



MINISTER ZDROWIA

Warszawa, 2012-02-27

MZ-UZ-ZR-71-26024-7/TK/12

BIURO RZECZNIKA PRAW PACJENTA	
Wpłynęło:	01 MAR. 2012 <i>Szwedzka P. Minister</i>
Znak:	

Pani
Krystyna Barbara Kozłowska
 Rzecznik Praw Pacjenta

W odpowiedzi na pisma 23 stycznia i 16 lutego 2012 roku, w sprawie braku możliwości kontynuacji leczenia pacjentów w ramach programu terapeutycznego „Leczenie stwardnienia rozsianego” u pacjentów, którzy ukończyli 18 rok życia w ośrodkach pediatrycznych, uprzejmie przekazuję, w załączeniu, kopie stanowisk Narodowego Funduszu Zdrowia w przedmiotowej sprawie.

Równocześnie uprzejmie informuję, iż w piśmie Pana Macieja Dworskiego, Zastępcy Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 9 lutego 2012 roku, płatnik świadczeń opieki zdrowotnej poinformował, iż planowane jest włączenie programu terapeutycznego „Leczenie stwardnienia rozsianego” do zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie przyjęcia do stosowania w Narodowym Funduszu Zdrowia wzorów wniosków o indywidualne rozliczenie świadczeń i Bazy Zgód Indywidualnych.

Z. Josiński
 Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
SEKRETARZ STANU
Jakub Szulc

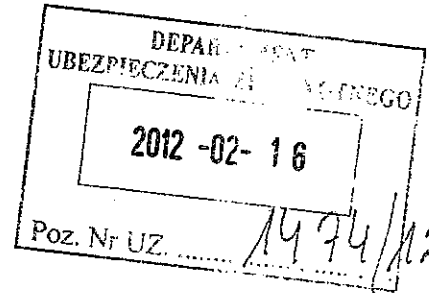
- Załącznik:**
 Zał. 1 na 4 ark.
 Zał. 2 na 2 ark.
 Zał. 3 na 6 ark.

znak: NFZ/CF/DGL/2012/073/0057/W/03247/AKW

Warszawa, dnia 09.02.2012 r.



Pan
Tomasz Pawłega
Zastępca Dyrektora
Departament Ubezpieczenia Zdrowotnego
Ministerstwo Zdrowia



Szanowny Panie Dyrektore

W nawiązaniu do pisma znak: MZ-UZ-ZR-71-26024-3/TK/12 z dnia 23.01.2012 r. i pisma znak: MZ-UZ-ZR-71-26024-4/TK/12 z dnia 27.01.2012 r. oraz wystąpienia Rzecznika Praw Pacjenta w sprawie zapewnienia możliwości ciągłości leczenia chorych w wieku rozwojowym z rozpoznaniem stwardnienia rozsianego, w związku z organizacją opieki nad świadczeniobiorcami wynikającą z określenia wieku, jako kryterium udziału w terapeutycznym programie zdrowotnym: „Leczenie SM” w podziale na ośrodki realizujące program u dzieci i dorosłych uprzejmie informuję, co następuje:

1. Pismem znak: NFZ/CF/DGL/2012/073/0009/W/00724/AKW z dnia 17.01.2012 r. Narodowy Fundusz Zdrowia przekazał kompleksowe wyjaśnienia w przedmiotowej sprawie.
2. Pismem znak: NFZ/CF/DGL/2012/073/0036/W/02075/AKW z dnia 03.02.2012 r. NFZ ponownie informował Ministerstwo Zdrowia o przyczynach formalnych i prawnych, które w sposób właściwy i zarazem odmienny od postulatów świadczeniodawców regulują postępowanie związane z procesem leczenia.
3. Tryb realizacji świadczeń opieki zdrowotnej wynika bezpośrednio z przepisów polskiego prawa a mianowicie:

- 1) Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2011 r. Nr 112, poz. 654),
- 2) Ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89, z późn. zm.),
- 3) Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417, z późn. zm.),
- 4) Ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks Cywilny (Dz. U. z 1964 r. Nr 16, poz. 93, z późn. zm.),
- 5) Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 lipca 2004 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych dla zakładów opieki zdrowotnej oraz szczegółowych zasad ich nadawania (Dz. U. z 2004 r. Nr 170, poz. 1797, z późn. zm.),
- 6) Rozporządzenia Ministra Zdrowia 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. z 2005 r. Nr 200, poz. 1661, z późn. zm.),
- 7) Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11.01.2010 r. oraz 12.12.2011 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. z 2010 r. Nr 5, poz. 29) i (Dz. U. z 2011 r. Nr 269, poz. 1597).

W związku z dalszymi wątpliwościami dotyczącymi zastosowania podziału na ośrodki realizujące program u dzieci i dorosłych proszę przyjąć do wiadomości następujące uwagi:

Zgodnie z art. 100 ust. 1 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2011 r. Nr 112, poz. 654) **podmiot, który zamierza wykonywać działalność leczniczą, jako podmiot leczniczy, zobowiązany jest do składania organowi prowadzącemu rejestr, tzn.:**

- 1) wojewodzie właściwemu dla siedziby albo miejsca zamieszkania podmiotu leczniczego – w odniesieniu do podmiotów leczniczych,
- 2) okręgowej radzie lekarskiej właściwej dla miejsca wykonywania praktyki zawodowej lekarza - w odniesieniu do tych praktyk,
- 3) okręgowej radzie pielęgniarek i położnych właściwej dla miejsca wykonywania praktyki zawodowej przez pielęgniarkę - w odniesieniu do tych praktyk,

wniosku o wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, zawierający m.in. dane o rodzaju działalności leczniczej wraz z zakresem udzielanych świadczeń zdrowotnych, określenie przedsiębiorstwa oraz wykazu jego jednostek lub komórek organizacyjnych, których działalność jest związana z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.

Na podstawie art. 104 ust. 1 w/w organ prowadzący rejestr jest obowiązany dokonać wpisu do rejestru oraz wydać zaświadczenie o tym wpisie, (w przypadku podmiotu leczniczego zaświadczenie o wpisie obejmuje również nadane przez organ prowadzący rejestr podmiotowi leczniczemu oraz jednostkom i komórkom organizacyjnym jego przedsiębiorstwa resortowe kody identyfikacyjne zgodnie z zakresem udzielanych świadczeń zdrowotnych).

Zgodnie z art. 219 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej akty wykonawcze wydane na podstawie: art. 13 ust. 5 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89, z późn. zm.) zachowują moc do dnia wejścia w życie odpowiednich aktów wykonawczych wydanych na podstawie art. 22 ust. 3-5, art. 25 ust. 5, art. 28 ust. 7, art. 36 ust. 6, art. 39, art. 49 ust. 8, art. 50 ust. 2 i 5, art. 88 ust. 9, art. 105 ust. 4 i 5 oraz art. 122 ust. 6 niniejszej ustawy, (jednak nie dłużej niż przez 12 miesięcy od dnia jej wejścia w życie).

W związku z powyższym zgodnie z § 1 i § 12 ust. 1 oraz ust. 2 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 lipca 2004 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych dla zakładów opieki zdrowotnej oraz szczegółowych zasad ich nadawania (Dz. U. z 2004 r. Nr 170, poz. 1797, z późn. zm.) resortowe kody identyfikacyjne, nadawane są na podstawie informacji zawartych w dokumentach będących podstawą dokonania wpisu do rejestru zakładów opieki zdrowotnej, przy czym część X systemu stanowi zestaw 2-znakowych kodów, ujętych w załączniku nr 4 do niniejszego rozporządzenia, charakteryzujących dziedziny medyczne, w których specjalizuje się komórka organizacyjna w tym „Neurologia dziecięca”.

