

Dopłacą tylko za procedury ratujące życie

# NFZ – precz z profilaktyką!

Piotr Miadziotko



Narodowy Fundusz Zdrowia przypomina nam, zarządzającym szpitalami, na każdym spotkaniu, że płatności za usługi medyczne wykonane ponad limit określony w kontrakcie będą dotyczyć tylko procedur nagłych, ratujących życie. Do czego to doprowadzi?

Ale NFZ przypomina, o czym przypominać nie musi, bo art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej mówi wyraźnie, że *zakład opieki zdrowotnej nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia.*

W tym momencie nasuwa się pytanie: co mają wspólnego komunikaty i zapowiedzi NFZ z cytowanym wyżej artykułem ustawy o zakładach opieki zdrowotnej? Przecież wszystkie szpitale muszą działać zgodnie z zapisami we wspomnianej ustawie.

## Nagle, po diable

Dlaczego należy płacić wyłącznie na bieżąco za procedury tzw. nagłe, ratujące życie, a nie za nadwykonania zabiegów planowych? Należy wziąć pod uwagę bardzo ważny i istotny argument, a mianowicie taki, że procedury planowe (zabiegi chirurgiczne, ginekologiczne itp.) mają na celu zapobiegnięcie wystąpieniu u pacjenta poważniejszego schorzenia w przyszłości.

Bardzo dużo teraz mówi się o zapobieganiu, zwalczaniu, profilaktyce itp. i dlatego m.in. zabiegi planowe są procedurami medycznymi wykonywanymi właśnie w celu *zapobiegania*.

Pacjenci, którym odmawia się wykonania zabiegu planowego, jak również wyznacza się odległe terminy (np. pół roku lub więcej), mogą mieć w przyszłości znaczne problemy zdrowotne, zagrażające bezpośrednio życiu, za których leczenie Narodowy Fundusz Zdrowia musiałby zapłacić znacznie więcej (jako za procedurę wyspecjalistyczną wykonaną w szpitalu np. trzeciego poziomu referencyjnego), niż w przypadku planowego zabiegu zapobiegającemu pogłębieniu się danego schorzenia.

### Rozrzutny płatnik

Standardowa procedura zabiegowa wykonana w szpitalu powiatowym pierwszego poziomu referencyjnego jest znacznie tańsza niż wyspecjalistyczna procedura wykonywana w szpitalu klinicznym. Szpitale powiatowe w większości są placówkami pierwszego poziomu referencyjnego, świadczą usługi medyczne wszystkim pacjentom w stanach nagłych oraz wymagających wykonania procedury zagrażającej zdrowiu i życiu w celu zapobieżenia dalszemu rozwojowi danego schorzenia.

Zapłata za procedury zabiegowe planowe w tym przypadku jest jak najbardziej uzasadniona, i prześtańmy w końcu mówić tylko o procedurach nagłych, ratujących życie, bo ich realizacja nie podlega w ogóle dyskusji i jest jak najbardziej oczywista.

### Wkręcanie w długi

Szpitalom poniosły faktyczne koszty realizacji wszystkich procedur medycznych wykonanych ponad limit określony w kontrakcie z NFZ, są zobowiązane do zapłaty dostawcom za sprzęt jednorazowy, leki, odczynniki do laboratorium itp., dlatego starając się regulować na bieżąco płatności, nie chcą dopuścić do wstrzymania dostaw wyrobów medycznych potrzebnych do realizacji ich usług, bo mogłoby to przyczynić się do niekorzystnej sytuacji związanej z odmowami przyjęć. Narodowy Fundusz Zdrowia do dzisiaj nie rozliczył się z tzw. nadwykonaniami i prawdopodobnie nie nastąpi to aż do końca roku. Scenariusz można łatwo przewidzieć, szpitale będą domagać się zapłaty za wykonane usługi na drodze postępowania sądowego. Pytanie – po co?

Należy przypomnieć również istotny fakt, że od 2009 r. szpitalom odebrano tzw. ustawę wedłowską, czyli dodatkowe fundusze na wzrost wynagrodzeń dla personelu. Teraz pieniądze z tej ustawy trzeba wypracować z własnych kontraktów przy wzroście kosztów stałych.

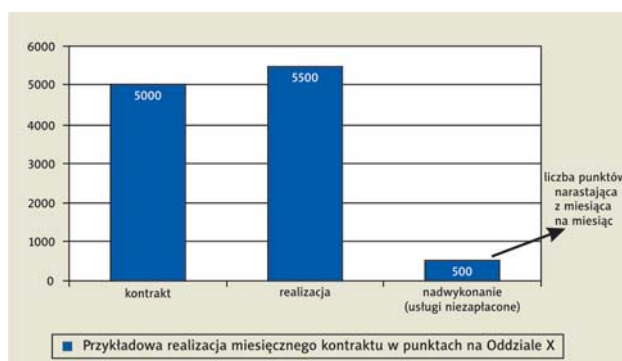
Dlatego też m.in. wzrastają zobowiązania finansowe wobec dostawców, ponieważ szpitale nie otrzymały pieniędzy za faktyczną liczbę zrealizowanych procedur medycznych.

### Pozorny zysk

Niedawno na stronach NFZ ukazała się uchwała Rady NFZ odnośnie do przeznaczenia zysku netto

„ Standardowa procedura zabiegowa wykonana w szpitalu powiatowym jest znacznie tańsza niż wyspecjalistyczna procedura w szpitalu klinicznym ”

za 2008 r.: Zysk netto NFZ za 2008 r. w wysokości 1 152 117 055,64 (jeden miliard sto pięćdziesiąt dwa miliony sto siedemnaście tysięcy pięćdziesiąt pięć, 64/100) zł, wykazany w łącznym sprawozdaniu finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia za okres od 1 stycznia do 31 grudnia 2008 r., zatwierdzonym przez ministra finansów w trybie określonym w art. 128 ust. 4 ustawy, proponuje się przeznaczyć na fundusz zapasowy na zwiększenie planowanych kosztów świadczeń opieki zdrowotnej.



Na stronie NFZ 4 sierpnia 2009 r. ukazała się natomiast zmiana planu finansowego: W planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia na 2009 rok, zatwierdzonym przez ministra zdrowia w porozumieniu z ministrem finansów 18 września 2008 r., z późniejszymi zmianami, zwiększa się pozycję B2 „koszty świadczeń zdrowotnych” w planach oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia o 1 152 117 tys. zł.

Ze zmiany planu finansowego wynika, że najwięcej usług medycznych wykonuje i ma z tego tytułu nadwykonania podstawowa opieka zdrowotna. W tym przypadku pozostała część komentarza do zmiany planu finansowego staje się zbędna, ponieważ na skutek błędnych decyzji finansowych pogrąża się szpitale i doprowadza się do sytuacji, w której powoli nie widać już żadnych możliwości przekształcenia szpitali. Nawet wg tzw. planu B. ■

Autor jest dyrektorem SPZOZ w Gostyniu (Wielkopolska).