

# System

KWARTALNIK DLA ŚWIADCZENIODAWCÓW

## Lekarz statystyk

Wywiad z dr Beatą Jagielską,  
konsultantem wojewódzkim  
w dziedzinie onkologii klinicznej



**NA ROBOCZO**

- ZIP  
Zintegrowany Informator:  
Pacjenta czy Płatnika?

**ARTYKUŁ PROBLEMOWY**

Wybór programu komputerowego  
do rozliczania świadczeń

**OPINIE PRAKTYKÓW**

NIK NZF czy NFZ NIK,  
czyli kto kogo kontroluje  
w Twoim szpitalu

# Zauważone Odnotowane

## IV Łódzka Konferencja Neonatologiczna

22-23 maja | ŁÓDŹ

[www.swiatneonatologii.pl](http://www.swiatneonatologii.pl)

Tematyka konferencji koncentrować się będzie wokół profilaktyki i terapii zaburzeń oddychania noworodków urodzonych przedwcześnie, terapii żywieniowych oraz postępów diagnostyki obrazowej w okresie noworodkowym.

## XXIII Międzynarodowe Sympozjum Sekcji Endourologii i ESWL PTU

7-8 marca | WROCŁAW

[www.endourologia2014.pl](http://www.endourologia2014.pl)

W programie sympozjum są przewidziane sesje state-of-the-art, sesje problemowe i wideo, dyskusje panelowe oraz sesje związane z endourologią w onkologii.

## I Ogólnopolska Konferencja Cukrzyca. Od teorii do codziennej praktyki

7-8 marca | KATOWICE

Podczas konferencji zostaną przedstawione zagadnienia dotyczące symptomatologii, możliwości diagnostycznych i zasad leczenia cukrzycy.

## XX Zjazd Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej

15-17 marca | BYDGOSZCZ

W programie ramowym m.in.:

leczenie skojarzone nowotworów, indywidualizacja leczenia onkologicznego, leczenie chorych w wieku podeszłym.

## Szczecińska Konferencja „Nadciśnienie i Choroby Cywilizacyjne”

10 maja | SZCZECIN

Konferencja adresowana jest głównie do lekarzy internistów, kardiologów, hipertensjologów, diabetologów oraz lekarzy rodzinnych pragnących poszerzyć swoją wiedzę. Program obejmie sesje plenarne z udziałem ekspertów, a także interaktywną sesję warsztatową.

## I Ogólnopolska Konferencja Nowości w położnictwie i ginekologii

23-24 maja | WARSZAWA

[www.konferencja-ginekologiczna.pl](http://www.konferencja-ginekologiczna.pl)

Intencją organizatorów jest przedstawienie zagadnień z zakresu symptomatologii, możliwości diagnostycznych i zasad leczenia w ginekologii i położnictwie.

## 77. Wiosenna Konferencja Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego - VI Konferencja Kardiologii Polskiej

11-12 kwietnia | WISŁA

Wśród zagadnień konferencji znajdują się wytyczne z nadciśnienia tętniczego, zaburzeń gospodarki węglowodanowej, elektrostymulacji i stabilnej choroby wieńcowej.

## Nowotwory klatki piersiowej - nowości

9 maja | WARSZAWA

Konferencja ma na celu przedstawienie najnowszych doniesień dotyczących postępowania u chorych na nowotwory klatki piersiowej. Spotkanie kierowane jest do lekarzy onkologów oraz osób związanych zawodowo z tematyką onkologiczną.

## Wiosenne Repetytorium z Kardiologii

5 kwietnia | POZNAŃ

Wykłady będą miały charakter interaktywny, a ich integralną częścią będzie dyskusja z uczestnikami nad najnowszymi wytycznymi, standardami postępowania i nowymi wynikami badań klinicznych.

## I Międzynarodowy Kongres Dermatologia bez granic

25-26 kwietnia | BIAŁOWIEŻA

Organizatorzy zapewniają ciekawy program, w którym przedstawiają różnorodne przypadki kliniczne oraz najnowsze wytyczne i standardy postępowania.



#### **W tym numerze polecam:**

**ZIP** - Zintegrowany Informator Pacjenta. Zalety i wady systemu odpowiadającego za informowanie świadczeniobiorców o udzielonych im świadczeniach oraz kosztach tych świadczeń.

Wywiad z doktor **Beata Jagielską** z Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie.

#### **Drodzy czytelnicy**

W dobie postępu technicznego podjęliśmy decyzję o wydawaniu naszego kwartalnika wyłącznie w wersji elektronicznej. Dzięki tej zmianie, czytanie naszej gazety będzie możliwe na wszystkich urządzeniach mobilnych, obsługujących pliki pdf. Jednocześnie pozwala to na utrzymanie czasopiisma w formie bezpłatnej i pozbawionej reklam.

Artykuł **Michała Chroboty**, który przybliży kwestię wyboru programu komputerowego do rozliczania świadczeń w placówkach medycznych. W artykule znajdziemy między innymi: informacje dotyczące podstaw prawnych, rozliczania umów z NFZ przy użyciu oprogramowania oraz praktyczne porady i wskazówki: jak wybrać najkorzystniejszą ofertę na jego zakup.

**Rafał Janiszewski**

**JEŚLI BĘDZIECIE MIEĆ  
PYTANIA  
DOTYCZĄCE ROZLICZANIA  
ŚWIADCZEŃ Z NFZ...,  
DZWOŃCIE  
LUB PISZCIE DO NAS.  
POWODZENIA!**

**Z „SYSTEMEM”  
trudne stają się łatwe**

#### **W TYM NUMERZE**

- 4| Kalejdoskop medyczny
- 6| Kodowanie świadczeń a odpowiedzialność lekarza
- 9| Rozmowa Systemu Lekarz statystyk
- 11| ZIP – Zintegrowany Informator: Pacjenta czy Płatnika?
- 13| NIK NZF czy NFZ NIK, czyli kto kogo kontroluje w Twoim szpitalu?
- 16| Artykuł Problemowy – Wybór programu komputerowego do rozliczania świadczeń
- 20| Alfabet JGP – D jak choroby układu oddechowego
- 21| Publikacja „Dokumentacja medyczna w podmiotach prowadzących działalność leczniczą, w zakresie leczenia szpitalnego i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej”
- 23| Kalendarium
- 27| JGP w pytaniach i odpowiedziach
- 29| Ciekawostki medyczne

# Medyczny kalejdoskop



Emilia Sujkowska

e-mail: [Emilia.Sujkowska@iuz.org.pl](mailto:Emilia.Sujkowska@iuz.org.pl)

## Alergie krzyżowe

Prawie co czwarty Polak ma alergię, a większość dotkniętych tą dolegliwością stanowią kobiety. Co piąty alergik jest uczulony na pyłki roślin, a niemal połowa dotkniętych pyłkownią reaguje uczuleniem na niektóre pokarmy. Od 500 tysięcy do miliona Polaków ma alergię krzyżową.

Alergie krzyżowe zazwyczaj gnębią osoby uczulone na pyłki roślin i drzew (kwitną wiosną), traw i zbóż (pylą latem). Czasami towarzyszy temu alergia na białko jaj, roztocza (kurz domowy), wełnę, sierść zwierząt i pióra ptaków.

Wiele osób, uczulonych na pyłki roślin, czuje się gorzej po zjedzeniu niektórych warzyw, owoców lub przypraw. Ale nie przez cały czas, tylko w okresie pylenia uczulających ich roślin. Taką reakcję organizmu lekarze nazwali właśnie alergią krzyżową lub inaczej towarzyszącą.

Są osoby uczulone na pyłki leszczyny, która w zależności od pogody kwitnie nawet od stycznia do kwietnia. W tym czasie osoby uczulone na pyłki leszczyny kaszlą i kichają, swędzą ich powieki, łzawią oczy i męczą wodnisty katar. A zdarza się nawet ból brzucha, na przykład po zjedzeniu jabłka. Natomiast uczulonym na trawy i zboża (kwitną od maja do października) mogą szkodzić produkty mączne, zwłaszcza z mąki żytniej oraz pomidory.

Alergia krzyżowa pojawia się wtedy, gdy dwa alergeny mają identyczne fragmenty aminokwasów, z których zbudowane są wszystkie białka. A białko, jak wiadomo, to podstawowy budulec wszystkich żyjących organizmów, roślinnych i zwierzęcych.

Za nazwą alergii krzyżowej kryje się pieczenie ust i swędzenie podniebienia oraz objawy ze strony układu oddechowego (katar, kaszel, duszności), pokarmowego (wzdęcia, ból brzucha, mdłości), czy problemy skórne (zaczerwienienie, swędzenie, wysypka). Dolegliwości spowodowane uczuleniem towarzyszącym mogą być nawet bardziej uciążliwe niż te wywołane przez pyłki.

Podobnie jak alergii krzyżowej może objawiać się alergii podstawowa, a także inne przypadłości zdrowotne. Przy wydawaniu właściwej diagnozy pomocne będzie to, że alergii krzyżowej zwykle daje o sobie znać w tym samym czasie i okolicznościach, w których dokucza alergii pierwotna. Dlatego stwierdzenie alergii krzyżowej ułatwia prowadzenie notatek i obserwacji. Szczególnie należy zwrócić uwagę na nagłe wysypki, napady kaszlu oraz uczucie pieczenia skóry.

Alergie krzyżowe leczy się tak samo jak alergii pierwotne. Podstawową sprawą jest w tym przypadku unikanie produktów, które są przyczyną objawów uczulenia. Jeśli jest to z jakichś powodów niemożliwe, wtedy trzeba je poddawać obróbce cieplnej, czyli np. ugotować, upiec, czy

usmażyć. (Jest to konieczne, ponieważ obecne w żywności związki alergizujące pod wpływem wysokiej temperatury tracą uczulające właściwości. Poza tym przyjmować trzeba leki doustne lub wziewne (przepisane przez lekarza). Należy pamiętać, by je zażywać regularnie, także wtedy kiedy objawy ustępują.

### Najczęstsze „krzyżówki”

(zwykle całoroczne)

- Leszczyna  
Kwitnie styczeń - kwiecień  
Reakcje alergiczne mogą pojawić się po zjedzeniu orzechów
- Trawy i zboża  
Kwitną maj - październik  
Reakcje alergiczne mogą pojawić się po zjedzeniu pomidora, mąki żytniej i pszennej, po zjedzeniu jabłka, brzoskwini, gruszki, pomarańczy, arbuza, cebuli, fasoli, zielonego groszku. Lepiej też unikać kontaktu z lateksem.
- Bylica  
Kwitnie lipiec - październik  
Reakcje alergiczne mogą wystąpić po zjedzeniu marchwi, selera, pietruszki, szczypiorku, a nawet po spożyciu jabłka, gruszki, brzoskwiń, banana, mango, pomidora, kopru, papryki

### Rzadkie „krzyżówki” (całoroczne)

- Sierść kota  
Alergia może wystąpić po zjedzeniu mięsa wieprzowego
- Białko kurze  
Reakcje alergiczne mogą się pojawić po kontakcie z piórami i pierzem

- Lateks  
Reakcje alergiczne wystąpić mogą po zjedzeniu banana i kiwi
- Roztocza  
Reakcje alergiczne są możliwe po zjedzeniu skorupiaków (krewetki, homary) i mięczaków (małże)

## Aplikacja SENSE – zwiększająca bezpieczeństwo epileptyków

Studenci i naukowcy z WAT opracowali aplikację, którą można zainstalować na dowolnym smartfonie, umożliwiając osobie dotkniętej epilepsją, monitorowanie jej stanu zdrowia, lokalizację, a nawet grupę krwi i leki jakich zażywa.

Sensor aplikacji (naklejony na dowolną partię mięśni) monitoruje ich aktywność, przez co w chwili wystąpienia ataku przekazuje do wskazanych telefonów sygnał.

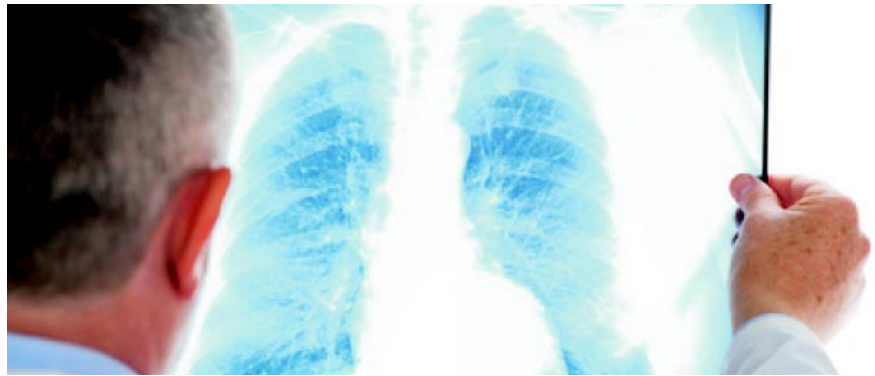
Aplikacja SENSE i sensory EMG nie mają na razie statusu urządzenia medycznego. By takim się stały twórcy muszą przygotować partię próbną, która przejdzie testy kliniczne.

## Co warto wiedzieć o witaminach

Witamina jest tylko w rzadkich przypadkach konkretną substancją, najczęściej chodzi tu o grupę substancji, które mają zbliżoną budowę chemiczną i podobnie działają na nasz organizm.

Czy „naturalne” i „syntetyczne” witaminy mają odmienne działanie? Nie, ponieważ chodzi tu o preparaty całkowicie identyczne pod względem chemicznym. „Naturalne” witaminy z pewnością mają inne działanie niż „syntetyczne”, gdyż występują w produktach spożywczych zawsze w połączeniu z innymi ważnymi składnikami, nigdy osobno.

Witaminy dzielimy na rozpuszczalne w tłuszczach i w wodzie. Witami-



ny rozpuszczalne w tłuszczach mogą być magazynowane w organizmie, natomiast nadmiar rozpuszczalnych w wodzie jest wydalany z moczem. Taki stan rzeczy powoduje, że rzadko cierpimy na niedobór witamin rozpuszczalnych w tłuszczach, ale pojawia się niebezpieczeństwo zatrucia w wyniku ich przedawkowania. Kwestia, czy może dojść do podobnej sytuacji w przypadku witamin rozpuszczalnych w wodzie, pozostaje problemem otwartym.

