdzenie w wyniku przeprowadzonych czynności kontrolnych fakt wykazania do rozliczenia przez Świadczeniodawcę świadczeń w ramach umów w rodzaju AOS w innych zakresach, niż te, które dedykowane świadczeniom udzielanym w ramach pakietu onkologicznego. Ustalenia dokonane w trakcie kontroli w przedmiotowym zakresie wykazały, iż Świadczeniodawca część z kontrolowanych świadczeń wykazał niezasadnie do rozliczenia w ramach umów w rodzaju AOS w innych zakresach, niż te wyodrębnione dla świadczeń udzielonych w ramach pakietu onkologicznego. Łącznie na 26 pacjentów, których dokumentacja medyczna podlegała kontroli, niezasadnie/ nieprawidłowo rozliczonych zostało 8 świadczeń udzielonych na rzecz 6 pacjentów. W przypadku 4 z w/w 8 świadczeń. Pozytywnie, biorąc pod uwagę kryterium legalności, rzetelności i celowości działań podmiotu kontrolowanego, należy ocenić przestrzeganie przez Świadczeniodawcę terminu na realizację świadczenia wynikającego z załącznika do Zarządzenia 109/2015/BP Prezesa NFZ z dnia 30 grudnia 2015r. (28 dni). Ustalenia dokonane w trakcie kontroli w przedmiotowym zakresie wykazały, iż w każdym kontrolowanym przypadku termin realizacji świadczenia, wynikający z powołanych powyżej przepisów, został zachowany. Negatywnie, biorąc pod uwagę kryterium legalności, rzetelności i celowości działań podmiotu kontrolowanego, należy ocenić przestrzeganie przez Świadczeniodawcę zasad prowadzenia/wypełniania kart DILO na etapie diagnostyki pogłębionej w AOS. W wyniku przeprowadzonej przez Zespół kontrolujący analizy dokumentacji medycznej 26 świadczeniobiorców stwierdzono, iż Świadczeniodawca dla każdego pacjenta prowadzi jedną, wspólną dokumentację medyczną w leczeniu szpitalnym i w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, w której znajdował się oryginał karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (DILO) oraz oryginały wyników przeprowadzonych badań – wszyscy objęci próbą kontrolną pacjenci mieli przeprowadzoną przez Świadczeniodawcę diagnostykę wstępną i pogłębioną w ramach karty DILO, ewentualnie mieli założoną kartę DILO na etapie diagnostyki pogłębionej, z następującym po nim/nich etapem konsylium i procesem leczniczym. W podlegającej kontroli

	<p>dokumentacji medycznej znajdowały się – w każdym przypadku – oryginały kart DILO – pacjenci pozostają nadal pod opieką medyczną Świadczeniodawcy. Niemniej jednak stwierdzono, iż kontrolowane karty DILO, które powinny odzwierciedlać historię diagnostyki i leczenia pacjenta nie były prowadzone i uzupełniane rzetelnie i na bieżąco. Wielokrotnie stwierdzono także brak podpisów członków konsylium.</p>
<p><b>Zalecenia pokontrolne i skutki finansowe / link</b></p>	<p>Zalecenia pokontrolne:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dostosować zapisy obowiązującego w podmiocie kontrolowanym dokumentu pt. <i>Procedura postępowania i organizacji udzielania świadczeń w ramach „szybkiej ścieżki onkologicznej”</i> z dnia 30.12.2014 r. (dotyczący wszystkich etapów szybkiej ścieżki onkologicznej w obu rodzajach świadczeń – AOS i SZP) do obowiązujących przepisów i wytycznych w tym zakresie z uwzględnieniem zmian wprowadzonych nowelizacją ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, która weszła w życie z dniem 01 lipca 2017 r. (ustawa z dnia 9 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – Dz.U. 2017 poz 759). Zapoznać z w/w procedurą personel medyczny prowadzący proces diagnostyczno – leczniczy świadczeniobiorcy w ramach szybkiej ścieżki onkologicznej lub biorący udział w obsłudze organizacyjnej tego procesu (personel pomocniczy).</li> <li>2. 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).</li> <li>3. Wskazywać do rozliczenia plan leczenia onkologicznego w trybie ambulatoryjnym (konsylium) jedynie w stosunku do pacjentów, u których osiągnięty został cel diagnostyczny, przewidziany obowiązującymi przepisami dla etapu diagnostyki pogłębionej.</li> <li>4. Zapewnić prawidłowe dokumentowanie procesu planowania i koordynowania leczenia przez wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny oraz wypełnianie roli przypisanej koordynatorowi leczenia</li> <li>5. Przestrzegać zasad prowadzenia/ wypełniania kart DILO na każdym etapie szybkiej ścieżki onkologicznej (AOS i SZP) oraz uzupełniać dane w karcie rzetelnie i na bieżąco. Po zakończonym procesie diagnostyczno – leczniczym przestrzegać obowiązku włączania do dokumentacji medycznej kopii karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, zaś w przypadku zakończenia leczenia onkologicznego - przekazywać 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).</li> <li>6. Wykazywać do rozliczenia w ramach umowy w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna etapy diagnostyki onkologicznej (wstępną i pogłębioną) po osiągnięciu celu diagnostycznego, przewidzianego definicją poszczególnych etapów, określonych w § 2 aktualnego zarządzenia nr 62/2016/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 czerwca 2016r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (ze zm.).</li> </ol>

