

Marzanna Białkowska

7



MINISTER ZDROWIA

MZ-UZ-PR-71-30024-1/KS/13

RZECZNIK PRAW PACJENTA	
WPLYNĘŁO	
.....2013-02-14..... (datownik)	
Znak	RzPP- 200/2013

Warszawa.

2013-02-12

BIURO RZECZNIKA PRAW PACJENTA	
Wzrost	14 LUT. 2013
Imię	RzPP 2860

Pani

Krystyna Barbara Kozłowska

Rzecznik Praw Pacjenta

Szanowne Pani Minister!

W odpowiedzi na pismo z dnia 11 stycznia 2013 r., znak: Rzep-ZIP-430-1495-2/DI/2012/2013, w sprawie skarg pacjentów leczonych w ramach programów lekowych, którzy zmienili miejsce zamieszkania i napotykają trudności w zmianie świadczeniodawcy realizującego umowę w zakresie programy lekowe, uprzejmie proszę o przyjęcie następującego stanowiska.

Szczegółowe unormowania prawne regulujące warunki udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w poszczególnych zakresach, zostały określone w przepisach ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą”, oraz aktach wykonawczych wydanych na jej podstawie.

Odnosząc się do treści wystąpienia, dotyczącego pominięcia przez pacjentów zakwalifikowanych do programu lekowego rejestru oczekujących, w związku ze zmianą realizatora tych świadczeń, uprzejmie informuję, iż artykuły od 28 do 31 ustawy określają uprawnienia świadczeniobiorcy do swobodnego wyboru lekarza i zakładu opieki zdrowotnej oraz wskazują na ograniczenia tej zasady. Świadczeniobiorcy mają prawo do dokonania wyboru spośród wszystkich lekarzy i podmiotów leczniczych na terenie kraju. Wybór ten nie jest ograniczony miejscem zamieszkania świadczeniobiorcy ani też miejscem wykonywania świadczeń przez świadczeniodawcę. Ograniczenie stanowi jedynie fakt zawarcia lub

niezawarcia przez świadczeniodawcę umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z podmiotem finansującym takie świadczenia.

Jednocześnie należy pamiętać, iż przepisy te powinny być analizowane w połączeniu z regulacjami, które określają zasady udzielania świadczeń, a tym samym określają granice, w jakich prawa określone w art. 28-31 są realizowane.

Świadczenia opieki zdrowotnej w szpitalach są udzielane świadczeniobiorcom według kolejności zgłoszenia w dniach i godzinach ich udzielania przez świadczeniodawcę. 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 roku 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. Listę pacjentów oczekujących na realizację świadczenia prowadzi się w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej.

Uprzejmie wyjaśniam, iż obowiązujące przepisy ustawy, ani wydanego na jej podstawie ww. rozporządzenia, nie przewidują możliwości uzyskania świadczeń opieki zdrowotnej u innego świadczeniodawcy z zachowaniem dotychczasowej kolejki lub jej całkowitym ominięciem.

Jednocześnie zaznaczam, iż szczególne uprawnienia do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej, dotyczą enumeratywnie wymienionych grup świadczeniobiorców lub przypadków określonych w ustawie. Mając na uwadze powyższe oraz fakt, iż pacjenci objęci leczeniem w ramach programu lekowego nie zostali zakwalifikowani do ww. grupy, uprzejmie wyjaśniam, iż świadczenia udzielane im są na analogicznych zasadach jak innym świadczeniobiorcom.

Podkreślenia wymaga, iż o włączeniu chorego do programu lekowego i zastosowaniu odpowiedniej terapii, decyduje lekarz prowadzący pacjenta. Zgodnie z § 9 Zarządzenia Nr 27/2012/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 10 maja 2012 r. w *sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy zdrowotne (lekowe), późn. zm.*, świadczeniodawca kwalifikuje świadczeniobiorcę do programu zgodnie z kryteriami określonymi w opisach programów, stanowiących

załączniki do Obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2012 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.Urz.MZ.poz.103). Mając na uwadze powyższe oraz charakter leczenia w ramach programów zdrowotnych (lekowych), należy zaznaczyć, iż zmiana świadczeniodawcy wymaga kwalifikacji do programu, w celu określenia m.in. terminu włączenia do programu, czasu leczenia, schematu dawkowania leków, co uzależnione jest od stanu klinicznego świadczeniobiorcy.

W związku z powyższym, uprzejmie informuję, iż Minister Zdrowia podziela przedstawione stanowisko Funduszu, zgodnie z którym, nie jest możliwe pominięcie rejestru oczekujących u nowego realizatora świadczeń. Ponadto, przyjęcie odmiennej interpretacji, oznaczałoby przesunięcie innego pacjenta oczekującego w kolejce lub realizującego program.

