

Niedorzeczności w ochronie zdrowia

Zainspirowany powstaniem Krajowego Indeksu Niedorzeczności w Ochronie Zdrowia postanowiłem podzielić się swoimi spostrzeżeniami i doświadczeniami.

Opiszę sytuację, która zdarzyła się podczas kolejnej weryfikacji świadczeń wykonanych w ramach kontraktu z NFZ w 2010 r. Kontrola odbyła się w październiku 2010 r. i dotyczyła okresu od stycznia do października 2010 r. Stwierdzono, że w tym czasie udzieliłem cztery razy porady specjalistycznej rzekomo nieżyjącej pacjentce. Tu wypada stwierdzić, że ta pacjentka naprawdę żyje, ponieważ choruje na jaskrę, odwiedza mnie regularnie (jestem okulistą). Na moje pytanie i oświadczenie, że nastąpiła pomyłka, pracownica funduszu stwierdziła, że NFZ opiera się na danych z Centralnego Rejestru Ubezpieczonych i widocznie gdzieś wystąpił błąd w danych, a ja jestem kolejnym świadczeniodawcą, który wyjaśnia sprawę tej pacjentki. Nadmienię, że wycofanie zakwestionowanych świadczeń było warunkiem otrzymania pieniędzy za następny okres rozliczeniowy. W tej sytuacji, mimo że nie popełniłem fałszerstwa (wykazanie fikcyjnej porady), zostałem zmuszony do wycofania zakwestionowanych świadczeń, czyli niejako przyznania się do popełnienia nadużycia, żeby otrzymać pieniądze za następny okres rozliczeniowy. Pomimo że wszyscy, tzn. NFZ, ja oraz oczywiście pacjentka, wiedzieli, że nie jest to zgodne ze stanem faktycznym.

Sprawa później została wyjaśniona na moją korzyść (tzn. zgodnie z prawdą), co nie zmienia faktu, że zmuszono mnie do przyznania się do fałszerstwa, którego nie popełniłem.

Kolejnym absurdem w kontaktach z NFZ jest weryfikacja uprawnień do bezpłatnych świadczeń w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. NFZ, który otrzymuje składki, nie stworzył wiarygodnego systemu weryfi-

kacji, obowiązek ten przerzucając na świadczeniodawców. Obecnie wygląda to w ten sposób, że pacjent niemający aktualnego dowodu ubezpieczenia zgodnie ze stanowiskiem NFZ musi zostać przyjęty bezpłatnie (chodzi o świadczenie planowe, nie w stanach zagrożenia zdrowia lub życia, co jest dla wszystkich oczywiste). Po wykonaniu świadczenia na lekarzu ciąży obowiązek udokumentowania ubezpieczenia.

Gdy jednak okaże się, że pacjent takowego nie posiada, jest sprawą oczywistą, że NFZ odmówi zapłaty za wykonane świadczenie.

Z opisanym wyżej zagadnieniem wiąże się też problem odpowiedzialności lekarzy za wypisywanie leków

Pacjentka naprawdę żyje, ponieważ choruje na jaskrę, odwiedza mnie regularnie (jestem okulistą)

refundowanych. Narzucono nam obowiązek wypisywania na receptach kodów uprawnień (m.in. dla inwalidów), zapominając przy tym, że naszym prawem i obowiązkiem jest leczenie, a nie administrowanie budżetem NFZ na leki. Można lekarza rozliczyć za to, że zastosował leki bez uzasadnienia terapeutycznego. Ale jakim prawem rozlicza się go także finansowo za to, czy pacjent ma uprawnienia do bezpłatnego czy zniżkowego leku! Za wydawanie leków odpowiedzialny jest aptekarz i to on ma weryfikować uprawnienia. Inna sprawa, że to niejako my sami (czytaj: nasz samorząd) się na to zgodziliśmy.

To tyle moich refleksji na temat absurdów w systemie ochrony zdrowia.

KRZYSZTOF ŁUKASIEWICZ

PS Omawiane zagadnienia zostały zgłoszone do Krajowego Indeksu Niedorzeczności w Ochronie Zdrowia.