

Warszawa 12.10.2012 r.

Opinia dotycząca definicji „przypadek nagły” w zastosowaniu kwalifikacji świadczeń realizowanych w ramach umów z Narodowym Funduszem Zdrowia

I. Podstawy prawne.

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. z 1997 r., Nr 78, poz. 483 ze zm.),
ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2011 r., Nr 112, poz. 654 ze zm.),
ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027 t.j.),
ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89, ze zm.);
ustawa o zawodzie lekarza i lekarza dentystry z dnia 5 grudnia 1996r. (Dz.U. z 2008 r., Nr 136, poz. 857 t.j.),
ustawa z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 191, poz. 1410 ze zm.),
ustawa z dnia 25 lipca 2001 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. z 2001 r., Nr 113, poz. 1207),
rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych (Dz.U. z 2009 r., Nr 139, poz. 1138 ze zm.)

II. Stan faktyczny

W związku z obecną sytuacją w służbie zdrowia, a zwłaszcza z coraz szerszymi restrykcjami, dotyczącymi limitowania świadczeń zdrowotnych, oraz licznymi wątpliwościami na temat definicji stanu nagłego, co ma zasadnicze znaczenie dla dokonywania rozliczeń pomiędzy świadczeniodawcami i Narodowym Funduszem Zdrowia w kontekście obowiązującego orzecznictwa w zakresie świadczeń udzielonych w stanach nagłych, pojawia się konieczność zrewidowania działań, związanych z kontraktowaniem świadczeń i ustaleniami, dotyczącymi świadczeń udzielanych ponad określone w umowach limity.

Kwestia właściwej kwalifikacji stanów nagłych jest niezwykle istotna głównie z uwagi na fakt, że finansowanie świadczeń tzw. ponadlimitowych, stanowi kluczowe zagadnienie w systemie finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych (wcześniej w ramach ubezpieczenia zdrowotnego) od ponad 10 lat.

III. Analiza

1. System kontraktowania świadczeń zdrowotnych

Udzielenie świadczeń zdrowotnych oparte jest na systemie kontraktowania, stanowiącym de facto system ich limitowania. Narodowy Fundusz Zdrowia zawiera ze świadczeniodawcami umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych, wskazujące na przewidywaną ilość świadczeń w konkretnych zakresach. Wprawdzie prawo do świadczeń zdrowotnych zagwarantowane jest konstytucyjnie, nie mniej jednak ta sama konstytucja (w art. 216, 219-226), jak również pozostające w zgodzie z konstytucją przepisy ustaw, regulujących dyscyplinę finansów publicznych, a w tym również kwestie udzielania świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych (np. Dział VI „Postępowanie w sprawie zawarcia umów ze świadczeniodawcami” ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych) regulują sposoby i formy udzielania tych świadczeń, a zwłaszcza zasady zawierania umów w tym przedmiocie. Umowy te określają przede wszystkim ustalone przez strony limity – uwzględniające możliwości i zamiary świadczeniodawcy, ale jedynie te, które mieszczą się w planie finansowym NFZ.

