

KTO TU NAMIESZAŁ?

Wojciech Gawroński

Zakład Medycyny Sportowej, Akademia Wychowania Fizycznego, Kraków

Krótko odpowiem! Sami sobie. A jak do tego doszło? Otóż najpierw minister wydaje dwa rozporządzenia praktycznie w tej samej sprawie, ale z innych delegacji ustawowych, które pozostają w merytorycznej sprzeczności, ponieważ załącznik nr 1 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie trybu orzekania o zdolności do uprawiania danego sportu przez dzieci i młodzież do ukończenia 21. roku życia oraz przez zawodników pomiędzy 21. a 23. rokiem życia różni od treści (jeśli chodzi o zakresy badań) zawartych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie kwalifikacji lekarzy uprawnionych do wydawania zawodnikom orzeczeń lekarskich o stanie zdrowia oraz zakresu wymaganych badań lekarskich niezbędnych do uzyskania orzeczenia lekarskiego. Następnie Prezes NFZ wydaje swoje Zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna wraz z kilkoma załącznikami, które znów są w rozbieżności ze wspomnianym załącznikiem. Totalny galimatias!

I tak z dniem 1 lipca, po okresie względnego spokoju od 2009 roku, powstaje na nowo zamieszanie w poradniach medycyny sportowej. W związku z tym NFZ, w **Komunikacie w sprawie realizacji świadczeń w zakresie medycyny sportowej z dnia 2011-07-20**, zamieszczonym na stronie Oddziału Małopolskiego, podaje swoją interpretację do Załącznika nr 1 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2011 r., w którym czytamy:

„W związku z napływającymi sygnałami wskazującymi na trudność w otrzymaniu zaświadczenia o zdolności do uprawiania sportu tak aby umożliwić ciągłość uczestnictwa dzieci i młodzieży (o których mowa w poniższych przepisach) w zawodach sportowych, MOW NFZ przypomina co następuje: Zasady udzielania świadczeń w zakresie medycyny sportowej zostały określone w: Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 14 kwietnia 2011 r. w sprawie trybu orzekania o zdolności do uprawiania danego sportu przez dzieci i młodzież do ukończenia 21 roku życia oraz przez zawodników pomiędzy 21 a 23 rokiem życia (Dz.U.11.88.500), Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świad-

czeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. 2009 r., nr 139, poz. 1142) oraz Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2011 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. 2011 r., nr 111, poz. 653).

Zgodnie z Zarządzeniem nr 29/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 czerwca 2011 r. w sprawie; *określenie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna* świadczeniodawcy w zakresie medycyny sportowej mogą rozliczać następujące porady określone w załączniku nr 5b wymienionego zarządzenia „Katalog specjalistycznych świadczeń odrębnych”:

- wstępna kompleksowa kwalifikacja do uprawiania sportu – obejmująca pakiet świadczeń określonych w odrębnych przepisach, porada rozliczana jest tylko raz w stosunku do danego świadczeniobiorcy, niezależnie od podmiotu wykonującego,
- kompleksowa kwalifikacja do dalszego – po 12 miesiącach - uprawiania sportu – obejmująca pakiet świadczeń określonych w odrębnych przepisach. Natomiast badania lekarskie przeprowadzane, zgodnie z harmonogramem, co 6 miesięcy lub kontrolne badania lekarskie osób, które doznały urazów, w tym urazu głowy, zmian przeciążeniowych, utraty przytomności lub porażki przez nokaut mogą być rozliczane jako porady specjalistyczne. Wydanie zaświadczenia o zdolności do uprawiania sportu jest poprzedzone wykonaniem szeregu przewidzianych dla danej dyscypliny sportu badań dodatkowych. Świadczeniodawca powinien zatem wyznaczyć termin wykonania pakietu badań odpowiednio wcześniej, czyli przed upływem terminu zdolności, ponieważ czynności te nie są odrębnie rozliczane. Natomiast termin wizyty końcowej, rozliczanej jako porada kompleksowa w trakcie której zostanie wydane orzeczenie, powinien zostać określony adekwatnie do obowiązującego okresu jej rozliczenia tzn. na przykład przed upływem 12 miesięcy. Właściwe planowanie porad pozwoli uniknąć kolizji terminów ich rozliczania oraz zachowania ciągłości w orzekaniu o zdolności do uprawiania sportu”.

Tyle teorii porad ze strony NFZ. A teraz zobaczmy jak to wygląda w praktyce i jakie problemy z tego powodu mają lekarze, o czym poinformowali drogą mailową:

„To, że porada po pół roku jest teraz wyceniona na 3,5 punktu to pikuś. Ale poradę kompleksową po dwóch latach (z konsultacją okulistyczną i laryngologiczną) możemy wycenić tylko na 12 punktów, to już jest granda. Wg NFZ porada za 20 punktów może być jedynie poradą wstępną. Ostatnie Rozporządzenie Min Zdrowia nic nie mówi o wielu sprawach, w tym o potrzebie robienia w/w konsultacji, ale nakazuje nam badanie glukozy, konsultacji stomatologicznej, ale bez próby wysiłkowej. Z kolei w koszyku świadczeń gwarantowanych jest wszystko tak jak do tej pory ale NFZ za takie porady płacić nie chce. Robiąc porady tak jak do lipca, na dziś jesteśmy w plecy przy każdej poradzie. Co robić ??? Jak robić??? Nie badać, wykazać za 12 punktów i dostać w kość przy pierwszej kontroli czy robić te konsultacje i dopłacać do interesu? Konsultant krajowy jest o tym problemie (o tym SKANDALU) poinformowany i twierdzi, że próbuje dostać się do NFZ, ale pewnie porozmawiamy sobie o tym na Kongresie”

Zatem prześledźmy co jeszcze się kryje za twórczością Min. Zdrowia oraz NFZ.

