



Ministerstwo Zdrowia

Departament
Lecznictwa

DLU.055.53.2023.MŁ
Warszawa, 14 lutego 2024

Szanowna Pani,

w odpowiedzi na Pani petycję z dnia 22 listopada 2023 r., znak: 1508/23, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych informacji będących we właściwości Ministerstwa Zdrowia.

W pierwszej kolejności należy wskazać, że warunki udzielania, zakres, oraz zasady i tryb finansowania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, określa ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146), zwaną dalej „ustawą o świadczeniach” oraz wydane na jej podstawie akty wykonawcze.

Do świadczeń opieki zdrowotnej przysługujących na podstawie ustawy o świadczeniach, zgodnie z art. 15 ust. 2 pkt 14, należą świadczenia gwarantowane z zakresu leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych dostępnych w aptece na receptę.

Zasady odpłatności za leki podlegające refundacji określa ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. z 2023 r. poz. 826, z późn. zm.)

W myśl art. 6 ust. 2 ww. ustawy o refundacji lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrób medyczny, dla którego wydana została decyzja administracyjna o objęciu refundacją w zakresie nadanej kategorii dostępności refundacyjnej, o której mowa w ust. 1 pkt 1, jest wydawany świadczeniobiorcy

- 1) bezpłatnie,
- 2) za odpłatnością ryczałtową,
- 3) za odpłatnością w wysokości 30% albo 50% ich limitu finansowania - do wysokości limitu finansowania i za dopłatą w wysokości różnicy między ceną detaliczną a wysokością limitu finansowania.

Zaś zgodnie z art. 14 ust. 1 ustawy o refundacji Minister właściwy do spraw zdrowia, wydając decyzję o objęciu refundacją, dokonuje kwalifikacji do następujących odpłatności:

- 1) bezpłatnie - leku, wyrobu medycznego mającego udowodnioną skuteczność w leczeniu nowotworu złośliwego, zaburzenia psychiatrycznego, upośledzenia umysłowego lub zaburzenia rozwojowego albo choroby zakaźnej o szczególnym zagrożeniu epidemicznym dla populacji, albo leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego stosowanego w ramach programu lekowego;

- 2) ryczałtowej - leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego:
- a) wymagającego, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, stosowania dłużej niż 30 dni oraz którego miesięczny koszt stosowania dla świadczeniobiorcy przy odpłatności 30% limitu finansowania przekraczałby 5% minimalnego wynagrodzenia za pracę, ogłaszanego w obwieszczeniu Prezesa Rady Ministrów wydanym na podstawie art. 2 ust. 4 ustawy z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę, albo
 - b) zakwalifikowanego na podstawie art. 72 lub jego odpowiednika, albo
 - c) wymagającego, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, stosowania nie dłużej niż 30 dni oraz którego koszt stosowania dla świadczeniobiorcy przy odpłatności 50% limitu finansowania przekraczałby 30% minimalnego wynagrodzenia za pracę, ogłaszanego w obwieszczeniu Prezesa Rady Ministrów wydanym na podstawie art. 2 ust. 4 ustawy z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę;
- 3) 50% - leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego, który wymaga, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, stosowania nie dłużej niż 30 dni;
- 4) 30% - leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego, który nie został zakwalifikowany do poziomów odpłatności określonych w pkt 1-3.

Powyższe wskazuje, że kwalifikacja do poszczególnych poziomów odpłatności zależy od rodzaju schorzenia, długości trwania terapii oraz kosztu terapii dla pacjenta i została skalkulowana w taki sposób aby koszty leczenia przewlekłego lub wysokokosztowego były pokrywane w jak największej części przez płatnika publicznego.

Jednocześnie Ministerstwo informuje, iż zgodnie z ustawą o świadczeniach ustawodawca założył dodatkowe systemowe wsparcie finansowe w zakresie bezpłatnego zaopatrzenia w leki dla osób poniżej 18 roku życia oraz osób powyżej 65 roku życia (z uwagi na fakt wielochorobowości i wynikającej z niej konieczności stosowania wielu różnych leków w tej populacji oraz potencjalnie niższe dochody na osobę w związku ze statystycznie prawdopodobnym zaprzestaniem pracy zarobkowej).

Kolejno odnosząc się do Pani postulatu zwrotu kosztów dojazdu komunikacją publiczną lub taksówką do szpitalnego oddziału ratunkowego oraz szpitala, należy wskazać jak poniżej.

Zgodnie z art. 15 ust. 2 pkt 10 ustawy o świadczeniach świadczeniobiorcy (pacjentowi) przysługują świadczenia gwarantowane z zakresu ratownictwa medycznego.

W pierwszej kolejności wskazać należy, że świadczenia w szpitalnym oddziale ratunkowym udzielane są w trybie nagłym pacjentowi znajdującemu się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Obejmują również świadczenia, które ze względu na stan zdrowia pacjenta wymagają niezwłocznego podjęcia czynności związanych z diagnostyką i leczeniem.

Pacjent w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, zgodnie z art. 44 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o państwowym ratownictwie medycznym (Dz.U. z 2023 r. poz. 1541, z późn. zm.) jest transportowany przez zespół ratownictwa medycznego do najbliższego, pod względem czasu dotarcia, szpitalnego oddziału ratunkowego lub do szpitala wskazanego przez dyspozytora medycznego, wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego albo krajowego koordynatora ratownictwa medycznego.

