

Zasady realizacji kontroli świadczeniodawców etapów: podstawowego, diagnostycznego i pogłębionej diagnostyki Programu profilaktyki raka szyjki macicy (PPRSM).

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

2018

1. Kontrola obejmuje okres od 01.01. do 31.12.2017 roku oraz od 01.01. do 30.06.2018 roku.
2. Centralny Ośrodek Koordynujący (COK) przy Zakładzie Profilaktyki Nowotworów w Centrum Onkologii - Instytucie im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie przeprowadzi postępowanie o udzielenie zamówienia publicznego, w wyniku którego wyłoniony zostanie wykonawca kontroli etapów: podstawowego, diagnostycznego i pogłębionej diagnostyki PPRSM, obejmującej cały kraj.
3. Wyłoniony wykonawca kontroli dostarczy dokumenty potwierdzające kompetencje kontrolerów zgodnie z Załącznikami nr 1 i 1a.
4. Wykonawca kontroli zobowiązany jest do spełniania kryterium bezstronności, co potwierdza poprzez dostarczenie do COK podpisanego Załącznika nr 2.
5. Kontrola wykonywana będzie w oparciu o imienne upoważnienia Ministra Zdrowia i wymaga osobistej wizytacji kontrolera w miejscu realizacji świadczeń przez świadczeniodawcę. COK wystąpi do Ministerstwa Zdrowia o wydanie upoważnień dla kontrolerów do przeprowadzenia kontroli wybranych świadczeniodawców.
6. Po wyłonieniu wykonawcy kontroli COK wytypuje nie więcej niż 10 % świadczeniodawców z listy uzyskanej z Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ), posiadających kontrakt na realizację etapu podstawowego, etapu diagnostycznego i etapu pogłębionej diagnostyki PPRSM, którzy zostaną objęci kontrolą w 2018 r. Lista świadczeniodawców z wszystkich etapów wytypowanych w 2018 roku do kontroli stanowi Załącznik nr 3.
7. Kontrola świadczeniodawców przeprowadzana będzie zgodnie z Protokołami opracowanymi przez COK, stanowiącymi Załączniki nr 4a, 4b i 4c. Protokoły wymagają uzupełnienia danymi uzyskanymi bezpośrednio przez kontrolera w trakcie wizytacji świadczeniodawcy oraz danymi z Systemu Informatycznego Monitorowania Profilaktyki (SIMP), które COK otrzyma z Centrali NFZ. Ostatecznego zaliczenia kontroli dokonuje COK.
8. Wykonawca kontroli poinformuje pisemnie (za potwierdzeniem odbioru) kontrolowanego świadczeniodawcę z min. trzydniowym wyprzedzeniem o terminie i zakresie kontroli.

9. Wykonawca kontroli przekaze prawidłowo wypełnione Protokoły kontroli w wersji papierowej i elektronicznej do Centralnego Ośrodka Koordynującego w nieprzekraczalnym terminie do dnia 30 listopada 2018 r.
10. COK przekaze Protokoły pokontrolne świadczeniodawcy. COK przekaze informacje o wynikach kontroli do Ministerstwa Zdrowia, do Centrali NFZ oraz odpowiednim dla siedziby świadczeniodawcy Oddziałom Wojewódzkim NFZ (za potwierdzeniem odbioru).
11. W przypadku zgłoszenia przez świadczeniodawcę wątpliwości w zakresie danych zawartych w Protokole z kontroli, COK, we współpracy z kontrolerem wizytującym daną placówkę, zobowiązany jest udzielić dodatkowych pisemnych wyjaśnień.
12. 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 – Lista wymagań dla osób, które będą realizowały kontrole świadczeniodawców PPRSM,
2. Załącznik nr 1a - Oświadczenie o doświadczeniu pracy w PPRSM,
3. Załącznik nr 2 - Oświadczenie o spełnianiu kryterium bezstronności wobec kontrolowanego świadczeniodawcy,
4. Załącznik nr 3 – Lista świadczeniodawców podlegających kontroli w 2018 roku,
5. Załącznik nr 4a – Protokół z kontroli świadczeniodawców etapu podstawowego,
6. Załącznik nr 4b – Protokół z kontroli świadczeniodawców etapu diagnostycznego,
7. Załącznik nr 4c – Protokół z kontroli świadczeniodawców etapu pogłębionej diagnostyki,
8. Załącznik nr 5 - Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych.

Wymagania dla osób, które będą realizowały kontrole świadczeniodawców Programu profilaktyki raka szyjki macicy (PPRSM)

- Wykształcenie wyższe medyczne wraz z doświadczeniem w pracy w Programie profilaktyki raka szyjki macicy
- lub
- Co najmniej trzyletnie doświadczenie w pracy w PPRSM (byli pracownicy COK i WOK).

.....
Imię i nazwisko (czytelnie)

Załącznik 1a

....., dnia2018 r.
Miejscowość

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/a oświadczam, iż posiadam co najmniej dwuletnie doświadczenie pracy
w Programie Profilaktyki Szyjki Macicy, które nabyłem/am
.....
.....
(podać rodzaj wykonywanej pracy oraz okres).

.....
Imię i nazwisko (czytelnie)

....., dnia2018 r.
Miejscowość

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 3 do niniejszego oświadczenia.

.....

Imię i nazwisko (czytelnie)

....., dnia2018 r.
Miejscowość

LISTA ŚWIADCZENIODAWCÓW PODLEGAJĄCYCH KONTROLI W ROKU 2018

Imię i nazwisko kontrolera:

Nr dowodu osobistego:

Wykaz świadczeniodawców etapu podstawowego:

1.....

2.....

3.....

Wykaz świadczeniodawców etapu diagnostycznego:

1.....

2.....

3.....

Wykaz świadczeniodawców etapu pogłębionej diagnostyki:

1.....

2.....

3.....

.....
Imię i nazwisko (czytelnie)