Niektórzy naukowcy, przede wszystkim z USA, preferują dawki uderzeniowe (czyli takie, które przewyższają tysiącrotnie i więcej prawidłowe dzienne zapotrzebowanie) ze względu na ich specyficzne działanie lecznicze. Jak można łatwo zauważyć, działanie takich dawek nie ma już nic wspólnego z prawidłowym działaniem witamin. Witamina staje się tu lekarstwem, które powinno być podawane pod ścisłą kontrolą lekarza.

Prawidłowa dawka dzienna w przypadku witamin waha się od kilku miligramów (1 mg = 1/1000 g) lub nawet mikrogramów (1 µg = 1/1000 mg).

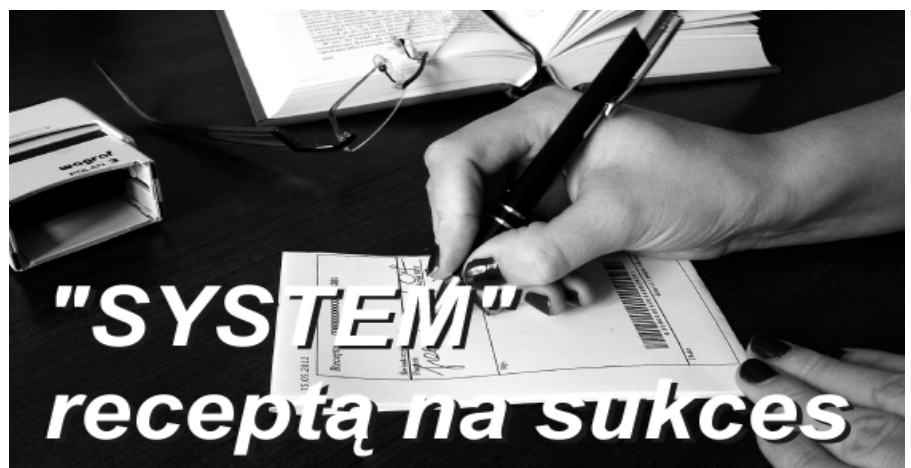
## Krztusiec

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny po ostatnio przeprowadzonych badaniach przestrzega przed krztuścem. Liczba zachorowań w roku 2012 sięgnęła 4683 osób, a rok wcześniej - 1669.

## Szkodliwość diety bogatotłuszczowej na młody mózg

Naukowcy z Universidad CEU - San Pablo w Madrycie, po przeprowadzonych eksperymentach na myszach, stwierdzili, że wysokotłuszczowa dieta długotrwale upośledza pamięć i uczenie się w okresie dojrzewania mózgu.

Ośrodki pamięciowe młodocianych, są podatne na wpływ diety wysokotłuszczowej przez zmiany hormonalne zachodzące w mózgu (głównie za sprawą białka zbudowanego z aminokwasów, czyli leptyny).



# Kodowanie świadczeń a odpowiedzialność lekarza

Istniejący system rozliczania świadczeń sprawił, że stawianie rozpoznania zasadniczego bardziej kojarzy się z wymogami NFZ, niż określaniem faktycznego stanu klinicznego pacjenta. Uważane jest za uciążliwy obowiązek narzucony przez płatnika na zasadach nie zawsze akceptowalnych przez terapeutów.



## Rozpoznanie zasadnicze

Zgodnie z obowiązującymi regulacjami, rozpoznaniem zasadniczym jest jednostka chorobowa lub stan, który był głównym powodem hospitalizacji. Określa się go po zakończeniu procesu diagnostyczno-terapeutycznego, biorąc pod uwagę zaangażowanie zasobów świadczeniodawcy do uzyskania efektu klinicznego. Mówiąc wprost: zasadniczym rozpoznaniem jest to, którego leczenie kosztowało nas najwięcej.

## Rozpoznania współistniejące

Do tej kategorii zaliczamy jednostki chorobowe, które występowały podczas hospitalizacji i miały determinujący wpływ na leczenie jednostki zasadniczej.

Wpływ wyrażony zwiększeniem nakładów na leczenie, wydłużeniem pobytu w szpitalu, lub koniecznością modyfikacji postępowania z uwagi na to rozpoznanie.

## Rozpoznania w wywiadzie

Niejednokrotnie uzyskujemy informacje o przebytych chorobach, zabiegach, chorobach przewlekłych, które nie mają bezpośredniego wpływu na obecne postępowanie diagnostyczno-lecznicze, ale stanowią istotne tło dla diagnozy zasadniczej. Wówczas należy przyjąć zasadę, że jeśli te rozpoznania nie są przedmiotem obecnego leczenia, powinny być ujęte w części wywiadu przy przyjęciu, lub podczas hospitalizacji (w treści codziennych zapisów lekarskich).

Należy tu mieć na uwadze całość wywiadu, a w tym wywiadu pielęgniarskie-

go, który często uwzględnia informacje nie uzyskane przez lekarza przyjmującego lub prowadzącego.

## Rozpoznanie ze skierowania

Dotyczy jednostki chorobowej, którą lekarz kierujący określa na skierowaniu. Nie musi być tożsama z rozpoznaniami przy przyjęciu lub zasadniczym. Podczas wizyty w izbie przyjęć (lub SOR) lekarz weryfikuje skierowanie pod względem formalnym, a następnie na podstawie własnego wywiadu i badania przedmiotowego uznaje to rozpoznanie za związane z przyjęciem, lub określa inne.

## Rozpoznanie przy przyjęciu

Związane jest z określeniem stanu,

jednostki chorobowej przez lekarza przyjmującego do szpitala.

O ile powyższe definicje nie budzą większych wątpliwości, o tyle warto zwrócić uwagę, że określenie rozpoznania na skierowaniu nie wiąże się z tak dużą odpowiedzialnością lekarza, jak określenie jednostki chorobowej przy przyjęciu. Dodatkowo należy podkreślić, że lekarz przyjmujący pacjenta ma zasadnicze zadanie określenia zasadności hospitalizacji. Uzyskanie skierowania nie jest wystarczającym uzasadnieniem świadczenia w zakresie leczenia zamkniętego. Dokument ten stanowi jedynie podstawę do prawa finansowania świadczenia. Odpowiedzialność lekarza przyjmującego zatem dotyczy nie tyle diagnozy kierującego, co wyniku badania przy przyjęciu. Na tej podstawie określany jest główny kierunek postępowania diagnostyczno-terapeutycznego lub kategoria medyczna związana z umieszczeniem chorego na liście oczekujących.

Trzeba pamiętać, że w przypadku odmowy przyjęcia do szpitala z powodu braku miejsc wiąże się to z koniecznością określenia stanu „pilny” lub „stabilny”. Biorąc pod uwagę fakt, iż zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia, kategorię tę określa się na podstawie stanu klinicznego, więc należy zaliczyć ją do swojego rodzaju diagnozy. Zakres odpowiedzialności poszerza dodatkowo Ustawa o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta, która daje choremu możliwość roszczenia w przypadku, gdy z powodu zbyt późnego udzielenia świadczenia doznał uszczerbku na zdrowiu.

Rodzi się oczywiście pytanie, co lekarz przyjmujący winien, że są kolejki, limity i mimo jego najlepszej wiedzy o konieczności przyjęcia chorego do szpitala nie jest to możliwe. W takim przypadku należy poinformować pacjenta o zbyt długim czasie oczekiwania jak na jego stan, oraz o tym, że świadczenie może uzyskać u innego świadczeniodawcy. Tyle na ten temat mówi prawo. Dopełnienie tego obowiązku nie zdejmuje jednak odpowiedzialności ze świadczeniodawcy. Zapewnia jedynie pewną ochronę lekarza orzekającego w izbie przyjęć.

## Kodowanie według ICD-10 a faktyczny stan kliniczny

Bezsprzeczne jest, że za prawidłowość diagnozy (rozpoznania) odpowiada lekarz. Jednocześnie obowiązujące rozporządzenie Ministra Zdrowia, w sprawie zasad prowadzenia dokumentacji medycznej, nakazuje posługiwać się międzynarodową klasyfikacją, czyli kodami i nazwami im przynależnymi. Dodatkowo warunki udzielania świadczeń nakazują stosować klasyfikację rewizji 10 w zakresie rekomendowanym przez NFZ. Mówiąc wprost, mamy posługiwać się kodami i nazwami określonymi w katalogach świadczeń.

Z punktu widzenia statystycznego taka regulacja ma sens. Jednak połączenie informacji statystycznej z informacją medyczną często jest bardzo karkołomnym zadaniem. Zasadniczymi powodami są:

- brak rozróżnienia lokalizacji,
- brak rozróżnienia stron ciała,
- określenie słowne rozpoznania nie odpowiada dokładnie faktycznemu stanowi chorego

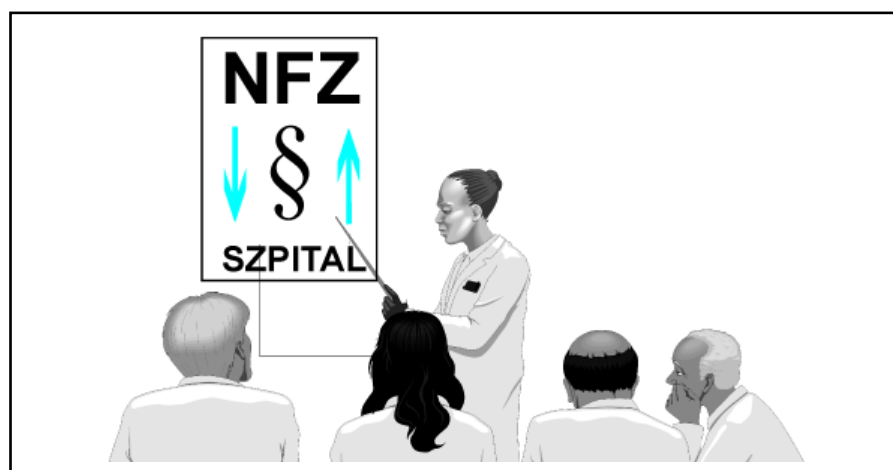
W powyższych przypadkach pojawia się pytanie o zakres odpowiedzialności lekarza. Czy bardziej odpowiada za rzetelność informacji medycznej, czy informacji statystycznej. W pierwszym przypadku wiąże się to ze zgodnością ze sztuką lekarską, w drugim z zagrożeniem sankcjami ze strony płatnika.

Jest tylko jedno rozwiązanie. Należy w dokumentacji medycznej umieszczać w pierwszej kolejności rozpoznanie statystyczne, a pod nim rozpoznanie kliniczne. Trzeba jednak pamiętać, że zgodnie z zasadami kodowania mamy obowiązek podawania rozpoznania najbliższego stanowi klinicznemu pacjenta. Tak więc obie informacje muszą być ze sobą spójne, a rozpoznanie kliniczne stanowić swoiste uzupełnienie (poszerzenie) informacji zawartej w rozpoznaniu statystycznym.

## Codziennie paradoksy

Analizując wiele przypadków niemożności dobrania kodu rozpoznania do faktycznego stanu klinicznego pacjenta, dostrzegam paradoksy wynikające z braku odpowiedniego (nawet zbliżonego do rozpoznania klinicznego) kodu ICD10. Najczęściej spotykane są one w szpitalach klinicznych, wysokospecjalistycznych, do których trafiają chorzy z nietypowymi lub skomplikowanymi problemami zdrowotnymi. Dochodzi wówczas do sytuacji, w której powszechnie nazywane „kody do NFZ” nie mają nic wspólnego z leczoną chorobą. Obowiązuje wtedy zasada „co wchodzi do komputera, to sprawozdajemy”.

Cieszyć się trzeba, że NFZ nie ma na te sytuacje drakońskiego rozwiązania polegającego na kwestionowaniu takich świadczeń. Nie zmienia to jednak faktu, że odpowiedzialność lekarza za prawidłowe postawienie diagnozy z jednoczesnym obowiązkiem prowadzenia dokumentacji medycznej, zgodnie z przepisami, wydaje się nie do końca sprecyzowana.



# Lekarz statystyk

Wywiad z dr Beatą Jagielską, konsultantem wojewódzkim w dziedzinie onkologii klinicznej, pełnomocnikiem dyrektora Centrum Onkologii - Instytutu w Warszawie ds. rozliczeń świadczeń zdrowotnych

Rozmawia Rafał Janiszewski



– Jest Pani lekarzem zajmującym się również kwestiami rozliczeń z NFZ, a co zatem idzie również zarządzaniem w największej placówce onkologicznej w Polsce. Co skłoniło Panią do poszerzenia swoich obowiązków medycznych o kwestie rozliczeń z płatnikiem?

**Beata Jagielska:** – Tak naprawdę pomysł zajęcia się problematyką rozliczeniową świadczeń zdrowotnych był spowodowany aspektami czysto medycznymi. W 2000 r., tj. w momencie rozpoczęcia działalności Kas Chorych okazało się, że problem leczenia żywieniowego chorych na nowotwory po prostu przestał istnieć.

Z racji moich zainteresowań zawodowych, które dotyczyły leczenia wspomagającego chorych na nowotwory, zaczęłam drażnić to zagadnienie. Udało mi się napotkać na mojej drodze ludzi o podobnych zainteresowaniach i uznaliśmy, że czas najwyższy podjąć wszystkie dostępne działania, aby umożliwić finansowanie leczenia żywieniowego chorych na nowotwory. Powstały pierwsze wspólne

projekty, które pozostało tylko realizować.

Bardzo szybko zrozumiałam, że kwestia finansowania ochrony zdrowia, a w tym leczenia onkologicznego, nie jest łatwym problemem i dobrze by było poszerzyć wiedzę w tym zakresie. Pozwoliło mi to spojrzeć z innego zupełnie punktu widzenia na problematykę ekonomii ochrony zdrowia.

Samo finansowanie świadczeń zdrowotnych to bardzo szerokie zagadnienie, nie tylko ograniczające się to formułowania zasad rozliczania procedur. Tak naprawdę to szereg działań porządkujących udzielanie świadczeń bezpośrednio przekładających się na efektywne zarządzanie jednostką.

