

Precedensowy wyrok: NFZ nie może wybierać pacjentów do rozliczenia

# Koniec z wybieraniem ulegątek

Fot. ImageZoo/Corbis

„Stop wybieraniu pacjentów do rozliczenia” – tak orzekł Sąd Okręgowy w Poznaniu, a jego wyrok został podtrzymany przez sąd apelacyjny, również w Poznaniu. Czy rzeczywiście dla podmiotów leczniczych otworzyła się droga do odzyskania pieniędzy za świadczenia planowe, które nie zostały opłacone przez NFZ?

Wyrzucanie świadczeń planowych przez NFZ z systemu rozliczania i zastępowanie ich w pierwszej kolejności świadczeniami „oflagowanymi” jako ratujący życie jest praktykowane powszechnie na podstawie zarządzenia prezesa NFZ Nr 79/2009/DSOZ z 27 listopada 2009 r. w sprawie określenia szczegółowych komunikatów sprawozdawczych XML dotyczących świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych (I fazy) oraz rozliczenia świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych (II fazy). Niesłusznie jednak odrzuca się świadczenia planowe, które są włączane do tzw. nadwykonań, a podmioty lecznicze mają problemy z ich rozliczeniem.

### Przedmiot sporu

W załączniku do wspomnianego zarządzenia czytamy:

#### 4.3. Kolejność uznawania i korygowania świadczeń do zapłaty

##### 4.3.1. Kolejność uznawania świadczeń:

*W komunikatach rozliczania świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych (II fazy) należy wykazywać świadczenia w następującej kolejności:*

- i. W pierwszej kolejności świadczenia ratujące życie dla świadczeniobiorców z tytułem uprawnienia innym niż ubezpieczony,*
- ii. Następnie świadczenia inne niż ratujące życie dla świadczeniobiorców z tytułem uprawnienia innym niż ubezpieczony,*
- iii. Następnie świadczenia ratujące życie dla świadczeniobiorców z tytułem uprawnienia ubezpieczony,*
- iv. Następnie świadczenia inne niż ratujące życie dla świadczeniobiorców z tytułem uprawnienia ubezpieczony.*

*System OW NFZ podczas weryfikacji komunikatu II fazy sprawdza kolejność uznawania świadczeń do zapłaty wg powyższej kolejności w kontekście wszystkich świadczeń wykazanych w komunikatach I fazy i niewskazanych jeszcze do rozliczenia w komunikacie II fazy. W przypadku gdy kolejność będzie niepoprawna, system OW NFZ będzie odrzucał pozycje z komunikatu II fazy do czasu wskazania ich w odpowiedniej kolejności.*

Czy rzeczywiście zarządzenie prezesa NFZ nie było ominięciem prawa? Czy jest wiążącym źródłem prawa? Czy podmioty lecznicze musiały to akceptować?

### Deptyanie kontraktu

Wszyscy pamiętamy, że po ukazaniu się treści powyższego zarządzenia chwytałyśmy się za głowy. Próbowaliśmy zrozumieć, o czym w tym zarządzeniu jest mowa. Z czasem już wiedzieliśmy, że system NFZ będzie w pierwszej kolejności płacił za świadczenia ratujące życie, tym samym odrzucając świadczenia planowe, nawet te, które mieszczą się w granicach ustalonego kontraktu w umowie pomiędzy stronami. Planowane świadczenia medyczne, które później przekroczyły limit, okazały się kosztem dla podmiotu leczniczego,

”NFZ w pierwszej kolejności płacił za świadczenia ratujące życie, odrzucając świadczenia planowe, nawet te, które mieszczą się w granicach ustalonego kontraktu”

stąd między innymi długie kolejki oczekujących na niektóre zabiegi.

Aby zrealizować kontrakt miesięczny zgodnie z umową z NFZ, każdy oddział szpitalny planuje hospitalizacje, umawia terminy przyjęć pacjentów na hospitalizacje planowe, wpisując ich dane na listę oczekujących zgodnie z wytycznymi NFZ, rozpisuje plan zabiegów chirurgicznych na dany miesiąc itp.

