

Znak: DSOZ-SAOS.053.1.2021
2021.194780.KIKU
IK: 744623

Warszawa, 07.07.2021

Pani

████████████████████
██

Dotyczy: petycji nr ██████████

Zawiadomienie o sposobie załatwienia petycji

Na podstawie art. 13 ust. 1 i art. 15 ustawy z 11 lipca 2014 r. o petycjach (Dz.U. z 2018 r. poz. 870), zwanej dalej „ustawą o petycjach” w zw. z art. 247 i 238 § 1 ustawy z 14 czerwca 1960 r. - Kodeks postępowania administracyjnego (Dz.U. z 2021 r., poz. 735) zawiadamiam o załatwieniu w sposób odmowny wniesionej przez Panią za pośrednictwem poczty elektronicznej petycji z dnia 15 czerwca 2021 r., w przedmiocie: *„Od początku epidemii, pandemii, stanu zagrożenia epidemiologicznego, na czas trwania w/w stanów i zagrożeń epidemiologicznych do końca ich trwania termin 730 dni o którym mowa § 2 ust. 1 pkt. 16) ZARZĄDZENIA Nr 62/2016/DSOZ PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 29 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna, zostaje zawieszony a początkiem trwania 730 dni będzie pierwszy dzień po zakończeniu w/w zagrożenia lub stanu zagrożenia”*.

Uzasadnienie

Drogą poczty elektronicznej dnia 15 czerwca 2021 r. do Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Ministerstwa Zdrowia wpłynęła petycja o sygnaturze własnej ██████████ w przedmiocie zawieszenia konieczności przestrzegania zapisów określających warunki kwalifikacji i rozliczenia pacjenta jako pierwszorazowego, w związku z wprowadzeniem na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii.

Aktualnie obowiązującym aktem prawnym jest zarządzenie Nr 182/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 grudnia 2019 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna (z późn.zm.), które określa zasady finansowania świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia po przeanalizowaniu ww. petycji uznał za niezasadne zmianę przepisów ww. zarządzenia.

Zgodnie z § 1 pkt 21 tego zarządzenia pacjentem pierwszorazowym jest osoba która *”...w ciągu 730 dni poprzedzających udzielenie świadczenia nie korzystała ze świadczeń w danym zakresie, spośród wymienionych w załączniku nr 1a do zarządzenia i otrzymuje świadczenie w oparciu o przepisy art. 57 lub art. 60 ustawy o świadczeniach”*. Osoba spełniająca ww. kryteria może mieć wykonane tzw. świadczenie specjalistyczne pierwszorazowe (pkt 29 ww. zarządzenia). Porada ta służy kompleksowej ocenie stanu zdrowia m.in. poprzez wykonanie pełnej diagnostyki, określenie problemu zdrowotnego (diagnoza), a także dalszego planu leczenia (np. wydanie skierowania do innej poradni specjalistycznej lub szpitala) u pacjenta, który nie był pod opieką danej poradni specjalistycznej w danym zakresie, co najmniej 730 dni (oznacza to równowartość tych dni lub więcej) poprzedzających udzielenie świadczenia w tej poradni.

Pokreślić należy, że prawo dostępu do świadczeń w ramach powszechnego ubezpieczenia oraz ich realizacja nie są ograniczone przedmiotowym terminem. Pacjent, który nie spełnia kryteriów pacjenta pierwszorazowego, może zostać przyjęty w poradni w zakresie pozostałych typów świadczeń specjalistycznych.

Ponadto, w odpowiedzi na prośbę wnoszącej o podanie kategorii archiwalnej pisma w odpowiedzi zwrotnej uprzejmie informuję: kategoria archiwalna A.

Pouczenie

Zgodnie z art. 13 ust. 2 ustawy o petycjach sposób załatwienia petycji nie może być przedmiotem skargi.

Z poważaniem,

Bernard Waśko

Z up. p.o. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia

/Dokument podpisano elektronicznie/