

Skargi do Funduszu w I kwartale 2013

Informacja prasowa

W I kwartale 2013 roku do Centrali oraz Oddziałów Wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęły 1622 skargi, których przedmiotem była głównie działalność świadczeniodawców. W porównaniu do analogicznego okresu w 2012 roku liczba skarg rozpatrzonych w Narodowym Funduszu Zdrowia zmniejszyła się o 20,9%.

W omawianym okresie rozpatrzono łącznie 1153 skargi, w tym 1093 w oddziałach Funduszu. Najwięcej spraw rozpoznano w oddziałach: mazowieckim (185), śląskim (165), dolnośląskim (140) i łódzkim (105), a najmniej w małopolskim (14), lubelskim i pomorskim (po 13). W Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia rozpatrzono 60 skarg. 73 sprawy skierowano, zgodnie z kompetencjami, do instytucji zewnętrznych.

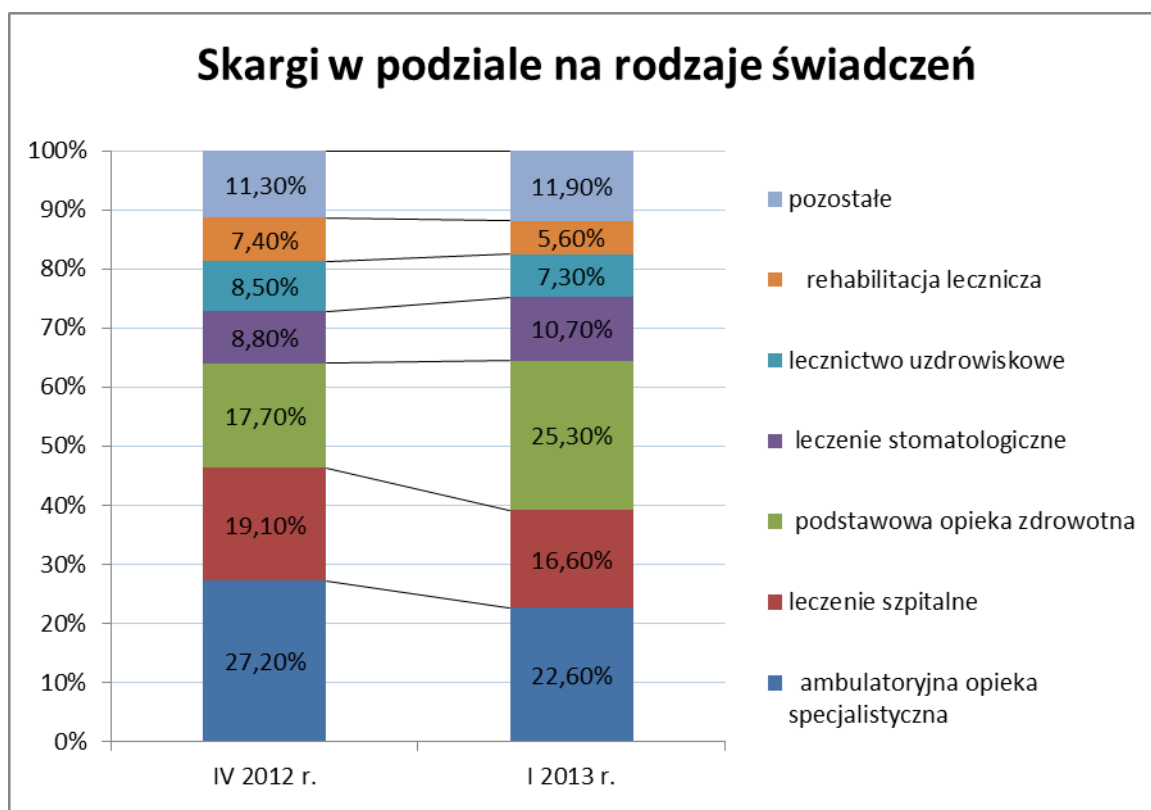
1003 skargi (87,0% wszystkich rozpatrzonych) wniesiono bezpośrednio, w tym 18 za pośrednictwem Elektronicznej Platformy Usług Administracji Publicznej (ePUAP).

103 skargi zostały nadesłane przez instytucje zewnętrzne, w tym 74 przez Ministerstwo Zdrowia, 12 przez Rzecznika Praw Pacjenta i 4 przez Kancelarię Prezesa Rady Ministrów.

