



ABC

Praca zbiorowa pod redakcją
Rafała P. Janiszewskiego

**rozliczeń
z płatnikiem w roku 2009
w systemie jednorodnych
grup pacjentów**

**ABC rozliczeń
z płatnikiem w roku 2009
w systemie jednorodnych
grup pacjentów**

Praca zbiorowa
pod redakcją
Rafała Janiszewskiego

Warszawa, 2009

Copyright © 2009 rok
by Kancelaria Doradcza Rafał Piotr Janiszewski

Wszystkie prawa zastrzeżone

Projekt graficzny
Jerzy Jurecki

Redakcja i korekta
Danuta Kalińska

Skład i łamanie
Maciej Czaplicki
Studio Graficzne DEVA sp.j.
02-237 Warszawa, ul. Instalatorów 7B

Żaden fragment niniejszej publikacji
nie może być kopiowany bez wcześniejszej
pisemnej zgody wydawcy.



Wydawca
Wydawnictwo KWADRYGA Sp. z o.o.
Warszawa, ul. Instalatorów 7B

ISBN 978-83-908542-2-8

Wydanie I
Nakład 5 000 egz.

Cena 60,00 zł za egzemplarz

Druk
Zakład Poligraficzno-Wydawniczy POZKAL,
Inowrocław, ul. Cegielna 10/12

Spis treści

1. Wstęp	7
2. Podstawy prawne funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Główne regulacje ustawowe	9
<i>Katarzyna Ulejczyk</i>	
3. Zasadnicze definicje wynikające z zarządzeń prezesa NFZ na rok 2009 wraz z komentarzem	21
<i>Rafał Janiszewski</i>	
4. Zasady kodowania wraz z przykładami zastosowania systematyki kodów	31
<i>Adam Kozierekiewicz</i>	
5. Zasady prowadzenia dokumentacji medycznej w oparciu o wykładnie prawne oraz wymogi płatnika na rok 2009	45
<i>Paweł Dąbrowski</i>	
6. Praktyczny poradnik grupowania, czyli jak wytypować grupę jednorodną	63
<i>Kinga Wojtaszczyk, Łukasz Puchalski</i>	
7. Rozliczanie jednorodnych grup pacjentów z zakresu położnictwa i ginekologii	81
<i>Łukasz Puchalski</i>	
8. Rozliczanie jednorodnych grup pacjentów z zakresu chirurgii	89
<i>Łukasz Puchalski</i>	
9. Najczęściej występujące problemy w wytypowaniu grupy – pytania i odpowiedzi	97
10. Tabele: Katalog grup JGP. Świadczenia sieroce. Procedury do sumowania. Radioterapia	107
11. Bibliografia	124
12. Płyta CD z załącznikami	126

Wstęp

Od początku istnienia systemu ubezpieczeniowego w Polsce starano się przyjąć możliwie najbardziej optymalny sposób rozliczania świadczeń medycznych. Należy przy tym pamiętać, że chodzi nie tyle o płacenie za serwis, co dopracowanie prostej a zarazem szczelnej metody dystrybucji pieniędzy ze składek.

Wieloletnie finansowanie budżetowe sprawiło, że struktury zasobów placówek ochrony zdrowia nie są dostosowane do identyfikacji produktu finalnego, usługi czy nawet kosztu liczonego na pacjenta. To jeden z powodów, dla których trudno jest wdrożyć system płacenia za serwis, a nawet dokonać oceny ile ten serwis (usługa) powinien kosztować.

Dlatego od lat ewaluacja słownika rozliczeniowego polega na wyznaczaniu średniej wartości kosztu i stanowi ryczałt za udzielenie świadczenia.

Pierwsze systemy ryczałtowe opracowane przez kasy chorych były mało precyzyjne, przez co wiele pieniędzy wydatkowano nieracjonalnie. Był to jednak ogromnie ważny krok w stronę urynkowienia, a osiągnięciem tego systemu jest możliwość identyfikacji zdarzeń medycznych w ujęciu kosztowym i epidemiologicznym. Doświadczenia zebrane na kasach chorych pozwoliły na wdrożenie systemu grup jednorodnych, poprzez dostosowanie istniejącego w Wielkiej Brytanii słownika do warunków polskich.

Należy przy tym podkreślić, że sposób identyfikacji i konstruowania produktu w nowym systemie jest zupełnie odmienny od poprzedniego i wymaga gruntownej zmiany sposobu myślenia świadczeniodawców a nawet personelu medycznego udzielającego świadczeń. Nie oznacza to, że jest to system trudniejszy, wręcz przeciwnie. W dodatku jednorodne grupy pacjentów, w przeciwieństwie do sposobu rozliczania obowiązującego poprzednio, są oparte na nomenklaturze medycznej i to właśnie wiedza medyczna i postępowanie terapeutyczne stanowi tu podstawę do konstruowania rozliczenia.

Wielokrotnie spotykam się z zarzutami, że nowy system zrzuca ogrom pracy na lekarza, który musi zajmować się rozliczaniem procedur. W tej publikacji staram się dowieść, że lekarz ma wiedzę niezbędną do rozliczenia, a jego dokumentacja stanowi podstawę do wyznaczania grupy jednorodnej. Trzeba tylko jego świadomości zasad i dobrze przygotowanej kadry administracyjnej, by okazało się że JGP to prostszy i bardziej uczciwy system.



Podstawy prawne funkcjonowania systemu ochrony zdrowia.

Główne regulacje ustawowe

Katarzyna Ulejczyk

Główne uregulowania dotyczące opieki zdrowotnej oraz funkcjonowania całego systemu są zawarte w dwóch ustawach: ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o Zakładach Opieki Zdrowotnej. Pierwsza z nich normuje warunki udzielania oraz zakres świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zasady i tryb finansowania tych świadczeń, jak również funkcjonowanie, organizację oraz zadania Narodowego Funduszu Zdrowia. Opisuje także zasady sprawowania nadzoru nad finansowaniem i realizacją świadczeń. Ustawa o ZOZ reguluje kwestie prawne dotyczące powstania, funkcjonowania, oraz likwidacji zakładu opieki zdrowotnej.

Najistotniejszą kwestią z punktu widzenia zakładu opieki zdrowotnej jest to, kto ma prawo do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Otóż zgodnie z art. 2 ustawy o świadczeniach uprawnionymi są wszystkie osoby objęte powszechnym obowiązkowym i dobrowolnym ubezpieczeniem, określa się je mianem „ubezpieczonych”. Uprawnienia takie przysługują również osobom posiadającym obywatelstwo polskie oraz zamieszkującym na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które spełniają kryterium dochodowe zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej art. 8, czyli:

- 1) osobie samotnie gospodarującej, której dochód nie przekracza kwoty 461 zł, zwanej dalej „kryterium dochodowym osoby samotnie gospodarującej”,
- 2) osobie w rodzinie, w której dochód na osobę nie przekracza kwoty 316 zł, zwanej dalej „kryterium dochodowym na osobę w rodzinie”,
- 3) rodzinie, której dochód nie przekracza sumy kwot kryterium dochodowego na osobę w rodzinie, zwanej dalej „kryterium dochodowym rodziny”.

Ponadto prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przysługuje osobom posiadającym obywatelstwo polskie zamieszkującym na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które nie ukończy-

ły 18 roku życia lub są w okresie ciąży, porodu i połogu. W dwóch ostatnich przypadkach osoby te określa się mianem „uprawnionych”.

Ustawa określa szczegółowo kto jest osobą ubezpieczoną, a kto nią nie jest. Zgodnie z polskim prawem ubezpieczonymi są:

1) osoby posiadające obywatelstwo państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), zamieszkujące na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA),

2) osoby nieposiadające obywatelstwa państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym przebywające na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie wizy pobytowej w celu wykonywania pracy, zezwolenia na zamieszkanie na czas oznaczony, zezwolenia na osiedlenie się, zezwolenia na pobyt rezydenta długoterminowego Wspólnot Europejskich, zgody na pobyt tolerowany, lub osoby, które uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą albo korzystają z ochrony czasowej na jej terytorium,

3) osoby nieposiadające obywatelstwa państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), legalnie zamieszkujące na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – jeżeli podlegają zgodnie z art. 66 obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego albo ubezpieczają się dobrowolnie,

4) osoby posiadające obywatelstwo państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), niezamieszkujące na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), jeżeli podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i są objęte:

- a) ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi na podstawie przepisów ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych,
- b) ubezpieczeniem społecznym rolników,

5) studenci i uczestnicy studiów doktoranckich, którzy studiują w Rzeczypospolitej Polskiej, oraz absolwenci, którzy odbywają w Rzeczypospolitej Polskiej obowiązkowy staż, nieposiadający obywatelstwa państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA).

6) członkowie zakonów oraz alumni wyższych seminariów duchownych i teologicznych, postulanci, nowicjusze i junioryści zakonów i ich odpowiednich nieposiadający obywatelstwa państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego (EFTA) – strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym i przebywający na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie wizy, zezwolenia na zamieszkanie na czas oznaczony, zezwolenia na osiedlenie się, zezwolenia na pobyt rezydenta długoterminowego Wspólnot Europejskich, zgody na pobyt tolerowany, lub osoby, które uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą albo korzystają z ochrony czasowej na jej terytorium,

7) odbywający staż adaptacyjny,

8) odbywający kursy języka polskiego oraz kursy przygotowawcze do podjęcia nauki w języku polskim, o których mowa w przepisach o szkolnictwie wyższym, nieposiadający obywatelstwa państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego EFTA,

9) członkowie rodzin osób, o których mowa w ust. 1 pkt 1 i 3, zamieszkujący na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego EFTA, jeżeli nie są osobami podlegającymi obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego,

10) członkowie rodzin osób, o których mowa w ust. 1 pkt 2, zamieszkujący na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, jeżeli nie są osobami podlegającymi obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego.

Natomiast nie podlegają ubezpieczeniu cudzoziemcy przebywający na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w tym cudzoziemcy zatrudnieni w obcych przedstawicielstwach dyplomatycznych, urzędach konsularnych, misjach, misjach specjalnych lub międzynarodowych instytucjach.

Należy również zauważyć, iż szereg ustaw gwarantuje świadczenia opieki zdrowotnej bezpłatnie, bez względu czy osoba jest ubezpieczona czy nie. Między innymi dotyczy to:

1. art. 21 ust. 3 ustawy z dnia 26 października 1982 r. „o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi” – od osób uzależnionych od alkoholu nie pobiera się opłat za świadczenia w zakresie leczenia odwykowego udzielane w zakładach opieki zdrowotnej;

2. art. 26 ust. 5 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii - za leczenie oraz rehabilitację osoby uzależnionej niezależnie od jej miejsca zamieszkania w kraju nie pobiera się opłat;

3. art. 10 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego – od osób chorych psychicznie (z zaburzeniami psychicznymi, upośledzone umysłowo) nie pobiera się opłat;

4. art. 117 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o cudzoziemcach – cudzoziemiec umieszczony w strzeżonym ośrodku lub przebywający w areszcie w celu wydalenia ma prawo do korzystania z opieki lekarskiej i umieszczenia w zakładzie opieki zdrowotnej, jeżeli stan jego zdrowia tego wymaga;

5. przepisów ustawy z dnia 6 września 2001 r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach (Dz. U. Nr 126, poz. 1384, z późn. zm.13) – w przypadku świadczeń zdrowotnych związanych ze zwalczaniem chorób zakaźnych i zakażeń;

6. przepisów ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym;

7. art. 6 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 7 września 2007 r. o Karcie Polaka – osoba posiadająca Kartę Polaka ma prawo do bezpłatnej opieki medycznej w stanach nagłych.

Podmiotami zobowiązanymi do finansowania świadczeń zdrowotnych są: Narodowy Fundusz Zdrowia oraz Ministerstwo Zdrowia. Ministerstwo Zdrowia jest obowiązane finansować z budżetu państwa świadczenia zdrowotne udzielane osobom nie ubezpieczonym, ale

uprawnionym na podstawie ustawy o świadczeniach zdrowotnych, jak również świadczenia wysokospecjalistyczne. Narodowy Fundusz Zdrowia natomiast jest zobligowany do finansowania świadczeń zdrowotnych udzielanych osobom ubezpieczonym. Minister właściwy do spraw zdrowia zatwierdza plany finansowe Narodowego Funduszu Zdrowia oraz opiniuje jego sprawozdania finansowe.

W ustawie zostały wymienione świadczenia, które są finansowane ze środków publicznych:

- 1) badanie diagnostyczne, w tym medyczną diagnostykę laboratoryjną;
- 2) świadczenia na rzecz zachowania zdrowia, zapobiegania chorobom i wczesnego wykrywania chorób, w tym obowiązkowe szczepienia ochronne;
- 3) podstawową opiekę zdrowotną;
- 4) świadczenia w środowisku nauczania i wychowania;
- 5) ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne;
- 6) rehabilitację leczniczą;
- 7) świadczenia stomatologiczne;
- 8) leczenie szpitalne;
- 9) świadczenia wysokospecjalistyczne;
- 10) leczenie w domu chorego;
- 11) badanie i terapię psychologiczną;
- 12) badanie i terapię logopedyczną;
- 13) świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze;
- 13a) opiekę paliatywną i hospicyjną;
- 14) pielęgnację niepełnosprawnych i opiekę nad nimi;
- 15) opiekę nad kobietą w okresie ciąży, porodu i połogu;
- 16) opiekę nad kobietą w okresie karmienia piersią;
- 17) opiekę prenatalną nad płodem i opiekę nad noworodkiem oraz wstępną ocenę stanu zdrowia i rozwoju niemowlęcia;
- 18) opiekę nad zdrowym dzieckiem, w tym ocenę stanu zdrowia i rozwoju dziecka do lat 18;
- 19) leczenie uzdrowiskowe;
- 20) zaopatrzenie w produkty lecznicze, wyroby medyczne i środki pomocnicze;
- 21) transport sanitarny;
- 22) ratownictwo medyczne.

Natomiast świadczeniobiorcy na podstawie ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych nie przysługują:

1) orzeczenia o zdolności do prowadzenia pojazdów mechanicznych oraz inne orzeczenia i zaświadczenia lekarskie wydawane na życzenie świadczeniobiorcy, jeżeli nie są one związane z dalszym leczeniem, rehabilitacją, niezdolnością do pracy, kontynuowaniem nauki, uczestnictwem dzieci, uczniów, słuchaczy zakładów kształcenia nauczycieli i studentów w zajęciach sportowych i w zorganizowanym wypoczynku, a także jeżeli nie są wydawane dla celów pomocy społecznej, orzecznictwa o niepełnosprawności lub uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego;

2) świadczenia opieki zdrowotnej niezakwalifikowane jako gwarantowane.

Koszty badania, wydania orzeczenia lub zaświadczenia, na zlecenie prokuratury albo sądu, w związku z postępowaniem prowadzonym na podstawie odrębnych ustaw, są pokrywane z części budżetu państwa, której dysponentem jest, odpowiednio, Minister Sprawiedliwości, Pierwszy Prezes Sądu Najwyższego albo Prezes Naczelnego Sądu Administracyjnego. Natomiast koszty badania, wydania orzeczenia lub zaświadczenia, związanego z orzekaniem o niezdolności do pracy dla celów rentowych, ustalaniem uprawnień w ramach ubezpieczeń społecznych, są finansowane przez podmiot, na którego zlecenie zostaje przeprowadzone badanie, wydane orzeczenie lub zaświadczenie.

Świadczenia, które w żadnym stopniu nie są finansowane ze środków publicznych stanowią załącznik nr 1 do niniejszej ustawy:

- 1.** Świadczenia opieki zdrowotnej niefinansowane ze środków publicznych bez względu na zakres ich zastosowania:
 - 1) szczepienia ochronne niewchodzące w zakres obowiązkowych szczepień ochronnych;
 - 2) zabiegi chirurgii plastycznej i zabiegi kosmetyczne w przypadkach niebędących następstwem wady wrodzonej, urazu, choroby lub następstw jej leczenia;
 - 3) operacje zmiany płci;
 - 4) świadczenia w zakresie akupunktury, z wyjątkiem świadczeń udzielanych w leczeniu bólu przewlekłego;
 - 5) zabiegi przyrodolecznicze i rehabilitacyjne w szpitalach uzdrowiskowych, sanatoriach uzdrowiskowych

- i ambulatoryjnym leczeniu uzdrowiskowym niezwiązane z chorobą podstawową będącą bezpośrednią przyczyną skierowania na leczenie uzdrowiskowe;
- 6) poradnictwo seksuologiczne w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, z wyłączeniem osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności;
 - 7) poradnictwo psychoanalityczne;
 - 8) ozonoterapia;
 - 9) autoszczepionki;
 - 10) magnetoterapia z zastosowaniem stałego pola magnetycznego;
 - 11) laseropunktura;
 - 12) akupresura;
 - 13) zooterapia;
 - 14) diagnostyka i terapia z zakresu medycyny niekonwencjonalnej, ludowej, orientalnej.
- 2.** Świadczenia opieki zdrowotnej niefinansowane ze środków publicznych w poszczególnych zakresach zastosowania:
- 1) świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie układu nerwowego:
 - a) leczenie padaczki za pomocą implantacji stymulatora nerwu błędnego, z wyjątkiem przypadków, gdy jest to jedyna możliwa do zastosowania metoda terapeutyczna,
 - b) diagnostyka i leczenie zaburzeń smaku,
 - c) zastosowanie komory hiperbarycznej w leczeniu stwardnienia rozsianego,
 - d) podawanie baclofenu pompą infuzyjną, z wyjątkiem przypadków, gdy jest to jedyna możliwa do zastosowania metoda terapeutyczna;
 - 2) świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie układu wydzielania wewnętrznego
 - endoskopowa, transorbitalna dekompresja w oftalmopatii Gravesa-Basedowa z wyłączeniem przypadków ratowania wzroku z powodu udokumentowanego ucisku na nerw wzrokowy;
 - 3) świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie gałki ocznej:
 - a) chirurgia refrakcyjna w korekcie wad wzroku,
 - b) stymulacja laserowa plamki żółtej,
 - c) alloplastyka tętnic skroniowych;
 - 4) świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie układu sercowo-naczyniowego
 - wszczepienie defibrylatora dwujamowego z funkcją defibrylacji przedsionkowej i komorowej;

- 5) świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie układu krwiotwórczego i limfatycznego
 - bankowanie własnej krwi pępowinowej noworodka;
- 6) świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie układu trawiennego:
 - a) badanie przewodności pokarmowej za pomocą kapsułki endoskopowej,
 - b) usunięcie guzków krwawniczych (żylaków odbytu) metodą Longo,
 - c) hydrokolonoterapia;
- 7) świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie męskich narządów płciowych:
 - a) pobierania nasienia z najądrza,
 - b) obliteracja żyły jądrowej metodą fluoroskopową,
 - c) wszczepienie protez prącia;
- 8) świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie powłok ciała – otyłość, z wyjątkiem otyłości patologicznej dużego stopnia u chorych o wartości BMI powyżej 40 leczonej metodami zabiegowymi;
- 9) świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie zabiegów diagnostycznych – pozytronowa tomografia emisyjna, z wyjątkiem przypadków:
 - a) pojedynczego przerzutu o nieznanym punkcie wyjścia w celu lokalizacji guza pierwotnego, przy braku potwierdzenia rozpoznania lokalizacji ogniska pierwotnego innymi dostępnymi badaniami,
 - b) pojedynczego guzka płuca w celu różnicowania pomiędzy guzem łagodnym i złośliwym przy braku rozpoznania innymi dostępnymi metodami,
 - c) niedrobnokomórkowego raka płuca w celu przedoperacyjnej oceny zaawansowania, jeżeli inne badania nie dają jednoznacznej oceny stopnia zaawansowania,
 - d) ziarnicy i chłoniaków niezziarnicznych w celu wstępnej lub końcowej oceny skuteczności chemioterapii, wczesnego rozpoznania nawrotu, jeżeli TK nie daje jednoznacznej oceny stopnia zaawansowania,
 - e) choroby wieńcowej w celu oceny zamrożonego mięśnia sercowego do precyzyjnego ustalenia wskazań/przeciwwskazań do rewaskularyzacji w przypadku braku jednoznacznych informacji z innych badań,
 - f) przed transplantacją serca w celu wykluczenia nieodwracalnego uszkodzenia w wyniku procesu zapalnego w przypadku braku możliwości wykluczenia tego stanu w innych badaniach,
 - g) padaczki w celu lokalizacji ogniska pierwotnego w przypadku braku możliwości zlokalizowania ogniska w innych badaniach,
 - h) mięsaków tkanek miękkich w celu oceny skuteczności chemioterapii po dwóch kursach i wczesnego wykrycia nawrotu,

- i) raka piersi w celu przedoperacyjnej oceny zaawansowania w przypadku leczenia oszczędzającego przed biopsją, jeżeli MR wykazuje pojedyncze ognisko,
- j) raka jajnika w celu wczesnego wykrycia nawrotu, jeżeli inne badania nie dają jednoznacznej odpowiedzi co do oceny stopnia zaawansowania i rozpoznania nawrotu,
- k) raka tarczycy w celu lokalizacji ogniska nawrotu w przypadku wzrostu poziomu tyreoglobuliny, jeżeli inne badania nie pozwalają zlokalizować ogniska nawrotu,
- l) podejrzenia przerzutów do kości, jeżeli inne badania nie pozwalają zlokalizować ogniska nawrotu,
- m) planowania radioterapii radykalnej o modulowanej intensywności wiązki w celu oceny rozkładu żywotnych komórek nowotworowych, hipoksji, proliferacji guza, jeżeli inne badania nie pozwalają w przypadku braku możliwości dokonania takiej oceny w innych badaniach,
- n) radiochirurgicznego leczenia raka płuca o wczesnym stopniu zaawansowania w celu wykluczenia istnienia innych ognisk nowotworowych, jeżeli inne badania nie pozwalają ich zlokalizować,
- o) raka jelita grubego w celu przedoperacyjnej oceny zaawansowania i wczesnego rozpoznania nawrotu,
- p) raka przełyku celem oceny zaawansowania przed leczeniem i wczesnego wykrycia wznowy,
- r) nowotworów głowy i szyi w celu wczesnego rozpoznania nawrotu,
- s) złośliwych guzów mózgu celem wczesnego rozpoznania nawrotu dla określenia miejsca biopsji,
- t) czerniaka w celu kwalifikacji do operacji guza pojedynczego, jeżeli w skali Clarka grubość zmiany przekracza 1,5 mm

Ustawa o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych zawiera przepisy regulujące kolejność udzielania świadczeń zdrowotnych, o której decyduje świadczeniodawca na podstawie szczegółowych wytycznych zawartych w ustawie. Świadczeniodawca wybiera termin udzielenia świadczenia i informuje na piśmie świadczeniobiorcę o dacie oraz uzasadnia wybór terminu, przy każdej jego zmianie świadczeniodawca ma obowiązek poinformować świadczeniobiorcę wraz z uzasadnieniem zmiany. Wpis na listę oczekujących musi zawierać:

- a) numer kolejny,
- b) datę i godzinę wpisu,
- c) imię i nazwisko świadczeniobiorcy,

- d) numer PESEL, a w przypadku jego braku
 - numer dokumentu potwierdzającego tożsamość świadczeniobiorcy,
- e) rozpoznanie lub powód przyjęcia,
- f) adres świadczeniobiorcy,
- g) numer telefonu lub oznaczenie innego sposobu komunikacji ze świadczeniobiorcą lub jego opiekunem,
- h) termin udzielenia świadczenia,
- i) imię i nazwisko oraz podpis osoby dokonującej wpisu

Przez wpis na listę oczekujących świadczeniodawca zobowiązuje się do wykonania świadczenia na rzecz świadczeniobiorcy. Lista oczekujących stanowi integralną część dokumentacji medycznej, przez co na świadczeniodawcę nałożony jest obowiązek prowadzenia listy w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zgodnego z kryteriami medycznymi. Minister właściwy do spraw zdrowia ustala kryteria medyczne, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących, uwzględniając aktualną wiedzę medyczną.

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 26 września 2005 r.

w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej

Na podstawie art. 20 ust. 11 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.2) zarządza się, co następuje:

§ 1.

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:

- 1) stanu zdrowia świadczeniobiorcy;
- 2) rokowania co do dalszego przebiegu choroby;
- 3 chorób współistniejących mających wpływ na chorobę,
z powodu której ma być udzielone świadczenie;
- 4) zagrożenia wystąpienia, utrwalenia lub pogłębienia niepełnosprawności.

§ 2.

1. Świadczeniodawca, stosując kryteria medyczne, o których mowa w § 1:

1) kwalifikuje świadczeniobiorcę do kategorii medycznej:

a) „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,

b) „przypadek stabilny” – w przypadku innym niż stan nagły i przypadek, o którym mowa w lit. a;

2) umieszcza świadczeniobiorcę na liście oczekujących po stwierdzeniu, że świadczeniobiorca posiada wymagane skierowanie na świadczenie danego rodzaju albo jest uprawniony do uzyskania świadczenia bez skierowania.

2. W przypadku świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w szpitalach, lekarz w szpitalu potwierdza kategorię medyczną, o której mowa w ust. 1 pkt 1, wskazaną na skierowaniu wystawionym przez lekarza kierującego albo kwalifikuje świadczeniobiorcę do odpowiedniej kategorii medycznej.

3. W przypadku świadczeń specjalistycznych udzielanych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej, na które wymagane jest skierowanie, świadczeniodawca bierze pod uwagę kategorię medyczną, o której mowa w ust. 1 pkt 1, wskazaną na skierowaniu wystawionym przez lekarza kierującego, jeżeli została określona.

§ 3.

Świadczeniobiorcę zakwalifikowanego do kategorii medycznej „przypadek pilny” umieszcza się na liście oczekujących przed świadczeniobiorcami zakwalifikowanymi do kategorii medycznej „przypadek stabilny”.

§ 4.

Świadczeniobiorców, którzy wymagają okresowego, w ściśle ustalonych terminach, wykonywania kolejnych etapów świadczenia, przyjmuje się w celu udzielenia tego świadczenia zgodnie z planem leczenia.

Ponad to lista oczekujących musi podlegać minimum raz w miesiącu kontroli w której skład wchodzi:

- 1) lekarz specjalista w specjalności zabiegowej;
- 2) lekarz specjalista w specjalności niezabiegowej;
- 3) pielęgniarka naczelna, a w razie jej braku
– inna pielęgniarka albo położna.

Kontrola przeprowadzana jest pod względem poprawności prowadzenia dokumentacji medycznej, czasu oczekiwania oraz zasadności i przyczyn zmian terminów udzielania świadczeń. Komisja kontrolująca sporządza raport końcowy, który przedstawia świadczeniodawcy. Procedura dotycząca list oczekujących na świadczenia wysokospecjalistyczne jest taka sama. Różnica polega na tym, iż listę oczekujących na świadczenia wysokospecjalistyczne świadczeniodawca wysyła do ministra zdrowia i to on ją kontroluje oraz publikuje na swojej stronie, a listy dotyczące innych świadczeń są przesyłane do Narodowego Funduszu Zdrowia, gdzie to on sprawuje nad nimi kontrolę. Fundusz Zdrowia ma prawo w przypadku uzasadnionego podejrzenia uchybień dotyczących prowadzenia listy oczekujących przeprowadzić kontrolę u zleceniodawcy.

Unormowania dotyczące list nie dotyczą jedynie osób oczekujących na przeszczepy oraz żołnierzy i pracowników, w zakresie leczenia urazów i chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami kraju.

Zasadnicze definicje wynikające z zarządzeń Prezesa NFZ na rok 2009

Rafał Janiszewski

Zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia dotyczące zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne definiuje podstawowe pojęcia stosowane przez płatnika przy określaniu warunków finansowania świadczeń. Przez lata funkcjonowania NFZ definicje te ulegały większym lub mniejszym modyfikacjom, najczęściej istotnie zmieniającym znaczenie pojęcia, a tym samym skutkującym w rozliczaniu z płatnikiem.

Zasadnicza jednostka podlegająca rozliczeniu z płatnikiem to hospitalizacja. Opisana przez NFZ definicja zawiera szereg istotnych warunków finansowania:

hospitalizacja – całodobowe udzielanie świadczeń w trybie nagłym i planowym w zamkniętym zakładzie opieki zdrowotnej, spełniającym wymagania określone w odrębnych przepisach, obejmujące proces diagnostyczno-terapeutyczny od chwili przyjęcia pacjenta do momentu jego wypisu lub zgonu. Hospitalizacja obejmuje: kwalifikację do leczenia szpitalnego, badania diagnostyczne i terapię zlecone przez lekarza oraz profilaktykę, pielęgnację i rehabilitację, niezbędne w toku leczenia, jak również wszelkie świadczenia związane z pobytem pacjenta w oddziale/oddziałach szpitalnych, w tym usługę transportu sanitarnego. W rozumieniu warunków zawierania umów, odrębną hospitalizację może stanowić również całodobowe udzielanie świadczeń trwające od chwili zakończenia udzielania pacjentowi świadczenia wysokospecjalistycznego finansowanego z budżetu państwa do momentu jego wypisu lub zgonu;

Określenie „całodobowe” odnosi się nie tyle do czasu trwania udzielania świadczenia, co czasu gotowości. Oznacza, że świadczeniodawca musi mieć możliwość udzielenia hospitalizacji 24 godziny na dobę. Czas trwania świadczenia to okres od chwili przyjęcia do momentu wypisu lub zgonu, a zatem nie wyklucza możliwości trwania hospitalizacji poniżej jednego dnia. Należy przy tym zwrócić uwagę na przytoczoną poniżej definicję leczenia jednego dnia, która zastąpiła dotychczasową hospitalizację jednodzienną.

Istotnym zapisem definicji jest zakres usług (czynności) zawartych w świadczeniu. Płatnik wymaga wykonania i udostępnienia wszystkich zasobów związanych z pobytem chorego w oddziale. O ile technologie stosowane w terapii zasadniczej nie budzą wątpliwości, o tyle często podnoszony jest problem zapewnienia chorym dostępu do leków czy wyrobów medycznych stosowanych przez pacjentów w związku z innymi niż przyczyna przyjęcia do szpitala schorzeniami. Często leki te stanowią istotny koszt, a niejednokrotnie nie są nawet dostępne w szpitalnych aptekach. Trudno również utrzymywać zapas wszystkich możliwych do zastosowania leków czy wyrobów medycznych. Jednocześnie niedozwolone jest wypisywanie recepty choremu przebywającemu obecnie w szpitalu. Warto zatem skorzystać z możliwości stosowania przez chorego własnego leku. Dotyczyć to może produktów leczniczych i wyrobów medycznych nie związanych z przyczyną przyjęcia do szpitala. Należy przy tym pamiętać, że produkty te podlegają ewidencji aptecznej. Sugerujemy, aby uznać iż ma tu zastosowanie regulacja wynikająca z art. 54 ustawy Prawo farmaceutyczne. Określa konieczność ewidencji aptecznej próbek dostarczanych przez przedstawicieli podmiotów odpowiedzialnych. Ewidencja ta nie jest tożsama z wprowadzeniem produktu na stan apteczny, ale pozwala na weryfikację farmaceutyczną (nr serii, data ważności itp.).