W konsekwencji powyższego wskazać należy, że podmioty zawierające umowę o świadczenie usług medycznych opierają jej ustalenia na prognozowaniu ilości świadczeń, w tym, teoretycznie, obejmujących także przypadki koniecznych świadczeń zdrowotnych, udzielanych w sytuacjach nie cierpiących zwłoki, o których mowa w art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (obecnie art. 15 ustawy o działalności leczniczej) i art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry. NFZ stoi na stanowisku, że jeżeli prognozy te okażą się błędne, to nie można przyjąć, że przypadki wykonania świadczeń objętych tymi dwoma przepisami wchodzą ex lege do treści zawartej umowy. Takie rozwiązanie podważa bowiem zdaniem NFZ samą zasadę organizacji systemu ochrony zdrowia, opartego na umowach o świadczenie usług leczniczych, kwestionując sens zawieranych kontraktów. Istotnie system ten nie jest systemem wolnorynkowym, tylko ubezpieczeniowo-budżetowym i w związku z tym organizacja udzielania świadczeń zdrowotnych doznaje wielu ograniczeń. Podstawowym problemem jest brak możliwości zawarcia kontraktu, uwzględniającego zapotrzebowanie pacjentów. Mimo składania przez świadczeniodawców ofert w ogłaszanych przez NFZ konkursach (przeprowadzanych w ramach kontraktowania) deklarujących możliwą do wykonania w danym roku ilość świadczeń przy uwzględnieniu wieloletniego doświadczenia, znajomości potrzeb ludności, posiadanego sprzętu specjalistycznego oraz wykwalifikowanego personelu lekarskiego i pielęgniarskiego, świadczeniodawcy niestety spotykają się z propozycjami sfinansowania udzielanych świadczeń na poziomie znacznie niższym od uzasadnionych potrzeb, nie pozwalającym na zabezpieczenie osobom ubezpieczonym należytej dostępności do świadczeń oraz ciągłości opieki. Nadal stanowi to podstawowe ograniczenie dla świadczeniodawców. Nie bez znaczenia jest również fakt, że świadczeniodawcy jako uczestnicy postępowania konkursowego nie mają podstaw do zaskarżania takich decyzji NFZ w trybie obowiązujących w tym zakresie regulacji prawnych, bowiem decyzje te naruszają jedynie interes faktyczny, a nie prawny. W efekcie proponowane przez NFZ limity są zawsze niewystarczające z punktu widzenia ilościowego do wypełniania przez świadczeniodawców ich ustawowych obowiązków, czego NFZ ma pełną świadomość – wynika to bowiem z praktyki i statystyk lat poprzednich, które wykazują, że oferowane przez NFZ środki finansowe są zaniżone w stosunku do rzeczywistych potrzeb zdrowotnych ludzkości.

Kolejnym ograniczeniem, nie wspominając o przepisach „kolejkowych” jest sposób sprawozdawania realizowanych procedur. Poprzez wprowadzenie w listopadzie 2009 r. komunikatu „Opis algorytmu kolejności uznawania świadczeń do zapłaty” z dnia 9 września 2009 r., NFZ nakazał świadczeniodawcom rozliczanie świadczeń w taki sposób, aby w pierwszej kolejności wskazywane były świadczenia ratujące życie – tym samym do rozliczenia w charakterze „nadwykonań” na koniec roku pozostają (poza świadczeniami ratującymi życie) w dużej części również świadczenia nie mieszczące się w ustawowej definicji stanu nagłego, jako wykluczone z wcześniejszego sprawozdania z uwagi na konieczność zamieszczania w pierwszej kolejności świadczeń nagłych. W efekcie powyższego dochodzi do sytuacji, w której konieczność sprawozdawania w pierwszej kolejności świadczeń nagłych de facto konsumuje kontrakt w części dotyczącej planowych procedur.

Istnienie powyższych ograniczeń nie oznacza oczywiście, że wykluczone są renegecje wiążących strony umów. Wskazać jednak należy, że mimo, iż renegecje takie się zdarzają, to z pewnością nie odpowiadają oczekiwaniom świadczeniodawców, które de facto wynikają z zapotrzebowania pacjentów. W przypadku, kiedy nie ma możliwości zwiększenia kwoty kontraktu w drodze ustaleń stron jedyną szansą wyegzekwowania zwrotu poniesionych przez świadczeniodawców kosztów jest akcja sądowa. Jest to jednak utrudnione z uwagi na stanowisko, zgodnie z którym założenie kontraktowania świadczeń zdrowotnych byłoby bezcelowe, gdyby NFZ odpowiadał za wszystkie świadczenia wykonane ponad określone w umowach limity, jak i orzecznictwo powstałe w wyniku pojawiających się na przestrzeni ostatnich lat rozczeń świadczeniodawców, dotyczących żądania zapłaty za świadczenia ponadlimitowe – zgodnie z przyjętą linią orzecniczą żądanie zapłaty za świadczenia ponadlimitowe uzasadnione jest jedynie w przypadku, kiedy świadczenia te wykonane zostały w stanach nagłych (vide: wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13 lipca 2005 r., sygn. akt: I CK 18/05, OSP 2006/6/70: „W umowie między Kasą Chorych (Narodowym Funduszem Zdrowia) i świadczeniodawcą zastrzeżenie określające ilościowy limit świadczeń dotknięte jest nieważnością w zakresie świadczeń niecierpiących zwłoki ze względu na zagrożenie życia albo zdrowia, jeżeli strony umowy nie ustaliły niezbędnych przedsięwzięć organizacyjnych, zapewniających udzielenie tych świadczeń.”; wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 26 kwietnia 2007 r., II GSK 379/06, LEX nr 323481, wyrok Wojewódzkiego Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 17 listopada 2005 r., sygn. akt: VI SA/Wa 1003/05, LEX nr 192536, uzasadnienie wyroku Sadu Najwyższego w sprawie sygn. akt I CK 578/04, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 15 grudnia 2005 r., II CSK 21/05).

