

Zdrowie poza kontrolą

11 kwietnia 2013

Według raportu Najwyższej Izby Kontroli, Narodowy Fundusz Zdrowia zbyt rzadko sprawdza dostępność i jakość świadczeń medycznych. Łamie w ten sposób własne regulacje oraz naraża zdrowie pacjentów.

Kontrolerzy NIK wyliczyli, że Fundusz kontroluje placówki, z którymi zawarł umowy o wykonywanie świadczeń medycznych, średnio co... 12-13 lat. Jednostki podstawowej opieki zdrowotnej, które sprawują kontrolę nad zdrowiem ludności całego kraju (obejmują m.in. lekarzy pierwszego kontaktu, przychodnie, nocną i świąteczną opiekę zdrowotną) mogą spodziewać się kontroli przeciętnie co 24 lata, a przychodnie stomatologiczne raz na 18 lat.

Zarazem wiele dużych jednostek, szczególnie szpitali, sprawdzanych jest po kilka razy w roku. Kontrole te jednak pomijają aspekt jakościowy, koncentrując się na rozliczeniach dużych kwot kontraktów. Ta nierównowaga sprawia, że większość jednostek służby zdrowia jest poza nadzorem NFZ. Zbyt rzadko prowadzone kontrole oznaczają łamanie zasady działania Funduszu, która nakazuje oddziałom nadzorować pod względem jakości i dostępności świadczeń medycznych każdą jednostkę co najmniej raz na pięć lat.

Główną przyczyną takiego stanu rzeczy jest zbyt mała ilość środków finansowych przeznaczanych przez prezesa Funduszu na działalność kontrolną – zaledwie 0,05 proc. wszystkich kosztów ponoszonych przez NFZ. W efekcie brakuje pieniędzy na kontrole oraz zatrudnianie w komórkach kontrolnych wysoko kwalifikowanych kadr. Brak kontrolerów z medycznym wykształceniem uniemożliwia ocenę jakości i prawidłowości świadczeń medycznych.

W odpowiedzi na uwagi NIK prezes NFZ planuje... wykreślenie

wymogu kontrolowania każdej jednostki przynajmniej co pięć lat. Według Izby to złe rozwiązanie, i to zarówno ze względu na zdrowie pacjentów, jak i interes budżetu państwa. Świadczą o tym efekty tych nielicznych kontroli, które NFZ udało się przeprowadzić. Wynikające z nich korzyści finansowe były w latach 2010-2011 ponad trzykrotnie wyższe niż koszty przeprowadzenia kontroli. NIK docenia sprawność oddziałów NFZ w egzekwowaniu kar i nienależnie przekazanych kwot.

Izba zwraca ponadto uwagę na nierzetelność Centralnego Wykazu Ubezpieczonych, którym dysponują oddziały NFZ. Dane w nim zawarte są często błędne lub nieaktualne. Nie są więc wiarygodną informacją o statusie osób ubezpieczonych. Nie mogą być także podstawą do sprawnej weryfikacji rozliczeń z jednostkami służby zdrowia. NIK wnioskuje do instytucji przekazujących dane (MSW, ZUS, KRUS) o poprawę sposobu ich gromadzenia i weryfikacji.

Źródło: [Nowy Obywatel](#)