

Sprawozdanie z przeprowadzonej kontroli nr 10.7320.55.2017.WDKRU

Jednostka organizacyjna NFZ przeprowadzająca kontrolę	10_Podlaski OW NFZ
Nr kontroli	10.7320.55.2017.WDKRU
Termin przeprowadzenia kontroli	Data rozpoczęcia kontroli: 28 listopada 2017 r., data zakończenia kontroli (podpisania protokołu kontroli przez kontrolerów): 12 stycznia 2018 r.
Podmiot kontrolowany: nazwa i adres	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Białymstoku z siedzibą: ul. Fabryczna 27, 15 – 471 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 w okresie objętym analizą kontrolną 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 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 diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego w leczeniu szpitalnym (wprowadzonej w podmiocie leczniczym Zarządzeniem Nr 120/2014 z dnia 31.12.2014r.). Opracowana przez Świadczeniodawcę procedura zapewniała wyodrębnienie planującego proces leczenia (ustalającego plan leczenia onkologicznego) wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego, składającego się z lekarzy specjalistów w określonych przepisami dziedzinach nauk (wymienionych z imienia i nazwiska) oraz wskazywała Koordynatora Karty DILO. Jako nieprawidłowość w tym obszarze kontroli POW NFZ ocenia to, iż w/w Procedura (...) 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 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego oraz art. 32a ust. 2a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej (w brzmieniu nadanym ustawą zmieniającą z dnia 09.03.2017 r. – Dz.U. z 2017 r, poz. 1938 j.t.). Ponadto stwierdzono, iż funkcjonująca u Świadczeniodawcy Procedura:</p> <ul style="list-style-type: none"> - nie zapewnia w składzie wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego fizjoterapeuty; - nie uwzględnia zmiany przepisów tj. Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2015 r. w sprawie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (Dz.U 2015, poz. 1627) obowiązujące od 01.11.2015r. do 30.06.2017r. oraz z dnia 21 czerwca 2017 r. (Dz.U 2017, poz. 1250) obowiązujące od 01.07.2017 r.; - nie zawiera dwóch załączników stanowiących jej integralną część (nr 2 - Lista podmiotów współpracujących oraz nr 4 -

Wykaz grup nowotworów, które trzeba przekazać do dalszej diagnostyki pogłębionej);

- nie zawiera wytycznych/informacji o obowiązku przekazania oryginału karty DILO lekarzowi POZ po zakończeniu leczenia.

Dodatkowo stwierdzono w oparciu o niniejszą procedurę, iż Koordynator kart DILO nie został zgłoszony jako personel udzielający świadczeń do umowy w rodzaju: leczenie szpitalne zawartej z NFZ (załącznik Harmonogram Dodatkowy – Zasoby, obowiązujący w okresie objętym kontrolą). W trakcie kontroli POW NFZ stwierdził, iż obowiązujący u Świadczeniodawcy – dokument pt. *Procedura postępowania i organizacji udzielania świadczeń diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego* z dnia 31.12.2014 r. (dotyczący wszystkich etapów szybkiej ścieżki onkologicznej w obu rodzajach świadczeń – AOS i SZP) nie spełnia swojej roli określonej w § 4a ust. 1 pkt. 1 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.) gdyż zawiera bardzo ogólnikowe i hasłowe zapisy, z których nie wynika przyjęty w podmiocie sposób postępowania i organizacji udzielania świadczeń w ramach leczenia onkologicznego na podstawie karty DILO. Powyższą ocenę potwierdzają także wyniki 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 następnie – rozliczania świadczeń z publicznym płatnikiem. Pozytywnie, należy ocenić sposób realizacji obowiązku zapewnienia przez Świadczeniodawcę zaplanowania leczenia onkologicznego przez wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny - ustalenie planu leczenia onkologicznego. 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 - w zakresie opisanym w protokole kontroli część I.A. pkt 3. Zgodnie z zawartą z POW NFZ umową w rodzaju leczenie szpitalne Świadczeniodawca dysponuje w ramach własnych zasobów kadrowych - wyszczególnionych w załączniku do w/w umowy „Harmonogram dodatkowy – zasoby” – jednym specjalistą psychologii klinicznej i jednym magistrem fizjoterapii. Natomiast funkcjonującą u Świadczeniodawcy *Procedurą postępowania i organizacji udzielania świadczeń diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego* (obowiązującą od 01.01.2015r. do chwili obecnej) nie uwzględniała/ nie zapewnia w składzie wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego fizjoterapeuty a jedynie psychologa– specjalistę w zakresie psychologii klinicznej oraz lekarza specjalistę w zakresie rehabilitacji. W związku z powyższym ostateczne ustalenia kontrolne wykazały, iż w podmiocie kontrolowanym nie zostały 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. Pozytywnie, należy ocenić zapewnienie przez Świadczeniodawcę dostępu w latach 2016 - 2017 do świadczeń zdrowotnych w rodzaju chemioterapii i radioterapii poprzez zawartą w dniu 03.11.2015r. umowę o współpracy w zakresie realizacji „pakietu onkologicznego” z Białostockim Centrum Onkologii im. M. Skłodowskiej- Curie w Białymstoku. Pozytywnie, biorąc pod uwagę przedstawione wyżej kryteria oceny, 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 Histopatologicznej (nr komórki organizacyjnej w RPWDL: Lp. 103, data rozpoczęcia działalności 14.12.2012r.)

