

Sprawozdanie z przeprowadzonej kontroli nr 10.7320.35.2017.WDKRU

Jednostka organizacyjna NFZ przeprowadzająca kontrolę	10_Podlaski OW NFZ
Nr kontroli	10.7320.35.2017.WDKRU
Termin przeprowadzenia kontroli	Data rozpoczęcia kontroli: 24.07.2017 r., data zakończenia kontroli (podpisania protokołu kontroli przez kontrolerów): 01.09.2017 r.
Podmiot kontrolowany: nazwa i adres	Szpital Wojewódzki im. dr Ludwika Rydygiera w Suwałkach z siedzibą ul. Szpitalna 6, 16 – 400 Suwałki
Temat kontroli, okres objęty kontrolą	Realizacja świadczeń udzielanych na podstawie karty DIL0 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 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 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 leczniczym w dniu 20.01.2015r.) w zakresie opisanym w protokole kontroli część I pkt. 1. Opracowana przez Świadczeniodawcę procedura zapewnia wyodrębnienie planującego i koordynującego proces leczenia wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego, składającego się z lekarzy specjalistów w określonych przepisami dziedzinach nauk. 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, zasad wyznaczenia koordynatora (a także określenia jego zadań na poszczególnych etapach), współpracy między podmiotami w ramach kompleksowej opieki nad pacjentem oraz nie uwzględnia możliwości/potrzeby skierowania pacjenta na leczenie radioterapeutyczne. 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 - w zakresie opisanym w protokole kontroli część I. pkt 2. Podlaski OW NFZ ustalił, iż Świadczeniodawca zapewnia w lokalizacji we własnym zakresie w zarejestrowanych komórkach organizacyjnych zakładu dostęp do świadczeń w zakresie diagnostyki laboratoryjnej, tomografii komputerowej oraz badań endoskopowych. Dostęp do badań rezonansu magnetycznego, pozytonowej tomografii emisyjnej oraz medycyny nuklearnej Podmiot leczniczy zapewnia na podstawie zawartych umów z podwykonawcami. 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</p>

świadczeniobiorcy na listę oczekujących na udzielenie świadczenia, (*rozp. MZ z dnia 25 stycznia 2016r.*), co zostało opisane w części I. pkt 3 protokołu kontroli. Przeprowadzone czynności kontrolne wykazały, iż Świadczeniodawca nie wpisuje pacjentów zgłaszających się z kartą DİLO na listę oczekujących – pacjenci są przyjmowani w dniu zgłoszenia, na bieżąco.

2. 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 włączonego do szybkiej terapii onkologicznej. W wyniku przeprowadzonej analizy dokumentacji medycznej 2 świadczeniobiorców, objętej próbą kontrolną w przedmiotowym zakresie, na rzecz których rozliczono etap diagnostyki wstępnej (spośród 8, na rzecz których sprawozdana została przez Świadczeniodawcę diagnostyka wstępna w kontrolowanym okresie) stwierdzono, iż zostały one zrealizowane na rzecz pacjenta posiadającego aktywną kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego. Pozytywnie, 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 2 świadczeniobiorców, objętej próbą kontrolną w przedmiotowym zakresie, stwierdzono, iż w każdym przypadku diagnostyka została zrealizowana przez Świadczeniodawcę w ramach środków własnych. Pozytywnie, biorąc pod uwagę kryterium legalności, rzetelności i celowości działań podmiotu kontrolowanego, należy ocenić przestrzeganie zasad w zakresie rozliczania świadczeń w ramach umów w rodzaju AOS, które dedykowane są świadczeniom w ramach pakietu onkologicznego na etapie diagnostyki wstępnej. Ustalenia dokonane w trakcie kontroli w przedmiotowym zakresie wykazały, iż w ramach próby objętej kontrolą (dokumentacja medyczna 2 świadczeniobiorców) Świadczeniodawca nie wykazał do rozliczenia świadczeń, udzielonych na podstawie/lub w związku z kartą DİLO w ramach umów w rodzaju AOS w innych zakresach, niż te wyodrębnione dla świadczeń udzielonych w ramach pakietu onkologicznego. Pozytywnie, 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 każdym kontrolowanym przypadku etap diagnostyki wstępnej został przez Świadczeniodawcę rozliczony po osiągnięciu 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 DİLO na etapie diagnostyki wstępnej w AOS. W wyniku przeprowadzonej przez Zespół kontrolny analizy dokumentacji medycznej 2 świadczeniobiorców (opisanych szczegółowo w załączniku nr 1 do protokołu kontroli - poz. 10 i 11) stwierdzono, iż w każdej z nich znajdowała się kopia Karty diagnostyki i