Równie istotne jest, aby zaewidencjonowany produkt był właściwie przechowywany w oddziale, oraz jego stosowanie i pochodzenie zostało odnotowane w dokumentacji pacjenta.

leczenie „jednego dnia” – udzielanie świadczeń o charakterze zabiegowym lub zachowawczym w trybie planowym w zespole chirurgii jednego dnia lub zespole opieki dziennej, spełniającym wymagania określone w odrębnych przepisach, którego celem jest przeprowadzenie u pacjenta określonego postępowania leczniczego lub diagnostycznego z intencją wypisania go w ciągu 24 godzin;

Powyższa definicja odnosi się do określonych zakresów udzielania świadczeń oraz zasadniczego założenia, iż postępowanie zakończy się do 24 godzin. Należy przy tym podkreślić, że świadczenia te są innymi niż np. hospitalizacja onkologiczna, rozliczana za każdy dzień. Leczenie jednego dnia zostało wyszczególnione w załączniku Nr 1 (katalogu grup) jako alternatywne dla zasadniczej hospitalizacji i mające określoną odrębną stawkę.

Świadczeniodawca może realizować usługi w zakresie danej komórki organizacyjnej, albo w trybie hospitalizacji, albo leczenia jednego dnia. Wprowadzenie tej definicji skutkowało często wyodrębnieniem w zasobach szpitalnych komórek organizacyjnych (oddziałów czy pododdziałów) spełniających kryteria leczenia jednodniowego. Stawki proponowane przez płatnika są relatywnie do hospitalizacji korzystniejsze, a wyodrębnienie populacji chorych kwalifikujących się do krótkiego leczenia nie stanowi problemu. Istotną rolę odgrywa tu SOR czy izba przyjęć. W naszej ocenie komórki te stanowią dzisiaj kluczowe narzędzie do właściwego zarządzania ruchem chorych, a co za tym idzie delegacji pacjenta na oddział adekwatny do kompetencji określonej w katalogu grup jednorodnych. Świadomość SOR co do tego, na którym oddziale rozpoznanie czy zaopatrzenie chorego będzie możliwe do rozliczenia, uchroni nas przed stratą finansową. Przykładem może być przyjęcie chorego z urazem klatki piersiowej, gdzie pęknięcie żebra nie kwalifikuje do oddziału chirurgii urazowej. Charakterystyka grup daje możliwość rozliczenia tego przypadku w oddziale chirurgii ogólnej.

Stosowanie SOR i izby przyjęć jako narzędzia do zarządzania ruchem chorych musi być powiązane z zadaniami tych komórek, określonymi w definicjach zarządzania Prezesa NFZ.

Świadczenie w szpitalnym oddziale ratunkowym (SOR) – świadczenie realizowane w ramach całodobowej gotowości do udzielania świadczeń osobom znajdującym się w stanie zagrożenia życia i zdrowia, obejmujące procedury diagnostyczno-terapeutyczne, a w szczególności świadczenia polegające na wstępnej diagnostyce i podjęciu leczenia w zakresie niezbędnym do stabilizacji funkcji życiowych osób znajdujących się w stanie nagłego zagrożenia życia lub zdrowia z przyczyny wewnętrznej lub zewnętrznej, w tym w szczególności z powodu wypadku, urazu, zatrucia, zarówno u dorosłych, jak i u dzieci. Świadczenia obejmują zabezpieczenie medyczne pacjentów i zapewnienie im transportu w celu zachowania ciągłości procesu leczenia. Pobyt w SOR powinien być zakończony wypisem z wyłączeniem przekazania do dalszego leczenia w oddziale szpitalnym świadczeniodawcy;

Świadczenie w szpitalnej izbie przyjęć (IP) – świadczenie realizowane w ramach całodobowej gotowości do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w trybie nagłym, w tym porady udzielone pacjentowi w izbie przyjęć obejmujące świadczenia diagnostyczno-terapeutyczne, niekończące się hospitalizacją.

Świadczenia udzielane w szpitalnej izbie przyjęć obejmować mogą również procedury medyczne realizowane w szpitalnym oddziale ratunkowym. Świadczenia udzielane w szpitalnej izbie przyjęć obejmują w razie konieczności kontynuacji leczenia specjalistycznego, zabezpieczenie medyczne pacjentów i zapewnienie im transportu.

Istotne zmiany w zakresie zasad rozliczania i definicji świadczeń wprowadzono w zakresie oddziału anestezjologii i intensywnej terapii. Aby omówić istotę regulacji należy podkreślić, że w ostatnich latach doprecyzowanie tego zakresu jasno oddzieliło tzw. opiekę pooperacyjną od leczenia w oddziale OAiIT. Wprowadzona jako kryterium kwalifikacji skala oceny TISS określa stopień zaangażowania zasobów oddziału do utrzymania chorego przez 1 dobę. Przy czym elementy skali jasno precyzują kompetencje i poszczególne czynności czy problemy medyczne objęte finansowaniem. Koszty opieki pooperacyjnej umieszczono w koszcie grupy zabiegowej określając zasady finansowania zabiegów i pobytu w oddziale OAiIT. Można je podzielić na kilka wariantów, w zależności od historii udzielanych świadczeń oraz stanu chorego.

1. W przypadku wykonywania zabiegu u pacjenta przyjętego do oddziału innego niż anestezjologia i intensywna terapia, koszty opieki pooperacyjnej zawarte są w koszcie grupy jaką rozliczamy postępowanie i dotyczą ewentualnego pobytu pacjenta w OAiIT przez 2 doby po zabiegu. Definiuje to pkt 7 § 19 zarządzenia Prezesa NFZ:

W przypadku pacjentów, u których bezpośrednio przed przeniesieniem do OAiIT wykonywane były świadczenia zabiegowe, o których mowa w ust. 6, finansowanie leczenia w OAiIT odbywa się od trzeciego dnia pobytu, o ile osiągnęli co najmniej 19 punktów w skali TISS-28 albo TISS-28 dla dzieci.

2. W przypadku wykonywania zabiegu u pacjenta przebywającego w oddziale OAiIT a przenoszony na czas operacji na oddział chirurgii świadczenia rozliczamy łącznie (hospitalizację kwalifikowaną wg skali TISS oraz zabieg) z tym, że w dniu wykonania zabiegu nie rozliczamy hospitalizacji w OAiIT. Określa to zapis zarządzenia NFZ:

W przypadku pacjentów leczonych wyłącznie w OAiIT, u których podczas pobytu wykonano świadczenie zabiegowe w warunkach sali operacyjnej/ za-

biegowej, rozliczenie zabiegu odbywa się poprzez właściwą grupę z katalogu grup stanowiącego załącznik nr 1a do zarządzenia, niezależnie od rozliczenia osobodni pobytu na podstawie oceny stanu zdrowia w skali TISS-28 albo TISS-28 dla dzieci. W tym przypadku rozliczenie osobodni pobytu w OAiIT odbywa się z pominięciem osobodnia, w którym wykonano zabieg.

Istotną regulacją dotyczącą rozliczania niestandardowych postępowań jest opis świadczenia wg zgody płatnika. Poprzedni system katalogu świadczeń umożliwiał rozliczenie poprzez odrębne zgody, zarówno hospitalizację jak i farmakoterapię niestandardową. Obecnie NFZ nie daje możliwości rozliczania wyłącznie kosztu leku, a jedynie opisuje warunki finansowania kompleksowego świadczenia hospitalizacji w przypadku, gdy nie mamy możliwości wskazania adekwatnej do postępowania oraz kosztu grupy jednorodnej. Niezwykle ważną częścią tego rozwiązania jest możliwość rozliczania postępowań złożonych takich, w których podczas jednego pobytu pacjenta w szpitalu zaopatrujemy kilka odrębnych problemów zdrowotnych.

Aby uzyskać prawo do rozliczenia świadczenia za zgodą płatnika, spełnionych musi być kilka zasadniczych warunków:

1. Całościowy koszt świadczenia przekracza wartość 5 000 zł.

Należy podkreślić, że dotyczy to wszystkich kosztów pobytowych, diagnostyki, produktów leczniczych i wyrobów medycznych, bowiem rozliczając to świadczenie nie rozliczamy grupy jednorodnej.

2. Nie dopuszcza się do rozliczania tym świadczeniem wyłącznie kosztów leków.

3. Opisanego we wniosku postępowania i kosztu, nie można przypisać do grupy jednorodnej oraz innych świadczeń, których realizacja uregulowana jest zarządzeniami Prezesa NFZ.

Świadczenie to, opisane zostało bardzo jasno w § 24:

1. W przypadku realizacji przez świadczeniodawcę świadczenia, którego koszt przekracza wartość 5 000 zł i wartość świadczenia przekracza co najmniej trzykrotnie wartość punktową grupy właściwej ze względu na rozliczenie albo którego koszt przekracza wartość 5 000 zł i świadczenia nie można zakwalifikować do żadnej grupy z katalogu grup, stanowiącego załącznik nr 1a do zarzą-

dzenia lub z katalogu świadczeń odrębnych, stanowiącego załącznik nr 1b do zarządzenia lub z katalogu świadczeń do sumowania, stanowiącego załącznik nr 1c do zarządzenia lub z katalogu radioterapii, stanowiącego załącznik nr 1d do zarządzenia (nie dotyczy błędów kodowania) albo które jest dopuszczone do rozliczenia na wyższym poziomie referencyjnym niż poziom referencyjny świadczeniodawcy i jest udzielone w stanie nagłym, rozliczenie świadczenia może odbywać się poprzez świadczenie: 5.52.01.0001363 Świadczenie za zgodą płatnika, po wyrażeniu indywidualnej zgody przez dyrektora Oddziału Funduszu na jego finansowanie.

2. Finansowanie świadczenia, o którym mowa w ust. 1, odbywa się zgodnie z zasadami:

1) finansowanie świadczeń odbywa się w ramach kwot określonych w planie finansowym Oddziału Funduszu na dany rodzaj świadczeń, w ramach łącznej kwoty zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy określonej w podpisanej umowie;

2) świadczeniodawca występuje z wnioskiem, którego wzór stanowi załącznik nr 6 do zarządzenia do Oddziału Funduszu, w terminie poprzedzającym realizację świadczenia, w wyjątkowych sytuacjach w trakcie jego realizacji, celem uzyskania zgody Oddziału Funduszu na sfinansowanie procesu terapeutycznego wskazanego we wniosku;

3) wniosek, o którym mowa w pkt 2 zawiera uzasadnienie terapeutyczne oraz koszt realizacji świadczenia.

3. Rozliczanie świadczeń związanych z nowymi technologiami o udowodnionej efektywności klinicznej jest możliwe po dostarczeniu przez świadczeniodawcę występującego z wnioskiem, dokumentów (w języku polskim) potwierdzających efektywność kliniczną świadczenia wobec pierwszorzędowych punktów końcowych.

4. Nie dopuszcza się zastosowania świadczenia, o którym mowa w ust. 1 dla rozliczania wyłącznie kosztów produktów leczniczych w rozumieniu ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2008 r. Nr 45, poz. 271).

5. Finansowanie świadczeń, o których mowa w ust. 3, odbywa się zgodnie z następującymi zasadami:

1) świadczeniodawca, przed rozpoczęciem realizacji świadczenia lub w wyjątkowych, uzasadnionych medycznie przypadkach w trakcie jego realizacji, składa do właściwego terytorialnie oddziału Funduszu, wniosek o finansowanie

świadczenia, o którym mowa w ust. 2 wraz ze szczegółową specyfikacją kosztową świadczenia, a w przypadku nowych technologii również dokumentami, o których mowa w ust. 3,

2) wniosek, o którym mowa w pkt 1 zawiera:

a) uzasadnienie medyczne zastosowania określonego postępowania terapeutycznego,

b) rozpoznanie według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych – Rewizja Dziesiąta i/ lub procedury medyczne według Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych,

c) informację o koszcie realizacji świadczenia,

d) informację o przewidywanym terminie realizacji świadczenia,

e) dane osobowe wszystkich świadczeniobiorców, których dotyczy wniosek – w przypadku gdy wniosek dotyczy więcej niż jednego świadczeniobiorcy;

3) jeżeli świadczeniodawca występuje o finansowanie świadczeń związanych z technologiami, których wykonanie planowane jest dla więcej niż jednego świadczeniobiorcy i na dzień składania wniosku nie dysponuje danymi osobowymi, o których mowa w pkt 2 lit. e, we wniosku konieczne jest wskazanie liczby świadczeń planowanych do realizacji w okresie rozliczeniowym oraz kosztu jednostkowego świadczenia;

4) w przypadku złożenia wniosku, o którym mowa w pkt 3, świadczeniodawca zobowiązany jest do składania wniosków uzupełnionych o dane osobowe odrębnie dla każdego świadczeniobiorcy przed rozpoczęciem realizacji świadczenia;

5) zgodę na finansowanie świadczenia, o którym mowa w ust. 1, wydaje dyrektor Oddziału Funduszu lub osoba przez niego upoważniona, po przeprowadzeniu weryfikacji złożonych dokumentów;

6) świadczeniodawca, który złożył wniosek jest zobowiązany do jego uzupełnienia, o ile jest to niezbędne do przeprowadzenia weryfikacji i wydania zgody na finansowanie świadczenia;

7) każdorazowe wydanie zgody na finansowanie świadczenia powinno być poprzedzone dokonaniem oceny, czy świadczenie, o którego finansowanie występuje świadczeniodawca nie można zakwalifikować do żadnej grupy z katalogu grup, stanowiącego załącznik nr 1a do zarządzenia lub z katalogu świadczeń odrębnych, stanowiącego załącznik nr 1b do zarządzenia lub z katalogu świadczeń do sumowania, stanowiącego załącznik nr 1c do zarządzenia lub z katalogu radioterapii, stanowiącego załącznik nr 1d do zarządzenia oraz czy finansowanie świadczenia nie ograniczy dostępności do świadczeń w zakresie, którego przedmiotowa zgoda dotyczy;

8) dyrektor Oddziału Funduszu lub osoba przez niego upoważniona może dokonać zmiany w zakresie kosztów świadczenia jeśli w trakcie realizacji świadczenia nastąpiły istotne zmiany mające wpływ na jego wartość. Jeżeli kalkulacja kosztów przedstawiona we wniosku oparta jest o wstępną kalkulację, przed rozliczeniem świadczeniodawca zobowiązany jest przedstawić zweryfikowane koszty poniesione w trakcie realizacji tego świadczenia;

9) w sprawozdawczości z realizacji świadczenia obowiązuje zakres informacji taki sam jak dla innych świadczeń szpitalnych;

10) świadczeniodawca obowiązany jest do przechowywania przez okres trzech lat dokumentów, na podstawie których dokonano wyceny kosztowej świadczenia;

11) Oddział Funduszu monitoruje wydawanie zgód oraz prowadzi dokumentację z tym związaną, uwzględniającą zakres danych wskazany we wniosku, w tym rejestr zgód oraz wszystkie dokumenty, na podstawie których dokonano weryfikacji oraz oceny, o której mowa w ust. 5 pkt 7.

Wobec faktu, iż nie ma możliwości sumowania grup jednorodnych, rozwiązanie opisane w powyższym paragrafie jest narzędziem do rozliczania np. kosztu zabiegów złożonych, w których podczas jednego znieczulenia *de facto* wykonuje się kilka zabiegów.

Wśród definicji zawartych w zasadniczym zarządzeniu Prezesa NFZ na uwagę zasługują również określenia dotyczące samego systemu JGP. Niestety, definicje te nie są jasną instrukcją typowania grupy jednorodnej a jedynie określają obowiązki świadczeniodawcy w zakresie zbierania i przekazywania danych niezbędnych do wyznaczenia grupy, a co za tym idzie do weryfikacji poprawności rozliczenia przez płatnika.

1) system jednorodnych grup pacjentów (system JGP) – kwalifikowanie zakończonej hospitalizacji do jednej z grup, wyodrębnionych według kryterium spójności postępowania medycznego, porównywalnego stopnia zużycia zasobów, standaryzowanego czasu pobytu i innych uznanych parametrów. System obejmuje następujące elementy:

a) charakterystyka JGP – zbiór parametrów służących do wyznaczenia grupy, w tym w szczególności:

- rozpoznania według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych – Rewizja Dziesiąta (ICD-10),
- procedury medyczne według wskazanej przez Fundusz wersji Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych (ICD-9),

- wiek pacjenta,
 - czas pobytu;
- b) algorytm JGP – określony sposób postępowania prowadzący do prawidłowego zakwalifikowania zakończonej hospitalizacji do właściwej grupy JGP,
- c) grupa JGP – jedna z wielu kategorii hospitalizacji wyodrębniona zgodnie z zasadami systemu JGP, posiadająca kod, nazwę oraz charakterystykę opisaną określonymi parametrami,
- d) Gruper JGP – program informatyczny kwalifikujący określoną hospitalizację do jednej z grup systemu JGP, o ile rozliczenie tej hospitalizacji nie odbywa się w inny sposób;

Z powyższego fragmentu zarządzenia Prezesa NFZ wynikać powinno kilka istotnych, prostych zasad, zrozumiałych nie tylko dla statystyka, ale przede wszystkim dla lekarza prowadzącego dokumentację medyczną. Właśnie ona jest podstawowym materiałem do wyznaczenia grupy, określenia kosztu udzielonych świadczeń i w efekcie rozliczenia z płatnikiem. Bynajmniej nie oznacza to, że lekarz odpowiedzialny jest za rozliczenie z NFZ. Jednak jasno trzeba powiedzieć, że od jakości dokumentacji medycznej zależy możliwość odzwierciedlenia poniesionych przez szpital kosztów w rozliczeniu z płatnikiem. Grupa jednorodna jest zryczałtowanym kosztem uśrednionych wartości procedur występujących podczas leczenia chorych z określoną jednostką chorobową. Stąd tak ważne jest, aby we właściwy sposób określić zarówno przyczynę przyjęcia do szpitala, jak i kluczowe, istotne z punktu widzenia uzyskania efektu terapeutycznego procedury medyczne.

System grup jednorodnych – konstrukcja i idea grupy jednorodnej

Do określonej grupy jednorodnej kwalifikujemy pacjentów z tym samym rozpoznaniem oraz podobnym sposobem leczenia tej jednostki chorobowej, którą uznaje się za główną przyczynę kontaktu ze szpitalem. Zasadniczym kryterium wyboru (w przypadku występowania kilku schorzeń) są koszty, a co za tym idzie zaangażowanie zasobów do rozwiązania problemu medycznego. Ujmując to najprościej, za zasadnicze rozpoznanie przyjmuje się to, którego leczenie jest najdroższe.

Nadrzędną zasadą przy tworzeniu systemu było stworzenie zbiorów podobnych do siebie w zakresie wyznaczenia ryczałtu odpłatności. O ile w przypadku postępowań zabiegowych kluczowym atrybutem grupy jest procedura medyczna (ICD-9), to hospitalizacja zachowawcza wyceniona może być na podstawie zebranych, uśrednionych kosztów ponoszonych przez świadczeniodawców. W jednym i drugim przypadku pierwotna wycena grup jednorodnych oparta była o dotychczasowe wyceny świadczeń katalogu szpitalnego. Dopiero dalsza ewaluacja grup jednorodnych prowadzić może do korygowania nie tylko składu grupy czy atrybutów ją określających, ale również wartości ryczałtowej stawki jaką płatnik płaci za udzielenie świadczenia.

Zasady kodowania wraz z przykładami zastosowania systematyki kodów

Adam Kozierekiewicz

Niniejsze wytyczne dotyczące kodowania zostały opracowane na podstawie tomu 2 Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych – Rewizja Dziesiąta (ICD-10)¹ wydanego przez Światową Organizację Zdrowia.

Niniejszy zestaw zasad ma być głównie przeznaczony dla osób kodujących rozpoznania w szpitalach, w powiązaniu z przekazywaniem informacji rozliczeniowej do Narodowego Funduszu Zdrowia. Niniejsze wytyczne zostały opracowane, aby pomóc użytkownikowi w kodowaniu i sprawozdawczości w sytuacjach, gdy ICD nie wskazuje drogi postępowania lub gdy występują różnice pomiędzy kodowaniem statystycznym a kodowaniem w celu dzielenia pacjentów podziałem na grupy diagnostyczne.

W stosunku do ICD-10, przyjmuje się, że kodowanie następuje z wykorzystaniem klasyfikacji w jej wersji czteroznakowej. Kodowanie za pomocą klasyfikacji w wersji 3-znakowej jest niewystarczająco precyzyjne tak dla celów grupowania pacjentów do grup diagnostycznych jak i dla celów weryfikacji i kontroli, jakie wykonywać może płatnik z użyciem dokumentacji medycznej u świadczeniodawcy.

Poniższe zasady zostały podzielone na następujące grupy:

- zasady dotyczące zapisywania rozpoznań w dokumentacji medycznej,
- zasady korzystania z klasyfikacji
- zasady kodowania chorób – ogólne,
- zasady kodowania chorób – szczegółowe.

Zasady zapisywania rozpoznań w dokumentacji statystycznej i rozliczeniowej

Wskazówki Światowej Organizacji Zdrowia dotyczące tworzenia statystyk chorobowości hospitalizowanej określają kilka podstawowych zasad wybo-

¹ – Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych – Rewizja Dziesiąta, Tom I-III, Vesalius, Kraków 1994-1999

ru rozpoznań, jakich powinien dokonać personel szpitala przy określaniu choroby zasadniczej (stanu głównego) oraz chorób współistniejących. Zasady te rozdzielają przy tym proces zapisywania diagnozy w dokumentacji od procesu kodowania, co jest zabiegiem wynikającym częściowo z logiki działania a częściowo z założenia, że czynności te wykonywane są przez różne osoby; zapisywanie jest wykonywane przez lekarza, a kodowanie przez kwalifikowanego koderę (zwykle nie-lekarza).

Zakłada się, że konsekwentne stosowanie tych zasad pozwala na tworzenie statystyk o dużej porównywalności danych, a rozliczenia oparte na tych zasadach nie powinny być kwestionowane przez płatnika.

Poniżej zamieszczono definicje oraz opisano podstawowe zasady wyboru choroby zasadniczej i chorób współistniejących, które wpisywane są do kart statystycznych oraz dokumentów rozliczeniowych Narodowego Funduszu Zdrowia.

Definicje:

Choroba zasadnicza – jest to stan, który przy wypisie, po przeprowadzeniu właściwej diagnostyki, uznano za głównie odpowiedzialny za przyjęcie pacjenta do szpitala. Jeśli istnieje więcej stanów o ww. cechach, jako chorobę zasadniczą przyjmuje się stan, na którego leczenie zużyto najwięcej zasobów (leków, pracy itp.).

Choroby współistniejące – to wszystkie stany, które występują u pacjenta w momencie przyjęcia do szpitala lub powstały w trakcie leczenia oraz wpływają na proces terapeutyczny lub długość pobytu. Rozpoznanie związane z poprzednimi epizodami opieki medycznej, a nie wpływające na aktualny pobyt w szpitalu, nie są chorobami współistniejącymi w tym rozumieniu.

Zasada ogólna

Choroba zasadnicza oraz choroby współistniejące, zgodnie z podanymi definicjami, powinny zostać wskazane poprzez wpisanie ich w odpowied-

nim miejscu dokumentacji medycznej, w języku polskim i bez stosowania skrótów, przez lekarza odpowiedzialnego za leczenie pacjenta.

Zasada swoistości i szczegółowości

Każde stwierdzenie diagnostyczne powinno zawierać możliwie jak najbardziej wyczerpującą informację tak, by móc przyporządkować dany stan kliniczny do najbardziej szczegółowej kategorii klasyfikacji.

Na przykład:

- 1) ostre ropne zapalenie wyrostka robaczkowego z perforacją
- 2) opieka przedporodowa spowodowana nadciśnieniem wywołanym przez ciążę
- 3) złamanie szyjki kości udowej w następstwie upadku w domu.

Zasada określania niepewnych rozpoznań lub objawów

Jeśli pod koniec pobytu w szpitalu nie ustalono ostatecznej diagnozy, należy wpisać do dokumentacji medycznej informację, która zapewnia najwyższy stopień dokładności i wiedzy o stanie, który wywołał hospitalizację. Należy tego dokonać poprzez wpisanie objawu, nieprawidłowego wyniku badania lub nazwę innego problemu zdrowotnego, a unikać kwalifikowania diagnozy jako przypuszczalnej, podejrzewanej itp., jeśli jest ona tylko rozważana, lecz nie ustalona.

Następnie osoba kodująca winna, zgodnie z zasadami podanymi w dalszej części podręcznika, zdefiniować problem w kierunku przypuszczalnej przyczyny wystąpienia objawu lub podjętych działań, z zaakcentowaniem faktu niepewności diagnostycznej.

Na przykład:

- 4) pacjentka przyjęta z powodu badań w kierunku raka szyjki macicy – brak potwierdzenia

Ze względu na niepotwierdzenie rozpoznania raka szyjki macicy, jako stan główny wpisano badania w kierunku... natomiast zakodowana zostanie pozycja Z03.1 Podejrzenie nowotworu złośliwego.

Zasada notowania kontaktu z opieką zdrowotną spowodowanego przez inne przyczyny niż choroba

Epizody korzystania z usług jednostek opieki zdrowotnej lub kontaktu z systemem opieki zdrowotnej, które mają miejsce z powodu innego niż choroba pacjenta, powinny zostać odnotowane w taki sposób, by możliwie precyzyjnie określić okoliczności takiego kontaktu.

Na przykład:

- 5) monitorowanie stanu poprzednio leczonego
- 6) badanie osób zdrowych
(np. dla potrzeb ubezpieczeniowych, zawodowych)
- 7) porada o charakterze socjalnym.

Pozycje Rozdziału XXI posiadają szeroki wachlarz tego typu określić i przejrzeć tego rozdziału pozwoli na odnalezienie właściwych pozycji.

Zasada notowania stanów mnogich

W sytuacjach, gdy epizod korzystania z opieki medycznej dotyczy licznych stanów powiązanych ze sobą (np. mnogie urazy, mnogie następstwa poprzedniej choroby itp.) za chorobę zasadniczą należy uznać ten stan, który jest wyraźnie najpoważniejszy i wymagający największej ilości środków, tak na diagnostykę jak leczenie. W kategoriach chorób współistniejących należy podać wtedy mniej istotne stany.

Istnieją w klasyfikacji takie kategorie, które obejmują więcej niż jeden stan. Dotyczą one głównie urazów, następstw chorób oraz stanów związanych z zakażeniem HIV. Kategorie te są przydatne, jeśli żaden ze stanów nie dominuje w stopniu wystarczającym, by zakwalifikować go jako chorobę zasadniczą – wtedy należy użyć, na przykład, terminu „mnogie urazy”, jako jedyne go wpisanego sformułowania.

Zasada notowania czynników zewnętrznych

Jeśli opieka medyczna wynika ze stanu (urazu, zatrucia itp.) spowodowanego przez czynniki zewnętrzne, w dokumentacji należy zapisać zarówno rodzaj dolegliwości (stanu) jak i okoliczności, które go spowodowały.

Na przykład:

- 8) złamanie szyjki kości udowej w wyniku poślizgnięcia na posadzce
- 9) stłuczenie mózgu kierowcy po wypadku samochodowym, uderzeniu w drzewo.

Zasada notowania leczenia następstw

Jeżeli leczenie dotyczyło następstw danej choroby, należy stany te w pełni opisać i określić ich pochodzenie, wraz z wyraźnym wskazaniem, że choroba zasadnicza już nie występuje.

Na przykład:

- 10) skrzywiona przegroda nosa – złamanie nosa w dzieciństwie
- 11) przykurcz ścięgna Achillesa – późny skutek urazu ścięgna.

Zasady korzystania z Klasyfikacji Chorób.

Zasada 1. Zalecane jest korzystanie zarówno z Indeksu Alfabetycznego jak i Listy Tabelarycznej. Opieranie się wyłącznie na Indeksie Alfabetycznym lub na Liście Tabelarycznej prowadzi do błędnego przypisania kodu oraz mniejszej dokładności w wyborze kodu. W przypadku stosowania systemów elektronicznych, w miejsce drukowanych (wydań książkowych), należy zwrócić uwagę, czy wszystkie informacje zawarte w klasyfikacji (np. przypisy, włączenia i wyłączenia, znaki typu * i +) są ujęte w wersji elektronicznej i zaprezentowane w czytelnej dla użytkownika formie.

Zasada 2. Po odnalezieniu określonego terminu w Indeksie Alfabetycznym, należy zweryfikować kod wybrany z Listy Tabelarycznej. Należy koniecznie przeczytać i kierować się wskazówkami występującymi zarówno w Indeksie Alfabetycznym, jak i w Liście Tabelarycznej.

Zasada 3. Należy ująć jak najwięcej szczegółów podczas kodowania zarówno rozpoznania jak i procedury poprzez zastosowanie jak największej liczby dostępnych cyfr. Kody rozpoznawcze w ICD-10 składają się z jednej litery oraz trzech lub czterech cyfr. Kody składające się z trzech znaków oznaczają w ICD nagłówki kategorii, które dalej można podzielić na podkategorie stosując kody cztero- lub pięciznakowe, uwzględniające więcej szczegółów. Kod trzyznakowy stosowany jest wyłącznie w przypadku, gdy nie następuje

dalszy podział. Tam gdzie występują kody cztero- lub pięciodziankowe, muszą one zostać przypisane. W wielu krajach stosujących systemy grupowania pacjentów kod jest nieważny i przeważnie odrzucany przez odpowiednie oprogramowanie, jeżeli nie składa się z odpowiedniej liczby wymaganych znaków. Kody procedury w ICD-9-CM zawierają 3 lub 4 cyfry. Kody składające się z 2 cyfr oznaczają nagłówki kategorii kodów, które mogą być dalej podzielone przez dodanie trzecich i czwartych cyfr podających więcej szczegółów.

Zasada 4. Kody opisujące objawy i cechy chorobowe, w przeciwieństwie do rozpoznań, można stosować w sprawozdawczości, tylko wtedy jeśli odpowiednie rozpoznanie ostateczne nie zostało postawione (potwierdzone) przez lekarza. Rozdział XVIII ICD-10 Objawy, cechy chorobowe oraz nieprawidłowe wyniki badań (...) zawiera wiele, lecz choć zapewne nie wszystkie kody objawów.

Zasada 5. Jeśli użyto kodu jednostki chorobowej to nie stosuje się dodatkowo kodów oznak i cech chorobowych będących integralnym elementem tego procesu chorobowego. Jeśli wystąpiły dodatkowe oznaki i objawy chorobowe nie kojarzone standardowo z danym procesem chorobowym powinny być zakodowane jako kody uzupełniające.

