

ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾
z dnia 2007 r.
w sprawie sposobu i kryteriów ustalania dopuszczalnego czasu oczekiwania
na wybrane świadczenia opieki zdrowotnej

Na podstawie art. 25 ust. 5 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.

Rozporządzenie określa sposób i kryteria ustalania dopuszczalnego czasu oczekiwania na następujące rodzaje świadczeń opieki zdrowotnej:

- 1) leczenie szpitalne,
 - 2) świadczenia wysokospecjalistyczne
- zwane dalej „świadczeniami opieki zdrowotnej”.

§ 2.

1. Ustalenia dopuszczalnego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej dokonuje lekarz ubezpieczenia zdrowotnego – specjalista właściwej dziedziny medycyny, zwany dalej „lekarzem”.

§ 3.

Dopuszczalny czas oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej ustalany jest indywidualnie w odniesieniu do świadczeniobiorcy, na podstawie następujących kryteriów:

- 1) stanu zdrowia;
- 2) dotychczasowego przebiegu choroby;
- 3) rokowania co do dalszego przebiegu choroby.

§ 4.

Lekarz ustalając dopuszczalny czas oczekiwania świadczeniobiorcy na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, bierze w szczególności pod uwagę, czy w wyniku nieudzielenia tego świadczenia w określonym czasie istnieje zagrożenie:

- 1) życia;
- 2) niezdolnością do samodzielnej egzystencji w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2004 r. Nr 39, poz. 353, z późn. zm.³⁾);
- 3) całkowitą lub trwałą niezdolnością do pracy w rozumieniu przepisów, o których mowa w pkt 2.

§ 5.

Lekarz określa dopuszczalny czas oczekiwania we wniosku, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 26a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

§ 6.

Przepisów rozporządzenia nie stosuje się do ustalania dopuszczalnego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia zdrowotnego w przypadku, gdy wniosek, o którym mowa w § 5, złożono na podstawie dotychczasowych przepisów.

§ 7.

Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2008 r.⁴⁾

MINISTER ZDROWIA

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej - zdrowie na podstawie zdrowie na podstawie rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 16 listopada 2007 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 216, poz. 1607).

²⁾ Zmiany tekstu 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 oraz z 2006 r. Nr 75, poz. 519, Nr 104, poz. 708 i 711, Nr 143, poz. 1030, Nr 170, poz. 1217, Nr 191, poz. 1410, Nr 227, poz. 1658, Nr 249, poz. 1824 oraz z 2007 r. Nr 64, poz. 427 i 433, Nr 82, poz. 559, Nr 115, poz. 793, Nr 133, poz. 922, Nr 166, poz. 1172, Nr 171, poz. 1208, Nr 176, poz. 1234 i Nr 180, poz. 1280

³⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2004 r. Nr 64, poz. 593, Nr 99, poz. 1001, Nr 120, poz. 1252, Nr 121, poz. 1264, Nr 144, poz. 1530, Nr 191, poz. 1954, Nr 210, poz. 2135 i Nr 236, poz. 2355, z 2005 r. Nr 167, poz. 1397 i Nr 169, poz. 1412 i 1421, z 2006 r. Nr 104, poz. 708 i 711, Nr 208, poz. 1534 oraz z 2007 r. Nr 17, poz. 95 i Nr 82, poz. 558

⁴⁾ Niniejsze rozporządzenie poprzedzone było rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 5 października 2005 r. w sprawie sposobu i kryteriów ustalania dopuszczalnego czasu oczekiwania na wybrane świadczenia opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 206, poz. 1724), które utraciło moc z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia, na podstawie art. 20 pkt 4 ustawy z dnia 24 sierpnia 2007 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. Nr 166, poz. 1172)

UZASADNIENIE

Niniejsze rozporządzenie stanowi wykonanie delegacji art. 25 ust. 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2004 r. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.), zgodnie z którą minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, sposób i kryteria ustalania dopuszczalnego czasu oczekiwania na wybrane świadczenia opieki zdrowotnej uwzględniając aktualną, opartą na potwierdzonych dowodach naukowych, wiedzę i praktykę medyczną oraz kierując się potrzebą właściwej realizacji przepisów o koordynacji. Konieczność wydania rozporządzenia wynika z nowelizacji ww. ustawy, w której dokonano zmiany przepisów w zakresie wyrażania zgody oraz finansowania kosztów leczenia lub badań diagnostycznych poza granicami kraju.