Następnie odnosząc się do Pani postulatu zwrotu kosztów dojazdu komunikacją publiczną lub taksówką do szpitala (np. celem planowego przyjęcia na oddział szpitalny) należy wskazać, że pacjent ma możliwość skorzystania z transportu sanitarnego.

Zasady realizacji transportu sanitarnego zostały określone w ustawie o świadczeniach

oraz wydanych na jej podstawie aktach wykonawczych.

Zgodnie z art. 41 ust. 1 ustawy o świadczeniach, pacjentowi, na podstawie zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, przysługuje bezpłatny przejazd środkami transportu sanitarnego, w tym lotniczego, do najbliższego podmiotu leczniczego, o którym mowa w przepisach o działalności leczniczej, udzielającego świadczeń we właściwym zakresie, i z powrotem, w przypadkach:

- 1) konieczności podjęcia natychmiastowego leczenia w podmiocie leczniczym (np. gdy lekarz podczas wizyty domowej lub w miejscu udzielania świadczeń ambulatoryjnych stwierdzi zły stan zdrowia pacjenta i konieczny jest transport do szpitala z wyłączeniem stanów nagłego zagrożenia zdrowia lub życia – jak wskazano we wcześniejszej części pisma w takich sytuacjach wzywane jest pogotowie ratunkowe);
- 2) wynikających z potrzeby zachowania ciągłości leczenia (np. transport pacjenta z jednego szpitala do drugiego celem wykonania np. badań lub kontynuacji leczenia).

Dodatkowo, pacjentowi na podstawie zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, w przypadku dysfunkcji narządu ruchu uniemożliwiającej korzystanie ze środków transportu publicznego, przysługuje bezpłatny przejazd środkami transportu sanitarnego w celu odbycia leczenia do najbliższego zakładu opieki zdrowotnej udzielającego świadczeń we właściwym zakresie i z powrotem (art. 41 ust. 2 ustawy o świadczeniach).

Powyższe oznacza, że aby móc zrealizować transport sanitarny bezpłatnie konieczne jest jednoczesne spełnienie trzech przesłanek:

- 1) wystąpienie dysfunkcji narządu ruchu uniemożliwiającej korzystanie ze środków transportu publicznego;
- 2) realizacja transportu w celu odbycia leczenia i z powrotem (może to być np. przewóz pacjenta z domu do poradni specjalistycznej i z powrotem, przewóz pacjenta z domu do zakładu opiekuńczo-leczniczego, przewóz pacjenta do szpitala i do domu po zakończeniu hospitalizacji);
- 3) transport realizowany jest do najbliższego podmiotu leczniczego udzielającego świadczeń we właściwym zakresie.

Podkreślenia wymaga, że bezpłatny transport sanitarny wynikający z art. 41 ustawy o świadczeniach przysługuje nie tylko po spełnieniu warunku, o którym mowa w ust. 2 przywołanego przepisu, tj. dysfunkcji narządu ruchu uniemożliwiającej korzystanie ze środków transportu publicznego. Dysfunkcja narządu ruchu stanowi bowiem odrębną przesłankę uprawniającą do bezpłatnego transportu sanitarnego.

Dodatkowo należy wskazać, że rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z danego rodzaju świadczeń (wydane na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach) określają poziom finansowania przejazdu środkami transportu sanitarnego w przypadkach niewymienionych w art. 41 ust. 1 i 2 ustawy o świadczeniach.

Transport sanitarny częściowo płatny jest finansowany w 40% ze środków publicznych, w pozostałych 60% jest finansowany przez pacjenta w ściśle określonych przypadkach chorobowych zawartych m.in w § 7 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego. (Dz.U. z 2023 r. poz. 870, z późn. zm.), tj. w przypadku:

1. chorób krwi i narządów krwiotwórczych,
2. chorób nowotworowych,
3. chorób oczu,
4. chorób przemiany materii,
5. chorób psychicznych i zaburzeń zachowania,
6. chorób skóry i tkanki podskórnej,
7. chorób układu krążenia,

8. chorób układu moczowo-płciowego,
 9. chorób układu nerwowego,
 10. chorób układu oddechowego,
 11. chorób układu ruchu,
 12. chorób układu trawiennego,
 13. chorób układu wydzielania wewnętrznego,
 14. chorób zakaźnych i pasożytniczych,
 15. urazów i zatruc,
 16. wad rozwojowych wrodzonych, zniekształceń i aberracji chromosomowych
- tylko wtedy, gdy ze zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego wynika, że pacjent (świadczeniobiorca) jest zdolny do samodzielnego poruszania się bez stałej pomocy innej osoby, ale wymaga przy korzystaniu ze środków transportu publicznego pomocy innej osoby lub środka transportu publicznego dostosowanego do potrzeb osób niepełnosprawnych.

Mając powyższe na uwadze, Ministerstwo Zdrowia nie widzi uzasadnienia realizacji wskazanych w Pani petycji postulatów odnoszących się do przepisów regulujących zasady finansowania świadczeń z zakresu ratownictwa medycznego, refundacji leków oraz zlecenia transportu sanitarnego.

Z wyrazami szacunku
z up. Dyrektora
Michał Misiura
Zastępca Dyrektora
/dokument podpisany elektronicznie/