

Konia z rzędem temu, kto wie, co w języku prawników NFZ oznacza termin „ratować życie”

Wkręcanie w długi

Fot. Rob Colvin/ImageZoo/Corbis

Narodowy Fundusz Zdrowia podtrzymuje swoje stanowisko, że płatności za usługi medyczne wykonane ponad limit określony w kontrakcie będą dotyczyły wyłącznie świadczeń nagłych, ratujących życie. Pracownicy funduszu mówią: *płatimy tylko za świadczenia ratujące życie*. Jeżeli jednak zapytamy o definicję tych świadczeń w lecznictwie szpitalnym, powstaje pewien problem, nawet dla NFZ, ponieważ takiej definicji nie ma.

Definicja stanu nagłego została zawarta w art. 5 pkt 33 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych z funduszy publicznych; odpowiada ona zapisowi zawartemu w art. 3 pkt 8 ustawy z 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Ale wiele innych definicji ustawowych mówi wyraźnie o stanie zagrożenia nie tylko życia, lecz również zdrowia, czyli obowiązku udzielenia świadczenia medycznego pacjentowi.

Prawo kontra... prawo

Przykłady:

W art. 15 ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej czytamy: *Podmiot leczniczy nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.*

W jednym z komentarzy do powyższego artykułu można przeczytać: *Przepis ten ponadto określa okoliczności, w jakich świadczenia zdrowotne muszą być bezwzględnie udzielone pacjentowi. Dotyczy on przede wszystkim pacjenta, który znalazł się w nagłej sytuacji wymagającej natychmiastowej reakcji medycznej, jego stan natomiast zagraża jego życiu lub zdrowiu, tzn. sytuacji, gdy odroczenie w czasie pomocy medycznej może skutkować utratą zdrowia lub utratą życia.* Wypadki niepłacenia za udzielenie świadczeń medycznych pacjentom oddziału pediatrycznego (dzieciom) z rozpoznaniem obustronnego odoskrzelowego zapalenia płuc należą już do częstych – stwierdza się, że zasadność hospitalizacji nie jest kwestionowana, ale można było podjąć próbę leczenia ambulatoryjnie.

Artykuł 30 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry mówi: *Lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki.*

Realia

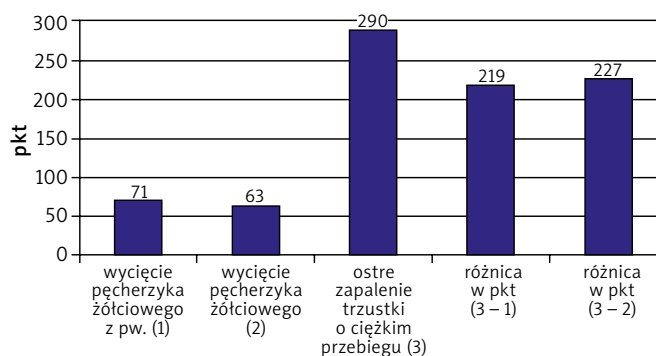
Definicje to jedno, natomiast realia odzyskania pieniędzy za udzielone świadczenia z przyczyn zagrożenia zdrowotnego ponad limit określony w kontrakcie są całkowicie inne. Często takie sprawy znajdują finał w sądzie z powodu braku możliwości porozumienia z NFZ.

Kiedy nie można odmówić udzielenia pomocy pacjentowi? Kiedy należy podjąć decyzję i ryzyko nieprzyjęcia pacjenta do szpitala w obawie przed brakiem zapłaty ze strony jedyne go płatnika, jakim jest NFZ? Jaka jest rola lekarza – zapobieganie, leczenie czy może ryzykowanie zdrowiem pacjenta w obawie przed nadmierną liczbą nadwykonań, nawet z tytułu „R”? Kiedyś zadałem w NFZ takie pytanie: Co robi fundusz, jeżeli oflagujemy wszystkie świadczenia jako „R” nie tylko ze względu na zagrożenie życia, ale również planowe zabiegi chirurgiczne, których nie można przełożyć na dalszy termin w związku z pogorszeniem

zdrowia pacjenta – czyli jak mówi art. 15 ustawy? Użyłbym szybką odpowiedź, że NFZ sam dokona weryfikacji i orzeknie, które hospitalizacje rzeczywiście należy uznać za ratujące życie – o zagrożeniu zdrowotnym nie było już mowy, a akurat tego powinniśmy się domagać, walcząc o nadwykonania.

