

W związku z pojawieniem się projektu ustawy o informatyzacji w ochronie zdrowia w mediach, co jakiś czas słyszymy „rewelacje” z nią związane. Jedną z ostatnich jest informacja, że od 2012 r. wszyscy świadczeniodawcy będą „musieli” udostępnić pacjentom rejestrację przez Internet. Jak podają dziennikarze, na wdrożenie tego projektu są wielomilionowe fundusze z UE, co zapewne – w ich mniemaniu – ma zapewnić powodzenie projektu. Niestety, jak znam życie, to pieniądze zgarzną organizatorzy przedsięwzięcia, ewentualnie jakieś duże SP ZOZ-y. Reszta będzie musiała sfinansować wszystko z własnych funduszy. A koszty będą niemałe, bo przecież nie wystarczy komputer, tylko trzeba będzie mieć dostęp do Internetu oraz odpowiednie oprogramowanie, nie wspominając o regularnym serwisowaniu tego wszystkiego, by sprawnie działało, a jak wiedzą z praktyki ci, którzy już teraz z informatyzowali swoje ZOZ-y czy praktyki, nie są to stawki na poziomie NFZ, tylko rynkowe, a informatycy, w odróżnieniu od lekarzy, cenią się, no bo przecież ich profesja to nie powołanie i wszyscy rozumieją, że ich umiejętności muszą kosztować, a taki lekarz, to przecież krwiopijca i w zasadzie powinien, w mniemaniu społecznym, pracować za darmo lub ewentualnie za minimalną płacę. W Internecie pojawiły się komentarze do tej informacji, w tym entuzjastyczne tych, którzy już taką rejestrację prowadzą. Niestety, nie podzielałam ich entuzjazmu. Sam od paru lat pracuję w miejscu, gdzie taka rejestracja jest możliwa i widzę jej minusy, a mam do czynienia z wyselekcjonowaną grupą pacjentów. W wypadku pacjentów w ramach NFZ, w dodatku niewyselekcjonowanych, to już sobie wyobrażam, jaki mógłby powstać bałagan w takiej przychodni, szczególnie gdyby pacjent mógł dowolnie się umawiać, bez żadnego nadzoru. Pomijam fakt, że taka rejestracja praktycznie, w warunkach NFZ, byłaby możliwa tylko w POZ, ponieważ dopóki będą listy kolejkowe, dopóty rejestracja przez Internet nie będzie miała większego sensu. Inną sprawą jest, czy we wszystkich poradniach/gabinetach jest uzasadniony taki sposób rejestracji. W wielu nie ma, ze względu czy to na liczbę pacjentów, czy też uwarunkowania demograficzne. Dlatego taki sposób



PREZENTUJĄ SUBIEKTYWNY ODBIÓR RZECZYWISTOŚCI PRZEZ AUTORA I NIE POWINNY BYĆ UTOŹSAMIANE Z OFICJALNYM STANOWISKIEM WIL KRZYSZTOF OŻEGOWSKI

rejestracji powinien być decyzją biznesową, a nie przymusem, tym bardziej że w UE nie jest to powszechny i przede wszystkim nieobowiązkowy sposób rejestracji.



W kontekście informatyzacji ochrony zdrowia pojawia się jeszcze jeden problem, dotychczas nierozwiązany. Od niego należałoby zacząć. Tym problemem jest brak karty ubezpieczenia, którą pacjent legitymowałby się w placówkach ochrony zdrowia finansowanych z funduszy publicznych, czyli w ramach kontraktów z NFZ. Jest bowiem skandalem, że minister zdrowia w ramach nadzoru nad Narodowym Funduszem Zdrowia nie zmusił tego monopolisty do wdrożenia tego ustawowo nakazanego rozwiązania. Lata mijają, na świadczeniodawców nakłada się coraz to nowe obowiązki związane z elektroniczną wymianą danych, a od funduszu nie wymaga się, by zrobił to, co powinien już dawno zrobić. Mało tego, od funduszu nie egzekwuje się nawet tego, by rzetelnie prowadził i aktualizował Centralny Wykaz Ubezpieczonych (CWU), choć jest do tego zobligowany ustawowo. Pokrętnie tłumaczenia funduszu, że to wina ZUS czy KRUS, bo nie przekazują terminowo informacji, nie przekonują mnie. Gdyby NFZ tylko z połową energii, z którą gnębi świadczeniodawców, podczas tzw. weryfikacji wstecznej, zabrał się do porządkowania CWU, od dawna nie byłoby problemów z pacjentami „niewidniejącymi” lub mającymi „inny status” w CWU. Przy tej okazji muszę odnieść się do informacji prasowych, że WPZ domaga się dostępu