Przedkładane rozporządzenie powiązane jest z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie wniosku o leczenie lub badania diagnostyczne poza granicami kraju oraz pokrycia kosztów transportu, które określa szczegółowo procedurę uzyskiwania zgody Prezesa NFZ na takie leczenie lub badanie oraz wzór wniosku w tej sprawie. Jednym z elementów opiniowania takiego wniosku jest ustalenie dopuszczalnego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia zdrowotnego. Proponuje się, aby ustalenia takiego dokonywał lekarz ubezpieczenia zdrowotnego specjalista we właściwej dziedzinie medycyny.

Lekarz dokonuje takiego ustalenia indywidualnie dla każdego pacjenta. Przy uwzględnieniu zawartych w przedkładanym rozporządzeniu kryteriów, dokonuje oceny stanu zdrowia konkretnego pacjenta oraz zagrożeń, jakie wiążą się z nieudzieleniem wnioskowanego świadczenia w określonym czasie i na tej podstawie ustala dopuszczalny czas oczekiwania tego pacjenta na świadczenie zdrowotne. Ustalenia wpisuje się w odpowiednim miejscu wniosku, a następnie zwraca wniosek pacjentowi (innemu podmiotowi uprawnionemu) w celu kontynuowania procedury. W tym kontekście wydanie projektowanej regulacji stanowi wytyczne dla tego lekarza.

Zaproponowany w przedkładanym rozporządzeniu zakres przedmiotowy regulacji (leczenie szpitalne i świadczenia wysokospecjalistyczne) uzasadnia fakt, iż w znacznym stopniu problem dostępności dotyczy właśnie tych rodzajów świadczeń opieki zdrowotnej jako najbardziej

„zasobochłonnych”, tj.: kosztownych, przeważnie wymagających wysokich kwalifikacji personelu medycznego i specjalistycznej aparatury technicznej. Ponadto takie rozwiązanie sugeruje aktualne orzecznictwo ETS, które w odniesieniu do świadczeń udzielanych w szpitalach potwierdza konieczność otrzymania zgody instytucji właściwej na uzyskanie tego rodzaju świadczenia opieki zdrowotnej w innym kraju UE.

Zasadniczy kontekst określania dopuszczalnego czasu oczekiwania wynika z regulacji wspólnotowych, w szczególności z art. 22 ust. 2 rozporządzenia Rady (EWG) nr 1408/71 z dnia 14 czerwca 1971 r. w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych, osób prowadzących działalność na własny rachunek i do członków ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie (Dz. Urz. WE L 149 z 5.07.1971, str. 2 i n., z późn. zm.). Cytowany akt prawny uprawnia osoby objęte ubezpieczeniem zdrowotnym w poszczególnych krajach członkowskich Unii Europejskiej do uzyskiwania świadczeń w innym kraju Wspólnoty, o ile w kraju ubezpieczenia świadczenia tego nie można wykonać w czasie „bez zbędnej zwłoki” („without undue delay”). W tej sytuacji świadczeniobiorca ma prawo wystąpić do instytucji właściwej o zgodę „na udanie się na terytorium innego państwa członkowskiego w celu uzyskania tam opieki zdrowotnej”, a instytucja właściwa nie może odmówić tej zgody, „jeżeli zabiegi, o które chodzi, znajdują się wśród świadczeń przewidzianych przez przepisy prawne państwa członkowskiego”, na terytorium którego mieszka zainteresowany i jeżeli te zabiegi, uwzględniając jego obecny stan zdrowia oraz prawdopodobny przebieg choroby, nie mogą być udzielone w terminie zwykle koniecznym w procesie leczenia w państwie członkowskim, w którym mieszka zainteresowany”.

