

Znak: DSOZ-WLS.401.550.2020.MAKA

Warszawa, 17.11.2020

Pani Maria Rekowska
Prezes
Stowarzyszenia Słyszeć bez Granic

W odpowiedzi na pismo z 6 października 2020 r. w sprawie wątpliwości dotyczących zasad realizacji świadczeń związanych z wymianami procesorów dźwięku, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższego.

Obecnie (stan na 22 października 2020 r.) na wymianę procesorów dźwięku oczekuje: przypadek pilny – 1 osoba, przypadek stabilny - 1 793 osób (najwięcej 1142 osób w województwie mazowieckim). Średni rzeczywisty czas oczekiwania na udzielenie przedmiotowego świadczenia wynosi maksymalnie: 1142 dni.

W przepisach zarządzenia Nr 184/2020/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 grudnia 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne, w odniesieniu do świadczeń rozliczanych w ramach JGP (C07G, C07H, C07I) związanych z wymianą procesora mowy lub przetwornika mowy implantów na przewodnictwo kostne, w załączniku nr 1a do zarządzenia dookreślono, że wymiana procesora mowy lub dźwięku obejmuje: wyłącznie wymianę całego urządzenia, wymianę nie wcześniej niż przed upływem okresu gwarancji, konieczne jest przedstawienie opinii ośrodka o braku przydatności urządzenia do dalszego użytkowania, nie obejmuje wymiany z powodu uszkodzeń z winy użytkownika. Opinia ośrodka o braku przydatności urządzenia do dalszego użytkowania to obiektywna analiza serwisowa inżyniera klinicznego, na podstawie której stwierdza się, że urządzenie wymaga wymiany z racji niespełniania przez nie funkcji na skutek m. in. zużycia urządzenia. Wymiana procesora możliwa jest po technicznym zużyciu, ale nie wcześniej niż po okresie minięcia gwarancji i stwierdzeniu trwałej niesprawności urządzenia, która nie pozwala na jego prawidłowe wykorzystanie.

Ustalanie kolejności i zasady przyjmowania pacjentów oraz sytuacje, które mogą wpływać na przyspieszenie dowolnego świadczenia, w tym wymiany procesora, określa ustawa z 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2020 r. poz. 1398 z późn. zm.). Są to przepisy ogólne, odnoszące się do wszystkich świadczeń opieki zdrowotnej. Nie funkcjonuje przepis prawa, który dotyczy wyłącznie kwestii dotyczącej zakresu niniejszego pisma.

Przepisy art. 20-24 stanowią, że świadczenia opieki zdrowotnej w szpitalach, świadczenia specjalistyczne w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej oraz stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne są udzielane według kolejności zgłoszenia w dniach i godzinach ich udzielania przez świadczeniodawcę, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Na liście oczekujących na udzielenie świadczenia nie umieszcza się świadczeniobiorców kontynuujących leczenie u danego świadczeniodawcy. Świadczeniodawca ustala kolejność udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej na podstawie zgłoszeń świadczeniobiorcy, informuje świadczeniobiorcę w wybrany przez siebie sposób o zakwalifikowaniu do kategorii medycznej, ustalonej zgodnie z kryteriami medycznymi określonymi w rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej z dnia 26 września 2005 r. (Dz.U. Nr 200, poz. 1661) i terminie udzielenia świadczenia oraz na żądanie świadczeniobiorcy uzasadnia przyczyny wyboru tego terminu.

Na podstawie przywołanego rozporządzenia świadczeniodawca umieszcza świadczeniobiorcę, z wyjątkiem świadczeniobiorcy znajdującego się w stanie nagłym, na liście oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, zwanej dalej "listą oczekujących", na podstawie następujących kryteriów medycznych opartych na aktualnej wiedzy medycznej: stanu zdrowia świadczeniobiorcy, rokowania co do dalszego przebiegu choroby, chorób współistniejących mających wpływ na chorobę, z powodu której ma być udzielone świadczenie, zagrożenia wystąpienia, utrwalenia lub pogłębienia niepełnosprawności. Świadczeniodawca, stosując powyższe kryteria medyczne, kwalifikuje świadczeniobiorcę do kategorii medycznej: "przypadek pilny" - jeżeli istnieje konieczność pilnego udzielenia świadczenia ze względu na dynamikę procesu chorobowego i możliwość szybkiego pogorszenia stanu zdrowia lub znaczącego zmniejszenia szans na powrót do zdrowia lub "przypadek stabilny" - w przypadku innym niż stan nagły i przypadek pilny, umieszczając świadczeniobiorcę na liście oczekujących po stwierdzeniu, że świadczeniobiorca posiada

wymagane skierowanie na świadczenie danego rodzaju albo jest uprawniony do uzyskania świadczenia bez skierowania.

