



SEKRETARIAT
Biura Prac Senackich
Wpłynęło dn. 29.03.11 z zał.
nr 2782 podpis

GAJDA MARSZAŁKA SENATU
dn. 29.03.11
nr 1438 podpis

MINISTER ZDROWIA

Warszawa, 2011-03-25

MZ-UZ-ZR-71-23262-3/SK/11

Pan

Bogdan Borusewicz

Marszałek Senatu

Rzeczypospolitej Polskiej

Samowoj P-ic Marzalken,

W związku z oświadczeniem złożonym przez Senatora Pana Antoniego Motyczkę, na 70. posiedzeniu Senatu w dniu 4 lutego 2011 r., przekazanym przy piśmie Wicemarszałek Senatu Pani Grażyny Anny Sztark, znak: BPS/DSK-043-3359/11, dotyczącym problemów świadczeniobiorcy z zapisaniem się do poradni kardiologicznej, 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, 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 specjalistyczne w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej 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 przywołanej ustawy, świadczeniobiorca ma prawo wyboru świadczeniodawcy, udzielającego ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych 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. Informacji na temat wykazu świadczeniodawców realizujących świadczenia opieki zdrowotnej m.in. w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, zgodnie z przepisem art. 23 ust. 2 i 3 ww. ustawy, udziela właściwy ze względu na miejsce realizacji świadczeń oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia na wniosek świadczeniobiorcy.

Wykaz świadczeniodawców posiadających umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w poszczególnych zakresach świadczeń, publikuje na swojej stronie internetowej właściwy

ze względu na miejsce udzielania świadczenia oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia.

W świetle powyższego, uprzejmie informuję, iż Oddział Wojewódzki NFZ zobowiązany jest udzielić świadczeniobiorcy informacji na temat świadczeniodawców, u których czas oczekiwania na realizację świadczenia w warunkach ambulatoryjnych w zakresie kardiologii jest najkrótszy.

Ponadto, mając na uwadze omawiane zagadnienie uprzejmie informuję, że Minister Zdrowia w ramach nadzoru nad działalnością Narodowego Funduszu Zdrowia wystąpił o wyjaśnienia do Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

Zgodnie za wyjaśnieniami przedłożonymi przez Oddział Funduszu ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne w zakresie kardiologii były przedmiotem ogłoszonego w dniu 20 września 2010 r. postępowania konkursowego, poprzedzającego zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze podregionu rybnickiego, obejmującego swoim zasięgiem powiaty: raciborski, rybnicki, wodzisławski oraz miasta: Jastrzębie-Zdrój, Rybnik i Żory. W wyżej wymienionym postępowaniu wartość zamówienia wynosiła nie więcej niż 624 385,60 zł, na okres rozliczeniowy, tj. od dnia 1 stycznia 2011 r. do 30 czerwca 2011 r.

Uwzględniając ww. kwotę ogłoszenia, komisja konkursowa, mając do dyspozycji oceny ofert oraz biorąc pod uwagę wielkość posiadanych środków, podjęła decyzję o podziale środków adekwatnie do uzyskanych ocen przez oferty złożone przez oferentów na przedmiotowe postępowanie. Określona w ogłoszeniu wartość zamówienia pozwoliła na wybór 10 ofert, co skutkowało zawarciem przez Śląski Oddział Wojewódzki NFZ umów na realizację świadczeń w zakresie kardiologii, na terenie podregionu rybnickiego, z następującymi świadczeniodawcami:

- 1) Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej MEDYK – Żory, ul. Ks. Władysława 27.
- 2) Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej CENTRUM MEDYCZNE, Sp. z o.o. – Rybnik, ul. Byłych Więźniów Politycznych 3.
- 3) Niepubliczny Wielospecjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej MEDICUS 99 – Jastrzębie-Zdrój, ul. Dworcowa 1d.
- 4) Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej NEURO-MED - Racibórz, ul. Marii Skłodowskiej – Curie 12a.
- 5) Zespół Opieki Zdrowotnej w Wodzisławiu Śląskim, ul. 26 Marca 164.
- 6) Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej RACIBORSKIE CENTRUM MEDYCZNE – Racibórz, ul. Gamowska 3.

