

System

KWARTALNIK DLA ŚWIADCZENIODAWCÓW

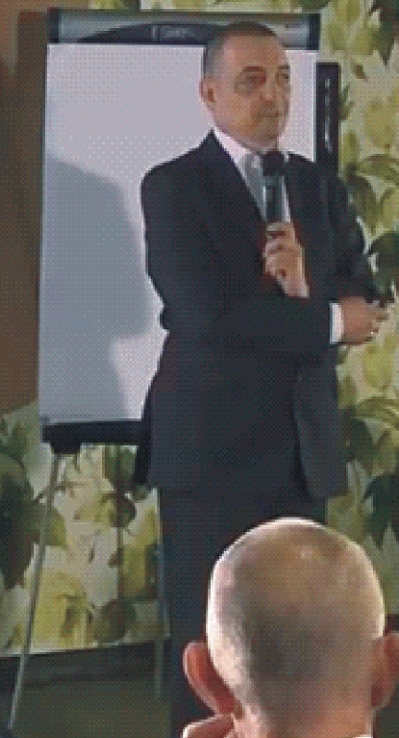


KANCELARIA DORADCZA

Rafał Piotr Janiszewski

zmiany w zakresie
prowadzenia list
oczekujących

**SPRAWOZDANIE
Z KONFERENCJI
STRONA 6**



NA ROBOCZO

**81 dni
w SOR**

ARTYKUŁ PROBLEMOWY

Zakres umowy:
Programy lekowe

NOWOŚCI
W MEDYCZNYM
PRAWIE

**Pakiet Onkologiczny
- pytania i odpowiedzi**

ANGIELSKI
DLA MEDYKÓW
ONKOLOGIA

Zauważone Odnotowane

Neuropatie nabyte w praktyce klinicznej

14 listopada | WARSZAWA

Konferencja organizowana przez Klinikę Neurologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Wiodące tematy - zagadnienia związane z polineuropatiami o etiologii autoimmunizacyjnej i cukrzycowej.



IX Polskie Dni Naczyniowe.

15 listopada | KATOWICE

Wiodący temat to przewlekłe niedokrwienie kończyn dolnych.



VII Warszawskie Spotkanie Diabetologiczne

18 października | WARSZAWA
wsd.diabetologiaonline.pl

Temat przewodni: „Nowoczesna diabetologia dla lekarza praktyka”. Podczas spotkania poruszono m.in. zagadnienia dotyczące nowych leków stosowanych w cukrzycy tj. inhibitory DPP4, agoniści GLP-1 czy inhibitory SGLT2.



„Nowości i kontrowersje w leczeniu nowotworów”

10 października | WARSZAWA

Podczas konferencji przedstawiono i omówiono najnowsze doniesienia i problemy dotyczące postępowania u chorych na nowotwory układu pokarmowego.

Postępy Onkologii - Konferencja Interaktywna 2014

11 października | BIAŁYSTOK

15 listopada | KIELCE

Program konferencji obejmował siedem sesji, zawierających przegląd najbardziej aktualnych informacji dotyczących rozpoznawania i leczenia nowotworów: nowotwory skóry, rak piersi, jelita grubego, nerki, płuca, gruczołu krokowego oraz leczenie wspomagające.



Jesienne Repetytorium z Kardiologii

11 października | WARSZAWA

Konferencja interaktywna. Intencją Organizatora było zapewnienie dynamicznych wykładów, których integralną częścią była dyskusja z uczestnikami nad najnowszymi wytycznymi, standardami postępowania i nowymi wynikami badań klinicznych.



IV Jesienne Forum Urologiczno-Onkologiczne Urologia i Onkologia 2014 Medforum

13-15 listopada | WISŁA

www.urologiaonkologia2014.medforum.pl

Wiodącym tematem spotkania było "Leczenie powikłań i niepowodzeń w urologii i onkologii". Podczas konferencji zaprezentowano informacje dotyczące problematyki różnego rodzaju niepowodzeń w praktyce leczenia schorzeń urologicznych.

I Międzynarodowe Sympozjum Radiologiczne pt: „Urazy sportowe i zapalenia stawów”

7-8 listopada | WROCŁAW

www.mskradiology2014.pl

W programie Sympozjum m.in. problematyka związana z diagnostyką zmian przecięśniowych i pourazowych oraz chorób reumatycznych. Prelegenci to czołowi specjaliści zarówno z Polski, jak i z zagranicy.



Warsztaty poświęcone wykorzystaniu technik analizy genomu w badaniach nowotworów

10 października | WARSZAWA

Organizator - Warszawski Uniwersytet Medyczny zapewnił bezpłatne uczestnictwo. Warsztaty prowadzone w języku angielskim. W trakcie warsztatów zaprezentowano najnowsze aplikacje metod genomicznych w onkologii.



VI Warszawskie Seminarium Neurourologii 2014

20 grudnia | WARSZAWA

www.neurourologia.pl
W trakcie Seminarium zostały podjęte tematy obejmujące kliniczną analizę SWOT technik zabiegowych w neurourologii i neuroginekologii, a także odbyły się debaty interaktywne.



„Kardiologia Prewencyjna 2014 wytyczne, wątpliwości, gorące tematy”.

21-22 listopada | KRAKÓW

W programie konferencji m.in. prezentacje najnowszych wyników dużych polskich projektów badawczych i innych doniesień z krajowych i zagranicznych ośrodków naukowych, a także podsumowanie niedawno wprowadzonych zmian w diagnostyce i leczeniu chorób układu krążenia.



Drodzy czytelnicy

Wejście w życie tzw. pakietu onkologicznego niesie ze sobą szereg zmian.

Dotyczą one nie tylko udzielających świadczeń w zakresie onkologii i skutkują wieloma nowościami w rozliczeniach z NFZ.

Poznanie szczegółów regulacji determinować będzie wynik finansowy placówki ale również właściwą organizację udzielania świadczeń.

Przepisy znowelizowanej Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nakładają na podmioty prowadzące działalność leczniczą

obowiązek posiadania sformalizowanej procedury postępowania z chorym onkologicznym. Związana ona jest ze wszystkimi obszarami organizacji, a więc zarówno pracy koordynatorów, jak i konsyliów. Regulować musi również nowe zasady prowadzenia list oczekujących na świadczenia.

Zdając sobie sprawę ze złożoności problemów, jakie napotyka Państwo przy analizie przepisów, oraz wdrażaniu ich w swoich placówkach, poświęcamy w tym numerze trochę uwagi pakietowi onkologicznemu.

Jednocześnie organizujemy w dniach 30-31 stycznia konferencję poświęconą zmianom w zasadach rozliczania świadczeń z NFZ w 2015 roku.

Podczas szkolenia prezentować będziemy konkretne sposoby organizacji i rozliczania świadczeń, mając na względzie optymalne sprawozdawanie faktycznie poniesionych kosztów. To trudne, często wydaje się, że niemożliwe. Jednak mimo oporu środowisk pakiet onkologiczny wszedł w życie, a my staramy się przedstawiać Państwu rozwiązania, które minimalizują negatywne skutki regulacji.

Gorąco zapraszam do lektury kolejnego numeru „Systemu” oraz do spotkania z nami podczas najbliższej konferencji.

4| Kalejdoskop medyczny

Wydarzenie – Świadczenia po wejściu w życie pakietu onkologicznego i kolejowego – konferencja

6| – Zaproszenie na konferencję

9| Na roboczo – 81 dni w SOR

Nowości

11| w medycznym prawie

Opinie praktyków. Zakres umo-

15| wy: Programy lekowe

F– jak choroby przewodu pokar-

21| mowego

Angielski dla medyków

23| Onkologia

33| JGP w pytaniach i odpowiedziach

35| Ciekawostki medyczne


KANCELARIA DORADZCA
Rafał Piotr Janiszewski

*Mroźną zimą
płoty drzemią i drzewa.
Zima otula świat śniegiem
Spadają gwiazdy.
Siadają na sosnach
jak lampki na choince.
I jest mroźnie.
I bardzo majestatycznie.*

Ewa Zawistowska

*Nieustającego powodzenia
i zdrowia
w 2015 roku życzy:*

KANCELARIA DORADZCA
Rafał Piotr Janiszewski

M

edyczny

kalejdoskop



Emilia Sujkowska
e-mail: Emilia.Sujkowska@iuz.org.pl

Klinika Otolaryngologii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu specjalizuje się w rekonstrukcji krtani z wykorzystaniem tkanek pobranych od pacjenta

W sierpniu minionego roku w Klinice Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej w Poznaniu wykonano pierwszą w kraju operację rekonstrukcji krtani z wykorzystaniem płata okostnowo-kostnego pobranego z nasady kości udowej. Chirurgzy współpracowali z austriackimi specjalistami Kliniki Chirurgii Szczykowo-Twarzowej w Salzburgu. W klinice od niedawna stosuje się nową technikę. Polega ona na pobraniu od chorego komórek i wyhodowaniu w laboratorium tkanek, które później są wykorzystywane do odbudowy krtani lub tchawicy.

Zakwaszenie organizmu – zaburzona równowaga kwasowo-zasadowa

PH krwi człowieka jest zasadowe i wynosi 7,35-7,45. Gdy występują najmniejsze odchylenia od tej normy może to świadczyć o zaburzonej równowadze kwasowo - zasadowej. Wpływa to na nasze samopoczucie - czujemy się źle, jesteśmy zmęczeni, niewyspani, boli nas głowa. Zakwaszenie może doprowadzić m.in. do alergii, grzybic, astmy, miażdżycy, cho-

roby wieńcowej, cukrzycy. Organizm jest podatny na złamania kości, problemy z próchnicą i paradontozą, zaburzenia snu oraz infekcje. Przez długotrwale zakwaszenie szybciej rozwijają się komórki rakowe. Zakwaszenie następuje w procesie naturalnym, poprzez styl życia (stres, brak aktywności fizycznej lub szybkie tempo życia) i sposób odżywiania (produkty mocno zakwaszające: mięso i wędliny, produkty zawierające cukier, sól, alkohol, napoje gazowane, sery, kawa, herbata, biała mąka, ryż, kakao, czekolada). Aby nie doprowadzić do zakwaszenia organizmu, należy stosować odpowiednią dietę, ograniczającą spożywanie tych produktów.

Skrzyp polny

To powszechnie rosnący chwast na polach. Ma wiele zastosowań leczniczych, ponieważ zawiera dużo krzemu i wiele innych cennych składników.

Można robić z niego np. płukanekę do włosów, dzięki której włosy nie wypadają, stają się mocniejsze i lśniące, a skóra głowy jest czysta i bez łupieżu. Stosuje się go również w takich przypadkach, jak: miażdżycy, zapalenie dolnych dróg moczowych, usprawnienie czynności wątroby, zaburzenia przemiany materii i inne.

Należy jednak uważać, aby nie stosować zbyt długo tego zioła, gdyż prowadzić to może do niedoboru witaminy B1. Należy go wtedy uzupełniać

przez np. kielki pszenicy, pestki słonecznika, drożdże.

Alergia zimą

Dla alergików, w okresie zimowym, niebezpieczne mogą być roztocza kurzu domowego, których jest o wiele więcej o tej porze roku. Alergenem jest białko znajdujące się w ich wydalinach. Aby zminimalizować ryzyko uczulenia, należy wietrzyć mieszkania, odkurzać minimum trzy razy w tygodniu, pościel prać przynajmniej w temperaturze 60 st. C. Temperatura w mieszkaniu powinna wynosić do 21 st. C. Wilgotność powinna być utrzymywana na poziomie ok. 55% - 60%.

W takich warunkach roztocza rozwijają się znacznie słabiej. Groźne dla alergików mogą być również pyłki roślin. Niektóre pojawiają się już późną zimą.

Pyłki leszczyny i olchy pojawiają się już pod koniec stycznia. Może pojawić się wtedy kichanie, wyciek z nosa, świąd nosa i oczu, nawet napady astmy oskrzelowej. Alergicy mogą obawiać się również pogody. Najgorsza dla nich jest wilgoć połączona z niską temperaturą, poniżej +10 st. C. Zimne powietrze i mgła mogą wywoływać podrażnienia dróg oddechowych. Należy wtedy osłaniać usta i nos szalikiem oraz ograniczyć wychodzenie. Zagrożeniem dla alergików jest również złuszczonej naskórek zwierząt, z

którymi przebywamy znacznie dłużej w porze zimowej.

Skręcenie stawu skokowego

Polega na przemieszczeniu względem siebie kości tworzących staw.

Najczęstszą przyczyną tego urazu jest odwrócenie się kostki w czasie chodzenia. Dochodzi do uszkodzenia torebki stawowej oraz więzadeł. Czuć wtedy silny ból, kostka puchnie i powstaje krwiak wewnątrz bądź na zewnątrz stawu. Ważne jest, aby jak najszybciej udać się do lekarza w celu określenia stopnia skręcenia i ewentualnego nastawienia kostki. I stopień skręcenia - to naciągnięcie więzadeł; możemy sami z nim sobie poradzić przykładając zimne okłady, usztywniając kostkę bandażem i ograniczając chodzenie. Na II stopień - naderwanie więzadeł stosuje się żele o działaniu przeciwobrzękowym, przeciwbólowym i przeciwzapalnym. Wskazany jest również stabilizator z usztywnieniami bocznymi. III stopień - zerwanie więzadeł zmusza do zastosowania opatrunku gipsowego oraz noszenia stabilizatora przez kolejne 3 tygodnie, po zdjęciu gipsu.

Należy pamiętać, aby przed treningiem sportowym przeprowadzić krótką rozgrzewkę, ponieważ rozciągnięte mięśnie i ścięgna lepiej amortyzują niewłaściwe ruchy. Na skręcenia jesteśmy narażeni wszyscy.

Pokrzywa

Ta niepozorna roślina zawiera wiele cennych witamin (E, C, B1, K) i mikroelementów, takich jak magnez, żelazo, potas, fosfor, wapń, także serotoninę poprawiającą nastrój. Zawiera również sole mineralne pomocne w leczeniu kamicy nerkowej i artretyzmu. Napar z pokrzywy łagodzi stres, ułatwia przemianę materii, pomaga pozbyć się obrzęków. Pokrzywę mogą pić także kobiety w ciąży, a taka herbata pita po urodzeniu dziecka wzmacnia produkcję mleka w piersiach. Pokrzywę uważa się za naturalny antybiotyk.

Domowe sposoby na przeziębienie

Gdy tylko odczuwamy pierwsze objawy przeziębienia, należy od razu reagować. Jest większa szansa, że choroba się nie rozwinie. Przede wszystkim należy podnieść temperaturę ciała. Zaleca się wzięcie gorącej kąpieli, a następnie założenie grubych skarpet i zażycie dużej dawki witaminy C. Zaleca się również moczenie nóg w gorącej wodzie. Ważne jest podniesienie temperatury ciała, ponieważ bakterie szybciej rozwijają się w temperaturze 33-34C.

Niedobór żelaza

Żelazo jest niezbędnym składnikiem mineralnym dla naszego życia. Pomaga w produkcji czerwonych krwinek i hemoglobiny, pomaga w transporcie tlenu w organizmie oraz zmniejsza uczucie zmęczenia i znużenia. U dzieci jest odpowiedzialne za dojrzewanie mózgu. Jego niedobór może wpływać niekorzystnie na nasze zdrowie, może doprowadzić do niedokrwistości (anemii). Jego brak wpływa na obniżenie sprawności umysłowej, pamięć oraz zdolność uczenia się. Pierwszym objawem niedoboru jest osłabienie i zmęczenie. Należy spożywać produkty bogate w żelazo tj. czerwone mięso, tłuste ryby, mięso kurczaka i indyka, suszone owoce, ciemnozielone warzywa, niektóre orzechy. Na niedobór żelaza najbardziej narażone są kobiety, głównie kobiety w ciąży i obficie miesiączkujące (w czasie menstruacji kobieta traci ok. 40mg żelaza) oraz nastolatki jedzące małe ilości mięsa i ryb.

Szczepionki przeciwko wirusowi Ebola

Rozpoczęto testy eksperymentalne przeciwko wirusowi Ebola. Trwająca epidemia zmusza do przyspieszenia badań. Możliwe, że jeszcze przed końcem roku szczepionka zostanie podana pracownikom opieki zdrowotnej w rejonach zagrożonych epidemią. Trwają również badania kliniczne nad

inną szczepionką przeciw wirusowi Ebola. Z jego powodu zmarło już ponad 2 tys. osób.

Badanie myszy z ludzkim genem mowy

FOXP2 to gen odpowiadający za koordynację ruchów u zwierząt. U ludzi uszkodzenie tego genu powoduje utratę zdolności mowy. Naukowcy wyhodowali myszy z tym genem i przeprowadzili doświadczenie polegające na znajdowaniu przez nich pożywienia w labiryncie. Doszli do wniosku, że posiadając ten gen, mają lepszą zdolność uczenia się, przekładają świadome zachowania na automatyczne. Okazało się, że zwykłe myszy znalazły pożywienie w ciągu 12 dni, a te z genem FOXP2 w ciągu 8 dni.

Podskórna implantacja kardiowertera – defibrylatora

We wrześniu w łódzkim szpitalu im. Sterlinga przeprowadzono pierwszą w Polsce podskórną implantację kardiowertera - defibrylatora. Jest to urządzenie, które przywraca rytm serca w przypadkach, gdy akcja serca zatrzymuje się w groźnej arytmii. Włącza się samoczynnie i reguluje pracę serca. Zabieg polega na wszczępieniu podskórnie elektrody kardiowertera, do tej pory leczenie pacjentów wymagających takiego zabiegu odbywało się poza granicami kraju.

Jeśli będziecie mieć wątpliwości dotyczące rozliczania świadczeń z NFZ..., Dzwonieć lub piszcie do nas. Powodzenia!

Świadczenia po wejściu w życie pakietu onkologicznego i kolejkowego – konferencja

W dniach 14-15 listopada, Kancelaria Doradca Rafał Piotr Janiszewski, zorganizowała konferencję poświęconą zmianom organizacyjnym udzielania świadczeń po wejściu w życie pakietu onkologicznego i kolejkowego.

Omawiano min. zagadnienia dotyczące:

- Sformalizowanej procedury udzielania świadczeń dla pacjentów onkologicznych;
- Organizacji wielodyscyplinarnych zespołów ds. planowania leczenia
- Zakresu obowiązków i algorytmu postępowania koordynatora;
- Zasad organizacji kolejki pacjentów onkologicznych i kolejki dotychczasowej;
- Nowe zasady skierowań i algorytm postępowania świadczeniodawcy
- Gospodarki lekami w szpitalu. Dopuszczalność i zasady zastosowania leków off label;
- Pacjent onkologiczny a limitowanie świadczeń medycznych w świetle regulacji tzw. „pakietu onkologicznego”;
- Karta pacjenta onkologicznego – zakres danych i sprawozdawczość;
- Zasady wypełniania i odpowiedzialność podmiotu.

Każdy z uczestników naszej konferencji otrzymał materiały szkoleniowe w formie elektronicznej.

*

Zapraszam również na konferencję kontynuującą tematykę pakietu onkologicznego, zaproszenie wraz z formularzem zgłoszeniowym zamieszczamy na następnych stronach.





KANCELARIA DORADCA
Rafał Piotr Janiszewski

**ZAPRASZAMY
NA
KONFERENCJE
I SZKOLENIA**



Zapraszamy na konferencję z cyklu
„Casemix”
„Zmiany w rozliczaniu i organizacji świadczeń
po wejściu w życie pakietu onkologicznego”

Szanowni Państwo,

Wprowadzony od 1 stycznia 2015 roku pakiet onkologiczny niesie ze sobą szereg zmian w organizacji i rozliczaniu świadczeń na rzecz pacjentów z chorobą nowotworową.

Zmiany te rodzą wiele pytań i wątpliwości, na które odpowiedzi należy szukać w całościowej analizie wszystkich przepisów i zarządzeń Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

Zapoznaliśmy się z nimi wnikliwie, przygotowując program tej konferencji.

W naszych cyklicznych spotkaniach z Państwem dopatrujemy się również nieocenionej możliwości wymiany doświadczeń pomiędzy uczestnikami. Żywię nadzieję, że przygotowany dla Państwa materiał będzie pomocny w codziennej pracy, a dyskusje podczas szkolenia poszerzą wiedzę na temat zasad realizacji pakietu onkologicznego. Gorąco zapraszam do udziału w konferencji.

Rafał Janiszewski

PROGRAM KONFERENCJI:

30.01.2015

- 12:00 – Zakwaterowanie uczestników
13:00 – Obiad
14:00 – 14:45 - [Zasady wypełniania karty pacjenta onkologicznego](#)
– omówienie wzoru karty oraz zakresu niezbędnych informacji
– najczęstsze wątpliwości świadczeniodawców (odpowiedzi na pytania)
– powiązanie karty pacjenta onkologicznego z dokumentacją medyczną
– protokół z posiedzenia konsylium
- 15:00-15:40 – [Diagnostyka onkologiczna w AOS](#)
– zasady rozliczania pakietów diagnostycznych
– przykładowe postępowania diagnostyczne w aspekcie realnych kosztów wykonywanych badań i rozliczania ich z NFZ
- 16:00-16:45 – [Diagnostyka pacjenta z kartą w lecznictwie zamkniętym](#)
- algorytm postępowania od diagnostyki do leczenia
- zabiegi diagnostyczno-lecznicze a rozliczenie z NFZ
- przykłady rozliczeń postępowania diagnostycznego w określonych rozpoznaniach
- 17:00-17:45 – [Plan leczenia onkologicznego i harmonogram leczenia w aspekcie przepisów pakietu onkologicznego](#)
– plan leczenia onkologicznego i jego koordynacja (zakres obowiązków i kompetencji koordynatora)
– modyfikacja planu leczenia (udział koordynatora w inicjowaniu modyfikacji planu)
– harmonogram leczenia, zasady jego ustalania i możliwości modyfikacji

18:00-18:45 – [Nowe zasady rozliczania świadczeń związanych z leczeniem onkologicznym](#)

- Chemioterapia
- Programy lekowe
- Świadczenia pobytowe
- Radioterapia

19:30 – Kolacja

31.01.2015

8:00 – Śniadanie

9:00-9:45 – [Nowe zasady prowadzenia list oczekujących](#)

- zmiany w dotychczasowych listach oczekujących
 - lista oczekujących dla pacjentów onkologicznych (zasady prowadzenia i korelacja z listą pacjentów bez karty)
- 10:00-10:45 – Sformalizowana procedura postępowania z pacjentem onkologicznym
– zakres regulacji
– kluczowe elementy niezbędne z punktu widzenia praw pacjenta
– algorytm diagnostyczno-terapeutyczny wynikający z przepisów pakietu

11:00-11:45 – [Przykładowe schematy rozliczania diagnostyki i leczenia onkologicznego w ramach świadczeń finansowanych ze środków publicznych](#)

- 12:00-12:45 – [Sesja pytań i odpowiedzi](#)
- omówienie najczęściej zadawanych pytań dotyczących realizacji pakietu onkologicznego (źródło Narodowy Fundusz Zdrowia i Ministerstwo Zdrowia)
- odpowiedzi na pytania uczestników (odpowiedzi będą udzielać eksperci Kancelarii Doradczej Rafał Piotr Janiszewski)

13:00 - Obiad i zakończenie konferencji

INFORMACJE ORGANIZACYJNE:

Konferencja odbędzie się w dniach 30-31.01.2015 r. w Hotelu Klimczok 4* w Szczyrku przy ul. Poziomkowej 20. Hotel jest usytuowany w samym sercu Beskidów. Zapewnia uczestnikom konferencji wiele atrakcji, do których należą baseny „Termy” Klimczok z rzeką wypływającą na zewnątrz, sauna fińska, wanna jacuzzi.

Koszt uczestnictwa

Koszt uczestnictwa to 1230 zł netto i zawiera zakwaterowanie, wyżywienie (zgodnie z programem) oraz materiały konferencyjne (w wersji papierowej i elektronicznej).

Ośrodki, które mają podpisaną umowę z NFZ, nie muszą powiększać podanej kwoty o VAT, gdyż usługi szkoleniowe finansowane ze środków publicznych są zwolnione z podatku.

W przypadku zgłoszenia 2 i więcej osób udzielimy 10% rabatu.

Zgłoszenia można wysyłać na nasz fax: (022) 625 73 99

lub na adres e-mail: ewelina.wojcik@iuz.org.pl

Termin przysyłania zgłoszeń upływa: 26 stycznia 2015 r.

W przypadku dodatkowych pytań proszę o kontakt z Panią Ewelina Wójcik pod numerem tel.: 697 602 707

Stosowny formularz na następnej stronie

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA UDZIAŁU W KONFERENCJI
Z CYKLU
„Casemix”**

„Zmiany w rozliczaniu i organizacji świadczeń po wejściu w życie pakietu onkologicznego”

Termin: 30 - 31 stycznia 2015 r.

Miejsce: Hotel Klimczok 4*, ul. Poziomkowa 20, 43-370 Szczyrk - Biła

Dane Zamawiającego:

Nazwa i adres placówki:		
Telefon:	Fax:	NIP:
E-mail:		
Osoba odpowiedzialna za kontakt:		

Imię i nazwisko uczestnika:	Stanowisko:	Koszt
1.		Koszt : 1230 zł netto Zgłoszenia: do 26.01.2015 r.
2.		
3.		
4.		
5.		

***Proszę o zaznaczenie rodzaju pokoju: jednoosobowy lub dwuosobowy**

Ogólne zasady uczestnictwa:

1. Udział w konferencji należy potwierdzić najpóźniej do 26 stycznia 2015 r.
2. Po otrzymaniu potwierdzenia zostanie przygotowana faktura proforma.
3. Po opłaceniu faktury proforma, zostanie wystawiona faktura VAT.
4. Wypełniony formularz zgłoszeniowy prosimy przesłać na nr faksu (022) 625 73 99 lub za pomocą poczty elektronicznej: ewelina.wojcik@iuz.org.pl

Imię i nazwisko osoby akceptującej: _____

Data

Pieczętka i podpis osoby akceptującej

81 dni w SOR

(1): ...no, i dlatego Pani mówię, lepiej na SOR. Bo po co u lekarza siedzieć godzinami i czekać na swoją kolej, jak można na SORZE! Tam kilku lekarzy siedzi, żadnych kolejek, zupełnie inaczej!

(2):... Tak, tak, rzeczywiście czasami trzeba tam, bo nagły wypadek...

(1):... Co tam nagły! Ja teraz się nie zastanawiam, od razu tam idę!



Dorota Szmurło

Zacytowana wyżej rozmowa stanowi nieco przejaśkrawiony opis sytuacji, z jakim mamy do czynienia, niestety coraz częściej. Wydłużający się czas oczekiwania do opieki ambulatoryjnej, szpitala, a nawet już lekarza podstawowej opieki zdrowotnej stanowią istotne elementy decydujące, że pacjent ostatecznie zgłasza się ze swoim problemem właśnie na szpitalny oddział ratunkowy. A słowo „problem” w tym przypadku niekoniecznie stanowić będzie nagłe zagrożenie zdrowotne.

Szpitalny Oddział Ratunkowy (SOR) zgodnie z definicją określoną w ustawie z 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym (PRM) wskazaną w art. 3 pkt. 9 stanowi jednostkę organizacyjną szpitala, udzielającą świadczeń opieki zdrowotnej osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. To nieostre pojęcie zwiększa ryzyko nadużyć i nadinterpretacji.

Czym jest zatem nagłe zagrożenie?

W myśl definicji ustawowej to stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się

objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia.

Jak wynika z przeprowadzonej na przełomie 2011 roku kontroli Najwyższej Izby Kontroli (NIK), znaczna część świadczeń realizowanych w szpitalnych oddziałach ratunkowych udzielana była również osobom, które nie znajdowały się w stanie zagrożenia zdrowotnego, a więc nie kwalifikowały się do właśnie takiej formy pomocy. Stanowi to tym samym naruszenie przepisu art. 3 pkt 9 oraz art. 33 ust. 1 ustawy o PRM odnoszących się do nagłego zagrożenia zdrowotnego.

Ówczesną kontrolą objęto: 4 samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, pod względem legalności, gospodarności, celowości i rzetelności oraz 14 samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej – 6 szpitali i 8 stacji pogotowia ratunkowego.

NIK zwraca również uwagę na czas pobytu pacjentów w oddziałach ratunkowych, gdzie w skrajnym przypadku wyniósł on 81 dni! Zwiększona liczba pacjentów przyjmowanych niezasadnie do

oddziału oraz wydłużony czas jego hospitalizacji znacząco zwiększa koszty funkcjonowania oddziału. Zgodnie z opublikowanymi wynikami kontroli w czasie objętym kontrolą od 30% do 80% spośród pacjentów badanych SOR, nie kwalifikowało się do udzielania im świadczeń na tych oddziałach, a tym samym osobom tym powinny być udzielone świadczenia w ramach poradni lekarza rodzinnego, poradni specjalistycznych bądź nocnej i świątecznej pomocy doraźnej.

Udzielanie świadczeń osobom, które nie kwalifikują się do leczenia w szpitalnym oddziale ratunkowym utrudnia tym samym dostęp osobom faktycznie wymagającym pilnej opieki. Nadto finansowanie przeznaczone na ten cel nie jest wydawane zgodnie z jego przeznaczeniem. Stwierdzono, iż w kontrolowanych podmiotach nie działał żaden system organizacyjny, który kontrolowałby zasadność przyjęcia pacjenta na oddział, a tym samym umożliwiłby eliminację przyjęć niezasadnych.

Wyniki kontroli potwierdzają, że większość hospitalizacji miała cel diagnostyczny bądź związana była z koniecznością przeprowadzenia badania kontrolnego.

ciąg dalszy na str. 10

Dokumentacja, dokumentacja i jeszcze raz dokumentacja

Kontrola NIK obejmowała również zasoby sprzętowe, personelowe oraz dokumentację medyczną, która prowadzona była w sposób naruszający obowiązujące przepisy. Z naszych doświadczeń wynika, iż większa część podmiotów nie zna wymogów dotyczących rodzaju dokumentacji medycznej, która powinna być prowadzona w ramach szpitalnego oddziału ratunkowego. Tymczasem obowiązujące przepisy jednoznacznie określają konieczność prowadzenia historii choroby analogicznej do innych oddziałów.

Zgodnie z art. 27 ust. 4 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o PRM „Dysponent jednostki ma obowiązek prowadzić dokumentację medycznych czynności ratunkowych zgodnie z przepisami o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Dysponentem jednostki jest podmiot leczniczy w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, w którego skład wchodzi jednostka systemu, o której mowa w art. 32 ust. 1.”

Jednostkami systemu są:

- 1) szpitalne oddziały ratunkowe,
- 2) zespoły ratownictwa medycznego, w tym lotnicze zespoły ratownictwa medycznego.

Wobec powyższego uregulowania prawnego Szpitalne Oddziały Ratunkowe obowiązane są prowadzić dokumentację medyczną zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania. Dokumentacja medyczna dzielić się zatem powinna na część dotyczącą przyjęcia, przebiegu leczenia oraz wypisu, a tym samym zawierać wszystkie elementy wskazane w cytowanym rozporządzeniu. Oczekuje się zatem, by w historii w sposób klarowny i czytelny określono powód przyjęcia pacjenta, wskazując na element nagłego zagrożenia zdrowotnego, świadczenia które

zostały wykonane podczas pobytu oraz informacje dotyczące zakończenia tj. wypisu bądź przeniesienia na oddział szpitalny. Wyłącznie czytelnie dokonane wpisy stanowią potwierdzenie zrealizowanego świadczenia medycznego.

Prowadzone kontrole oddziałów Narodowego Funduszu Zdrowia wykazują znaczące uchybienia w tym zakresie. W jednym z podmiotów stwierdzono fakt zakładania pacjentowi historii choroby wyłącznie w przypadku jego zgonu, natomiast dla pacjentów korzystających z ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w SOR prowadzone były wyłącznie Karty Informacyjne, które zawierały po bieżne informacje dotyczące badania podmiotowego i przedmiotowego udzielanych świadczeń – podane leki, wykonane zabiegi, zalecenia lekarskie.

Rozpoznania notowane są w formach niezgodnych z wymogiem § 7 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie dokumentacji medycznej, a znaczna część zapisów jest niemożliwa do odczytu z uwagi na niestaranność zapisu. Stwierdzono również liczne uchybienia w zakresie zbiorczej dokumentacji medycznej.

Zmiany...

Występujące nieprawidłowości, które wskazałam Państwu powyżej, zarówno w zakresie finansowania, organizacyjnym, jak i samej dokumentacji medycznej w sposób realny wpływają na jakość udzielanych świadczeń. Środowiska występują zatem z licznymi uwagami do publikowanych projektów zmian ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym.

Tymczasem Narodowy Fundusz Zdrowia powołał Zespół ds. opracowania nowych rozwiązań systemowych finansowania świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie szpitalnego oddziału ratunkowego i izby przyjęć. Zespół ma za zadanie opracowanie nowych rozwiązań systemowych związanych z finansowaniem świadczeń zdrowotnych w SOR i IP, w szczególności zmian w algorytmie



obliczania ryczałtów dobowych, kryteriów pozwalających na zróżnicowanie stawek ryczałtu w związku z obsługą dużej liczby świadczeniobiorców, wykonywaniem kosztochłonnych procedur oraz posiadanym wyposażeniem i kwalifikacjami personelu. Zespół ponadto przeprowadzi symulację i ocenę wdrożenia opracowanych rozwiązań związanych z finansowaniem SOR i IP.

Zachęcamy do weryfikacji dokumentacji medycznej w Państwa oddziałach ratunkowych. Jak zwykle służymy Państwu pomocą.

Artykuł powstał w oparciu o raport Najwyższej Izby Kontroli - Nr ewid. 149/2012/P11094/KZD oraz doświadczenie doradców Kancelarii Doradczej Rafał Piotr Janiszewski.

Nowości w medycznym prawie

Magdalena
Siebielska-Gasek

Lato oraz jesień 2014 r. to czas intensywnych prac nad aktami prawnymi dotyczącymi przede wszystkim implementacji rozwiązań określanych mianem pakietu onkologicznego oraz pakietu kolejkowego.

W ciepłych miesiącach opublikowano projekty zmian względem kluczowych przepisów w ochronie zdrowia, zaś z nadejściem jesieni ustawy, rozporządzenia i zarządzenia ujrzały światło dzienne. Co zatem ujrzały realizatorzy świadczeń?

Elektroniczna dokumentacja medyczna

26 czerwca 2014 r. Rada Ministrów przyjęła założenia nowelizacji projektu ustawy o systemie informatyzacji w ochronie zdrowia.

Najistotniejszym założeniem nowelizacji jest przesunięcie terminu obowiązku sporządzania indywidualnej dokumentacji medycznej wyłącznie w formie elektronicznej z 30 lipca 2014 r. do 30 lipca 2017 r.

W myśl założeń elektroniczne recepty obowiązywać będą od dnia 1 sierpnia 2016 r. (z okresem przejściowym dla recept „pro autore” i „pro familiae” do 1 stycznia 2020 r.). E-skierowanie oraz e-zlecenie obowiązywać natomiast mają od 1 marca 2017 r.

Deklaracje wyboru lekarza, pielęgniarki i położnej POZ

Od 15 czerwca ub.r. resort zdrowia wprowadził rozporządzeniem nowe wzory deklaracji wyboru świadczeniodawcy, lekarza, pielęgniarki i położnej w ramach Podstawowej Opieki Zdrowotnej.

Mapy potrzeb zdrowotnych

Ministerstwo Zdrowia poinformowało o wdrażaniu nowego projektu:

Poprawa jakości zarządzania w ochronie zdrowia poprzez wsparcie procesu tworzenia regionalnych map potrzeb zdrowotnych jako narzędzia usprawniającego procesy zarządcze w systemie

ochrony zdrowia – szkolenia z zakresu szacowania potrzeb zdrowotnych.

Projekt skierowany będzie do przedstawicieli kadry zarządzającej szpitali i dysponentów środków publicznych. Ma on wesprzeć decyzje zarządcze związane z kardiologią i onkologią.

Zakończenie projektu przewidywane jest na czerwiec 2015 r.

Przypominamy, iż mapy potrzeb zdrowotnych to jedno z rozwiązań tzw. „pakietu kolejkowego” Ministra Zdrowia.

Dokumentacja medyczna

24 lipca została ogłoszona nowelizacja rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposoby jej przetwarzania.

Zmiana wprowadza obowiązek dla lekarzy leczących pacjentów w poradniach specjalistycznych, przekazujących lekarzom POZ informacje o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach - okresie ich stosowania i dawkowania oraz wyznaczonych wizytach kontrolnych, włączenia kopii wyżej opisanej informacji do dokumentacji wewnętrznej pacjenta lub dokonania w dokumentacji medycznej wpisu o wydaniu informacji z dokładnym jej opisem.

Informacja ta staje się tym samym jednym z elementów dokumentacji medycznej zewnętrznej.

Ponadto wprowadzono obowiązek ujęcia w dokumentacji indywidualnej wewnętrznej szczegółowy opis lub kopię dokumentacji zewnętrznej wydawanej pacjentowi.

Zarządzenie NFZ w sprawie kontroli

Narodowy Fundusz Zdrowia opublikował zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie planowania, przygotowywania i prowadzenia kontroli oraz realizacji wyników kontroli świadczeniodawców.

Zarządzenie odnosi się między innymi do praw kontrolerów.

Kontrolerzy mają prawo do:

- wstępu do objętych kontrolą obiektów i pomieszczeń podmiotu kontrolowanego, związanych z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej,
- pobierania oraz zabezpieczania materiałów dowodowych,
- wglądu do wszelkich dokumentów związanych z prowadzoną kontrolą,
- sporządzania niezbędnych do kontroli odpisów lub wyciągów z dokumentów, jak również zestawień i obliczeń sporządzonych na podstawie dokumentów,
- żądania od podmiotu kontrolowanego sporządzenia niezbędnych odpisów lub wyciągów z dokumentów, jak również zestawień i obliczeń sporządzanych na podstawie dokumentów,
- przeprowadzania oględzin obiektów lub innych składników majątkowych albo przebiegu określonych czynności, związanych z przedmiotem kontroli,
- żądania od pracowników podmiotów kontrolowanych, kierownika podmiotu kontrolowanego oraz członków or-

ciąg dalszy na str. 12

ganów statutowych udzielania ustnych i pisemnych wyjaśnień,
h) korzystania z pomocy biegłych lub specjalistów w danej dziedzinie.

W zarządzeniu określono:

- wzór formularza kontroli doraźnej i kontroli doraźnej koordynowanej,
- wzór imiennego upoważnienia do przeprowadzenia kontroli,
- wzór zawiadomienia o kontroli,
- wzór protokołu przyjęcia ustnych wyjaśnień,
- wzór protokołu przyjęcia ustnych oświadczeń,
- wzór protokołu oględzin,
- wzór powołania biegłego lub specjalisty z danej dziedziny,
- wzór protokołu kontroli,
- schemat wystąpienia pokontrolnego,

Środki odurzające, substancje psychotropowe, prekursorzy kategorii 1

Od 18 września b.r. wchodzi w życie nowe przepisy, które zmieniają dotychczasowe w sprawie środków odurzających, substancji psychotropowych, prekursorów kategorii 1 i preparatów zawierających te środki lub substancje.

Zmiana zakłada wydłużenie daty ważności recept na niektóre produkty lecznicze tj. preparaty zawierające środki odurzające grupy I-N lub substancje psychotropowe grupy II-P, z 14 do 30 dni od daty wystawienia.

Wprowadza także zmianę, polegającą na tym, że jeżeli ze wskazanego przez osobę wystawiającą receptę sposobu dawkowania nie można obliczyć sumarycznej ilości przepisanych środków odurzających lub substancji psychotropowych, osoba wydająca przyjmuje, że są to dwa najmniejsze opakowania określone w wykazie określonym w obwieszczeniu, o którym mowa w art. 37 ust. 1 ustawy.

Dodatkowo wskazano, iż na preparaty zawierające środki odurzające grupy I-N oraz substancje psychotropowe grupy II-P można wystawić do 3 recept na następujące po sobie okresy stosowania nieprzekraczające łącznie 90 dni stosowania.

Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej

27 sierpnia br. opublikowano zmienioną ustawę o zawodach pielęgniarki i położnej, zgodnie z zapowiedziami resortu zdrowia w ramach tzw. pakietu onkologicznego.

Ustawa umożliwia (po ukończeniu kursu specjalistycznego z tego zakresu) pielęgniarkom i położnym posiadającym dyplom ukończenia studiów II stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo i pielęgniarkom i położnym posiadającym tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub położnictwa w ramach samodzielnego wykonywania świadczeń, jak i w ramach realizacji zleceń lekarskich ordynowanie leków zawierających określone substancje czynne (z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe) oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia, w tym wystawiać na nie recepty oraz ordynowanie określonych wyrobów medycznych (wystawiać na nie zlecenia albo recepty).

Dodatkowo, pielęgniarka i położna posiadające tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dyplom ukończenia studiów co najmniej pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo mają prawo wystawiać skierowania na wykonanie określonych badań diagnostycznych, w tym medycznej diagnostyki laboratoryjnej, z wyjątkiem badań wymagających metod diagnostycznych i leczniczych stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta.

Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

22 sierpnia 2014 r. w Dzienniku Ustaw opublikowano nowelizację ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Do najistotniejszych zmian należy m.in.:
– Wprowadzenie karty diagnostyki i le-

czenia onkologicznego

- Zapis wskazujący, iż w przypadku gdy stan zdrowia świadczeniobiorcy wymaga wykonywania procedur medycznych stosowanych w leczeniu szpitalnym, ale nie wymaga udzielania całodobowych lub całodziennych świadczeń opieki zdrowotnej w odpowiednio urządzonych, stałych pomieszczeniach podmiotu leczniczego, świadczeniodawca zapewnia bezpłatnie na wniosek świadczeniobiorcy zakwaterowanie w innym miejscu
- Regulacje w zakresie list oczekujących.
- Obowiązek posiadania skierowania do lekarza okulisty i dermatologa.

Rejestr Nowotworów Niezłośliwych Dużych Gruczołów Ślinowych

W toku prac legislacyjnych przyjęto rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie Rejestru Nowotworów Niezłośliwych Dużych Gruczołów Ślinowych.

Celem aktu wykonawczego jest wprowadzenie do działalności podmiotów leczniczych obowiązku prowadzenia Rejestru Nowotworów Niezłośliwych Dużych Gruczołów Ślinowych z uwagi na konieczność monitorowania stanu zdrowia świadczeniobiorców oraz zapotrzebowania na świadczenia opieki zdrowotnej w oparciu o dane o operacjach nowotworów niezłośliwych.

Rejestr zapewni możliwość oceny:

- efektywności leczenia,
- wczesnej diagnozy i leczenia powikłań i niepowodzeń,
- wykrywania nowego (kolejnego niezależnego) ogniska nowotworowego,
- prowadzonej opieki psychologicznej i zapewnienia choremu stałego kontaktu z lekarzem.

Podmiotem prowadzącym rejestr będzie Szpital Kliniczny im. Heliodora Święcickiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.

Akt zobowiązuje podmioty do przekazywania informacji o wykonanych operacjach nowotworów niezłośliwych dużych

ciąg dalszy na str. 13

gruczołów ślinowych. Wskazuje sposób prowadzenia rejestru, zakres i rodzaj danych w nim przetwarzanych oraz sposób zabezpieczenia informacji zawartych w rejestrze.

Projekt karty diagnostyki i leczenia onkologicznego

W statusie projektu ukazało się rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego.

Akt przedstawia zaproponowany wzór karty, który zgodnie z przyjętym pakietem onkologicznym miałby obowiązywać od 1 stycznia 2015 roku.

Karta zawiera liczne elementy odnoszące się zarówno do danych dotyczących oznaczenia pacjenta, lekarza wystawiającego kartę, informację o objawach, wykonanych dotychczas badaniach diagnostycznych, ale także informacje o dalszym postępowaniu.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych AOS

Dokonano zmiany w zakresie rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych. Nowe zapisy wprowadzono poprzez zmianę rozporządzenia z 20 października 2014 r.

Rozporządzenie wskazuje, iż świadczeniodawca, który realizuje świadczenia w zakresie diagnostyki onkologicznej oraz leczenia onkologicznego na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego powinien, między innymi:

- posiadać sformalizowaną procedurę organizacji udzielania świadczeń
- zapewnić co najmniej dostęp do realizacji świadczeń diagnostyki onkologicznej w zakresie diagnostyki laboratoryjnej, tomografii komputerowej (TK), rezonansu magnetycznego (RM), pozytonowej tomografii emisyjnej (PET), medycyny nuklearnej oraz badań endoskopowych;
- zapewnić realizację diagnostyki onkologicznej w terminie docelowo nie dłuższym niż 7 tygodni od dnia wpisania

świadczeniobiorcy na listę oczekujących

- do dnia 31 grudnia 2015 r. przewidziany czas na diagnostykę to 9 tygodni
- do 31 grudnia 2016 r. przewidziany czas na diagnostykę to 8 tygodni

Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych - leczenie szpitalne

Wprowadzono zmiany względem treści rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie leczenia szpitalne.

Nowelizacja z 20 października zakłada wprowadzenie wymogów względem realizacji leczenia onkologicznego.

Świadczeniodawca realizujący leczenie onkologiczne (na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego) powinien:

- posiadać sformalizowaną procedurę postępowania i organizacji udzielania świadczeń
- wyodrębnić wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny planujący i koordynujący proces leczenia
- zapewnić podjęcie leczenia w terminie nie dłuższym niż 14 dni od dnia umieszczenia świadczeniobiorcy na liście oczekujących na udzielenie świadczenia
- wyznaczyć koordynatora, odpowiedzialnego za koordynację leczenia w ramach opieki kompleksowej (również w innych podmiotach) oraz informowanie pacjenta
- zapewnić dostęp do świadczeń: chemioterapii oraz radioterapii onkologicznej, w przypadku nowotworów leczonych z wykorzystaniem technik nuklearnych - medycyny nuklearnej w przypadkach nowotworów krwi, w uzasadnionych przypadkach
- świadczeniodawca udzielający świadczeń gwarantowanych z zakresu chemioterapii i radioterapii onkologicznej powinien zapewnić zakwaterowanie lub zakwaterowanie i transport świadczeniobiorcy z miejsca zakwaterowania do miejsca udzielania świadczeń.

Wskaźnik rozpoznawania nowotworów

Resort zdrowia opublikował projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wskaźników rozpoznawania nowotworów, który przekazano do uzgodnień. Rozporządzenie powstało na podstawie ustawowego upoważnienia wskazanego w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Określa ono sposób ustalania indywidualnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów oraz minimalny wskaźnik ich rozpoznawania.

Minimalny wskaźnik rozpoznawania nowotworów ustalono na poziomie 1/15.

Zarządzenie w sprawie świadczeń wysokospecjalistycznych

W związku ze zmianą ustawową skutkującą przeniesieniem kompetencji zawierania umów na świadczenia specjalistyczne Narodowy Fundusz Zdrowia opublikował zarządzenie Nr 72/2014/DSOZ z dnia 18 listopada 2014 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne – świadczenia wysoko-specjalistyczne

Projekt zarządzenia w sprawie poz

Narodowy Fundusz Zdrowia opublikował projekt zarządzenia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna na rok 2015 i lata następne.

Projekt zakłada wdrożenie rozwiązania dotyczącego pakietu onkologicznego, w tym m.in:

- wskazano na konieczność wydawania pacjentowi karty diagnostyki i leczenia onkologicznego w przypadku podejrzenia wystąpienia nowotworu złośliwego, z wyłączeniem nowotworów skóry,

ciąg dalszy na str. 14

za wyjątkiem czerniaka skóry.

- wyznaczono zasady określania wartości wskaźnika rozpoznania nowotworu (WRN)
- dokonano wyceny porady porady związanej z wydaniem karty diagnostyki i leczenia onkologicznego

Przedstawione propozycje zapisów zarządzenia wnoszą również istotne zmiany w odniesieniu do stawki kapitałowej, będącej podstawą rozliczania świadczeń w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Przewidziano wzrost podstawowej stawki kapitałowej z 96 zł na wartość 136,20 zł. Jednocześnie jednak, względem współczynnika korygującego, proponowane jest odejście od wzrostu stawki wobec udzielania świadczeń względem pacjentów z rozpoznaną cukrzycą oraz chorobami układu krążenia, a także udzielania świadczeń w okresie wzmożonej zachorowalności na choroby układu oddechowego (tzw. „katarowe”).

Wśród propozycji znajduje się również model premiowania lekarzy realizujących badania diagnostyczne w ramach sprawowanej opieki nad pacjentem, który miałby funkcjonować od połowy 2015 r.

Jednocześnie opublikowano listę badań diagnostycznych, które mogą zostać zrealizowane w ramach świadczeń udzielanych przez lekarza poz.

Zarządzenie w sprawie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej

Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia opublikowała Zarządzenie Nr 79/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z 5 grudnia 2014 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

Zarządzenie implementuje zapisy odnoszące się do szybkiej terapii onkologicznej.

Celem umożliwienia rozliczania diagnostyki onkologicznej wprowadzono między innymi diagnostyczne pakiety onkologiczne, czyli zestawy finansowanych ryczałtowo badań diagnostycznych, które powinny być wykonane u świadczeniobiorcy posiadającego kartę diagno-

styki i leczenia onkologicznego, zgodnie z indywidualnymi wskazaniami klinicznymi, w celu przeprowadzenia wstępnej lub pogłębionej diagnostyki.

Zgodnie z wcześniejszymi zapowiedziami, NFZ wycofał się z finansowania świadczenia określanego mianem kompleksowego. W jego miejsce wprowadzono świadczenie specjalistyczne pierwszorazowe, przeznaczone dla pacjentów, którzy przez co najmniej 730 dni nie korzystali ze świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie.

Nadto, jako nowe świadczenie należy wymienić świadczenie receptowe (W02) wycenione na wartość 1 pkt. Umożliwienie jego rozliczenia związane jest ze zmianą w ustawie o zawodzie lekarza i lekarza dentysty, a zatem możliwością wydania recepty bez osobistego zbadania pacjenta.

Warto jednakże zwrócić uwagę, iż porada ta nie może zostać przedstawiona do rozliczenia częściej niż co 90 dni lub wykonywanej w odstępie krótszym niż 14 dni w stosunku do innych typów porad.

Zarządzenie w sprawie chemioterapii

5 grudnia Narodowy Fundusz Zdrowia opublikował zarządzenie nr 80/2014/DGL w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapii.

W związku z udzielaniem świadczeń istotne znaczenie ma wymóg przeprowadzenia oceny stanu sprawności pacjenta według skali WHO/Zubroda/ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group), określonej w załączniku nr 8 do zarządzenia przed każdym cyklem chemioterapii. Ocenę tę należy dołączyć do indywidualnej dokumentacji pacjenta.

Istotnym elementem nowego systemu rozliczania świadczeń podstawowych jest wprowadzenie stawki degresywnej, co oznacza, iż wycena wartości osobodnia kolejnych dni hospitalizacji (zaczynając od 4. osobodnia) jest niższa w porównaniu z wyceną pierwszych dni pobytu pacjenta w oddziale szpitalnym.

Dokonano również zmian w odniesieniu do produktów rozliczeniowych

związanych z udzielaniem świadczeń chemioterapii.

Od 1 stycznia 2015 r. świadczenia podstawowe, a zatem porady oraz pobyty pacjentów rozliczać można z zastosowaniem poniższych produktów kontraktowych:

- hospitalizacja hematologiczna u dorosłych/zakwaterowanie
- hospitalizacja onkologiczna związana z chemioterapią u dorosłych/zakwaterowanie
- porada ambulatoryjna związana z chemioterapią (z kompleksową realizacją świadczeń)
- porada ambulatoryjna związana z chemioterapią
- hospitalizacja hematoonkologiczna dzieci/zakwaterowanie
- hospitalizacja jednego dnia związana z podaniem leku z katalogu 1n część A
- hospitalizacja jednego dnia w pozostałych przypadkach

Dodatkowo z treści zarządzenia wynika, iż dla rozliczenia świadczeń hospitalizacji wymagany jest czas jej trwania powyżej 24 godzin.

Ponadto wskazano na dostosowanie kwoty zobowiązania określonej w umowie, w zakresie właściwym dla udzielania świadczeń pacjentom z kartą diagnostyki i leczenia onkologicznego, do potrzeb realizacji tychże świadczeń. Cele zwiększenia kwoty, świadczeniodawca składa wnioski po upływie kwartału po przekroczeniu kwoty zobowiązania w tym zakresie.

Względem świadczeń wspomagających (ujętych w katalogu 1j) wskazano na możliwość rozliczania działań niepożądanych 3 i 4 stopnia wyłącznie w związku z udzielaniem świadczeń w trybie hospitalizacji.

Dotychczas rozliczenie dodatkowej wartości 1 pkt było możliwe również w trakcie hospitalizacji jednego dnia oraz porad ambulatoryjnych.

Okresowa ocena skuteczności chemioterapii będzie natomiast możliwa do rozliczenia wyłącznie w trybie ambulatoryjnym.



Zakres umowy: Programy lekowe

Programy lekowe dedykowano dla pacjentów, u których standardowo stosowane leczenie nie przyniosło oczekiwanych skutków. W ich ramach refundowane są technologie lekowe nieobjęte finansowaniem w ramach innych świadczeń.

Z roku na rok rośnie wartość świadczeń z zakresu programów lekowych. Wzrasta przede wszystkim ilość programów. Wprowadzanie nowych programów wiąże się z zawieraniem nowych umów i rozszerzaniem działalności świadczeniodawców.

Programy lekowe mają jednak swoje blaski i cienie.



**Magdalena
Siebielska-Gasek**

Czy to się opłaca?

Realizacja świadczeń z zakresu programów terapeutycznych stanowiła dla świadczeniodawców pożądaną obszar działalności. Przede wszystkim dlatego, że programy terapeutyczne mogły być i często były dla podmiotów opłacalne. Wraz z zamianą programów terapeutycznych na programy lekowe i wprowadzeniem przepisów ustawy refundacyjnej, lukratywność programów lekowych znacząco spadła. Niemniej jednak ich realizacja stanowi wciąż niewątpliwie o prestiżu placówki i jest szansą jej pacjentów (często jedyną) na uzyskanie dostępu do nowoczesnego, drogiego leczenia.

Dla części placówek realizacja programów lekowych ma również istotne znaczenie w perspektywie objęcia opieką danej populacji pacjentów, u których prawdopodobnie realizowane będą również inne świadczenia opieki zdrowotnej. Posiadanie zawartej umowy na świadczenia w zakresie programów lekowych to także element kompleksowości ośrodka.

Z drugiej strony na szali opłacalności należy położyć wymagane zasoby, koszty obsługi administracyjnej, sporząd-

zanie dodatkowej dokumentacji oraz sprawozdawczość.

Kosztem dla placówki jest również utylizacja niewykorzystywanych części leków oraz brak możliwości rozliczania nadwyżek technologicznych.

Pomimo zatem, iż w wielu przypadkach programy lekowe okazują się być deficytowymi, wartość umów na nie zawartych nie maleje.

Z roku na rok liczba programów lekowych wzrasta, a co za tym idzie rosną również wydatki publiczne związane z ich realizacją.

W 2013 r. NFZ sfinansował, w ramach programów lekowych, świadczenia na wartość 2 177 406 tys. zł. Największy udział w tej kwocie miały świadczenia realizowane na terenie województwa mazowieckiego, śląskiego i małopolskiego.

Nie jest więc zaskakującym, że realizacja umów w zakresie programów lekowych stanowi przedmiot nieustającej kontroli płatnika.

Co kontroluje Fundusz?

Pierwszą weryfikowaną kwestią, zwłaszcza w latach 2013, 2014, był tryb udzielania świadczeń. Kontroli poddano udzielanie świadczeń w trybie hospitali-

zacji, w sytuacji gdy forma produktu leczniczego umożliwia realizację świadczenia w warunkach ambulatoryjnych. Uproszczając: NFZ sprawdzał zasadność wydawania tabletek w programach lekowych w oddziale szpitalnym. Co do zasady tabletki powinny być bowiem wydawane w poradni.

Niemniej jednak znaczenie ma stan kliniczny pacjenta i podanie tabletek w wyjątkowych przypadkach (zwłaszcza w ramach rozpoczęcia leczenia, gdy pacjent wymaga szczególnego monitoringu względem działania leku na organizm) może odbyć się w oddziale szpitalnym. Stan kliniczny pacjenta, determinujący podjęcie decyzji o trybie realizacji świadczeń powinien być szczegółowo opisany w dokumentacji medycznej.

Najczęściej jednak dokumentacja medyczna nie stanowiła adekwatnego uzasadnienia dla przyjęcia pacjenta do oddziału szpitalnego. Z powyższego powodu Fundusz kwestionował zasadność hospitalizacji, a zatem całości rozliczenia lub wzywał do skorygowania świadczenia (do wartości właściwej dla porady związanej z realizacją programu).

Przed największym problemem stanęli zatem ci świadczeniodawcy, którzy w kontraktowaniu wskazali wyłącznie na oddział szpitalny jako miejsce realizacji świadczeń. Taka forma planowanej re-

ciąg dalszy na str. 16

alizacji świadczeń wiązać będzie się również z kłopotem wtedy, gdy zmieniona zostanie forma leku finansowanego w programie.

Kolejnym aspektem, który niewątpliwie weryfikowany był podczas kontroli to prawidłowość realizacji programu zgodnie z jego opisem.

1. Włączenie do programu

Zaczynając od włączenia pacjenta do leczenia, analizie poddane zostanie spełnienie kryteriów włączenia, w tym posiadanie wszystkich niezbędnych wyników badań na etapie włączenia do leczenia. Tymczasem u wielu pacjentów leczenie rozpoczyna się zanim uzyskane zostaną wszystkie wyniki wymaganych badań. Należy mieć na uwadze, iż w takim przypadku zdarza się zakwestionowanie rozliczenia całości udzielonych świadczeń.

2. Monitorowanie

Oczywiście należy spodziewać się kontroli realizacji świadczeń z zakresu monitorowania, a zatem wykonania wszystkich wymaganych badań. Brak ich wykonania skutkować może nie tylko zarzutami braku realizacji monitorowania zgodnie z opisem programu (przy jednoczesnym rozliczeniu ryczałtu za diagnostykę), ale także zakwestionowaniem rozliczenia całości rozliczonych świadczeń. Nie jest bowiem możliwe zweryfikowanie, czy stan kliniczny pacjenta nie kwalifikował go do zakończenia leczenia.

3. Lek

Niewątpliwie przedmiotem kontroli jest również kwestia stosowanego produktu leczniczego i prawidłowości jego rozliczenia. W większości programów stosowana dawka substancji czynnej zależy od parametrów biometrycznych pacjenta. Parametry te, w wielu przypadkach, nie są każdorazowo weryfikowane, a zatem wymagana dawka nie jest dostosowywana. Z części dokumentacji medycznej wynika, iż np.

przez cały okres leczenia (kilku lat) waga pacjentów się nie zmieniła.

4. Wyłączenie z leczenia w programie

Spełnienie kryteriów wyłączenia z leczenia w programie to kolejny element kontroli płatnika. W wielu przypadkach świadczeniodawcy nie wyłączają pacjentów z leczenia w programie, pomimo iż wyniki poszczególnych badań wskazywałyby na taką konieczność. Najczęściej terapeutki tłumaczą takie postępowanie znaczącym prawdopodobieństwem poprawy parametrów w krótkim czasie. Niemniej jednak, w sytuacji gdy wyniki badań wskazują na konieczność wyłączenia pacjenta z programu, kontynuacja leczenia wiązać się może z zakwestionowaniem rozliczenia wszystkich świadczeń od chwili spełnienia tychże kryteriów.

Opis programu lekowego stanowi ścisły algorytm postępowania, pozostawiając marginalną możliwość decyzyjności dla terapeuty, co często budzi sprzeciw. Niemniej jednak każde odstępstwo od opisu programu może skutkować zastrzeżeniami kontroli Narodowego Funduszu Zdrowia, a nawet zakwestionowaniem całości wartości rozliczenia.

Inną kwestią związaną z realizacją programu, która może zostać poddana kontroli (nie tylko przez NFZ) jest wydawanie leku w programie przez osoby nieuprawnione. W procedurze organizacji realizacji programu lekowego trzeba wziąć bowiem pod uwagę rolę apteki szpitalnej.

Kiedy łamiemy prawa pacjenta?

Programy lekowe i ich realizacja często budzą kontrowersje w aspekcie praw pacjenta. Warto jednakże oddzielić to, co stanowi ograniczenie wynikające z przepisów prawa regulujących system świadczeń finansowanych ze środków publicznych od naruszeń względem praw pacjenta.

Świadczeniobiorca ma prawo do świadczeń z zakresu programów leko-

wych. Prawo to jednakże ograniczone jest poprzez definicję świadczenia, a zatem opis programu lekowego. Nie stanowi to jednak naruszenia prawa pacjenta. Wyłączenie z leczenia w programie, zgodnie z jego opisem również naruszeniem takim nie jest, pomimo iż budzi to kontrowersje wielu środowisk jako odebranie prawa nabytego.

Prawo do świadczeń z zakresu programu lekowego przysługuje świadczeniobiorcy, który spełnił warunki włączenia do programu określone w jego opisie. Prawem nabytym jest zatem udział w programie lekowym na określonych warunkach wskazanych w jego opisie, a zatem odnoszących się do kwalifikacji do leczenia, jego monitorowania oraz zakończenia leczenia. Kryteria wyłączenia z leczenia w programie są bowiem elementem opisu programu lekowego.

Pacjent nie traci prawa nabytego do leczenia wówczas, gdy jest ono skuteczne. Warunkiem realizacji świadczenia jest brak spełnienia kryteriów wyłączenia z leczenia. W przypadku zaś ich spełnienia - braku adekwatnej odpowiedzi na leczenie, wystąpienia działań niepożądanych czy postępu choroby, świadczenie gwarantowane, jakim jest program lekowy, przewiduje zakończenie leczenia. Minister Zdrowia publikując opis programu lekowego, dał prawo do finansowania świadczenia na warunkach w nim określonych. Zakończenie leczenia w programie lekowym, w związku ze spełnieniem kryteriów wyłączenia z leczenia nie stanowi odebrania pacjentowi prawa nabytego do świadczenia.

Jako naruszenie prawa pacjenta postraktować należy natomiast uniemożliwienie kontynuacji finansowania leczenia w innym oddziale NFZ (po zmianie miejsca zamieszkania). Z problemem tym często stykają się pacjenci, co związane jest z jednej strony z brakiem wiedzy świadczeniodawców, z drugiej odroczonymi płatnościami Funduszu.

W prawa pacjenta godzi również odnowa leczenia z uwagi na wyczerpanie kontraktu, co budzić może szczególne kontrowersje świadczeniodawców. Niemniej jednak powodem umieszczenia pacjenta na liście oczekujących powin-

ny być względy zasobowe nie zaś wartość umowy z NFZ. Istotne znaczenie ma tu kwestia leków w programach lekowych jako elementu refundacji, a zatem nielimitowana postać świadczenia, co pozostaje w opozycji z limitowaniem świadczeń związanych z podaniem leku. Kolejnym naruszeniem jest kwestionowanie praw pacjenta do innych świadczeń. Z jednej strony złamaniem warunków programu jest celowe wykonywanie badań należących do monitorowania programu w ramach innych świadczeń (np. finansowanych w ramach grup jednorodnych). Z drugiej zaś pacjent ma prawo do innych świadczeń, niezwiązanych z programem lekowym. Terapeuta nie może nadto narażać chorego na wykonywanie zbędnych procedur (powtarzanie badań obrazowych wykonanych podczas innych świadczeń).

Problem zgody na leczenie

Kontrolę Narodowego Funduszu Zdrowia to tylko jeden z problemów, z jakim zetknęli się świadczeniodawcy, realizując programy lekowe.

Wśród innych należy wymienić konsekwencje związane z refundacją nowych produktów leczniczych w ramach programów lekowych. Początek roku 2014 to zatem zderzenie z rzeczywistością leków biopodobnych vs leków oryginalnych, co wzbudziło obawy terapeutów i pacjentów. Kolejne miesiące roku przyniosły zmiany leków w programach. Koniecznym okazała się tym samym zmiana podejścia do kwestii zgody pacjenta na leczenie lekiem. Zgoda ta, dotychczas umieszczona na karcie rejestracji świadczeniobiorcy do udziału w programie lekowym, dotyczy konkretnego leku (odniesienie do zapoznania się z ulotką przylekową produktu leczniczego). Nie jest ona więc zgodą na leczenie substancją czynną lecz lekiem. Każdorazowa jego zmiana wymaga uzyskania ponownej zgody. W tym celu nie należy jednakże wykorzystywać karty rejestracji, gdyż zmiana leku nie wiąże się z koniecznością rejestracji w programie. Opracowanie odrębnej zgody musi uwzględniać

obowiązek jej uzyskania w sposób świadomy.

Brak zgody na leczenie innym lekiem wiąże się z brakiem gwarancji na kontynuację leczenia. Jednocześnie przedmiotem udzielanych świadczeń jest problem zdrowotny nie zaś lek. Świadczeniodawca musi zatem zagwarantować kontynuację leczenia pacjentowi wyłączonego z programu lekowego.

Zmiany leków refundowanych w programie to również kłopot związany z zawartymi umowami oraz nadwyżką zakupionych produktów leczniczych.

Niemniej jednak, w myśl mechanizmów ustawy refundacyjnej, można się spodziewać, iż kolejne miesiące będą skutkować zmianami w zakresie produktów lekowych finansowanych w ramach programów, na co świadczeniodawcy muszą być przygotowani.

Rozwiązania ułatwiające życie

W prawidłowej realizacji programów lekowych pomocne mogą być rozwiązania informatyczne. I tak na przykład system informatyczny mógłby generować harmonogram realizacji kolejnych wizyt i badań. Taki terminarz zmniejszyłby chociażby zagrożenie pominięcia wykonania określonego badania.

Nieco bardziej zaawansowane narzędzie mogłoby wskazywać terapeutę alerty związane z monitorowaniem leczenia: prawidłowe wyniki wyświetlają się na zielono, odstępstwa od normy na pomarańczowo, spełnienie kryteriów wyłączenia z programu na czerwono. System może również przeliczać prawidłowość zastosowanej dawki leków względem parametrów biometrycznych pacjenta. W systemie takim mogłyby pojawiać się również informacje o wszystkich zmianach w opisie programu.

W systemie mniej zaawansowanym, a zatem "na papierze" również możliwe jest wdrożenie pewnych rozwiązań ułatwiających pracę i minimalizujących możliwość zaistnienia pomyłki. Umieszczenie w dokumentacji medycznej tzw. check listy to jeden z pomysłów. Terapeuta ma

możliwość odznaczania wykonania wymaganych badań związanych z kwalifikacją do leczenia oraz jego monitorowania, a także uwzględnienia w dokumentacji wszystkich dodatkowych formularzy wymaganych przez NFZ lub wymienionych w opisie programu.

Problem nie tkwi zatem w braku rozwiązań czy narzędzi, które można stworzyć, a praktycznym braku ich wykorzystywania.

Z doświadczenia Kancelarii wynika, iż jedynie nieliczne placówki wdrożyły jakiegokolwiek rozwiązania pomocne w codziennej pracy. W wielu wciąż funkcjonują opisy leczenia z czasów programów terapeutycznych, nieuporządkowana dokumentacja medyczna, nieczytelne i laconiczne wpisy.

To wszystko wpływa na wyniki kontroli Narodowego Funduszu Zdrowia i postępowań roszczeniowych, a co za tym idzie na możliwości udzielania świadczeń w przyszłości i poniekąd szanse pacjentów na leczenie w ramach programów.

Podsumowanie:

Decyzja o realizacji programu lekowego w placówce powinna uwzględniać nie tylko wymiar ekonomiczny (w tym kosztów i zysków bezpośrednich i pośrednich), prestiż placówki (w tym kompleksowość leczenia) ale także możliwości realizacji programu lekowego i dokumentowania tego świadczenia w sposób prawidłowy. Jeśli bowiem program lekowy przynosić ma korzyści, w szerokim rozumieniu tego słowa, to jest to możliwe jedynie wówczas, gdy będzie on realizowany rzetelnie.

Pakiet Onkologiczny - pytania i odpowiedzi



Autorka odpowiedzi: **Magdalena Siebielska-Gasek**

Opracował: **Łukasz Puchalski**

1 stycznia 2015 roku wszedł w życie, zapowiadany przez Ministerstwo Zdrowia system określany jako pakiet onkologiczny, oparty na karcie diagnostyki i leczenia onkologicznego. Jego zadaniem ma być zniesienie limitów dostępności do świadczeń diagnostyki nowotworowej oraz leczenia.

Wprowadzenie pakietu wiąże się z nowelizacją licznych zapisów w szeregu dokumentów regulujących system opieki zdrowotnej. W związku z tym spora część personelu, pracującego w podmiotach wykonujących działalność leczniczą w Polsce, spotyka się z licznymi dylematami. Wprowadzenie nowych standardów postępowania związanego z organizacją udzielania świadczeń dla pacjentów onkologicznych przynosi wiele pytań, z którymi niekiedy ciężko sobie poradzić.

Odkąd pojawiły się pierwsze wzmianki o pakiecie onkologicznym na naszą skrzynkę pocztową sypływa wiele pytań dotyczących wprowadzanych zmian. Aby przybliżyć problem, postanowiliśmy przedstawić Państwu kilka najczęściej pojawiających się wątpliwości i naszych odpowiedzi.

Czy w sytuacji, gdy pacjent sam rejestruje się drogą elektroniczną lub telefoniczną na wizytę w poradni i wybiera termin nie pierwszy

wolny lecz dłuższy niż 14 dni – czy wpisuje się go na listę oczekujących?

Świadczeniodawca jest obowiązany prowadzić listę oczekujących pacjentów do świadczeń w sytuacji, gdy w dniu zgłoszenia się pacjenta na udzielenie świadczenia świadczeniodawca ten nie ma możliwości świadczenia tego udzielić (i jednocześnie pacjent nie znajduje się w stanie nagłym, co obligowałoby świadczeniodawcę do natychmiastowego przyjęcia pacjenta). Termin udzielenia świadczenia pacjentowi zgłaszającemu się do podmiotu i kwalifikującemu się do udzielenia świadczenia wyznacza świadczeniodawca, wpisując pacjenta na listę oczekujących zgodnie z kolejnością zgłoszenia oraz kryterium medycznym. Jeśli pacjent nie wyraża zgody na udzielenie świadczenia w wyznaczonym przez świadczeniodawcę terminie, co komunikuje w dniu zgłoszenia, nie powinien zostać wpisany na listę oczekujących.

Świadczeniodawca jest zobligowany do prowadzenia listy oczekujących w takim zakresie, w jakim brak jest możliwości udzielenia świadczenia niezwłocznie.

Jeżeli pacjent przychodzi na radioterapię, chemioterapię lub zabieg z kartą diagnostyki i leczenia onkologicznego, wystawioną przez innego świadczeniodawcę – na jakich zasadach następuje rozliczenie tych świadczeń. Czy podmiot wykonujący działalność leczniczą rozlicza się z NFZ bez limitu na podstawie karty, czy jako podwykonawca z wystawcą karty? Czy rozliczenie świadczenia jako podwykonawca będzie takie jak określone w katalogu?

W sytuacji gdy pacjent przychodzi do podmiotu z kartą, a podmiotu nie łączy żaden rodzaj umowy z placówką, która kartę wystawiła, wówczas podmiot rozlicza się samodzielnie. W opisanej sytuacji karta mogła zostać wystawiona w wyniku realizacji diagnostyki przez innego świadczeniodawcę. Świadczeniodawca ten rozliczył wykonaną diagnostykę i na tym zakończył udzielanie świadczeń wobec pacjenta. Pacjent, dysponu-

nie porady początkowej w diagnostyce pogłębionej?

Diagnostykę wstępną rozliczyć można wówczas, gdy zweryfikowane zostanie podejrzenie nowotworu złośliwego. Zatem rozliczenie to nastąpi w dniu, w którym lekarz, w oparciu o posiadane wyniki badań, będzie mógł wskazać rozpoznanie nowotworu złośliwego lub wykluczyć takie rozpoznanie. Oczywiście wyłącznie w sytuacji, gdy świadczeniodawca będzie miał możliwość rozliczenia diagnostyki wstępnej. W sytuacji, gdy karta będzie wydawana przez lekarza specjalistę, nie będziemy mieli do czynienia z diagnostyką wstępną, a jedynie z diagnostyką pogłębioną. Diagnostyka wstępna realizowana będzie w zakresie zwykłych porad, a na jej podstawie wydana zostanie karta. Świadczeniodawca będzie zobowiązany sprawozdać datę pierwszej porady zarówno w zakresie diagnostyki wstępnej, jak i pogłębionej, co potwierdza projekt Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych.

W przypadku świadczeniodawców realizujących wyłącznie diagnostykę pogłębioną, datą rozpoczęcia diagnostyki pogłębionej będzie data pierwszej porady. W dniu, w którym lekarz uzyska wynik właściwy dla zakończenia diagnostyki wstępnej, może dokonać on zlecenia pacjentowi wykonania badań z zakresu diagnostyki pogłębionej, zaś na kolejnej wizycie uzyskać wyniki tychże badań. Diagnostyka pogłębiona będzie rozliczona po określeniu stopnia zaawansowania. Stosowanie odrębności porad wskazania rozpoznania oraz zlecenia kolejnych badań celem określenia stopnia zaawansowania schorzenia przyczyniałoby się do wydłużenia czasu udzielania świadczeń.

Należy jednakże zaznaczyć, iż w zapisach projektu zarządzenia brak jest szczegółowych zapisów względem wskazywania dat początkowych.

jąc wolnym wyborem placówki, w której świadczenia będą udzielane, wybiera dany szpital celem leczenia. Tu odbywa się posiedzenie zespołu wielodyscyplinarnego i rozpoczynane jest leczenie. W tym przypadku placówka ta rozlicza udzielone świadczenia i może skorzystać z zapisu odnoszącego się do finansowania ponad limit.

Można oczywiście upatrywać sytuacji, w których dany podmiot byłby jedynie podwykonawcą względem innego podmiotu. Wówczas podmiotem rozliczającym byłby ten świadczeniodawca, który koordynuje proces leczenia pacjenta, zaś rozliczenie nastąpiłoby pomiędzy placówkami.

Jeżeli pacjent rozpoczął diagnostykę wstępną lub/i pogłębioną w 2014 roku, a leczenie specjalistyczne będzie otrzymywał w 2015 roku, czy należy dotrzymać terminów zapisanych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna. Czy musi dotrzymać terminu 14 dni od dnia wpisania na listę oczekujących do dnia rozpoczęcia leczenia?

Diagnostyka wstępna i pogłębiona, w takim jej wymiarze, jaki określa ścieżka szybkiej terapii onkologicznej, a zatem poszczególne rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych, realizowana będzie w oparciu o kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego. Karta ta będzie mogła zostać wydana pacjentowi od dnia 1 stycznia 2015 r. W ujęciu zatem ścieżki szybkiej terapii onkologicznej, diagnostyka rozpoczęta przed dniem 1 stycznia oraz przed uzyskaniem przez pacjenta karty odbywać się powinna na dotychczasowych zasadach.

Jeśli natomiast pacjent miał udzielane wcześniejsze świadczenia, kontynuowane w roku 2015, i w związku z ich udzieleniem w poradni specjalistycznej

lekarz wydaje pacjentowi kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego w dniu 1 stycznia 2015 r. (lub później), rzeczywiście należy utrzymać termin wyznaczony dla rozpoczęcia leczenia. Pacjent z kartą diagnostyki i leczenia onkologicznego musi rozpocząć leczenie w ciągu 14 dni od wpisu na listę oczekujących w danym podmiocie prowadzącym szpital.

Czy musimy posiadać umowę o podwykonawstwo na badania wymienione w diagnostyce wstępnej i pogłębionej, których nie wykonujemy w lokalizacji?

Dla pakietów diagnostyki wstępnej oraz diagnostyki pogłębionej nie wskazano, jakie konkretne badania należy wykonywać. O tym, jakie badania zostaną wykonane, decydować będzie lekarz – zgodnie z indywidualnymi wskazaniem lub też zostanie to w placówce uregulowane standardem wewnętrznym dla określonych typów nowotworów. Jeśli w ramach diagnostyki wstępnej (weryfikacja podejrzenia) lub diagnostyki pogłębionej (określenie stopnia zaawansowania) konieczne będzie wykonanie badania, którego placówka nie może wykonać w oparciu o zasoby własne, konieczne będzie podpisanie umowy z podwykonawcą.

Dodatkowo należy zwrócić uwagę również na wymogi formalne związane z realizacją szybkiej terapii onkologicznej, a zatem zapewnienia co najmniej dostępu do realizacji świadczeń diagnostyki onkologicznej w zakresie diagnostyki laboratoryjnej, tomografii komputerowej (TK), rezonansu magnetycznego (RM), pozytonowej tomografii emisyjnej (PET), medycyny nuklearnej oraz badań endoskopowych.

Czy data wyniku w diagnostyce wstępnej może być jednocześnie datą porady początkowej w diagnostyce pogłębionej? W którym momencie rozliczamy diagnostykę wstępną? Czy istnieje obowiązek udzielenia odręb-

Jak traktować rozliczenie pacjentów, którzy zapisują się na listę oczekujących bez karty leczenia onkologicznego? Na pierwszej wizycie, która następuje np. po 3 tygodniach pacjent otrzymuje kartę, jednakże termin 14 dni nie zostanie w tej sytuacji dotrzymany?

Wizyta, na której pacjent otrzymał kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego to wizyta rozliczona w dotychczasowym systemie rozliczania świadczeń, a zatem najczęściej porada specjalistyczna określonego typu. Pacjenci, którzy nie posiadają karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, wpisywani są na dotychczasową listę oczekujących. Na listę oczekujących pacjentów onkologicznych wpisanie umożliwia wyłącznie posiadanie karty. Pacjentów wpisanych na dotychczasową "zwykłą" listę, nie obowiązują terminy określone względem czasu oczekiwania dla pacjentów z kartą diagnostyki i leczenia onkologicznego. Uprawnień związanych z wyznaczonymi czasami oczekiwania na diagnostykę czy leczenie pacjent nabywa w momencie uzyskania karty diagnostyki i leczenia onkologicznego.

Jaki powinien być czas pracy: członków zespołu terapeutycznego, osoby prowadzącej fizjoterapię określony w harmonogramie zasoby?

Czas pracy pracowników, w tym członków zespołu oraz osoby prowadzącej fizjoterapię, powinien być dostosowany do potrzeb realizacji świadczeń wobec pacjentów z kartą diagnostyki i leczenia onkologicznego. Musi być on dostosowany w ten sposób, by spełniony został warunek rozpoczęcia leczenia w wyznaczonym czasie, a czas pracy zespołu nie wydłużał tego okresu. Jednocześnie praca zespołu będzie wykazywana w zakresie określonych produktów rozliczeniowych, do których przypisani będą członkowie zespołu. Czas pracy członków ze-

społu nie może nadto zaburzać funkcjonowania pracy oddziału, w ramach którego członkowie zespołu pracują.

Czy świadczeniobiorca, który nie będzie zakwaterowany w innym miejscu (hospel) ma prawo również do bezpłatnego transportu z miejsca, w którym aktualnie jest leczony (inny podmiot leczniczy) do miejsca podmiotu udzielającego świadczeń gwarantowanych w chemioterapii i radioterapii onkologicznej?

Rozpatrując poruszone zagadnienie, należy dokonać analizy definicji świadczenia towarzyszącego wpisanej w ustawę o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Zgodnie z zapisami art. 5 pkt. 38 poprzez świadczenie towarzyszące należy rozumieć:

zakwaterowanie i adekwatne do stanu zdrowia wyżywienie w szpitalu lub w innym przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, usługi transportu oraz transportu sanitarnego, a także zakwaterowanie poza przedsiębiorstwem podmiotu leczniczego, jeżeli konieczność jego zapewnienia wynika z warunków określonych dla danego świadczenia gwarantowanego.

Jako świadczenie towarzyszące należy zatem uznać:

– zakwaterowanie w szpitalu lub innym

przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą wraz z wyżywieniem

- usługi transportu oraz transportu sanitarnego
- zakwaterowanie poza przedsiębiorstwem podmiotu leczniczego

Należy zwrócić uwagę, iż definicja ta wskazuje na obowiązek zapewnienia wyżywienia wyłącznie w związku z zakwaterowaniem pacjenta w szpitalu lub innym podmiocie przedsiębiorstwa leczniczego wykonującym działalność leczniczą.

Odórębnie traktowane jest zakwaterowanie świadczeniobiorcy poza przedsiębiorstwem podmiotu leczniczego. Wobec tego rodzaju świadczenia towarzyszącego nie wskazano na obowiązek zapewnienia całodobowego wyżywienia.

W aspekcie zapewnienia transportu, o którym mowa w art. 33 ust. 2 ustawy, należy zauważyć, iż przepis ten odnosi się wyłącznie do transportu zapewnianego dla pacjenta zakwaterowanego poza przedsiębiorstwem podmiotu leczniczego. Świadczeniobiorcy, który korzysta z zakwaterowania, jak wskazuje przepis, przysługuje transport do miejsca udzielania świadczeń.

Powyższe pytania i nasze odpowiedzi to tylko niektóre z poruszanych aspektów pakietu onkologicznego. Codziennie spływają do nas nowe zagadnienia, z jakimi borykają się podmioty wykonujące działalność leczniczą w Polsce. Na bieżąco staramy się je rozwiązywać, przedstawiając stanowisko Kancelarii. W związku z powyższym zachęcamy do tego również Państwa. Wszelkie wątpliwości prosimy przysyłać na adres email: kancelaria@iuz.org.pl.



F jak choroby przewodu pokarmowego

Schorzenia przewodu pokarmowego stanowią istotną przyczynę hospitalizacji w Polsce. Grupy jednorodne opisane poprzez literę F są zatem jednymi z najczęściej rozliczanych w wielu placówkach. Jednocześnie najczęściej również rozliczania te nie są prawidłowe i kwestionowane w przypadku kontroli. Podpowiemy dlaczego.



Magdalena Siebielska-Gasek

Rozliczenie hospitalizacji związanych w zasadniczej mierze z leczeniem schorzeń przewodu pokarmowego nastąpić może poprzez jedną z 36 grup jednorodnych.

Przeważająca większość to grupy zabiegowe, wśród których znajdują się produkty rozliczeniowe właściwe dla kompleksowych, dużych, średnich oraz małych zabiegów.

Zabiegi rozliczane poprzez grupy z sekcji F dotyczą przełyku, dwunastnicy, żołądka, jelit, odbytu.

W przypadku grup zabiegowych ostrożność zachować należy zwłaszcza wobec rozliczania grup:

- F04 5.51.01.0006004** – Diagnostyczne i małe zabiegi przewodu pokarmowego;
- F34 5.51.01.0006037** – Średnie i endoskopowe zabiegi przewodu pokarmowego;
- F44 5.51.01.0006044** – Diagnostyczne i lecznicze zabiegi jamy brzusznej;
- F93 5.51.01.0006093** – Średnie zabiegi odbytu;
- F94 5.51.01.0006094** – Małe zabiegi odbytu i odbytnicy

W grupach tych ujęto bowiem procedury, które dedykowano dla ambulatoryj-

nej opieki specjalistycznej. Ich realizacja w szpitalu musi wynikać ze stanu klinicznego pacjenta wskazującego na taką konieczność (zgodnie z zapisami art. 58 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz § 11 ust. 5 i 6 zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie leczenia szpitalnego).

Przykładowymi wskazaniem dla wykonania na przykład kolonoskopii czy gastroskopii w warunkach szpitalnych mogą być chociażby:

- konieczność wykonania badania w znieczuleniu ogólnym prowadzonym przez anestezjologa przy wskazaniu stanu po przebytych rozległych operacjach w obrębie jamy brzusznej, zwłaszcza operacjach ginekologicznych, w tym cięciach cesarskich i operacjach będących wynikiem powikłań medycznych
- schorzenia współistniejące wiążące się z podwyższonym ryzykiem badania i/lub nakładające obowiązek monitorowania stanu pacjenta po badaniu (monitorowanie zapisu EKG, pulsoksymetria) np. astma, POCHP, padaczka, zaburzenia krzepliwości krwi etc.
- wykonywanie w trakcie badania zabiegów, **ALE:** samo pobranie wycinków lub usunięcie małych polipów nie stanowi o zasadności hospitalizacji.

Sugeruję rozważenie stworzenia własnych standardów terapeutycznych w tym zakresie, celem wyeliminowania hospitalizacji niezasadnych dla wszystkich procedur dedykowanych dla ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

W niektórych placówkach funkcjonują wręcz obowiązkowe formularze, w których lekarz musi opisać decyzję terapeutyczną dotyczącą realizacji wybranych procedur w oddziale szpitalnym

Postępowanie zachowawcze może zostać sprawozdane z użyciem jednej z dziesięciu JGP.

Warto zwrócić uwagę na dodatkowe zastrzeżenia dotyczące rozliczenia grupy F58 Choroby zapalne jelit. Narodowy Fundusz Zdrowia określił bowiem, iż grupa ta nie obejmuje leczenia zastosowaniem substancji czynnej stanowiącej element świadczenia gwarantowanego w ramach programów lekowych.

Dla pozostałych grup jednorodnych z sekcji F choroby przewodu pokarmowego, katalog grup nie zawiera aktualnie dodatkowych adnotacji w kolumnie uwagi.

W grupach zachowawczych istotne znaczenia ma oczywiście kwestia rozpoznania zasadniczego i jego leczenia. Nie służą one bowiem do rozliczania hospitalizacji, w trakcie której nie wykonano

planowanego zabiegu lub przekroczone czas właściwy dla sprawozdania grupy zabiegowej. Zwłaszcza ostatnie postępowanie stanowi jedną z najczęstszych praktyk świadczeniodawców. Przekroczenie czasu właściwego dla grupy zabiegowej zwykle wynika z przyczyn organizacyjnych, czasem jednak jest celowym działaniem dla uzyskania wyższej wartości rozliczenia. W obu przypadkach rozliczenie zostanie zakwestionowane w wyniku kontroli. Organizując udzielanie świadczeń, należy zatem wziąć pod uwagę chociażby możliwości wykonywania planowej diagnostyki i małych zabiegów w soboty i niedziele.

Grupy z warunkiem czasowym to wymieniane wcześniej F04, F34, F44, F94.

Wskazane rozpoznanie zasadnicze, najprościej rzecz ujmując, musi być w trakcie hospitalizacji monitorowane i leczone, o czym świadczyć powinna cała dokumentacja medyczna.

Wracając do czasu hospitalizacji, należy podkreślić, iż musi on wynikać z konieczności hospitalizacji pacjenta. Z taką sytuacją mamy do czynienia np. wówczas gdy po wykonaniu małego/średniego zabiegu czy badania diagnostycznego niezbędne jest leczenie pacjenta. Wykonany zabieg lub badanie jest wówczas jedynie jednym z elementów hospitalizacji obok intensywnego leczenia zachowawczego.

W przypadku badań diagnostycznych oraz małych zabiegów często kuszącym jest podjęcie próby rozliczenia grupy zachowawczej, zwykle lepiej wycenionej (np. F34 Średnie i endoskopowe zabiegi przewodu pokarmowego 22 pkt. vs F58 Choroby zapalne jelit 80 pkt.). Obok niezasadnego przedłużania czasu hospitalizacji, drugą praktyką świadczeniodawców jest ukrywanie wykonania znaczącej procedury medycznej. Całkowity brak jej wykazania wiązać się będzie ze sprawozdaniem do Płatnika danych niezgodnych ze stanem faktycznym, w wyniku czego świadczeniodawca powinien się liczyć z możliwością nałożenia kary umownej w wysokości do 2% kwoty zobowiązania określonej w umowie. Brak jej odnotowania w historii choroby należy natomiast uznać za fałszo-

wanie dokumentacji. Często zatem spotykam wykazywanie procedur medycznych, które opisują zrealizowane postępowanie, lecz nie zostały ujęte w charakterystyce grup. Przykładem może być procedura 45.239 Kolonoskopia – inne, podczas gdy opis badania oraz jego wynik bezsprzecznie wskazują na wykonanie fiberokolonoskopii (45.231). Kod 45.239 nie został ujęty w charakterystyce grup, zatem jego wskazanie zawsze wiązać się będzie z wyznaczeniem (przez gruper systemów informatycznych) grupy zachowawczej, podczas gdy de facto wykonano procedurę zabiegową. W mniej wyrafinowanych opcjach świadczeniodawcy sprawozdają po prostu kody nieszczegółowe (np. w tym przypadku 45.23 Kolonoskopia), które również nie umożliwiają wyznaczenia grupy zabiegowej. Przypominam w tym miejscu o zasadzie kodowania procedur medycznych – zgodnie z którą obowiązani jesteśmy do wykazania procedury w sposób szczegółowy, poprzez wybranie najbliższej kategorii ICD-9 względem zrealizowanego postępowania. Zresztą nie tylko my przypominamy, przypomina również NFZ w ostatnim komunikacie z 12.09.2014 r., w którym zwraca uwagę na obowiązek stosowania kodów ICD-9 w najbardziej szczegółowej kategorii. Jednocześnie Fundusz zapowiada, iż od dnia 1 stycznia 2015 r. będzie kwestię tę weryfikował (treść komunikatu: <http://nfz.gov.pl/new/index.php?katnr=7&dzialnr=1&artnr=6291>).

Z naszej praktyki wynika również, iż istotnie często dochodzi do nieprawidłowości w rozliczaniu grupy F86 Choroby wyrostka robaczkowego. Przypadki takie mają miejsce najczęściej wobec przyjęcia dziecka z dolegliwościami mogącymi wskazywać na ostre zapalenie wyrostka robaczkowego. W trakcie diagnostyki okazuje się, iż rozpoznanie to nie zostaje potwierdzone. Jako rozpoznanie zasadnicze świadczeniodawcy wskazują wówczas K37 Zapalenie wyrostka robaczkowego – negatywne; K37 Obserwacja w kierunku zapalenia wyrostka robaczkowego negatywna etc. W każdym przypadku rozpoznanie takie jest nieprawidłowe. Nie dość, że Międzynarodowa

Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych nie przewiduje powyższych rozpoznań, to zgodnie z zasadami systemu jednorodnych grup pacjentów nie jest dozwolonym kodowanie rozpoznań negatywnych. Skutkiem takiego postępowania jest sprawozdanie grupy jednorodnej F86 Choroby wyrostka robaczkowego o wartości 32 pkt., podczas gdy rozliczenie nastąpić powinno np. poprzez grupę F46 Choroby jamy brzusznej za 31 pkt. lub P12 Inne zaburzenia żołądkowo-jelitowe i metaboliczne, w odniesieniu do dzieci, wycenionej na 30 pkt.

W dokumentacji medycznej widnieje w takich sytuacjach rozpoznanie K37 Zapalenia wyrostka robaczkowego – negatywne, w raporcie statystycznym zaś K37 Zapalenie wyrostka robaczkowego, nieokreślone. Skoro zaś takie rozpoznanie widnieje w raporcie statystycznym, takie też zarejestrowane zostanie w ZIP-ie (Zintegrowany Informator Pacjenta), co dla samego pacjenta lub jego opiekuna będzie niejasne i budzić może zastrzeżenia. Nie wspominając o przekazaniu danych niezgodnych ze stanem faktycznym.

W przypadku gdy brak jest możliwości potwierdzenia ostatecznej diagnozy, jako rozpoznanie zasadnicze należy zakodować bowiem jednostkę związaną z objawem czy nieprawidłowym wynikiem badania, w tym przypadku chociażby R10.0 Ostry brzuch.

Znacznie rzadziej spotykamy nieprawidłowości związane z rozliczaniem kompleksowych czy dużych zabiegów. Najczęstsze błędy wiążą się z grupami określonymi jako małe lub średnie zabiegi, wycenione relatywnie nisko. Dla Funduszu opłacalnym jest jednakże ich kontrolowanie z uwagi na znaczącą ilość jak i wysokie prawdopodobieństwo nieprawidłowości w rozliczaniu lub braku udokumentowania zasadności hospitalizacji. Kontrole w tym zakresie to dla płatnika zatem najczęściej strzał w dziesiątkę na uzyskanie zwrotu nienależnie wypłaconych środków, o czym przekonali się w ostatnich latach świadczeniodawcy na terenie całego kraju.

ONKOLOGIA

Terminy:

Neoplazja – nieprawidłowy wzrost nowych komórek, który jest obojętny na normalne mechanizmy kontroli wzrostu

Nowotwór = guz – wszelki nieprawidłowy wzrost nowej tkanki, która niczemu nie służy

Zróżnicowanie – komórki stają się wyspecjalizowane i zróżnicowane, zarówno fizycznie, jak i funkcjonalnie
Komórki wyglądają i zachowują się jak komórki macierzyste lub tkanki z których pochodzą

Anaplazja = odróżnicowanie – utrata różnicowania komórkowego i zmiana w kierunku bardziej prymitywnych form

RODZAJE NOWOTWORÓW

Nowotwory dzielimy na dwie podstawowe grupy: łagodne (niezłośliwe) oraz złośliwe.

Nowotwór łagodny jest nowotworem, który nie atakuje sąsiednich tkanek i nie daje przerzutów, zazwyczaj rośnie wolno i jest dobrze ograniczony, często otorbiony, łatwy do usunięcia. Nowotwór łagodny może mieć szkodliwy wpływ, gdy uciska kluczowe obszary, takie jak naczynia krwionośne czy nerwy. Z tego powodu czasem wymagane jest rozpoczęcie leczenia. Istnieje wiele różnych typów nowotworów łagodnych wywodzących się z różnych struktur ciała.

Najczęstsze typy nowotworów łagodnych to:

- Gruczolaki wywodzące się z tkanki nabłonkowej gruczołów lub tkanki podobnej do struktury gruczołu. Powszechnym rodzajem gruczolaka są polipy w okrężnicy. Gruczolaki mogą również rosnąć w wątrobie, nadnerczu, przysadce czy tarczycy. W większości przypadków, gruczolaki można usunąć z operacją. Choć nie jest to powszechne, ale ten typ guza może przekształcić się w nowotwór złośliwy.
- Włókniaki są guzy tkanki łącznej lub włóknistej i mogą rosnąć w każdym organie. Innym rodzajem nowotworu tkanki włóknistej jest guz desmoidalny. Guzy te mogą problemy rozprzestrzeniać się do okolicznych tkanek.
- Naczyniaki są nawarstwionymi komórkami naczyń krwionośnych skóry lub narządów wewnętrznych. Naczyniaki są popularnym rodzajem znamion, często występujących w obrębie głowy, szyi i tułowia. Mogą być koloru czerwonego lub niebieskiego. Te, które zakłócają wzrok, słuch lub funkcję jedzenia, mogą wymagać leczenia.
- Tłuszczaki rosą z komórek tłuszczowych. Są to najczęściej występującymi nowotworami łagodnymi u osób dorosłych, często znajdują się na szyi, łopatkach, plecach czy ramionach. Tłuszczaki rosą wolno, mogą występować rodzinnie, a czasami są wynikiem urazu. Leczenie może być potrzebny, gdy tłuszczak jest bolesny lub szybko rośnie i może obejmować zastrzyki steroidowe lub usuwania przez liposukcję lub chirurgii

Nowotwór złośliwy atakuje sąsiednie tkanki i rozprzestrzenia się do innych części ciała przez krew lub węzły chłonne, rośnie szybko, często daje wznowy po wycięciu.

Z histologicznego punktu widzenia istnieją setki różnych nowotworów, które pogrupowano w sześciu głównych kategoriach:

- Rak
- Mięsak
- Szpiczak

ONCOLOGY

Terms:

Neoplasia – development of an abnormal growth of new cells that is unresponsive to normal growth control mechanisms

Neoplasm = tumor – Any abnormal growth of new tissue that serves no useful purpose

Differentiation – cells become specialized and differentiated both physically and functionally

Cells look and act like the parent cell, or tissue of origin

Anaplasia = dedifferentiation – loss of cellular differentiation and reversion to a more primitive form

TYPES OF TUMORS

Tumors are divided into two groups: benign (non-malignant) tumors and malignant tumors.

Benign tumor is a tumor that does not invade its surrounding tissue or spread around, usually grows very slowly and is well-circumscribed, usually encapsulated, and easy to be removed

Benign tumour can be serious if it presses on vital structures such as blood vessels or nerves. For this reason sometimes they require treatment.

There are many different types of benign tumors arising from different structures in the body. The most common types of benign tumours are:

- Adenomas are benign tumours starting in the epithelial tissue of a gland or gland-like structure. A common type of adenoma is a polyp in the colon. Adenomas might also grow in the liver or the adrenal, pituitary or thyroid gland. In most cases adenomas can be removed with surgery. Although not common, this type of tumor can become malignant.
- Fibromas are tumours of fibrous or connective tissue that can grow in any organ.
Another type of fibrous tissue tumor is a desmoid tumor. These tumours can grow into nearby tissues.
- Haemangiomas are a build-up of blood vessel cells in the skin or internal organs. Haemangiomas are a common type of birthmark, often occurring in the head, neck or trunk. They may appear red or bluish in colour. Those that interfere with vision, hearing or eating may require treatment.
- Lipomas grow from fat cells. They are the most common benign tumor in adults, often found in the neck, shoulders, back or arms. Lipomas are slow growing, they may run in families and sometimes they result from an injury. Treatment may be needed if a lipoma is painful or growing quickly and may include steroid injections or removal through liposuction or surgery.

Malignant tumor invades its surrounding tissue or spread to other parts of the body by way of the bloodstream and lymphatic channels, grows fast, often recur after surgery.

From a histological standpoint there are hundreds of different cancers, which are grouped into six major categories:

- Carcinoma
- Sarcoma
- Myeloma

- Białaczka
- Chłoniak
- Mieszane

Rak

Określenie *rak* odnosi się do nowotworów złośliwych pochodzenia nabłonkowego lub raka wewnętrznej lub zewnętrznej powłoki ciała. Raki, nowotwory tkanki nabłonkowej, stanowią od 80 do 90 procent wszystkich przypadków nowotworów złośliwych.

Nowotwory są podzielone na dwa główne podtypy: raka gruczołowego, który rozwija się w narządach lub gruczołach oraz raka płaskonabłonkowego, który pochodzi z warstwy endodermalnej lub ektodermalnej.

Gruczolakorak zwykle występuje w błonach. Często z łatwością rozprzestrzenia się przez tkanki miękkie, w których występuje. Rak płaskonabłonkowy występuje w wielu miejscach na ciele. Większość nowotworów atakuje narządy i gruczoły mające zdolność wydzielania, takie jak piersi, płuca, okrężnicą czy gruczoł krokowy.

Mięsak

Określenie *Mięsak* odnosi się do nowotworu, który pochodzi z tkanek podtrzymujących i łącznych, takich jak kości, ścięgna, chrząstki, mięśnie oraz tłuszcz. Ogólnie występujących u młodych dorosłych, mięsak najczęściej rozwija się w bolesnym obszarze masy kości. Guzy mięsaka zazwyczaj przypominają tkankę, w której rosną.

Przykłady mięsaków:

- Kostniakomięsak
- Chrzęstniakomięsak
- Mięsak prążkowanokomórkowy
- Międzybłonniak opłucnej
- Włókniamięsak
- Naczyniamięsak
- Tłuszczakomięsak
- Glejak lub gwiaździak
- Śluzakomięsak
- Mięsak mezenchymalny lub mieszany nowotwór mezodermalny (różne typy tkanki łącznej)

Szpiczak

Szpiczak powstaje w komórkach plazmatycznych szpiku kostnego.

Białaczka

Białaczka (zwana również „rakiem krwi”) jest nowotworem szpiku kostnego.

Chłoniak

Chłoniak rozwija się w gruczołach i węzłach układu limfaticznego, sieci naczyń, węzłów i narządów (w szczególności śledziona, migdałki i grasica), które oczyszczają płyny ustrojowe i produkują limfocyty. W przeciwieństwie do białaczek, chłoniaki są „litymi rakami”. Chłoniaki mogą również występować w określonych organach, takich jak żołądek, piersi czy mózg. Te rodzaje chłoniaków są określane chłoniakami pozawęzłowymi. Chłoniaki dzieli się na dwie podkategorie: chłoniaka Hodgkina (ziarnica złośliwa) i chłoniaka nieziarniczego.

Mieszane

Elementy składowe tego typu raka mogą być w ramach jednej kategorii lub z różnych. Niektóre przykłady to:

- rak gruczołowy
- mieszany guz mezodermalny
- mięsakorak
- potworniakorak

- Leukemia
- Lymphoma
- Mixed Types

Carcinoma

Carcinoma refers to a malignant neoplasm of epithelial origin or cancer of the internal or external lining of the body. Carcinomas, malignancies of epithelial tissue, account for 80 to 90 percent of all malignant tumors.

Carcinomas are divided into two major subtypes: adenocarcinoma, which develops in an organ or gland, and squamous cell carcinoma, which originates from endodermal or ectodermal layer.

Adenocarcinoma generally occurs in mucus membranes. It often spreads easily through the soft tissue where it occurs. Squamous cell carcinoma occurs in many areas of the body. Most carcinomas affect organs or glands capable of secretion, such as the breasts, the lungs, colon or prostate.

Sarcoma

Sarcoma refers to cancer that originates in supportive and connective tissues such as bones, tendons, cartilage, muscle, and fat. Generally occurring in young adults, the most common sarcoma often develops as a painful mass on the bone.

Sarcoma tumors usually resemble the tissue in which they grow.

Examples of sarcomas are:

- Osteosarcoma or osteogenic sarcoma
- Chondrosarcoma
- Rhabdomyosarcoma
- Mesothelial sarcoma or mesothelioma
- Fibrosarcoma
- Angiosarcoma or hemangioendothelioma
- Liposarcoma
- Glioma or astrocytoma
- Myxosarcoma
- Mesenchymous or mixed mesodermal tumor (mixed connective tissue types)

Myeloma

Myeloma originates in the plasma cells of bone marrow.

Leukemia

Leukemia (also called „blood cancers”) is cancer of the bone marrow.

Lymphoma

Lymphomas develop in the glands or nodes of the lymphatic system, a network of vessels, nodes, and organs (specifically the spleen, tonsils, and thymus) that purify bodily fluids and produce lymphocytes. Unlike the leukemias lymphomas are „solid cancers”. Lymphomas may also occur in specific organs such as the stomach, breast or brain. These lymphomas are referred to as extranodal lymphomas.

The lymphomas are subclassified into two categories: Hodgkin lymphoma and Non-Hodgkin lymphoma.

Mixed Types

The type of cancer components may be within one category or from different categories. Some examples are:

- adenosquamous carcinoma
- mixed mesodermal tumor
- carcinosarcoma
- teratocarcinoma

OCENA NOWOTWORÓW (SYSTEMY KLASYFIKACJI)

Systemy klasyfikacji rozwoju raka ewoluowały w czasie. Są one w procesie ciągłych zmian, jako że naukowcy dowiadują się coraz więcej na temat raka. Niektóre systemy klasyfikacji obejmują wiele rodzajów raka; inne koncentrują się jedynie na konkretnym rodzaju. Wspólne elementy uznane w większości systemów są następujące:

- Miejsce guza pierwotnego i typ komórek (na przykład, gruczolakorak, rak płaskonabłonkowy)
- Wielkość guza i / lub jego zakres
- Zajęcia regionalnych węzłów chłonnych
- Liczbę guzów (guza pierwotnego i obecność guzów przerzutowych)
- Stopień zróżnicowania guza*

* Stopień zróżnicowania guza to opis guza bazujący na tym, jak anormalne są komórki i tkanki nowotworu widziane pod mikroskopem. Jest wskaźnikiem tego, jak szybko nowotwór może się rozwijać i rozprzestrzeniać.

Systemy klasyfikacji są różne, w zależności od rodzaju nowotworu. Jeśli system klasyfikacji dla danego typu nowotworu nie jest określony, poniższa klasyfikacja jest powszechnie stosowana:

- GX: Klasyfikacja niemożliwa (nieokreślony gatunek)
- G1: Dobrze zróżnicowany (niski stopień)
- G2: Umiarkowanie zróżnicowany (pośredni stopień)
- G3: Słabo zróżnicowane (wysoki stopień)
- G4: niezróżnicowany (wysoki stopień)

I stopień – nowotwory w najwcześniejszej fazie rozwoju (przeżycie pięcioletnie od 75 do 100 % leczonych chorych)

II stopień – nowotwory w początkowej fazie rozwoju (przeżycie pięcioletnie od 50 do 75 % leczonych chorych)

III stopień – nowotwory zaawansowane (przeżycie pięcioletnie od 25 do 50 % leczonych chorych)

IV stopień – nowotwory bardzo zaawansowane, o złym rokowaniu (przeżycie pięcioletnie do 25 % leczonych chorych)

SYSTEM TNM

System TNM jest jednym z najczęściej używanych systemów diagnozowania raka – bazuje na rozmiarze i / lub stopniu rozprzestrzenienia guza pierwotnego (T), poziomie rozprzestrzenienia do pobliskich węzłów chłonnych (N), oraz obecności przerzutów (M) lub utworzonych guzów wtórnych, jako rozprzestrzenianie się komórek nowotworowych do innych części ciała. Numer dodany do każdej z liter numer ma na celu wskazanie wielkości i / lub rozmiary guza pierwotnego oraz stopień rozprzestrzenienia nowotworu.

Guz pierwotny (T)

Tx – nie można ocenić ogniska pierwotnego

T0 – brak dowodów na istnienie guza pierwotnego

Tis – rak in situ (nieprawidłowych komórki są obecne, ale bez rozprzestrzenienia się do sąsiednich tkanek)

T1, T2, T3, T4 – stopnie rozwoju pierwotnego ogniska nowotworu, zazwyczaj im większa liczba, tym guz jest większy lub zajmuje więcej okolicznych struktur

Węzły chłonne (N)

Nx – nie można ocenić zajęcia regionalnych węzłów chłonnych

N0 – węzły chłonne bez przerzutów

N1, N2, N3, N4 – stopień zajęcia regionalnych węzłów chłonnych (liczba oraz lokalizacja węzłów chłonnych)

Przerzuty odległe (M)

Mx – nie można ocenić przerzutów odległych

M0 – brak przerzutów odległych

M1 lub M2 – występują przerzuty odległe

CANCER STAGING (CLASSIFICATION SYSTEMS)

Staging systems for qualification of cancer have evolved over time. They continue to change as scientists learn more about cancer. Some staging systems cover many types of cancer; others focus on a particular type. The common elements considered in most staging systems are as follows:

- Site of the primary tumor and the cell type (e.g. adenocarcinoma, squamous cell carcinoma)
- Tumor size and/or extent
- Regional lymph node involvement
- Number of tumors (the primary tumor and the presence of metastatic tumors)
- Tumor grade*

* Tumor grade is the description of a tumor based on how abnormal the tumor cells and tumor tissue look under the microscope. This is an indicator of how quickly the tumor is likely to grow and spread.

Tumor grading systems differ depending on the type of cancer.

If a grading system for a tumor type is not specified, the following system is generally used:

- GX: Grade cannot be assessed (undetermined grade)
- G1: Well differentiated (low grade)
- G2: Moderately differentiated (intermediate grade)
- G3: Poorly differentiated (high grade)
- G4: Undifferentiated (high grade)

I grade – cancer in the earliest stage of development (quintennial survival from 75 to 100% treated patients)

II grade – cancer in the early stage of development (quintennial survival from 50 to 75% treated patients)

III grade – advanced tumors (quintennial survival from 25 to 50% treated patients)

IV grade – very advanced tumors with poor prognosis (quintennial survival up to 25% treated patients)

TNM SYSTEM

The TNM system is one of the most widely used cancer staging systems.

The TNM system is based on the size and/or extent (reach) of the primary tumor (T), the amount of spread to nearby lymph nodes (N), and the presence of metastasis (M) or secondary tumors formed by the spread of cancer cells to other parts of the body.

A number added to each letter indicates the size and/or extent of the primary tumor and the degree of cancer spread.

Primary Tumor (T)

Tx – Primary tumor cannot be evaluated

T0 – No evidence of primary tumor

Tis – Carcinoma in situ (CIS; abnormal cells are present but have not spread to neighboring tissue)

T1, T2, T3, T4 – stages of the primary tumor development, usually the higher the number, the larger tumor or tumor has affected more surrounding structures

Regional Lymph Nodes (N)

Nx – Regional lymph nodes cannot be evaluated

N0 – No regional lymph node involvement

N1, N2, N3, N4 – Degree of regional lymph node involvement (number and location of lymph nodes)

Distant Metastasis (M)

Mx – Distant metastasis cannot be evaluated

M0 – No distant metastasis

M1 or M2 – Distant metastasis is present

Klasyfikacja TNM zawiera dodatkowe oznaczenia określające sposób oceny (metodę diagnostyczną), np.:

C – ocena metodami klinicznymi

P – ocena potwierdzona przez patologa

Y – ocena dokonana po chemioterapii i/lub radioterapii, w przypadku pacjentów, u których zastosowano leczenie neoadjuwantowe

R – ocena czy nowotwór został usunięty radykalnie: resekcja w granicach zdrowych tkanek potwierdzona mikroskopowo (0), resekcja niekompletna widoczna mikroskopowo (1), resekcja niekompletna widoczna makroskopowo (2)

W praktyce klinicznej spotyka się tylko oznaczenie P.

METODY LECZENIA

W zależności od poszczególnych parametrów chory jest kwalifikowany do odpowiedniego stadium choroby.

I Stadium – choroba niezaawansowana – mała wielkość guza, wolne lub nieznacznie zajęte regionalne węzły chłonne, brak przerzutów odległych. Chory w tym stadium kwalifikuje się do leczenia radykalnego.

II Stadium – choroba nadal niezaawansowana, jednak zmiana nowotworowa jest większa, są obecne przerzuty do regionalnych węzłów chłonnych. Nie ma odległych przerzutów. Chory w tym stadium nadal kwalifikuje się do leczenia radykalnego, jednak mają gorsze rokowanie co do przeżycia.

III Stadium – wysokie wyjściowe stadium zaawansowania, duży guz, obecne przerzuty do drugiej pozaregionalnej stacji węzłowej, nadal nie ma odległych przerzutów. Chory nie kwalifikuje się do leczenia radykalnego, wymaga stosowania metod zmniejszających wyjściowe stadium zaawansowania, np. radio- czy chemioterapii. Po zmniejszeniu stadium zaawansowania można podjąć leczenie radykalne, ale rokowanie jest bardzo niepewne.

IV Stadium – obecne przerzuty odległe. Jeśli pacjent jest w dobrym stanie kwalifikuje się do leczenia paliatywnego. W ciężkim stanie stosuje się jedynie leczenie objawowe.

Metody leczenia:

- Monoterapia – wykorzystanie jednej metody leczenia.
- Leczenie skojarzone – połączenie co najmniej dwóch sposobów leczenia. Ok.70-80% pacjentów wymaga tej formy leczenia.

Rodzaje leczenia:

- Chirurgia
- Chemioterapia
- Hormonoterapia
- Immunoterapia
- Terapia celowana
- Terapia genowa

Rodzaje zabiegów operacyjnych:

- zabieg radykalny – chirurg usuwa całą masę nowotworu z marginesem tkanki zdrowej, najczęściej cały narząd zajęty nowotworem oraz regionalne węzły chłonne.
- Zabieg nieradykalny – chirurg ze względu na warunki w polu operacyjnym nie może usunąć guza w całości lub nie może resekować regionalnych węzłów chłonnych i w polu operacyjnym zostaje makroskopowe lub mikroskopowe ognisko nowotworu złośliwego.
- Zabieg oszczędzający – stosowany we wczesnych stadiach choroby, gdy nie ma konieczności usuwania całego narządu, jedynie zmianę nowotworową z marginesem zdrowej tkanki.(T1NoM0)
- Zabieg cytoredukcyjny – zmniejszenie rozmiarów guza w celu poprawy komfortu życia pacjenta lub przygotowania do innej metody leczenia.
- Zabieg paliatywny – doraźnie zmniejszenie dolegliwości pacjenta (gastrostomia, podwiązanie dużych naczyń)

TNM contains additional markings indicating method of assessment (diagnostic method) for example:

C – stage given by clinical examination

P – stage given by pathologic examination

Y – stage assessed after chemotherapy and/or radiation therapy; in other words, in case of patient with neoadjuvant therapy.

R - assessment whether the tumor has been removed radically: resection within normal tissue confirmed microscopically (0), incomplete resection microscopically visible (1) incomplete resection macroscopically visible (2)

In clinical practise only P is used.

TREATMENT METHODS

Depending on the individual parameters of the patient is qualified to the appropriate stage of the disease.

I Stadium – Non-advanced-disease - a small tumor size, regional lymph nodes clear or slightly affected, no distant metastases. The patient at this stage is qualified for radical treatment.

II Stadium – the disease is still not advanced, but tumor is greater with present metastases to regional lymph nodes. There is no distant metastases The patient at this stage is still eligible for radical treatment, however, have a worse prognosis for survival.

III Stadium – advances initial stage, large tumor, metastases to second regional lymph node station, still no distant metastases. The patient is not eligible for radical treatment, requires the use of methods that reduce stage of disease, for example radio- or chemotherapy. After reducing the stage radical treatment may be consider, but the prognosis is very uncertain.

IV Stadium – with distant metastases. If the patient is in good condition is qualified for palliative treatment. In serious condition only symptomatic treatment applies.

Methods of treatment:

- Monotherapy - the use of one method of treatment.
- Combination treatment - a combination of at least two types of treatments. About 70-80% of patients require this form.

Types of treatment:

- Surgery
- Chemotherapy
- Hormone
- Immunotherapy
- Targeted therapy
- Gene Therapy

Types of surgery:

- Radical treatment – the surgeon removes the entire mass of the tumor with a margin of healthy tissue, usually the entire organ busy tumor and regional lymph nodes.
- Subtotal surgery – the surgeon due to the conditions in the operating field can not remove the tumor in its entirety or may not resected regional lymph nodes and the surgical field is macroscopic or microscopic focus of cancer
- Saving procedure – used in the early stages of the disease when there is no need to remove the entire organ, only the tumor with a margin of healthy tissue. (T1NoM0)
- Cytoreduction surgery – reduce the size of the tumor in order to improve the quality of life of the patient or to prepare for another method of treatment.
- Palliative treatment – temporarily reducing patient's symptoms (gastrostomy, ligation of large vessels)

1. CHEMIOTERAPIA

- Metoda leczenia systemowego polegająca na podawaniu najczęściej dożylnym leków zwanych cytostatykami.
- Można je podawać również dotętniczo, doustnie, do jam ciała.
- W przypadku nowotworów systemowych są praktycznie jedyną metodą leczenia (białaczki, szpiczaki, chłoniaki).
- Wnikają do jądra komórki nowotworowej i zaburzają cykl rozwojowy uniemożliwiając jej dalsze podziały prowadząc do śmierci komórki.

Rodzaje chemioterapii:

- Chemioterapia uzupełniająca (adjuwantna) - stosowana po leczeniu radykalnym operacyjnym, w celu zniszczenia mikroprzerzutów i zmniejszenia ryzyka nawrotu.
- Chemioterapia wstępna (neoadjuwantna) – dotyczy chorych z miejscowo zaawansowanym nowotworem w celu zmniejszenia masy guza i umożliwienia leczenia operacyjnego

Powikłania po chemioterapii:

- Natychmiastowe – występują w trakcie wlewu lub zaraz po jego zakończeniu (wstrząs, obrzęk, wysypka)
- Wczesne – występują kilka - kilkanaście godzin po wlewie (nudności, wymioty, biegunki, utrata apetytu)
- Odroczne – kilka- kilkanaście dni po wlewie. Mogą być groźne dla chorego. Często wymagają dodatkowego leczenia (wypadanie włosów, zapalenie i owrzodzenia przewodu pokarmowego, uszkodzenie szpiku kostnego, krwotoczne zapalenie pęcherza moczowego)
- Powikłania narządowe:
 - nefrotoksyczność,
 - kardiotoxyczność,
 - neurotoksyczność,
 - pulmotoksyczność
 - powikłania naczyniowe – dostanie się cytostatyka poza żyłę może prowadzić do martwicy tkanek

2. RADIOTERAPIA

Metoda ta wykorzystuje promieniowanie jonizujące do kontrolowania i niszczenia komórek nowotworowych. Terapia promieniowaniem polega na uszkodzeniu DNA w komórkach nowotworowych. To uszkodzenie DNA jest spowodowane przez jeden z dwóch rodzajów energii fotonów lub naładowane cząstki. Uszkodzenie to jest bezpośrednie lub pośrednie jonizacji atomów, z których składa się łańcuch DNA. Pośredni – jonizacja zdarza w wyniku jonizacji wody, tworząc wolne rodniki, w szczególności rodniki hydroksylowe, które następnie uszkadzają DNA.

Istnieją dwa główne rodzaje radioterapii:

- Radioterapia zewnętrzna – w przypadku gdy promieniowanie pochodzi z urządzenia na zewnętrznej powłoki ciała. Jest najczęściej używanym rodzajem radioterapii.
- Radioterapia wewnętrzna – gdzie promieniowanie pochodzi z implantów lub cieczy umieszczonych wewnątrz ciała.

Brachyterapia jest leczeniem, w którym stałe źródło promieniowania jest umieszczone w jamie ciała, lub też w guzie zostają umieszczone igły.

Inny rodzaj wewnętrznej radioterapii polega na zastosowaniu ciekłego źródła promieniowania. Może być ono podane doustnie lub we wstrzyknięciu dożylnym.

Powikłania po radioterapii:

- Wczesne – występują w trakcie i do 3 miesięcy po zakończeniu leczenia. Są odwracalne.
 - Uszkodzenia skóry (rumień, złuszczenie, świąd, ból, owrzodzenia i martwica)
 - Uszkodzenie śluzówki jamy ustnej i gardła, trudności w połykaniu, stan zapalny, owrzodzenia
 - Popromienne zapalenie przełyku (do perforacji włącznie)

1. CHEMOTHERAPY (CHTH)

- The method of systemic therapy comprising administering intravenous drugs most commonly called cytostatics.
- Cytostatics can be administered intra-arterial, orally, into body cavities.
- In the case of systemic cancers this is the only method of treatment (leukemias, myelomas, lymphomas).
- Cytostatics penetrate the nucleus of cancer cell and impair its development cycle by preventing its further subdivisions, which is leading to cell death.

Types of chemotherapy:

- Adjuvant chemotherapy (adjuvant) – used after radical treatment, and ensuring the destruction of micrometastases and reduce the risk of recurrence.
- Initial chemotherapy (neoadjuvant) – applies to patients with locally advanced cancer in order to reduce the tumor mass and allow for surgical treatment

Complications after chemotherapy:

- Instant – occur during infusion or immediately after its completion (shock, swelling, rash)
- Early – occur few hours after infusion (nausea, vomiting, diarrhea, loss of appetite)
- Deferred - occur few days after the infusion. They can be dangerous for the patient. Often require additional treatment (hair loss, inflammation and ulceration of the gastrointestinal tract, bone marrow damage, hemorrhagic cystitis)
- Organ complications:
 - Nephrotoxicity,
 - Cardiotoxicity,
 - Neurotoxicity,
 - Pulmonotoxicity
 - Vascular complications – getting cytostatic out of the vein may lead to tissue necrosis

2. RADIOTHERAPY (RTH)

This method uses ionizing radiation to control and kill malignant cells.

Radiation therapy works by damaging the DNA of cancerous cells.

There are two main types of radiotherapy:

- External radiotherapy - where the radiation comes from a machine outside the body. It is the most common type of radiotherapy used.
- Internal radiotherapy - where the radiation comes from implants or liquids placed inside the body.

Brachytherapy is treatment in which solid radioactive sources are placed inside a body cavity or needles are placed in the tumor.

Another type of internal radiotherapy involves using a liquid source of radiation. It can either be taken by mouth or given as an injection into a vein.

Complications after radiotherapy:

- Early – occur during and up to 3 months after treatment. Reversible.
 - Skin damage (erythema, scaling, itching, pain, ulceration and necrosis)
 - Damage to the mucosa of the mouth and throat, difficulty swallowing, inflammation, ulcers
 - Radiation esophagitis (including perforation)

- Popromienne zapalenie płuc
 - Uszkodzenie jelita grubego (stan zapalny, biegunki, perforacje)
 - Uszkodzenie pęcherza moczowego (stan zapalny, krwiomocz)
 - Senność, splątanie, objawy neurologiczne po napromienianiu mózgu
- b) Powikłania późne radioterapii:
- Występują kilkanaście miesięcy do kilku lat po napromienianiu. Są nieodwracalne.
 - Zwłóknienie płuc.
 - Zwłóknienie mięśnia sercowego
 - Martwica mózgu
 - Bliznowacenie mózgu
 - Uszkodzenie rdzenia kręgowego z ubytkami neurologicznymi
 - Zwężenie przetyki, zwłóknienie ślinianek
 - Nowotwory wtórne

Metody radioterapii:

- a) Radioterapia przedoperacyjna – w celu zmniejszenia rozmiarów guza, zmniejszenia obszaru resekcji oraz zmniejszenia ryzyka wszczepienia komórek nowotworowych w pole operacyjne.
- b) Radioterapia pooperacyjna – w celu zniszczenia ewentualnych komórek nowotworowych w linii cięcia.
- c) Radioterapia radykalna – całkowite usunięcie masy guza (w leczeniu raka szyjki macicy, płuca, przełyku, pęcherza moczowego)
- d) Radioterapia paliatywna (np. NPL kości)

3. HORMONOTERAPIA

Wykorzystuje obecność w błonie komórkowej niektórych nowotworów tzw. receptorów hormonalnych. Podanie odpowiednio dobranego leku może zablokować receptor hormonalny i spowodować jego niewrażliwość na czynniki stymulujące.

Do nowotworów hormonowrażliwych zaliczamy:

- Raka piersi
- Raka prostaty
- Raka trzonu macicy

4. IMMUNOTERAPIA

Polega na stymulowaniu sił odpornościowych do rozpoznawania i niszczenia nowotworu.

- Immunoterapia nieswoista – nie rozpoznaje precyzyjnie nowotworu, ale silnie pobudza mechanizmy odpornościowe (interferon podawany w raku nerki czy czerniaku złośliwym)
- Immunoterapia swoista – leki ściśle działające na określony klon komórek nowotworowych w oparciu o określony antygen obecny na ich błonie komórkowej (przeciwciała monoklonalne, np. herceptyna stosowana w raku sutka)

5. TERAPIA GENOWA

Stosowana w nowotworach, w których udało się zidentyfikować uszkodzenie genetyczne zapoczątkowujące proces nowotworowy (np. gen BRCA1 i BRCA2 w raku sutka).

V A. RAK PŁUCA

Rak płuca jest najczęściej występującym nowotworem złośliwym na świecie. W Europie stanowi:

- 21 % wszystkich nowotworów i 29 % zgonów u mężczyzn
- 5 % wszystkich nowotworów i 9 % zgonów u kobiet

Zachorowalność na raka płuca w ciągu ostatnich 20 lat wzrosła czterokrotnie

- U mężczyzn – 55,6 / 100 000
- U kobiet – 10,3 / 100 000

58 % przypadków raka płuca przypada na kraje Europy Zachodniej

- M – Dania, Belgia, Holandia

- Radiation pneumonitis
- Large intestine damage (inflammation, diarrhea, perforation)
- Bladder damage (inflammation, hematuria)
- Drowsiness, confusion, neurological symptoms after brain radiation

b) Late complications of radiotherapy:

- Occur few months or several years after radiation. Irreversible.
- Pulmonary fibrosis
- Myocardial fibrosis
- Necrotic brain
- Cicatrisation of the brain
- Spinal cord damage with neurological defects
- Narrowing of the oesophagus, salivary gland fibrosis
- Secondary malignancies

Radiotherapy methods:

- a) Preoperative radiotherapy – in order to reduce the tumor size, the area of resection and decrease risk of implantation tumor cells into the operative field.
- b) Postoperative radiotherapy – in order to destroy any cancer cells within the cutting line.
- c) Radical radiotherapy – total removal of the tumor mass (in treatment of cervical cancer, lung, oesophagus, bladder)
- d) Palliative radiotherapy (e.g. bone)

3. HORMONE THERAPY

Uses the presence in the cell membrane of certain cancers hormone receptors. Administration of appropriately selected drug can block the hormone receptor and cause its insensitivity to stimulating factors.

Endocrine related tumors include:

- Breast cancer
- Prostate Cancer
- Cervical cancer

4. IMMUNOTHERAPY

Stimulating immune system to recognize and destroy the tumor.

- Non-specific immunotherapy – does not recognize the tumor precisely, but strongly stimulates the immune mechanism (interferon administered in renal cell carcinoma or malignant melanoma)
- Specific immunotherapy – medicines acting on strictly defined tumor cell clone based on the particular antigen present on the cell membrane (monoclonal antibodies, e.g. herceptin used in breast cancer)

5. GENE THERAPY

Used in tumors, in which genetic damage could be identified as an initiator of the cancerous process (e.g.. BRCA1 and BRCA2 in breast cancer).

V A. LUNG CANCER

Lung cancer is the most common malignant tumor in the world. In Europe, states:

- 21% of all tumors and 29% of deaths in men
- 5% of all cancers and 9% of deaths in women

The incidence of lung cancer in the past 20 years has quadrupled

- In men – 55,6/100 000
- Women – 10,3 / 100 000

58% of lung cancer cases apply to Western European countries

- Men – Denmark, Belgium, the Netherlands

- K – Dania, Wlk. Brytania, Irlandia
Liczba zachorowań rośnie wraz z wiekiem – szczyt zachorowań przypada po 60. roku życia
W Polsce ogółem notuje się około 20000 przypadków rocznie
- Rak płuca drobnokomórkowy: 20% – około 4000 chorych
- Rak płuca niedrobnokomórkowy: 80% – około 16000 chorych
- rak płuca – I miejsce u mężczyzn i III miejsce u kobiet

Rodzaje raka płuca

Istnieją dwa główne rodzaje raka płuc:

1. Niedrobnokomórkowy rak płuca (NDRP)
2. Drobnokomórkowy rak płuca (DRP)

OCENA STOPNIA ZAAWANSOWANIA KLINICZNEGO DRP

1. Postać ograniczona: w tym etapie, rak znajduje się w obrębie jednej strony klatki piersiowej, obejmuje tylko jedną część płuca i pobliskie węzły chłonne
2. Postać rozległa: w tym etapie, rak rozprzestrzenia się do innych obszarów klatki piersiowej oraz innych części ciała

OCENA STOPNIA ZAAWANSOWANIA KLINICZNEGO NDRP

Klasyfikacja TNM

Tx – nie można określić guza pierwotnego lub obecność guza udowodniona na podstawie badania płwociny lub wydzieliny oskrzelowej, bez badania obrazowego czy bronchoskopii

T0 – brak cech obecności guza pierwotnego

Tis – rak „in situ”

T1 – guz o średnicy 3 cm lub mniejszy, otoczony tkanką płucną lub opłucną płucną bez naciekania oskrzela głównego

T2 – guz większy niż 3 cm do 7 cm posiadający przynajmniej jedną z cech: zajęcie oskrzela głównego w odległości 2 cm lub więcej od ostrogi głównej, naciekanie opłucnej, towarzysząca niedodma lub zapalenie płuc dochodzące do wnęki, ale nie zajmujące całego płuca

T3 – guz większy niż 7 cm lub taki który nacieka na jeden z następujących obszarów: opłucną ścienną, ścianę klatki piersiowej, przeponę, nerw przeponowy, opłucną śródpiersiową, osierdzie; guz w oskrzeli mniejszy niż 2 cm w odległości od ostrogi głównej, ale nie naciekający na nią; towarzysząca niedodma lub zapalenie całego płuca lub oddzielny guz (guzy) w tym samym płacie

T4 – guz każdej wielkości z naciekaniem na jeden z następujących obszarów: śródpiersie, serce, duże naczynia, tchawicę, nerw wsteczny, przełyk, trzony kręgow, ostrogę główną; oddzielny guz(y) nowotworowy w innym płacie po tej samej stronie

N – okoliczne węzły chłonne

Nx – nie można ocenić węzłów chłonnych

N0 – bez przerzutów w okolicznych węzłach chłonnych

N1 – przerzuty w węzłach chłonnych okołooskrzelowych i/lub wnękowych i/lub płatowych

N2 – przerzuty w węzłach chłonnych śródpiersia i / lub poniżej rozwidlenia tchawicy

N3 – przerzuty w węzłach chłonnych śródpiersia lub wnęki po stronie przeciwnej lub pod mięśniem pochyłym bądź w węzłach nadobojczykowych po stronie guza lub przeciwnej

M – przerzuty odległe

M0 – nie ma przerzutów

M1 – obecne przerzuty odległe (w tym guzki satelitarne w sąsiadującym płacie płuca)

Na rozwój raka płuc mają wpływ:

1. Dym tytoniowy – palenie papierosów stanowi w 80-90 % przyczynę raka płuc. Udział pozostałych czynników określa się na 10-20 %. Najważniejszym czynnikiem rakotwórczym w dymie tytoniowym są policykliczne węglowodory aromatyczne, będące produktami niecałkowitego spalania tytoniu. Ryzyko zachorowania wzrasta wraz z liczbą wypalonych papierosów – zależność ta jest najwyraźniejsza dla raka

- Women – Denmark, United Kingdom, Ireland
The risk increases with age - peak incidence after 60 years of age
In Poland there has been about 20,000 cases per year
- Small cell lung cancer (SCLC): 20% - about 4000 patients
- Non-small cell lung cancer (NSCLC): 80% – about 16,000 patients
- Lung cancer – I place in men and the III place in women

TYPES OF LUNG CANCER

There are two major types of lung cancer:

1. Small cell lung cancer (SCLC)
2. Non-small cell lung cancer (NSCLC)

CLINICAL STAGING EVALUATION SCLC

1. Limited stage: In this stage, cancer is found on one side of the chest, involving just one part of the lung and nearby lymph nodes.
2. Extensive stage: In this stage, cancer has spread to other regions of the chest or other parts of the body.

CLINICAL STAGING EVALUATION NSCLC

TNM Staging

Tx – Primary tumor cannot be assessed, or tumor proven by the presence of malignant cells in sputum or bronchial washings but not visualized by imaging or bronchoscopy

T0 – no evidence of primary tumor

Tis – carcinoma in situ

T1 – tumor 3 cm or less in greatest dimension, surrounded by lung or visceral pleura, without evidence of invasion to the lobar bronchus

T2 – tumor more than 3 cm up to 7 cm with any of the following features: involves main bronchus, 2 cm or more distal to the carina, invades visceral pleura, associated with atelectasis or obstructive pneumonitis that extends to the hilar region but does not involve the entire lung

T3 – tumor more than 7 cm or one that directly invades any of the following: parietal pleural, chest wall (including superior sulcus tumors), diaphragm, phrenic nerve, mediastinal pleura, parietal pericardium; or tumor in the main bronchus less than 2 cm distal to the carina but without involvement of the carina; or associated atelectasis or obstructive pneumonitis of the entire lung or separate tumor nodule(s) in the same lobe

T4 – Tumor of any size that invades any of the following: mediastinum, heart, great vessels, trachea, recurrent laryngeal nerve, esophagus, vertebral body, carina, separate tumor nodule(s) in a different ipsilateral lobe

Regional lymph nodes

Nx – regional lymph nodes cannot be assessed

N0 – no regional lymph node metastases

N1 – metastasis in ipsilateral peribronchial and/or ipsilateral hilar lymph nodes and intrapulmonary nodes

N2 – metastasis in ipsilateral mediastinal and/or subcarinal lymph node(s)

N3 – metastasis in contralateral mediastinal, contralateral hilar, ipsilateral or contralateral scalene, or supraclavicular lymph node(s)

Distant Metastasis (M)

M0 – No distant metastasis

M1 – Distant metastasis (including tumors in a contralateral lobe)

The development of lung cancer is affected by:

1. Tobacco smoke – the cause of lung cancer is in 80 - 90% due to smoking cigarettes. The share of other factors shall be determined at 10-20%. The most important carcinogen factors in tobacco smoke are polycyclic aromatic hydrocarbons, which are products of incomplete incineration of tobacco. The risk increases with the number of cigarettes smoked – this relation is the most evident for squamous

płaskonabłonkowego i drobnokomórkowego. Zaprzeszanie palenia najsilniej wpływa na raka płaskonabłonkowego (minimum 5-10 lat przerwy), słabiej na rozwój raka gruczołowego. Jedynie u 10-20 % palaczy rozwija się rak płuca.

2. Czynniki genetyczne
3. Skażenie środowiska
4. Warunki pracy zawodowej
5. Niedobór jakościowy żywienia – ochronny wpływ karotenoidów, dieta bogatotłuszczowa z dużą zawartością cholesterolu zwiększa ryzyko zachorowania raka płuca
6. Przewlekłe zapalenie – przebyte choroby (przewlekła obturacyjna choroba płuca, gruźlica, astma, zapalenia płuca, idiopatyczne włóknienie płuca)

Objawy raka płuca

- a) Objawy zależne od guza pierwotnego i miejscowego szerezenia się nowotworu
 - kaszel
 - krwioplucie
 - duszność
 - zespół żyły głównej górnej
 - ból w klatce piersiowej
 - zespół Pancoasta
 - zespół Hoarnera
 - zakażenia tkanki płucnej
 - chrypka
 - porażenie nerwu przeponowego
 - zaburzenia połykania
 - naciekanie mięśnia sercowego i osierdzia
 - wysięk opłucnowy
- b) Objawy ogólne
 - ubytek masy ciała (68%)
 - ogólne osłabienie
 - podwyższenie temperatury ciała o niewyjaśnionej przyczynie
 - brak łaknienia

DIAGNOZA

Ustalenie typu histologicznego odbywa się na podstawie następujących badań:

- a) badania cytologiczne:
 - płwocina
 - popłuczyny oskrzelowe
 - wymaz szczoteczki
 - materiał pobrany za pomocą punkcji przezoskrzelowej lub przezściennej
 - wysięk opłucnowy
 - węzły chłonne / BAC /
- b) badania histologiczne
 - wycinek z oligobiopsji
 - materiał z pleurobiopsji
 - materiał z mediastinoskopii, mediastotomii, torakoskopii, biopsji ogniska przerzutowego, torakotomii
- c) badanie przedmiotowe
- d) bronchoskopia
- e) RTG klatki piersiowej
- f) CT klatki piersiowej
- g) USG lub CT jamy brzusznej
- h) CT lub MR OUN – rutynowo w drobnokomórkowym raku płuca i raku gruczołowym
- i) scyntygrafia kości – rutynowo w drobnokomórkowym raku płuca przy planowanym leczeniu skojarzonym
- j) RTG podejrzanych ognisk w scyntygrafii

V. B RAK PIERSI

STRUKTURA PIERSI

- Pierś składa się głównie z tkanki tłuszczowej, która zawiera sieć płatów składających się z drobnych, rurkowatych struk-

cell and small cell cancer. Smoking cessation influences on squamous cell carcinoma (minimum 5-10 years without smoking), less on adenocarcinoma. Only 10-20% of smokers develop lung cancer.

2. Genetic factors
3. Environmental pollution
4. Work conditions
5. Insufficiency of quality nutrition - protective carotenoids effect, high-fat diet with a high content of cholesterol increases the risk of lung cancer
6. Chronic inflammation – history of the disease (chronic obstructive pulmonary disease, tuberculosis, asthma, pneumonia, idiopathic pulmonary fibrosis)

Symptoms of lung cancer:

- a) Symptoms depend on the primary tumor and local spread of cancer
 - cough
 - haemoptysis
 - shortness of breath
 - superior vena cava syndrome
 - chest pain
 - Pancoast syndrome
 - Hoarner syndrome
 - infections of the lung tissue
 - hoarseness
 - paralysis of the phrenic nerve
 - dysphagia
 - myocardium and pericardium invasion
 - pleural effusion
- b) General symptoms
 - weight loss (68%)
 - general weakness
 - unexplained increase of the body temperature
 - lack of appetite

DIAGNOSIS

Establishing the histological type is based on the following tests:

- a) cytological:
 - sputum
 - bronchial lavage
 - brush smear
 - material obtained by transbronchial or transpulmonary puncture
 - pleural effusion
 - lymph nodes / BAC /
- b) histological:
 - oligobiopsy
 - pleural biopsy
 - the material of mediastinoscopy, mediastinotomy, thoracoscopy, metastasis biopsy, thoracotomy
- c) physical examination
- d) bronchoscopy
- e) chest X-ray
- f) chest CT
- g) ultrasound or CT of abdomen
- h) CT or MRI of the CNS (central nervous system) - as a routine test in small cell cancer and adenocarcinoma
- i) bone density scan – as a routine in small cell cancer when combine treatment planned
- j) X-ray of suspicious areas in scintigraphy

V B. BREAST CANCER

STRUCTURE OF THE BREAST

- The breast is composed mainly of fatty tissue, which contains a network of lobes made up of tiny, tube-like structu-

- tur zwanych zrazikami, które zawierają gruczoły mleczne
- Drobne kanaliki łączą gruczoły, zraziki i płaty i przenoszą mleko z płatów do sutka
 - Wokół całej piersi biegną naczynia krwionośne i chłonne
 - Około 90% wszystkich raków piersi ma swój początek w przewodach lub płatkach piersi

CZYNNIKI RYZYKA

- Wiek
- Rasa
- Historia raka piersi, również w rodzinie
- Historia raka jajnika
- Predyspozycje genetyczne (mutacje w genach BRCA1 i BRCA2 powodują od 2% do 3% wszystkich raków piersi)
- Ekspozycja na estrogeny
- Atypowy rozrost sutka
- Zrazikowy rak in situ (LCIS)
- Czynniki stylu życia (otyłość, brak ruchu, nadużywanie alkoholu)
- Promieniowanie

Około 15% przypadków raka piersi jest dziedzicznych. W przybliżeniu 80% dziedzicznego rakiem piersi jest spowodowana przez mutacje w genie BRCA1 lub BRCA2. Kobiety, które odziedziczyły mutację BRCA mają od 50% do 85% szans zachorowania na raka piersi w ciągu swojego życia

Kobiety ze szczególnie silną historią raka w rodzinie, mogą rozważyć operację prewencyjną usunięcia tkanki piersi. Kilka innych zespołów genetycznych może zwiększyć ryzyko raka piersi. Wczesna diagnoza oznacza większe szanse na skuteczne leczenie. Mammografia jest najlepszym narzędziem przesiewowym w kierunku wykrycia raka piersi dla lekarzy. Kobiętom zaleca się przeprowadzanie mammografii co roku, począwszy od 40. roku życia. Regularne badania piersi oraz samobadanie piersi jest również zalecane.

OBJAWY RAKA PIERSI

- Nowe guzki lub zgrubienia w piersi lub pod pachą
- Tkliwość sutka, wydzielina lub zmiany fizyczne
- Podrażnienia lub zmiany skóry, takie jak wybrzuszenia, dołeczki, łuskowatość lub nowe zmarszczki
- Ciepłe, czerwone, obrzmiałe piersi z wysypką przypominającą skórę pomarańczy
- Ból w piersi (zwykle nie jest objawem raka piersi)
- Brak widocznych lub wyraźnych objawów (bezobjawowe)

OCENA/DIAGNOZA

- Badania przesiewowych i/lub mammografia diagnostyczna
- USG
- Obrazowanie metodą rezonansu magnetycznego (MRI)
- Biopsja potwierdzająca diagnozę
- Badania krwi są często wykorzystywane do określenia, czy rak jest rozsznany poza piersi
- Dodatkowe testy mogą być stosowane do określenia stopnia zaawansowania

OCENA STOPNIA ZAAWANSOWANIA RAKA PIERSI

- Ocena stopnia zaawansowania raka jest metodą opisaną stopnia guza oraz gdzie się rozprzestrzenił
- Ocena stopnia zaawansowania jest najważniejszym narzędziem lekarzy do określenia rokowania pacjenta
- Rodzaj leczenia zależy od etapu raka

Stadium 0

- Znane jako „raka in situ”, co oznacza, że rak nie rozprzestrzenił się poza przewody lub zraziki sutka (naturalne granice)
- Zwane także rakiem nieinwazyjnym
- Rak nieinwazyjny przewodów sutka jest najczęstszą formą raka sutka „in situ”

Stadium I

- Guz jest mały i nie rozprzestrzenił się na węzły chłonne

- res called lobules that contain milk glands
- Tiny ducts connect the glands, lobules, and lobes, and carry the milk from the lobes to the nipple
 - Blood and lymph vessels run throughout the breast
 - About 90% of all breast cancers originate in the ducts or lobes of the breast

RISK FACTORS

- Age
- Race
- Individual or family history of breast cancer
- A history of ovarian cancer
- A genetic predisposition (mutations to the BRCA1 or BRCA2 genes cause 2% to 3% of all breast cancers)
- Estrogen exposure
- Atypical hyperplasia of the breast
- Lobular carcinoma in situ (LCIS)
- Lifestyle factors (obesity, lack of exercise, alcohol use)
- Radiation

About 15% of breast cancers are inherited. Approximately 80% of hereditary breast cancer is caused by mutations in the BRCA1 or BRCA2 genes. Women who inherit a BRCA mutation have a 50% to 85% chance of developing breast cancer in their lifetime.

Women with especially strong family history may consider preventive surgery to remove breast tissue. Several other genetic syndromes can increase breast cancer risk. Early diagnosis means a better chance of successful treatment. Mammography is the best tool doctors have to screen for breast cancer. It is recommended that women should obtain a mammogram each year, starting at the age of 40. Regular clinical breast examinations and breast self-examinations are also recommended.

SYMPTOMS OF BREAST CANCER

- New lumps or a thickening in the breast or under the arm
- Nipple tenderness, discharge, or physical changes
- Skin irritation or changes, such as puckers, dimples, scaliness, or new creases
- Warm, red, swollen breasts with a rash resembling the skin of an orange
- Pain in the breast (usually not a symptom of breast cancer)
- No visible or obvious symptoms (asymptomatic)

EVALUATION/DIAGNOSIS

- Screening and/or diagnostic mammography
- Ultrasound
- Magnetic Resonance imaging (MRI) scan
- Biopsy is necessary to confirm a diagnosis
- Blood tests are often used to determine if the cancer has spread outside the breast
- Additional tests may be used to determine stage

BREAST CANCER STAGING

- Staging is a way of describing a cancer, such as the depth of the tumor and where it has spread
- Staging is the most important tool doctors have to determine a patient's prognosis
- The type of treatment depends on the stage of the cancer

Stage 0

- Known as „cancer in situ”, meaning the cancer has not spread past the ducts or lobules of the breast (the natural boundaries)
- Also called noninvasive cancer
- Ductal carcinoma in situ (DCIS) is the most common „in situ” breast cancer

Stage I

- The tumor is small and has not spread to the lymph nodes

Stadium II a

- Mniejszy guz, który rozprzestrzenił się do węzłów chłonnych pachowych lub średniej wielkości guz, który nie rozprzestrzenił się do węzłów chłonnych pachowych
- Stadium II a opisuje również raka w węzłach chłonnych pachowych bez objawów guza w piersi

Stadium II b

- Guz średniej wielkości, który rozprzestrzenił się do węzłów chłonnych pachowych
- Stadium II b może również opisać większy guz, który nie rozprzestrzenił się do węzłów chłonnych pachowych

Stadium III a

- Każdej wielkości guz, który rozprzestrzenił się na węzły chłonne

Stadium III b

- Etap III b raka piersi, który rozprzestrzenił się do klatki piersiowej lub owrzodzenie piersi lub też zdiagnozowany rak zapalny gruczołu piersiowego

Stadium III c

- Raka rozprzestrzenił się do odległych węzłów chłonnych, ale nie rozprzestrzenił się do odległych części ciała

Stadium IV

- Rak piersi dowolnej wielkości, który rozprzestrzenił się do odległych miejsc w organizmie, zwykle kości, płuc i wątroby lub ściany klatki piersiowej

LECZENIE

- Leczenie zależy od stadium raka
- Można zastosować więcej niż jeden rodzaj leczenia
 - Chirurgia
 - Radioterapia
 - Chemioterapia
 - Hormonoterapia
 - Leczenie celowane

RODZAJE ZABIEGÓW CHIRURGICZNYCH

Celem operacji raka piersi jest usunięcie guza oraz otaczającą go zdrową tkankę. Rodzaje zabiegów chirurgicznych różnicuje się w zależności od ilości zdrowej tkanki usuwanej wraz z guzem.

Rodzaje operacji raka piersi obejmują:

- Lumpektomię – zwaną także operacją oszczędzającą pierś. Chirurg usuwa guz i trochę zdrowej tkanki wokół niego. Można drugie cięcie pod pachą do usunięcia węzłów chłonnych. Celem lumpektomii jest pozostawienie tyle zdrowej tkanki piersi, jak to możliwe. Po lumpektomii, zazwyczaj stosuje się radioterapię. Lumpektomia jest najlepsza dla kobiet o małych piersiach, we wczesnym stadium choroby.
- Częściowa lub segmentowa mastektomia – chirurg usuwa więcej tkanki piersi niż w wyżej opisanym przypadku. Zwykle później stosuje się radioterapię.
- Proste lub całkowita mastektomia – cała pierś jest usuwana, ale węzły chłonne nie są usunięte. Prosta mastektomia jest najczęściej stosowana w celu zapobiegania rozwojowi raka lub gdy rak nie dostał się do węzłów chłonnych. Procedurę tę przeprowadza się zazwyczaj w leczeniu „raka in situ”, mikroinwazyjnego i stadium IA.
- Radykalna mastektomia – chirurg usuwa całą pierś i sutek, węzły chłonne w dole pachowym i mięśnie klatki piersiowej pod biustem. Ta operacja jest bardzo rzadko stosowana, ponieważ obecnie stosowana zmodyfikowana radykalna mastektomia jest równie skuteczna oraz mniej szpecąca.
- Zmodyfikowana radykalna mastektomia – chirurg usuwa całą pierś wraz z brodawką sutkową. Usuwane są niektóre węzły chłonne w dole pachowym. Mięśnie klatki piersiowej nie są usuwane.

