



Drodzy Czytelnicy,

dużo wydarzeń w ochronie zdrowia i jeszcze większa ich różnorodność sprawia, że chwilami nie wiadomo, w czym się zagłębić.

Minister Zdrowia zmienia ustawy, doprecyzowuje rozporządzenia, a Prezes NFZ zostaje odwołany. Czytając rozporządzenie w sprawie anestezjologii, zastanawiamy się, co będzie, jak zabraknie lekarzy; a słuchając o zmianie w NFZ, obawiamy się rewolucji, jaką może nam zrobić następca Paszkiewicza.

Moja przyjaciółka mówi mi, że każda zmiana jest kryzysem. W zasadzie to dla nas nic nowego, bowiem kryzys w ochronie zdrowia to codzienność. Przechodzące nad naszymi głowami burze zmian nie wpływają specjalnie na główny kurs działania. Szukamy narzędzi optymalizacji, starając się dostosować do warunków nas otaczających, a tym samym myślimy o rozwoju (mimo wszystko). O tym właśnie traktuje rozmowa z Andrzejem Bunio z Zespołu Szpitali Pulmonologiczno-Reumatologicznych z siedzibą w Kup.

Obserwując zmiany, traktujemy je warsztatowo, wdrażając w codzienną pracę. Szukamy prostych tłumaczeń zarządzeń NFZ. Takim właśnie jest artykuł Magdaleny Siebielskiej.

Robimy, co do nas należy, bo wpływu na to, co na górze raczej nie mamy. Pocięająca jest jednak zasada, że każda góra jest górą tylko dlatego, że jest jakiś dół.

Rafał Janiszewski

- 2| Tu warto być
- 4| Medyczny kalejdoskop
- 5| Jak czytać regulacje list oczekujących
- 8| Na roboczo - Płacić za efekt leczenia czy za terapię?
- 10| Komputeryzacja czy informatyzacja szpitali ?
- 12| Na roboczo - JGP w ortopedii i traumatologii
- 14| Rozmowa w „Systemie” - Błędne koło, czyli siwienie siwych...
- 16| Alfabet JGP: B - jak choroby oczu
- 18| Leczenie szpitalne - opis planowanych zmian
- 21| Pracownicy wiedzy
- 23| Kalendarium
- 25| JGP w pytaniach i odpowiedziach
- 28| Po co studiować medycynę, skoro jest Internet ...
- 29| Inicjatywa dla życia
- 30| W następnym numerze
- 31| Formularz prenumeraty



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

Medyczny kalejdoskop



Pora na krem

Słońce coraz bardziej przygrzewa i wielkimi krokami zbliża się lato. Szykując się na letnią porę roku, warto więc pamiętać o kremach z filtrem, które chronią przed promieniowaniem.

Promienie słoneczne uwb powodują zaczerwienienia, podrażnienia, a nawet poparzenia skóry. Są również odpowiedzialne za powstanie zmian przed- i nowotworowych skóry. Promienie uva głęboko wnikają przez skórę, uszkadzając włókna kolagenowe i tym samym przyczyniają się do szybszego starzenia się skóry.

Musimy również pamiętać o tym, że kremy z filtrem trzeba stosować nie tylko na nasłonecznionej plaży, ale także w mieście, w pochmurny dzień.

Termolezja

Termolezja jest jedną z metod leczenia bólu przewlekłego, polegającą na zastosowaniu prądu. Istotą zabiegu jest uszkodzenie struktur nerwowych poprzez

kontrolowane działanie temperatury, którą uzyskuje się dzięki rozchodzącym się w tkankach falom radiowym o określonej długości, które są generowane przez generatory fal wysokiej częstotliwości.

Zabieg termolezji może być wykonywany w celu zwalczania chociażby bólów nowotworowych, nietypowych dolegliwości twarzy czy kręgosłupa szyjnego, piersiowego i lędźwiowo-krzyżowego.

Metoda ta charakteryzuje się skutecznością na poziomie 50-70% i ma niewielką ilość efektów ubocznych. Zabieg jest szansą dla chorych z przewlekłym bólem, którego nie można wyleczyć lekami. Dedykowany może być również tym, którzy nie kwalifikują się do operacji lub jej termin jest odległy.