świadczeniodawców online do CWU. Otóż uważam, że to błąd (o ile, oczywiście, prasa czegoś nie przekręciła), ponieważ to tylko proteza, a przy nierzetelności tego wykazu to i tak niczego nie rozwiązuje. Dlatego całe środowisko lekarskie powinno wszelkimi możliwymi środkami wymóc na NFZ wprowadzenie kart ubezpieczenia. Tym środkiem powinno być także, według mnie, zawiadomienie prokuratury o możliwości popełnienia przestępstwa, poprzez dopuszczenie przez NFZ do strat wielkiej wartości u świadczeniodawców, a także w samym NFZ wskutek braku, pomimo obliża ustawowego, kart ubezpieczenia zdrowotnego, umożliwiających weryfikację uprawnień pacjenta do uzyskania świadczeń finansowanych z funduszy publicznych i tym samym, między innymi, naruszenie ulubionej przez WOW NFZ ustawy z 17 grudnia 2004 r. o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych (Dz. U. z 2005 r., Nr 14, poz. 114 ze zm.), a konkretnie art. 5 ust. 1 pkt 1 i 2 przywołanej ustawy. Zgodnie bowiem z ich treścią, naruszeniem dyscypliny finansów publicznych byłoby ustalenie ewentualnej należności funduszu w wysokości niższej niż wynikająca z prawidłowego obliczenia oraz niedochodzenie zwrotu pieniędzy niezależnie przekazywanych świadczeniodawcy, co niewątpliwie się dzieje, gdy nie można stwierdzić, czy udzielono świadczenia osobie uprawnionej, lub fundusz dochodzi od świadczeniodawcy pieniędzy, do których nie ma prawa, ponieważ kwestionowany pacjent faktycznie ma prawo do świadczeń, a tylko w wyniku bałaganu w funduszu jest przez niego wykazywany jako nieuprawniony.



Tak poprzez informatyzację ochrony zdrowia oraz problem z kartami ubezpieczenia zdrowotnego doszliśmy do bulwersującego już od paru miesięcy środowisko wielkopolskich świadczeniodawców problemu przeprowadzania „weryfikacji wstecznej” przez Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia. Muszę stwierdzić, że jestem zaskoczony (tak naprawdę to nie, ponieważ nieraz fundusz prezentował zachowania charakterystyczne dla ćmy leżącej w stronę ognia) uporem, z jakim prowadzi swoją akcję, pomimo wykazywania przez wiele osób jej bezprawności w formie, w jakiej jest prowadzona. Muszę przyznać, że nie chciałem już komentować działań WOW NFZ, ale po przeczytaniu, moim zdaniem, aroganckiej odpowiedzi dyrektor Nowodworskiej na pismo prezesa WIL, zmieniłem zdanie. Spyta się ktoś: dlaczego aroganckiej? Arogancja może się przejawiać na wiele sposobów. Jedne widać wprost, inne niekoniecznie. Które są w tej odpowiedzi, pozostawiam Państwu inteligencji. Ale przejdźmy do wspomnianej odpowiedzi. Moim zdaniem, fundusz gubi przekonanie o własnej nieomyślności oraz że wszystko, co oznajmi, zostanie bez zająknięcia przyjęte jako prawda objawiona. Że tak jest i tym razem świadczy fragment mówiący, że na 520 adresatów „uwag” WOW NFZ było tylko 12 „bezczelnych”, którzy odmówili korekty sprawozdań. No, cóż, nie zawsze większość ma rację, o czym świadczy obchodzona w tym roku 30. rocznica strajków i powstania „Solidarności”. Wówczas także protestujący byli postponowani i przeciwstawiani większości, której nie przeszkadzały istniejące wypaczenia. Ale to tytułem dygresji „historycznej”. Wróćmy do „naszych baranów”. W odpowiedzi fundusz po raz kolejny przedstawia swoją interpretację art. 107 ust. 5 pkt 12 lit. b. Niestety, nie podaje żadnych argumentów na poparcie swojej tezy. Tymczasem artykuł ten nie stanowi wystarczającej podstawy do przeprowadzania weryfikacji wstecznej, bowiem wyraźnie mówi tylko o uprawnieniu dyrektora OW NFZ do „kontrolowania i monitorowania – realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej” i nie ma tam ani słowa o czymś takim jak „weryfikacja wsteczna”. Nie tylko moim zdaniem,

