

System fotoradarowy w polskiej ochronie zdrowia



fol. 12.3RF

Kreatywność? Tak, ale nie taka, jaką uprawia narodowy płatnik w ochronie zdrowia. Dysponując 65 mld zł, trzeba mieć możliwość kontrolowania, w jaki sposób i na co te pieniądze są wydawane. Zwłaszcza jeśli są to fundusze publiczne. Narodowy Fundusz Zdrowia ma ustawowo zagwarantowane to prawo. Może kontrolować, może nakładać kary. Artykuł 64 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych z pieniędzy publicznych zawiera dosyć szczegółowe zapisy dotyczące zakresu kontroli, osób kontrolujących, zwanych „kontrolerami”, protokołu pokontrolnego oraz sposobów i terminów wnoszenia zastrzeżeń do protokołu pokontrolnego.

Placówki medyczne od ponad 10 lat doświadczają tych procedur. Doświadczają, niestety, również tego, czym ostatnio zajął się rzecznik praw obywatelskich, czyli kar niewspółmiernych do winy. Wydaje się jednak, że przyszedł czas na zmiany. Do placówek medycznych – zamiast kontrolerów NFZ – przychodzą wizytatorzy NFZ. Tak było w Krakowie i doprowadziło to do niepotrzebnego konfliktu, spowodowanego przez NFZ. Następstwem wizytacji jest często kara finansowa. Ponieważ nie ma protokołu

pokontrolnego, nie ma możliwości odwołania. Jest tylko termin zapłaty.

Tryb uproszczony

Skąd wziął się pomysł, żeby zamienić kontrole na wizytacje? Czy nie jest to uproszczony i przyspieszony sposób przysparzania korzyści finansowych biedniejszej kasie NFZ? Czy nie przypomina to trochę reperowania budżetu państwa przez „poprawiający bezpieczeństwo drogowe” system fotoradarowy? Jeśli tak, drżymy my – „świadczeniodawcy”.

Podczas sesji poświęconej ewidencji świadczeń medycznych w trakcie XX Warsztatów Chirurgicznych w Szklarskiej Porębie w styczniu tego roku prelegentka zaszokowała uczestników, stawiając tezę, że kontrolerzy NFZ mogą zakwestionować 100 proc. historii chorób. Zgromadzeni w sali lekarze, wciąż niedoceniający znaczenia starannego dokumentowania, pod ciężarem podawanych przykładów przyjęli do wiadomości długą listę zdarzeń, które mogą doprowadzić do nałożenia kary.

Kolejne kary

Życie idzie dalej. Ostatnio wizytatorzy nałożyli kilkaset złotych kary za koincydencję świadczeń. Pacjent w trakcie pobytu w innym szpitalu wysłał brata po receptę na lek przeciwbólowy w chorobie nowotworowej. Lekarz skrupulatnie odnotował w dokumentacji, że zgłosił się członek rodziny i receptę wydano. Świadczenie sprawozdano w raporcie statystyczno-medycznym jako poradę, ale po informacji o koincydencji wycofano je z rozliczenia. Po kilku dniach wizytatorzy stwierdzili, że doszło do koincydencji i nałożyli karę. Nie było protokołu, nie było możliwości wskazania, że usunięto tę pozycję z rozliczenia przed przyjściem wizytatorów. W placówce udzielającej prawie 200 tys. świadczeń ambulatoryjnych rocznie zawsze będą występowały zdarzenia medyczno-ewidencyjne mogące budzić zastrzeżenia. Wyeliminowanie przewidzianego prawem elementu postępowania kontrolnego, jakim są wyjaśnienia i odwołania, poprzez tworzenie neologizmów, nie służy dobrze funkcjonowaniu placówek medycznych i zawsze będzie je narażało na niekorzystne interpretacje faktów oraz kary. Spodziewam się, że za jakiś czas „wizytacje NFZ” mogą zostać zastąpione przez „konsylia NFZ”, „odwiedziny NFZ” czy „pogaduchy NFZ”. Polski język jest bogaty. A może sięgnąć od razu po „wzorzec cypryjski” i zająć (na poczet kar) od 7 do 10 proc. funduszy na kontach placówek medycznych.

Erwin Strzesak



foto: Archiwum

Maciej Murkowski, ekspert ochrony zdrowia

Nasz system kontrolny nie przypomina tego, który funkcjonuje w krajach zachodnich. Tam przecież także zdarzają się nadużycia, tam także na rynku ochrony zdrowia funkcjonują oszuści, których trzeba wykryć (kontrolą), ukarać i odsunąć.

