

Szpitala do Ministerstwa Zdrowia:
żądamy ukrócenia bezprawnych praktyk NFZ

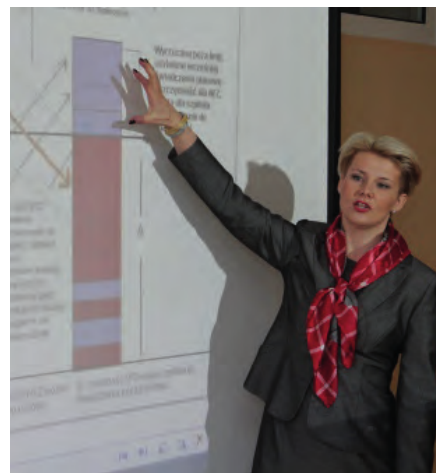
Nowy sposób, żeby nie płacić

Jak to się robi? Wystarczy wykorzystać powszechnie obowiązującą zasadę niepłacenia za ponadlimitowe świadczenia planowe. Następnie w rozliczeniach ze szpitalami samowolnie zamieniać świadczenia planowe z ratującymi życie. Efekt: milionowe straty dla szpitali, a dla NFZ – oszczędności.

W rozliczeniach finansowych ze szpitalami, dla Narodowego Funduszu Zdrowia liczy się przede wszystkim ustalony w kontraktach limit świadczeń do wykonania. Jednocześnie 1 stycznia 2011 r. jego centrala, zarządzeniem prezesa NFZ, wprowadziła uznaniowy model rozliczania świadczeń do zapłaty przez oddziały wojewódzkie według rodzaju, zgodnie z zasadą: najpierw ratujące życie, potem – ewentualnie – planowe. Kiedy więc przychodzi termin rozliczeń, zamiast rozliczać się ze świadczeniobiorcami zgodnie z kolejnością udzielania świadczeń, Fundusz rozpoczyna „zonglerkę” otrzymanymi ze szpitali danymi. Świadczenia udzielane pacjentom z zagrożeniem życia, wykonane już po przekroczeniu limitu, zamienia się miejscami z planowymi, wykonanymi wcześniej w ramach limitu (bo ten w owym czasie nie był jeszcze przekroczony). Wskutek takiego manewru, zabiegi planowe, niezależnie od terminu ich wykonania, wyrzucane są poza limit, stając się tym samym ponadlimitowymi, a w ich miejsce wstawiane są zabiegi zaliczane do ratujących życie. Ta „sztuczka” NFZ się opłaca, gdyż nie musi płacić za wykonane ponad ustalony limit świadczenia planowe,

natomiast jest zobowiązany do zapłacenia za wszystkie świadczenia ratujące życie (nawet tzw. ponadlimitowe). Problem polega na tym, że szpitale nie mogą odmawiać wykonania tych ostatnich, bo tak stanowią przepisy ustawy o działalności leczniczej.

Kiedy dyrektorzy szpitali zaczęli podliczać ponadlimitowe zabiegi za ubiegły rok stwierdzili, że... znaleźli się w kleszczach prawa stanowionego ustawowo i przepisów tworzonych jednostronnie przez NFZ. Postanowili zatem działać wspólnie i zaapelowali do ministra zdrowia Bartosza Arłukowicza, by ten skontrolował sposób rozliczeń stosowany przez Fundusz, który jest – ich zdaniem – bezprawny i doprowadza szpitale do potężnych zadłużeń. Do apelu przyłączyło się pięćdziesiąt szpitali z województw mazowieckiego i łódzkiego, a podpisały się pod nim: Związek Pracodawców Szpitali Samorządu Województwa Mazowieckiego oraz Zrzeszenie Szpitali Powiatowych i Miejskich Województwa Łódzkiego, a ponadto występujące samodzielnie trzy szpitale z woj. mazowieckiego oraz cztery z woj. łódzkiego: III SM im. dr. K. Jonschera w Łodzi i WSS im. M. Kopernika w Łodzi, SW im. Jana Pawła II w Bełchatowie oraz Powiatowe Centrum Zdrowia w Brzezinach Sp. z o.o. Przygotowany przez kancelarię prawną, a noszący datę 28 stycznia 2013 r., „Wniosek o wszczęcie postępowania, w ramach sprawowanego nad NFZ nadzoru, w związku z jego działaniami dotyczącymi sposobu kwalifikowania świadczeń zdrowotnych do zapłaty oraz przyjętego



systemu rozliczania wykonanych świadczeń zdrowotnych”, trafił już do Ministerstwa Zdrowia.

– NFZ na końcu roku do wysokości kontraktu w pierwszej kolejności zalicza nam wszystkie ostre przypadki, realizowane przez Szpitalny Oddział Ratunkowy lub Izbę Przyjęć, które są niedofinansowane. W sumie dochodzi do sytuacji, w której świadczenia planowe są jakby sztucznie wyrzucane poza kontrakt i znajdują się w nadwykonaniach, za które NFZ nie chce płacić – powiedział dyrektor Szpitala im. Kopernika w Łodzi, Wojciech Szrajber podczas konferencji prasowej zorganizowanej w Łodzi 31 stycznia br. i dodał, że w przypadku jego szpitala nadwykonania za ubiegły rok sięgają 10 mln zł, z czego, jak szacuje, nie otrzyma zapłaty za dużą część świadczeń planowych na kwotę co najmniej kilku milionów złotych.

Zdaniem wnioskodawców, problem dotyczy wszystkich szpitali, w których realizowane są procedury ratujące życie, w tym zwłaszcza posiadające SOR-y. Nowy system rozliczeń, wprowadzony na podstawie zarządzenia prezesa NFZ, został – jak czytamy we wniosku – narzucony jednostronnie i sprowadza się *de facto* do:

- niemożności rozliczenia przez świadczeniodawcę i uzyskania zapłaty za świadczenia planowe udzielone w ramach limitu;
- dokonywania przez NFZ zapłaty za świadczenia ratujące życie poza limitem przysługującym w danym okresie rozliczeniowym (miesiąc) w miejsce uprzednio udzielonych świadczeń planowych;
- „wypierania” z rozliczenia świadczeń planowych przez udzielone czasowo później świadczenia ratujące życie.

Odpowiedzi z Ministerstwa Zdrowia do tej pory nie ma, a Andrzej Troszyński, rzecznik centrali NFZ tłumaczy: – Dla Funduszu najważniejsze są procedury ratujące życie. Szpitale, podpisując kontrakt, powinny przestrzegać wyznaczonych limitów.

Adriana Sikora

