



RZECZNIK PRAW OBYWATELSKICH

Warszawa, 26 lipca 2017 r.

Adam Bodnar

V.7010.47.2017.AA

**Pan
Konstanty Radziwiłł**

Minister Zdrowia
ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa

Przedmiotem mojego szczególnego zainteresowania i troski w zakresie problematyki ochrony zdrowia jest dostępność obywateli do świadczeń zdrowotnych. Problem ten był przedmiotem wielu wystąpień generalnych i interwencji Rzeczników poszczególnych kadencji.

Obecnie, pozwalam sobie zwrócić się do Pana Ministra w sprawie dostępności do operacji w zakresie soczewki (zaćmy). Uprzejmie przypominam, że problem ten przedstawiła w 2014 r. ówczesnemu Ministrowi Zdrowia moja poprzedniczka – Pani profesor Irena Lipowicz¹, otrzymując informację o działaniach podejmowanych w celu zwiększenia dostępności obywateli do tego rodzaju świadczeń zdrowotnych. Problem jest nadal aktualny, a nawet ma nowy wymiar w kontekście obowiązywania od jesieni 2014 r. dyrektywy transgranicznej².

Z informacji przekazanych przez świadczeniodawców do Narodowego Funduszu Zdrowia według stanu na koniec grudnia 2016 r.³ wynika, że najdłuższy czas oczekiwania do wybranych spośród komórek organizacyjnych z największą w skali kraju liczbą osób oczekujących odnotowano m.in. do poradni okulistycznych. Poradnie

¹ pismo z dnia 3 lutego 2014 r. – V.7013.1.2014

² dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej (Dz. Urz. UE L 88 z 04.04.2011, str. 45-65)

³ Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2016 r. - załącznik do uchwały Nr 11/2017/III Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 22 czerwca 2017 r. w sprawie przyjęcia rocznego sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2016 r.

okulistyczne wyróżniły się jednak pod względem dużej liczby osób skreślonych z listy oczekujących w okresie od stycznia do grudnia 2016 roku z powodu wykonania świadczenia (1 005 105 osób). Najdłuższe czasy oczekiwania zostały odnotowane na listach oczekujących m.in. na zabiegi w zakresie soczewki (zaćma). Mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania na tego rodzaju zabiegi dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” wyniosła 585 dni, a do 75% oddziałów wyniosła maksymalnie 804 dni. W 2016 r., zarówno mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania dla prezentowanych świadczeń, jak i liczba osób oczekujących, uległa wzrostowi w porównaniu z rokiem 2015.

Również analiza tegorocznych danych⁴ przekazanych przez świadczeniodawców pozwala stwierdzić, że najwięcej osób zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek stabilny” oczekuje według stanu na koniec I kwartału 2017 r. m.in. do poradni okulistycznej (296 262 osoby) oraz na zabiegi w zakresie soczewki - zaćma (511 083 osoby), jakkolwiek najwięcej osób, którym udzielono świadczenia, zostało skreślonych z list oczekujących m.in. na zabiegi w zakresie soczewki - zaćma (29 280 osób).

Ograniczona dostępność do operacji w zakresie soczewki (zaćmy) w Polsce sprzyja korzystaniu przez obywateli z leczenia zagranicznego. Z dniem 15 listopada 2014 r. weszły w życie postanowienia dyrektywy w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej, wprowadzone do polskiego porządku prawnego przepisami ustawy z dnia 10 października 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1491). Zasady korzystania ze świadczeń na terenie innych państw członkowskich Unii Europejskiej oraz dokonywania zwrotu kosztów przez Narodowy Fundusz Zdrowia zostały szczegółowo określone w art. 42b - 42d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.).

⁴ - Część Opisowa Sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za I kwartał 2017 roku - załącznik do uchwały Nr 12/2017/III Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 22 czerwca 2017 r. w sprawie przyjęcia okresowego sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za I kwartał 2017 r.