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 (w brzmieniu obowiązującym w okresie kontrolowanym - Dz. U. 2016, poz. 357 j.t.), *zwane dalej: rozporządzeniem MZ w sprawie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej*. Pozytywnie z nieprawidłowościami, 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 diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego (wprowadzonej w podmiocie leczniczym Zarządzeniem Nr 120/2014 z dnia 31.12.2014r.). Analogicznie jak w przypadku leczenia szpitalnego obowiązujący u Świadczeniodawcy – dokument pt. *Procedura postępowania i organizacji udzielania świadczeń diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego* z dnia 31.12.2014 r. (dotyczący wszystkich etapów szybkiej ścieżki onkologicznej w obu rodzajach świadczeń – AOS i SZP) nie spełnia swojej roli co potwierdzają także wyniki kontroli w obszarze dokumentowania i rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych świadczeniobiorcom. Pozytywnie, 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 zgodnie z profilem realizowanych świadczeń. Pozytywnie, 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, (*rozporządzenie MZ z dnia 25 stycznia 2016r.*).

3. 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 3 świadczeń o kodzie 552010001498 - Plan leczenia onkologicznego w trybie ambulatoryjnym, zrealizowanych na rzecz 3 pacjentów, hospitalizowanych w Oddziale Chirurgii Onkologicznej: 1 plan onkologiczny – z postawionym rozpoznaniem nowotworu złośliwego, w indywidualnej dokumentacji którego stwierdzono jednak brak części karty DIL0 oraz 2 plany zrealizowane i rozliczone na rzecz pacjentów bez potwierdzonego badaniami H-P nowotworu złośliwego. 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, 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). Z 8 świadczeń szpitalnych zrealizowanych na rzecz 8 świadczeniobiorców: 1 z zakresu: chirurgia onkologiczna - hospitalizacja - pakiet onkologiczny oraz 7 z zakresu: urologia - hospitalizacja - pakiet onkologiczny. stwierdzono, iż wszystkie podlegające kontroli, w/w świadczenia zostały udzielone w oparciu o kartę DiLO, a ich kwalifikacja do rozliczenia przeprowadzona została w sposób prawidłowy. Negatywnie, biorąc pod uwagę kryterium legalności i rzetelności, należy ocenić przestrzeganie przez Świadczeniodawcę w okresie kontrolowanym zasad prowadzenia/wypełniania kart DiLO na etapie procesu leczniczego prowadzonego w zakresie leczenia szpitalnego. Przedmiotowej kontroli w obszarze leczenia szpitalnego podlegała dokumentacja medyczna 15 Świadczeniobiorców, z których na rzecz 8 Świadczeniodawca zrealizował i sprawozdał zarówno plan leczenia onkologicznego jak i następującą po nim hospitalizację w ramach pakietu onkologicznego (1 z zakresu: chirurgia onkologiczna - hospitalizacja - pakiet onkologiczny oraz 7 z zakresu: urologia - hospitalizacja - pakiet onkologiczny), a na rzecz pozostałych 7 pacjentów jedynie plan leczenia onkologicznego. W każdej indywidualnej dokumentacji medycznej znajdowała się karta DiLO, niemniej jednak w wielu przypadkach, była ona niekompletna. W przypadku w/w 8 pacjentów, którzy po przeprowadzonym konsylium kontynuowali leczenie onkologiczne (zabiegowe) u Świadczeniodawcy, tylko w 1 przypadku stwierdzono niekompletną kartę DiLO, dołączoną do szpitalnej historii choroby pacjenta. W przypadku pozostałych 7 pacjentów, których ścieżka onkologiczna kończyła się u Świadczeniodawcy ustaleniem planu terapeutycznego, braki dotyczyły 5 kart. Ponadto w kontrolowanych karatach DiLO stwierdzono:

- brak wymaganego wzorem karty DiLO, szczegółowego dookreślenia poszczególnych zaleceń konsylium, dotyczących uzgodnionego postępowania terapeutycznego: zabieg operacyjny, radioterapia, chemioterapia, "inne" we wszystkich objętych kontrolą kartach DiLO;

- brak wypełnienia rubryk przeznaczonych na dokonanie podsumowania leczenia i dedykowanych informacjom o lekarzu POZ we wszystkich objętych kontrolą kartach DiLO;

- brak wskazania koordynatora w 14 z 15 objętych kontrolą kartach DiLO

- pozostawienie w dokumentacji medycznej u 10 spośród 15 pacjentów objętych kontrolą, oryginału karty.

