

Dostają więcej pieniędzy za pacjentów z COVID-19

15 października 2020

Senator Scott Jensen lekarz z Minnesoty, udzielił wywiadu Laura Ingraham, prowadzącej „[The Ingraham Angle](#)” 8 kwietnia w Fox News i twierdził, że szpitale otrzymują większe wynagrodzenie, jeśli pacjenci objęci programem Medicare (program ubezpieczeń społecznych dla obywateli powyżej 65 roku życia lub trwale niepełnosprawnych) są umieszczeni na liście pacjentów z COVID-19 i otrzymują one trzy razy więcej pieniędzy, jeśli pacjenci potrzebują respiratora.



Oświadczenie [zostało opublikowane 9 kwietnia przez konserwatywną gazetę The Spectator](#). WorldNetDaily udostępnił to 10 kwietnia, [a według Snopesa mem powiązany z tą wypowiedzią został udostępniony w mediach społecznościowych w połowie kwietnia](#).

[Jensen przeniósł to na swoją stronę na Facebooku 15 kwietnia, częściowo mówiąc](#): „Jak ktokolwiek może nie wierzyć, że zwiększenie liczby zgonów z powodu COVID-19, może stworzyć dla stanów drogę do otrzymania większej ilości rządowych pieniędzy. Już teraz niektóre stany narzekają, że nie otrzymują wystarczającej ilości dolarów zagwarantowanej ustawą CARES, pomimo, iż mają proporcjonalnie więcej zgonów z powodu COVID-19”.

19 kwietnia ponowił swoje twierdzenie za pośrednictwem wideo nagrania na swojej stronie na „Facebooku”.

Jensen powiedział: „Administratorzy szpitali mogliby zechcieć, aby COVID-19 był wpisany do podsumowania wypisu lub aktu zgonu. Dlaczego? Bo jeśli jest to zwykłe zapalenie płuc o różnym charakterze z powodu którego dana osoba jest objęta

świadczeniem Medicare – zazwyczaj zryczałtowana grupowa wypłata związana z diagnozą wynosiłaby 5000 USD. Ale jeśli jest to zapalenie płuc wywołane przez COVID-19, to jest to już 13 000 USD, jeśli natomiast jest to pacjent z zapaleniem płuc COVID-19 podłączony do respiratora, kwota ta wzrasta do 39 000 USD”.

Jensen wyjaśnił w filmie, że nie sądzi, aby lekarze „oszukiwali system” tak bardzo jak inni „gracze”, przykładowo administratorzy szpitali, którzy jak powiedział, mogą wywierać presję na lekarzy, aby stwierdzali wszystkie diagnozy, w tym „prawdopodobny” COVID-19 na dokumentach wypisu lub aktach zgonu, [w celu uzyskania wyższego zwrotu z ubezpieczenia Medicare, które jest dozwolone na mocy ustawy o pomocy koronawirusowej, ulg i bezpieczeństwie gospodarczym](#). Jensen powiedział, że dotychczasowa praktyka nie obejmowała prawdopodobieństw zachorowania.

Zauważył, że niektóre stany w tym jego rodzinny stan Minnesota a także Kalifornia, wymieniają tylko potwierdzone laboratoryjnie diagnozy COVID-19. Inne, w szczególności Nowy Jork, wymieniają wszystkie przypuszczalne przypadki, co jest dozwolone zgodnie z wytycznymi [Centers for Disease Control and Prevention](#) od połowy kwietnia i skutkuje większą wypłatą dla szpitali.

Jensen powiedział, że uważa, że ogólna liczba przypadków COVID-19 została zaniżona ze względu na ograniczenia liczby dostępnych testów.

Ustawodawstwo dotyczące pomocy w przypadku koronawirusa, [stworzyło 20% premię lub dodatek dla pacjentów z COVID-19 objętych ubezpieczeniem Medicare](#). Nie było żadnych publicznych doniesień, aby szpitale zawiązały liczby chorych na COVID-19, w celu otrzymania wyższych płatności Medicare.

Jensen nie wyraził tego wprost. Po prostu zasugerował, że istnieje obecnie taka „droga”, [aby „prawdopodobne” przypadki](#)

COVID-19, a nie tylko potwierdzone laboratoryjnie, mogły zostać zakwalifikowane do płatności Medicare i kwalifikować się do 20% dodatku dozwolonego na mocy ustawy o pomocy.

Początkowe 30 miliardów dolarów (ze 100 miliardów dolarów) z dotacji przeznaczonych dla dostawców opieki zdrowotnej w celu rozwiązania pandemii, zostało wypłacone zgodnie ze zwrotami kosztów Medicare w 2019 r.

Według Kaiser Health News, druga fala skupi się na dostawcach [usług medycznych] z obszarów bardziej dotkniętych epidemią, co wzbudza obawy Jensena, że szpitale mogą wykorzystywać wytyczne CDC, zezwalając na „przypuszczalne” przypadki.

Jensen nie odpisał na e-mail z prośbą od USA TODAY o komentarz na temat jego oświadczenia.

USA TODAY skontaktowało się z Marty Makary, chirurgiem i profesorem polityki zdrowotnej i zarządzania w Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, w sprawie twierdzenia senatora. Makary napisał w e-mailu w dniu 21 kwietnia, że „to, co powiedział Scott Jensen, brzmi dla mnie sensownie”. Makary nie rozwinął tematu, nie odpowiedział na dodatkowe pytania ani nie odpowiedział na prośbę o rozmowę.

„USA Today” skontaktowało się z American Hospital Association and Federation of American Hospitals 22 kwietnia, ale do chwili tej publikacji nie otrzymało odpowiedzi.

