



**RZECZPOSPOLITA POLSKA**  
**Rzecznik Praw Obywatelskich**

00-090 Warszawa  
Al. Solidarności 77

Tel. centr. 551 77 00  
Fax 827 64 53

Warszawa, 26 czerwca 2003 r.

36113

RPO/444628-XII/03/AA

Pan  
dr LESZEK SIKORSKI  
Minister Zdrowia

Szanowny Panie Ministrze,

Obowiązująca od dnia 1 kwietnia br. ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz.U. z 2003 r. Nr 45, poz. 391 z późn. zm.), zniósła rejonizację udzielania świadczeń zdrowotnych na terenie całego kraju oraz obowiązek uzyskiwania potwierdzenia gotowości refundacji kosztów leczenia (udzielania tzw. promes) w przypadku korzystania ze świadczeń zdrowotnych w innym województwie. Ustawodawca zrezygnował również z ustalenia poziomów referencyjnych oddziałów i szpitali w zależności od rodzaju udzielanych przez nie świadczeń zdrowotnych.

Stosownie do art. 4 pkt 2 oraz przepisów rozdziału 8 powołanej ustawy, ubezpieczony ma prawo wolnego wyboru lekarza i innego świadczeniodawcy, u którego pragnie się leczyć. Wybór dotyczy świadczeniodawców udzielających świadczeń na podstawie umów zawartych z kasami chorych przed dniem wejścia w życie powołanej ustawy i na podstawie umów z Narodowym Funduszem Zdrowia. Zasada polegająca na zapewnieniu ubezpieczonym swobodnego dostępu do świadczeń i wolnego wyboru świadczeniodawcy stanowi jedną z zasad, na której oparte jest ubezpieczenie zdrowotne.

Z listów obywateli oraz informacji przekazywanych przez świadczeniodawców, a także doniesień środków masowego przekazu wynika, że zainteresowani pacjenci skrętnie korzystają z nowego prawa. Realizacja zasady swobodnego dostępu do świadczeń oraz wolnego wyboru świadczeniodawcy napotyka jednakże na liczne trudności i ograniczenia, spowodowane brakiem mechanizmów umożliwiających funkcjonowanie powołanej zasady. Nie rozwiązano bowiem problemów o charakterze

organizacyjnym i finansowym, które niesie za sobą możliwość swobodnego wyboru przez ubezpieczonego miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych. Rezygnując z rejonizacji udzielania świadczeń oraz z promes, nie wskazano jednocześnie sposobu finansowania i rozliczania kosztów leczenia pacjentów z innych oddziałów Narodowego Funduszu Zdrowia.

Zrównanie pod względem kategoryzacji i referencji wszystkich oddziałów i szpitali oraz brak jasnych kryteriów korzystania ze świadczeń zdrowotnych, w szczególności w zakładach opieki zdrowotnej udzielających specjalistycznych świadczeń, utrudnia dostęp do tych oddziałów i szpitali oraz wydłuża kolejki oczekujących na leczenie. Z pewnością, część z tych pacjentów mogłaby otrzymać świadczenie w innym, niekoniecznie specjalistycznym zakładzie. Podobna sytuacja ma miejsce w przypadku szpitali i oddziałów o ustalonej renomie i dobrej opinii, cieszących się zaufaniem pacjentów. Zakłady te przeżywają obciążenie pacjentów, co powoduje zwiększenie kosztów działalności wybranego oddziału czy szpitala oraz przekroczenie ustalonych limitów świadczeń finansowanych przez Fundusz. Konieczność ograniczania w tej sytuacji przyjęć pacjentów prowadzi w konsekwencji do zagrożenia realizacji świadczeń wymagających udzielenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.

