

Szpitala wygrywają procesy z NFZ

W szpitalu jak na wojnie

Jacek Szczęsny

Trzeba było 17 lat wolności, by szefowie placówek medycznych uwolnili się z okowów komunizmu i zrozumieli, że menedżer nie jest wasalem urzędników. Pierwszy na wojenną ścieżkę z NFZ wszedł Szpital Miejski im. Franciszka Raszei w Poznaniu i wygrał proces z NFZ, odzyskując 176 tys. zł za ponadlimitowe usługi wykonane w 2002 r. To spowodowało lawinę. Tylko w pierwszych trzech kwartałach minionego roku przeciwko NFZ toczyły się 302 sprawy. Dyrektorzy szpitali żądają zwrotu ponad 652 mln zł.

Do tego trzeba dodać 516 spraw z *ustawy 203*, w których szefowie domagają się ponad 2,5 mld zł. Prawnicy NFZ mają pełne ręce roboty, bo jeśli przegrają wszystkie 1273 sprawy, monopolista będzie musiał zapłacić ponad 3,3 mld zł. Różna jest wysokość roszczeń, jednak najwyższych odszkodowań żądają szpitale. Na czele są placówki z województwa mazowieckiego. Ich menedżerowie występują o zwrot 266 mln zł. Następne w kolejce są szpitale województwa śląskiego i łódzkiego (odpowiednio 171 i 156 mln zł).

Kosztowne cięcia

Kolejni szefowie NFZ, z Jerzym Millerem na czele, za priorytet swojej działalności uznali ograniczanie kosztów. Najprostszym sposobem było zmniejszanie limitów wykonań. W efekcie szpitale, zobowiązane konstytucyjnymi zapisami o ratowaniu życia, znalazły się w kłinczu. Tylko w jednym roku warszawski Szpital Dziecięcy przy Niekłańskiej wykonał zabiegi ponad limit, które wyceniono na 0,5 mln zł. – *W naszym szpitalu, tylko w latach 2002–2005 takie świadczenia kosztowały ponad 4 mln zł* – mówi Bożena Marcinkiewicz, szefowa olsztyńskiego Szpitala Wojewódzkiego.

Oczywiście, szpital wytoczył proces NFZ, domagając się zwrotu tej kwoty. Zresztą został do tego zachęcony wyrokiem sądu, który orzekł, że Fundusz ma za-

płacić 40 tys. zł za ponadlimitowe zabiegi, wykonane w jednym miesiącu na oddziale intensywnej terapii.

Powstanie śląskie

Latem zeszłego roku Górnośląskie Centrum Medyczne (GCM) wygrało z NFZ walkę o leczenie planowych chorych. Sądowe starcie było konieczne, bo Jerzy Miller na początku 2006 r. wprowadził nowy obowiązkowy program informatyczny do rozliczeń ze szpitalami. Po wpisaniu do sprawozdania wszystkich chorych leczonych w danym miesiącu program automatycznie wydzielał pacjentów, którym ratowano życie, i umieszczał ich na początku rozliczenia. W takiej sytuacji tzw. chorzy planowi, czekający na leczenie w kolejkach, zawsze znajdowali się poza limitem. Tu warto przypomnieć, że w 2005 r. Sąd Najwyższy orzekł, że NFZ musi pokryć koszty leczenia wszystkich chorych, u których przeprowadzono zabiegi ratujące życie (nawet jeśli byli to pacjenci przyjęci ponad limit). Problem w tym, że SN w swoim orzeczeniu nie wspomniał, co zrobić z pacjentami oczekującymi w kolejce. Z tej furtki prawnej skorzystał NFZ i uznał, że za takich pacjentów płacić nie musi. Zdaniem Wojciecha Olszówki, dyrektora GCM, takie rozwiązanie oznaczało nierówne traktowanie pacjentów. Mimo protestów, Olszówka w NFZ nic nie wskórał. Napisał