– Zatem to dość długa historia i z pewnością ma Pani dzisiaj swoje spostrzeżenia ze zmian, jakie zachodzą w systemie i ich związku z pracą lekarzy. Jak zmieniło się, Pani zdaniem, podejście personelu medycznego do kwestii rozliczeń?

– Niestety nadal pokutuje stwierdzenie,

że lekarz powinien zajmować się wyłącznie leczeniem. Pamiętam, w jednym ze szpitali, gdzie przyszło mi uczestniczyć w szkoleniu z zakresu JGP, autentyczną burzę, jaka powstała po informacji o konieczności opisywania jednostki chorobowej kodem ICD-10. Na szczęście te czasy mamy już za sobą.

Ekonomia na dobre zagościła w polskiej ochronie zdrowia i wielu kolegów ma już świadomość, że każdy system finansowania ochrony zdrowia czy to oparty na modelu Bismarcka, czy też Beveridge'a, wymaga nakładów finansowych. Świadczenie udzielone przez lekarza jest niczym innym tylko procedurą, a karta wypisowa po prostu rachunkiem. Oczywiście nie należy oczekiwać, że personel medyczny od dziś zajmie się kalkulowaniem procedur, ale moje obserwacje wskazują, że większość kolegów rozumie znaczenie prawidłowego rozliczania wykonanych przez nich usług (z punktu widzenia lekarza to stwierdzenie mnie deprymuje, no cóż ekonomia ma swoje prawa) i co najważniejsze, bierze w tym

*ciąg dalszy na str. 9*



czynny udział. Okazało się, że tzw. procedura pozwala uporządkować postępowanie medyczne w jednostce, jak również w pewien sposób wpływa na tworzenie standardów wewnętrznych. Stąd już blisko do prawidłowego prowadzenia dokumentacji medycznej.

Chciałabym podkreślić, że przyjęta formuła przez Pana prof. Warzochę, Dyrektora Centrum Onkologii w Warszawie, ścisłej współpracy pomiędzy klinikami i zakładami terapeutycznymi a zarządem szpitala, jak również ścisłe monitorowanie przychodów i kosztów spowodowało, że świadomość konieczności tejże współpracy z „ekonomią” stała się po prostu oczywista.

Nikt nie wątpi już, że podjęte działania są konieczne i bezpośrednio wpływają na sytuację ekonomiczną szpitala oraz przekładają się na bezpieczeństwo finansowe.

**– Jaka jest zatem recepta, złoty środek na dobre rozliczanie z płatnikiem? Co Pani zdaniem może pomóc lekarzom, by pomiędzy codzienną pracą przy chorych mogli również zająć się dokumentacją i rozliczeniami?**

– Oczywiście nie ma tzw. złotego środka. Należy uwzględnić wielkość ośrodka, jego specyfikę i zakres zawartych umów. Im większy ośrodek, tym niestety większe wyzwania dla zespołu rozliczeniowego. Wydaje się, że optymalnym sposobem dla dużych szpitali jest stworzenie zespołu koderskiego. Nie można oczekiwać, że lekarze czy statystycy medyczni bez przygotowania do pracy w zespole koderów będą optymalnie rozliczać świadczenia.

Na pewno w zespole koderskim powinien być lider, który pełni rolę wiodącą dla reszty zespołu i odpowiada za pierwszy etap kontroli wewnętrznej. Oczywiście pojawia się problem dokumentacji medycznej, która z punktu widzenia zarówno medycznego, prawnego, jak i rozliczeniowego, jest jednym z najważniejszych elementów procesu.

**– Czy widzi Pani wymierne efekty udziału lekarzy w tworzeniu dokumentacji i rozliczeń NFZ? Czy wdrażane**

**przez Panią rozwiązania przyczyniają się do lepszych wyników szpitala?**

– Z perspektywy czasu bardzo wiele zmieniło się w moim ośrodku. No cóż, początki były bardzo trudne. W chwili obecnej już nie rozmawiamy, czy należy, ale jak należy prawidłowo rozliczać świadczenia. Nikt już nie podważa roli lekarza w procesie rozliczeniowym. Bez prawidłowego opisanie tzw. ścieżki diagnostyczno-terapeutycznej w dokumentacji medycznej, nie można po prostu prawidłowo wskazać świadczeń do rozliczenia. Nie zapominajmy, że dokumentacja medyczna to nie tylko badanie przedmiotowe i podmiotowe, wszystkie elementy muszą tutaj tworzyć spójną całość.

Prawidłowo prowadzona dokumentacja medyczna jest zasadniczym ogniwem w procesie rozliczeniowym i weryfikacyjnym. Oczywiście, mając świadomość, że Centrum Onkologii jest ośrodkiem o najwyższym stopniu referencyjności – a to wiąże się z dużą odpowiedzialnością za jakość udzielanych świadczeń – staramy się na wszystkich szczeblach monitorować procesy diagnostyczno-lecznicze i ich efektywność kosztową. Dzięki temu w Centrum Onkologii nie zdarzyła się sytuacja zaprzestania świadczeń i w dużej mierze, co należy podkreślić, dzięki wprowadzeniu mechanizmów zarządczych, które przekładają się na ścisłą współpracę pionu medycznego z działami ekonomicznymi.

Obecnie jesteśmy w trakcie przygotowania pewnych zmian restrukturyzacyjnych dotyczących pracy koderów celem jeszcze większej poprawy elementów rozliczeniowych. Taka jednostka jak Centrum Onkologii nie może stać w miejscu, a nowe zasady rozliczania świadczeń to niestety nowe wyzwania organizacyjne.

**– Jaki jest, Pani zdaniem, idealny model organizacyjny tworzenia dokumentacji i wynikających z niej rozliczeń?**

– Moim zdaniem, niestety, bez zespołów koderskich nie można prawidłowo weryfikować i rozliczać świadczeń medycznych. Idealnym modelem organizacyjnym byłoby wydzielenie sekcji rozliczeń w dziale dokumentacji medycznej z podziałem na część ambulatoryjną, w tym zespół statystyków rejestracji (bardzo niedoceniana grupa porządkująca udzielanie świadczeń pobytowych, ale również w obszarze badań diagnostycznych) oraz część koderów szpitalnych. W tym miejscu muszę podkreślić, że absolutnie nie można utożsamiać kodera z sekretarką medyczną.

Wykształcenie wysokiej klasy koderów, a tu muszę z dumą przyznać, że w dziale rozliczeń Centrum Onkologii tacy właśnie pracują, to proces bardzo długi i powiązany z elementem doświadczenia zdobywanego na różnych szczeblach pracy zawodowej. W przypadku oddziałów szpitalnych liczba koderów powinna



być zależna nie tylko od liczby hospitalizacji, ale przede wszystkim od liczby rozliczanych rekordów, co szczególnie jest istotne w oddziałach onkologicznych.

Dokumentacja, zgodnie z obowiązującymi przepisami, powinna być prowadzona oczywiście na bieżąco. Bardzo ważnym elementem jest część dotycząca przyjęcia do szpitala, gdzie bezwzględnie należy uzasadnić konieczność hospitalizacji, co wynika z obowiązujących przepisów.

Ewidencja wszystkich procedur wykonanych w procesie diagnostyczno-terapeutycznym pozwala nie tylko optymalnie rozliczyć świadczenie, ale jest istotna w aspekcie oceny ponoszonych kosztów. Idealną sytuacją jest możliwość wyznaczenia lidera takiego zespołu koderskiego, który pełni funkcję osoby jedno-

cznie weryfikującej dokumentację medyczną.

**– Jest Pani onkologiem, więc nie można pominąć pytania o tę trudną dziedzinę medycyny w aspekcie rozliczeń. Co, Pani zdaniem, jest największym problemem w rozliczeniach z NFZ?**

– Niestety onkologia w szerokim rozumieniu tej dziedziny medycyny powinna być traktowana w aspekcie rozliczeń indywidualnych. Pacjent onkologiczny to chory, u którego bardzo rzadko proces leczniczy ogranicza się do jednego świadczenia. Lekarz onkolog walczy z czasem, tak jak jego pacjent, a tu natykamy tzw. 14-dniowe okresy karencji. Nieadekwatna wycena świadczeń dla

chorych onkologicznych w zakresie JGP to kolejne wyzwanie dla szpitali.

Niestety proces diagnostyczno-terapeutyczny u chorych na nowotwory jest kosztowny. W procesie rozliczeniowym zawsze ważnym elementem było prawidłowe wskazanie rozpoznania zasadniczego, a w onkologii niestety jest to problem – no cóż, chory na nowotwór nie może być leczony z powodu zapalenia płuc w ośrodku onkologicznym – nie można świadczenia rozliczyć z powodu braku przypisania adekwatnej grupy do zakresu onkologii.

Takich problemów niestety jest bardzo dużo i wskazuje to na konieczność ściślejszej współpracy z płatnikiem. Nie możemy zapominać, że wszystkie nasze działania są dedykowane chorym.

# ZIP

**Łatwo,  
wygodnie, nowocześnie**

## - Zintegrowany Informator: Pacjenta czy Płatnika?

**W połowie listopada Narodowy Fundusz Zdrowia poinformował, że już pół miliona pacjentów korzysta z ZIP. Liczba ta stale rośnie.**

**W jakim celu świadczeniobiorcy tak licznie korzystają z Informatora i jakie ma to skutki dla świadczeniodawców?**



ZIP ma stanowić ułatwienie życia pacjentów oraz realizację obowiązku ustawowego Płatnika, czyli informowania świadczeniobiorców o udzielonych im świadczeniach oraz kosztach tych świadczeń.

Dzięki Informatorowi pacjenci zyskali możliwość wyszukiwania lekarzy i placówek opieki zdrowotnej, monitorowania stanu wniosku do sanatorium, aktualnego statusu ubezpieczenia, deklaracji złożonych do POZ czy list oczekujących. I tak na przykład przed wizytą u lekarza pacjent sam może sprawdzić swój status w eWUś, co z pewnością wyeliminuje niepotrzebny stres przy okienku w przychodni.

Rozwiązania te należy uznać za nowoczesne i wygodne dla pacjenta, który w jednym miejscu, nie ruszając się z domu, może uzyskać szeroki zakres niezbędnych informacji.

Z ZIP korzystają, wedle danych NFZ, najczęściej pacjenci w województwach: opolskim, lubuskim, podlaskim, świętokrzyskim oraz kujawsko-pomorskim. ZIP zawiera dane od 2008 r.

## Jak to wygląda w praktyce:

W założeniu uzyskanie dostępu do ZIP jest proste. Wystarczy udać się do oddziału NFZ z dokumentem potwierdzającym tożsamość i odebrać login wraz z hasłem.

System wydawania loginów i haseł w oddziałach Funduszu został jednakże szeroko skrytykowany przez środowisko osób niepełnosprawnych, dla których osobiste stawiennictwo jest niemożliwe. Podobnie wygląda sytuacja w odniesieniu do osób starszych czy mieszkających w miejscowościach znacząco oddalonych od lokalizacji oddziału.

Oddziały Funduszu postanowiły wyjść do pacjentów - zaplanowano chociażby akcję zakładania kont w ZIP-ie w urzędach gmin czy też dla studentów na uczelniach, bez konieczności wizyty w oddziale NFZ. To z pewnością przyczyni się do zwiększenia liczby rejestrowanych kont w systemie.

## Przypadkowe błędy czy celowe działanie?

Funkcjonalność ZIP zakłada również możliwość sprawdzenia, jakie świadczenia zostały pacjentowi udzielone. Informacja ta wynika bezpośrednio ze sprawozdawczości świadczeniodawców.

Weryfikacja powyższego skutkuje odkrywaniem przez pacjentów, często bardzo zaskakujących informacji dotyczących zrealizowanych na ich rzecz świadczeń. Najbardziej jaskrawy przykład to informacja o wykonaniu operacji usunięcia jajników u mężczyzny. Rzecz jasna, pomyłka nastąpiła w numerze PESEL pacjenta.

Takich przypadkowych błędów pojawiło się więcej. Czy jednak wszystkie były przypadkowe?

## Przykłady nieprawidłowości zidentyfikowanych przez pacjentów za pośrednictwem ZIP:

- Kobieta dowiedziała się, że urodziła



dziecko, chociaż nigdy nie była nawet w ciąży

- pacjent, który zapłacił kilka tysięcy złotych za prywatne wszczepienie endoprotezy, w ZIP znalazł informacje, że jej koszty pokrył także NFZ
- wykazane zostały dwie wizyty, a pacjentka twierdziła, że odbyła się tylko jedną
- wykazano wizyty finansowane przez NFZ, podczas gdy pacjent sam za nie zapłacił

Powyższe błędy, nawet jeśli były przypadkowe, nie miałyby szans na poprawę, bez weryfikacji pacjentów. Pamiętajmy, że raporty statystyczne wysyłane comiesięcznie do Funduszu mają jedynie postać deklaratywną. Zasadniczym dowodem realizacji świadczenia jest dokumentacja medyczna.

Możliwość weryfikacji udzielonych świadczeń za pomocą ZIP jest z pewnością istotnym zagrożeniem dla tych podmiotów, które celowo sprawozdają dane niezgodne ze stanem faktycznym, ale nie tylko.

Zgodnie z zapisami Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, działanie takie wiązać się może z nałożeniem na świadczeniodawcę kary umownej w wysokości do 2 % kwoty zobowiązania określonej w umowie dla danego zakresu.

ZIP udziela pacjentom bieżącej informacji. Często jednak świadczeniodawcy dokonują korekty świadczeń, chociażby z uwagi na wystąpienie oczywistych błędów, co pozostanie bez znaczenia w świetle opinii pacjenta o placówce, w której udzielone świadczenia zweryfikowane w ZIP. Taka sytuacja może niekiedy być dla świadczeniodawców krzywdząca.

