

V Ý Z V A

výboru anestéziológie a intenzívnej medicíny Regionálnej lekárskej komory v Trenčíne

Výbor anestéziológie a intenzívnej medicíny RLK v Trenčíne z dôvodov:

- 1) dlhodobého podfinancovania intenzívnej zdravotnej starostlivosti, ktoré vôbec nekorešponduje nielen s jej nárokmi pri postupe *lege artis*, ale zjavne neumožňuje riadne dodržiavať, bez ekonomických následkov pre celú nemocnicu, právne normy upravujúce poskytovanie zdravotnej starostlivosti (čo môže mať a neraz aj máva závažné právne konzekvencie);
- 2) aktuálne prebiehajúcej ďalšej redukcie (vraj dohodnutej) zmluvných finančných prostriedkov za poskytnutú intenzívnu starostlivosť zo strany zdravotných poisťovní, a.s., čo sa týka **nielen medziodborovej intenzívnej starostlivosti na OAIM**, ale čoraz viac **aj odborových JIS**;
- 3) častokrát absolútne svojvoľného konania revízných pracovníkov zdravotných poisťovní, a.s., ktorí pri vyhodnocovaní indikácie či neindikácie k hospitalizácii na pracovisku intenzívnej starostlivosti nezohľadňujú nielen základné princípy postupu *lege artis* („*Salus aegroti suprema lex*“ a „*Primum non nocere*“), ale ani všeobecne záväzné právne predpisy prijaté príslušnými orgánmi štátu, vrátane MZ SR;
- 4) stúpajúcej tendencie všetkých(!) zdravotných poisťovní, a.s., voči nemocničným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti poskytujúcim zdravotnú starostlivosť v medziodborovej či odborovej intenzívnej medicíne, vôbec neuzať a teda následne ani nezaplatiť intenzívnu zdravotnú starostlivosť poskytnutú pacientom, a to bez riadneho zdôvodnenia či už medicínskymi dôvodmi alebo právnymi predpismi;
- 5) chaotického, či niekedy až deštruktívneho prístupu k systému intenzívnej zdravotnej starostlivosti aj zo strany štátnych orgánov SR, vrátane masívnej a nekoncepčnej redukcie intenzívnych lôžok napriek tomu, že počet pacientov vyžadujúcich intenzívnu starostlivosť jednoznačne stúpa;
- 6) že popri už vyššie uvedenom sa právna zodpovednosť za poskytnutú zdravotnú starostlivosť od roku 2005 posunula do sféry objektívnej právnej zodpovednosti, čo znamená, že lekár musí zväziť absolútne všetko a vykonať úplne všetko, vrátane indikácie intenzívnej starostlivosti čo i len pri minimálnom, či na prvý pohľad zanedbateľnom riziku progresie či možnosti fatálneho vývoja ochorenia u pacienta;
- 7) že toto má nevyhnutne a logicky priame trestnoprávne dôsledky, pričom tejto trestnoprávnej zodpovednosti sa nijako nedá vyhnúť, čo platí najmä pre lekárov, keďže štát a poisťovne priamo vynucujú selekciu pacientov na vyžadujúcich a údajne nevyžadujúcich intenzívnu starostlivosť, a to nie na základe medicínskych kritérií, ale ekonomicko-svojvoľných kritérií, ktoré ešte popri tom vyhodnocujú až *ex post*;
- 8) až neuveriteľnej pasivity manažmentov nemocníc, ktoré nepreberajú absolútne žiadnu zodpovednosť za nevýhodne podpísané zmluvy s poisťovňami pre nemocnice, ako ani za „nesprávne poskytnutú zdravotnú starostlivosť, čo znamená nevykonanie všetkého“, ktorá z bezprecedentnej redukcie intenzívnej starostlivosti v zmluvách s poisťovňami nevyhnutne vyplýva; a preto sa výbor

rozhodol touto výzvou obrátiť k lekárskej nielen anestéziologickej, ale i širokej intenzivistickej obci ostatných klinických odborov, aby boli nielen zdravotným poisťovňam, a.s., ale i ÚDZS a MZ SR položené nasledujúce otázky a žiadané vysvetlenia. (Hoci táto výzva smeruje k celej intenzivistickej obci, pre zjednodušenie sa budeme opierať nie o všetky odborové koncepcie intenzívnej starostlivosti, ale o Koncepciu zdravotnej starostlivosti v odbore anestéziológia a intenzívna medicína vydanou vo Vestníku MZ SR pod č. 23/2007, ktorej tézy sa v značnej miere dajú použiť i pre odborovú intenzívnu starostlivosť. Názvy právnych predpisov spolu s ich číslami sú uvedené na konci výzvy.)

