Finansowanie żywienia klinicznego okiem prawnika

Firma prawnicza Kochański Zięba i Partnerzy

1. Czy żywienie jest prawem pacjenta?

Zapewnienie wyżywienia jest uprawnieniem pacjenta i szpitale, w ramach wykonywania umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia, są zobowiązane do wykonywania tego obowiązku względem pacjenta. Wprawdzie w obecnym porządku prawnym brak jest przepisów, które w jasny i bezpośredni sposób kształtowałyby ten obowiązek, należy go jednak wyinterpretować z definicji pojęcia „świadczenia opieki zdrowotnej" zawartej w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Świadczenie opieki zdrowotnej, będące przedmiotem umowy zawieranej z Narodowym Funduszem Zdrowia obejmuje, poza świadczeniem zdrowotnym i świadczeniem zdrowotnym rzeczowym także świadczenie towarzyszące. Do tych ostatnich ustawa zalicza przede wszystkim zakwaterowanie i adekwatne do stanu zdrowia wyżywienie (art. 5 pkt 37 i 38 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych). Świadczenie opieki zdrowotnej ma zatem charakter kompleksowy i nie ogranicza się wyłącznie do usług ściśle medycznych. Zostało to potwierdzone przez Ministerstwo Zdrowia w odpowiedzi na zapytanie Rzecznika Praw Obywatelskich o przyczyny złego stanu jakości żywienia pacjentów. W dalszym ciągu aktualny pozostaje problem braku przepisów, które określałyby średnie stawki żywieniowe na jednego pacjenta, obowiązujące we wszystkich podmiotach leczniczych. Obecnie ustalenie średniej stawki żywieniowej pozostawiono do decyzji kierowników podmiotów leczniczych, którzy wielokrotnie szukają w tym obszarze oszczędności. **Żywienie jest jednak prawem pacjenta, a szpital jest zobowiązany do zapewnienia prawidłowego odżywienia** pacjenta w ramach wykonywania umowy z NFZ.

2. Czy po wejściu w życie ustawy o tzw. sieci szpitali pula środków w systemie ochrony zdrowia zmieniła się?

Pula środków budżetowych, przeznaczonych na ochronę zdrowia, pozostała na podobnym poziomie co w latach ubiegłych. W 2018 r. poziom finansowania wynosi około 4,7% PKB. Jak podają ostatnie wyliczenia, z przyznanej puli około 93% środków trafiło do podmiotów leczniczych znajdujących się w sieciach szpitali. Pozostała część została przewidziana dla podmiotów funkcjonujących poza siecią szpitali, biorących udział w postępowaniach konkursowych. W kolejnych latach można się spodziewać systematycznego wzrostu poziomu finansowania służby zdrowia. Jest to wynik ostatniej fali protestów, pod wpływem której Rada Ministrów przyjęła plan stopniowego zwiększania nakładów na ochronę zdrowia, aż do uzyskania poziomu 6% PKB w 2025 r.

3. Jakie są dostępne procedury związane z żywieniem dojelitowym i pozajelitowym w zakresie leczenia szpitalnego oraz jakie korzyści z perspektywy zarządzania szpitalem wynikają z ich stosowania?

