

Prawo w pigułce

**PAWELCZYK
KOZIK** KANCELARIA
RADCÓW
PRAWNYCH

Krzysztof Kozik
radca prawny
e-mail: k.kozik@pawelczyk-kozik.pl



Bartosz Pawelczyk
radca prawny
e-mail: b.pawelczyk@pawelczyk-kozik.pl



Kontrole prowadzone przez Narodowy Fundusz Zdrowia

Kontrole prowadzone przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) mogą dotyczyć bardzo wielu aspektów funkcjonowania świadczeniodawców. W tym numerze „Biuletynu Informacyjnego WIL” chcielibyśmy zwrócić Państwa uwagę na wybrane kwestie dotyczące uprawnień kontrolnych NFZ.

W jaki sposób przebiega postępowanie kontrolne?

Postępowanie kontrolne prowadzone przez NFZ co do zasady rozpoczyna się po uprzednim zawiadomieniu świadczeniodawcy o zamiarze jej przeprowadzenia. Jednostka organizacyjna NFZ przeprowadzająca kontrolę jest wprawdzie zobowiązana o niej zawiadomić, jednakże wystarczy, że takie zawiadomienie zostanie doręczone w chwili rozpoczęcia kontroli.

Co do zasady postępowanie kontrolne może być prowadzone tylko w dniach i godzinach pracy personelu medycznego. Przepisy przewidują jednak, że jest dopuszczalne również w dniach wolnych od pracy i poza godzinami pracy – „jeżeli dobro kontroli tego wymaga”. Wydaje się, że to kryterium jest zbyt ogólne. Trudno sprecyzować, co mieści się w pojęciu „dobra kontroli” – o jakie konkretnie wartości tu chodzi. Wobec powyższego, kryterium to powinno zostać doprecyzowane i zawężone do ściśle określonych przypadków.

Rozpoczynając kontrolę, osoba ją przeprowadzająca ma obowiązek okazania upoważnienia do przeprowadzenia kontroli wraz z legitymacją służbową. Kontrolę przeprowadzać mogą zarówno osoby będące pracownikami NFZ, jak i inne osoby, którym zadanie to zostało przez NFZ zlecone. Zawsze jednak konieczne jest, aby kontrolę dokumentacji medycznej oraz zasadności i jakości udzielanych świadczeń przeprowadzała osoba mająca wykształcenie medyczne odpowiadające zakresowi prowadzonej kontroli. Dzięki nałożonemu wobec kontrolera obowiązkowi świadczeniodawca nie może skutecznie zarzucić, że kontrola prowadzona była przez lekarza niebędącego specjalistą z dziedziny medycyny, której dotyczy kontrola.

Kontroler sporządza protokół z przebiegu kontroli. Musi on być szczegółowy, napisany w sposób jasny, logiczny i zawierać m.in. opis stanu faktycznego stwierdzonego w toku kontroli oraz ustalenia kontroli, a także wnioski wynikające z kontroli. Protokół sporządza się w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, z których jeden otrzymuje podmiot kontrolowany. Protokół jest podpisywany przez kontrolera i pracownika podmiotu leczniczego.

Najczęściej stwierdzane nieprawidłowości podczas przeprowadzonej kontroli

Warto zauważyć, że najczęściej stwierdzane nieprawidłowości są podobne w wielu rodzajach i zakresach świadczeń. Na podstawie m.in. danych z Biuletynu Informacji Publicznej NFZ można stwierdzić, że dotyczą one w szczególności:

- nieprawidłowej klasyfikacji hospitalizacji do grup JGP, w tym brak medycznego uzasadnienia do rozliczenia wykazanej procedury lub rozpoznania,
- rozliczania w tzw. ruchu międzyoddziałowym,
- wykazywania jako hospitalizacji świadczeń, które mogły być wykonane w warunkach ambulatoryjnych,
- braku w dokumentacji medycznej potwierdzenia udzielonych świadczeń lub porad,
- braku skierowania do objęcia opieką,
- braku medycznego uzasadnienia do rozliczenia wykazanej procedury,
- braku określonych w typie porady badań diagnostycznych,
- braków w wymaganym sprzęcie,
- braku wymaganych kwalifikacji personelu,
- nieprawidłowego prowadzenia dokumentacji medycznej,
- braku aktualizacji zasobów sprzętowych i personelu (harmonogram – zasoby).

Jak widać, stwierdzone przez kontrolerów nieprawidłowości w znacznej mierze dotyczą prowadzenia dokumentacji medycznej. Często popełnianym błędem przy prowadzeniu dokumentacji medycznej są zbyt lakoniczne i niezrozumiałe informacje w niej zawarte, na podstawie których NFZ ma uzasadniać rozliczenie danego świadczenia. Niewłaściwie prowadzona dokumentacja medyczna może spowodować brak zapłaty ze strony NFZ (lub obowiązek zwrotu zapłaconych środków), nawet jeżeli świadczenie zostało udzielone.

