

Zasady realizacji kontroli świadczeniodawców „Programu profilaktyki raka szyjki macicy” – etapu pogłębionej diagnostyki w zakresie jakości badań cytologicznych.

Zadanie finansowane przez Ministra Zdrowia w ramach programu wieloletniego pn. Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych, w zakresie zadania pn. Koordynacja i monitorowanie jakości profilaktyki raka piersi i raka szyjki macicy

2017

1. Kontrola wykonywana będzie w oparciu o imienne upoważnienia Ministra Zdrowia i wymaga wizytacji świadczeniodawcy.
2. Kontrola obejmuje okres od 01.01. do 31.12.2016 roku oraz od 01.01. do 30.06.2017 roku.
3. Centralny Ośrodek Koordynujący przeprowadzi postępowanie o udzielenie zamówienia publicznego, w wyniku którego wybrany zostanie wykonawca kontroli etapu pogłębionej diagnostyki obejmującej świadczeniodawców w całym kraju.
4. Firma wyłoniona w drodze przetargu przedstawi COK pełną informację o kompetencjach poszczególnych osób, które będą prowadziły kontrole.
Osoby kontrolujące winny spełniać wymagania i posiadać kompetencje zgodne z wykazem wymagań stanowiącym Załącznik nr 1 oraz Załącznikiem 1 a. Podpisane Załącznik nr 1 i Załącznik nr 1 a muszą być dostarczone do COK.
5. Wykonawcy kontroli jakości wybrani w drodze przetargu zobowiązani są do spełniania kryterium bezstronności, co potwierdzają poprzez dostarczenie do COK podpisanego Załącznika nr 2.
6. Po wyłonieniu wykonawcy kontroli, uzyskaniu z Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia listy świadczeniodawców w Programie profilaktyki raka szyjki macicy, COK występuje do Ministerstwa Zdrowia o wydanie upoważnień do prowadzenia kontroli.
7. Kontrolni poddanych zostanie 100% świadczeniodawców, którzy wykazują się wykonywaniem kontraktu na realizację Programu profilaktyki raka szyjki macicy w etapie pogłębionej diagnostyki wg listy uzyskanej z Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia po zakończeniu procesu kontraktowania świadczeniodawców w 2017 roku.
8. Kontrola świadczeniodawców przeprowadzana będzie w oparciu o kryteria określone w Protokole opracowanym przez Centralny Ośrodek Koordynujący stanowiącym Załącznik nr 4.
9. Firma wyłoniona w przetargu na przeprowadzenie kontroli zajmie się również obsługą administracyjną kontroli tj.:

- pisemnym powiadomieniem kontrolowanego świadczeniodawcy o terminie i zakresie kontroli (za potwierdzeniem odbioru),
 - przekazaniem protokołów pokontrolnych świadczeniodawcy, Centralnemu Ośrodkowi Koordynującemu oraz odpowiednim dla siedziby świadczeniodawcy OW NFZ (za potwierdzeniem odbioru) w nieprzekraczalnym terminie **do dnia 30 listopada 2017 r.**
10. W przypadku zgłaszania przez świadczeniodawcę wątpliwości do danych zawartych w protokole z kontroli jakości oraz wniosków końcowych, kontrolerzy zobowiązani są udzielić dodatkowych pisemnych wyjaśnień.
11. Dane uzyskane podczas kontroli, zawarte w protokole będą poddane analizie i wykorzystane do przygotowania podsumowań z realizacji programu, jak również opracowania wniosków co do przyszłych działań w zakresie kształtu i realizacji programu.

Wykaz załączników:

1. Załącznik nr 1 - Wymagania dla osób, które będą realizowały kontrole świadczeniodawców etapu pogłębionej diagnostyki „Programu profilaktyki raka szyjki macicy”,
2. Załącznik nr 1a - Oświadczenie o doświadczeniu pracy w Systemie Informatycznym Monitorowania Profilaktyki,
3. Załącznik nr 2 - Oświadczenie o spełnianiu kryterium bezstronności wobec kontrolowanego świadczeniodawcy,
4. Załącznik nr 3 – Lista świadczeniodawców podlegających kontroli w 2017 roku,
5. Załącznik nr 4 –Protokół kontroli jakości świadczeniodawców etapu pogłębionej diagnostyki.