Zgodnie z powyższymi orzeczeniami zwrot środków finansowych, wydatkowanych na udzielenie świadczeń ponadlimitowych uzależniony jest od wykazania przez świadczeniodawcę, że udzielone ponad limit świadczenia były świadczeniami udzielonymi w stanach nagłych. Powyższe dotyczy również świadczeń udzielonych mimo braku umowy z NFZ – zakwalifikowanie ich do świadczeń udzielonych w trybie nagłym uzasadnia bowiem zastosowanie art. 19 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zgodnie z którym: „świadczeniodawca, który nie zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, ma prawo do wynagrodzenia za świadczenie opieki zdrowotnej udzielone świadczeniobiorcy w stanie nagłym. Wynagrodzenie uwzględnia wyłącznie uzasadnione koszty udzielenia niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej.”

Metodyka działania polega na powoływaniu w tego rodzaju sprawach sądowych biegłego (bądź kilku biegłych), którego opinia jest najczęściej decydująca dla rozstrzygnięcia. Analizując karty chorób i przeprowadzone przez świadczeniodawcę procedury biegły ocenia, czy przedmiotowe świadczenia udzielone zostały w trybie nagłym – podkreślić należy w tym

miejscu, że z uwagi na treść obowiązującej ustawowej definicji stanu nagłego możliwe są różne interpretacje tego pojęcia, co niestety nie ułatwia wyrokowania w takich sprawach.

2. Ustawowa definicja stanu nagłego.

Zgodnie z art. 19 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych cyt.: „w stanach nagłych świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane świadczeniobiorcy niezwłocznie.”

Do powyższej regulacji odnosi się obowiązek wyrażony w art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (obecnie art. 15 ustawy o działalności leczniczej) – cyt.: „Zakład opieki zdrowotnej (zgodnie z art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej) / Podmiot leczniczy (zgodnie z art. 15 ustawy o działalności leczniczej) nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia” i art. 30 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry – cyt.: „art. 30. Lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej 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.” Nie ulega więc wątpliwości, że stan nagły determinuje obowiązek udzielenia przez lekarzy (świadczeniodawców) świadczeń zdrowotnych, które nawet w przypadku (co wskazane zostało powyżej), kiedy stanowią świadczenia ponad ustalony w umowie z NFZ limit, powinny być finansowane przez NFZ. Zarówno bowiem we wspomnianym art. 7, jak i 30 ustawodawca nakłada na zakład opieki zdrowotnej oraz na lekarza generalny obowiązek udzielenia świadczeń zdrowotnych każdej osobie, która potrzebuje natychmiastowego ich udzielenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia. W tym zakresie nie ma wyjątków – żadna bowiem okoliczność nie może stanowić podstawy do odmowy udzielenia świadczeń zdrowotnych, a więc również fakt, że został wyczerpany określony w umowie z publicznym płatnikiem limit świadczeń.

Wskazanie, co dokładnie oznacza pojęcie stanu nagłego jest jednak trudne z uwagi na niekonkretną definicję ustawową, generującą liczne wątpliwości i interpretacje na ten temat.