W przypadku świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w szpitalach, lekarz przyjmujący pacjenta w szpitalu potwierdza kategorię medyczną, wskazaną na skierowaniu wystawionym przez lekarza kierującego albo kwalifikuje świadczeniobiorcę do odpowiedniej kategorii medycznej.

W przypadku świadczeń specjalistycznych udzielanych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej, na które wymagane jest skierowanie, świadczeniodawca bierze pod uwagę kategorię medyczną wskazaną na skierowaniu wystawionym przez lekarza kierującego, jeżeli została określona. Świadczeniobiorcę zakwalifikowanego do kategorii medycznej "przypadek pilny" umieszcza się na liście oczekujących przed świadczeniobiorcami zakwalifikowanymi do kategorii medycznej "przypadek stabilny". Świadczeniobiorców, którzy wymagają okresowego, w ściśle ustalonych terminach, wykonywania kolejnych etapów świadczenia, przyjmuje się w celu udzielenia tego świadczenia zgodnie z planem leczenia.

Wyjątek od powyższych zasad dotyczy pacjentów, którzy mają prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej, wymienionych w art. 47c ustawy o świadczeniach:

- 1) kobiety w ciąży;
- 2) świadczeniobiorcy, o których mowa w art. 47 ust. 1a i 1b (świadczeniobiorcy do 18 roku życia, u których stwierdzono ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu, na podstawie zaświadczenia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii, neonatologii, pediatrii, neurologii dziecięcej, kardiologii dziecięcej lub chirurgii dziecięcej oraz świadczeniobiorcy posiadający orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współdziałania na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji);
- 3) osoby, o których mowa w art. 43 ust. 1 (świadczeniobiorcy, który posiadający tytuł „Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi” lub „Zasłużonego Dawcy Przeszczepu” i przedstawi legitymację „Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi” lub „Zasłużonego Dawcy Przeszczepu”);
- 4) inwalidzi wojenni i wojskowi;

- 5) żołnierze zastępczej służby wojskowej;
- 6) cywilne niewidome ofiary działań wojennych;
- 7) kombatanci;
- 8) działacze opozycji antykomunistycznej i osoby represjonowane z powodów politycznych;
- 9) osoby deportowane do pracy przymusowej;
- 10) uprawnieni żołnierze lub pracownicy, których ustalony procentowy uszczerbek na zdrowiu wynosi co najmniej 30%;
- 11) weterani poszkodowani, których ustalony procentowy uszczerbek na zdrowiu wynosi co najmniej 30%.

Korzystanie poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej w szpitalach i świadczeń specjalistycznych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej oznacza, że świadczeniodawca udziela tych świadczeń poza kolejnością przyjęć wynikającą z prowadzonej przez niego listy oczekujących. Na przyspieszenie terminu może mieć wpływ także zmiana kategorii medycznej pacjenta z przypadku stabilnego na pilny w sytuacji pogorszenia się sytuacji zdrowotnej oraz aktualizacja terminu w wyniku rezygnacji innych pacjentów.

Od 5 września 2020 r. przywrócono, zawieszony ze względu na epidemię obowiązek sprawozdawczy wynikający z ustawy o świadczeniach. Od tej daty świadczeniodawcę, który: powrócił do pełnego udzielania świadczeń – obowiązuje pełna sprawozdawczość (statystyka i pierwszy wolny termin), zawiesił udzielanie świadczeń – sprawozdawczość nie dotyczy, ograniczył udzielanie świadczeń – sprawozdawczość nie dotyczy list oczekujących na świadczenia, których czasowo nie udziela.

Natomiast informowanie o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej finansowanego ze środków publicznych (PWT) realizować należy w następujący sposób. Świadczeniodawca, który powrócił do pełnego udzielania świadczeń ma obowiązek przekazywania PWT każdego jego dnia roboczego, PWT może być przekazywany raz w tygodniu, tylko w przypadku ograniczonych możliwości technicznych przewidzianych w ustawie o świadczeniach.

Na opóźnienie terminu u konkretnego pacjenta (bez względu na rodzaj świadczenia) mogą wpływać m. in.: względy medyczne – czasowe odroczenie terminu, na wniosek osoby wpisanej do harmonogramu przyjęć, przyczyny leżące po stronie świadczeniodawcy, brak kompletu badań, nieprawidłowa kategoria medyczna podana podczas rejestracji czy sytuacja spowodowana pandemią COVID-19, jaka ma miejsce obecnie.

Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia, wychodząc z założenia, że każdy zaimplantowany pacjent powinien mieć zagwarantowany dostęp do wymiany procesora podjęła kroki, mające na celu usprawnienie procesu ich wymiany. Informuję, że obecnie trwają prace legislacyjne nad projektem zarządzenia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne.

Z poważaniem,

Leszek Szalak

Dyrektor Departamentu

Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej

/Dokument podpisano elektronicznie/