

Czy fundusz zakontroluje świadczeniodawców na śmierć?



Fot. iStockphoto.com

Wielki Brat z NFZ

Specjalne programy komputerowe, nadzwyczajne uprawnienia kontrolne – płatnik będzie miał jeszcze większe uprawnienia i możliwości, a niektóre z nich mogą budzić wątpliwości i obawy. Prezentujemy analizę Rafała Janiszewskiego.

10 października opublikowany został projekt nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zasadnicza część zmian dotyczy kontroli prowadzonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Trudno oprzeć się wrażeniu, że w wyniku wdrożenia tych zapisów płatnik będzie miał jeszcze większe uprawnienia i możliwości, a niektóre z nich mogą budzić wątpliwości i obawy.

Już w pierwszym nowelizowanym artykule (61a) czytamy, że prezes NFZ może przeprowadzić kontrolę zasadności wyboru leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych stosowanych w profilaktyce, leczeniu, rehabilitacji i badaniach diagnostycznych. O ile konieczność kontrolowania zasad wystawiania recept i właściwego dokumentowania ordynacji jest dla mnie zrozumiała, o tyle wybór terapii to w mojej ocenie domena terapeuty. Lekarz jest zobowiązany do postępowania zgodnie ze swoją najlepszą wiedzą i wybór leku wynika z jego wiedzy medycznej i wiedzy o chorym. Może to tylko lapsus i projektodawcy chodziło o kontrolowanie ordynacji zgodnie ze wskazaniami czy zasadami ujętymi w zarządzeniach prezesa NFZ. W obecnej formie zapis brzmi dość niebezpiecznie i wskazuje, że lekarz nigdy

nie może być pewien, że jego decyzja terapeutyczna nie zostanie zakwestionowana przez kontrolera. Tym bardziej, że nowelizacja zmienia również wymagania co do kwalifikacji przeprowadzającego kontrolę. Dotychczas w przypadku kontrolowania dokumentacji medycznej kontroler musiał mieć wykształcenie medyczne odpowiadające zakresowi przeprowadzanej kontroli. Zgodnie z proponowanym zapisem wystarczy tylko, aby miał wykształcenie medyczne lub wykonywał zawód medyczny. Zatem teoretycznie ordynację leków profesora będzie mógł zakwestionować ratownik medyczny. Co prawda zaprojektowany w ustawie art. 61r stanowi, że jeżeli w toku kontroli niezbędne jest zbadanie określonych zagadnień wymagających wiedzy specjalistycznej, prezes NFZ powołuje biegłego, ale nie sądzę, aby to była częsta praktyka.

Nieograniczone uprawnienia

Projekt nowelizacji zapewnia kontrolerowi *swobodne poruszanie się na terenie podmiotu kontrolowanego*. Biorąc pod uwagę fakt, że są przestrzenie, do których dostęp jest ograniczony przepisami sanitarno-epidemiologicznymi i organizacyjnymi, określenie „swobodne” wydaje mi się na wyrost. Ponadto kontroler będzie miał prawo:

- badać i oceniać wszelkie dokumenty, w tym finansowo-księgowo i osobowe,
- pobierać i zabezpieczać dokumenty, w tym dokumentację medyczną,
- żądać udzielania informacji ustnych i pisemnych oraz wyjaśnień kierownika kontrolowanego podmiotu, jego pracowników i osób biorących udział w czynnościach objętych zakresem kontroli.

To tylko niektóre z uprawnień kontrolera, któremu podczas przeprowadzania kontroli dano prawo korzystania z ochrony przewidzianej w ustawie z 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz.U. z 2018 r. poz. 1600) dla funkcjonariuszy publicznych.

Na osłode projekt zmienia dotychczasową praktykę zawiadamiania o kontroli i rozpoczynania jej w chwili zawiadomienia. Nowelizacja zakłada, że kontroler zawiadamia podmiot kontrolowany (kierownika podmiotu) co najmniej na 7 dni przed rozpoczęciem czynności. Jednak w przypadku nieobecności kierownika zawiadomienie okazuje się pracownikowi lecznicy, który może być uznany za osobę, o której mowa w art. 97 Kodeksu cywilnego. Warto przytoczyć jego treść: *Osobę czynną w lokalu przedsiębiorstwa przeznaczonym do obsługi publiczności poczytuje się w razie wątpliwości za umocowaną do dokonywania czynności prawnych, które zazwyczaj bywają dokonywane z osobami korzystającymi z usług tego przedsiębiorstwa* (art. 97 k.c. – Domniemanie umocowania osoby znajdującej się w lokalu przedsiębiorstwa). Jeśli takiego domniemanego nie ma, przepis wskazuje możliwość przekazania dokumentu innemu przywołanemu świadkowi będącemu funkcjonariuszem publicznym.