jednak skargę na Fundusz do rzecznika praw obywatelskich i kilkudziesięciu posłów. Rzecznik interweniował w NFZ, a kilku posłów napisało interpelacje do ministra zdrowia. W efekcie uporczywej akcji szefa placówki, ówczesny wiceprezes NFZ podjął decyzję, że szpital nie musi korzystać z programu, który wyrzucał planowych chorych ponad limit. – *Przez cały czas Fundusz twierdził, że program jest obowiązkowy i jeśli nie będziemy z niego korzystać, wcale nie dostaniemy pieniędzy. Najwyraźniej zmienił zdanie. Myślę, że musiał, bo takie postępowanie było bezprawne* – stwierdził Wojciech Olszówka. Teraz GCM czeka na kilka milionów złotych, które należą mu się za leczenie chorych przyjętych ponad limit.

NFZ w opatach

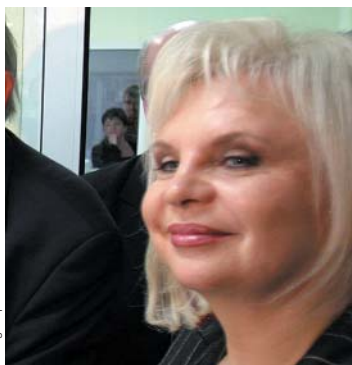
O tym, że dyrektorzy podnieśli wreszcie głowy, najlepiej świadczą liczby pozwów kierowanych przeciwko NFZ. W 2003 r. było ich 182, 2 lata później już 266, a przez 9 miesięcy minionego roku szpitale wytoczyły aż 320 spraw. Zwiększa się także suma kwot, jakie żądają szpitale. Cztery lata temu było to 187,5 mln zł. W 2006 r. ponad 3 razy więcej. Jednocześnie pojawiły się precedensy prawne, które ułatwiają orzecznictwo sądom niższej instancji, przyspieszając korzystne rozstrzygnięcia. Przykładem korzystny wyrok Sądu Najwyższego w sprawie szpitala w Tarnowie, który domagał się od NFZ ponad 182 tys. zł za świadczenia wykonane ponad limit określony w umowie z Funduszem na jednym z oddziałów (ale na innym nie wykonał zakontraktowanej liczby świadczeń za 267 tys. zł). Szpital argumentował, że placówka ochrony zdrowia nie jest w stanie przewidzieć dokładnie liczby wykonywanych usług medycznych na poszczególnych oddziałach. Sędzia Barbara Myszka, przewodnicząca sprawie, stwierdziła bowiem, że *kontrakt na świadczenia zdrowotne to nie jest typowa umowa. Jeśli świadczenia przekraczające ustalony limit były uzasadnione medycznie i mieszczą się w ogólnej wartości świadczeń ustalonych w umowie ze szpitalem na dany rok, należy się mu wynagrodzenie*.

Podobny wyrok SN zapadł w sprawie Fundacji Szpitalnictwa i Przekształceń w Ochronie Zdrowia. Fundacja, jako spadkobierca wierzytelności Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ostrowie Śląskim, domagała się 2 mln zł za nadwykonania, które powstały w latach 2000–2001. Sąd Najwyższy uchylił niekorzystny dla szpitala wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie. Uznał, że przekroczenie liczby świadczeń jednego rodzaju, a wykonanie innych w mniejszym wymiarze, niż przewidziano w kontrakcie z NFZ, rodzi obowiązek zapłaty za nie, jeżeli łączna wartość usług medycznych nie przekracza kwoty określonej umową. Sędziowie SN przychyliłi się także do stanowiska Samodzielnego Zespołu Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej w Warszawie, który domagał się ponad 560 tys. zł za świadczenia wykonane ponad limit. Sąd uznał, że Fundusz musi za nie zapłacić, bo ich wykonanie nie mogło być odłożone w czasie, gdyż służyły ratowaniu życia i zdrowia.

