

Prawo w pigułce

**PAWELCZYK
KOZIK**

KANCELARIA
RADCÓW
PRAWNYCH

Krzysztof Kozik
radca prawny

e-mail: k.kozik@pawelczyk-kozik.pl



Wiktor Dymecki
ekspert ds. podatków

e-mail: b.pawelczyk@pawelczyk-kozik.pl



Wymagania NFZ – co jest szczególnie istotne?

Powyższe pytanie jest dość prowokacyjne, gdyż wszystkie wymagania wynikające z przepisów prawa i zarządzeń Prezesa NFZ są – pod względem prawnym – równie ważne. Doświadczenie pokazuje jednak, że realizacja niektórych z nich nastęrcza szczególnych trudności, a przynajmniej najczęściej dochodzi do ich naruszenia. Dlatego też w ramach Pigułki prawnej postanowiliśmy je przypomnieć.

Są to kwestie tym istotniejsze, że stwierdzenie przez NFZ w toku postępowania kontrolnego nieprawidłowości w realizacji kontraktów skutkować może nie tylko koniecznością zwrotu środków pieniężnych dotyczących zakwestionowanych przez NFZ świadczeń zdrowotnych, ale także nałożeniem kar umownych, a co więcej – ujemnymi punktami w kolejnym postępowaniu konkursowym. Tę ostatnią konsekwencję oceniamy jako szczególnie istotne ryzyko z punktu widzenia prowadzenia działalności leczniczej. W związku z powyższym konieczne jest dokładne poznanie i przestrzeganie obowiązujących w tym zakresie wymogów prawnych, a w tym celu zasadne byłoby dokładne zapoznanie z nimi personelu medycznego i administracyjnego, np. w formie szkoleń.

Do najważniejszych w tym względzie aktów prawnych zaliczyć należy:

- ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j.: Dz.U.2015.581, ze zm.);
- zarządzenia Prezesa NFZ i rozporządzenia Ministra Zdrowia – dotyczące poszczególnych rodzajów i zakresów świadczeń;
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 roku w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (t.j.: Dz.U.2008.81.484), zwane dalej rozporządzeniem.

Pośród licznych wymogów wynikających z przywołanych dokumentów, chcielibyśmy zwrócić Państwa uwagę zwłaszcza na następujące:

- świadczenia mogą być udzielane wyłącznie osobiście przez osoby wykonujące zawody medyczne lub inne osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny, zgodnie z załącznikiem do umowy, tj. zgodnie ze zgłoszonym harmonogramem (§ 6 ust. 1 załącznika do rozporządzenia). Osoby te mogą udzielać