Kolejki wydłużają się nie tylko ze względu na rosnące zainteresowanie pacjentów, ale również z powodu trudnej i niepewnej sytuacji finansowej zakładów opieki zdrowotnej, wynikającej z niskich stawek za świadczenia i poszczególne procedury medyczne, sztywnych limitów przyjęć wyznaczonych przez kasy chorych i utrzymywanych przez Fundusz oraz obniżenia wartości zawieranych kontraktów. Kondycję finansową zakładów pogarsza brak jednoznacznych rozstrzygnięć w sprawie rozliczania kosztów świadczeń udzielanych na rzecz ubezpieczonych w innych oddziałach Funduszu oraz niepewność odnośnie terminu i zasad uregulowania zaległości Funduszu za leczenie pacjentów spoza województw i za wykonane świadczenia ponadlimitowe. Powyższych trudności zakładów opieki zdrowotnej, a w szczególności limitowania ilości udzielanych świadczeń i odmowy zapłaty za wykonane świadczenia, w tym ponadlimitowe, nie da się pogodzić z deklarowaną zasadą swobodnego dostępu ubezpieczonych do świadczeń i wolnego wyboru świadczeniodawcy.

Problem zapłaty za świadczenia pojawia się również w przypadku urlopowiczów. I tu bowiem brak mechanizmu rozliczeń za świadczenia wykonane na rzecz ubezpieczonych z innych oddziałów Narodowego Funduszu Zdrowia przebywających czasowo poza miejscem swego zamieszkania.

Z kolejkami pacjentów i powstałymi problemami przy wdrażaniu systemu ubezpieczenia zdrowotnego w Narodowym Funduszu Zdrowia, kolejny raz radzić sobie muszą lekarze, szpitale i inni świadczeniodawcy. Dotychczas bowiem, mimo licznych monitów zainteresowanych świadczeniodawców, nie podjęto stosownych działań interwencyjnych i naprawczych, umożliwiających rozwiązanie istniejącego konfliktu

między zasadami wykonywania zawodu lekarza i zasadami etyki zawodowej, oczekiwaniami pacjentów, nakazami wynikającymi z obowiązujących ustaw oraz działaniami kierowników zakładów opieki zdrowotnej i Narodowego Funduszu Zdrowia.

Powstała sytuacja prowadzi do wielu nieprawidłowości i naruszeń praw pacjentów. Z listów obywateli wynika, że niektóre zakłady, w tym szczególnie szpitale specjalistyczne, wstrzymują przyjęcia pacjentów, odmawiają zarejestrowania w kolejce, powołując się na brak umowy z oddziałem Funduszu, do którego należy ubezpieczony, a nawet żądają potwierdzenia refundacji kosztów leczenia od pacjentów z innych oddziałów Funduszu. Wiele do życzenia pozostawia również realizacja prawa do korzystania z rzetelnej, opartej na kryteriach medycznych procedury ustalającej kolejność dostępu do świadczeń zdrowotnych w sytuacji ograniczonych możliwości ich udzielenia. Ubezpieczeni narażeni są także na nieżyciowe systemy rejestracji pacjentów oraz kuriozalne formy kolejki, jak koczowanie przed szpitalem, korzystanie za opłatą z usług "stacza" kolejkowego.

Powyższa sytuacja podważa zaufanie obywateli do wdrażanego systemu, formułowanych ustawowo zasad ubezpieczenia zdrowotnego oraz funkcjonowania Narodowego Funduszu Zdrowia.

W związku z powyższym, na podstawie art. 13 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (j.t. Dz.U. z 2001 r. Nr 14, poz. 147), zwracam się do Pana Ministra z uprzejmą prośbą o pilne podjęcie działań w kierunku usunięcia istniejących nieprawidłowości i rozwiązania sygnalizowanych problemów. Będę wdzięczny za poinformowanie mnie o stanowisku Pana Ministra w tej materii oraz dokonanych ustaleniach i podjętych działaniach, a także przewidywanym terminie ich rozwiązania.

Z poważaniem

ZASTĘPCA

Rzecznika Praw Obywatelskich

/-/ dr hab. Jerzy Świątkiewicz