

Komunikat z 7 września 2009 r.

Komunikat dla świadczeniodawców realizujących umowy z Lubuskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie algorytmu kolejności uznawania świadczeń do zapłaty (dotyczy wszystkich rodzajów świadczeń)

W związku z wprowadzeniem zmian w systemie wspomagającym rozliczenie świadczeń zdrowotnych, Lubuski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia informuje, że aktualnie obowiązuje następujący algorytm kolejności uznawania świadczeń do zapłaty :

- A. W pierwszej kolejności świadczenia ratujące życie dla tytułów ubezpieczenia innych niż ubezpieczeni,
- B. Następnie świadczenia nieratujące życie dla tytułów ubezpieczenia innych niż ubezpieczeni,
- C. Następnie świadczenia ratujące życie dla ubezpieczonych,
- D. Następnie świadczenia nieratujące życie dla ubezpieczonych,

Dodatkowo system wykonuje następujące weryfikację.

1. Typ weryfikacji I:

1.1. Przed uznaniem pierwszego ze świadczeń z pkt B system sprawdza czy w danym okresie rozliczeniowym pozostało jakiekolwiek świadczenie z pkt A, a nie wskazana przez świadczeniodawcę do zapłaty. W przypadku gdy nie wszystkie świadczenia z pkt A wykonane w danym okresie rozliczeniowym zostały wskazane do zapłaty, system uniemożliwi rozliczenie innych świadczeń do czasu wskazania przez świadczeniodawcę do zapłaty wszystkich świadczeń z pkt A.

1.2. Przed uznaniem pierwszego ze świadczeń z pkt C system sprawdza czy w danym okresie rozliczeniowym pozostało jakiekolwiek świadczenie z pkt B lub A, a nie wskazane przez świadczeniodawcę do zapłaty. W przypadku gdy nie wszystkie świadczenia z pkt B lub A wykonane w danym okresie rozliczeniowym zostały wskazane do zapłaty, system uniemożliwi rozliczenie innych świadczeń do czasu wskazania przez świadczeniodawcę do zapłaty wszystkich świadczeń z pkt B lub A.

1.3. Przed uznaniem pierwszego ze świadczeń z pkt D system sprawdza czy w danym okresie rozliczeniowym pozostało jakiekolwiek świadczenie z pkt C, B lub A, a nie wskazane przez świadczeniodawcę do zapłaty. W przypadku gdy nie wszystkie świadczenia z pkt C, B lub A wykonane w danym okresie rozliczeniowym zostały wskazane do zapłaty, system uniemożliwi rozliczenie innych świadczeń do czasu wskazania przez świadczeniodawcę do zapłaty wszystkich świadczeń z pkt C, B lub A.

„Jednocześnie przypominam, że zgodnie z przepisem art. 5 pkt 33 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j.: Dz. U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027 ze zm.) w związku z art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 191, poz. 1410 ze zm.), stan nagły – to stan nagłego zagrożenia zdrowotnego, a więc stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia.

Na podstawie przepisu art. 6 ust. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. Nr 52, poz. 417) pacjent ma prawo, w sytuacji ograniczonych możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń zdrowotnych, do przejrzystej, obiektywnej, opartej na kryteriach medycznych, procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń. Rozwinięcie tych przepisów znajduje swój wyraz w przepisie art. 20 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zgodnie z tym przepisem świadczeniodawca, który zawarł umowę z Funduszem zobowiązany jest do prowadzenia listy oczekujących na świadczenie opieki zdrowotnej, przy czym listę tę świadczeniodawca prowadzi w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zgodnie z kryteriami medycznymi. O tym jak dużą wagę ustawodawca nadał listom oczekujących wskazuje przepis ust. 4 tego artykułu, gdzie ustawodawca jednoznacznie stanął na stanowisku, iż lista oczekujących na udzielenie świadczenia stanowi integralną część dokumentacji medycznej prowadzonej przez świadczeniodawcę. Należy w sposób szczególny podkreślić, iż przewidziany w przepisie art. 20 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych obowiązek prowadzenia list oczekujących, nie wyłącza stosowania przepisu art. 19 ust. 1 tej ustawy, zgodnie z którym w stanach nagłych świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane świadczeniobiorcy niezwłocznie. Oznacza to, iż przypadki nagłe, a więc wszystkie przypadki bezpośrednio zagrażające życiu (świadczeniobiorcy zakwalifikowani jako przypadki pilne) powinny zostać zrealizowane przez świadczeniodawcę w pierwszej kolejności, poza listą oczekujących. W konsekwencji zgodnie z przepisem art. 20 ust. 8 ww. ustawy świadczeniodawca zobowiązany jest ustawowo dokonywać zmiany terminów planowych świadczeń opieki zdrowotnej, a więc przesuwając osoby ujęte na liście oczekujących na inne, dalsze terminy wykonania świadczenia. Zatem, w myśl przepisu art. 20 ust. 7 przedmiotowej ustawy w razie zmiany stanu zdrowia świadczeniobiorcy, wskazującej na potrzebę wcześniejszego niż w ustalonym terminie udzielenia świadczenia, świadczeniobiorca informuje o tym świadczeniodawcę, który jeżeli wynika to z kryteriów medycznych, koryguje odpowiednio termin udzielenia świadczenia i informuje niezwłocznie świadczeniobiorcę o nowym terminie.

Należy podkreślić, że świadczeniodawcy Funduszu mają ustawowo stworzone warunki do prawidłowej organizacji procesu udzielania świadczeń zdrowotnych - w ramach systemu ubezpieczenia zdrowotnego. Prawidłowe wykonywanie przez świadczeniodawcę obowiązków wynikających z przepisu art. 20 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, oznacza, że świadczeniobiorcom zakwalifikowanym jako „przypadek pilny” – świadczenia wykonywane są niezwłocznie, natomiast świadczenia na rzecz świadczeniobiorców zakwalifikowanych jako „przypadek stabilny”, świadczenia udzielane są w dalszej kolejności, pod warunkiem że świadczeniodawca posiada jeszcze w umowie z Funduszem wystarczające środki na sfinansowanie tego leczenia. Zatem, po

zrealizowaniu w pierwszej kolejności świadczeń na rzecz świadczeniobiorców zakwalifikowanych jako „przypadek pilny”, świadczeniodawca może wykonywać w ramach ubezpieczenia zdrowotnego świadczenia planowe, tylko w takim zakresie, w jakim pozostałe jeszcze w ramach umowy środki finansowe – pozwolą mu na ich rozliczenie. W konsekwencji świadczeniodawca Funduszu zobowiązany jest w pierwszej kolejności przedstawiać Oddziałowi do rozliczenia świadczenia, które zostały wykonane w trybie nagłym (przypadki pilne). Jeżeli zatem świadczeniodawca nie przedstawia Oddziałowi do rozliczenia w ramach umowy świadczeń wykonanych w stanie nagłym lub przedstawia do rozliczenia tylko część tych świadczeń, by w ich miejsce rozliczyć świadczenia planowe, to postępowanie takie narusza przepisy art. 20 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych”.

Stanisław Łobacz

Dyrektor

LOW NFZ