Prof. dr hab. Jadwiga Suchecka
Szkoła Wyższa im. Pawła Włodkowica w Płocku

Recenzja pracy doktorskiej mgr **Krzysztofa Osińskiego**
„**Sprawozdawczość świadczeń zdrowotnych do Narodowego Funduszu Zdrowia w lecznictwie otwartym**"
przygotowanej pod kierunkiem naukowym prof. dr hab. Eweliny Nojszewskiej
Warszawski Uniwersytet Medyczny, Rada Dyscypliny Nauk o Zdrowiu

Tematyka i struktura pracy

Rozprawa doktorska mgr Krzysztofa Osińskiego pt. ***Sprawozdawczość świadczeń zdrowotnych do Narodowego Funduszu Zdrowia w lecznictwie otwartym,*** licząca łącznie 212 stron, poświęcona jest niezwykle aktualnemu problemowi efektywnej współpracy publicznych podmiotów leczniczych z centralnym płatnikiem w systemie tzn. Narodowym Funduszem Zdrowia. Doktorant skupia się na scharakteryzowaniu rodzajów błędów popełnianych przez świadczeniodawców i ich wpływie na czas i sposób finansowania zrealizowanych świadczeń zdrowotnych przez płatnika centralnego oraz wskazaniu zagrożeń dla sprawnego funkcjonowania systemu zdrowotnego w Polsce.

Praca ma charakter teoretyczno-empiryczny. W warstwie teoretycznej Autor uporządkował wiedzę na temat elementów i zasad przygotowania sprawozdania świadczeń zdrowotnych z uwzględnieniem ich specyfiki oraz obowiązujących uregulowań prawnych. Natomiast część empiryczna poświęcona jest wnikliwej analizie wyników własnych badań ze wskazaniem prawdopodobnych przyczyn powstawania błędów w przesyłanych przez świadczeniodawców sprawozdań oraz ich wpływie na pojawiające się straty finansowe świadczeniodawców.

W pierwszej części rozprawy, obejmującej dwa pierwsze rozdziały przedstawiono szczegółowo problematykę sprawozdawczości do NFZ (rozdział 1) oraz zasady kodowania i finansowania usług zdrowotnych i ich realizacji (rozdział 2). Natomiast w części empirycznej Doktorant prezentuje zakres swoich autorskich badań, formułuje hipotezy i pytania badawcze oraz omawia uzyskane wyniki (rozdział 3). W ostatnim rozdziale 4 omówiono szczegółowo wyniki badań przeprowadzonych w dwóch podmiotach lecznictwa otwartego oraz wnikliwą dyskusję wraz z rekomendacjami wprowadzenia możliwych zmian.

Zasadnicze części rozprawy poprzedza Wstęp, w którym Autor uzasadnia wybór tematu rozprawy dotyczący istotności problemu komunikacji sprawozdawczej między NFZ a świadczeniodawcami usług medycznych, sformułował zasadniczy cel podjętych badań oraz główną i pomocnicze hipotezy badawcze oraz przedstawił strukturę pracy. Główny celem pracy jest „*…dokonanie analizy zagadnienia błędnej sprawozdawczości usług medycznych do NFZ oraz występujących w związku z tym brakiem lub opóźnieniem w finansowaniu wykonanych świadczeń na rzecz pacjenta"*(s. 8).

W tym kontekście nie bez znaczenia dla osiągnięcia celu zasadniczego było sformułowanie 4 celów szczegółowych:

(1) „*…usystematyzowanie pojęć sprawozdawczości do Narodowego Funduszu Zdrowia w oparciu o obowiązujące akty prawne;*

(2) *„…syntetyczna ocena kwestii nieprawidłowości w przekazywaniu danych do Narodowego Funduszu Zdrowia,*

(3) *„…porównanie skali problemu błędów w sprawozdawczości w badanych zakładach opieki zdrowotnej, opracowanie rekomendacji mogących posłużyć kierownictwu zakładów opieki zdrowotnej, jak i firmom dostarczającym oprogramowanie medyczne w celu wyeliminowania lub ograniczenia nieprawidłowości"*(s. 8).

Tym sformułowanym celom badawczym przyporządkowana została hipoteza główna oraz dwie hipotezy pomocnicze. Hipoteza główna uwzględnia przesłanki podjęcia tematu rozprawy oraz zakres zaplanowanych badań empirycznych. Zgodnie z hipotezą główną w swoich badaniach empirycznych Doktorant podjął się wykazania, że „*..błędnie sprawozdane do Narodowego Funduszu Zdrowia świadczenia medyczne spowodowały straty finansowe w badanych zakładach opieki zdrowotnej* (s. 8).

