

Sprawozdanie z przeprowadzonej kontroli nr 10.7320.41.2017.WDKRU

Jednostka organizacyjna NFZ przeprowadzająca kontrolę	10_Podlaski OW NFZ
Nr kontroli	10.7320.41.2017.WDKRU
Termin przeprowadzenia kontroli	Data rozpoczęcia kontroli: 28.08.2017 r., data zakończenia kontroli (podpisania protokołu kontroli przez kontrolerów): 11.10.2017 r.
Podmiot kontrolowany: nazwa i adres	Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku z siedzibą: ul. M. Curie-Skłodowskiej 24A, 15-276 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., <i>zwane dalej: rozporządzeniem MZ w sprawie leczenia szpitalnego</i>). Pozytywnie z nieprawidłowościami, 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 realizowanych na rzecz pacjentów leczonych na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego DILO w leczeniu szpitalnym (wprowadzonej w podmiocie leczniczym w dniu 31.12.2014r.) Opracowana przez Świadczeniodawcę procedura określiła wyodrębnienie planującego proces leczenia wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego (grupę terapeutyczną), składającego się z lekarzy specjalistów w określonych przepisami dziedzinach nauk oraz określiła zasady wyznaczania koordynatora. Jako nieprawidłowość w tym obszarze kontroli POW NFZ ocenia to, iż w/w procedura - wprowadzona zarządzeniem nr 126/2014 Dyrektora Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku, nie zapewniała określenia sposobu postępowania terapeutycznego przez zespół oraz nie dookreślała/nie regulowała roli Koordynatora, który zgodnie z obowiązującymi przepisami miał za zadanie udzielanie pacjentowi informacji o organizacji procesu leczenia oraz jego koordynacji, w tym zapewnienie współpracy między podmiotami 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, należy ocenić sposób realizacji obowiązku zapewnienia przez Świadczeniodawcę zaplanowania leczenia onkologicznego przez wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny - ustalenie planu leczenia onkologicznego. Negatywnie, 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. Ustalenia kontrolne i złożone przez Świadczeniodawcę wyjaśnienia wskazują, iż w podmiocie kontrolowanym nie zostały określone zasady udziału/konsultacji w zespole</p>

prowadzącym leczenie pacjenta onkologicznego osoby prowadzącej fizjoterapię oraz psychologa lub psychoonkologa oraz nie określono/ustalono zasad dokumentowania tego faktu. Pozytywnie, należy ocenić realizację 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 - w zakresie opisanym w protokole kontroli część I. pkt 4. W/w wymóg Świadczeniodawca spełnia w ramach własnych komórek organizacyjnych tj. między innymi: Klinika Hematologii z Pododdziałem Chorób Naczyń; I Klinika Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej; II Klinika Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej; Klinika Chirurgii Klatki Piersiowej; Klinika Chirurgia Naczyń i Transplantacji. Pozytywnie, należy ocenić zapewnienie przez Świadczeniodawcę dostępu do świadczeń zdrowotnych w rodzaju chemioterapia (z pominięciem hematologii, pulmonologii i ginekologii) oraz radioterapia w roku 2016 i 2017 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. Natomiast świadczenia zdrowotne z zakresu chemioterapii w hematologii, pulmonologii i ginekologii, jak też z zakresu medycyny nuklearnej realizowane są przez Świadczeniodawcę we własnym zakresie (własnym potencjałem wykonawczym) w zarejestrowanych komórkach organizacyjnych zakładu tj. między innymi: Klinika Hematologii z Pododdziałem Chorób Naczyń, Klinika Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej, I Klinika Chorób Płuc i Gruźlicy z Pododdziałem Chemioterapii Nowotworów Płuc, Poradnia Hematologiczna, Poradnia Medycyny Nuklearnej, Poradnia Położniczo-Ginekologiczna, Poradnia chorób płuc i gruźlicy dla dorosłych. Negatywnie, 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. Podlaski OW NFZ stwierdza, iż Świadczeniodawca nie wywiązał się z obowiązku nałożonego art. 33b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych tj. nie był przygotowany organizacyjnie do zapewnienia świadczeniobiorcom - których stan zdrowia wymagał wykonywania procedur medycznych stosowanych w leczeniu szpitalnym, ale nie wymagał udzielania całodobowych lub całodziennych świadczeń opieki zdrowotnej w odpowiednio urządzonych, stałych pomieszczeniach podmiotu leczniczego - bezpłatnego zakwaterowania w innym miejscu, w którym świadczy się usługi hotelarskie. Natomiast transport świadczeniobiorców (przewóz osób) u Świadczeniodawcy był/jest zapewniony w ramach zawartej umowy podwykonawstwa. Pozytywnie, biorąc pod uwagę przedstawione wyżej kryteria oceny, należy ocenić zapewnienie przez Podmiot kontrolowany dostępu do badań histopatologicznych i śródoperacyjnych realizowanych poprzez zawartą umowę z Akademickim Ośrodkiem Diagnostyki Patomorfologicznej i Genetyczno- Molekularnej w Białymstoku w dniu 20.12.2016r. na czas określony tj. od 01.01.2017r. do 31.12.2019r.

