

Współpraca i szacunek

11 kwietnia 2010 r. odbyło się kolejne posiedzenie Rady Powiatów. W obradach uczestniczyli przedstawiciele powiatowi i regionalni WPZ wszystkich powiatów z Wielkopolski, Zarząd, Komisja Rewizyjna oraz zaproszeni goście. O godzinie 12.00 wszyscy zebrani uczcili chwilą ciszy tragicznie zmarłych Rodaków w katastrofie pod Smoleńskiem.



W trakcie kilkugodzinnych obrad poruszono aktualne sprawy związane z prowadzonymi rozmowami z NFZ, WOW NFZ i MZ, jednak tematem przewodnim, któremu poświęcono najwięcej uwagi, stała się współpraca lekarzy całego środowiska medycznego. Dlatego obradujący przypomnieli o obowiązujących zasadach współpracy pomiędzy świadczeniodawcami. Zasady takie istnieją i zostały opracowane w Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia w negocjacjach prowadzonych przez 11 organizacji branżowych, między innymi: NRL, NRPIP, szpitale, ratownictwo i FPZ oraz wiele innych. Organizacje wraz z NFZ uzgodniły i podpisały projekt ogólnych warunków umów, który zostały wprowadzone w życie w dniu 6 maja 2008 r. w formie Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Przestrzeganie zasad postępowania i współpracy lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego w ramach realizacji umów z NFZ jest również wpisane Zarządzeniem Prezesa NFZ w każdą umowę zawartą z Narodowym Funduszem Zdrowia: „Świadczeniodawca zobowiązany jest do zapoznania z przepisami § 12 Ogólnych warunków umów i ich przestrzegania przez wszystkie osoby, które udzielają świadczeń opieki zdrowotnej lub udzielają informacji świadczeniobiorcom o sposobie, trybie oraz zasadach udzielania świadczeń w jego placówce...”.

Poniżej pragnę przywołać wyżej wymienione Rozporządzenie:

DzU 08.81.484 z 13 maja 2008 r.

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA

z dnia 6 maja 2008 r.

w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej

Na podstawie art. 137 ust. 9 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (DzU nr 210, poz. 2135, z późn. zm.) zarządza się, co następuje:

Załącznik do rozporządzenia (wyciąg)

OGÓLNE WARUNKI UMÓW O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ § 12

1. Lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, kierując świadczeniobiorcę do poradni specjalistycznej lub do leczenia szpitalnego, dołącza do skierowania:
 - a. wyniki badań diagnostycznych i przeprowadzonych konsultacji, będące w jego posiadaniu, umożliwiające lekarzowi ubezpieczenia zdrowotnego lub felczerowi ubezpieczenia zdrowotnego kierującemu postawienie wstępnego rozpoznania stanowiącego przyczynę skierowania;
 - b. istotne informacje o dotychczasowym leczeniu specjalistycznym lub szpitalnym, oraz zastosowanym leczeniu.
2. W przypadku skierowania świadczeniobiorcy do leczenia szpitalnego przez felczera ubezpieczenia zdrowotnego przepis ust. 1 stosuje się odpowiednio.
3. W przypadku stwierdzenia braku możliwości dalszej opieki w danej poradni specjalistycznej, po uzasadnieniu w dokumentacji medycznej, lekarz ubezpieczenia zdrowotnego kieruje świadczeniobiorcę do poradni specjalistycznej, w tym o tej samej specjalności, uwzględniając wyniki badań diagnostycznych i przeprowadzonych konsultacji oraz istotne informacje o dotychczasowym leczeniu specjalistycznym i szpitalnym, a także o zastosowanym leczeniu.
4. Lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, także w poradni specjalistycznej, lub felczer ubezpieczenia zdrowotnego, w przypadku stwierdzenia wskazań do hospitalizacji, wystawia skierowanie do leczenia szpitalnego.
5. Lekarz ubezpieczenia zdrowotnego leczący świadczeniobiorcę w poradni specjalistycznej zobowiązany jest do pisemnego, nie rzadziej niż co 12 miesięcy, informowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego kierującego i lekarza podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach, w tym okresie ich stosowania i dawkowania oraz wyznaczonych wizytach kontrolnych.
6. Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej może kontynuować leczenie farmakologiczne świadczeniobiorcy zastosowane przez lekarza w poradni specjalistycznej, jeżeli posiada informacje, o której mowa w ust. 5.
7. 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. Dotyczy to również lekarza, o którym mowa w art. 57 ust. 2 pkt 1–6 ustawy.
8. W przypadku zakwalifikowania świadczeniobiorcy do leczenia szpitalnego, a w szczególności do planowego leczenia operacyjnego, szpital wykonuje konieczne dla leczenia szpitalnego badania diagnostyczne i konsultacje.
9. Osoby uprawnione na mocy art. 34 lub 40 ustawy nie mogą wystawiać świadczeniobiorcy w czasie trwania leczenia w zakładach opieki zdrowotnej przeznaczonych dla osób wymagających całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych zleceń na środki pomocnicze i wyroby medyczne będące środkami ortopedycznymi oraz ordynować leków.
10. Świadczeniodawca wydaje świadczeniobiorcy po zakończeniu leczenia szpitalnego, a także w przypadku udzielenia świadczenia w szpitalnym oddziale ratunkowym lub izbie przyjęć, stosownie do zaistniałej sytuacji, niezależnie od karty informacyjnej, następujące dokumenty:
 - a. skierowania na świadczenia zalecone w karcie informacyjnej;
 - b. recepty na leki i zlecenia na środki pomocnicze lub wyroby medyczne będące środkami ortopedycznymi zlecone w karcie informacyjnej;
 - c. zlecenia na transport zgodnie z odrębnymi przepisami.

MINISTER ZDROWIA

Szanowne Koleżanki i Koledzy

Podsumowując, chcę bardzo podziękować za to, co udało się nam wspólnie wypracować, oraz podkreślić, że wzajemna współpraca i szacunek, jako zasady etyki lekarskiej, są nieodzownym elementem naszego zawodu. Obowiązkiem naszym jest zatem respektowanie i stosowanie w codziennej praktyce wypracowanych zapisów.

LEK. MED. BOŻENA JANICKA