Hipotezę główną uzupełniały dwie następujące hipotezy pomocnicze:

- "*…na wszystkich poziomach funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej (rejestracja, personel medyczny, część administracyjna) obserwujemy powstawanie błędnych pozycji rozliczeniowych;*

- *„…w zakładach opieki zdrowotnej problemy z prawidłowym sprawozdaniem usług zdrowotnych uniemożliwiają rozliczenie w całości zawartych z Narodowym funduszem Zdrowia umów"*(s.9).

W dalszej części rozprawy (rozdział 3) zostały sformułowane dodatkowo dwa pytania badawcze:

- „*…Jakie są średnie ilości i wartości poszczególnych rodzajów błędów dla poszczególnych rodzajów umów?* oraz

- *„…Czy występują korelacje pomiędzy wartościami błędów, liczbą pacjentów oraz liczbą błędnych pozycji rozliczeniowych?*

W mojej ocenie sformułowane pytania badawcze należałoby zamieścić we Wstępie do pracy, co w znacznym stopniu wyjaśniałoby zastosowanie metod ilościowych w opracowaniu badania empirycznego. Ponadto należy dodać, iż Autor zaproponował własną definicję sprawozdawczości do NFZ, odmienną od powszechnie stosowanej, według której "*…sprawozdawczość to szereg czynności mających na celu przekazanie odpowiednio zagregowanych informacji opartych o jednakowe, ściśle obowiązujące reguły do Narodowego Funduszu Zdrowia, zarówno w formie elektronicznej, jak i papierowej*" (s.11).

Rozdział 1 (bardzo obszerny, liczący 58 stron) zatytułowany „*Sprawozdawczość do Narodowego Funduszu Zdrowia*" Doktorant poświęcił omówieniu trzech głównych problemów – (1) powstania i rozwoju sprawozdawczości świadczeń zdrowotnych, (2) współczesnych problemów dotyczących przebiegu procesu komunikacji elektronicznej oraz (3) zasadom opracowania sprawozdawczości i możliwymi błędami przy ich przygotowaniu.

Ta część pracy ma charakter ogólny, a szczególna uwaga została zwrócona omówienie wielu różnych elementów sprawozdawczości oraz wskazaniu sposobów komunikacji między podmiotami leczniczymi a centralnym płatnikiem przy uwzględnieniu bardzo wielu wprowadzanych uregulowań prawnych zarówno przez Ministra Zdrowia jak i Prezesa NFZ. Aktualne uregulowania prawne obowiązują wszystkie podmioty świadczące usługi w ramach umów zawartych z NFZ a niewypełnianie tych obowiązków skutkuje karami nałożonymi przez płatnika.

Całość prezentowanych rozważań dotyczy wyłącznie obowiązujących w Polsce elementów sprawozdawczości w aspekcie kierunkowym obejmujących 11 ich rodzajów (pierwszy wolny termin, listy oczkujących na świadczenie medyczne, aplikacja Kolejki Centralne - AP-KOLCE, Deklaracja POZ, świadczenia medyczne, rachunki rozliczeniowe, zestawienia zbiorcze, DILO, SIMP, zatrudnienie oraz konkursy ofert).

Autor bardzo precyzyjnie opisuje proces komunikowania się świadczeniodawców z płatnikiem i charakteryzuje zarówno błędy jakie powstają w trakcie opracowywania poszczególnych sprawozdań, jak i błędy wynikające z wykorzystania dostępnego oprogramowania informatycznego. Błędy w oprogramowaniu spowodowane są najczęściej opóźnieniem we wprowadzeniu nowych uregulowań legislacyjnych.

W Rozdziale 2 („*Kodowanie i finansowanie usług zdrowotnych*") Doktorant skoncentrował się na prezentacji problemów związanych z kodowaniem i finansowaniem zrealizowanych świadczeń zdrowotnych, mających istotny wpływ na prawidłowe

funkcjonowanie podmiotów leczniczych w systemie. Dla celów prawidłowej sprawozdawczości z realizacji zakontraktowanych świadczeń w celu uniknięcia niezamierzonych błędów ważne jest właściwe przypisanie kodów zawartych w aktualnych zestawieniach JGP, co według Autora „*…pozwala poprawnie rozliczać zawarte z Narodowym Funduszem Zdrowia umowy oraz kontrolować nieuzasadniony wzrost kosztów szpitali*" (s.72).

