GABINET MARSZAŁKA SENATU
wpłynęło dn. 08.04.2014 r.
nr 1378 podpis MPoiec

MINISTER ZDROWIA

Warszawa, 2014 -03- 24

MZ-UZ-PR-71-33481-3/AKL/14
BPS-1043-48-2073/14

SEKRETARIAT
Biura Prac Senackich
Wpłynęło dn. 9.04.14
nr 2200 podpis

Pan
Bogdan Borusewicz
Marszałek Senatu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku!

W związku z oświadczeniem Pana Andrzeja Owczarka – Senatora RP, złożonym podczas 48. posiedzenia Senatu RP w dniu 30 stycznia 2014 r., w sprawie dopłat do świadczeń gwarantowanych, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych wyjaśnień.

Zasady i tryb finansowania oraz warunki realizacji 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 2008 r., Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.), zwana dalej „ustawą" oraz rozporządzenia wydane na podstawie art. 31 d ustawy.

Zgodnie z art. 31d ustawy, Minister Zdrowia został upoważniony do określenia, w drodze rozporządzeń, w poszczególnych zakresach, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 1-8 i 10-13, wykazów świadczeń gwarantowanych wraz z określeniem:

1) poziomu lub sposobu finansowania danego świadczenia gwarantowanego, o którym mowa w art. 18, art. 33 i art. 41, mając na uwadze treść rekomendacji oraz uwzględniając kryteria określone w art. 31a ust. 1;

2) warunków realizacji danego świadczenia gwarantowanego, w tym dotyczących personelu medycznego i wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, mając na uwadze konieczność zapewnienia wysokiej jakości świadczeń opieki zdrowotnej oraz właściwego zabezpieczenia tych świadczeń.

Powyższe wyraźnie wskazuje, iż Minister Zdrowia upoważniony został jedynie do określenia poziomu odpłatności pacjenta za enumeratywnie wyliczone świadczenia, o których mowa w art. 18, art. 33 i art. 41 ustawy, tj. za świadczenia transportu sanitarnego, wyżywienie i zakwaterowanie w sanatoriach i zakładzie opiekuńczo-leczniczym, pielęgnacyjno-opiekuńczym lub w zakładzie rehabilitacji leczniczej. A contrario Minister Zdrowia nie posiada uprawnień do określenia poziomu odpłatności pacjenta za inne świadczenia zamieszczone w wykazie.

W tym miejscu pragnę zwrócić uwagę, że zgodnie z wyrażoną w art. 35 ustawy zasadą kompleksowości udzielania świadczeń, świadczeniobiorcy przyjętemu do szpitala lub innego przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej oraz przy wykonywaniu zabiegów leczniczych i pielęgnacyjnych, diagnostycznych i rehabilitacyjnych przez podmioty uprawnione do udzielania świadczeń, a także przy udzielaniu przez te podmioty pomocy w stanach nagłych, zapewnia się bezpłatnie leki i wyroby medyczne, jeżeli są one konieczne do wykonania świadczenia.

Zarówno ww. ustawa, jak i rozporządzenia nie przewidują możliwości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w innym standardzie za odpowiednią dopłatą. Pacjent decydując się na świadczenie o wyższym standardzie (np. lepszą soczewkę) musi się więc liczyć z koniecznością wykonania wskazanego zabiegu w pełni w trybie prywatnym.

Reasumując, w chwili obecnej przepisy ustawy nie pozwalają na określenie poziomu odpłatności oraz na pobieranie opłat od pacjentów za świadczenia inne niż wskazane powyżej świadczenia towarzyszące. Wprowadzenie mechanizmu współpłacenia za pozostałe świadczenia wymaga więc w pierwszej kolejności zmian ustawowych.

Zmiana ustawy w tak istotnym dla systemu ubezpieczenia zdrowotnego elemencie, wymaga natomiast w pierwszej kolejności przeprowadzenia szerokiej debaty publicznej i uzyskania akceptacji społecznej.

Odnosząc się do pytań Pana Senatora pragnę poinformować, że trafiające do Ministerstwa Zdrowia sprawy, w których pacjenci skarżą się na pobieranie „dodatkowych opłat" przez konkretnych świadczeniodawców, są niezwłocznie przekazywane do Narodowego Funduszu Zdrowia w celu ich wyjaśnienia. Narodowy Fundusz Zdrowia, może w takich przypadkach, zgodnie z art. 64 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r., przeprowadzić u danego świadczeniodawcy kontrolę udzielania świadczeń świadczeniobiorcom.

Z informacji uzyskanych z NFZ wynika, że w latach 2012-2013 oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia skontrolowały 27 świadczeniodawców w zakresie stosowania częściowej odpłatności za świadczenia gwarantowane. Z wyjaśnień Funduszu wynika, że rodzaj zastosowanych sankcji względem świadczeniodawców, co do których oddziały NFZ stwierdziły pobieranie nienależnych opłat za świadczenia gwarantowane będące przedmiotem umowy, zależy m.in. od skali zjawiska (stwierdzonych nieprawidłowości). Zgodnie z Ogólnymi warunkami umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, stanowiącymi załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2008 r., Nr 81 poz. 484), w razie niewykonania umowy lub wykonania umowy niezgodnie z jej postanowieniami (np. pobieraniem od świadczeniobiorców nienależnych „dopłat" do świadczeń gwarantowanych) wobec świadczeniodawcy mogą być zastosowane odpowiednie sankcje finansowe w tym nałożona kara umowna, zakwestionowane świadczenia oraz rozwiązana umowa.

z poważaniem

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
SEKRETARZ STANU
Sławomir Neumann

Sławomir Neumann