

Problemy z realizacją konstytucyjnej zasady równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych na przykładzie województwa podkarpackiego

Celem art. 68 § 2 *Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej*¹ (dalej *Konstytucji*) jest zapewnienie „dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych”. Jednak trzeba mieć na uwadze, że zasada równego dostępu wynikająca z tego artykułu stanowi *lex specialis* w stosunku do ogólnej zasady równości określonej w art. 32 *Konstytucji*, przy czym nie dotyczy on różnorodnych form dyskryminacji, lecz ogranicza się właśnie do wspomnianego dostępu. Językowe ujęcie pojęcia „dostęp” nie wymaga szczególnej analizy i należy je rozumieć zgodnie z słownikiem języka polskiego jako „możność (...) korzystania z czegoś”². Problemem jest natomiast zagadnienie, czym w praktyce jest przedmiot dostępu, o którym mowa w art. 68 ust. 2 *Konstytucji* i jaki jest jego zakres.

W tym miejscu należy przywołać wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 stycznia 2004 r., K 14/03³, w którym, dokonując analizy treści art. 68 ust. 2 zdanie pierwsze *Konstytucji*, Trybunał Konstytucyjny wskazał, że przepis ten określa nie tylko dostęp do świadczeń deklarowany przez przepisy prawne o charakterze

¹ Dz. U. z 1997 r., nr 78, poz. 483.

² Por. M. Wyrzykowski, *Komentarz do art. 1 przepisów utrzymanych w mocy*, [w:] L. Garlicki (red. nauk.), *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, Warszawa 2003, komentarz do art. 45 pkt 5 oraz wyrok TK z dnia 9 czerwca 1998 r., K 28/97, OTK 1998, nr 4, poz. 50.

³ Lex 82910, OTK-A 2004/1/1.

«programowym», ale też dostępność rzeczywistą, stanowiącą realizację określonego w ust. 1 art. 68 *Konstytucji* prawa do ochrony zdrowia, a „dostęp do świadczeń finansowanych ze środków publicznych musi być równy dla wszystkich obywateli, niezależnie od ich sytuacji materialnej”, bowiem: „Zasady korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej (...) są (...) niezależne od zakresu partycypacji poszczególnych członków wspólnoty obywatelskiej w tworzeniu zasobu środków publicznych stanowiących źródło ich finansowania. Podobnie jak sam dostęp do świadczeń, musi to być równość w ujęciu rzeczywistym, a nie tylko formalnym”. Podkreślić należy, że Trybunał Konstytucyjny skupił się na równości rozumianej jako coś, co jest niezależne od sytuacji materialnej obywatela, wskazując przy tym, że treścią prawa do ochrony zdrowia jest „możliwość korzystania z systemu ochrony zdrowia”. Pojawia się jednak kwestia, na ile owa możliwość jest równoważna z samym dostępem do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych.

Należy zauważyć, że nawet w okresie centralnie sterowanej i planowanej służby zdrowia osoby zamieszkujące większe ośrodki miejskie czy też Polskę centralną miały zapewniony lepszy dostęp do opieki lekarskiej (szczególnie specjalistycznej) niż mieszkańcy prowincji. Co prawda obecny system bazuje na umowach o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej poprzedzonych (z wyjątkiem opieki podstawowej) konkursem ofert czy rokowaniami, to jednak zróżnicowanie faktycznego dostępu może się okazać jeszcze większe za sprawą mechanizmów prawno-finansowych, które wydają się nie do końca zgodne z zapisami *Konstytucji*.

Doskonałym przykładem praktycznym obrazującym tę sytuację, nad którym warto się głębiej pochylić jest sprawa IC 1212/09⁴ Sądu Okręgowego w Rzeszowie dotycząca tzw. nadwykonań. W przedmiotowej sprawie szpital w S. wniósł o zasądzenie od Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej NFZ) zapłaty wraz z ustawowymi odsetkami z tytułu świadczeń zdrowotnych udzielonych przez powoda ponad limit zakontraktowany w umowach zawar-

⁴ Niepublikowany.

tych z pozwanym tzw. nadwykonań w okresie od 1 lipca 2008 r. do 31 grudnia 2008 r.