Nieuzasadniony wzrost kosztów może również wynikać z podwójnego uwzględnienia kosztów opieki pielęgniarskiej – raz w kosztach hospitalizacji pacjenta oraz kosztów wykonania niektórych czynności tej opieki w trakcie rekonwalescencji w domu pacjenta (s.72).

Drugim ważnym etapem w początkowym procesie kwalifikowania pacjenta do opieki szpitalnej jest prawidłowo przeprowadzony proces grupowania pacjenta do właściwej grupy JGP z uwzględnieniem kodów ICD-9 (przyporządkowanie do grupy zabiegowej czy do grupy zachowawczej) i ICD-10 (rozpoznanie zasadnicze), rangi procedury, warunków kierunkowych oraz innych elementów wynikających z zarządzeń Prezesa NFZ lub rozporządzeń Ministra Zdrowia (s.73).

Jak wskazywano we wcześniejszych częściach ocenianej dysertacji, błędy w sprawozdawczości mogą być spowodowane niewłaściwym funkcjonowaniem oprogramowania wykorzystywanego przez świadczeniodawcę. Poprawność kodowania świadczeń medycznych z wykorzystaniem aplikacji grupera jest istotnym problemem zarówno w szpitalach, jak i ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (s.75) i ma wpływ na uzyskanie maksymalnej kwoty za zrealizowane świadczenia zdrowotne w możliwie w jak najkrótszym czasie (s.76).

W dalszych częściach obszernego rozdziału 2 (50 stron) szczegółowo opisano zasady kodowania oraz finansowania i realizacji świadczeń zdrowotnych. Natomiast kolejna część (2.3) poświęcona jest omówieniu procesu kodowania. Proces ten polega na wprowadzaniu danych do systemu celem sprawozdania do NFZ oraz otrzymania przez świadczeniodawcę finansowania za zrealizowane świadczenia. Autor szczegółowo opisuje kolejne etapy kodowania świadczeń z uwzględnieniem ich zróżnicowania w zależności od wielu czynników, takich jak rodzaj umowy, w ramach której odbywa się praca, zasobów kadrowych świadczeniodawców oraz przyjętych wewnątrz zakładowych zasad regulujących te kwestie (s.76) oraz najczęściej popełniane błędy w opracowaniu sprawozdania.

Ważną kwestią w rozwiązywaniu problemów w komunikowaniu się stron (na co zwrócono również uwagę) są możliwości odwoływania się i wnoszenia poprawek przez

świadczeniodawcę (do 40 dni po zamknięciu okresu rozliczeniowego) oraz 45 dni do dokonywania rozliczenia kwestii finansowych. Natomiast NFZ ma uprawnienia do weryfikacji świadczeń obejmujących do 10 lat okresy przeszłe (s. 81).

Charakterystyka obowiązujących w polskim systemie zdrowia zasad prawidłowego opracowania sprawozdania wyjaśnia proces ich finansowania. Doktorant w dalszych rozważaniach omawia szczegółowo sposób naliczania kwot z uwzględnieniem różnych kryteriów w określonej kolejności i limitów zawartych w podpisanej umowie. Podobnie jak w poprzednich rozdziałach Autor wykorzystuje odpowiednie rozporządzenia Prezesa NFZ i Ministra Zdrowia.

Rozdział 3 - empiryczny, ściśle związany jest z ogólnym problemem badawczym rozprawy, bowiem zawiera wyniki własnych badań Doktoranta. Prezentowane rozważania dotyczące przyczyn powstawania błędów w sprawozdaniach świadczeniodawców i ich wpływu na finansowe rozliczenie przez płatnika dały podstawę do poszukiwania odpowiedzi na dwa sformułowane pytania badawcze:

„…Jakie są średnie ilości i wartości poszczególnych rodzajów błędów dla poszczególnych rodzajów umów?”, oraz

„…Czy występują korelacje pomiędzy wartościami błędnych świadczeń, liczbą pacjentów oraz liczbą błędnych pozycji rozliczeniowych?”