Tyle że od kar dla lekarzy i świadczeniodawców ważniejsze jest to, by system funkcjonował sprawnie. Trzeba go poprawić, gdy działa źle, i zastanowić się, co zrobić, by do sytuacji podbramkowych i alarmowych nie dochodziło, a jeśli już, to jak najrzadziej. Stąd praca z ekspertami medycznymi przy formułowaniu zasad działania płatnika i brzmienia umów ze świadczeniodawcami. Stąd starania, by nagradzać premiami tych najlepszych, przyciągnąć ich do współpracy. Stąd szkolenia organizowane przez płatników dla lekarzy i instytucji współpracujących. Wreszcie, w zachodnich systemach po prostu można zrezygnować ze współpracy z płatnikiem pieniactwem i podpisać umowę z jego konurentem. Tej ostatniej możliwości bardzo u nas brakuje.



foto: PAP/Andrzej Hrechonowicz

Marcin Kolasiński, ekspert kancelarii Baker & McKenzie

Zwrócę uwagę na to, że w Polsce system kontroli i kar jest szczególnie uciążliwy dla świadczeniodawcy, bo w zasadzie nie daje możliwości skutecznego odwołania się od wyników. Jest tak, że kontrolę zleca NFZ, sam ją prowadzi i sam rozpatruje odwołania. Nie ma niezależnej instytucji, która przy rozbieżności zdań mogłaby szybko zważyć racje obu stron i rozsądzić spór.

Instytucja, która na pewnym etapie pojawia się jako rozsądzająca, działa zbyt wolno. Myślę o sądach. Rzeczywiście do nich można się odwołać i często kontrolowani odwołują się z dobrym skutkiem. Tyle że dochodzenie sprawiedliwości przed nimi trwa długo. Na dodatek wymierzona kara od razu jest ściągana, czyli zapłacić trzeba od ręki, a na wyrok i ewentualne odszkodowanie czekać latami. I co świadczeniodawcy po wygranej sprawie, skoro na koncie komornik, przychodnia zamknięta.

To wszystko w otoczeniu prawnym przepisów niespójnych, dwuznacznych, które w wielu sprawach można interpretować nie na jeden, nie na dwa, ale na kilka sposobów.



foto: Archiwum

Rafał Janiszewski, właściciel kancelarii działającej w ochronie zdrowia

Do powszechnych skarg na kontrole dołożyłbym konkretną radę, jak się bronić. W Polsce kontrole przeprowadzają zwykle ludzie niekompetentni. Nie znają się tak dobrze jak kontrolowani na materii sprawy, rzeczywistych problemach. By w ogóle kontrola była możliwa, by sprawdzający mógł cokolwiek zrozumieć, posługuje się prostymi algorytmami, tabelkami programu Excel, wypełniając je sumiennie i często prostacko, bez wycucia sytuacji, bez uwzględnienia przepisów szczególnych. Jest więc szansa, by to wykorzystać przeciw nim. By to, że polskie przepisy są mętne i nieprecyzyjne, świadczeniodawca obrócił na swoją korzyść.

W Polsce w praktyce nie ma możliwości szybkiego odwołania się od wyników kontroli, ale szanse obrony stwarza zapis mówiący, że można zakwestionować przebieg kontroli, jej jakość i staranność. By to zrobić, trzeba powołać własny zespół do spraw kontroli. Ten zespół powinien chodzić krok w krok za kontrolującymi. Wyszukiwać i zgłaszać ich błędy, znajdować wszelkie nieprawidłowości w interpretacji. To powinno skutecznie obrzydzić kontrolerom życie i zaprocentować, jeśli nie od razu, to w przyszłości. Bo często typując placówki do kontroli, wybierają oni – dla ułatwienia i podwyższenia tzw. wyniku – te zakłady, które się nie bronią i łatwo dają ogrzać. Zysk może się pojawić również od razu – gdy wnioski z kontroli będą niekorzystne, natychmiast będziemy mieli mocne argumenty, że kontrola została przeprowadzona niefachowo i nieporządnie. Można będzie zatem złożyć mocne merytorycznie odwołanie. Wiem z praktyki, że często rozpatrzenie takiego odwołania odbywa się polubownie – kontrolujący wycofują protokół, a w zamian kontrolowany swoje odwołanie.