Miejsce kontroli

Dość istotne jest w mojej ocenie miejsce przeprowadzania kontroli. Coraz częściej świadczeniodawcy chcą czynnie uczestniczyć w czynnościach kontrolera i mieć możliwość bieżącego korzystania z prawa składania wyjaśnień i uzupełnień. Co prawda projekt wskazuje, że kontrola prowadzona jest w podmiocie kontrolowanym i w godzinach jego pracy, ale to nic nie znaczy, bo projekt zakłada również prowadzenie czynności w siedzibie płatnika oraz poza godzinami pracy lecznicy. W tym zakresie wymienia okoliczności uzasadniające przeniesienie czynności do siedziby NFZ. Kontrola może być prowadzona poza godzinami pracy, w dni wolne od pracy i w porze nocnej, jeśli jej przeprowadzenie jest:

- uzasadnione bezpośrednim zagrożeniem życia lub zdrowia,
- niezbędne dla przeciwdziałania przestępstwu lub wykroczeniu,
- niezbędne dla przeciwdziałania naruszeniu praw pacjenta,
- niezbędne dla przeciwdziałania ograniczeniom dostępności świadczeń opieki zdrowotnej.

„Ordynację leków profesora będzie mógł zakwestionować ratownik medyczny”

Cóż, można zatem powiedzieć, że jest to możliwe zawsze, kiedy kontroler tak uzna, a dodatkowo może się okazać, że kontrola będzie działaniem ratującym życie.

To tylko kilka przykładów zmian umieszczonych w projekcie. Główną myślą płatnika jest jednak utworzenie „korpusu kontrolerskiego”, czyli zorganizowanej sekcji, której nadaje się mocne uprawnienia. Czyżby płatnik był przekonany, że świadczeniodawcy nagminnie łamią reguły finansowania świadczeń? A może wdrożony nowy system finansowania w ramach sieci szpitali nie dał oczekiwanego rezultatu? Przydzielone lecznicom budżety nie przyniosły zmniejszenia kolejek i nie zwiększyły dostępności leczenia. Łatwiej postawić tezę, że przyczyna leży po stronie świadczeniodawców, niż przyznać, że są nią zbyt niskie nakłady lub niewłaściwa organizacja systemu.

Organizacja systemu to również – albo nawet przede wszystkim – standardy świadczeń. Gdyby koszyk świadczeń gwarantowanych był precyzyjnie opisany, to linia odcięcia kosztów stałaby się wyraźna. Wówczas można by odpowiedzieć na pytanie, czy ilość pieniędzy jest wystarczająca oraz czy jakość i zakres finansowanych świadczeń zadowala obywateli.

Siła płatnika

W obecnym stanie rzeczy racja nadal będzie zawsze po stronie płatnika, a świadczeniodawca nie będzie miał niczego na uzasadnienie swojego działania. Brak standardów i szerokie ujęcie koszyka zostawia duże pole do działania kontrolerom. Nowelizacja daje im dodatkowo odpowiednie narzędzia. Jeśli bowiem świadczeniem jest np. grupa jednorodna (zachowawcza) opisana w charakterystyce tylko zestawem rozpoznań, to od oceny kontrolera będzie zależało, czy działania diagnostyczno-terapeutyczne lekarza oceni pozytywnie czy nie. No, może jeszcze będzie zależało od tego, jaki cel finansowy w związku z kontrolą postawi sobie płatnik. Nie jest bowiem tajemnicą, że niejednokrotnie głównym celem kontroli jest odzyskanie pieniędzy.

Oczywiście nie chcę umniejszać wagi kontroli tam, gdzie dochodzi do istotnych naruszeń warunków finansowania świadczeń czy praw pacjentów. Takich działań płatnika obserwuję sporo i jestem zdania, że powinno ich być więcej. Nie uważam natomiast za zasadne zaciskanie pętli kontroli w obszarach, które z powodu wieloletnich problemów systemu niedomagają, gdy lecznice dwoją się i troją, by mimo wszystko leczyć ludzi. Takim obszarem są przecież kolejki do świadczeń.



For: gettyimages.com

„Coraz częściej świadczeniodawcy chcą czynnie uczestniczyć w czynnościach kontrolera i mieć możliwość bieżącego korzystania z prawa składania wyjaśnień i uzupełnień”

Tu powstaje koncepcja zmiany przepisów pozwalających na wnikliwą kontrolę prowadzenia list oczekujących.

