

wpłynęło dn. 6.08.09

nr 4203 podpis



MINISTER ZDROWIA

Warszawa, 31.07.2009

MZ-UZ-ZR-71-16259-1/SK/09

P. KRZYSZTOF KWIŚCIEŃ
 Biura Prac Senackich
 wpłynęło dn. 6.08.09
 nr 5398 podpis

Pan
 Bogdan Borusewicz
 Marszałek Senatu
 Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku

W związku z oświadczeniem złożonym przez Senatora Pana Zbigniewa Cichonia, na 36. posiedzeniu Senatu w dniu 2 lipca 2009 r., przekazanym przy piśmie Pani Wicemarszałek Senatu Krystyny Bochenek, znak: BPS/DSK-043-1819/09, dotyczącym kolejek oczekujących na wykonanie badania USG, uprzejmie proszę o przyjęcie następujących wyjaśnień.

Do podstawowych aktów prawnych, które regulują warunki udzielania i zakres świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz zasady i tryb finansowania tych świadczeń należą: ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. z 2008 r. Dz. U. Nr 164, poz. 1027 ze zm.), akty wykonawcze do tej ustawy oraz zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie szczegółowych warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w poszczególnych rodzajach, wydawane w oparciu o art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25 oraz art. 146 ust. 1 pkt 1 i 3 ww. ustawy.

Odnosząc się do kwestii poruszonej w oświadczeniu, dotyczącej kolejek oczekujących na wykonanie badania USG, uprzejmie informuję, że zasady prowadzenia list oczekujących na świadczenia opieki zdrowotnej zostały uregulowane w obowiązujących przepisach prawa. Zgodnie z przepisem z art. 20 ww. ustawy, świadczenia opieki zdrowotnej w szpitalach i świadczenia specjalistyczne w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej (w tym pracowni ultrasonografii) są udzielane świadczeniobiorcom według kolejności zgłoszenia w dniach i godzinach ich udzielania przez świadczeniodawcę, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Mając na uwadze bezpieczeństwo pacjenta oraz konieczność zwiększenia przejrzystości procedur związanych z prowadzeniem list oczekujących na świadczenia opieki zdrowotnej, Minister Zdrowia wydał rozporządzenie z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 200 poz. 1661). Na podstawie przepisów ww. rozporządzenia, świadczeniodawca kwalifikuje i umieszcza świadczeniobiorcę, z wyjątkiem świadczeniobiorcy znajdującego się w stanie nagłym, na liście oczekujących na realizację świadczenia opieki zdrowotnej, kierując się kryteriami medycznymi opartymi na aktualnej wiedzy medycznej, jako:

- „przypadek pilny” – jeżeli istnieje konieczność pilnego udzielenia świadczenia ze względu na dynamikę procesu chorobowego i możliwość szybkiego pogorszenia stanu zdrowia lub znacznego zmniejszenia szans na powrót do zdrowia;
- „przypadek stabilny” – w przypadku innym niż stan nagły i przypadek pilny.

Świadczeniobiorców, którzy wymagają okresowego, w ściśle ustalonych terminach, wykonywania kolejnych etapów świadczenia, przyjmuje się w celu udzielenia tego świadczenia zgodnie z planem leczenia, o czym stanowi § 4 przywołanego rozporządzenia. W przypadku zmiany stanu zdrowia świadczeniobiorcy, wskazującej na potrzebę wcześniejszego niż w ustalonym terminie udzielenia świadczenia, świadczeniobiorca informuje o tym świadczeniodawcę, który, jeżeli to wynika z kryteriów medycznych, koryguje odpowiednio termin udzielenia świadczenia i informuje niezwłocznie świadczeniobiorcę o nowym terminie. W stanach nagłych świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane świadczeniobiorcy niezwłocznie (art. 19 ww. ustawy).

Jednocześnie należy zaznaczyć, że zgodnie z art. 29 i art. 30 przywołanej ustawy, świadczeniobiorca ma prawo wyboru świadczeniodawcy udzielającego ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych oraz szpitala spośród tych świadczeniodawców, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, tym samym może wybrać świadczeniodawcę, u którego czas oczekiwania na określone świadczenie opieki zdrowotnej jest najkrótszy.

Narodowy Fundusz Zdrowia zobowiązany jest do udzielania świadczeniobiorcom, na ich żądanie, informacji na temat list oczekujących i średniego czasu oczekiwania, które to zadania realizuje w szczególności poprzez bezpłatną linię telefoniczną (0-800 132 648).

Odnosząc się do kwestii pacjentów oczekujących w kolejkach na realizację świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz leczenia szpitalnego, należy również zaznaczyć, że liczba oczekujących pacjentów nie jest związana jedynie

z nakładami finansowymi przeznaczonymi na realizację świadczeń opieki zdrowotnej. W tym przypadku należy zwrócić uwagę również na fakt, iż czynnikiem wpływającym na długość oczekiwania pacjentów na realizację świadczeń opieki zdrowotnej jest liczba lekarzy specjalistów skoncentrowanych na danym obszarze oraz struktura zakładów opieki zdrowotnej, która została określona w statucie zakładu opieki zdrowotnej. Ponadto, dodatkowym czynnikiem, który może wpływać na tworzenie się w jednym zakładzie opieki zdrowotnej większej kolejki oczekujących niż w innych zakładach jest możliwość wyboru przez pacjentów świadczeniodawcy udzielającego ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych oraz świadczeń w rodzaju lecznictwa szpitalnego.

Z wyrazami szacunku



Ewa Kopacz