Zaprojektowane przez mgr K. Osińskiego badanie empiryczne przebiegało w kilku etapach. Etapem umożliwiającym zrealizowanie całego badania była bezpośrednia współpraca z podmiotami leczniczymi świadczonymi usługi w ramach zawartych umów z NFZ. Na uczestnictwo w dalszych etapach, spośród 100 wybranych podmiotów leczniczych zgodę wyraziły tylko dwa zakłady z województwa mazowieckiego. Z tego punktu widzenia przeprowadzone badanie ma charakter studium przypadku.

Dane niezbędne do rozwiązania problemu badawczego gromadzone były od stycznia do połowy listopada 2017 roku w odstępach tygodniowych. Autor opracował również arkusz kalkulacyjny o raz instrukcję, w jaki sposób informacje mogą być przekazywane drogą elektroniczną do odbiorcy.

Kolejnym etapem badania była analiza porównawcza danych i opracowanie „*…współczynników istotności oraz korelacji danych*”, jednakże w tej części rozprawy, ani w jej dalszych częściach nie wyjaśniono, w jaki sposób opracowano współczynniki istotności.

Drugą wątpliwość budzą rozbieżności między zaproponowaną metodą badania ścisłości związku między badanymi zmiennymi. Doktorant szczegółowo opisał test niezależności chi-kwadrat, jako metodę badania zależności (s.123-124), ale w dalszej części rozprawy stosuje,

jak należy przypuszczać) współczynniki korelacji i interpretuje zgodnie z zastosowaną metodą uzyskane rezultaty.

W podpunkcie 3.3 na wykresach zostały zaprezentowane wartości błędów sprawozdawczości świadczeń zdrowotnych do NFZ dla obu badanych zakładów. Przyjętym kryterium były daty pobierania danych do badań dla poszczególnych rodzajów umów (s.124). Każdy z otrzymanych wyników był interpretowany ze wskazaniem skutków dla prawidłowego funkcjonowania badanych podmiotów leczniczych.

Zgodnie z przyjętą przez Autora koncepcją badań analizowano siłę korelacji między wartością błędnie sprawozdanych świadczeń a liczbą pacjentów i liczbą błędnych pozycji dla każdego rodzaju umowy zawartej przez zakład z centralnym płatnikiem. W badaniu uwzględniono umowy w rodzaju: ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, rehabilitacja lecznicza, lecznictwo stomatologiczne oraz ambulatoryjna opieka specjalistyczna (badania kosztochłonne) oddzielnie dla badanych zakładów. Każdy z uzyskanych wyników cząstkowych prezentowany był w tablicach korelacyjnych oraz interpretowany z uwzględnieniem specyfiki usługi zdrowotnej i zasad przypisywania pacjentowi świadczeń.

Rozważania prezentowane w całej dysertacji kończy Rozdział 4 „*Omówienie wyników i dyskusja*”, w którym szczegółowo opisano skalę zjawiska występującego w dwóch publicznych zakładach opieki zdrowotnej dla kontraktów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia. Z przeprowadzonych badań wynika m.in. (s.147 -148), że:

(1) w badanym okresie zakłady opieki zdrowotnej borykały się z problemem uzyskania zapłaty za zrealizowane na rzecz pacjentów świadczenia;
(2) skala problemu jest różna w zależności od badanego rodzaju kontraktu i specyfiki działania badanej placówki;
(3) kwoty niezaakceptowanych pozycji zmieniają się w czasie w wyniku ciągłych weryfikacji prowadzonych przez NFZ oraz wprowadzanie przez personel korekt zakwestionowanych pozycji;
(4) zakończenie okresu rozliczeniowego bez prawidłowo opracowanych sprawozdań powoduje utratę zapłaty za niezaakceptowane usługi;
(5) błędy w sprawozdaniach powstają na wszystkich szczeblach zakładów opieki zdrowotnej;
(6) błędy popełniane przez użytkowników systemu mają przełożenie na opóźnienie lub brak zapłaty za zrealizowane świadczenia medyczne;

(7) nieprawidłowo funkcjonujące oprogramowanie medyczne przyczynia się również do powstawania błędnie sklasyfikowanych świadczeń udzielonych pacjentom;
(8) poważnym problemem są wsteczne weryfikacje świadczeń uruchamiane przez NFZ oraz liczne zmiany wprowadzane na mocy rozporządzeń Prezesa NFZ i Ministra Zdrowia nie uwzględniane na bieżąco w specjalistycznym oprogramowaniu.

