

Jak określić wskazania nagłe do objęcia opieką paliatywną – analiza stanu prawnego

How to define urgent recommendations of palliative care – an analysis of legal state

Paulina Dorman-Okońska

radca prawny

Wykład przedstawiony podczas konferencji „Opieka Paliatywna w Polsce 2012” w Warszawie 15–16 marca 2012 r. pod patronatem redakcji czasopism *Medycyna Paliatywna* i *Menedżer Zdrowia* oraz Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej.

PRZEDMIOT OPRACOWANIA

Niniejsze opracowanie stanowi próbę odpowiedzi na pytanie, jak określić wskazania nagłe do objęcia opieką paliatywną w kontekście regulacji prawnych i obowiązującego orzecznictwa. Celem pracy jest również zwrócenie uwagi na znaczne utrudnienia w stosowaniu legalnej definicji stanu nagłego dla potrzeb tej dziedziny, co jest niezbędne w związku z koniecznością zakwalifikowania świadczeń udzielonych przez świadczeniodawców ponad limity przyjęte w umowach z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ) do świadczeń udzielonych w tzw. stanie nagłym w celu uzyskania gwarancji zwrotu kosztów.

PODSTAWY PRAWNE

Podstawy prawne stanowią:

- 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 z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentyisty (Dz.U. z 2008 r., Nr 136, poz. 857 t.j.),
- ustawa z dnia 8 września 2006 r. 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 z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz.U. z 2009 r., Nr 139, poz. 1138 ze zm.).

STAN FAKTYCZNY

W związku z obecną sytuacją w służbie zdrowia, a zwłaszcza z coraz większymi restrykcjami dotyczącymi limitowania świadczeń zdrowotnych, nieadekwatnej wyceny tych świadczeń, jak również z licznymi wątpliwościami na temat definicji stanu nagłego, co ma zasadnicze znaczenie dla dokonywania rozliczeń pomiędzy świadczeniodawcami i NFZ w kontekście obowiązującego orzecznictwa w zakresie świadczeń udzielonych w stanach nagłych, pojawia się konieczność (zwłaszcza w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej) zrewidowania działań związanych z kontraktowaniem świadczeń i ustaleniami dotyczącymi świadczeń udzielanych ponad określone w umowach limity.

Obowiązujące w orzecznictwie i doktrynie interpretacje definicji stanu nagłego wydają się nieprzystające do sytuacji w opiece paliatywnej i hospicyjnej. Udzielanie świadczeń ponad limit nie jest więc niejednokrotnie (mimo takich wskazań) traktowane jako działanie w stanach nagłych, co automatycznie wiąże się z brakiem refundacji świadczeń i podaje w wątpliwość właściwe funkcjonowanie świadczeniodawców.

Kwestia poprawnej 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 od ponad 10 lat (wcześniej w ramach ubezpieczenia zdrowotnego).

ANALIZA

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 liczbę świadczeń w konkretnych zakresach. Wprawdzie prawo do świadczeń zdrowotnych zagwarantowane jest konstytucyjnie, niemniej 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 2004 r. 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 należy wskazać, 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 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 dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry. Narodowy Fundusz Zdrowia stoi na stanowisku, że jeżeli prognozy te okażą się błędne, to nie można przyjąć, że przypadki wykonania świadczeń objętych tymi dwoma przepisami wchodzi *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 ogłoszanych przez NFZ konkursach (przeprowadzanych w ramach kontraktowania) deklarujących możliwą do wykonania w danym roku ilość świadczeń przy uwzględnieniu wieloletniego doświadczenia, znajo-

mości 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 należytej dostępności świadczeń oraz ciągłości opieki. Nadal stanowi to podstawowe ograniczenie dla świadczeniodawców. Nie bez znaczenia jest również to, że świadczeniodawcy jako uczestnicy postępowania konkursowego nie mają podstaw do zaskarżania takich decyzji NFZ w trybie obowiązujących w tym zakresie regulacji prawnych, ponieważ 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 ludności.

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 niemieszczące się w ustawowej definicji stanu nagłego, jako wykluczone z wcześniejszego sprawozdania z uwagi na koniczność 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 renegowacje wiążących strony umów. Należy jednak wskazać, że chociaż renegowacje 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 również orzecznictwo

powstałe w wyniku pojawiających się w ciągu ostatnich lat roszczeń 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 zostały wykonane 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 dotyczyły stanów nagłych. Powyższe odnosi się również do 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 – należy w tym miejscu 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 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 zapisany 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 [1].

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

Podjęwając próbę zdefiniowania stanu nagłego należy powołać art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 8 września 2006 r. 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

świadczonodawcy 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 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 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 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* [2]. W literaturze polskiej podkreśla się jednak, że pojęcia 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 bezpośrednio 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 – zwłaszcza w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej*.

Biorąc powyższe pod uwagę, należy wskazać, że obecna definicja, jako zbyt ogólna i nieostra, nie-

jednokrotnie nie pozwala na weryfikację udzielonych świadczeń i ocenę, czy procedury przeprowadzone zostały właśnie w stanie nagłym, czy stanie nagłego zagrożenia zdrowia. Istnieją interpretacje, wg 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. Szczególne trudności mogą wystąpić przy próbie dokonania podziału na zakres świadczeń zdrowotnych podejmowanych na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej oraz medyczne czynności ratunkowe, których wykonywanie jest zastrzeżone dla jednostek systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego [por. 2].

Jak już wskazano powyżej, 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 konieczne wydaje się sporządzenie opinii przez 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 [2]. Takie rozumienie stanu nagłego absolutnie wyklucza kwalifikację większości stanów uznawanych dotychczas za nagłe do takich, w przypadku których można będzie zastosować właściwe procedury z przekonaniem, że zostaną one sfinansowane przez NFZ.

DEFINICJE STANÓW NAGŁYCH W OPIECE PALIATYWNEJ PRZEDSTAWIANE W LITERATURZE MEDYCZNEJ

Dla pełnego obrazu analizowanego w niniejszym opracowaniu zagadnienia w tym miejscu przedstawione zostaną odesłania do literatury medycznej, w podręcznikach medycyny paliatywnej określone bowiem zostały niektóre stany nagłe, co niewątpliwie stanowi istotne źródło w przypadku konieczności kwalifikacji konkretnych procedur do świadczeń udzielonych w stanie nagłym w związku z limitowaniem tych świadczeń w obowiązującym systemie kontraktowania.

Należy wskazać następujące pozycje: *Choroby wewnętrzne* (A. Szczeklik, Medycyna praktyczna, Kraków 2006) i *Onkologia kliniczna* (M. Krzakowski, Bor-

gis Wydawnictwo Medyczne, Warszawa 2006), które w sposób kompleksowy przedstawiają analizę zagadnienia.

Warto również zwrócić uwagę na artykuł opublikowany w *Terapii* 2011; 10, autorstwa dr n. med. Aleksandry Ciałkowskiej-Rysz (kierownik Pracowni Medycyny Paliatywnej, Katedra Onkologii, UM w Łodzi) i Tomasza Dzierżanowskiego (Fundacja Hospicjum Onkologiczne w Warszawie), pt. *Stany nagłe w medycynie paliatywnej*, zawierający podział stanów nagłych na:

- stany związane z zespołami bólowymi (silny, niekontrolowany, ostry ból),
- zespoły uciskowe (nadciśnienie śródczaszkowe, zespół żyły głównej górnej, zespół ucisku rdzenia kręgowego, niedrożność jelit);
- stany wynikające z zaburzeń metabolicznych i hormonalnych (przełomy metaboliczne: hiperkalcemia, zespół lizy guza z hiperurykemią, hipokaliemia, hiponatremia, ostra niewydolność kory nadnerczy);
- powikłania hematologiczne: krwotoki, zatorowość, niedokrwistość, trombocytopenia, leukopenia;
- inne (panika oddechowa, drgawki).

Wymieniony artykuł zawiera omówienie postępowania w wybranych stanach nagłych występujących najczęściej u pacjentów z zaawansowaną chorobą nowotworową oraz podaje piśmiennictwo mogące stanowić znakomite źródło i pozwalające na prawidłową kwalifikację niektórych chociaż stanów nagłych w opiece paliatywnej.

Należy jednak mieć na uwadze, że znajdujące się w literaturze fachowej definicje nie są absolutnie obowiązujące w procesach sądowych – tu nadal decydujące znaczenie dla kwalifikacji konkretnego przypadku ma opinia powołanego w sprawie biegłego.

PRÓBA ZASTOSOWANIA OBOWIĄZUJĄCEJ DEFINICJI LEGALNEJ STANU NAGŁEGO DO ŚWIADCZEŃ UDZIELANYCH W OPIECE PALIATYWNEJ I HOSPICYJNEJ

Analizując powyższe wskazania w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej, należy zauważyć, że kwalifikację stanu pacjenta należy tu traktować szczególnie. Zdefiniowane powyżej stany nagłe mogą nie obejmować wszystkich sytuacji kwalifikujących się do stanu nagłego zagrożenia. Co do zasady należałoby przyjąć, że jeśli mamy do czynienia z objawami bezpośredniego zagrożenia życia (zarówno jeśli objawy związane są z chorobą podstawową, jak i z chorobami współistniejącymi), należy zakwalifikować taki stan jako nagły. Wszystkie przypadki pogorszenia stanu zdrowia w medycynie paliatywnej w sytuacji występowania u świadczeniobiorcy jednostki chorobowej, o której mowa w załączniku nr 1 do rozporządzenia

Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz.U. z 2009 r., Nr 139, poz. 1138 ze zm.), nierokującej nadziei na wyleczenie (*vide* § 9 pkt 2 ww. rozporządzenia) determinują bowiem uznanie ich za stan nagły. Już silny nieuśmierzony ból kwalifikuje stan pacjenta jako nagły i powoduje konieczność udzielenia stosownych świadczeń. Należy również stwierdzić (analogicznie do przedstawionych powyżej ogólnych rozważań), że w przypadku zaprzestania udzielania świadczeń w zakresie opieki paliatywnej może się wytworzyć stan nagły, co oznacza, że również w przypadku medycyny paliatywnej (a właściwie zwłaszcza w tym przypadku) stan nagły obejmuje nie tylko stan występujący w danej chwili, lecz także taki, jaki może wytworzyć się w wyniku zaprzestania udzielania świadczeń objętych opieką zdrowotną.

Należy mieć na uwadze, że opieka paliatywna to wszechstronna, całościowa pomoc udzielana pacjentom z zagrażającą życiu postępującą chorobą, niepoddającą się leczeniu przyczynowemu. Wszystkie osoby trafiające na oddział medycyny paliatywnej znajdują się w stanie, w którym konieczna jest szeroko rozumiana pomoc – nie tylko w zmniejszaniu bólu i innych objawów, ale również w pojawiających się tu problemach psychicznych, socjalnych i duchowych.

Stanowisko, zgodne z którym jedynie konieczność podjęcia natychmiastowych działań uzasadnia uznanie, że mamy do czynienia ze stanem nagłym (a więc nowa przesłanka ustawowej definicji), doprowadziłoby w konsekwencji do niemożności objęcia opieką np. osób z zaawansowaną chorobą nowotworową. Interpretacja taka jest oczywiście zbyt wąska. Z powyższego wynika, że kwalifikacja świadczeń pod względem udzielania ich w stanach nagłych jest w przypadku opieki hospicyjnej i paliatywnej w ogóle bezprzedmiotowa. Każdy chory trafiający na oddział opieki paliatywnej znajduje się bowiem *de facto* w stanie nagłym. W każdym z przypadków zakwalifikowanych do zakresu opieki paliatywnej zaprzestanie udzielania świadczeń w prostej drodze prowadzi do śmierci człowieka.

O ile w innych zakresach możliwe jest stwierdzenie (przynajmniej w niektórych przypadkach), czy konieczne jest udzielenie świadczenia niezwłocznie, tzn. czy można je odroczyć w czasie, nie powodując dla pacjenta zagrożenia, tak w opiece paliatywnej nie sposób sobie wyobrazić próby takiej kwalifikacji. Nie jest tu możliwe dokonywanie podziału na chorych mniej lub bardziej umierających. Podział taki byłby sztuczny i niewykonalny. O ile możliwe jest (choć powinno być niedopuszczalne) odroczenie w czasie udzielenia świadczeń w innych zakresach, to z pewnością nie można odmówić pomocy umierającemu, kwalifikującemu się do opieki paliatywnej i hospicyjnej. Każdy pacjent z zaawansowaną chorobą

nowotworową lub inną prowadzącą bezpośrednio do śmierci wymaga pomocy i nie można określić, komu ta pomoc jest potrzebna bardziej, a komu mniej. Do zakwalifikowania stanu pacjenta jako stanu nagłego wystarczy już bowiem samo wystąpienie silnego, nieuśmierzonego bólu, co następnie generuje konieczność udzielenia świadczeń medycznych.

WNIOSKI

Podsumowując przedstawione w niniejszym opracowaniu argumenty, należy wskazać, że w przypadku opieki paliatywnej pojawiające się opracowania i interpretacje stanu nagłego są niewystarczające.

Przyjmując za obowiązujące (choć bezzasadne) stanowisko NFZ, zgodnie z którym ryzyko finansowe wynikające z udzielania świadczeń nieobjętych kontraktem, a niemieszczących się w definicji stanów nagłych, ponosi świadczeniodawca, bez prawa regresu wobec NFZ, który ma obowiązek zapłacić jedynie za świadczenia „zamówione”, należy zastanowić się nad uznaniem wszystkich udzielonych w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej świadczeń ponadlimitowych za świadczenia nagłe. W przeciwnym razie stwierdzenie, czy takie świadczenie stanowi udzielone w trybie nagłym, czy też nie, może okazać się zbyt trudne nawet dla doświadczonego biegłego.

W powoływanym w treści niniejszego opracowania komentarzu z 2008 r. autor wskazał, że należy oczekiwać, iż granice stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego będą w przyszłości wytyczone przez orzeczenia sądów powszechnych [2]. W chwili obecnej jednak (tj. w 2012 r.) nadal nie ma konkretnych i wiążących definicji mogących posłużyć za podstawę biegłym sądowym, których opinie mają niewątpliwie zasadniczy wpływ na rozstrzygnięcia sądów. Mimo że kwestia ta (jak wskazano na wstępie opracowania) stanowi problem od wielu już lat, a definicja stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego miała mieć podstawowe znaczenie na gruncie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym (jako że pomoc każdej osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego jest podstawowym celem systemu PRM, a jej zakres przedmiotowy determinuje zadania podmiotów działających w systemie), nie udało się do tej pory wypracować definicji odpowiadającej wszystkim zakresom i wszystko wskazuje na to, że dalsze próby również nie doprowadzą do żadnego optymalnego rozwiązania.

Konieczne jest więc wyeliminowanie z definicji stanu nagłego zawartej w ustawie o Państwowym Ratownictwie Medycznym świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, w której występują tylko i wyłącznie stany nierokujące nadziei na wyleczenie, związane z bezpośrednim zagrożeniem życia. Równoległe zasadne jest również zweryfikowanie syste-

mu kwalifikowania przypadków do tego właśnie zakresu, co będzie stanowiło gwarancję objęcia opieką jedynie pacjentów ze wskazaniami uzasadniającymi zaliczenie do zakresu opieki paliatywnej.

Nie ulega bowiem wątpliwości, że limitowanie świadczeń nie znajduje w przypadku opieki paliatywnej i hospicyjnej żadnych podstaw nie tylko moralnych, lecz także medycznych. Wszystkie świadczenia wykonane przez świadczeniodawców ponad limity ustalone w umowach z NFZ powinny być więc traktowane jako świadczenia udzielone w stanie nagłym w rozumieniu obowiązującej definicji legalnej.

PIŚMIENNICTWO

1. Wyrok NSA z dnia 26 kwietnia 2007 r., II GSK 379/06, LEX nr 323481, M. Dercz, T. Rek, Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej. Komentarz, ABC, 2010, wyd. II.
2. Guła P., Poździoch S. (red.). Filarski T., Kycia J., Mikos M., Pochopień P., Waszkiewicz M. Komentarz do ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, 2008.