W projekcie rozporządzenia ministra zdrowia o zmianie niektórych ustaw w związku z e-skierowaniem oraz listami oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej z 5 października czytamy, że świadczeniodawca umieszcza w harmonogramie przyjęć świadczeniobiorcę, wyznaczając termin udzielenia świadczenia. Wpisów do harmonogramu przyjęć dokonuje się każdego dnia w godzinach udzielania świadczeń przez świadczeniodawcę, a harmonogram przyjęć stanowi integralną część dokumentacji medycznej prowadzonej przez świadczeniodawcę. W pełni możliwe będzie zatem sprawdzenie, czy raportowana lista oczekujących pokrywa się z dostępnością deklarowanych zasobów. W projekcie określono również, że NFZ jest obowiązany do kontaktu ze świadczeniobiorcami w celu potwierdzenia terminu udzielenia świadczeń, dla których są prowadzone harmonogramy przyjęć w aplikacji udostępnionej przez prezesa NFZ.

No i mamy komplet narzędzi potrzebnych do właściwej kontroli kolejek. Tylko co z tych kontroli będzie wynikało? Chyba tylko to, że mamy zbyt małe zasoby, aby nie było kolejek. Może również znajdują się lecznice, które nie mają dostatecznej sprawności organizacyjnej, by wykorzystać zadeklarowane zasoby.

Nadal nierozwiązany pozostanie problem polegający na tym, że kolejka wcale nie oznacza udzielania świadczeń „po kolei” i że zapisany na określony termin pacjent ma niemal stuprocentową gwarancję, że otrzyma świadczenie w innym terminie (zwłaszcza w przypadku długiego czasu oczekiwania).

Ile kontroli

Z jednej strony widoczne jest położenie szczególnego nacisku na aparat kontroli, z drugiej sposób i obszary kontroli wskazują na podejrzenia, jakie ma płatnik względem świadczeniodawców. Przywiązuje bowiem dużą wagę do refundacji leków, a w zasadzie ordynacji lekarskiej, oraz listy oczekujących. W budżetowym sposobie finansowania element kontroli jest nieodzowny, szczególnie gdy reguły wykorzystywania budżetu są określone ogólnie – środki publiczne służą wyznaczonemu celowi, a sposób dochodzenia do celu często pozostawia się po stronie wykonawcy. W przypadku świadczeń finansowanych w ramach umów z NFZ jest inaczej. Mnogość zasad, reguł określonych prawem oraz zarządzeniami prezesa NFZ (szczególnie nimi) sprawia często wrażenie przeregulowania, a nawet ograniczania możliwości swobodnego stosowania narzędzi osiągnięcia celu. Szczegółowe warunki realizacji świadczeń obwarowane są licznymi zastrzeżeniami w sposób niewskazujący na wyznaczanie standardu, ale raczej na ograniczenie możliwości. Warto dodać, że często są to reguły odstające od „najlepszej wiedzy terapeuty” lub sformułowane w sposób niejasny, dwuznaczny. Zdarzyło mi się nawet, że pracownik oddziału NFZ wskazał sposób rozliczania świadczenia, po czym kontrola przeprowadzana przez płatnika zakwestionowała taki tok postępowania.

Oczywiście bezcenną wartością projektowanych mechanizmów (szczególnie kontroli kolejek) jest uzyskanie przez płatnika wiedzy o sytuacji u świadczeniodawcy. Jeśli kontroler napotka na nieprawidłowości, z całą pewnością wskaże właściwą ścieżkę i to będzie najważniejszym celem kontroli. Możemy tylko pomarzyć, że kara finansowa będzie stosowana w razie bezspornej konieczności. Choć powinno to być wpisane w nowelizację. Przecież jeśli odbierze się świadczeniodawcy pieniądze przeznaczone na leczenie pacjentów, to oni *de facto* najbardziej odczują wymierzoną karę. To dla nich będzie mniej pieniędzy na leczenie. Podkreślam jeszcze raz, że nie jestem przeciwnikiem kontroli, jednak sądzę, że powinna ona być posadowiona na regułach, które zostały uprzednio jasno określone. Obszary kontroli powinny być opisane szczegółowo, a nie tak jak w projekcie, który stwierdza, że kontrola może dotyczyć wszystkiego. Znajdzie się uzasadnienie dla kontroli akt osobowych pracowników podmiotu, tylko po co? Wiemy, że mamy długie kolejki do świadczeń i że świadczeniodawcy nie siedzą z założonymi rękami. Może nowy system raportowania kolejek i harmonogramów wyraźniej pokaże, że jest źle. Jednak wcale nie spowoduje to, że NFZ będzie mieć nad tym większą kontrolę, ale że będzie mógł więcej kontrolować. To w mojej ocenie jest istota projektów.

Rafał Janiszewski
Autor jest właścicielem kancelarii doradczej.