



Zawsze bardzo ważne

Rak piersi jest jednym z najczęściej występujących nowotworów. Dostępność leczenia jest już na tyle duża, że wcześniej wykryty może być całkowicie wyleczony. To oczywiście uwarunkowane jest wysoką sprawnością systemu ochrony zdrowia, a w tym finansowania i nieustającego rozwoju badań oraz propagowania szeroko pojętej profilaktyki.

W niniejszym numerze poświęcamy wiele miejsca problemowi raka piersi. Troska decydentów, płatnika, terapeutów oraz organizacji pacjentów doprowadziła do dużej świadomości społecznej oraz szerokiego dostępu do leczenia. Wiele jednak jest jeszcze do zrobienia. Leczenie onkologiczne jest drogie i wymaga szczególnej koordynacji wszystkich specjalności medycznych. Szerokie otwarcie drzwi dla pacjentów onkologicznych to w mojej ocenie najważniejszy cel dla systemu. O tych i innych problemach i wyzwaniach w leczeniu raka piersi rozmawia z Łukaszem Puchalskim Elżbieta Kozik - Prezes Stowarzyszenia „Amazonki” w Warszawie.

Uzupełnieniem tematyki jest artykuł Michała Chroboty ze Świętokrzyskiego Centrum Onkologii. W syntetyczny i przystępny sposób, niepozbawiony przekazu „między wierszami” omawia on zasady rozliczania leczenia raka piersi. Materiał został ułożony z uwzględnieniem standardów postępowania na każdym etapie leczenia, a fakt iż autor jest praktykiem zarządzającym rozliczeniami tak dużej placówki sprawia, że jest to artykuł dla każdego pasjonata „Systemu”.

Tak wiele jest ważnych zagadnień dotyczących systemu ochrony zdrowia, że często trudno wybierać priorytety. Co jest ważniejsze, a co mniej ważne? W tym numerze poruszamy kwestie, które istotne są zawsze. Może właśnie dlatego często się o nich zapomina... mówić.

Rafał Janiszewski

W TYM NUMERZE

- 4| Kalejdoskop medyczny
- 5| Akt prawny:
od projektu do
obowiązania
- 7| Artykuł problemowy
- Kto się zadłuża
a kto odrabia straty?
- 10| Rozmowa
w „Systemie”
- 13| Alfabet JGP:
C - Choroby
twarzy, jamy ustnej,
gardła...
- 14| Dokumentacja
pielęgniarska
- 17| Diagnostyka
i leczenie
operacyjne raka
piersi
- 19| JGP w ortopedii
i traumatologii
- 21| Kalendarium
- 23| JGP w pytaniach
i odpowiedziach
- 25| W następnym
numerze
- 26-28| Informacje różne

**Z „SYSTEMEM” dokumenty
Cię nie przytłoczą**

Medyczny kalejdoskop



Emilia Sujkowska

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

Mechanizm obronny raka

Amerykańscy specjaliści dokonali przełomowego odkrycia, że rak posiada mechanizm obronny, który sprawia, że guzy nowotworowe stają się odporne na działanie chemioterapii.

Jeden z autorów badania dr Peter Nelson z Fred Hutchinson Cancer Research Center twierdzi, że chemioterapia sama sprawia, że przestaje być skuteczna. Dzieje się tak na skutek zastosowania leków, które niszczą szybko namnażające się komórki nowotworowe. Jednak pod ich wpływem dochodzi do uszkodzenia w DNA zdrowych fibroblastów, komórek tkanki łącznej wytwarzających kolagen i powodujących gojenie się ran. Efekt tego jest taki, że komórki te gromadzą się wokół guza, zwiększając jednocześnie aż do 30 razy produkcję białka WNT16B, które powoduje, że chemioterapeutyki przestają być skuteczne. Działania takiego mechanizmu naukowcy dowiedli na przykładzie raka prostaty u mężczyzn oraz nowotworu piersi i jajnika u kobiet.

Dotychczas uważano, że białko to wspomaga rozwój guza. Odkrycie jest zdumiewające, ponieważ okazuje się teraz, że białko to chroni również przed niszczącymi komórki nowotworowe lekami. Odporność na chemioterapię jest jednym z głównych powodów niepowodzenia w leczeniu chorych z zaawansowanym procesem nowotworowym. Do tej pory nie wiadomo, co powoduje obniżenie skuteczności chemioterapii.

Witamina D

Witamina D w organizmie człowieka ułatwia wchłanianie wapnia - odpowiedzialnego za dobrą kondycję zębów i kości. Wytwarzana jest przez nasz organizm

pod wpływem światła słonecznego. Ponieważ rozpuszcza się w tłuszczach jest magazynowana w organizmie i jej niedobór występuje rzadko.

Jednak jeśli już do niego dojdzie, może spowodować zapalenie spojówek, wypadanie zębów, ogólne osłabienie organizmu oraz zwiększone ryzyko zachorowania na choroby autoimmunologiczne.

Powstanie nowy oddział Świętokrzyskiego Centrum Onkologii

Centrum Onkologii wzbogaci się o nowy oddział onkohematologii.

Budynek, w którym będą wykonywane przeszczepy szpiku kostnego, zostanie oddany do użytku na jesieni 2013 roku. Obiekt zostanie połączony ze szpitalem i pomieści poradnię onkohematologiczną z laboratorium do badań zgodności tkankowej, oddział onkohematologii oraz dwa pododdziały: przeszczepów i leczenia białaczek. Budynek będzie przystosowany dla osób niepełnosprawnych.

Świętokrzyskie Centrum Onkologii jest jedną z najmłodszych i najnowocześniejszych placówek onkologicznych w Polsce. Przy szpitalu działają także dwa kluby: Amazonki, zrzeszający kobiety ze zdiagnozowanym rakiem piersi oraz Gladiator, stowarzyszenie mężczyzn z chorobami prostaty.

Nowe objekty Uniwersytetu Rzeszowskiego

Przy Uniwersytecie Rzeszowskim zakończyła się budowa kompleksu naukowo-dydaktycznego. Na uczelni otworzo-

ne zostaną nowe kierunki między innymi bioinżynieria medyczna.

Budowa kompleksu rozpoczęła się w marcu 2012 roku. Obiekty będą służyć naukowcom i studentom już od najbliższego roku akademickiego.

Kofeina a choroba Parkinsona

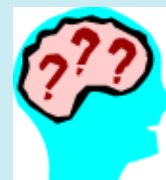
Opublikowane badania naukowców z kanadyjskiego uniwersytetu McGill informują, że kofeina nie tylko pomaga zapobiegać rozwojowi choroby Parkinsona, ale także może redukować objawy u pacjentów z już zdiagnozowaną chorobą.

Ta postępująca zwyrodnieniowa choroba ośrodkowego układu nerwowego powoduje między innymi drżenie, sztywność, powolne ruchy i trudności z utrzymaniem równowagi.

Kofeina znajdująca się m.in. w kawie, herbacie, działa na ośrodkowy układ nerwowy oraz pobudzająco na układ sercowo-naczyniowy i czasowo zmniejsza poczucie zmęczenia.

Osoby chore, którym podawano kofeinę, doświadczyły poprawy możliwości ruchowych. Nie wiadomo jeszcze, dlaczego kofeina działa na parkinsonizm. Dr Postuma przypuszcza, że kofeina zwiększa działanie obecnej w mózgu dopaminy, a choroba Parkinsona to skutek obumierania mózgu tych komórek, które ją produkują.

Badanie to prowadzili naukowcy z McGill University, Toronto Western Hospital i brazylijskiego Pontifical Catholic University w Paranie.



Akt prawny: od projektu do obowiązywania

Przestrzeń prawna w ochronie zdrowia podlega nieustannym zmianom. Wymagają one wdrożenia procesów dostosowawczych w placówkach ochrony zdrowia. Im szybciej świadczeniodawca będzie znał kształt planowanych rozwiązań, tym wcześniej i lepiej będzie mógł się do nich dostosować. Planowanie pozwala bowiem unikać kosztownych błędów.

Każdego dnia śledzę zmiany w ochronie zdrowia, przede wszystkim te związane z wprowadzaniem nowych regulacji prawnych. Zwykle zaczynam od projektu, który analizuję, zestawiam z dotychczasowymi rozwiązaniami, staram się przewidzieć skutki proponowanych zapisów.

Kolejnym krokiem jest śledzenie zgłaszanych uwag, następnie droga ustanawiania prawa, zależna od rangi aktu, oraz ostateczny kształt opublikowany jako obowiązujący, często tak bardzo różny od tego, co widziałam w projekcie.

Dla przypomnienia przedstawiam przykładowy proces legislacyjny - zmiana Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (ryc.1).

Ustawy, po etapie konsultacji międzyresortowych oraz społecznych, podlegają dalszej legislacji w Parlamencie. Rozporządzenie wydawane w celu wykonania ustawy i na podstawie jej upoważnienia sporządzane są przez właściwy organ. Zarządzenie natomiast jest aktem prawa wewnętrznego i nie może stanowić źródła prawa powszechnie obowiązującego.

Etapy prac nad aktami rangi ustawy czy rozporządzenia Ministra Zdrowia są przejrzyste. Na stronach resortu (zakładka legislacja) oraz stronach sejmowych można śledzić postępy procesu legislacyjnego wraz ze wszystkimi

zgłaszanymi uwagami.

Zmiany w zakresie zarządzeń Prezesa NFZ widoczne są dla świadczeniodawców na etapie projektu oraz opublikowanego aktu.

Niemniej jednak w obu przypadkach istnieje czas pomiędzy publikacją projektu a przyjęciem proponowanych w nim rozwiązań. Może on zostać wykorzystany przez świadczeniodawców na zgłaszanie uwag do projektów, jak również planowanie własnych działań w zakresie dostosowania placówki.

Konsultacje społeczne

Zarówno w zakresie projektów ustaw, rozporządzeń Ministra Zdrowia, jak i zarządzeń Prezesa NFZ istnieje najczęściej możliwość zgłaszania uwag do proponowanych rozwiązań. Jest to proces dwukierunkowej komunikacji między instytucjami tworzącymi prawo a podmiotami, których będzie ono dotyczyło. W ramach konsultacji odbywa się zarówno etap informowania o planowanych aktach prawnych, jak i etap uzyskiwania opinii zainteresowanych.

Czy jednak sposobność ta jest wykorzystywana?

Przykładowo - projekt zmiany ustawy

o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta został przekazany do konsultacji społecznych organizacjom pacjentów, szpitalom, podmiotom tworzącym szpitale, zakładom ubezpieczeń, samorządom zawodów medycznych i prawniczych. Uwagi przesłały między innymi: Federacja Pacjentów Polskich, Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych, Polska Izba Ubezpieczeń, Porozumienie Zielonogórskie,

Pracodawcy RP, INZP PZH, Rzecznik Ubezpieczeń, Stowarzyszenie Dyrektorów Szpitali Publicznych oraz inne. Zgodnie z wymogiem prawnym, zostały one rozpatrzone: uwzględnione lub odrzucone.

Jednakże z analizy zgłaszanych uwag wynika, iż nie wszystkie podmioty, do których skierowany został projekt, przedstawiły swoje opinie.

Projekt został opublikowany również na stronach ministerstwa, zatem świadczeniodawcy mieli możliwość zapoznać się z jego treścią już jesienią 2010 roku. Tymczasem obowiązywanie ustawy zaplanowano od dnia 1 stycznia 2012 r. Pomimo to nie wszyscy byli gotowi na wejście w życie.

W aspekcie projektów zarządzeń Pre-



zesa NFZ zwykle przewidywany czas konsultacji jest znacznie krótszy. Z praktyki wiem, iż często opublikowana propozycja zostaje przyjęta w formie niezmienionej. Jednakże istnieją również przykłady zarządzeń, które w wyniku konsultacji oraz kolejnych prac przybrały znacząco różny kształt.

Dobrym przykładem jest wprowadzenie nowego systemu rozliczania świadczeń w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Z zestawienia pierwotnej wersji projektu zarządzenia z jego dzisiejszym kształtem wynika, iż zarządzenie istotnie ewaluowało.

W kolejnych etapach prac lekarze zgłaszali liczne uwagi dotyczące braku wielu procedur w listach badań dodatkowych oraz grupach zabiegowych. Wskazywano również nieadekwatną wycenę części świadczeń. Wiele uwag nie zostało dotychczas uwzględnionych. Jednak system rozliczania świadczeń będzie z pewnością ulegał dalszym zmianom. Osobiście uważam, że zmiany te nie są możliwe bez spostrzeżeń dotyczących nieprawidłowości wdrożonych zarządzeniem rozwiązań. Pod warunkiem oczywiście, że świadczeniodawcy będą wiedzieli, jakie propozycje ujęte są w projektach i w jaki sposób wpływać one mogą na funkcjonowanie ich placówek. Oczywiście zgłaszane uwagi mogą zostać uwzględnione lub nie. Niemniej jednak zachęcam do ich przedkładania.

Zanim projekt stanie się aktem

Równoległe do zgłaszania uwag do publikowanych projektów konieczne jest zaplanowanie własnych zmian chociażby w organizacji funkcjonowania placówki, które potencjalnie będzie trzeba wdrożyć. Zarządzanie zmianami to zagadnienie, które nie może być obce w tak niestabilnym otoczeniu, jakim jest ochrona zdrowia.

Powzięcie decyzji o planowanych zmianach w regulacjach dotyczących świadczeniodawcy powinno wiązać się z tworzeniem scenariuszy uwzględniających: wpływ rozwiązania na funkcjonowanie placówki, niezbędne działania dostosowawcze oraz ich koszt.

Zasada przygotowania do zmian jest prosta - im szybciej tym lepiej. Oczywiście niekiedy istota tkwi w stworzeniu odpowiedniego planu, na tzw. „wypadek”, gdy nie ma pewności, czy projekt aktu zostanie przyjęty.

Tymczasem nie brak sytuacji, w których nawet fakt ogłoszenia aktu nie mobilizuje do wdrażania zmian we własnej placówce.

Przykład:

Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania weszło w życie 21 grudnia 2010 roku z mocą obowiązywania od 1 stycznia 2011 r. Przedłużono jednak termin bezwzględego stosowania się do zapisów rozporządzenia do 1 lipca 2011 r. Retorycznym pozostawię pytanie: Ilu świadczeniodawców rozpoczęło wprowadzanie nowych regulacji w miesiącu lipcu? Pomijając naturalnie tych, którzy wciąż nie dostosowali sposobu prowadzenia dokumentacji do obowiązujących przepisów.

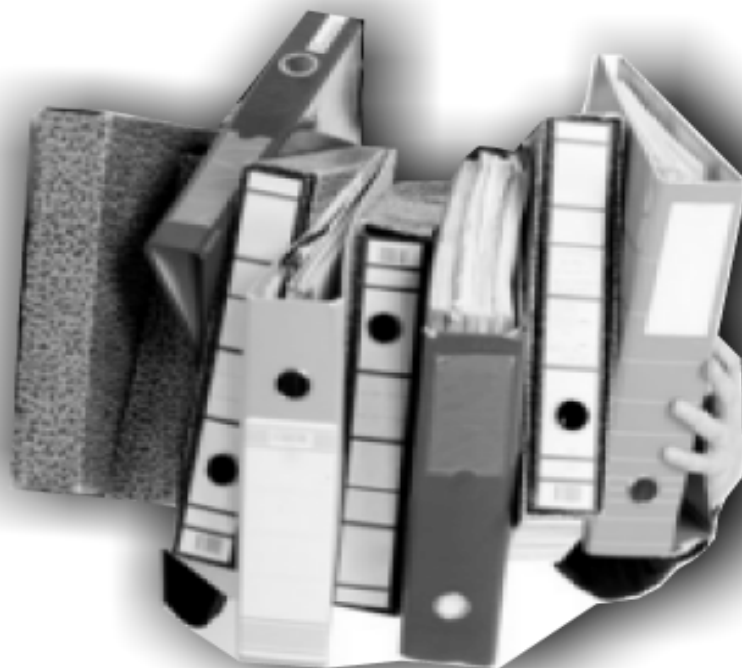
Przestrzegam przed podobną sytuacją w odniesieniu do dokumentacji elektronicznej, której obowiązek wprowadzenia ustalono na dzień do 1 sierpnia 2014 r. Wymóg ten nie znajduje się już na etapie projektu, lecz został uregulowany zapisa-

mi ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. Nr 113, poz. 657 z późn. zm.). Choć pozornie czas może wydawać się odległy, konieczne jest już dziś dokonanie weryfikacji własnych zasobów oraz wdrażanie odpowiednich procedur.

Nie wszystkie proponowane w projektach rozwiązania stają się obowiązujące, czasem całe projekty zostają wycofane lub odroczone, jak w przypadku wprowadzenia tzw. „pakietów” świadczeń w AOS. Nie zmienia to jednak faktu, iż większość uregulowań zostaje wdrażana, pomimo często braku wiary świadczeniodawców. Koronny przykład: system JGP w rozliczaniu świadczeń szpitalnych, rehabilitacyjnych, ambulatoryjnych. Im wcześniej poweźmiemy informację o planowanych zmianach, tym szybciej i lepiej będziemy mogli się do nich dostosować w momencie ich wprowadzenia. Skąd powziąć informacje? Ot, z projektów chociażby.

Planowanie pozwala uniknąć kosztownych błędów

Najczęściej akty prawne zaskakują środowiska, których dotyczą, w chwili ich wejścia w życie. Wówczas następują szybkie działania oraz podejmowanie niepla-



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

nowanych decyzji w celu dostosowawczym. Taki pośpiech bywa kosztowny.

Nieco przezorniejsi śledzą akty w momencie ich ogłoszenia, przed wejściem uregulowań w życie. Czasem jednak, jak w przypadku zarządzeń NFZ, daty ogłoszenia i obowiązywania aktu są tożsame.

O sobicie zachęcam do wyjścia o krok naprzód. Znajomość projektów aktów prawnych umożliwia planowanie i podejmowanie działań dostosowawczych do przyszłej rzeczywistości.

Przykładowa ścieżka legislacyjna:

Zmiana Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw pacjenta:

3.09.2010 r.
projekt zmiany ustawy skierowany do:
- uzgodnień międzyresortowych,
- konsultacji społecznych,

15.10.2010 r.
projekt wpłynął do Sejmu

27.10.2010 r.
pierwsze czytanie oraz debata



Skierowanie do Komisji Zdrowia
14.12.2010 r. oraz 1 i 3.03.2011 r.
Praca w Komisji Zdrowia

17.03.2011 r.
drugie czytanie oraz debata



Skierowanie do Komisji Zdrowia
18.03.2012 r.
Praca w komisji zdrowia

25.03.2011 r.
trzecie czytanie
- przyjęcie projektu w głosowaniu



30.03.2011 r.
skierowanie do Marszałka Senatu
oraz Prezydenta



19.04.2011 r.
Skierowanie do Komisji Zdrowia
z poprawkami Senatu

28.04.2011 r.
przyjęcie przez Sejm poprawek Senatu



Skierowanie do podpisu Prezydenta
18.05.2011r.
Prezydent podpisał projekt

2.06.2011r.
publikacja w dzienniku ustaw

1.01.2012 r.
wejście w życie



Rafał Janiszewski

Kto się zadłuża, a kto odrabia straty?

Odpowiedź na to pytanie staje się kluczowa dla organów założycielskich wobec zapisów Ustawy o działalności leczniczej. Tykający zegar zapisów przekształceniowych zbliża się do godziny „0”.

Większość samorządów na bieżąco monitoruje stan zadłużenia, a co za tym idzie szczegółowy wynik finansowy swoich placówek, żądając od lecznic comiesięcznych raportów. Trudno jednak wobec rosnących cen składowych udzielania świadczeń w sposób drastyczny obniżyć koszty leczenia. Mimo że najistotniejszą składową rachunku jest ludzka praca, to w tym obszarze wiele zrobić się nie da. Trzeba też uczciwie powiedzieć, że to właśnie praca jest głównym elementem udzielania świadczeń i jest ona tym droższa, im wyższy poziom jej wyko-

Według ostatnich danych opublikowanych przez Ministerstwo Zdrowia rośnie dynamika zadłużenia zakładów opieki zdrowotnej (w rozumieniu starej ustawy). Początek 2012 roku przyniósł 101,7%, co wyraża się wartością ponad 10,5 mld złotych zobowiązań ogółem. Za ten sam okres odnotowano wzrost zobowiązań wymagalnych, który wyniósł 106,7%, stanowiąc 2,4 mld złotych.

nywania. Potencjał intelektualny, ilość czasu poświęconego na udzielanie świadczenia, umiejętność organizacji świadczeń z minimalnym wykorzystaniem zasobów obcych - to cechy dobrego pracownika ochrony zdrowia. Dobrego, ale też nie taniego. Cóż nam po doskonałym sprzęcie diagnostycznym, rewelacyjnym wyposażeniu sal, bloków operacyjnych, jeśli nie będziemy mieli wykwalifikowanych lekarzy i pielęgniarek? Oczywiście nie dotyczy to sytuacji, w których wynagrodzenia są znacznie wyższe od przeciętnych w kraju. Zetknąłem się już bowiem z sytuacjami, gdzie miesięczny dochód lekarza z tytułu wykonywania pracy w jednym szpitalu przekraczał 30.000 zł i bynajmniej nie wynikało to z pracy ponadnormatywnej. Tego typu „wynaturzenia” powinny być niwelo-

ciąg dalszy na str. 8

ciąg dalszy ze str. 7

wane. Podobnie jak dodatkowe wynagradzanie personelu za zysk (proporcjonalnie do zysku jako swoista prowizja) jest w mojej ocenie błędem.

Nie osiągnie się wielkich oszczędności przez obniżanie wynagrodzeń

Zakładając, że poziom wynagrodzeń jest porównywalny ze średnią w kraju w tym sektorze, czynienie oszczędności w tym zakresie może dotyczyć jedynie optymalizacji ilości zasobów. Trzeba jednak pamiętać, że niezbędne minimum zatrudnienia wyznacza nam kilka norm. Ta, do której najczęściej się odwołujemy określona jest przez Narodowy Fundusz Zdrowia. W zapisach materiałów szczegółowych stanowiących część zarządzeń Prezesa NFZ określono niezbędne zatrudnienie personelu w zależności od zakresu oraz rodzaju świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Nie oznacza to jednak, że wymagane przez płatnika zasoby zawsze będą wystarczające. Dodatkowo należy uwzględnić specyfikę udzielanych świadczeń z punktu widzenia bezpieczeństwa pacjentów oraz zapewnienie ciągłości udzielania świadczeń mimo występującej absencji personelu. Nie bez znaczenia jest również konieczność kształcenia nowych kadr, zwłaszcza w dziedzinach i świadczeniach specjalistycznych wymagających doświadczenia nabieranego pod okiem praktyków.

Poszukiwania oszczędności poprzez outsourcing

Pierwszy zachwyt możliwością obniżenia kosztów pracy przez outsourcing już minął. O ile w większości przypadków sprawdził się w zakresie usług niemedyceńskich, o tyle nadal podzielone są opinie na temat kontraktowania pracy personelu medycznego.

Jedną z zalet takiego rozwiązania jest możliwość skorzystania na zjawisku



konkurencyjności na rynku. Trudno jednak mówić o takiej we wszystkich dziedzinach medycyny. Dodatkowym utrudnieniem jest często inna relacja odpowiedzialności pracownika zatrudnionego na podstawie umowy o pracę a dostawcy usług zatrudnionego na podstawie umowy cywilno-prawnej. Co prawda odpowiedzialność zawodowa pozostaje niezmienna, jednak umiejscowienie takiego pracownika w realiach organizacyjnych placówki bywa czasem utrudniona i wiąże się z koniecznością ponoszenia dodatkowych kosztów. Trzeba również mieć na uwadze, że ceny, jakie udaje się wynegocjować z dostawcą (np. za poradę, czy za godzinę pracy), niekoniecznie będą szły w parze z kosztami udzielenia świadczenia a nawet z przychodami, jakie z tego tytułu mamy z NFZ. O ile w przypadku porad jest to łatwiejsze, o tyle w przypadku hospitalizacji nie. Nie można bowiem przyjąć, że wykonanie zabiegu czy pobyt chorego w szpitalu zapewnią przychód równy grupie jednorodnej, jaką rozliczamy z płatnikiem. Nakłada się bowiem zjawisko „nadwykonań”, hospitalizacji o wyższym koszcie niż wartość świadczenia oraz ogół kosztów komórki organizacyjnej, który często powiązany jest z kosztami ogólnymi.

Mimo wszystko warto poszukiwać możliwości obniżenia kosztów poprzez outsourcing, a w szczególności kosztów niemedyceńskich.

Odrabianie strat związane jest z możliwością zwiększania przychodu z NFZ

Nie ma dzisiaj alternatywnego źródła przychodu (znacznego) oprócz płatnika. Wydaje się zatem, że zwiększanie przychodu jest ograniczone i niepowiązane proporcjonalnie z ilością udzielonych świadczeń. Sytuacja NFZ uzależniona jest od ściągalności składki i mimo corocznych wzrostów nakłady są ciągle zbyt małe w stosunku do potrzeb.

Jedną z metod zwiększania wartości kontraktu jest generowanie nadwykonań. To narzędzie było dość skuteczne w poprzednich latach. Przez okres widocznych wzrostów wyczerpały się jednak możliwości płatnika i wydaje się, że na znaczną poprawę nie ma co liczyć. Analiza zmian w zasadach finansowania wskazuje, że również i płatnik zaciska pasa. Wprowadzenie nowych zasad rozliczania substancji czynnych w programach terapeutycznych i chemioterapii jest tego sztandarowym przykładem. Dotychczas rozliczaliśmy te świadczenia wg wycen określonych w słowniku, a zakupione produkty lecznicze po niższej cenie można było korzystniej sprawozdać do NFZ. Wprowadzone obecnie rozliczanie wg wartości na fakturze zakupu nie daje już takich możliwości.

Spotykam się ostatnio z sytuacją stanowczej odmowy zapłaty świadczeń wykonanych ponad limit określony w umowie, nawet jeśli były to świadczenia ratujące życie. Co ciekawe, kształtuje się dziwny pogląd, że ponad limit przysługuje dodatkowe wynagrodzenie świadczeniodawcy wyłącznie w stanach nagłych. Jak tu mówić o ratowaniu życia w innych sytuacjach niż ratowanie życia...

Nie zmienia to faktu, iż jeśli płatnik usztywni swoje stanowisko co do nadwykonania, trudno będzie również przyjmować takie założenie, że jest to sprzedaż niezapłacona i księgować ją po stronie przychodów.

Bilansują się szpitale, którym udaje się dostosować zasoby

Wnikliwa analiza świadczeń pozwala na określenie zakresu i rodzaju, jaki przy odpowiednim standaryzowaniu można zbilansować. W mojej ocenie, o ile nie wszystkie rodzaje porad są "opłacalne" o tyle wszystkie poradnie, przy założeniu kompleksowości na okre-

ślonym poziomie standardu są zbilansowane. Kluczowym jest ustalenie zakresu diagnostyki niezbędnej podczas udzielania porady i właściwe kwalifikowanie chorych do leczenia szpitalnego. Każdy wie, że zmiany w zakresie finansowania AOS miały na celu przeniesienie części świadczeń do opieki ambulatoryjnej. Szpitale, które nie poddały się temu procesowi, będą ponosiły straty nie tylko w poradni ale w konsekwencji również w hospitalizacji.

Bolesną prawdą jest, że optymalizacja kosztów w szpitalu wiąże się ze zmniejszeniem dostępności dla pacjentów. Trudno jest zakreślić jednoznacznie granicę, gdzie jest to jeszcze ograniczenie dostępności, a gdzie już zagrożenie bezpieczeństwa chorych.

W mojej ocenie każda placówka powinna tę granicę wyznaczyć indywidualnie, mając na uwadze specyfikę popu-

lacji oraz istniejące zasoby. Uzupelnieniem tych założeń jest standaryzacja, której nie wyznacza NFZ warunkami jakościowymi, ale dobra praktyka terapeutów i zdrowy rozsądek zarządu.

W następnym numerze przedstawimy przykładowe analizy współczynników efektywności i ich zmiany na przestrzeni roku 2011 i 2021 - „czyli jak to robią inni”.



Nie ma dzisiaj alternatywnego źródła przychodu (znacznego) oprócz płatnika. Wydaje się zatem, że zwiększanie przychodu jest ograniczone i nie powiązane proporcjonalnie z ilością udzielonych świadczeń. Sytuacja NFZ uzależniona jest od ściągальności składki i mimo corocznych wzrostów nakłady są ciągle zbyt małe w stosunku do potrzeb.



Z Elżbietą Kozik
- Prezes Stowarzyszenia
„Amazonki” w Warszawie
rozmawia **Łukasz Puchalski**



Potrzeba odwagi, by stanąć przed kamerą, zrobić sobie zdjęcie i powiedzieć: „mam raka piersi”

Łukasz Puchalski: Jaka jest geneza powstania Amazonek?

Elżbieta Kozik: Pod koniec lat 80. grupa kobiet po mastektomii, odczuwała potrzebę komunikowania się i wspierania siebie wzajemnie podczas stresu związanego z operacją. W tym samym czasie postawało Centrum Onkologii. Zakład rehabilitacyjny już się zawiązał i ówczesna kierowniczka zakładu rehabilitacji dr Krystyna Mika była po wizycie w USA. Tam spotkała się z amerykańkami, które właśnie tworzyły organizacje, w której to kobiety po leczeniu onkologicznym pomagały sobie nawzajem.

Fenomenem jest to, że kobiety z ra-

kiem piersi potrafiły stworzyć coś, co dzisiaj jest symbolem. Przejęły one los w swoje ręce, a ich działania zastępują niejednokrotnie służbę zdrowia czy zakłady rehabilitacyjne. Znalazły sposób, robiąc to, co naprawdę jest niezbędne, czego wymaga każda pacjentka, dotknięta chorobą raka piersi, by wrócić do normalności.

Jako pierwszy i jedyny klub Amazonek w Polsce istniałyśmy około 2 czy 3 lata. Media zaczęły się nami interesować. Potrzeba odwagi, by stanąć przed kamerą, zrobić sobie zdjęcie i powiedzieć: „mam raka piersi”, odwagi, by przyznać się, że potrzebujemy pomocy i jakie mamy potrzeby. Czasopismo „Twój Styl”

jako pierwsze odważyło się poruszyć temat. Opiszano starania pierwszych kobiet, które zawiązały klub. Chwile później zaczęły w Polsce powstawać podobne do naszego kluby. I tak w roku 1993 było już ich 14. Mam na myśli te, które postanowiły się zrzeszyć i stworzyć coś na wzór federacji.

- Wszystko mimo tego, że nie było jeszcze do końca unormowane, to jednak cudowne, bo spontaniczne.

- Nie było wtedy rejestracji, sądów, po prostu była to tak jakby umowa indywidualnych osób, które chcą coś wspólnie stworzyć. Taki stan trwał do 1998

roku, do czasu założenia stowarzyszenia. Pomagał nam bardzo Polski Komitet Zwalczenia Raka, który rozpostarł nad nami skrzydła. Ta najstarsza w Polsce organizacja onkologiczna dostrzegła sens istnienia takich stowarzyszeń i klubów pacjenckich, a przez wiele lat sponsorowała nam rehabilitanta i psychologa. W roku 2001 po uzyskaniu osobowości prawnej rozpoczęliśmy inną formę działania...

Genezę jednak można zacząć od tego, że nasza misja i cel, jakie chciałyśmy osiągnąć to pomaganie sobie, opamiętanie wszystkiego, co choroba zniszczyła w kobiecie - zarówno z punktu fizycznego, jak i psychologicznego.

W tamtych czasach podczas operacji piersi na ogół były usuwane także węzły chłonne. Następowala destrukcja całej gospodarki limfy w organizmie, a ciało było narażone na duży obrzęk. W związku z tym gimnastyka była niezbędna i stała się naszym podstawowym działaniem. Program rehabilitacji specjalistycznej, wzorowanej na amerykańskich standardach, był tak opracowany, aby zapobiec gromadzeniu się chłonki i zminimalizować obrzęk.

Zaczęłyśmy opracowywać amerykańskie standardy szkolenia profesjonalistów do naszych potrzeb: rehabilitantów i psychologów, którzy później mieli pracować w klubach w całej Polsce.

- A jak to wygląda dziś?

Przeszkoliłyśmy ponad 600 osób, które nabyły umiejętności prowadzenia zajęć. Przez pierwsze lata byłyśmy bardzo skupione na bezpośredniej pomocy sobie i każdej zdiagnozowanej pacjentce. Opracowałyśmy metody szkolenia wolontariuszek, ochotniczek.

Nasze ochotniczki to osoby, które same przeszły chorobę nowotworową, doświadczyły wszystkich niedogodności, mają oczywiście predyspozycje, odpowiednią kulturę, a jednocześnie są odporne psychicznie. Bardzo często trzeba bowiem być przy łóżku chorej, dostarczać jej odpowiednich informacji, odpowiedzieć, jak sobie radzić na każdym etapie choroby i leczenia. Nie jest to łatwe zadanie.

Pierwsze zetknięcie się z chorobą jest najtrudniejsze, najbardziej stresujące dla kobiety. I co się okazuje? Nikt tak nie pomoże i nie wesprze jak osoba, która sama przeszła chorobę. To funkcjonuje do dziś. Co warto podkreślić: My w swoim przeszeniu działamy wszędzie tak samo.

- W każdej dziedzinie medycyny różnego rodzaju fundacje, stowarzyszenia walczą o zwiększenie dostępności do świadczeń. W leczeniu nowotworów piersi w Polsce ostatnimi czasy dokonano ogromnych postępów. Z całą pewnością są jednak problemy związane z dostępem do szpitali czy terapii - jakie to są problemy?

Od samego początku skupiam się na wspieraniu chorych. Wraz z rozwojem organizacji rosło we mnie poczucie, że możemy coś zmienić, mieć na coś wpływ, dlatego rozszerzamy swoje obszary działania. W chwili obecnej jednym z najważniejszych dla nas działań jest walka o dostępność nie tylko do szpitali, ale szczególnie do diagnozy.