Procedury związane z żywieniem do- i pozajelitowym, finansowane przez NFZ w ramach umów w zakresie leczenia szpitalnego, zostały zawarte w Załączniku nr 1 C do Zarządzenia Nr 119/2017/DSOZ Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne z dnia 30 listopada 2017 r. (Biul. Inf. NFZ z 2017 r., poz. 119). Wśród nich wyodrębnić możemy **żywienie dojelitowe** (kod produktu: 5.53.01.0000006, wartość wyceny procedury 108,16 zł), **częściowe (niekompletne) żywienie pozajelitowe** (kod produktu: 5.53.01.0001416, wartość wyceny procedury 108,16 zł), **żywienie pozajelitowe immunomodulujące** (kod produktu: 5.53.01.0001434, wartość wyceny procedury 324,48 zł) oraz **kompletne żywienie pozajelitowe** (kod produktu: 5.53.01.0001468, wartość wyceny procedury 216,32 zł). Ponadto, w Załączniku 1 A w części dotyczącej chorób układu dokrewnego możemy wyodrębnić także procedurę **K27 A** (kod produktu: 5.51.01.0010025; Zaburzenia odżywienia > 17 r.ż.) oraz procedurę **K27 B** (kod produktu: 5.51.01.0010029; Zaburzenia odżywienia < 18 r.ż.). Zestawienie rzeczywistych kosztów, ponoszonych przez szpital w związku z realizacją powyższych procedur oraz ich wyceny przez płatnika pozwalają na stwierdzenie, że **procedury te są dla szpitala opłacalne** z punktu widzenia rachunku ekonomicznego. Dodatkowo ich raportowanie, poza oczywistą korzyś-

cią dla pacjentów, może mieć wpływ na uzyskanie korzystnego ryczałtu w kolejnych okresach rozliczeniowych.

4. Jakie są regulacje dotyczące przyjmowania pacjentów związane z oceną stanu odżywiania?

Zgodnie z § 6 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, świadczeniodawca udzielający świadczeń w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej poddaje wszystkich świadczeniobiorców przyjmowanych do leczenia, z wyłączeniem szpitalnego oddziału ratunkowego, **przesiewowej ocenie stanu odżywienia**. Ocena stanu odżywienia unormowana została w „Standardach żywienia pozajelitowego i żywienia dojelitowego" Polskiego Towarzystwa Żywienia Pozajelitowego, Dojelitowego i Metabolizmu lub, w przypadku dzieci, w zasadach określonych przez Polskie Towarzystwo Żywienia Klinicznego Dzieci. Celem tej oceny jest identyfikacja osób o nieprawidłowym stanie odżywienia lub tych, u których istnieje znaczące ryzyko wystąpienia niedożywienia, a także określenie wskazań do przeprowadzenia pogłębionej oceny stanu odżywienia. W przeprowadzeniu oceny przesiewowej stanu odżywienia osób dorosłych najczęściej wykorzystuje się formularze Ocena ryzyka związanego ze stanem odżywienia (*Nutritional Risk Screening* – NRS 2002) lub Subiektywna Globalna Ocena stanu odżywienia (*Subjective Global Assessment* – SGA), natomiast w przypadku dzieci i młodzieży stan odżywienia zaznacza się na tzw. siatkach wzrastania.

U pacjentów objętych powtarzalną hospitalizacją, przesiewowa ocena stanu odżywienia jest dokonywana w czasie pierwszej hospitalizacji, a następnie nie rzadziej niż co 14 dni. Wśród pacjentów poddanych hospitalizacji i hospitalizacji planowej trwającej jeden dzień, przesiewowa ocena stanu odżywienia jest dokonywana w przypadku spadku masy ciała w okresie ostatnich 6 miesięcy, przekraczającego 5% zwykłej masy ciała. Oceny tej nie przeprowadza się na oddziałach okulistycznych, otorynolaryngologicznych, alergicznych czy ortopedii i traumatologii narządu ruchu, jeżeli hospitalizacja pacjenta trwa krócej niż 3 dni. **Powyższy przepis determinuje więc obowiązek dokonywania oceny stanu odżywienia pacjenta i jego częstotliwość, pozostawiając jednak sam moment dokonania tej oceny do decyzji świadczeniodawcy.** Proces ten wydaje się zrozumiały biorąc pod uwagę fakt, że pacjenci cechują się różnym stopniem pilności czynności, które powinny być wykonane podczas udzielania im świadczeń zdrowotnych.

