

znak: CF/DSOZ/2009/03/0283/W/1/105

Warszawa, dnia 11.09. 2009 r.

SPR. K. K. E. T. A. R. I. A. T.
Biura Prac Senackich
Wpłynęło dn. 18.09.09
nr. 6288 podpis.....

Pan

Bogdan Borusewicz

Marszałek Senatu

Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku!

W odpowiedzi na pismo z dnia 6 sierpnia 2009 r. znak BPS/DSK-043-1905/09 w sprawie oświadczenia Pana Senatora Tadeusza Gruszkę dotyczącego finansowania ze środków publicznych podwójnego zabiegu kończyn dolnych podczas jednej operacji, uprzejmie informuję.

Z oświadczenia Pana Senatora wynika, iż Narodowy Fundusz wprowadził przepis, który nakazuje przeprowadzanie zabiegów na dwóch kończynach w ramach odrębnych hospitalizacji. Stanowczo temu zaprzeczam, co potwierdza przepis zawarty w § 13 ust. 1 zarządzenia Nr 93/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 22 października 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne (z późniejszymi zmianami), który stwierdza, iż przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej świadczeniodawca jest zobowiązany do stosowania zasad postępowania medycznego zgodnego z aktualnym stanem wiedzy, zawartych w standardach określonych w obowiązujących przepisach prawa oraz wytycznych, zaleceniach i rekomendacjach wydawanych przez towarzystwa naukowe zrzeszające specjalistów z właściwych dziedzin medycyny. Biorąc powyższe pod uwagę oraz kodeks etyki lekarskiej, jeśli istnieje możliwość wykonania jednocześnie zabiegu na dwóch kończynach, winny decydować względy medyczne i dobro pacjenta.

Zabiegi ortopedyczne u dzieci z zaburzeniami ruchowymi rozliczane są najczęściej w ramach grupy H83 Średnie zabiegi na tkankach miękkich poprzez procedurę ICD-9 kod 83.71 - Wydłużenie ścięgna. Poprzez tą grupę o wartości punktowej 38 pkt, tj. 1938 zł rozliczane winny

być zabiegi jednostronne, jak również wykonywane na obu kończynach, w czym nie stoi w sprzeczności ani nazwa grupy ani procedury ICD-9, która w przypadku realizacji zabiegu na kilku ścięgnach wykazywana jest z odpowiednią krotnością, odpowiadającą liczbie ścięgien poddanych zabiegowi w ramach jednej hospitalizacji. Bazując na danych sprawozdawczych z całej Polski za okres I-IV 2009 r. wynika, iż udział hospitalizacji z procedurą 83.71 - Wydłużenie ścięgna z krotnością 2 stanowił 4% hospitalizacji sprawozdanych jako grupa H83.

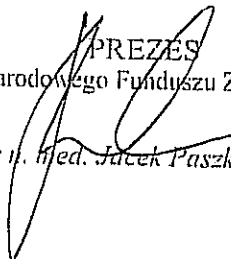
Porównując rozliczanie tego zabiegu w systemie JGP, obowiązującym od 1 lipca 2008 r. oraz w systemie opartym na katalogu SZP, obowiązującym do 30 czerwca 2008 r. wygląda to, następująco: katalog SZP świadczenie kod 5.06.00.0000602 - operacyjna: tenotomia, wydłużnie ścięgna, nacięcie torebki stawowej, uwolnienie przykurczu, redresja stawu, zabiegi na mięśniach-rozciągniętych za 150 pkt przy przeciętnej cenie jednostkowej w I półroczu 2008 r. co stanowi 1 776 zł. Rozliczenie w systemie JGP w 2009 r. to grupa H83 - Średnie zabiegi na tkankach miękkich za 38 pkt przy cenie jednostkowej 51 zł co odpowiada 1 938 zł, tj. 9% więcej.

Reasumując, kształt obowiązującego systemu rozliczeniowego pozwala na rozliczanie zabiegów obustronnych w ramach jednej hospitalizacji, a o częstotliwości realizacji takich zabiegów winny decydować względy medyczne i dobro pacjenta. Narodowy Fundusz Zdrowia po dokładnej analizie częstotliwości występowania tego typu zabiegów (obustronnych), również w innych dziedzinach medycyny podejmie decyzję o ewentualnym wyodrębnieniu dodatkowych grup. Dodatkowo Narodowy Fundusz Zdrowia dokona również weryfikacji zasadności stosowania dla tego samego pacjenta w rozliczeniach sztucznego dzielenia jednej hospitalizacji na kilka w celu dokonania rozliczenia poprzez kilka produktów rozliczeniowych, co może nosić znamiona uzyskiwania nieuzasadnionych przychodów ze środków publicznych.

Nawiązując do drugiego pytania Pana Senatora, informuję, iż Narodowy Fundusz Zdrowia prowadzi bieżący monitoring, weryfikację danych przekazywanych przez świadczeniodawców do systemu informatycznego w oparciu o przepisy zawarte w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.), ogólnych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. (Dz. U. Nr 81, poz. 484), rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. Nr 123, poz. 801) oraz w zarządzeniach Prezesa NFZ w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w poszczególnych rodzajach świadczeń.

Wyróżnia się cztery rodzaje weryfikacji prowadzonej w systemie informatycznym Funduszu:

- 1) Weryfikacja wstępna - rozumie się przez to automatyczne sprawdzenie poprawności danych w obrębie pojedynczego zestawu danych/ epizodu przekazanego przez świadczeniodawcę do Funduszu w zakresie zgodności z warunkami ustalonymi na podstawie przepisów prawa lub warunków zawierania i realizacji umów oraz listą dopuszczalnych odstępstw od tych warunków, wynikających z zawartej umowy.
- 2) Weryfikacja podstawowa - rozumie się przez to następujące po weryfikacji wstępnej sprawdzenie poprawności danych w raporcie statystycznym obejmujące w szczególności porównanie zestawów danych/ epizodów między sobą w ramach danego raportu statystycznego oraz zestawami danych/ epizodami przekazanymi wcześniej w danym okresie sprawozdawczym przez wszystkich świadczeniodawców we wszystkich rodzajach świadczeń, w zakresie zgodności z warunkami ustalonymi na podstawie przepisów prawa lub warunków zawierania i realizacji umów oraz listą dopuszczalnych odstępstw, na poziomie niezbędnym i wystarczającym do wystawienia rachunku i dokonania płatności.
- 3) Weryfikacja rozliczeniowa - rozumie się przez to sprawdzenie epizodów/zestawów świadczeń zgłoszonych przez świadczeniodawcę do rozliczenia z limitem umowy oraz wygenerowanie komunikatu zwrotnego zawierającego szablon rachunku.
- 4) Weryfikacja kontrolna - rozumie się przez to dokonywanie w dowolnym momencie, z założenia po dokonaniu weryfikacji podstawowej, ciągłego lub cyklicznego badania przez Fundusz przekazanych raportów statystycznych w zakresie ich zgodności z warunkami ustalonymi na podstawie przepisów prawa lub warunków zawierania i realizacji umów w celu wykrycia nieprawidłowości w przebiegu realizacji umowy, w szczególności przekazania przez Fundusz nienależnych środków finansowych.


PREZES
Narodowego Funduszu Zdrowia
dr n. med. Jacek Paszkiewicz