

Informacja NFZ o zgłaszanych skargach

W IV kwartale 2012 r. do Centrali oraz oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęły 1293 skargi, których przedmiotem była przede wszystkim działalność świadczeniodawców. Najwięcej spraw rozpoznano w oddziałach: dolnośląskim (145), mazowieckim i śląskim (po 144), a najmniej w małopolskim (16), lubelskim (15) i pomorskim (10). W Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia rozpatrzono 54 skargi. 64 skierowano zgodnie z kompetencjami do instytucji zewnętrznych.

933 skargi (90,4% wszystkich rozpatrzonych) wniesiono bezpośrednio, w tym 19 za pośrednictwem Elektronicznej Platformy Usług Administracji Publicznej (ePUAP). 3 skargi zostały złożone za pośrednictwem Kancelarii Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej, 1 – Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, 34 – Ministerstwa Zdrowia, 20 – inne instytucje zewnętrzne oraz 1 za pośrednictwem posta.

Wśród skarg na działalność świadczeniodawców, które zostały rozpatrzone jako zasadne, najczęściej dotyczyło nienależnego 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 przedstawia się następująco:

- ambulatoryjna opieka specjalistyczna 27,2%,
- leczenie szpitalne 19,1%,
- podstawowa opieka zdrowotna 17,7%,
- leczenie stomatologiczne 8,8%,
- lecznictwo uzdrowiskowe 8,5%,
- rehabilitacja lecznicza 7,4%,
- pozostałe 11,3%.

Do najczęstszych powodów skarg na świadczeniodawców w wybranych rodzajach świadczeń należały:

Podstawowa opieka zdrowotna

- odmowa kontynuacji leczenia przez lekarza poz,
- odmowa przyjęcia deklaracji do lekarza poz oraz do pielęgniarki poz,
- odmowa wystawienia recepty,
- odmowa wypisania zlecenia na transport sanitarny,
- odmowa wydania skierowania na badania diagnostyczne,
- odmowa realizacji wizyty domowej,
- odmowa udzielenia świadczenia w przypadku braku dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń,

- realizacja świadczeń przez lekarza innego niż wykazany w załączniku do umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

- trudności z uzyskaniem od lekarza specjalisty recepty oraz informacji dla lekarza poz w celu kontynuacji leczenia,
- odmowa udzielenia świadczenia z powodu braku dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń,
- odmowa udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej z powodu uchybień rejestracji,
- nieuwzględnianie przez rejestrację poradni 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 skierowania na kontrolne badania diagnostyczne, zlecenia na transport sanitarny,
- długi okres oczekiwania na wykonanie badań specjalistycznych,
- brak dostępu do poradni specjalistycznej,
- nieprzestrzeganie harmonogramu godzin pracy poradni,
- nieprawidłowo prowadzona lista oczekujących.

Leczenie szpitalne

- zastrzeżenia do sposobu udzielania i jakości świadczeń,
- odmowa przyjęcia pacjenta do planowej hospitalizacji z powodu „rejonizacji”,
- odmowa udzielenia świadczenia,
- trudności w realizacji badań przed planowanym zabiegiem,
- zmiana terminu zabiegu operacyjnego lub wstrzymanie wykonywania zabiegów z powodu przekroczenia kwoty zawartej umowy,
- żądanie od Pacjenta dodatkowego dokumentu potwierdzającego prawa do świadczeń,
- odmowa wypisania zlecenia na transport sanitarny po zakończonej hospitalizacji,
- długi okres oczekiwania na realizację świadczenia w oddziale szpitalnym,
- odmowa wpisania na listę osób oczekujących,
- pobieranie opłat za gwarantowane świadczenia szpitalne.

W toku prowadzonych postępowań w 21 przypadkach komórki właściwe oddziałów wojewódzkich wystąpiły z wnioskami o przeprowadzenie u świadczeniodawcy kontroli.

Departament Spraw Świadczeniobiorców