

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia2005 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) zarządza się, co następuje:

§ 1.

1. Świadczeniodawca umieszcza świadczeniobiorcę na liście oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, zwanej dalej „listą oczekujących”, na podstawie następujących kryteriów medycznych opartych na aktualnej wiedzy medycznej:

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

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

- 1) świadczeniobiorca posiada wyniki niezbędnych badań diagnostycznych lub będzie je posiadać przed terminem udzielenia świadczenia;
- 2) świadczeniobiorca wykonał niezbędne czynności przygotowawcze do udzielenia świadczenia, w tym w szczególności określone szczepienia, lub wykona te czynności przed terminem udzielenia świadczenia;
- 3) świadczeniobiorca lub jego przedstawiciel ustawowy wyraził ustną lub pisemną zgodę na uzyskanie danego świadczenia, lub określonych procedur medycznych koniecznych do jego udzielenia.

3. W przypadku świadczeń specjalistycznych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej świadczeniodawca umieszcza świadczeniobiorcę na liście oczekujących na podstawie kwalifikacji, o której mowa w § 2 ust. 1.

4. W przypadku świadczeń opieki zdrowotnej w szpitalach świadczeniodawca umieszcza świadczeniobiorcę na liście oczekujących po:

- 1) potwierdzeniu wskazań medycznych do wykonania danego świadczenia przez lekarza;
- 2) zakwalifikowaniu świadczeniobiorcy przez lekarza do odpowiedniej kategorii medycznej, o której mowa w § 2 ust. 1.

§ 2.

1. Lekarz kierujący świadczeniobiorcę na świadczenie specjalistyczne w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej, kwalifikuje tego świadczeniobiorcę do jednej z następujących kategorii medycznych:

- 1) „przypadek pilny” – w przypadku istnienia konieczności pilnego udzielenia świadczenia ze względu na możliwość szybkiego pogorszenia stanu zdrowia lub znaczące zmniejszenie szans na powrót do zdrowia;
- 2) „przypadek stabilny” – w przypadku, gdy pożądane jest udzielenie świadczenia w możliwym do zaakceptowania czasie w przyszłości, uwzględniając występowanie bólu, dysfunkcji lub niesprawności, przy małym prawdopodobieństwie szybkiego pogorszenia stanu zdrowia.

2. Kwalifikowanie do kategorii medycznych, o których mowa w ust. 1, odbywa się na podstawie kryteriów medycznych, o których mowa w § 1 ust. 1.

3. W przypadku świadczeń specjalistycznych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej niewymagających skierowania świadczeniodawca umieszcza świadczeniobiorcę na liście oczekujących według kolejności zgłoszenia.

§ 3.

1. Lekarz przyjmujący świadczeniobiorcę na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej w szpitalu, kwalifikuje tego świadczeniobiorcę do jednej z kategorii medycznych, o których mowa w § 2 ust. 1.
2. Przepisy § 2 ust. 2 stosuje się odpowiednio.

§ 4.

1. Świadczeniobiorców objętych ciągłą opieką, którzy wymagają okresowego, w ściśle ustalonych terminach, wykonywania kolejnych etapów świadczenia, świadczeniodawca kwalifikuje jako „pacjentów objętych cyklem leczenia”.
2. Świadczeniobiorców, o których mowa w ust. 1, przyjmuje się w celu udzielenia świadczenia zgodnie z harmonogramem przyjęć wynikającym z terminów, o których mowa w ust. 1, i nie umieszcza się na listach oczekujących.

§ 5.

1. Lekarz kierujący świadczeniobiorcę na świadczenie specjalistyczne w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej określa kategorię medyczną, o której mowa w § 2 ust. 1, na dokumencie skierowania.
2. Lekarz przyjmujący świadczeniobiorcę na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej w szpitalu, odnotowuje w dokumentacji medycznej, kategorię medyczną przypisaną świadczeniobiorcy w celu umieszczenia go na liście oczekujących wraz z datą przypisania tej kategorii.

§ 6.

Świadczeniodawca umieszcza na liście oczekujących świadczeniobiorców zakwalifikowanych do odpowiedniej kategorii medycznej, o której mowa w § 2 ust. 1, zgodnie z kolejnością zgłoszeń.

§ 7.

Świadczeniobiorcę zakwalifikowanego do kategorii medycznej „*przypadek pilny*” umieszcza się na liście oczekujących przed świadczeniobiorcami zakwalifikowanymi do kategorii medycznej „*przypadek stabilny*”, niezależnie od daty zgłoszenia się świadczeniobiorcy.

§ 8.