Idea planowania i wykonania świadczeń medycznych jest gwarancją zrealizowania określonej liczby punktów zakontraktowanych z NFZ. Każdy oddział, wykonujący świadczenia planowe, przewiduje w przybliżeniu liczbę punktów zrealizowanych w danym miesiącu. Zdarzają się miesiące, w których wykonywane są wyłącznie zaplanowane świadczenia, natomiast problem pojawia się w momencie, gdy liczba świadczeń nagłych (np. wykonanych po 20. dniu danego miesiąca), tzw. ratujących życie, przekroczy wartość połowy miesięcznego kontraktu. W takiej sytuacji rozliczanie świadczeń wg kolejności rozporządzenia NFZ (walidacja świadczeń medycznych) spowoduje tendencję do narastania nadwykonań z miesiąca na miesiąc i w efekcie pozostaną nierozliczone świadczenia tzw. planowe, za które NFZ nie zapłaci świadczeniodawcy i za które zapłaty szpitale będą się domagać na drodze postępowania sądowego, w najlepszym wypadku ugody przed sądem.

### Brak definicji

Wszyscy dobrze wiemy, że w lecznictwie szpitalnym nie ma jednoznacznej definicji świadczenia ratującego życie. Oczywiście jest tzw. stan nagły, a jego definicja zawarta jest w art. 5 pkt 33 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i odpowiada opisowi zawartemu w art. 3 pkt 8 ustawy z 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym: *stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała, lub utrata życia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia.*



Fot. iStockphoto

„W lecznictwie szpitalnym nie ma jednoznacznej definicji świadczenia ratującego życie”

Świadczenia ratujące życie to pojęcie bardzo szerokie i każdy specjalista może zinterpretować je inaczej. Z pewnością na podmiotach leczniczych ciąży obowiązek przyjęcia pacjenta i udzielenia świadczenia chociażby na podstawie art. 15 ustawy o działalności leczniczej: *Podmiot leczniczy nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia*, czy art. 30 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry: *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*.

Tak zwane wyrzucanie świadczeń planowych przez NFZ z rozliczenia i zastępowanie ich świadczeniami

„oflagowanymi” jako ratujące życie jest podstawą do korekty rachunku przez świadczeniodawcę. Co to jest flagowanie i na czym polega, z pewnością nie trzeba tłumaczyć, można natomiast zadać pytanie, co by się działo w przypadku flagowania wszystkich świadczeń – nie tylko tych ratujących życie, jak ujmuje to NFZ, ale chociażby udzielonych ze względu na zagrożenie zdrowia pacjenta, tak jak jest to określone właśnie w art. 15 ustawy o działalności leczniczej. Odpowiedź jest taka, że NFZ i tak wybrałby te świadczenia, które uważa za słuszne.

#### NFZ nie ma prawa tak robić

Przełomem w dążeniu do zakwestionowania treści zarządzenia prezesa NFZ Nr 79/2009/DSOZ z 27 listopada 2009 r. i systemu rozliczania świadczeń okazał się pierwszy wyrok w Polsce na korzyść jednego ze szpitali powiatowych, w którym właśnie Sąd Okręgowy w Poznaniu, a następnie Sąd Apelacyjny również w Poznaniu stwierdziły, że praktyki stosowane

przez NFZ, tzn. wybieranie pacjentów do rozliczania z pierwszeństwem dla tych, którym udzielono świadczenia ze względu na bezpośrednie zagrożenie życia, są bezprawne. Sąd orzekł, że szpitalowi należy się zapłata również za świadczenia planowe, które zostały wykonane w ramach limitu określonego w kontrakcie, a zostały odrzucone przez NFZ na rzecz świadczeń „R”, czyli ratujących życie.

Czy będzie to przełom w rozliczaniu świadczeń medycznych? Czy podmioty lecznicze będą składały kolejne pozwy celem odzyskania pieniędzy? Warto wspomnieć, że nie ma w tym przypadku zastosowania art. 22 § 22 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6 maja 2008 r.

w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z dnia 13 maja 2008 r.), który stanowi: *W przypadku dokonania zmiany w umowach w trybach określonych w § 20 i 21 świadczeniodawcy nie przysługuje roszczenie przeciwko Funduszowi o zapłatę za świadczenia wykonane ponad kwotę zobowiązania odpowiednio w rodzajach albo zakresach świadczeń, których dotyczyło zmniejszenie kwoty zobowiązania.*

