



Minister Zdrowia

Warszawa, 21 grudnia 2021

DLU.055.35.2021.AG

Pani

[REDACTED]
[REDACTED]

Szanowna Pani,

w odpowiedzi na petycję o sygnaturze [REDACTED], złożoną wraz z uzupełnieniem w dniu 20 listopada 2021 r., w sprawie usprawnienia opieki zdrowotnej, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższego.

Odniesienie do postulatów przedstawionych w pkt 1 oraz 2

Konstrukcja przepisów określających zasady opłacania składki na ubezpieczenie zdrowotne oparta jest na tzw. metodzie ubezpieczeniowej. Poprzez składkę zdrowotną ubezpieczony „wykupuje” prawo do sfinansowania świadczeń opieki zdrowotnej w przypadku zajścia ryzyka ubezpieczeniowego. Mechanizm finansowania świadczeń w powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym nie opiera się ani na kalkulacji ryzyka, ani też na adekwatności wielkości składki do wysokości kosztów poniesionych w związku z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej. Taki mechanizm, oparty na zasadzie solidarności społecznej i równym dostępie do świadczeń, właściwy jest dla ubezpieczeń zdrowotnych, opartych na zasadzie obligatoryjnego uczestnictwa w systemie ubezpieczenia oraz na zarządzaniu składką przez publicznego płatnika.

Brak odniesienia wielkości obciążenia składkowego wyraża się zarówno w jednakowej stawce składki zdrowotnej dla wszystkich ubezpieczonych (zgodnie z art. 79 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2021 poz. 1285, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawa

o świadczeniach”, wynosi ona co do zasady 9% podstawy wymiaru składki), jak również w regule, że każdorazowe powstanie tytułu do obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego niesie za sobą obowiązek odprowadzenia składki na ubezpieczenie zdrowotne.

W związku z powyższym ustawa o świadczeniach nie jest miejscem właściwym na realizację przedstawionych w przedmiotowej petycji postulatów, ponieważ składki na ubezpieczenie zdrowotne, mają charakter celowy i przekazywane są na realizację świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Odniesienie do postulatu przedstawionego w pkt 3

Badania diagnostyczne zlecone przez lekarza udzielającego świadczeń na podstawie umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia, pacjenci mogą bezpłatnie wykonać w laboratorium/pracowni diagnostycznej wskazanej przez lekarza kierującego. Obowiązuje bowiem zasada, że świadczeniodawca, u którego zatrudniony lekarz wystawił skierowanie na badania diagnostyczne, powinien umożliwić ich realizację w ramach własnej placówki medycznej, bądź – w oparciu o umowę podwykonawstwa – w wybranym gabinecie diagnostycznym.

Zgodnie z § 8 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2020 poz. 320, z późn. zm.), świadczeniodawca zapewnia bowiem udzielanie świadczeń w sposób kompleksowy obejmujący wykonanie niezbędnych badań, w tym badań laboratoryjnych i diagnostyki obrazowej, oraz procedur medycznych związanych z udzielaniem tych świadczeń.

W aktualnym stanie prawnym skierowanie na dane badanie zrealizowane zostanie bezpłatnie w laboratorium/pracowni mającej podpisaną umowę ze świadczeniodawcą zlecającym. Realizacja skierowania w innej placówce będzie wiązała się natomiast z koniecznością poniesienia kosztów danego badania.

Z uwagi na fakt, iż powyższym mechanizm ma na celu zapewnienie kompleksowości udzielania świadczeń zdrowotnych oraz odpowiedniej dostępności ich realizacji na danym obszarze, na chwilę obecną nie są planowane zmiany w przedmiotowym zakresie.

Odniesienie do postulatów przedstawionych w pkt 4 oraz 5

Wskazać należy, że zakresy i warunki udzielania świadczeń na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) reguluje

odpowiednio rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2021 poz. 540) oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. z 2016 poz. 357, z późn. zm.). W zależności od potrzeb zdrowotnych oraz celowości danej porady, pacjent powinien zgłosić się do poradni opieki podstawowej lub danej poradni specjalistycznej.

Obowiązujący stan epidemii nie uprawnia natomiast do przyznania lekarzom POZ możliwości kierowania pacjentów na dowolne badania znajdujące się w zakresie AOS. O zasadności wykonania badania diagnostycznego wykraczającego poza zakres kompetencji lekarza POZ, decyduje bowiem lekarz specjalista, do którego pacjent może zostać skierowany przez lekarza pierwszego kontaktu.

Odniesienie do postulatu przedstawionego w pkt 6

Podczas pierwszej wizyty lekarz specjalista decyduje o tym, czy wystarczy jednorazowa konsultacja, czy też konieczne jest objęcie opieką specjalistyczną. Jeżeli wystarczy jednorazowa konsultacja, lekarz specjalista odsyła pacjenta z powrotem do lekarza kierującego (POZ lub innego lekarza ubezpieczenia zdrowotnego). W przypadku, gdy pacjent zostaje objęty opieką poradni specjalistycznej i wymaga wykonania niezbędnych dla prawidłowego leczenia dodatkowych badań diagnostycznych, skierowania na te badania wystawia lekarz specjalista. Od momentu, gdy lekarz specjalista przejmuje leczenie, to on kieruje i finansuje potrzebne badania diagnostyczne, które są niezbędne w przebiegu dalszego leczenia. Lekarz specjalista nie odsyła pacjenta w celu wykonania badań do lekarza POZ. Badania należy wykonać w placówkach wskazanych przez lekarza kierującego.

Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne obejmują ponadto zlecenie zaopatrzenia w wyroby medyczne, kierowanie na inne konsultacje specjalistyczne, leczenie szpitalne, leczenie uzdrowiskowe lub rehabilitację leczniczą, niezbędną edukację i promocję zachowań prozdrowotnych, wykonywanie badań profilaktycznych (cytologia) oraz wydanie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, zgodnie z art. 32a ustawy o świadczeniach.

Odniesienie do postulatów przedstawionych w pkt 7 oraz 8

Odpowiedzialnym za prowadzenie procesu diagnostyczno-leczniczego jest lekarz, a nie dany pacjent. Niezbędne badania diagnostyczne oraz obrazowe powinny być natomiast

zlecane w zależności od potrzeb pacjenta, w oparciu o proces diagnostyczno-terapeutyczny podjęty na podstawie wywiadu i badania przedmiotowego. Decyzja odnośnie skierowania na dane badanie należy zatem do lekarza i powinna być podyktowana stanem zdrowia pacjenta.

Jednocześnie zauważyć należy, że w przypadku większości badań realizowanych prywatnie nie ma potrzeby przedstawiania skierowania – przy czym wykonanie badania w ramach prywatnej opieki zdrowotnej będzie wiązało się z koniecznością poniesienia jego kosztów.

Z poważaniem
z up. Dyrektora
Michał Misiura
Zastępca Dyrektora

/dokument podpisany elektronicznie/