Ponadto, zgodnie z § 19 ust. 2 Zarządzenia nr 119/2017/DSOZ Prezesa NFZ w sytuacji rozliczania świadczeń związanych z żywieniem dojelitowym lub żywieniem pozajelitowym, finansowanych w ramach produktów wymienionych w załączniku nr 1 C do Zarządzenia, **świadczeniodawca obowiązany jest do prowadzenia dokumentacji dodatkowej**, zgodnie ze wzorami określonymi w załącznikach nr 6a-6g do zarządzenia. Dokumentacja dodatkowa obejmuje w szczególności kartę kwalifikacji dorosłych do żywienia pozajelitowego lub dojelitowego, kartę żywienia pozajelitowego dorosłych/kartę metaboliczną, kartę kwalifikacji dzieci do leczenia żywieniowego/kartę modyfikacji żywienia dzieci oraz kartę monitorowania leczenia żywieniowego dzieci. Dokumentację związaną z leczeniem żywieniowym należy bezwzględnie załączyć do historii choroby pacjenta, ponieważ na jej podstawie przeprowadza się kwalifikację do grupy ryzyka wystąpienia u pacjenta niedożywienia. W jej konsekwencji należy wykonać dodatkowe badanie, obejmujące wywiad żywieniowy, badania antropometryczne czy biochemiczne. Pamiętać także należy, że zgodnie z art. 25 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, **opis stanu zdrowia pacjenta lub udzielonych mu świadczeń zdrowotnych stanowi treść indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta**, do której prowadzenia na podstawie art. 41 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty zobligowany jest lekarz.

5. Jakie są zasady raportowania wykonanych procedur medycznych oraz konsekwencje niewykorzystania ryczałtu w świetle ustawy o tzw. sieci szpitali?

W świetle ustawy o tzw. sieci szpitali raportowanie wykonania procedur bezpośrednio przekłada się na poziom finansowania świadczeniodawcy. W obecnym porządku prawnym w interesie szpitala pozostaje maksymalne wykorzystanie przyznanego ryczałtu, co wiąże się z udokumentowaniem odpowiedniej liczby procedur. Algorytm, na podstawie którego jest wyliczany ryczałt, uwzględnia świadczenia wykazane w poprzednich okresach rozliczeniowych. W przypadku, gdy szpital nie skonsumuje określonego w danym okresie ryczałtu, wówczas powinien liczyć się ze zmniejszeniem poziomu finansowania w kolejnym okresie rozliczeniowym, wskazanym w umowie z NFZ. Jak się okazuje zatem, tym bardziej **korzystne dla szpitali może być raportowanie procedur z zakresu leczenia żywieniowego**, które w wielu przypadkach jest wciąż pomijane przez lekarzy. Dodatkową zachętą dla szpitali powinno być również **korzystne wycenienie tych procedur**. Zgodnie z zapewnieniami Ministerstwa Zdrowia, w celu utrzymania finansowania na tym samym poziomie, szpital powinien wykorzystywać przyznany ryczałt minimum w 98%. Jeżeli natomiast szpital wykonał mniej niż 98% planu, ryczałt na ko-

lejny okres będzie równy procentowemu udziałowi wykonania tego planu. Obowiązek raportowania i dokumentowania świadczeń udzielonych w ramach hospitalizacji finansowanych ryczałtem podstawowego systemu zabezpieczania, odbywa się zgodnie z dotychczasowymi zasadami dokumentowania tych świadczeń (Zarządzenie Prezesa NFZ Nr 119/2017/DSOZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne z dnia 30 listopada 2017 r.). Produkty jednostkowe, w tym procedury żywieniowe dedykowane do sprawozdawania świadczeń, określone zostały w załączniku 1 A i 1 C do ww. zarządzenia. Ponadto istotnym jest, aby **szpital wykonywał pełen zakres procedur wymaganych w danym poziomie zabezpieczenia**. W obecnym stanie prawnym mniejszą pokusą dla szpitali jest wykonywanie najprostszych oraz relatywnie dobrze wycenianych procedur. Szpital zaklasyfikowany do określonego poziomu zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej jest zobowiązany, w ramach umowy z NFZ, do realizacji oraz raportowania również bardziej wymagających świadczeń.

