

1661**ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

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

Na podstawie art. 20 ust. 11 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. Świadczeniodawca umieszcza świadczeniobiorcę, z wyjątkiem świadczeniobiorcy znajdującego się w stanie nagłym, na liście oczekujących na udzie-

lenie świadczenia opieki zdrowotnej, zwanej dalej „listą oczekujących”, na podstawie następujących kryteriów medycznych opartych na aktualnej wiedzy medycznej:

- 1) stanu zdrowia świadczeniobiorcy;
- 2) rokowania co do dalszego przebiegu choroby;
- 3) chorób współistniejących mających wpływ na chorobę, z powodu której ma być udzielone świadczenie;
- 4) zagrożenia wystąpienia, utrwalenia lub pogłębienia niepełnosprawności.

§ 2. 1. Świadczeniodawca, stosując kryteria medyczne, o których mowa w § 1:

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej — zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 11 czerwca 2004 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 134, poz. 1439).

²⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2005 r. Nr 94, poz. 788, Nr 132, poz. 1110, Nr 138, poz. 1154, Nr 157, poz. 1314, Nr 164, poz. 1366, Nr 169, poz. 1411 i Nr 179, poz. 1485.

1) kwalifikuje świadczeniobiorcę do kategorii medycznej:

- a) „*przypadek pilny*” — jeżeli istnieje konieczność pilnego udzielenia świadczenia ze względu na dynamikę procesu chorobowego i możliwość szybkiego pogorszenia stanu zdrowia lub znaczącego zmniejszenia szans na powrót do zdrowia,
- b) „*przypadek stabilny*” — w przypadku innym niż stan nagły i przypadek, o którym mowa w lit. a;

2) umieszcza świadczeniobiorcę na liście oczekujących po stwierdzeniu, że świadczeniobiorca posiada wymagane skierowanie na świadczenie danego rodzaju albo jest uprawniony do uzyskania świadczenia bez skierowania.

2. W przypadku świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w szpitalach, lekarz w szpitalu potwierdza kategorię medyczną, o której mowa w ust. 1 pkt 1, wskazaną na skierowaniu wystawionym przez lekarza kierującego albo kwalifikuje świadczeniobiorcę do odpowiedniej kategorii medycznej.

3. W przypadku świadczeń specjalistycznych udzielanych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej, na które wymagane jest skierowanie, świadczeniodawca bierze pod uwagę kategorię medyczną, o której mowa w ust. 1 pkt 1, wskazaną na skierowaniu wystawionym przez lekarza kierującego, jeżeli została określona.

§ 3. Świadczeniobiorcę zakwalifikowanego do kategorii medycznej „*przypadek pilny*” umieszcza się na liście oczekujących przed świadczeniobiorcami zakwalifikowanymi do kategorii medycznej „*przypadek stabilny*”.

§ 4. Świadczeniobiorców, którzy wymagają określonego, w ściśle ustalonych terminach, wykonywania kolejnych etapów świadczenia, przyjmuje się w celu udzielenia tego świadczenia zgodnie z planem leczenia.

§ 5. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 2 miesięcy od dnia ogłoszenia.

Minister Zdrowia: *M. Balicki*