Listy

Pan
Krzysztof Kordel
Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej
Wielkopolskiej Izby Lekarskiej

Szanowny Panie Prezesie

W odpowiedzi na pismo Prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej z dnia 6 sierpnia 2010 r. w przedmiocie wstecznej weryfikacji raportów i rozliczeń umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Poznaniu informuje, co następuje:

Zgodnie z przepisem art. 107 ust. 5 pkt 12 lit. b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity DzU. 2008 r., poz. 1027 ze zm.) do zadań dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia należy kontrola i monitorowanie realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Czynności te odróżnić należy od procedury przeprowadzania kontroli świadczeniodawców, o której mowa w art. 107 ust. 5 pkt 13 oraz w art. 64 cytowanej ustawy. Czym innym jest bowiem monitorowanie realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a czym innym kontrola udzielania świadczeń świadczeniobiorcom. Niezależnie zaś od podstaw prawnych przeprowadzenia czynności o charakterze monitorująco-kontrolnym źródłem zobowiązania umownego jest fakt udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z przepisami obowiązującego prawa, tj. w szczególności zgodnie z rozporządzeniami „koszykowymi", ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Ogólnymi warunkami umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a także zgodnie z zarządzeniami Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia oraz postanowieniami umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. W każdym innym przypadku świadczenie opieki zdrowotnej nie podlega finansowaniu na podstawie zawartej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Uwzględniając powyższe, stwierdzić należy, iż przepisy ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych dopuszczają dowolność formy oraz sposobu stwierdzenia przekazania nienależnych środków finansowych, a wyniki samej weryfikacji mogą być nie tylko rezultatem kontroli świadczeniodawcy, ale również rezultatem przeprowadzonej analizy sprawozdawczości w ramach monitorowania wykonania umów.

W tym miejscu wskazać należy, iż jak stanowi § 27 ust. 2 ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (DzU. z 2008 r. nr 81 poz. 484), rozliczenie wykonania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej pomiędzy Narodowym Funduszem Zdrowia a świadczeniodawcą następuje najpóźniej w terminie 45 dni po upływie okresu rozliczeniowego. Rozliczenie to, jak również comiesięczna weryfikacja prowadzona w trybie § 23 i § 26 ogólnych warunków umów, jest warunkiem koniecznym przekazywania świadczeniobiorcy środków finansowych z tytułu realizacji umów. Nie zamyka ona jednak Funduszowi możliwości przeprowadzania na podstawie art. 107 ust. 5 pkt 12 lit. b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych kontroli realizacji, monitorowania i następczego weryfikowania sprawozdawanych świadczeń po upływie oznaczonego miesiąca czy też po upływie 45 dni od końca okresu rozliczeniowego. W takim stanie rzeczy za błędne uznać należy wnioskowanie, zgodnie z którym potwierdzenie i zaakceptowanie raportów statystycznych z realizacji umów oraz sposobu rozliczania wykazywanych świadczeń wyklucza możliwość dalszego ich sprawdzenia. Jednocześnie przepis dotyczący rozliczenia umowy w terminie 45 dni po upływie okresu rozliczeniowego nie oznacza zapewnienia świadczeniodawcy o odstąpieniu od zweryfikowania czy skontrolowania prawidłowości rozliczonych już usług. Pamiętać bowiem należy o konieczności odróżniania i oddzielania procesu weryfikacji pod kątem finansowej zgodności raportów z rachunkami odnoszący się do oznaczonego okresu rozliczeniowego od weryfikacji raportów choćby pod kątem przestrzegania przez świadczeniodawców warunków wynikających z przepisów obowiązującego prawa oraz z zarządzeń Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Do

ustawowych obowiązków dyrektora oddziału Funduszu należy bowiem kontrolowanie, monitorowanie i weryfikowanie realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej pod kątem celowości i rzetelności udzielanych świadczeń. Weryfikację zatem raportów sprawozdawczych oraz ewentualne wezwania świadczeniodawcy do dokonywania korekt rachunków i zwrotu niezależnie uzyskanych środków, nawet po upływie 45 dni od dnia zakończenia okresu rozliczeniowego, uznać należy za całkowicie uzasadnione i konieczne jedynym zaś terminem granicznym dla dokonywania przedmiotowych czynności jest termin przedawnienia roszczeń z umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Powyższe znajduje dodatkowe umocowanie w przepisach ustawy z dnia 17 grudnia 2004 r. o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych (DzU. z 2005 r., nr 14, poz. 114 ze zm.). Zgodnie z treścią art. 5 ust. 1 pkt 1 i 2 przywołanej ustawy naruszeniem dyscypliny finansów publicznych byłoby ustalenie ewentualnej należności Funduszu w wysokości niższej niż wynikająca z prawidłowego obliczenia oraz niedochodzenie zwrotu środków niezależnie przekazywanych świadczeniodawcy.

