Ministerstwo Zdrowia
Departament Systemu Zdrowia

Warszawa, 02 lipca 2019 r.

SZUZ.077.3.2019.KM

Pan
Tomasz Niewiadomski
Wiceprezes
Krajowej Rady Fizjoterapeutów

Szanowny Panie Prezesie,

W odpowiedzi na pisma DA-SP.154.2019.TN.1 oraz DA-SP.164.2019.TN.1 dotyczące list oczekujących prowadzonych przez świadczeniodawców udzielających świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji leczniczej uprzejmie wyjaśniam:

Odnosząc się do pytania nr 1 - 3, należy wskazać, że art. 20 ust. 10 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510 z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach", wprost zakazuje wpisywania się na kilka list oczekujących w celu otrzymania danego świadczenia (m.in. w celu uniknięcia sytuacji rezerwacji kilku terminów, które nie zostaną potem wykorzystane), ale u jego podstaw leży zasada, że w celu leczenia danego schorzenia przysługuje jednoczasowo jedno leczenie.

Wpisując pacjenta na listę oczekujących, wpisuje się również rozpoznanie lub powód przyjęcia, co wynika z art. 20 ust. 2 pkt 3 lit. e ustawy o świadczeniach, dlatego też, dokonując interpretacji przepisu art. 20 ust. 10 ustawy o świadczeniach, należy mieć na uwadze czy skierowania wydane jednoczasowo dotyczy tego samego schorzenia, czy też różnych schorzeń.

W przypadku, gdy jest to jedno schorzenie, to i tak pacjent, bez względu na to od ilu lekarzy uzyskał skierowanie (bo np. każdego prosił, nie informując, że już inny lekarz mu wystawił) wymaga zabiegów fizjoterapeutycznych dotyczących jednego schorzenia, czyli tylko jedno skierowanie powinno być przyjęte jako podstawa udzielenia świadczeń (pozostałe są zbędne bo na ich podstawie można zaoferować i tak ten sam zakres świadczeń). W takim przypadku na listę u danego świadczeniodawcy pacjent powinien

być wpisany tylko raz, niezależnie od liczby posiadanych skierowań. Tym samym można przyjąć, że skierowania powinny być traktowane łącznie i realizowane podczas jednego cyklu zabiegowego. Na powyższe wskazuje również to, że przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 465 z późn. zm.) wprowadzają ograniczenia co do czasu trwania rehabilitacji. To powoduje, że pomimo posiadania kilku skierowań pacjent nie będzie mógł zrealizować wszystkich otrzymanych skierowań.

Mając na uwadze powyższe, należy stwierdzić a contrario, że w przypadku gdy skierowania dotyczą różnych schorzeń świadczeniodawca powinien wpisać każde ze skierowań na listę oczekujących.

W odpowiedzi na pytanie 4 i 5, należy odnieść się do przepisu art. 20 ust. 1a ustawy o świadczeniach, który jednoznacznie reguluje, że na liście oczekujących nie umieszcza się pacjentów kontynuujących leczenie u danego świadczeniodawcy. Jeżeli lekarz prowadzący rehabilitację wystawił kolejne skierowanie na następny cykl zabiegowy, tzn. że nie zakończył leczenia i w związku z tym nie jest konieczny wpis tego skierowania na listę oczekujących.

Sposób organizacji pracy, tak aby udzielać świadczeń zarówno pacjentom pierwszorazowym, jak i kontynuującym leczenie należy do zadań świadczeniodawcy. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 2190 z późn. zm.) w art. 23 zobowiązuje kierownika podmiotu wykonującego działalność leczniczą do ustalenia regulaminu organizacyjnego tego podmiotu. Zgodnie z art. 24 ust. 1 pkt 6 ww. ustawy, regulamin ten określa przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń w jednostkach lub komórkach organizacyjnych zakładu leczniczego. Należy również, wskazać przepis § 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2004 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1661) stosownie do którego, w przypadku osoby kontynuującej leczenie istotny jest plan leczenia, i z niego powinny wynikać terminy udzielenia świadczeń osobom kontynuującym leczenie.

Natomiast odnosząc się do propozycji nowelizacji załącznika nr 12 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 192 z późn. zm.) polegającej

na rozszerzeniu liczby list prowadzonych na konkretne świadczenia opieki zdrowotnej o świadczenia z zakresu fizjoterapii ambulatoryjnej oraz fizjoterapii domowej jest zasadna i w związku z tym została uwzględniona *w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz.U. poz. 1207)*. Obowiązek prowadzenia tych świadczeń w AP KOLCE wprowadzono od 1 stycznia 2020 r.

Z poważaniem,

Tomasz Pawlęga
Dyrektor
/dokument podpisany elektronicznie/