W Polsce media dość intensywnie nagłaśniają problem raka piersi, zachęcają kobiety do wykonywania badań przesiewowych. Niestety bezpłatne badania dotyczą małego przedziału kobiet w określonym wieku. Zdarza się, że kobiety, które przychodzą do gabinetu na badania są rozczarowane, gdyż nie mogą się nieodpłatnie zdiagnozować, nie spełniają kryteriów - jedne są za młode, inne za stare.

W związku z tym ogólne mówienie „badajcie się” jest nie do przyjęcia. Osobiście, zawsze się przeciw temu buntuję, wskutek czego od wielu lat organizujemy badania dla kobiet. Oczywiście nie docieramy do wszystkich. Procent przebadanych kobiet jest niewielki, ale każda kolejna osoba poddana badaniu, a później ewentualnej diagnozie staje się dla mnie osobistym sukcesem.

- Najbliższa taka akcja to...

8 września w Warszawie organizujemy „Piersi w mieście”. W tym dniu będzie można wykonać USG, mammografię, skonsultować się ze specjalistami,

nauczyć się samodzielnie badać piersi i uzyskać wiele ciekawych wskazówek dotyczących tego, jak żyć zdrowo. Przed Pałacem Kultury i Nauki na Placu Defilad, powstanie w tym dniu przychodnia onkologiczna z konsultantami: 4 gabinety lekarskie + 4 gabinety ultrasonograficzne z USG 4D.

Będzie można skonsultować się z lekarzem, wykonać mammografię. Zachęcamy do przyjścia wszystkie kobiety, które mają jakieś podejrzenia lub odczuwają niepokój.

„Piersi w mieście” są naszym prezentem dla warszawiaków z racji obchodów jubileuszu 25-lecia.

- To jedyna taka akcja organizowana przez Panie?

Nie, oczywiście, że nie. Prowadzimy także kampanię „Twoje pierwsze USG piersi”. Przebadałyśmy w ciągu ostatnich trzech lat: 40 tysięcy kobiet w Polsce. Podpisałyśmy umowy z gabinetami, gdzie kobiety mogą poddać się badaniu USG. Oczywiście prowadzimy gabinety z różową wstążką. Uczymy lekarzy ginekologów i położne palpacyjnego badania piersi, dzięki temu, gdy kobieta znajdzie się w gabinecie ginekologicznym - ma szansę na kompleksowe zbadanie. Nieustannie posuwamy się naprzód. Ostatnio nawiązałam kontakt z gabinetem w Krakowie, gdzie cudowny lekarz mówi, że marzy mu się gabinet onkologiczny, w którym byłaby pełna diagnostyka raka piersi - biopsje cienkoigłowe, wszystkie formy przeswietleń, żeby była możliwość szybkiej diagnozy...

(dzwoni telefon)

- ... telefony od pacjentek ?

Tak. Kiedy kobiety do mnie dzwonią, czuję się zobowiązana im pomóc. Wiem, że my, Amazonki, jesteśmy dla nich wsparciem, pokładają w nas nadzieje na uzyskanie odpowiedzi i pomocy. Ktoś do mnie dzwoni i pyta, gdzie może zrobić USG piersi, albo że wyczuwa guzek i co z tym zrobić, bo ma jedynie 22 lata... Z jednej strony nie chcę i nie mogę tych

ciąg dalszy na str. 12

kobiet zawieść, z drugiej natomiast bardzo trudno jest im pomóc, zorganizować pełne badania.

Moim marzeniem jest brak takich momentów, w których kobieta jest o siebie niespokojna. Jeżeli wyczuwa niepokój, powinna wiedzieć, gdzie ma się kierować, żeby się przebadac, uzyskać diagnozę...

- Każde leczenie, a w szczególności nowotworu, wymaga edukacji. Z tego co wiem, Amazonki podejmują wiele działań w tym zakresie. Jaką propozycję macie Panie dla szpitali, w szczególności w zakresie współpracy edukacyjnej?

Amazonki zgromadziły się głównie po to, by uczyć. Edukacja to nasze podstawowe zadanie, nad którym cały czas pracujemy. Mam na myśli nie tylko akcje ogólnopolskie i konferencje, gdzie lobujemy na temat sprawy i bez których nie byłoby zmian. Mówię także o systematycznej pracy.

Obligatoryjnie, w każdą pierwszą środę miesiąca, spotykamy się na sali, która nieraz mieści 100 osób, bywa i 150. Spotkania te są integracyjno-edukacyjne, podczas których omawiamy, co robimy, gdzie uderzamy, czym się zajmujemy. Na drugą część spotkania zapraszamy gościa - specjalistę, który pogłębia naszą wiedzę o raku, raku piersi czy innych dziedzinach, o żywieniu, dostępie do leków i różnych formach terapii.

Opracowałyśmy dzienniczek pacjenta, który jest dostępny w naszej bibliotece i cieszy się dużym zainteresowaniem. Dzienniczek jest dobrym narzędziem dla każdego chorego. Na jego końcu znajdują się odpowiedzi na wiele pytań i porady, np. jak rozmawiać z lekarzem, by nie tracić czasu na rozmowę o niczym; w jakiś sposób zmusić lekarza do udzielenia informacji. Podczas wizyty u lekarza jesteśmy zestresowani, dlatego często nie słyszymy lub nie rozumiemy, o czym lekarz mówi. Namawiamy pacjentów, by przy pierwszej wizycie towarzyszył im ktoś bliski. Nazywamy to „przyjaciel od piersi” - jest cała kampania na ten temat. Często bywa tak, że lekarze nie chcą tak

naprawdę takiej rozmowy. W tym też nasza rola, żeby nauczyć kobiety jak rozmawiać z lekarzami by uzyskać ważne informacje i nie dać się splawić.

Na edukację szpitalną chodzą ochotniczki, które nieustannie szkolimy. Codziennie do szpitali przychodzi sztab ochotniczek. Jako Amazonki obsługujemy 5 szpitali i jesteśmy zawsze przy łóżku chorej. Warunkiem jest, by chora chciała, ponieważ nikogo nie zmuszamy do rozmowy, nie robimy nic na siłę, by udowodnić jakie to jesteśmy przemyślane. Część kobiet nie chce rozmawiać o tych trudnych sprawach, na szczęście przeważająca większość jest zainteresowana. Zapraszamy pacjentki również do naszej siedziby, gdzie można przyjść i uzyskać pomoc.

- Jak udaje się Pani przełamywać poczucie strachu u pacjentek? Co sprawia, że tak celnie obrała Pani dla siebie działalność?

- Wcześniej niewiele wiedziałam o raku, w każdym razie niewiele mnie to interesowało. Zachorowałam 1995 roku, porównując tamten okres a dziś to, są to lata świetlne. Z perspektywy, a mam osobistą perspektywę od 17 lat, mogę powiedzieć jak wiele daje współpraca z Amazonkami. Zmieniła się moja mentalność i sposób podchodzenia do choroby. Najpierw człowiek „chce wiedzieć” później chce przekazać tę wiedzę drugiej osobie i tu następuje przewrót w myśleniu.

Pamiętam, jak ochotniczka mówiła mi, że tego nie można, tamtego nie można... Nie chciałam się na to godzić. To jest kwestia spojrzenia i podejścia. Później zauważyłam, że takich jak ja jest więcej. Przełamujemy stereotypy nawet we własnym chorym środowisku. Okazało się, że można mówić o wszystkim, nawet o śmierci, mimo że panuje powszechne przekonanie, że nie wypada, bo to stresujące. Przełamywanie stereotypów następuje cały czas.

Od siebie mogę powiedzieć, że staram się nigdy nikogo nie zostawić bez pomocy, nawet jeśli kosztuje mnie to dużo wysiłku, by pomóc lub odpowiedzieć na pytanie. To jest zupełnie inna rozmowa. Kobiety, z którymi rozmawiam

chcą szukać rozwiązań, współuczestniczyć w swoim leczeniu, w procesie pokonywania barier. Aby ludziom w tym pomóc, stworzyliśmy przychodnię Amazonki.

Zawsze staram się rozwiązywać to, z czym się spotykam na co dzień. Problemy i zadawane mi pytania spowodowały, że powstała owa poradnia Amazonek, celem udzielenia odpowiedzi i pomocy jak największej ilości ludzi.

Przychodnia, którą prowadzimy, jest głównie internetowo - telefoniczna. Pracuje cała lista specjalistów, którzy pomagają. Działa infolinia, na której można porozmawiać z lekarzem lub napisać maila.

- Czy widzi Pani możliwość finansowania waszych działań poprzez realizację programów profilaktycznych z NFZ?

Niestety nie ma możliwości, by NFZ finansował działania takiej organizacji jak nasza, ponieważ NFZ finansuje tylko Zakłady Opieki Zdrowotnej. Przyznam się, że był moment, w którym rozważałam założenie ZOZ-u, jeszcze zanim dojrzałam do poradni amazonek. Obawiałam się jednak, że nie starczy mi siły prowadzić te wszystkie rozliczenia i dokumentacje. My nie mamy odpowiedniego biura, ludzi którzy mogliby to robić. Wszyscy, którzy tu przychodzą, pracują charytatywnie. Nikt nie zarabia żadnych pieniędzy. Prowadzenie naszych działań jako ZOZ mogłoby okazać się ponad siły, a zwykle nie podejmuję się rzeczy, których nie dam rady zrealizować. Jak mówię, że coś zrobię, to staram się to wykonać

- Gdyby chciała Pani napisać krótką wiadomość do świadczeniodawców, powiedzmy taki SMS z 300 znaków, to co by Pani napisała?

- Napisałabym, że każda zagrożona chorobą osoba oczekuje pilnej diagnostyki, natychmiastowego dostania się do prawidłowego leczenia, później oczywiście do odpowiednich leków. Tego oczekuje każdy obywatel i to powinna zapewniać konstytucja.

- Dziękuję za rozmowę
Łukasz Puchalski

Świadczenia wyodrębnione w katalogu grup jednorodnych 1a w większości zawierają grupy zabiegowe. Wyróżnia to ten zakres od innych, tym że poświęcono go wyłącznie możliwości rozliczania zabiegów, bez uwzględnienia leczenia zachowawczego ukierunkowanego na dany problem zdrowotny. Można powiedzieć, iż grupy których kod rozpoczyna się od litery C zawierają świadczenia o charakterze naprawczym, zaś możliwości sprawozdania postępowań zachowawczych poszukiwać należy w innych zakresach.

C - jak choroby twarzy, jamy ustnej, gardła, krtani, nosa i uszu

Anna Moczulska



Przykładem może być rozpoznanie Ostrego zapalenia krtani J04.0, które znajduje się w chociażby w pediatrycznej grupie jednorodnej P03:

P03	5.51.01.0014003	Choroby górnego odc. dróg oddechowych
-----	-----------------	---------------------------------------

Trzeba przy tym dodać, że ta jednostka chorobowa może być również rozliczona w ramach grupy C57:

C57	5.51.01.0003057	Inne choroby gardła, uszu i nosa
-----	-----------------	----------------------------------

Możliwość odrębnego rozliczania zabiegowego rozwiązywania problemów zdrowotnych w ramach całego zakresu stanowi wyraz swoistego porządku ustanawiającego również ścieżkę pacjenta w systemie i w szpitalu.