W przypadku zaistnienia okoliczności uzasadniających zmianę kategorii, świadczeniodawca dokonuje zmiany terminu udzielenia świadczenia świadczeniobiorcy, w stosunku do poprzednio określonego. Przepis § 7 stosuje się odpowiednio.

§ 9.

Przepisów § 1-8 nie stosuje się do świadczeniobiorców znajdujących się w stanie nagłym.

§ 10.

W odniesieniu do schorzeń, najczęściej powtarzających się w praktyce świadczeniodawcy, może on ogłosić na tablicy ogłoszeń w miejscu widocznym i dostępnym dla świadczeniobiorców, oraz na swojej stronie internetowej, informację o cechach stanu chorobowego, które stosuje do kwalifikowania świadczeniobiorców do poszczególnych kategorii medycznych, o których mowa w § 2 ust. 1.

§ 11.

Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

MINISTER ZDROWIA

UZASADNIENIE

Niniejszy projekt rozporządzenia stanowi wykonanie upoważnienia zawartego w 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), zgodnie z którym minister właściwy do spraw zdrowia powinien określić, w drodze rozporządzenia, kryteria medyczne, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących, uwzględniając aktualną wiedzę medyczną.

Upoważnienie ustawowe ponadto nakłada na ministra właściwego do spraw zdrowia obowiązek zasięgnięcia opinii Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w zakresie treści niniejszego projektu rozporządzenia.

Niniejsze rozporządzenie jest potrzebne do prawidłowego wypełniania przez świadczeniodawców obowiązków, o których mowa w art. 20 ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Wspomniany przepis ustawy stanowi, że listę oczekujących prowadzi się w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zgodnie z kryteriami medycznymi określonymi w przepisach wydanych na podstawie ust. 11.

W związku z postępującym procesem starzenia się populacji, rozwoju technologii medycznych i wzrostu oczekiwań obywateli w odniesieniu do dostępu do świadczeń zdrowotnych, a jednocześnie ograniczoności środków finansowych nie dziwi fakt, iż rynek usług medycznych, nie tylko w Polsce, charakteryzuje stan nierównowagi, tzn. istnienia niedostatecznej ilości zasobów medycznych w stosunku do rosnącego poziomu oczekiwań i potrzeb zdrowotnych społeczeństwa, co implikuje pojawieniem się na rynku kategorii *świadczeń deficytowych*, a w konsekwencji obliguje do prowadzenia list oczekujących. Problemu nie da się całkowicie wyeliminować, ale można i należy go ograniczyć poprzez sprawne nim zarządzanie, tworzenie jasnych, spójnych, wiarygodnych standardów organizacji list. Na tym tle wdrożenie regulacji prawnych w zakresie problematyki list oczekujących ma na celu poprawę dostępności pacjentów do świadczeń opieki zdrowotnej, jak również zminimalizowanie relatywizmu w ocenie pierwszeństwa dostępu do tych świadczeń. W tym kontekście projektowane rozporządzenie należy traktować jako element systemu zarządzania listami oczekujących na wybrane, deficytowe świadczenia opieki zdrowotnej.

Przeгляд systemów zarządzania listami oczekujących funkcjonujących w wybranych państwach dostarcza wskazówek do wdrażania rozwiązań na płaszczyznę systemu ochrony zdrowia w Polsce w powyższym zakresie. Proponowane zapisy rozporządzenia stanowią wykorzystanie pozytywnych doświadczeń innych państw, w szczególności wzorowano się na sprawdzonych rozwiązaniach zastosowanych w Australii i Nowej Zelandii. W państwach tych w celu usprawnienia funkcjonowania list oczekujących, jak również budowy kompleksowego systemu zarządzania listami oczekujących wprowadzono narzędzia kategoryzacji pacjentów, między innymi określono kategorie pierwszeństwa w dostępie świadczeniobiorcy do jednostkowego świadczenia opieki zdrowotnej, które stanowiły podstawę dla przygotowania zapisów przedmiotowego rozporządzenia. Przedstawiony projekt rozporządzenia wskazuje pięć kryteriów medycznych, w postaci potrzeby wykonania świadczenia, obecnego stanu zdrowia świadczeniobiorcy, rokowań co do rozwoju przebiegu choroby, występowania chorób współistniejących mających wpływ na chorobę, z powodu której ma być udzielone świadczenie oraz zagrożenia wystąpienia, utrwalenia lub pogłębienia niepełnosprawności jako podstawę kategoryzowania pacjentów, w celu ustalenia kolejności wykonywania świadczeń na ich rzecz. W dalszej części rozporządzenie reguluje sposób posługiwania się tymi kryteriami w procesie określania kolejności wykonywania świadczeń, w zależności od okoliczności w jakiej te kryteria znajdują zastosowanie.