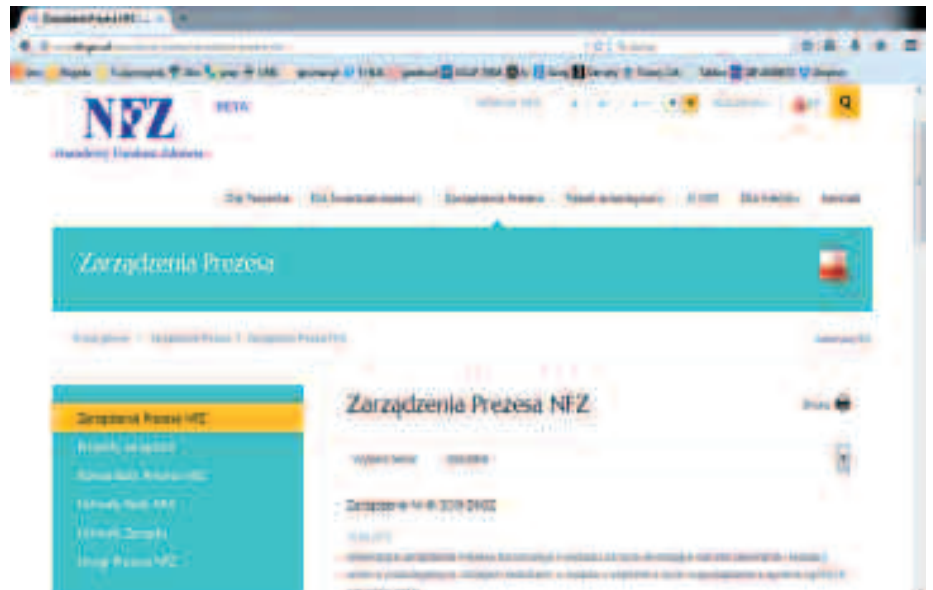
świadczeń w ramach NFZ jedynie w dniach i godzinach oraz jedynie w lokalizacjach, które są wskazane w harmonogramach. Nawet w przypadku wypracowania odpowiedniej części kontraktu z NFZ, a tym samym nawet faktycznego nieudzielania świadczeń, osoby te muszą być w obecności w zgłoszonych w harmonogramie dniach, godzinach i lokalizacjach. Zgodnie z § 6 ust. 4 załącznika do rozporządzenia, osoby te w czasie wyznaczonym do udzielania świadczeń w harmonogramie pracy, nie mogą udzielać świadczeń w innej jednostce organizacyjnej u tego samego świadczeniodawcy ani u innego świadczeniodawcy. Wydaje się, że nie trzeba dodawać, iż NFZ absolutnie nie będzie akceptował sytuacji, gdy świadczenia udzielane są np. w ramach jednego podmiotu, ale w rzeczywistości w innej lokalizacji aniżeli zgłoszona w harmonogramie. Narodowy Fundusz Zdro-

Świadczeniodawca jest zobowiązany powiadamiać na piśmie oddział wojewódzki Funduszu o planowanej przerwie w udzielaniu świadczeń, w terminie co najmniej 30 dni przed planowaną przerwą, wskazując przewidywany okres jej trwania, a w przypadku świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej oraz świadczeń rozliczanych ryczałtem – także sposób zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń

wia może taką nieprawidłowość zweryfikować, kontaktując się z pacjentem. Zresztą sam pacjent może zauważyć taką rozbieżność, korzystając ze Zintegrowanego Informatora Pacjenta (ZIP), czyli ogólnopolskiego serwisu internetowego udostępniającego zarejestrowanym w nim użytkownikom historyczne dane o ich leczeniu i finansowaniu leczenia, gromadzone przez NFZ od 2008 r. Doświadczenie pokazuje, że pacjenci coraz chętniej korzystają z tego serwisu. Należy zatem zwrócić szczególną uwagę na następujące wymogi odnoszące się do harmonogramów:

- zmiany w harmonogramach wymagają zgłoszenia dyrektorowi oddziału wojewódzkiego Funduszu najpóźniej w dniu poprzedzającym ich powstanie albo – w przypadkach losowych – niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia (§ 6 ust. 2 załącznika do rozporządzenia);

