

Skargi, informacje, kontrole

Pacjenci piszą skargi, informacje, kierują zapytania do Narodowego Funduszu Zdrowia, on sam też wszczyna planowe i pozaplanowe kontrole. Jak jest pod tym względem w Wielkopolsce?

7 stycznia 2008 roku funkcję rzecznika praw pacjenta w Wielkopolskim Oddziale Wojewódzkim NFZ w Poznaniu zaczęła sprawować lek. med. Jolanta Andrzejewska. W pierwszych dwóch miesiącach do jej biura wpłynęło 27 skarg, 7 informacji od pacjentów, 12 próśb o wyjaśnienie, 1 prośba o eutanazję i 1 dotycząca testamentu. W tym czasie przeprowadzonych zostało 580 rozmów telefonicznych ze świadczeniobiorcami. Najczęściej stawiane pytania dotyczyły;

- interpretacji aktów ustawodawczych związanych ze świadczeniami medycznymi,
- możliwości zwrotu kosztów w przypadku leczenia prywatnego,
- zasad wystawiania skierowań na świadczenia kosztochłonne,
- kompetencji lekarzy w zakresie wystawiania skierowań na badania diagnostyczne, leczenie szpitalne i zabiegi rehabilitacyjne.

Niektóre uzyskane tą drogą informacje rzecznik przekazuje do Wydziału Spraw Świadczeniobiorców, jak i do Działu Kontroli i Realizacji Umów WOW NFZ. Jedna ze skarg trafiła do władz Porozumienia Zielonogórskiego. Sprawy, które wymagają oceny postępowania lekarskiego i sposobu leczenia, kierowane są do rozpatrzenia przez rzecznika odpowiedzialności zawodowej WIL. Od 7 stycznia do 14 marca 2008 otrzymał on jedną sprawę. Trzy sprawy znajdują swój finał u rzecznika odpowiedzialności zawodowej lekarzy stomatologów WIL.

W I kwartale 2008 roku Wielkopolski Oddział Wojewódzki NFZ w Poznaniu kończył prace nad opracowaniem kontroli, które przeprowadził w roku minionym. W sumie było ich 291, z czego 62 wynikały z planu na 2007 rok. Pozaplanowe kontrole stanowiły aż 78 procent. Najczęściej dotyczyły one:

- leczenia szpitalnego (117),
- leczenia stomatologicznego (58),
- podstawowej opieki zdrowotnej (40),
- ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (38).

Do końca ubiegłego roku zakończonych zostało 216 postępowań. W 2008 roku w 73 przypadkach opracowywano zalecenia pokontrolne, a w 2 rozpatrywane były zastrzeżenia do wystąpień pokontrolnych.

Jakie nieprawidłowości zostały stwierdzone w trakcie kontroli? Poniżej (przekazane przez WOW NFZ) ich zestawienie:

- brak dokumentacji rozliczonych świadczeń medycznych,
- rozliczanie świadczeń, które nie są objęte umową,
- nieprawidłowa kwalifikacja świadczeń, niezgodna z „materiałami szczegółowymi”,
- obciążanie pacjentów kosztami świadczeń objętych ubezpieczeniem zdrowotnym,

- obciążanie pacjentów kosztami leków i wyrobów medycznych w leczeniu stacjonarnym,
- brak kwalifikacji do hospitalizacji,
- udzielanie świadczeń medycznych bez skierowania w sytuacjach niezwiązanych z urazem czy zagrożeniem zdrowia lub życia,
- rozliczanie innych świadczeń niż faktycznie udzielone,
- wielokrotne rozliczanie tego samego świadczenia,
- niespełnienie wymagań określonych w „materiałach szczegółowych”, zwłaszcza: brak odpowiedniego sprzętu i aparatury medycznej, niezgodne z zapisami umowy, liczba i kwalifikacje personelu, brak odpowiednich materiałów i preparatów,
- udzielanie świadczeń w pomieszczeniach nieobjętych kontrolą kwalifikacyjną sanepidu,
- brak informacji dla pacjentów,
- niespełnienie wymagań określonych w „Ogólnych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej”,
- nierzetelne prowadzenie dokumentacji medycznej albo jej brak.

Z przebiegu przeprowadzonej kontroli, jak informuje WOW NFZ, sporządza się protokół, który jest podpisywany zarówno przez kontrolera, jak i świadczeniobiorcę. Świadczeniobiorca może w terminie 7 dni od dnia otrzymania protokołu kontroli, zgłosić na piśmie zastrzeżenia do tego protokołu. Są one rozpatrywane przez kontrolera w ciągu 14 dni. W przypadku uwzględnienia części zastrzeżeń złożonych do protokołu kontroli, dokonuje się uzupełnienia lub zmiany w danym zakresie i dołącza stanowisko zespołu kontrolującego. W razie nieuwzględnienia zastrzeżeń w całości lub w części kontroler niezwłocznie przekazuje na piśmie swoje stanowisko zgłaszającemu zastrzeżenia. Świadczeniodawca może odmówić podpisania protokołu, składając w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania pisemne wyjaśnienie tej odmowy.

Podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych sporządza również wystąpienie pokontrolne. Zawiera ono ocenę działalności kontrolowanego świadczeniodawcy i zalecenia pokontrolne w razie stwierdzenia nieprawidłowości. Świadczeniodawca może w terminie 7 dni od dnia otrzymania wystąpienia pokontrolnego zgłosić zastrzeżenia do oddziału wojewódzkiego NFZ. Zastrzeżenia te rozpatruje się w terminie 14 dni. Zarówno w przypadku uwzględnienia, jak i nieuwzględnienia zastrzeżeń niezwłocznie informuje się o tym świadczeniodawcę.

Obowiązkiem świadczeniodawcy jest poinformowanie NFZ o sposobie wykonania zaleceń pokontrolnych oraz o podjętych działaniach. Taka informacja powinna zostać przekazana do NFZ w ciągu 14 dni od dnia otrzymania przez świadczeniodawcę zaleceń pokontrolnych.

W następstwie stwierdzonych nieprawidłowości w realizacji umów w 2007 roku WOW NFZ wystąpił z żądaniem zwrotu 2 085 710 zł, a wysokość kar umownych sięgnęła 656 206 zł.