Zainteresowanie pacjentów opisanymi zabiegami w placówkach medycznych, które posiadają je w swojej ofercie, jest duże.

Bank mleka kobiecego

Badania dowodzą, że dzieci karmione mlekiem matki osiągają lepsze wyniki w testach na inteligencję, rzadziej cho-



Emilia Sujkowska

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

rują, chociażby na cukrzycę, nadciśnienie czy otyłość. Karmienie mlekiem naturalnym, zawierającym cenne przeciwciała, ma szczególne znaczenie dla wcześniaków, których odporność jest praktycznie zerowa. Niestety nie wszystkie kobiety mogą w naturalny sposób żywić niemowlęta. Stąd pomysł na banki mleka kobiecego.

W Europie działa ich około 170.

W Polsce, jak dotąd, tylko jeden, w Warszawie - bank mleka kobiecego. W szpitalu miejskim w Rudzie Śląskiej planowane jest otwarcie kolejnego takiego miejsca.

Sen

Naukowcy z uniwersytetu Alabamy prowadzili obserwacje przez trzy lata wśród tysięcy aktywnych zawodowo osób w średnim i starszym wieku. Badania wykazały, że sam niedobór snu może być jednym z czynników podwyższających ryzyko wystąpienia udaru. Podobno zbyt mała dawka snu jest w tym przypadku bardziej znacząca, niż np. otyłość.

Leczenie chorób serca i naczyń

Nowoczesne centrum badawczo-rozwojowe polsko-amerykańskich klinik serca zostało oficjalnie otwarte 13 czerwca w Kostkowicach w powiecie cieszyńskim.

W ośrodku naukowym prowadzone będą badania przedkliniczne nad nowymi technologiami leczenia chorób serca i naczyń. Przede wszystkim w zakresie nowych urządzeń i implantów, w tym stentów wieńcowych i obwodowych, stosowanych m.in. w leczeniu zawału serca. Centrum posiada własny bank tkanek oraz laboratorium hodowli komórkowych, które umożliwia także badania nad regeneracją serca i naczyń.

Jak czytać regulacje list oczekujących

Wydawać by się mogło, że rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie zasad prowadzenia list oczekujących jest jasną instrukcją niepozostawiającą wątpliwości. Jeśli jednak chcemy bardzo szczegółowo zastosować się do tych wytycznych, pojawiają się pytania, na które odpowiedzi można szukać jedynie w zdrowym rozsądku.

Izba przyjęć

Pacjent skierowany do leczenia stacjonarnego (z wyjątkiem przypadków nagłych) otrzymał od lekarza opieki otwartej skierowanie. Zgodnie z nim, chory powinien zgłosić się do szpitala lub innej placówki leczenia stacjonarnego celem przyjęcia. Należy przy tym podkreślić, że wspomniane rozporządzenie o kolejkach nie precyzuje tego, czy pacjent ma się zgłosić osobiście. Dlatego pewnie często spotykamy się z praktyką, kiedy to pacjent telefonuje, lub wysyła skierowanie czy kopię pocztą lub faksem. Niejednokrotnie takie postępowanie jest wpisane w standard postępowania placówki.

Duże moje wątpliwości budzi takie postępowanie, bowiem nie mamy możliwości zweryfikowania stanu chorego. Zgodnie z zapisem rozporządzenia, na izbie przyjęć lekarz weryfikuje treść skierowania. Dotyczy to nie tylko prawidłowości jego wypisania, ale przede wszystkim stwierdzenia, czy powód skierowania pokrywa się z faktycznym stanem pacjenta.