Zasada 6. Pewne stany chorobowe posiadają główne przyczyny (etiologię), które stanowią podłoże dla wielu objawów patologicznych. Zgodnie z zasadami stosowania ICD-10 najpierw koduje się samą chorobę (jej etiologię), a następnie jej objawy. Kody określające etiologię oznaczone są znakiem „+” (krzyżyk), natomiast kod objawu oznaczony jest znakiem „*” (gwiazdka).

Zasady wyboru i kodowania choroby zasadniczej i chorób współistniejących

Zasada kodowania ogólna

W sytuacji, gdy jako choroba zasadnicza została wpisana jedna jednostka chorobowa, ta jednostka zostaje zakodowana i wprowadzona do analizowanych zbiorów.

W sytuacji, gdy w rubryce „choroba zasadnicza” znajduje się więcej niż jeden stan i stany te nie mogą zostać zakodowane kodem łącznym, należy wy-

brać do kodowania ten stan, którego leczenie wymaga większych nakładów i/lub który odpowiada specjalizacji oddziału, na którym pacjent przebywa.

W karcie statystycznej przy pozycji „choroba zasadnicza” oraz „choroba współistniejąca I” znajdują się specjalne rubryki na wpisanie kodów dodatkowych, które powinny być wypełniane kodami dodatkowymi, gdy zaistnieje taka potrzeba. Kody dodatkowe nie są brane pod uwagę w procesie grupowania w jednorodnych grupach pacjentów.

Zasada kodowania z zastosowaniem systemu krzyżyków i gwiazdek²

Jeżeli to możliwe, do kodowania choroby zasadniczej należy zastosować tak kod z krzyżykiem, będący podstawowym kodem, jak i odpowiedni kod z gwiazdką, traktowany jako kod dodatkowy.

Przykład:

Choroba zasadnicza:	Odra
Choroby współistniejące:	Zapalenie płuc

Należy zakodować_: „Odra powikłana przez zapalenie płuc (B05.2†)” i „Zapalenie płuc w przebiegu chorób zakaźnych wirusowych sklasyfikowanych gdzie indziej” (J17.1*).

Zasada kodowania stanów podejrzewanych, objawów i nieprawidłowych wyników badań i sytuacji niedokładnie określonych

Jeżeli do końca pobytu pacjenta nie ustalono diagnozy, lub jeżeli pacjent cierpiał na stany niemożliwe do zakodowania, można zastosować kody z Rozdziałów XVIII lub XXI. Nie należy traktować kodów znajdujących się w Rozdziale XVIII jako rozpoznanie podstawowe, jeżeli postawione zostało rozpoznanie, określające schorzenie, z którego powodu objawy te najprawdopodobniej wystąpiły.

Jeżeli diagnoza udokumentowana w chwili wypisania pacjenta określana jest jako „prawdopodobna”, „podejrzewana”, „możliwa” lub „niemożliwa do

² – Zasada ta dotyczy listy kategorii 4-znakowych, jako _e w kategoriach 3-znakowych nie ma możliwości kodowania rozpoznań z taką dozą precyzji.

wykluczenia”, należy zakodować stan chorobowy, jak gdyby nadal był obecny lub został stwierdzony. Podstawę takiego kodowania stanowią mają badania diagnostyczne, zalecenia co do dalszych badań lub obserwacji czy początkowy kierunek leczenia.

Przykład:

Choroba zasadnicza: Badanie w kierunku raka szyjki macicy

Choroby współistniejące:

Jeśli stan nie został potwierdzony do końca okresu hospitalizacji należy zakodować: „Obserwacja w kierunku choroby nowotworowej (Z03.1)”. Kategoria Z03 (Obserwacja medyczna i ocena przypadków podejrzewanych o chorobę lub stany podobne) stosowana jest do rozpoznań wstępnych, które mogą być wykluczone po przeprowadzeniu badań.

Zasada kodowania mnogich stanów chorobowych

Tam gdzie stany zapisane zostały jako mnogie i nie dominuje żaden stan pojedynczy, należy, o ile to możliwe, zastosować kody kategorii rozpoczynającej się określeniem „Mnogie...”, a dla poszczególnych stanów mogą zostać dodane opcjonalnie kody dodatkowe.

Przykład:

Choroba zasadnicza: Uraz głowy, klatki piersiowej i brzucha u pasażera samochodu osobowego w wyniku uderzenia w drzewo

Choroby współistniejące:

Należy zakodować_: „Złamania obejmujące liczne okolice ciała (T02)” oraz, jako kod dodatkowy: „Użytkownik samochodu ranny w kolizji z ustalonym lub stałym przedmiotem (V47)”.

Taki sposób kodowania stosuje się głównie w stosunku do stanów związanych z chorobą wywołaną przez wirus HIV, urazy oraz następstwa chorób.

Zasada kodowania kategorii połączonych

Rewizja Dziesiąta Klasyfikacji posiada kategorie, gdzie dwie choroby lub choroba i związany z nią proces patologiczny mogą być reprezentowane przez jeden kod. Kod złożony to zatem pojedynczy kod używany do klasyfikowania:

- dwóch rozpoznań jednocześnie, lub
- rozpoznania z powiązaniem procesem wtórnym (objawy podmiotowe i przedmiotowe)
- rozpoznania z powiązaniem powikłaniem (np. „Choroba nadciśnieniowa z zajęciem nerek”).

Należy przypisać tylko kod złożony i pominąć kody poszczególnych stanów z osobna, jeżeli kod ten w pełni określa potrzebne warunki diagnostyczne lub gdy tak wskazuje wynik przeszukiwania Indeks Alfabetycznego. Gdy klasyfikacja podaje kod złożony jasno określający wszelkie elementy potwierdzone w rozpoznaniu, nie należy stawiać wielu kodów dla danego przypadku a jedynie kod złożony. W przypadku, gdy w niniejszym kodzie brakuje niezbędnych szczegółów dla opisanego objawu lub powikłania, można zastosować inny kod klasyfikacji jako kod pomocniczy.

Przykład:

Choroba zasadnicza: Niewydolność nerek

Choroby współistniejące I: Choroba nadciśnieniowa

Należy zakodować: „Choroba nadciśnieniowa z zajęciem nerek I12”.

Kodowanie stanów chorobowych wywołanych przez czynniki zewnętrzne

W przypadku urazów i innych stanów chorobowych wywołanych przez czynniki zewnętrzne, należy kodować zarówno rodzaj urazu (stanu) jak i okoliczności jego powstania.

Przykład:

Choroba zasadnicza: Złamanie szyjki kości udowej w wyniku upadku w łazience

Choroba współistniejąca I:

Należy zakodować: „Złamanie kości udowej S72” oraz „Upadek na tym samym poziomie wskutek potknięcia W01”.

Kodowanie następstw niektórych stanów

W Rewizji Dziesiątej Klasyfikacji istnieje wiele kategorii zatytułowanych „Późne następstwa...” i opisujących odległe skutki niegdyś przebytych chorób lub urazów, które aktualnie są przedmiotem leczenia. Nie ma określonego limitu czasowego, od którego można stosować kody późnych następstw i pozostaje to w gestii osoby kodującej. Następstwa mogą pojawić się wcześniej, jak w przypadkach udaru naczyniowego mózgu, lub wiele miesięcy a nawet lat później, jak na przykład w rezultacie urazu lub schorzeń układu kostno-szkieletowego. Kodowanie późnych następstw wymaga dwóch kodów występujących w następującej kolejności:

- kod stanu chorobowego lub charakteru późnych następstw, który znajduje się na pierwszym miejscu
- kod późnego następstwa, który zajmuje drugą pozycję.

Kod fazy ostrej choroby lub urazu, który doprowadził do późnych następstw, nigdy nie jest stosowany z kodem późnego następstwa. W pozycji choroba zasadnicza należy kodować stan będący aktualnie przedmiotem działań medycznych, natomiast jednostkę chorobową, której jest następstwem, wprowadzić ewentualnie jako kod dodatkowy.

Przykład:

Choroba zasadnicza: Dysfagia wywołana zawałem mózgu w przeszłości
Choroby współistniejące:

Należy zakodować: „Zaburzenie mowy niesklasyfikowane gdzie indziej R47” jako stan główny, oraz „Następstwa chorób naczyń mózgowych I69.3” jako kod dodatkowy.

Kodowanie stanów ostrych i przewlekłych

Jeżeli choroba zasadnicza jest zapisana jako stan występujący zarówno w fazie ostrej jak i przewlekłej, a klasyfikacja każdego z nich posiada oddzielne kategorie oraz nie istnieje kod wspólny, do kodowania należy użyć kod

stanu ostrego. Opcjonalnie można użyć kod stanu przewlekłego jako kod dodatkowy.

Kodowanie stanów pozabiegowych z powikłaniami

Stany wynikające po zabiegach można kodować w trojaki sposób: jako kategorie pozabiegowe umieszczone w Rozdziale XIX (T80-T88), jako kategorie pozabiegowe zamieszczone na końcu części rozdziałów i związane z poszczególnymi organami, bądź też jako normalne kategorie klasyfikacji (np. zapalenie płuc, zator płucny), lecz w powiązaniu z zabiegiem, a więc z zastosowaniem kodu dodatkowego (Y83-Y84).

Przykład:

Choroba zasadnicza: Niedoczynność tarczycy z powodu zabiegu usunięcia tarczycy sprzed roku

Choroby współistniejące:

Należy kodować: „Zaburzenia wydzielania wewnętrznego i metaboliczne po zabiegach, gdzie indziej niesklasyfikowane E89”.

Dwa lub więcej powiązanych stanów chorobowych, każdy potencjalnie kwalifikujący się jako rozpoznanie podstawowe

W nadzwyczajnych przypadkach, gdy dwa lub więcej rozpoznań jednako spełniają kryteria rozpoznania podstawowego w danym epizodzie leczenia szpitalnego a Indeks Alfabetyczny lub Lista Tabelaryczna i inne wytyczne nie podają wskazówek dotyczących kolejności kodowania, kolejność kodowania rozpoznań jest dowolna. Ewentualną wskazówką dla kodującego jest w takich sytuacjach grupowanie wg jednorodnych grup pacjentów; wyższa wycena punktowa grupy może wskazywać na jednostkę chorobową, którą należy potraktować jako chorobę zasadniczą.

Pierwotny plan leczenia nie został zrealizowany

Jeśli plan leczenia założony przy przyjęciu nie został zrealizowany (np. nie wykonano zaplanowanej operacji) z uwagi na nieprzewidziane oko-

liczności (np. pogorszenie stanu chorego), jako rozpoznanie podstawowe należy zakodować stan chorobowy, który po przeprowadzonej diagnostyce w szpitalu, był powodem przyjęcia do szpitala i to pomimo, że leczenie tego stanu mogło nie zostać przeprowadzone. Jeśli w toku takiego epizodu leczenia nie wykonano planowanego zabiegu, z oczywistych powodów zabieg ten nie może zostać zakodowany, a pacjent zostanie zakwalifikowany do grupy diagnostycznej zachowawczej (nie zabiegowej).

Wybór rozpoznań współistniejących

Rozpoznania współistniejące to wszelkie stany chorobowe współistniejące w chwili przyjęcia, które następnie rozwijają się lub mają wpływ na zastosowane leczenie i/lub długość pobytu. Nie należy kodować rozpoznań odnoszących się do wcześniejszego epizodu niemających wpływu na obecny pobyt w szpitalu.

1. Wcześniejsze/przebyte stany chorobowe:

Jeżeli lekarz postawi diagnozę w rozpoznaniu końcowym, takim jak karta informacyjna leczenia szpitalnego lub historia choroby pacjenta, z reguły powinna ona zostać zakodowana. Niektórzy lekarze w rozpoznaniu wpisują choroby przebyte lub rozpoznania i zabiegi z poprzednich pobytów, które nie mają wpływu na obecny pobyt. Takich stanów nie należy kodować, chyba że wymaga tego procedura postępowania określona w danym szpitalu. Kody określające przeszły stan chorobowy, zawarte w rozdziale XX (kody Z....) mogą być stosowane (w następnej kolejności) jako kody drugorzędne (w pozycji „choroby współistniejące”), jeżeli stan wcześniejszy lub wywiad rodzinny ma wpływ na obecną opiekę i leczenie.

2. Nieprawidłowe wyniki badań:

Nieprawidłowe wyniki badań (laboratoryjne, obrazowe, patomorfologiczne oraz inne wyniki diagnostyczne) nie są kodowane lub zgłaszane, chyba że lekarz wskaże na ich istotność kliniczną. Jeżeli wyniki badań nie mieszczą się w granicach normy a lekarz prowadzący zlecił dodatkowe badania w celu oceny stanu chorobowego lub zalecił leczenie, właściwym jest zapytać lekarza jak należy traktować to rozpoznanie. W tym

miejscu należy zwrócić uwagę, iż niniejsza procedura różni się od praktyki stosowanej w placówkach.

Z punktu widzenia grupowania pacjenta w systemie jednorodnych grup pacjentów, ważne jest nadanie kodów wszystkich rozpoznań współistniejących, które znajdują się na odpowiednich listach chorób współistniejących.

Ogólne zasady kodowania procedur medycznych

Szczegółowe zasady kodowania i sporządzania raportów z przeprowadzonych zabiegów leczniczych czy badań laboratoryjnych zależą od odbiorcy informacji. Odbiorca informacji może dość dowolnie zdefiniować format, zakres i szczegółowość raportowania z zastrzeżeniem respektowania, jako warunku minimum, odpowiednich zapisów prawa. W przypadku Narodowego Funduszu Zdrowia raporty z przeprowadzonych zabiegów będą miały charakter załączników do rachunków lub faktur i niejednokrotnie sposób/technika zabiegu nie będzie wpływała na kwoty refundowane przez NFZ. W innych przypadkach właśnie technika przeprowadzonego zabiegu a nie jego rodzaj, będzie miała zasadniczy wpływ na ceny operacji.

Zasady ogólne:

1. Kodowaniu podlegają procedury i zabiegi wykonane pacjentowi w czasie jego pobytu w szpitalu, a w szczególności te, które:

- mają charakter zabiegów chirurgicznych,
- niosą za sobą istotne ryzyko związane z wykonywaniem danego zabiegu,
- niosą za sobą ryzyko związane ze znieczuleniem przed zabiegiem,
- wymagają specjalnego przygotowania personelu.

2. Zalecane jest kodowanie zabiegów wpływających istotnie na koszty pobytu pacjenta w szpitalu. W związku z tym jako zasadę należy przyjąć, iż nie są nadawane kody z Rozdziału XVI klasyfikacji, chyba że płatnik wskaże inaczej.

3. Jeśli wystąpi kilka zabiegów podlegających kodowaniu u danego pacjenta w czasie jednego pobytu w szpitalu, wtedy w pierwszej kolejności

należy kodować te procedury, które mają ścisły związek z główną przyczyną pobytu pacjenta w szpitalu, czyli z głównym rozpoznaniem (diagnozą). W następnej kolejności należy kodować dodatkowe procedury wykonane podczas pobytu pacjenta, nie związane bezpośrednio z przyczyną przyjęcia.

4. Na pierwszym miejscu należy umiejscawiać procedury terapeutyczne (w tym chirurgiczne). Winny one się znajdować przed procedurami diagnostycznymi, niezależnie jak ściśle związane są one z głównym rozpoznaniem (diagnozą).

5. Jeśli dwa lub więcej zabiegów podlegających kodowaniu jest w taki sam sposób związanych z głównym rozpoznaniem, pierwszeństwo kodowania należy się temu zabiegowi, który wystąpił chronologicznie wcześniej. Jeśli oba (lub więcej) zabiegi wystąpiły równocześnie, najpierw należy kodować ten, który pociągnął za sobą usunięcie tkanki lub organu.

Uwaga:

W kategoriach 38, 77, 78, 79, 80 klasyfikacji procedur zastosowano rozszerzającą czwartą cyfrę kodu dla uszczegółowienia wykonywanej procedury, w tej sytuacji do kodu trzycyfrowego opisującego procedurę należy dodać odpowiednią cyfrę właściwą dla organu, który objęty był zabiegiem.

Zasady prowadzenia dokumentacji medycznej w oparciu o wykładnie prawne oraz wymogi płatnika na rok 2009

Paweł Dąbrowski

Rodzaje dokumentacji medycznej w szpitalach

Zasady prowadzenia dokumentacji medycznej reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia z 8 sierpnia 2007 roku w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania. Dokumentacja medyczna została podzielona na:

1) dokumentację indywidualną – odnoszącą się do poszczególnych pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych zakładu opieki zdrowotnej:

– dokumentacja indywidualna wewnętrzna przeznaczona jest na potrzeby zakładu opieki zdrowotnej (w szczególności jest to historia zdrowia i choroby oraz historia choroby),

– dokumentacja indywidualna zewnętrzna przeznaczona na potrzeby pacjenta korzystającego ze świadczeń zdrowotnych (w szczególności są to skierowania do szpitala, innego zakładu lub innej osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych poza zakładem, a także inne skierowania na badania diagnostyczne i konsultacje, zaświadczenia, orzeczenia, opinie lekarskie, karta przebiegu ciąży oraz karty informacyjne z leczenia szpitalnego).

2) dokumentację zbiorczą – odnoszącą się do ogółu pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych zakładu lub określonych grup tych pacjentów:

– dokumentacja zbiorcza wewnętrzna (składa się na nią: księga główna przyjęć i wypisów, księga odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych wykonywanych w izbie przyjęć, księga oczekujących na przyjęcia do szpitala, księga chorych oddziału lub równorzędnej komórki organizacyjnej, księga porad ambulatoryjnych wykonywanych w komórce organizacyjnej szpitala, księga raportów lekarskich, księga raportów pielęgniarskich, księga za-

biegów, księgi bloku lub sali operacyjnej bądź porodowej, księga pracowni diagnostycznej),

- dokumentacja zbiorcza zewnętrzna.

Zasady prowadzenia dokumentacji medycznej

Za prawidłowe prowadzenie dokumentacji medycznej odpowiada osoba kierująca komórką organizacyjną zakładu. Powinna być prowadzona w sposób czytelny, natomiast kolejne wpisy powinny być zamieszczone w porządku chronologicznym z zaznaczeniem końca każdego wpisu. Koniec wpisu do dokumentacji powinien zostać opatrzony podpisem osoby, która ją sporządziła oraz danych na podstawie, których można ją zidentyfikować. Możliwość skreślenia wpisu z dokumentacji istnieje tylko w przypadku, kiedy został dokonany błądnie. Po przekreśleniu błędnie wprowadzonego wpisu należy zaznaczyć datę dokonania skreślenia, krótko opisać jego powód oraz umieścić podpis osoby, która wykreślenia dokonała.

Podczas prowadzenia dokumentacji dotyczącej czasu trwania ciąży, poronień, urodzeń żywych i zgonów płodów przy wpisach stosowane są następujące kryteria ocen:

- czas trwania ciąży obliczany jest w tygodniach (od pierwszego dnia normalnego krwawienia miesięcznego),
- poronienie jest to wydalenie lub wydobywanie z ustroju matki płodu, który nie oddycha ani nie wykazuje żadnego innego znaku życia (czynność serca, tętnienie pępowiny, wyraźne skurcze mięśni zależnych od woli) o ile nastąpiło to przed upływem 22 tygodnia ciąży,
- urodzenie żywe to całkowite wydalenie lub wydobywanie z ustroju matki noworodka, niezależnie od czasu trwania ciąży, który po takim wydalaniu lub wydobyciu oddycha lub wykazuje jakiegokolwiek inne oznaki życia (czynność serca, tętnienie pępowiny, wyraźne skurcze mięśni zależnych od woli), bez względu na to czy sznur pępowiny został przecięty lub łożysko zostało oddzielone,
- zgon płodu (urodzenie martwe) jest to zgon następujący przed całkowitym wydalaniem lub wydobyciem z ustroju matki, o ile nastąpił po upływie 22 tygodnia ciąży. Zgon musi być potwierdzony brakiem oddechu lub innych znaków życia (czynność serca, tętnienie pępowiny, wyraźne skurcze mięśni zależnych od woli).

Historia choroby

Niezwłocznie po przyjęciu pacjenta do szpitala powinna zostać założona dokumentacja historii choroby, która składa się z:

- 1) formularza historii choroby;
- 2) dokumentów dodatkowych, a w szczególności:
 - a) karty indywidualnej pielęgnacji,
 - b) kart obserwacji,
 - c) karty gorączkowej,
 - d) kart zleceń lekarskich,
 - e) karty przebiegu znieczulenia, jeżeli było wykonywane w związku z udzielonymi świadczeniami zdrowotnymi,
 - f) wyników badań diagnostycznych,
 - g) wyników konsultacji, jeżeli nie zostały wpisane w formularzu historii choroby,
 - h) protokołu operacyjnego, jeżeli była wykonana operacja,
 - i) kart zabiegów fizjoterapeutycznych, jeżeli były wykonane zabiegi,
- 3) w przypadku wykonania sekcji zwłok, do historii choroby dołącza się protokół badania sekcyjnego.

Do historii choroby dołącza się na czas pobytu pacjenta w szpitalu:

- 1) dokumentację indywidualną zewnętrzną udostępnioną przez pacjenta, a w szczególności karty informacyjne, opinie, zaświadczenia, jeżeli są istotne dla procesu diagnostycznego lub leczniczego (oryginały zwraca się pacjentowi za pokwitowaniem przy wypisie, natomiast kopie pozostają w dokumentacji szpitala),
- 2) dokumentację indywidualną pacjenta prowadzoną przez inne komórki organizacyjne zakładu i dokumentację archiwalną szpitala dotyczącą poprzednich hospitalizacji pacjenta,
- 3) wyniki wcześniejszych badań diagnostycznych, udostępnione przez pacjenta, o ile są istotne dla procesu diagnostycznego lub leczniczego (oryginały zwraca się pacjentowi za pokwitowaniem przy wypisie, natomiast kopie pozostają w dokumentacji szpitala).

Do dokonywania wpisów w karcie indywidualnej pielęgnacji, obserwacji, gorączkowej, zleceń lekarskich, przebiegu znieczulenia, upoważniony jest lekarz prowadzący lub inne osoby uprawnione do udzielania świadczeń zdrowotnych.

Formularz historii choroby składa się z trzech składowych:

- 1) informacje dotyczące przyjęcia pacjenta do szpitala,
- 2) informacje z przebiegu hospitalizacji,
- 3) informacje dotyczące wypisania pacjenta ze szpitala.

W części dotyczącej przyjęcia pacjenta do szpitala powinny zostać zawarte informacje w zakresie:

- danych identyfikujących szpital (nazwa i siedziba, adres z numerem telefonu, kod identyfikacyjny zakładu stanowiący I część systemu kodu resortowego),
- danych identyfikujących jednostkę organizacyjną zakładu (nazwa, adres wraz z numerem telefonu, kod identyfikacyjny jednostki organizacyjnej zakładu stanowiący V część systemu kodu resortowego),
- danych identyfikujących pacjenta (nazwisko i imię, data urodzenia, oznaczenie płci), adres zameldowania (ewentualnie zamieszkania lub pobytu), PESEL (w przypadku noworodka – PESEL matki), jeżeli nie ma numeru PESEL seria i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość,
- danych identyfikujących lekarza, pielęgniarkę, położną, udzielających świadczeń zdrowotnych oraz lekarza kierującego na badania lub leczenie (nazwisko i imię, tytuł zawodowy, uzyskane specjalizacje, numer prawa wykonywania zawodu, podpis lekarza),
- daty dokonania wpisu,
- numeru w księdze głównej przyjęć i wypisów wraz z numerem księgi głównej (pod którym przyjęto pacjenta do szpitala),
- numeru w księdze chorych oddziału lub równorzędnej komórki organizacyjnej, wraz z numerem księgi (pod którym został przyjęty pacjent),
- kodu identyfikacyjnego komórki organizacyjnej, do której przyjęto pacjenta,
- danych identyfikacyjnych lekarza kierującego na leczenie lub badania,
- określenia trybu przyjęcia pacjenta do szpitala (nagły, planowy, ze skierowaniem, bez skierowania),
- imienia i nazwiska przedstawiciela ustawowego pacjenta, opiekuna lub innej osoby wskazanej przez pacjenta oraz dane umożliwiające kontakt z tą osobą,
- imienia i nazwiska osoby upoważnionej przez pacjenta do otrzymywania informacji o jego stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz dane umożliwiające kontakt z tą osobą,

- pisemnego oświadczenia pacjenta, lub jego przedstawiciela ustawowego albo osoby upoważnionej, o wyrażeniu zgody na przyjęcie do szpitala,
- pisemnego oświadczenia pacjenta o upoważnieniu do uzyskiwania dokumentacji medycznej w przypadku jego śmierci, ze wskazaniem osoby upoważnionej albo pisemne oświadczenie pacjenta o braku takiego upoważnienia,
- adnotacji o poinformowaniu pacjenta lub innych uprawnionych osób o jego prawach,
- rozpoznania ustalonego przez lekarza kierującego na badania lub leczenia,
- daty przyjęcia pacjenta – ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinny,
- istotnych danych z wywiadu lekarskiego i badania przedmiotowego przy przyjęciu pacjenta oraz ewentualnych obserwacji, wyniki badań dodatkowych i dane o postępowaniu lekarskim przy przyjęciu do szpitala oraz uzasadnienie przyjęcia,
- rozpoznania wstępnego ustalonego przez lekarza przyjmującego,
- danych identyfikujących lekarza przyjmującego i jego podpis.

W części dotyczącej przebiegu hospitalizacji powinny zostać zawarte informacje w zakresie:

- informacji uzyskanych podczas wywiadu lekarskiego i badania przedmiotowego,
- wyników obserwacji stanu zdrowia pacjenta,
- informacji o zaleceniach lekarskich,
- wyników badań diagnostycznych i konsultacyjnych,
- pisemnego oświadczenia pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego albo sądu opiekuńczego o wyrażeniu zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego (np. zgoda na zabieg operacyjny, diagnostykę inwazyjną).

Część historii choroby prowadzona w zakresie przebiegu hospitalizacji powinna być prowadzona na bieżąco przez cały czas trwania hospitalizacji i okresowo kontrolowana przez ordynatora lub innego lekarza zarządzającego pracą oddziału. W przypadku zleceń lekarskich wpisy powinny być dokonywane przez lekarza prowadzącego lub innego, który sprawuje opiekę nad pacjentem. Osoby, które realizują zlecenia muszą dokonywać odpo-

wiednich adnotacji w historii choroby i podpisują się. Podczas hospitalizacji należy dokonywać wpisów z zakresu procesu pielęgnowania chorego. Dokonywane są one na bieżąco przez pielęgniarkę, położną sprawującą bezpośrednią opiekę nad pacjentem oraz kontrolowane przez pielęgniarkę, położną oddziałową i opatrzone jej podpisem. Osoba realizująca plan opieki dokonuje adnotacji o wykonaniu zlecenia, czynności pielęgniarskiej lub położniczej i opatruje ją podpisem.

W części dotyczącej wypisu pacjenta powinny zostać zawarte informacje w zakresie:

- rozpoznania klinicznego (choroba zasadnicza, choroby współistniejące i powikłania) wraz z numerem statystycznym rozpoznań klinicznych na podstawie Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (klasyfikacja ICD-10),
- zastosowanego leczenia, wykonanych badań i zabiegów diagnostycznych oraz zabiegów operacyjnych z podaniem numeru statystycznego procedury, ustalonego według Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych (klasyfikacja ICD-9),
- epikryzy,
- adnotację o przyczynie i okolicznościach wypisu ze szpitala,
- daty wypisu.

W przypadku zgonu pacjenta w dokumentacji dotyczącej wypisu nie zamieszczamy daty wypisu pacjenta i adnotacji o przyczynie i okolicznościach wypisu ze szpitala natomiast musi ona zostać uzupełniona dodatkowo o:

- datę zgonu pacjenta – ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinny,
- przyczyny zgonu i ich numery statystyczne, ustalone według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych,
- protokół komisji stwierdzającej śmierć mózgową, jeżeli taka sytuacja miała miejsce,
- adnotację o wykonaniu lub niewykonaniu sekcji zwłok wraz z uzasadnieniem podjętej decyzji,
- adnotację o pobraniu ze zwłok komórek, tkanek lub narządów.

Wypisu pacjenta dokonuje zawsze lekarz prowadzący, który przekazuje podpisaną przez siebie dokumentację do oceny i podpisu ordynatorowi lub innemu lekarzowi kierującemu oddziałem.

Karta informacyjna z leczenia szpitalnego

Karta informacyjna wystawiana jest przez lekarza prowadzącego leczenie pacjenta w jednym egzemplarzu z dwiema kopiami. Podpisywana jest przez lekarza wypisującego pacjenta i ordynatora lub innego lekarza kierującego oddziałem. Kartę informacyjną z leczenia szpitalnego wraz z jedną jej kopią wydaje się pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu lub osobie upoważnionej przez pacjenta, natomiast druga kopia jest dołączona do historii choroby.

Karta informacyjna z leczenia szpitalnego musi zawierać poniższe informacje dotyczące:

- danych identyfikujących szpital (nazwa i siedziba, adres z numerem telefonu, kod identyfikacyjny zakładu stanowiący I część systemu kodu resortowego),
- danych identyfikujących jednostkę organizacyjną zakładu (nazwa, adres wraz z numerem telefonu, kod identyfikacyjny jednostki organizacyjnej zakładu stanowiący V część systemu kodu resortowego),
- danych identyfikujących pacjenta (nazwisko i imię, data urodzenia, oznaczenie płci), adres zameldowania (ewentualnie zamieszkania lub pobytu), PESEL (w przypadku noworodka – PESEL matki), jeżeli nie ma numeru PESEL seria i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość,
- danych identyfikujących lekarza, pielęgniarkę, położną, udzielających świadczeń zdrowotnych oraz lekarza kierującego na badania lub leczenie (nazwisko i imię, tytuł zawodowy, uzyskane specjalizacje, numer prawa wykonywania zawodu, podpis lekarza),
- rozpoznanie choroby w języku polskim,
- wyniki badań diagnostycznych, konsultacyjnych,
- zastosowane leczenie, w przypadku wykonania zabiegu – jego datę,
- wskazania dotyczące dalszego sposobu leczenia, żywienia, pielęgnowania lub trybu życia,
- orzeczone przy wypisie okres czasowej niezdolności do pracy, a w mia-

rę potrzeby ocenę zdolności do wykonywania dotychczasowego zatrudnienia,

- adnotacje o produktach leczniczych i wyrobach medycznych, zapisanych na receptach wystawionych pacjentowi,
- terminy planowanych konsultacji.