Nowe przepisy zapewniły polskim świadczeniobiorcom prawo do otrzymania od Narodowego Funduszu Zdrowia zwrotu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, będących świadczeniami gwarantowanymi, udzielonych na terenie innych państw członkowskich UE. Co do zasady, w celu korzystania ze świadczeń w ramach opieki transgranicznej, konieczne jest spełnienie wymogów warunkujących uzyskanie analogicznych świadczeń na terenie Polski (tj. posiadanie odpowiedniego skierowania, zlecenia, recepty). Wyjątek stanowią świadczenia zawarte w wykazie, o którym mowa w art. 42e ustawy, w odniesieniu do których, przed skorzystaniem ze świadczeń, konieczne jest uzyskanie uprzedniej zgody dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu. Wysokość zwrotu kosztów ustalana jest według stawek krajowych, tj. zgodnie z cenami świadczeń opieki zdrowotnej, obowiązującymi w rozliczeniach z polskimi świadczeniodawcami (art. 42c). Nie może jednak przekroczyć wysokości faktycznie poniesionych przez świadczeniobiorcę wydatków. Decyzję administracyjną w sprawie zwrotu kosztów (o odmowie zwrotu kosztów) wydaje dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu właściwego ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy na terenie Polski (art. 42d ust. 1 i 2), a odwołanie od tej decyzji rozpatruje Prezes Funduszu (art. 42d ust. 19).

Ze sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2016 r.⁵ wynika, że na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej w 2016 r. w oddziałach wojewódzkich Funduszu złożonych zostało łącznie 10 637 wniosków o zwrot kosztów świadczeń udzielonych na terenie innych państw członkowskich na kwotę 31 080 352,08 zł⁶. W porównaniu do 2015 r., liczba złożonych w Funduszu wniosków o zwrot kosztów była wyższa o 118,33%, a łączna wartość kwot wynikająca ze złożonych wniosków - wyższa o 75,18%. Wnioski o zwrot kosztów świadczeń złożone w oddziałach wojewódzkich Funduszu w 2016 r. dotyczyły świadczeń udzielonych w sumie w 21 państwach członkowskich UE. 92,88% łącznej liczby wniosków złożonych w Funduszu w 2016 r. oraz 91,48% wnioskowanej kwoty zwrotu ogółem dotyczyło leczenia na terenie Czech. Największy udział w liczbie świadczeń w 2016 r. stanowiły zabiegi usunięcia zaćmy, za które zwrot został dokonany

⁵ załącznik do uchwały Nr 11/2017/III Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 22 czerwca 2017 r. w sprawie przyjęcia rocznego sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2016 r.

⁶ w przeliczeniu według kursu NBP obowiązującego w dniu wystawienia rachunku

w odniesieniu do 7 790 świadczeń na kwotę 16 831 531,40 zł, co stanowi 84,98% liczby wszystkich świadczeń, w przypadku których został dokonany zwrot oraz 95,32% łącznej wypłaconej kwoty zwrotu. Dla porównania, w 2015 r. wypłata zwrotu kosztów za zabieg usunięcia zaćmy dotyczyła 3 358 świadczeń na kwotę 7 422 309,28 zł, co stanowiło odpowiednio 75,24% łącznej liczby dokonanych zwrotów i 87,92% wypłaconej kwoty świadczeń ogółem. Średnia wysokość wypłaconego w 2016 r. zwrotu kosztów za operację usunięcia zaćmy, w przeliczeniu na jedno świadczenie, wyniosła 2 160,66 zł.

Na podstawie danych prezentowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia zaobserwować można tendencję wzrostową liczby składanych wniosków o zwrot kosztów na zabiegi w zakresie soczewki - zaćmy oraz wzrost kosztów udzielonych świadczeń. Na zwiększoną liczbę składanych wniosków miało wpływ funkcjonowanie firm pośredniczących, prowadzących działalność marketingową i zarobkową mającą na celu zachęcenie polskich świadczeniobiorców do skorzystania ze świadczeń zdrowotnych za granicą, poprzez udzielenie pomocy w organizacji wyjazdu i uzyskaniu zwrotu kosztów ze strony Funduszu, po poniesieniu przez osobę zainteresowaną kosztów pośrednictwa.

