

znak: WSOZ II.401.1.5.128.2017
AOS.3.1.MB

Kraków, dnia

29 MAJ 2017

Szanowny Pan
Hubert Malec
Vice Prezes
Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego
Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce
ul. Muranowska 1
00-209 WARSZAWADotyczy: zlecenia badań diagnostycznych w ramach POZ*Szanowny Panie Prezeso*

W odpowiedzi na pismo z dnia 5 maja 2017 r. dotyczące wykonywania badań analitycznych i obrazowych w ramach POZ, Małopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie wyjaśnia, co następuje.

Zgodnie z § 8 ust. 1 Ogólnych warunków umów stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie *ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej* (t.j. Dz.U. z 2016 r., poz. 1146) *świadczeniodawca zapewnia udzielanie świadczeń w sposób kompleksowy obejmujący wykonanie niezbędnych badań, w tym badań laboratoryjnych i diagnostyki obrazowej, oraz procedur medycznych związanych z udzielaniem tych świadczeń., z uwzględnieniem art. 55 ust. 1-3 i 6 ustawy. Natomiast artykuł 55 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (j.t. Dz.U. z 2016 r. poz. 1793 z późn. zm.) stanowi, że świadczeniodawca udzielający świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej zapewnia świadczeniobiorcom, w kosztach własnej działalności, zgodnie z określonym przepisami prawa zakresem zadań lekarza POZ, dostęp m.in. do badań diagnostycznych.

W myśl przepisu zawartego w załączniku nr 1 ust. 6 pkt 10 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 września 2016 r. w sprawie *zakresu zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej* (Dz. U. z 2016 r. poz. 1567), w zakresie działań mających na celu leczenie chorób lekarz podstawowej opieki zdrowotnej integruje, koordynuje lub kontynuuje działania lecznicze podejmowane w odniesieniu do jego świadczeniobiorcy przez innych świadczeniodawców w ramach swoich kompetencji zawodowych, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną.

Zgodnie z § 12 ust. 6 Ogólnych warunków umów - *w przypadku gdy świadczeniobiorca objęty leczeniem specjalistycznym wymaga wykonania niezbędnych dla prawidłowego leczenia dodatkowych badań diagnostycznych, pozostających w związku z prowadzonym leczeniem, skierowania na te badania wystawia i pokrywa koszty ich wykonania świadczeniodawca udzielający świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.* Natomiast zgodnie z ust.7 – *w przypadku skierowania pacjenta do szpitala, w szczególności*

do planowanego leczenia operacyjnego, szpital wykonuje konieczne dla leczenia w szpitalu badania diagnostyczne i konsultacje. Kolejne zapisy cytowanego wyżej § 12 OWU tj. ust 8, 9 i 10 stanowią:

8. Osoby uprawnione na podstawie art. 40 ustawy nie mogą wystawiać świadczeniobiorcy w czasie trwania leczenia w przedsiębiorstwach, w których jest wykonywana działalność lecznicza w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz ich naprawę.

9. Osoby uprawnione na podstawie art. 48 ustawy o refundacji nie mogą w czasie leczenia w przedsiębiorstwach, w których jest wykonywana działalność lecznicza w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, ordynować świadczeniobiorcy, koniecznych do wykonania świadczenia, leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych dostępnych w aptece na receptę.

10. W związku z zakończeniem leczenia szpitalnego oraz w przypadku udzielenia świadczenia w szpitalnym oddziale ratunkowym lub izbie przyjęć, świadczeniodawca wydaje świadczeniobiorcy, stosownie do jego stanu zdrowia, niezależnie od karty informacyjnej, następujące dokumenty:

- 1) skierowania na świadczenia zalecone w karcie informacyjnej;
- 2) recepty na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne;
- 3) zlecenia na wyroby medyczne oraz ich naprawę, zalecone w karcie informacyjnej;
- 4) zlecenia na transport sanitarny lub transport zgodnie z przepisami ustawy.

Na podstawie przedstawionych wyżej przepisów świadczeniodawcy realizujący umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowej opieki zdrowotnej oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w ramach posiadanych umów wykonują Świadczeniobiorcom badania w związku z prowadzonym leczeniem we własnym zakresie. Jeśli nie są w stanie zapewnić realizacji badań we własnym zakresie, mogą na podstawie art. 133 ww. ustawy zlecać podwykonawcom udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej z Funduszem, jeżeli umowa tak stanowi. Wykazy podwykonawców stanowią załączniki do umów podpisywanych o udzielanie świadczeń zdrowotnych zawieranych przez Świadczeniodawców z wojewódzkim oddziałem NFZ.

W cytowanej wyżej ustawie ani w wydanych na jej podstawie przepisach nie ma żadnych unormowań, zgodnie z którymi pacjent mógłby wykonać badania w placówce innej, niż ta, która zleca badanie, lub ta, z którą poradnia zlecająca wykonanie badań ma podpisaną umowę na podwykonawstwo. Podjęcie przez pacjenta decyzji o wykonaniu zleconych na skierowaniu badań w innym laboratorium (pracowni diagnostycznej) niż wskazane przez lekarza niesie ryzyko, że pacjent będzie musiał za nie zapłacić.

Na podstawie przedstawionych wyżej przepisów lekarze kierujący świadczeniobiorców do poradni specjalistycznej lub do leczenia szpitalnego, mają obowiązek dołączenia do wystawianych pacjentom skierowań dodatkowej dokumentacji, w tym wyników badań diagnostycznych potwierdzających postawione rozpoznanie. Ustalenie zakresu badań, które potwierdzają rozpoznanie wstępne i których wyniki powinny być dołączone do skierowania na leczenie specjalistyczne bądź szpitalne powinno być ustalone dla każdego pacjenta zgodnie z rozpoznaniem schorzeniem, aktualną wiedzą i praktyką medyczną, a więc przez lekarza kierującego do poradni specjalistycznej lub szpitala.

Jeśli pacjent zostaje objęty stałą opieką w poradni specjalistycznej, od tej pory lekarz tej poradni wyznacza terminy kolejnych wizyt kontrolnych, decyduje o niezbędnych badaniach, lekach i zabiegach. W przypadku, gdy pacjent objęty jest leczeniem specjalistycznym i wymaga wykonania badań kontrolnych, skierowanie na te badania wydaje lekarz specjalista.

Należy również podkreślić, że zgodnie ze stanowiskiem z dnia 5.04.2013 r. Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie Kardiologii, prof. dr. hab. med. Piotra Podolca oraz Konsultanta Krajowego w dziedzinie medycyny rodzinnej, prof. UJ dr hab. med. Adama Windaka, na przykład kontrolę wskaźnika INR powinien prowadzić lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, który w przypadku trudności prosi o konsultację specjalistę.

Zatem, jeśli Pacjent wymaga uzasadnionej opieki w poradni kardiologicznej, a kontynuacja leczenia w podstawowej opiece zdrowotnej związana byłaby ze zbyt dużym ryzykiem, to na lekarzu kardiologu spoczywa obowiązek zlecenia i finansowania oznaczeń INR. Natomiast gdy Świadczeniobiorca wymaga jedynie okresowych kontroli w poradni kardiologicznej, monitorowanie leczenia, w tym kontrolę wskaźnika INR, powinien prowadzić lekarz POZ, który jest zobowiązany zlecać i finansować to badanie.

Stanowisko to w formie komunikatu dla Świadczeniodawców zostało umieszczone na stronie internetowej MOW NFZ w Krakowie w dniu 12.06.2013 r.

Z poważaniem

DYREKTOR
Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia
w Krakowie

Elżbieta Fryźlewicz-Chrapisińska