

Koincydencje świadczeń – maj 2013 r.

Informacja prasowa

Zgodnie z zapowiedziami z początku bieżącego roku Narodowy Fundusz Zdrowia kontynuuje wyjaśnienia koincydencji świadczeń, czyli sytuacji, w których jednemu pacjentowi zostały udzielone świadczenia zdrowotne jednocześnie przez dwóch różnych lub więcej świadczeniodawców. Z przeprowadzonej analizy sprawozdań wysyłanych przez świadczeniodawców do oddziałów wojewódzkich NFZ wynika, że część takich sytuacji jest wytłumaczalna. Jednak zdecydowana większość stanowi próbę uzyskania przez świadczeniodawców zapłaty za świadczenia, które faktycznie nie miały miejsca.

Pierwsze wyniki kontroli koincydencji przeprowadzonej w grudniu 2012 r. zaprezentowaliśmy w marcu br. Zamiarem Funduszu było zwrócenie uwagi świadczeniodawców na istnienie tej nieprawidłowości oraz zasygnalizowanie, że płatnik przywiązuje bardzo dużą wagę do wykrycia prób uzyskania przez świadczeniodawców nienależnej zapłaty. Wskazaliśmy również, że działania dotyczące kontroli koincydencji będą kontynuowane. Obecnie prezentujemy dalsze efekty sprawdzania tych nieprawidłowości.

Warto zauważyć, że wykazana przez świadczeniodawcę do zapłaty usługa zdrowotna, która w rzeczywistości nie została wykonana, może być zauważona przez płatnika dopiero wtedy, gdy ten sam pacjent był w tym czasie rzeczywiście leczony w innym szpitalu lub przychodni. Nieocenioną pomocą w weryfikacji tych zdarzeń są informacje, których udzielają sami pacjenci, wskazując miejsce, w którym rzeczywiście byli leczeni w dniu lub czasie, o który pytamy. Dopiero wprowadzenie karty ubezpieczenia zdrowotnego wyeliminuje opisany proceder. Prawidłowe, czyli zgodne ze stanem faktycznym, przekazywanie do Funduszu sprawozdań i rachunków przez świadczeniodawców za wykonane świadczenia zdrowotne wpływa nie tylko na bardziej efektywne wydatkowanie publicznych środków na ochronę zdrowia, ale również na lepszy dostęp i poprawę jakości udzielanych świadczeń.

Wyniki kontroli dotyczące koincydencji świadczeń – maj 2013 r.

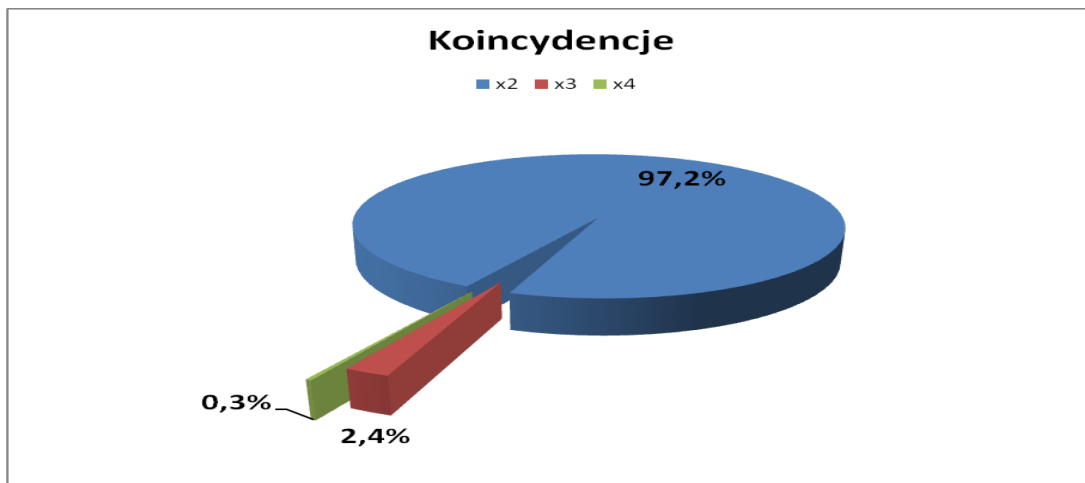
Prowadzone przez oddziały wojewódzkie Funduszu postępowania wyjaśniające dotyczyły:

- 1) sprawdzenia przypadków porad/świadczeń udzielonych w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (AOS) z jednoczesnym pobytem pacjenta w szpitalu;
- 2) sprawdzenia przypadków rozliczania wizyt/świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ) w związku z leczeniem choroby przewlekłej – cukrzycy lub choroby układu krążenia (rozliczanej współczynnikiem 3,0) z pobytem pacjenta w szpitalu.