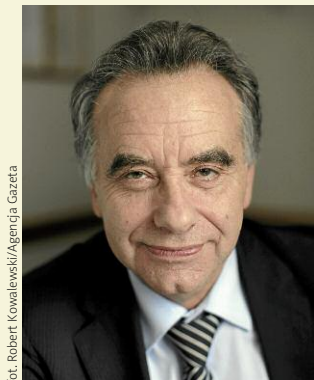


foto: Robert Kowalewski/Agencja Gazeta

prof. Krzysztof Opolski, ekspert Uniwersytetu Warszawskiego

Kary i kontrole tylko do pewnego stopnia, a i to nie zawsze, mogą usprawnić funkcjonowanie firmy czy systemu. Z pewnością przyczyniają się do poprawy sytuacji, gdy naruszenia reguł zdarzają się sporadycznie. I to dobrze, że na przykład w kwestii pomocy wieczorowej i świątecznej zarządzono kontrole. Mogę też zrozumieć zapowiedź nalożenia kar na placówki, w których natrafiono na nieprawidłowości. Źle natomiast, że po tych kontrolach tak niewiele usłyszeliśmy o innych wnioskach.

Bo coż to oznacza, że w co trzeciej kontrolowanej jednostce stwierdzono nieprawidłowości? Sama konstatacja, że naruszono reguły, to mało. Z faktu, że naruszano je tak często, wynika konieczność pogłębienia analizy o pytanie – dlaczego. Może reguły są złe? Może trudno im sprostać? Może trzeba je poprawić? Może coś jeszcze w systemie szwankuje?

Z kontroli i kar, gdy jest ich za dużo i gdy są bezmyślne, gdy nie idzie za nimi analiza, jest więcej szkody niż pożytku. Za przekontrolowaniem często idzie strach wszystkich podmiotów, zaniechanie działania. Podmioty wykonują jedynie zadania łatwe, proste i przyjemne, takie, za które żadne kary nie grożą. Gdy pojawia się jakiegokolwiek ryzyko, świadczeń się nie udziela. A przecież w medycynie nie chodzi o to, by pomagać chorym, nie ponosząc żadnego ryzyka.



foto: archiwum Piotr Zięćnik

Piotr Zięćnik, partner w kancelarii ZZFF

Przykładów dobrej praktyki w zakresie kontroli i kar szukałbym na rynku badań klinicznych, gdzie audyty i kontrole są prowadzone przez sponsorów badań oraz np. przez amerykańską FDA. Przy odpowiednim zaangażowaniu środków i doświadczonych audytorów możliwe jest zapewnienie odpowiedniej jakości prowadzonych badań klinicznych. Istotne jest również nastawienie audytorów, których celem nie jest nakładanie kar i szukanie winnych, lecz usunięcie błędów i zapewnienie wysokiej jakości gromadzonych danych.

Ważna jest zatem nie tylko częstość kontroli, ale ich jakość i nastawienie kontrolujących. Nie liczyłem tego dokładnie, ale odnoszę wrażenie, że polskie badania kliniczne są u nas kontrolowane częściej przez amerykańską FDA niż przez instytucje polskie.



foto: PAP/Piotr Piętkowski

Andrzej Sokołowski, prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Szpitali Prywatnych, prywatny przedsiębiorca medyczny

Nie zgadzam się, że kontroli na polskim rynku medycznym jest za mało. Ci, którzy tak twierdzą, zapominają, że do kontrolowania placówek medycznych, oprócz NFZ, uprawnione są: Państwowa Inspekcja Sanitarna, izby skarbowe, urzędy skarbowe, wydziały zdrowia urzędów wojewódzkich, Ministerstwo Zdrowia, Państwowa Inspekcja Pracy i Bóg jeden raczy wiedzieć, kto jeszcze.

Wszystkie te instytucje korzystają ze swoich uprawnień. W średniej wielkości firmie medycznej czas kontroli to 30 dni. Trzeba pomyśleć nie tylko o oddelegowaniu pracowników do obsługi kontrolujących, ale wręcz o osobnym pomieszczeniu dla nachodzących firmę kontrolerów. Bo bywa tak, że kontrolerzy rozmaitych instytucji mijają się w drzwiach, jedna kontrola się kończy i natychmiast zaczyna nowa.

Dodatkowo oburzający jest fakt, że kontrolerzy są wynagradzani prowizyjnie, otrzymując procent od wartości ujawnionych „nieprawidłowości”. To wpływa na ich nastawienie – szukanie błędów do upadłego. Wśród księgowych utarło się zatem przekonanie, że najlepszym sposobem na kontrolerów jest celowe zrobienie błędu w dokumentacji – i podsuniecie tego błędu kontrolerowi. Wówczas staje się on spokojniejszy o własną prowizję, a kontrola ma łagodniejszy przebieg.