Istotnym elementem wymagającym weryfikacji jest kategoria zdrowotna

Lekarz izby przyjęć przeprowadza badanie zgłaszającego się ze skierowaniem chorego, dzięki czemu może określić stan pacjenta. Jest to niezbędne, aby podjąć decyzję o przyjęciu lub odmowie

przyjęcia. W przypadku stanów nagłych, zagrożenia życia, ostrych dolegliwości, chorzy przyjmowani są bezwzględnie. Jeśli natomiast stan zgłaszającego się nie wymaga natychmiastowego przyjęcia, a do świadczenia, na które ma skierowanie, jest kolejka, lekarz odmawia przyjęcia w dniu zgłoszenia. Odmowa (udokumentowana w księdze odmów) wiązać się musi jednocześnie z wpisaniem chorego na listę oczekujących. Tu jednak niezbędne jest określenie kategorii „pilny” lub „stabilny”. Określenie to niejednokrotnie nie pokrywa się z oznaczonym na skierowaniu. Taka rola lekarza izby przyjęć. Nawet jeśli lekarzem kierującym i przyjmującym do leczenia jest ten sam terapeuta. Warto podkreślić, że w ramach ubezpieczenia zdrowotnego wizyta w izbie przyjęć to porada, wymagająca dokumentacji medycznej. Tu jest miejsce na opisanie i uzasadnienie określonej kategorii.

Biorąc pod uwagę, że nie możemy przyjąć pacjenta do leczenia w dniu zgłoszenia, niezasadne wydaje się zabieranie mu skierowania. W przeciwnym wypadku pozbawimy chorego możliwości poszukiwania szybszego świadczenia w innej placówce. Możemy zatem zrobić odpis dokumentu lub kopię. Istotne jest, że w dniu, w którym nastąpi realizacja świadczenia, pacjent musi mieć skierowanie. Co prawda rozporządzenie tego nie reguluje dokładnie, jednak podpowiada to zdrowy rozsądek.

Określona kategoria i problem zdrowotny **wyznaczają rekomendowany czas oczekiwania**

Umieszczenie chorego na liście oczekujących wiąże się z koniecznością określenia przewidywanego czasu oczekiwania. Do omawianego rozporządzenia Minister Zdrowia dołączył opracowane przez konsultantów krajowych wytyczne. Przedstawiają one zalecane czasy oczekiwania w jasno sprecyzowanych rozpoznaniach. Rodzi się jednak pytanie: czy te wytyczne stanowią obowiązek? Na ile jesteśmy zobligowani do ich uwzględnienia i jakie skutki niesie ze sobą niemożność ich zrealizowania? Nawet jeśli założymy, że wytyczne są jedynie wskazówką do optymalnego czasu oczekiwania, to jaką odpowiedzialność może ponieść świadczeniodawca, wiedząc, że wpisuje na listę oczekujących chorego, który będzie oczekiwał dłużej niż zalecony czas. Biorąc pod uwagę, że wspomniane załączniki do rozporządzenia zostały opracowane przez konsultantów krajowych, należy liczyć się z tym, że nieudzielenie świadczenia w zalecany czas może wiązać się z pogorszeniem stanu chorego.

W mojej ocenie należy nie tylko powiadomić o przewidywanym czasie oczekiwania, ale również o tym, że jest on dłuższy niż zalecany (wynikający ze standardu medycznego). Chory ma wówczas świadomość, iż musi poszukiwać moż-