Planowa obietnica

Odmowa wykonania zabiegu planowego oraz odległe terminy mogą doprowadzić do stanu zagrażającego bezpośrednio życiu pacjenta, za którego leczenie NFZ będzie musiał zapłacić znacznie więcej niż w wypadku planowego zabiegu zapobiegającego pogłębieniu się danej choroby.



Wykres 1. Porównanie procedur medycznych (zabieg planowy oraz świadczenie nagłe – wartości pkt)

Niepłacenie za uzasadnione nadwykonania powoduje utratę płynności finansowej szpitali i hamuje ich rozwój, uniemożliwia zakup sprzętu medycznego itp. Choć NFZ nie zgadza się ze szpitalami w sprawie sfinansowania wszystkich nadwykonań, to te nie rezygnują i coraz skuteczniej dochodzą swoich roszczeń w sądach. W 2010 r. zakończyły się 282 tego typu sprawy, przy czym NFZ musiał zapłacić świadczeniodawcom 175 mln zł. W 2009 r. było ich 151, a szpitale odzyskały z NFZ 65 mln zł za świadczenia wykonane po wyczerpaniu limitu określonego w kontrakcie. Zdaniem NFZ często pacjenci mogli poczekać na przyjęcie do szpitala bez uszczerbku na zdrowiu. Z raportu NFZ wynika, że placówki bez wskazania zagrożenia życia wykonywały zabiegi chirurgiczne (np. usunięcie żylaków czy wycięcie migdałków), mimo że wiedziały, że przekraczają limit. Ale czy takie świadczenia nie powinny być zakwalifikowane do innej, również ważnej kategorii, nie tylko „R”? Najwięcej zakwestionowanych przyjęć z tego zakresu zostało odnotowanych w województwie świętokrzyskim.

Ugoda pod pistoletem

W systemie nadwykonań wszystko odbywa się na zasadzie zawierania ugody przez NFZ z każdą placówką. Zwyczajowo szpital musi pójść na ustępstwa i zrzec się części roszczeń. Zależnie od sytuacji placówki rezygnują

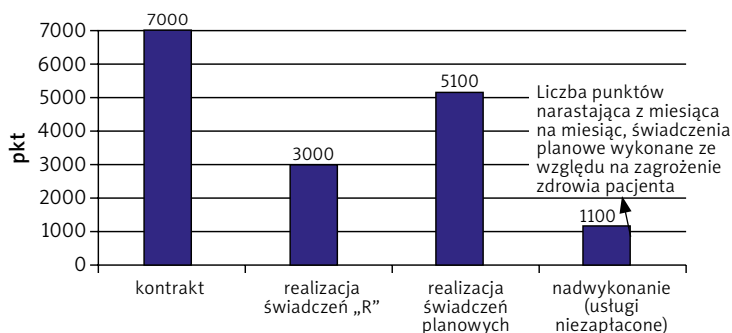
z 30 do nawet 60 proc. kwot. Jeśli fundusz i szpital nie dojdą do porozumienia, sprawa kończy się w sądzie.

W postępowaniu przed sądem najważniejsza jest dokumentacja medyczna, sposób jej prowadzenia i opis stanu pacjenta, czyli potwierdzenie, że dana procedura nie mogła zostać odłożona na późniejszy termin ze względu na zagrożenie zdrowotne. Sposób dokumentowania i zapisy w historii choroby, czyli indywidualnej dokumentacji pacjenta, są najbardziej istotne w momencie, kiedy NFZ próbuje udowodnić, że nie było to świadczenie ratujące życie, natomiast szpital chce wykazać, że było wykonane w związku z art. 15 ustawy.

