Jakie są warunki realizacji zapłaty za świadczenia z tytułu ostrych schorzeń układu oddechowego w POZ

Jednym z warunków realizacji zapłaty za świadczenia z tytułu ostrych schorzeń układu oddechowego jest przesłanie do NFZ w wersji elektronicznej deklaracji pacjenta do lekarza POZ. Jeśli to nie nastąpi w terminie, NFZ może ze względu na nieprawidłową sprawozdawczość odmówić zapłaty za tę poradę.

Greta Kanownik
Kierownik Działu Marketingu i Sprzedaży Usług Medycznych SPZOZ w Brzesku
Kierownik Działu Rozliczeń i Analiz Usług Medycznych SPZOZ w Brzesku

Od kilku lat okres wzmożonej zachorowalności na choroby układu oddechowego leczone głównie przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej wydłuża się. Należą do nich m.in. nieżyty nosa, zapalenia zatok, ostre choroby zapalne krtani, zapalenie dróg oddechowych, a także choroby płuc.

Każdy pacjent mający prawo do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych wybiera lekarza podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie osobistego wypełnienia deklaracji wyboru lekarza, u którego wyraża wolę leczenia się. Za niepełnoletnich robią to rodzice lub prawni opiekunowie. Deklaracja ta stanowi bardzo ważny dokument potwierdzający nie tylko możliwość leczenia się pacjenta u wskazanego lekarza rodzinnego. Jest także dokumentem, na podstawie którego Narodowy Fundusz Zdrowia płaci świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna, bazując na stawce kapitacyjnej.

Warunki rozliczania świadczeń

Zgodnie z zarządzeniem nr 85/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z 17 listopada 2011 r. warunki rozliczania świadczeń lekarza POZ finansowanych metodą kapitacyjną realizowane są z zachowaniem następujących zasad:

- należność za udzielanie świadczeń finansowanych metodą kapitacyjną stanowi sumę iloczynów liczby świadczeniobiorców objętych opieką w poszczególnych grupach i stawki miesięcznej stanowiącej 1/12 kapitacyjnej stawki rocznej, z uwzględnieniem współczynników korygujących, jeśli zostały określone dla danego zakresu świadczeń,
- liczba świadczeniobiorców, o której mowa wyżej, ustalana jest przez Fundusz według stanu na pierwszy dzień miesiąca stanowiącego okres sprawozdawczy na podstawie przekazanej przez świadczeniodawcę bieżącej informacji o aktywnych deklaracjach wyboru w danym okresie sprawozdawczym, sporządzonej stosownie do przedmiotu umowy, na podstawie posiadanych deklaracji wyboru lekarza,
- informacja o aktywnych deklaracjach wyboru przekazywana jest przez świadczeniodawcę do oddziału Funduszu do 7. dnia danego miesiąca za bieżący okres sprawozdawczy,
- oddział Funduszu przekazuje świadczeniodawcy do ostatniego

dnia każdego okresu sprawozdawczego potwierdzoną informację o zweryfikowanej liczbie świadczeniobiorców objętych przez niego opieką: przekazana informacja stanowi podstawę do finansowania świadczeń za dany okres sprawozdawczy: po przeprowadzeniu weryfikacji list POZ przez Fundusz listy te są ostateczne, z wyjątkiem sytuacji, gdy wyniki przeprowadzonej przez Fundusz kontroli deklaracji lub świadczeń, których wykonanie miało wpływ na realizowany proces rozliczeń, wskażą na potrzebę jej ponownej weryfikacji,

- w przypadku występowania danych identyfikacyjnych tego samego świadczeniobiorcy na listach świadczeniobiorców przedstawionych przez więcej niż jednego świadczeniodawcę, w tym z innego województwa, oddział Funduszu przyporządkowuje świadczeniobiorcę na podstawie deklaracji, zawierającej najpóźniejszą datę dokonania wyboru.

W stosunku do świadczeniobiorcy zadeklarowanego do lekarza POZ stawka kapitacyjna korygowana jest współczynnikiem odpowiednim do: grupy wiekowej, w której świadczeniobiorca się znajduje, albo charakteru miejsca pobytu świadczeniobiorcy, albo – w przypadku leczenia chorób przewlekłych związanych z leczeniem cukrzycy lub choroby układu krążenia – odpowiednim dla zdefiniowanej rozpoznaniem wg Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych – Rewizja Dziesiąta (klasyfikacja ICD-10), przyczyny udzielonej porady/udzielonych porad, albo – **w przypadku leczenia zdefiniowanych rozpoznaniem wg klasyfikacji ICD-10 chorób z grupy J00-J22 (z wyłączeniem grupy J17*), w okresach wzmożonej zachorowalności na te choroby.**

> W stosunku do świadczeniobiorcy zadeklarowanego do lekarza POZ stawka kapitacyjna korygowana jest odpowiednim współczynnikiem.