6. Kto może przygotowywać mieszaniny odżywcze do leczenia do- oraz pozajelitowego?

Zgodnie z art. 86 ust. 3 ustawy Prawo farmaceutyczne, sporządzanie leków do żywienia pozajelitowego oraz leków do żywienia dojelitowego stanowi **usługę farmaceutyczną realizowaną przez aptekę szpitalną**. Natomiast apteka definiowana jest jako placówka ochrony zdrowia publicznego, w której osoby uprawnione świadczą usługi farmaceutyczne. Osoby uprawnione w rozumieniu ustawy to farmaceuci i technicy farmaceutyczni. Tym samym należy uznać ww. podmioty za jedyne upoważnione do sporządzenia mieszanin odżywczych.

7. Jakie są konsekwencje w przypadku podania źle dobranych mieszanin odżywczych?

Odpowiedzialność z tytułu źle sporządzonej mieszaniny odżywczej może ponosić **zarówno lekarz, jak i farmaceuta**. Lekarz, w ramach wykonywanego zawodu odpowiada za właściwie dobrany skład mieszaniny, który następnie wskazuje w recepcie. Natomiast farmaceuta odpowiada za wykonanie mieszaniny zgodnie z receptą oraz dodatkowo jest on zobowiązany skontrolować skład recepty pod względem merytorycznym oraz sprawdzić, czy nie istnieje ryzyko wystąpienia niezgodności fizycznej oraz chemicznej. Farmaceuta, w przypadku powzięcia wątpliwości, powinien skonsultować skład mieszaniny z lekarzem. W sytuacji, gdy w następstwie podania mieszaniny odżywczej nastąpiła szkoda po stronie pacjenta, lekarz lub farmaceuta może zostać pociągnięty do **odpowiedzialności cywilnej, jak również dyscyplinarnej**. W skrajnych przypadkach, gdy doszło do narażenia pacjenta na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu zachodzi również ryzyko **odpowiedzialności karnej**. W przypadku dochodzenia przez pacjenta roszczeń na drodze cywilnej, w oparciu o art. 415 Kodeksu cywilnego, konieczne jest wykazanie zaistnienia szkody (np. w postaci uszczerbku na zdrowiu), wystąpienia faktu, za który ustawa czyni odpowiedzialnym lekarza lub farmaceutę (np. sporządzenie zanieczyszczonej mieszaniny żywieniowej) oraz związku przyczynowego między czynem niedozwolonym a szkodą (udowodnienie, że pogorszenie stanu zdrowia pacjenta jest następstwem podania zanieczyszczonej mieszaniny). Nie można jednak mówić o odpowiedzialności lekarza czy farmaceuty za wykonany lek wówczas, **gdy został on niewłaściwie podany** np. przez opiekuna (pomimo uprzedniego, obowiązkowego przeszkolenia opiekuna i przekazania mu zrozumiałych instrukcji). Wówczas to opiekun jest odpowiedzialny za ewentualną szkodę powstałą w związku z niewłaściwym podaniem mieszaniny na zasadach analogicznych co lekarz oraz farmaceuta. **Odpowiedzialność farmaceuty wykonującego obowiązki w aptece szpitalnej należy postrzegać w szerszym kontekście odpowiedzialności szpitala udzielającego świadczeń zdrowotnych.** Apteka szpitalna nie jest bowiem odrębną osobą prawną, a stanowi część organizacyjną zakładu opieki zdrowotnej. Zgodnie z kodeksem pracy farmaceuta zatrudniony w aptece na podstawie umowy o pracę może odpowiadać za zawinioną szkodę jedynie do wysokości trzymiesięcznego wynagrodzenia przysługującego w dniu wyrządzenia szkody. Natomiast szpital, jako jego pracodawca, ponosi za to odpowiedzialność w pełnej wysokości. Zasada powyższa odnosi się jednak tylko do sytuacji szkód wyrządzonych z winy nieumyślnej pracownika. Podobne ograniczenia w odpowiedzialności dotyczyć będą również lekarzy zatrudnionych w danym szpitalu na podstawie umowy o pracę. Jeżeli jednak lekarz jest zatrudniony na tzw. „kontrakcie", czyli świadczy usługi medyczne na rzecz szpitala, to odpowiada za wyrządzoną pacjentowi szkodę w pełni, razem ze szpitalem, tj. solidarnie.