Uprawnienia świadczeniodawcy

W trakcie kontroli świadczeniodawca uprawniony jest do składania ustnych lub pisemnych oświadczeń dotyczących przedmiotu kontroli. Kontroler nie może odmówić przyjęcia takich oświadczeń, co oznacza, że świadczeniodawca może domagać się odnotowania ich w protokole. Jeżeli świadczeniodawca nie ma żadnych zastrzeżeń co do przebiegu kontroli i treści protokołu to zobowiązany jest go podpisać. W przypadku zaś, gdy świadczeniodawca nie zgadza się z ustaleniami zawartymi w protokole, nie powinien go podpisywać, lecz zgłosić zastrzeżenia do protokołu – należy to zrobić na piśmie, nie później niż w ciągu 7 dni od dnia otrzymania protokołu.

Zastrzeżenia do protokołu rozpatrywane są przez kontrolera w terminie 14 dni. W przypadku stwierdzenia zasadności zastrzeżeń – kontroler zmienia lub uzupełnia odpowiednią część protokołu. W razie nieuwzględnienia zastrzeżeń – kontroler niezwłocznie przekazuje na piśmie swoje stanowisko świadczeniodawcy.

Po przeprowadzeniu kontroli dyrektor oddziału NFZ sporządza w terminie 28 dni i przekazuje podmiotowi wykonującemu działalność leczniczą wystąpienie pokontrolne zawierające ocenę działalności kontrolowanego świadczeniodawcy i zalecenia pokontrolne w razie stwierdzenia nieprawidłowości. Jeżeli kontrola wykaże, że świadczeniodawca nie wykonał albo wykonał niewłaściwie zobowiązania wynikające z umowy zawartej z NFZ, w wystąpieniu pokontrolnym należy, między innymi, określić kwotowo wysokość należności świadczeniodawcy względem NFZ powstałej w wyniku tych nieprawidłowości (wezwanie do zapłaty) oraz wysokość nałożonej z tego tytułu kary umownej. Gdy świadczeniodawca nie zgadza się z treścią wystąpienia, wówczas – analogicznie jak w przypadku kwestionowania protokołu – może zgłosić zastrzeżenia w terminie 7 dni od dnia otrzymania wystąpienia pokontrolnego, w piśmie skierowanym do dyrektora właściwego oddziału NFZ. Zastrzeżenia rozpatrywane są w terminie 14 dni. W przypadku nieuwzględnienia zastrzeżeń niezwłocznie informuje się o tym na piśmie świadczeniodawcę.

Podmiot leczniczy jest obowiązany, w terminie 14 dni od dnia otrzymania wystąpienia pokontrolnego (jeżeli nie wniósł zastrzeżeń) albo od dnia otrzymania informacji o nieuwzględnieniu zastrzeżeń, do poinformowania NFZ o sposobie wykonania zaleceń pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

Jeżeli – w przypadku nieuwzględnienia zastrzeżeń – w dalszym ciągu świadczeniodawca nie zgadza się z treścią wystąpienia pokontrolnego i nie uważa za celowe jego wykonania, może złożyć zażalenie na wezwanie go do zapłaty żądanej przez NFZ kwoty oraz na nałożenie kary umownej. Zażalenie takie, koniecznie wraz z uzasadnieniem, należy złożyć w terminie 14 dni od dnia doręczenia wystąpienia pokontrolnego, do prezesa NFZ, jednak za pośrednictwem dyrektora oddziału NFZ. Prezes NFZ ma 14 dni na rozpatrzenie zażalenia. Jeżeli zażalenie nie zostanie uwzględnione, świadczeniodawca może jeszcze złożyć do prezesa NFZ – w terminie 14 dni – wniosek o ponowne rozpatrzenie zażalenia. Jeśli zażalenie nadal nie zostanie uwzględnione, świadczeniodawcy pozostaje toczenie sporu z NFZ na drodze cywilnego postępowania sądowego w sprawie o zapłatę kwot żądanych przez NFZ.

Wydaje się, że niektóre przepisy dotyczące postępowań kontrolnych sformułowane są nieprecyzyjnie lub „zbyt szeroko”, co daje możliwość nieuzasadnionych nadinterpretacji. Pożądane byłoby wprowadzenie w tym zakresie stosownych zmian legislacyjnych.

Podstawa prawna:

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 15 grudnia 2004 r. w sprawie szczegółowego sposobu i trybu przeprowadzania kontroli przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych, Dz.U. z 2004, Nr 274, poz. 2723;
- Zarządzenie nr 55/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z 21 sierpnia 2014 r. w sprawie planowania, przygotowywania i prowadzenia kontroli oraz realizacji wyników kontroli świadczeniodawców.