Przedstawia się to w następujący sposób:

a) osoba, której udzielono porad/y w związku z leczeniem cukrzycy lub choroby układu krążenia – przypisany jest współczynnik 3,0;
b) osoba niewymieniona w pkt a i f będąca w grupie od 0 do 6. roku życia – przypisany jest współczynnik 2,0;
c) osoba niewymieniona w pkt a i f, będąca w grupie od 7 do 19. roku życia – przypisany jest współczynnik1,2;
d) osoba niewymieniona w pkt a i f, będąca w grupie od 20 do 65. roku życia – przypisany jest współczynnik 1,0;
e) osoba niewymieniona w pkt a i f będąca w grupie powyżej 65. roku życia – przypisany jest współczynnik 2,0;
f) osoba niewymieniona w pkt a, podopieczny DPS lub placówki socjalizacyjnej, interwencyjnej lub resocjalizacyjnej – przypisany jest współczynnik 2,5;
g) osoba zadeklarowana do lekarza POZ, o której mowa w pkt a–f, w przypadku leczenia zdefiniowanych rozpoznaniem wg klasyfikacji ICD-10 chorób z grupy J00-22 (z wyłączeniem grupy J17*), w okresach wzmożonej zachorowalności na te choroby – dodatkowo współczynnik 0,1.

Kwalifikacji świadczeniobiorców do poszczególnych grup, dla których określone zostały współczynniki korygujące, dokonuje się na podstawie:

- informacji o poradach zrealizowanych w 3 poprzednich okresach sprawozdawczych, udzielonych osobom opisanym w pkt a, przekazywanych za kolejno następujące po sobie okresy sprawozdawcze – za każdy miesiąc, do 10. dnia danego miesiąca za poprzedni okres sprawozdawczy,
- **informacji o zrealizowanych w poprzednim okresie sprawozdawczym poradach udzielonych osobom opisanym w pkt g z przyczyn innych niż cukrzyca lub choroby układu krążenia, przekazanych w terminie do 10 dnia danego miesiąca podlegającego rozliczeniu,**
- bieżącej informacji o aktywnych deklaracjach wyboru w danym okresie sprawozdawczym, sporządzonej na podstawie złożonych przez świadczeniobiorców deklaracji wyboru lekarza POZ.

Kiedy rozliczać świadczenia z zastosowaniem współczynnika 0,1

Rozliczenia świadczeń z zastosowaniem współczynnika 0,1 dokonuje się wyłącznie w ustalonych miesiącach wzmożonej zachorowalności na ostre choroby układu oddechowego, w tym za:
styczeń – w lutym,
luty – w marcu,
marzec – w kwietniu,
wrzesień – w październiku,
październik – w listopadzie,
listopad – w grudniu.

Należy pamiętać także o tym, iż jeśli liczba sprawozdanych porad

Schorzenia wg klasyfikacji ICD-10 obejmujące grupę J00-J22

J00-J99 Choroby układu oddechowego

J00-J06 Ostre zakażenie górnych dróg oddechowych
J10-J18 Grypa i zapalenie płuc
J20-J22 Inne ostre zakażenie dolnych dróg oddechowych
J30-J39 Inne choroby górnych dróg oddechowych
J40-J47 Przewlekłe choroby dolnych dróg oddechowych
J60-J70 Choroby płuc wywołane czynnikami zewnętrznymi
J80-J84 Inne choroby układu oddechowego dotyczące przede wszystkim tkanki śródmiąższowej
J85-J86 Stany ropne i martwicze dolnych dróg oddechowych
J90-J94 Inne choroby opłucnej
J95-J99 Inne choroby układu oddechowego

Zgodnie z wytycznymi schorzenia z grupy J17* nie są brane pod uwagę przy wyliczaniu dodatkowej płatności przez Narodowy Fundusz Zdrowia i są to:

J17 Zapalenie płuc w chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej

J17.0*Zapalenie płuc w przebiegu chorób (zakaźnych) bakteryjnych sklasyfikowanych gdzie indziej
J17.1*Zapalenie płuc w przebiegu chorób zakaźnych wirusowych sklasyfikowanych gdzie indziej
J17.2*Zapalenie płuc w przebiegu grzybicy
J17.3*Zapalenie płuc w przebiegu chorób pasożytniczych
J17.8*Zapalenie płuc w przebiegu innych chorób sklasyfikowanych gdzie indziej

zdefiniowanych rozpoznaniami wg klasyfikacji ICD-10, jako choroby z grupy J00-J22, z wyłączeniem grupy J17*, stanowić będzie co najmniej 30% porad udzielonych z przyczyn innych niż cukrzyca i choroby układu krążenia, wówczas świadczeniodawca otrzyma środki pieniężne z tytułu leczenia pacjentów zakwalifikowanych zgodnie z ICD-10 do grup J00-J22.