W uzupełnieniu należy podkreślić, iż niniejsze rozporządzenie stanowi realizację szczególnych wytycznych Rady Europy (*Zalecenie nr R (99) 21 Komitetu Ministrów dla Państw Członkowskich w sprawie kryteriów zarządzania listami oczekujących i czasem oczekiwania w ochronie zdrowia*).

OCENA SKUTKÓW REGULACJI (OSR)

Przedmiotowy projekt rozporządzenia należy zaliczyć do typu regulacji, dla której w sferze kosztów i wydatków należy zastosować minimalny zakres OSR, wykorzystujący do oceny jej skutków analizę opisową (jakościową).

1. Podmioty, na które oddziałuje regulacja.

Projektowana regulacja oddziałuje na wszystkich świadczeniodawców udzielających świadczeń specjalistycznych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej oraz świadczeń opieki zdrowotnej w szpitalach. Jednocześnie wdrożenie proponowanych przepisów prawnych przyczyni się do poszerzenia informacji dostępnej świadczeniobiorcy w związku z procesem leczenia.

2. Wpływ regulacji na dochody i wydatki sektora finansów publicznych.

Wejście w życie rozporządzenia nie spowoduje skutków finansowych dla budżetu państwa oraz jednostek sektora finansów publicznych.

3. Wpływ regulacji na warunki życia społecznego i gospodarczego w regionach.

Projektowane regulacje podnoszą jakość życia społecznego, poprzez podniesienie poziomu zaufania społecznego do instytucji publicznych, w szczególności sektora ochrony zdrowia.

Poprzez poprawę przejrzystości dostępu do świadczeń zdrowotnych projektowane rozporządzenie przyczyni się do większej świadomości świadczeniobiorców o przysługujących im prawach.

4. Wpływ regulacji na rynek pracy.

Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na rynek pracy.

5. Wpływ regulacji na konkurencyjność wewnętrzną i zewnętrzną gospodarki.

Projektowane rozporządzenie jest elementem systemu zarządzania listami oczekujących, który podnosi poziom informacji konsumenckiej wśród pacjentów, co zwiększa możliwości dokonywania świadomego wyboru, poprawia warunki konkurencji w sektorze ochrony zdrowia, a tym samym konkurencyjność podmiotów sektora w ogóle.

6. Wpływ regulacji na zdrowie ludzi.

Wejście w życie rozporządzenia spowoduje pozytywne skutki w postaci uporządkowania sposobu i kryteriów kwalifikowania świadczeniobiorców do świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych oraz świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez szpitale. Zakłada się, że w rezultacie czas średni oczekiwania na świadczenia ulegnie redukcji, poprzez optymalizację procesów planowania i nabywania świadczeń zdrowotnych w publicznym systemie ochrony zdrowia w Polsce.

7. Konsultacje społeczne

Zgodnie z treścią art. 20 ust. 11 projekt rozporządzenia zostanie przedstawiony do zaopiniowania Naczelnej Radzie Lekarskiej i Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych.

Projekt rozporządzenia w ramach konsultacji społecznych zostanie skierowany do związków zawodowych oraz pozostałych podmiotów działających w systemie ochrony zdrowia (Naczelna Rada Aptekarska, Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych, Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych, Sekretariat Ochrony Zdrowia Komisji Krajowej NSZZ „Solidarność”, Federacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia, Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy, Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych, Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność 80”, Forum Związków Zawodowych, Związek Powiatów Polskich, Związek Miast Polskich, Związek Gmin Wiejskich RP, Unia Uzdrawisk Polskich, Fundacja Stefana Batorego, Komisja Wspólna Rządu i Samorządu Terytorialnego, Polskie Stowarzyszenie Dyrektorów Szpitali, Związek Pracodawców Niepublicznej Opieki Zdrowotnej, Federacja Związków Pracodawców Zakładów Opieki Zdrowotnej), organizacji świadczeniobiorców (Koalicja na Rzecz Pacjentów „Mam prawo do Zdrowia”, Rada Krajowa Federacji Konsumentów, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Biuro Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych, Krajowa Rada Konsultacyjna ds. Osób Niepełnosprawnych), jednostek badawczo-rozwojowych, konsultantów krajowych oraz opublikowany na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia.

8. Zgodność regulacji z prawem Unii Europejskiej.

Zakres przedmiotowy projektowanego rozporządzenia nie jest regulowany prawem Unii Europejskiej, jednakże realizuje zasady zawarte w rekomendacjach Rady Europy (Zalecenie nr R (99) 21 Komitetu Ministrów dla Państw Członkowskich w sprawie kryteriów zarządzania listami oczekujących i czasem oczekiwania w ochronie zdrowia).