dokończenie na str. 6

ZASADY WPISU PACJENTA NA LISTĘ OCZEKUJĄCYCH

1. Pacjent zgłasza się ze skierowaniem do poradni chirurgii urazowo-ortopedycznej. Lekarz specjalista na podstawie wykonanych badań określa jego stan i decyduje, czy wymaga leczenia szpitalnego. Następnie podejmuje decyzję, na jakie leczenie pacjenta kieruje.
2. Pacjent otrzymuje skierowanie do szpitala na konkretne świadczenie od lekarza specjalisty z przychodni.
3. Chory przychodzi na izbę przyjęć/oddział ze skierowaniem oraz ważnym dokumentem ubezpieczenia. Pracownik administracyjny weryfikuje, czy są one kompletne i aktualne.
4. Lekarz w szpitalu bada pacjenta i decyduje, czy chory kwalifikuje się do przyjęcia do szpitala. Jeżeli nie, udziela mu porady i daje zalecenia. Wszystko dokumentuje w księdze przyjęć i odmów przyjęć oraz porad ambulatoryjnych w izbie przyjęć.
5. W przypadku gdy pacjent kwalifikuje się do hospitalizacji, lekarz podejmuje decyzję, czy ma być przyjęty w trybie „nagłym”, czy też może oczekiwać w kolejce i zostać przyjęty planowo.
6. Jeżeli lekarz podejmie decyzję o wpisaniu chorego do kolejki, osoba odpowiedzialna za prowadzenie części administracyjnej listy oczekujących wypełnia:
 - 1) identyfikator listy, na który składa się identyfikator Zakładu wraz z kodem komórki organizacyjnej oraz kod świadczenia;
 - 2) numer kolejny na liście oczekujących;
 - 3) data i godzina wpisu na listę oczekujących;
 - 4) imię i nazwisko osoby dokonującej wpisu na listę oczekujących;
 - 5) dane o osobie oczekującej na udzielenie świadczenia:
 - a) identyfikator osoby (numer PESEL lub seria i numer paszportu),
 - b) imię i nazwisko,

Stała opieka nad chorym oczekującym

Jeśli pacjent oczekujący na liście nie może uzyskać świadczenia w czasie zalecanym w standardach, warto zorganizować system konsultacji w terminach przekroczenia zaleconego czasu. Jeśli na przykład zalecany czas oczekiwania to 6 tygodni, warto dać możliwość zgłaszania się chorych i weryfikowania ich stanu w czasie oczekiwania na świadczenie.

Kij ma jednak dwa końce i rodzi się pytanie, czy jeśli nie organizujemy takiego systemu, należy przyjmować oświadczenie od chorych, że przyjęli do wiadomości i są świadomi ewentualnych skutków tego, że będą oczekiwać dłużej niż zalecają wytyczne. Dobrą praktyką jest weryfikowanie i konsultowanie chorych oczekujących, jednak wiąże się z dużym wysiłkiem organizacyjnym.

Ustawa o prawach pacjenta odwołuje się do skutków zbyt długiego oczekiwania

W przypadku, gdy stan zdrowia świadczeniobiorcy pogorszy się wskutek zbyt długiego oczekiwania na świadczenie, ma on prawo zgłoszenia roszczenia finansowego. Tym bardziej niebezpieczne są praktyki placówek prowadzących leczenie stacjonarne w zakresie rehabilitacji, gdzie chorzy wysyłają skierowania pocztą, a placówka nie widzi na oczy chorych wpisywanych na listę oczekujących. Podobnie ma się rzecz w przypadku oczekujących na świadczenia kilka lat, a szpital przez cały czas utrzymywania chorego w kolejce nie ma nawet pojęcia, co się z pacjentem dzieje.

Jak czytać listy oczekujących?

Czytać jako wytyczne do utworzenia własnej procedury prowadzenia list. Taka instrukcja powinna obowiązywać nie tylko lekarzy, ale również pacjentów. Dobrze, jeśli będzie uwzględniała wszystkie zapisy rozporządzenia i załączników.