W przypadku zgonu pacjenta karta informacyjna zawiera następujące informacje dotyczące:

- danych identyfikujących szpital (nazwa i siedziba, adres z numerem telefonu, kod identyfikacyjny zakładu stanowiący I część systemu kodu resortowego),
- danych identyfikujących jednostkę organizacyjną zakładu (nazwa, adres wraz z numerem telefonu, kod identyfikacyjny jednostki organizacyjnej zakładu stanowiący V część systemu kodu resortowego),
- danych identyfikujących pacjenta (nazwisko i imię, data urodzenia, oznaczenie płci), adres zameldowania (ewentualnie zamieszkania lub pobytu), PESEL (w przypadku noworodka – PESEL matki), jeżeli nie ma numeru PESEL seria i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość),
- danych identyfikujących lekarza, pielęgniarkę, położną, udzielających świadczeń zdrowotnych oraz lekarza kierującego na badania lub leczenie (nazwisko i imię, tytuł zawodowy, uzyskane specjalizacje, numer prawa wykonywania zawodu, podpis lekarza),
- rozpoznanie choroby w języku polskim,
- wyniki badań diagnostycznych, konsultacyjnych,
- zastosowane leczenie, w przypadku wykonania zabiegu – jego datę,
- datę zgonu pacjenta – ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym,
- przyczyny zgonu i ich numery statystyczne, ustalone według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych,
- adnotację o wykonaniu lub niewykonaniu sekcji zwłok wraz z uzasadnieniem podjętej decyzji.

Kompletną i uzupełnioną historię choroby przekazuje się do komórki dokumentacji chorych i statystyki medycznej lub innej komórki organizacyjnej pełniącej tę funkcję. Zajmują się one sprawdzaniem kompletności historii choroby i przekazaniem jej do archiwum szpitala.

Postępowanie z dokumentacją medyczną w przypadku konieczności przeprowadzenia sekcji zwłok.

Jeżeli po śmierci pacjenta zapadła decyzja o wykonaniu sekcji zwłok, historię choroby pacjenta przekazuje się lekarzowi, który ma wykonać sekcję. Lekarz wykonujący sekcję zwłok wystawia w dwóch egzemplarzach protokół badania sekcyjnego, w którym musi być ustalone rozpoznanie anatomopatologiczne. Jeden egzemplarz protokołu badania sekcyjnego pozostaje u lekarza wykonującego sekcję, natomiast drugi jest dołączany do dokumentacji medycznej pacjenta. Wszystkie dokumenty po uzupełnieniu trafiają z powrotem do lekarza prowadzącego (ewentualnie są przekazywane lekarzowi wyznaczonemu przez ordynatora lub innego lekarza kierującego oddziałem). Lekarz porównuje rozpoznanie kliniczne i epikryzę z rozpoznaniem anatomopatologicznym. Jeżeli zachodzą rozbieżności dokonuje zwięzłej oceny przyczyn rozbieżności oraz ustala ostateczne rozpoznanie choroby zasadniczej, chorób współistniejących i powikłań. Po uwzględnieniu powyższych informacji historia choroby podpisana przez lekarza trafia do akceptacji i podpisu ordynatora lub innego lekarza kierującego oddziałem.

Księga główna przyjęć i wypisów

Księga główna przyjęć i wypisów opatrzona jest danymi, na podstawie których można zidentyfikować zakład opieki zdrowotnej (nazwa zakładu i jego siedziba, adres i numer telefonu, kod identyfikacyjny zakładu stanowiący I część systemu kodu resortowego) oraz numerem księgi. W księdze głównej znajdują się informacje dotyczące:

- numeru kolejnego pacjenta w księdze,
- daty przyjęcia pacjenta – ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinny,
- danych identyfikujących pacjenta,
- kodów identyfikacyjnych oddziałów, na których pacjent przebywał,
- danych odnoszących się do przedmiotów przekazanych do depozytu i numeru kwitu depozytowego,
- rozpoznania wstępnego,
- rozpoznania przy wypisie,
- rodzaju leczenia, w tym istotnych badań diagnostycznych i wszystkich zabiegów operacyjnych,

- daty wypisu, a w razie zgonu pacjenta adnotacji o wydaniu karty zgonu,
- adnotacji o miejscu, dokąd pacjent został wypisany,
- adnotacji o okolicznościach wypisania pacjenta w sytuacji zorganizowania transportu do miejsca zamieszkania osoby małoletniej lub osoby niezdolnej do samodzielnej egzystencji w przypadku, kiedy przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny nie odbiera tych osób w wyznaczonym terminie ze szpitala,
 - przyczyn zgonu, z podaniem ich numerów statystycznych, określonych według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych,
- informacji o ewentualnym pobraniu opłat za leczenie,
- danych identyfikacyjnych lekarza wypisującego.

Księga odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych wykonywanych w izbie przyjęć albo szpitalnym oddziale ratunkowym.

Księga musi być opatrzona danymi, na podstawie których można zidentyfikować zakład opieki zdrowotnej (nazwa zakładu i jego siedziba, adres i numer telefonu, kod identyfikacyjny zakładu stanowiący I część systemu kodu resortowego), nazwą komórki organizacyjnej i jej kodem identyfikacyjnym oraz numerem księgi. Zakres danych, które muszą znajdować się w księdze:

- numer kolejnego pacjenta w księdze,
- data zgłoszenia się pacjenta do izby przyjęć – ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinny,
- data odmowy przyjęcia pacjenta do szpitala – ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinny,
- dane identyfikujące pacjenta,
- dane identyfikujące lekarza kierującego i rozpoznanie ustalone przez tego lekarza lub adnotację o braku skierowania,
- istotne dane z wywiadu lekarskiego i badania przedmiotowego oraz wyniki wykonanych badań diagnostycznych,
- ustalone rozpoznanie choroby, problemu zdrowotnego lub urazu,
- udzielone świadczenia zdrowotne,
- adnotacja o braku zgody pacjenta na pobyt w szpitalu potwierdzona jego podpisem albo podpisem jego przedstawiciela ustawowego,
- powód odmowy przyjęcia,

- adnotacja o miejscu, dokąd pacjent został skierowany,
- dane identyfikujące lekarza i jego podpis.

Jeżeli odmówiono przyjęcia, szpital ma obowiązek przekazania pacjentowi pisemnej informacji o rozpoznaniu choroby, wynikach przeprowadzonych badań, przyczynie odmowy przyjęcia do szpitala, zastosowanym postępowaniu lekarskim oraz ewentualnych zaleceniach.

Księga oczekujących na przyjęcie do szpitala

Księga jest opatrzona danymi dotyczącymi nazwy zakładu i jego siedziby, adresu i numeru telefonu, kodu identyfikacyjnego zakładu stanowiącego I część systemu kodu resortowego. Zakres danych, jakie musi zawierać księga:

- numer kolejny pacjenta w księdze,
- datę zgłoszenia pacjenta,
- dane identyfikujące pacjenta,
- dane identyfikujące lekarza lub zakład kierujący,
- rozpoznanie lekarza kierującego na badania lub leczenie,
- ustaloną datę planowego przyjęcia oraz nazwę oddziału.

Księga porad ambulatoryjnych wykonywanych w poradni szpitala

Księga musi być opatrzona danymi, na podstawie których można zidentyfikować zakład opieki zdrowotnej (nazwa zakładu i jego siedziba, adres i numer telefonu, kod identyfikacyjny zakładu stanowiący I część systemu kodu resortowego), nazwą komórki organizacyjnej i jej kodem identyfikacyjnym. Niezbędne dane, które powinna zawierać:

- numer kolejny wpisu,
- datę i godzinę zgłoszenia się pacjenta – ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinny,
- dane identyfikujące pacjenta,
- dane identyfikujące osobę udzielającą świadczenia zdrowotnego,
- rodzaj udzielonego świadczenia zdrowotnego.

Księga porad ambulatoryjnych jest prowadzona oddzielnie dla każdej komórki organizacyjnej.

Księga chorych oddziału lub równorzędnej komórki organizacyjnej

Księga jest opatrzona danymi dotyczącymi nazwy zakładu i jego siedziby, adresu i numeru telefonu, kodu identyfikacyjnego zakładu stanowiącego I część systemu kodu resortowego, nazwą oddziału albo komórki organizacyjnej i jej kodem identyfikacyjnym. W księdze powinny być zawarte dane dotyczące:

- numeru kolejnego pacjenta w księdze,
- daty przyjęcia – ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinny,
- numeru księgi głównej przyjęć i wypisów i numeru kolejnego pacjenta w księdze głównej przyjęć i wypisów,
- danych identyfikujących pacjenta,
- danych identyfikujących lekarza prowadzącego,
- daty i godziny wypisu, przeniesienia na inny oddział albo zgonu pacjenta,
- rozpoznania wstępnego,
- rozpoznania przy wypisie albo adnotacji o wystawieniu aktu zgonu,
- adnotacji o miejscu, dokąd pacjent został wypisany,
- danych identyfikujących lekarza wypisującego.

Księga chorych oddziału jest prowadzona oddzielnie dla każdej komórki organizacyjnej.

Księga raportów lekarskich

Księga jest opatrzona danymi dotyczącymi nazwy zakładu i jego siedziby, adresu i numeru telefonu, kodu identyfikacyjnego zakładu stanowiącego I część systemu kodu resortowego, nazwą oddziału albo komórki organizacyjnej i jej kodem identyfikacyjnym. Dane zawarte w księdze zawierają:

- numer kolejny wpisu,
- datę sporządzenia raportu,
- treść raportu uwzględniającą w szczególności: dane identyfikujące pacjenta, opis zdarzenia, jego okoliczności i podjęte działania,
- dane identyfikujące lekarza dokonującego wpisu oraz jego podpis.

Księga jest prowadzona oddzielnie dla każdej komórki organizacyjnej.

Księga raportów pielęgniarskich

Księga musi być opatrzona danymi, na podstawie których można zidentyfikować zakład opieki zdrowotnej (nazwa zakładu i jego siedziba, adres i numer telefonu, kod identyfikacyjny zakładu stanowiący I część systemu kodu resortowego), nazwą komórki organizacyjnej i jej kodem identyfikacyjnym. Dane, które zawarte są w księdze dotyczą:

- krótkiej statystyki oddziału, w tym liczby osób przyjętych, wypisanych, zmarłych,
- numeru kolejnego wpisu,
- daty sporządzenia raportu,
- treści raportu, która uwzględnia w szczególności:
 - dane identyfikujące pacjenta, opis zdarzenia, jego okoliczności i podjęte działania,
- danych identyfikujących pielęgniarkę lub położną dokonującą wpisu oraz jej podpis.

Księga jest prowadzona oddzielnie dla każdej komórki organizacyjnej.

Księga zabiegów komórki organizacyjnej szpitala

Księga jest opatrzona danymi dotyczącymi nazwy zakładu i jego siedziby, adresu i numeru telefonu, kodu identyfikacyjnego zakładu stanowiącego I część systemu kodu resortowego. Zakres danych, jakie musi zawierać księga:

- numer kolejny pacjenta w księdze,
- datę wykonania zabiegu,
- dane identyfikujące pacjenta,
- dane identyfikujące lekarza zlecającego zabieg,
 - a w przypadku, gdy zlecającym jest inny zakład, także dane identyfikujące ten zakład,
- adnotację o rodzaju zabiegu i jego przebiegu,
- dane identyfikujące lekarza lub inną osobę uprawnioną do udzielania świadczeń zdrowotnych i jej podpis.

Księga jest prowadzona oddzielnie dla każdej komórki organizacyjnej.

Księga bloku lub sali operacyjnej oraz księga sali porodowej

Księga musi być opatrzona danymi, na podstawie których można zidentyfikować zakład opieki zdrowotnej (nazwa zakładu i jego siedziba, adres i numer telefonu, kod identyfikacyjny zakładu stanowiący I część systemu kodu resortowego), nazwą komórki organizacyjnej i jej kodem identyfikacyjnym. Dane, które muszą być zawarte w księdze:

- numer kolejny pacjenta w księdze,
- dane identyfikujące pacjenta,
- kod identyfikacyjny oddziału, na którym pacjent przebywał,
- rozpoznanie przedoperacyjne i dane identyfikujące lekarza kierującego na zabieg operacyjny, a jeżeli kierującym jest inny zakład, także dane identyfikujące ten zakład,
- dane identyfikujące lekarza kwalifikującego pacjenta do zabiegu operacyjnego,
- datę rozpoczęcia oraz zakończenia zabiegu operacyjnego – ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty, w systemie 24-godzinnym,
- adnotacje o rodzaju i przebiegu zabiegu operacyjnego,
- szczegółowy opis zabiegu, operacji albo porodu wraz z rozpoznaniem pooperacyjnym, podpisany odpowiednio przez osobę wykonującą zabieg, operację albo odbierającą poród,
- zlecone badania diagnostyczne,
- rodzaj znieczulenia zastosowanego u pacjenta i jego szczegółowy opis podpisany przez lekarza anestezjologa,
- dane identyfikujące osób wchodzących odpowiednio w skład zespołu operacyjnego, zespołu zabiegowego, zespołu anestezjologicznego lub zespołu porodowego oraz ich podpisy z wyszczególnieniem osoby wykonującej operację, zabieg lub odbierającej poród oraz ich podpisy.

Księga jest prowadzona oddzielnie dla każdej komórki organizacyjnej.

Księga pracowni diagnostycznej

Księga jest opatrzona danymi dotyczącymi nazwy zakładu i jego siedziby, adresu i numeru telefonu, kodu identyfikacyjnego zakładu stanowiącego

I część systemu kodu resortowego. Zakres danych, jakie w szczególności musi zawierać księga:

- numer kolejny pacjenta w księdze,
- datę wpisu i datę wykonania badania,
- dane identyfikujące pacjenta,
- kod identyfikacyjny komórki organizacyjnej, zlecającej badanie, a jeżeli zlecającym jest inny zakład, także dane identyfikujące ten zakład,
- dane identyfikujące lekarza zlecającego badanie,
- adnotację o rodzaju i wyniku badania,
- dane identyfikujące osoby wykonującej badanie.

Zasady przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej

Dokumentacja powinna być przechowywana w zakładzie w sposób zapewniający poufność, zabezpieczenie przed zniszczeniem, zgubieniem oraz bezpieczeństwo przed dostępem osób trzecich. Zakład powinien zapewnić taką dostępność do dokumentacji, aby w razie potrzeby można było szybko uzyskać do niej dostęp. Za warunki techniczne i organizacyjne przechowywania dokumentacji medycznej odpowiada bezpośrednio kierownik zakładu.

Zasady przechowywania bieżącej dokumentacji wewnętrznej określają kierownicy poszczególnych komórek organizacyjnych zakładu (w porozumieniu z kierownikiem zakładu).

Dokumentacja przechowywana w archiwum ewidencjonowana jest na podstawie numeru księgi głównej przyjęć i wypisów, natomiast kartoteki pacjentów prowadzone mogą być według:

- kolejności alfabetycznej,
- terytorialnie,
- daty urodzenia pacjentów.

Dokumentacja medyczna pacjenta przechowywana jest 20 lat licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu. Od tej reguły są trzy odstępstwa:

- w przypadku zgonu pacjenta na skutek uszkodzenia ciała lub zatrucia okres przechowywania dokumentacji medycznej wynosi 30 lat od końca roku kalendarzowego, w którym nastąpił zgon,

- zdjęcia rentgenowskie przechowywane poza dokumentacją medyczną przechowywane są przez okres 10 lat od końca roku kalendarzowego, w którym wykonano zdjęcie,
- skierowania na badania lub zlecenia lekarza przechowywane są przez 5 lat od końca roku kalendarzowego, w którym zostało zrealizowane świadczenie będące przedmiotem takiego skierowania bądź zlecenia.

Po upływie terminów dotyczących obowiązku przechowywania dokumentacji medycznej zostaje ona zniszczona w sposób, który uniemożliwia identyfikację pacjenta (z wyjątkiem dokumentacji, która podlega przepisom o narodowym zasobie archiwalnym). Dokumentacja indywidualna wewnętrzna, która podlega przepisom o zniszczeniu może zostać wydana za pokwitowaniem (na wniosek pacjenta, jego przedstawiciela ustawowego lub w razie śmierci pacjenta osoby przez niego upoważnionej).

Dokumentacja medyczna może zostać udostępniona:

- pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu bądź osobie upoważnionej przez pacjenta,
- zakładom opieki zdrowotnej, jednostkom organizacyjnym tych zakładów i osobom wykonującym zawód medyczny poza zakładami opieki zdrowotnej,
- właściwym do spraw zdrowia organom państwowym oraz organom samorządu lekarskiego w zakresie niezbędnym do wykonywania kontroli i nadzoru,
- ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, sądom, prokuratorom, lekarzom sądowym oraz sądom i rzecznikom odpowiedzialności zawodowej, w związku z prowadzonym postępowaniem,
- uprawnionym na mocy odrębnych ustaw organom i instytucjom, jeżeli badanie zostało przeprowadzone na ich wniosek,
- organom rentowym oraz zespołom do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności, w związku z prowadzonym przez nie postępowaniem,
- rejestrom usług medycznych, w zakresie niezbędnym do prowadzenia rejestrów;
- zakładom ubezpieczeń na zasadach określonych w przepisach o działalności ubezpieczeniowej,
- dokumentacja medyczna może być udostępniona także szkole wyższej lub jednostce badawczo-rozwojowej do wykorzystania dla celów naukowych (bez ujawnienia danych osobowych osoby, której dotyczy).

Udostępnianie dokumentacji medycznej polega na:

- udostępnieniu do wglądu w zakładzie opieki zdrowotnej,
- sporządzeniu wyciągów, odpisów, kopii (odpłatnie za wyjątkiem udostępnienia dla celów emerytalnych i rentowych, oraz innych świadczeń z ubezpieczeń społecznych),
- wydaniu oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu (na żądanie uprawnionego organu lub podmiotu).

Dokumentacja prowadzona w postaci elektronicznej

Dokumentacja prowadzona elektronicznie powinna być sporządzona i zapisana w postaci sekwencji danych (w formacie XML) na informatycznym nośniku danych i podpisaniu ich podpisem elektronicznym. System elektroniczny powinien dawać możliwość wydruku całości dokumentacji. Wszelkie załączniki do dokumentacji (zdjęcia RTG, wyniki badań czy innych dokumentów podpisanych odręcznie) powinny być przeniesione na nośnik elektroniczny przez osobę wskazaną przez kierownika zakładu w sposób zapewniający powiązanie z całością dokumentacji pacjenta. Osoba ta potwierdza zgodność z oryginalną dokumentacją i opatruje je do dokumentacji dołączyć materiały w ich oryginalnej formie fizycznej oznacza się je w taki sposób, aby można było powiązać je z dokumentacją prowadzoną elektronicznie. Jednak, aby mieć możliwość prowadzenia dokumentacji w formie elektronicznej należy spełnić określone warunki:

- zachować selektywność dostępu do zbioru danych,
- zabezpieczyć zbiór informacji przed dostępem osób nieuprawnionych oraz zniszczeniem, uszkodzeniem czy stratą,
- należy rejestrować pełną historię zmian i autorów.

Dokumentacja jest uważana za utrwaloną w postaci elektronicznej po jej zapisaniu na informatycznym nośniku danych, jeżeli:

- możemy sprawdzić jej integralność,
- jest możliwość weryfikacji podpisu elektronicznego lub danych identyfikujących,
- jest możliwość odczytania wszystkich informacji w niej zawartych (przez cały okres przechowywania).

Przechowywać można tylko dokumentację, która jest utrwalona (należy ustalić datę jej utrwalenia) według zasad opisanych powyżej. Podczas przechowywania należy zwrócić uwagę na okres trwałości zapisu na nośniku danych (określa go producent). Jeżeli jest on krótszy od wymaganego okresu przechowywania dokumentacji należy ją przenieść przed upływem tego okresu na inny nośnik danych (nośnik, z którego przeniesiono zapis ulega modyfikacji uniemożliwiającej odtworzenie dokumentacji). Po upływie okresu wymaganego dla przechowywania dokumentacji należy usunąć ją z nośnika w sposób nieodwracalny.

Dokumentacja przekazywana w formie elektronicznej podlega przepisom, które regulują udostępnianie dokumentacji medycznej w formie papierowej. Rozporządzenie uszczegółowia jednak te przepisy w przypadku dokumentacji elektronicznej, obwarowując je dodatkowymi warunkami:

- udostępnienie dokumentacji elektronicznej następuje poprzez przekazanie informatycznego nośnika danych z zapisaną kopią dokumentacji (wymagany bezpieczny podpis elektroniczny weryfikowany certyfikatem osoby uprawnionej do przekazania dokumentacji), dokonanie elektronicznej transmisji danych (wymagany bezpieczny podpis elektroniczny weryfikowany certyfikatem osoby upoważnionej do przekazania dokumentacji) lub przekazanie papierowych wydruków na żądanie podmiotów i organów upoważnionych, a w razie śmierci pacjenta osobie przez niego upoważnionej (podpis odręczny osoby uprawnionej do przekazania dokumentacji oraz podpis podmiotu uprawnionego odręczny lub elektroniczny, w zależności od tego, w jakiej formie podmiot otrzymał dokumentację),
- dokumentacja elektroniczna przekazywana jest w sposób zapewniający jej integralność i ochronę danych osobowych.

Dokumentacja medyczna w postaci elektronicznej musi być zabezpieczona w sposób ciągły. Należy to rozumieć, jako spełnienie pewnych warunków:

- dostęp do dokumentacji elektronicznej mogą mieć tylko osoby uprawnione,
- należy zapewnić ochronę przed przypadkowym lub nieuprawnionym zniszczeniem,
- należy stosować metody i środki ochrony dokumentacji o powszechnie uznawanej skuteczności.

Praktyczny poradnik grupowania, czyli jak wytypować grupę jednorodną

Kinga Wojtaszczyk, Łukasz Puchalski

1. Zasady rozliczania świadczeń w zakresie nefrologii w systemie jednorodnych grup pacjentów

W obowiązującym obecnie systemie rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych stworzono szereg nowych możliwości pokrywania kosztów postępowania medycznego. Można powiedzieć, że zakres nefrologii zyskał na wprowadzeniu JGP to, że znając szczegółowe zasady rozliczania możemy dokładniej odzwierciedlić poniesione nakłady w systemie sprawozdawczości do NFZ.

Ewaluacja zakresu

Zakres, na podstawie którego można rozliczać nefrologię znajduje się w załączniku nr 1 a do Zarządzenia Nr 32/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 czerwca 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne. Od daty obowiązywania nowego systemu nastąpiły kolejno trzy zmiany materiałów szczegółowych. Pierwotnie katalog świadczeń zawierał 15 jednorodnych grup pacjentów. Kolejna modyfikacja nastąpiła zarządzeniem Prezesa NFZ nr 49. W katalogu jednorodnych grup pacjentów dla zakresu nefrologia rozszerzono uprawnienia do realizacji świadczeń o grupy: Q51 Dostęp naczyniowy w leczeniu nerkozastępczym z wykorzystaniem protez naczyniowych, Q52 Dostęp naczyniowy w leczeniu nerkozastępczym.

Dla grup L29 Choroby pęcherza moczowego i moczowodu i L85 Kamica moczowa dodano tryb „leczenie jednego dnia”.

W zarządzeniu Prezesa NFZ nr 67 zostały wprowadzone kolejne zmiany istotne dla nefrologii. Dodano do katalogu nr 1 a grupę P21 Choroby serca.

W zarządzeniu tym została zmieniona nazwa grupy L81 z: Leczenie nerkozastępcze z powikłaniami i chorobami współistniejącymi na: Leczenie powikłań leczenia nerkozastępczego. Ponadto w grupie L81 Leczenie powikłań

leczenia nerkozastępczego dodano uwagę „także w przypadku leczenia nerkozastępczego prowadzonego w innym ośrodku” precyzując w ten sposób możliwość rozliczenia grupy w przypadku, gdy chory dializowany jest w innym ośrodku niż ten, w którym jest hospitalizowany.

Zmieniono wycenę grupy D16 Zator płucny. Wartość punktową podniesiono z 57 do 80 punktów z uwagi na dodanie rozpoznania I26.0 Zator płucny ze wzmianką o ostrym sercu płucnym, wymagającego leczenia trombolitycznego. W związku z tym zmieniono także wartość hospitalizacji < 2 dni w grupie D16 Zator płucny. Z charakterystyki grupy L81 Leczenie powikłań leczenia nerkozastępczego usunięto rozpoznania: Q60.1 Agenezja nerki, obustronna, Q60.2 Agenezja nerki, nieokreślona, Q60.4 Niedorozwój nerki, obustronny, Q60.5 Niedorozwój nerek, nieokreślony, Z90.5 Nabyty brak nerek.

Grupa P21 Choroby serca została uzupełniona o rozpoznania: I10 Samoistne (pierwotne) nadciśnienie, I15.0 Nadciśnienie naczyniowo-nerkowe, I15.1 Nadciśnienie wtórne do innej patologii nerek, I15.2 Nadciśnienie wtórne do zaburzeń układu wewnątrzwydzielniczego, I15.8 Inne wtórne nadciśnienie, I15.9 Nadciśnienie wtórne, nieokreślone, I49.8 Inne określone zaburzenia rytmu serca, I49.9 Zaburzenia rytmu serca, nieokreślone.

Zarządzenie Prezesa NFZ nr 94 również wprowadziło zmiany dla zakresu nefrologii. Dodano grupy G16 Ostre choroby wątroby oraz P16 Poważne schorzenia uwarunkowane genetycznie i inne choroby wrodzone. Ponadto w załączniku 1b świadczenia odrębne w zakresie nefrologia umożliwiono realizację świadczenia o kodzie 5.52.01.0001391 Pogorszenie czynności przeszczepu – diagnostyka, leczenie. Została także zmieniona nazwa grupy Q52 na: Dostęp w leczeniu nerkozastępczym. Grupę Q52 Dostęp w leczeniu nerkozastępczym rozszerzono o procedurę 54.955 Wszczepienie na stałe cewnika do dializy otrzewnowej.

Po wszystkich zmianach, które zostały wprowadzone w zakresie dla nefrologii dostępnych jest 20 jednorodnych grup pacjentów.

Jednorodne grupy pacjentów dostępne w nefrologii w większości przypadków są grupami zachowawczymi. Oznacza to, że w celu przypisania hospitalizacji do jednej z tych grup wystarczy wykazanie jednego kodu, bądź kilku kodów ICD-10 jednostek chorobowych. Wyjątek stanowi grupa L81 Leczenie powikłań leczenia nerkozastępczego oraz grupy dotyczące hospitalizacji związanych z wykonaniem dostępu naczyniowego w lecze-

niu nerkozastępczym, gdzie poza wykazaniem kodu ICD-10 konieczne jest wykazanie kodu ICD-9 wykonanej procedury medycznej.

Rozliczenie hospitalizacji z zastosowaniem kosztochłonnych leków

Najczęstszym problemem w nefrologii jest rozliczenie hospitalizacji z zastosowaniem kosztochłonnych leków w celu leczenia na przykład kłębuszkowego zapalenia nerek czy powikłań, które występują u pacjentów dializowanych. Świadczeniodawca stosując do rozliczenia określoną grupę nie dostaje dodatkowych środków na pokrycie kosztów leku (wartość leku mieści się w zakresie hospitalizacji pacjenta). W związku z tym wskazane jest, by rozliczyć hospitalizację za pomocą jednorodnej grupy o najwyższej wartości punktowej, gdyż koszt leku wliczony jest w koszt hospitalizacji. W przypadku hospitalizacji pacjenta, której przyczyną jest kłębuszkowe zapalenie nerek, świadczeniodawca ma obowiązek rozliczenia tej hospitalizacji z Narodowym Funduszem Zdrowia. W rozliczeniu istotny jest §13 ust. 5 Zarządzenia Nr 32/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 czerwca 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne z późniejszymi zmianami, który brzmi:

„Koszty wykonania niezbędnych badań laboratoryjnych, diagnostyki obrazowej, produktów leczniczych oraz wyrobów medycznych zastosowanych w trakcie udzielania świadczeń we wszystkich zakresach świadczeń, ponosi świadczeniodawca”.

W związku z powyższym świadczeniodawca stosując do rozliczenia określoną grupę, nie dostaje dodatkowych środków na zakup leku dla pacjenta.

Hospitalizację, której powodem było kłębuszkowe zapalenie nerek możemy rozliczyć za pomocą grupy: L84 Inne choroby nerek, wartość punktowa grupy 61. Wycena grupy przy cenie za punkt 48 zł wynosi 2928 zł. Jeżeli hospitalizacja będzie trwała < 2 dni, wartość punktowa hospitalizacji wyniesie 12 pkt. W celu wykazania tej grupy świadczeniodawca może wykazać jeden z kodów ICD-10 znajdujących się w jej charakterystyce, na przykład:

N00.2 Ostry zespół zapalenia nerek (rozlane błoniaste kłębuszkowe zapalenie nerek)

Leczenie powikłań u pacjentów dializowanych rozliczamy za pomocą jednorodnych grup pacjentów. W opisie świadczenia hemodializy (Zarządzenie Nr 58/2007/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 września 2007 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów

w rodzaju świadczenia odrębnie kontraktowane) zawarta jest informacja, że świadczenie nie obejmuje kosztów szpitalnego leczenia powikłań.

Zarządzenie Nr 67/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 4 września 2008 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne wprowadziło istotne zmiany do grupy L81 Leczenie nerkozastępcze z powikłaniami i chorobami współistniejącymi. Zgodnie z zarządzeniem nazwa grupy otrzymała brzmienie: L81 Leczenie powikłań leczenia nerkozastępczego. W załączniku nr 1 a stanowiącym Katalog grup wprowadzono informację, że grupę tę możemy zastosować także w przypadku leczenia nerkozastępczego prowadzonego w innym ośrodku. Wobec powyższego należy rozumieć, że istnieje opcja rozliczenia grupy w sytuacji, gdy chory dializowany jest w innym ośrodku niż ten, w którym jest hospitalizowany. Daje to większą możliwość pełnej opieki nad pacjentem, dzięki dopuszczalności hospitalizowania w publicznym lub niepublicznym szpitalu pacjenta z powikłaniami leczonego w niepublicznym ośrodku dializ lekiem pierwszego rzutu.

Hospitalizację pacjenta z powodu hiperfosfatemii, która jest jednym z najczęstszych zaburzeń towarzyszących przewlekłej chorobie nerek, sprawozdamy grupą L81 Leczenie powikłań leczenia nerkozastępczego. W celu rozliczenia wykazujemy jeden kod ICD-10 z charakterystyki grupy, np.: N18.0 Schyłkowa niewydolność nerek, N18.8 Inna przewlekła niewydolność nerek, N18.9 Przewlekła niewydolność nerek. Wykazujemy także kod ICD-9 jednej z procedur medycznych: 39.951 Hemodializa, 39.952 Ciągłe leczenie nerkozastępcze, 54.98 Dializa otrzewnowa. Jako rozpoznanie współistniejące wykazujemy kod ICD-10 E83.8 Inne zaburzenia przemiany mineralnej. Wartość punktowa hospitalizacji wynosi 58 punktów, a w przypadku hospitalizacji < 2 dni – 12 punktów. Przy wartości punktowej równej 48 PLN świadczenie to powinno zostać wycenione na 2784 PLN, co przy hospitalizacji > 2 dni pozwala na prawidłową diagnostykę i leczenie pacjenta lekiem pierwszego rzutu.