8. Jak uregulowane jest leczenie żywieniowe w warunkach domowych?

Żywienie pozajelitowe oraz dojelitowe, realizowane w warunkach domowych, stanowi **przykład świadczeń gwarantowanych opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych** na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Opieka żywieniowa prowadzona w warunkach domowych jest dedykowana pacjentom,

którzy nie mogą odżywiać się doustnie lub żywienie tego typu jest w ich przypadku niewystarczające, ale ich stan zdrowia nie wymaga opieki szpitalnej. Warunkiem korzystania z żywienia **dojelitowego** są prawidłowo funkcjonujący przewód pokarmowy oraz założony do niego sztuczny dostęp. **Aby móc ubiegać się o refundację żywienia dojelitowego w warunkach domowych** pacjent musi ponadto uzyskać skierowanie do Poradni Żywieniowej i być objętym ubezpieczeniem zdrowotnym. W przypadku pacjentów do 18 r.ż. muszą oni posiadać szpitalną kwalifikację do żywienia dojelitowego w warunkach domowych dietą przemysłową.

Żywienie **pozajelitowe** prowadzone w warunkach domowych jest z kolei możliwe po zakończeniu terapii szpitalnej, przygotowaniu pacjenta do tej metody żywienia oraz przeszkoleniu chorego lub jego opiekunów w zakresie praktycznych czynności związanych z realizacją tego rodzaju metody żywienia. Przeszkolenie to obejmuje w szczególności metody sporządzania mieszanin z substancji do żywienia pozajelitowego, a także posługiwanie się cewnikiem żylnym. **Również i ta metoda żywienia znajduje się na liście świadczeń refundowanych.**

kochański zięba
i partnerzy BusinessLawFirm

Paweł Borowski – Adwokat, Partner w firmie prawniczej Kochański Zięba i Partnerzy.
Karol Piekarczyk – Radca prawny w firmie prawniczej Kochański Zięba i Partnerzy.

Firma prawnicza Kochański Zięba i Partnerzy (KZP) świadczy pełen zakres usług prawnych dla biznesu. Zatrudnia obecnie ponad 100 prawników, adwokatów, radców prawnych, doradców podatkowych oraz rzeczników patentowych współpracujących w biurach kancelarii w Warszawie i Krakowie. Specjalizuje się w dostarczaniu Klientom innowacyjnych i efektywnych rozwiązań prawnych spełniających najwyższe profesjonalne standardy. Świadczy swoje usługi w dziewięciu kluczowych sektorach: Energetyka, Surowce Naturalne i Przemysł Chemiczny; Infrastruktura i Budownictwo; Nieruchomości; Sektor Usług Finansowych; Nowe Technologie i Telekomunikacja; Przemysł Farmaceutyczny i Ochrona Zdrowia; Media; Private Equity oraz FMCG, Handel Detaliczny i Motoryzacja.

www.kochanskizieba.pl

Żywienie kliniczne – korzyść dla placówki i pacjenta

Postępy Żywienia Klinicznego

Advances in Clinical Nutrition

Oficjalne pismo Polskiego Towarzystwa Żywienia Pozajelitowego, Dojelitowego i Metabolizmu

Scientifica
Krakowskie Wydawnictwo Scientifica Sp. z o.o.

Polskie Towarzystwo Żywienia Pozajelitowego, Dojelitowego i Metabolizmu