**Wymagania dla osób, które będą realizowały kontrole świadczeniodawców etapu
pogłębionej diagnostyki „Programu profilaktyki raka szyjki macicy”:**

- Wykształcenie co najmniej średnie medyczne (rekomendowani są lekarze ginekologów, pielęgniarki lub położne, byli pracownicy WOK i byli pracownicy COK).
- Co najmniej roczne doświadczenie w pracy w SIMP potwierdzone stosownym oświadczeniem (Załącznik 1a).

W przypadku, gdy 1 osoba nie spełnia jednocześnie w/w wymogów, możliwe jest prowadzenie kontroli przez 2 osoby spełniające wymagania równocześnie.

.....
Imię i nazwisko (czytelnie)

Załącznik 1a

....., dnia2017 r.
Miejscowość

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/a oświadczam, iż posiadam co najmniej roczne doświadczenie pracy w Systemie Informatycznym Monitorowania Profilaktyki, które nabyłem/am

(podać rodzaj wykonywanej pracy, bądź powód korzystania z SIMP oraz okres).

.....
Imię i nazwisko (czytelnie)

Warszawa, dnia2017 r.

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisana/y oświadczam, iż wobec świadczeniodawców wymienionych w załączniku nr 3:

- Nie wchodzę w skład organów statutowych i nie pełnię funkcji kierowniczej u świadczeniodawcy, którego dotyczy kontrola i nie jestem przedstawicielem tego świadczeniodawcy.
- Nie jestem małżonkiem, krewnym lub powinowatym w linii prostej, krewnym bocznym do czwartego stopnia, powinowatym bocznym do drugiego stopnia osoby wchodzącej w skład organów statutowych lub pełniącej funkcje kierownicze u świadczeniodawcy, którego dotyczy kontrola lub przedstawicielem którejkolwiek z tych osób.
- Nie jestem związany z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli z osobą wchodzącą w skład organów statutowych lub pełniącą funkcje kierownicze u świadczeniodawcy, którego dotyczy kontrola lub przedstawicielem którejkolwiek z tych osób.
- Nie jestem pracownikiem świadczeniodawcy, którego dotyczy kontrola, zatrudnionym na podstawie umowy o pracę, wyboru, mianowania, powołania lub umowy cywilno - prawnej.

Jestem również świadoma/y, że:

- biorąc udział w kontroli mogę zostać z niej wyłączona/y, jeżeli pomiędzy mną a osobą wchodzącą w skład organów statutowych lub pełniącą funkcje kierownicze u świadczeniodawcy lub będącą przedstawicielem świadczeniodawcy, zachodzi stosunek osobisty tego rodzaju, że mógłby wywołać wątpliwości co do mojej bezstronności;
- wymienione wyżej powody wyłączenia z kontroli, obowiązują także po ustaniu małżeństwa, przysposobienia, opieki lub kurateli.

Ponadto zobowiązuję się do:

- informowania o każdej sytuacji zaistnienia przesłanek do wyłączenia mnie z prowadzenia kontroli u danego świadczeniodawcy;
- przeprowadzenia kontroli zgodnie z przyjętymi zasadami u świadczeniodawców wskazanych w załączniku nr 3 do niniejszego oświadczenia.

.....
Imię i nazwisko (czytelnie)

....., dnia2017 r.
Miejscowość

LISTA ŚWIADCZENIODAWCÓW PODLEGAJĄCYCH KONTROLI W ROKU 2017

Imię i nazwisko kontrolera:

Nr dowodu osobistego:

Wykaz świadczeniodawców:

1.....

2.....

3.....

4.....

5.....

.....

Imię i nazwisko (czytelnie)