Przykładowa procedura może wy-

- c) adres zamieszkania,
- d) informacje kontaktowe, tj. numer telefonu, adres poczty elektronicznej;
- 6) dane dotyczące skreślenia osoby z listy oczekujących:
- 7) data skreślenia,
- 8) przyczyna skreślenia;
7. Lekarz wykonuje badanie przedmiotowe oraz podmiotowe, a w uzasadnionych przypadkach podstawowe badania diagnostyczne.
8. Jeżeli lekarz zdecyduje, że pacjent ma być przyjęty planowo, kwalifikuje go do odpowiedniej kategorii medycznej („pilny”, „stabilny”), na podstawie:
 - 1) aktualnej wiedzy medycznej
 - 2) obciążenia klinicznego pacjenta
 - 3) wytycznych krajowych konsultantów
9. Lekarz wpisuje na liście oczekujących:
 - 1) rozpoznanie lub powód planowanego przyjęcia,
 - 2) dane dotyczące planowanego terminu udzielenia świadczenia,
 - 2) planowany termin udzielenia świadczenia,
 - 3) kategorię medyczną wraz z uzasadnieniem,
 - 4) podpis osoby dokonującej wpisu,
 - 5) przyczynę ewentualnej zmiany terminu udzielenia świadczenia wraz z uzasadnieniem,
 - 6) datę ewentualnej zmiany terminu udzielenia świadczenia.
10. Osoba odpowiedzialna za część administracyjną wpisuje do książki odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych wykonywanych w izbie przyjęć:
 - 1) numer kolejny pacjenta w księdze;
 - 2) imię i nazwisko, numer PESEL - jeżeli został nadany, w przypadku noworodka - numer PESEL matki, a w razie braku numeru PESEL - serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość oraz adres miejsca zamieszkania pacjenta;
 - 3) datę zgłoszenia się pacjenta do izby przyjęć - ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinny;
 - 4) datę odmowy przyjęcia pacjenta do szpitala - ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinny;
 - 5) oznaczenie lekarza kierującego
- (imię i nazwisko, tytuł zawodowy, uzyskane specjalizacje, numer prawa wykonywania zawodu).
- 6) rozpoznanie ustalone przez lekarza kierującego albo adnotacje o braku skierowania;
11. Lekarz wpisuje do książki odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych wykonywanych w izbie przyjęć:
 - 1) istotne dane z wywiadu lekarskiego i badania przedmiotowego oraz wyniki wykonanych badań diagnostycznych;
 - 2) rozpoznanie choroby, problemu zdrowotnego lub urazu;
 - 3) informacje o udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz produktach leczniczych wraz z dawkowaniem lub wyrobach medycznych, w ilościach odpowiadających ilościom zapisanym na receptach wydanych pacjentowi;
 - 4) datę odmowy przyjęcia pacjenta do szpitala, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinny;
 - 5) wskazanie powodu odmowy przyjęcia do szpitala;
 - 6) adnotacje o braku zgody pacjenta na pobyt w szpitalu potwierdzoną jego podpisem albo podpisem jego przedstawiciela ustawowego;
 - 7) adnotacje o miejscu, do którego pacjent został skierowany, wraz z adnotacją o zleceniu transportu sanitarnego, jeżeli zostało wydane;
 - 8) oznaczenie lekarza (imię i nazwisko, tytuł zawodowy, uzyskane specjalizacje, numer prawa wykonywania zawodu, podpis).
12. Pacjent otrzymuje pisemną informację o terminie przyjęcia oraz uzasadnienie wyboru terminu.
13. W przypadku, gdy jest to termin odległy, podaje się miesiąc i rok.
14. Termin przyjęcia może zostać zmieniony gdy:
 - 1) pacjent ma w tym samym czasie udzielane inne świadczenie medyczne,
 - 2) pacjent informuje, że zdarzył się wypadek losowy bądź istotna rodzinna uroczystość (ślub, pogrzeb, chrzciny, komunია) dotyczy wstępnych i zstępnych,
 - 3) nastąpiła zmiana stanu zdrowia, która uzasadnia przyspieszenia terminu przyjęcia
 - 4) odroczenia terminu przyjęcia z powodu przeciwwskazań medycznych
 - 5) z przyczyn leżących po stronie Zakładu, których nie dało się przewidzieć w momencie wpisu pacjenta na listę oczekujących (choroba lekarza, remont oddziału, zredukowanie części zasobów, awaria sprzętu itp.).
15. Jeżeli termin zostanie zmieniony z przyczyn zdrowotnych, to muszą być one należycie udokumentowane.
16. Pacjent zostaje wykreślony z listy oczekujących:
 - 1) gdy nie przyjdzie w wyznaczonym terminie,
 - 2) gdy poinformuje o rezygnacji ze świadczenia,
 - 3) gdy uzyskał już świadczenie w innej placówce,
 - 4) w przypadku śmierci świadczeniobiorcy w trakcie oczekiwania,
 - 5) w przypadku zrealizowania świadczenia,
 - 6) w przypadku zaprzestania wykonywania danego zakresu świadczeń przez szpital,
 - 7) w przypadku dyskwalifikacji z planowanego zabiegu operacyjnego
 - 8) w przypadku braku skierowania oraz aktualnego dokumentu ubezpieczenia w dniu przyjęcia.