Jak świadczeniodawca powinien sprawozdawać świadczenia, aby uzyskać zapłatę za realizowane świadczenia z tytułu ostrych schorzeń układu oddechowego

Żeby świadczeniodawca uzyskał zapłatę za realizowane świadczenia z tytułu ostrych schorzeń układu oddechowego, pacjent musi mieć wypełnioną deklarację do lekarza POZ pracującego w danej placówce medycznej. Lekarz ten, zgodnie z podpisaną umową z Narodowym Funduszem Zdrowia, musi być zakontraktowany jako zasób osobowy realizujący świadczenia przez dany podmiot leczniczy i spełniać wymagania umożliwiające tworzenie listy aktywnej do danego lekarza.

Bardzo ważnym aspektem jest to, aby wersję papierową złożonej deklaracji ewidencjonować w wersji elektronicznej jak najszybciej, aby dokonać jej przekazania przed 7. dniem kolejnego miesiąca sprawozdawczego. Wynika to stąd, iż zrealizowane i sprawozdane świadczenie u danego chorego jako porada jest odrzucane przez Narodowy Fundusz Zdrowia w sprawozdawczości i pomijane do naliczania płatności, jeśli nie wyeksportowano deklaracji, np. chory zapisał się do lekarza 30 kwietnia i w tym czasie zrealizowana była u niego porada, która jest przesyłana do NFZ w formie komunikatu XML. Jeśli do 7 maja nie zostanie przesłana do NFZ deklaracja tego pacjenta, bo np. przez nieuwagę nie zostanie wprowadzona do systemu ewidencji deklaracji, wówczas porada zostanie odrzucona z powodu braku posiadania przez pacjenta deklaracji. Jest to więc stratą dla świadczeniodawcy. Mimo że chory złożył deklarację, placówka z powodu braku prawidłowej sprawozdawczości nie otrzyma w przyszłym miesiącu sprawozdawczym za kwiecień należnej płatności

> Żeby świadczeniodawca uzyskał zapłatę za realizowane świadczenia z tytułu ostrych schorzeń układu oddechowego, pacjent musi mieć wypełnioną deklarację do lekarza POZ pracującego w danej placówce medycznej.

ani z tytułu deklaracji (stawka kawitacyjna), ani za poradę związaną z leczeniem chorób układu oddechowego, co powoduje zwiększenie współczynnika korygującego o 0,1.

Dość istotną i ważną rzeczą jest, aby w sposób prawidłowy ewidencjonować w systemie rozliczeniowym każdą zrealizowaną poradę lekarską, zwracać uwagę na poprawność zapisu rozpoznań z grup J00-J99, natomiast jako produkt rozliczeniowy należy ewidencjonować w zależności od miejsca realizacji świadczenia jedną z dwóch rodzajów porad:

5.01.00.0000077
porada lekarska diagnostyczno-terapeutyczna w miejscu udzielania świadczeń, z innych przyczyn niż cukrzyca i/lub choroba układu krążenia;

5.01.00.0000078
porada lekarska diagnostyczno-terapeutyczna w domu pacjenta, z innych przyczyn niż cukrzyca i/lub choroba układu krążenia. Ten sposób sprawozdawczości dotyczy świadczeń realizowanych wyłącznie w ramach umowy – podstawowa opieka zdrowotna. ■

§ Podstawa prawna:

- ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – Dz.U. z 2008 r. nr 164, poz. 1027 ze zm.,
- zarządzenie nr 85/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z 17 listopada 2011 r. wydane na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25 oraz art. 146 ust. 1 pkt 1 i 3 oraz art. 159 ust. 2 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – Dz.U. z 2008 r. nr 164, poz. 1027 ze zm.,
- Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 opracowana przez WHO i obowiązująca w Polsce od 1996 r.

Greta Kanownik
Kierownik Działu Marketingu i Sprzedaży Usług Medycznych SPZOZ w Brzesku
Kierownik Działu Rozliczeń i Analiz Usług Medycznych SPZOZ w Brzesku