W przypadku wystąpienia u pacjenta powikłania w postaci nadczynności przytarczyc możemy również rozliczyć powyżej opisaną grupę. Jednak w przypadku leczenia nadczynności przytarczyc jako kod ICD-10 choroby współistniejącej wykażemy N25.8 Inne zaburzenia wynikające z upośledzonej czynności cewek nerkowych, w tym wtórna nadczynność przytarczyc pochodzenia nerkowego.

Drugą możliwością rozliczenia nadczynności przytarczyc występującej u pacjentów dializowanych jest wykazanie grupy L84 Inne choroby nerek. Do sprawozdania tej grupy konieczne jest wykazanie kodu ICD-10 N25.8 Inne zaburzenia wynikające z upośledzonej czynności cewek nerkowych, w tym wtórna nadczynność przytarczyc pochodzenia nerkowego jako kod choroby zasadniczej. Wartość punktowa tej grupy wynosi 61. Wycena tej grupy – 2928 zł (cena za punkt 48 zł). Jeżeli hospitalizacja będzie trwała < 2 dni wartość punktowa grupy wyniesie 12 (wycena przy cenie za punkt 48 zł to 576 zł). Hospitalizacja pacjenta powyżej 2 dni pozwoli na diagnostykę oraz leczenie pacjenta lekiem pierwszego rzutu.

Świadczenie hemodializy czy dializy otrzewnowej nie obejmuje także kosztów postępowania kwalifikacyjnego do przeszczepu. Postępowanie kwalifikacyjne do przeszczepienia nerki finansowane jest w rodzaju: leczenie szpitalne.

W sytuacji hospitalizacji pacjenta w celu przeprowadzenia badań wstępnych w ramach kwalifikacji do przeszczepu nerki do rozliczenia wykażemy świadczenie, które znajduje się w katalogu 1b – katalogu świadczeń odrębnych:

5.52.01.0001356 Kwalifikacja do przeszczepu nerki – badanie wstępne
Świadczenie to ma wartość 43 punktów.

Rozliczenie hospitalizacji związanej z wytworzeniem dostępu naczyniowego

Pacjenci, którzy są poddawani hemodializom wymagają wytworzenia dostępu naczyniowego. Najczęściej używanym i najbezpieczniejszym dostępem naczyniowym dla potrzeb hemodializoterapii jest przetoka dializacyjna.

Wytworzenie przetoki dializacyjnej w ramach hospitalizacji możemy rozliczyć wykazując grupę Q52 Dostęp w leczeniu nerkozastępczym.

W celu sprawozdania tej grupy należy wykazać procedurę z grupy Q52 oraz rozpoznanie z grupy Q51 Dostęp naczyniowy w leczeniu nerkozastępczym z wykorzystaniem protez naczyniowych. Procedurą, którą wykażemy może być procedura o kodzie 39.274 Wytworzenie przetoki z naczyń własnych na ramieniu. Jako rozpoznanie zasadnicze wykażemy kod ICD-10 N18.0 Schyłkowa niewydolność nerek.

W nefrologii należy także uwzględnić możliwość hospitalizacji pacjentów z powodu problemów z dostępem naczyniowym. Mogą do nich należeć: zakrzepica przetoki, zwężenie tętnicy doprowadzającej, zakażenie.

Grupa Q52 umożliwia nam rozliczenie hospitalizacji w wyniku problemów z dostępem naczyniowym. Zawarte są w niej na przykład procedury: 39.424 Usunięcie starego zespolenia tętniczo-żylnego i wytworzenie nowej przetoki, 39.426 Udrożnienie przetoki tętniczo-żylnej, 39.43 Usunięcie przetoki tętniczo-żylnej dla dializy.

Rozliczanie hemodializ w systemie JGP

Opisując rozliczanie w systemie jednorodnych grup pacjentów dla nefrologii należy przypomnieć, że sposób finansowania świadczenia hemodializy w ramach umowy w rodzaju świadczenia odrębnie kontraktowane nie uległ zmianie. Zgodnie z Zarządzeniem Nr 32/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 czerwca 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne z późniejszymi zmianami „dopuszcza się łączne rozliczanie grup z katalogu grup stanowiącego załącznik nr 1a do zarządzenia albo świadczeń z katalogu świadczeń odrębnych, stanowiącego załącznik nr 1b do zarządzenia albo świadczeń z katalogu radioterapii stanowiącego załącznik nr 1d do zarządzenia, ze świadczeniami w rodzaju świadczenia odrębnie kontraktowane, zawartymi w katalogu zakresów świadczeń odrębnie kontraktowanych, z wyjątkiem świadczeń wykonywanych w warunkach domowych”. W związku z tym istnieje możliwość wykazania w tym samym dniu wykonanej u pacjenta hemodializy w ramach umowy w rodzaju świadczenia odrębnie kontraktowane oraz hospitalizacji.

Rozliczenie hospitalizacji związanej z kwalifikacją do przeszczepu nerki

Przeszczepienie nerki zapewnia lepszą jakość życia pacjentom ze schyłkową niewydolnością nerek. Zanim chory zostanie zakwalifikowany do przeszczepu, musi przejść odpowiednie badania wstępne. Badania te wykonywane są w Oddziale Nefrologii. Hospitalizację związaną z wykonaniem badań wstępnych celem kwalifikacji do przeszczepu możemy rozliczyć za pomocą katalogu nr 1 b świadczeń odrębnych. Wówczas do sprawozdania

wykazujemy 5.52.01.0001356 Kwalifikacja do przeszczepu nerki – badanie wstępne. Świadczenie to ma wartość 43 punktów, z wyłączeniem kosztów dializ.

Ponadto w katalogu świadczeń odrębnych umieszczono inne świadczenia, które wiążą się z przeszczepieniem nerki. Należą do nich m.in.: kwalifikacja do przeszczepu nerki i/lub trzustki – badanie kontrolne (1 raz na kwartał), pogorszenie czynności przeszczepu – diagnostyka, leczenie, powikłania nieinfekcyjne u chorego po przeszczepieniu narządu lub szpiku – diagnostyka, leczenie (diagnostyka, leczenie pacjenta od 31 dnia po wykonaniu przeszczepu).

Rozliczenie hospitalizacji pacjenta z powodu objawów w zakresie układu moczowego.

Charakterystyka jednorodnych grup pacjentów dostępnych dla nefrologii uwzględnia także kody ICD-10 dotyczące objawów oraz nieprawidłowych wyników badań.

Hospitalizację pacjenta, na przykład z powodu nieprawidłowych wyników badania USG nerek, podczas której mimo przeprowadzonej diagnostyki nie ustalono rozpoznania, możemy rozliczyć wykazując kod ICD-10 R93.4 Nieprawidłowe wyniki badań obrazowych układu moczowego. Wskazany kod ICD-10 przypisze hospitalizację do grupy L86 Badania w zakresie dróg moczowych. Charakterystyka tej grupy zawiera wiele kodów ICD-10, które mogą być pomocne w sprawozdaniu hospitalizacji, podczas której nie ustalono ostatecznej diagnozy. Przykładem mogą być kody ICD-10 następujących objawów i nieprawidłowych wyników:

R30.0 Bolesne lub utrudnione oddawanie moczu (dyzuria), R30.1 Bolesne parcie na mocz, R31 Krwiomocz, nieokreślony, R94.4 Nieprawidłowe wyniki badań czynnościowych nerek.

Reasumując, wprowadzony system jednorodnych grup pacjentów stworzył wiele możliwości rozliczania hospitalizacji pacjentów. Zakres grup dostępnych dla nefrologii oraz ich charakterystyka, a także dodatkowe świadczenia uwzględniają choroby nerek, problemy i powikłania występujące u pacjentów poddawanych leczeniu nerkozastępczemu, ponadto mamy

możliwość rozliczenia hospitalizacji, której powodem były nieprawidłowe wyniki badań, a podczas której mimo wykonania pełnej diagnostyki nie zostało ustalone ostateczne rozpoznanie, jak również kwalifikację pacjenta do przeszczepu nerki, czy leczenie powikłań u chorego po przeszczepieniu nerki.

Rozliczenie jednorodnych grup pacjentów z zakresu onkologii klinicznej

W obowiązującym obecnie systemie rozliczeń świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych stworzono szereg nowych możliwości pokrywania kosztów postępowania medycznego. Znając szczegółowe zasady rozliczania możemy dokładniej odzwierciedlić poniesione nakłady w systemie sprawozdawczym.

Ewaluacja zakresu

Zakres, na podstawie którego można rozliczać onkologię kliniczną znajduje się w załączniku nr 1 a do Zarządzenia Nr 32/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 czerwca 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne.

Od dnia obowiązywania nowego systemu nastąpiło wiele zmian w materiałach szczegółowych. Początkowo katalog świadczeń z zakresu onkologii zawierał 54 grupy. Kolejna modyfikacja nastąpiła Zarządzeniem Prezesa NFZ nr 49. Dla grupy L29 Choroby pęcherza moczowego i moczowodu dodano tryb „leczenie jednego dnia”. W grupie S01 Intensywne leczenie ostrych białaczek > 10 dni uwaga została uzupełniona o reindukcję.

Kolejne zmiany wprowadzone Zarządzeniem Prezesa NFZ nr 67 również objęły zakres onkologii klinicznej. Rozszerzono uprawnienia do realizacji: S52 Niedobory odporności inne niż HIV/AIDS, S53 Posocznica, S55 Gorączka niejasnego pochodzenia. W zarządzeniu tym dodano także wartość punktową hospitalizacji < 2 dni w grupach: C57 Inne choroby gardła, uszu i nosa, F36 Choroby jelita grubego.

Charakterystykę grupy F04 Diagnostyczne zabiegi przewodu pokarmowego uzupełniono o procedury: 45.131 Esofagogastroduodenoskopia [EGD] i 45.16 Esofagogastroduodenoskopia z biopsją. Z grupy F94 Małe

zabiegi odbytu i odbytnicy usunięto procedury: 48.26 Biopsja tkanek okołodbytniczych, 49.01 Nacięcie ropnia okołodbytowego, 49.02 Nacięcie okołodbytowe – inne, 49.04 Wycięcie tkanek okolicy odbytu – inne, 49.22 Biopsja okołodbytowa, 49.23 Biopsja odbytu, 49.29 Zabiegi diagnostyczne odbytu/ tkanek okołodbytniczych – inne, 49.39 Miejscowe wycięcie/zniszczenie zmiany/tkanki odbytu – inne, 49.42 Wstrzyknięcie do hemoroidów, 49.43 Kauteryzacja hemoroidów, 49.44 Krioterapia hemoroidów, 49.932 Sączkowanie odbytu, 49.94 Odprowadzenie wypadniętego odbytu, 49.99 Operacje odbytu – inne.

W grupie F94 Małe zabiegi odbytu i odbytnicy usunięto procedury: 48.26 Biopsja tkanek okołodbytniczych, 49.01 Nacięcie ropnia okołodbytowego, 49.02 Nacięcie okołodbytowe – inne, 49.04 Wycięcie tkanek okolicy odbytu – inne, 49.22 Biopsja okołodbytowa, 49.23 Biopsja odbytu, 49.29 Zabiegi diagnostyczne odbytu/tkanek okołodbytniczych – inne, 49.39 Miejscowe wycięcie/ zniszczenie zmiany/ tkanki odbytu – inne, 49.42 Wstrzyknięcie do hemoroidów, 49.43 Kauteryzacja hemoroidów, 49.44 Krioterapia hemoroidów, 49.932 Sączkowanie odbytu, 49.94 Odprowadzenie wypadniętego odbytu, 49.99 Operacje odbytu – inne.

Charakterystykę grupy L29 Choroby pęcherza moczowego i moczowodu uzupełniono o rozpoznanie N39.8 Inne określone zaburzenia układu moczowego.

Charakterystykę grupy L69 Choroby prącia, jąder, nasieniowodu, moczowodu i cewki moczowej uzupełniono o procedury: C62.0 Nowotwór złośliwy (jądro niezstąpione), C62.1 Nowotwór złośliwy (jądro zstąpione), C62.9 Nowotwór złośliwy (jądro, nieokreślone), C63.0 Nowotwór złośliwy (najądrze), C63.1 Nowotwór złośliwy (powrózek nasienny), C63.2 Nowotwór złośliwy (moszna), S30.2 Stłuczenie narządów płciowych zewnętrznych.

Charakterystykę grupy S04 Choroby układu krwiotwórczego i odpornościowego < 2 dni uzupełniono o rozpoznania z grupy S01 Intensywne leczenie ostrych białaczek > 10 dni.

Zmiany wprowadzone Zarządzeniem Nr 94/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 22 października 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne również swoim zakresem obejmowały onkologię kliniczną. Wartość grupy S01 Intensywne leczenie ostrych białaczek > 10 dni podniesiono do wysokości 488 pkt; jednocześnie liczbę dni pobytu finansowaną grupą obniżono do 45 (wdrożenie leczenia, indukcja oraz reindukcja). W grupie S02 Choro-

by układu krwiotwórczego i odpornościowego > 10 dni liczbę dni pobytu finansowaną grupą podniesiono do 16, wartość punktową osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą podniesiono do 10 pkt. W grupie Choroby układu krwiotwórczego i odpornościowego > 1 dnia (S03) wprowadzono liczbę dni pobytu finansowaną grupą – 4, wartość punktową osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą podniesiono do 10 pkt.

Z grup S02–S04 Choroby układu krwiotwórczego i odpornościowego wydzielono grupy S05-S07 Zaburzenia krzepliwości, inne choroby krwi i śledziony.

Chemioterapia

Zasady rozliczania chemioterapii określone są w Zarządzeniu Nr 37/2008/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 czerwca 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapia z późniejszymi zmianami. Pierwszą, ważną zmianą jest odejście od sztywno opisanych w katalogu schematów chemioterapii. Takie rozwiązanie daje terapii możliwość budowania konfiguracji substancji czynnych zgodnie z wiedzą lekarza i potrzebami terapeutycznymi pacjenta.

Schemat buduje się w oparciu o substancje zawarte w załączniku do zarządzenia Prezesa NFZ, gdzie każdej substancji przypisana jest wartość określonej w tabeli jednostki. Należy przy tym pamiętać, że powyższy załącznik ma w zarządzeniu swoje rozszerzenie, w którym każdej z substancji przypisano rozpoznania, w których może być ona stosowana. Dodatkowo, załącznik zawiera listę substancji stosowanych w leczeniu wspomagającym. Wyszczególnienie tych leków i określenie ich wartości, wraz z kodami do rozliczeń, było jednym z powodów obniżenia wyceny wartości hospitalizacji związanej z podaniem chemioterapii. Jeśli jednak weźmiemy pod uwagę poniższy załącznik jako kolejny element możliwy do rozliczenia z NFZ, to zauważymy, że system zmierza do jasnego identyfikowania szczegółowych elementów kosztu terapii.

W sytuacji, gdy zaistnieje potrzeba zastosowania substancji czynnej nie ujętej w wykazie leków stosowanych w chemioterapii, świadczeniodawca może rozliczyć jego koszt na podstawie chemioterapii niestandardowej.

Zasady wnioskowania i rozliczania tego świadczenia opisują poniższe wytyczne:

Chemioterapia niestandardowa

Chemioterapia niestandardowa jest procedurą podania leku w terapii nowotworów realizowaną z wykorzystaniem substancji, które nie znajdują się w katalogu substancji czynnych stosowanych w chemioterapii lub gdy substancji czynnej zawartej w katalogu nie można rozliczyć w systemie sprawozdawczo-rozliczeniowym zgodnie z przyporządkowanym kodem ICD-10.

W celu skorzystania ze świadczenia należy uzyskać pozytywną opinię właściwego konsultanta wojewódzkiego (odpowiednio: w dziedzinie onkologii klinicznej, hematologii, hematoonkologii dziecięcej albo ginekologii onkologicznej) a następnie akceptację dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ. Wniosek musi zawierać:

1) pozytywną opinię zespołu kwalifikującego, w skład którego wchodzi: dyrektor ds. medycznych, dyrektor ekonomiczny/główny księgowy i ordynator oddziału wnioskującego o terapię, lub osoby przez nich upoważnione,

2) potwierdzenie pozytywnej odpowiedzi pacjenta na terapię – dotyczy kontynuacji terapii niestandardowej.

Jeżeli lek ma być zastosowany niezgodnie z charakterystyką produktu leczniczego, a w oparciu o „stosowanie leku zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej” należy dołączyć:

3) dokumenty (w języku polskim) potwierdzające efektywność kliniczną interwencji wobec pierwszorzędowych punktów końcowych na podstawie wysokiej jakości badań randomizowanych (minimum 3 pkt w skali Jadad) lub innych badań i rejestrów klinicznych,

4) świadomą zgodę pacjenta na zastosowanie terapii lekiem poza wskazaniami rejestracyjnymi.

Jeżeli będzie zastosowany produkt leczniczy poza wskazaniami rejestracyjnymi świadczeniodawca zobowiązany jest dodatkowo do:

1) Wcześniejszego sprawdzenia czy istnieją inne opcjonalne sposoby postępowania o udowodnionej efektywności klinicznej w danym wskazaniu,

2) Prowadzenia monitorowania stanu zdrowia pacjenta. Nowe informacje dotyczące efektywności leku oraz stanu zdrowia pacjenta powinny zostać zapisane.

Żeby rozliczyć świadczenia „chemioterapia niestandardowa” niezbędne jest uzyskanie pisemnej akceptacji dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu oddzielnie dla każdego wniosku świadczeniodawcy. Świadczeniodawca powinien uzyskać akceptację przed rozpoczęciem realizacji procedury, wyjątkowo, w uzasadnionych przypadkach w trakcie jej realizacji.

W Zarządzeniu nr 70 zmieniającym Zarządzenie Nr 37/2008/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 czerwca 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapia, dla świadczenia chemioterapia niestandardowa wprowadzono bardzo istotną zmianę. Dodano punkt 13, który brzmi: W ramach świadczenia chemioterapia niestandardowa nie może być finansowana substancja czynna w tym samym wskazaniu, w którym znajduje się w wykazie terapeutycznych programów zdrowotnych.

Kolejną istotną zmianą w rozliczaniu leczenia onkologicznego jest umożliwienie sprawozdawania hospitalizacji w ramach grup jednorodnych. Każda z poniższych grup opisana jest w załączniku nr 5 (charakterystyka grup).

Warto zauważyć, że poniższe hospitalizacje nie były możliwe do rozliczenia w poprzednim systemie finansowania.

Wprowadzenie możliwości rozliczania hospitalizacji nie wyeliminowało jednak finansowania „osobodnia” w oddziale onkologii. Świadczenia te umieszczono w odrębnym katalogu. Definicja hospitalizacji onkologicznej ewaluowała wraz z rozwojem nowego systemu.

W Zarządzeniu Nr 37/2008/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 czerwca 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapia świadczenia:

- 1 „osobodzień hospitalizacji hematologicznej u dorosłych”;
- 2) „osobodzień hospitalizacji onkologicznej u dorosłych”;
- 3) „osobodzień hospitalizacji hematologicznej u dzieci”;
- 4) „osobodzień hospitalizacji onkologicznej u dzieci”;

5) „osobodzień hospitalizacji pulmonologicznej w celu leczenia nowotworów u dorosłych”;

6) „podanie chemioterapii w trybie jednodniowym”;

– dotyczyły dni pobytu, w których nastąpiło podanie świadczeniobiorcy substancji czynnych ujętych w katalogu substancji, a także wykonanie innej procedury związanej z leczeniem nowotworów, znajdującej się w katalogu świadczeń wspomagających lub katalogu świadczeń do sumowania, stanowiącym załącznik nr 1c do zarządzenia. Definicja ta uniemożliwiała rozliczenie dni hospitalizacji, w których pacjent nie miał podanych substancji czynnych, bądź zastosowanego świadczenia z załącznika nr 1 c do sumowania.

Zarządzenie nr 70 zmieniające Zarządzenie Nr 37/2008/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 czerwca 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapia rozszerzyło definicję hospitalizacji onkologicznej:

- 1) „hospitalizacja hematologiczna u dorosłych”;
- 2) „hospitalizacja onkologiczna u dorosłych”;
- 3) „hospitalizacja hematoonkologiczna u dzieci”;
- 4) „hospitalizacja pulmonologiczna w celu leczenia nowotworów u dorosłych”;

– dotyczą dni pobytu, w których następuje realizacja świadczeń dla pacjenta w ramach umowy o świadczeniach opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapii i/lub wykonanie badań diagnostycznych związanych z leczeniem nowotworów lub leczeniem powikłań chemioterapii.

W Zarządzeniu nr 95 zmieniającym Zarządzenie Nr 37/2008/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 czerwca 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapia dokładnie określono, czym charakteryzuje się hospitalizacja onkologiczna. Zgodnie z tym zarządzeniem świadczenia te dotyczą dni pobytu, w których następuje realizacja świadczeń dla pacjenta w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapia polegająca na:

a) przygotowaniu pacjenta do przyjmowania chemioterapii, a następnie podawaniu leków wymienionych w załączniku nr 1f część A lub C, lub

- b) podawaniu leków finansowanych w ramach chemioterapii niestandardowej lub
- c) wykonaniu badań diagnostycznych związanych z leczeniem nowotworów lub
- d) leczeniu powikłań po chemioterapii lub
- e) pobycie pacjenta w trakcie cyklu chemioterapii.

Dotyczy to: hospitalizacji z podaniem chemioterapii (z wykonaniem lub nie badań diagnostycznych, z leczeniem lub nie powikłań chemioterapii), hospitalizacji z podaniem chemioterapii bez badań diagnostycznych i bez leczenia powikłań po chemioterapii, hospitalizacji z podaniem chemioterapii i wykonaniem badań diagnostycznych, bez leczenia powikłań, hospitalizacji z podaniem chemioterapii, wykonaniem badań diagnostycznych i leczeniem powikłań, hospitalizacji bez podania chemioterapii, w trakcie której wykonywane są badania diagnostyczne związane z leczeniem nowotworów (czyli badania np. celem oceny skuteczności i/lub monitorowania leczenia) bez leczenia powikłań po chemioterapii, hospitalizacji bez podania chemioterapii, ale związanej z leczeniem powikłań chemioterapii, czyli inaczej mówiąc leczeniem działań niepożądanych chemioterapii (toksyczność chemioterapii) z wykonaniem lub nie (zwykle zawsze) badań diagnostycznych.

W leczeniu powikłań III i IV po chemioterapii wykorzystujemy katalog leczenia wspomagającego (załącznik 1j) czyli z katalogu świadczeń onkologicznych (załącznik 1e) wykazujemy świadczenie 5.08.05.0000002 – hospitalizacja onkologiczna u dorosłych (6 pkt za osobodzień), do którego dosumowujemy świadczenie z załącznika 1j o określonym kodzie (w zależności od zastosowanej w chemioterapii substancji czynnej) o wartości 1 punkt za osobodni hospitalizacji, w których wystąpiły „takie epizody kliniczne”. Wykazanie podania chemioterapii z jednorodną grupą z powodu przedłużającej się hospitalizacji związanej np. z koniecznością nawodnienia chorego, podania określonej premedykacji, złego samopoczucia pacjenta czy współistniejących nudności, wymiotów itp., zostanie zakwestionowane przez NFZ, gdyż ww. sytuacje kliniczne będą potraktowane jako powikłania po chemioterapii lub świadczenia związane bezpośrednio z chemioterapią i powinny być rozliczone w ramach katalogu 1e.

Radioterapia

Procedury związane z leczeniem radioterapii zawarte są w katalogu nr 1 d do Zarządzenia Nr 32/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 czerwca 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne. Procedury te łączymy z „osobodniem” dla teleradioterapii bądź brachyterapii.

Hospitalizacja 5.52.01.0001424 – Hospitalizacja do brachyterapii i terapii izotopowej lub 5.52.01.0001440 – Hospitalizacja do teleradioterapii znajdują się w katalogu nr 1b „świadczeń odrębnych”.

Zasady kodowania hospitalizacji związanych z leczeniem chemioterapią bądź radioterapią

Podczas kodowania hospitalizacji pacjentów z chorobą nowotworową najważniejsze jest, jaki stan uznamy za rozpoznanie zasadnicze (stan, który w momencie wypisu ze szpitala został uznany za główny powód hospitalizacji), a który zakodujemy jako rozpoznanie współistniejące (wszystkie stany, nie będące głównym powodem hospitalizacji, które występują u pacjenta w momencie przyjęcia do szpitala oraz te, które powstały w trakcie leczenia i/lub wpływają na proces terapeutyczny i/lub przedłużają czas pobytu pacjenta w szpitalu).

Zasady, według których powinno odbywać się kodowanie hospitalizacji pacjenta z chorobą nowotworową:

- Jeżeli hospitalizacja pacjenta polega na leczeniu nowotworu o złośliwym charakterze, rozpoznaniem zasadniczym powinien być nowotwór złośliwy.
- Jeżeli do szpitala przyjmowany jest pacjent z nowotworem pierwotnym z przerzutami, a hospitalizacja polega wyłącznie na leczeniu miejsc przerzutów, rozpoznaniem zasadniczym jest lokalizacja przerzutów nowotworowych, mimo iż pierwotny nowotwór złośliwy wciąż jest obecny. W takiej sytuacji pierwotny nowotwór złośliwy jest rozpoznaniem współistniejącym.
- Jeżeli główną przyczyną przyjęcia pacjenta do szpitala jest leczenie niedokrwistości spowodowanej nowotworem złośliwym lub leczeniem

nowotworu złośliwego (chemioterapią, radioterapią), rozpoznaniem zasadniczym jest niedokrwistość (kody D61, D62, D64). Jako rozpoznanie współistniejące należy oznaczyć kod pierwotnego nowotworu złośliwego.

● Jeżeli główną przyczyną hospitalizacji pacjenta jest leczenie powikłania będącego rezultatem zabiegu chirurgicznego wykonanego w celu usunięcia nowotworu złośliwego, rozpoznaniem zasadniczym jest powikłanie.

● Jeżeli główną przyczyną hospitalizacji jest konieczność określenia stopnia złośliwości nowotworu lub wykonanie zabiegu diagnostycznego, np. nakłucia klatki piersiowej, za rozpoznanie zasadnicze uznamy pierwotną lokalizację komórek nowotworowych lub miejsce przerzutów. Takie rozpoznanie zasadnicze stawiamy nawet wówczas, kiedy u pacjenta stosowana jest jednocześnie chemioterapia i/lub radioterapia.

● Jeżeli hospitalizacja pacjenta z rozpoznaną chorobą nowotworową spowodowana jest innym problemem zdrowotnym niż nowotwór, wówczas rozpoznaniem zasadniczym będzie inny problem zdrowotny, natomiast rozpoznanie nowotworowe zakodujemy jako rozpoznanie współistniejące.

● Jeśli pacjent przebywa w szpitalu i jest leczony wyłącznie chemioterapią, możliwe jest rozliczenie następujących świadczeń:

Każdy dzień leczenia pacjenta w szpitalu należy wykazać jako jeden tzw. osobodzień (świadczenie z katalogu świadczeń podstawowych – chemioterapia – załącznik nr 1e). Do rozliczenia przedstawiamy wszystkie dni hospitalizacji, również te, podczas których nie była podawana pacjentowi chemioterapia. Wartość substancji czynnej zastosowanej u pacjenta chemioterapii (katalog substancji czynnych stosowanych w chemioterapii – załącznik nr 1f) rozliczamy tylko w te dni, kiedy pacjent otrzymywał chemioterapię.

Świadczenia z katalogu świadczeń wspomagających – chemioterapia (załącznik nr 1j DGL);

Świadczenia wykonane u pacjenta z katalogu świadczeń do sumowania (załącznik nr 1c SZP).

Przykłady rozliczania hospitalizacji, podczas których wykonano świadczenia z zakresu grup JGP, radioterapii i chemioterapii:

1. Choroba nowotworowa zdiagnozowana w trakcie hospitalizacji, podczas której następowo zastosowano leczenie (objawowe lub operacyjne) bez chemioterapii lub radioterapii.

Do rozliczenia możemy przedstawić łącznie:

- grupę JGP (zachowawczą lub zabiegową) z katalogu grup (załącznik nr 1a) oraz, po upływie czasu finansowania grupą, także dodatkowe osobodni ponad ryczałt finansowany grupą;

- świadczenia z katalogu świadczeń do sumowania (załącznik nr 1c).

2. Choroba nowotworowa zdiagnozowana w trakcie hospitalizacji, podczas której następowo zastosowano leczenie (objawowe lub operacyjne) oraz rozpoczęto chemioterapię lub radioterapię.

Do rozliczenia możemy przedstawić łącznie:

- grupę JGP (zachowawczą lub zabiegową) z katalogu grup (załącznik nr 1a); po upływie czasu finansowania grupą kolejne dni hospitalizacji rozliczamy jako osobodni, czyli świadczenia z katalogu świadczeń podstawowych – chemioterapia (załącznik nr 1e) albo świadczenia 5.52.01.0001424 – Hospitalizacja do brachyterapii i terapii izotopowej lub 5.52.01.0001440 – Hospitalizacja do teleradioterapii z katalogu świadczeń odrębnych (załącznik nr 1b);

- wartość substancji czynnej w oparciu o katalog substancji czynnych stosowanych w chemioterapii (załącznik nr 1f);

- świadczenia z katalogu świadczeń do sumowania (załącznik nr 1c);

- świadczenia z katalogu radioterapii (załącznik nr 1d);

- świadczenia z katalogu świadczeń wspomagających – chemioterapia (załącznik nr 1j).



Rozliczanie jednorodnych grup pacjentów z zakresu położnictwa i ginekologii

Łukasz Puchalski

Wprowadzenie rozliczania hospitalizacji z zakresu ginekologii i położnictwa od 1 lipca 2008 na podstawie jednorodnych grup pacjentów spowodowało wśród lekarzy pewne obawy co do zwrotu poniesionych kosztów w poszczególnych hospitalizacjach pacjentek. Powodów takiej sytuacji było kilka. Po pierwsze Narodowy Fundusz Zdrowia wprowadzając JGP nie posiadał wiarygodnych danych sprawozdawczych. Skutkiem takiej sytuacji było wprowadzenie do zakresu ginekologii i położnictwa nieprawidłowych procedur, kodów których już się nie sprawozdaje ze względu na wprowadzenie nowych technologii. Należy również wspomnieć o tym, że system JGP zweryfikował zakresy specjalności. Skutkiem tego było np. przeniesienie możliwości rozliczenia zabiegów nietrzymania moczu tylko z pozycji urologii. Zabieg ten na szeroką skalę wykonywany był z zakresu ginekologii i z powodzeniem rozliczany. Powodem takiej sytuacji było unormowanie i przyporządkowanie, przez system rozliczeń JGP, procedur do odpowiednich zakresów medycznych.

Ewaluacja zakresu

Zakres, na podstawie którego można rozliczać ginekologię i położnictwo znajduje się w załączniku nr 1 do Zarządzenia Nr 32/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 czerwca 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne.

