

Komunikat
dla świadczeniodawców realizujących umowy w rodzaju
poz dotyczący przypomnienia zasad zlecenia badań z zakresu diagnostyki laboratoryjnej.

W związku z coraz częstszymi sygnałami od świadczeniobiorców dotyczącymi odmowy zlecenia przez lekarzy poz badań diagnostyki laboratoryjnej ze względu na wykorzystanie limitu (gdyż np. przysługują one wyłącznie raz w roku) Śląski Oddział NFZ przypomina, że finansowanie świadczeń zdrowotnych w ramach ubezpieczenia zdrowotnego reguluje ustawa z dnia 27.08.2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz. U. 2017. 1938 z późn. zm.). W art. 32 ustawy zapisano, że świadczeniobiorca ma prawo do świadczeń z zakresu badań diagnostycznych, wykonywanych na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. **O rodzaju zleconych badań decyduje lekarz ubezpieczenia zdrowotnego na podstawie stanu zdrowia pacjenta, w oparciu o posiadaną wiedzę medyczną oraz wskazania do właściwej diagnostyki, w tym również profilaktyki. Lekarz nie zleca badań na życzenie pacjenta lub innego lekarza.** Wykaz badań, które może zlecić lekarz podstawowej opieki zdrowotnej został określony w rozporządzeniu MZ z dnia 24 września 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu poz (Dz.U.2016.86 j.t. z późn. zm.). Ponadto wskazać należy, iż Minister Zdrowia w rozporządzeniu z dnia 8.09.2015 r. *w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej* (Dz.U.2016.1146 z późn. zm.) określił podział obowiązków w zakresie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej pomiędzy poszczególnych uczestników szeroko pojętego systemu opieki zdrowotnej. Przedmiotowe regulacje jednoznacznie wskazują co lekarz ubezpieczenia zdrowotnego powinien dołączyć do skierowania. Zgodnie z treścią § 12 ust 1 Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, stanowiących załącznik do przywołanego powyżej rozporządzenia Ministra Zdrowia, **lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, kierując świadczeniobiorcę do poradni specjalistycznej lub do leczenia szpitalnego, dołącza do skierowania: 1) kopię wyników badań diagnostycznych i przeprowadzonych konsultacji, będące w jego posiadaniu, umożliwiające lekarzowi ubezpieczenia zdrowotnego lub felczerowi ubezpieczenia zdrowotnego kierującemu postawienie wstępnego rozpoznania stanowiącego przyczynę skierowania; 2) istotne informacje o dotychczasowym leczeniu specjalistycznym lub szpitalnym oraz zastosowanym leczeniu.** Wskazać należy, iż wszyscy świadczeniodawcy, zobowiązani są w ramach zawartej z oddziałem wojewódzkim Funduszu umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zarówno do przestrzegania treści tejże umowy, jak również innych przepisów, regulujących kwestie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w tym przepisów ujętych w załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 .09.2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U.2016. 1146 z późn. zm.). Proszę pamiętać, że od właściwego doboru badań diagnostycznych zależy proces weryfikacji rozpoznania wstępnego, ustalenie rozpoznania ostatecznego, a w konsekwencji prawidłowe leczenie oraz sukces terapeutyczny.