Powód stwierdził, że udziela on świadczeń zdrowotnych na podstawie umów zawartych z Podkarpackim Oddziałem Wojewódzkim NFZ. Na dochodzoną kwotę tytułem „nadwykonań” składają się świadczenia szpitalne udzielone przez powoda na podstawie umowy zawartej z pozwanym w dniu 19 czerwca 2008 r. Zakontraktowane zaś świadczenia medyczne były niewystarczające. Powód przekroczył kontrakt w zakresie świadczeń zdrowotnych z zakresu: chorób wewnętrznych, kardiologii, anestezjologii i intensywnej terapii, nefrologii, dermatologii, neurologii, chorób dziecięcych, ginekologiczno-położniczych, chirurgii ogólnej, ortopedyczno-urazowej, okulistyki i otolaryngologii. Wszystkie udzielone przez powoda świadczenia zdrowotne ujęte w sprawozdaniach były zasadne z uwagi na zagrożenie zdrowia i życia pacjentów, którym udzielono pomocy. Powód stwierdził również, że w chwili przyjęcia pacjenta do szpitala nie można jednoznacznie ocenić, czy dana jednostka chorobowa, z którą pacjent zgłasza się do szpitala nie spowoduje zagrożenia dla życia i zdrowia chorego. Na tę okoliczność powołał art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej⁵ (dalej zwanej uzoz) i art. 19 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁶ (dalej zwanej uośf) Powołał się także na art. 68 *Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej* zobowiązujący władzę publiczną do zapewnienia obywatelom ochrony zdrowia na zasadach równości dostępu i solidarności przejawiającej się w stosowaniu jednakowych, medycznie uzasadnionych procedur wobec potrzebujących bez względu na udział w kształtowaniu przychodów systemu opieki zdrowotnej.

W odpowiedzi na pozew pozwany wniósł o oddalenie powództwa w całości. Powziął w wątpliwość, czy świadczenia medyczne udzielone przez powoda były świadczeniami medycznymi udzielonymi w sytuacji wymagającej natychmiastowej pomocy me-

⁵ Dz. U. z 2007 r., nr 14, poz. 89 z późn. zm.

⁶ Dz. U. z 2008 r., nr 164, poz. 1027 z późn. zm.

dycznej, której odroczenie w czasie może spowodować utratę zdrowia lub życia. Pozwany nie analizował czy świadczenia, za które zapłaty żąda powód były wykonywane w warunkach ratujących zdrowie lub życie. Nie kwestionował też świadczeń i wyliczeń będących podstawą żądania pozwu ani w toku procesu ani też podczas rutynowych kontroli dotyczących nieprawidłowości w gospodarowaniu środkami uzyskanymi z funduszu. Stwierdził jedynie, że nie posiadał środków na zapłatę ponadlimitowych świadczeń oraz zarzucił brak racjonalnej polityki pieniężnej.

Sąd Okręgowy w Rzeszowie dokonując analizy zapisów umów, ustalił, że brak jest jednolitej definicji stanów opisanych w hipotezach art. 7 uzoż i art. 30 o zawodach lekarza i lekarza dentystry⁷ (zwanej dalej uzolid). Również interpretacja tych przepisów jest różna w zależności od konkretnego stanu faktycznego, rodzaju dochodzonego roszczenia, stron, między którymi dochodzi do sporu na ich tle. Rozciąga się ona od restrykcyjnego ich pojmowania, traktującego jako nagłe świadczenie w rozumieniu tych przepisów jedynie nieplanowane zabiegi bezpośrednio ratujące życie, do liberalnego, zwłaszcza na gruncie odpowiedzialności deliktowej lekarzy i ZOZ-ów w tzw. procesach lekarskich, w których to niepodjęcie natychmiast uzasadnionych działań pozwala na przypisanie podmiotowi winy za błąd w leczeniu.

Sąd Okręgowy przyjął zgodnie z uzasadnieniem wyroku SN z dnia 16 kwietnia 2008 r., VCSK 533/07⁸, że z samej nazwy oddziału świadczenia zdrowotne udzielone na takich oddziałach szpitalnych powoda, jak OIOM, Kardiologia Inwazyjna, Oddział Ratunkowy, spełniały kryteria z art. 7 uzoż i art. 30 uzolid. Co do świadczeń wykonanych przez powoda w pozostałych oddziałach Sąd Okręgowy w Rzeszowie przyjął, że wobec faktu udzielenia ich pacjentom w warunkach szpitalnych przez kompetentnych lekarzy, którzy stwierdzili konieczność przyjęcia ich na oddział i leczenia, istnieje domniemanie faktyczne, że udzielenie świadczenia zdrowotnego w danym momencie było konieczne i zgodne ze

⁷ Dz. U. z 2008 r., nr 136, poz. 857 z późn. zm.

