

Korpus kontrolerski

Od czerwca 2019 r. działa korpus kontrolerski. To zespół podlegający prezesowi Narodowego Funduszu Zdrowia, który zastąpił dotychczasowe, regionalne działy kontroli. Zmieniło się sporo w zasadach oraz procedurze przebiegu czynności w tym zakresie. Wprowadzono regułę, że świadczeniodawca jest zawiadamiany o kontroli na siedem dni przed jej rozpoczęciem, ale jednocześnie stworzono możliwość jej ominięcia.



Fot. 2x istockphoto.com

Kontroler może pojawić się w placówce bez zapowiedzi i ma prawo swobodnego poruszania się po terenie podmiotu leczniczego. Kontrolę może przeprowadzić w przypadku, gdy jest to uzasadnione bezpośrednim zagrożeniem życia lub zdrowia, niezbędne dla przeciwdziałania popełnieniu przestępstwa lub wykroczenia albo zabezpieczenia dowodów ich popełnienia, niezbędne dla przeciwdziałania ograniczeniom dostępności świadczeń opieki zdrowotnej, w tym w zakresie realizacji obowiązków, o których mowa w art. 20 i art. 21. Słowem – zawsze, bowiem każda wątpliwość płatnika może być uznana za wymienioną wyżej okoliczność.

W takim przypadku kontrolerzy wszczynają kontrolę na podstawie legitymacji służbowej.

Co do zasady kontrola może dotyczyć każdego obszaru działania podmiotu, który realizuje umowę z płat-

nikiem. Zasady realizacji świadczeń finansowanych ze środków publicznych są dość ściśle opisane w warunkach umów i uważam, że każda aktywność podmiotu leczniczego może być analizowana przez kontrolerów. Szczególnie jeśli mówimy o leczeniu szpitalnym, gdzie w zasadzie umowa jest realizowana całodobowo i dotyczy wszystkich zadeklarowanych zasobów podmiotu.

Warto przypomnieć, że konstrukcja przepisu dotyczącego tego zagadnienia również jest szeroka. W ustawie zapisano, że prezes NFZ może kontrolować podmiot m.in. w zakresie:

- organizacji, sposobu i jakości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej oraz ich dostępności,
- udzielania świadczeń opieki zdrowotnej pod względem zgodności z obowiązującymi przepisami, a także z wymaganiami określonymi w umowie,

„Obecne przepisy nie regulują stosowania pouczenia. To tylko dobra wola kontrolujących. Szkoda, bo może zasada *pierwszego ostrzeżenia* byłaby skuteczniejsza niż nakładanie sankcji finansowych w przypadkach, które budzą wątpliwości”

- przestrzegania zasad wystawiania recept,
- posiadania uprawnień do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez osoby wykonujące zawody medyczne,
- zasadności wyboru leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych stosowanych w profilaktyce, leczeniu, rehabilitacji i badaniach diagnostycznych.

O ile zrozumiałe jest dla mnie kontrolowanie pierwszych czterech obszarów, o tyle ostatni budzi moje wątpliwości. Nie umniejszam kompetencji kontrolerów, ale uważam, że prawo podejmowania decyzji terapeutycznych, a tym samym ocena zasadności wyboru leku, należy do lekarza leczącego pacjenta. Trudno sobie wyobrazić, że w wyniku kontroli korpus podważy decyzję lekarza. Zakładam zatem, że ustawodawca miał co innego na myśli... ale nie określił co, a zapis brzmi groźnie.

Kontrola bez odrębnego protokołu kontroli

W nowych przepisach dotyczących kontroli niejako połączono protokół z wystąpieniem pokontrolnym, a w zasadzie protokołu nie ma. Dokument kończący czynności zawiera zatem zwięzły opis ustalonego stanu faktycznego, w tym nieprawidłowości i ich zakres, a także ocenę i sankcje pokontrolne, zgodnie z postanowieniami wynikającymi z umowy, oraz pouczenie o prawie zgłoszenia zastrzeżeń. Podmiot może zgłosić zastrzeżenia do wystąpienia w terminie 14 dni od dnia jego doręczenia. Należy je zgłaszać do prezesa NFZ za pośrednictwem komórki, która przeprowadziła kontrolę. Prezes w ciągu 14 dni rozpatruje zastrzeżenie i w przypadku jego oddalenia kończy się procedura odwoławcza. W następnych 14 dniach kontrolowany podmiot ma obowiązek powiadomienia prezesa NFZ o sposobie wykonania zaleceń pokontrolnych. Jest to zatem istotne skrócenie czasu ostatecznego zakończenia kontroli. Dotychczas zgłaszanie przez świadczeniodaw-

