

Czy pacjenci powinni mieć prawo dopłacać do ponadstandardowego leczenia?

Kategoria: Polityka Zdrowotna

Opublikowano: piątek, 22, listopad 2013 23:00

Rafał Rudka

Odśłony: 1830

O kwestii dopłat do usług medycznych, by pacjent miał prawo do wolnego wyboru standardu leczenia, dyskutowali uczestnicy spotkania zorganizowanego we wtorek przez Konfederację Lewiatan.

Zdaniem Narodowego Funduszu Zdrowia, usługa medyczna może być albo całkowicie refundowana przez NFZ, albo w całości opłacona przez pacjenta - Fundusz nie dopuszcza formy mieszanej, w której to pacjent ponosiłby część kosztów w przypadku usług ponadstandardowych. Zgodnie z taką interpretacją NFZ, chory nie ma możliwości skorzystania z zaawansowanych technologii nawet za dopłatą mimo, że NFZ nie finansuje najlepszego, dostępnego na rynku leczenia. NFZ zakazuje podmiotom leczniczym pobierania dopłat za wyższy standard leczenia i prowadzi z nimi spory prawne nakładając kary umowne i wypowiadając umowy. Pośrednio uderza to w pacjentów, którym odbiera się prawo wyboru, a nawet prawo do leczenia się w ramach składki w wybranych szpitalach. Zdaniem Konfederacji Lewiatan interpretacja NFZ jest błędna, ograniczająca prawo podmiotowe pacjenta; już w obecnym stanie prawnym brak podstaw do takiego rozumowania.

Zakaz niezgodny z prawem

- Nie ma przepisu, na który NFZ mógłby się powołać zakazując pacjentom dopłat do wybranego przez siebie leczenia. Prawo do leczenia jest bowiem prawem człowieka - komentowała mec. Kieszkowska-Knapik z kancelarii Baker McKenzie.

Od lat kwestia dopłat do ponadstandardowego leczenia pojawia się w sporze o znieczulenie przy porodzie - według koszyka świadczeń, NFZ płaci szpitalom za procedurę „poród”. Przepisy nie wyszczególniają jednak, co wchodzi w jej skład, a koszyk ma przecież charakter „pozytywny” - NFZ finansuje tylko to co w nim jest wyszczególnione. Według Funduszu, stawka jaką płaci za poród pokrywa koszty ewentualnego znieczulenia, które jest wskazane ze względów medycznych. Spór między dyrektorami szpitali a NFZ dotyczy natomiast sytuacji, gdy pacjenta prosi o znieczulenie „na własne życzenie”. W takiej sytuacji NFZ nie finansuje kosztów znieczulenia, ale nadal zakazuje szpitalom pobierania opłat za nie. Dyrektorzy szpitali wyceniają samo znieczulenie na ok. 600-1000 zł. Pacjentki, które otrzymują je „na własne życzenie” wnoszą te opłaty w różnych formach, tak by ominąć zakazową interpretację NFZ (np. wykupują tzw. cegiełki, wpłacają darowizny na przyszpitalne fundacje). Wtedy mogą rodzić w ramach NFZ, ale ze znieczuleniem, za które NFZ szpitalowi nie zwraca.

Podobna sytuacja dotyczy np. zabiegu endoprotezoplastyki stawu biodrowego. W koszyku świadczeń gwarantowanych nie zostało doprecyzowane co wchodzi w skład tego zabiegu, a przede wszystkim jakiego rodzaju proteza może być wykorzystywana. Zwykle szpitale stosują najtańszą opcję, jednak jeśli pacjent życzy sobie by wszczepiona proteza wykonana była z lepszego materiału i chce za nią dopłacić, interpretacja NFZ nie daje takiej możliwości.

