

Warszawa 17-02-2015

OPINIA PRAWNA

na temat: rozliczania świadczeń specjalistycznych w aspekcie przepisów zarządzenia nr 79/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 grudnia 2014 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

I. Przedmiot opinii.

Przedmiotem niniejszej opinii jest udzielenie odpowiedzi na pytanie: czy w związku z brzmieniem zarządzenia nr 79/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 grudnia 2014 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, które mówi o ocenie przedstawionych wyników badań i konieczności wykazania (nie wykonania) procedur można w rozliczeniu uwzględnić diagnostykę (np. radiologiczną) wykonaną przez lekarza POZ przed skierowaniem do specjalisty?

Opinia zawiera odpowiedzi na pytania sformułowane na gruncie przedstawionego opiniującemu stanu faktycznego.

II. Stan faktyczny.

Niniejsza opinia została sporządzona w oparciu o stan faktyczny przedstawiony przez Zlecającego sporządzenie opinii.

Zgodnie z przepisami zarządzenia nr 79/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 grudnia 2014 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna:

- świadczenie specjalistyczne jest to świadczenie obejmujące ocenę stanu zdrowia świadczeniobiorcy lub ocenę przebiegu leczenia, w oparciu o badanie podmiotowe i przedmiotowe oraz posiadane **lub przedstawione wyniki badań dodatkowych** oraz uwzględniające w uzasadnionych medycznie przypadkach,
- świadczenie specjalistyczne pierwszorazowe jest to świadczenie wykonywane u pacjenta pierwszorazowego, polegające na kompleksowej ocenie stanu zdrowia (wywiad lekarski, badanie fizykalne, pozyskiwanie w drodze skierowania niezbędnych wyników badań dodatkowych, **ocenę dostępnych i zleconych wyników badań dodatkowych**).

Zgodnie z Załącznikiem nr 7 konstrukcja budowania porady do rozliczenia np. W12 Świadczenie specjalistyczne 2-go typu konieczne jest **wykazanie** co najmniej 3 procedur z listy W1, konieczne jest **wykazanie** co najmniej jednej procedury z listy W2, konieczne jest

wykazanie do 2 procedur oznaczonych tym samym kodem z listy W5.

LOW NFZ stoi na stanowisku, iż w rozliczeniu można posłużyć się wyłącznie tymi wynikami, które zostały przez specjalistę zlecone i opłacone.

III. Stan prawny.

Niniejsza opinia sporządzona została w oparciu o przepisy następujących aktów prawnych:

1. ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027),
2. ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 122, poz. 696 ze zm.),
3. zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr 79/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 grudnia 2014 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

IV. Analiza prawna i wnioski.

Przechodząc do analizy przedstawionego problemu należy wskazać, co następuje. Na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25 oraz art. 146 ust.1 pkt 1 i 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.) Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia wydał Zarządzenie nr 79/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 grudnia 2014 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

Jak wynika z treści cytowanego Zarządzenia Nr 79/2014/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 5 grudnia 2014 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, świadczenie specjalistyczne jest to świadczenie obejmujące ocenę stanu zdrowia świadczeniobiorcy lub ocenę przebiegu leczenia, w oparciu o badanie podmiotowe i przedmiotowe oraz posiadane lub przedstawione wyniki badań dodatkowych oraz uwzględniające w uzasadnionych medycznie przypadkach:

- a) realizację procedur medycznych: diagnostycznych (w tym laboratoryjnych), terapeutycznych, rehabilitacyjnych według aktualnej wersji klasyfikacji ICD-9, będących kontynuacją rozpoczętych wcześniej, lub
- b) pozyskiwanie w drodze skierowania niezbędnych, uzupełniających wyników badań dodatkowych, lub
- c) wydanie orzeczenia lub zaświadczenia, z prawa do uzyskania którego świadczeniobiorca nie jest wykluczony na podstawie art. 16 ust. 1-4 ustawy, lub

d) wydanie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, zgodnie z art. 32a ustawy.