- sprzęt i wyposażenie zgłoszone w ramach umowy z NFZ muszą się znajdować na terenie podmiotu leczniczego z aktualnymi atestami i przeglądami;
- konieczne jest prawidłowe odseparowanie świadczeń udzielanych w ramach NFZ i prywatnie;
- świadczeniodawca jest zobowiązany powiadamiać na piśmie oddział wojewódzki Funduszu o planowanej przerwie w udzielaniu świadczeń, w terminie co najmniej 30 dni przed planowaną przerwą, wskazując przewidywany okres jej trwania, a w przypadku świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej oraz świadczeń rozliczanych ryczałtem – także sposób zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń w tym czasie (§ 9 ust. 2 załącznika do rozporządzenia);
- wpisy w dokumentacji medycznej, w tym zwłaszcza daty, muszą być czytelne i zgodne z danymi zawartymi w raportach statystyczno-medycznych składanych do NFZ;
- czas trwania porad musi być zgodny z wymogami wynikającymi z przepisów prawa i zarządzeń Prezesa NFZ (ma to miejsce np. w opiece psychiatrycznej); trzeba zwrócić uwagę, aby liczba takich porad udzielonych w ciągu jednego dnia nie rodziła podejrzeń, że porady są faktycznie krótsze, aniżeli jest to prawnie wymagane;
- umowy zawarte z NFZ muszą być realizowane tylko i wyłącznie przy pomocy podwykonawców, którzy zostali zgłoszeni do NFZ (w wersji papierowej oraz w SZOI) oraz z którymi dany świadczeniodawca ma zawarte umowy (w umowach tych musi być zawarte postanowienie przewidujące prawo kontroli działalności podwykonawców przez NFZ – zgodnie z wymogami rozporządzenia);
- w miejscu udzielania świadczeń świadczeniodawca jest zobowiązany do podania do wiadomości świadczeniobiorców informacji o godzinach oraz miejscach udzielania świadczeń w poszczególnych zakresach świadczeń (§ 11 ust. 1 załącznika do rozporządzenia);
- świadczeniodawca jest zobowiązany do umieszczenia wewnątrz budynków siedziby i jednostek organizacyjnych informacji dotyczących (§ 11 ust. 4 załącznika do rozporządzenia):



- imion i nazwisk osób kierujących pracą komórki organizacyjnej, a w przypadku ambulatoryjnej opieki zdrowotnej – także imion i nazwisk osób udzielających świadczeń oraz godzin i miejsc udzielania świadczeń (oznacza to, że informacje w tym zakresie muszą być wywieszane na tablicy ogłoszeń i powinny znajdować się też przy wejściach do poszczególnych gabinetów; muszą być zawsze aktualne, zgodne ze zgłoszonym do NFZ harmonogramem);
 - miejsc i godzin udzielania świadczeń przez podwykonawców, jeżeli zachodzi potrzeba poinformowania o tym świadczeniobiorców;
 - zasad zapisów na porady i wizyty, z uwzględnieniem świadczeń udzielanych w warunkach domowych;
 - trybu składania skarg i wniosków;
 - praw pacjenta;
 - adresu oraz numerów telefonów podmiotów udzielających świadczeń poza godzinami pracy określonymi w umowie, a w szczególności w dni wolne od pracy i w święta – w przypadku świadczeniodawców udzielających świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej;
 - numerów telefonów alarmowych ratownictwa medycznego, to jest numerów: „112” i „999”;
 - adresu oraz numeru telefonu właściwego miejscowo Rzecznika Praw Pacjenta oraz numeru bezpłatnej infolinii Biura Praw Pacjenta przy ministrze właściwym do spraw zdrowia;
 - informacji o możliwości i sposobie zapisania się na listę oczekujących na świadczenie;
 - innych informacji, jeżeli obowiązek ich ujawnienia świadczeniobiorcom wynika z umowy.
- Z wyjątkiem świadczeniodawców udzielających świadczeń całodobowo, powyższe informacje zaznaczone kursywą (tj. o których mowa w § 11 ust. 1 oraz ust. 4 pkt 6 i 7 załącznika do rozporządzenia) powinny być widoczne także z zewnątrz budynku.
- Ponadto, zgodnie z art. 24 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej, na wewnętrznej tablicy ogłoszeń w każdej lokalizacji powinny być też umieszczone następujące informacje:
- rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych;
 - wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej;
 - wysokość opłat za świadczenia zdrowotne, które mogą być, zgodnie z przepisami ustawy lub przepisami odrębnymi, udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością (tzw. cennik).
- Ponadto, biorąc pod uwagę zastrzeżenie od 1 stycznia 2014 r. przepisów prawnych dotyczących prowadzenia i zgłaszania do NFZ informacji o listach pacjentów oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, trzeba spełnieniu wymogów w tym zakresie poświęcić szczególną uwagę.