ców zastrzeżeń do protokołów kontroli trwało długo i niejednokrotnie skupiało się nie tyle na wskazaniu wadliwości opisu stanu faktycznego, co na merytorycznych uzasadnieniach nieprawidłowego interpretowania przypadków przez kontrolera. Zawsze uczulałem świadczeniodawców, że bezsensowna jest polemika wobec okoliczności ujawnianych przez kontrolerów. Używają oni bowiem specyficznego sposobu oceny materii. Najczęściej potykane stwierdzenia: „w dokumentacji medycznej brak potwierdzenia...” nie podważały, że świadczenie nie zostało wykonane prawidłowo. Brak udokumentowania był jednak podstawą do zakwestionowania tego.

W obecnych przepisach nic się w tym zakresie nie zmieniło. Nadal najważniejsza jest dokumentacja medyczna. Do płatnika przekazujemy zbiór danych statystycznych, a grupery oraz walidacja sprawozdawczości minimalizują nieprawidłowości sprawozdawania do minimum. W zasadzie do płatnika trafia prawidłowy z punktu widzenia statystyki raport. Niekoniecznie jest on jednak zgodny ze stanem udokumentowanym w historii choroby. Często przez brak czasu lekarza, czasem przez odmienną interpretację przebiegu świadczenia, a czasem przez „spryt” świadczeniodawcy, który stara się korzystnie rozliczyć.

Ogrom danych to możliwość dokładnej analizy przed kontrolą

Warto przy tej okazji pamiętać, że obecnie płatnik dysponuje ogromną ilością danych – od statystyki związanej z realizowanymi świadczeniami poprzez część dokumentacji elektronicznej (np. e-karta informacyjna, e-recepta, informacja o udzielonym świadczeniu) aż do harmonogramów przyjęć czy zgłoszonych zasobów. Bieżąca analiza tych zbiorów pozwala mu wychwytywać zjawiska potencjalnie nieprawidłowe. To skutkuje przeprowadzeniem kontroli, często kontroli wielu podmiotów. Nie można również zapominać, że NFZ posiada pion medyczny. Tu dokonuje się nie tylko analiz zjawisk epidemiologicznych, ale również zachowań terapeutycznych. Budzą zatem wątpliwości zachowania podmiotów leczniczych realizujących tylko określony sposób rozliczania wobec różnorodności przypadków medycznych, np. jeśli szpital wykonuje 100 proc. zabiegów cieśni nadgarstka z jednoczesnym zabiegiem na nerwach. Tej sprawy dotyczyła jedna z niedawnych kontroli, w której korpus zakwestionował wiele rozliczeń.

Brak miejsca na interpretację

Wspomniane kontrole dotyczące cieśni nadgarstka są dobrym przykładem problemu braku możliwości dialogu pomiędzy kontrolerem a lecznicą. Wielu świadczeniodawcom zarzucano niezasadność kwalifikowania świadczenia do wyższej wartości. Jeden ze szpitali został wezwany do wyjaśnienia, dlaczego wykazano procedurę 82.72, jeżeli przemieszczenie tkanek

miękkich dotyczyło tej samej procedury chirurgicznej. Świadczeniodawca powołał się na fakt, że interpretacja rozliczania tego świadczenia przez NFZ ukazała się komunikatem później, a co za tym idzie – nie wiedział, jakie są oczekiwania płatnika. Ponadto kwestionował powoływanie się kontrolerów na ustawę o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, uważając (słusznie), że dotyczy ona organizacji i regulowania prawnych procesów allogenicznego przeszczepiania narządów i tkanek. W art. 1 tej ustawy czytamy: „przepisów ustawy nie stosuje się do pobierania i autologicznego zastosowania komórek i tkanek w czasie tej samej procedury chirurgicznej, gdy pobrane komórki i tkanki nie są poddawane przetwarzaniu, testowaniu, sterylizacji lub przechowywaniu”. Jednak polemika świadczeniodawcy nic nie dała.