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. W ramach etapu diagnostyki wstępnej: a) Pozytywnie, należy ocenić fakt realizacji świadczeń w ramach pakietu onkologicznego na rzecz pacjentów posiadających kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego. W wyniku przeprowadzonej analizy dokumentacji medycznej 15 świadczeniobiorców, objętych próbą kontrolną stwierdzono, że wszystkie poddane kontroli świadczenia, sprawozdane w ramach etapu diagnostyki wstępnej zrealizowane zostały na rzecz pacjenta posiadającego kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego. b) Negatywnie, należy ocenić przestrzeganie obowiązku przeprowadzania i sfinansowania zaplanowanych badań diagnostycznych w ramach środków własnych Świadczeniodawcy. W wyniku przeprowadzonej analizy dokumentacji medycznej 15 świadczeniobiorców objętej próbą kontrolną, stwierdzono, iż tylko w 1 przypadku cel etapu diagnostyki wstępnej został osiągnięty przez Świadczeniodawcę w ramach środków własnych. W pozostałych 14 przypadkach, rozpoznanie nowotworowe postawione zostało pacjentom w okresie poprzedzającym sprawozdany przez Świadczeniodawcę etap diagnostyki wstępnej. W 8 przypadkach pacjenci zostali zdiagnozowani poza placówką Świadczeniodawcy, a w 6 przypadkach rozpoznanie nowotworowe postawione zostało w wyniku diagnostyki przeprowadzonej przez kontrolowanego, przy czym w 2 przypadkach pacjent zdiagnozowany został w

warunkach szpitalnych, a w 4 przypadkach rozpoznanie nowotworowe zostało postawione w warunkach ambulatoryjnych. c) Negatywnie, 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 Świadczeniodawca wykazał niezasadnie do rozliczenia świadczenia w ramach umów w rodzaju AOS w innych zakresach, niż te wyodrębnione dla świadczeń udzielonych w ramach pakietu onkologicznego. Łącznie, na 15 pacjentów, których dokumentacja medyczna podlegała przedmiotowej kontroli, niezasadnie rozliczono 2 świadczenia udzielone na rzecz 2 pacjentów, posiadających w momencie ich realizacji założoną kartę DILO. Ponadto ustalono, iż w przypadku 3 Świadczeniobiorców podmiot kontrolowany wykazał do rozliczenia błędnie – co do daty – świadczenia zabiegowe, które co do zasady podlegają rozliczeniu dopiero na wizycie, na którą pacjent zgłasza się z wynikiem wykonanego badania histopatologicznego. d) Negatywnie, 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 przypadku diagnostyka wstępna została rozliczona na rzecz pacjentów z potwierdzonym lub istotnie uprawdopodobnionym nowotworem złośliwym, niemniej jednak tylko w przypadku 1 pacjenta cel ten osiągnięty został w ramach przeprowadzonego przez Świadczeniodawcę etapu diagnostycznego DILO. W pozostałych przypadkach, cel etapu diagnostyki wstępnej został osiągnięty w okresie poprzedzającym sprawozdany przez Świadczeniodawcę etap diagnostyki wstępnej. e) Pozytywnie, 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). f) Negatywnie, należy ocenić przestrzeganie przez Świadczeniodawcę zasad prowadzenia/wypełniania kart DILO na etapie diagnostyki wstępnej w AOS oraz obowiązku włączania do dokumentacji medycznej kopii karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (jak ustalono powyżej). W ramach etapu diagnostyki pogłębionej: a) Pozytywnie, należy ocenić fakt realizacji świadczeń w ramach pakietu onkologicznego na rzecz pacjentów posiadających kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego, u których potwierdzono rozpoznanie nowotworu złośliwego. W wyniku przeprowadzonej przez Zespół kontrolny analizy dokumentacji medycznej 15 świadczeniobiorców stwierdzono, że wszystkie poddane kontroli świadczenia sprawozdane w ramach etapu diagnostyki pogłębionej zrealizowane zostały na rzecz pacjentów posiadających kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego. b) Pozytywnie z nieprawidłowościami, należy ocenić realizację zakresu przedmiotowego etapu diagnostyki pogłębionej, tj. ocenę zaawansowania stanu chorobowego oraz szczegółowego zróżnicowania nowotworu w zakresie umożliwiającym ustalenie zindywidualizowanego planu leczenia. Jako nieprawidłowość w przedmiotowym obszarze kontroli należy ocenić rozliczenie przez Świadczeniodawcę na rzecz 2 pacjentów etapu diagnostyki pogłębionej bez osiągnięcia celu diagnostycznego, przewidzianego definicją przedmiotowego etapu. W przypadku 2 pacjentów cel diagnostyki pogłębionej osiągnięty został przez Świadczeniodawcę w ramach przeprowadzonego etapu diagnostycznego DILO. W pozostałych przypadkach podlegających kontroli określenie stopnia zróżnicowania nowotworu i/lub ocena zaawansowania procesu chorobowego przeprowadzone zostało przed założeniem karty DILO i/lub na etapie rozliczonej diagnostyki wstępnej. c) Negatywnie, należy ocenić obowiązek przeprowadzania zaplanowanych badań diagnostycznych w ramach środków własnych Świadczeniodawcy. W wyniku przeprowadzonej analizy dokumentacji medycznej 15 świadczeniobiorców stwierdzono, że w przypadku 2 pacjentów diagnostyka pogłębiona, zlecona przez Świadczeniodawcę, została wykonana przez inny podmiot, nie związany z podmiotem kontrolowanym umową o podwykonawstwo. d) Negatywnie, należy ocenić potwierdzony w wyniku przeprowadzonych czynności kontrolnych fakt wykazania do rozliczenia przez Świadczeniodawcę świadczeń w ramach