sposób realizacji uprawnienia dyrektora funduszu zawartego w tym artykule jest dookreślony w załączniku do rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów (§ 26 ust. 2 „starych” lub § 27 ust. 2 „obecnych”) i dlatego ma on na te czynności tylko 45 dni, a nie – jak chciałby fundusz – dowolną ilość czasu, ponieważ w swojej odpowiedzi nawet nie określił terminu przedawnienia roszczeń, choć taki zgodnie z art. 118 kodeksu cywilnego istnieje (ciekawe zresztą, dlaczego?). Po tym terminie (tj. 45 dniach) może już tylko przeprowadzić „weryfikację wsteczną”, ale tylko korzystając z uprawnień zapisanych w art. 107 ust. 5 pkt 13, w trybie opisanym w art. 64 ustawy, czyli w drodze kontroli u świadczeniodawcy. Przy tej okazji pragnę Państwu zwrócić uwagę na „drobiazg”. Fundusz powołuje się na podstawę prawną, która nie istniała w okresie, którego dotyczy weryfikacja (czyli obecne OWU obowiązujące od maja 2008 r.). No, ale to przecież pikuś, ciemny lud wszystko przełknie. Gdy jesteśmy przy kuriozach, to czy nie dziwi Państwa także fakt, że fundusz, mówiąc o latach 2007–2008, których dotyczy weryfikacja, powołuje się na „rozporządzenia koszykowe” uchwalone w ubiegłym roku (sic!). No, ale to kolejny pikuś, a może nawet i Pan Pikuś. Jeszcze „śmieszniej” jest dalej, gdy dyrektor WOW NFZ neguje zdanie izby, że wezwania nie zawierają informacji o rodzaju naruszeń czy błędów, pisząc, że te naruszenia są zamieszczone na portalu SZOI. Sęk w tym, że w piśmie do świadczeniodawcy nie ma ani słowa o tym fakcie. W tym miejscu należy nadmienić, że zgodnie z OWU, wszelką korespondencję fundusz jest obowiązany prowadzić za pomocą listów poleconych i nie ma w nich przyzwolenia na „zamieszczanie na SZOI” istotnych informacji, w tym szczegółów zarzutów funduszu. Ale to kolejny „drobiazg”, na który WOW NFZ od dłuższego czasu nie zwraca uwagi, bo to przecież „malutcy” muszą dostosować się do kaprysów i widzimisię monopolisty. Na koniec przyjrzyjmy się najciekawszemu fragmentowi odpowiedzi funduszu: „Rozliczenie to, jak również comiesięczna weryfikacja prowadzona w trybie § 23 i § 26 ogólnych warunków umów, jest warunkiem koniecznym przekazywania świadczeniobiorcy środ-

ków finansowych z tytułu realizacji umów” oraz „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”, a także „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”. Cóż, pozornie jest to obrona prawa funduszu do tzw. weryfikacji wstecznej, niestety ten kij ma także drugi koniec. I ten „koniec” może nie być zbyt miły dla WOW NFZ. Bowiem jest to przyznanie na piśmie, że fundusz nierzetelnie wykonuje obowiązki nałożone w trybie § 23 i § 26 OWU, a także zarządzeń prezesa NFZ. A WOW NFZ doskonale wie, że comiesięcznie weryfikując sprawozdanie, nie sprawdza tylko słupków, „ile świadczeń po ile” w AOS lub ilu pacjentów ma POZ. To sprawdzanie jest szersze, a że wcześniej fundusz czegoś nie sprawdził, a obecnie to robi?! Podstawowa zasada prawa to jego niedziałanie wstecz. Natomiast w zakresie rzeczy sprawdzanych „od zawsze” tłumaczenia już nie ma – była to fuszerka NFZ. A świadczeniodawcę nic nie obchodzi trudności NFZ, wywołane zresztą jego zaniechaniem, czyli nierzetelnym prowadzeniem CWU i niewprowadzeniem kart ubezpieczenia zdrowotnego. I jeśli wskutek tego jakiś pacjent został sprawozdany pod innym „tytułem uprawnień” niż to, które obecnie widnieje w bazie funduszu, to już problem funduszu, bowiem parę lat temu pacjent wykazał się „dokumentem zastępczym” uprawniającym do świadczeń, a świadczeniodawca nie miał i nie ma żadnych narzędzi, by sprawdzić, czy faktycznie miał takie uprawnienia. Dlatego takie „przyznanie się do winy” WOW NFZ może być podstawą zgłoszenia prokuraturze, że fundusz nie dba o pieniądze publiczne i być może wypłaca nienależne fundusze, czyli powoduje straty, ergo popełnia przestępstwo.