Od daty wprowadzenia nowego systemu nastąpiły kolejno trzy zmiany materiałów szczegółowych. Początkowo katalog świadczeń z zakresu ginekologii zawierał 55 grup jednorodnych w tym 26 grup zabiegowych. Kolejna modyfikacja nastąpiła zarządzeniem Prezesa NFZ nr 49. Dopisano do §18 (przypadki nie limitowane) grupy typu:

N03 – Patologia ciąży lub płodu z porodem > 7dni

W grupach: J02 Radykalne odjęcie piersi, J01 Radykalne odjęcie piersi z rekonstrukcją, M02 Duże zabiegi dolnej części układu rozrodczego, M01 Kompleksowe zabiegi dolnej części układu rozrodczego, M11 Kompleksowe zabiegi górnej części układu rozrodczego, M12 Bardzo duże zabiegi górnej części układu rozrodczego dodano możliwość realizacji świadczeń

w trybie planowym czyli całodobowego udzielania świadczeń w trybie planowym w zamkniętym zakładzie opieki zdrowotnej, spełniającym wymagania określone w odrębnych przepisach, którego celem jest przeprowadzenie u pacjenta określonego postępowania leczniczego lub diagnostycznego.

W grupach: N02 Poród mnogi lub przedwczesny, N03 Patologia ciąży lub płodu z porodem usunięto hospitalizację poniżej 2 dni (48 godzin). W grupie N08 Ciężka patologia płodu – diagnostyka, leczenie zmieniono możliwość rozliczenia z II na III poziom referencyjny. Utworzona została nowa grupa N09 Ciężka patologia ciąży z porodem – diagnostyka rozszerzona, leczenie kompleksowe > 14 dni o wartości punktowej równej 97 punktów.

Zmieniono również wartości niektórych grup jednorodnych. M11 Kompleksowe zabiegi górnej części układu rozrodczego podniesiono do 235 punktów, M12 Bardzo duże zabiegi górnej części układu rozrodczego do 145 punktów, M01 Kompleksowe zabiegi dolnej części układu rozrodczego do 219 punktów. W grupie J04 wzięto pod uwagę koszt używanej podczas zabiegu protezy i podniesiono wartość do 79 punktów. Z tego powodu dodano do grupy procedurę 85.95 Wprowadzenie ekspandera do piersi, a do grupy J05 Średnia chirurgia piersi - 85.531 Jednostronne wszczepienie protezy piersiowej.

Do grup: N01 Poród, N02 Poród mnogi lub przedwczesny, N03 Ciężka patologia ciąży, płodu, zakończona porodem, N09 Ciężka patologia ciąży z porodem – diagnostyka rozszerzona, leczenie kompleksowe > 14 dni dodano możliwość sumowania świadczenia z załącznika numer 1c (3) świadczenie 5.53.01.0000708 przedłużona hospitalizacja matki karmiącej piersią z powodu stanu zdrowia dziecka – od 5 doby od porodu z wartością 2 punktów za osobodzień. Do zakresu grupy M13 Duże zabiegi górnej części układu rozrodczego dodano procedurę 68.51 Wycięcie macicy drogą pochwową w asyście laparoskopowej (LAVH). Natomiast grupę M15 Małe zabiegi górnej części układu rozrodczego uzupełniono o procedury 68.159 Endoskopowa (laparoskopowa) biopsja przydatków macicy – inne, 68.161 Endoskopowa (laparoskopowa) (histeroskopowa) biopsja macicy, 69.52 Odessanie zawartości macicy po porodzie lub poronieniu, 69.59 Inne zabiegi operacyjne w macicy, 69.03 Rozszerzenie kanału szyjki i wyłyżczkowanie ścian jamy macicy diagnostyczne i 69.04 Rozszerzenie kanału szyjki i wyłyżczkowanie ścian jamy macicy lecznicze. Do listy dodatkowej M1, z której należy skorzystać na przykład podczas rozliczania w hospitalizacji grupą M15

Małe zabiegi górnej części układu rozrodczego dodano rozpoznania O00.1 Ciąża jajowodowa i O00.2 Ciąża jajnikowa. W przypadku grupy N03 Patologia ciąży lub płodu z porodem zmniejszono warunek czasu z 10 na 7 dni w przypadku grupy N03 Patologia ciąży lub płodu z porodem i uzupełniono o procedury 75.62 Zeszycie świeżego położniczego uszkodzenia odbytu i zwieracza odbytu, 72.71 Próżniociąg położniczy z nacięciem krocza i 72.79 Próżniociąg położniczy – inne. W grupach N04 Patologia ciąży - diagnostyka, obserwacja < 3 dni, N05 Patologia ciąży i połogu – diagnostyka, leczenie > 2 dni, N06 Patologia ciąży i połogu – diagnostyka, leczenie > 11 dni, N07 Ciężka patologia ciąży – diagnostyka rozszerzona, leczenie kompleksowe uzupełniono o rozpoznanie dotyczące możliwości rozliczenia porodu przedwczesnego (zagrożającego) – O60 Poród przedwczesny. Z grupy N06 Patologia ciąży i połogu- diagnostyka, leczenie > 11 dni usunięto rozpoznania O12.0 Obrzęki ciążowe i O12.1 Białkomocz ciążowy. Wszelkie schorzenia dotyczące niewydolności nerek oraz z zaburzeniami chromosomalnymi umieszczono w grupie N07 Ciężka patologia ciąży – diagnostyka rozszerzona, leczenie kompleksowe. Usunięto możliwość rozliczania w zakresie ginekologii i położnictwa schorzeń takich jak:

O24.0 Istniejąca uprzednio cukrzyca insulinozależna

O24.1 Istniejąca uprzednio cukrzyca insulinoniezależna

Nowe zarządzenie wprowadziło również zmiany kosmetyczne. Zmieniona nazwę grupy jednorodnej N03 z „Ciężka patologia ciąży, płodu, zakończona porodem” na „Patologia ciąży lub płodu z porodem”.

Kolejnym etapem dostosowawczym było wprowadzenie w życie nowego zarządzenia Zarządzenie Nr 67/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 4 września 2008r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne. Przyniosło ono ze sobą kolejne zmiany, dotyczące również omawianego zakresu. Umożliwiono rozliczanie hospitalizacji grupą P14 Pourazowe uszkodzenia poza uszkodzeniem mózgu, Q18 Zabiegi na układzie limfatycznym, a także S53 Posocznica. Zarządzenie Prezesa NFZ nr 67 dało możliwość zastosowania procedury 5.52.01.0001469 Dyskwalifikacja z planowego zabiegu operacyjnego/ procedur inwazyjnych z powodu ujawnionych w szpitalu przeciwskazań (np. choroby infekcyjne, kardiologiczne, zmiana sposobu postępowania – odstąpienie od leczenia operacyjnego). Procedurę wyceniono na 8 punktów. Zmiana materiałów wprowadziła również poprawki kosmetyczne.

W grupie J02 zmieniono nazwę z „Radykalne odjęcie piersi” na „Kompleksowe zabiegi w obrębie piersi”.

Istotną zmianą zawartą w zarządzeniu było wprowadzenie modyfikacji w warunkach udzielanych świadczeń. W przypadku „hospitalizacji” w punkcie 34.4.1 (dotyczy warunki wymagane – zapewnienie realizacji badań) badanie histopatologiczne śródoperacyjne zmieniono z lokalizacji na zapewnienie dostępu. Taka sama sytuacja ma miejsce w przypadku hospitalizacji „planowej”.

Grupa J02 Radykalne odjęcie piersi zmieniono na: J02 Kompleksowe zabiegi w obrębie piersi i uzupełniono jej charakterystykę o procedurę 85.26 Wycięcie guza piersi – BCT.

Zmodyfikowano grupę N01 Poród usuwając rozpoznania takie jak:

O84.0 Poród mnogi w całości samoistny

O84.1 Poród mnogi w całości przy pomocy kleszczy lub/i próżniociągu

O84.2 Poród mnogi w całości przez cięcie cesarskie

Zmiany wprowadzone Zarządzeniem nr 94/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 22 października 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne również swoim zakresem obejmowały położnictwo i ginekologię. Dokonano zmiany w grupie M14 Średnie zabiegi górnej części układu rozrodczego – w której umożliwiono realizację w trybie leczenia jednego dnia. Tym samym usunięto wartość hospitalizacji poniżej 2 dni. Dodano także procedurę 68.17 Przepochwowa hydrolaparoskopia (THL)

Nastąpiła kolejna modyfikacja grupy J03 Proste odjęcie piersi. Dodano rozpoznania takie jak:

D24 Nowotwór niezłośliwy sutka

N60.0 Samotna torbiel sutka

N60.1 Rozlane torbielowate zwyrodnienie sutka

N60.2 Gruczolakowłókniakowatość sutka

N60.3 Stwardnienie tkanki włóknistej sutka

N60.4 Poszerzone przewody mlekowe sutka

N60.8 Inna łagodna dysplazja sutka

N60.9 Łagodna dysplazja sutka, nieokreślona

N63 Nieokreślony guzek w sutku

W grupie M04 Małe zabiegi dolnej części układu rozrodczego wprowadzono czas pobytu < 2 dni.

Zmodyfikowano grupę M05 Zabiegi w nietrzymaniu moczu i na szyi pęcherza moczowego u kobiet. Dopisano procedurę 59.793 Podwieszenie cewki i pęcherza z użyciem materiału syntetycznego. W grupie N03 Patologia ciąży lub płodu z porodem > 7 dni zmieniono warunki kierunkowe. W tej chwili aby sprawozdać hospitalizację tą grupą należy rozliczyć procedurę z listy procedur N03, rozpoznania zasadniczego z listy dodatkowej N3, rozpoznania współistniejącego z listy rozpoznań N03 oraz procedurę z listy dodatkowej N1 i listy dodatkowej N2, czas pobytu powyżej 7 dni. Taka sama sytuacja ma miejsce w przypadku grupy N09 Ciężka patologia ciąży z porodem – diagnostyka rozszerzona, leczenie kompleksowe > 14 dni zmieniono na: wymagane jest wskazanie procedury z listy procedur N03, rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań N07, rozpoznania współistniejącego z listy rozpoznań N03 oraz procedur z listy dodatkowej N1 i listy dodatkowej N5; czas pobytu > 14 dni

Z grupy N07 Ciężka patologia ciąży – diagnostyka rozszerzona, leczenie kompleksowe usunięto rozpoznania O12.0 Obrzęki ciążowe i O22.4 Guzy krwawnicowe w ciąży.

Dokonano zmiany w warunkach kierunkowych grupy N09 Ciężka patologia ciąży z porodem – diagnostyka rozszerzona, leczenie kompleksowe > 14 dni. Aktualnie aby sprawozdać grupę należy podać procedurę z listy procedur N03, rozpoznania zasadnicze z listy rozpoznań N07, rozpoznania współistniejącego z listy rozpoznań N03 oraz procedurę z listy dodatkowej N1 i listy dodatkowej N5. Czas pobytu musi być powyżej 14 dni.

W grupie M13 Duże zabiegi górnej części układu rozrodczego dodano procedurę:

68.24 Histerolaparoskopia lecznicza

W grupach z zakresu ginekologii i położnictwa (M03, M04, M13, M14, M15) uwzględniono alternatywnie możliwość sprawozdania rozpoznania (ICD10) współistniejącego.

Rozliczenie tzw. trudnych przypadków na podstawie jednorodnych grup pacjentów.

Rozdział ten poświęcono na przedstawienie kilku najczęściej występujących przypadków hospitalizacji i możliwości ich rozliczenia według jednorodnych grup pacjentów. Oto kilka grup, których rozliczenie może sprawiać

pewne trudności wśród osób, które są za to odpowiedzialne w jednostkach służby zdrowia.

Warto zwrócić uwagę na to, że duża część grup z zakresu ginekologii i położnictwa jest zabiegowa, a co za tym idzie sprawozdawczość w tych grupach w większości przypadków jest złożona i wymaga do rozliczenia podania więcej niż jednego kodu lub dodatkowego warunku jakim może być np. czas. Taką sytuację można zaobserwować w grupie M13 Duże zabiegi górnej części układu rozrodczego. Warunki kierunkowe w tej sytuacji są dość rozbudowane. Charakterystyka grup zezwała w tym momencie na rozliczenie w dwojaki sposób:

Pierwszy:

procedura z listy procedur M13,
rozpoznanie zasadnicze z listy dodatkowej M1 lub rozpoznanie
zasadnicze z listy rozpoznać M12,

Drugi:

procedura z listy procedur M13,
rozpoznanie współlistniejące z listy dodatkowej M2

Duża ilość grup jednorodnych z zakresu ginekologii i położnictwa ma podobną budowę jak powyższy przypadek. Różnią się tylko warunkami kierunkowymi. Zamiast np. rozpoznania trzeba spełnić warunek czasowy hospitalizacji poniżej dwóch dni (zakres charakterystyki JGP dostępny na dołączonej płycie CD).

Opierając swoje doświadczenie również na podstawie przeprowadzonych wielu konsultacji na oddziałach ginekologii i położnictwa w całym kraju chciałbym przedstawić kilka istotnych problemów z jakimi w dniu dzisiejszym można się spotkać realizując omawiany zakres JGP.

Przypadek I

Hospitalizacja pacjentki, która miała rozpoznanego raka trzonu macicy i została jej ona usunięta wraz z przydatkami. Obecnie jest wznowa w szczycie pochwy. Podczas hospitalizacji pobrano wycinek do badania histopatologicznego.

W tym przypadku należy zastanowić się czy nie korzystniej byłoby rozliczyć pacjentkę grupą zachowawczą sprawozdając rozpoznanie nowotworu raka trzonu macicy. Wycinek został pobrany do badania, ale nie mamy wyniku. Wiemy natomiast, że pacjentka ma rozpoznanie w zakresie C54. Zatem w sytuacji gdy hospitalizacja trwała powyżej dwóch dni hospitalizację można rozliczyć grupą M29 za 34 pkt.

Przypadek II

Sytuacja dotyczy możliwości rozliczenia porodu przedwczesnego.

W celu rozliczenia hospitalizacji z powodu porodu przedwczesnego należy w rekordzie pacjentki zawrzeć rozpoznanie zasadnicze z listy N02 (np. O60 Poród przedwczesny), procedurę z listy N03 (np. 74.2 Cięcie cesarskie pozaotrzewnowe) oraz procedury z listy dodatkowej N1 89.393 Kardiotokografia. W ten sposób hospitalizacja zostanie zakwalifikowana do grupy N02 Poród mnogi lub poród przedwczesny.

Przypadek III

Pacjentka przebywała na oddziale patologii ciąży z powodu zagrażającego porodu przedwczesnego. Przeniesiona z oddziału patologii ciąży na salę porodową celem ukończenia ciąży porodem przez cięcie cesarskie. Hospitalizacja pacjentki trwała 75 dni. Rozpoznaniem głównym na oddziale patologii ciąży było O12.3 Obrzęki ciążowe z białkomoczem. Procedura wykonana 88.781 USG płodu. Z racji pobytu powyżej 11 dni hospitalizacja może być rozliczona grupą N06 za 64 punkty. Na sali porodowej głównym rozpoznaniem było O82.0 Poród przez cięcie cesarskie z wyboru (planowany). Procedury wykonane:

- 74.2 Cięcie cesarskie pozaotrzewnowe
- 89.393 Kardiotokografia

Możliwe jest rozliczenie z grupy N01 Poród za 33 punkty. W takim przypadku (pacjentka została przeniesiona z patologii ciąży na salę porodową) możliwą do rozliczenia jest grupa JGP dotycząca patologii ciąży (ze względu na swoją wagę punktową oraz powód hospitalizacji). W tej sytuacji poród jest wliczony w przychód jaki otrzymano za rozliczenie hospitalizacji. Korzystniej byłoby zakończyć epizod patologii ciąży ze skierowaniem na salę porodową. W ten sposób mamy możliwość odrębnego rozliczenia pa-

tologii ciąży i samego porodu przez cięcie cesarskie. Tym samym rozliczymy dodatkowe 33 punkty za poród.

Warto również pamiętać o dodatkowych dniach za pobyt powyżej maksymalnego okresu finansowanego grupą JGP. W tym przypadku pacjentka hospitalizowana była 75 dni. Maksymalny okres finansowany grupą N06 wynosi 39 dni. Przyjmijmy założenie, że na oddziale patologii hospitalizacja trwała 60 dni (kolejne dni to pobyt w sali porodowej i oddziale położniczym). Można zatem doliczyć 21 dni po 3 punkty za każdy osobdzień. W tej sytuacji do podstawowej stawki, czyli 64 punktów, należy doliczyć dodatkowo 63 punkty. Tak więc łącznie za pobyt w oddziale patologii ciąży możemy rozliczyć 127 punktów co daje nam przy wartości 48 zł za 1 punkt sumę 6 096 zł.

Bardzo częstym problemem (nie tylko w tej sytuacji) z jakim można się spotkać w szpitalach jest nieprawidłowe działanie systemu rozliczeniowego – nie dolicza dodatkowych osobodni ponad standardową stawkę grupy. W tej sytuacji zaleca się wykonanie dodatkowej sprawozdawczości w formie papierowej oraz sygnalizacja odpowiednim jednostkom odpowiedzialnym za prawidłowe funkcjonowanie systemu rozliczeniowego.

Zakres położnictwa i ginekologii jest zbiorem dość obszernym. Na dzień dzisiejszy zawiera on zbiór rozpoznań (ICD-10) i procedur (ICD-9) w takiej formie, aby umożliwić prowadzenie pełnej sprawozdawczości w opisanej dziedzinie medycyny.

Rozliczanie jednorodnych grup pacjentów z zakresu chirurgia

Łukasz Puchalski

W zakresach dotyczących postępowania chirurgicznego rozliczenie hospitalizacji następuje w głównej mierze za pomocą grup zabiegowych. Tylko nieliczne przypadki to postępowanie zachowawcze. W zakresach chirurgicznych w przypadku grup zabiegowych warto zwrócić uwagę na możliwość rozliczenia hospitalizacji za pomocą JGP z warunkiem kierunkowym „a grupa bazowa”, czyli sytuacji, w której do rozliczenia potrzebne będzie podanie tylko jednej procedury ICD-9, oraz grupy „złożonej” gdzie w rekordzie hospitalizacji sprawozdawanej do Narodowego Funduszu Zdrowia wymagane jest podanie rozszerzonych warunków kierunkowych takich jak np. procedura główna, procedura dodatkowa, czas hospitalizacji, czy nawet rozpoznanie ICD-10.

Katalog grup jednorodnych dzieli chirurgię na specjalności.

Każda z nich ma wyszczególniony w charakterystyce zakres warunków kierunkowych służących do rozliczenia.

Chirurgia dziecięca (zakres charakterystyki JGP dostępny na dołączonej płycie CD),

Chirurgia klatki piersiowej (zakres charakterystyki JGP dostępny na dołączonej płycie CD),

Chirurgia naczyniowa (zakres charakterystyki JGP dostępny na dołączonej płycie CD),

Chirurgia ogólna (zakres charakterystyki JGP dostępny na dołączonej płycie CD),

Chirurgia onkologiczna (zakres charakterystyki JGP dostępny na dołączonej płycie CD),

Chirurgia plastyczna (zakres charakterystyki JGP dostępny na dołączonej płycie CD),

Chirurgia szczękowo- twarzowa (zakres charakterystyki JGP dostępny na dołączonej płycie cd)

Dodatkowe katalogi świadczeń

Należy również przypomnieć, że dodatkowo grupy jednorodne można sumować ze świadczeniami z katalogu „do sumowania” (załącznik nr 3 do zarządzenia Prezesa NFZ). Zawarte są w nim świadczenia, które w poprzednim systemie umieszczone były w katalogu świadczeń szpitalnych z uwagą „można sumować”.

Mamy również możliwość rozliczenia świadczeń znajdujących się w katalogu świadczeń „sierocych” (załącznik nr 2 do Zarządzenia Nr 94/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 czerwca 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne). Są to procedury, których nie dało się zakwalifikować do konkretnych grup jednorodnych z powodu np. ich wysokiej kosztochłonności, występowania w wielu zakresach medycznych. Takim świadczeniem są np. procedury:

5.52.01.0001469 Dyskwalifikacja z planowego zabiegu operacyjnego/ procedur inwazyjnych z powodu ujawnionych w szpitalu przeciwwskazań (np. choroby infekcyjne, kardiologiczne, zmiana sposobu postępowania – odstąpienie od leczenia operacyjnego)

5.52.01.0001445 Hospitalizacja związana z wytworzeniem stałego dostępu naczyniowego z użyciem cewnika typu Broviac, Hickman lub Groshong – obejmuje koszt wyrobu medycznego (cewnika)

Urazy wielonarządowe

Dość częstym przypadkiem z jakim można się spotkać na oddziałach chirurgicznych są pacjenci z urazami wielonarządowymi. Aby prawidłowo rozliczyć taki przypadek należy wskazać w raporcie statystycznym wszystkie rozpoznania według ICD-10, z których rozpoznanie zasadnicze odpowiada urazowi z przedziału rozpoznań T00 – T07 oraz wszystkie istotne procedury medyczne według ICD-9 w celu wyznaczenia grupy o najwyższej wartości punktowej z katalogu grup jednorodnych (załącznik nr 1 do Zarządzenia Nr 94/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 czerwca 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania

i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne). Rozliczenie świadczenia odbywa się poprzez grupę z katalogu grup, stanowiącego załącznik nr 1 do zarządzenia Prezesa NFZ wraz z ewentualnie dołączonymi osobodniami ponad limit ustalony dla grupy, skorygowaną jednym z poniższych wskaźników wskazujących na rozległość urazu wielonarządowego (liczbę narządów objętych urazem):

urazy wielonarządowe 4 i więcej narządów – 1,85,

urazy wielonarządowe 3 narządów – 1,78,

urazy wielonarządowe 2 narządów – 1,54.

W powyższym przypadku jest możliwe dosumowanie świadczeń z załącznika nr 3 do zarządzenia Prezesa NFZ, w tym świadczeń udzielonych w OAiT.

Ewaluacja zakresów chirurgii

Zakres, na podstawie którego można rozliczać różne zakresy z zakresu chirurgii znajduje się w załączniku nr 1 do Zarządzenia Nr 32/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 czerwca 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne.

Od daty wprowadzenia nowego systemu nastąpiły kolejno trzy zmiany materiałów szczegółowych. Wprowadzona charakterystyka grup jednorodnych 1 lipca 2008 roku była zbiorem schorzeń i procedur w pewnym stopniu nie dopracowana. Dopiero wprowadzenie kolejnych zmian dało pewien jasny zbiór kodów pozwalający na prawidłowe sprawozdawanie hospitalizacji. Katalog weryfikowano trzykrotnie:

Zarządzenie Nr 49/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 lipca 2008r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne,

Zarządzenie Nr 67/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 4 września 2008r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne,

Zarządzenie Nr 94/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 22 października 2008r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju:

– leczenie szpitalne

Rozliczenie zakresów chirurgicznych w jednorodnych grupach pacjentów sprawia wiele trudności i niejasności dotyczących rozliczania konkretnych przypadków. Niejednokrotnie związane one są z problemem w zakwalifikowaniu jednostki chorobowej do grupy, oraz możliwości sumowania świadczeń. Oto kilka koronnych przypadków hospitalizacji, które w fazie wdrażania systemu sprawiały największe trudności.

Przypadek I

Złamanie obojczyka

Aby prawidłowo rozliczyć taką hospitalizację należy wykazać grupę H64 Mniejsze złamania lub zwichnięcia. W tym przypadku wymagane jest wskazanie procedury z listy procedur H64 oraz rozpoznania zasadniczego z listy H8. Należy wykazać do rozliczenia rozpoznanie S42.0 Złamanie obojczyka, procedurę 79.09 Zamknięte nastawienie złamania bez wewnętrznej stabilizacji – inne wyszczególnione kości. Wartość grupy wynosi 19 punktów co przy wartości 48 zł za punkt daje nam przychód równy 912 zł.

Przypadek II

Hospitalizacja pacjenta z powodu rozpoznania S06.4 Krwotok nadtwardówkowy. Wykonano świadczenie: 01.245 Kraniotomia z usunięciem krwaka nadtwardówkowego.

W wyżej wymieniony przypadek hospitalizacji można rozliczyć za pomocą grupy A13 Średnie zabiegi wewnątrzczaszkowe. Należy podać do rozliczenia rozpoznanie zasadnicze: S06.4 Krwotok nadtwardówkowy, procedurę zasadniczą 01.245 Kraniotomia z usunięciem krwaka nadtwardówkowego. Wartość grupy wynosi 121 punktów, co przy wartości 48 zł za punkt daje nam 5808 zł. Liczba dni hospitalizacji finansowana pełną stawką w tej grupie wynosi 33 dni – co oznacza, że za czas pobytu w szpitalu do 33 dni (ale jak wspomniano powyżej, trwający powyżej 48 godzin) świadczeniodawca otrzyma pełną stawkę rozliczanej grupy. Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą wynosi 6 punkty (288PLN).

Przypadek III

Wyłonienie odbytu sztucznego (ICD-9 48.1) na jelicie grubym w przebiegu rak narządu rodowego (np. macicy – ICD-10 C54; C55).

W praktyce klinicznej operuje się chore pacjentki na raka macicy, którym należy wyłonić sztuczny odbyt. Podyktowane jest to np. przetoką pochwo-

wo-odbytniczą po radioterapii raka macicy, krwawieniem ze śluzówki jelita grubego, naciekaniem na jelito grube przez raka macicy i powstającej w ten sposób niedrożności przewodu pokarmowego.

Zabieg operacyjny wytworzenia przetoki odbytniczej, wykonany u pacjentki z chorobą nowotworową można rozliczyć w ramach grupy F32 Duże zabiegi jelita grubego. Jako rozpoznanie zasadnicze należy wykazać kod: K60.4 Przetoka odbytnicza, rozpoznanie współistniejące: Nowotwór np. macicy ICD-10, C54; C55, kod wykonanego świadczenia: 48.1 Wytworzenie przetoki odbytniczej. Wartość grupy w przypadku hospitalizacji powyżej 48 godzin wynosi 97 punktów, co przy wartości 48 zł za punkt daje 4656 zł.

Przypadek IV

Przetoka ropna klatki piersiowej z wycięciem tej przetoki

Wyżej wymieniony przypadek hospitalizacji pacjenta, można rozliczyć poprzez grupę D02 Kompleksowe zabiegi klatki piersiowej. Jest to grupa bazowa wymagająca podania kodu procedury ICD-9 z listy rozpoznań zawartej w grupie. W zależności od umiejscowienia wyciętej chirurgicznie przetoki należy wykazać:

33.422 Wycięcie przetoki oskrzelowo-skórnej,

33.423 Wycięcie przetoki oskrzelowo-przełykowej

33.424 Wycięcie przetoki oskrzelowo-trzewnej

Wartość grupy wyceniona jest na 245 punktów co daje nam kwotę 11760 zł. Warto pamiętać, że ta grupa posiada adnotację w kolumnie uwagi w katalogu JGP – w chirurgii ogólnej w stanach nagłych.

Przypadek V

Ropień około odbytniczy – nacięcie i drenaż ropnia i drenaż

Zgodnie z Zarządzeniem nr 94 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia hospitalizację pacjenta z powodu wykonania nacięcia i drenażu ropnia około odbytniczego możemy rozliczyć poprzez grupę:

F53 Średnie i endoskopowe zabiegi w chorobach zapalnych jelit, wykazując kod procedury ICD-9 z zakresu grupy 49.02 Nacięcie okołodbytowe – inne oraz jedno z poniższych rozpoznań:

K50.0 Choroba Crohna jelita cienkiego,

K50.1 Choroba Crohna jelita grubego

- K50.8 Inne postacie choroby Crohna
- K50.9 Choroba Crohna, nieokreślona
- K51.0 Wrzodziejące (przewlekłe) zapalenie jelita cienkiego i grubego
- K51.1 Wrzodziejące (przewlekłe) zapalenie jelita krętego i grubego
- K51.2 Wrzodziejące (przewlekłe) zapalenie prostonicy
- K51.3 Wrzodziejące (przewlekłe) zapalenie prostonicy i esicy
- K51.4 Rzekoma polipowatość jelita grubego
- K51.5 Śluzowe zapalenie prostonicy i okrężnicy
- K51.9 Wrzodziejące zapalenie jelita grubego, nieokreślone
- K52.0 Zapalenie żołądka, jelit i okrężnicy wywołane promieniowaniem
- K52.1 Toksyczne zapalenie żołądka, jelit i okrężnicy
- K52.8 Inne określone niezakaźne zapalenie żołądkowo-jelitowe i jelita grubego
- K62.7 Popromienne zapalenie prostonicy

F63 Średnie i endoskopowe diagnostyczne zabiegi w krwawieniach z przewodu pokarmowego, wykazując kod procedury ICD-9 z zakresu grupy 49.02 Nacięcie okołodbytowe – inne oraz jedno z poniższych rozpoznań:

- I85.0 Żyłaki przełyku z krwawieniem
- K22.6 Żołądkowo-przełykowe pęknięcie śluzówki z krwawieniem
- K25.0 Wrzód żołądka (ostry z krwotokiem)
- K25.2 Wrzód żołądka (ostry z krwotokiem i przedziurawieniem)
- K25.4 Wrzód żołądka (przewlekły lub nieokreślony z krwotokiem)
- K25.6 Wrzód żołądka (przewlekły lub nieokreślony z krwotokiem i z przedziurawieniem)
- K26.0 Wrzód dwunastnicy (ostry z krwotokiem)
- K26.2 Wrzód dwunastnicy (ostry z krwotokiem i przedziurawieniem)
- K26.4 Wrzód dwunastnicy (przewlekły lub nieokreślony z krwotokiem)
- K26.6 Wrzód dwunastnicy (przewlekły lub nieokreślony z krwotokiem i z przedziurawieniem)
- K27.0 Wrzód trawienny o nieokreślonym umiejscowieniu (ostry z krwotokiem)
- K27.2 Wrzód trawienny o nieokreślonym umiejscowieniu (ostry z krwotokiem i przedziurawieniem)
- K27.4 Wrzód trawienny o nieokreślonym umiejscowieniu (przewlekły lub nieokreślony z krwotokiem)

- K27.6 Wrzód trawienny o nieokreślonym umiejscowieniu
(przewlekły lub nieokreślony z krwotokiem i z przedziurawieniem)
- K28.0 Wrzód żołądka i jelit (ostry z krwotokiem)
- K28.2 Wrzód żołądka i jelit (ostry z krwotokiem i przedziurawieniem)
- K28.4 Wrzód żołądka i jelit (przewlekły lub nieokreślony z krwotokiem)
- K28.6 Wrzód żołądka i jelit
(przewlekły lub nieokreślony z krwotokiem i z przedziurawieniem)
- K29.0 Ostre krwotoczne zapalenie żołądka
- K92.0 Wymioty krwawe
- K92.1 Stolce smołowate
- K92.2 Krwotok żołądkowo-jelitowy, nieokreślony

W przypadku braku rozpoznania zasadniczego proponowanego przez Narodowy Fundusz Zdrowia w liście rozpoznań zawartych w charakterystyce danej grupy należy takie świadczenie rozliczyć poprzez ambulatoryjną opiekę specjalistyczną.

