

Rozliczanie świadczeń ponadlimitowych

Świadczenia ponadlimitowe to świadczenia opieki zdrowotnej udzielone pacjentom przez świadczeniodawcę, które przekroczyły limit ustalony w umowie z Narodowym Funduszem Zdrowia. Takie umowy określają maksymalną wysokość zobowiązania NFZ wobec świadczeniodawcy za określone świadczenia opieki zdrowotnej wykonane w określonych terminach.

Umowa z NFZ przewiduje roczny okres rozliczeniowy podzielony na miesięczne okresy sprawozdawcze. Do 10. dnia każdego miesiąca świadczeniodawca powinien złożyć do właściwego wojewódzkiego oddziału NFZ dokumentację rozliczeniową, tj. rachunek i raport statystyczny. Następnie w terminie 15 dni od dostarczenia przez świadczeniodawcę dokumentacji rozliczeniowej NFZ powinien wypłacić należności z tytułu wykonania umowy. W przypadku zwłoki w dostarczeniu płatnikowi dokumentów rozliczeniowych, termin ten zostaje odpowiednio przedłużony.

Wyjątki uwzględniane przez płatnika

Zgodnie z ogólną zasadą wynikającą z przepisów, NFZ jest zobowiązany do finansowania świadczeń do kwoty ustalonej w umowie ze świadczeniodawcą. Oznacza to, że może on odmówić wypłaty za usługi przekraczające ten limit z wyjątkiem:

- świadczeń w stanach nagłych, czyli udzielonych w stanach, gdy taki obowiązek przewidują przepisy prawa. Przykładowo taką podstawą prawną może być art. 15 ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, zgodnie z którym podmiot leczniczy nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje jego natychmiastowego udzielenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia. Inną podstawą prawną może być art. 30 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, zgodnie z którym istnieje obowiązek lekarza do udzielenia pomocy 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. W praktyce zatem powinny to być stany nagłego zagrożenia życia lub przewidywane w krótkim czasie pojawienie się objawów pogorszenia zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata zdrowia, wymagające podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia (podobnie wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi w z 16.09.2014, sygn. akt I ACa 335/14). Co istotne, także świadczeniodawca, który nie zawarł umowy o ich udzielanie z NFZ, ma prawo do wynagrodzenia w przypadku udzielania świadczeń w stanach nagłych — w granicach kosztów wyłącznie uzasadnionych do udzielenia niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej. Wynika to z art. 19 ustawy z 27 sierpnia 2004 o udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (dalej jako: ustawa o świadczeniach);
- świadczeń zdrowotnych Nielimitowanych, czyli takich, za które NFZ ma obowiązek zapłaty bez względu na ich liczbę (położnictwo, kardiologia inwazyjna, przeszczepy, pakiet onkologiczny, leczenie niemowląt).

W praktyce można jeszcze wyróżnić pojęcie nadwykonań planowych. Są nimi świadczenia inne niż nagłe, które wynikają z decyzji świadczeniodawcy i za jego wiedzą o przekroczeniu limitu finansowania przez NFZ. Takie decyzje mają wpłynąć na zwiększenie limitu finansowania w

kolejnym okresie rozliczeniowym, który jest ustalany na podstawie liczby usług wykonanych w poprzednim okresie.

Skomplikowana zapłata za nadwykonania pozorne

Niezależnym od woli i decyzji świadczeniodawcy świadczeniem ponadlimitowym są tzw. nadwykonania pozorne, które mogą mieć wpływ na jego budżet. Są to świadczenia ponadlimitowe, które się nimi stały w wyniku przesunięć dokonanych przez NFZ. W takiej sytuacji przy rozliczaniu miesięcznych okresów sprawozdawczych płatnik najpierw rozlicza świadczenia nagłe, a dopiero potem świadczenia planowe do wysokości ustalonego w umowie limitu miesięcznego. W efekcie dochodzi do sytuacji, w której świadczenia planowane zostają uznane za nadwykonania. Tym samym NFZ często odmawia zapłaty za nadwykonane świadczenia, uzasadniając to przekroczeniem limitu wynikającego z umowy.

Taka praktyka jest wątpliwa i może rodzić dużo utrudnień dla świadczeniodawców. W szczególności może to wynikać z faktu, że świadczeniodawca zostanie zobowiązany do przewidywania w danym miesiącu, ilu może pojawić się w placówce pacjentów w stanie nagłym oraz jaki to będzie miało wpływ na ewentualną możliwą do rozliczenia liczbę świadczeń planowanych. W konsekwencji taka sytuacja może negatywnie odbić się na pacjentach, bowiem ograniczanie liczby świadczeń planowanych w obawie przed brakiem możliwości ich prawidłowego rozliczenia sprawi, że będą one dla nich mniej dostępne.

W takim scenariuszu często jedynym wyjściem dla świadczeniodawcy jest skierowanie sprawy na drogę sądową i dochodzenie tam zapłaty za wykonane wcześniej świadczenia planowane. Jednocześnie świadczeniodawca może obniżyć ryzyko takich zdarzeń, w szczególności przez każdorazowe dokładne badanie pacjenta, czy znajduje się on w stanie nagłego zagrożenia życia lub zdrowia i możliwie rzetelne prowadzenie dokumentacji medycznej. Do rozważenia także jest w pierwszej kolejności raportowanie do NFZ świadczeń planowych mieszczących się w limicie, a dopiero w kolejnej turze skierowanie do płatnika pytania o rozliczenie świadczeń ponadlimitowych.