Wzrost zapotrzebowania na świadczenia w zakresie okulistyki (głównie na zabiegi w zakresie soczewki - zaćmy) wiąże się niewątpliwie ze starzeniem się społeczeństwa i rosnącym udziałem pacjentów powyżej 65 roku życia. Wiekowa struktura ludności ma podstawowe znaczenie dla częstości korzystania ze świadczeń, a więc także dla poziomu potrzeb zdrowotnych wymagających sfinansowania. Prognoza liczby hospitalizacji do sfinansowania przez system opieki zdrowotnej⁷ wskazuje na wzrost częstości korzystania m.in. ze świadczeń okulistycznych oraz wzrost sumarycznej liczby hospitalizacji związanej z wielochorobowością wynikającą z wieku pacjentów. Prognozowane dane pozwalają stwierdzić, że w przeciągu najbliższych kilkunastu lat zmiany demograficzne w Polsce zwiększą zapotrzebowanie na świadczenia szpitalne starszej części populacji m.in. w zakresie okulistyki (głównie na zabiegi w zakresie soczewki - zaćmy).

⁷ Prognoza korzystania ze świadczeń szpitalnych finansowanych przez NFZ w kontekście zmian demograficznych w Polsce (Narodowy Fundusz Zdrowia, Warszawa, czerwiec 2016)

Z powyższego wynika, że organizacja udzielania świadczeń okulistycznych wymaga pilnej naprawy w zakresie istotnego zwiększenia dostępności świadczeń w Polsce i zahamowania wypływu środków finansowych Narodowego Funduszu Zdrowia do zagranicznych podmiotów leczniczych, głównie do Czech. Rozważenia wymaga również kwestia opracowania standardów postępowania w przypadku świadczeń z ograniczoną dostępnością (m.in. w przypadku leczenia zaćmy), co mogłoby wpłynąć na dookreślenie zasad dostępności i usprawnienie prowadzenia kolejek na tego rodzaju świadczenia.

Pragnę przypomnieć, że w myśl art. 68 Konstytucji RP, obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa. Władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej m.in. osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku. W świetle orzecznictwa Trybunału Konstytucyjnego⁸, treścią prawa do ochrony zdrowia jest możliwość korzystania z systemu ochrony zdrowia, funkcjonalnie ukierunkowanego na zwalczanie i zapobieganie chorobom, urazom i niepełnosprawności. Z obowiązku rzeczywistego zapewnienia przez władze publiczne warunków realizacji prawa do ochrony zdrowia, które nie może być traktowane jako uprawnienie iluzoryczne bądź czysto potencjalne, wynika wymaganie, iż system ten - jako całość - musi być efektywny.

Warunki i zakres udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach ubezpieczenia zdrowotnego określa wyżej wspomniana już ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Ustawa ta zobowiązuje Ministra Zdrowia do określenia w poszczególnych zakresach opieki zdrowotnej wykazu świadczeń gwarantowanych (art. 31d). Wydane na podstawie tego upoważnienia rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2016 r. poz. 694, z późn. zm.), w załączniku Nr 1, wśród świadczeń gwarantowanych wymienia m.in.

⁸ orzeczenie z dnia 7 stycznia 2004 r. (sygn. akt K 14/03)

usunięcie zaćmy. Taki stan rzeczy nakłada na władze publiczne obowiązek zagwarantowania realnego dostępu do wymienionego zabiegu, a społeczne oczekiwania co do otrzymania świadczenia czyni w pełni zasadnymi.

W związku z powyższym, na podstawie art. 13 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (Dz. U. z 2017 r. poz. 958), zwracam się do Pana Ministra z uprzejmą prośbą o zajęcie stanowiska w niniejszej sprawie oraz przekazanie informacji na temat podejmowanych i planowanych działań w tej materii.

[Adam Bodnar]