Natomiast, zgodnie z cytowanym pkt 29) § 2 ust. 1 ww. zarządzenia świadczenie specjalistyczne pierwszorazowe jest to świadczenie wykonywane u pacjenta pierwszorazowego, polegające na kompleksowej ocenie stanu zdrowia (wywiad lekarski, badanie fizykalne, pozyskiwanie w drodze skierowania niezbędnych wyników badań dodatkowych, ocenę dostępnych i zleconych wyników badań dodatkowych), obejmujące:

- a) podjęcie decyzji diagnostycznej – określenie jednostki chorobowej według klasyfikacji ICD-10, oraz
- b) podjęcie decyzji terapeutycznej – w tym określenie dalszego schematu opieki nad świadczeniobiorcą, oraz
- c) wskazanie dalszego trybu opieki, w odniesieniu do podjętej decyzji spośród następujących trybów:
 - dalsze leczenie w POZ,
 - pozostawienie w opiece poradni specjalistycznej,
 - skierowanie do lekarza ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w innej dziedzinie medycyny,
 - skierowanie do szpitala, albo
 - zakończenie leczenia specjalistycznego, oraz
- d) przekazanie *Informacji dla lekarza kierującego/POZ*, zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 6 do zarządzenia, oraz
- e) w uzasadnionych medycznie przypadkach wydanie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego zgodnie z art. 32a ustawy.

Trzeba także przyznać, iż istotnie Załącznik nr 7 do cytowanego Zarządzenia Prezesa NFZ mówi o „wykazaniu” świadczeń, a nie „wykonaniu”.

Mając na względzie cytowane regulacje wskazać należy, iż nie wynika z nich, że przy rozliczaniu procedur specjalistycznych można uwzględnić diagnostykę wykonaną przez lekarza POZ przed skierowaniem do specjalisty.

Zlecający sporządzenie opinii zwraca uwagę na to, że w treści ww. zarządzenia posłużono się pojęciami „posiadane” oraz „przedstawione” wyniki badań. Zlecający sporządzenie opinii wskazuje, iż zarządzenie nie stanowi wprost, iż mają być to badania wykonane przez świadczeniodawcę.

Odnosząc się do tego stanowiska wskazać należy, iż nie sposób uznać je za zasadne. Posłużenie się pojęciami „posiadane” oraz „przedstawione” w żadnym razie nie może stanowić o tym, jak należy rozliczać wykonane świadczenia. Wyrażenie te użyte zostały jedynie przy formułowaniu ogólnej definicji świadczenia specjalistycznego, nie uwzględniając przy tym elementów mających wpływ na rozliczenie porady.

Oczywistym jest, iż lekarz udzielający świadczenia może podejmować decyzje diagnostyczne oraz terapeutyczne zarówno na podstawie badań wykonanych przez siebie, jak

i badań „posiadanych” i „przedstawionych” przez pacjenta. Tak też należy rozumieć znaczenie wskazanych wyrażen w tym kontekście.

Zdaniem sporządzającego niniejszą opinię, cytowane przepisy świadczą więc jedynie o tym, iż przy wykonywaniu świadczeń specjalistycznych lekarz może posługiwać się posiadanymi lub przedstawionymi (a więc nie zleconymi przez tego lekarza) wynikami badań.

Warto także zwrócić uwagę na przepisem § 14 ust. 4 cytowanego powyżej zarządzenia, zgodnie z którym w raporcie statystycznym nie wykazuje się procedur (badań), które nie zostały zlecone i sfinansowane przez świadczeniodawcę w ramach świadczenia.

Podobnie, możliwość rozliczenia wykonanych wcześniej badań nie wynika z załącznika nr 7 do cytowanego zarządzenia Prezesa NFZ. Pojęcie „wykazanie” nie może być przeciwstawiane pojęciu „wykonania”. Należy to tłumaczyć jako wykazanie wykonanych świadczeń (a nie jakichkolwiek). Pojęcie „wykazanie” w tym przypadku odnosi się do konieczności wskazania (sprawozdania) danych procedur medycznych, określonych w katalogu, w raporcie sprawozdawczym do NFZ. Zgodnie z tą interpretacją, nie jest możliwym przedstawienie w raporcie rozliczeniowym procedur (badań), które nie zostały przez świadczeniodawcę zlecone i sfinansowane.

V. Podsumowanie i wnioski końcowe opinii.

Odpowiadając wprost na zadane pytanie, wskazać należy iż w przedstawionym sporze rację przyznać należy OW NFZ. Z Cytowanych przepisów zarządzenia Prezesa NFZ w żadnym razie nie wynika, iż w rozliczeniu świadczeniodawca może uwzględnić diagnostykę (np. radiologiczną) wykonaną przez lekarza POZ przed skierowaniem do specjalisty, a nie przez świadczeniodawcę.