- 7) Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej MEDICUS – Racibórz, ul. Piastowska 29.
- 8) Zespół Opieki Zdrowotnej w Rydułtowach, ul. Plebiscytowa 47.
- 9) Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej VITAMED-P – Jastrzębie - Zdrój, ul. Wroclawska 20.
- 10) Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 2 – Jastrzębie-Zdrój, ul. Aleja Jana Pawła II 7.

Omawiając przedmiotowe zagadnienie należy mieć na uwadze, że obowiązujące szczegółowe kryteria oceny ofert, jak również zapisy ustawowe (art. 134 ust. 1 ww. ustawy) oraz praktyka orzecznictwa (decyzja UOKiK Nr RWA 9/2009 z dnia 10 lipca 2009 r.), nie pozwalają na stosowanie preferencji wobec dotychczasowych świadczeniodawców – takie bowiem praktyki byłyby uznawane za przejaw nierównego traktowania.

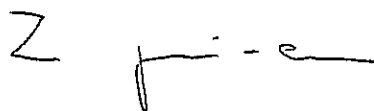
Nawiązując do problemu kolejek oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, uprzejmie informuję, że sytuacja opisana w oświadczeniu Pana Senatora, dotycząca odmowy zarejestrowania pacjenta na wizytę u lekarza specjalisty stanowi rażące naruszenie przepisów prawa. Zgodnie z załącznikiem do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. *w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej* (Dz. U. Nr 81, poz. 484), świadczeniodawca zapewnia rejestrację świadczeniobiorców na podstawie zgłoszenia, w szczególności: osobistego, telefonicznego lub za pośrednictwem osoby trzeciej. Świadczeniodawca jest zobowiązany do przyjęcia świadczeniobiorcy w ustalonym terminie, a w razie wystąpienia okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili ustalania terminu udzielenia świadczenia, a które uniemożliwiają zachowanie ustalonego terminu, świadczeniodawca w każdy dostępny sposób informuje świadczeniobiorcę o zmianie terminu. Jednocześnie informuję, że obowiązujące przepisy prawne umożliwiają podjęcie przez uprawnione podmioty działań, w przypadku powzięcia przez nich informacji o nie przestrzeganiu przez świadczeniodawców przepisów, odnoszących się do rejestracji świadczeniobiorców i prowadzenia list oczekujących na udzielenie świadczenia.

W związku z powyższym, w przypadku uzasadnionego podejrzenia nie wykonania lub niewłaściwego wykonania przez świadczeniodawcę obowiązków związanych z rejestracją świadczeniobiorców dyrektor właściwego miejscowo oddziału wojewódzkiego NFZ przeprowadza kontrolę w trybie art. 64 cyt. na wstępie ustawy.

W przypadku nie podania do wiadomości świadczeniobiorców zasad rejestracji i organizacji udzielania świadczeń oraz nie prowadzenia list oczekujących na udzielanie świadczenia lub prowadzenia tych list w sposób rażąco naruszający przepisy prawa, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie

świadczeń opieki zdrowotnej. świadczeniodawcy grozi kara umowna w wysokości do 1% kwoty zobowiązania określonej w umowie dla danego zakresu świadczeń.

Odnosząc się do kwestii pacjentów oczekujących w kolejkach na realizację świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej należy również zaznaczyć, że liczba oczekujących pacjentów jest ściśle związana z ograniczonymi nakładami finansowymi przeznaczonymi na realizację świadczeń opieki zdrowotnej. Czynnikiem wpływającym na długość oczekiwania pacjentów na realizację świadczeń opieki zdrowotnej są również 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.



Jacek Szulc
Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
SEKRETARZ STANU

Jacek Szulc