## Co ZIP oznacza dla świadczeniodawców?

Już w pierwszym tygodniu funkcjonowania ZIP, Narodowy Fundusz Zdrowia

zapowiedział, że pacjent będzie miał możliwość dokonywania oceny jakości udzielanych świadczeń oraz zgłaszania nieprawidłowości, które, jak czytamy na stronie internetowej Centrali NFZ: *będą skutkować wszczęciem postępowania kontrolnego u świadczeniodawcy.*

Czy zatem można powiedzieć, że w połowie listopada Fundusz zyskał pół miliona nowych kontrolerów? Z pewnością nie, ale na stronach internetowych oddziałów NFZ pojawiają się liczne podobne wpisy:

– *Moja znajoma, sprawdzwszy w systemie ZIP swoją kartotekę leczenia stomatologicznego, stwierdziła ze zdziwieniem, że nie pokrywa się ze stanem faktycznym, ponieważ stomatolog wykazał dużo większą liczbę zabiegów, niż było w rzeczywistości.*

*W związku z powyższym chciałbym zapytać o możliwości przeprowadzenia kontroli, która ukróciłaby raz na zawsze takie praktyki, które są zwykłym oszustwem uszczuplającym budżet NFZ, powodując de facto zmniejszenie nakładów na inne procedury medyczne. (źródło: www.nfz-olsztyn.pl)*

ZIP zwiększa świadomość pacjentów w zakresie kosztów leczenia i w założeniu ma im ułatwiać korzystanie ze świadczeń opieki zdrowotnej. Pozwala również na weryfikację, czy do rozliczenia przedstawiono świadczenie, które rzeczywiście wykonano pacjentowi.

I tu Zintegrowany Informator Pacjenta może stać się informatorem dla Płatnika.

Na koniec dodam jedynie, iż osobiście nie posiadam jeszcze swojego loginu i hasła, choć zawodowa ciekawość podpowiada, by je założyć.

# NIK NFZ czy NFZ NIK, czyli kto kogo kontroluje w Twoim szpitalu?



Dorota Szmurło

III i IV kwartał 2013 roku rozpoczął się wzmożonymi kontrolami Najwyższej Izby Kontroli (NIK) w szpitalach w całej Polsce. Pod lupę tym razem trafiła działka rehabilitacji, tkwiąca do tej pory głęboko w dżungli całego systemu ochrony zdrowia. Brawo! W końcu ktoś ją zauważył, można by rzec...

## WSZYSTKO O NIK, CZYLI ZASADY, KTÓRE POWINIENIEŚ ZNAĆ

### RODZAJE KONTROLI

Najwyższa Izba Kontroli przeprowadza średnio kilka tysięcy kontroli rocznie w danych jednostkach. Zasady ich przeprowadzania zostały jasno określone w ustawie o Najwyższej Izbie Kontroli z 23 grudnia 1994 r., znowelizowanej 2 czerwca 2012 roku. Każda kontrola rozpoczęta przez NIK musiała zostać wcześniej zaplanowana i określona w wypracowanym planie pracy. I tak np.:

### Tematy kontroli przyjęte do realizacji w 2013 r.

Poz.	Numer kontroli	Temat kontroli	Kategoria kontroli	Rok i kwartał realizacji kontroli	Rok i kwartał projektu informacji
138	P/13/128	Wykonanie planu finansowego NFZ w 2012 r.	<i>finansowa</i>	I/II	III
139	P/13/129	Dostępność świadczeń opieki zdrowotnej w postaci nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej	<i>Wykonania zadań</i>	II/III	IV
140	P/13/130	Realizacja zadań „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych”	<i>Wykonania zadań</i>	II/IV	I 2014
141	P/13/131	<b>Dostępność i finansowanie rehabilitacji leczniczej</b>	<b><i>Wykonania zadań</i></b>	<b>III/IV</b>	<b>I 2014</b>
142	P/13/132	Wprowadzanie programów terapeutycznych i lekowych finansowanych ze środków publicznych oraz dostępność tych świadczeń w okresie 2011- I półrocze 2013	<i>zgodności</i>	III/V	I 2014

Wskazany powyżej plan kontroli odnosi się wyłącznie do kontroli tzw. koodynowanych. NIK może jednak, w przypadku zaistnienia takiej przyczyny, przeprowadzić również kontrolę doraźną, która ma swoje źródło najczęściej w skar-

gach oraz wnioskach, które do NIK trafiają. Rozróżnia się następujące typy kontroli:

- specjalna, dotyczy spraw o szczególnym znaczeniu dla funkcjonowania państwa;

- rozpoznawcza, wstępna przed kontrolą planową;
- sprawdzająca, mająca na celu weryfikację wdrożenia wniosków i uwag po kontroli.

*ciąg dalszy na str. 13-14*

## Czy mamy prawo wylegitymować kontrolera?

Osoba kontrolująca nasz szpital powinna posiadać legitymację służbową oraz imienne upoważnienie, zawierające m.in. nazwę jednostki kontrolowanej oraz podstawę prawną kontroli. Kontrolerzy NIK posiadają wiele uprawnień, które mają zapewnić najwyższą jakość przeprowadzanej analizy. Takim uprawnieniem jest możliwość przeprowadzania kontroli w dni wolne od pracy, należy jednak zauważyć, iż są to sytuacje szczególne.

W przypadku realizacji kontroli poza godzinami pracy, możemy zwrócić się o zwrot kosztów wynagrodzenia dla swoich pracowników, którzy uczestniczyli w postępowaniu kontrolnym. NIK pokrywa również koszty związane z korzystaniem przez kontrolera z urządzeń technicznych i środków transportu kontrolowanej placówki. Należy jednak pamiętać, że kierownik jednostki musi złożyć wniosek o pokrycie tych kosztów w terminie 14 dni od dnia otrzymania wystąpienia pokontrolnego. Kontroler ma również pełne prawo swobodnego poruszania się po kontrolowanym obiekcie bez obowiązku posiadania przepustki.

## Pokazywać czy nie?

...pokazywać. Kierujący jednostką poddaną kontroli zobligowani są do udostępnienia na żądanie kontrolera wszelkich materiałów oraz dokumentów koniecznych do sprawnego przygotowania i przeprowadzenia kontroli. Na podstawie prowadzonych czynności sporządzany zostaje protokół, notatka służbowa bądź wydruk potwierdzający przekazanie informacji w wersji elektronicznej.

Każda strona przekazanego protokołu powinna zostać opatrzona podpisami osób biorących udział w czynności. Uprawnieniem kontrolera jest możliwość zbierania dowodów w danej sprawie, a mogą to być dokumenty, zabezpieczone rzeczy, wyniki oględzin, zeznania świadków, opinie biegłych oraz pisemne wyjaśnienia i oświadczenia. Może on sporządzać niezbędne mu w procesie

kontroli kopie lub wyciągi z dokumentów. Jeśli rodzaj i zakres kontroli tego wymaga, kontroler może przeprowadzić oględziny obiektów oraz obserwować przebieg danych czynności. Również i w tej sytuacji powstaje protokół, który powinien zostać podpisany przez kierownika bądź osobę do tego wyznaczoną.

Trzeba być również przygotowanym na fakt, iż kontroler może chcieć udokumentować dane elementy poprzez nagranie dźwięku bądź fotografię i ma do tego prawo!

## Mówić czy nie?

... to zależy. Zgodnie z przepisem § 40 ustawy o NIK kontroler może żądać od osób, które wykonują, bądź wykonywały pracę w jednostce poddanej kontroli wyjaśnień w sprawach dotyczących przedmiotu kontroli. Kiedy możemy odmówić? W dwóch przypadkach: gdy wyjaśnienia dotyczą informacji objętych tajemnicą ustawowo chronioną inną niż tajemnica służbowa, do których dostęp Najwyższej Izby Kontroli został wyłączony albo nie zostały spełnione warunki do przekazania informacji, do których dostęp Najwyższej Izbie Kontroli został ograniczony oraz gdy dotyczą faktów i okoliczności, których ujawnienie mogłoby narazić na odpowiedzialność karną lub majątkową wezwanego do złożenia wyjaśnień, a także jego małżonka albo osoby pozostającej z nim faktycznie we wspólnym pożyciu, krewnych i powinowatych do drugiego stopnia bądź osób związanych z nim z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli.

Ważne! Co w sytuacji odwrotnej? Otóż każdy może złożyć kontrolerowi ustne lub pisemne oświadczenia, a kontroler nie może odmówić ich przyjęcia, jeżeli ma ono związek z przedmiotem kontroli. Również z takiego oświadczenia sporządza się protokół.

## Wisienka na torcie, czyli wystąpienie pokontrolne

Oczekiwany wynikiem gościnnych występów kontrolera w naszej placówce

jest wystąpienie pokontrolne, w którym przedstawia swoje wnioski. Każdy taki dokument zawiera numer i tytuł kontroli, imię i nazwisko oraz stanowisko służbowe kontrolera, nazwę właściwej jednostki kontrolnej oraz numer i datę upoważnienia do przeprowadzenia kontroli, oznaczenie jednostki kontrolowanej, jej adres oraz imię i nazwisko kierownika, opis stanu faktycznego i ocenę kontrolowanej działalności, w tym stwierdzone nieprawidłowości, ich przyczyny, zakres, skutki oraz osoby za nie odpowiedzialne.

Najwyższa Izba Kontroli stosuje trzystopniową ocenę: pozytywną, pozytywną, mimo stwierdzonych nieprawidłowości (ta ocena cieszy się największą popularnością), oraz negatywną. W końcowej części raportu wskazywane są uwagi i wnioski w sprawie usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości. Wystąpienie pokontrolne podpisuje kontroler oraz dyrektor właściwej jednostki kontrolnej. Wystąpienie pokontrolne sporządza się w dwóch egzemplarzach. Jeden przekazuje się kierownikowi jednostki kontrolowanej, a drugi włącza się do akt kontroli.

## Tonący brzytwy się chwyta...

Kierownik jednostki poddanej kontroli ma prawo zgłoszenia umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Sporządzone powinny zostać na piśmie i przekazane dyrektorowi właściwej jednostki kontrolnej. Dyrektor może odmówić złożenia przyjęcia zastrzeżeń z następujących powodów:

- jeżeli zostały zgłoszone przez osobę nieuprawnioną
- złożono je po upływie terminu
- są one niedopuszczalne z mocy ustawy.

Co nam zatem pozostaje? Zażalenie do Prezesa Najwyższej Izby Kontroli. W przypadku braku stwierdzenia powyższych nieprawidłowości zastrzeżenia do wystąpienia poddane są weryfikacji komisji rozstrzygającej. Adresaci wystąpień



pokontrolnych mają obowiązek, w terminie określonym w wystąpieniu, nie krótszym niż 14 dni, poinformować Izbę o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków oraz o podjętych działaniach lub przyczynach ich niepodjęcia.

## Okiem praktyka, czyli na co uważać

Z doświadczeń doradców naszej Kancelarii oraz raportów opublikowanych na stronie internetowej Najwyższej Izby Kontroli wynika, iż w zakresie przeprowadzanych dotychczas kontroli weryfikowano następujące elementy:

- zapisy regulaminu organizacyjnego,
- treść umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia,
- oznakowanie pomieszczeń, zgodnie z wymogami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji,
- paszporty techniczne oraz aktualne wpisy,
- zatrudnienie personelu, przygotowanie zawodowe,
- polisa ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej,
- porównanie czasu pracy wykazanego w „kartach pracy” oraz zadeklarowanego w ofercie przedstawionej do NFZ,
- zapisy oraz postępowanie w przypadku absencji lekarskiej,

– raporty statystyczne o liczbie i średnim czasie oczekiwania na udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej.

Jak wynika z raportów NIK, jak również z przeprowadzanych przez doradców audytów zasobów, największe nieprawidłowości dostrzega się w kwestii rozbieżności pomiędzy stanem faktycznym posiadanej aparatury medycznej a sprzętem wykazanym w systemie SZOI.

I zaskoczenie; sytuacja ta nie wynika z braku wymaganego sprzętu w placówce, lecz z błędów i niestaranności tworzenia oferty, niezgodnie z wymogami NFZ. Bardzo często wykazywany jest bowiem sprzęt, który już nie jest wymagany przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia oraz zarządzeniem Prezesa NFZ. Wskazanie go jednak w ofercie naraża szpital na dodatkowy element, z którego trzeba się „gęsto” tłumaczyć.

Innym elementem, skrzętnie kontrolowanym przez NIK, jest lista oczekujących na świadczenia. Jak zakłada sam tytuł kontroli koordynowanej, dotyczącej rehabilitacji, badana jest dostępność do świadczeń oraz czas oczekiwania na świadczenie. Jakże zatem inne narzędzie, jak nie lista oczekujących, jest idealnym materiałem do wystąpienia pokontrolnego? W zakresie tym sprawdzano sam sposób prowadzenia listy oczekujących, wskazując na uchybienia związane z rozbieżnością daty wpisu pacjenta na listę oczekujących z raportem statystycznym

przekazanym do NFZ, brakiem wskazania osoby wpisującej osobę na listę, brak podania przyczyny skreślenia oraz w wielu przypadkach niezapewnienie pacjentom możliwości umawiania się na wizyty drogą elektroniczną.

Wielokrotnie wskazywano również na nieprawidłowości związane z rozbieżnością danych dotyczących personelu realizującego świadczenia w danym zakresie. Ilość i czas pracy lekarzy wskazany w ofercie do NFZ w sposób drastyczny różnił się od faktycznego czasu poświęcanego pacjentom na danym oddziale bądź w poradni.

Kontrolerzy NIK nie pominęli również aspektu dotyczącego oceny poprawności rozliczeń umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia. Sprawdzano między innymi, czy NFZ kontrolował daną placówkę oraz czy nakładał na nią kary.

## Gra warta świeczki?

Warto więc, podsumowując ten jakże ponury temat, zastanowić się, czy wizyty kontrolerów Najwyższej Izby Kontroli stanowią dla nas wyłącznie wizyty kurtuazyjne, czy też powinny być głęboką nauką na przyszłość i elementem mocno mobilizującym polski system ochrony zdrowia. Cel, który temu przyświeca, jest piękny i doniosły. Czy ma jednak szansę przetrwać zderzeniu z rzeczywistością?