Skreślenia i zmiany dokonywane na liście oczekujących muszą być dokumentowane i opatrywane podpisem oraz pieczęcią osoby je dokonującej.

Powyższa instrukcja powinna być jednak dostosowana do specyfiki placówki (poradnia/ rehabilitacja/ oddziały szpitalne). Warto również zobowiązać pacjentów do konieczności powiadomienia nas o ewentualnej rezygnacji lub okoliczności, w których uzyska on świadczenie w innej placówce. Co prawda nie ma na to regresu prawnego, jednak zwiększa prawdopodobieństwo, że pacjent przyjmie do wiadomości, że ma taki obowiązek.

Od jakiegoś czasu zapowiadane są istotne zmiany w sposobie finansowania świadczeń, a w szczególności realizowanych w zakresie leczenia stacjonarnego. Zarówno Minister Zdrowia, jak i Prezes NFZ wspominają o rozwiązaniach opartych o zasadę „płacenia za efekt” leczenia, a nie za prowadzenie terapii.



Płacić za efekt leczenia czy za terapię?

Rafał Janiszewski

Co można kupić?

W medycynie jak w życiu - nie wszystko da się kupić. W przypadku finansowania świadczeń dość zmienny jest sam produkt finalny. O ile jesteśmy w stanie określić przedmiot wykonania, jakim jest usunięcie wyrostka, o tyle niejednolite będzie leczenie ostrego zapalenia wyrostka.

Efektom w medycynie jest optymalny do uzyskania wynik działań diagnostycznych-terapeutycznych zmierzających do uzyskania zdrowia chorego. Nie zawsze jednak jesteśmy w stanie to zdrowie przywrócić. Często działania terapeutów skupić się muszą na leczeniu objawowym czy paliatywnym. Co wówczas będzie efektem, za który zapłaci system? Jeśli stan chorego nie pozwala na kupienie efektu w postaci wyleczenia, to jaki wynik może kupić płatnik? Przede wszystkim rodzi się pytanie:

Kto i na jakich zasadach określa, co jest efektem?

W normalnych relacjach biznesowych, o kształcie produktu decyduje kupujący. On wie, czego mu potrzeba i stawia wymagania dostawcy, określając

cechy usługi, a nawet preferencje cenowe. W przypadku świadczeń zdrowotnych określenie efektu, zwłaszcza efektu finalnego, odbywa się na poziomie realizacji, czyli bezpośrednio w pracy z chorym. To największa bolączka terapeutów i trudność dla płatnika, gdyż obie strony w tej sytuacji nie mają porozumienia. Lekarz chce mieć swobodną możliwość stosowania technologii, dysponowania czasem hospitalizacji i postępowania zgodnie ze swoją wiedzą. Płatnik natomiast chce określić (nawet ryczałtowo) niezmienną wartość świadczenia, a tym samym mieć możliwość budżetowania środków w danym roku. Najlepszym rozwiązaniem byłoby:

płacenie „za serwis” - czyli wykonane procedury.

Niestety w tym przypadku finanse NFZ mogłyby okazać się za małe. Gdyby (czysto teoretycznie) przygotować wykaz wszystkich procedur diagnostycznych i terapeutycznych i każdej z nich przypisać koszt, to takim słownikiem można by budować świadczenia. W takim przypadku płatnik potrzebowałby standaryzacji, czyli jasnego określenia zasad postępowania, aby mieć możliwość weryfikacji prawidłowości zbudowania osta-

tecznego zestawu procedur dla danego przypadku. Jest to system grup jednorodnych, z tą tylko różnicą w stosunku do obecnie obowiązującego, że grupy buduje wykonawca świadczenia. W naszym systemie wykonawca typuje grupę z istniejących. Problem właśnie w tym, że mimo posługiwania się grupami określonymi przez płatnika, nie udaje się osiągnąć finansowania za serwis. Jeśli bowiem przyjąć, że serwis stanowi wykonanie grupy jednorodnej, to zapłata za prawidłowe sprawozdanie powinna być bezwarunkowa, a tzw. „nadwykonania” powinny być zapłacone w całości.