57,6% ogólnej liczby skarg złożonych na świadczeniodawców stanowiły skargi dotyczące dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej, a 27,0% stanowiły skargi na jakość udzielanych świadczeń.

Wśród rozpatrzonych skarg 32,8% zostało uznanych za zasadne, 18,25% częściowo zasadne i 48,95% niezasadne. Najwięcej dotyczyło pobierania opłat za wykonanie świadczenia oraz ograniczonego dostępu do świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, leczenia szpitalnego oraz rehabilitacji leczniczej, a także odmowy realizacji świadczeń opieki zdrowotnej.

Procentowy udział skarg wniesionych na świadczeniodawców w podziale na rodzaje świadczeń opieki zdrowotnej przedstawiono na wykresie poniżej. Wzrost skarg w przypadku świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej można wiązać z problemami lekarzy rodzinnych z weryfikacją w systemie eWUŚ tzw. aktywnych list pacjentów. W przypadku innych rodzajów świadczeń, dzięki przeprowadzanym przez oddziały wojewódzkie NFZ szkoleniom dla świadczeniodawców, skarg związanych z weryfikacją uprawnień było znacząco mniej. W porównaniu do poprzedniego kwartału zmalała liczba skarg na odmowę leczenia spowodowaną wyczerpaniem kontraktu. W I kwartale 2013 r. rozpatrzono łącznie 231 skarg w zakresie odmowy udzielenia świadczenia. 85 skarg uznano za zasadne, a 147 – niezasadne.



Poniżej najczęstsze powody skarg na świadczeniodawców w wybranych rodzajach świadczeń.

Leczenie szpitalne

- sposób i jakość udzielania świadczenia,
- odmowa przyjęcia do planowej hospitalizacji z powodu „rejonizacji”,
- odmowa udzielenia świadczenia,
- żądanie dodatkowego dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń,
- trudności w realizacji badań przed planowanym zabiegiem,
- zmiana terminu zabiegu operacyjnego lub wstrzymanie wykonania zabiegu,
- żądanie od pacjenta dodatkowego dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń,
- długi okres oczekiwania na realizację świadczenia w oddziale szpitalnym,
- odmowa wpisania na listę osób oczekujących,
- pobieranie opłat za gwarantowane świadczenie szpitalne.

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

Skargi dotyczyły najczęściej funkcjonowania poradni urazowo-ortopedycznej, okulistycznej, położniczo-ginekologicznej i kardiologicznej:

- żądanie dodatkowego dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń,
- nieuwzględnianie w rejestracji przypadków „pilnych”,
- zastrzeżenia do sposobu rejestracji do poradni specjalistycznych: trudności z uzyskaniem wizyty kontrolnej w poradniach specjalistycznych, trudności z telefonicznym ustaleniem wizyty lekarskiej, odmowa realizacji wizyty domowej,
- zmienianie wcześniej wyznaczonych terminów konsultacji bez poinformowania pacjenta,

- odmowa wypisania recepty na leki refundowane lub wypisywanie recept ze 100% odpłatnością,
- długi okres oczekiwania na wizytę,
- nieprzestrzeganie harmonogramu godzin pracy poradni,
- nieprawidłowo prowadzona lista oczekujących.

Podstawowa opieka zdrowotna

- odmowa wydania skierowania na badania diagnostyczne,
- odmowa realizacji wizyty domowej,
- odmowa przyjęcia lub wypisania recepty na leki refundowane z powodu negatywnej weryfikacji w systemie eWUŚ,
- długi termin oczekiwania na świadczenie,
- kwestionowanie kwalifikacji lekarza,
- odmowa wypisania zlecenia na transport sanitarny,
- zastrzeżenia do jakości świadczeń (także nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej),
- pobieranie opłat za świadczenie.

Leczenie stomatologiczne

- odmowa udzielenia świadczenia gwarantowanego,
- pobieranie opłat za świadczenia gwarantowane,
- jakość stosowanych materiałów,
- nieprzestrzeganie harmonogramu pracy i list oczekujących.

W toku prowadzonych postępowań w 37 przypadkach komórki właściwe oddziałów wojewódzkich NFZ wystąpiły z wnioskami o przeprowadzenie kontroli u świadczeniodawców. Do końca I kwartału 2013 r. zakończono 7 postępowań.

rzecznik prasowy Andrzej Troszyński