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. Negatywnie, należy ocenić dokumentowanie procesu planowania i koordynowania leczenia przez wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny oraz wypełniania roli przypisanej koordynatorowi leczenia. Analiza dokumentacji medycznej 5 pacjentów leczonych w Klinice Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej, rozliczonych w ramach pakietu onkologicznego wykazała, iż w 4 przypadkach, w których karta DILO została założona pacjentom w AOS. Konsylium ustalające plan postępowania terapeutycznego, odbywało się w trakcie hospitalizacji pacjenta, dopiero po przeprowadzonym zabiegu operacyjnym, co mija się z nakreśloną proceduralnie ścieżką postępowania z pacjentem onkologicznym, zgodnie z którą pacjentowi, któremu rozpoznane nowotworowe zostanie postawione w wyniku

diagnostyki przeprowadzonej w AOS w ramach podstawowego zakresu świadczeń, lekarz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej zobowiązany jest do wystawienia karty DiLO, przeprowadzenia diagnostyki pogłębionej, celem określenia stopnia zróżnicowania nowotworu oraz stopnia zaawansowania choroby, a następnie skierowania pacjenta na konsylium, którego zadaniem jest m.in., określenie postępowania terapeutycznego, w tym również zabiegu operacyjnego, jego rodzaju i rozległości. Konsylia ustalające plan postępowania terapeutycznego na rzecz pacjentów, którym rozpoznania nowotworowe zostały postawione w ramach świadczeń ambulatoryjnych, udzielonych w Poradni Chirurgii Szczękowo – Twarzowej, przeprowadzone zostały we właściwym czasie, na właściwym etapie ścieżki onkologicznej pacjenta. Dodatkowo ustalono, iż wymagane przepisami określenie przez konsylium szczegółowego postępowania terapeutycznego z pacjentem onkologicznym, w przypadkach, w których podjęta została decyzja o konieczności uzupełnienia leczenia onkologicznego o radioterapię, ograniczone zostało do hasłowego wpisu w karcie DiLO, bez dookreślenia rodzaju planowanej radioterapii, częstotliwości zabiegów, dawki promieniowania, który to obowiązek wynika wprost ze wzoru karty, nie pozostawiając tym samym tej kwestii do rozstrzygnięcia lekarzowi realizującemu określony etap postępowania leczniczego. W kontrolowanym podmiocie proces diagnostyki i leczenia pacjenta w ramach karty DiLO odbywa się zarówno na bazie własnej struktury organizacyjnej Świadczeniodawcy, jak również w oparciu o zawartą umowę o współpracy z Białostockim Centrum Onkologii, w zakresie realizacji świadczeń chemioterapii (z pominięciem hematologii, pulmonologii i ginekologii) oraz radioterapii. Świadczeniodawca nie okazał opracowanych wytycznych/regulacji w zakresie koordynacji tego procesu, co wskazuje na brak pełnej realizacji w/w wymogu (brak udokumentowanej koordynacji leczenia). Na podstawie objętej analizą kontrolną dokumentacji medycznej stwierdzono także, iż rola koordynatora w procesie koordynacji procesu diagnostyczno-leczniczego, ograniczona była wyłącznie do wpisu danych koordynatora (imię i nazwisko oraz numer telefonu) w karcie DiLO. Z analizowanej dokumentacji medycznej nie wynikało także, czy i w jaki sposób świadczeniobiorcy byli informowani o wyznaczeniu koordynatora, co jest istotne z punktu widzenia roli jaką spełniać ma ta osoba w ramach szybkiej ścieżki onkologicznej. Pozytywnie, 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, 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. Pozytywnie z nieprawidłowościami, należy ocenić kwalifikację do rozliczenia w ramach pakietu onkologicznego świadczeń szpitalnych, zrealizowanych na rzecz 8 świadczeniobiorców, z których u 7 podstawą przyjęcia do leczenia szpitalnego była karta DiLO wystawiona w AOS. Świadczenie zrealizowane na rzecz 1-go pacjenta, zakwalifikowane zostało do rozliczenia w oparciu o rozpoznanie nowotworowe postawione w warunkach szpitalnych wraz z założeniem karty DiLO i - jako etapu kolejnego - przeprowadzeniem konsylium. Jako nieprawidłowość w badanym obszarze wskazać należy rozpoczęcie u 4 pacjentek hospitalizowanych w Klinice Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej, leczenia zabiegowego przed ustaleniem *Planu postępowania terapeutycznego* przez Konsylium. 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 8 świadczeniobiorców stwierdzono, iż w każdej z nich znajdowała się kopia karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (DiLO). Dodatkowo ustalono, iż 1 z 8 skontrolowanych kart DiLO została założona na etapie leczenia szpitalnego, po uzyskaniu wyniku badania histopatologicznego materiału pobranego w trakcie zabiegu operacyjnego, potwierdzającego rozpoznanie nowotworowe. W