Snopes sprawdził tę możliwość, stwierdzając, iż jest prawdopodobne, że Medicare płaci w zakresie, o którym wspomina senator Jensen, ale nie ma „jednej miary dla wszystkich” szpitali, którzy wykazali pacjentów z COVID-19. Jak wyjaśniła pielęgniarka Elizabeth Davis w swoim artykule dla verywellhealth.com, każdy szpital ma podstawową stawkę płatności przypisaną przez Medicare. Uwzględnia ona trendy ogólnokrajowe i regionalne, w tym koszty pracy i różne zasoby opieki zdrowotnej na każdym rynku.

Następnie każdej grupie związanej z diagnozą pacjentów, która klasyfikuje różne przypadki diagnostyczne na grupy i podgrupy, przypisuje się wagę opartą na średniej ilości zasobów, jakie zajmuje opieka nad pacjentem. Liczby te są mnożone w celu określenia płatności z Medicare. Szpital w jednym mieście i stanie może otrzymywać więcej lub mniej za leczenie pacjenta niż szpital w innym.

Reporter PolitiFact Tom Kertscher, [napisał](#): „Kwoty podane przez Jensena w dolarach są mniej więcej tym, co [znaleźliśmy w analizie opublikowanej 7 kwietnia](#) przez Kaiser Family Foundation, będącym wiodącym źródłem informacji o zdrowiu”.

[AskFactCheck stwierdził 21 kwietnia](#): „Liczby przytoczone przez Jensena generalnie pokrywają się z szacowanymi płatnościami Medicare za hospitalizacje z powodu COVID-19, w oparciu o średnie płatności Medicare dla pacjentów z podobnymi diagnozami”.

Reporter „Ask Fact Check” Angelo Ficher, który przeprowadził wywiad z Jensenem, zauważył: „Jensen powiedział, że nie sądzi, aby szpitale celowo błędnie klasyfikowały przypadki z powodów finansowych. Ale właśnie w taki sposób jego komentarze były szeroko interpretowane i prezentowane w mediach społecznościowych”. „Ask Fact Check” podsumowuje: „Najnowsze przepisy legislacyjne pozwalają płacić szpitalom wyższe stawki Medicare dla pacjentów leczonych na COVID-19, ale nie ma dowodów na fałszywe zgłoszenia”.

Julie Aultman, członek redakcji czasopisma „American Medical Association’s Journal of Ethics”, powiedziała „Politi Fact”, że: „Jest bardzo mało prawdopodobne, aby lekarze lub szpitale fałszowały dane, motywując się do tego pieniędzmi”.

Twierdzenie, że szpitale zarabiają więcej, jeśli pacjenci są wymienieni jako COVID-19 oraz są podpięci do respiratorów oceniamy jako PRAWDZIWE.

Szpitale i lekarze dostają więcej pieniędzy za pacjentów

objętych polisą Medicare u których zdiagnozowano COVID-19, lub jeśli uważa się, że mają COVID-19 bez laboratoryjnie potwierdzonego testu, oraz trzy razy więcej, jeśli pacjenci są podłączani do respiratora, w celu pokrycia kosztów opieki, oraz utratę wpływów finansowych, wynikających ze zmiany priorytetów i przekierowaniu ich na leczenie przypadków COVID-19.

Ta wyższa alokacja funduszy była możliwa na mocy ustawy o pomocy koronawirusowej, Ulg i Bezpieczeństwa ekonomicznego, poprzez dodatek Medicare w wysokości 20% do regularnych płatności dla pacjentów z COVID-19, co zostało zweryfikowane przez „USA Today” za pośrednictwem [specjalnego biuletynu American Hospital Association](#) poświęconemu temu tematowi.

Autorstwo: Michelle Rogers

Tłumaczenie: MrEnigmatis

Źródło oryginalne: [eu.USAToday.com](https://eu.usatoday.com)

Źródło polskie: MrEnigmatis.wordpress.com

Źródła weryfikacji, z których korzystała autorka

1.

<https://thespectator.info/2020/04/09/hospitals-get-paid-more-to-list-patients-as-covid-19-and-three-times-as-much-if-the-patient-goes-on-ventilator-video/>

2.

<https://www.wnd.com/2020/04/hospitals-get-paid-list-patients-covid-19/>

3.

<https://www.snopes.com/fact-check/medicare-hospitals-covid-patients/>

4.

<https://www.politifact.com/factchecks/2020/apr/21/facebook-pos>

ts/Fact-check-Hospitals-COVID-19-payments/

5 .

<https://www.kff.org/uninsured/issue-brief/estimated-cost-of-treating-the-uninsured-hospitalized-with-covid-19/>

6 .

<https://www.factcheck.org/2020/04/hospital-payments-and-the-covid-19-death-count/>

7 .

<https://www.congress.gov/bill/116th-congress/house-bill/748/actions?KWICView=false>

8 .

<https://www.scribd.com/document/455607875/US-HHS-Document-to-Doctors-on-How-to-Certify-COVID-19-Deaths-including-Related-Deaths>

9 .

<https://www.verywellhealth.com/how-does-a-drg-determine-how-much-a-hospital-gets-paid-1738874>

10 .

<https://www.aha.org/special-bulletin/2020-03-26-senate-passes-coronavirus-aid-relief-and-economic-security-cares-act>

11 .

<https://www.aha.org/special-bulletin/2020-04-10-hhs-distributes-30-billion-providers-part-cares-act-emergency-fund>

12. Odpowiedź e-mailowa od Marty'ego Makary'ego – chirurga i profesora polityki zdrowotnej i zarządzania w Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health.