

Najwyższa Izba Kontroli wykryła przypadki finansowania tych samych świadczeń z dwóch różnych źródeł w Łódzkiem podczas kontroli regionalnych programów polityki zdrowotnej. Mimo że takie ryzyko zostało zdiagnozowane, działania, które podjęto by zapobiegać nieprawidłowościom, okazały się nieskuteczne. Za te same świadczenia udzielone 80 osobom zapłaciły i NFZ, i władze województwa. W jednej z kontrolowanych placówek zdrowotnych podwójne finansowanie dotyczyło ponad 63% pacjentów korzystających z programu rehabilitacyjno-edukacyjnego. Zdaniem NIK, by skutecznie wyeliminować takie praktyki, konieczna jest zmiana przepisów.

Najwyższa Izba Kontroli przyjrzała się projektom, które w badanym okresie realizował Łódzki Urząd Marszałkowski w ramach wybranych do kontroli dwóch regionalnych programów polityki zdrowotnej (RPPZ). Celem każdego z nich było utrzymanie i przedłużenie aktywności zawodowej co najmniej 10% uczestniczących w nich pacjentów, szczególnie osób powyżej 50 roku życia.

W latach 2017-2018 prowadzony był Program rehabilitacyjno-edukacyjny dla pacjentów kardiologicznych (RPPZ 1), na który przeznaczono ok. 2,3 mln zł i z którego można było skorzystać w czterech placówkach zdrowotnych. Drugi kontrolowany przez NIK program był realizowany w latach 2018-2020 i dotyczył rehabilitacji leczniczej dla pacjentów z chorobami układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej (RPPZ 2). Pieniądze na świadczenia w ramach tego programu - w sumie ok. 12 mln zł – otrzymało 16 niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej, centrów medycznych i prywatnych gabinetów.

NIK skontrolowała 10 placówek zdrowotnych i nie ma zastrzeżeń do efektów realizowanych przez nie projektów. Założone cele zostały osiągnięte powyżej wyznaczonych poziomów. W przypadku RPPZ 1 po skorzystaniu z rehabilitacji ok. 28% pacjentów wróciło do pracy lub podjęło nową, w przypadku RPPZ 2 jeszcze więcej, bo niemal połowa (ok. 46%).

Kontrola przeprowadzona przez NIK pokazała jednak, że w badanym okresie system zabezpieczeń przed podwójnym finansowaniem świadczeń zdrowotnych nie był w pełni skuteczny. Efektem tego były przypadki, w których łódzki oddział NFZ finansował świadczenia, za które już zapłaciły władze województwa w ramach regionalnego programu polityki zdrowotnej realizowanego przez urząd marszałkowski, głównie ze środków Unii Europejskiej.

Nieprawidłowości w tym zakresie NIK stwierdziła w dwóch placówkach medycznych. W przypadku jednej z nich podwójne finansowanie dotyczyło ok. 63% osób, które skorzystały z prowadzonego tam programu rehabilitacyjno-edukacyjnego dla pacjentów kardiologicznych (RPPZ1). Za świadczenia udzielane w jego ramach płaciły władze województwa, jednak w sprawie 76 osób placówka wystąpiła o środki za wykonanie tych świadczeń także do łódzkiego NFZ – w sumie o ok. 5 tys. zł. W tej sprawie NIK złożyła do prokuratury zawiadomienie o podejrzeniu popełnienia przestępstwa. W drugiej placówce medycznej, podwójne finansowanie dotyczyło czterech pacjentów korzystających z programu rehabilitacji leczniczej.

RPPZ2 zakładał także uruchomienie mechanizmów uniemożliwiających podwójne pobieranie świadczeń przez pacjentów. Osoby biorące udział w tym programie zobowiązywały się, że w tym samym czasie nie będą korzystać z takich samych świadczeń finansowanych przez NFZ. Kontrola przeprowadzona przez NIK pokazała, że również i w tym zakresie zastosowany system zabezpieczeń nie był w pełni skuteczny. W jednej z badanych placówek medycznych z podwójnych świadczeń korzystało 15 osób zakwalifikowanych do projektu, w kolejnej trzy.

Przed takimi przypadkami miał chronić mechanizm stosowany przez władze województwa już w innych projektach, oparty na składaniu oświadczeń:

- przez pacjenta w placówce medycznej o niekorzystaniu ze świadczeń rehabilitacji leczniczej (tych samych świadczeń zleconych z tego samego rozpoznania lekarza) w momencie przystępowania do programu oraz w jego trakcie;
- przez placówkę medyczną władzom województwa o niekorzystaniu z tego samego typu wsparcia w innych projektach współfinansowanych przez Unię Europejską;
- przez placówkę medyczną władzom województwa o tym, że wydatki wykazane we wniosku i przekazane do rozliczenia nie są, nie były oraz nie będą finansowane z innych zewnętrznych źródeł, w szczególności z NFZ.