	<p>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 na rzecz 1 pacjenta Świadczeniodawca niezasadnie wykazał do rozliczenia świadczenie W11 z dnia 23.11.2016r., w ramach którego wystawiono skierowanie do szpitala, celem realizacji planu leczenia ustalonego przez Konsylium w dniu 21.11.2016r. Wskazać należy, iż, zgodnie z obowiązującymi przepisami (art. 32a. ust. 2. obowiązującej ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych) pacjent, u którego w wyniku diagnostyki onkologicznej stwierdzono nowotwór złośliwy, ma prawo do leczenia onkologicznego na podstawie karty DILO, bez skierowania. Jednocześnie negatywnie należy ocenić wykazanie do rozliczenia przez Świadczeniodawcę 1 świadczenia pohospitalizacyjnego -W01, sprawozdanego z datą 12.09.2016r. na rzecz pacjenta w oparciu (jedynie) o wpis wyniku badania histopatologicznego materiału pobranego do badania w trakcie przeprowadzonego w warunkach szpitalnych zabiegu operacyjnego. Zgodnie z definicją świadczenia pohospitalizacyjnego, zawartą w obowiązującym w kontrolowanym okresie realizacji świadczeń zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: AOS, świadczenie pohospitalizacyjne winno obejmować ocenę przebiegu procesu leczenia po zakończonej hospitalizacji w zakresie z niej wynikającym, w oparciu o badanie i posiadane lub przedstawione wyniki badań dodatkowych. Zapis w dokumentacji medycznej, ograniczony jedynie do wpisu wyniku badania H-P, nie daje podstaw do zakwalifikowania wizyty jako świadczenia pohospitalizacyjnego, a także nie wypełnia definicji jakiegokolwiek świadczenia specjalistycznego. e) Pozytywnie, 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 został zachowany. f) Negatywnie, należy ocenić przestrzeganie przez Świadczeniodawcę zasad prowadzenia/wypełniania kart DILO na etapie diagnostyki pogłębionej w AOS oraz obowiązku włączania do dokumentacji medycznej kopii karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (jak ustalono powyżej).</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 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). 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). 3. Wskazywać do rozliczenia plan leczenia onkologicznego w trybie ambulatoryjnym (konsylium) jedynie w stosunku do

	<p>pacjentów, u których osiągnięty został cel diagnostyczny, przewidziany obowiązującymi przepisami dla etapu diagnostyki pogłębionej.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Zapewnić prawidłowe dokumentowanie procesu planowania i koordynowania leczenia przez wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny oraz wypełnianie roli przypisanej koordynatorowi leczenia. 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). 6. Wykazywać do rozliczenia w ramach umowy w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna etapy diagnostyki onkologicznej (wstępną i pogłębioną) po osiągnięciu, w ramach środków własnych, 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.). 7. 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. 8. 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. 9. 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 11.787,06 zł (słownie: jedenaście tysięcy siedemset osiemdziesiąt siedem złotych 06/100 groszy) tytułem zwrotu nienależnie przekazanych środków finansowych za okres 2016-2017r. b) kwota 14.239,43 zł (słownie: czternaście tysięcy dwieście trzydzieści dziewięć złotych 43/100 grosze) tytułem kary umownej naliczonej za okres 2016-2017r.
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Sporządził:
Dział Kontroli Realizacji Umów na Świadczenia