Podejmując próbę zdefiniowania stanu nagłego należy powołać art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym – zgodnie z treścią art. 5 pkt 33 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, który wprost odsyła do ustawy o PRM. Art. 3 pkt. 8 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym stanowi, że przez stan nagły należy rozumieć cyt.: „stan nagłego zagrożenia zdrowotnego - stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata życia, **wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia**”. Tak szerokie zdefiniowanie stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego przez ustawodawcę może stwarzać (i stwarza) istotne problemy interpretacyjne. Ocena powyższej definicji jest utrudniona z uwagi na fakt, że ugruntowane orzecznictwo (powołane powyżej), nakazujące zapłatę na rzecz świadczeniodawcy za świadczenia wykonane w trybie tzw. nagłym ponad ustalony w umowie z NFZ limit, powstało w znakomitej większości na gruncie nieobowiązującej już definicji stanu nagłego, zawartej w ustawie z dnia 25 lipca 2001 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. z 2001 r., Nr 113, poz. 1207), zgodnie z którą stanem nagłego zagrożenia życia lub zdrowia jest cyt.: „**stan wywołany czynnikiem zewnętrznym lub przyczyną**

wewnętrzna prowadzący do szybkiego pogarszania się zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być zagrożenie życia”.

Stan nagły według obowiązującej definicji obejmuje zarówno stan występujący w danej chwili, jak i taki, który może się wytworzyć w wyniku zaprzestania udzielania świadczeń objętych opieką zdrowotną.

Przesłankami, jakie muszą zaistnieć w celu uznania, że mamy do czynienia ze stanem nagłym są: pojawienie się objawów pogorszenia zdrowia nagle, bądź w przewidywanym krótkim czasie, bezpośrednie następstwo tych objawów w postaci mogącego się pojawić poważnego uszkodzenia funkcji organizmu lub ciała, a nawet utraty życia oraz fakt, że objawy wymagają podjęcia natychmiastowych czynności.

Definiując pojęcie stanów nagłych, ustawodawca skorzystał z dorobku zagranicznych i międzynarodowych opracowań w tym zakresie. Pojęcie stanu nagłego oraz stanu zagrożenia życia określane jest bowiem w literaturze obcojęzycznej jednym sformułowaniem - emergency medicine. Definicja tego wyrażenia została sformułowana przez Międzynarodową Federację Medycyny Stanów Nagłych (International Federation for Emergency Medicine) w 1991 r. Brzmi ona następująco: "Medycyna stanów nagłych jest to dziedzina praktyki oparta na wiedzy i umiejętnościach wymaganych w prewencji, diagnozowaniu i zarządzaniu w ostrych i nagłych stanach pacjentów dotkniętych chorobami i urazami w każdej grupie wiekowej z całym spektrum nieodróżnionych fizycznych i psychicznych zaburzeń. Ponadto obejmuje ona poznanie rozwoju przedszpitalnego i szpitalnego systemu medycyny stanów nagłych i stanów zagrożenia życia oraz umiejętności niezbędnych dla tego rozwoju."

W literaturze polskiej podkreśla się jednak, że stan nagły oraz stan nagłego zagrożenia życia nie są tożsame, choć mogą występować równocześnie, np. przy świeżym zawale mięśnia sercowego, udarze mózgu czy urazie wielonarządowym w wyniku wypadku komunikacyjnego. Natomiast stan nagły bez współistniejącego bezpośredniego zagrożenia życia może stanowić np. ostre niepowikłane zapalenie wyrostka robaczkowego. O ile więc bezpośrednie zagrożenie życia może występować (i najczęściej występuje) nagle to nie znaczy, że takie samo zagrożenie życia, a wymagające podjęcia natychmiastowych czynności nie może występować nie nosząc znamion nagłości w rozumieniu powyższej definicji.

Biorąc powyższe pod uwagę wskazać więc należy, że obecna definicja, jako zbyt ogólna i nieostra, niejednokrotnie nie pozwala na weryfikację udzielonych świadczeń i ocenę, czy procedury przeprowadzone zostały właśnie w stanie nagłym, czy stanie nagłego zagrożenia zdrowia. Istnieją interpretacje, według których każdy stan, wymagający w ogóle interwencji jest stanem zagrażającym chociażby zdrowiu.