Po pierwsze, podstawą zaniepokojenia w środowisku sportowo- lekarskim nie była jak napisano w komunikacie *trudność w otrzymaniu zaświadczenia o zdolności do uprawiania sport*, ale problem ustalenia przez lekarza czy badany powinien mieć wykonane badanie wstępne czy roczne? Wynika to z powodu zlikwidowania w Katalogu specjalistycznych świadczeń odrębnych (załącznik nr 5b wymienionego zarządzenia Prezesa NFZ) porady po 24 miesiącach rozliczanej dotychczas za 20 pkt. Jest to istotne zarówno dla badanego jak i dla świadczeniodawcy. Badany w przypadku zmiany świadczeniodawcy, co jest nagminne przy tworzących się kolejkach, ma problem bo musi przynieść przynajmniej kserokopię konsultacji wykonanych w badaniach wstępnych. A poprzednia poradnia czasem stwarza nieuzasadnione trudności w ich wydaniu, co wstrzymuje procedurę orzekania. Świadczeniodawca także ma problem, bo bez tej dokumentacji naraża się, w przypadku przeprowadzenia tych konsultacji, na ryzyko niepotrzebnych kosztów, za które NFZ nie zapłaci!

Po drugie, w ramach oszczędności „wciśnięto” wykonywanie wymaganych dotychczas po dwóch latach podstawowych konsultacji (laryngolog, okulista) w tzw. poradę kompleksową po 12 miesiącach, która wtedy nie pokrywa ponoszonych kosztów. Na

przykład, z jednej strony pkt 4.1 załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2011 r. (Dz.U.11.111.653 z dnia 31 maja 2011 r.) dopuszcza konsultacje „okulistyczną u osób ze zdefiniowaną wadą wzroku, po wstępnej ocenie ostrości wzroku z zastosowaniem tablicy Snellena oraz rozróżniania barw z zastosowaniem tablic Ishihary – przeprowadza się co dwa lata, przed dopuszczeniem do udziału w treningach i zajęciach specjalistycznych u dzieci i młodzieży do 21. roku życia oraz u zawodników pomiędzy 21. a 23. rokiem życia, u których stwierdzono wadę wzroku. Lekarz specjalista w dziedzinie okulistyki indywidualnie ustala częstotliwość i zakres tych badań”. Jak widać zapis ten jest tak zagmatwany, że interpretacja może być dowolna w szczególności w kontekście tego co napisano w pkt 7. „Okresowe badania lekarskie przeprowadza się: podpunkt 3) co dwa lata – w przypadku konsultacji otorynolaryngologicznej i konsultacji okulistycznej”.

W związku z tym pytam: 1. czy konsultować wszystkich po 2 latach?. 2. czy konsultować co dwa lata jedynie tych co mają zdefiniowaną wadę? 3. czy konsultować według zaleceń okulisty? W zależności od interpretacji merytorycznej zmienia się koszt procedury! Stąd pytanie jak to rozliczyć w 12 pkt, aby nie dołożyć do interesu? Tej kwestii Komunikat NFZ nie wyjaśnia!

W sumie można się zgodzić, że wykonywanie co dwa lata „przy braku zdefiniowanej wady wzroku” jak napisano w załączniku oraz przy braku urazu jest może uzasadnione?!? Podobnie można zinterpretować w przypadku konsultacji laryngologicznej, chociaż nic nie napisano na temat „zdefiniowania wady” !?! Ale z drugiej strony uważam, że nie można odstąpić po 2 latach w przypadku od konsultacji neurologicznej oraz badania EEG ! Więc jak rozliczyć wtedy kosztocłonne badanie?!?

Kto namieszał to już wiemy, ale dlaczego? Pewnie z powodu „radosnej twórczości” urzędników Min. Zdrowia! Ale po co? Pewnie po to, aby znów „coś” oszczędzić kosztem pacjenta i świadczeniodawcy!

Ostatnio było wydane kolejne Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 września 2011 r. zmieniające poprzednie rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej to z dnia z dnia 27 maja 2011 r.

Należy się cieszyć, że tym razem ponownie nie namieszano w zakresie medycyny sportowej bez konsultacji ze środowiskiem. Natomiast, pozostaje się smucić z powodu braku widocznej reakcji PTMS oraz konsultanta krajowego na bałagan jaki powstał początkiem lipca z powodu opisanych rozbieżności i polityki NFZ. No cóż znów zaspano? Wakacje!?!