

Upcoding: to już oszustwo czy jeszcze nie

Sama prawda, prawda księgowego i g... prawda

Amerykańska definicja słowa *upcoding* odnosi się do sytuacji zastosowania oszukańczej praktyki wykazania do rozliczenia usług medycznych o cenach wyższych niż usługi wykonane. W USA się to tropi, a u nas?

Jako przykład w amerykańskiej definicji podana jest sytuacja, gdy lekarz bada pacjenta krótko i po bieżnie (powinien wykazać usługę 99.201), a wykazuje do rozliczenia usługę, której czas wykonania powinien wynosić 45 lub 60 minut (tj. usługę 99.205).

Oszustwo...

Wydaje się, że w polskiej przestrzeni prawnej istnieje słowo, które należałoby zastosować do nazwania sytuacji przedstawionej w powyższym przykładzie. Tym słowem jest oszustwo.

Nie miał trudnego zadania biegły w procesie sądowym przeciw lekarzowi chirurgowi, który udzielał pacjentowi świadczeń zachowawczych, a do rachunku dla NFZ wykazywał świadczenia zabiegowe. Zeznający pacjenci nie mieli blizn po wykonanych zabiegach, a sąd nie miał wątpliwości, że było to oszustwo, a nie *upcoding*.

Po co więc używane jest to słowo, zwłaszcza że najczęściej pada ono z ust tych, którzy są powołani do zapłaty za udzielone świadczenia zdrowotne?

...ale i nie

Nie trzeba nikogo przekonywać, że w polskiej medycynie wiele postępować nie jest wystandaryzowanych. W jednym szpitalu po operacji pęcherzyka żółciowego pacjent ho-

spitalizowany jest dwa dni, a w innym pięć dni albo np. położnica po porodzie w jednym szpitalu przebywa trzy dni, a w innym pięć dni. Jeśli płatność za przedłużającą się usługę nie jest wyższa, nie będzie to budzić niczych zastrzeżeń. Jeśli za dłuższy pobyt pacjenta szpital oczekuje wyższej zapłaty, to już w rozumieniu NFZ zaczyna funkcjonować *upcoding*. A może staranność?

„Co piąta wykonywana czynność medyczna nie podlega ewidencji, a co za tym idzie – nie podlega sprzedaży”

Na podstawie naszych wieloletnich doświadczeń z dokumentacją medyczną, stanowiącą źródło informacji, na podstawie której sporządzane są rachunki dla NFZ, można postawić tezę, że co piąta czynność medyczna nie podlega ewidencji, a co za tym idzie – sprzedaży. Puszczając wodze fantazji, można szacować, że te 20 proc. niewykazanych do rozliczenia świadczeń sięga jednej piątej wartości całego budżetu NFZ i stanowi swoiste dofinansowanie systemu.

Utrzymywanie takiego stanu poprzez zniechęcanie do sumiennej i starannej ewidencji wszystkich procedur medycznych ma więc sens finansowy. Dlatego na róż-

nych konferencjach można usłyszeć wtrącone konfidencjonalnym tonem: „Sami państwo wiecie, że jest *upcoding*”.

JGP

Od wielu lat na szkoleniach na temat JGP padają sformułowania o potrzebie ewidencjonowania i przekazywania do NFZ tylko istotnych procedur.

Zachęcano do rozdzielania pracy personelu medycznego na istotną i nieistotną. Taką, która ma być starannie ewidencjonowana, i taką, która w zapisach może być pominięta. Warto przypomnieć, że § 19 ust. 2 i 3 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, które stanowią:

„§ 19. Historia choroby, w części dotyczącej wypisania pacjenta ze szpitala, zawiera:

- 1) (...)
- 2) numery statystyczne chorób zasadniczych i chorób współistniejących, ustalone według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji

Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta;

- 3) opis zastosowanego leczenia, wykonanych badań diagnostycznych i zabiegów oraz operacji, z podaniem numeru statystycznego procedury medycznej, ustalonego według Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych Rewizja Dziesiąta (...)."

A to, że z takiego starannego opisywania wykonanych czynności może wynikać wyznaczenie droższej grupy z katalogu JGP, nie powinno niepokoić ubezpieczyciela, który dobrze działa w interesie swoich klientów.

Michał Chrobot, Erwin Strzesak,
Hanna Waligórska