**Dorota Szmurło**

# Wybór programu komputerowego do rozliczania świadczeń

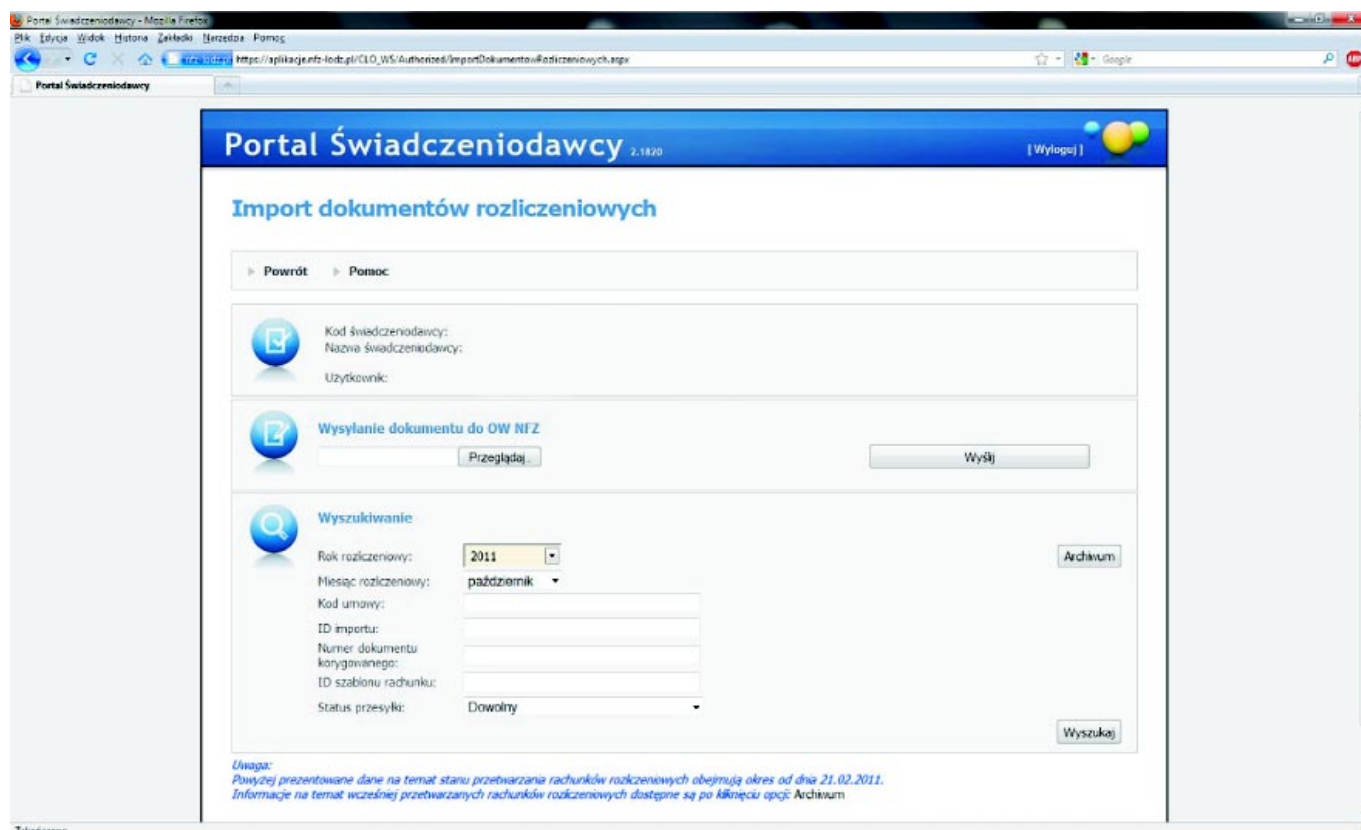
**Michał Chrobot**

magister prawa i ekonomii,  
Kierownik Działu Kontraktowania,  
Rozliczeń i Statystyki Medycznej  
Świętokrzyskie  
Centrum Onkologii SPZOZ w Kielcach

## Podstawy prawne i rys historyczny rozliczania świadczeń

System opieki zdrowotnej w Polsce funkcjonuje w oparciu o ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.). To na podstawie art. 189 ust. 2 ww. ustawy świadczeniodawcy realizujący umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia zostali zobowiązani do gromadzenia i przekazywania danych statystycznych ze zrealizowanych świadczeń. Szczegółowy zakres danych określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (tekst jednolity w Dz. U. Nr 2013, poz. 1447). Jednocześnie na podstawie §10 ust. 1 i 3 powyższego rozporządzenia świadczeniodawcy zobowiązani zostali do przekazywania danych w formie elektronicznej (komunikaty zapisywane przy użyciu języka XML). Zgodnie z jego zapisami, komunikaty dostarczane są do Narodowego Funduszu Zdrowia za pomocą przenośnych elektronicznych nośników informacji lub przez ich teletransmisję (aktualnie w praktyce dokonywane jest na pomocą portali sprawozdawczo-rozliczeniowych utrzymywanych przez odpowiednie Oddziały Wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia).

### portal SZOI



**N**a podstawie powyższych aktów prawnych Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia określił szczegóły komunikatów sprawozdawczych XML w poszczególnych rodzajach świadczeń, tj. w:

- świadczeniach ambulatoryjnych i szpitalnych - I faza - Zarządzenie Nr 103/2012/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 24 grudnia 2012 r. w sprawie określenia szczegółowych komunikatów sprawozdawczych XML dotyczących świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych z późn. zm.;
- podstawowej opiece zdrowotnej lub kompleksowej ambulatoryjnej opiece specjalistycznej - aktualnie Zarządzenie Nr 6/2012/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 stycznia 2012 r. zarządzenie w sprawie określenia szczegółowych komunikatów sprawozdawczych XML dotyczących deklaracji POZ/ KAOS, zwrotnych wyników weryfikacji deklaracji POZ/ KAOS, zwrotnego rozliczenia deklaracji POZ/ KAOS z późn. zm.);
- zaopatrzeniu w przedmioty ortopedycz-

ne i środki pomocnicze – aktualnie Zarządzenie Nr 47/2013/DI Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 6 września 2013 r. w sprawie określenia szczegółowych komunikatów sprawozdawczych XML dotyczących zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia w drodze Zarządzenia wprowadził także szczegóły komunikatów XML, dotyczących przekazywania w postaci elektronicznej danych zawartych w rachunku i komunikatu XML, dotyczącego rozliczenia świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych, zaopatrzenia w wyroby medyczne wydawane na zlecenie oraz deklaracji POZ/KAOS (aktualnie Zarządzenie Nr 70/2013/DI Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 listopada 2013 r.).

Takie ukształtowanie prawne z jednej strony pozwoliło płatnikowi, jakim jest Narodowy Fundusz Zdrowia, na odejście od bezpłatnego udostępniania placówkom medycznym bezpłatnego oprogramowania do obsługi comiesięcznych rozliczeń w ramach umów zawartych z NFZ (co od początku wejścia w życie

powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego spoczywało na płatniku publicznym). Z drugiej strony wprowadzenie otwartego formatu wymiany danych zakończyło „monopol” dwóch firm informatycznych (tj. firmy Kamsoft i Computerland – obecnie Sygnity) na dostawę oprogramowania do rozliczania świadczeń medycznych wykonywanych w ramach umów z Narodowym Funduszem Zdrowia, tj. finansowanych ze składki na ubezpieczenie zdrowotne.

## JAK JEST DZIŚ...

Aktualnie, po wejściu w życie wyżej opisanych Rozporządzeń Ministra Zdrowia oraz Zarządzeń Prezesa NFZ, każdy podmiot leczniczy czy praktyka ma prawo (oraz techniczne możliwości) do rozliczania umów z NFZ przy użyciu oprogramowania dowolnych firm informatycznych. Oprogramowanie to nabywane jest na koszt świadczeniodawcy i działa najczęściej na zasadzie rocznej licencji na użytkowanie (w tym dostosowywanie do

*ciąg dalszy na str. 17-18*



zmieniających się zasad wynikających z odpowiednich rozporządzeń w sprawie wykazów świadczeń gwarantowanych, tzw. rozporządzeń koszykowych, oraz właściwych Zarządzeń Prezesa NFZ), jak również dodatkowych licencji na pomoc techniczną czy dostosowanie oprogramowania do indywidualnych potrzeb danej placówki medycznej. Powyższe pozwoliło na rozwój kompleksowych rozwiązań informatycznych dla placówek medycznych, integrujących tzw. systemy medyczne (wspomagające udzielanie świadczeń, tj. prowadzenie rejestracji, terminarzy, kolejek oczekujących, dokumentacji medycznej, obsługę zlecenia i ewentualnego otrzymywania wyników badań laboratoryjnych, diagnostycznych i/lub obrazowych) z systemami sprawozdawczo-rozliczeniowymi, służącymi do rozliczania umów z NFZ. Proces ten usprawnił codzienne działanie placówek medycznych oraz otrzymywanie z Narodowego Funduszu Zdrowia zapłaty za wykonane usługi medyczne. Jednakże spowodował konieczność poniesienia przez świadczeniodawcę, czasami bardzo dużych, kosztów zakupu i wdrożenia systemów informatycznych.

Mimo to na rynku dostawców oprogramowania „króluje duży gracz” z branży informatycznej, którzy oferują całą gamę produktów, dedykowanych do placówek medycznych z poszczególnych branż medycyny, dostosowanych do wielkości i sposobu udzielania świadczeń przez dany podmiot leczniczy/praktykę. Dzięki temu każdy ze świadczeniodawców znajdzie na rynku oprogramowanie właściwe do jego indywidualnych potrzeb, z ewentualną możliwością ich rozwoju, np. poprzez dokupienie licencji na dodatkowe moduły (np. obsługujące deklaracje w POZ czy wykonywanie świadczeń usprawniających, wykonywanych w ramach fizjoterapii ambulatoryjnej).

## Jak dokonać dobrego wyboru dostawcy oprogramowania do rozliczeń

Mimo dość intensywnie rozwijającego się rynku dostawców oprogramowania dla ochrony zdrowia nie jest łatwo

dokonać dobrego wyboru systemu informatycznego, w tym modułu służącego do rozliczania umów z NFZ. Przy podejmowaniu decyzji należy wziąć pod uwagę między innymi:

- potrzeby placówki dotyczące zakresu obsługi lub wspomaganie pracy przez system informatyczny (nie warto wydawać większych pieniędzy na oprogramowanie posiadające moduły lub funkcje, które nie będzie używane przy prowadzeniu działalności leczniczej);
- czas dostosowania oprogramowania do zmienionych przez Ministerstwo Zdrowia i/lub Prezesa NFZ zasad rozliczania czy przesyłania danych w komunikatach XML. Niestety częstą praktyką jest wprowadzanie zmian w materiałach szczegółowych z dniem podpisania, ale czasami niestety z mocą obowiązywania z datą wsteczną. Sytuacja ta ma olbrzymi wpływ na możliwość i termin przeprowadzenia rozliczeń z NFZ, gdyż raporty statystyczne z wykonanych świadczeń należy złożyć do NFZ do 10 dnia miesiąca następnego po miesiącu, którego dotyczy rozliczenie. W praktyce firmy dostarczające oprogramowanie często mają niewiele czasu na wprowadzenie zmian do swoich systemów informatycznych. W przypadku wyboru dostawcy oprogramowania, który nie ma wystarczającej wiedzy merytorycznej oraz wolnych zasobów kadrowo-organizacyjnych, należy założyć opóźnienie w terminie złożenia raportów, czego konsekwencją jest późniejsze wystawienie rachunku/faktury VAT za wykonane usługi medyczne. Powyższe wynika z zasady, zapisanej w ogólnych warunkach umów, stanowiących załącznik do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, iż NFZ przekazuje środki finansowe do placówek medycznych, na podstawie wystawionego dokumentu płatniczego, w terminie 14 dni od daty jego złożenia we właściwym Oddziale Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia;
- możliwość korzystania przez pracowników placówki ze stałego wsparcia technicznego w zakresie użytkowane-

go oprogramowania, co należy zagwarantować sobie w umowie z dostawcą oprogramowania. Dlatego istotne wydaje się: jak najdłuższe godziny pracy pracowników dostawcy oprogramowania, uruchomiona (i w rzeczywistości działająca) przez dostawcę infolinia pomocy technicznej, szybki czas realizacji zgłoszeń w przypadku awarii systemu;

- możliwości dalszego "rozwoju" oprogramowania. Dlatego należy wybierać te firmy, które udowodnią zamawiającemu, że systematycznie, od wielu lat, rozwijają swoje oprogramowanie, co przekłada się na wprowadzanie nowych rozwiązań dostosowanych do zmieniających się potrzeb rynkowych, rozwój nowych modułów dedykowanych do danych rodzajów lub zakresów świadczeń;
- możliwość szybkiego, automatycznego generowania zestawień, raportów, wykresów, na podstawie zawartych w systemie danych statystyczno-medycznych;
- możliwość połączenia lub synchronizacji danych z różnych systemów informatycznych, funkcjonujących w danym podmiocie (np. systemu księgowego, kadrowo-płacowego, kosztowego, aptecznego, do rozliczeń z NFZ);
- zapewnienie szkoleń dla pracowników podmiotu leczniczego/praktyki, szczególnie na etapie wdrażania systemu informatycznego, jak również systematyczne publikowanie lub udostępnianie instrukcji, wytycznych stosowania oprogramowania itp.;
- możliwość jasnego określenia w umowie dostawy oraz dalszych umowach serwisowych zakresu bezpłatnych i odpłatnych czynności wykonywanych przez dostawców na wniosek/zgłoszenie pracowników placówki medycznej. W tym punkcie istotne wydaje się rozdzielenie tzw. zgłoszeń mających na celu wprowadzenie zmian na potrzeby danego podmiotu leczniczego od tzw. zgłoszeń rozwojowych systemu, których celem jest dostosowanie oprogramowania do obowiązujących przepisów lub wytycznych wynikających z Zarządzeń Prezesa NFZ, jak również mających na celu wprowadzenie zmian

wykorzystywanych przez szeroką liczbę odbiorców oprogramowania. Rozdzielenie powyższych czynności jest istotne z uwagi na fakt, iż pierwsze z nich najczęściej wykonywane są za dodatkową odpłatnością lub w ramach zapewnionych w umowie (i w cenie usługi) godzin serwisowych. Natomiast zmiany rozwojowe winny być wprowadzone przez dostawcę nieodpłatnie, bez konieczności wydatkowania przez placówki medyczne dodatkowych środków finansowych na ich realizację, gdyż są niezbędne do prawidłowego wykonywania umów z NFZ, prowadzenia działalności leczniczej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa lub będą wykorzystane przez dostawcę oprogramowania jako element „przewagi konkurencyjnej” nad rozwiązaniami informatycznymi innych firm z tego sektora;

– łączną sumę wydatków związanych zarówno z wdrożeniem, jak i dalszym użytkowaniem danego oprogramowania. Na powyższe składa się nie tylko koszt licencji (wydatkowany w roku wdrożenia oprogramowania), jak również koszty utrzymania licencji w dalszych okresach, koszty aktualizacji i serwisu, koszty szkoleń dla pracowników czy koszty koniecznych inwestycji w sprzęt komputerowy (serwery, dyski do kopii zapasowych, stacje robocze). Proszę także zwrócić uwagę, iż część dostępnego na rynku oprogramowania uzależnia łączny koszt licencji od liczby użytkowników czy tzw. stanowisk (instalacji na dyskach lokalnych komputerów).

