

Komunikat dla świadczeniodawców - przypomnienie zasad realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej

KOMUNIKAT DLA ŚWIADCZENIODAWCÓW

Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Poznaniu przypomina główne zasady realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Skierowania na diagnostykę lub leczenie specjalistyczne

Obowiązujące przepisy prawa nie precyzują okresu ważności skierowań na diagnostykę lub leczenie specjalistyczne w poradni czy w szpitalu. Wyznacznikiem ważności skierowania jest istnienie podstaw i celu jego wystawienia. Zachowuje ważność tak długo, jak długo są aktualne przesłanki wskazujące na potrzebę podjęcia działań diagnostycznych lub terapeutycznych.

Wyjątkami są:

- skierowanie na rehabilitację leczniczą – fizjoterapia ambulatoryjna, które traci ważność, jeżeli nie zostanie zarejestrowane w zakładzie rehabilitacji w terminie 30 dni od daty wystawienia,
- skierowanie do szpitala psychiatrycznego, którego ważność wygasa po upływie 14 dni od daty wystawienia,
- skierowanie na leczenie uzdrowiskowe, które jest ważne 18 miesięcy, licząc od dnia jego wystawienia.

Jeśli jednak skierowanie zostanie przedłożone do realizacji po zbyt długim czasie od daty jego wystawienia, lekarz może podjąć decyzję o konieczności zaktualizowania informacji o stanie zdrowia pacjenta celem zweryfikowania pierwotnej przyczyny kierowania.

W przypadku skierowania celem objęcia leczeniem specjalistycznym skierowanie ważne jest do czasu zakończenia leczenia i nie jest wymagana jego aktualizacja. Ważność skierowania uwarunkowana jest jedynie przyczyną skierowania pacjenta - jeżeli jest ona nadal aktualna to skierowanie jest ważne.

Pacjent pozostający pod stałą opieką lekarza poradni specjalistycznej nie wymaga corocznego odnawiania ważności skierowania.

Ponadto lekarz specjalista jest zobowiązany do pisemnego, nie rzadziej niż co 12 miesięcy, informowania lekarza kierującego o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach, w tym okresie ich stosowania i dawkowania oraz wyznaczonych wizytach kontrolnych.

Kompleksowość udzielania świadczeń

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

Świadczeniodawca, w ramach środków finansowych określonych w umowie, jest zobowiązany do zapewnienia usług transportu sanitarnego w przypadkach określonych w ustawie (w rozumieniu art. 41 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych), z wyjątkiem świadczeniodawców udzielających świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, o ile nie zawarli oni odrębnej umowy w tym zakresie.

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, następujące dokumenty:

- skierowania na świadczenia zalecone w karcie informacyjnej;

- recepty na leki i zlecenia na środki pomocnicze lub wyroby medyczne będące środkami ortopedycznymi zleczone w karcie informacyjnej;
- zlecenia na transport zgodnie z odrębnymi przepisami.

Z-ca Dyrektora ds. Medycznych
Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia

Barbara Murawska (1)