Zdaniem NIK przyjęty system zabezpieczeń okazał się nieskuteczny, ponieważ oświadczenia nie były weryfikowane, np. dokumenty składane przez pacjentów nie były porównywane z danymi dotyczącymi udzielanych im świadczeń zarówno w tej samej, jak i w innej placówce zdrowotnej. W opinii łódzkiego oddziału NFZ w aktualnym stanie prawnym wymiana takich informacji między NFZ, a władzami województwa jest niemożliwa ze względu na przepisy RODO. W tej sytuacji, zdaniem NIK, konieczna jest nowelizacja ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych z budżetu państwa oraz uwzględnienie problemu podwójnego finansowania świadczeń zdrowotnych w planach kontroli prowadzonych wspólnie przez przedstawicieli: Ministerstwa Zdrowia i wojewodów.

NIK zwraca również uwagę na to, że władze województwa łódzkiego nie zdiagnozowały istnienia ryzyka dotyczącego finansowania świadczeń zdrowotnych dla pacjentów figurujących w bazie PESEL jako osoby nieżyjące, a więc świadczeń, które nie zostały wykonane. Przykładowo jedna z kontrolowanych placówek medycznych realizująca Program rehabilitacji leczniczej, w trakcie kontroli przedstawiła dokumenty potwierdzające udział pacjenta w badaniu i w wizycie kontrolnej oraz złożenie przez niego oświadczenia dotyczącego sytuacji zawodowej, do czego miało dojść 28 grudnia 2018 r. Okazało się jednak, że pacjent zmarł dwa tygodnie wcześniej. Zdaniem NIK, by uniknąć finansowania nieuzasadnionych świadczeń, wystarczy weryfikacja danych pacjentów w dostępnych rejestrach zawierających informacje o zgonach.

Izba zwraca uwagę także na inne nieprawidłowości stwierdzone w trakcie kontroli, a dotyczące gromadzenia przez placówki medyczne dokumentacji na temat zrealizowanych celów programów leczniczych. Jedna z nich w siedmiu z 30 skontrolowanych przypadków, a druga w dwunastu z 30 przyjęły dokumenty potwierdzające osiągnięcie zakładanego efektu programu, czyli powrotu do pracy lub podjęcia nowej przez co najmniej 10% pacjentów. Dokumenty zostały jednak wystawione przed datą trzeciej wizyty rehabilitacyjnej lub w dniu, w którym do niej doszło, a w Programie wskazano wyraźnie, że taki pomiar powinien nastąpić w terminie do czterech tygodni po zakończeniu rehabilitacji.

NIK stwierdziła także pojedyncze przypadki, w których potwierdzono udział pacjentów w badaniach, testach, sesjach czy konsultacjach, mimo że jak wynika z dokumentów, w tym samym czasie pacjenci ci byli hospitalizowani w innej placówce.

W związku z wynikami kontroli NIK złożyła trzy wnioski do Ministra Zdrowia:

wnioski de lege ferenda:

Podwójne finansowanie świadczeń zdrowotnych

Kategoria: Polityka Zdrowotna

Opublikowano: środa, 01, marzec 2023 12:34

Alicja Cisowska

Odsłony: 381

- o podjęcie działań mających na celu nowelizację ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, poprzez uzupełnienie ust 2 art. 48a w zakresie elementów programu polityki zdrowotnej i dodanie jako niezbędnego elementu, mechanizmu zabezpieczającego przed podwójnym finansowaniem świadczeń zdrowotnych;
- o zmianę załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej, poprzez uzupełnienie wzoru programu polityki zdrowotnej o opisany w pkt 1 nowy element w zakresie mechanizmu zabezpieczającego przed podwójnym finansowaniem świadczeń zdrowotnych;

wniosek systemowy:

- o uwzględnienie w planach kontroli, kontroli wspólnych z wojewodami – stosownie do art. 10 w związku z art. 6 ust. 3 pkt 1 i ust. 4 pkt 3 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o kontroli w administracji rządowej, w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach RPPZ współfinansowanych ze środków unijnych pod kątem wystąpienia finansowania tożsamych świadczeń ze środków NFZ, tj. podwójnego finansowania.

Źródło: NIK