Kde je úloha intenzívnej medicíny?

Podľa koncepcie sú na oddeleniach OAIM hospitalizovaní pacienti, u ktorých došlo **k zlyhaniu jedného alebo viacerých vitálne dôležitých orgánov** alebo orgánových systémov. Úlohou intenzívnej medicíny je zlepšiť a stabilizovať stav pacienta, čo vykonáva metódami, postupmi a technickým vybavením intenzívnej medicíny, a to sú:

- podpora a liečba funkcie zlyhávajúceho orgánu (orgánov) s cieľom reštitúcie jeho funkcie a
- náhrada činnosti zlyhávajúceho orgánu za účelom arteficiálneho zaistenia jeho funkcií v organizme.

Napr. v prípade **zlyhávania obličiek** sa za podporu či náhradu ich činnosti platí zo strany zdravotných poisťovní, a.s., úhrada **X € za 4-hodinovú podporu či úplnú náhradu zlyhania** tohto orgánu.

A teraz položme otázky – **Prečo nie je obdobným spôsobom uhrádzaná podpora či náhrada** v prípadoch:

- **zlyhávania respiračného systému**, ktoré vyžaduje umelú pľúcnu ventiláciu tiež technickými prostriedkami (vrátane nebulizácie, terapeutickej inhalácie, inštrumentálnej a prístrojovej toalety),
- **zlyhávania kardiovaskulárneho systému**, ktoré vyžaduje elektrickú, prípadne mechanickú náhradu, či masívnu farmakologickú podporu počas trvania zlyhávania elektrických či mechanických funkcií srdca a obehu,
- **zlyhávanie gastrointestinálneho systému a metabolizmu**, ktoré vyžaduje náročnú parenterálnu prípadne aj enerálnu substitúciu zlyhávajúcich funkcií, vrátane použitia technických prostriedkov,
- a pod.? **Predsa neexistuje absolútne žiaden dôvod, aby platba poskytovateľovi pri respiračnej, kardiálnej či gastrointestinálnej insuficiencii bola za jednu hodinu podpory či náhrady činnosti diametrálne iná, ako je pri renálnej insuficiencii !!!**

Sú intenzivisti riešiaci zlyhávania uvedených orgánov a orgánových systémov niečo menej ako tí, čo riešia zlyhanie obličiek?! Je snáď podpora, liečba a náhrada činnosti uvedených zlyhávajúcich orgánov len nejakou okrajovou zdravotnou starostlivosťou, finančne zanedbateľnou oproti podpore, liečbe a náhrade činnosti obličiek?! **Sú snáď pacienti so zlyhávaním ventilácie a respirácie, srdca a obehu, trávenia a metabolizmu v intenzívnej starostlivosti menejcenní oproti tým, ktorým zlyhávajú „len“ obličky?!** Čo bráni, aby za hodinu medicínsky, farmakologicky, technicky i ošetrovateľsky porovnateľne náročnej starostlivosti bol obdobný mechanizmus platby zo strany zdravotných poisťovní, a.s., ako sa uplatňuje už roky v starostlivosti pri zlyhávaní obličiek?

Lenže našim trom zdravotným poisťovniam v rovnocennej forme obchodných akciových spoločností toto nestačí. Nestačí im, že na zabezpečenie nepretržitej pohotovosti pre urgentnú, neodkladnú starostlivosť, ktorá je pre nemocnice povinná, a ktorá bezprostredne predchádza intenzívnu starostlivosť (§10 ods.1 vyhl. MZ SR 770/2004 Z.z.) neplatia ani 1 €, na rozdiel od, úplne rovnocennej, prednemocničnej urgentnej starostlivosti (§1 ods.1 zák. 579/2004 Z.z.); prípadne budú tvrdiť, že neodkladná pohotovosť a starostlivosť je v bližšie neurčenej a teda fiktívnej výške zahrnutá už v cene za hospitalizáciu (podobne, ako to úplne nedôvodne tvrdili pri anestéziologickej starostlivosti, vid' prvá výzva výboru anestéziológom z mája 2011).