Za wszystkie świadczenia medyczne wykonane ponad limit określony w kontrakcie szpitale poniosły faktyczne koszty. Szpitale są zobowiązane w stosunku do swoich dostawców do zapłaty za sprzęt jednorazowy, leki, odczynniki do laboratorium itp. Starając się regulować na bieżąco płatności, dyrektorzy nie chcą dopuścić do wstrzymania dostaw wyrobów medycznych niezbędnych do realizacji usług, co mogłoby się przyczynić do niekorzystnej sytuacji związanej z odmowami przyjęć pacjentów do szpitala. Nie można przedłużać w nieskończoność terminów płatności, zwłaszcza bez gwarancji uzyskania zapłaty z NFZ. Każda odmowa przyjęcia pacjenta do szpitala wiąże się z wydłużeniem czasu oczekiwania przez niego na wykonanie planowej procedury medycznej, którą należy zrealizować ze względów zdrowotnych, a to niewątpliwie może mieć wpływ na pogorszenie jego stanu zdrowia. Tym samym wpadamy w błędne koło: szpitale z powodu nadwykonania wydłużają kolejki oczekujących pacjentów, pacjenci czekają na zabieg planowy, stan pacjentów się pogarsza, szpital realizuje świadczenie nagle w stanie bezpośredniego zagrożenia życia (urazy itp.) – tym samym procedura jest droższa.

Równia pochyła

Z powodu niepłacenia za nadwykonania wzrastają zobowiązania finansowe wobec dostawców, ponieważ szpitale nie otrzymały zapłaty za faktycznie zrealizowane świadczenia medyczne. Po raz kolejny szpitale kredytują płatnika.



Wykres 2. Przykład – wykonanie kontraktu na oddziale zabiegowym

Innym przykładem nadwykonania jest ambulatoryjna opieka specjalistyczna i kolejki do lekarzy specjalistów. W zależności od specjalizacji terminy przyjęć mogą być bardzo odległe. W jaki sposób zapobiegać, skoro lista oczekujących pęka w szwach? Pogorszenie stanu zdrowia pacjenta jest kwestią czasu, w efekcie chory trafia do szpitala, w którym znowu powstają nadwykonania i tak w kółko. System już tego nie wytrzymał.

Przykład:

Szpital ma kontrakt z NFZ na badania endoskopowe przewodu pokarmowego: gastroskopia oraz kolonoskopia, po pewnym czasie zakontraktowano nową poradnię gastroenterologiczną. Pojawia się kolejny problem związany z oczekiwaniem pacjentów ambulatoryjnych na badania endoskopowe, ponieważ doszło wiele skierowań z poradni gastroenterologicznej, a kontrakt na badania endoskopowe pozostał na tym samym poziomie, NFZ nigdy nie płacił za nadwykonania w pracowni endoskopii, więc zarządzający podmiotami leczniczymi wprowadzają limity pod koniec roku lub w ogóle szpital nie przyjmuje pacjentów na badania. Pacjent z powodu długich kolejek szuka innego świadczeniodawcy poza powiatem, a nawet województwem z obawy przed powikłaniami. W efekcie wykona badanie prywatnie, pod warunkiem że sprzęt endoskopowy nie jest finansowany z funduszy unijnych.

Co można zrozumieć, czego nie

Można zrozumieć braki w budżecie NFZ. Wiadomo, że każdy oddział wojewódzki dysponuje takimi pieniędzmi, jakie przewiduje plan finansowy na dany rok, ale problem wynika z kilku innych kwestii: kontraktowania nowych podmiotów medycznych, braku szczegółowej analizy dostępności pewnych świadczeń, niewiarygodnych danych na temat kolejki oczekujących, czyli dzielenia tortu na coraz mniejsze kawałki.

Jeśli brakuje pieniędzy, stosuje się zasadę: komuś trzeba zabrać lub ograniczyć, aby komuś dać, skoro budżet jest taki sam. Czy jednak wyższy budżet załatwi sprawę? W końcu ktoś może nawet dostać więcej, a kolejki i tak będą takie same, chociażby do planowych zabiegów chirurgicznych.

Bardzo dużo mówi się na temat przekształceń publicznych szpitali jako jednym z elementów porządkujących system opieki zdrowotnej w Polsce. Czy przy dzisiejszym sposobie finansowania, braku płatności za nadwykonania zrealizowane zgodnie z art. 15 ustawy o działalności leczniczej, jest to jedyna droga do uporządkowania systemu? Odpowiedź na dzisiaj brzmi: stanowczo nie. Problemy finansowe spółek są coraz bardziej widoczne, a ich efektem będzie ogłoszenie upadłości. Co dalej?

Piotr Miadziółko
Autor jest dyrektorem SP ZOZ w Gostyniu,
sekretarzem Wielkopolskiego Związku Szpitali Powiatowych,
członkiem Rady Naczelnej Polskiej Federacji Szpitali.