Problem dopłat do ponadstandardowego leczenia dotyczy także operacji zaćmy i wyboru przez pacjenta soczewek. Podczas spotkania w siedzibie Konfederacji Lewiatan zwrócono uwagę na sytuację warszawskiego szpitala Sensor Cliniq - 20 września br. MOW NFZ rozwiązał ze szpitalem Sensor Cliniq umowę umożliwiającą zoperowanie rocznie ponad 3500 pacjentów. Wypowiadając umowę MOW NFZ pozbawił jednocześnie pacjentów możliwości wykonania operacji, na którą czekali wiele miesięcy lub kilka lat. Jako oficjalną przyczynę zerwania kontraktu MOW NFZ podał pobieranie przez szpital od pacjentów opłat za świadczenia gwarantowane. Zdaniem MOW NFZ dochodziło do podwójnego finansowania usługi, bo pacjenci placówki płacili za operacje zaćmy, które były jednocześnie refundowane przez Fundusz. Sensor Cliniq tłumaczy jednak, że do podwójnego finansowania nie

Czy pacjenci powinni mieć prawo dopłacać do ponadstandardowego leczenia?

Kategoria: Polityka Zdrowotna

Opublikowano: piątek, 22, listopad 2013 23:00

Rafał Rudka

Odsłony: 1830

dochodziło, bo szpital oferował całkowicie bezpłatne leczenie standardowe, na które miał umowę z MOW NFZ, a także świadczenia ponadstandardowe, których Fundusz nie refunduje, a do których pacjenci mogli dopłacać, jeśli sobie tego życzyli.

Nie można mówić o podwójnym finansowaniu

Zdaniem mec. Pauliny Kieszekowskiej-Knapik z kancelarii Baker McKenzie, jeśli wybór droższej metody odbywa się w zakresie niefinansowanym przez NFZ, na życzenie pacjenta, w odpowiedzi na jego zapotrzebowanie, nie można mówić o podwójnym finansowaniu. Zgodnie ze stanowiskiem Trybunału Konstytucyjnego dostęp do leczenia powinien być rzeczywisty, a nie iluzoryczny. Jeżeli NFZ nie jest w stanie sfinansować całej nowoczesnej medycyny, nie może pacjentom utrudniać prywatnego dostępu do niej - podkreślała Kieszekowska-Knapik.

Jakub Wojnarowski, Zastępca Dyrektora Generalnego Konfederacji Lewiatan podkreślił, iż takie sytuacje jak ta, w której znalazł się szpital Sensor Cliniq, przede wszystkim nie służą dobru pacjenta: - *Pacjenci są karani zachowaniem NFZ, ogranicza się ich prawo do wyboru sposobu leczenia. Tak być nie powinno.*

Dr Anna Kieszekowska-Grudny, Dyrektor Zarządzający Europejskiego Centrum Zdrowia Otwork, odnosząc się do sytuacji w jakiej znalazła się placówka Sensor Cliniq, wskazała przede wszystkim na dalsze losy pacjentów, którzy oczekiwali w tym szpitalu na zabieg zaćmy. - *MOW NFZ nie zaproponował nic pacjentom, którzy w wyniku zerwania umowy MOW NFZ z Sensor Cliniq są skazani na ustawienie się w kolejce do innej placówki, de facto trafiając na koniec tej kolejki w jakiejś innej placówce, co w praktyce może oznaczać dla nich kolejne 2-3 lata oczekiwania* - powiedziała Kieszekowska-Grudny.

Głos w dyskusji na temat sytuacji pacjentów zabrała także Małgorzata Pacholec, Prezes Stowarzyszenia Retina AMD Polska, Dyrektor Polskiego Związku Niewidomych, która podkreśliła, iż ani Rzecznik Praw Pacjenta, ani nikt z NFZ nie odpowiedział na pisma kierowane przez Stowarzyszenie w sprawie sytuacji osób chorujących na zaćmę. - *NFZ działa jak niekontrolowana i samoistna wyrocznia, a pacjent zostaje pozostawiony sam sobie* - dodała.