W ramach postępowania nr C-385/99 w sprawie Müller-Fauré - van Riet, Europejski Trybunał Sprawiedliwości (ETS) zajął się też wyjaśnieniem określenia „without undue delay (bez zbędnej zwłoki)”. Orzeczenie w tej sprawie zapadło 15 maja 2003 roku, a wraz z nim potwierdzona została wcześniejsza opinia Adwokata Generalnego Mecenasa Ruiz-Jarabo, który w części dotyczącej Pani van Riet twierdził, że „sens określenia „without undue delay (bez zbędnej zwłoki)” winien być interpretowany wyłącznie z medycznego punktu widzenia, niezależnie od administracyjnego określenia czasu oczekiwania na dane świadczenia”. Zgodnie z tą opinią odmówić można wyjazdu na leczenie za granicą tylko wtedy, gdy podobnie skuteczne i bez zbędnej zwłoki leczenie możliwe jest do uzyskania w sieci placówek zakontraktowanych przez danego płatnika. Kryterium „bez zbędnej zwłoki” jest przy tym kryterium czysto medycznym i nie powinno być warunkowane aktualnie występującymi lub prawnie czy administracyjnie określanymi limitami czasu oczekiwania na poszczególne świadczenia w danym kraju.

W uzasadnieniu powyższego orzeczenia ETS stwierdził, że w prawie unijnym istnieją wystarczające zabezpieczenia przed destabilizacją finansów systemów ochrony zdrowia, w szczególności funkcjonuje konieczność uzyskiwania zgody, gdy obywatel zamierza wystąpić o zwrot kosztów leczenia szpitalnego za granicą. Aby wymóg uzyskania zgody był jednak usprawiedliwiony, mimo że stanowi odstępstwo od zasady swobody świadczenia usług, procedura wydawania zgody musi być oparta na obiektywnych, niedyskryminujących kryteriach, znanych z góry, opisanych w taki sposób by stosowana przez administrację krajową nie mogła być arbitralna (orzeczenie w sprawie Analir and Others, par. 38). Zasadnym jest by procedura ta miała charakter procesu decyzyjnego, którego zasady są łatwo dostępne dla obywatela oraz by mogła być przeprowadzona w obiektywny i bezstronny sposób, w rozsądnym czasie, a odmowa wydania zgody mogła podlegać procedurze odwoławczej będącej procedurą prawną lub administracyjną (Smits and Peerbooms, par. 90).

Projekt rozporządzenia nie zawiera przepisów technicznych w rozumieniu przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. Nr 239, poz. 2039 oraz z 2004 r. Nr 65, poz. 597) i w związku z tym nie podlega przedmiotowej notyfikacji.

OCENA SKUTKÓW REGULACJI (OSR)

1. Podmioty, na które oddziałuje regulacja.

Projektowana regulacja oddziałuje na lekarzy – specjalistów poszczególnych dziedzin medycyny oraz Narodowy Fundusz Zdrowia.

2. Konsultacje społeczne.

Projekt zostanie przekazany do konsultacji m.in. następującym podmiotom: Naczelnej Radzie Lekarskiej, Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych, Naczelnej Radzie Aptekarskiej, Krajowej Radzie Diagnostów Laboratoryjnych, Ogólnopolskiemu Porozumieniu Związków Zawodowych, Sekretariatowi Ochrony Zdrowia Komisji Krajowej NSZZ „Solidarność”, Federacji Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia, Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Lekarzy, Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Pielęgniarek i Położnych, Krajowemu Sekretariatowi Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność 80”, Forum Związków Zawodowych, Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego. Ponadto, projekt zostanie umieszczony na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia oraz w Biuletynie Informacji Publicznej, stosownie do przepisów ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingskiej w procesie stosowania prawa (Dz.U. Nr 169, poz. 1414). Wyniki konsultacji społecznych zostaną przedstawione po ich zakończeniu.