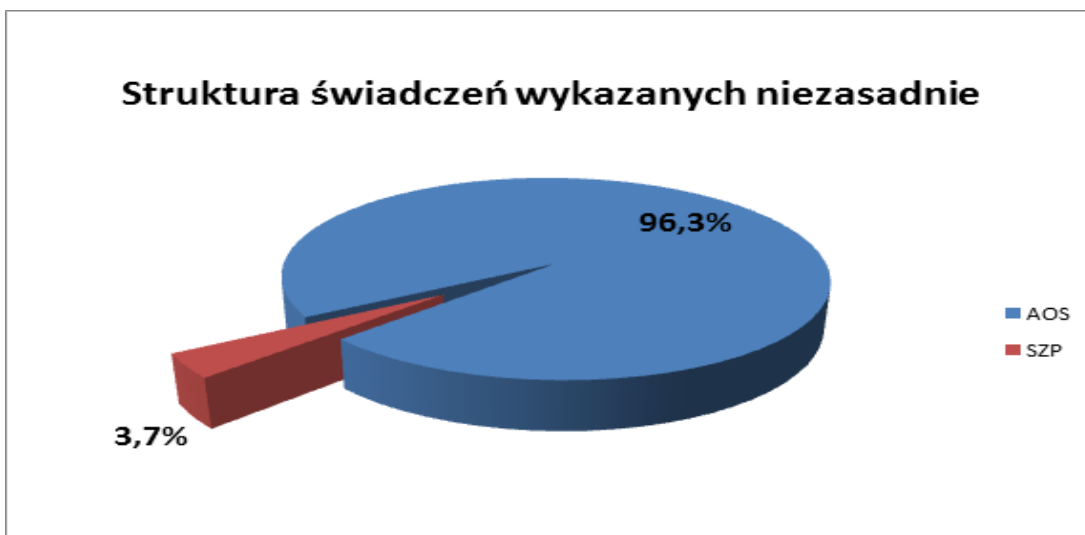
W celu sprawdzenia przypadków leczenia pacjenta w AOS z jednoczesnym pobytem pacjenta w szpitalu oddziały wojewódzkie Funduszu wytypowały 1111 świadczeń. W toku przeprowadzonych działań sprawdzających zostało zweryfikowanych 710 świadczeń, z czego 308 było wykazanych niezasadnie.

W przypadku koincydencji pobytu pacjenta w szpitalu z leczeniem w POZ do sprawdzenia wytypowano 2499 świadczeń, z czego zostało zweryfikowanych 1952 świadczeń. 910 z nich zostało wykazanych niezasadnie.

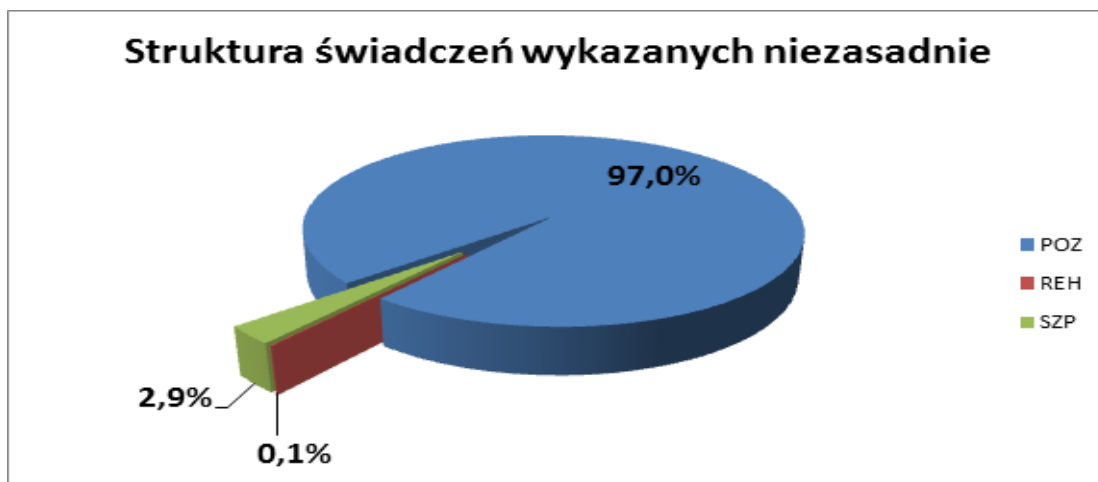
Z wytypowanych do kontroli koincydencji POZ/Szpital (SZP) ponad 97% stanowiły koincydencje 2-krotne (jednoczesowe wykazanie 2 świadczeń), 2,4% – koincydencje 3-krotne (jednoczesowe wykazanie 3 świadczeń) i 0,3% – koincydencje 4-krotne (jednoczesowe wykazanie 4 świadczeń).



W przypadku świadczeń/porad w AOS pozostających w koincydencji z pobytem pacjenta w szpitalu, ponad 96% niezasadnie wykazanych stanowiły porady w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej.



W przypadku świadczeń udzielonych w POZ, rozliczanych współczynnikiem 3,0, z jednoczesnym pobytem pacjenta w szpitalu, 97% wykazanych niezasadnie stanowiły świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej.



Niepokojącym zjawiskiem jest ponowne występowanie koincydencji świadczeń w podmiotach, w których działania sprawdzające, mające na celu bezpośrednie ustalenie powodów zaistniałych koincydencji, przeprowadzone w grudniu 2012 r., także wykazały nieprawidłowości.

Najczęściej stwierdzane przypadki koincydencji AOS – SZP:

- brak potwierdzenia zaistnienia wizyty pacjenta w dokumentacji medycznej, czyli brak jakiegokolwiek potwierdzenia, że pacjent był u danego lekarza;
- brak potwierdzenia przez pacjenta korzystania określonego dnia ze świadczeń;
- brak potwierdzenia w dokumentacji medycznej udzielenia porady pacjentowi, a wyłącznie adnotacja o wystawieniu recepty, wydaniu wyników badań, wydaniu zaświadczenia rodzinie pacjenta przebywającego w tym czasie w szpitalu;
- podwójne rozliczanie badań – przez szpital, w którym pacjent był hospitalizowany oraz przez poradnię, której szpital zlecił konsultację;
- badanie, konsultacja wykonane w trakcie hospitalizacji u innego świadczeniodawcy;
- podwójne wykazanie do rozliczenia świadczenia zrealizowanego w ramach umowy podwykonawstwa – raz w ramach leczenia szpitalnego (zlecający), a drugi w ramach umowy AOS (podwykonawca).

Wstępna propozycja kar umownych w przypadku kontroli AOS – SZP to **60.106,51 zł**, a zakwestionowana kwota za wykazane niezasadnie świadczenia to 38.376,10 zł.

Najczęstsze przypadki koincydencji POZ (wskaźnik 3,0) – SZP:

- wpisy w dokumentacji medycznej POZ potwierdzające udzielenie porady bez udziału pacjenta, tj.:
 - wypisanie rodzinie świadczeniobiorcy lub opiekunowi zlecenia na środki pomocnicze (np. pieluchomajtki),
 - wypisanie recepty na określone leki (świadczenie związane z zaoczną ordynacją leków),
 - wystawienie zaświadczenia lekarskiego, w tym zwolnienia lekarskiego rodzinie lub opiekunowi świadczeniobiorcy przebywającego w tym czasie w szpitalu;

w omawianych przypadkach lekarze podstawowej opieki zdrowotnej wykazywali w sprawozdawczości świadczenie, za które otrzymali stawkę kapitacyjną 3-krotnie wyższą niż stawka podstawowa;

- brak wpisu w dokumentacji POZ porady udzielonej pacjentowi określonego dnia, czyli brak jakiegokolwiek potwierdzenia, że pacjent był u danego lekarza;
- wpisy w dokumentacji medycznej pacjenta (POZ) potwierdzające udzielenie świadczenia pacjentowi określonego dnia, w sytuacji, kiedy pacjent twierdzi, że takie świadczenie nie zostało mu udzielone;
- błąd w dacie sprawozdanego świadczenia.

Wstępna propozycja kar umownych w przypadku powiązania kontroli koincydencji POZ (wskaźnika 3,0) – SZP to **174.339,03 zł**.