Obecne stanowisko NFZ, niepozwalające na dopłacanie przez pacjentów do zabiegów refundowanych przez Fundusz, nie wynika z przepisów bezpośrednio zakazujących pobierania dodatkowych opłat, bo takich nie ma, ale wyłącznie z interpretacji rozporządzeń koszykowych przez NFZ. - *Interpretacja NFZ dotycząca świadczeń w szpitalu na zasadzie „wszystko albo nic” oznacza, że albo bierzemy co nam daje NFZ, albo jesteśmy „karani” za to, że chcemy więcej lub inaczej i musimy płacić za wszystko z własnej kieszeni* - komentuje mec. Kieszekowska-Knapik z kancelarii Baker McKenzie.

Zdaniem Katarzyny Sabiło z Fundacji Lege Pharmaciae takie podejście NFZ jest szkodliwe dla pacjentów i przeczy konstytucyjnej zasadzie równego prawa do leczenia: - *Chory powinien mieć prawo dopłacić trochę do refundowanej usługi, jeśli chce mieć wyższy standard. niesprawiedliwe jest, jeśli chory odprowadza składkę zdrowotną i musi iść do prywatnej kliniki oraz sfinansować całość usługi z własnej kieszeni.*

Dyrektywa przewiduje dopłaty

Warto także zwrócić uwagę, że dopłaty do leczenia ponadstandardowego przewiduje dyrektywa Parlamentu Europejskiego w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej.

Czy pacjenci powinni mieć prawo dopłacać do ponadstandardowego leczenia?

Kategoria: Polityka Zdrowotna

Opublikowano: piątek, 22, listopad 2013 23:00

Rafał Rudka

Odsłony: 1830

Zgodnie z jej zapisami, NFZ zwróci polskim pacjentom pieniądze za leki, poradę specjalisty, badanie lub zabieg wykonany w innym kraju Unii Europejskiej według polskich stawek, a jeżeli leczenie będzie droższe, różnicę z własnej kieszeni pokryje pacjent. Takiej możliwości, zgodnie z obowiązującymi interpretacjami NFZ, nie mają jednak pacjenci decydujący się na terenie Polski na procedury medyczne powyżej standardu określonego w koszyku świadczeń gwarantowanych.

- Czy w związku z niedostatkiem publicznych środków, jesteśmy skazani na brak dostępu do nowocześniejszych metod leczenia niż te, które znajdują się w koszyku świadczeń NFZ? Możliwość dopłaty do świadczeń o wyższym standardzie niż oferowane w ramach wyceny NFZ jest od lat korzystnym dla pacjentów uzupełnieniem ograniczonej oferty NFZ. Dopiero od niedawna NFZ zaczął tę praktykę negować karząc szpitale, które oferują wyższy standard. W przypadku np. zaćmy, NFZ od 8 lat nie unowocześnił oferowanego przez siebie standardu leczenia - mówił Jakub Wojnarowski, zastępca dyrektora generalnego Konfederacji Lewiatan. - Konieczne jest szukanie rozwiązań, dzięki którym możliwe będzie zabezpieczenie pacjentom dostępu do najnowszych technologii.

Eksperci zwracają uwagę, że pobieranie opłat za świadczenia ponadstandardowe jest praktyką stosowaną przez placówki realizujące umowy z NFZ w całej Polsce - dotyczy to zarówno jednostek publicznych, jak i prywatnych. Przedstawiciel Lewiatana zwraca jednak uwagę, że w opinii Konfederacji działania Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ wobec szpitala Sensor Cliniq pokazały nierówne traktowanie podmiotów z sektora publicznego i prywatnego, świadczących usługi zdrowotne w ramach kontraktów z NFZ. *- W naszej ocenie standardy przeprowadzania kontroli przez MOW NFZ wydają się inne dla podmiotów publicznych świadczących usługi w podobnym zakresie, dyskryminując podmioty prywatne przy jednoczesnym nie wyciąganiu jednakowych konsekwencji od szpitali publicznych również pobierających dopłaty od pacjentów. Tym bardziej wydaje się konieczne takie interpretowanie obowiązującego prawa, by pacjent miał prawo do wolnego wyboru standardu leczenia, a podmioty z sektora publicznego i prywatnego, świadczące usługi zdrowotne w ramach kontraktów z NFZ, były traktowane w równy sposób - dodaje Wojnarowski.*

Źródło: Konfederacja Lewiatan