Niejednokrotnie podnoszony był przez świadczeniodawców problem łączenia leczenia zachowawczego z zabiegowym. Dotyczyło to zarówno poprzedzających zabieg hospitalizacji z leczeniem zachowawczym, podczas których wykonywano diagnostykę i kwalifikowano do zabiegu, jak również sytuacji odwrotnej. Często bowiem pacjent przyjęty do szpitala w pierwszej kolejności miał wykonywany zabieg, a dalsze leczenie ukierunkowane było na działanie zachowawcze. W przypadku rozdzielania postępowań zabiegowych (umieszczonych w odrębnym zakresie) i zachowawczych umieszczonych w innych zakresach - mamy możliwość optymalnego wykorzystywania zasobów szpitala. Dodatkowo podkreśla to fakt, iż świadczenia z zakresu grup "C" dostępne są dla oddziałów zabiegowych

wych takich jak:

- chirurgia dziecięca
- chirurgia klatki piersiowej
- chirurgia onkologiczna
- chirurgia plastyczna
- chirurgia szczękowo twarzowa
- neurochirurgia
- otolaryngologia

Wydaje się zatem zasadne, aby dla właściwego wykorzystania kontraktu z NFZ dedykować te świadczenia wyłącznie do oddziałów zabiegowych, unikając tym samym realizowania w nich świadczeń zachowawczych, pomimo że problemy zdrowotne pacjentów niekwalifikowanych do operacji mieszczą się w zakresie tej części katalogu grup.

Oczywistą jest rzeczą, że Płatnik nie mógł całkowicie zablokować możliwości rozliczenia leczenia zachowawczego w tym zakresie, dlatego m.in. utworzono grupę C56

C56	5.51.01.0003056	Poważne choroby gardła, uszu i nosa
-----	-----------------	-------------------------------------

i wspomnianą powyżej C57

C57	5.51.01.0003057	Inne choroby gardła, uszu i nosa
-----	-----------------	----------------------------------

dokończenie na str. 14

dokończenie ze str. 13

Trzeba jednak zwrócić uwagę, że grupa C56 wyceniona na 45 pkt. zawiera np. rozpoznania z zakresu chorób nowotworowych, które (w przypadku leczenia zachowawczego) mogą być zaopatrywane w ramach oddziału onkologii. Wówczas wartość rozliczenia z NFZ będzie wyższa przy hospitalizacjach trwających powyżej 4 dni.

Przykładów potwierdzających tezę, że większość rozpoznań zaopatrywanych zachowawczo lepiej jest realizować w innych zakresach niż zabiegowe, może być wiele. Argumentem dopełniającym jest jednak to, że oddziały chirurgiczne z założenia są kosztowniejsze i wiążą się z zaangażowaniem droższych zasobów szpitala.

Leczenie przewlekłego zapalenia zatok czołowych zachowawczo w oddziale chirurgii wydaje się zatem być nieoptymalne.

Nie sposób przy omawianiu tej części katalogu, nie zwrócić uwagi na grupy, dla których określono szczegółowe warunki ich realizacji.

Dotyczy to grup: C05, C06, C07:

C05	5.51.01.0003005	Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą implantów ślimakowych i pniowych
-----	-----------------	---

C06	5.51.01.0003006	Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą innych wszczepialnych elektronicznych protez słuchu
-----	-----------------	--

C07	5.51.01.0003007	Wymiana procesora mowy
-----	-----------------	------------------------

Opis i zasady udzielania tych świadczeń umieszczono w załączniku nr 3 (Warunki wymagane wobec świadczeniodawców).

O ile konieczne warunki w większości muszą być spełnione, dla prawidłowego sprawozdania procedur zawartych w charakterystyce tych grup, o tyle często spełnienie ich nie jest odzwierciedlone w stosownych zapisach w dokumentacji medycznej.

W załączniku, o którym mowa, znajdują się bowiem zapisy ograniczające możliwości sprawozdania tych grup. Jako przykład może posłużyć warunek dotyczący wymiany procesora mowy, wyłącznie po upływie jego okresu gwarancji, lub też w tym samym przypadku konieczności przedstawienia opinii ośrodka o braku przydatności urządzenia do dalszego użytkowania.

Trzeba tutaj zwrócić uwagę, że w przypadku kontroli z NFZ, warunki z załącznika 3 muszą zawierać potwierdzenie w historii choroby hospitalizacji rozliczonej takim świadczeniem.



Zawód niedoceniony czy nieoceniony - pielęgniarstwo

Dorota Dacz



**Śnieżnobiały fartuch, nienaganny wygląd,
biało-czarny czepek.
Obserwuje, rozmawia, pomaga, rozumie.**

To atrybuty i cechy, które kojarzą się z opieką pielęgniarstwą. I choć doświadczenia każdego z nas mogą być bardzo różne, ten wzorzec od wieków jest niezmienny. Dziś już nie tylko pielęgniarka, ale i pielęgniarz wspierają pracę lekarza, planują oraz sprawują opiekę nad pacjentem, ale nade wszystko zobowiązani są prawnie do prowadzenia dokumentacji medycznej.

Kwestie prowadzenia dokumentacji regulują dwa aktualnie obowiązujące akty: Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej oraz Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

W art. 18 ustawy czytamy: „Pielęgniarka i położna mają obowiązek prowadzenia i udostępniania dokumentacji medycznej na zasadach określonych w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta”. Realizacja świadczeń zdrowotnych musi zatem zostać dokumentowana w indywidualnej oraz zbiorczej dokumentacji wewnętrznej.

Pielęgniarki nie gęsi ... swoją dokumentację mają

W tabeli obok przedstawiam zestawienie zadań realizowanych przez personel pielęgniarstwa, uwzględniając dokumenty, w których realizacja powinna być dokumentowana:

Realizacja świadczeń w zakresie sprawowanej opieki nad pacjentem	Dokumentacja medyczna
Wykonywanie zleceń lekarskich ujętych w karcie zleceń, każdorazowo potwierdzając ich wykonanie (badania, leki).	Karta zleceń
Monitorowanie parametrów pacjenta, takich jak: RR, tętno, temperatura wg potrzeb i stanu zdrowia pacjenta.	Karta obserwacji Karta gorączkowa
Określenie diagnozy pielęgniarstwa oraz problemów pielęgnacyjnych. Ocena stanu fizycznego, psychicznego i społecznego na podstawie wywiadu pielęgniarstwowego oraz danych z dokumentacji medycznej. Ustalanie planu opieki i realizacja świadczenia zgodnie z planem.	Karta indywidualnej pielęgnacji
Informacje dotyczące realizowanego znieczulenia.	Karta przebiegu znieczulenia lub historia pielęgnowania.

dokończenie na str. 16

dokończenie ze str. 15

Tabela ta nie uwzględnia wszystkich dodatkowych dokumentów, które prowadzone mogą być w ramach sprawowanej opieki, a których wymogu nie określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie dokumentacji medycznej.

Należą do nich między innymi: karta respiratorowa, rejestracji zakażeń, oceny ciężkości stanu pacjenta, obserwacji wkluc obwodowych, ryzyka wystąpienia odleżyn czy pomiaru glikemii oraz różnego rodzaju skale, służące ocenie stopnia ciężkości czy monitorowania bólu, np. przy wykorzystaniu skali VAS, bilansu płynów. Dokumenty te mogą być określone przez szczegółowe standardy postępowania pielęgniarskiego z pacjentem w danym schorzeniu. Natomiast kwestia ich sporządzania zależy od wewnętrznych ustaleń placówki i wprowadzanych standardów postępowania w danych przypadkach.

DOKUMENTACJA ZBIORCZA

W ramach prowadzenia dokumentacji zbiorczej personel pielęgniarski prowadzi księgę raportów pielęgniarskich. Dokument ten zawierać powinien:

- ==> oznaczenie podmiotu;
- ==> numer kolejny wpisu;
- ==> datę sporządzenia raportu;
- ==> statystykę oddziału, w tym liczbę pacjentów przyjętych, gorączkujących, wypisanych, zmarłych;
- ==> treść raportu uwzględniającą w szczególności: opis zdarzenia, jego okoliczności i podjęte działania;
- ==> dane identyfikujące pielęgniarkę dokonującą wpisu oraz jej podpis.

Raport pielęgniarski stanowi formę przekazywania najważniejszych informacji przez pielęgniarki kończące pracę w danym dniu, osobom rozpoczynającym dyżur. W znacznej mierze dotyczy stanu pacjentów hospitalizowanych w oddziale i sprawowanej nad nimi opieki oraz pielęgnacji i ma na celu zachowanie ciągłości obserwacji, prawidłowe wykony-



RÓWNOŚĆ WOBEC PRAWA I NFZ

wanie zaleconych zabiegów, pielęgnacji i opieki, potwierdzenie wykonania innych działań organizacyjno-administracyjnych.

ZNACZENIE DOKUMENTACJI PIELĘGNIARSKIEJ

Dokumentacja prowadzona przez personel pielęgniarski zestawiona z dokumentacją lekarską stanowić może dowód w przypadku wystąpienia ewentualnych roszczeń pacjenta lub oskarżeń o fałszowanie dokumentacji medycznej czy braku wykonania określonych świadczeń medycznych. Może stanowić wzajemne zabezpieczenie odpowiedzialności personelu lekarskiego oraz pielęgniarskiego. Często bowiem pielęgniarki prowadzą dokumentację w sposób bardziej skrupulatny oraz staranny, uwzględniając w dokumentach zapisy, które zostały pominięte przez lekarzy. Konieczne jednak jest zachowanie pomiędzy tymi dokumentami równowagi pomiędzy dokonywanymi wpisami.

Często podczas audytu historii chorób spotykam się z dokumentacją, gdzie zapisy uwzględnione przez personel pielęgniarski są w znaczący sposób rozbieżne z zapisami lekarzy. Czy może odwrotnie? Bo to może lekarz dokonuje wpisów rozbieżnych z tymi dokonanymi przez pielęgniarki. I tak np. pielęgniarka zapisuje w dokumentacji fakt występowania choroby współistniejącej, natomiast lekarz nie uwzględnił takowych w swoich zapisach.

Czy może warto przytoczyć sytuację, gdzie pacjent uskarża się pielęgniarkę na występujący ból, jednakże lekarz w karcie zleceń nie zapisuje ordynowanych leków. Rozbieżność tych informacji stanowić może ogromne zagrożenie dla obu stron. Sytuacji tej nie rozstrzygniemy na łamach czasopisma, ale warto mieć świadomość problemu i stworzenia rozwiązań wewnątrz placówki, by dokumentacja pielęgniarska nie była prowadzona z dala od opieki lekarskiej, ale tworzyła harmonijną całość oddającą w sposób rzetelny prowadzony proces diagnostyczno-terapeutyczny.

Michał Chrobot

magister prawa Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego oraz magister ekonomii Akademii Ekonomicznej w Krakowie. Wieloletni pracownik Świętokrzyskiej Regionalnej Kasy Chorych oraz Świętokrzyskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. Od 2008 roku Pełnomocnik Dyrektora a następnie Kierownik Działu Kontraktowania, Rozliczeń i Statystyki Medycznej Świętokrzyskiego Centrum Onkologii SPZOZ w Kielcach



DIAGNOSTYKA I LECZENIE OPERACYJNE RAKA PIERSI W SYSTEMIE JEDNORODNYCH GRUP PACJENTÓW

Diagnostyka

Rak piersi jest pierwszą przyczyną zgonu kobiet w wieku poniżej 65 lat w Polsce. Niestety w ostatnich latach wzrasta zachorowalność na raka piersi, zwłaszcza u kobiet w wieku pomenopauzalnym. Co roku odnotowuje się ponad 15 000 nowych przypadków raka piersi (w roku 2009 liczba ta wyniosła 15 752) i z roku na rok liczba ta stale wzrasta. Najczęściej pacjentki z podejrzeniem nowotworu piersi trafiają do placówek onkologicznych:

- po samobadaniu piersi,
- badaniu przedmiotowym (palpacyjnym), wykonanym przez lekarza POZ lub lekarza specjalistę (np. ginekologii i położnictwa);
- z uwagi na nieprawidłowe wyniki badań obrazowych wykonanych w ramach etapu podstawowego (mammografia) lub pogłębionego (USG, mammografia, biopsje) programu profilaktycznego raka piersi;
- z powodu objawów chorobowych w zakresie piersi, czy innych narządów (w przypadku zaawansowanego stadium choroby nowotworowej).

W przypadku pacjentki z podejrzeniem nowotworu piersi konieczne jest

wykonanie badań diagnostycznych, które pozwolą nam rozpoznać rodzaj nowotworu, ustalić stopień zaawansowania choroby i zaplanować najbardziej efektywne leczenie.

Zgodnie z wytycznymi NFZ diagnostyka powinna być prowadzona poza leczeniem szpitalnym (w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej). Jednakże w przypadku gdy leczenie - w opinii lekarza - winno być prowadzone w warunkach stacjonarnych (zgodnie z §11 ust. 5 i 6 Zarządzenia Nr 72/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z 20 października 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne z późn. zm.) mamy do czynienia z diagnostyką w postaci:

1) Leczenia zachowawczego (diagnostyki laboratoryjnej i/lub obrazowej), w przypadku której, w zależności od postawionego rozpoznania, możemy wykazać (rozliczyć) grupę:

- J07 - Choroby piersi łagodne - 18 pkt (936,00 zł), dla takich rozpoznań jak: N60.0 - N64.9 (zmiany łagodne w sutku), Q83.X, R92 (Nieprawidłowe wyniki badań obrazowych sutka);
- J08 - Choroby piersi złośliwe - 35 pkt (1 820,00 zł), dla takich rozpo-

znań jak: C50.X (rak piersi), C79.8 (wtórny nowotwór złośliwy), D05.X (rak in situ), D48.6 (nowotwór o nieokreślonym charakterze - sutek);

2) Biopsji piersi, w przypadku której w zależności od rodzaju badania wykazujemy grupę:

- J06 - Mała chirurgia piersi - 11 pkt (572,00 zł) - w przypadku wykonania przezskórnej, gruboigłowej biopsji piersi - celowanej (ICD-9: 85.114);
- J10 - Biopsja mammotomiczna (WAŻNE: pobyt poniżej 2 dni) - 55 pkt (2 860,00 zł) - w przypadku wykonania biopsji gruboigłowej piersi wspomaganą próżnią pod kontrolą USG (ICD-9: 85.131) lub biopsji gruboigłowej piersi wspomaganą próżnią stereotaktyczną (ICD-9: 85.132).

Leczenie operacyjne

Po wykonaniu pełnej diagnostyki (badania obrazowe i histopatologiczne), w zależności od uzyskanych wyników podejmuje się decyzję o leczeniu operacyjnym piersi. W zależności od wielkości zmiany w piersi oraz jej rodzaju (potwierdzonego wynikiem hist.-pat.), zgodnie z zaleceniami Polskiego Towarzystwa

Chirurgów Onkologicznych oraz Polskiej Unii Onkologii wykonywany jest radykalny lub oszczędzający zabieg operacyjny, tj.:

1) Tumorektomia (wycięcie guza) lub lumpectomia - w tym przypadku do rozliczenia wskazujemy:

- J06 - Mała chirurgia piersi - 11 pkt (572,00 zł) - w przypadku wykonania jednej z procedur:

- 85.21 Miejscowe wycięcie zmiany piersi;
- 85.241 Wycięcie ektopicznej tkanki piersi;
- 85.29 Usunięcie lub zniszczenie tkanki/ tkanek sutka piersi - inne;

2) Lumpectomia z procedurą węzła wartownika lub limfadenectomią pachową - w tym przypadku do rozliczenia wskazujemy:

- J09 - Wycięcie węzłów chłonnych - 74 pkt (3 848,00 zł) - w przypadku wykonania jednej z procedur ICD-9:

- 40.12 - Wycięcie węzła wartowniczego,
- 40.31 Poszerzone wycięcie regionalnych węzłów chłonnych;
- 40.32 Wycięcie regionalnych węzłów chłonnych wraz z drenowanym segmentem skóry, tkanki podskórnej i tłuszczowej;
- 40.51 Doszczętne wycięcie pachowych węzłów chłonnych.

3) Kwadrantektomia (wycięcie kwadrantu piersi) bez lub z procedurą węzła wartownika lub limfadenectomią pachową - w tym przypadku do rozliczenia wskazujemy:

- J03 - Duże zabiegi w obrębie piersi - 52 pkt (2 704,00 zł) - w przypadku wykonania procedury ICD-9: 85.22 Resekcja kwadrantu piersi lub

- J09 - Wycięcie węzłów chłonnych - 74 pkt (3 848,00 zł) - w przypadku wykonania jednej z procedur ICD-9:

- 40.12 - Wycięcie węzła wartowniczego,
- 40.31 Poszerzone wycięcie regionalnych węzłów chłonnych;
- 40.32 Wycięcie regionalnych węzłów chłonnych wraz z drenowanym segmentem skóry, tkanki podskórnej i tłuszczowej;
- 40.51 Doszczętne wycięcie pachowych węzłów chłonnych.

4) Mastektomia (amputacja całej piersi

wraz z węzłami chłonnymi) - w tym przypadku do rozliczenia wskazujemy:

- J02 - Kompleksowe zabiegi w obrębie piersi - 102 pkt (5 304,00 zł) - w przypadku wykonania jednej z procedur ICD-9:

• 85.26 Wycięcie guza piersi - BCT;

• 85.432 Zmodyfikowana radykalna mastektomia;

• 85.433 Prosta mastektomia z wycięciem regionalnych węzłów chłonnych;

• 85.451 Usunięcie piersi, mięśnia piersiowego, regionalnych węzłów chłonnych [pachowych, pod i nadobojczykowych];

• 85.46 Obustronne radykalne odjęcie piersi;

• 85.471 Wycięcie piersi, mięśnia piersiowego, regionalnych węzłów chłonnych [pachowych, nadobojczykowych, piersiowych wewnętrznych, śródpiersiowych];

• 85.472 Poszerzona radykalna amputacja piersi BNO;

• 85.48 Obustronne poszerzone radykalne odjęcie piersi;

- J03 - Duże zabiegi w obrębie piersi - 52 pkt (2 704,00 zł) - w przypadku wykonania jednej z procedur ICD-9:

• 85.411 Mastektomia - inna;

• 85.412 Mastektomia całkowita;

• 85.421 Obustronne proste odjęcie piersi;

• 85.422 Obustronne całkowite odjęcie piersi;

• 85.431 Poszerzona prosta mastektomia - inna;

• 85.44 Obustronne poszerzone proste odjęcie piersi.

5) Zabiegi rekonstrukcyjne w zakresie piersi - wykonywane są jednocześnie (bezpośrednio po amputacji piersi) lub dwuczynowo, czyli w terminie późniejszym, po zakończeniu leczenia onkologicznego. Wykonuje się je z użyciem tkanek własnych pacjentki i/ lub protez piersiowych (ekspanderów, ekspanderoprotez lub protez ostatecznych). W zależności od czasu wykonania rekonstrukcji do rozliczenia wykazujemy:

- J04 - Zabiegi rekonstrukcyjne piersi - 95 pkt (4 940,00 zł) - w przypadku osobnego (w trakcie odrębnej hospitalizacji od zabiegu operacyjnego)

wykonania jednej z procedur ICD-9:

• 85.33 Jednostronna podskórna mastektomia / wszczep;

• 85.35 Obustronna podskórna mastektomia / wszczep;

• 85.531 Jednostronne wszczepienie protezy piersiowej;

• 85.55 Wymiana ekspandera na endoprotezę piersiową;

• 85.842 Rekonstrukcja piersi płatem skórno-mięśniowym uszypułowanym;

• 85.851 Rekonstrukcja piersi płatem skórno-mięśniowym wolnym z połączeniem mikrochirurgicznym;

• 85.88 Rekonstrukcja piersi płatem skórno-mięśniowym wolnym/ uszypułowanym z protezą piersiową;

• 85.95 Wprowadzenie ekspandera do piersi;

• 85.97 Wszczepienie ekspanderoprotezy piersiowej.

- J01 - Radykalne odjęcie piersi z rekonstrukcją - 170 pkt (8 840,00 zł) - w przypadku wykonania jednoczesnej mastektomii z rekonstrukcją, tj. jednej z procedur ICD-9 wskazanych w grupie J02 - Kompleksowe zabiegi w obrębie piersi oraz jednej z procedur ICD-9 z grupy J04 - Zabiegi rekonstrukcyjne piersi (patrz powyżej).

Leczenie

uzupełniające raka piersi

W zależności od stopnia zaawansowania nowotworu (określonego na podstawie badania hist.-pat. materiału pobranego w trakcie zabiegu) po leczeniu operacyjnym wdrażane jest leczenie uzupełniające w postaci następczej radioterapii, chemioterapii oraz hormonoterapii. Po zabiegu często wymagana jest specjalistyczna rehabilitacja. Ale to już zupełnie inna historia - rozliczana poza JGP.



Krzysztof Uszyński

Jednorodne Grupy Pacjentów w Ortopedii i Traumatologii

W poprzednim artykule za jedną z przyczyn braku efektów współpracy na linii środowisko ortopedyczne i NFZ podałem brak przygotowania standardów postępowania medycznego, a następnie na ich podstawie standardów kosztowych, jako argumentów do dyskusji na temat korekt wyceny poszczególnych JGP. Za każdym razem, ilekroć powiem o tym w środowisku lekarskim, słyszę: „to góra ma zrobić”, a ponieważ wiadomo, że „góra” tego nie robi, to pozwalamy, aby płatnik robił z grupami JGP dla ortopedii, co mu się tylko podoba.

Z drugiej strony zastanawia mnie fakt, dlaczego w poszczególnych oddziałach nie ma tych standardów. Jeśli ich nie ma, to jak liczone są koszty na od-



Przykład:

Material, lek, sprzęt zużywalny oraz wykorzystywany środek trwały w przypadku	Typ, rodzaj /dokładne określenie /	Jednostka miary	Współczynnik /ilość procedur wykonanych z ilości M/	Ilość jednostki miary (M) potrzebna do wykonania ilości procedur (N)	Cena jednostki miary	Jednostkowy koszt materiałowy
D	T	M	N	L	C	$U=(L/N)*C$
opatrunki	żelowe	szt	1	10	20,7	207
Morfina	ampułka 20	szt	1	2	5	10
Endoproteza	Bezcementowa	komplet	1	1	5000	5000
I tak dalej					suma	5217
Grupa pracownicza	Jednostka czasu	Koszt jednostki czasu (M)	Zużyty czas (M) na ilość procedur (n = 1)	jednostkowy koszt osobowy		
D	M	C	T	$P=T*C$		KOSZT JEDNOSTKOWY PROCEDURY OGÓLEM
lekarze	dzień	180,00 zł	7	1 260,00 zł		$K=U+P$
pielęgniarki	dzień	75	7	525,00 zł		7 002,00 zł
I tak dalej			suma	1 785,00 zł		

działach urazowo-ortopedycznych na poszczególnych pacjentów? A może nie są liczone? ... Jak dyrektor szpitala i księgowi zarządzają, nie wiedząc o podstawowych kosztach, nadal są to średnie, osobodzień i szacunki. Gdzie są podstawowe narzędzia dla rachunkowości zarządczej? Czy oznacza to, że nikt tak naprawdę nie wie, ile kosztuje dany pacjent, z danym schorzeniem, u którego wykonano konkretną procedurę? Myślę, że większość NZOZ-ów wie, ile kosztują jego pacjenci, natomiast SP ZOZ-y bardzo rzadko. Pamiętajcie: NFZ tego nie wie. Kupił system z gotowymi algorytmami, które zostały ręcznie bez zasad systemowych korygowane. Z trzeciej strony to bardzo dobrze wycenione procedury endoprotezyczne dają możliwość nadrobienia strat na procedurach urazowych i może dlatego „góra” tego nie rusza.

Przejdźmy zatem do pokazania, jak prosto stworzyć standard, który posłuży lekarzom na oddziale do powtarzalności przedsięwzięć, służbom finansowym na łatwą kalkulację kosztową, a środowisku dostarczy argumentów do dyskusji z płatnikiem. Na początku należy zrobić pewne założenia dotyczące podziału standardu na część tak zwaną białą (lekarsko-pielęgniarską) i szarą (ekonomiczną).

Część biała obejmuje opisanie czynności medycznych, opisanie procedur (od ogółu do szczegółu), zaś część sz-

ra polega na wycenie tych opisów. Poniżej podaję pewne rozwiązania praktyczne dotyczące podziału kosztów na pacjenta - dla początkujących.

- a. Koszt pracy personelu na oddziale osobno lekarze, osobno pielęgniarki i salowe, [tu najlepiej sumę miesięcznych (kwartalnych lub rocznych) zarobków podzielić przez ilość osobodni w tym okresie i każdemu pacjentowi obliczyć koszt personelu udzielającego świadczeń], inne może bardziej dokładne sposoby doprowadzają do absurdalnie małych kwot i fałszywych wniosków.
- b. Podział kosztów pośrednich, jak prąd, ogrzewanie, kotłownia, pralnia, zarząd i inne przydzielić na podobnej zasadzie jak powyżej.
- c. Koszt takich procedur, jak zmiana opatrunku, założenie gipsu (jego rodzaj), iniekcja domięśniowa, dożylna, itp., powinny być wycenione a iloczyn ilości i wyceny stanowi następnny koszt.
- d. Osobno i indywidualnie liczony jest koszt leków i materiałów medycznych (np. endoproteza).
- e. Koszt sali operacyjnej jest iloczynem godzinowego kosztu gotowości bloku i ilości godzin przeznaczonych na wykonanie danej procedury.
- f. Nie zapominamy o wycenie kosztu znieczulenia i koszcie badań laboratoryjnych i Rtg (powinny posiadać wycenę

tw. wewnętrzną).

- g. Doliczyć należy również koszt konsultacji lekarskich (internistyczna, anesteziologiczna i inne)

Przypadek to pacjent ze zmianami zwyrodnieniowymi stawu biodrowego, zakwalifikowany do wszczęcia całkowitej, bezcementowej endoprotezy stawu biodrowego z artkulacją polietylen metal. Tworzymy prostą tabelkę, np. w Excelu (na poprzedniej stronie).

Teraz kodujemy przypadek:

- H05 Endoprotezoplastyka pierwotna całkowita kolana, bezcementowa biodra

wymagane wskazanie procedury z listy procedur H05, procedury z listy dodatkowej H2 oraz rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań H05

Procedury medyczne wg ICD-9:

- 81.512 Całkowita pierwotna rekonstrukcja stawu biodrowego

00.781 Operacje stawu biodrowego - oba elementy mocowane bezcementowo

M16.1 Inne pierwotne koksartrozy

Razem:

234 punktów = 234 x 52 zł = 12 168 zł



źródło - Internet

Kalendarium,

czyli najważniejsze wydarzenia

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

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

Wyniki konsultacji w kolejnym „SYSTEMIE”.

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



LIPIEC

5.01.00.0000113 Porada lekarska (według ICD-10 - Z04)

Narodowy Fundusz Zdrowia umożliwił świadczeniodawcom udzielanie oraz rozliczanie porad, których główną przyczyną jest: „zgłoszenie się Świadczeniobiorcy do Świadczeniodawcy w następnym nieprawidłowego postępowania, związanego z ordynacją lekarską naruszającą uprawnienia Świadczeniobiorcy w zakresie refundacji leków”.

Porady te wskazano do realizacji przez Szpitalne Oddziały Ratunkowe, Izby Przyjęć oraz w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej na podstawie zawartego porozumienia pomiędzy oddziałem NFZ i świadczeniodawcą. Wyencione one zostały na wartość 25 zł i wiązały się z koniecznością przekazania do OW NFZ nieprawidłowo wystawionej recepty.

Możliwość ich rozliczania NFZ wycofał w sierpniu.

XML od 1 lipca 2012r.

19 lipca 2012r. na stronie Narodowego Funduszu Zdrowia opublikowano Zarządzenie dotyczące komunikatów sprawozdawczych XML. Precyzuje ono zakres danych przekazywanych w postaci elektronicznej do NFZ.

Komunikat obowiązuje od dnia 1 lipca 2012r.

VADEMECUM 2012

NFZ przedstawił aktualizację informatora w sprawie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych - Vademecum 2012.

Zaktualizowano maksymalną wysokość pobieranych opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej dla miesięcy: lipiec, sierpień, wrzesień br.

- dla jednej strony wyciągu lub odpisu jest to koszt 7zł 29gr.
- dla jednej strony kopii wynosi 73 gr.
- dla wyciągu, odpisu lub kopii na nośniku elektronicznym wielkość opłaty to 7zł 29gr.

Dodano także informację o uprawnieniach dla weteranów poszkodowa-

nych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa.

Lecznictwo uzdrowskowe - projekt zarządzenia na 2013 r.

Narodowy Fundusz Zdrowia przedstawia do konsultacji projekt zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju lecznictwo uzdrowskowe na 2013 rok.

Przyjęcie i wypisanie ze szpitala psychiatrycznego

Ministerstwo Zdrowia, w drodze rozporządzenia, określiło wymogi dotyczą-

dokończenie na str. 22

ce sposobu postępowania w sprawach przyjęcia oraz wypisania ze szpitala psychiatrycznego.

Oprócz wskazania zasad odnoszących się do przyjęcia i wypisania pacjenta, rozporządzenie zawiera również wzory dokumentów tj.: skierowań, rejestru osób przyjętych do szpitala psychiatrycznego, zawiadomień kierownika szpitala psychiatrycznego oraz sądu opiekuńczego o przyjęciu do szpitala osoby chorej psychicznie bez jej pisemnej zgody, zawiadomień sądu opiekuńczego o wypisaniu ze szpitala psychiatrycznego.

SIERPIEŃ

Rozliczanie chemioterapii oraz programów lekowych - komunikat NFZ

NFZ udostępnił możliwość przekazywania przez świadczeniodawców sprawozdań z wykonanych świadczeń zdrowotnych w ramach chemioterapii oraz programów lekowych.

Dotyczy ona przede wszystkim obowiązku rozliczania podanych lub wydanych pacjentowi leków z uwzględnieniem postaci handlowej (identyfikowanej kodem EAN) oraz pozycji leku na fakturze zakupu.

Powyższa zmiana wymusiła konieczność dostosowania formatu przekazywania danych pomiędzy świadczeniodawcami a Narodowym Funduszem Zdrowia, a także systemów informatycznych. Obowiązujący format wymiany danych został opublikowany w Zarządzeniu 45/2012/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 18 lipca 2012 r. w sprawie określenia szczegółowych komunikatów sprawozdawczych XML dotyczących świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych (I fazy).

Dodatkowo NFZ określił zasady rozliczania świadczeń udzielonych podczas hospitalizacji rozpoczętych przed 30 czerwca 2012 r. oraz trwających po 1 lipca 2012 r.

Leczenie z zastosowaniem pompy baklofenowej

Dokonano zmian w zarządzeniu w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie. Uwzględniono rozszerzenie katalogu świadczeń o zakres: leczenie spastyczności opornej na leczenie farmakologiczne z zastosowaniem pompy baklofenowej.

Zakres ten obejmuje świadczenia:

5.10.00.0000067 pompa baklofenowa 1 pkt
5.10.00.0000068 cewnik do pompy baklofenowej 1 pkt

5.10.00.0000069 założenie /wymiana/ usunięcie pompy baklofenowej 284 pkt

5.10.00.0000070 wymiana cewnika z przestrzeni nadtwardówkowej, podpajęczynówkowej lub podtwardówkowej rdzenia 142 pkt

5.10.00.0000071 hospitalizacja związana z uzupełnieniem pompy baklofenowej 45 pkt
5.10.00.0000072 test baklofenowy 55 pkt

5.10.00.0000073 baklofen 65 pkt

Zarządzenie uwzględnia możliwość wspólnego wyłaniania dostawcy pomp baklofenowych przez świadczeniodawców, z którymi zostaną zawarte umowy. Zmiany uregulowano w Zarządzeniu nr 51/2012/DSOZ.

Tlenoterapia domowa

Na mocy Zarządzenia nr 51/2012/DSOZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie wprowadzono obowiązek prowadzenia **Karty wizyt w domu pacjenta - tlenoterapia** oraz **Karty serwisową koncentratorów tlenu** w przypadku udzielania świadczeń z zakresu tlenoterapii domowej.

Oddział udarowy - warunki dla świadczeniodawców

Dokonano modyfikacji warunków wobec świadczeniodawców (załącznik 3) określonych dla oddziału udarowego. Dotychczas wymagania formalne (pozycja 31.5.1) zawierały zapis: *Oddział uda-*

rowy - wpis w rejestrze: część VIII kodu resortowego: 4222.

Wprowadzona zmiana uwzględni następującą alternatywę:

Oddział udarowy - wpis w rejestrze: część VIII kodu resortowego: 4222, albo co najmniej 4 łóżka intensywnej opieki medycznej i co najmniej 12 łóżek rehabilitacji neurologicznej (udarowej) w oddziale neurologii - wpisane w rejestrze.

Zmianę tę wprowadzono poprzez Zarządzenie Nr 49/2012/DSOZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne.

Opieka psychiatryczna - kryteria oceny ofert

NFZ opublikował zmianę w zarządzeniu w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Dodano w tabeli nr 1.10, odnoszącej się do sprawowanej opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, pozycję 34 w brzmieniu: *psycholog kliniczny - wymiar czasu pracy nie mniejszy niż równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 30 zarejestrowanych miejsc, liczba punktów jednostkowych - 3,0.*

Przeciwdziałanie fałszowaniu produktów leczniczych

Ministerstwo Zdrowia przedstawiło projekt zmiany ustaw: Prawo farmaceutyczne oraz ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Regulacje mają na celu zapobieganie wprowadzaniu sfałszowanych produktów leczniczych do legalnego łańcucha dystrybucji. Konsultacją poddano m.in. rozwiązania w zakresie audytów u wytwórców substancji czynnych, prowadzenia oceny ryzyka w stosunku do substancji pomocniczych, informowania o podejrzeniu sfałszowania produktu leczniczego, sprawdzania tożsamości i jakości substancji czynnych. Ponadto przepisy mają przyczynić się do ściślejszej kontroli sprzedaży wysyłkowej produktów leczniczych.

Proponowane zmiany w ustawach wynikają z konieczności wdrożenia dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/62/UE.

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 jednorodnych grup pacjentów.

Zwracam się z pytaniem dotyczącym wydawania wyniku badania histopatologicznego. Czy sekretarka medyczna pracująca w sekretariacie oddziału zabiegowego może zajmować się wydawaniem takiego wyniku pacjentom już wypisanym ze szpitala, którzy przychodzą do sekretariatu samowolnie?