Mamy tu do czynienia z trudnością wynikającą z ułomności stosowanego systemu kodowania procedur jako narzędzia do rozliczania świadczeń. Niejednokrotnie wymaga to stosownej interpretacji płatnika, a często i ona odbiega od przyjętego przez terapeutę standardu czy sposobu postępowania. Co chwilę pojawiają się przypadki, w których sama procedura ICD9 nie określa szczegółów. Wówczas albo dochodzi do nadinterpretacji ze strony świadczeniodawcy, albo doprecyzowania oczekiwań przez płatnika. W każdym z przypadków, z którymi się spotkałem, podmiot leczniczy poniósł konsekwencje. Trzeba zatem wiedzieć, „co poeta ma na myśli”. Kiedyś, za czasów kas chorych, stosowano zasadę, że należy rozliczać świadczenie najkorzystniejsze. Teraz powinna obowiązywać reguła, że jeśli typujemy w danym zaopatrzeniu świadczenie wyżej wycenione, to musimy naprawdę być pewni słuszności oraz bardzo dokładnie to udokumentować.

Przypominam sobie kontrolę, w której zakwestionowano zasadność rozliczenia, a dokładnie chodziło o brak właściwego udokumentowania świadczenia. Dotyczyło to małych zabiegów, których opisy były tożsame w wielu historiach choroby. Kontrolujący podał w wątpliwość nie tyle dokumentację, co rodzaj przeprowadzonego zabiegu, zwracając uwagę, że tożsame zapisy wskazują na brak odzwierciedlenia faktycznego przebiegu postępowania leczniczego. Niejednokrotnie również szcątkowe zapisy protokołów operacji uniemożliwiają świadczeniodawcy obronę kwestionowanych rozliczeń.

Zetknąłem się również z zakwestionowaniem świadczeń, co do których płatnik miał wątpliwość dotyczącą odnerwienia stawu. Świadczeniodawca wykonywał zabieg z zastosowaniem środka farmakologicznego, a nie – jak oczekiwał płatnik – czynnika fizycznego. Kluczowe dla procedury jest upośledzenie przewodzenia nerwu. Procedura przeskórznego odnerwienia nie ma opisanego przez WHO standardu, a tym bardziej stosowanych technik uzyskania efektu. Warto też zwrócić uwagę, że ani czynniki farmakologiczne, ani fizyczne nie zapewniają we wszystkich przypadkach

„ Kiedy kontroler może pojawić się w placówce? Zawsze, bo każda wątpliwość płatnika może być uznana za powód do sprawdzenia podmiotu ”



„ Słyszysz się często, że lekarz jest od leczenia, a nie wypełniania dokumentacji i rozliczania z NFZ. Z drugiej strony korpus kontrolerski jest od kontrolowania, a nie od rozumienia intencji świadczeniodawcy ”

trwałego efektu. Kontrolujący dodatkowo wskazywał, że świadczenie powinno być rozliczone jako grupa zachowawcza. Pomimo braku uzasadnienia w literaturze, a tym bardziej zdefiniowania w klasyfikacji ICD9 odnerwienia, świadczeniodawca nie obronił swojego stanowiska.

Siła płatnika a chęć lekarza

Wobec siły, jaką jest kontrola płatnika, świadczeniodawca często czuje się bezbronny. W przypadkach faktycznych naruszeń zasadnicze znaczenie ma pytanie, czy podmiot leczniczy działał celowo, czy też nieprawidłowości były wynikiem niejednoznaczności zasad. Niestety obecne przepisy nie regulują stosowania pouczenia. To tylko dobra wola kontrolujących. Szkoda, bo może zasada „pierwszego ostrzeżenia” byłaby skuteczniejsza niż nakładanie sankcji finansowych w przypadkach, które budzą wątpliwości.

„ Indywidualne podejście do pacjenta, sposoby realizacji leczenia, stosowane techniki są czasem różnorodne i trudne do ujęcia statystycznego. Na domiar wszystkiego – kto uczy lekarzy zasad kodowania? ”

Może czasem powinno wzbudzić wątpliwość płatnika to, że terapeuta realizuje świadczenie inaczej, niż NFZ chce je finansować? Niejednokrotnie dla dobra chorego lekarz decyduje się na leczenie w warunkach szpitalnych, choć teoretycznie można je wykonać ambulatoryjnie. Wówczas powinien odpowiednio udokumentować uzasadnienie, choć często i ono nie jest uznawane. Może jednak wobec powszechnego występowania takich okoliczności warto określić przypadki, w których będzie to dopuszczone? Może warto wyciągać wnioski z kontroli i analizy danych również w drugą stronę, nie tylko w stronę poszukiwania nadużyć? Zwłaszcza że obecnie spora część świadczeń opłacana jest ryczałtowo, zatem trudno mówić o „korzystnym rozliczaniu”. I tak wszystko jest w ramach jednego budżetu.