⁸ LEX nr 515717.

standardami światowymi, albowiem zdrowie według WHO⁹ to dobrostan fizyczny, społeczny i umysłowy, a nie tylko brak choroby, a każda zwłoka w podjęciu leczenia szpitalnego może zagrozić pogorszeniem się stanu zdrowia lub życia pacjenta. Powód udowodnił, że świadczeń takich udzielił osobom ubezpieczonym oraz że przypadku szpitala w S. nie wypracowano w NFZ procedur postępowania dotyczących tego, gdzie odesłać pacjenta, który się doń zgłosił, a któremu nie miałyby on udzielać świadczenia zdrowotnego z powodu przekroczenia limitu.

W tym miejscu warto nadmienić, że istniało rozróżnienie regionalne w ilości pieniędzy przeznaczanych średnio na jednego pacjenta. W województwie mazowieckim było to ok. 1 700 zł, w województwie podkarpackim 1 100 zł, a średnia krajowa to ok. 1 400 zł. Na przestrzeni całego kraju w różnych województwach nastąpiło zróżnicowanie wykorzystania pieniędzy przekazanych na kontrakty. W niektórych województwach nie nastąpiło ich wykorzystanie w 100% i z niewykorzystanej puli zapłacono za „nadwykonania”. W województwie podkarpackim wykorzystano 100% funduszy przeznaczonych na rok 2008, w związku z tym NFZ nie zapłacił szpitalom za całość „nadwykonań”. Pieniądzy starczyło jedynie na ponadlimitowe świadczenia za pierwsze półrocze 2008 r. Zapłata za świadczenia przekraczające kontrakty następowała na podstawie aneksów zawieranych przez oddziały NFZ w ramach posiadanych środków finansowych, którymi podwyższano kwotę kontraktu. Po zakończeniu roku obrachunkowego zapłata za te świadczenia następowała w formie ugód przedsądowych zawieranych przez oddziały NFZ z szpitalami. Wynik finansowy NFZ za rok 2008 to ok. 1 000 125 000 zł i kwota ta utworzyła centralny fundusz zapasowy. Dodatkowe pieniądze w wysokości 98 000 000 zł przekazane w sierpniu 2009 r. przez Prezesa NFZ zostały zaś przeznaczone przez oddział podkarpacki na świadczenia zdrowotne w 2009 r. Do 2007 r. NFZ płacił za wszystkie „nadwykonania”. Jako podstawę odmowy zapłaty powodowi za „nadwykona-

⁹ Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organization).

nia” pozwany wskazał, że jest zobowiązany jedynie w zakresie objętym wcześniejszą umową, powołał się także na niewystarczającą ilość środków finansowych na zapłacenie powyższych świadczeń¹⁰.

Niezależnie od powyższych rozważań Sąd Okręgowy stanął na stanowisku, że przy wykonywaniu przedmiotowej umowy NFZ złamał ustawową zasadę równości świadczeniodawców przy zawieraniu i wykonywaniu umów o świadczenia zdrowotne.

Należy podkreślić, że NFZ to emanacja Państwa, które stworzyło osobę prawną, aby realizowała jego konstytucyjne obowiązki w zakresie ochrony zdrowia. Powyższa konstatacja ma ważne znaczenie dla oceny działań NFZ jako strony kontraktu cywilnego. Niewątpliwie mocniejsza jest bowiem jego pozycja jako strony umowy a publiczny charakter środków, którymi dysponuje rodzi po jego stronie obowiązek maksymalnej przejrzystości, zagwarantowania w praktyce ustawowego obowiązku zapewnienia świadczeniodawcom równości w relacjach z NFZ, a przede wszystkim stosowania równych standardów wobec takich samych świadczeniodawców w tym samym okresie. Oczywiście nie oznacza to zawsze równych środków finansowych dla podobnych podmiotów. Czasami istotnym kryterium innego ich podziału jest np. fakt, że dany szpital jest jedyny w rejonie, gdy tymczasem jego odpowiednik w innym województwie jest jednym z kilku szpitali na takim terenie. Podobnych kryteriów dobrze rozumianej polityki zdrowotnej jest wiele, lecz w niniejszej sprawie nie ustalono, żeby takie okoliczności miały wpływ na sposób rozdziału środków pieniężnych dla szpitali w II połowie 2008 r. Nie sposób przyjąć, że NFZ podwyższając wartość kontraktów czy też zawierając ugody ze szpitalami prawie w całej Polsce za ten okres, zastosował wykładnię przepisów art. 7 uzoż i art. 30 uzolid, na którą powołał się Podkarpacki Oddział NFZ w omawianej sprawie. Niemożliwe było, aby żądał od świadczeniodawców szpitalnych (poza pochodzącymi z województw podkarpackiego, lubelskiego i świętokrzyskiego) takiego zorganizowania pracy w szpitalach, aby w ramach po-