Dnes tieto poisťovne idú intenzívnu starostlivosť na odborových JIS, už teraz výrazne cenovo redukovanú, zahrnúť do platby za hospitalizáciu na štandardnom oddelení (čím sa platba za 4-hodinovú intenzívnu starostlivosť v nemocnici dostáva ešte brutálnejšie pod úroveň platby za 4-hodinovú dialýzu). Aby sme vedeli, o čo má ísť: intenzívna starostlivosť má mať podľa zmlúv (pozn. - dá sa toto ešte nazvať „zmluvou“?) len polovicu (50%) hodnoty starostlivosti na bežnom oddelení (teda starostlivosti elektívnej, plánovanej, nie neodkladnej v zmysle §2 ods.3 zák. 576/2004 Z.z.).

Sú vôbec zdravotné poisťovne, a.s., kompetentné vyjadriť sa k indikácii na intenzívnu starostlivosť?

Áno, ale ak odmietajú indikáciu na hospitalizáciu na OAIM ev. odborovej JIS, musia:

- vychádzať zo stavu, v ktorom bol pacient pri prijatí, nie pri prepustení (častá argumentácia: ak pacient neprežil, bol pre intenzívnu starostlivosť indikovaný, avšak ak prežil v dobrom stave, intenzívna starostlivosť potrebná nebola, viď aj *post scriptum*),
- do protokolu jasne a nespochybniteľne vyargumentovať, že absolútne, na 100% a teda bez akýchkoľvek pochybností vylučujú, že k zhoršeniu stavu pacienta by nedošlo (a teda nezahájením intenzívnej starostlivosti by nedošlo k porušeniu §4 ods.3 zák. 576/2004 Z.z.),
- odmietnutie hospitalizácie intenzívnej starostlivosti vyargumentovať všeobecne záväzným právnym predpisom a toto odmietnutie nesmie byť ani v rozpore s Konceptiou odboru anesteziológia a intenzívna medicína, ani s koncepciami intenzívnej starostlivosti ostatných medicínskych odborov, ktoré vydáva MZ SR, ako ani s inými zákonnými a podzákonnými právnymi predpismi.

Na základe uvedeného vyzývame všetky kompetentné orgány pôsobiace v oblasti poskytovania zdravotnej starostlivosti, aby:

- 1) zabezpečili porovnateľné a nediskriminačné financovanie náhrady činnosti a funkcie pri zlyhávaní životne dôležitých orgánových systémov, čo je imanentnou náplňou intenzívnej starostlivosti,
- 2) odstránili jednoznačne diskriminačné (ne)financovanie nepretržitej nemocničnej neodkladnej (urgentnej, akútnej) starostlivosti a pohotovosti oproti prednemocničnej neodkladnej starostlivosti a pohotovosti pre tie nemocnice (poskytovateľov zdravotnej starostlivosti), čo tiež majú právnu povinnosť vykonávať nepretržitú dostupnosť neodkladnej zdravotnej starostlivosti a nepretržitú pripravenosť/pohotovosť k jej uskutočneniu (viď aj §5 ods.1 písm.f) zák. 579/2004 Z.z.),
- 3) umožnili, že protokoly z kontrol vykonaných zdravotnými poisťovňami u poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, čo sú zrejme individuálne právne akty vydané poisťovňami z pozície verejnej moci, boli preskúmateľné v správnom konaní podľa Správneho poriadku pred správnym orgánom (napr. VÚC, MZ SR, ev. ÚDZS) obdobne, ako sú preskúmateľné protokoly z dohľadu ÚDZS; a právoplatné rozhodnutie príslušného správneho orgánu bude v prípade pochybností možné preskúmať nezávislým súdom (podľa ustanovení piatej časti Občianskeho súdneho poriadku),
- 4) dozreli na ÚDZS, ako a či voči zdravotným poisťovňam vôbec dohliada na dodržiavanie ustanovení zákona 580/2004 Z.z. (ako mu prikazuje §18 ods.1 písm.a) bod 1. zák. 581/2004 Z.z.), a to najmä na dodržiavanie jednoznačného, zákonom daného práva poistenca na úhradu zdravotnej starostlivosti, a neodkladnej vždy!!! (ustanovenie §9 ods.1 zák. 580/2004 Z.z.); je zrejme, že bankový účet nemocnice (poskytovateľa) nie je ničím iným, ako len platobným miestom, na ktorom poisťovňa realizuje úhradu poistencovi v zmysle uvedeného ustanovenia zákona.