Odnosząc się do zarzutu, iż wezwania kierowane przez Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Poznaniu do świadczeniodawców nie zawierają jakiegokolwiek opisu naruszeń czy błędów, wskazać należy, że jednocześnie z przekazaną korespondencją wskazują kwestionowanie świadczenia Oddział Funduszu przekazał poszczególnym świadczeniodawcom informację w przedmiocie rodzaju uchybień za pośrednictwem Systemu Zarządzania Obiegiem Informacji (SZOI). Dodatkowo podkreślenia wymaga, iż z liczby 520 świadczeniodawców, do których Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Poznaniu kierował korespondencję dotyczącą weryfikacji umów, jedynie 12 odmówiło dokonania stosownych korekt. Na dzień 13 sierpnia 2010 roku poprawnie skorygowano 426 umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, zaś w pozostałych przypadkach, z wyjątkiem opisanej wyżej odmowy, proces weryfikacyjny trwa, a świadczeniodawcy niejednokrotnie wystąpili o przedłużenie terminów dokonania korekty.

Na zakończenie wskazać należy, że Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Poznaniu, formułując stosowne wezwania kierowane do świadczeniodawców, w sposób dostateczny udowodnił fakt nienależnego przekazania środków finansowych, zweryfikowany kolejno i potwierdzony nieprawidłowościami w sposobie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Tym samym i wezwania do dokonania korekt raportów statystycznych oraz rozliczeniowych znajdują uzasadnienie w stanie faktycznym oraz w przepisach obowiązującego prawa. Jednocześnie Oddział Funduszu wyraża nadzieję, iż podjęcie wspólnych z Wielkopolską Izbą Lekarską inicjatyw zmierzających do osiągnięcia porozumienia co do sposobu i zakresu prowadzonych czynności pozwolą na zakończenie podjętego procesu weryfikacji świadczeń opieki zdrowotnej.

Z POWAŻANIEM
DYREKTOR
WIELKOPOLSKIEGO ODDZIAŁU
WOJEWÓDZKIEGO
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA
W POZNANIU
ZBIGNIEWA NOWODWORSKA

Podziękowanie

Chciałabym bardzo podziękować całemu zespołowi poradni za udzieloną mi pomoc w dniu 12 lipca 2010 r.

Szczególnie kierownikowi przychodni, doktor Jolancie Dańczak, której pomoc i zaangażowanie w znacznym stopniu wykraczało poza standardy pomocy medycznej.

W dniu 12.07.2010 r. zgłosiłam się do Przychodni Lekarzy Rodzinnych w Rokietnicy z ostrym bólem w okolicy lędźwiowej. Pani doktor zareagowała natychmiast, przyjęła mnie poza kolejnością, schodząc ze swojego gabinetu, w którym przyjmowała pacjentów (znajdującego się na 1 piętrze) do gabinetu na parterze, do którego byłam w stanie samodzielnie się przemieścić. Po zbadaniu mnie i postawieniu diagnozy wypisała receptę oraz skierowanie do lekarzy specjalisty (neurologa) i skierowanie na RTG kręgosłupa. W związku z postawioną diagnozą, oceniając mój stan jako poważny, uznała, że nie powinnam samodzielnie prowadzić samochodu, poprosiła więc swoją córkę i jej narzeczonego, aby odwieźli mnie do domu. Mieszkam bowiem na wsi, oddalonej o ok. 3 km od przychodni. O wykupienie recepty pani doktor poprosiła swojego syna, który w czasie, gdy czekałam na zaaplikowanie zastrzyku przeciwbólowego, zrealizował ją, wykładając na ten cel własne pieniądze.

Pani doktor, gdy zorientowała się, że jestem sama w domu, gdyż mój mąż wyjechał za granicę, zaproponowała mi pomoc w opiece medycznej poza godzinami swojej pracy, podając mi swój prywatny numer telefonu komórkowego. Proponowała mi także pomoc w zrobieniu zakupów. Po tygodniu zaś, sama będąc na urlopie wypoczynkowym, zatelefonowała do mnie, interesując się stanem mojego zdrowia.

Dziękuję również paniom pielęgniarkom środowiskowym, a w szczególności pani Wiesławie Frydrych, która przyjechała do mojego domu, aby zrobić mi zastrzyk, a gdy okazało się, że farmaceuta błędnie zrealizował receptę i zamiast środka przeciwbólowego w zastrzyku wydał go w postaci tabletek, pojechała do apteki i przywiozła właściwy lek. Ponadto podczas wizyt domowych dwa razy dziennie, służących aplikacji środków przeciwbólowych, wykazywała bardzo dużą troskę i zainteresowanie. Poświęciła dużo czasu na rozmowę ze mną, pożyczyła mi nawet książki z własnej biblioteczki.

Dziękuję również pani recepcjonistce, która wiedząc, że ze względu na stan zdrowia, nie jestem w stanie tego zrobić, wysłała pocztą moje zwolnienie lekarskie do zakładu pracy.

Jeszcze raz wszystkim Państwu bardzo dziękuję za okazaną mi pomoc.

List ten, w kopii, pozwolę sobie przesłać na adres poznańskiego NFZ oraz Izby Lekarskiej, po to, by instytucje te miały świadomość, jak funkcjonuje mała, podpoznańska przychodnia i jak humanistyczne podejście do pacjenta okazują jej pracownicy. Przyznam szczerze, że w swoich dotychczasowych doświadczeniach w kontakcie ze służbą zdrowia po raz pierwszy spotkałam się z taką sytuacją, dlatego też uważam, że jednostki nadrzędne powinny być poinformowane o tym fakcie.

Z POWAŻANIEM
EWELINA BARON