¹⁰ Według zeznań świadka.

ziomu finansowania określonego w umowie udzielane były zabiegi planowe i nagłe. Oczywiście natomiast jest, że jedynym kryterium, jakie zastosowano, było kryterium finansowe. NFZ nie badał, zawierając kolejne aneksy do umów w pozostałych regionach, jak też ugody, czy świadczenia szpitalne, za które zapłacił objęte są hipotezą z art. 7 uzoż i art. 30 uzolid. Oznacza to, że NFZ przy realizacji umów o świadczenia zdrowotne w lecznictwie szpitalnym w drugiej połowie 2008 r., zastosował liberalną wykładnię tych przepisów, przyjmując, że świadczenie szpitalne to świadczenie nagłe ratujące życie lub zdrowie pacjenta. Przenosząc powyższe uwagi na grunt niniejszej sprawy Sąd Okręgowy w Rzeszowie przyjął zgodnie z art. 354 kodeksu cywilnego¹¹, że liberalna wykładnia art. 7 uzoż i art. 30 uzolid, dokonywana przez NFZ, co do zapłaty za świadczenia szpitalne udzielone w II półroczu 2008 r., w skali prawie całego kraju jest obowiązująca także w niniejszej sprawie.

Podział pieniędzy NFZ między oddziały wojewódzkie w 2008 r. został dokonany zgodnie z algorytmem wyliczonym według zasad określonych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 18 września 2007 r.¹² Powyższy algorytm wyliczany był wg kryterium średniego dochodu gospodarstwa domowego na danym terenie. Skutkiem tego Podkarpacki Oddział NFZ dysponował najmniejszą w kraju kwotą na świadczenia medyczne bez związku z liczbą mieszkańców województwa. W praktyce oznaczało to, że kontrakty zaproponowane szpitalom podkarpackim oczywiście odbiegały na niekorzyść wysokością od kontraktów proponowanych szpitalom w innych województwach. Sytuacja ta wpłynęła również na dużo mniejszą dostępność mieszkańców tego regionu do opieki medycznej. Zgodnie z art. 68 ust. 2 *Konstytucji RP* państwo polskie ma zapewniać swoim obywatelom równy dostęp do świadczeń medycznych finansowanych z ubezpieczenia społecznego i w latach 2002–2007 mimo różnych zawirowań, walk o pieniądze udało się ją zrealizować – także na Podkarpaciu. W drugiej połowie

¹¹ Dz. U. z 1964 r., nr 16, poz. 93 z późn. zm.

¹² Dz. U. z 2007 r., nr 171, poz. 1210.

2008 r. sytuacja się zmieniła, mimo potężnego zysku netto za cały rok obrachunkowy 2008, centrala NFZ nie przekazała Podkarpackiemu Oddziałowi NFZ żadnych kwot na nadwykonania szpitalne. W ten sposób świadczeniodawcy szpitalni z terenu Podkarpacia zostali poddani podwójnej dyskryminacji. Po pierwsze nastąpiło to przez opisany wyżej algorytm (niższe kontrakty), po drugie z powodu nieprzekazania przez Centralę NFZ pieniędzy za nadwykonania szpitalne, które w całości wyrównano w pozostałej części kraju w tym okresie (poza województwami lubelskim i świętokrzyskim). Sąd Okręgowy stanął na stanowisku, że podział pieniędzy między oddziały wojewódzkie NFZ zgodnie z opisanim rozporządzeniem ma jedynie charakter porządkowy. Istnieją bowiem mechanizmy¹³ pozwalające na przesuwanie środków z Centrali NFZ do oddziałów wojewódzkich, te ostatnie nie mają bowiem przymiotu samodzielności, podmiotem cywilnoprawnym jest NFZ. Ten nie przeznaczył jednak części zysku z 2008 r., na niezapłacone świadczenia szpitalne na Podkarpaciu, lecz zaoszczędził pieniądze na 2009 r.

W sprawie tej Sąd Okręgowy w Rzeszowie przyjął, iż efektem opisanych działań NFZ było naruszenie zasad równości świadczeniodawców w relacjach z NFZ i zastosowanie wobec nich podwójnych standardów niekorzystnych dla szpitali z południowej Polski w zakresie wykładni z art. 7 uzoz i art. 30 uzolid.

Opisana wyżej sprawa nie jest odosobniona i jako taka nie wymaga komentarza, wymaga jednak uwagi i zastanowienia opisany w niej swego rodzaju dualizm w rozumieniu konstytucyjnych zasad równości i solidarności.

¹³ Art. 129 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (Dz. U. z 2004 r., nr 210, poz. 2135).