Pred záverom si dovoľíme jedno konštatovanie:

Neodkladná zdravotná starostlivosť

- je neplánovaná a nepredvídateľná,
- vznik situácie, ktorá vyžaduje jej potrebu v konkrétnom čase, sa nedá vopred poznať,
- jej potreba v budúcnosti pri dlhšom časovom intervale sa dá odhadnúť len veľmi orientačne,
- poskytovatelia, teda lekári (a ostatní zdravotnícki pracovníci) majú právnu povinnosť vždy, bez akejkoľvek výnimky, poskytnúť neodkladnú zdravotnú starostlivosť (§79 ods.1 písm.b) a §80 ods.1 písm.a) zák. 578/2004 Z.z.), čo pre poskytovateľa jednoznačne a nespochybniteľne znamená vynaložené náklady,
- musí byť plne uhradená z verejného zdravotného poistenia (§3 ods.1) zák. 577/2004 Z.z.).

Z uvedeného sa javí, že uzatváraním zmlúv medzi poskytovateľmi a poisťovňami, ktoré zmluvy zahŕňajú aj konkrétne objemy a limity zdravotnej starostlivosti, vrátane tej neodkladnej - čo sa nedá naplánovať (kam napr. vždy patrí i všetka zdravotná starostlivosť pri pôrode), sa poskytovatelia vopred vzdávajú časti svojich práv a zákonných nárokov na úhradu neodkladnej zdravotnej starostlivosti, ktorej potreba môže v budúcnosti ešte len vzniknúť (teda starostlivosti, ktorá sa nedá naplánovať, čím sa stáva tzv. nadlimitnou a teda nezaplatenou, hoci poskytovateľovi už reálne náklady pri plnení si zákonnej povinnosti vznikli).

A podľa §574 Občianskeho zákonníka dohoda, ktorou sa niekto vzdáva práv, ktoré môžu vzniknúť až v budúcnosti, je neplatná.

Jún 2013

Post scriptum jeden paradox z praxe člena výboru:

V nemocnici X a v nemocnici Y približne v rovnakom období boli hospitalizovaní dvaja maloletí pacienti u ktorých došlo k akútne mu poškodeniu pľúc – etiológia bola síce iná, ale to nie je podstatné, keďže poškodenie bezprostredne ohrozovalo nielen zdravie, ale i život týchto pacientov a taktiež patogenéza akútnej stresovej reakcie v rámci postagresívneho syndrómu je v podstate uniformná a prognostické riziká sú tiež obdobné.

V oboch prípadoch bola vykonaná urgentná drenáž hrudníka na poškodenej časti pľúc a poskytnutá ďalšia zdravotná starostlivosť. Podľa dostupných informácií, maloletý pacient v nemocnici X neležal na OAIM, v nemocnici Y ležal na OAIM.

V prípade nemocnice X, hospitalizáciu prešetroval ÚDZS, ktorý v protokole o dohlade uviedol, že bolo zásadnou chybou, že pacient nebol hospitalizovaný na špecializovanom oddelení intenzívnej medicíny a boli podané aj trestné oznámenia.

V prípade nemocnice Y, hospitalizáciu kontrolovala zdravotná poisťovňa, a.s., ktorá v protokole o kontrole skonštatovala, že nebola daná indikácia na hospitalizáciu na OAIM a hospitalizáciu neuznala a vôbec ju nezaplatila. A primár oddelenia mohol spraviť len jednu a aj to zbytočnú vec, nepodpísať protokol ...

(Výbor anestéziológie a intenzívnej medicíny RLK v Trenčíne sa ospravedľňuje za rozsah, ktorý výzve neprináleží, ale kratšie sme to vyjadriť nevedeli.)

Vyhláška MZ SR 770/2004 Z.z. ktorou sa ustanovujú určujúce znaky jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení

Zákon 579/2004 Z.z. o záchranej zdravotnej službe

Zákon 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti a službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti

Zákon 580/2004 Z.z. o zdravotnom poistení

Zákon 581/2004 Z.z. o zdravotných poisťovniach a dohlade nad zdravotnou starostlivosťou

Zákon 578/2004 Z.z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch a stavovských organiz.

Zákon 577/2004 Z.z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia