

Świadczenia ratujące życie a finansowanie przez NFZ,  
czyli ciągła różnica zdań

# Co to znaczy: ratować życie

for images.com/Corbis

Na co należy zwracać uwagę przy wykonywaniu świadczeń ratujących życie i sporządzaniu raportów dla Narodowego Funduszu Zdrowia na ich temat? Prezentujemy ekspertyzę prawną Rafała Janiszewskiego.

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

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

### System kontraktowania świadczeń

Udzielanie 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 ich liczbę w konkretnych zakresach. Wprawdzie prawo do świadczeń zdrowotnych jest zagwarantowane konstytucyjnie, ale ta sama konstytucja (w art. 216, 219-226) i pozostające w zgodzie z konstytucją przepisy ustaw regulujących dyscyplinę finansów publicznych, w tym kwestie udzielania świadczeń zdrowotnych finansowanych z funduszy publicznych (np. Dział VI „Postępowanie w sprawie zawarcia umów ze świadczeniodawcami” ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych z funduszy 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 mieszczące się w planie finansowym NFZ.

### Wysiłki świadczeniodawcy

W konsekwencji powyższego podmioty zawierające umowę o świadczenie usług medycznych opierają jej ustalenia na prognozowaniu liczby świadczeń, w tym, teoretycznie, obejmujących także przypadki koniecznych świadczeń zdrowotnych udzielanych w sytuacjach niecierpiących zwłoki, o których mowa w art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (obecnie art. 15 ustawy o działalności leczniczej) i art. 30 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Narodowy Fundusz Zdrowia stoi na stanowisku, że jeżeli prognozy te okażą się błędne, 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 zasa-

„ Podmioty zawierające umowę o świadczenie usług medycznych opierają jej ustalenia na prognozowaniu liczby świadczeń ”

dę 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 ma wiele 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 możli-

„ Proponowane przez NFZ limity są zawsze niewystarczające z punktu widzenia ilościowego do wypełniania przez świadczeniodawców ich ustawowych obowiązków ”

wą do wykonania w danym roku liczbę 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, niepozwalającym na zabezpieczenie osobom ubezpieczonym należytego dostępu 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, decyzje te bowiem 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 sta-



foto: iStockphoto

„ W wypadku gdy nie ma możliwości zwiększenia kwoty kontraktu w drodze ustaleń stron, jedyną szansą wyegzekwowania zwrotu kosztów poniesionych przez świadczeniodawców jest akcja sądowa ”

tystyk lat poprzednich, które wykazują, że oferowane przez NFZ fundusze są zaniżone w stosunku do rzeczywistych potrzeb zdrowotnych obywateli.

### Ograniczenia

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 9 września 2009 r. NFZ nakazał świadczeniodawcom rozliczanie świadczeń w taki sposób, aby najpierw 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 niemieszczące się w ustawowej definicji stanu nagłego, jako wykluczone z wcześniejszego sprawozdania z uwagi na konieczność zamieszczania w pierwszej kolejności świadczeń nagłych. W efekcie dochodzi do tego, że konieczność sprawozdawania w pierwszej kolejności świadczeń nagłych *de facto* konsumuje kontrakt w części dotyczącej planowych procedur.

Istnienie powyższych ograniczeń nie oznacza, że wykluczone są renegecje wiążących strony umów. Należy jednak wskazać, że choć renegecje takie się zdarzają, z pewnością nie odpowiadają oczekiwaniom świadczeniodawców, które *de facto* wynikają z zapotrzebowania pacjentów. W wypadku gdy nie ma możliwości zwiększenia kwoty kontraktu w drodze ustaleń stron, jedyną szansą wyegzekwowania zwrotu kosztów poniesionych przez świadczeniodawców 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 w ostatnich latach roszczeń świadczeniodawców dotyczących żądania zapłaty za świadczenia ponadlimitowe – zgodnie z przyjętą linią orzecniczą żądanie zapłaty za świadczenia ponadlimitowe uzasadnione jest jedynie wtedy, gdy świadczenia te wykonane zostały w stanach nagłych (*vide*: wyrok Sądu Najwyższego z 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 26 kwietnia 2007 r., II GSK 379/06, LEX nr 323481, wyrok Wojewódzkiego Sądu Apelacyjnego w Warszawie z 17 listopada 2005 r., sygn. akt: VI SA/Wa 1003/05, LEX nr 192536, uzasadnienie wyroku Sądu Najwyższego w sprawie sygn. akt I CK 578/04, wyrok Sądu Najwyższego z 15 grudnia 2005 r., II CSK 21/05).

### W sądzie

Zgodnie z powyższymi orzeczeniami zwrot pieniędzy wydanych na udzielenie świadczeń ponadlimitowych jest uzależniony od wykazania przez świadczeniodawcę, że były to świadczenia udzielone w stanach nagłych. Powyższe dotyczy również świadczeń udzielonych mimo braku umowy z NFZ – zakwalifikowanie ich do świadczeń udzielonych w trybie nagłym uzasadnia bowiem zastosowa-

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

### Ustawowa definicja stanu nagłego

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

Do powyższej regulacji odnosi się obowiązek wyrażony w art. 7 ustawy z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (obecnie art. 15 ustawy o działalności leczniczej): „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: „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 wypadku (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 art. 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 limit świadczeń określony w umowie z publicznym płatnikiem.



foto: iStockphoto

„ Zwrot pieniędzy za świadczenia ponadlimitowe uzależniony jest od wykazania przez świadczeniodawcę, że dotyczyły one stanów nagłych ”

### Niekonkretna definicja

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

Podejmując próbę zdefiniowania stanu nagłego, należy przywołać art. 3 pkt 8 ustawy z 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym – zgodnie z treścią art. 5 pkt 33 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych z pieniędzy publicznych, który wprost odsyła do ustawy o PRM. Artykuł 3 pkt. 8 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym stanowi, że przez stan nagły należy rozumieć „stan nagłego zagrożenia zdrowotnego – stan polegający na nagłym lub prze-



fot. iStockphoto

„ Świadczenia udzielane w trybie nagłym (flagowane) powinny spełniać kryteria oparte na kwalifikacji, u której podstaw leżą standardy postępowania medycznego „

widowanym 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 to, że ugruntowane orzecznictwo (powołane powyżej), naka-

zujące 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 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 „stan wywołany czynnikiem zewnętrznym lub przyczyną wewnętrzną 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 zaistnieć 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.

### Dorobek zagraniczny

Definiując pojęcie stanów nagłych, ustawodawca skorzystał z dorobku zagranicznych i międzynarodowych opracowań w tym zakresie. Pojęcia „stan nagły” oraz „stan zagrożenia życia” określane są bowiem w literaturze obcojęzycznej jednym sformułowaniem – *emergency medicine*. Definicja tego wyrażenia została podana 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 niezróżnicowanych 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. Choć 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, należy wskazać, 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 w stanie nagłego zagrożenia zdrowia. Istnieją interpretacje, według których każdy stan wymagający w ogóle interwencji jest stanem zagrażającym chociażby zdrowiu.

### Problemy interpretacyjne

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

Najczęściej decyzja o zakwalifikowaniu danego stanu do odpowiadającego powyższej definicji stanu nagłego zależy od opinii biegłego. Pojawiła się tendencja do powoływania jedynie biegłych z zakresu ratownictwa medycznego – również w sprawach, gdzie konieczna wydaje się opinia co najmniej kilku, 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 kwalifikację większości stanów uznawanych dotychczas za nagłe do takich, w wypadku których można będzie zastosować właściwe procedury z przekonaniem, że zostaną one sfinansowane przez NFZ.

### Standardy

Biorąc pod uwagę zdobyte doświadczenie w pracy ze świadczeniodawcami w różnych oddziałach NFZ, uważam, że świadczenia udzielane w trybie nagłym (flagowane) powinny spełniać kryteria oparte na kwalifikacji, u której podstaw leżą standardy postępowania medycznego.

W mojej ocenie świadczenia powinno się uznać za udzielane w trybie nagłym w wypadkach, gdy u pacjenta przy przyjęciu stwierdza się:

- zaburzenia jednej lub wielu podstawowych czynności życiowych,
- objawy wskazujące na duże prawdopodobieństwo wystąpienia zaburzenia jednej lub wielu podstawowych czynności życiowych,
- uszkodzenia ciała, narządu ruchu, układowe będące wynikiem wypadku komunikacyjnego lub innego urazu wymagającego zaopatrzenia w warunkach szpitalnych w rozumieniu warunków udzielania świadczeń finansowanych z funduszy publicznych.

Według interpretacji NFZ przypadki nagłe określa nie tylko stan chorego, lecz także okoliczności, w jakich doszło do zdarzenia będącego przyczyną zachorowania.

„ Szerokie zdefiniowanie stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego przez ustawodawcę (a przy tym nieostre i niekonsekwentne) stwarza istotne problemy interpretacyjne ”

Znamienna jest różnica (w tych interpretacjach) pomiędzy świadczeniami ratującymi życie a świadczeniami udzielanymi w trybie nagłym. Za przykład może tu posłużyć leczenie nowotworu metodą chemioterapii, które jest świadczeniem ratującym życie, jednak w opinii NFZ nie jest przypadkiem nagłym. Taka interpretacja zmierza do definicji, według której wypadek nagły będzie związany z wystąpieniem objawów lub stanu, w którym występuje bezpośrednie zagrożenie zdrowia lub życia, a nieudzielenie świadczenia w momencie przyjęcia skutkować będzie utratą życia pacjenta w krótkim odstępie czasu.

*Rafał Janiszewski*

*Autor jest właścicielem kancelarii doradczej.*

### Podstawy prawne

- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. z 1997 r. Nr 78 poz. 483 ze zm.)
- ustawa z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2011 r. Nr 112 poz. 654 ze zm.)
- ustawa z 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 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 5 grudnia 1996 r. (Dz. U. z 2008 r. Nr 136 poz. 857 t.j.)
- ustawa z 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 191 poz. 1410 ze zm.)
- ustawa z 25 lipca 2001 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2001 r. Nr 113 poz. 1207)
- rozporządzenie ministra zdrowia z 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych (Dz. U. z 2009 r. Nr 139 poz. 1138 ze zm.)