### Podsumowanie

Reasumując powyższe rozważania nad wyborem dobrego, patrz adekwatnego do konkretnego podmiotu leczniczego, systemu informatycznego z modulem do rozliczeń z płatnikami zewnętrznymi (w tym NFZ), należy pamiętać, iż przedmiotowego wyboru nie można dokonywać wyłącznie na bazie rachunku ekonomicznego (ceny oprogramowania). Najważniejsza jest świadomość osób podejmujących tę decyzję dotycząca faktu, iż od programu do rozliczania świadczeń (oraz osób go obsługujących)

zależy rzetelność, przejrzystość i terminowość danych przesyłanych do NFZ, czego konsekwencją jest okres oczekiwania na przelew środków z Funduszu, dokonywany za usługi wykonane w danym okresie rozliczeniowym. Jeżeli dokonamy złego wyboru oprogramowania, musimy liczyć się z opóźnieniami w płatnościach (co w przypadku terminowego spłacania rat kredytu lub rat leasingowych za sprzęt medyczny jest nie do zaakceptowania) lub koniecznością poniesienia dodatkowych nakładów związanych ze zwiększonym nakładem pracy ze strony pracowników właściwych komórek organizacyjnych odpowiedzialnych za rozliczanie świadczeń. Bo niestety zależność jest prosta – im lepszy system informatyczny – tym mniejsze nakłady pracy osób obsługujących i odwrotnie – im słabszy system – jego „niedoskonałości” musimy ratować zwiększonym zaangażowaniem zasobów ludzkich, wykorzystujących ręczne metody wspomaga-

nia pracy, czyli na przykład nasz stary, wysłużony arkusz kalkulacyjny.

Na koniec pozostawiam najważniejszą wskazówkę dla podmiotów leczniczych, planujących wdrożenie lub zmianę oprogramowania. Przed zakupem niezbędne wydaje się skontaktowanie się z przynajmniej trzema podmiotami, korzystającymi z danego produktu o uzyskanie o nim opinii od osób wykorzystujących go w praktyce. To ich zdanie, osób, które nie mają żadnego interesu w wydaniu takiej a nie innej opinii, wydaje się najważniejsze. Bo niestety zgodnie ze starą zasadą marketingu: każdy dostawca będzie przedstawiał swój produkt jako najlepszy na rynku, najbardziej funkcjonalny i przyjazny dla użytkownika, co niestety nie musi, przynajmniej w pełni znaleźć swojego odzwierciedlenia w praktyce.

**Michał Chrobot**



D

# jak choroby układu oddechowego



Iwona Chodacz

Układ oddechowy jest jednym z najważniejszych układów w organizmie człowieka, dlatego warto jest przybliżyć możliwości rozliczenia świadczeń szpitalnych z tego zakresu.

Do najczęstszych chorób układu oddechowego należą:

- POChP
- zapalenie płuc
- zapalenie oskrzeli
- zapalenie opłucnej
- gruźlica
- astma
- nowotwory płuc

## Katalog JGP

Katalog grup jednorodnych dla świadczeń z zakresu grupy „D” przewidział 23 grupy zachowawcze i tylko 5 o charakterze zabiegowym. Dla większości z grup nie określono dodatkowych wymagań związanych z możliwością rozliczenia danego świadczenia - wystarczające jest wskazanie zasadniczego rozpoznania bądź też wiodącej procedury medycznej.

Czas hospitalizacji <5 dni (poniżej 5 dni) został określono dla grup:

D04 Średnie i małe zabiegi klatki piersiowej oraz

D05 Bronchoskopia.

### D04 Średnie i małe zabiegi klatki piersiowej

y grupa bazowa; czas pobytu < 5 dni

### D05 Bronchoskopia

y grupa bazowa; czas pobytu < 5 dni

Świadczenia z zakresu „D” dostępne są dla oddziałów zachowawczych, takich jak np.:

- choroby wewnętrzne
- choroby płuc
- geriatrya
- pediatria

Do najczęściej leczonych schorzeń na oddziałach zachowawczych należy zapalenie płuc, które można podzielić w zależności od przyczyny choroby:

- zapalenie płuc wywołane przez paciorkowce

- zapalenie płuc wywołane przez gronkowce
- zapalenie płuc wywołane przez pałeczkę okrężnicy (Escherichia coli)
- zapalenie płuc wywołane przez Mycoplasma pneumoniae

Dla leczenia zabiegowego w przypadku schorzeń z zakresu chorób układu oddechowego katalog grup jednorodnych przewidział realizację świadczeń na takich oddziałach, jak np.:

- chirurgii płuc
- chirurgii klatki piersiowej
- chirurgii ogólnej
- chirurgii onkologicznej

Do grup zabiegowych należą:

kod grupy	kod produktu	nazwa grupy	wartość punktowa - hospitalizacja	wartość punktowa - hospitalizacja planowa	wartość punktowa - "leczenie jednego dnia"	liczba dni pobytu finansowana grupą - typ umowy hospitalizacja	wartość punktowa hospitalizacji < 2 dni - typ umowy hospitalizacja / hospitalizacja planowa	wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą - typ umowy hospitalizacja
D01	5.51.01.0004001	Złożone zabiegi klatki piersiowej *	424			28	6	
D02	5.51.01.0004002	Kompleksowe zabiegi klatki piersiowej *	292			32	6	
D03	5.51.01.0004003	Duże zabiegi klatki piersiowej *	137	130		21	27	6
D04	5.51.01.0004004	Średnie i małe zabiegi klatki piersiowej *	32	30				
D05	5.51.01.0004005	Bronchoskopia *	14	13	12		12	

Uwagę należy zwrócić na realizację zabiegu bronchoskopii, który może zostać wykonany zarówno w ramach leczenia szpitalnego, jak i w poradni specjalistycznej. Pamiętać zatem należy, że wykonanie badania endoskopowego w ramach hospitalizacji musi wynikać ze stanu klinicznego pacjenta. W każdym przypadku przyjęcia pacjenta do szpitala na takie badanie, szpital musi udokumentować w sposób szczegółowy konieczność leczenia w ramach oddziału. Na obowiązek ten bezpośrednio wskazuje § 11 ust. 5 i 6 Zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określe-

nia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne: § 5: „Udzielanie świadczeniobiorcy świadczeń w ramach hospitalizacji, hospitalizacji planowej i „leczenia jednego dnia” może być realizowane, jeżeli cel leczenia w danym przypadku nie może być osiągnięty przez leczenie ambulatoryjne”. § 6: „Każdorazowe udzielenie w ramach hospitalizacji, hospitalizacji planowej albo „leczenia jednego dnia”, świadczenia, które kwalifikuje się do realizacji w trybie ambulatoryjnym, musi wynikać ze stanu klinicznego świadczeniobiorcy uzasadniającego jego realizację, który

powinien zostać szczegółowo udokumentowany w indywidualnej dokumentacji medycznej”.

### Najczęściej D37

Z informacji umieszczanych na stronach internetowych Narodowego Funduszu Zdrowia wynika, iż we wszystkich placówkach medycznych w Polsce hospitalizacje najczęściej rozliczane są grupą D37 Inne choroby układu oddechowego o wartości punktowej 36. Warunkiem kierunkowym umożliwiającym rozliczenie pobytu szpitalnego tą grupą jest wskazanie rozpoznania z zakresu tej grupy.

Jak wynika również z tych danych, do najczęściej wskazywanych rozpoznań z zakresu *D - Choroby układu oddechowego w leczeniu zachowawczym* należą: *J98.8 Inne określone choroby układu oddechowego*, *J98.9 Nieokreślona choroba układu oddechowego*, *R06.0 Duszność*, *R04.2 Krwioplucie*, *J98.4 Inne choroby płuc*

kod grupy	kod produktu	nazwa grupy	wartość punktowa - hospitalizacja	wartość punktowa - hospitalizacja planowa	wartość punktowa - "leczenie jednego dnia"	liczba dni pobytu finansowana grupą - typ umowy hospitalizacja	wartość punktowa hospitalizacji < 2 dni - typ umowy hospitalizacja/ hospitalizacja planowa	wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą - typ umowy hospitalizacja
D37	5.51.01.0004037	Inne choroby układu oddechowego	36			16	7	4



Opracowanie: **Dokumentacja medyczna w podmiotach prowadzących działalność leczniczą w zakresie lecznictwa szpitalnego i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej**

Dokumentowanie udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej oraz sprawowanej opieki nad pacjentem ma niezwykle istotne znaczenie kliniczne, naukowe, prawne i ekonomiczne.

Prawidłowe prowadzenie dokumentacji medycznej przyczynia się do

zwiększenia bezpieczeństwa zarówno pacjenta, personelu medycznego, jak i placówki.

Jej sporządzanie obwarowane jest licznymi wymogami przepisów prawa. Jednocześnie jednak wiele kwestii nie zostało szczegółowo uregulowanych, jak chociażby aspekt stosowanych wzorów dokumentów.

Jak wynika z przeprowadzanych kontroli zarówno Płatnika, jak i doradców Kancelarii Doradczej Rafał Piotr Janiszewski, wiele placówek wciąż nie dostosowało standardu prowadzonej dokumentacji do wymogów przepisów prawa.

Wychodząc naprzeciw potrzebom placówek medycznych, Kancelaria Doradca Rafał Piotr Janiszewski opracowała publikację w zakresie dokumentacji medycznej w lecznictwie szpitalnym i ambulatoryjnej opiece specjalistycznej.

Publikacja stanowi praktyczną interpretację przepisów prawa oraz wskazanie propozycji stosowanych wzorów dokumentacji medycznej. Uwzględnia ona specyfikację oddziałów szpitalnych w aspekcie prowadzonej dokumentacji.

Książka zawiera wskazówki wynikające z codziennej praktyki oraz kilkadziesiąt przykładowych wzorów formularzy. Jest ona narzędziem wspierającym zarówno proces tworzenia dokumentacji, jak i jej prowadzenia w codziennej rzeczywistości oddziałów szpitalnych oraz poradni specjalistycznych.

Koszt opracowania: 80 zł netto

Forma: płyta CD

Formularz zamówienia na stronie następnej.

## FORMULARZ ZAMÓWIENIA PUBLIKACJI

Pt. „*Dokumentacja medyczna w podmiotach prowadzących działalność leczniczą w zakresie leczenia szpitalnego i ambulatoryjna opieka specjalistyczna*”  
Autorstwa Pani Magdaleny Siebielskiej

## Dane Zamawiającego:

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

Imię i nazwisko zamawiającego:	Koszt 1 publikacji w wersji elektronicznej
	80 zł netto

## Ogólne zasady zamówienia:

- Po otrzymaniu zamówienia zostanie przygotowana faktura proforma.
- Po opłaceniu faktury proforma, zostanie wystawiona Faktura VAT.
- Wypełniony formularz zamówienia prosimy o przesłanie na nr. faksu (022) 625 73 99 lub za pomocą poczty elektronicznej: [emilia.sujkowska@iuz.org.pl](mailto:emilia.sujkowska@iuz.org.pl)

Imię i nazwisko osoby akceptującej:

Data

Pieczęć i podpis osoby akceptującej

# Kalendarium

## czyli najważniejsze wydarzenia

Zarówno Resort Zdrowia, jak i Narodowy Fundusz Zdrowia publikują kolejne propozycje istotne dla funkcjonowania świadczeniodawców.

Na etapie konsultacji istnieje możliwość zgłaszania uwag do przepisów prawnych, do czego serdecznie zachęcam.

**Wyniki konsultacji w kolejnym „SYSTEMIE”.**

*Magdalena Siebielska - Ekspert ds. rozliczania świadczeń  
E-mail: Magdalena.Siebielska@iuz.org.pl*



### Listopad 2013

#### Świadczenia gwarantowane – leczenie szpitalne

Na stronie Ministerstwa Zdrowia ukazało się nowe rozporządzenie dotyczące świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa szpitalnego.

Akt wprowadza szereg zmian, m.in. dodając do koszyka nowe procedury medyczne, a mianowicie:

- leczenie świeżego zawału serca z zastosowaniem bivalirudyny u chorych poddanych angioplastyce wieńcowej,
- przeszskórne zamknięcie uszka lewego przedsionka w prewencji powikłań zakrzepowo-zatorowych u pacjentów z migotaniem przedsionków,
- zewnętrzną i wewnątrznaczyniową hipotermię leczniczą,
- hipotermię w leczeniu encefalopatii noworodków.

Dodatkowo w akcie wyodrębniono warunki leczenia z uwzględnieniem 2 poziomów referencyjnych w dziedzinie chirurgii naczyniowej, przy czym wprowadzono dodatkowe wymagania dla ośrodków o II poziomie referencyjnym.

Zrezygnowano z określania warunków leczenia kardiologicznego na 4 poziomach referencyjnych.

#### Świadczenia gwarantowane z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej

Resort Zdrowia opublikował rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej. Dokonano dookreślenia definicji zawartych w akcie.

Modyfikacji dokonano między innymi w aspekcie definicji opieki paliatywnej i hospicyjnej, na wniosek Konsultanta Krajowego w dziedzinie medycyny paliatywnej. Doprecyzowano również, iż świadczenia gwarantowane przysługują świadczeniobiorcom chorującym na choroby nowotworowe i nie nowotworowe.

Nadto rozszerzony został katalog świadczeń udzielanych w warunkach hospicjum domowego o zapobieganie powikłaniom.