Odnosząc się do poszczególnych rodzajów błędów popełnianych w sprawozdaniach i ich konsekwencjach finansowych dla świadczeniodawcy Autor sugeruje możliwość wprowadzania zmian bądź to w uproszczeniu sprawozdań, bądź wprowadzaniu okresu przejściowego dla firm informatycznych w celu wprowadzenia ustawowych zmian w oprogramowaniu.

Ocena rozprawy

Wybór tematu dotyczącego sprawozdawczości świadczeń zdrowotnych do Narodowego Funduszu Zdrowia w lecznictwie otwartym, jest trafny, bowiem problem jest aktualny i ważny, zwłaszcza w świetle toczących się dyskusji nad wprowadzeniem zmian umożliwiających dostosowanie zasobów finansowych dostępnych w systemie zdrowia do rosnących potrzeb zdrowotnych starzejącego się społeczeństwa polskiego. Za trafną należy uznać decyzję o uzupełnieniu rozważań dotyczących powstawania błędów w sprawozdawczości w placówkach medycznych oraz zasadach komunikacji z NFZ o wyniki własnych badań empirycznych. Z uznaniem należy również podejść do zgromadzenia tak szczegółowej i obszernej bazy danych, które wymagało dużego nakładu pracy w jej opracowanie.

Ogólna struktura pracy została powiązana ze sformułowanym celem pracy oraz główną hipotezą badawczą. Natomiast zastrzeżenie budzi konstrukcja rozdziału empirycznego – zarówno jego objętość (w porównaniu z bardzo obszernymi rozdziałami poprzednimi) jak i wykorzystanie podstawowych mierników.

We wprowadzeniu do części empirycznej Doktorant uzasadniał celowość zastosowania testu niezależności Chi-kwadrat i współczynnika zbieżności Czuprowa, którego w rezultacie nie zastosował. W analizach wykorzystał natomiast współczynnik korelacji liniowej i na podstawie jego wartości formułował ostateczne, niekiedy niezgodne z jego właściwościami np. wyniki zamieszczone w tabeli 3.3 s.135. Konkretnie dotyczy to ujemnego znaku współczynnika korelacji między liczbą pacjentów a wartością błędnych świadczeń dla umowy w rodzaju ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w niektórych rodzajach umów ze względu

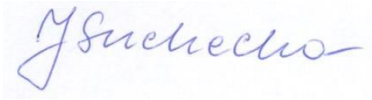
na rozkład zmiennych i występowanie wartości nietypowych było merytorycznie nieuzasadnione.

Uważam ponadto, iż mankamentem tej pracy jest nieprecyzyjne formułowanie wniosków z przeprowadzonych badań oraz proponowanie rozwiązań bez wskazania sposobu ich wdrażania. Pogłębione analizy ilościowe pozwoliłyby uniknąć potknięć w interpretacji uzyskanych wyników, jak i proponowanych rozwiązań.

Literatura wykorzystana w pracy jest stosunkowo obszerna, obejmująca wyłącznie literaturę polską i co zrozumiałe, odpowiednie akty prawne związane z problematyką pracy.

Pomimo tych zastrzeżeń, wyniki przeprowadzonych badań należy uznać za wartościowe oraz pogłębiające wiedzę na temat skali błędów w sprawozdawczości podmiotów leczniczych i sposobów komunikowania się z NFZ oraz wpływu opóźnień lub braku finansowania niezaakceptowanych świadczeń medycznych.

Konkluzja

Reasumując zalety i niedostatki przedłożonej rozprawy mgr Krzysztofa Osińskiego nt. „*Sprawozdawczość świadczeń zdrowotnych do Narodowego Funduszu Zdrowia w lecznictwie otwartym”* stwierdzam, iż zarówno dobór problemu badawczego i ujęcie tematyki rozprawy, stworzenie odpowiedniej bazy unikatowych danych statystyczna i ich analiza świadczy o umiejętności prowadzenia samodzielnych badań naukowych oraz spełnia w stopniu dostatecznym merytoryczne i formalne warunki stawiane rozprawom doktorskim, wymagane Ustawą z dnia 14 marca 2003 roku o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki (Dz. U. Nr 65, poz. 595 ze zm. Dz.U. z 2005 r. nr 164, poz. 1365). Wnoszę więc o dopuszczenie do publicznej obrony rozprawy doktorskiej mgr Krzysztofa Osińskiego.

Łódź, dn. 12.10.2020 r.