Od statystyki do nadzoru płatnika

Z pewnością kontrole są potrzebne. Bezspreczenie zasady rozliczania świadczeń nie są proste, choć z punktu widzenia statystycznego oparte są na prostych algorytmach. Kiedy jednak weźmiemy pod uwagę fakt, że rozpoznanie i procedury do rozliczenia typuje lekarz, to sprawa nie jest już taka łatwa. Indywidualne podejście do pacjenta, sposoby realizacji leczenia, stosowane techniki są czasem różnorodne i trudne do ujęcia statystycznego. Na domiar wszystkiego – kto uczy lekarzy zasad kodowania?

Trzeba uczciwie powiedzieć, że w ramach kontroli NFZ wychwytuje szereg faktycznych nadużyć. W ostatnim roku dotyczyły one m.in.:

- wykazywania do rozliczenia świadczeń niezasadnych, nieprawidłowych lub niezgodnych ze stanem faktycznym,
- sprawozdawania i rozliczania świadczeń nieznanymi potwierdzenia w dokumentacji medycznej,
- realizacji w warunkach leczenia szpitalnego świadczeń, które powinny zostać zrealizowane w trybie ambulatoryjnym,
- udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w obowiązujących przepisach lub umowie,
- nieudzielania świadczeń w czasie lub miejscu ustalonym w umowie,
- niewykonywania wszystkich wymaganych badań i konsultacji specjalistycznych,
- niespełnienia warunków realizacji świadczeń dotyczących personelu udzielającego świadczeń (brak wymaganego personelu, udzielanie świadczeń przez osoby nieposiadające kwalifikacji i uprawnień do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w określonym zakresie, niespełnienie wymogu ustalenia minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych, zawyżanie przez świadczeniodawcę liczby etatów przeliczeniowych, wykazanie w umowie lekarza, który nie udzielał świadczeń),
- braku bieżącego aktualizowania danych o potencjale wykonawczym (personel, aparatura i sprzęt medyczny, harmonogram udzielania świadczeń),
- braku wymaganego sprzętu i aparatury medycznej,
- gromadzenia informacji lub prowadzenia dokumentacji, w tym dokumentacji medycznej, w sposób naruszający przepisy prawa (brak historii chorób, brak wpisów świadczeń, brak autoryzacji, brak deklaracji wyboru lekarza podstawowej opieki zdrowotnej),
- rozliczenia kosztów leków z katalogu chemioterapii stosowanych niezgodnie z zakresem wskazań i zawyżania kosztów leków,
- odmowy udzielania świadczeń,
- nieuzasadnionego ograniczania dostępu do badań diagnostycznych,
- pobierania nienależnych opłat za świadczenia będące przedmiotem umowy.

To spory katalog, wskazujący jednocześnie szereg trudności po stronie świadczeniodawców. Biorąc pod uwagę zmiany wprowadzone w zasadach przeprowadzania kontroli, należy mieć się na baczności. Zarządzający podmiotami leczniczymi niejednokrotnie czują się bezsilni w walce o dobrą dokumentację medyczną czy o uwagę lekarzy podczas typowania świadczeń do rozliczenia. Słyszą często, że lekarz jest od leczenia, a nie wypełniania dokumentacji i rozliczania z NFZ. Z drugiej strony korpus kontrolerski jest od kontrolowania, a nie od rozumienia intencji świadczeniodawcy. Instrumenty analiz statystycznych oraz skrócona procedura przebiegu kontroli jest w mojej ocenie bezwzględna. Nie polemizuję z nią i nie podważam. Wskazuję jednak, że nie można przejść obok niej obojętnie. Spodziewam się, że niebawem, kiedy zasoby danych płatnika wzbogacą się o kolejne dobrodziejstwa informatyzacji, kontrole będą przeprowadzane „z biurka” kontrolera, a świadczeniodawca nie będzie miał zbyt wiele możliwości obrony. Nawet wtedy, kiedy nieprawidłowość wynikała z jego niewiedzy.

Co zatem robić? Prowadzić szkolenia, budować zespoły koderów, którzy ściśle współpracują z personelem medycznym, oraz przywiązywać większą wagę do jakości dokumentacji medycznej.

Rafał Janiszewski