

Komunikat dla świadczeniodawców - przypomnienie podstawowych zasad współpracy obowiązujących przy realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej

KOMUNIKAT DLA ŚWIADCZENIODAWCÓW

W związku ze zgłaszanymi interwencjami w sprawie braku przestrzegania przez Świadczeniodawców obowiązujących ustaleń przy realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Poznaniu przypomina podstawowe zasady w tym zakresie.

Badania endoskopowe przewodu pokarmowego (gastroskopia i kolonoskopia)

Badania endoskopowe przewodu pokarmowego mogą być realizowane w ramach umów zawartych z Oddziałem Funduszu:

- w warunkach ambulatoryjnych w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna - ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne (ASDK)

Badania ASDK są rozliczane, jeżeli badanie wykonane było na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, który:

- 1) realizuje finansowane przez Fundusz świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS) lub rehabilitacja lecznicza, lub opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, a w przypadku badań endoskopowych przewodu pokarmowego, także na podstawie skierowania lekarza, który realizuje finansowane przez Fundusz świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej lub
- 2) realizuje ambulatoryjne porady specjalistyczne, w ramach umów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ), w zakres których zostały włączone od dnia rozpoczęcia obowiązywania tych umów świadczenia w rodzaju AOS, lub
- 3) wydał skierowanie na podstawie przepisów § 12 ust. 10 pkt 1 ogólnych warunków umów.

W przypadku wydania skierowania na badania w trybie ambulatoryjnym przez lekarza POZ nie ma potrzeby wykonywania dodatkowych badań diagnostycznych koniecznych do przeprowadzenia badania kolonoskopii. Ponadto świadczeniodawcy wykonujący przedmiotowe badania w znieczuleniu całkowitym dożylnym ogólnym dokonują kwalifikacji do wykonania znieczulenia do zabiegu diagnostycznego w swojej placówce.

- w warunkach szpitalnych w rodzaju leczenie szpitalne (typ umowy 03/1 oraz 03/8).

Świadczeniobiorca ma prawo do leczenia szpitalnego w szpitalu, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, na podstawie skierowania lekarza, lekarza dentystry lub felczera, jeżeli cel leczenia nie może być osiągnięty przez leczenie ambulatoryjne.

W przypadku wystawienia pacjentowi skierowania na leczenie szpitalne, lekarz kierujący winien do skierowania dołączyć m.in. wyniki badań, stanowiących podstawę postawienia rozpoznania i wystawienia skierowania. Wszelkie badania diagnostyczne, które są niezbędne Świadczeniodawcy do prowadzenia hospitalizacji winny być zrealizowane na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza z oddziału szpitalnego. Niedopuszczalną praktyką jest odsyłanie pacjentów po skierowanie na badania do lekarza kierującego na leczenie szpitalne.

Przypomnienia wymaga, że 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, m.in. następujące m.in. dokumenty:

- skierowania na świadczenia zalecone w karcie informacyjnej, w tym na ambulatoryjne badania diagnostyczne kosztochłonne (ASDK),
- recepty na leki i zlecenia na środki pomocnicze lub wyroby medyczne będące środkami ortopedycznymi zlecone w karcie informacyjnej.

Ponadto każdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, stwierdzając niezdolność pacjenta do pracy winien wystawić mu stosowne zaświadczenie. Odsyłanie pacjenta do lekarza POZ nie powinno mieć miejsca.

Skierowania na badania laboratoryjne i ponowną hospitalizację

Świadczeniodawca zapewnia udzielanie świadczeń w sposób kompleksowy obejmujący wykonanie niezbędnych badań, w tym badań laboratoryjnych i diagnostyki obrazowej, oraz procedur medycznych związanych z udzieleniem tych świadczeń.

W przypadku, gdy Świadczeniobiorca objęty jest leczeniem specjalistycznym w poradni specjalistycznej i wymaga wykonania kontrolnych badań diagnostycznych (w tym laboratoryjnych) niezbędnych w przebiegu dalszego leczenia, to lekarz specjalista kieruje na potrzebne według niego badania. Niewłaściwą jest praktyka odsyłania pacjenta w celu wykonania badań do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

W przypadku zakwalifikowania Świadczeniobiorcy do leczenia szpitalnego, a w szczególności do planowanego leczenia operacyjnego, to szpital wykonuje konieczne dla leczenia szpitalnego badania diagnostyczne i konsultacje. W przypadku wystawienia pacjentowi skierowania na leczenie szpitalne (bądź też do poradni specjalistycznej), lekarz kierujący winien do skierowania dołączyć m.in. wyniki badań, stanowiące podstawę postawienia rozpoznania i wystawienia skierowania. Niedopuszczalną praktyką jest odsyłanie pacjentów po skierowanie na wymagane, w przypadku zabiegu operacyjnego, badania do lekarza kierującego na leczenie szpitalne.

Każdy Świadczeniobiorca kierowany do badania diagnostycznego (m.in. tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny) z podaniem dożylnego środka kontrastowego powinien być oceniony przez lekarza kierującego pod kątem ryzyka wystąpienia powikłań. U wszystkich pacjentów wysokiego ryzyka należy wykonać niezbędne badania, a ich wyniki przekazać wraz ze skierowaniem podmiotowi, do którego kierowany jest pacjent. Za wykonanie tych badań odpowiada lekarz kierujący pacjenta na badanie diagnostyczne. W tym miejscu należy wskazać, iż lekarz POZ nie może wystawić skierowania na badania rezonansu magnetycznego, czy też tomografii komputerowej.

W przypadku konieczności konsultacji / przejęcia w leczenie pacjenta przez inną poradnię specjalistyczną bądź ponownej hospitalizacji – skierowanie winno być wystawione przez lekarza z poradni specjalistycznej, który stwierdza taką potrzebę. Bezpodstawne w opisanej sytuacji jest kierowanie pacjenta po skierowanie do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

Transport sanitarny

Świadczeniobiorcy, w przypadku dysfunkcji narządu ruchu uniemożliwiającej korzystanie ze środków transportu publicznego, przysługuje bezpłatny przejazd środkami transportu sanitarnego do najbliższego zakładu opieki zdrowotnej udzielającego świadczeń we właściwym zakresie i z powrotem, w przypadku wynikającym z potrzeby zachowania ciągłości leczenia, na podstawie zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego (lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego).

Konieczność zabezpieczenia transportu sanitarnego obowiązuje każdego Świadczeniodawcę, który zlecając wykonanie świadczenia stwierdza wskazanie do transportu sanitarnego pacjenta w celu wykonania zleconego świadczenia. Za nieuprawnione należy więc uznać odsyłanie świadczeniobiorców przez podmioty ambulatoryjnej opieki specjalistycznej do lekarzy POZ w celu uzyskania skierowania na transport sanitarny do placówki, do której w ramach realizowanej umowy, kieruje lekarz inny niż POZ. Po objęciu opieką pacjenta przez poradnię specjalistyczną skierowanie na transport sanitarny wydaje świadczeniodawca, który kontynuuje leczenia.

Informacja zwrotna dla lekarza poz

Lekarz z poradni specjalistycznej zobowiązany jest do przekazania pisemnej informacji – nie rzadziej niż co 12 miesięcy - dla lekarza kierującego o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach, środkach spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobach medycznych, w tym o sposobie ich dawkowania, oraz wyznaczonych wizytach kontrolnych.

Z-ca Dyrektora ds. Medycznych
Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia
Hanna Philips (1)