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

Wejście w życie rozporządzenia nie spowoduje skutków finansowych dla budżetu państwa. Może mieć jednakże wpływ na finanse Narodowego Funduszu Zdrowia, gdyż ustalenie dopuszczalnego czasu oczekiwania przez lekarza dokonywane jest w związku z procesem opiniowania wniosku do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia o przeprowadzenie leczenia lub badań diagnostycznych poza granicami kraju.

W I półroczu 2007 r. rozpatrzono 14 wniosków, w tym 9 pozytywnie. W latach poprzednich proporcje te były zbliżone, i tak: w 2004 r. rozpatrzono 7 wniosków – 5 pozytywnie; w 2005 r. 20 wniosków – 14 pozytywnie; w 2006 r. 13 wniosków – 11 pozytywnie.

Jak wynika z informacji przekazanych przez Prezesa NFZ, ze względu na przyjęty bardzo długi okres rozliczeniowy pomiędzy instytucjami łącznikowymi państw członkowskich UE, możliwe jest przekazanie jedynie informacji o wysokości kosztów przewidywanych na świadczenia zdrowotne udzielone poza granicami kraju. W informatycznym systemie rozliczeniowym, informacje zweryfikowane i potwierdzone, dotyczące faktycznych kosztów świadczeń wykonanych w trybie planowym poza granicami kraju, są dostępne co najmniej roku, ale również i po trzech latach. Z praktyki Wydziału Rozliczeń Planowania i Analiz Departamentu Współpracy Międzynarodowej NFZ wynika, że nawet w przypadku niektórych świadczeń udzielonych w 2004 r., brak jest dotąd potwierdzenia faktycznie poniesionych kosztów.

Mając na uwadze powyższe zastrzeżenie, przewidywane koszty leczenia lub badań diagnostycznych poza granicami kraju są następujące:

w roku 2004 – 33 291, 33 €;

w roku 2005 – 70 694, 67 €;

w roku 2006 – 63 971,59 €;

w roku 2007 (I półrocze) – 46 662, 17 €.

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

Projektowana regulacja, poprzez poprawę przejrzystości dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, powinna przyczynić się do wzrostu świadomości ubezpieczonego o przysługujących mu prawach.

5. Wpływ regulacji na rynek pracy.

Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na rynek pracy.

6. Wpływ regulacji na konkurencyjność wewnętrzną i zewnętrzną gospodarki.

Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na konkurencyjność gospodarki.

7. Wpływ regulacji na zdrowie ludzi.

W ramach przewidywanych skutków społecznych oczekuje się poprawy dostępności do opieki zdrowotnej, co w konsekwencji powinno przełożyć się na zwiększenie szans ubezpieczonego na uzyskanie pomocy medycznej w racjonalnym czasie, tym samym przyczynić się do poprawy zdrowia i jakości życia społeczeństwa.

8. Zgodność regulacji z prawem Unii Europejskiej.

Zakres przedmiotowy projektowanego rozporządzenia jest zgodny z prawem Unii Europejskiej, w szczególności z rozporządzeniem Rady (EWG) nr 1408/71 z dnia 14 czerwca 1971 r. w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych, osób prowadzących działalność na własny rachunek i do członków ich rodzin przemierzających się we Wspólnocie (Dz. Urz. WE L 149 z 5.07.1971, z późn. zm.). Podstawę do opracowania rozporządzenia w sprawie sposobu i kryteriów ustalania dopuszczalnego czasu oczekiwania na wybrane świadczenia opieki zdrowotnej stanowiło również orzecznictwo Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości.