



Reforma rewolucyjna

Od zawsze nasz system poddawany jest reformom. Najczęściej zmiany związane są z ustąpieniem jednej opcji politycznej, na rzecz drugiej. Wpisano nam w pamięć stwierdzenia: „system jest niewydolny”, „system musi być przejrzysty”, itp.

Zapowiadana obecnie reforma - ma dotyczyć płatnika - wydaje się być kolejnym hasłem. W dodatku użytym bez zrozumienia jego sensu. Warto zacytować jedną z definicji tego pojęcia. „Reforma - proces ewolucyjnego, stopniowego i zwykle długotrwałego przekształcania elementów systemu. Proces ten na ogół nie narusza podstawowych reguł i mechanizmów. Reforma stanowi przeciwwagę rewolucji.”

Reformujemy coś, co nie działa właściwie, a chcemy to usprawnić. Zastanowić się jednak należy, czy płatnik działa źle. Przecież ma tyle pieniędzy, ile sami płacimy. Dobór tego, za co płaci i ile za to płaci, w większości zależy od Ministra Zdrowia. Nawet jeśli NFZ w jakimś zakresie działa nieoptymalnie, to reforma powinna prowadzić do jego ulepszania a nie likwidacji. Zatem rewolucja płatnika.

Czy jednak ta rewolucja spowoduje zmniejszenie kolejek, namnożenie pieniędzy z naszych składek, podniesienie wyceny świadczeń, pojawienie się większej ilości lekarzy specjalistów?

System powinien być...

... kiedy już jest, powinien być doskonalony w racjonalnym wydawaniu pieniędzy, a jeśli jest ich za mało - powinien ograniczyć zakres usług lub przedstawić propozycje zwiększenia obciążenia składką ubezpieczonych.

Czeka nas rewolucja, której koszty zostaną pokryte z pieniędzy ubezpieczonych, którzy niewiele mogą zrobić, aby tych kosztów nie ponieść. Pacjentów, którzy chcą korzystać swobodnie z opieki medycznej w podmiotach, które zmuszone są do ograniczania tej swobody. To musi skutkować rewolucją.

Rafał Janiszewski

W TYM NUMERZE

- 4| Kalejdoskop medyczny
- 6| Grzechy główne dokumentacji AOS
- 9| Rozmowa *Systemu*
Jak spełnić wymogi
dobrego bilansu
i zarazem
fantastycznej opieki
nad pacjentem?
- 11| Rozmowa *Systemu*
Karetka nie powinna
jechać do dzieci,
ale do systemu
- 14| WZW C
- 18| Wariacje
o dokumentacji.
Kreatywność
czy praktyczność
Naczelnej?
- 20| Artukuł problemowy
Kto się zadłuża,
a kto odrabia straty
- 19| JGP w ortopedii
i traumatologii
- 22| Aspekty prawne
elektronicznej
dokumentacji medycznej
- 25| Kalendarium
- 28| JGP w pytaniach
i odpowiedziach
- 30| Informacje różne

Z „SYSTEMEM” trudne stają się łatwe

Medyczny kalejdoskop



Emilia Sujkowska

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

Witrektom w białostockim szpitalu

Na oddział Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Białymstoku trafił witrektom - aparat służący do wykonywania jednego z trudniejszych zabiegów w okulistyce (w obrębie ciała szklanego oka). Dotacja z urzędu marszałkowskiego pozwoliła na zakup sprzętu za 400 tysięcy złotych.

Wskazaniami do tego typu leczenia są:

- krwotoki do ciała szklanego (np. w przebiegu cukrzycy, zakrzepów, zmian zwyrodnieniowych, etc.)

- odwarstwienie siatkówki
- zapalenie gałki ocznej (wnętrza)
- ciała obce we wnętrzu gałki

Konsekwencją niepodjęcia leczenia operacyjnego, w mniej lub bardziej szybkim tempie, może być całkowita utrata widzenia.

Od 2013 roku witrektomia wpisze się w stały cykl wykonywanych zabiegów w białostockim oddziale, do którego chętnych z każdym dniem przybywa.

Korelaty neuronowe a świadomość

Takie procesy psychiczne, jak postrzeganie, myślenie i działanie poddają się opisowi nauk przyrodniczych - np. przez wizualizację aktywności mózgu.

Metody obrazowe, np. funkcjonalna tomografia rezonansu magnetycznego, mogą pokazywać, że odbiór obrazu uaktywnia inne obszary mózgu niż odbiór odgłosów. Aktywność mózgu towarzyszącą danym procesom psychicznym naukowcy określają mianem *korelatu neuronowego*. Niektóre fakty przemawiają za tym, że jest ona odpowiedzialna przyczynowo za przeżycia psychiczne. Przy pomocy celowych zmian aktywności mózgu moż-

na manipulować procesami psychicznymi. **Andrea Antal** - neurobiolog, wykazała, że już sama stymulacja obszaru mózgu odpowiedzialnego za postrzeganie ruchu, poprawia wyniki uczestników badań, mających śledzić myszką komputera bodziec pojawiający się na ekranie.

Taki odbiór bodźców, również planowanie jakiejś czynności, możemy sobie uświadamiać lub nie. W trakcie zakupów ulegamy wpływom zapachów i muzyki, nie zauważając tego. Niektórych miejsc nieświadomie unikamy, ponieważ w przeszłości baliśmy się tam czegoś.

Dla naszego subiektywnego odczuwania wolności woli duże znaczenie ma świadome postrzeganie. Jeśli uświadamiamy sobie jakieś zaplanowane czynności, to wydaje się, że są wykonane dobrowolnie. Natomiast, jeśli jakąś czynność musimy wykonać szybko, to wydaje się nam ona samowolna. Uświadomienie nie jest jednak konieczne dla samej silnej woli, tylko dla subiektywnego odczuwania wolności.

Witamina C

Witamina C, nazywana także kwasem askorbinowym, jest najbardziej znaną witaminą. Przyjmowana jest przede wszystkim zimą i na wiosnę przez wiele osób zapobiegawczo przed przeziębieniem.

Działanie w organizmie

Witamina C (podobnie jak witamina E) nadzoruje przemianę materii. Chroni wiele substancji biologicznych - między innymi witaminy A, E, B₁, B₂, kwas foliowy, kwas pantotenowy i biotynę - przed zniszczeniem w wyniku działania tlenu. Kwas askorbinowy aktywuje przemianę komórkową, bierze bezpośredni udział w przemianie energii dostarczanej z pożywienia w energię organizmu, wspoma-

ga siły obronne organizmu i stymuluje wytwarzanie i funkcjonowanie tkanki łącznej, kości i zębów. Tak więc witamina C stabilizuje naczynia, przyspiesza gojenie się ran, polepsza przyswajanie żelaza w organizmie i umożliwia jego przetwarzanie.

Zapotrzebowanie

Wynosi ono przeciętnie 75 mg dziennie. Wzrasta również w przypadku stresu, u osób starszych, sportowców, pacjentów poddawanych dializie, kobiet w ciąży, i przyjmujących tabletki antykoncepcyjne. Palacze wykorzystują tylko 60% przyjętej witaminy C.

Objawy niedoboru

Klasyczną chorobą z niedoboru jest szkorbut. Jej objawy to zmęczenie, zmniejszenie ilości czerwonych krwinek i zaburzenia tkanki łącznej. Zaobserwować również można powolne gojenie się ran, krwawień z nosa, krwotoków, opuchniętych dąsadek.

Ponieważ witamina C jest znana jako czynnik niedopuszczający do szkorbutu, choroba ta występuje dziś niezwykle rzadko, np. u narkomanów.

Najważniejszą przyczyną objawów niedoboru jest nieprawidłowe odżywianie się: niedostateczna ilość świeżych owoców i warzyw, zbyt długie gotowanie i przechowywanie produktów spożywczych.

Niedobór może się wyrażać częstymi przeziębieniami, wrażliwymi słuzówkami, skłonnościami do żylaków i hemoroidów, nadwagą, zaburzeniami snu, nastrojami depresyjnymi, kataraktą, a także astmą oskrzelową.

Przyjmowanie zarówno preparatów kortyzoonych, jak i aspiryny hamuje wchłanianie witaminy do organizmu. Antybiotyki i środki nasenne (barbiturany) za-

burzają przemianę witaminy C, dlatego przy leczeniu tymi lekami należy dodatkowo przyjmować dziennie 100 do 200 mg.

Działanie medyczne

Lekarze przepisują kwas askorbiny przy zwiększonym zapotrzebowaniu, przy powolnym gojeniu się ran, jako lek towarzyszący terapii antybiotykowej i podawany pacjentom dializowanym. Witamina C zwiększa siły obronne organizmu i odświeża.

Wystarczające zaopatrzenie w witaminę C zapobiega wapnieniu arterii, ponieważ z jej pomocą jest przetwarzany cholesterol. Witaminie C przypisuje się działanie przeciwnowotworowe. Zapobiega ona tworzeniu się rakotwórczej nitrozaminy i poza tym jest w stanie wychwytywać z organizmu metale ciężkie, takie jak ołów, kadm i rtęć. Z tego względu witamina C jest podawana dzieciom przy ciężkich zatruciach i stosowana ogólnie jako środek zapobiegający uszkodzeniom w trakcie narkozy, wspomagając do leczenia oparzeń i dużych ran.

Przedawkowanie

Witamina C jest ogólnie bardzo dobrze tolerowana. Jako bardzo rzadkie objawy przedawkowania występują nudności, wymioty, kamienie moczowe, i przy szczególnej skłonności kamienie nerkowe (z kwasu szczawowego). Przy dawce 10 g dziennie zaobserwować można biegunki.

Wskazówka

Witamina C jest szczególnie wrażliwa na temperaturę, tlen, światło, wilgoć i zbyt długie przechowywanie. Podczas przygotowywania potraw traci się do 40% witaminy C zawartej w produktach spożywczych.

Ciekawostka

Ponieważ żelazo jest o wiele lepiej wchłaniane wraz z witaminą C, zaleca się picie soków bogatych w witaminę C (sok pomarańczowy)

Innowacje w medycynie

Światowe Centrum Słuchu w Kajetanach dokonało wszczepienia implantu słuchowego, który zapewnia naturalną słyszalność. Aparat jest tak zminiatury-

zowany, że w całości mieści się pod skórą. To pierwsza taka operacja, którą przeprowadzono w Polsce.

Gruźlica

Z ostatnich sondaży wynika, że u coraz większej liczby Polaków diagnozuje się gruźlicę. W 2011 roku rozpoznano ją u około 8,5 tys. osób.

Rezonans magnetyczny (MRI - magnetic resonance imaging)

Jest to badanie przy użyciu specjalistycznej aparatury, pozwalające obrazować wnętrza ciała ludzkiego.

Celem tomografii MRI jest:

- rozpoznawanie nabytych i wrodzonych chorób serca i naczyń
- oceny grubości ścian serca
- umiejscowienie niedokrwienia, skrzepin, itp.
- szczegółowego obrazowania komór serca i naczyń

Technika ta jest całkowicie bezbolesna i nieinwazyjna, a uzyskany obraz można obracać na różnych płaszczyznach i pod różnymi kątami, przejść na trójwymiarowy model lub pozostać na dwuwymiarowym, który daje duże pole manewru do analizy badanych narządów.

Cesarskie cięcie - pomoc naturze

Można powiedzieć, że cesarskie cięcie to błogosławieństwo medycyny. Dzięki niemu ratuje się zdrowie i życie tych dzieci, które nie mogłyby urodzić się normalnie. Obecne rodzaje narkozy nie dają nieprzyjemnych skutków ubocznych. Znieczulenie dołędźwiowe pozwala na

pełną przytomność. Wskazaniem do zabiegu jest między innymi:

- zbyt mała miednica
- zagrożenie dla zdrowia
- nieprawidłowe ułożenie dziecka, itp.

Każde cesarskie cięcie przebiega inaczej. Rodzaj cięcia i znieczulenia zależy od stanu zdrowia matki i dziecka, wskazań, dla jakich wykonywany jest zabieg.

O oczach

Oko ludzkie waży 8 gramów. W ciągu doby wydziela ponad pół miliona łez - przy nawilżaniu. Gdy płacemy, ilość ta powiększa się. Oko postrzega obraz do góry nogami, dopiero w mózgu jest przetwarzany na to, co widzimy faktycznie.

Badania amerykańskich pediatrów wykazały, że dzieci, które przez pierwsze lata życia śpią przy zapalonych lampkach, są pięciokrotnie bardziej narażone na krótkowzroczność.

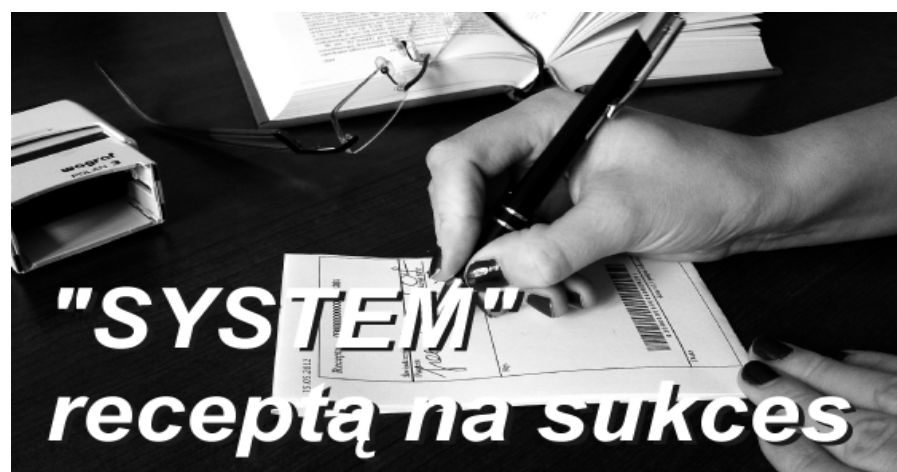
Aby uniknąć zaćmy, zaleca się spożywanie dodatkowej porcji witaminy C. To zmniejsza ryzyko choroby o prawie 80%.

Opaski identyfikacyjne

Od stycznia szpitale będą zakładać swoim pacjentom opaski na rękę (zawierające dane osobowe oraz historię choroby), celem uniknięcia pomyłek i ułatwienia personelowi medycznemu identyfikację chorych.

Recepty

Do tej pory na receptach widniały 20-cyfrowe kody. Od stycznia będą obowiązywały nowe, 22-cyfrowe. Nowelizację taką podpisał minister zdrowia. Pacjenci będą mogli zrealizować recepty, wystawione z końcem 2012 roku.



Grzechy główne dokumentacji AOS

Rozliczanie świadczeń ambulatoryjnych oparte o system jednorodnych grup pacjentów funkcjonuje od 1 lipca 2011 r. Etap wdrażania rewolucji w sprawozdawaniu był oczywiście problematyczny. Jednakże szybko okazało się, że system zasadniczo trudny nie jest. Skąd zatem negatywne wyniki kontroli Narodowego Funduszu Zdrowia?



właściwym udokumentowaniu udzielenia świadczenia. Tymczasem lista grzechów w zakresie prowadzenia dokumentacji ambulatoryjnej jest długa.

1. Czytelność

Podstawowym i zasadniczym grzechem jest brak czytelności prowadzonych wpisów. Jednocześnie jest to uchybienie najczęstsze. Dla przypomnienia wyjaśniam, że czytelność wpisu oznacza, iż każda osoba posługująca się danym językiem potrafi zapoznać się z treścią wpisu. Żeby nie być gołosłowną, proponuję krótki test dla tych wszystkich, którzy posługują się biegle językiem polskim. Jaki zapis przedstawia opis porady - (skan 1)?

W odniesieniu do czytelności słyszę wiele tłumaczeń, przede wszystkim odnoszących się do nadwyżki pacjentów i deficytu czasu. Jednak fakt, że generalnie z opisu każdy może wyczytać coś innego, oznacza, że opis nie jest zrozumiały dla osób znających język polski, co oznacza problemy.

Rozwiązań tej sytuacji widziałam wiele: nagrywanie porad na dyktafon i przepisywanie ich przez sekretarki medyczne, pisanie na maszynie, pisanie na komputerze. Jestem zwolennikiem każdego, byle tylko to, co znajdzie się w opi-

Rzecz wydaje się banalnie prosta. Najpierw należy przeprowadzić poradę lekarską, a następnie, w zależności od tego, jakie wyniki badań uzyskano podczas porady, określić, jak rozliczyć właściwą wartość punktową. Pozornie proste.

W samej treści zarządzenia Fundusz zawarł jednak kilka istotnych zapisów, o których świadczeniodawcy zdają się niejednokrotnie zapominać.

Definicje świadczeń

Już same definicje wskazują sposób realizacji świadczenia gwarantowanego. Wśród nich wypisano możliwości świadczenia:

- specjalistycznego,
- specjalistycznego kompleksowego,
- pohospitalizacyjnego,
- zabiegowego,
- lub porady w miejscu pobytu świadczeniobiorcy.

Świadczenia w ambulatoryjnej specjalistyce mogą mieć bowiem różny przebieg, **ale nie za każde świadczenie Fundusz zdecydowany będzie zapłacić.**

Weźmy chociażby wypisanie recepty. Czy czynność wypisania pacjentowi recepty ze wskazaniem produktu leczniczego i stopnia jego refundacji umożliwia rozliczenie, np. świadczenia specjalistycznego? Otóż nie umożliwia, a ściślej mówiąc nie jest ku temu wystarczająca. Konieczna jest jeszcze ocena stanu zdrowia świadczeniobiorcy lub ocena przebiegu

leczenia opartego na badaniu przedmiotowym oraz podmiotowym i ewentualnie uzyskanych wynikach badań dodatkowych. Oczywiście ocena ta musi zostać udokumentowana w indywidualnej dokumentacji pacjenta. A przecież świadczenia specjalistyczne są najprostszym rodzajem świadczenia. Co zatem ze świadczeniami specjalistycznymi kompleksowymi czy pohospitalizacyjnymi?

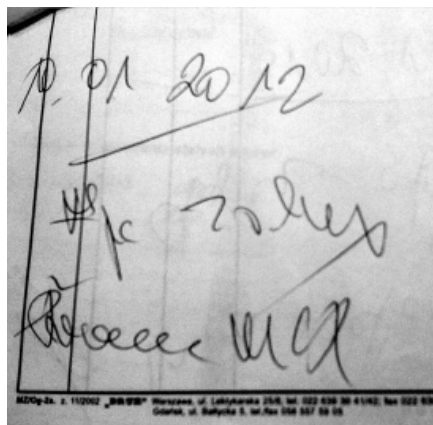
Najczęstszy zarzut, związany z zakwestionowaniem rozliczenia świadczenia, to brak udokumentowania jego realizacji zgodnie z definicją. Wobec tak postawionego zarzutu, konieczność zwrotu uzyskanych środków finansowych oraz zapłacenia kary jest niewątpliwa.

Dokumentowanie udzielonych świadczeń

Powyższe to tylko początek argumentów, z uwagi na które w mojej ocenie jednym z najważniejszych zapisów zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna jest § 15:

1. Dowód udzielenia świadczenia stanowi wpis w dokumentacji świadczeniobiorcy, zgodnie z odrębnymi przepisami.
2. Dowód udzielenia specjalistycznego świadczenia zabiegowego stanowi opis zrealizowanej procedury w dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy lub w księdze zabiegów, zgodnie z odrębnymi przepisami.

Należy zatem stwierdzić, iż sens tkwi we



Skan 1

sie porady, było czytelne, szczegółowe oraz potwierdzone lekarskim podpisem. Wierzę, że w dobie obowiązku informatyzacji w ochronie zdrowia, wpisy nareszcie będą czytelne...

Tymczasem rzeczywistość jest bezwzględna. Brak czytelności opisów porad skutkować będzie zakwestionowaniem rozliczenia świadczenia.

2. Szczegółowość

Wspominałam już, że definicje świadczeń wskazują na elementy, jakie świadczenie uwzględniać powinno, a zatem jakie muszą znaleźć się w opisie porady. Co więcej, Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania określa elementy opisu porady ambulatoryjnej (§ 42 ust. 4).

Historia zdrowia i choroby w części dotyczącej porad ambulatoryjnych lub wizyt domowych zawiera:

- 1) datę porady ambulatoryjnej lub wizyty domowej;
- 2) dane z wywiadu i badania przedmiotowego;
- 3) rozpoznanie choroby, problemu zdrowotnego lub urazu;
- 4) informację o zleconych badaniach diagnostycznych lub konsultacjach;
- 5) adnotacje o zaleconych zabiegach oraz produktach leczniczych wraz z dawkowaniem lub wyrobach medycznych, w ilościach odpowiadających ilościom zapisanym na receptach wydanych pacjentowi;
- 6) oryginał lub kopię wyników badań diagnostycznych lub konsultacji lub ich dokładny opis;
- 7) opis udzielonych świadczeń zdrowotnych;
- 8) adnotacje o orzecznym okresie cza-

sowej niezdolności do pracy;
9) oznaczenie lekarza.

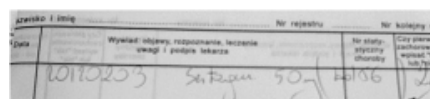
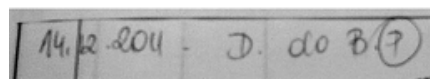
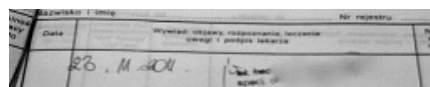
Prawno zatem ściśle określa wymagania dotyczące dokumentacji w poradniach ambulatoryjnych. Tymczasem niejednokrotnie podczas audytów doradcy Kancelarii Rafał Piotr Janiszewski spotykają zapisy kuriozalne (skan 2).

Trudno jest zatem zgodzić się ze stwierdzeniem, że powyższe zapisy wyczerpują wymagania § 42 ust. 4 Rozporządzenia Ministra Zdrowia, czy też stanowią udokumentowanie udzielenia świadczenia zgodnie z jego definicją. Zakwestionowanie rozliczenia tak udokumentowanego świadczenia podczas kontroli nie budzi wątpliwości.

Co więcej, tak sporządzone wpisy nie stanowią zabezpieczenia dla lekarza w przypadku wystąpienia zdarzenia niepożądanego, chociażby w zakresie zleconej pacjentowi farmakoterapii czy wykonanej procedury zabiegowej. Nie jest bowiem możliwa weryfikacja, jaki był stan pacjenta w dniu wizyty.

Dokumentowanie stanu pacjenta ma również istotne znaczenie w odniesieniu do recept czy też orzeczeń o czasowej niezdolności do pracy.

Niestety prowadzenie dokumentacji



Skan 2

elektronicznej nie stanowi rozwiązania problemu lakonicznych wpisów w dokumentacji. Co gorsze, może nawet go pogłębiać. Przestrzegam bowiem przed dokonywaniem tzw. kopiowania wpisów, czyli wykorzystywania niemal identycznych zapisów podczas każdej porady, co w szybki i łatwy sposób umożliwiające komputerowe programy tekstowe.

3. Decyzja diagnostyczna i terapeutyczna

Rozliczenie świadczeń specjalistycznych oraz świadczeń kompleksowych warunkowane jest określeniem decyzji diagnostycznej oraz terapeutycznej. Na-

leży zatem wskazać rozpoznanie oraz informacje dotyczące dalszego postępowania. Brak decyzji diagnostycznej lub terapeutycznej oznacza brak możliwości rozliczenia świadczenia. I znowu: konieczne jest odnotowanie obu tych decyzji w historii zdrowia i choroby.

Tymczasem w opisach kolejnych porad często brak jest wskazania rozpoznania, lub też wskazanie to nie jest prawidłowe. Najczęściej słyszę pytanie: *Czy jeśli pacjent leczy się w poradni od 2 lat na to samo, to trzeba za każdym razem zapisać rozpoznanie?* W mojej ocenie należy. Wystarczy dokonać dokładnej analizy wspomnianego wcześniej § 42 ust. 4 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, by stwierdzić, że rozpoznanie stanowi element opisu porady ambulatoryjnej. Nie jest zatem wystarczającym odnotowanie go podczas pierwszej wizyty.

Co więcej, w myśl § 7 powyższego rozporządzenia, każde rozpoznanie należy odnotować zarówno poprzez kod ICD-10, jak i odpowiadającą mu nazwę, zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych.

W praktyce, jeśli już w opisie porady pojawi się rozpoznanie, jest to najczęściej tylko kod, w dodatku niedoprecyzowany do postaci szczegółowej.

Również decyzji terapeutycznej trudno szukać w licznych opisach porad, co wynika między innymi z już wskazywanej nieszczegółowości wpisów.

4. Wyniki badań

Wyniki wykonywanych pacjentowi badań służą przede wszystkim lekarzowi i mają znaczenie kliniczne. Ale nie tylko. W obecnym systemie rozliczania świadczeń wyniki te mają również wpływ na wartość sprawozdanego świadczenia. By jednak można było w związku z wykonaniem badań dodatkowych przedstawić do rozliczenia świadczenie wyższego typu, konieczne jest udokumentowanie tych badań w sposób rzetelny oraz potwierdzenie jednoznaczne faktu ich wykonania.

Zgodnie z treścią zapisu § 14 ust. 2 oraz 3 Zarządzenia Prezesa NFZ:

2. W raporcie statystycznym nie wykazu-

dokończenie na str. 8

je się procedur (badań), które nie zostały zlecone i sfinansowane przez świadczeniodawcę w ramach świadczenia.

3. Etapy postępowania związane z udzielonymi świadczeniami są odnotowywane w dokumentacji medycznej pacjenta.

Dokumentacja zatem powinna wskazywać, czy dane badanie zostało sfinansowane przez świadczeniodawcę. Zarówno fakt uzyskania wyniku, jak i jego zlecenia musi zostać odnotowany w historii zdrowia i choroby. Tymczasem w przypadku wielu wpisów lekarz zapisuje jedynie uzyskany wynik badania, jednakże na żadnej z poprzednich wizyt nie ma adnotacji o zleceniu jego wykonania. Co więcej, często wynik ten opisany zostaje np. jako: RTG bz. Tymczasem Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie dokumentacji medycznej wskazuje, że w opisie porady umieszcza się oryginał lub kopię wyników badań diagnostycznych lub konsultacji lub ich dokładny opis. Zalecam, by w dokumentacji pozostawiać:

- oryginał wyniku w przypadku badań wykonywanych na koszt świadczeniodawcy (a zatem przedstawianych do rozliczenia),
- kopie wyniku w przypadku wyników udostępnianych przez pacjenta.

Żeby prawidłowo opisać wyniki badań, nie wystarczy, odnotować, czy wynik pozostaje w normie lub nie zmienił się w stosunku do poprzednich wyników. Opis powinien umożliwiać identyfikację wyniku, np. poprzez odniesienie do jego numeru.

5. Skierowania

Sama zasada konieczności posiadania skierowania do poradni nie budzi większych wątpliwości. Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wskazuje, że świadczenia u specjalisty udzielane są na podstawie skierowania. Wymienia również sytuacje, w których skierowanie nie jest konieczne. Zapisy te są świadczeniodawcom znane i nie budzą wątpliwości. Jednak mało kto zwraca uwagę na treść skierowania. Oprócz oczywistych błędów formalnych, których w skierowaniach nie brakuje, pojawia się jeszcze aspekt tego, na jaki czas skierowanie

to zostało wydane. W odniesieniu do nieprawidłowości stwierdzanych w skierowaniach należy pamiętać, że skierowanie zawierające braki lub błędy nie może stanowić podstawy do odmówienia udzielenia pacjentowi świadczenia. Niemniej jednak świadczeniodawca powinien dążyć do uzyskania druku prawidłowego. W kwestii ważności skierowania należy zwrócić uwagę na oznaczenie druku. Mam tu na myśli na przykład określenie: proszę o konsultację/ proszę o objęcie opieką. Konsultacja dotyczyć powinna jednorazowego udzielenia świadczenia. Z kolei objęcie opieką powinno wiązać się z udzielaniem świadczeń, dopóki problem zdrowotny, z którym pacjent został skierowany, nie zostanie rozwiązany.

6. Informacje o ogólnym stanie zdrowia

Zgodnie z przepisami prawa, informacje o ogólnym stanie zdrowia pacjenta stanowią wymagany element historii zdrowia i choroby. W praktyce są one po prostu elementem wywiadu lekarskiego podczas pierwszej wizyty u specjalisty. Wydaje się oczywiste, że gdy: do lekarza przychodzi nowy pacjent, lekarz chce zapoznać się z najistotniejszymi danymi zdrowotnymi z jego życia, gdyż będą one tłem dla problemu zdrowotnego rozwiązywanego podczas kolejnych porad. Do danych o ogólnym stanie zdrowia należą informacje o: przebytych chorobach; chorobach przewlekłych; pobytach w szpitalu; zabiegach lub operacjach; szczepieniach i stosowanych surowicach; uczuleniach; obciążeniach dziedzicznych. W większości dokumentacji próżno ich jednak szukać.

W związku z powyższym zalecam, by formularz przewidywał czytelne miejsce przeznaczone na zapisanie tych danych oraz ich okresową aktualizację.

7. Błędy formalno-prawne

Tak najogólniej można określić nieprawidłowości w prowadzeniu dokumentacji w świetle Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania. Należą do nich:

- niekompletne oznaczenie świadczeniodawcy
- niekompletne oznaczenie świadczeniobiorcy

- brak oświadczeń pacjenta wskazujących na jego wolę w zakresie udostępniania dokumentacji medycznej oraz informacji o jego stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach
- brak właściwej autoryzacji wpisów
- brak oznaczenia każdej strony co najmniej imieniem i nazwiskiem pacjenta
- brak numeracji stron
- brak uporządkowania dokumentacji.

Zwracam uwagę, że zapisy Rozporządzenia Ministra Zdrowia nie dotyczą jedynie, jak się czasem błędnie wydaje, dokumentacji prowadzonej w szpitalu. Liczne wymogi obejmują również prowadzenie dokumentacji w ambulatorium. Jeśli uchybienia są znaczące, mogą skutkować karami finansowymi.

Podsumowując liczne audyty, chcę zaznaczyć, że występujące błędy w prowadzeniu dokumentacji nie wynikają ze złej woli lekarza. Ich przyczyną jest najczęściej niedostateczne zrozumienie znaczenia dokumentacji medycznej. Obecnie nie jest ona prostym odzwierciedleniem przebiegu wizyty, choć zasadniczo tak być powinno. Jeśli w opisie porady znajdę zapis jw. nie oznacza to, że lekarz nie zbadał pacjenta, nie przeprowadził wywiadu, nie pouczył go i nie podjął działań zmierzających do rozwiązania problemu zdrowotnego. Więc co oznacza taki zapis? Z pewnością świadczy on o tym, że w chwili jego dokonywania, lekarz nie zdawał sobie sprawy z prawnego, ekonomicznego i kontrolnego znaczenia dokumentacji, lub być może zapomnieli o jej roli klinicznej.

Niestety to, jak wiele zależy od prawidłowo prowadzonej dokumentacji, świadczeniodawcy uświadamiają sobie zbyt późno - w obliczu kontroli czy roszczeń pacjentów.

Kierując się znaną zasadą, że lepiej jest zapobiegać niż leczyć, doradzam przeprowadzenie audytu dokumentacji ambulatoryjnej prowadzonej w poradniach specjalistycznych, zanim na podobną analizę zdecyduje się w Państwa placówce kontrola Narodowego Funduszu Zdrowia. W przeciwnym razie jak bumerang powróci stare przysłowie, że... mądry Polak po szkodzie.

Magdalena Siebielska

- Ekspert ds. rozliczania świadczeń

E-mail: Magdalena.Siebielska@iuz.org.pl

Jak spełnić wymogi dobrego bilansu i zarazem fantastycznej opieki nad pacjentem?

Rozmowa ze Zbigniewą Nowodworską
dyrektorem
Poznańskiego Ośrodka
Specjalistycznych Usług Medycznych



Red.: - Jest pani rzadkim przykładem specjalisty, który w trakcie zawodowej kariery pracował w systemie po dwóch stronach barykady. Przez 11 lat pracowała Pani w NFZ, przedtem w ministerstwie przy wdrażaniu reformy, a od 7 miesięcy zmieniła Pani pozycję i prowadzi z powodzeniem wielospecjalistyczną przychodnię, największą w Wielkopolsce.

ZN: - Dla mnie to nie barykada, bo ona dzieli wrogów. Tak naprawdę to dwie strony będące partnerami, a nie przeciwnikami. Relacje bywają trudne, ale zawsze jest to partnerstwo. To myślenie o barykadzie wzięło się, moim zdaniem, z niekompletności reformy 1999 roku. Skutki tego boleśnie odczuwamy do dziś. Choć pierwszy etap wprowadził niezależnego płatnika, to w II etapie placówki zdrowotne, a najbardziej szpitale, pozostawiono w swojego rodzaju rozkroku. Nie są to ani jednostki budżetowe, ani nie działają jak podmioty wolnego rynku. Jakim cudem mają one spełniać oczekiwania, przed którymi stawia je system? Jak spełnić wymogi dobrego bilansu i zarazem fantastycznej opieki nad pacjentem? To od początku było myślenie życzeniowe. Wprawdzie pewne pozytywne zmiany w ustawodawstwie już nastąpiły, ale jest jeszcze wiele do zrobienia, dotychczasowe usprawnienia wystarczą. Spójrzmy na samorządy. Stały się one przed koniecznością przekształceń pla-

cówek, a w konsekwencji twardego prawa związanego z ich wynikiem finansowym. Paradoksalnie ta uciążliwość może pomóc pewnym środowiskom w przyspieszeniu trudnych decyzji. Na własnej skórze doświadczam tego, że obecne prawo to w pewnym stopniu konieczne decyzje obiektywizuje, odpolitycznia.

A moje obecne doświadczenia, jako menedżera zarządzającego systemem, są dla mnie bezcenne. Teraz doświadczam tego, z czym borykają się placówki, które system ten tworzą.

- Jakie korzyści czerpie Pani ze swojego doświadczenia w ZOZ-ach?

- W codziennym działaniu wymierne korzyści są tam, gdzie skuteczność jest mierzona sprawnością w komunikacji z NFZ, gdy są jakieś problemy z fakturami, prawidłowością rozliczeń, właściwym spełnianiem wymogów kontraktu. Także w sferze zarządzania związanej z wytyczaniem strategii, współpracy z innymi placówkami w sytuacjach awaryjnych, rozpoznaniem rynku. Mogę powiedzieć, że na tym doświadczeniu zyskała również sfera moich umiejętności pracy z ludźmi - szczególnie w zakresie umiejętności godzenia sprzecznych stanowisk dla wspólnego celu. To bardzo często przynosi profity. Wspomagam się wnioskami z obserwacji i doświadczeń innych koleżanek i kolegów - menedżerów. Bardzo cenię sobie tę wiedzę. Chyba lepiej uczyć się na cudzych doświad-

czeniu i błędach, by móc ustrzec się przed płaceniem frycowego?

- Jak Pani ocenia możliwości zapewnienia środków wystarczających na leczenie wszystkich Państwa pacjentów? Chodzi mi o to, czy NFZ postępuje uczciwie w stosunku do świadczeniodawców, a de facto ich pacjentów?

- Naprawdę można sądzić, że uczciwość jest właściwą kategorią do oceny funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej? To kategoria moralna, a system nie jest wyposażony w moralność. Dla jego funkcjonalności najważniejsze jest co innego. Chodzi o to, by zasady współpracy z płatnikiem były jasne, by nie zmieniać reguł rozliczania świadczeń w czasie roku budżetowego, czyli nie „zmieniać koni w czasie przeprawy”. Trzeba umożliwić placówkom planowanie, także długofalowe. I realizację tych planów. Stabilność dla decyzji zarządczych jest podstawą ich skuteczności, podejmowania działania zgodnego ze sztuką. Weźmy np. długość umów z NFZ. Mamy obecnie zawarte na 5 lat, wydłużyliśmy z 3-letnich. Pozostaje pytanie - czy może jednak szpitale nie powinny mieć umów jeszcze dłuższych?

- Czy do sukcesu placówki wystarczy dobrze wykształceni lekarze?

- Nie, nie wystarczą. Choć jest to podstawowy warunek leczenia pacjentów.

dokończenie na str. 10

Dbanie o jak najwyższe standardy to wielka rola samorządu zawodowego. Ale w obecnej medycynie ogromną rolę odgrywa zastosowanie postępu naukowego i technicznego, wspomagających możliwości człowieka-lekarza. Czy możemy sobie obecnie wyobrazić skuteczną pracę lekarza bez USG, tomografu, rezonansu, bez markerów wykrywanych dzięki chemii, bez farmaceutyków wspomagających organizm pacjenta, bez stentów, transplantacji czy wiedzy o zapobieganiu chorobom? A na to trzeba pieniędzy. Pytanie, czy finanse mają pochodzić tylko z publicznej daniny? Tego jeszcze nie załatwiliśmy w naszym systemie.

- Dokumentacja medyczna. Zmora wielu placówek. Jak Pani sądzi, jaka jest rola osób zajmujących się dokumentacją medyczną?

- To duża odpowiedzialność. Od strony rozliczeń za świadczenia można powiedzieć, że tyle warta praca białego personelu, na ile adekwatnie oddaje to dokumentacja medyczna i jej kodowanie, czyli przeliczanie na pieniądze... Mówiąc wprost, znaczenie jest całkiem wymierne. Można je zmierzyć w złotychkach pozyskiwanych od NFZ za realizację kontraktu. Jeśli to ogniwo jest słabe - cały łańcuch jest słaby, a tych złotych jest wtedy mniej niż potrzeba placówce. Konsekwencje są oczywiste.

- Jako ważna osoba w NFZ musiała sobie Pani zadawać pytanie - czy w systemie nie jest za mało pieniędzy?

- Trudno temu zaprzeczyć. Ale z jednej strony nieubłagane liczby mówią o nieporównywalnie niskim procencie PKB przeznaczanym w Polsce na ochronę zdrowia, z drugiej strony szara strefa. No a ilość narzędzi, którymi tę sytuację możemy poprawić, jest ograniczona. Podniesienie składki? Czy ktoś na to przystanie w okresie bessy gospodarczej? Czy Polacy zaakceptują dodatkowe obciążenie składką? Może to, co powiem, jest niepopularne, ale moim zdaniem Polacy są w stanie zaakceptować wyższą składkę. Niemniej nie bezwarunkowo. Pacjenci zapłacą więcej, ale za coś, np. za wyższy poziom bezpieczeństwa zdrowotnego, i bardziej uporządkowany do-

stęp do świadczenia. W tym ostatnim kluczową rolę odgrywa obieg informacji, oparty obecnie na informatyzacji. Możemy odkryć, gdzie nie ma kolejek nawet w poszukiwanych specjalnościach, taką informację mamy na stronie wielkopolskiego oddziału NFZ. Widać, że zmiany w tym kierunku już następują.

- Jakie dostrzega Pani możliwości systematycznego zwiększania kontraktu dla placówki? Czy w ogóle świadczeniodawca ma możliwość przyczynienia się do pozytywnych rozstrzygnięć dla finansowej kondycji placówki? Mówiąc wprost, na ile wysokość kontraktu zależy od ZOZ, a na ile od dobrej czy złej woli NFZ?

- Złej woli w ogóle nie zakładam. Potwierdzą, że wolę nastawienie na partnerstwo. Przed decyzją o kierunku zmian warto pomyśleć przedyskutować we własnym oddziale NFZ. Z innej beczki - nie zawsze chodzi o zwiększanie kontraktu. Może o racjonalizację? Szczególnie w placówkach publicznych, bo tam są „nasze” pieniądze. Dlaczego bogate Niemcy nie stać na zakupy drogiego sprzętu do każdego szpitala? Trzeba uyskać obietnicę na zakup, na wydanie środków publicznych. A my, jak dotychczas, jesteśmy bardzo rozrzutni, ambicje decydentów nieraz przeważają nad zdrowym gospodarowaniem. A gdyby były to prywatne pieniądze decydenta, czy decyzja byłaby taka sama? Pewnie wiele z inwestycji nie wytrzymałoby takiego sprawdzianu i okazałoby się, że ich finansowanie jest niezasadne.

- Logika i dobro systemu nakazuje, żeby każdego roku placówka, która wykorzystuje kontrakt, ma nadwykonania, miała zapewnione wyższe finansowanie w roku następnym. Jak wygląda praktyka?

- Taka logika mogłaby obowiązywać chyba tylko w utopijnym świecie, który mam nadzieję, minął bezpowrotnie. Potrzebne jest jednak wtedy nielimitowane źródło finansowania. Jednak w tym problemie braków w finansach nie jesteśmy odoosobnieni. Patrząc na inne kraje, wiemy, że jeszcze nikt nie wynalazł systemu wolnego od przerostu popytu na lecze-

nie nad finansami publicznych ubezpieczycieli. Dopełniają je ubezpieczenia uzupełniające system. Dlatego kontrakty z NFZ, oznaczenie ich zawartości merytorycznej i barier finansowych póki co są konieczne. Praktykowany mechanizm cokuwartalnego przesuwania środków z jednej puli do innej za zgodą NFZ trochę to łagodzi. Tym ważniejsze w systemie, by wydawać gromadzone przez składkę pieniądze racjonalnie: na karetki, na leki, na zakup drogich urządzeń, z rozważą.

- Czy mogłaby Pani na chwilę wczuć się w rolę ministra lub szefa NFZ? Jakie widzi Pani rezerwy w kreowaniu polityki zdrowotnej?

- Nie chcę się wymądrzać. To te osoby widzą problemy z większej, niezbędnej do właściwej oceny perspektywy. Pokuszę się jednak, by stwierdzić, że sprawny system informatyczny gwarantujący dostęp do baz pacjentów na monitorach tam, gdzie jest to konieczne dla właściwych decyzji leczniczych, jest kluczem do oszczędności (np. ograniczenie polipragmazji). Leczenie uzyska lepszy wskaźnik koszt/efekt. Przyniesie także subiektywne przekonanie pacjenta o dobrej opiece i uśmiech personelu, a to dla menedżera bezcenne.

- Na początku roku media dużo uwagi poświęcały rejestrowi e-WUŚ. Czy Pani zdaniem można mówić o jakimś przełomie? Czy faktycznie system zdaje egzamin i pomaga usystematyzować pacjentów? Jakiekolejne posunięcia w zakresie informatyzacji uważa Pani za najpilniejsze?

- Tak, to pierwszy, od dawna oczekiwany, krok ku jednolitemu dokumentowi ubezpieczenia. Pomyśleć połączenia tego dokumentu z dowodem osobistym wydaje się ciekawym. A taka inwestycja spłaca się błyskawicznie, przez uszczelnienie systemu. W mojej placówce nie mamy z e-WUŚiem kłopotów, odpowiednio się do nowości przygotowaliśmy. Tak złożone bazy danych i system umożliwiający z nich korzystanie muszą korygować swą sprawność w praktyce. Trzymam kciuki za zmiany!



**Z Rafałem
Janiszewskim
rozmawia
Anna Moczulska**

Karetka nie powinna jechać do dzieci, ale do systemu

- Jesteśmy na świeżo po tragedii i skandalu, którymi żyła cała Polska. Dziewczynka z 40-stopniową gorączką czekała kilka dni na przyjęcie do szpitala. Najpierw zwlekano z decyzją o wysłaniu do niej karetki. Mimo prób nie przyjechał też lekarz rodzinny. Wszyscy grzmia, minister spotyka się ze specjalistami, daje sobie kilka tygodni na propozycje, wielki zamęt, wielki lament i ... co?

- Nie chcę być pesymistą, ale na razie wygląda, że niestety nic. Jednak, choć jestem krytyczny wobec wielu rzeczy w systemie opieki zdrowotnej, to patrzę na sprawy w szerszej perspektywie i muszę powiedzieć, że wykreowany przez media „obraz nędzy i rozpacz” ma się nijak do rzeczywistości. Jest krzywdzący. Defekty można i trzeba wyeliminować,

ale wszystko nie wygląda aż tak źle. Na co dzień współpracuję z setką szpitali i z moich rozmów z dyrektorami wynika, że niewiele z tego wszystkiego wyniknie. Niestety nie dość, że system stoi na głowie, to jeszcze zamiast naprawdę się zaistnowić i podjąć decyzję, szukamy jakichś półśrodków i wyważamy otwarte drzwi.

- Minister mówi, że trzeba dokonać korekty w zakresie nocnej i świątecznej opieki. Że trzeba „wyodrębnić dzieci” z systemu. Tyle, że konkretnie brak, a nawet pomysły, które padają, są mgliste. Z drugiej strony, na konferencji z Jurkiem Owsiakiem minister wezwał do szerokiej debaty. To ja już dziś pytam Pana, czy mamy kolejny węzeł gordyjski - patowłą

sytuację - brak dobrych rozwiązań? Czyżby system ratownictwa w Polsce leżał jak ten symptomatyczny i powtarzany do znudzenia „staw biodrowy”, na który trzeba czekać do 2020 roku?”

- Ależ nie! To nie ten przypadek. Mimo absolutnej tragedii, jaką jest śmierć dwuletniej Dominiki, akurat ratownictwo medyczne ma się nie najgorzej. System ratownictwa całkiem nieźle działa w stosunku do przeszłości. Od kilku lat wzrastały nakłady, pojawiły się helikoptery Lotniczego Pogotowia Ratunkowego, miejsca do ich lądowania... Problem jest szerszy, ale nie z samym ratownictwem, raczej z podejściem do leczenia dzieci, szczególnie tych najmłodszych. Jednak, żeby takie przypadki, jak małej Dominiki,

dokończenie na str. 12

dokończenie ze str. 11

się nie powtórzyły, wystarczą dość proste kroki i działania. Potrzeba jedynie odwagi i politycznej decyzji. Konsekwencji.

- Co by Pan zaproponował?

-To, że zdrowie dzieci, szczególnie tych najmłodszych, powinno być naszą szczególną troską, to oczywistość. Tyle, że działania ministra i NFZ jakoś tę oczywistość pomijają. Powinna ona nas prowadzić do uznania, że dzieci są wśród pacjentów grupy szczególnego ryzyka, które system powinien wyróżniać. Trzeba traktować je specjalnie. Dbać z pełną konsekwencją poprzez zapewnienie lekarzy i dostęp do środków. Tylko to, wzmocnione jasną deklaracją ministra, zapewni bezpieczeństwo i stworzy dyktorem szanse na ewentualne zatrudnienie brakujących lekarzy specjalistów.

- Trudno się zgodzić. Nic nowego pod słońcem. Ale w praktyce znów może być jak zawsze. Przy szumie medialnym minister zbiera konsylium i radzą. Potem „kompleksowe” załatwienie sprawy i pozorowane zmiany. A dlaczego tak? Jak nie wiadomo, o co chodzi...

- W tym wypadku pieniądze to rzecz w pewien sposób wtórna. Nie trzeba jakiegось wielkiego płacenia. Rozwiązanie jest proste. Każde zgłoszenie do dziecka musi być związane wyjazdem zespołu lekarskiego. Minister zadekretował stworzenie specjalnego „algorytmu” postępowania dla dyspozytorów. Ale to nie są stażysci, ludzie, którzy pierwszy raz siadają do telefonu i nie wiedzą, co robić. Prosty spraw nie należy komplikować. Jeśli do dziecka wzywa się karetkę, to po prostu musi ona do dziecka dojechać!

- Zaraz, zaraz. Będę adwokatem diabła. Przecież minister zapowiedział, że będzie chciał wprowadzić karetki pediatryczne. Temat wzmocnienia personelu pediatrami też się przejawiał. Co jest w Pana propozycji nowego?

- Nie tędy droga. Taki zespół na karetkę pediatryczną był w Polsce. Nie wiadomo, czemu z niego zrezygnowano, ale pewnie jak nie wiadomo, o co chodzi, to doskonale wiadomo, że przez pieniądze. Tylko, że taka karetka dla dzieci to nie musi być to koniecznie R-ka. Wystarczy

zespół z zestawem do reanimacji i ratowania życia. Chodzi o to, żeby nikt nie wahał się go wysłać.

- Czy to nie jest mrzonka? Już słyszę głosy, że nie można nikogo wyróżniać. Że karetki będą wyjeżdżać do kataru i niegroźnych biegunk. No i w końcu, jeśli wyróżnimy dzieci, to czemu nie wyróżnić też innych, np. osób starszych, dajmy na to po 75. roku życia?

- Przemawiają za tym proste argumenty. Procesy chorobowe u dziecka przebiegają szybko i dynamicznie. Każde schorzenie może być zagrażające życiu maluszka. Zgłoszenie do dziecka, nosi z sobą pewien specyficzny zupełnie problem. Pomijając dzieci, które same zgłaszają się na pogotowie, choć się zdarzają, stanowią raczej wyjątek, to rodzice są naszym jedynym źródłem informacji. Mówią, więc to, co myślą, że widzą. Często tacy rodzice nie patrzą na dziecko obiektywnie. Ojcowie i matki różnią się ocenami stanu dziecka nawet między sobą. Pewne rzeczy przejawiają, inne pomijają. Nie można mieć o to do nich żalu. Nikt nie rodzi się lekarzem, a w sytuacji stresu ciężko jest wymagać nawet aptekarskiej dokładności przy obserwacji dziecka. O pomyłkę łatwo, a może się skończyć tragicznie.

- Można mieć pewne wątpliwości. Powtórzę: - czemu dzieci powinniśmy potraktować szczególnie?

- Odpowiem wprost. Osoba dorosła potrafi bardziej lub mniej precyzyjnie opisać swój stan. Kiedy nie może tego uczynić - to oznacza, że już ciężko jest z nią bardzo. Specjalne prawa wynikają z wyjątkowej sytuacji pacjentów. To pewien koszt, który trzeba ponieść. Procesy chorobowe u dzieci przebiegają bardzo dynamicznie. Objawy nie zawsze są adekwatne w stosunku do tego, co moglibyśmy podejrzewać. Nie każdy rodzic, mówiąc delikatnie, wie dokładnie, na co zwracać uwagę. Może teraz ludzie, nauczani przykrymi doświadczeniami, ośmielią się dzwonić nawet, jeśli nie ma ewidentnej potrzeby. Część informacji będzie na pewno myląca, ale tak było już wcześniej, więc ewentualnie możemy zaobserwować pewien wzrost, a nie zupełnie nowe zjawisko, więc będzie tu też rola lekarzy. Ale przy tym wszystkim jedno jest

najważniejsze - nikt nie powie, że nie zrobiliśmy wszystkiego, co należało.

- Mówi Pan to poważnie. Wydaje się, że jednak taki pomysł jest demagogią.

- Nie. Biorę odpowiedzialność. Ministrowi wydaje się, że robi krok do przodu, gdy zweryfikuje zgłoszenia - wprowadzi algorytm i zmieni opiekę. Trzeba też uczciwie powiedzieć, wyniki w postaci wezwań karetek wynikają z niedoszacowania innych zakresów POZ, ambulatoryjna opieka specjalistyczna. Skutkiem zaniechań jest to, że matka, która za prośbą „nie dobiła się” do lekarza, zadzwoni po karetkę.

- Wie Pan doskonale, że w dobie kryzysu każde zmiany trzeba wytłumaczyć. Znów dochodzimy do pytania - ile to będzie kosztować?

- Zaraz o tym powiem, ale najpierw wstęp. Moja kancelaria robi audyty w szpitalach w całej Polsce i w całym kraju przeglądamy historie choroby, przyczyny przyjęć, hospitalizacje. I co widzimy? Często leczy się dzieci, bo trzy czy cztery dni wcześniej nie miały kontaktu z lekarzem. Jeżeli dostajemy zgłoszenie, że dziecko ma wysoką gorączkę i kaszle, dyspozytor mówi - niech pani idzie do lekarza pierwszego kontaktu. Ona czeka - daje paracetamol i trafia do lekarza dwa dni później. Ale już wtedy z zapaleniem płuc. Każdy lekarz skieruje wtedy natychmiastowo do szpitala, dziecko zostanie przyjęte, ale koszt jego opieki można szacować w granicach co najmniej dwóch tysięcy złotych. W tym samym momencie karetka kosztowałaby np. 300 zł, lekarze dąliby antybiotyk, zalecenia matce, a po tygodniu dziecko byłoby zdrowe, a nam pieniądze zostałyby na inne świadczenia.

- Diabeł tkwi w szczegółach. Czy jest Pan przekonany, że chodzi o taką właśnie skalę finansowania?

- Nawet gdyby koszt takiego jednorazowego wyjazdu wyniósł 500 zł, to nie da się zaprzeczyć, że każda hospitalizacja, do której później może dojść, kosztuje dwa razy tyle. Gdy chore dziecko, dajmy na to z gorączką niespadającą od 4 dni, dostanie się do specjalisty z POZ - rodzinnego lub pediatry, to nikt z nich nie będzie ryzykować. Skieruje od razu do szpitala w trybie nagłym. Należy wdrożyć obligatoryjne wyjazdy i opisywać rejestr

nieuzasadnionych wezwań karetki do spraw błahych, które można było załatwić u lekarza rodzinnego. Wtedy wyjdzie czarno na białym, gdzie zawodzi POZ. Jeśli np. z konkretnego powiatu zadzwoni dwa razy tyle osób, co w innych, to powinno od razu być sygnałem, że w tym rejonie POZ nie działa. I tam jest miejsce na reakcję NFZ.

Zresztą sprawa jest prosta. Wystarczy, że powikłania wskutek braku pomocy pogotowia dotkną co dziesiątego dziecka, a co tysięczne dziecko z tego samego powodu umrze. Czy powinniśmy się wahać?

- Jeśli dobrze rozumiem, to jednak sytuacja jest patologiczna. To znaczy, że prawa pacjenta są tylko na papierze, a złe przepisy nakładające szpitale do działania wbrew dobru pacjentów w rzeczywistości...

- Tu dochodzimy do sedna praw pacjenta, a w zasadzie pacjenta-dziecka. Co szczególnie ważne, takie rozróżnienie to w Europie standard. Od 2002 roku Karta Praw Dziecka w szpitalu pacjenta jest oficjalnym dokumentem Unii Europejskiej. Ona powinna być pierwszym krokiem do unormowania tej sytuacji. Od lat mówi się na przykład o tym, jak pomóc w przebywaniu rodzicom z dzieckiem. Jaki cennik wprowadzić? Karta Praw Dziecka w szpitalu wskazuje, co powinniśmy zapewniać dzieciom w ramach opieki zdrowotnej. Jednak decydenci kompletnie to lekceważą, co szczególnie razi, gdy ministrem zdrowia jest lekarz pediatra.

- Jakie jeszcze prawa dziecka w szpitalu wskazuje dokument Unii?

Karta praw dziecka w szpitalu wymienia je wprost:

1. Dzieci powinny być przyjmowane do szpitala tylko wtedy, kiedy leczenie nie może być prowadzone w domu, pod opieką poradni lub na oddziale dziennym.
2. Powinny mieć prawo do tego, aby cały czas przebywali razem z nimi w szpitalu rodzice lub opiekunowie. Nie powinno być żadnych ograniczeń dla osób odwiedzających - bez względu na wiek dziecka.
3. Rodzicom należy stwarzać warunki pobytu w szpitalu razem z dzieckiem, należy ich zachęcać i pomagać im

w pozostawaniu przy dziecku. Pobyt rodziców nie powinien narażać ich na dodatkowe koszty lub utratę zarobków. Aby mogli oni uczestniczyć w opiece nad dzieckiem, powinni być na bieżąco informowani o sposobie postępowania i zachęcani do aktywnej współpracy.

4. Dzieci i rodzice powinni mieć prawo do uzyskiwania informacji, a w przypadku dzieci, w sposób odpowiedni do ich wieku i możliwości pojmowania. Należy starać się o łagodzenie i unikanie stresów fizycznych i emocjonalnych u dziecka w związku z jego pobytem w szpitalu.
5. Dzieci i ich rodzice mają prawo współuczestniczyć we wszystkich decyzjach dotyczących leczenia. Każde dziecko powinno być chronione przed zbędnymi zabiegami diagnostycznymi i leczniczymi.
6. Dzieci powinny przebywać razem z innymi dziećmi w podobnym wieku. Nie należy umieszczać dzieci razem z dorosłymi.
7. Dzieci powinny mieć możliwość zabawy, odpoczynku i nauki odpowiedniej do ich wieku i samopoczucia. Ich otoczenie powinno być tak zaprojektowane, urządzone i wyposażone, aby zaspokajało dziecięce potrzeby.
8. Przygotowanie i umiejętności personelu muszą zapewniać zaspokajanie potrzeb fizycznych i psychicznych dzieci.
9. Zespół opiekujący się dzieckiem w szpitalu powinien zapewnić mu ciągłość leczenia.
10. Dzieci powinny być traktowane z taktem i wyrozumiałością. Ich prawo do intymności powinno być zawsze szanowane.

Moim zdaniem należy do tego dodać, że dzieci powinny mieć prawo pierwszeństwa. To powinno być prawo „małego pacjenta”. Musimy się z tym poważnie zmierzyć.

Kolejna **RZECZ** - hospitalizować powinniśmy tylko **wtedy**, gdy jest to niezbędne. W Polsce niestety jest inaczej. Deficyty w POZ łąta się właśnie poprzez przyjmowanie do szpitala na szeroką diagnostykę. Czekanie, aż wszystkie potrzebne badania wykona się za pomocą lekarza w poradni pierwszego kontaktu, trwałoby bardzo długo. I tak wszystko się rozsypuje. Brakuje realnych regulacji.

Kompleksowości. Europejska Karta Praw Pacjenta Dziecka - to **Dużo** zapisów, ale nie trzeba ich przepisywać wprost. To raczej wskazanie, jak zmierzać do pożądanego stanu i jak doprowadzić do zabezpieczenia dziecka chorego, wymagającego pomocy. To jest przykład tego, jak dochodzić do pożądanego stanu. Druga sprawa to kolejki. Ja wiem, że wszyscy czekają na przyjęcia do szpitala. Starsi, renciści, ale komu jest łatwiej poczekać i wytłumaczyć? Trzylatkowi, który cierpi, boi się, jest zdezorientowany i nie ma jeszcze żadnego doświadczenia w znoszeniu choroby? Trzeba określić jasno stany dziecka, do których zawsze bezwzględnie jedziemy - to są gorączki, wymioty, biegunki. Dlaczego nie możemy potraktować priorytetowo dzieci i powiedzieć, że dzieci stać w kolejce nie mogą? Oczywiście wiąże się to z większymi nakładami na szpitale i oddziały dziecięce. Pieniądze będą siłą rzeczy płynąć do nich szerszym strumieniem. Ale jednak nawet, jeśli odejdziemy od kwestii czysto ludzkich i spojrzymy chłodnym okiem - dajmy na to ekonomicznym. Jeżeli Unia Europejska przyjmuje Kartę Praw Małego Pacjenta, to stanowi wytyczną dla działania Ministra. Jesteśmy krajem członkowskim, więc przyjmujemy wszystkie regulacje Unii.

Każdy obywatel ma prawo się zwracać do instytucji europejskich w celu osądzenia jego sytuacji. Bezlimitowość dla dzieci to podejście rewolucyjne. Ale trzeba szukać takich rozwiązań, które zminimalizują ryzyko. Jeśli wzrost kosztowałby 3 mln złotych, to taki koszt musimy ponieść. Tak naprawdę metaforycznie możemy powiedzieć, że dziś taka karetka potrzebna jest nie tylko dla wszystkich dzieci, ale do całego systemu regulacji związanych z leczeniem dzieci. I trzeba ją wysłać jak najszybciej.

A na marginesie - czy przypadkiem nie wydajemy kilku milionów więcej na powikłania chorobowe dzieci, które nie dostały się do specjalisty? Warto zapytać o to ministra i NFZ. Jeśli faktycznie myślimy poważnie o zagrożeniu stopniowym wymieraniem Polaków, to czy możemy sobie pozwolić na lekceważenie zdrowia dzieci. Ja na pewno tego nie akceptuję i będę walczył o specjalne traktowanie dzieci - do skutku.

WZW C

Zapalenie wątroby typu C wywołane przez wirus HCV uznawane jest bardzo często jako przyczyna nowotworu złośliwego lub marskości wątroby. Wirus ten jest poważnym problemem społecznym. Zgodnie z danymi Polskiej Grupy Ekspertów HCV do tej pory wykryto między 20 a 50 tys. osób zakażonych. Jest to niewielki odsetek wykrywalności. Główna przyczyna związana jest z długim okresem bezobjawowym choroby trwającym nawet 20-30 lat.

Łukasz Puchalski



Finansowanie leczenia

Leczenie wirusowego zapalenia wątroby typu C realizowane jest w placówkach ochrony zdrowia w głównej mierze na zasadach opartych według programu lekowego.

Zgodnie z zarządzeniem nr 27/2012/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 10 maja 2012 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenia szpitalne w zakresie programy zdrowotne (lekowe) - z późniejszymi zmianami.

Podstawą do rozliczania świadczeń zdrowotnych wykonywanych w ramach programów zdrowotnych (lekowych) jest rachunek wraz z raportem statystycznym oraz sprawozdanie w formie załącznika sprawozdawczo-rozliczeniowego dla świadczeń z zakresu programów zdrowotnych (lekowych), którego wzór i zakres danych określa załącznik nr 4 do umowy podpisanej przez Świadczeniodawcę z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Zgodnie z zasadami kodowania świadczeń zdrowotnych wykonywanych w ramach programu zdrowotnego (lekowego) każdy świadczeniodawca zobowiązany jest do stosowania zasad określonych opisem danego programu i rozliczania:

- Świadczenia z katalogu 1k do zarządzenia, np. hospitalizacja związana z wykonaniem programu - płatna 9 punktów

za każdy osobodzień,

- Świadczenia z katalogu 1l - katalogu ryczałtów za diagnostykę w danym programie lekowym (Diagnostyka w programie leczenia przewlekłego WZW typu B lub C interferonem alfa pegylovanym - 69 punktów; Diagnostyka w programie leczenia przewlekłego WZW typu B lub C interferonem alfa naturalnym lub interferonem alfa rekombinowanym - 42 punkty)
- Katalogu leków refundowanych - załącznik nr 1m do zarządzenia.

Należność za zrealizowane świadczenia to suma iloczynów liczby udzielonych świadczeń, ich wartości punktowych określonych w katalogu świadczeń (1k), katalogu ryczałtów (1l) i ceny punktu oraz ilości substancji czynnych podanych świadczeniobiorcom w powiązaniu z lekami identyfikowanymi poprzez kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN, wagi punktowej jednostki miary leków określonych w katalogu leków, ceny punktu i taryfy dla danego kodu EAN lub innego kodu odpowiadającego kodowi EAN. Aby tego dokonać, należy zastosować w rozliczeniu wzór tzw. taryfy.

$$T = L/I$$

Literą „L” oznaczona jest cena z faktury zakupu leku dla danego kodu EAN lub innego kodu odpowiadającego kodowi EAN, nie wyższa niż wysokość limitu finansowania zgodna z aktualnym obwieszczeniem ministra właściwego do spraw zdrowia. Natomiast „I” to liczba jednostek miary (jednostka miary

zgodna z załącznikiem nr 1m do zarządzenia) w opakowaniu dla danego kodu EAN lub innego kodu odpowiadającego kodowi EAN.

Powyższe zasady wynikają ze zmiany programów terapeutycznych na programy zdrowotne (lekowe). Wprowadzenie Ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych spowodowało zmiany wielu regulacji prawnych odnoszących się do całego systemu ochrony zdrowia w Polsce. W związku z powyższym to dzięki zapisom ustawy dziś istnieją programy lekowe.

W przypadku wirusowego zapalenia wątroby typu C leczenie oparte jest na opisie programu Leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C. Cały proces diagnostyczno-terapeutyczny musi być zgodny z informacjami zawartymi w wyżej wymienionym opisie. W przeciwnym wypadku Płatnik, podczas kontroli, może zakwestionować rozliczenie, co będzie się wiązało z cofnięciem nienależnie wypłaconych środków finansowych. Leczenie WZW C w programie lekowym opiera się na następujących substancjach czynnych:

Interferon Pegylowany Alfa - 2A,
Interferon Pegylowany Alfa - 2B,
Interferon Rekombinowany Alfa - 2A,
Interferon Rekombinowany Alfa - 2B,
Interferon Alfa Naturalny,
Rybawiryna.

Kryteria kwalifikacji do terapii programem lekowym leczenia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C

Należy zwrócić uwagę na to, że nie wszyscy pacjenci mogą być kwalifikowani do opisywanego programu lekowego. W przypadku wystąpienia poniższych objawów nie można jej zastosować.

Zgodnie z opisem programu kwalifikowani są do niego pacjenci, którzy ukończyli 3. rok życia, chorzy na przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C spełniający poniższe kryteria:

- obecność wirerii HCV RNA w surowicy krwi lub w tkance wątrobowej,
- obecność przeciwciał Anty - HCV,
- występowanie zmian zapalnych i włóknienia w obrazie histopatologicznym wątroby, u pacjentów z genotypem 2 i 3 oraz w przypadkach, w których można odstąpić od wykonania biopsji wątroby i potwierdzić inną nieinwazyjną metodą o udowodnionej naukowo skuteczności (badanie elastograficzne, fibroscan, badanie metodą fibrotest)

Do programu są kwalifikowani pacjenci powyżej 3. roku życia z poza wątrobową manifestacją zakażenia HCV, bez względu na zaawansowanie choroby w obrazie histopatologicznym. Opis programu zawiera również informację na temat szczegółowego profilu kwalifikacji pacjentów do leczenia interferonami pegylowanymi alfa. Są to sytuacje, w których musi wystąpić przewlekłe zapalenie wątroby lub wyrównana marskość wątroby, poza wątrobową manifestacją zakażenia HCV, niezależnie od zaawansowania choroby w obrazie histopatologicznym. U pacjentów w wieku od 3. do 18. roku życia stosuje się interferon rekombinowany alfa-2b, w przypadku spełnienia wszystkich poniższych warunków:

- brak wcześniejszego leczenia,
- brak cech dekompensacji czynności wątroby,
- stwierdzenie obecności HCV-RNA w surowicy,
- stwierdzenie obecności przeciwciał anty-HCV w surowicy.

Zgodnie z opisem, szczegółowe kryteria kwalifikacji do leczenia interferona-

mi rekombinowanymi alfa, jakie pacjent musi spełnić, to przeciwwskazania do stosowania interferonu pegylowanego, nietolerancja lub wystąpienie działań niepożądanych po stosowaniu tej substancji czynnej.

Interferon rekombinowany alfa w leczeniu wirusowego zapalenia wątroby typu C u dorosłych jest stosowany tylko w przypadku niemożności zastosowania interferonu pegylowanego alfa.

Szczegółowe kryteria kwalifikacji do leczenia interferonem naturalnym to niepowodzenie terapeutyczne po leczeniu interferonem pegylowanym lub interferonem rekombinowanym i potwierdzone celowość ponownego rozpoczęcia leczenia. To także nietolerancja i wystąpienie innych działań niepożądanych po stosowaniu interferonu pegylowanego lub interferonu rekombinowanego, zaawansowane włóknienie lub wyrównana marskość wątroby.

Kryteria dyskwalifikacji z programu lekowego

Zgodnie z wytycznymi programu pacjent może być zdyskwalifikowany z udziału w programie w przypadku, gdy wystąpi jeden z czynników dyskwalifikujących z możliwości przeprowadzenia kwalifikacji (tabela nr 2). Możliwe jest to również w przypadku wystąpienia działań niepożądanych leków (zgodnie z charakterystyką produktu leczniczego lub w opinii lekarza) uzasadniające przerwanie leczenia.

Koszty terapii

Wskazane poniżej koszty terapii w programie lekowym leczenia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C oparte zostały na podstawie stałej ceny jednostki rozliczeniowej leku w całej Polsce wynoszącej 1 punkt - 1 złoty oraz wycenę zgodnej z najnowszym obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 października 2012 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na dzień 1 listopada 2012 r. (tabela nr 1). Cena, która płacona jest z funduszy Płat-

nika, pokrywa cenę zakupu leku. Tym samym rozliczana jest dawka podana pacjentowi oraz cała utylizacja niewykorzystanej części substancji czynnej. W terapii leczenia pacjentów według programu lekowego istotna jest wartość samej hospitalizacji. Jak już wspomniano powyżej, wartość jednego osobodnia wynosi 9 punktów (w przeliczeniu na złotówki 1 punkt = 52 zł), czyli 468 zł.

Zgodnie ze schematem dawkowania zawartym w opisie programu lekowego dawkowanie poszczególnych substancji czynnych wygląda następująco:

Leczenie przewlekłego WZW typu C - Peginterferonum alfa - 2a

1. Pacjenci z G1 oraz cEVR uprzednio leczeni 72 tygodnie: 180 mcg/tydzień przez 72 tygodnie równe jest 960 mcg. Koszt takiej terapii wynosi 58 320 zł.
2. Pacjenci z genotypem 1/4 48 tygodni: 180 mcg/tydzień przez 48 tygodni równe jest 8640 mcg. Koszt terapii wynosi 38 880 zł.
3. Pacjenci z genotypem 2/3 oraz genotypem 1/4, LVL, RVR 24 tygodnie: 180 mcg/tydzień przez 24 tygodnie równe jest 4320 mcg. Koszt terapii wynosi 19 440 zł.
4. Pacjenci z genotypem 2/3, LVL, RVR 16 tygodni: 180 mcg/tydzień przez 16 tygodni równe jest 2880 mcg. Koszt terapii wynosi 12 960 zł.

W zależności od zastosowanego preparatu, placówki ochrony zdrowia wykazują różne koszty. Związane jest to przede wszystkim z zakupem leku oraz innym schematem terapii określonym w programie lekowym. Koszty dokładnej diagnostyki można przyjąć, że są takie same dla wszystkich stosowanych substancji czynnych. Zgodnie z danymi placówek ochrony zdrowia z Górnego Śląska diagnostyka wykonywana podczas kwalifikacji do programu lekowego trwa ok. 2 dni i wynosi 936 zł (tryb przyjęcia - hospitalizacja). W przypadku leczenia WZW typu C pacjenci z G1 oraz cEVR uprzednio leczeni przez 72 tygodnie (71 podań - hospitalizacja) całkowity koszt refundacji leku wyniesie 7 384 zł. Natomiast refundacja w trybie ambulatoryjnym (20 podań - lek jest najczęściej

dokończenie na str. 16

Tabela 1.

Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania
Interferonum alfa-2a	Roferon-a, roztwór do wstrzykiwań, 3 mln j.m./0,5 ml	1 strzyk. a 0,5 ml (+igła)	5909990465118	50,33	53,85	53,85
Interferonum alfa-2a	Roferon-a, roztwór do wstrzykiwań, 6 mln j.m./0,5 ml	1 strzyk. a 0,5 ml (+igła)	5909990465316	100,67	107,72	107,72
Interferonum alfa-2a	Roferon-a, roztwór do wstrzykiwań, 9 mln j.m./0,5 ml	1 strzyk. a 0,5 ml (+igła)	5909990465415	150,99	161,56	161,56
Interferonum alfa-2b	IntronA, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 25 mln j.m./2,5 ml	1 fiol. a 2,5 ml + 6 zest. (1 zest.: strzykawka + igła do wstrzykiwań + 2 waciki)	5909990004805	419,58	448,95	448,95
Interferonum alfa-2b	IntronA, roztwór do wstrzykiwań, 15 mln j.m./ml	1 doz. a 1,2 ml + 12 zest. (1 zest.: igła do wstrzyk. + wacik)	5909990858118	302,1	323,25	323,25
Interferonum alfa-2b	IntronA, roztwór do wstrzykiwań, 25 mln j.m./ml	1 doz. a 1,2 ml + 12 zest. (1 zest.: igła do wstrzyk. + wacik)	5909990858217	503,49	538,73	538,73
Interferonum alfa	Alfaferone, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 3000000 j.m.	1 amp. a 1 ml	5909990861118	105,84	113,25	113,25
Interferonum alfa	Alfaferone, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 6000000 j.m./ml	1 amp. a 1 ml	5909990861217	211,68	226,5	226,5
Ribavirinum	Rebetol, kaps. twarde, 200 mg	140 kaps.	5909990999828	1577,26	1687,67	1687,67
Peginterferonum alfa-2a	Pegasys, roztwór do wstrzykiwań, 135 mcg/0,5 ml	1 wstrz. + 2 gaziki nasączone alkoholem	5909990881192	664,99	711,54	650,03
Peginterferonum alfa-2a	Pegasys, roztwór do wstrzykiwań, 180 mcg/0,5 ml	1 wstrz. + 2 gaziki nasączone alkoholem	5909990881260	810	866,7	866,7
Peginterferonum alfa-2a	Pegasys, roztwór do wstrzykiwań, 270 mcg/ml	1 amp.-strz. a 0,5 ml (+igła)	5909990984718	664,99	711,54	650,03
Peginterferonum alfa-2a	Pegasys, roztwór do wstrzykiwań, 360 mcg/ml	1 amp.-strz. a 0,5 ml (+igła)	5909990984817	810	866,7	866,7
Peginterferonum alfa-2b	Pegintron, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 0,05 mg/0,5ml	1 zest. (1 wstrz.+1 igła+ 2 waciki)	5909991039110	297	317,79	317,79
Peginterferonum alfa-2b	Pegintron, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 0,12 mg/0,5ml	1 zest.	5909991039219	712,8	762,7	762,7
Peginterferonum alfa-2b	Pegintron, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 0,08 mg/0,5ml	1 zest.	5909991039318	475,2	508,46	508,46
Peginterferonum alfa-2b	Pegintron, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 0,15 mg/0,5ml	1 zest.	5909991039417	891	953,37	953,37
Peginterferonum alfa-2b	Pegintron, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 0,1 mg/0,5ml	1 zest.	5909991039516	594	635,58	635,58

dokończenie ze str. 15

jest wydawany na 2 lub 4 tygodni, zgodnie z terminami koniecznymi do realizacji świadczenia) łączny przychód wyniesie 3 016 zł (koszt leku 2080 + diagnostyka).

Pacjenci z genotypem 1/4 48 tygodni. W przypadku 47 podań leku całkowity koszt refundacji leku wyniesie 4 888 zł + koszty diagnostyki przy kwalifikacji. W przypadku ambulatorium lek jest wydawany pacjentowi. Zgodnie z opisem programu lekowego 14 wizyt (w celu wydania pacjentowi leku), podczas których Płatnik zrefunduje koszty podania w kwocie 1 456 zł + koszty poniesione na diagnostykę 936 zł.

W przypadku pacjentów z genotypem 2/3 oraz genotypem 1/4, LVL, RVR. 24 tygodnie. W przypadku 23 podań w trybie hospitalizacji koszty refundacji leku wyniosą 2392 zł. W sytuacji wydawania leku pacjentowi do domu na 2 lub 4 tygodnie (tryb ambulatoryjny - 9 podań) koszt refundacji wyniesie 936 zł + koszty poniesione na diagnostykę 936 zł.

Pacjenci z genotypem 2/3, LVL, RVR.

Tabela 2.

Kryteria uniemożliwiające kwalifikację do programu lekowego	Nadwrażliwość na substancję czynną lub substancję pomocniczą
	Niestwierdzenie HCV RNA w surowicy lub w tkance wątrobowej przy obecności przeciwciał anti-HCV
	Niewyrównana marskość wątroby
	Ciężka współistniejąca choroba serca, w tym niewydolność krążenia, niestabilna choroba wieńcowa
	Niewyrównana cukrzyca insulinozależna
	Choroby o podłożu autoimmunologicznym z wyłączeniem autoimmunologicznego zapalenia wątroby typu II (anty-LKM-1)
	Niewyrównana nadczynność tarczycy
	Retinopatia (po konsultacji okulisty)
	Padaczka (po konsultacji neurologicznej)
	Czynne uzależnienie od alkoholu lub środków odurzających
	Ciąża lub karmienie piersią
	Czynna psychoza, depresja (po konsultacji psychiatrycznej)
	Choroba nowotworowa czynna lub z dużym ryzykiem wznowy (po konsultacji onkologicznej, hematologicznej lub hematologicznej);
	Inne przeciwwskazania do stosowania poszczególnych rodzajów interferonu albo rybawiryny określone w odpowiednich charakterystykach produktów leczniczych

16 tygodni. W tym przypadku (15 podań leku - tryb hospitalizacja) koszty refundacji wyniosą 1560 zł. W przypadku wyda-

wania leku na 2 lub 4 tygodnie (tryb ambulatoryjny) refundacja kosztów wyniesie 728. Należy również pamiętać o kosztach

diagnostyki wynoszącej 936 zł (kwalifikacja do programu).

Schemat leczenia i monitorowania pacjenta w programie lekowym WZW typu C

Jak wspomniano na wstępie, w przypadku rozliczania programu lekowego pod uwagę należy wziąć wartość hospitalizacji, podanych bądź wydanych leków oraz ryczałt za diagnostykę rozliczany jednorazowo raz w roku lub w częściach wykonanych nie więcej niż do kwoty określonej (suma części ryczałtu wykazywanych w ciągu roku daje 1). Zgodnie z opisem programu leczenia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C pacjenci z genotypem 1 lub 4, u których stosuje się schemat monitorowania le-

czenia interferonem alfa pegylovanym przedstawiony został w poniższej tabeli. Zgodnie z danymi wspomnianych wcześniej szpitali łączne koszty monitorowania wynoszą 942 zł.

W przypadku monitorowania leczenia oprócz badań przedstawionych w tabeli 3 należy pamiętać o tym, aby na zakończenie leczenia - w 24 albo 48 (dane zaznaczone w tabeli w tym tygodniu), albo 72 tygodniu wykonać oznaczenie poziomu GGTP, fosfatazy zasadowej, stężenie kreatyniny, poziomu kwasu moczowego, TSH, ft4, AFP, proteinogram, badanie USG jamy brzusznej oraz PCR GCV metodą ilościową lub jakościową. Po 24 tygodniach od zakończenia terapii wykonać PCR HCV metodą ilościową lub jakościową.

Wynik finansowy placówki

Każdy szpital realizujący świadczenia zdrowotne związane z leczeniem pacjentów w programach lekowych musi liczyć swoje koszty i przyrównywać je do przychodów z Narodowego Funduszu Zdrowia. W przypadku stosowania leczenia WZW typu C w programie lekowym, w zależności od czasu terapii, koszty i przychody przedstawia tabela nr 4.

W każdym przypadku wynik finansowy jest dodatni w przedziale od 1 565 zł do 11 339 zł. Biorąc pod uwagę przychody z tytułu ryczałtu za diagnostykę w przypadku stosowania leczenia peginterferonem alfa 2a, należy stwierdzić, iż stosowanie tej terapii jest bardziej korzystne.

Tabela 3.

dzień/tydzień	Badania														
	morfologia kroci	ALAT	próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym	poziom PCR HCV metodą ilościową (G1) u pacjentów z wyjściową wiramią poniżej 600 000 IU/ml	poziom PCR HCV metodą ilościową	poziom PCR HCV metodą ilościową lub jakościową	stężenie kreatyniny	poziom kwasu moczowego	TSH	ft4	AFP	GGTP	fosfotaza zasadowa	proteinogram	USG jamy brzusznej
dzień 1	*	*	*												
tydzień2	*	*													
4	*	*		*											
6	*	*													
8	*	*													
12	*	*			*		*	*	*	*					
16	*	*													
20	*	*													
24	*	*				*	*	*	*	*	*				
28	*	*													
32	*	*													
36	*	*					*	*	*	*					
40	*	*													
44	*	*													
48	*	*				*	*	*	*	*		*	*	*	*
52	*	*													
56	*	*													
60	*	*					*	*	*	*					
64	*	*													
68	*	*													
72	*	*													

Tabela 4.

I.p.	lek/wskazanie	Wycena terapii NFZ	Koszt leku	Wynik 2-3	Podanie leku	Ryczałt za diagnostykę	koszt wymaganych badań do kwalifikacji	Koszt wymaganych badań do monitorowania	wynik
	WZW C	2	3	4	5	6	7	8	9
1	peginterferon alfa 2a - 72 tyg.*	58 320,00	58 320,00	0,00	8 320,00	4 784,00	823,00	942,00	11 339,00
2	peginterferon alfa 2a - 72 tyg.**	58 320,00	58 320,00	0,00	3 016,00	4 784,00	823,00	942,00	6 035,00
3	peginterferon alfa 2a - 48 tyg.*	38 880,00	38 880,00	0,00	5 824,00	3 588,00	823,00	794,00	7 795,00
4	peginterferon alfa 2a - 48 tyg.**	38 880,00	38 880,00	0,00	2 392,00	3 588,00	823,00	792,00	4 365,00
5	peginterferon alfa 2a - 24 tyg.*	19 440,00	19 440,00	0,00	3 328,00	1 794,00	823,00	540,00	3 759,00
6	peginterferon alfa 2a - 24 tyg.**	19 440,00	19 440,00	0,00	1 872,00	1 794,00	823,00	540,00	2 303,00
7	peginterferon alfa 2a - 16 tyg.*	12 960,00	12 960,00	0,00	2 496,00	1 196,00	823,00	472,00	2 397,00
8	peginterferon alfa 2a - 16 tyg.**	12 960,00	12 960,00	0,00	1 664,00	1 196,00	823,00	472,00	1 565,00

Wariacje o dokumentacji. Kreatywność czy praktyczność Naczelnej?

Dorota Dacz



W tym wydaniu *Systemu* kontynuuję rozważania dotyczące dokumentacji medycznej prowadzonej przez personel pielęgniarski. Jak wspomniałam, Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie dokumentacji medycznej z 21 grudnia 2010 roku określa, jakie dokumenty powinny być prowadzone przez personel. Sprawa nie jest jednak tak klarowna, jak wydawać by się mogło...

Liczne audyty prowadzone przez naszą kancelarię pokazują, jak szeroko sięga kreatywność w sporządzaniu druków przez personel pielęgniarski i w jak prosty sposób wprowadza się liczne załączniki do obiegu w szpitalu.

Tylko czy owa łatwość niesie ze sobą jakikolwiek pożytek i czy zapisy w dokumentacjach mają rzeczywiście merytoryczną wartość?

NIE ZAWSZE

Żeby ocenić wartość dokumentacji, trzeba zadać sobie pytanie: po co w ogóle prowadzi się dokumentację przez pielęgniarki? Jeżeli po to, aby odzwierciedlić proces pielęgnacyjny i leczniczy, to trafiamy w sedno. Ale co jeśli jest inaczej? Skąd dzieje się tak liczne wprowadzanie dokumentów do historii choroby? Wydaje się, że najczęściej źródło takiego działania znajduje się w Internecie, prasie, rozmaitych komunikatach, zaleceniach, standardach. A może stanowi chorobliwą obawę przed popełnieniem błędu?

Tylko czy dodatkowy druk uchroni nas przed pomyłką?

Niezależnie od przyczyny, racjonalnym rozwiązaniem tego problemu jest zorganizowanie w Twojej placówce „narady wojennej”, podczas której przeanalizujesz wszystkie dokumenty dotychczas sporządzane i prowadzone. Dokonaj rzetelnej analizy, dzieląc je w pierwszej kolejności na te, które są niezbędne z prawnego punktu widzenia - jeśli masz wątpliwości, zerknij do wskazanego powyżej Rozporządzenia. Te, które są każdorazowo uzupełniane przez pielęgniarki i mają dla Was znaczenie w postępowaniu z pacjentem oraz na te, których idei prowadzenia do końca nie rozumiecie. Po takiej selekcji może się szybko okazać, że wśród tej ostatniej grupy znajdują się dokumenty, których stosowanie w szpitalu jest bezzasadne.

Taka selekcja powinna opierać się na pewnych zasadach. Druki muszą stanowić odzwierciedlenie Waszej pracy. Co to oznacza w praktyce? Nic innego

jak konieczność uwzględnienia, a zatem pozostawienia dokumentów odnoszących się do indywidualnych czynności wykonywanych wobec pacjenta, najczęściej codziennych. (Uwaga! W „nagłych przypadkach”, czyli w sytuacji, gdy w Waszych szpitalach druk ten nie istnieje do tej pory, konieczne jest jego niezwłoczne stworzenie). Ich forma jest zupełnie dowolna i nie ma żadnych konkretnych wytycznych, jak powinny one wyglądać.

Przy ich opracowaniu pamiętajmy jednak o uwzględnieniu norm określonych w zapisach Rozporządzenia, czyli m.in. konieczności autoryzacji zapisów.

Dobrze sporządzony druk uwzględni wiele elementów prowadzonej opieki, bez potrzeby rozbijania i mnożenia dokumentów.

ADNOTACJE PIELĘGNIARSKIE, czyli czy pacjent przespał noc spokojnie i nie tylko...

Czy w Twoim szpitalu pielęgniarki dokonują codziennych adnotacji? Docenimy ich rolę. Patrząc na tę kwestię prak-

tycznym okiem, dobrze i rzetelnie prowadzone notatki pielęgniarskie są w stanie zastąpić większość druków prowadzonych w Waszym szpitalu. Co oznacza dobrze zrobiona notatka? Odnosi się ona nie tylko do udzielonych przez pielęgniarki świadczeń, ale opisuje stan pacjenta ze znacznie większą częstotliwością i w oparciu o więcej szczegółów niż niejedna adnotacja lekarska. Przecież informacje z obserwacji odleżyn czy wklucia można umieścić w notatce. Czy rzeczywiście konieczne jest uwzględnienie tego aspektu opieki w oddzielnym dokumencie?

NIE

Zaliczmy adnotacje pielęgniarskie do elementów niezbędnych w prowadzonej dokumentacji pielęgniarskiej. Zróbmy tak po to, aby stały się nieodłącznym ele-

mentem sprawowanej opieki, wyrazem troski o pacjenta, ale i zarazem skrupulatnym odzwierciedleniem prowadzonego procesu pielęgnacyjno-leczniczego.

A PRACY PRZYBYWA

Ustawodawstwo się zmienia, rozporządzeń przybywa i obowiązków również. Przeanalizowanie druków historii chorób w szpitalach to już nie tylko potrzeba chwili ale i konieczność. Kwestia porządkowania prowadzonej w Waszej placówce dokumentacji, nie tylko pielęgniarskiej ale i lekarskiej, będzie miała kluczową rolę szczególnie przy przygotowywaniu się do wdrożenia elektronicznej dokumentacji medycznej. Może zatem warto dokonać weryfikacji wszystkich druków, tak by nadchodzące zmiany nie budziły lęku i obaw przed nieznanym? Jeśli tak zrobicie, to Wasze działanie uprości pro-

cedury oraz sprawi, by elastycznie weszły w życie i usprawniły znacząco funkcjonowanie Waszego szpitala.

**JEŚLI
BĘDZIECIE
MIEĆ
JAKIEKOLWIEK
PROBLEMY,
DZWOŃCIE
LUB PISZCIE
DO NAS.
POWODZENIA!**



Kto się zadłuża, a kto odrabia straty

Ustawa o działalności leczniczej spowodowała, że podmioty prowadzące działalność leczniczą zintensyfikowały działania zmierzające do zbilansowania się. Szpitale podjęły się realizacji programów oszczędnościowych, w których nadrzędnym działaniem było ograniczenie kosztów osobowych. Z pewnością w wielu przypadkach było to uzasadnione i powodowało konieczność podjęcia mediacji ze związkami zawodowymi oraz poszczególnymi grupami pracowników. Część podmiotów skupiła się na modyfikacji rodzaju usług świadczonych na rzecz pacjentów ubezpieczonych w NFZ. Największą popularnością cieszyła się onkologia, chirurgia urazowo-ortopedyczna oraz kardiologia.

Niestety mniej podmiotów skupiło swoje działania na sposobie udzielania świadczeń, a w szczególności na standaryzacji postępowania w aspekcie optymalizacji kosztów.

Rafał Janiszewski

Onkologia to nie tylko duży budżet

Jeszcze dwa lata temu wszystkim wydawało się, że zwiększenie nakładów na finansowanie onkologii czyni tę dziedzinę najbardziej dochodową. Wzrost wydatków NFZ na leczenie nowotworów, w niektórych zakresach wynosił ponad 100%.

Różnorodność produktów, w tym finansujących leki, pozwalała na budowanie budżetu z wykorzystaniem wielu zasobów placówki. Wejście w życie Ustawy o refundacji produktów leczniczych spowodowało, że płatnik (w myśl przepisów oraz zgodnie z ceną urzędową) finansuje cenę zakupu leku, po jakiej świadczeniodawca go nabywa. W efekcie zapłata za podanie choremu leku nie pokrywa w całości kosztu, bowiem nie uwzględnia nakładów ponoszonych na proces zakupowy, przechowywanie, utylizację, strat itp. Bezsprzecznie zaletą sposobu rozliczania z płatnikiem leków

jest fakt, iż w przypadku przekroczenia kwoty określonej w umowie NFZ zwraca (po roku lub dwóch) tzw. nadwykonania. Nie ma to jednak pozytywnego wpływu na bilansowanie się placówki.

Świadczenia z zakresu onkologii (z wyjątkiem zabiegów operacyjnych) nadal są dość liberalnie rozliczane przez płatnika. Warunki kierunkowe grup oraz świadczeń onkologicznych są na tyle szerokie, że pozwalają na finansowanie diagnostyki, leczenia zachowawczego, objawowego oraz pozwalają na pokrycie kosztów bezpośrednich podawania leków. Z uwagi na to, iż w Polsce nie ma jeszcze sieci onkologicznej oraz powszechnego leczenia systemowego, każda placówka rozpoczynająca działalność w tym zakresie ma duże szanse na sukces. Oczywiście zakładając, że zdobędzie odpowiednie zasoby sprzętowe oraz potencjał intelektualny (a to nie jest dzisiaj już takie łatwe, bowiem brakuje onkologów, a wymagania NFZ też nie należą do niskich).

Można się jednak spodziewać, że w niedalekiej przyszłości płatnik będzie zmierzał do swoistego podziału rynku,

zaś Minister Zdrowia ureguluje zasady organizacji leczenia nowotworów. Spodziewam się wyodrębnienia sieci wyspecjalizowanych ośrodków onkologicznych, których głównym zadaniem będzie leczenie radykalne (działania nastawione na wyleczenie). W tym zakresie wykonywać będą chemioterapię (w tym tę zaawansowaną), zabiegi operacyjne, radioterapię radykalną. W ich obszarze działania znajdzie się również specjalistyczna diagnostyka, w tym genetyczna.

Oprócz sieci centrów onkologii funkcjonować powinny placówki zajmujące się leczeniem uzupełniającym oraz paliatywnym. Będą one również prowadzić szeroko pojętą diagnostykę zasadniczą i profilaktyczną. Pozwoli to na kierowanie do centrów onkologii pacjentów zdiagnozowanych. Tam dokona się specjalistycznej diagnostyki pozwalającej na precyzyjne określenie leczenia. Po jego zakończeniu pacjent będzie mógł być przekazany do ośrodka regionalnego celem monitorowania oraz leczenia ewentualnych powikłań. W przypadku niemożności leczenia radykalnego, chory będzie mógł być prowadzony przez ośro-

dek regionalny w zakresie paliatywnym.

Taki podział kompetencji w mojej ocenie nie jest nieunikniony, a ten, kto dzisiaj przewiduje ów scenariusz, będzie miał największe szanse na korzystne rozliczenie z NFZ.

Wielka kardiologiczna hossa mija

Od lat panuje przekonanie, że świadczenia z zakresu kardiologii są dobrze wycenione i w stosunku do innych dziedzin, mają duży udział w budżecie NFZ.

Z całą pewnością choroby układu krążenia stanowią największy udział w epidemiologii w Polsce. Zaliczane do chorób cywilizacyjnych występują bardzo często jako główna przyczyna hospitalizacji, ale równie często jako rozpoznanie współtowarzyszące.

Rozwój diagnostyki, farmakoterapii oraz chirurgii spowodował, że wiele hospitalizacji nie jest koniecznością. W przypadku tego zakresu spodziewam się licznych weryfikacji zasadności przyjęcia do szpitala. Ostatnie lata można nazwać swoistą inwestycją płatnika w diagnostykę i leczenie zachowawcze chorych kardiologicznych. Dobre finansowanie kardiologii i chirurgii naczyniowej spowodowało duży rozwój ośrodków oraz systemu wczesnej interwencji kardiologicznej. Można zaryzykować stwierdzenie, że mapa ośrodków w Polsce zapewnia możliwość dostępu do ośrodka w ciągu „złotej godziny”. Równoległe z tą „inwestycją” miał się rozwijać system JGP w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. Zwiększenie dostępności do poradnictwa z zakresu kardiologii miało na celu zmniejszenie liczby hospitalizacji i przeniesienie części diagnostyki do opieki otwartej. Niestety, póki co wycena porad jest zbyt mała, aby do tego doszło. Można się jednak spodziewać, że w najbliższym czasie dojdzie do obniżenia wartości grup realizowanych w szpitalu z powodu chorób serca. Przeszacowanie wartości JGP wynika dość jasno z publikowanej przez płatnika statystyki. Wykazuje ona znacznie krótszy czas pobytu pacjentów w szpitalu w stosunku

do czasu finansowanego grupą. Obniżeniu wartości mogą ulec również grupy zabiegowe związane z wszczepieniem stentów. Wynika to nie tylko z upowszechnienia technologii wykonywania, ale również z obniżania cen materiałów wszczepianych.

Placówki, które w roku 2012 zauważyły to zjawisko, podzieliły kompetencje, a co za tym idzie, udzielanie świadczeń pomiędzy poradnią a oddział. Mocniej wspierają się również gabinetami lekarszymi pierwszego kontaktu.

Chirurgia urazowo-ortopedyczna zawsze będzie ograniczana

Liczba chorych wymagających pomocy ortopedów stale rośnie. Mimo zwiększonych nakładów na endoprotezoplastykę kolejki do świadczeń w ostatnich latach nie maleją.

Przyczyny należy doszukiwać się w wysokich kosztach materiałowych. Mimo iż zasadnicze wszczepy tanieją, to nieustannie pojawiają się nowe technologie. Dodać należy, że wszczepy nie zawsze podlegają ustawie o refundacji (z powodu różnej rejestracji produktu), a więc ich ceny nie są regulowane przez Ministra Zdrowia. Jedynym narzędziem ograniczającym dla płatnika staje się oszczędne zwiększanie wartości kontraktów.

W ostatnich latach powstało wiele ośrodków wykonujących endoprotezoplastykę, co przyczyniło się do zwiększenia konkurencji, jednak z uwagi na nieznacznie rosnące nakłady NFZ spowodowało rozproszenie środków finansowych. W efekcie kolejka rośnie, a o zwiększenie lub przyznanie kontraktu bardzo trudno. Bezspornie ci, którzy udzielają tych świadczeń, mogą cieszyć się wysoką rentownością i stosunkowo stabilnym rynkiem. Nie można się jednak spodziewać, że NFZ oraz Minister Zdrowia podejmą tę dziedzicę jako priorytetową i za przykładem onkologii znacząco zwiększą jej finansowanie.

Ciekawym jednak zakresem staje się rehabilitacja. Zarówno dla pacjentów oczekujących na leczenie operacyjne, jak i tych, którzy są po nich.

Brak pieniędzy u płatnika oznacza oszczędności w finansowaniu

Każdy zastanawia się, na czym teraz będzie chciał oszczędzić płatnik. Zmniejszony wpływ składki w roku 2012 musi wiązać się z koniecznością optymalizacji a nawet oszczędności.

Z uzyskaniem dodatniego wyniku finansowego nie było tak trudno, chociażby z uwagi na interpretację dotyczącą księgowania amortyzacji. Nie oznacza to jednak, że zagrożenia zostały zażegnane. Z zapowiedzi NFZ wynika, że teraz się dopiero zacznie zaciskanie pasa. Wzmoczone kontrole zakończone natychmiastowym wypowiedzeniem umów już się rozpoczęły. Zapowiedzi reformy płatnika i usamodzielnienie 16 oddziałów NFZ rysują obraz niewielkich budżetów wojewódzkich i poważnych trudności w sfinansowaniu tego, co do dziś było rentowne. Szpitale, które do tej pory dobrze zarabiały na hospitalizacjach diagnostycznych, zabiegach w ciężkich stanach, zaczynają się zadłużać z powodu niskich kontraktów, rosnących kosztów i braku nowelizacji wycen koszyka (popularnie nazywanych wycen procedur). Jeśli dodamy do tego rosnące wymagania płatnika w zakresie warunków udzielania świadczeń, to spadek rentowności wykonania świadczenia jest tym większy, im bardziej zaawansowane technologie stosujemy.

Wygląda na to, że płatnik oszczędza pieniądze rękami świadczeniodawców w myśl zasady, że koszyk świadczeń jest na tyle szeroki i zaawansowany, na ile mieści się to w budżecie świadczeniodawcy.

Budżet świadczeniodawcy w zasadzie w całości pochodzi z NFZ, więc jego zmniejszenie spowoduje ograniczenie koszyka, przy jego niezmienności zapisu ustawowego.

Kto się będzie zatem zadłużał?

- Ten, kto nie ograniczy dostępu (szeroko pojętego).

Kto będzie odrabiał straty?

- Moim zdaniem nikt, bowiem nie ma na to pieniędzy.



Łukasz Puchalski

Aspekty prawne elektronicznej dokumentacji medycznej



Bilans zysków i strat

Zgodnie z ustawą o systemie informacji w ochronie zdrowia, która weszła w życie z dniem 1 stycznia 2012 r., placówki medyczne są zobowiązane do przejścia na elektroniczny system prowadzenia dokumentacji medycznej.

Ostateczną datą wprowadzenia zmiany jest 31 lipca 2014 roku. Zasadniczym

celem elektronicznej dokumentacji medycznej jest poprawa jakości usług poprzez szybszy dostęp do informacji o stanie zdrowia pacjenta, łatwiejsze udostępnianie dokumentów, dostęp do dokumentacji w innych oddziałach lub placówkach, zabezpieczenie przed zaginięciem dokumentacji papierowej. Istotnym elementem dla każdego podmiotu wykonującego działalność leczniczą będą oszczędności finansowe podyktowane łatwiejszym kopiowaniem dokumentów, brakiem potrzeby archiwizowania ogromnej ilości papierów, a także uła-

twionym sposobem dokonywania różnego rodzaju analiz na potrzeby placówki. Jak wiadomo, dokumentacja medyczna traktowana jest często jako „rachunek ostateczny” za wykonane świadczenia.

Warunki prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia 21 grudnia 2010 roku w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji

Dołączanie dodatkowych dokumentów

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 21 grudnia 2010 roku w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania przedstawia w prosty sposób sytuację, w której lekarz podczas procesu diagnostyczno-terapeutycznego korzysta z prywatnej dokumentacji medycznej pacjenta. Zgodnie z §81 ust. 1 w sytuacji potrzeby dołączenia dodatkowych dokumentów (w innej formie niż elektroniczna) do dokumentacji elektronicznej należy ją odwozować cyfrowo, umieścić w systemie informatycznym w sposób zapewniający czytelność, dostęp i spójność. Następnie przedstawione przez pacjenta dokumenty są mu zwracane.

Bezpieczeństwo elektronicznej dokumentacji medycznej

Jednym z ważniejszych elementów, na który należy zwrócić uwagę, jest określenie sytuacji, które zagrażają bezpieczeństwu elektronicznej dokumentacji medycznej. Wśród dyrektorów placówek medycznych istnieje wiele obaw dotyczących wrażliwości przekazywanych danych. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 21 grudnia 2010 roku w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania dokładnie reguluje zasady bezpieczeństwa. Otóż paragraf 86 przedstawia następujące wymagania:

1. Dokumentację prowadzoną w postaci elektronicznej uważa się za zabezpieczoną, jeżeli w sposób ciągły są spełnione łącznie następujące warunki:
 - 1) jest zapewniona jej dostępność wyłącznie dla osób uprawnionych;
 - 2) jest chroniona przed przypadkowym lub nieuprawnionym zniszczeniem;
 - 3) są zastosowane metody i środki ochrony dokumentacji, których skuteczność w czasie ich zastosowania jest powszechnie uznawana.
2. Zabezpieczenie dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej wy-

dokończenie na str. 24

medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, każdy podmiot wykonujący działalność leczniczą ma prawo prowadzić dokumentację medyczną w formie elektronicznej pod warunkiem prowadzenia jej w systemie teleinformatycznym zapewniającym:

- zabezpieczenie dokumentacji przed uszkodzeniem lub utratą;
- zachowanie integralności i wiarygodności dokumentacji;
- stały dostęp do dokumentacji dla osób uprawnionych oraz zabezpieczenie przed dostępem osób nieuprawnionych;
- identyfikację osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych i rejestrowanych przez nią zmian, w szczególności dla odpowiednich rodzajów dokumentacji przyporządkowanie cech informacyjnych, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3 lit a - d;
- udostępnienie, w tym przez eksport w postaci elektronicznej dokumentacji albo części dokumentacji będącej formą dokumentacji określonej w rozporządzeniu, w formacie XML i PDF;
- eksport całości danych w formacie XML, w sposób zapewniający możliwość odtworzenia tej dokumentacji w innym systemie teleinformatycznym;
- wydrukowanie dokumentacji w formach określonych w rozporządzeniu.

Istotnym elementem prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej jest identyfikacja osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych. Zgodnie §10 ust. 1 pkt lit a-d rozporządzenie nakazuje wskazywać nazwisko i imię, tytuł zawodowy, uzyskane specjalizacje, numer prawa wykonywania zawodu - w przypadku lekarza, pielęgniarki i położnej. Nie ma natomiast potrzeby opatrzenia danych podpisem osoby dokonującej lub zmieniającej jakichkolwiek wpis do dokumentacji, gdyż wspomniane rozporządzenie w §10 ust. 2 mówi, że dokumentacja elektroniczna może zawierać podpis elektroniczny. Rozporządzenie nie określa, jaki rodzaj podpisu elektronicznego może być zastosowany. Ma on jedynie być zgodny z ustawą o podpisie elektronicznym. Ustawa z dnia 18 września 2011 r. o podpisie elektronicznym dopuszcza dwa rodzaje e-podpisu:

- podpis elektroniczny - dane w postaci elektronicznej, które wraz z innymi dany-

mi, do których zostały dołączone lub z którymi są logicznie powiązane, służą do identyfikacji osoby składającej podpis elektroniczny

Nie wymaga on certyfikatu, dzięki czemu może być bezpłatny i stosowany w wielu komercyjnych oprogramowaniach przeznaczonych dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Sytuacja tego typu spowoduje znaczne obniżenie kosztów wdrażania e-platform, gdyż certyfikowany podpis elektroniczny jest drogą inwestycją.

- bezpieczny podpis elektroniczny - podpis elektroniczny, który:

- a. jest przyporządkowany wyłącznie do osoby składającej ten podpis,
- b. jest sporządzany za pomocą podlegających wyłącznej kontroli osoby składającej podpis elektroniczny bezpiecznych urządzeń służących do składania podpisu elektronicznego i danych służących do składania podpisu elektronicznego,
- c. jest powiązany z danymi, do których został dołączony, w taki sposób, że jakakolwiek późniejsza zmiana tych danych jest rozpoznawalna.

Brak podpisu elektronicznego - wada czy zaleta?

Brak obowiązku wprowadzenia certyfikowanego podpisu elektronicznego to duże oszczędności dla placówek przy wprowadzaniu nowych zasad. Należy jednak się zastanowić nad wątpliwościami z tym związanymi. Artykuł 78 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. - Kodeks Cywilny (Dz. U. Nr 16, poz. 93 z późn. zm.) oraz ustawa o podpisie elektronicznym (art. 5 ust. 2) uzależniają ważność dokumentu od własnoręcznego podpisu osoby sporządzającej go. Taką samą rangę ma dokument podpisany bezpiecznym podpisem elektronicznym. Pod wątpliwość może zostać poddana wiarygodność dokumentacji medycznej, bez podpisu, jako dowód w sprawie cywilnej, bądź karnej. Nie jest bowiem pewne, jaką wartość dowodową będzie przedstawiała dokumentacja medyczna bez podpisów osób sporządzających wpisy.

dokończenie ze str. 23

maga w szczególności:

- 1) systematycznego dokonywania analizy zagrożeń;
- 2) opracowania i stosowania procedur zabezpieczania dokumentacji i systemów ich przetwarzania, w tym procedur dostępu oraz przechowywania;
- 3) stosowania środków bezpieczeństwa adekwatnych do zagrożeń;
- 4) bieżącego kontrolowania funkcjonowania wszystkich organizacyjnych i techniczno-informatycznych sposobów zabezpieczenia, a także okresowego dokonywania oceny skuteczności tych sposobów;
- 5) przygotowania i realizacji planów przechowywania dokumentacji w długim czasie, w tym jej przenoszenia na nowe informatyczne nośniki danych i do nowych formatów danych, jeżeli tego wymaga zapewnienie ciągłości dostępu do dokumentacji.

Istotnym zapisem wspomnianego rozporządzenia jest również zapis dotyczący tego, skąd czerpać zasady realizacji punktów wymienionych w paragrafie 86. Ministerstwo Zdrowia odnosi się tu do postanowień norm polskich.

§ 85.

1. Dokumentację prowadzoną w postaci elektronicznej sporządza się z uwzględnieniem postanowień Polskich Norm, których przedmiotem są zasady gromadzenia i wymiany informacji w ochronie zdrowia, przenoszących normy europejskie lub normy innych państw członkowskich Europejskiego Obszaru Gospodarczego przenoszące te normy.
2. W przypadku braku Polskich Norm przenoszących normy europejskie lub normy innych państw członkowskich Europejskiego Obszaru Gospodarczego przenoszące te normy uwzględnia się:
 - 1) normy międzynarodowe;
 - 2) Polskie Normy;
 - 3) europejskie normy tymczasowe.

Polskie normy bezpieczeństwa

Zakres norm bezpieczeństwa informatycznego w ochronie zdrowia regulowany jest w Polsce na podstawie prac Komitetów Technicznych:

- 302 do spraw Zastosowania informatyki w ochronie zdrowia.
- 182 do spraw Ochrony Informacji w Systemach Teleinformatycznych.

W skład Komitetu technicznego 302 wchodzi m.in. pracownicy akademii medycznych, politechnik i placówek ochrony zdrowia oraz innych instytucji realizujących zadania związane z ochroną zdrowia. Komitet techniczny 182 zajmuje się bezpieczeństwem informacji i systemów teleinformatycznych.

Najważniejszymi celami obu Komitetów jest utrzymanie poufności danych i ich integralności. W tym celu utworzono System Zarządzania Bezpieczeństwem Informacji (SZBI - Information Security Management System). Zasady regulujące działanie systemu oparte zostały na Normach Międzynarodowych.

Bazy danych

Zgodnie z ustawą o systemie informacji w ochronie zdrowia obejmują bazy danych tworzone przez podmioty wykonujące działalność leczniczą obowiązane do ich prowadzenia, zawierające dane udzielonych, udzielanych i planowanych świadczeniach opieki zdrowotnej, usługodawcach i pracownikach medycznych, a także o usługobiorcach, czyli popularnym pacjencie. System ten to bazy danych funkcjonujące w ramach tzw.:

- Systemu Informacji Medycznej, zwanego dalej „SIM”;
 - dziedzicznych systemów teleinformatycznych:
 - a) Systemu Rejestru Usług Medycznych Narodowego Funduszu Zdrowia - „System RUM - NFZ”;
 - b) Systemu Statystyki w Ochronie Zdrowia,
 - c) Systemu Ewidencji Zasobów Ochrony Zdrowia,
 - d) Systemu Wspomagania Ratownictwa Medycznego,
 - e) Systemu Monitorowania Zagrożeń,
 - f) Systemu Monitorowania Dostępności do Świadczeń Opieki Zdrowotnej,
 - g) Systemu Monitorowania Kosztów Leczenia i Sytuacji Finansowo-Ekonomicznej Podmiotów Leczniczych,
 - h) Zintegrowanego Systemu Monitorowania Obrotu Produktami Leczniczymi,
 - i) Systemu Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych;
 - rejestrów medycznych.
- Zgodnie z ustawą Elektroniczna Plat-

forma Gromadzenia, Analizy i Udostępnienia Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych jest systemem teleinformatycznym, który umożliwia podmiotom w szczególności:

- dostęp do informacji o udzielonych i planowanych świadczeniach opieki zdrowotnej zgromadzonych w SIM oraz raportów z udostępnienia danych ich dotyczących;
- przekazywanie przez usługodawców do SIM informacji o udzielonych, udzielanych i planowanych świadczeniach opieki zdrowotnej;
- wymianę pomiędzy usługodawcami danych zawartych w elektronicznej dokumentacji medycznej, jeżeli jest to niezbędne do zapewnienia ciągłości leczenia;
- wymianę dokumentów elektronicznych pomiędzy podmiotami w celu prowadzenia diagnostyki, zapewnienia ciągłości leczenia oraz zaopatrzenia usługobiorców w produkty lecznicze i wyroby medyczne;
- dostęp podmiotów prowadzących rejestrację medyczną, w zakresie realizowanych zadań i posiadanych uprawnień, do danych przetwarzanych w SIM, za pośrednictwem Platformy Udostępniania On-Line Usług i Zasobów Cyfrowych Rejestrów Medycznych;
- dostęp jednostek samorządu terytorialnego do danych przetwarzanych w SIM, umożliwiający realizację zadań związanych z zapewnieniem mieszkańcom równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej;
- dostęp wojewodów do danych niezbędnych do realizacji zadań określonych w art. 10 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- dostęp ministra właściwego do spraw zdrowia do danych niezbędnych do realizacji zadań określonych w art. 11 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Podsumowując, należy zwrócić uwagę na to, że wprowadzenie obowiązku prowadzenia dokumentacji medycznej przez podmioty wykonujące działalność leczniczą w sposób elektroniczny będzie dużym przełomem w polskim systemie ochrony zdrowia. Przyniesie bardzo dużo korzyści personelowi lekarskiemu oraz, co ważne, nam, czyli pacjentom.

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@juz.org.pl*



Styczeń 2013:

Kody autoryzacji w e-WUŚ

Narodowy Fundusz Zdrowia udostępnił możliwość przeglądu wygenerowanych kodów autoryzacji dla zapytań dokonywanych w systemie e-WUŚ. Jest to znaczące ułatwienie dla świadczeniodawców, którzy nie gromadzili kodów tych po weryfikacji uprawnień pacjentów w systemie. Jednocześnie Fundusz zaznaczył, iż świadczeniodawcy powinni przechowywać kody autoryzacji każdorazowo wygenerowane w systemie.

Leczenie ciężkiej postaci łuszczycy plackowatej, RZS oraz SM

Do konsultacji społecznych przedstawiony został projekt Zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenia szpitalne w zakresie programy zdrowotne (lekowe).

Projekt przewiduje dodanie nowego

programu lekowego związany z leczeniem ciężkiej postaci łuszczycy plackowatej (L40.0). Kwalifikację i weryfikację jej leczenia wyceniono na 6,25 pkt, a ryczałt roczny za świadczenie diagnostyki do programu lekowego na 14,4 pkt. Substancją czynną wskazano czynną USTEKINUMABUM.

Ponadto wskazano substancje czynne w leczeniu:

- reumatoidalnego zapalenia stawów o przebiegu agresywnym stosuje: TOCILIZUMAB lub CERTOLIZUMAB,?
- stwardnienia rozsianego po niepowodzeniu terapii lekami pierwszego rzutu: FINGOLIMOD.

Leczenie dzieci ze śpiączką

W związku z wprowadzeniem nowego świadczenia gwarantowanego z zakresu programów zdrowotnych: leczenie dzieci ze śpiączką (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 grudnia 2012 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych) Narodowy Fundusz Zdrowia przekazał do konsultacji społecznych projekt zarządzenia w sprawie określenia warunków

zawierania i realizacji umów w rodzaju: rehabilitacja lecznicza.

Projekt Zarządzenia wskazuje, iż świadczenia dla dzieci ze śpiączką realizowane są przez świadczeniodawców zgodnie z opisem programu zdrowotnego określonym w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia.

Świadczeniodawca obowiązany jest powołać indywidualny zespół terapeutyczny dla każdego pacjenta. Zespół ten określa kryteria medyczne służące do monitorowania efektów leczenia, w tym szczegółowe kryteria kwalifikacji i leczenia przy użyciu toksyny botulinowej.

Świadczenia dla dzieci ze śpiączką obejmują:

- 1) poradę lekarską;
- 2) świadczenia z zakresu psychologii;

dokończenie na str. 26

- 3) świadczenia z zakresu logopedii;
- 4) zabiegi z zakresu fizjoterapii.

e-WUŚ

Od 1 stycznia świadczeniodawcy mogą weryfikować uprawnienia świadczeniobiorców do świadczeń poprzez elektroniczny system weryfikacji. W przypadku braku potwierdzenia w systemie prawa pacjenta do świadczeń może on złożyć pisemne oświadczenie w treści wskazanej w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie wzorów oświadczeń o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń opieki zdrowotnej

ICD-9 PL w. 5.19

NFZ opublikował najnowszą wersję Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych (ICD-9 PL w. 5.19).

Zbiór procedur uzupełniono o zmiany wprowadzone na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2012 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r., zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Dodano także procedury uwzględnione w systemie Państwowego Ratownictwa Medycznego dla świadczeń w rodzaju ratownictwo medyczne.

Grudzień 2012:

Nowelizacja Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie dokumentacji medycznej

Celem dostosowania do przepisów ustawy o działalności leczniczej zmieniono treści całości rozporządzenia zapisy terminów „zakład opieki zdrowotnej” na „podmiot leczniczy”.



Ponadto w miejscach, w których rozporządzenie zawierało odniesienie do ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, dokonano zmiany podstawy prawnej, wskazując na ustawę o działalności leczniczej.

Kontrole podmiotów leczniczych

Ministerstwo Zdrowia w drodze rozporządzenia określiło sposób i tryb przeprowadzania kontroli. Opisano warunki przeprowadzania czynności kontrolnych oraz ich dokumentowania, a także tryb składania odwołań. Udostępniono również wzory dokumentów obowiązujących przy przeprowadzaniu czynności kontrolnych.

Krajowy Rejestr Nowotworów

Na mocy rozporządzenia Ministra Zdrowia utworzony został Krajowy Rejestr Nowotworów. Podmiotem prowadzącym rejestr ustanowiono Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie z siedzibą w Warszawie. Rozporządzenie określa cel i zadania Krajowego Rejestru Nowotworów, zakres i rodzaj danych przetwarzanych oraz sposób ich zabezpieczenia.

Rejestr prowadzony jest w formie elektronicznej, a dane do niego przeka-

zywane powinny być do 15 dnia każdego miesiąca.

Anestezjologia i intensywna terapia - standardy postępowania

Resort Zdrowia opublikował rozporządzenie w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Wskazane standardy dotyczą anestezjologii, intensywnej terapii, resuscytacji, leczenia bólu oraz sedacji.

Leczenie krwią

1 grudnia 2012 roku Ministerstwo Zdrowia opublikowało rozporządzenie odnoszące się do leczenia krwią w podmiotach wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, w których przebywają pacjenci ze wskazaniami do leczenia krwią i jej składnikami.

Rozporządzenie określa zadania lekarza związane z faktem przetoczenia krwi, wskazując na konieczność prawidłowego udokumentowania zabiegu przetoczenia oraz określenia wskazań do przetoczenia.

Leki refundowane - chemioterapia

Zgodnie ze znowelizowanym zarządzeniem Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapia Katalog leków refundowanych w chemioterapii poszerzony został:

- w zakresie substancji czynnej Bicalutamidum o lek BINABIC, tabl. powł., 50 mg o kodzie EAN 5909990696963 oraz
- o substancję czynną Calcii folinas, którą stosuje się m. in. w leczeniu raka jelita grubego i odbytnicy w formie Cal-

ciumfolinat-Ebewe, kapsułki twarde, 15 mg o kodzie EAN 5909990356713.

Listopad:

ICD-9 5.18

Narodowy Fundusz Zdrowia opublikował najnowszą wersję Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych (ICD-9 PL w. 5.18).

Zmiany w słowniku dotyczą dodania procedur medycznych:

- 03.902 Usunięcie cewnika z przestrzeni nadtwardówkowej, podpajęczynówkowej lub podtwardówkowej rdzenia,
 - 03.903 Wymiana cewnika przestrzeni nadtwardówkowej, podpajęczynówkowej lub podtwardówkowej rdzenia,
 - 86.083 Założenie pompy baklofenowej,
 - 86.084 Usunięcie pompy baklofenowej,
- oraz dezaktywacji kodu 86.082 Założenie pompy baklofenowej

AOS nowe zarządzenie

Opublikowano nowe zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

W charakterystyce świadczeń dokonano wyraźnego podziału na grupy zachowawcze oraz grupy zabiegowe, do których kwalifikuje wykonana świadczeniobiorcy procedura zabiegowa. Ten rozdział procedur zabiegowych od zachowawczych wiąże się z licznymi błędami w zakresie sprawozdawczości świadczeniodawców.

Zarządzenie uwzględnia dodanie dodatkowych, wyższych, typów świadczeń specjalistycznych (W15, W16, W17, W18, W19, W20, W32). Dotychczas katalog 4 rodzaje świadczeń specjalistycznych (W11, W12, W13, W14). Przewidziano również rozszerzenie katalogu o świadczenie kompleksowe 5-typu.

W odniesieniu do świadczeń zabiegowych zarządzenie zawiera istotne zmiany: wiele dotychczasowych grup zabiegowych zostało usuniętych przy jednoczesnym utworzeniu kilku nowych.

Tym samym dokonano uporządkowania wykazu grup zabiegowych.

Zmiany dotyczą również m.in. likwidacji podziału zakresu poszczególnych świadczeń na poradnie realizujące.

Umożliwiono rozliczanie świadczeń w zakresie neonatologii wykonywanych u dzieci do ukończenia 3. roku życia w przypadku określonych rozpoznań.

Leczenie szpitalne - świadczenia gwarantowane

Ogłoszone przez Ministerstwo Zdrowia rozporządzenie wprowadza m.in. zmiany dotyczące wykonywania podczas



przyjęcia pacjenta na oddział szpitalny przesiewowej ocenie stanu odżywienia:

- Wskazano oddziały, na których ocena odżywienia nie musi być wykonywana, jeżeli hospitalizacja trwała krócej niż 3 dni (oddziały okulistyczne, otolaryngologiczne, alergologiczne, ortopedii i traumatologii narządu ruchu).
- U świadczeniobiorców objętych powtarzalną hospitalizacją przesiewowa ocena stanu odżywienia jest dokonywana w czasie pierwszej hospitalizacji, a następnie nie rzadziej niż co 14 dni.
- Poddanych hospitalizacji i hospitalizacji planowej trwającej jeden dzień ocena ta jest dokonywana w przypadku spadku masy ciała w okresie ostatnich 6 miesięcy przekraczającego 5 % zwykłej masy ciała.

Udostępnianie wyników kontroli

Narodowy Fundusz Zdrowia poinformował, że na podstawie Ustawy o dostępie do informacji publicznej, NFZ będzie udostępniał na stronach Biuletynu Informacji Publicznej Narodowego Funduszu Zdrowia informacji o wynikach kontroli. Będą one dotyczyły kontroli prowadzonych u świadczeniodawców oraz w aptekach przez NFZ oraz kontroli prowadzonych przez instytucje zewnętrzne w NFZ. Ujawniane informacje będą dotyczyć między innymi stwierdzonych nieprawidłowości.

System

warto sprawdzić - zawsze na temat!

JGP

w pytaniach



odpowiedziach



Anna Moczulska

Ekspert ds. rozliczania świadczeń

E-mail: Anna.Moczulska@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 jednородnych grup pacjentów.

Moje pytanie dotyczy rozliczania hospitalizacji zachowawczych. Czy kiedy nie ma wskazanych żadnych procedur w historii choroby przez lekarza, to konieczne jest podanie chociaż jednej procedury, np. 89.00?

Każda hospitalizacja, nawet rozliczana z grupy bazowej JGP, (tj. taka, która wymaga podania tylko rozpoznania ICD-10) z uwagi na zasadność hospitalizacji, zawsze musi posiadać jakieś ICD-9. Jeśli w historii choroby takich procedur nie było, oznacza to, że dokumentacja medyczna była prowadzona niedokładnie. Nie wolno podawać do rozliczenia ICD-9, które nie znajdują się w historii choroby. Pragnę tutaj podkreślić, że zarówno rozpoznania (zasadnicze oraz współistniejące), jak i procedury medyczne powinny być wyznaczane przez lekarza prowadzącego. Dopisywanie takich danych przez pracowników działu statystyki nie jest prawidłowe, gdyż obowiązek ten należy do lekarza.

W przypadkach, o które Pani pyta, sugeruję zwrócić się do lekarza prowadzącego z prośbą o uzupełnienie dokumentacji.

Jaką procedurę ICD-9 należy wpisywać, gdy wydawane są tabletki w programach lekowych?

Wydawanie tabletek nie podlega kodowaniu za pomocą procedur medycznych ICD-9, gdyż wydanie leku jest świadczeniem wykonywanym przez aptekę szpitalną. W takiej sytuacji oddział szpitalny lub poradnia ambulatoryjna sprawozdaje odpowiednie świadczenie z katalogu związane z hospitalizacją lub wizytą w poradni.

Czy może mi pani wyjaśnić, co oznaczają rangi 0,2,4 w zarządzeniu dotyczącym ambulatorium. Przy czym jest to ważne?

Dla procedur medycznych ujętych w charakterystyce świadczeń stanowiącej załącznik do Zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, przyporządkowane zostały rangi.

Ranga oznacza istotę, ważność procedury w procesie grupowania. Określa, jaką wagę ma dana procedura przy kwalifikacji do rozliczenia. Tak jak Pani wspomniała, w pytaniu wyróżniono rangi: 0, 2 oraz 4.

Ranga 0

Rangą 0 oznaczono procedury nieuwzględnione w procesie grupowania.

Oznacza to, że wykonywanie procedur oznaczonych rangą 0 nie wpływa na wyznaczenie świadczenia do rozliczenia, nie ma znaczenia w sprawozdawczości.

Znaczenie znajomości tego, jakim procedurom nadano rangę 0, jest istotne o tyle, aby wiedzieć, że wykonanie pewnych badań wiąże się jedynie z kosztem ich realizacji, nie zaś z przychodem wynikającym z możliwości ich rozliczenia.

Obecnie wśród procedur oznaczonych rangą 0 znajdują się następujące:

W6 Badania dodatkowe - grupa 5

ICD-9	Ranga ICD-9
18.111 Ootoskopia	0
18.112 Videotoskopia	0
21.291 Rinoskopia przednia	0
21.292 Rinoskopia środkowa	0
95.1913 Badanie w lampie szczelinowej	0
A09 Bilirubina w moczu	0
A11 Ciała ketonowe w moczu	0
A12 Ciężar właściwy moczu	0
A13 Erytrocyty/ hemoglobina w moczu	0
A14 Leukocyty w moczu	0
A15 Glukoza w moczu	0
A19 Osad moczu	0
A25 Urobilinogen w moczu	0
C02 Erytrocyty - liczba	0
C30 Leukocyty - liczba	0
C32 Leukocyty - obraz odsetkowy	0
C01 Erytroblasty	0
C67 Promielocyty	0

Rangę 2 nadano procedurom uwzględnionym w procesie grupowania wyłącznie jednokrotnie. Oznacza to, że wykonanie procedury, nawet wielokrotnie - nie wpływa na kwalifikację do grupy jednorodnej w AOS.

Np.: wykonanie 2 lub 3 razy procedury 04.80 Wstrzyknięcie do nerwu obwodowego - nieokreślone inaczej w trakcie jednej wizyty w kwalifikacji do rozliczenia będzie mieć dokładnie takie samo znaczenie jak gdyby procedura ta została wykonana raz.

Ranga 4 wskazuje procedury uwzględnione w procesie grupowania jedno- bądź wielokrotnie.

W przypadku grup, dla których konieczne jest wskazanie wykonania co najmniej dwóch procedur, możliwe jest dwukrotne wskazanie procedury o randze 4.

Moje wątpliwości dotyczą możliwości rozliczenia procedur zabiegowych - założenie gipsu lub nastawienie zwichniętego palca w Poradni Chirurgicznej. W obowiązującym

zarządzeniu 71/2012 z listopada załącznik 3a mówi, że warunkiem do udzielania świadczeń w Poradni Chirurgicznej jest zapewnienie dostępu do Rtg, natomiast w Rozporządzeniu AOS z 27.05.2011 r. warunkiem rozliczenia procedury założenia gipsu czy nastawienia zwichnięcia konieczne jest posiadanie RTG w lokalizacji. Według których wytycznych mam postępować?

Udzielanie świadczeń finansowanych ze środków publicznych, a zatem w tym świadczeń rozliczanych w oparciu o umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia, musi odbywać się zgodnie z wymogami obowiązujących przepisów prawa, w tym: ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz właściwych rozporządzeń Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych.

W przypadku zatem, gdy warunkiem realizacji określonej procedury zabiegowej, w świetle Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, jest posiadanie w lokalizacji RTG, to warunek ten musi być spełniony. Jest tak niezależnie od tego, jakie wskazanie znajduje się w materiałach Narodowego Funduszu Zdrowia. Nadzrędnym aktem regulującym kwestie organizacji udzielania świadczeń jest bowiem Rozporządzenie Ministra Zdrowia.

Zarządzenie Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna zawiera warunki związane z realizacją świadczeń w określonym zakresie (poradni specjalistycznej). Jednakże Rozporządzenie Ministra Zdrowia może zawierać warunki realizacji poszczególnych procedur diagnostycznych oraz zabiegowych, które muszą być spełnione, by świadczenie zostało potraktowane jako zrealizowane zgodnie z wymogami udzielania świadczeń gwarantowanych, a zatem zostało sfinansowane ze środków publicznych.



W aptece