Sekretarka medyczna nie może wydawać takich wyników. Pacjenta o jego stanie zdrowia informuje lekarz terapeuta. Wynik badania histopatologicznego stanowi podstawę do określenia rozpoznania (ostatecznego lub wykluczenia rozpoznania wstępnego) nowotworu złośliwego. To lekarz prowadzący dotychczasowe leczenie zabiegowe (pobierający wycinek, biopsję) jest odpowiedzialny za poinformowanie chorego o wyniku

badania i dalszych zaleceniach. To on również powinien wydać choremu potwierdzoną kopię lub odpis wyniku. Oryginał natomiast zostaje dołączony do dokumentacji medycznej związanej z wizytą/poradą, podczas której poinformowano chorego o wyniku. W zależności od miejsca udzielenia świadczenia będzie to historia choroby (oddział szpitalny) lub historia zdrowia i choroby (poradnia ambulatoryjna).

I tu należy dodać, że w przypadku, gdy pobranie materiału do badania histopatologicznego odbyło się w warunkach ambulatoryjnych, wynik jest nieodzownym elementem do prawidłowego rozliczenia porady zabiegowej.

Jak daleko może cofnąć się NFZ, żądając od nas kopie rozliczonych świadczeń? Powodem mojego zapytania jest potrzeba ustalenia, jak długo musimy prze-



choywać dane rozliczeniowe w systemie informatycznym.

Podstawą rozliczeń i płatności za świadczenia udzielone w okresie sprawozdawczym jest rachunek wraz z raportem statystycznym.

Zgodnie z treścią § 23 Ogólnych warunków umów w rozporządzeniu Ministra Zdrowia, Świadczeniodawcy przysługuje

c.d. na str. 24

dokończenie ze str.

prawo korygowania raportu będącego podstawą wystawienia rachunku najpóźniej w terminie 45 dni, po upływie okresu rozliczeniowego.

Pragnę jednakże zaznaczyć, iż czas przechowywania dokumentacji rozliczeniowej nie jest uwarunkowany czasem możliwości cofnięcia rozliczenia przez Płatnika. Fundusz może bowiem zakwestionować określone raporty rozliczeniowe aczkolwiek przed dokonaniem płatności a nie po ich dokonaniu. W przypadku zakwestionowania raportu rozliczeniowego po dokonaniu zapłaty mówi się już bowiem o nienależnie przekazanych środkach i procedura postępowania określona została w § 28 Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej Rozporządzenia Ministra Zdrowia.

Korespondencja na temat możliwości cofnięcia czasu rozliczenia znajduje się na stronach Związku Pracodawców Służby Zdrowia MSW.

Czas przechowywania danych rozliczeniowych nie został określony przez zapisy prawa. Należy jednakże uznać, iż jako ewidentny dowód zapłaty stanowi ona zarówno element dokumentacji finansowej oraz medycznej i tym samym należy przechowywać ją w wymiarze czasu określonym w przepisach prawa. Może bowiem zostać poddana kontroli przez inne organy Państwa, nie tylko przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

I tak: dokumentacja medyczna powinna być przechowywana przez okres 20 lat (licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu).

Wyjątki dotyczą:

- dokumentacji medycznej w przypadku zgonu pacjenta na skutek uszkodzenia ciała lub zatrucia, która jest przechowywana przez okres 30 lat (licząc od końca roku kalendarzowego, w którym nastąpił zgon);
- zdjęć rentgenowskich przechowywanych poza dokumentacją medyczną pacjenta, które są przechowywane przez okres 10 lat (licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wy-



konano zdjęcie);

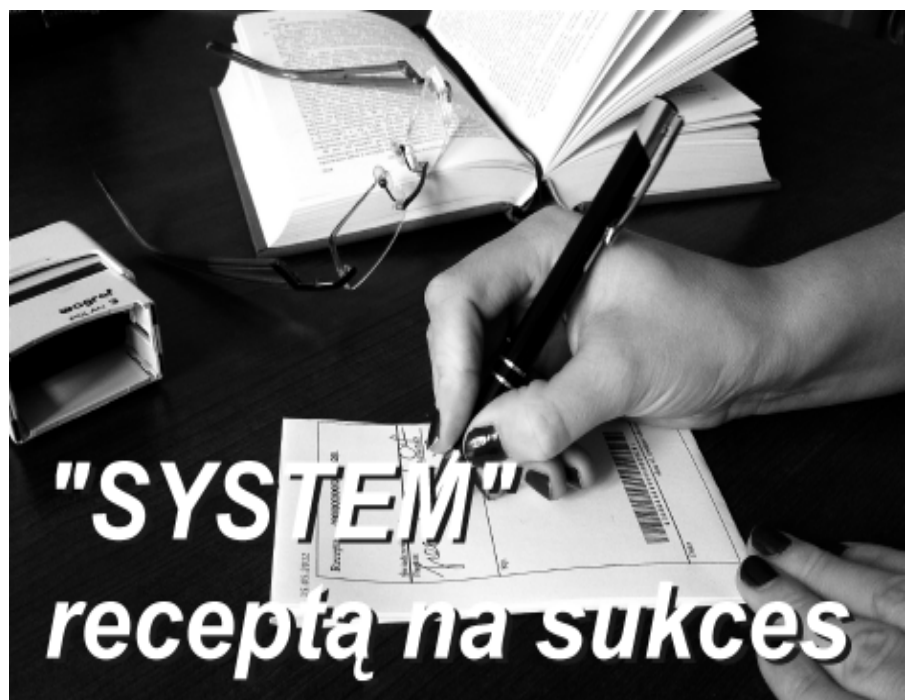
- skierowań na badania lub zleceń lekarza, które są przechowywane przez okres pięciu lat (licząc od końca roku kalendarzowego, w którym udzielono świadczenia będącego przedmiotem skierowania lub zlecenia);
- dokumentacji medycznej dotyczącej dzieci do ukończenia drugiego roku życia, która jest przechowywana przez okres 22 lat.

Po upływie określonego powyżej czasu dokumentacja medyczna powinna zostać niszczona w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta, którego dotyczyła.

W jaki sposób należy dokumentować wykonanie szczepień ochronnych pracowników i osób narażonych zawodowo na działanie biologicznych czynników chorobotwórczych w przypadku, gdy nie posiadamy

karty uodpornienia?

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych w sytuacji konieczności wykonania szczepień ochronnych pracownikom narażonym na działanie biologicznych czynników chorobotwórczych lekarz powinien przeprowadzić odpowiednią wizytę kwalifikacyjną. W przypadku gdy nie posiada karty uodpornienia, całość porady powinna zostać udokumentowana na zasadach określonych w obowiązującym Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej raz sposobu jej przetwarzania. Porada składać się powinna z kwalifikacji do szczepienia oraz udokumentowania samego jego podania.



W następnym numerze:

- **Rafał Janiszewski:** Istotne aspekty ordynacji lekarskiej w świetle zapisów Ustawy o refundacji oraz obwieszczeń Ministra Zdrowia w sprawie wykazu leków refundowanych
- **Obszerna relacja z konferencji:** Pielęgniarska dokumentacja medyczna.
- Choroby układu oddechowego w alfabecie JGP - **Beata Jagielska**
- **Dorota Dacz:** Dokumentacja pielęgniarska cd.
- W gabinecie praktyka: **Krzysztof Uszyński** - kolejny odcinek chirurgii urazowo-ortopedycznej w praktyce lekarza i kodera
- **Magdalena Siebielska:** Najczęściej występujące błędy w dokumentacji AOS - z praktyki audytora
- Aspekty prawne dokumentacji elektronicznej - **Łukasz Puchalski**
- **Karolina Witczak** - dokumentacja medyczna na wesoło
- Wywiad numeru: **Rafał Janiszewski** rozmawia ze **Zbigniewą Nowodworską** - dyrektorem POSUM w Poznaniu, na temat problemów w zarządzaniu placówką ambulatoryjną

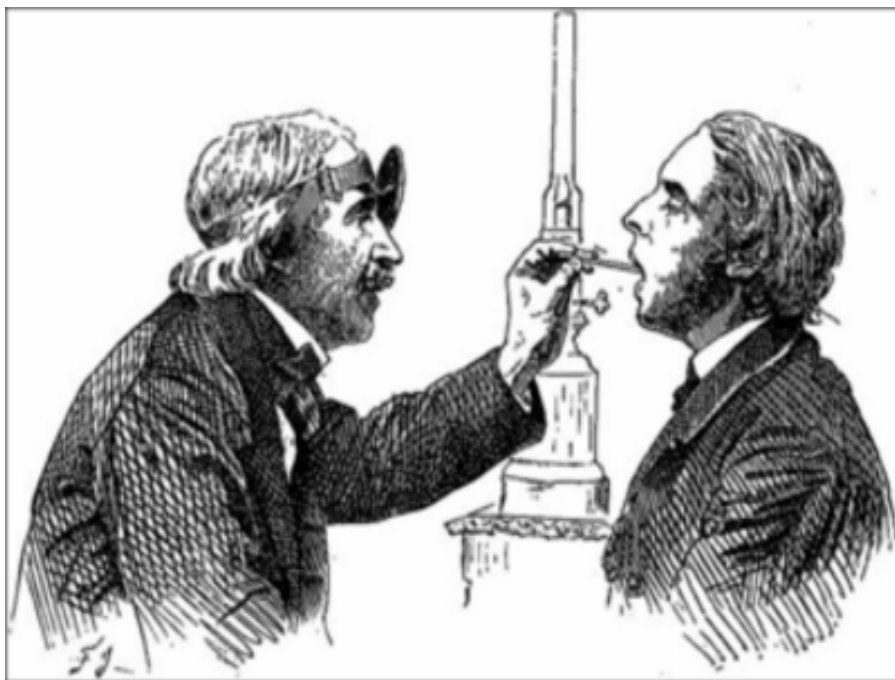
Ponadto:

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

System

warto sprawdzić - zawsze na temat!

Z historii medycyny



Prekursor laryngoskopii Manuel Garcia
w trakcie badania krtani lusterkiem (Wikipedia)

Nowa rubryka w „Systemie” - redagują Czytelnicy

Już od następnego numeru poszerzymy nasze pismo o nową rubrykę:

„DOKUMENTACJA NA WESOŁO”

Zapraszam do nadsyłania zabawnych wpisów z dokumentacji, zdjęć czy sytuacji, które anonimowo publikować będę w kolejnych numerach Systemu.

Materiały prosimy kierować na adres: karolina.witczak@iuz.org.pl

A oto kilka przykładowych wpisów:

W dokumentacji medycznej nie wpisano schorzeń współtowarzyszących, ponieważ pacjent nie chciał powiedzieć, jakie ma choroby. Obrzął się na personel z powodu nieprzyjemnego badania.

Powyższe rozpoznania wpisano do dokumentacji, ponieważ dyrektor szpitala chce się korzystnie rozliczać z NFZ. Pacjent był leczony na pierwsze dwa, pozostałe tylko w wywiadzie.

REDAKCJA:

Zespół redakcyjny:

Dorota Dacz, Beata Jagielska,
Rafał Janiszewski, Anna Moczulska,
Łukasz Puchalski, Magdalena Siebielska,
Emilia Sujkowska, Sandra Szymańska

Zdjęcia - zespół

Adres redakcji:

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

Druk:

Wydawnictwo FENIKS
ul. Jana z Kolna 38 B, 75-204 Koszalin
Nakład 5000 egzemplarzy
ISSN 1898-3987

UWAGA:

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

Redakcja

nie przyjmuje zleceń reklamowych

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

www.kancelariajaniszewski.pl/system