Przypadek VI

Martwica z owrzodzeniem uda po urazie – wycięcie tkanek martwiczych.

Usunięcie tkanki martwiczej można rozliczyć poprzez Grupę H84 Mniejsze zabiegi w obrębie układu mięśniowo-szkieletowego. Grupa H84 Mniejsze zabiegi w obrębie układu mięśniowo-szkieletowego w swojej etykietce zawiera warunki wskazania procedury z listy procedur H84, rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań H67 lub rozpoznania zasadniczego z listy dodatkowej H8; czas pobytu < 2 dni. Należy więc wskazać z listy procedur procedurę 86.271 Usunięcie tkanki martwiczej oraz kod rozpoznania zasadniczego (z listy rozpoznań H67 lub listy dodatkowej H8) .

W przypadku hospitalizacji >2 dni martwicę tkanek miękkich można rozliczyć poprzez grupę H86 Choroby tkanek miękkich. Jest to grupa bazowa w której wymagane jest wskazanie rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań zawartych w grupie np. M79.8 Inne określone choroby tkanek miękkich lub M79.9 Nieokreślone choroby tkanek miękkich. Dodatkowo należy wykazać kod wykonanej procedury ICD-9 np. 86.222 Wycięcie martwiczej tkanki lub 86.271 Usunięcie tkanki martwiczej.

W przypadku hospitalizacji, która trwała powyżej 10 dni, można rozliczyć poprzez grupę H81 Kompleksowe zabiegi w chorobach infekcyjnych, nowotworowych kości, stawów, tkanki łącznej > 10 dni. Etykieta grupy zawiera dodatkowe warunki, które należy wskazać procedurę z listy procedur H81 np. 86.222 Wycięcie martwiczej tkanki oraz rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań H81 odnoszącego się do głównej przyczyny przyjęcia pacjenta na oddział.

Najczęściej występujące problemy w wytypowaniu grupy – pytania i odpowiedzi

Opierając się na własnych doświadczeniach, nabytych podczas przeprowadzonych wielu konsultacji w szpitalach w całym kraju, w dalszej części opracowania przedstawimy problematyczne do rozliczenia przypadki.

Przypadek I

Hospitalizacja pacjentki, która miała rozpoznanie raka trzonu macicy i została jej ona usunięta wraz z przydatkami. Obecnie jest wznowa w szczycie pochwy. Podczas hospitalizacji pobrano wycinek do badania histopatologicznego.

W tym przypadku należy zastanowić się czy nie korzystniej byłoby rozliczyć pacjentkę grupą zachowawczą sprawozdając rozpoznanie nowotworu raka trzonu macicy. Wycinek został pobrany do badania, ale nie mamy wyniku. Wiemy natomiast, że pacjentka ma rozpoznanie w zakresie C54. Zatem w sytuacji, gdy hospitalizacja trwała powyżej dwóch dni hospitalizację można rozliczyć grupą M29 za 34 pkt.

Przypadek II

Jaka jest możliwość rozliczenia porodu przedwczesnego?

W celu rozliczenia hospitalizacji z powodu porodu przedwczesnego należy w rekordzie pacjentki zawrzeć rozpoznanie zasadnicze z listy N02 (np. O60 Poród przedwczesny), procedurę z listy N03 (np. 74.2 Cięcie cesarskie pozaotrzewnowe) oraz procedury z listy dodatkowej N1 89.393 Kardiotokografia. W ten sposób hospitalizacja zostanie zakwalifikowana do grupy N02 Poród mnogi lub poród przedwczesny.

Przypadek III

Pacjentka przebywała na oddziale patologii ciąży z powodu zagrażającego porodu przedwczesnego. Przeniesiona z oddziału patologii ciąży na salę porodową celem ukończenia ciąży porodem przez cięcie cesarskie. Hospitalizacja pacjentki trwała 75 dni. Rozpoznanie główne na oddziale patologii ciąży było O12.3 Obrzęki ciążowe z białkomoczem. Jak zakwalifikować takie świadczenie?

Procedura wykonana 88.781 USG płodu. Z racji pobytu powyżej 11 dni hospitalizacja może być rozliczona grupą N06 za 64 punkty. Na sali porodowej głównym rozpoznaniem było O82.0 Poród przez cięcie cesarskie z wyboru (planowany). Procedury wykonane:

- 74.2 Cięcie cesarskie pozaotrzewnowe
- 89.393 Kardiotokografia

Możliwe jest rozliczenie z grupy N01 Poród za 33 punkty. W takim przypadku (pacjentka została przeniesiona z patologii ciąży na salę porodową) możliwą do rozliczenia jest grupa JGP dotycząca patologii ciąży (ze względu na swoją wagę punktową oraz powód hospitalizacji). W tej sytuacji poród jest wliczony w przychód jaki otrzymano za rozliczenie hospitalizacji. Korzystniej byłoby zakończyć epizod patologii ciąży ze skierowaniem na salę porodową. W ten sposób mamy możliwość odrębnego rozliczenia patologii ciąży i samego porodu przez cięcie cesarskie. Tym samym rozliczymy dodatkowo 33 punkty za poród.

Warto również pamiętać o dodatkowych dniach za pobyt powyżej maksymalnego okresu finansowanego grupą JGP. W tym przypadku pacjentka hospitalizowana była 75 dni. Maksymalny okres finansowany grupą N06 wynosi 39 dni. Przyjmijmy założenie, że na oddziale patologii hospitalizacja trwała 60 dni (kolejne dni to pobyt w sali porodowej i oddziale położniczym). Można zatem doliczyć 21 dni po 3 punkty za każdy osobodzień. W tej sytuacji do podstawowej stawki, czyli 64 punktów, należy doliczyć dodatkowo 63 punkty. Tak więc łącznie za pobyt w oddziale patologii ciąży możemy rozliczyć 127 punktów, co daje nam przy wartości 48 zł za 1 punkt sumę 6 096 zł.

Bardzo częstym problemem (nie tylko w tej sytuacji) z jakim można się spotkać w szpitalach jest nieprawidłowe działanie systemu rozliczeniowego – nie dolicza dodatkowych osobodni ponad standardową stawkę grupy. W tej sytuacji zaleca się wykonanie dodatkowej sprawozdawczości w formie papierowej oraz sygnalizacja odpowiednim jednostkom odpowiedzialnym za prawidłowe funkcjonowanie systemu rozliczeniowego.

Przypadek IV

Jak rozliczyć świadczenie udzielone dla pacjenta ze złamaniem żebra i odmą opłucnej leczoną zachowawczo?

Należy rozważyć możliwość rozliczenia z grupy H64 – Mniejsze złamania lub zwichnięcia.

Etykieta „e” – wymagane wskazanie procedury z listy procedur H64 oraz rozpoznania zasadniczego z listy dodatkowej H8 procedura – np. 79.092 Zamknięte nastawienie złamania bez wewnętrznej stabilizacji – inne wyszczególnione kości (żebra) rozpoznania z listy H8 – np. S22.3 Złamanie żebra S27.0 Urazowa odma opłucnowa

Ponadto można też przyrzeć się grupie H56 Zespoły bólowe kręgosłupa – wystarczy podać grupę bazową – np. S20.2 Stłuczenie klatki piersiowej.

Przypadek V

Jaka jest możliwość rozliczenia zachowawczego leczenia uchyłku esicy?

Proponuję Grupę F46 – Choroby jamy brzusznej.

Etykieta „a” – wystarczy przedstawić do rozliczenia grupę bazową

Myślę, że R10.3 Ból zlokalizowany w innych okolicach podbrzusza lub „r” – jako rozpoznanie zasadnicze dla poniższych rozpoznań wymagane wskazanie właściwego kodu z listy ogólnej czyli K57.3 Choroby uchyłka jelita grubego bez przedziurawienia lub ropnia.

Przypadek VI

Pacjentka z nowotworem nerki ma przerzuty do kości i dostaje dożylnie lek (wypisywany na receptę, odpadają koszty leku), pobyt jest jednodniowy. Jak rozliczyć takie świadczenie?

Hospitalizacja pacjentki z rozpoznaniem rakiem nerki z przerzutami do kości leczona w opisany sposób powinna być rozliczona grupą L08: Nowotwory nerek i dróg moczowych, a nie grupą H89: choroby niezapalne stawów i kości. Jeżeli ta hospitalizacja związana jest z podaniem zakupionego przez chorą leku w aptecce zewnętrznej, nie jest to zgodne z obowiązującym zarządzeniem i prawem farmaceutycznym, gdyż w trakcie hospitalizacji świadczeniodawca ma obowiązek zapewnić lek chorej z apteki szpitalnej. Zgodnie z §13 ust.5 Zarządzenia Nr 67/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 4 września 2008 r., w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne: „Koszty wykonania niezbędnych badań laboratoryjnych, diagnostyki obrazowej, produktów leczniczych oraz wyrobów medycznych zastosowanych w trakcie

udzielania świadczeń we wszystkich zakresach świadczeń, ponosi świadczeniodawca...”, co oznacza, że wszystkie świadczenia wykonane w trakcie hospitalizacji pacjenta, w tym zastosowane leczenie, są finansowane przez NFZ w ramach kosztów hospitalizacji. W systemie JGP w charakterystyce poszczególnych grup nie są uwzględniane stosowane w terapii leki. Koszt wszystkich leków zastosowanych w trakcie pobytu szpitalnego jest wliczony w koszt hospitalizacji. W przypadku zrealizowania przez chorą recepty na lek refundowany chora ta powinna mieć go podany w warunkach ambulatoryjnych. Przy kontroli NFZ na pewno zakwestionuje takie postępowanie.

Przypadek VII

Chory z podejrzeniem guza okolicy potylicznej lewej przyjęty celem pogłębienia diagnostyki. W badaniu neurologicznym porażenie nerwu twarzowego z opadaniem powieki oka. Wykonano NMR mózgowia (3 osobodni). W NMR – bez cech guza. Do jakiej grupy zostanie zakwalifikowane świadczenie?

Ponieważ w badaniach obrazowych nie stwierdzono zmian o charakterze guza mózgu, hospitalizacji tej nie można rozliczyć grupą A34: Guzy mózgu, gdyż w jej charakterystyce zawarte są tylko rozpoznania nowotworów złośliwych mózgu. Natomiast w charakterystyce grupy A87 nie ma rozpoznań związanych z porażeniem nerwu twarzowego.

W przypadku hospitalizacji w oddziale neurologicznym, gdzie ww. pacjent powinien być diagnozowany, rozliczenie świadczeń tej hospitalizacji powinno być grupą A56: Choroby nerwów czaszkowych, która zawiera w swojej charakterystyce rozpoznania związane z zaburzeniami nerwu twarzowego m.in.:

G51.0 „Obwodowe” porażenie nerwu twarzowego [porażenie Bella]

G51.1 Zapalenie zwoju kolanka

G51.2 Zespół Melkerssona

G51.3 Przewlekły skurcz połowy twarzy

G51.4 Miokimia twarzowa

G51.8 Inne zaburzenia nerwu twarzowego

G51.9 Zaburzenia nerwu twarzowego, nieokreślone

Grupa A56 nie jest przypisana specjalności: onkologia kliniczna. Dlate-

go w przypadku hospitalizacji tego pacjenta w oddziale onkologicznym można, niestety, tylko wykazać świadczenie z katalogu 1b: Hospitalizacja z przyczyn nie ujętych gdzie indziej (10 punktów). W takich przypadkach chory powinien być diagnozowany w oddziale neurologicznym, a oddziały onkologiczne muszą zajmować się chorymi ze zdiagnozowaną już chorobą nowotworową, a nie ich diagnostyką, bo inaczej będą finansowo na tym tracić.

Przypadek VIII

Czy można i jak należy rozliczyć liczne relaparotomie u pacjenta w OAiIT w trakcie leczenia ostrego zapalenia trzustki? Pacjent w trakcie pobytu miał wykonaną stomię oraz drenaż przestrzeni zaotrzewnowej i drenaż pęcherzyka żółciowego. Następnie wykonywano liczne relaparotomie i płukania otrzewnej w warunkach bloku operacyjnego. Jak należy rozliczyć takie zabiegi poza OAiIT jako procedury dodatkowo płatne poza systemem TISS.

Rozliczanie leczenia ostrego zapalenia trzustki:

W trakcie leczenia ostrego zapalenia trzustki i wykonanych w czasie pobytu w OAiIT zabiegów relaparotomii, należy rozliczyć pacjenta wg JGP – grupą G31 Kompleksowe zabiegi trzustki za 245 pkt + za każdy zabieg 5.53.01.0000120. Otwarcie jamy otrzewnowej w ostrym zapaleniu trzustki – relaparotomia za 51 pkt (załącznik nr 3 do zarządzenia 94/2008). W trakcie pobytu na OAiIT w dniach, kiedy była wykonana relaparotomia nie możemy do rozliczenia wykazać dni wg skali TISS-28. W przypadku, gdy pacjent z rozpoznanym zapaleniem trzustki o ostrym przebiegu i wykonywanych zabiegach relaparotomii był hospitalizowany poza OAiIT np. na oddziale chirurgii ogólnej, a zabiegi miał wykonane w ramach bloku operacyjnego rozliczymy go grupą G31 Kompleksowe zabiegi trzustki i również będziemy mogli dosumować procedurę 5.53.01.0000120 Otwarcie jamy otrzewnowej w ostrym zapaleniu trzustki – relaparotomia za 51 pkt.

Przypadek IX

Czy można i co należy zrobić, aby NFZ rozliczał tracheostomię metodą Griggsa wykonaną w OAiIT jako dodatkowo płatną procedurę?

Wykonanie tracheostomii u pacjenta przebywającego w OliAT jest wliczone w skalę punktów TISS-28. Jeśli natomiast podjęta jest decyzja o wy-

konaniu tracheostomii na bloku operacyjnym, to można rozliczyć ten zabieg grupą JGP, np. : ICD-9 31.29 Inna stała tracheostomia, C12 Duże zabiegi jamy ustnej, gardła i krtani lub np. 31.1 Tracheostomia czasowa C15 Małe zabiegi jamy ustnej, gardła i krtani. Należy pamiętać o tym, że za dzień, w którym wykonywany jest zabieg w ramach bloku operacyjnego nie możemy już rozliczać punktów w skali TISS-28.

Przypadek X

Pacjent przebywa na oddziale OAiIT, w trakcie pobytu ma wykonywany zabieg operacyjny. Za jaki czas można rozliczyć kolejny.

Wg zarządzenia 67/2008 wykazujemy najwyżej punktowaną grupę zabiegową (najbardziej kosztochłonną). Nie ma możliwości sumowania (wyjątek stanowi grupa G36). O tym mówi § 19 zarządzenia 67/2008.

„W przypadku pacjentów leczonych w OAiIT, u których podczas hospitalizacji wykonywane były świadczenia z grup zachowawczych albo świadczenia z grup zabiegowych, o których mowa w ust. 6 (w katalogu grup stanowiącym załącznik nr 1a do zarządzenia grupy o charakterze zabiegowym zostały oznaczone symbolem „*”) albo świadczenia z katalogu świadczeń odrębnych, stanowiącego załącznik nr 1b do zarządzenia, rozliczanie świadczeń z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii odbywa się poprzez świadczenia z katalogu świadczeń do sumowania, stanowiącego załącznik nr 1c do zarządzenia, zawierającego transformację poszczególnych ocen w skali TISS-28 lub TISS-28 dla dzieci na liczbę punktów transformowanych wraz z odpowiadającą im wartością punktową.”

Przypadek XI

Czy w trakcie przekazywania pacjenta do kolejnego oddziału istnieje standard „podtrzymywania” rozpoznania głównego oraz ewentualnego dodawania kolejnych rozpoznań, czy istnieje konieczność wpisania rozpoznania o największym stopniu zgodności z celem przekazania?

Chorobą zasadniczą jest stan, który po przeprowadzeniu właściwej diagnostyki uznano za głównie odpowiedzialny za przyjęcie pacjenta do szpitala, zatem rozpoznaniem głównym będzie to, które obejmuje wszystkie elementy postępowania medycznego od chwili przyjęcia do wypisu, tj. to

które było leczone w danym oddziale. Odpowiadając na pytanie posłużę się przykładem:

Jeżeli pacjent przebywał na jednym oddziale i został przekazany do kolejnego celem zabiegu, hospitalizacja na oddziale wewnętrznym i oddziale chirurgicznym będzie sprawozdana jako jedno świadczenie, a wykażemy je grupą zabiegową. Oddział intensywnej terapii rozliczy się za pomocą skali punktacji TISS-28 o ile osiągnął pacjent co najmniej 19 punktów w tej skali.

Sprawozdajemy to rozpoznanie, którym dany oddział się zajmował; może to być albo pojedyncze rozpoznanie albo rozpoznanie zasadnicze z chorobami współistniejącymi. Nie ma konieczności wpisywania rozpoznania, o największym stopniu zgodności z celem przekazania, ale możemy je podać jako rozpoznanie współistniejące. W momencie gdy np. przyjmujemy pacjenta z zapaleniem płuc jednak po diagnostyce okazuje się, że rozpoznaliśmy nowotwór i musimy wypisać pacjenta, skierować do leczenia (w oddziale) onkologicznego, gdyż nie mamy możliwości leczenia, nie możemy wykazać rozpoznania ICD-10 w zakresie rozpoznania onkologicznego. Gdy sprawozdamy to rozpoznanie, po pierwsze, blokujemy możliwość rozliczenia hospitalizacji onkologicznej gdyż pacjent na pewno wróci w przeciągu 14 dni. Po drugie, nie będzie to zgodne z historią choroby, ponieważ nie leczylimy nowotworu. To, że został rozpoznany możemy wpisać jako chorobę współistniejącą.

Przypadek XII

Pacjent przyjęty z nowotworem płuca. Hospitalizacja trwa powyżej dwóch dni. Podczas hospitalizacji u pacjenta wykonana jest bronchoskopia. Wówczas hospitalizacja jest zakwalifikowana do grupy D28. Jeżeli pacjent ma jeszcze do bronchoskopii dodatkowo wykonaną np. biopsję opłucnej, wówczas hospitalizacja zakwalifikowana jest do grupy D04 o niższej wartości (mimo wykonania jednej procedury więcej dostajemy mniej środków). Czy do NFZ musimy wykazywać wszystkie procedury?

Wybrana grupa D28 Choroby nowotworowe układu oddechowego i klatki piersiowej – jest grupą bazową wymagającą podania kodu rozpoznania zasadniczego, w tym przypadku jest to np. D38.1 Nowotwór o nieokreślonym charakterze (tchawica, oskrzela i płuca).

Wykazane dodatkowo znaczące kody ICD-9 (w tym przypadku np. 33.239 Bronchoskopia – inna, np. 34.24 Biopsja opłucnej) powodują, że program informatyczny „Gruper”, szuka w swoim algorytmie najpierw znaczącą procedurę (procedura z rangą >2), a następnie w dalszej kolejności sprawdza czy zostały spełnione warunki danej grupy (w której są zawarte procedury).

W przytoczonym przypadku program informatyczny wyszukał grupę z zakresu wykonanego świadczenia zabiegowego D04 Średnie i małe zabiegi klatki piersiowej (o wartości punktowej 33 punkty), gdyż tam została ujęta procedura, np. 34.24 Biopsja opłucnej.

System JGP oparty jest o dane statystyczne zawarte w karcie statystycznej i odnosi się do zakończonych i sprawozdanych hospitalizacji pacjentów obejmujących wszystkie elementy postępowania medycznego od momentu przyjęcia do momentu wypisu ze szpitala. Zgodnie §15 Zarządzenia 94 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, świadczeniodawca zobowiązany jest do sprawozdania w raporcie statystycznym w szczególności następujących danych: rozpoznania według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych oraz procedur medycznych według Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych.

W wyżej wymienionym paragrafie nie ma informacji o konieczności wykazywania bezwzględnie wszystkich przeprowadzonych procedur medycznych. W systemie sprawozdawczo-rozliczeniowym JGP najważniejsze jest wykazanie świadczeń o określonej randze, która wpływa na ich przyporządkowanie do danej grupy JGP. Wszystkie świadczenia ICD-9 w systemie JGP, mają przypisaną rangę zawartą w pliku parametryzującym systemu.

Zasadniczym warunkiem rozliczenia grupy bazowej/zachowawczej jest konieczność wykazania tylko rozpoznania zasadniczego zawartego w charakterystyce danej grupy.

W przypadku grup warunkowych, wymieniona jest konieczność spełnienia określonego warunku co jest podstawą do rozliczenia tej grupy. Warunki rozliczeniowe wewnętrznych systemów informatycznych szpitali, znacznie różnią się od warunków realizacji sprawozdawczości w ramach JGP.

W związku z niedoskonałością systemu informatycznego „Grupera” JGP, należy zwrócić uwagę, aby przy rozliczeniu grup bazowych ewentualnie sprawozdawać wykonane kosztochłonne procedury związane z rozpoznaniem zasadniczym lub wykonanym świadczeniem. Wykazanie znaczącej procedury będącej warunkiem kierunkowym innej grupy niesie ryzyko

przyporządkowania świadczeń w hospitalizacji do innej grupy często nieoczekiwanej przez nas o niższej wartości punktowej (w tym przypadku jest to grupa D04).

Zgodnie z §25 Zarządzenia Nr 94 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia pkt. 1 „w przypadku udzielenia więcej niż jednego świadczenia w czasie pobytu świadczeniobiorcy w zakładzie opieki zdrowotnej do rozliczenia należy wykazać tylko jedną grupę z katalogu grup stanowiącego załącznik nr 1a do zarządzenia...”

Należy również zauważyć, że wykazywanie do NFZ wszystkich wykonanych procedur podczas hospitalizacji pacjenta badań laboratoryjnych i diagnostycznych nie ma wpływu na przyporządkowanie pacjenta do danej grupy. Wykazanie tych badań nie ma znaczenia w kwalifikacji rozliczenia danego świadczenia – hospitalizacji w określonej grupie bazowej JGP. Nie oznacza to jednak braku konieczności ich wykonania. Zgodnie z wiedzą medyczną i określonymi standardami postępowania medycznego, istnieje konieczność wykonania określonych badań w poszczególnych jednostkach chorobowych, które należy sprawozdać. Świadczenia typu: badanie lekarskie, opieka pielęgniarska/lekarska, konsultacje lekarskie, wykonanie iniekcji są świadczeniami bez rangi i nie ma konieczności ich wykazywania, gdyż są zawarte już w kosztach hospitalizacji. Natomiast w przypadkach grup warunkowych, jeżeli w warunkach grup jest wymieniona konieczność wykonania określonego badania diagnostycznego należy je obligatoryjnie wykonać i wykazać.

W związku z tym przy grupach bazowych należy wykazać takie badania diagnostyczne generujące najwyższy koszt ale nie wpływające na charakter danej grupy.

Przypadek XIII

Jaka jest możliwość rozliczenia stosowania cisplatyny w chemioterapii dootrzewnowej (brak rejestracji do tego rodzaju chemioterapii)?

W powyższym przypadku wykazujemy substancję czynną. Proszę zauważyć w wykazie substancji czynnych stosowanych w chemioterapii nowotworów została określona przez płatnika postać farmaceutyczna leku (do podania doustnego lub iniekcji), dla cisplatyny jest to iniekcja (inj), a wyróż-

niamy iniekcje: dożylnie, domięśniowe, podskórne czy dootrzewnowe.

W związku z tym, że drogą podania dla cisplatyny jest iniekcja, NFZ sfinansuje chemioterapię bez względu na to jaka była jej forma.

Podsumowując, w celu rozliczenia cisplatyny podanej dootrzewnowo, wykazujemy podaną ilość substancji czynnej.

Proszę zwrócić uwagę, że ust. 1,2 i 3 § 11 Zarządzenia Nr 37/2008/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 czerwca 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapii brzmią:

Świadczeniodawca jest odpowiedzialny za stosowanie każdej z substancji czynnych ujętych w katalogu substancji zgodnie z aktualną wiedzą medyczną oraz standardami łączenia substancji czynnych.

Przypadek XIV

Jaką procedurą można rozliczyć przyjęcie do tomografii komputerowej w przypadku podejrzenia guza w wyniku badania USG?

Do rozliczenia TK w przypadku podejrzenia guza w USG użyjemy grup zachowawczych. Jaka to będzie grupa, zależy to od umiejscowienia guza. Przykładowo:

a) U pacjenta w badaniu USG stwierdzono guz w obrębie układu moczowego, pacjent przyjęty na wykonanie TK. Pobyt możemy rozliczyć grupą zachowawczą L86 Badania w zakresie dróg moczowych, wykazując kod ICD-10 R93.4 Nieprawidłowe wyniki badań obrazowych układu moczowego

b) U pacjenta w USG stwierdzono guz szyi, pacjent przyjęty na wykonanie TK. Pobyt możemy rozliczyć grupą zachowawczą C57 Inne choroby gardła, uszu, nosa, wykazując kod ICD-10 R22.1 Szyja, zlokalizowany obrzęk, guz i guzek

TABELA

Katalog grup JGP

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
kod choroby	kod postępu choroby	nazwa choroby	wersja ICD-10 - paronowa - kod choroby	wersja ICD-10 - paronowa - kod choroby	wersja ICD-10 - paronowa - kod choroby	wersja ICD-10 - paronowa - kod choroby	wersja ICD-10 - paronowa - kod choroby	wersja ICD-10 - paronowa - kod choroby	wersja ICD-10 - paronowa - kod choroby	zakresy A i zakresy B z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 lipca 2004 r.	imię	
Choroby układu nerwowego												
A01	5.S1.01.0001001	Zabieg wewnątrzczaszkowy z powolnego uszu *	147		30	11	6					
A02	5.S1.01.0001002	Zabieg wewnątrzczaszkowy z powolnego uszu *	127		21	11	6					
A03	5.S1.01.0001003	Wszczepienie symulacji senaral zębocisk mózgu *	940									
A04	5.S1.01.0001004	Wszczepienie wymiennika szkieletu zębocisk mózgu * generators do stymulacji senaral zębocisk mózgu *	625									
A11	5.S1.01.0001011	Kompleksowe zabiegi wewnątrzczaszkowe *	300		38		6					
A12	5.S1.01.0001012	Dożylne zabiegi wewnątrzczaszkowe *	195		32		6					
A13	5.S1.01.0001013	Śródnie zabiegi wewnątrzczaszkowe *	121	115	33	24	6					
A14	5.S1.01.0001014	Małe zabiegi wewnątrzczaszkowe *	31	29	28		6					
A22	5.S1.01.0001022	Duże zabiegi na ramię kręgowym w kanale kręgowym *	223	212	28	45	6					
A23	5.S1.01.0001023	Soczne zabiegi na ramię kręgowym w kanale kręgowym *	129	123	20	26	6					
A25	5.S1.01.0001025	Zabiegi na nerwach obwodowych *	94	89	85							
A26	5.S1.01.0001026	Zabieg znieczulający na łańcuch reperfuzji *	13	12	11							
A28	5.S1.01.0001028	Kompleksowe zabiegi polimialgii i choroby mięśni *	110	105	22	6	3					
A31	5.S1.01.0001031	Choroby nerwów obwodowych	30	29	22	6	3					
A32	5.S1.01.0001032	Choroby mięśni	60	29	29	12	5					
A34	5.S1.01.0001033	Zaburzenia nerwowego	33	31								
A34	5.S1.01.0001034	Głazy mózgu	85	28	17	5						
A35	5.S1.01.0001035	Choroby zapalne opon	92	23	12	5						
A36	5.S1.01.0001036	Choroby demielinizacyjne	70	17	14	6						
A45	5.S1.01.0001045	Choroby naczyń mózgowych - leczenie zachowawcze	99	28	12	4						
A46	5.S1.01.0001046	Przemijające niedowładzie mózgu	37	14	7	3						
A47	5.S1.01.0001047	Przemijające niedowładzie mózgu - leczenie diagnostyka	74	15	15	6						
A48	5.S1.01.0001048	Kompleksowe leczenie udarów mózgu > 7 dni w oddziale udarowym	162		36		6					
A49	5.S1.01.0001049	Udar mózgu - leczenie > 3 dni	77		27		4					
A50	5.S1.01.0001050	Udar mózgu - leczenie	37		27		3					
A51	5.S1.01.0001051	Udar mózgu - leczenie trombolizacja > 7 dni w oddziale udarowym	242		36		6					
A56	5.S1.01.0001056	Choroby naczyń czaszkowych	33	31	27	7	3					
A57	5.S1.01.0001057	Choroby naczyń afektu nerwowego	77	40	15	3						
A58	5.S1.01.0001058	Encefalopatia	44	32	9	3						
A59	5.S1.01.0001059	Ból głowy	39	28								
A66	5.S1.01.0001066	Patologiczne - migrenopodobne i leczenie	16	15								
A67	5.S1.01.0001067	Patologiczne - migrenopodobne i leczenie > 3 dni	77		16		6					
A77	5.S1.01.0001075	Uszkodzenie głowy z udarem i uszkodzeniem mózgu leczenie zachowawcze	30		28	6	2					
A77	5.S1.01.0001077	Uszkodzenie głowy bez udaru i uszkodzenia mózgu leczenie zachowawcze	16		28	6	2					
A86	5.S1.01.0001086	Choroby neuronów ruchomych	81	29	24	16	4					
A87	5.S1.01.0001087	Inne choroby układu nerwowego	31	29	15	6	4					
Choroby oczu												
B01	5.S1.01.0002001	Leczenie wyekscytowane postać AAO5 weryfikacji przy zastoinowemu łęgiu	138	131								
B11	5.S1.01.0002011	Kompleksowe zabiegi z zacięcia jaskiła *	109	104	98							

kod grupy	kod produktu	nazwa grupy	wersja 4	wersja 5	wersja 6	wersja 7	wersja 8	wersja 9	specyfikacja wymagań																		uwagi
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22						
			wersja 4						wersja 5	wersja 6	wersja 8						wersja 9										
			wersja 5						wersja 6	wersja 7	wersja 9						wersja 10										
B12	5.51.01.002012	Umiejętność zadawania i wykonania zadań z wykorzystaniem narzędzi	71	67	62					X	X	X	X	X	X	X	X							warsztatach i obozowiskach w zakresie			
B13	5.51.01.002013	Umiejętność wykonywania zadań z wykorzystaniem narzędzi	61	58	55					X	X	X	X	X	X	X	X							warsztatach i obozowiskach w zakresie			
B14	5.51.01.002014	Umiejętność wykonywania zadań z wykorzystaniem narzędzi	63	60	57					X	X	X	X	X	X	X	X							warsztatach i obozowiskach w zakresie			
B15	5.51.01.002015	Zadanie wyliczenia kosztów i czasu pracy	48	46	43					X	X	X	X	X	X	X	X							warsztatach i obozowiskach w zakresie			
B16	5.51.01.002016	Zadanie wyliczenia kosztów i czasu pracy	163	155	147					X	X	X	X	X	X	X	X										
B17	5.51.01.002017	Zadanie wyliczenia kosztów i czasu pracy	140	133	126					X	X	X	X	X	X	X	X										
B23	5.51.01.002023	Zadanie wyliczenia kosztów i czasu pracy	46	44	41					X	X	X	X	X	X	X	X										
B24	5.51.01.002024	Zadanie wyliczenia kosztów i czasu pracy	39	37						X	X	X	X	X	X	X	X										
B32	5.51.01.002032	Umiejętność zadawania i wykonania zadań z wykorzystaniem narzędzi	15	14						X	X	X	X	X	X	X	X										
B33	5.51.01.002033	Umiejętność zadawania i wykonania zadań z wykorzystaniem narzędzi	5	4						X	X	X	X	X	X	X	X										
B34	5.51.01.002034	Umiejętność zadawania i wykonania zadań z wykorzystaniem narzędzi	195	190						X	X	X	X	X	X	X	X										
B42	5.51.01.002042	Umiejętność zadawania i wykonania zadań z wykorzystaniem narzędzi	14	14	14					X	X	X	X	X	X	X	X										
B43	5.51.01.002043	Umiejętność zadawania i wykonania zadań z wykorzystaniem narzędzi	42	40						X	X	X	X	X	X	X	X										
B44	5.51.01.002044	Umiejętność zadawania i wykonania zadań z wykorzystaniem narzędzi	35	33	31					X	X	X	X	X	X	X	X										
B52	5.51.01.002052	Umiejętność zadawania i wykonania zadań z wykorzystaniem narzędzi	22	21						X	X	X	X	X	X	X	X										
B53	5.51.01.002053	Umiejętność zadawania i wykonania zadań z wykorzystaniem narzędzi	46	44	41					X	X	X	X	X	X	X	X										
B72	5.51.01.002072	Zadanie wyliczenia kosztów i czasu pracy	79	75						X	X	X	X	X	X	X	X										
B73	5.51.01.002073	Zadanie wyliczenia kosztów i czasu pracy	53	50	48					X	X	X	X	X	X	X	X										
B74	5.51.01.002074	Zadanie wyliczenia kosztów i czasu pracy	5	4						X	X	X	X	X	X	X	X										
B81	5.51.01.002081	Zadanie wyliczenia kosztów i czasu pracy	99	94						X	X	X	X	X	X	X	X										
B82	5.51.01.002082	Zadanie wyliczenia kosztów i czasu pracy	48	46						X	X	X	X	X	X	X	X										
B83	5.51.01.002083	Zadanie wyliczenia kosztów i czasu pracy	29	28	26					X	X	X	X	X	X	X	X										
B84	5.51.01.002084	Zadanie wyliczenia kosztów i czasu pracy	16	15	14					X	X	X	X	X	X	X	X										
B89	5.51.01.002089	Umiejętność zadawania i wykonania zadań z wykorzystaniem narzędzi	42	40						X	X	X	X	X	X	X	X										
B97	5.51.01.002097	Umiejętność zadawania i wykonania zadań z wykorzystaniem narzędzi	11	10	10					X	X	X	X	X	X	X	X										
C01 - 5.51.01.003001			489						44						44						44						
C06 - 5.51.01.003006			1758						1758						1758						1758						
C08 - 5.51.01.003008			537						537						537						537						
C07 - 5.51.01.003007			688						688						688						688						
			Wymiana procedury nowej						Wymiana procedury nowej						Wymiana procedury nowej						Wymiana procedury nowej						
C11 - 5.51.01.003011			220						209						209						209						
C12 - 5.51.01.003012			48						46						46						46						
C13 - 5.51.01.003013			26						25						23						23						
C14 - 5.51.01.003014			19						18						17						17						
C15 - 5.51.01.003015			6						5						5						5						
C21 - 5.51.01.003021			340						340						340						340						
C22 - 5.51.01.003022			158						150						146						146						
C23 - 5.51.01.003023			13						12						11						11						
C31 - 5.51.01.003031			162						154						154						154						