O tym, że placówki ochrony zdrowia mogą wygrać z Funduszem, świadczy również wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie w sprawie Szpitala im. J. Bogdanowicza. Sąd przyznał placówce ponad 564 tys. zł za świadczenia udzielone ponad limit w 2002 r. Uzasadniając wyrok, sędzia stwierdził, że Mazowiecka Kasa Chorych była informowana o wykonaniu większej liczby świadczeń, niż przewidywał to kontrakt. Jednocześnie nie zakwestionowała ona zasadności wykonywanych usług. Nie wydała również zakazu ich udzielania. Początkowo nawet za nie płaciła, a więc w sposób domniemany godziła się na powstanie nadlimitów. Na podobnej zasadzie stołeczny Szpital Bródnowski ma otrzymać z NFZ aż 2 mln zł.

Czasowstrzymywacz

Liczba wytoczonych spraw i korzystne wyroki świadczą o tym, że NFZ już nie ma czasu. Zmiany w sposobie kontraktowania wymagają natychmiastowych modyfikacji. Jeśli Fundusz tego nie zrobi, liczba spraw będzie wzrastać, a coraz większe roszczenia za-



” Bożena Marcinkiewicz, szefowa olsztyńskiego Szpitala Wojewódzkiego: – *Tylko w latach 2002–2005 świadczenia ponadlimitowe w naszym szpitalu kosztowały ponad 4 mln zł* ”

” Wojciech Olszówka, dyrektor Górnośląskiego Centrum Medycznego: – Wiceprezes NFZ podjął decyzję, że szpital nie musi korzystać z programu, który wyrzucał planowych chorych ponad limit. Tymczasem przez cały czas Fundusz twierdził, że program jest obowiązkowy i jeśli nie będziemy z niego korzystać, wcale nie dostaniemy pieniędzy ”



for. Agencja AGORA

chwieją stabilnością Funduszu. Jednym z rozwiązań, które zdaniem dyrektorów szpitali pomogłoby rozwiązać problem nadlimitów, jest wprowadzenie w placówkach medycznych tzw. budżetów globalnych. Pla-

cówka sama decydowałaby o podziale środków z NFZ na poszczególne świadczenia zdrowotne. Nie byłoby więc limitu ilościowego, tylko finansowy, którego nie można by przekroczyć. ■



Szpital na wokandzie

Materiały źródłowe: NFZ

Sprawy wytoczone przez dyrekcje szpitali NFZ i kwoty roszczeń

| Wojewódzki Oddział NFZ | Sprawy z tytułu ustawy 203 | | Roszczenia związane ze świadczeniami zdrowotnymi udzielonymi ponad limity | |
|------------------------|----------------------------|-----------------------|---|-----------------------|
| | liczba spraw | kwota roszczeń (w zł) | liczba spraw | kwota roszczeń (w zł) |
| Dolnośląski | 13 | 71 198 096 | 3 | 1 794 710 |
| Lubelski | 39 | 176 507 115 | 8 | 30 464 450 |
| Lubuski | 17 | 44 370 537 | 5 | 17 987 474 |
| Łódzki | 59 | 342 364 196 | 71 | 132 776 108 |
| Kujawsko-Pomorski | 31 | 154 181 050 | 11 | 93 162 654 |
| Małopolski | 30 | 134 125 199 | 20 | 97 976 492 |
| Mazowiecki | 84 | 342 425 872 | 128 | 192 107 508 |
| Opolski | 10 | 31 736 214 | 3 | 2 210 783 |
| Podkarpacki | 14 | 93 871 197 | | |
| Podlaski | 14 | 159 685 787 | 3 | 7 134 942 |
| Pomorski | 31 | 166 338 291 | 6 | 2 591 599 |
| Śląski | 75 | 322 642 287 | 8 | 9 261 583 |
| Świętokrzyski | 22 | 123 292 938 | 3 | 3 772 347 |
| Warmińsko-Mazurski | 15 | 56 039 501 | 1 | 704 063 |
| Wielkopolski | 46 | 200 712 204 | 17 | 25 880 436 |
| Zachodniopomorski | 16 | 81 956 447 | 15 | 34 727 678 |
| łącznie | 516 | 2 501 446 939 | 302 | 652 552 836 |