



Ministerstwo Zdrowia

Departament
Bezpieczeństwa

DBR.055.12.2023.EK
Warszawa, 10 sierpnia 2023

Pani

Szanowna Pani,

odpowiadając na petycję z 30 maja 2023 r., znak: 664/23, w sprawie zapobiegania wypisom z SOR/IP wieczorem, w nocy i w weekendy, zorganizowania poczekalni/noclegowni, w których wypisani pacjenci będą oczekiwać na przyjazd rodziny lub środków transportu zbiorowego lub finansowania przez SOR/IP/szpital przejazdu taksówką pacjentowi, który nie wymaga transportu sanitarnego, a nie ma połączenia komunikacyjnego lub rodzina nie ma własnego środka transportu, proszę o przyjęcie poniższych informacji.

W pierwszej kolejności należy wskazać, że jedynym wyznacznikiem długości hospitalizacji pacjenta jest jego stan zdrowia. W przypadku, w którym pacjent nie wymaga dalszej diagnostyki/ leczenia w trybie całodobowym, jest wypisywany ze szpitala (w tym z izby przyjęć (dalej jako IP), czy szpitalnego oddziału ratunkowego (dalej jako SOR)). Zatem nie można uzależniać długości pobytu pacjenta w IP/SOR od indywidualnych możliwości pacjenta przemieszczenia się pomiędzy szpitalem, a miejscem jego zamieszkania.

Podkreślenia wymaga natomiast, że zgodnie z załącznikiem nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. *w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą* (Dz.U. z 2022 r. poz. 402), w skład IP wchodzi m.in. punkt rejestracji pacjentów i poczekalnia.

Wobec powyższego ww. miejsce po zakończeniu hospitalizacji może stanowić także miejsce oczekiwania na przyjazd rodziny lub środków transportu zbiorowego.

Szpitalny oddział ratunkowy, o którym mowa w art. 3 pkt 9 ustawy z dnia 8 września 2006 r. *o Państwowym Ratownictwie Medycznym* (Dz.U. z 2021 r. poz. 2053 i 2459), w zakresie nieuregulowanym w przepisach wydanych na podstawie art. 34 tej ustawy, spełnia także wymagania określone w załączniku nr 1 do ww. rozporządzenia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (§ 3 ust. 4 ww. rozporządzenia *w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą*).

Niezależnie od powyższego, podkreślić należy, że system opieki zdrowotnej zapewnia realizację transportu pacjentów, którzy z uwagi na swój stan zdrowia wymagają przewozu specjalistycznymi środkami transportu.

Wyjaśnienia wymaga, że pacjentowi, na podstawie zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego (lekarza udzielającego pacjentowi świadczenia w ramach środków Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ)), 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 z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.) - zwanej dalej „ustawą”).

Powyższe oznacza, że aby móc zrealizować bezpłatny transport sanitarny do domu po zakończeniu hospitalizacji musi u pacjenta wystąpić dysfunkcja narządu ruchu uniemożliwiająca korzystanie ze środków transportu publicznego.

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

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 § 4 ww. rozporządzenia, 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.

Z wyrazami szacunku

Agnieszka Tuderek-Kuleta
Dyrektor
/dokument podpisany elektronicznie/