Katalog grup JGP

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
rodzaj	kod produktu	nazwa rodzaju	rodzaj produktu	rodzaj produktu	rodzaj produktu	rodzaj produktu	rodzaj produktu	rodzaj produktu	rodzaj produktu	rodzaj produktu	rodzaj produktu
E19	5.51.01.000691	CO2 w naczynie z zawieszonym kawałkiem żelaznej genery		135		19	85	4			
E21	5.51.01.000692	Przebieg zapalenia błony śluzowej nosa (wzrostek)		551	523	11		6			
E22	5.51.01.000693	Przebieg zapalenia błony śluzowej nosa (wzrostek) > 11 r.z.		477	448	11		6			
E23	5.51.01.000694	Przebieg zapalenia błony śluzowej nosa (wzrostek) > 11 r.z. * Przebieg zapalenia błony śluzowej nosa (wzrostek) > 11 r.z. *		327	305	12		6			
E24	5.51.01.000695	Przebieg zapalenia błony śluzowej nosa (wzrostek) > 11 r.z. * Przebieg zapalenia błony śluzowej nosa (wzrostek) > 11 r.z. *		212	201	12		6			
E25	5.51.01.000696	Przebieg zapalenia błony śluzowej nosa (wzrostek) > 11 r.z. * Przebieg zapalenia błony śluzowej nosa (wzrostek) > 11 r.z. *		148	148	15	86				
E26	5.51.01.000697	Przebieg zapalenia błony śluzowej nosa (wzrostek) > 11 r.z. * Przebieg zapalenia błony śluzowej nosa (wzrostek) > 11 r.z. *		32	30	29					
E27	5.51.01.000698	Przebieg zapalenia błony śluzowej nosa (wzrostek) > 11 r.z. * Przebieg zapalenia błony śluzowej nosa (wzrostek) > 11 r.z. *		720	714						
E28	5.51.01.000699	Przebieg zapalenia błony śluzowej nosa (wzrostek) > 11 r.z. * Przebieg zapalenia błony śluzowej nosa (wzrostek) > 11 r.z. *		148	142						
E29	5.51.01.000700	Przebieg zapalenia błony śluzowej nosa (wzrostek) > 11 r.z. * Przebieg zapalenia błony śluzowej nosa (wzrostek) > 11 r.z. *		342	336						
E34	5.51.01.000694	Nieczłystki wyznaczniki twardzieli (długotrwały) (długotrwały) *		699	664						
E35	5.51.01.000695	Wzrostki wyznaczniki twardzieli (długotrwały) (długotrwały) *		222	181						
E36	5.51.01.000696	Wzrostki wyznaczniki twardzieli (długotrwały) (długotrwały) *		1 002	999						
E37	5.51.01.000697	Wzrostki wyznaczniki twardzieli (długotrwały) (długotrwały) *		59	56						
E38	5.51.01.000698	Wzrostki wyznaczniki twardzieli (długotrwały) (długotrwały) *		248							
E41	5.51.01.000691	Albiny zabarwiony z wyodrębnieniem systemu melanocytarnego *		540	513	27		6			
E42	5.51.01.000692	Albiny zabarwiony z wyodrębnieniem systemu melanocytarnego *		499	474						
E43	5.51.01.000693	Albiny zabarwiony z wyodrębnieniem systemu melanocytarnego *		335	318						
E44	5.51.01.000694	Albiny zabarwiony z wyodrębnieniem systemu melanocytarnego *		300	265						
E45	5.51.01.000695	Albiny zabarwiony z wyodrębnieniem systemu melanocytarnego *		173		62	35	6			
E46	5.51.01.000696	Albiny zabarwiony z wyodrębnieniem systemu melanocytarnego *		47		23	9	4			
E47	5.51.01.000697	Albiny zabarwiony z wyodrębnieniem systemu melanocytarnego *		31		17	6	3			
E48	5.51.01.000698	Albiny zabarwiony z wyodrębnieniem systemu melanocytarnego *		40	38	17	8	3			
E56	5.51.01.000695	Chromy nadciśnieniowy (długotrwały) (długotrwały) *		31							
E57	5.51.01.000696	Chromy nadciśnieniowy (długotrwały) (długotrwały) *		46							
E58	5.51.01.000697	Chromy nadciśnieniowy (długotrwały) (długotrwały) *		38		30	7	2			
E59	5.51.01.000698	Chromy nadciśnieniowy (długotrwały) (długotrwały) *		19	18	15	4	3			
E62	5.51.01.000692	Zaburzenia rytmu serca > 11 r.z. < 10 r.z. bez p.m		228		28	46	6			
E63	5.51.01.000693	Zaburzenia rytmu serca < 11 r.z. lub < 18 r.z. p.m		46		12	9	6			
E64	5.51.01.000694	Zaburzenia rytmu serca > 11 r.z. < 10 r.z. bez p.m		27	26	15	5	3			
E71	5.51.01.000691	Chromy nadciśnieniowy (długotrwały) (długotrwały) *		12	11	11	2	3			
E72	5.51.01.000692	Chromy nadciśnieniowy (długotrwały) (długotrwały) *		76							
E73	5.51.01.000693	Chromy nadciśnieniowy (długotrwały) (długotrwały) *		212		12	42	6			
E74	5.51.01.000694	Chromy nadciśnieniowy (długotrwały) (długotrwały) *		52		10	10	6			
E75	5.51.01.000695	Chromy nadciśnieniowy (długotrwały) (długotrwały) *		53		23	11	4			
E76	5.51.01.000696	Chromy nadciśnieniowy (długotrwały) (długotrwały) *		235		12	47	6			
E77	5.51.01.000697	Chromy nadciśnieniowy (długotrwały) (długotrwały) *		10		10	11	6			
E78	5.51.01.000698	Chromy nadciśnieniowy (długotrwały) (długotrwały) *		57		17	17	5			
E86	5.51.01.000696	Nieczłystki wyznaczniki twardzieli (długotrwały) (długotrwały) *		60							
E87	5.51.01.000697	Nieczłystki wyznaczniki twardzieli (długotrwały) (długotrwały) *		28	27	14	6	3			
E88	5.51.01.000698	Nieczłystki wyznaczniki twardzieli (długotrwały) (długotrwały) *		390		58					
F91	5.51.01.000691	Kompleksowe zabiegi profilaktyczne *		220	206	198					
F92	5.51.01.000692	Dane zabiegi profilaktyczne w tym profilaktyczne *		42	49	47					
F93	5.51.01.000693	Serie zabiegów profilaktycznych *		19	10						
F94	5.51.01.000694	Diagnostyka i zabiegi profilaktyczne *		45							
F95	5.51.01.000695	Chromy nadciśnieniowy (długotrwały) (długotrwały) *		240	228	40	9				
F11	5.51.01.000691	Kompleksowe zabiegi profilaktyczne i diagnostyki *		110	105	33	22	5			
F12	5.51.01.000692	Dane zabiegi profilaktyczne i diagnostyki *									

Chromy nadciśnieniowy

Chromy nadciśnieniowy

Chromy nadciśnieniowy

TABELA

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
kod przy kod produktu	nazwa grupy	opis	rodzaj wyrobów	rodzaj wyrobów	rodzaj wyrobów	rodzaj wyrobów	rodzaj wyrobów	rodzaj wyrobów	rodzaj wyrobów	rodzaj wyrobów	rodzaj wyrobów
			rodzaj wyrobów	rodzaj wyrobów	rodzaj wyrobów	rodzaj wyrobów	rodzaj wyrobów	rodzaj wyrobów	rodzaj wyrobów	rodzaj wyrobów	rodzaj wyrobów
F13	5-51-01.000913	Zabieg leczenia żylaka (warunkowo)	38	36	34			X	X	X	X
F16	5-51-01.000916	Chirurgia żylaków (warunkowo)	37	35				X	X	X	X
F21	5-51-01.000921	Kompleksowe zabiegi jamy brzusznej *	200	191	186	37	7	X	X	X	X
F22	5-51-01.000922	Duża endoskopia zabieg jamy brzusznej *	140	133	126			X	X	X	X
F23	5-51-01.000923	Chirurgia jamy brzusznej (warunkowo) (warunkowo)	185	179	173	16	11	X	X	X	X
F31	5-51-01.000931	Wykonywanie zabiegów jamy brzusznej *	245	235				X	X	X	X
F32	5-51-01.000932	Duża zabiegi jamy brzusznej *	112	106	102	30	22	X	X	X	X
F33	5-51-01.000933	Średnie endoskopia zabieg jamy brzusznej *	36	34	32			X	X	X	X
F38	5-51-01.000938	Chirurgia jamy brzusznej *	48	46				X	X	X	X
F42	5-51-01.000942	Duża zabiegi jamy brzusznej *	123	117	114	27	25	6	X	X	X
F43	5-51-01.000943	Średnie endoskopia zabieg jamy brzusznej *	47	45	42			X	X	X	X
F44	5-51-01.000944	Długoznaczne zabiegi jamy brzusznej *	30	29	27			X	X	X	X
F46	5-51-01.000946	Chirurgia jamy brzusznej *	31			15	6	4	X	X	X
F47	5-51-01.000947	Chirurgia żył i naczyń *	156			11	6	4	X	X	X
F51	5-51-01.000951	Kompleksowe zabiegi w obrębie jamy brzusznej *	123	117		25	25	6	X	X	X
F52	5-51-01.000952	Duża zabiegi w obrębie jamy brzusznej *	25	24	23	29	16	4	X	X	X
F53	5-51-01.000953	Średnie endoskopia zabieg jamy brzusznej *	90			29	18	4	X	X	X
F54	5-51-01.000954	Chirurgia jamy brzusznej *	29			29	18	4	X	X	X
F59	5-51-01.000959	Chirurgia jamy brzusznej *	114			21	6	6	X	X	X
F61	5-51-01.000961	Kompleksowe zabiegi w obrębie jamy brzusznej *	66	63		17	13	6	X	X	X
F62	5-51-01.000962	Duża endoskopia zabieg jamy brzusznej *	35	33	32			X	X	X	X
F63	5-51-01.000963	Średnie endoskopia zabieg jamy brzusznej *	26			16	5	3	X	X	X
F66	5-51-01.000966	Krwotoki z jamy brzusznej (warunkowo) (warunkowo)	51	48	46			X	X	X	X
F72	5-51-01.000972	Oporność przeciwnowotworowa (warunkowo)	37	35	33			X	X	X	X
F73	5-51-01.000973	Oporność przeciwnowotworowa (warunkowo)	69			16	14	5	X	X	X
F82	5-51-01.000982	Wykonywanie zabiegów jamy brzusznej *	47	45	42			X	X	X	X
F83	5-51-01.000983	Wykonywanie zabiegów jamy brzusznej *	32					X	X	X	X
F86	5-51-01.000986	Chirurgia jamy brzusznej *	79	75		16	16	6	X	X	X
F89	5-51-01.000989	Duża zabiegi jamy brzusznej *	25	24	23			X	X	X	X
F92	5-51-01.000992	Średnie endoskopia zabieg jamy brzusznej *	41					X	X	X	X
F93	5-51-01.000993	Chirurgia jamy brzusznej *	41					X	X	X	X
F98	5-51-01.000998	Chirurgia jamy brzusznej *	284			38	38	6	X	X	X
G01	5-51-01.001001	Resekcja żołądka	161	161	29			X	X	X	X
G11	5-51-01.001011	Kompleksowe zabiegi jamy brzusznej *	56	53		33	11	3	X	X	X
G12	5-51-01.001012	Duża zabiegi jamy brzusznej *	22	21				X	X	X	X
G14	5-51-01.001014	Średnie zabiegi jamy brzusznej *	10	10	9			X	X	X	X
G15	5-51-01.001015	Mali zabiegi jamy brzusznej *	58			33	12	3	X	X	X
G16	5-51-01.001016	Duża zabiegi jamy brzusznej *	95			30	20	5	X	X	X
G17	5-51-01.001017	Prawokątne zabiegi jamy brzusznej *	42			18	8	3	X	X	X
G18	5-51-01.001018	Przewlekłe choroby jamy brzusznej	268	6				X	X	X	X
G21	5-51-01.001021	Kompleksowe zabiegi jamy brzusznej *	94	88		34	19	3	X	X	X
G22	5-51-01.001022	Duża zabiegi jamy brzusznej *	63					X	X	X	X
G23	5-51-01.001023	Średnie zabiegi jamy brzusznej *	61			63		X	X	X	X
G26	5-51-01.001026	Wykonywanie zabiegów jamy brzusznej *	51	49	57			X	X	X	X
G28	5-51-01.001028	Nowotwory jamy brzusznej	30	29		17	6	3	X	X	X
G31	5-51-01.001031	Nowotwory jamy brzusznej	70	27	16			X	X	X	X
G32	5-51-01.001032	Kompleksowe zabiegi jamy brzusznej *	314			54	4	6	X	X	X
G33	5-51-01.001033	Duża zabiegi jamy brzusznej *	118			78	24	3	X	X	X
G34	5-51-01.001034	Zabieg endoskopia (warunkowo) (warunkowo)	185	185	176			X	X	X	X
G35	5-51-01.001035	Zabieg endoskopia (warunkowo) (warunkowo)	83	79	75			X	X	X	X
G36	5-51-01.001036	Zabieg endoskopia (warunkowo) (warunkowo)	48	45	45			X	X	X	X
G38	5-51-01.001038	Chirurgia jamy brzusznej *	290			50	58	6	X	X	X

Katalog grup JGP

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
kod grupy	kod produktu	nazwa grupy	wersja 1 (dotyczy produktów)	wersja 2 (dotyczy produktów)	wersja 3 (dotyczy produktów)	wersja 4 (dotyczy produktów)	wersja 5 (dotyczy produktów)	wersja 6 (dotyczy produktów)	wersja 7 (dotyczy produktów)	wersja 8 (dotyczy produktów)	wersja 9 (dotyczy produktów)
M39	5.61.01.0010038	Stela szarytowa	83			26	17	4			
M49	5.61.01.0010046	Ciepła czerwa łaty	49			12	10				
M47	5.61.01.0010047	Ciepła łaty	35	33		22	7	3			
M48	5.61.01.0010046	Obciążenie łaty - łaty produkcyjne i przygotowane do nadawania i łączenia elektrycznego	80			15	16	6			
M33	5.61.01.0010033	Włókna i tkaniny z włókna szarytowego (dotyczy grup niekompatybilnych z innymi produktami dotychczasowymi)	73			14	15	4			
M34	5.61.01.0010034	Aluminiowane szablony wielokrawcowe	44			12	9	3			
M35	5.61.01.0010035	Rolki przędzy do węgla i zalewania czopki białej bawełny	88			22	20	4			
M36	5.61.01.0010036	Gazy szklane przędzy elektrycznej bez zabierzei czopki białej bawełny	66			19	13	3			
M37	5.61.01.0010037	Gazy merino	86			24	17	4			
M38	5.61.01.0010038	Nowoczesny układarka poza przędzy	55			12	11	6			
M39	5.61.01.0010039	Line czopki szklanej przędzy elektrycznej	37			17	7	4			
M63	5.61.01.0010033	Kwalifikacja do lotowania włókna szarytowego (dotyczy włókna szarytowego białego i szarego)	184								
M64	5.61.01.0010034	Łączenie szablony nowocześnie z zwojami (dotyczy grup 131 i 130a-130b-130c)	160								
Choroby układu moczowo-płciowego											
L01	5.61.01.001001	Kompleksowe choroby układu moczowego *	150			21		6			
L02	5.61.01.001002	Działanie układu moczowego *	116			25		6			
L03	5.61.01.001003	Splenit układu moczowego *	46	44		9	9	6			
L05	5.61.01.001005	Działanie układu moczowego *	100	95	90						
L06	5.61.01.001006	Składowe choroby układu moczowego *	40	38	36						
L07	5.61.01.001007	Zakażenia układu moczowego *	24	23		17	5	3			
L08	5.61.01.001008	Nowoczesny układarka poza przędzy	70			18	14	5			
L12	5.61.01.001012	Działanie układu moczowego *	105			28		5			
L13	5.61.01.001013	Splenit układu moczowego *	49	47		10	10	5			
L15	5.61.01.001015	Działanie układu moczowego *	60	76	75						
L16	5.61.01.001016	Składowe choroby układu moczowego *	49	38	39						
L18	5.61.01.001018	Składowe choroby układu moczowego *	337			37		6			
L21	5.61.01.001021	Kompleksowe choroby układu moczowego i wytworzenia prądków *	306			42		6			
L22	5.61.01.001022	Działanie układu moczowego i wytworzenia prądków *	33	31		41	7				
L23	5.61.01.001023	Składowe choroby układu moczowego *	48	46		11	4				
L25	5.61.01.001025	Działanie układu moczowego i wytworzenia prądków *	66	62		43	19	4			
L26	5.61.01.001026	Składowe choroby układu moczowego i wytworzenia prądków *	52	49	47	16	15	2			
L27	5.61.01.001027	Zaburzenia układu moczowego *	20	19	18	5					
L29	5.61.01.001029	Choroby układu moczowego i wytworzenia prądków *	102			27	32	5			
L31	5.61.01.001031	Rusyfikacja układu moczowego *	70	67		63					
L32	5.61.01.001032	Choroby układu moczowego i wytworzenia prądków *	22	21		20					
L43	5.61.01.001043	Przebiegi choroby układu moczowego *	12	11		4	2	2			
L45	5.61.01.001044	Endokrynologiczne choroby układu moczowego *	86	82		18	17	6			
L52	5.61.01.001052	Działanie układu moczowego *	35	33		32					
L53	5.61.01.001053	Składowe choroby układu moczowego *	14	13		12					
L54	5.61.01.001054	Miejsca choroby układu moczowego *	62	59	56						
L62	5.61.01.001062	Działanie układu moczowego *	13	12		11					
L64	5.61.01.001064	Choroby układu moczowego i wytworzenia prądków *	17	16		5	3	2			
L69	5.61.01.001069	Choroby układu moczowego i wytworzenia prądków *	31	29	28						
L72	5.61.01.001072	Zaburzenia układu moczowego *									

Świadczenia sieroce

kod produktu	nazwa świadczenia	2	3	4	zakres świadczeń (specjalności zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 lipca 2004 r.)																5	6				
					warunki udzielenia świadczeń																					
					Chirurgia ogólna	Chirurgia dziecięca	Chirurgia kardiotorakowizyjna	Chirurgia kardiologiczna	Chirurgia naczyniowa	Chirurgia naczyniowa	Chirurgia naczyniowa	Chirurgia naczyniowa	Chirurgia naczyniowa	Chirurgia naczyniowa	Chirurgia naczyniowa	Chirurgia naczyniowa	Chirurgia naczyniowa	Chirurgia naczyniowa	Chirurgia naczyniowa	Chirurgia naczyniowa			Chirurgia naczyniowa			
5.52.01.000029	Hospitalizacja przed przekazaniem do ośrodka o wyższym poziomie referencyjnym	12	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
5.52.01.000035	Implantacja portu naczyniowego z hospitalizacją	55	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
5.52.01.000043	Przebieg wenygrafia pacjenta w oddziale	4																								
5.52.01.000081	Badanie audiologiczne dzieci (do 4 r.ż.)	14																								
5.52.01.000083	Wielospecjalistyczna diagnostyka w kierunku wszczepienia implantu w całkowitą głuchotę	36																								
5.52.01.000084	Badanie pododniogłazne w podłożeniu złotycho w dżacida	19																								
5.52.01.000081	Gruźlica – leczenie długoterminowe	4																								
5.52.01.000087	Zapalenie płuc u chorego w immunosupresji – diagnostyka (HRCT, bronchoskopia, bakteriologia, serologia, bopis), leczenie bez immunoglobulinoterapii	108																								
5.52.01.0000838	Palmazeroza lecznicza z hospitalizacją	75																								
5.52.01.000106	Przebieg odciążenia przeszczepu lub przebieg choroby przeszczepu paszportowe – diagnostyka, leczenie (diagnostyka, leczenie pacjenta od 31 dnia po wykonaniu przeszczepu)	60																								
5.52.01.000103	Powikłania neurologiczne u chorego po przeszczepieniu narządu lub szpiku – diagnostyka, leczenie (diagnostyka, leczenie pacjenta od 31 dnia po wykonaniu przeszczepu)	118																								
5.52.01.0001025	Hospitalizacja związana z grafikielonią – diagnostyka, leczenie pacjenta od 31 dnia po wykonaniu przeszczepu	111																								
5.52.01.0001093	Pełnoczeka biokompatybilna – diagnostyka (NMRI/ TK, video EEG, Holter ECG), leczenie (imi. Z zabawa i wyminocynol)	145																								
5.52.01.0001154	Diagnostyka i leczenie chorego z niewydolnością serca w okresie kwalifikacji do przeszczepu serca	29																								
5.52.01.0001155	Diagnostyka i leczenie chorego z niewydolnością wątroby w okresie kwalifikacji do przeszczepu wątroby	72																								
5.52.01.0001156	Wstępna diagnostyka potencjalnego dawcy Zrzepo nerki lub wątroby	49																								
5.52.01.0001566	Kwalifikacja do przeszczepu nerki – badanie wstępne	43																								
5.52.01.0001587	Kwalifikacja do przeszczepu nerki (lub trzustki – badanie kontrolne (1 raz na kwartał))	5																								
5.52.01.0001588	Kwalifikacja do przeszczepu nerki i trzustki	48																								
5.52.01.0001590	zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 lipca 2004 r.)	75																								

Radioterapia

Katalog radioterapii

(*) Wymóg poszerzonej dokumentacji orazującej realizację świadczenia np. wydruk z USG, zapis video lub kopca

lp.	Świadczenie		zakresy świadczeń				warunki wykonania				uwagi
	kod produktu	nazwa świadczenia	Radioterapia	Brachyterapia	Terapia rozopowa	Ambulatoryjne	Hospitalizacja	Stopień referencyjności środka *			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	5.07.01.0.000020	Teleterapiapia w leczeniu choroby skóry	Wartość punktowa	X			X	X			cały proces leczenia (za cykl co najmniej 10 sesji)
2	5.07.01.0.000021	Teleterapiapia paliatywna	52	X			X	X			cały cykl leczenia
3	5.07.01.0.000022	Teleterapiapia radykalna z planowaniem dwuwymiarowym (2D)	146	X			X	X			cały cykl leczenia
4	5.07.01.0.000023	Teleterapiapia radykalna z planowaniem trójwymiarowym (3D)	225	X			X	X	X		cały cykl leczenia
5	5.07.01.0.000024	Teleterapiapia śródoperacyjna	25	X				X	X		cały proces leczenia
6	5.07.01.0.000025	Brachyterapia standardowa	120		X		X	X			cały proces leczenia
7	5.07.01.0.000026	Brachyterapia 3D z planowaniem jednoczasowym (real time)	146		X		X	X	X		cały proces leczenia
8	5.07.01.0.000027	Brachyterapia guza wewnątrzgałkowego ¹²⁵ I	49		X			X			cały proces leczenia
9	5.07.01.0.000028	Brachyterapia guza wewnątrzgałkowego ¹²⁵ Iu	55		X			X	X		cały proces leczenia
10	5.07.01.0.000030	Leczenie przeciwbólowe radioizotopami zmian przerzutowych do kości - ⁸⁹ Sr	48			X	X	X			cały proces leczenia
11	5.07.01.0.000031	Leczenie radioizotopowe innych schorzeń onkologicznych z zastosowaniem ¹⁵¹ Eu -meta-jodo-benzyl-guanidyny	220			X	X	X	X		cały proces leczenia
12	5.07.01.0.000032	Leczenie przeciwbólowe radioizotopami zmian przerzutowych do kości - ¹⁵³ Sm	127			X	X	X	X		cały proces leczenia
13	5.07.01.0.000033	Leczenie jodem radioaktywnym raka tarczycy dawkami powyżej 1000 MBq; badanie kwalifikacyjne	25			X		X			obejmuje kwalifikację wraz ze wszystkimi niezbędnymi badaniami
14	5.07.01.0.000034	Leczenie jodem radioaktywnym raka tarczycy dawkami powyżej 1000 MBq (podanie ¹³¹ I)	115			X		X			obejmuje podanie pełnej dawki radioizotopu
15	5.07.01.0.000035	Leczenie jodem radioaktywnym raka tarczycy dawkami powyżej 1000 MBq (podanie ¹³¹ I -meta-jodo-benzyl-guanidyny)	178			X		X			obejmuje podanie pełnej dawki radioizotopu
16	5.07.01.0.000036	Leczenie jodem radioaktywnym raka tarczycy dawkami powyżej 1000 MBq; badanie kontrolne	4			X		X			obejmuje wszystkie wizyty i badania kontrolne w okresie jednego roku od zakończenia podawania radioizotopu

Bibliografia

Publikacja oparta o następujące zarządzenia Prezesa NFZ, rozporządzenia Ministra Zdrowia, ustawy:

Zarządzenie Nr 32/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 czerwca 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne.

Zarządzenie Nr 37/2008/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 czerwca 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapii

Zarządzenie Nr 43/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 2 lipca 2008 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne

Zarządzenie Nr 49/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 lipca 2008 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne

Zarządzenie Nr 67/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 4 września 2008 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne

Zarządzenie Nr 70/2008/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 września 2008 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapii

Zarządzenie 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

Zarządzenie Nr 94/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 22 października 2008 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne

Zarządzenie Nr 95/2008/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 października 2008 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapii

Zarządzenie Nr 102/2008/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 października 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapii

Zarządzenie Nr 110/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 22 grudnia 2008 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne

Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej z dnia 30 sierpnia 1991 r. z późniejszymi zmianami

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania z późniejszymi zmianami

Dz. U. 2004 Nr 210 poz. 2135 Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, tekst ujednoczony. Opracowanie na podstawie: tj. Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027

Dz. U. 1991 Nr 91 poz. 408 Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o Zakładach opieki Zdrowotnej Opracowano na podstawie: tj. Dz.U. z 2007 r. Nr 14, poz.89, Nr 123, poz. 849, Nr 166, poz. 1172, Nr 176, poz. 1240, Nr 181, poz. 1290, z 2008 r. Nr 171, poz. 1056

Dz. U. 2004 Nr 64 poz. 593 Ustawa z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej Opracowano na podstawie: tj. Dz.U. z 2008 r. Nr 115, poz. 728, Nr 171, poz. 1056, Nr 220, poz. 1431, Nr 216, poz. 1367

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej

Zawartość płyty CD:

Tabele:

- Katalog grup JGP, Świadczenia sieroce,
- Procedury do sumowania, Radioterapia

Załączniki:

- Charakterystyka Jednorodnych Grup Pacjentów
- Chirurgia dziecięca (zakres charakterystyki JGP)
- Chirurgia klatki piersiowej (zakres charakterystyki JGP)
- Chirurgia naczyniowa (zakres charakterystyki JGP)
- Chirurgia ogólna (zakres charakterystyki JGP)
- Chirurgia onkologiczna (zakres charakterystyki JGP)
- Chirurgia plastyczna (zakres charakterystyki JGP)
- Chirurgia szczękowo- twarzowa (zakres charakterystyki JGP)
- Charakterystyka Jednorodnych Grup Pacjentów z zakresu ginekologii i położnictwa

(łącznie 2 tysiące stron)