Ustosunkowując się do kwestii finansowania świadczeń z zakresu programów zdrowotnych (lekowych), w tym rozliczeń między oddziałami wojewódzkimi NFZ, dotyczącymi pacjentów zmieniających świadczeniodawcę w ramach leczenia, uprzejmie proszę o przyjęcie następujących wyjaśnień.

Warunki finansowania tych świadczeń określają przepisy cytowanego wyżej zarządzenia Prezesa NFZ oraz umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy zdrowotne (lekowe). Zgodnie z postanowieniami § 4 ust. 3 i 4 wzoru umowy, należności za realizację świadczeń za okres sprawozdawczy równa jest sumie wartości za świadczenia oraz podane lub wydane leki wykazane w załączniku sprawozdawczo – rozliczeniowym. Kwota ta nie może przekroczyć maksymalnej kwoty zobowiązania oddziału Funduszu wobec świadczeniodawcy.

Natomiast odnosząc się do rozliczeń finansowych między oddziałami NFZ w ramach migracji świadczeniobiorców, uprzejmie informuję, że na podstawie art. 118 ust. 2 pkt 2 lit. b ustawy, w planach finansowych oddziałów wojewódzkich funduszu uwzględnia się rezerwy na koszty świadczeń opieki zdrowotnej w ramach migracji ubezpieczonych.

Jednocześnie informuję, iż zasady tych rozliczeń uregulowane zostały w Zarządzeniu Nr 51/2011/DEF Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 września 2011 r. w sprawie wprowadzenia "Instrukcji przeprowadzania rozliczeń międzyoddziałowych z tytułu migracji ubezpieczonych w 2012 r.", z późn. zm. Zgodnie z przepisami ww. zarządzenia, w celu zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej dla swoich ubezpieczonych na terenie innego OW, dyrektor oddziału pacjenta uwzględniając informacje o kosztach świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych w latach ubiegłych pacjentom przypisanym do jego oddziału na terenie innych oddziałów, wystawia dyrektorowi oddziału świadczeniodawcy

upoważnienia do zaciągania zobowiązań w zakresie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w ramach środków posiadanych w planie finansowym w pozycji kosztów świadczeń opieki zdrowotnej.

W związku z powyższym, uprzejmie wyjaśniam, iż ogłaszając postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dyrektor oddziału uwzględnia informacje o otrzymanych upoważnieniach i preferowanych zakresach i miejscach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej i zawiera umowy ze świadczeniodawcami udzielającymi świadczeń na terenie działania oddziału wojewódzkiego w ramach środków określonych w planie oddziału oraz w ramach otrzymanych upoważnień.

Jednocześnie odpowiadając na pytanie, *czy możliwe jest aby jeden oddział wojewódzki NFZ finansujący dotychczasowe leczenie pacjenta w ramach programu lekowego zmniejszył wartość umowy o koszty leczenia niezrealizowanego, a drugi oddział wojewódzki NFZ przejmujący finansowanie leczenia tego pacjenta zwiększył budżet świadczeniodawcy, wybranego przez pacjenta*, uprzejmie wyjaśniam, iż zmiana kwoty zobowiązania w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, dokonywana jest na zasadach określonych w przepisach 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). W myśl § 43 ww. rozporządzenia, każda ze stron umowy może w uzasadnionych przypadkach wnioskować na piśmie o zmianę warunków umowy. W przypadku złożenia takiego wniosku, strony nie później niż w terminie 30 dni od dnia jego złożenia podejmują czynności zmierzające do ustalenia nowych warunków umowy, chyba że strona umowy, do której skierowano wniosek, nie wyrazi zgody na zmianę warunków umowy i uzasadni swoje stanowisko na piśmie.

Mając na uwadze powyższe, podkreślenia wymaga, iż wzajemne rozliczenia między oddziałami wojewódzkimi NFZ z tytułu świadczeń opieki zdrowotnej zrealizowanych w ramach migracji ubezpieczonych nie mają wpływu na rozliczenia świadczeń zdrowotnych, realizowanych w ramach umów o udzielanie świadczeń, przez oddziały wojewódzkie ze świadczeniodawcami, bowiem przekazywane przez świadczeniodawców rachunki i zestawienia opłacane są na zasadach i w terminach wynikających z zawartej umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych, lub obowiązujących przepisów.

z poważaniem

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
SEKRETARZ STANU

Sławomir Neumann