Reasumując zakład opieki zdrowotnej posiadający kod resortowy określający w jego strukturze organizacyjnej oddział neurologii dziecięcej nie może leczyć osoby dorosłej, gdyż z art. 10 § 1 Ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks Cywilny (Dz. U. z 1964 r. Nr 16, poz. 93, z późn. zm.) wynika, że kto ukończył lat osiemnaście jest osobą pełnoletnią w związku z powyższym wykracza poza zarejestrowaną działalność podmiotu.

Ponadto przypominam, że zgodnie z art. 111 ust. 1, art. 108 ust. 2 oraz art. 112 ust. 7 ustawy o działalności leczniczej organ prowadzący rejestr jest uprawniony do kontroli podmiotów wykonujących działalność leczniczą, w zakresie zgodności wykonywanej działalności leczniczej z przepisami przedmiotowej ustawy i przepisami wydanymi na jej podstawie oraz:

- 1) wydania zaleceń pokontrolnych mających na celu usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości i określa termin ich wykonania,
- 2) **wykreślenia podmiotu wykonujący działalność leczniczą - w przypadku złożenia oświadczenia niezgodnego ze stanem faktycznym, rażącego naruszenia warunków wymaganych do wykonywania działalności objętej wpisem, niezastosowania się do zaleceń pokontrolnych.**

Odnosząc się do podnoszonego ryzyka ograniczenia pacjentom dostępu do leczenia (kolejka do świadczeń opieki zdrowotnej), należy stwierdzić, że świadczeniodawca realizujący terapeutyczny program zdrowotny w celu wypełnienia obowiązków nałożonych na niego przez ustawodawcę zobowiązany jest m.in. do ustalenia kolejności udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie zgłoszeń świadczeniobiorców oraz informowania ich pisemnie o terminie udzielenia świadczenia oraz uzasadnia przyczyny wyboru tego terminu.

Ponadto zgodnie z § 1 i § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia 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. z 2005 r. Nr 200, poz. 1661, z późn. zm) świadczeniodawca umieszczając pacjenta na liście oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, zobowiązany jest wziąć pod uwagę m.in. jego stan zdrowia, rokowania, co do dalszego przebiegu choroby oraz zagrożenie wystąpienia, utrwalenia lub pogłębienia niepełnosprawności, przy czym świadczeniobiorców, którzy wymagają okresowego, w ściśle ustalonych terminach, wykonywania kolejnych etapów świadczenia, przyjmuje się w celu udzielenia tego świadczenia zgodnie z planem leczenia.

Na podstawie art. 10 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417, z późn. zm) **świadczeniobiorca, jego przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny mają prawo do otrzymania dostatecznie wczesnej informacji o zamiarze odstąpienia przez lekarza od leczenia pacjenta i wskazania przez tego lekarza możliwości uzyskania świadczenia zdrowotnego u innego lekarza lub podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych.**

Z punktu widzenia Narodowego Funduszu Zdrowia kwestie poruszane w przedmiotowej sprawie nie dotyczą spraw finansowych, za które płatnik de facto odpowiada. Problem, który wynika w trakcie realizacji programu powodowany jest nieznaną lub niechęcią do stosowania przepisów prawa powszechnie obowiązującego w Polsce po stronie personelu udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej, który zasadniczo zobowiązany jest i powinien realizować swoje zadania na ich podstawie.

Wysoce szlachetnym i oczekiwanym jest inicjowanie zmian systemowych w sektorze ochrony zdrowia przez każdą grupę społeczną a w szczególności przez personel medyczny pozostający w ciągłym kontakcie z pacjentami. W przypadku istnienia luk prawnych lub proceduralnych działalność wynikająca z troski o życie i zdrowie chorych pozwala przystosować organizację i funkcjonowanie systemu do zmiennych warunków otoczenia związanego z realizacją i finansowaniem procesu leczenia – zabezpieczenie dostępu do świadczeń gwarantowanych.

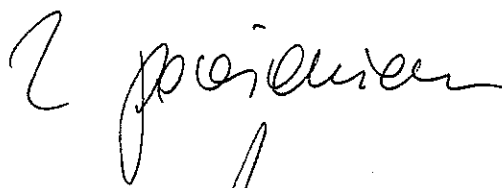
Cytowane przepisy mają za zadanie zapewniać transparentność przepływu informacji oraz kompleksową opiekę nad świadczeniobiorcami eliminując ryzyko ograniczenia dostępu do leczenia pod warunkiem ich stosowania – tego typu działalność stanowi o prawidłowej realizacji terapeutycznych programów zdrowotnych.

Przypominam, że nie jest kwestią wyboru świadczeniodawcy informowanie pacjenta o organizacji jego procesu leczenia, gdyż zgodnie z wyżej przywołanymi przepisami należy to do obowiązku lekarza i w rzeczy samej świadczy o jakości i standardzie realizowanych usług. Placówka realizująca przedmiotowe zadania powinna wypracować oraz wdrożyć odpowiednie, wewnętrzne procesy zarządzania, które nie będą sprzeczne z prawem i wynikają bezpośrednio z kompetencji dyrektora nie zaś NFZ.

Biorąc pod uwagę, że pisma kierowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia do Ministerstwa Zdrowia, konsultantów krajowych i towarzystw związanych ze środowiskiem osób dotkniętych stwardnieniem rozsianym nie znalazły odzewu w postaci zwrócenia uwagi świadczeniodawcom o obowiązujących ich przepisach, kierując się chęcią zapewnienia właściwego dostępu pacjentów do leczenia, postanowiono włączyć przedmiotowy program do Bazy Zgód Indywidualnych. Należy jednak zaznaczyć, że propozycje wnioskodawców nie mają uzasadnienia a sytuacja związana z domniemanym okresem oczekiwania pacjenta na leczenie nie miałaby miejsca gdyby świadczeniodawcy zechcieli stosować się do aktów prawnych wydanych przez ustawodawcę i Ministra Zdrowia.

Abstrahując od kwestii finansowania świadczeń podmiotom realizującym Terapeutyczny Program Zdrowotny: „Leczenie stwardnienia rozsianego” NFZ zwraca uwagę, że w związku z decyzją pozytywną o dołączeniu świadczenia do BZI Ministerstwo Zdrowia powinno wziąć pod rozwagę problemem kontrolowania świadczeniodawców, którzy w związku z poszerzoną możliwością rozliczania świadczeń z Funduszem zaczną realizować zadania poza własną zarejestrowaną działalnością.

Reasumując ponawiam informację, iż rozporządzenie ministra zdrowia z dnia 11.01.2010 r. oraz 12.12.2011 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. z 2010 r. Nr 5, poz. 29) i (Dz. U. z 2011 r. Nr 269, poz. 1597) jasno określają zasady kwalifikacji pacjenta do TPZ wraz z terminami i zakresem przeprowadzania badań diagnostycznych. **Zakwalifikowany do programu świadczeniobiorca nie podlega procesowi ponownej kwalifikacji gdyż już znajduje się w programie, nie zostaje z niego wykluczony, bo nie istnieją ku temu podstawy – zmienia jedynie miejsce udzielania świadczeń.**



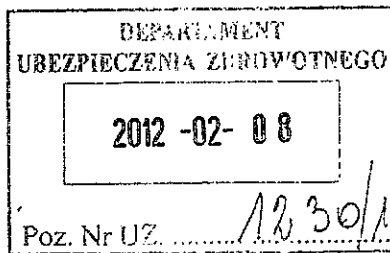
Zastępca Prezesa ds. Medycznych
Narodowego Funduszu Zdrowia



Marcin Szworski

znak: NFZ/CF/DGL/2012/073/0036/W/02075/AKW

Warszawa, dnia 02.02.2012 r.



Pani
Sylwia Lis
Dyrektor Departamentu Ubezpieczenia Zdrowotnego.
Ministerstwo Zdrowia

W nawiązaniu do pisma znak: MZ-UZ-ZR-71-26024-1/TK/12 z dnia 12.01.2012 r. dotyczącego organizacji opieki nad świadczeniobiorcami wynikającej z określenia wieku, jako kryterium udziału w terapeutycznym programie zdrowotnym: „Leczenie stwardnienia rozsianego” w podziale na ośrodki realizujące program u dzieci i dorosłych informuję, że pismem znak: NFZ/CF/DGL/2012/073/0009/W/00724/AKW z dnia 17.01.2012 r. Narodowy Fundusz Zdrowia przekazał kompleksowe wyjaśnienia w przedmiotowej sprawie wraz ze szczegółową interpretacją zapisów:

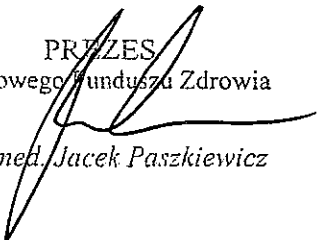
- 1) Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2011 r. Nr 112, poz. 654),
- 2) Ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89, z późn. zm.),
- 3) Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417, z późn. zm.),
- 4) Ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks Cywilny (Dz. U. z 1964 r. Nr 16, poz. 93, z późn. zm.),

- 5) Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 lipca 2004 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych dla zakładów opieki zdrowotnej oraz szczegółowych zasad ich nadawania (Dz. U. z 2004 r. Nr 170, poz. 1797, z późn. zm.),
- 6) Rozporządzenia Ministra Zdrowia 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. z 2005 r. Nr 200, poz. 1661, z późn. zm),
- 7) Rozporządzenia ministra zdrowia z dnia 11.01.2010 r. oraz 12.12.2011 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. z 2010 r. Nr 5, poz. 29) i (Dz. U. z 2011 r. Nr 269, poz. 1597).

Ponadto Narodowy Fundusz Zdrowia ponownie zaznacza, że prawidłowa realizacja terapeutycznych programów zdrowotnych przez świadczeniodawców w oparciu o przepisy powszechnie obowiązującego w Polsce prawa, powinna zapewnić transparentność przepływu informacji oraz kompleksową opiekę nad świadczeniobiorcami eliminując ryzyko ograniczenia dostępu do leczenia. Co więcej nie jest kwestią wyboru świadczeniodawcy informowanie pacjenta o organizacji jego procesu leczenia, gdyż zgodnie z wyżej przywołanymi przepisami należy to do obowiązku lekarza i w rzeczy samej świadczy o jakości i standardzie realizowanych usług. Placówka realizująca przedmiotowe zadania powinna wypracować oraz wdrożyć odpowiednie, wewnętrzne procesy zarządzania, które nie będą sprzeczne z prawem i wynikają bezpośrednio z kompetencji dyrektora nie zaś NFZ.

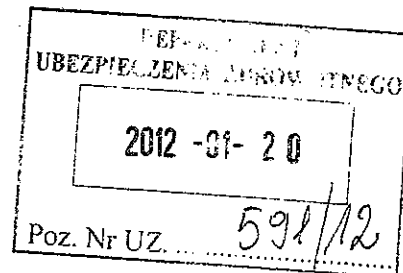
Konkludując należy stwierdzić, że w/w Rozporządzenia Ministra zdrowia jasno określają zasady kwalifikacji pacjenta do TPZ wraz z terminami i zakresem przeprowadzania badań diagnostycznych. Zakwalifikowany do programu świadczeniobiorca nie podlega procesowi ponownej kwalifikacji, gdyż już znajduje się w programie, nie zostaje z niego wykluczony, bo nie istnieją ku temu podstawy – zmienia jedynie miejsce udzielania świadczeń.

PRZES
Narodowego Funduszu Zdrowia


dr n. med. Jacek Paszkiewicz

znak:NFZ/CF/DGL/2012/043/0009/H/00724/AKH

Warszawa, dnia 17.01.2012 r.