Nie ulega wątpliwości, że tak szerokie zdefiniowanie stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego przez ustawodawcę (a przy tym nieostre i niekonsekwentne) stwarza istotne problemy interpretacyjne.

Jak już wskazano powyżej, najczęściej decyzja o zakwalifikowaniu danego stanu do odpowiadającego powyższej definicji stanu nagłego zależy od opinii biegłego. Wskazać należy, że pojawiła się tendencja do powoływania jedynie biegłych z zakresu ratownictwa medycznego – również w sprawach, gdzie konieczne wydaje się sporządzenie opinii przed kilku co najmniej, a nawet kilkunastu biegłych różnych specjalności. Powyższe (tj. powoływanie jedynie biegłych z zakresu ratownictwa medycznego) jest wyrazem stanowiska, zgodnie z którym działania ratownicze powinny być podjęte wobec osoby, której życie lub zdrowie jest zagrożone w związku z wystąpieniem nagłego niebezpieczeństwa - chodzi przy

tym o wszelkie sytuacje nadzwyczajne i ekstremalne, które z reguły skutkują utratą życia lub zdrowia człowieka. Takie rozumienie stanu nagłego absolutnie wyklucza kwalifikacje większości stanów uznawanych dotychczas za nagłe do takich w przypadku których można będzie zastosować właściwe procedury z przekonaniem, że zostaną one sfinansowane przez NFZ.

3. Opinia Kancelarii Doradczej Rafał Piotr Janiszewski

Opierając się na zdobytym doświadczeniu w pracy ze świadczeniodawcami w różnych oddziałach NFZ oraz biorąc pod uwagę powyższą analizę prawną stoimy na stanowisku, iż świadczenia udzielane w trybie nagłym (flagowane) powinny spełniać kryteria oparte o kwalifikację u podstaw której leżą standardy postępowania medycznego.

W naszej ocenie świadczenia flagowane powinny być w przypadkach gdy u pacjenta przy przyjęciu:

- stwierdza się zaburzenia jednej, lub wielu z podstawowych czynności życiowych
- stwierdza się objawy wskazujące na duże prawdopodobieństwo możliwości wystąpienia zaburzenia jednej, lub wielu z podstawowych czynności życiowych
- stwierdzenia uszkodzeń ciała, narządu ruchu, uszkodzeń układowych będących wynikiem wypadku komunikacyjnego lub innego urazu wymagającego zaopatrzenia w warunkach szpitalnych w rozumieniu warunków udzielania świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

W interpretacjach NFZ panuje opinia, iż przypadki nagłe określa nie tylko stan chorego, ale również okoliczności w jakich doszło do zdarzenia będącego przyczyną zachorowania. Znamienną jest różnica (w tych interpretacjach) pomiędzy świadczeniami ratującymi życie a świadczeniami udzielanymi w trybie nagłym. Za przykład może tu posłużyć leczenie nowotworu chemioterapią, które jest świadczeniem ratującym życie, jednak w opinii NFZ nie jest przypadkiem nagłym. Taka interpretacja zmierza do definicji w której przypadek nagły będzie związany z wystąpieniem objawów lub stanu w którym występuje bezpośrednie zagrożenie zdrowia lub życia, a nie udzielenie świadczenia w momencie przyjęcia skutkować będzie utratą życia pacjenta w krótkim odstępie czasu.

W naszej ocenie dla prawidłowego określania (flagowania) świadczeń należy przygotować standardy określania stanów pacjentów przyjmowanych do szpitala. Wskazane jest, aby określenie to dotyczyło każdego oddziału i uwzględniało jego specyfikę oraz zakres świadczeń jakie są w nim udzielane. Warto przy tej okazji określić również przypadki pilne (w rozumieniu zapisów obowiązującego prawa), których definicja i podstawy prawne określono w odrębnej opinii.