	<p>7. Wylimitować przypadki nieuzasadnionego wykazywania do rozliczenia świadczeń, udzielonych w ramach szybkiej ścieżki onkologicznej, w innych rodzajach/zakresach świadczeń niż te dedykowane do rozliczania w ramach pakietu onkologicznego.</p> <p>8. W ramach kontroli wewnętrznej dokonać analizy prawidłowości i zasadności wykazania do rozliczenia w innych rodzajach/zakresach świadczeń niż te dedykowane do rozliczania w ramach pakietu onkologicznego świadczeń udzielonych w ramach szybkiej ścieżki onkologicznej (dotyczy m.in. badań TK, RM, scyntygrafii), zrealizowanych w okresie kontroli, ale nieobjętych bezpośrednim badaniem kontrolnym, tj. nieuwzględnionych w załączniku nr 1 do niniejszego wystąpienia. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowego/niezasadnego świadczenia - złożyć korekty raportów statystycznych oraz faktur (w piśmie przewodnim należy zaznaczyć, iż korekty dotyczą wykonania zaleceń pokontrolnych - dodatkowo należy podać znak niniejszego wystąpienia pokontrolnego, wskazany na pierwszej stronie niniejszego pisma).</p> <p>9. Bezwzględnie zapewniać finansowanie w ramach środków przeznaczonych na diagnostykę onkologiczną, rozliczanych w ramach skojarzonego zakresu świadczeń - wykonanie diagnostyki onkologicznej, w tym w szczególności obejmującej niezbędne badania spośród wymienionych w załączniku nr 5c do aktualnie obowiązującego zarządzenia nr 62/2016/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 czerwca 2016r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (ze zm.), jak również koszty wyrobów medycznych i produktów leczniczych zastosowanych w trakcie jej udzielania. W ramach powyższego przestrzegać obowiązujących zapisów, zgodnie z którymi Świadczeniodawca deklarujący realizację świadczeń diagnostyki onkologicznej obowiązany jest zapewniać i finansować w ramach diagnostyki onkologicznej, dostęp co najmniej do badań tomografii komputerowej (TK), rezonansu magnetycznego (RM), pozytonowej tomografii emisyjnej (PET), medycyny nuklearnej oraz endoskopowych, zgodnie z załącznikiem nr 3a do aktualnie obowiązującego zarządzenia Prezesa NFZ.</p> <p>10. Przeszkolić personel odpowiedzialny za przygotowywanie raportów statystycznych i proces sprawozdawania/rozliczania świadczeń w zakresie prawidłowego i zgodnego z wpisami w dokumentacji medycznej wskazywania w raportach statystycznych świadczeń zgodnie z ich kwalifikacją, opisem widniejącym w dokumentacji medycznej oraz przyporządkowaniem do prawidłowego produktu rozliczeniowego w zależności od etapu diagnostyczno – leczniczego w ramach szybkiej ścieżki onkologicznej.</p> <p>11. Złożyć korekty raportów statystycznych za okres 2016-2017 r., uwzględniających świadczenia wyszczególnione w załączniku nr 1 do wystąpienia pokontrolnego (wskazane jako nienależnie opłacone w kolumnie „S” w/w Załącznika).</p> <p><b>Skutki finansowe kontroli:</b></p> <p>a) kwota 25.910,00 zł (słownie: dwadzieścia pięć tysięcy dziewięćset dziesięć złotych 00/100) tytułem zwrotu nienależnie przekazanych środków finansowych za okres 2016-2017 r.</p> <p>b) kwota 32.934,62 zł (słownie: trzydzieści dwa tysiące dziewięćset trzydzieści cztery złote 62/100 groszy) tytułem kary umownej naliczonej za okres 2016-2017 r.</p>
--	--

Sporządził:

Dział Kontroli Realizacji Umów na Świadczenia