Uciążliwość sporów sądowych

Spory o rozliczanie z NFZ świadczeń ponadlimitowych to temat regularnie pojawiający się w mediach. Co ciekawe, z perspektywy prawnej nie jest to zagadnienie trudne, bowiem jak wskazano wyżej przepisy jasno wskazują rodzaje świadczeń, które można rozliczyć niezależnie od limitu. W praktyce jednak dochodzenie przez świadczeniodawcę należnej zapłaty z tego tytułu potrafi być uciążliwe.

Wynika to głównie z faktu, że mimo precyzyjnych przepisów w tym zakresie, to płatnik — broniąc się przed wypłatą dodatkowych wysokich kwot za wykonane świadczenia — często postanawia podjąć batalię sądową o zapłatę. W takim sporze może on kwestionować każdy aspekt dochodzonej przez świadczeniodawcę należności, tzn. zarówno wszystkich, jak i niektórych wykonanych świadczeń przekraczających limit.

W praktyce spór sądowy często bywa uciążliwy dla świadczeniodawcy, co w szczególności wynika z tego, że:

- świadczeniodawca pozywający NFZ jest obciążony obowiązkiem dowodowym. Oznacza to, że to on jest zobowiązany zgromadzić materiał dowodowy i przedstawić go w sądzie. W tym kontekście szczególnie istotne jest właściwe prowadzenie przez podmiot dokumentacji medycznej, którą można wykorzystać przed sądem — zwłaszcza gdy sprawa ma dotyczyć świadczeń wykonanych wobec dużej liczby pacjentów. Właściwe

udokumentowanie okoliczności wykonania konkretnych świadczeń — w tym danych pacjentów i materiałów rachunkowych — jest jednym z kluczowych elementów;

- spór sądowy często wiąże się z wysokimi kosztami. W tym kontekście w sporze przeciwko NFZ należy uiścić opłatę za pozew w wysokości 5 proc. od wartości dochodzonego roszczenia, nie mniejszej jednak niż 30 zł i nie większej niż 100 tys. zł. Jednocześnie świadczeniodawca ma prawo do złożenia wniosku o zwolnienie całkowite lub częściowe z kosztów sądowych, które obejmują zarówno opłatę sądową od pozwu, jak i inne powstałe w trakcie procesu. Taki wniosek powinien zawierać dokumentację wskazującą, że świadczeniodawca nie jest w stanie ponieść opłat bez uszczerbku dla prowadzonej przez siebie działalności.

O zwolnieniu z kosztów decyduje sąd przez wydanie postanowienia. Może on zwolnić świadczeniodawcę z kosztów w całości, w części (np. wskazując kwotę zwolnienia) lub tego odmówić;

- proces dodatkowo rozkłada się w czasie, trwając miesiące lub nawet lata w bardziej skomplikowanych postępowaniach. Kluczowe dla świadczeniodawcy jest odpowiednie przygotowanie się do postępowania, zwłaszcza przez rzetelne zgromadzenie niezbędnego materiału dowodowego, który pozwoli przekonać sąd do swoich racji.

Powyższe czynniki mają strategiczne znaczenie dla NFZ, bowiem może on podważać zasadność roszczeń świadczeniodawcy i rozkładać proces zwrotu kosztów w czasie. Często prowadzi to do zawarcia przez NFZ korzystniejszej dla niego ugody sądowej, która może uznawać np. tylko część dochodzonych przez świadczeniodawcę kosztów. Dodatkowo dla NFZ wykorzystanie drogi sądowej często pozwala na rozłożenie wypłat różnym świadczeniodawcom w czasie, dzięki czemu może on kontrolować swój budżet. Odpowiednie przygotowanie świadczeniodawcy do procesu, wraz ze zgromadzeniem potrzebnej i rzetelnie opracowanej dokumentacji będzie miało kluczowe znaczenie dla sprawnego rozstrzygnięcia sprawy.

Nowy sposób rozliczania kosztów?

Do tej pory rozliczanie zapłaty za wykonanie świadczeń ponadlimitowych odbywało się na podstawie stawek ustalonych w umowie pomiędzy NFZ i świadczeniodawcą. Oznacza to, że świadczeniodawca zwracał się o zapłatę w wysokości odpowiadającej podobnym świadczeniom udzielonym w ramach ustalonego limitu. Praktyka ta może jednak ulec zmianie w świetle orzeczenia Sądu Najwyższego z 27 sierpnia 2015 r. (sygn. akt III CSK 455/14). Sąd Najwyższy stwierdził w tym wyroku, że mimo iż podstawą do dokonywania rozliczeń jest umowa z NFZ, to rozliczanie świadczeń wykonanych ponad ustalony limit powinno następować na podstawie uzasadnionych kosztów, jakie poniósł świadczeniodawca. A zatem tak samo, jakby świadczenie zostało wykonane przez podmiot niemający zawartej z NFZ umowy zgodnie z art. 19 ustawy o świadczeniach. Mimo że Sąd Najwyższy nie sprecyzował, co dokładnie należy rozumieć przez „uzasadnione koszty”, to definicję tego pojęcia można budować w odniesieniu do podobnych wyrażeń stosowanych w innych dziedzinach prawa lub do samego kontekstu wydania orzeczenia.

Krzysztof Kumala,

associate w Zespole Life Sciences kancelarii Domański Zakrzewski Palinka; alumn Fundacji im. Lesława Pagi

Podstawa prawna

Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jedn. Dz.U. z 2015 r., poz. 464);

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. Dz.U. z 2015 r., poz. 581);

Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn. Dz.U. z 2015 r., poz. 618).

Treść artykułu nie stanowi opinii prawnej ani jakiegokolwiek porady prawnej i nie może być podstawą do podjęcia jakiegokolwiek decyzji biznesowej.

Artykuł pochodzi z portalu pulsmedycyny.pl
