

Ubezpieczony sprawdzi online opłaty za leczenie

ZDROWIE | Oszustwa w służbie zdrowia ujawnią się dzięki informatorowi pacjenta.

KATARZYNA NOWOSIELSKA

OPINIA

Rafał Wiewiórowski
*generalny inspektor
 ochrony danych
 osobowych*



DLA „RZ”

Do większego wykrywania oszustw wśród personelu medycznego może się wkrótce przyczynić zdrowotny informator pacjenta (ZIP), który przygotowuje NFZ na podstawie art. 192 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Ma to być II etap eWUŚ. Jest już pilotowany w Wielkopolsce, a w pozostałych oddziałach centrala Funduszu przeprowadza wewnętrzne testy. Dzięki ZIP każdy ubezpieczony będzie mógł online sprawdzić swoją historię choroby. Dostanie bowiem dostęp do swego indywidualnego konta, którym teraz dysponuje tylko NFZ. Sprawdzi w nim, z jakich usług korzystał w publicznej służbie zdrowia i ile jej zapłacił za nie NFZ. Przekona się też, czy jest ubezpieczony.

Teraz dostęp do tej informacji mają tylko lecznice, w których działa eWUŚ.

Usługa z Groupona

Na razie, poza Wielkopolską, NFZ udostępnią pacjentom ZIP tylko na miejscu i na żądanie. Stąd większość przypadków podwójnej za-

platy dla lekarzy za to samo leczenie: raz z kieszeni pacjenta, drugi raz z kasy NFZ, wykrywają sami chorzy podczas wizyty w Funduszu.

Tak było m.in. w Łodzi, gdzie o podwójnej zapłacie przekonała się kobieta, która korzystała z usług stomatologa. Koszty leczenia wzbudziły jej wątpliwości. Zgłosiła się więc do Funduszu, aby przejrzeć historię choroby.

Okazało się, że wykupiła sobie prywatnie na Grouponie zabieg u dentysty, a ten dodatkowo w sprawozdaniu do NFZ wykazał, że leczył ją też w ramach ubezpieczenia za 70 zł – mówi Beata Aszkielaniec, rzecznik prasowy łódzkiego oddziału NFZ.

Problem dotknął też w tamtym roku Pomorzanki, która poszła do lekarza po pomoc urologiczno-ginekologiczną.

Chora zapłaciła najpierw lekarzowi 300 zł za poradę, a później ten obciążył jeszcze NFZ kosztami usługi na około 1000 zł – informuje Mariusz Szymański, rzecznik prasowy gdańskiego Funduszu.

Kontrole i kary

Oreżem Funduszu do walki z nieuczciwymi lekarzami i placówkami medycznymi są kontrole, które prowadzą u nich urzędnicy. Nakładają też kary pieniężne.

Placówka medyczna Osteon, która bezprawnie zainkasowała od jednej pacjentki 9 tys. zł za usługę, a od drugiej chorej 15 tys. zł, musiała zapłacić do Funduszu ponad 200 tys. zł kary.

Agnieszka Gołąbek, rzecznik prasowy mazowieckiego NFZ, podkreśla, że Fundusz zobowiązuje lecznice, by oddawały pieniądze pacjentowi. Informuje jednak, że aby NFZ miał jakiegokolwiek podstawy do kontroli placówki, pacjent musi złożyć skargę i dostarczyć np. rachunek, że zapłacił za leczenie.

Na nieuczciwego lekarza można też poskarżyć się do okręgowej izby lekarskiej. Jak zaznacza Katarzyna Przyborska, radca prawny, zgodnie z ustawą o izbach lekarskich postępowanie przed rzecznikiem musi zainicjować sam pacjent lub NFZ. Wnosi wówczas skargę do okręgowej izby lekarskiej.

Za tego rodzaju wyłudzenia grozi również odpowiedzialność karna. Według kodeksu karnego śledczy mogą zakwalifikować działanie lekarza jako oszustwo, za które grozi od sześciu miesięcy do nawet ośmiu lat pozbawienia wolności. ■