leczenia onkologicznego (DILO) – jednakże w obu w/w przypadkach brakowało części tej karty, dotyczącej diagnostyki wstępnej. 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 11 świadczeniobiorców stwierdzono, że wszystkie poddane kontroli świadczenia sprawozdane w ramach etapu diagnostyki pogłębionej zrealizowane zostały na rzecz pacjentów posiadających aktywną kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego. Pozytywnie z nieprawidłowościami, 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 1 przypadku na 11 skontrolowanych, etap diagnostyki pogłębionej został przez Świadczeniodawcę rozliczony bez osiągnięcia celu diagnostycznego, przewidzianego definicją przedmiotowego etapu. Ponadto stwierdzono w 2 przypadkach rozliczenie etapu diagnostyki pogłębionej u pacjentów, w stosunku do których już na dzień zakładania karty DILO w poradni specjalistycznej lekarz dysponował wynikami badań diagnostycznych, określających stopień zróżnicowania nowotworu oraz oceniających zaawansowanie stanu chorobowego. 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 11 świadczeniobiorców stwierdzono, że nie we wszystkich poddanych kontroli świadczeniach w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej diagnostyka została wykonana w ramach środków własnych Świadczeniodawcy. Analiza dokumentacji medycznej i danych sprawozdanych do POW NFZ przez Świadczeniodawcę w ramach umów zawartych w rodzaju AOS-ASDK wykazała, iż w przypadku 3 pacjentów diagnostyka kosztochłonna – zlecona w związku z realizacją świadczeń w ramach pakietu onkologicznego - została rozliczona odrębnie z w/w umów w innych zakresach, niż te wyodrębnione dla świadczeń udzielonych w ramach pakietu onkologicznego. Łącznie niezasadnie rozliczono 3 badania kosztochłonne - badania tomografii komputerowej. Negatywnie, biorąc pod uwagę kryterium legalności, rzetelności i celowości działań podmiotu kontrolowanego, należy ocenić stwierdzony 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 są 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 11 pacjentów, których dokumentacja medyczna podlegała kontroli, niezasadnie rozliczonych zostało 9 świadczeń z 14 skontrolowanych, udzielonych na rzecz 6 pacjentów – szczegóły zawarte zostały w załączniku nr 1 do wystąpienia pokontrolnego: w przypadku 4 świadczeń, rozliczonych odrębnie (poza pakietem), analiza wpisu w dokumentacji medycznej wykazała, iż stanowiły one *de facto* część planu leczenia onkologicznego w ramach karty DILO, w przypadku 1 świadczenia - także rozliczonego odrębnie - poza pakietem w dokumentacji medycznej nie stwierdzono wpisu potwierdzającego jego udzielenie, natomiast 4 sprawozdane wizyty nie spełniały kryteriów świadczenia specjalistycznego (brak w dokumentacji indywidualnej pacjentów wpisów potwierdzających przeprowadzenia badania podmiotowego i przedmiotowego). Pozytywnie, biorąc pod uwagę kryterium legalności, rzetelności i celowości działań podmiotu kontrolowanego, należy ocenić przestrzeganie przez Świadczeniodawcę terminu

	<p>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 kontrolny analizy indywidualnej dokumentacji medycznej 11 świadczeniobiorców stwierdzono, iż w każdej z nich znajdowała się kopia karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (DILO). Szczegółowa analiza wpisów dokonanych w kartach diagnostyki pogłębionej wykazała w kilku przypadkach brak odnotowania wyniku badania potwierdzającego rozpoznanie nowotworu oraz stopnia zaawansowania klinicznego nowotworu.</p>
<p>Zalecenia pokontrolne i skutki finansowe / link</p>	<p>Zalecenia pokontrolne:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dostosować zapisy obowiązującego w podmiocie kontrolowanym dokumentu pt. „<i>Procedura postępowania i organizacji udzielania świadczeń onkologicznych w Szpitalu Wojewódzkim im. L. Rydygiera w Suwałkach</i>” z dnia 20.01.2015 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). 2. Przestrzegać zasad prowadzenia/wypełniania kart DILO na każdym etapie szybkiej ścieżki onkologicznej 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). 3. Wykazywać do rozliczenia w ramach umowy w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna etapy diagnostyki onkologicznej (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.). 4. Wyeliminować 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.. 5. 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), zrealizowanych w okresie kontroli,

	<p>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>6. 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>7. 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>8. 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 „R” w/w Załącznika). Wydziałem Świadczeń Opieki Zdrowotnej Dział Monitorowania, Analiz i Planowania Świadczeń (tel. 85 745 95 05).</p> <p>Skutki finansowe kontroli:</p> <p>a) Kwota 3.196,85 zł (słownie: trzy tysiące sto dziewięćdziesiąt sześć złotych 85/100) tytułem zwrotu nienależnie przekazanych środków finansowych za okres 2016-2017 r.</p> <p>b) Kwota 4.320,01 zł (słownie: cztery tysiące trzysta dwadzieścia złotych 01/100 groszy) tytułem kary umownej naliczonej za okres 2016-2017 r.</p>
--	--

Sporządził:

Dział Kontroli Realizacji Umów na Świadczenia