Stage II a

- Smaller tumor that has spread to the axillary lymph nodes, or a medium-sized tumor that has not spread to the axillary lymph nodes
- Stage II a may also describe cancer in the axillary lymph nodes with no evidence of a tumor in the breast

Stage II b

- Medium-sized tumor that has spread to the axillary lymph nodes
- Stage II b may also describe a larger tumor that has not spread to the axillary lymph nodes

Stage III a

- Any size tumor that has spread to the lymph nodes

Stage III b

- Stage III b breast cancer has spread to the chest wall, or caused swelling or ulceration of the breast, or is diagnosed as inflammatory breast cancer

Stage III c

- Cancer has spread to distant lymph nodes but has not spread to distant parts of the body

Stage IV

- Breast cancer can be any size and has spread to distant sites in the body, usually the bones, lungs or liver, or chest wall

TREATMENT

- Treatment depends on stage of cancer
- More than one treatment may be used
 - Surgery
 - Radiation therapy
 - Chemotherapy
 - Hormone therapy
 - Targeted therapy

TYPES OF SURGERIES

The goal of breast cancer surgery is to remove the tumor and some of the surrounding healthy tissue. Breast cancer surgeries differ by the amount of healthy tissue that is removed with the tumor.

Types of breast cancer surgery include:

- Lumpectomy – also called breast-conserving surgery. The surgeon removes the tumor and a little bit of healthy tissue around it. A second incision under the armpit may be made to remove the lymph nodes. The goal of a lumpectomy is to leave as much of healthy breast tissue alone as possible. After the lumpectomy, radiation is usually used. Lumpectomy is best for women who have small, early-stage breast cancers.
- Partial or segmental mastectomy or quadrantectomy - the surgeon removes more breast tissue than with a lumpectomy. The cancerous area and a surrounding area of healthy tissue are removed. Radiation is usually given afterward.
- Simple or total mastectomy - the entire breast is removed, but no lymph nodes are removed. Simple mastectomy is most frequently used to prevent new cancer from developing or when the cancer does not go to the lymph nodes. This procedure is usually performed to treat in situ, microinvasive, and stage IA breast cancers.
- Radical mastectomy – surgeon removes the whole breast and nipple, lymph nodes in the armpit, and chest muscles under the breast. This operation is rarely done today because a modified radical mastectomy is as effective and is less disfiguring.
- Modified radical mastectomy – surgeon removes the entire breast along with the nipple. Some lymph nodes in the armpit are removed. The chest muscles are not removed.

JGP

w pytaniach



odpowiedziach



Anna Janiszewska

Ekspert ds. rozliczania świadczeń

E-mail: anna.janiszevska@iuz.org.pl

Do autorki są kierowane liczne pytania naszych Czytelników, na które udzielamy indywidualnie odpowiedzi. Najciekawsze publikujemy w tej rubryce. Dziękujemy za zainteresowanie i za wszystkie pytania, które dotychczas otrzymaliśmy. Zachęcamy do zadawania kolejnych, związanych z systemem jednorodnych grup pacjentów.

Czy słusznie NFZ kwestionuje rozliczenie pobytu pacjenta w szpitalu, gdy przyczyną przyjęcia jest konieczność wykonania badań?

Zgodnie z zapisami art. 58 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych świadczeniobiorca ma prawo do leczenia szpitalnego w szpitalu, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, na podstawie skierowania lekarza, lekarza dentysty lub felczera, jeżeli cel leczenia nie może być osiągnięty przez leczenie ambulatoryjne.

Innymi słowy, każdorazowa realizacja świadczeń w warunkach hospitalizacji musi wynikać bezpośrednio z braku możliwości osiągnięcia celu leczenia w ramach leczenia otwartego. W praktyce sytuacja taka może być podyktowana możliwością wykonania konkretnych świadczeń wyłącznie w ramach zasobów szpitalnych lub stanem pacjenta.

Należy mieć na uwadze, iż obecnie to jakie świadczenia mogą być realizowane w ramach leczenia otwartego, regulują przede wszystkim zapisy Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwa-

rantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 roku z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

Należy zauważyć, że dla ambulatoryjnej opieki specjalistycznej dedykowano możliwość wykonania szerokiego zakresu badań diagnostycznych oraz wyodrębnionych postępowań zabiegowych.

W sytuacji gdy dane postępowanie może zostać zrealizowane w ramach opieki ambulatoryjnej, jego wykonanie w obrębie oddziału szpitalnego wiązać się może z zastrzeżeniami podczas kontroli Narodowego Funduszu Zdrowia oraz zakwestionowaniem rozliczenia tej formy udzielania świadczeń.

Jeżeli natomiast określone postępowanie (zabieg operacyjny, wlew substancji czynnej) może zostać wykonane wyłącznie z wykorzystaniem zasobów, infrastruktury oraz zabezpieczenia szpitalnego – hospitalizacja jest zasadna.

Druga sytuacja – uzasadniająca realizację świadczeń w warunkach szpitalnych to taka, w której pomimo tego, że dane postępowanie (co do zasady) może zostać wykonane w leczeniu otwartym, ale stan pacjenta wymaga, by jego realizacja odbyła się w warunkach szpitalnych. Decyzja o hospitalizacji jest wówczas podyktowana stanem klinicznym roz-

ciąg dalszy na str. 13-14

poznany w oparciu o badanie lekarskie. Stan pacjenta powinien wówczas zostać szczegółowo udokumentowany w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta. Szczególnie uczulamy na zapisy przy przyjęciu, w wywiadzie i badaniu przedmiotowym.

Należy zwrócić uwagę, iż co do zasady, świadczenia związane z diagnostyką nie stanowią podstawy dla uzasadnienia ich realizacji w ramach hospitalizacji. Ich wykonanie w zakresie oddziału szpitalnego musi być podyktowane stanem klinicznym pacjenta wymagającym realizacji w warunkach szpitalnych.

Reguła dotycząca zasadności hospitalizacji dotyczy każdego zakresu świadczeń realizowanych w warunkach szpitalnych, a zatem hospitalizacji w oddziale, leczenia chemioterapeutycznego czy też pobytów związanych z leczeniem w ramach programów lekowych.

Spotykamy się z różnymi rodzajami kontroli. Czy ich nazwy i zakres zależą tylko od kontrolerów, czy też są jakoś unormowane?

Zakres oraz sposób przeprowadzania kontroli NFZ normuje art. 64 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2008.164.1027).

NFZ przeprowadza dwa rodzaje kontroli:

- koordynowane (prowadzone przez więcej niż jedną jednostkę organizacyjną NFZ)
- niekoordynowane (prowadzone przez oddział NFZ na terenie jego właściwości).

Regułą jest, iż NFZ prowadzi kontrole na podstawie przygotowanych wcześniej i zatwierdzonych na przedstawionych zasadach planów kontroli, jednak w razie potrzeby mogą być podjęte kontrole doraźne nieobjęte planem.

Kontrole doraźne można podzielić na:

- kontrole rozpoznawcze – gdy potrzeby wstępnego zbadania określonych zagadnień dla opracowania projektu programu kontroli;
- kontrole sprawdzające – badania sposobu wykorzystania uwag i wniosków przez adresatów wystąpień pokontrolnych;
- kontrole skargowe – rozpatrywania skarg i wniosków.

Zarówno dla kontroli planowanych jak i kontroli doraźnych opracowuje się plan kontroli uwzględniający obszary działalności operacyjnej świadczeniodawców, które mają być zbadane np.: określenie sposobu i technik prowadzenia kontroli, zwłaszcza wskazanie zagadnień i obszarów, na które należy zwrócić szczególną uwagę w badaniach kontrolnych, dowodów niezbędnych do dokonania ustaleń i sposobu ich badania, powiązania tematyki z aktami normatywnymi, wskazówek o charakterze techniczno-organizacyjnym, wzorów wykazów i zestawień.

Czy istnieje przepis na to, że lekarz rezydent po 2 roku specjalizacji może pełnić dyżur samodzielnie czy musi pod nadzorem specjalisty?

Zgodnie z przepisem § 13 ust. 1 pkt 8) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 stycznia 2013 roku w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyków (Dz.U. z 2013 r. Nr 26) formy specjalistycznego szkolenia teoretycznego i praktycznego oraz sposobu ich prowadzenia określone w programie specjalizacji obejmują m.in. pełnienie dyżurów medycznych określonych w programie danej specjalizacji lub pracę w systemie zmianowym lub równoważnym czasie pracy, w maksymalnym czasie pracy dopuszczonym w przepisach o działalności leczniczej, o ile program specjalizacji przewiduje pełnienie dyżurów.

Nie ulega więc wątpliwości, iż lekarz odbywający specjalizację może (a nawet powinien) pełnić dyżury, pytanie czy może robić to samodzielnie.

Obecnie, po zmianie przepisów w 2008 r. decyduje o tym kierownik specjalizacji.

Otóż, zgodnie z § 16 ust. 1 pkt 6) cytowanego powyżej rozporządzenia w ramach realizacji szczegółowego planu szkolenia specjalizacyjnego kierownik specjalizacji ustala harmonogram dyżurów w porozumieniu z kierownikiem jednostki szkolącej, oraz decyduje o dopuszczeniu lekarza do samodzielnego pełnienia dyżuru.

Dodać można, iż odnoszące się do odpowiedzialności lekarzy przepisy prawne nie różnicują odpowiedzialność lekarza i lekarza specjalisty.

Ponadto, zgodnie z treścią art. 10 Kodeksu Etyki Lekarskiej lekarz nie powinien wykraczać poza swoje umiejętności zawodowe przy wykonywaniu czynności diagnostycznych, zapobiegawczych, leczniczych i orzecznicych, zatem gdy czynności te przewyższają jego umiejętności, powinien on zwrócić się do bardziej kompetentnego kolegi.

Zgodnie z treścią art. 37 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry w razie wątpliwości diagnostycznych lub terapeutycznych lekarz z własnej inicjatywy bądź na wniosek pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, jeżeli uzna to za uzasadnione w świetle wymagań wiedzy medycznej, powinien zasięgnąć opinii właściwego lekarza specjalisty lub zorganizować konsylium lekarskie.

Reasumując: na gruncie obowiązujących przepisów prawa lekarz odbywający specjalizację może pełnić dyżur samodzielnie – po uzyskaniu zezwolenia kierownika specjalizacji – co nie uchyla ogólnych zasad dotyczących wykonywania zawodu lekarza, w zakresie obowiązku konsultacji z innym lekarzem w przypadku gdy zaistnieje taka konieczność.

Ciekawostki medyczne



Opr. Ewelina Wójcik

Elektroniczny tatuż

jest nowością, która może zrewolucjonizować monitorowanie stanu zdrowia pacjentów na całym świecie. Pomysłodawcą tego innowacyjnego urządzenia jest Profesor **John Rogers** – naukowiec z Uniwersytetu Illinois.

Czym zatem jest elektroniczny tatuż i do czego służy?

Początkowo jego głównym zastosowaniem było monitorowanie gojenia się ran pooperacyjnych, jednakże szybko odkryto, że doskonale sprawdza się również w dostarczaniu innych informacji o pacjencie. Przyklejenie plastra na skórze, pozwala określić częstość akcji serca, a także uzyskać dane dotyczące poziomu nawodnienia czy temperatury. Dodatkowo w przyszłości może również służyć do kontrolowania protez.

Próba przeprowadzona przez naukowców potwierdziła, że z 90-procentową dokładnością plaster elektroniczny umieszczony na wysokości gardła, odczytywał napięcie mięśni, czyli niewypowiedziane słowa, które przesyłał do syntezy mowy. Otwiera on nowe możliwości w medycynie, dzięki tak zaawansowanej technologii, będziemy w stanie dowiedzieć się więcej o funkcjonowaniu mózgu w naturalnym środowisku, co do tej pory nie było możliwe.

Z czego składa się elektroniczny tatuż? Przede wszystkim jest to układ elektroniczny złożony z siatki przewodów, tworzących „komputer”. Posiada typowe elementy, takie jak elektrody, macierz, czuj-

niki a w przyszłości system komunikacji bezprzewodowej, dodatkowo cały system zamknięty jest pomiędzy dwoma błonami z poliestru.

Powyższy opis może nasuwać pytanie, **czy jest on wystarczająco elastyczny aby mógł utrzymać się na powierzchni skóry?**

Odpowiedź brzmi tak; opracowana konstrukcja jest 30 razy cieńsza niż standardowy układ, ma wygląd przezroczystego plasterka, który naklejamy na skórę, w taki sam sposób jak zmywalne tatuże. Ponadto po zabezpieczeniu go opatrunkiem w sprayu, utrzymuje się na niej

do 2 tygodni. Zasilanie tego urządzenia również nie przysparza większego problemu, umieszczone na nim baterie słoneczne, w sposób wystarczający pozwalają na dostarczanie potrzebnej energii.

Wdrożenie tej niebywalej technologii mogłoby doprowadzić do wyeliminowania takich badań jak EKG czy EEG, lekarz natomiast miałby całodobowy dostęp do informacji o stanie zdrowia pacjenta w szpitalu.

Przewiduje się, że z biegiem czasu funkcje, jakie będzie posiadać elektroniczny tatuż, mogą być znacznie większe, już teraz naukowcy pracują nad możliwością podania określonej dawki leku, gdy „system” stwierdziłby, że nadszedł na to odpowiedni moment, niestety na chwilę obecną jest to dość trudne w realizacji.

Choć tego typu urządzenia, nie są dostępne na rynku, zaawansowane prace nad tą nową technologią, pozwolą na rozwój innych bardzo innowacyjnych urządzeń. Przykładowo możemy wspomnieć tu o tabletkach elektronicznych, które po połknięciu generują energię elektryczną z kwasów żołądkowych, a następnie przesyłają dane dotyczące zdrowia jej nosiciela. Przewiduje się, że zostaną one wprowadzone na rynek brytyjski jeszcze w najbliższym czasie.

Na wesóło

Do wróżki przyszedł śpiewak operowy. Ta spojrzała w kryształową kulę i mówi:

- Mam dla Pana dobrą i złą wiadomość. Którą chce Pan usłyszeć pierwszą.
- Tę dobrą.
- Po śmierci będzie Pan śpiewał w chórze anielskim.
- To wspaniale. A ta zła?
- Pierwsza próba jutro o dziesiątej.

Podczas kłótni, żona, żeby do żywego dopiec mężowi, mówi:

- Jak umrzesz, natychmiast wyjdę za mąż!
- No wiesz,..... a co mnie obchodzi nie-szczęście obcego człowieka?!

* * *

- Pani mąż wygląda w tym nowym ubraniu wyśmienicie!
- To nie jest nowe ubranie, to jest..... nowy mąż.

* * *

Mężczyzna ogłosił w Internecie, że szuka żony. Otrzymał tysiące jednakowo brzmiących ofert:

- Weź moja!!!

* * *

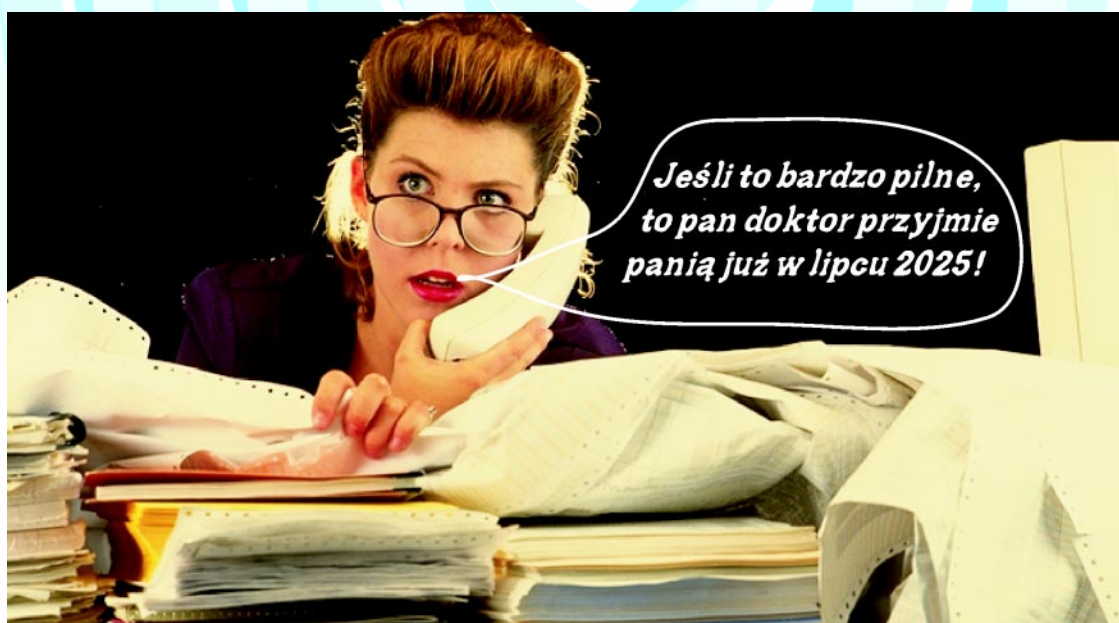
Życie to jedyna choroba kończąca się zawsze tak samo....

W następnym numerze:

- Opis audytu, przeprowadzanego przez doradców kancelarii w placówkach medycznych
- Wymogi posiadania kasy fiskalnej przez lekarzy
- podstawy prawne
- Podsumowanie refundacji w 2014 roku
- Artykuł poświęcony lekom off label

Ponadto:

- Felieton
- Kalejdoskop
- Wywiad w „Systemie”
- JGP w pytaniach i odpowiedziach
- Kalendarium i kolejne zmiany w rozliczaniu świadczeń



REDAKCJA:

Zespół redakcyjny:

Dorota Szmurło, Magdalena Siebielska, Iwona Chodacz, Rafał Janiszewski, Anna Janiszewska, Emilia Sujkowska, Ewelina Wójcik, Magdalena Moczulska

Adres redakcji:

Kancelaria Doradcza
Rafał Piotr Janiszewski,
Warszawa, ul. Wiejska 12/IV p.

UWAGA:

Redakcja nie zwraca materiałów niezamówionych. Zastrzega sobie jednocześnie prawo do ich redagowania i ewentualnie skracania.

**Redakcja
nie przyjmuje zleceń reklamowych**

tel. (22) 745 53 60, fax (22) 625 73 99
e-mail: system@iuz.org.pl
www.kancelariajaniszewski.pl

Zdjęcia - zespół

ISSN 1898-3987

www.kancelariajaniszewski.pl/system

PRENUMERATA

Zamów System

Zamawiam bezpłatną edycję kwartalnika "System"

Kwartalnik "System"
można zamówić, drogą mailową
wysyłając wiadomość na adres:
system@iuz.org.pl,
lub kontaktując się z nami
telefonicznie
pod numer kom. 697 602 707

IMIĘ I NAZWISKO LUB PEŁNA NAZWA PLACÓWKI/FIRMY

ADRES POCZTOWY

ADRES WYSYŁKI PRENUMERATY - JEŚLI JEST INNY NIŻ POWYŻEJ

TELEFON KONTAKTOWY

E-MAIL

Redakcja Kwartalnika "System"
Kancelaria Doradczą
Rafał Piotr Janiszewski
ul. Wiejska 12/IVp.
00-490 Warszawa

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Kancelarię Doradczą Rafał Janiszewski z siedzibą w Warszawie przy ul. Wiejskiej 12/IVp. w celu realizacji niniejszego zamówienia oraz do celów marketingowych. Każdej osobie, której dane dotyczą, przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania



KANCELARIA DORADCZA

Rafał Piotr Janiszewski
00-490 Warszawa, ul. Wiejska 12,
tel. 22 745 53 60, fax 22 625 73 99
www.kancelaria.janiszewski.med.pl

System

**Czy
korzystnie rozliczasz się z NFZ?**

SPRAWDŹ, CZY MOŻNA LEPIEJ?

Ile zależy od jakości prowadzonej dokumentacji medycznej?

Z nami unikniesz kosztownych błędów

**Najczęściej proponowane przez nas
rozwiązania:**



- szkolenie personelu medycznego
- indywidualne konsultacje dla lekarzy w oddziałach, doradztwo w zakresie prawidłowości dokumentowania i rozliczania świadczeń
- comiesięczna weryfikacja dokumentacji w oddziale przed oddaniem do rozliczenia do działu statystyki
- wypracowanie procedur odpowiedzialności za dokumentację medyczną
- cykliczne szkolenia i warsztaty dla zespołów rozliczeniowych szpitala w celu aktualizacji wiedzy o JGP
- comiesięczne audyty oddziałów wraz z prezentacją wyników i warsztatami dla personelu medycznego

Udzielamy bezpośredniej pomocy w dokumentowaniu i rozliczaniu świadczeń, a koszt naszej podstawowej obsługi nie przekracza miesięcznego kosztu jednego pracownika administracyjnego.