#### Sprawozdanie z kontroli ordynacji lekarskich

Na stronie Narodowego Funduszu Zdrowia ukazało się sprawozdanie z przeprowadzonych w II kwartale 2013 roku kontroli ordynacji lekarskich.

W większości kontrolowanych podmiotów wykryto nieprawidłowości w zakresach:

- Wystawiania recept niezgodnie z zapisami przepisów prawa;
- Niekompletności dokumentacji medycznej;
- Braków dokumentacji medycznej;
- Ordynowania pacjentom leków refundowanych na receptach z uprawnieniem IB, pomimo że leczeni pacjenci tych uprawnień nie posiadali.

*ciąg dalszy na str. 23-24*

## Rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej

Ministerstwo Zdrowia opublikowało rozporządzenie, w którym dokonano zmian w zakresie definicji:

- lekarz w trakcie specjalizacji
- lokalizacja

Ponadto dodano definicje: miejsce udzielania świadczeń, ośrodek leczenia ostrej fazy choroby oraz uszczegółwiono nazwy świadczeń zdrowotnych. Usystematyzowano oraz rozszerzono opis świadczeń „porada rehabilitacyjna” oraz „wizyta fizjoterapeutyczna”. Zaznaczono przy tym, iż wymienione elementy nie są obligatoryjne, a świadczenia obejmują wybrane procedury zgodnie z aktualną wiedzą medyczną.

## Recepty lekarskie

W dniu 6 listopada Minister Zdrowia podpisał akt zmieniający dotychczas obowiązujące rozporządzenie w sprawie recept lekarskich. Nowe przepisy wprowadzają zasady wystawiania recept „transgranicznych”. Rozporządzenie określa, jakie elementy powinny znaleźć się na receptce, w przypadku gdy pacjent zgłosi wolę realizacji recepty w krajach Unii Europejskiej. Dodatkowo należy wiedzieć, iż receptę można wypisać w języku polskim, a nieznane dotąd elementy można dopisać ręcznie, przez co nie trzeba zmieniać pieczętek lekarskich. Recepty wystawione w innym państwie członkowskim UE muszą również zawierać wszystkie ww. dane. Recepta „transgraniczna” może być realizowana za granicą wyłącznie za pełną odpłatnością. Jeżeli oprócz powyższych elementów lekarz zamieści na receptce także dane konieczne do refundacji leku w ramach NFZ (m.in. PESEL, nr oddziału NFZ), taka recepta może być zrealizowana w Polsce jak zwykła recepta refundowana.

## Grudzień 2013

### Zmiany w zawieraniu

## i realizacji umów - AOS Narodowy Fundusz Zdrowia opublikował zarządzenie sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

Zarządzenie uwzględnia zmianę w zakresie definicji świadczenia pohospitalizacyjnego. Wskazano bowiem na realizację tego świadczenia w poradni przyszpitalnej. Wprowadzono jednocześnie możliwość udzielania świadczeń w poradniach przyszpitalnych poprzez konsultacje ambulatoryjne realizowane przez innych lekarzy udzielających świadczeń we właściwym oddziale szpitalnym, z wyłączeniem możliwości wystawiania przez konsultanta skierowań, zleceń i recept w ramach tej porady oraz odrębnego rozliczenia tychże konsultacji.

Należono na świadczeniodawcę obowiązek weryfikacji prawa pacjenta do świadczeń oraz uzyskania upoważnienia do korzystania z usług Elektronicznej Weryfikacji Upnień Świadczeniobiorców.

Do najistotniejszych zmian w zarządzeniu należy zaliczyć rozszerzenie katalogu świadczeń zabiegowych możliwych do zrealizowania oraz rozliczenia w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

## Leczenie szpitalne – nowe zarządzenie

Narodowy Fundusz Zdrowia opublikował zmiany dotyczące udzielania i rozliczania świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne.

Dokonano istotnych modyfikacji w zakresie grup jednorodnych. Dla wielu grup określono warunek czasowy związany z ich realizacją. Ponadto liczne procedury zabiegowe ujęte dotychczas w grupach opisanych jako średnie zabiegi przeniesiono do grup związanych z realizacją małych zabiegów, co przełożyło się na obniżenie ich wyceny.

Dodatkowo dokonano rozszerzenia zakresu obowiązkowej dokumentacji, którą należy sporządzać w związku z realizacją świadczeń z zakresu leczenia żywieniowego, obligując do prowadzenia Karty obserwacji centralnego cewnika naczyniowego.

Istotną zmianą w treści zarządzenia jest modyfikacja warunków związanych z rozliczeniem za zgodą Płatnika, w tym przede wszystkim zwiększenia minimalnej wartości hospitalizacji z 5000 zł do 15 000 zł.

## Raport z kontroli NIK w sprawie wykonania planu finansowego przez Narodowy Fundusz Zdrowia w roku 2012

Jak przedstawiono w raporcie, NFZ nie wykorzystał 2,2 mld zł, z tego ponad 1,8 mld na refundację cen leków. Zaplanowana pierwotnie kwota wynosiła 62 mld, z tego wydano 60 mld. Wykazano, iż na wizytę u kardiologa trzeba czekać ponad dwa miesiące, a czas oczekiwania na poradę u endokrynologa wynosi trzy miesiące. Na samą operację zaćmy czeka już prawie 400 tys. pacjentów, a przeciętny czas oczekiwania to ponad półtora roku. Duża jest również liczba pacjentów oczekujących na operację endoprotezoplastyki stawu biodrowego i stawu kolanowego, jest to ponad 150 tys. osób. Czas oczekiwania na wizytę w pracowniach rehabilitacji leczniczej wynosi ponad półtora miesiąca i dotyczy obecnie 450 tys. Polaków. Ponad pół roku czeka się na świadczenia w szpitalnych oddziałach rehabilitacji i rehabilitacji narządów ruchu. Podobnie jest w przypadku rehabilitacji pulmonologicznej.

## Zmiany w programach zdrowotnych (lekowych)

Narodowy Fundusz Zdrowia opublikował znówelizowane zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju lecze-

nie szpitalne w zakresie programy zdrowotne (lekowe).

W treści aktu wprowadzono zmiany w sposobie weryfikacji prawa pacjentów do korzystania ze świadczeń, obligując świadczeniodawcę do korzystania z systemu Elektronicznej Weryfikacji Uprawnień Świadczeniodawców (eWuś). Umożliwiono ponadto świadczeniodawcom przekazywanie faktur za udzielone świadczenia zarówno w formie papierowej, jak i elektronicznej. W związku z publikacją w obwieszczeniu Ministra Zdrowia z dnia 25 października 2013 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, w zarządzeniu wskazano warunki realizacji nowych programów lekowych.

### Zawieranie i realizacja umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej

NFZ przedstawił nowe zarządzenie odnoszące się do warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej.

W treści zarządzenia dokonano zmian w zakresie definicji wskazanych na początku aktu. Część z nich została usunięta (lokalizacja, świadczenia), dodano natomiast definicję skali Barthel. Dodano również zapisy odnoszące się do konieczności weryfikacji prawa pacjenta do świadczeń poprzez system EWUŚ.

Doprecyzowano ponadto zapis odnoszący się do charakteru prowadzonych świadczeń w zakładach opieki długoterminowej.

## Styczeń 2014

### Ambulatoryjna opieka specjalistyczna - świadczenie W18

Narodowy Fundusz Zdrowia wprowadził zmianę w zarządzeniu, rozszerzając



możliwości rozliczania świadczenia specjalistycznego W18 o zakres poradni specjalistycznych: onkologii i hematologii dziecięcej, nefrologii, nefrologii dziecięcej, onkologii, leczenia gruźlicy i chorób płuc, położnictwa i ginekologii, ginekologii dla dziewcząt, chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej, chirurgii onkologicznej, chirurgii onkologicznej dla dzieci.

### Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień

Narodowy Fundusz Zdrowia opublikował znowelizowane zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień. Do katalogu zakresów świadczeń dodano dodatkowe zakresy umożliwiające udzielenie świadczeń w Ośrodku leczenia uzależnień bliżej niescharakteryzowanych.

Do warunków dodatkowo ocenianych dla świadczeniodawców realizujących świadczenie z zakresu 04.4750.021.02 Świadczenie rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych dodano: program postrehabilitacyjny lub specjalistyczny program dla dzieci i młodzieży z uzależnieniem wraz z programem psychoedukacyjnym dla rodziców. Dookreślono również konieczność zapewnienia lekarskiej opieki całodobowej, w przypadku świadczeń realizowanych w stacjonarnym leczeniu psychiatrycznym.

### Kryteria oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej

Narodowy Fundusz Zdrowia opublikował zmianę w zakresie zarządzenia w sprawie kryteriów oceny ofert. Uwzględniła ono wprowadzenie do warunków oceny ofert elementów związanych z bezpieczeństwem pacjenta, w tym monitorowaniem zakażeń szpitalnych oraz stosowanej antybiotykoterapii. Uwzględniono również doprecyzowanie przepisów dotyczących zewnętrznych certyfikatów jakości oraz kompleksowości udzielania świadczeń.

Oceny ofert dokonuje się według następujących kryteriów:

1. jakości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej - ocenianej w szczególności poprzez kwalifikacje personelu, jego umiejętności oraz doświadczenie, wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną, zewnętrzną ocenę jakości, potwierdzoną certyfikatem, m.in. certyfikatem systemu zarządzania lub certyfikatem akredytacyjnym Ministra Zdrowia, ocenę kontroli zakażeń szpitalnych i antybiotykoterapii, wyniki kontroli przeprowadzonych przez Na-

dokończenie na str. 25



rodowy Fundusz Zdrowia.

2. zapewnienia kompleksowości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej – rozumianej jako możliwość realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie, obejmującą wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji, ocenianej w szczególności poprzez planowaną strukturę świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie lub planowany profil leczonych przypadków, dostęp do badań i zabiegów, posiadanie w strukturze organizacyjnej poradni/oddziałów/pracowni diagnostycznych, w tym potwierdzone wpisem w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą, ofertę udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w innych rodzajach lub zakresach, zapewniającą łącznie ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego.
3. dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej – ocenianej w szczególności

poprzez liczbę dni i godzin pracy w harmonogramie pracy, organizację przyjęć świadczeniobiorców, brak barier dla osób niepełnosprawnych.

4. ciągłości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej – rozumianej jako organizację udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, zapewniającą kontynuację procesu diagnostycznego lub terapeutycznego, w szczególności ograniczającą ryzyko przerwania procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń opieki zdrowotnej realizowanego na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w dniu złożenia oferty w postępowaniu w sprawie zawarcia umów – oceniana w szczególności poprzez, organizację świadczeń/turnusów zapewniającą systematyczny rozkład świadczeń w okresie obowiązywania umowy, realizację procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu

świadczeń w dniu złożenia oferty na podstawie umowy zawartej z Funduszem.

5. ceny świadczeń opieki zdrowotnej – ocenianej poprzez odniesienie ceny jednostki rozliczeniowej zaproponowanej przez oferenta w ofercie lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji w stosunku do ceny oczekiwanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy.

## Algorytm grupera

Narodowy Fundusz Zdrowia udostępnił komunikat dotyczący algorytmu grupera.

Jest to przypomnienie zasad prowadzących do prawidłowego zakwalifikowania zakończonej hospitalizacji do odpowiedniej grupy jednorodnej (JGP).

# M edycyna na wesoło

Anestezjolog do pacjenta leżącego na stole operacyjnym:

- Pan na operację to prywatnie czy przez kasę chorych?
- Kasa chorych...
- Aaaa, kotki dwa....

W pociągu jest wielki tłok, pasażerowie stoją w przedsionkach. Nagle słychać głos z oddalonego przedziału:

- Lekarza, czy jest tutaj jakiś lekarz?
- Z końca wagonu przez tłok przeciska się lekarz, po dotarciu na miejsce słyszy pytanie:
- Choroba gardła na sześć liter?

Chirurg za chwilę będzie operował swojego teścia. Pacjent na chwilę przed zabiegiem mówi: – Musisz się postarać zięciu, bo moja żona powiedziała, że gdybym umarł, to ona przeprowadzi się do was...



Rozmawiają koleżanki: – Jak się czuje twój mąż?

- Dobrze, ale jeszcze w szpitalu pozostanie dość długo!
- Rozmawiałaś na ten temat z lekarzem?
- Nie, ale widziałam pielęgniarkę, która się nim opiekuje...

Kolega pyta kolegę o teściową, która wróciła ze szpitala po operacji.

- Operacja się udała tylko częściowo...
- Jak to?
- Kamienie usunęli ale żółć została!

Przychodzi chłop do lekarza.

- Czy jest u pana moja baba?

Pacjent przybył do nieba i śmieje się do rozpuku.

- Co ci tak wesoło – pytają
- Bo oni, tam na ziemi, nadal mnie operują!



# JGP

## w pytaniach



## odpowiedziach



**Anna Janiszewska**

Ekspert ds. rozliczania świadczeń

E-mail: [anna.janiszevska@iuz.org.pl](mailto: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.*

**Witam. Mam pytanie dotyczące zgody pacjenta na przyjęcie do szpitala i na leczenie: Jak przepisy regulują konieczność uzyskania zgody na hospitalizację? Czy ta zgoda oznacza już zgodę na leczenie? Pracuję na oddziale chirurgii ogólnej.**

Jeżeli chodzi o zasady ogólne (pomijając szpitale psychiatryczne), to zacząć należy od stwierdzenia, że zgoda pacjenta udzielana jest nie na „przyjęcie do szpitala” ale na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego.

Zasadą jest oczywiście, iż lekarz musi uzyskać świadomą zgodę pacjenta (mówimy tutaj o pacjencie pełnoletnim, posiadającym pełnię zdolności do czynności prawnych), aby przeprowadzić badanie lub wykonać jakiegokolwiek świadczenie medyczne (art. 15 i nast. Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, oraz art. 32 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry).