	<p>przypadku 4 z 7 w/w kart DILO ustalono, iż założone zostały w AOS w oparciu o wynik badania histopatologicznego, potwierdzający rozpoznanie nowotworowe (z jednoczesnym zgłoszeniem na tym etapie nowotworu do KRN). Karty zostały wypełnione w części dedykowanej diagnostyce wstępnej, z błędnym wskazaniem zalecenia przeprowadzenia zabiegu diagnostyczno – leczniczego. Analiza kart DILO dołączonych do dokumentacji medycznych, podlegających przedmiotowej kontroli wykazała: brak wskazania koordynatora w części kart; brak pełnych, wymaganych wzorem karty DILO, danych dotyczących zaplanowanego przez Konsylium postępowania terapeutycznego (dotyczy radioterapii); brak wypełnienia rubryk przeznaczonych na dokonanie podsumowania leczenia i dedykowanych informacjom o lekarzu POZ.</p>
<p>Zalecenia pokontrolne i skutki finansowe / link</p>	<p>Zalecenia pokontrolne:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Podjąć działania mające na celu realizację wymogu określonego w art. 33b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (Dz. U. z 2015r., poz. 581 ze zm.) w zakresie zapewnienia - na wniosek uprawnionego świadczeniobiorcy - bezpłatnego zakwaterowania w innym miejscu niż miejsce udzielania świadczeń, w którym świadczy się usługi hotelarskie w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o usługach turystycznych (Dz. U. z 2014 r. poz. 196 i 822 oraz z 2015 r. poz. 390). Realizację powyższego obowiązku należy udokumentować stosownym dokumentem np. umową, porozumieniem itp. – kopię tego dokumentu proszę przedstawić w informacji o wykonaniu zaleceń pokontrolnych. 2. Przestrzegać kolejności przeprowadzania etapów diagnostycznych oraz 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 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. Przestrzegać zasad przeprowadzania planu leczenia (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, w warunkach szpitalnych, zabiegu diagnostyczno – leczniczego oraz dokonaniu oceny zaawansowania stanu chorobowego w warunkach szpitalnych; c) w stosunku do pacjentów skierowanych do szpitala bez 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 oraz dokonaniu oceny zaawansowania stanu chorobowego w warunkach szpitalnych; 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

	<p>(personel pomocniczy).</p> <p>5. Zapewnić prawidłowe dokumentowanie procesu planowania i koordynowania leczenia przez wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny oraz wypełnianie roli przypisanej koordynatorowi leczenia.</p> <p>Skutki finansowe kontroli:</p> <p>a) kwota 5.446,35 zł (słownie: pięć tysięcy czterysta czterdzieści sześć złotych 35/100 groszy) tytułem kary umownej naliczonej za okres 2016-2017 r.</p>
--	--

Sporządził:

Dział Kontroli Realizacji Umów na Świadczenia