### Wyrok

Zdaniem Sądu Okręgowego w Poznaniu konsekwencją zastosowania przez NFZ sposobu rozliczeń świadczeń medycznych opisanego w zarządzeniu Nr 79/2009/DSOZ było uznanie świadczeń planowych za ponadlimitowe i odmowa pokrycia ich kosztów. W efekcie szpital nie uzyskał płatności za świadczenia planowe, które wykonał w ramach limitu określonego w kontrakcie. Zdaniem sądu doszło w tym przypadku również do takiego rozłożenia kosztów udzielanych świadczeń zdrowotnych, które jest niezgodne z założeniami łączącej strony umowy oraz z założeniami ustawy. Sąd uznał, że zarządzenie Nr 79/2009/DSOZ w części nakazującej rozliczanie świadczeń ratujących życie przed świadczeniami planowymi zmierza do obejścia przepisów prawa i sprzeciwia się podstawom systemu opieki zdrowotnej. Gdyby przyjąć taką zasadę rozliczeń, jaką stosuje NFZ, świadczeniodawca mógłby się domagać zapłaty za świadczenia planowe wyłącznie wówczas, gdyby świadczenia ratujące życie nie wyczerpały całego limitu określonego w umowie, a to doprowadziłoby do wykluczenia świadczeń planowych jako podlegających rozliczeniu z NFZ.

### Wygrana w apelacji

Sąd Apelacyjny w Poznaniu podtrzymał decyzję Sądu Okręgowego w Poznaniu i oddalił apelację Funduszu. Uzasadnienie jest obszerne i napisano w nim m.in., że przyjęta przez NFZ (obecna i poprzednia) metoda rozliczania świadczeń medycznych nie wynika z żadnego z obowiązujących obecnie aktów prawnych (chodzi głównie o ustawę z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia

” Z pewnością w puli NFZ nie znajdzie się nagle więcej środków na zapłatę za świadczenia. Na razie można gratulować szpitalom, które odzyskały swoje pieniądze ”

z 20 czerwca 2008 r. w sprawie niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców), a przyjęta obecnie kolejność rozliczania świadczeń wynika jedynie z zarządzenia prezesa NFZ, które nie jest dla powoda (w tym wypadku szpitala) wiążącym źródłem prawa. Wskazana wyżej ustawa o świadczeniach i rozporządzenie nie zawierają upoważnienia dla prezesa NFZ do określania sposobu rozliczania należności z tytułu umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Sąd stwierdził, że NFZ niezasadnie dokonywał kwalifikacji pacjentów, za których płacił w pierwszej kolejności, odrzucając pacjentów planowych z systemu rozliczeń. Poza tym sąd uznał, że taka metoda rozliczeń świadczeń zmieniła warunki umowy i wyeliminowała świadczenia planowe udzielone w danym miesiącu z rozliczenia finansowego, a uchylanie się przez NFZ od zapłaty za te świadczenia prowadzi do przerzucania kosztów wykonanych zabiegów na świadczeniodawcę. Takie działania powodują niepewność, czy NFZ kiedykolwiek zapłaci za świadczenia planowe, więc świadczeniodawca, chcąc się uchronić przed brakiem płatności, musiałby realizować wyłącznie świadczenia ratujące życie. Uzasadnienia wyroków obydwu sądów są obszerne i bardzo podobne do siebie.

### Co dalej ze sprawą

Czy rzeczywiście te korzystne dla podmiotów leczniczych wyroki będą przełomem w rozliczaniu świadczeń, przyczynią się do skrócenia kolejek oczekujących pacjentów i umożliwią odzyskanie należności za świadczenia planowe mieszczące się w limicie określonym w kontrakcie, w odniesieniu do których NFZ nakazał dokonać korekty na rzecz świadczeń ratujących życie? Czas pokaże, albo następne wyroki sądów w tej sprawie z powództwa innych podmiotów leczniczych. Fundusz prawdopodobnie będzie się domagał kasacji tych wyroków. Z pewnością w puli NFZ nie znajdzie się nagle więcej środków na zapłatę za te świadczenia. Na razie można gratulować szpitalom, które odzyskały swoje pieniądze.

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