Pan
Tomasz Pawłega
Zastępca Dyrektora
Departament Ubezpieczenia Zdrowotnego
Ministerstwo Zdrowia

Szczepan Paweł Dyrektor

W nawiązaniu do pisma znak: MZ-UZ-ZR-71-26024-1/TK/11 z dnia 23.12.2012 r. w sprawie zajęcia stanowiska dotyczącego organizacji opieki nad świadczeniobiorcami wynikających z określenia wieku, jako kryterium udziału w terapeutycznym programie zdrowotnym: „Leczenie stwardnienia rozsianego” w podziale na ośrodki realizujące program u dzieci i dorosłych proszę przyjąć do wiadomości następujące informacje:

1. Zgodnie z art. 100 ust. 1 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2011 r. Nr 112, poz. 654) podmiot, który zamierza wykonywać działalność leczniczą, jako podmiot leczniczy, zobowiązany jest do składania organowi prowadzącemu rejestr, tzn.:
 - 1) wojewodzie właściwemu dla siedziby albo miejsca zamieszkania podmiotu leczniczego – w odniesieniu do podmiotów leczniczych,
 - 2) okręgowej radzie lekarskiej właściwej dla miejsca wykonywania praktyki zawodowej lekarza – w odniesieniu do tych praktyk,

3) okręgowej radzie pielęgniarek i położnych właściwej dla miejsca wykonywania praktyki zawodowej przez pielęgniarkę - w odniesieniu do tych praktyk,

wniosku o wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, zawierający m.in. dane o rodzaju działalności leczniczej wraz z zakresem udzielanych świadczeń zdrowotnych, określenie przedsiębiorstwa oraz wykazu jego jednostek lub komórek organizacyjnych, których działalność jest związana z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.

Na podstawie art. 104 ust. 1 w/w organ prowadzący rejestr jest obowiązany dokonać wpisu do rejestru oraz wydać zaświadczenie o tym wpisie, (w przypadku podmiotu leczniczego zaświadczenie o wpisie obejmuje również nadane przez organ prowadzący rejestr podmiotowi leczniczemu oraz jednostkom i komórkom organizacyjnym jego przedsiębiorstwa resortowe kody identyfikacyjne zgodnie z zakresem udzielanych świadczeń zdrowotnych).

Zgodnie z art. 219 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej akty wykonawcze wydane na podstawie: art. 13 ust. 5 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89, z późn. zm.) zachowują moc do dnia wejścia w życie odpowiednich aktów wykonawczych wydanych na podstawie art. 22 ust. 3-5, art. 25 ust. 5, art. 28 ust. 7, art. 36 ust. 6, art. 39, art. 49 ust. 8, art. 50 ust. 2 i 5, art. 88 ust. 9, art. 105 ust. 4 i 5 oraz art. 122 ust. 6 niniejszej ustawy, (jednak nie dłużej niż przez 12 miesięcy od dnia jej wejścia w życie).

W związku z powyższym zgodnie z § 1 i § 12 ust. 1 oraz ust. 2 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 lipca 2004 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych dla zakładów opieki zdrowotnej oraz szczegółowych zasad ich nadawania (Dz. U. z 2004 r. Nr 170, poz. 1797, z późn. zm.) resortowe kody identyfikacyjne, nadawane są na podstawie informacji zawartych w dokumentach będących podstawą dokonania wpisu do rejestru zakładów opieki zdrowotnej przy czym część X systemu stanowi zestaw 2-znakowych kodów, ujętych w załączniku nr 4 do niniejszego rozporządzenia, charakteryzujących dziedziny medyczne, w których specjalizuje się komórka organizacyjna w tym „Neurologia dziecięca”.

Reasumując zakład opieki zdrowotnej posiadający kod resortowy określający w jego strukturze organizacyjnej oddział neurologii dziecięcej nie może leczyć osoby dorosłej, gdyż z art. 10 § 1 Ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks Cywilny (Dz. U. z 1964 r. Nr 16, poz. 93, z późn. zm.) wynika, że kto ukończył lat osiemnaście jest osobą pełnoletnią w związku z powyższym wykracza poza zarejestrowaną działalność podmiotu.

2. Ponadto zgodnie z art. 111 ust. 1, art. 108 ust. 2 oraz art. 112 ust. 7 ustawy o działalności leczniczej organ prowadzący rejestr jest uprawniony do kontroli podmiotów wykonujących działalność leczniczą, w zakresie zgodności wykonywanej działalności leczniczej z przepisami przedmiotowej ustawy i przepisami wydanymi na jej podstawie oraz:

- 1) wydania zaleceń pokontrolnych mających na celu usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości i określa termin ich wykonania,
- 2) wykreślenia podmiotu wykonujący działalność leczniczą - w przypadku złożenia oświadczenia niezgodnego ze stanem faktycznym, rażącego naruszenia warunków wymaganych do wykonywania działalności objętej wpisem, niezastosowania się do zaleceń pokontrolnych.

Odnosząc się do podnoszonego ryzyka ograniczenia pacjentom dostępu do leczenia (kolejka do świadczeń opieki zdrowotnej), należy stwierdzić, że świadczeniodawca realizujący terapeutyczny program zdrowotny w celu wypełnienia obowiązków nałożonych na niego przez ustawodawcę zobowiązany jest m.in. do ustalenia kolejności udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie zgłoszeń świadczeniobiorców oraz informowania ich pisemnie o terminie udzielenia świadczenia oraz uzasadnia przyczyny wyboru tego terminu.

Ponadto zgodnie z § 1 i § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia 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. z 2005 r. Nr 200, poz. 1661, z późn. zm) świadczeniodawca umieszczając pacjenta na liście oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, zobowiązany jest wziąć pod uwagę m.in. jego stan zdrowia, rokowania, co do dalszego przebiegu choroby oraz zagrożenie wystąpienia, utrwalenia lub pogłębienia niepełnosprawności, przy czym świadczeniobiorców, którzy wymagają okresowego, w ściśle ustalonych terminach, wykonywania kolejnych etapów świadczenia, przyjmuje się w celu udzielenia tego świadczenia zgodnie z planem leczenia.

Na podstawie art. 10 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417, z późn. zm) świadczeniobiorca, jego przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny mają prawo do otrzymania dostatecznie wczesnej informacji o zamiarze odstąpienia przez lekarza od leczenia pacjenta i wskazania przez tego lekarza możliwości uzyskania świadczenia zdrowotnego u innego lekarza lub podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych.

Z punktu widzenia Narodowego Funduszu Zdrowia prawidłowa realizacja terapeutycznych programów zdrowotnych przez świadczeniodawców w oparciu o przepisy powszechnie obowiązującego w Polsce prawa, powinna zapewnić transparentność przepływu informacji oraz kompleksową opiekę nad świadczeniobiorcami eliminując ryzyko ograniczenia dostępu do leczenia. Co więcej nie jest kwestią wyboru świadczeniodawcy informowanie pacjenta o organizacji jego procesu leczenia, gdyż zgodnie z wyżej przywołanymi przepisami należy to do obowiązku lekarza i w rzeczy samej świadczy o jakości i standardzie realizowanych usług. Placówka realizująca przedmiotowe zadania powinna wypracować oraz wdrożyć odpowiednie, wewnętrzne procesy zarządzania, które nie będą sprzeczne z prawem i wynikają bezpośrednio z kompetencji dyrektora nie zaś NFZ.

Konkludując należy stwierdzić, że rozporządzenia ministra zdrowia z dnia 11.01.2010 r. oraz 12.12.2011 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. z 2010 r. Nr 5, poz. 29) i (Dz. U. z 2011 r. Nr 269, poz. 1597) jasno określa zasady kwalifikacji pacjenta do TPZ wraz z terminami i zakresem przeprowadzania badań diagnostycznych. Zakwalifikowany do programu świadczeniobiorca nie podlega procesowi ponownej kwalifikacji gdyż już znajduje się w programie, nie zostaje z niego wykluczony bo nie istnieją ku temu podstawy – zmienia jedynie miejsce udzielania świadczeń.

Z poważaniem

Zastępca Dyrektora Narodowego Funduszu Zdrowia

Marek Dworski