Od tej zasady istnieją jednak wyjątki. Wskazać tutaj trzeba na ustawę o zawodzie lekarza i lekarza dentystry, której przepisy pozwalają na działanie lekarza bez uzyskania zgody pacjenta (lub innych uprawnionych osób) albo sądu opiekuńczego w dwóch przypadkach:

1. badanie lub udzielenie pacjentowi innego świadczenia zdrowotnego bez jego zgody jest dopuszczalne, jeżeli wymaga on niezwłocznej pomocy lekarskiej, a ze względu na stan zdrowia lub wiek nie może wyrazić zgody i nie ma możliwości porozumienia się z jego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktycznym (oczywiście jeżeli pacjent nie ma opiekuna lub przedstawiciela ustawowego, przepis także znajdzie zastosowanie). Decyzję o podjęciu czynności medycznych lekarz powinien w miarę możliwości skonsultować z innym lekarzem oraz odnotować w dokumentacji medycznej pacjenta (art. 33 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry);
2. zabieg operacyjny albo zastosowanie metody leczenia lub diagnostyki stwarzającej podwyższone ryzyko dla pacjenta wtedy, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. W takim przypadku lekarz ma obowiązek, o ile jest to możliwe, zasięgnąć opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności. O wykonywanych czynnościach lekarz niezwłocznie zawiadamia przedstawiciela ustawowego, opiekuna faktycznego lub sąd opiekuńczy. O okolicznościach powyższych lekarz dokonuje od-

powiedniej adnotacji w dokumentacji medycznej pacjenta (art. 34 ust. 7 i 8 w zw. z art. 34 ust. 3 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry).

Ustawodawca wyróżnił więc dwie sytuacje. Po pierwsze, wskazano na czynności niestwarzające podwyższonego ryzyka dla pacjenta (art. 33 ust. 1 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry), gdy pacjent wymaga niezwłocznej pomocy lekarskiej. Po drugie, wyróżniono czynności, których zaniechanie prowadziłoby do poważnego zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta.

Nie chodzi więc o każdą czynność medycznie uzasadnioną, lecz o czynności podwyższonego ryzyka. Dlatego lekarz ma następnie obowiązek zawiadomić o nich niezwłocznie przedstawiciela ustawowego, opiekuna faktycznego lub sąd opiekuńczy.

Powyższe przypadki dotyczą zasad ogólnych postępowania, obowiązują również w oddziale chirurgii, na którym Pani pracuje. Odrębne zasady obowiązują w przypadku leczenia osób z zaburzeniami psychicznymi.

### **Gdzie można znaleźć wzór pierwszej strony dokumentacji – Historia Choroby, jaki ma obowiązywać w szpitalach? Czy jest jakieś rozporządzenie, które to reguluje?**

Obowiązujące przepisy prawa nie ustanawiają konkretnych formularzy związanych z realizacją świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego.

Stosowane druki tworzone są według wewnętrznych ustaleń placówki. Należy jednakże pamiętać, iż każdy podmiot prowadzący działalność leczniczą jest obowiązany do prowadzenia dokumentacji w sposób zgodny z wymogami prawa.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania wskazuje bowiem wymagane elementy, jakie powinny się znaleźć w każdej części dokumentacji medycznej, z czego główny podział to część dotycząca:

- 1) przyjęcia pacjenta do szpitala;
- 2) przebiegu hospitalizacji;
- 3) wypisania pacjenta ze szpitala.

Rozporządzenie określa również dokumenty dodatkowe, jakie należy każdorazowo dołączać do historii choroby.

Sugerujemy zweryfikowanie kompletności posiadanych formularzy dokumentacji tworzonej we wszystkich komórkach organizacyjnych placówki medycznej (oddziały, pracownie, poradnie specjalistyczne). Z mojej praktyki wynika bowiem, że często standardy prowadzenia dokumentacji nie są dostosowane do obecnie obowiązującego prawa. Błędne formularze zaś uniemożliwiają lekarzom czy pielęgniarkom poprawnie dokumentować udzielone świadczenia zdrowotne, co może skut-

kować negatywnymi konsekwencjami w wyniku postępowania kontrolnych Płatnika.

Jeśli będą Państwo mieli problem ze stworzeniem odpowiedniego druku, uprzejmie prosimy o kontakt.

### **Czy udając się na badanie do placówki komercyjnej (np. badanie RTG), musimy mieć skierowanie?**

#### **Tym samym: czy prowadząc działalność komercyjną, mamy wymagać od pacjentów takich skierowań?**

Co do zasady, w przypadku badań realizowanych w ramach prywatnej opieki zdrowotnej skierowanie od lekarza POZ lub innego lekarza (lekarza specjalisty) nie jest wymagane.

Obowiązek skierowania pacjenta na badanie wynika z przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 r. (Dz.U.2008.164.1027 j.t.), zaś badania wykonywane prywatnie są finansowane przez pacjenta, w oparciu o umowę zawartą ze świadczeniodawcą – zatem nie podlegają regulacjom wskazanej ustawy.

Inaczej sytuacja wygląda w przypadku badań z zastosowaniem promieniowania RTG, bowiem podstawą do ich wykonania jest skierowanie. Obowiązek wystawiania skierowań w celu przeprowadzenia badania z zastosowaniem promieniowania jonizującego reguluje ustawa – Prawo atomowe z dnia 29 listopada 2000 r. (Dz.U.2012.264 j.t.). Zgodnie z art. 33a § 4 i 5 tej ustawy skierowanie pacjenta na określone badanie z zastosowaniem promieniowania jonizującego wynika z uzasadnionego przekonania lekarza lub innej osoby upoważnionej do kierowania na takie badanie, że jego wynik dostarczy informacji, które przyczynią się do postawienia prawidłowego rozpoznania lub wykluczenia choroby, oceny jej przebiegu i postępowania leczenia oraz, że korzyści z tego tytułu przewyższą możliwe ujemne następstwa dla zdrowia, które mogą być związane z narażeniem na promieniowanie jonizujące.

Skierowanie to może być wystawione po upewnieniu się, że inne alternatywne, nieinwazyjne i nienarażające na działanie promieniowania jonizującego metody, a także wcześniej wykonane badania z zastosowaniem promieniowania jonizującego nie mogą dostarczyć równoważnych informacji.



# Ciekawostki medyczne



Opr. Ewelina Wójcik

## Dr Edward Cuyler Hammond

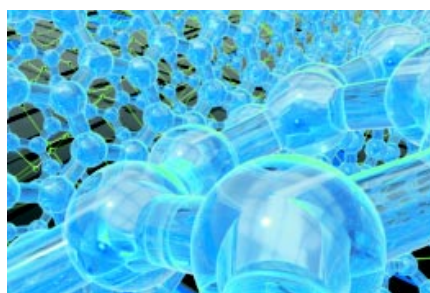
– amerykański biolog i epidemiolog, urodzony w 1912 roku w Baltimore. Jako jeden z pierwszych przeprowadził badania potwierdzające teorię, że palenie papierosów jest przyczyną wielu chorób układu oddechowego, a w szczególności raka płuc. Zauważył on również, iż zwiększa ryzyko choroby serca, a także występowanie zmian nowotworowych w organizmie człowieka. W 1935 roku zdobył dyplom Uniwersytetu Yale, a następnie w 1938 roku doktorat Johns Hopkins.

E. Hammond po ukończonych studiach w 1946 roku rozpoczął swoją karierę naukową jako dyrektor sekcji badań nad rakiem w American Cancer Society, obejmował to stanowisko aż do roku 1966. W tym czasie był również profesorem Uniwersytetu Yale na wydziale Biometrii do 1958 roku. Na początku lat pięćdziesiątych epidemiolog z Hammondem na czele rozpoczęli badania, mające na celu zbadać związek palenia papierosów z umieralnością z powodu raka płuc i innych chorób. Ogromna liczba wolontariuszy zrekrutowała ludzi, którzy dostarczyli informacji na temat ich nawyków palenia. Do roku 1982, towarzystwu udało się przebadać milion Amerykanów z dwudziestu pięciu stanów. Wyniki tych badań przyczyniły się do rozwoju świadomości ludzi na temat szkodliwości palenia, oraz są do dziś szeroko stosowane przez amerykańskie Centrum Kontroli i Prewencji Chorób, w celu oszacowania liczby zgonów przypisanych paleniu. Prace Hammonda były wielo-

krotnie narażone na krytykę ze strony producentów papierosów, którzy starali się zaprzeczać, jakoby ich produkt miał coś wspólnego z tą poważną chorobą, jednak nie zatrzymało to wzrostu świadomości społeczeństwa na temat szkodliwości palenia.

Obecnie na całym świecie prowadzone są kampanie społeczne, mające na celu pomoc w zerwaniu z tym szkodliwym nałogiem. Pomimo wyników swoich badań i dużej świadomości Edward Hammond był nałogowym palaczem, jak potwierdziła jego rodzina, zmarł na raka układu limfatycznego w 1986 roku.

## Grafen



Grafen to płaska struktura złożona z atomów węgla, świetnie przewodzi ciepło oraz elektryczność, jest również od 100 do 300 razy twardszy od stali. Ten niesamowity pierwiastek posiada wiele możliwości i zastosowań, które mogą być wykorzystywane w przemyśle medycznym i elektronicznym.

Aby doprowadzić do rozpowszechnienia grafenu w wymienionych dziedzinach, należało opracować metodę jego przemysłowego wytwarzania. Początko-

wo koszty, jakie temu towarzyszyły, uniemożliwiały produkcję na większą skalę. Przełom nastąpił w momencie, gdy polski naukowiec, dr inż. Włodzimierz Strupiński z Instytutu Technologii Materiałów Elektronicznych (ITME), wynalazł i opatentował metodę wytwarzania grafenu, która pozwala na produkcję tego materiału, przy stosunkowo niewielkich kosztach. Jest to niewątpliwie ogromny krok do odkrywania coraz to nowszych zastosowań tego pierwiastka.

Zwróćmy jednak naszą uwagę na zastosowanie, jakie ma on w medycynie.

Pierwszą osobą, która zainteresowała się tą kwestią, była Pani prof. Ewa Sawosz-Chwalibóg, wykładająca na uczelni Szkoły Głównej Gospodarstwa Wiejskiego w Warszawie.

Wraz z zespołem młodych naukowców rozpoczęła badania właściwości biologicznych grafenu. W ich trakcie odkryto, iż komórki nowotworowe (eksperyment przeprowadzono na komórkach glejaka - nowotworu centralnego układu nerwowego), które zostały poddane działaniu grafenu, przestały otrzymywać substancje odżywcze i tlen niezbędny do ich wzrostu. Zapoczątkowało to proces apoptozy, czyli śmierci komórki. Bardzo istotne jest, iż skład tego pierwiastka nie wpływa negatywnie na narządy ludzkie, tworzy on jedynie cieniutką warstwę wokół komórki nowotworowej, co skutecznie izoluje ją od środowiska zewnętrznego.

W większości przypadków udało się doprowadzić do prawie całkowitej śmierci komórek nowotworowych, zdarzały się jednak sytuacje, gdy procent umieralności sięgał granicy 70-80%. W takich przypadkach może doprowadzić to do odpowiedzi zapalnej naszego organizmu. Wykazano także, że komórki różnych postaci glejaka różnie reagowały na kurację grafenem, dlatego też naukowcy skłaniają się ku teorii, iż leczenie tą nowatorską metodą powinno być spersonalizowane.

Dalsze badania są ogromną nadzieją dla wielu tysięcy ludzi, którzy chorują na rzadko wyleczalne rodzaje nowotworów, dlatego też trzymamy kciuki za dalsze badania.

•ródło: <http://grafen.pl>

## W następnym numerze:

**Alfabet JGP - choroby serca.**

**O prawach pacjenta.**

**Początek cyklu - ginekologia i położnictwo**

**Na roboczo - niewygodne rozpoznania  
czyli czego lekarz kodować nie chce**

**Odpowiedzialność cywilna pielęgniarki**

**Ciekawostki medyczne, kącik z humorem**

### 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

**Zdjęcia** - zespół

#### Adres redakcji:

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

ISSN 1898-3987

#### 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](mailto:system@iuz.org.pl)  
[www.kancelariajaniszewski.pl](http://www.kancelariajaniszewski.pl)

[www.kancelariajaniszewski.pl/system](http://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](mailto: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



Gorąco zapraszam na konferencję poświęconą zmianom w systemie finansowania świadczeń w roku 2014. Podczas spotkania, wspólnie z Magdaleną Siebielską, ekspertem mojej Kancelarii, omówię najistotniejsze zmiany dotyczące 2014 roku, a w szczególności regulacje wprowadzone przez NFZ, które w sposób istotny zmieniły zasady rozliczania i dokumentowania świadczeń finansowanych przez płatnika.

Mam nadzieję, że te doświadczenia staną się kanwą do dyskusji, wymiany poglądów, ale przede wszystkim cenną wiedzą dla uczestników konferencji.

Szkolenie odbędzie się w sali konferencyjnej Hotelu Klimczok w Szczyrku.

Zgłoszenia można wysłać na adres e-mail: [ewelina.wojcik@iuz.org.pl](mailto:ewelina.wojcik@iuz.org.pl)

Gorąco zapraszam  
Rafał Janiszewski

## Ramowy plan konferencji:

### 14.03.2014

12:00-13:00 - zakwaterowanie uczestników

13:00-14:00 - obiad

14:00-15:00 - *Kluczowe zmiany w zakresie jednorodnych grup pacjentów oraz świadczeń z nimi powiązanych mających wpływ na realizację umów z NFZ*

15:00-15:45 - *Zmiany w zasadach rozliczania świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej*

15:45-16:00 - Przerwa na kawę

16:00-17:00 - *Hospitalizacja wg zgody płatnika - nowe regulacje, praktyczne zastosowanie a świadczenia, których koszt przewyższa wycenę grupy JGP*

17:00-18:00 - *Nowe kryteria oceny ofert składanych do NFZ*

19:00-21:00 - Kolacja

### 01.03.2013

8:00-9:00 - śniadanie

9:00-10:00 - *Dokumentacja medyczna a prowadzenie list oczekujących*

10:00-10:45 - *Administracja danych związanych z listą oczekujących*

10:45-11:00 - przerwa na kawę

11:00-12:00 - *Kontrole prowadzone przez NFZ, przykłady: najistotniejsze obszary kontrolowane przez płatnika*

12:00-13:00 - *ZIP na czym polega? Komu służy? Szanse i zagrożenia w systemie*

13:00-14:00 - Obiad i zakończenie konferencji.

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