Efekt terapeutyczny zależny od stanu chorego

Przyjmując, że efekt, za który chce płacić pacjent, to uzyskanie możliwie najlepszej poprawy stanu zdrowia chorego, płatnik może ustanowić własne mierniki. W przypadku leczenia zabiegowego wydaje się prostym, iż wykonanie operacji określoną techniką może być efektem. Nie bez powodu użyłem określeń „wydaje się”, „może być”, bowiem nic bardziej mylnego. Często terapeuci powtarzają: „wykonałem zabieg, należy mi się zapłata”. Oczywiście

tak, jednak w koncepcji „płacenia za efekt” wysokość wynagrodzenia uzależniona jest od efektu uzyskanego w wyniku leczenia. Tym samym ubezpieczyciel skłania terapeutę do wnikliwszego zastanowienia się nad optymalnością dobraćanych technologii, a nawet nad zasadnością podjęcia leczenia w określonym zakresie.

Spodziewany efekt należy założyć na samym początku

Przyjmując chorego do szpitala, w pierwszej kolejności określamy zasadność hospitalizacji. U jej podstawy leży określenie rozpoznania zasadniczego (które w pierwszym etapie jest swoistym założeniem wyrażonym rozpoznaniem wstępnym) oraz przewidywanego sposobu leczenia. Często w części opisującej przyjęcie do szpitala w dokumentacji medycznej czytamy: „pacjent przyjęty celem...” Ot, taki stary nawyk, że przyjmujemy do szpitala „celem”, a przecież przyjmujemy w jednym celu - żeby leczyć. Różne są tylko powody i wyrażać je zawsze powinniśmy opisaniem problemu zdrowotnego.

Na tym etapie powinna zapadać decyzja o tym, na który oddział zostanie przyjęty pacjent. Tym samym, jakie zasoby zostaną zaangażowane do rozwiązania problemu zdrowotnego. Rozwiązania na tyle, na ile to możliwe (oczywiście czysto prognostycznie). Jeśli przyjmiemy, że silnie rozwinięta opieka ambulatoryjna zapewni nam właściwą informację w postaci diagnostyki, to będziemy w stanie podejmować decyzję o przyjęciu stosunkowo trafnie. Ewentualne odchylenia wynikające z poszerzonej diagnostyki czy okoliczności, jakie ujawnią się podczas hospitalizacji, stanowić będą tylko margines.

Określenie spodziewanego efektu jest często łatwiejsze niż jego osiągnięcie

W systemach opartych na finansowaniu efektu, przewidziane są również okoliczności, w których założony przez terapeutę wynik leczenia jest niemożliwy do osiągnięcia. Nie jest to jednoznacz-

nie powodem do zmniejszenia odpłatności za świadczenie. Jest natomiast powodem do innej kwalifikacji usługi. Typowym przykładem jest przyjęcie chorego z rozpoznaniem nowotworowym u którego założono, iż zostanie wykonany zabieg operacyjny usunięcia tkanki lub narządu. W wyniku pogłębionej diagnostyki, a czasem podczas wykonywania zabiegu, okazuje się, iż zaawansowanie procesu chorobowego wyklucza możliwość zrealizowania początkowego założenia terapeutycznego. Wówczas podejmowana jest decyzja o innym sposobie leczenia - np. paliatywnym. W zależności od zakresu tej terapii oraz jej kompleksowości, świadczeniodawca uzyskuje często większe wynagrodzenie i wynika ono z większego nakładu kosztowego.

Kompleksowość postępowania skłania do zmiany systemu ruchu chorych

Przyjmując założenie, że leczenie pacjenta rozlicza się po zakończeniu udzielania świadczenia, w systemach opartych o efekt wynagrodzenie świadczeniodawcy określa się na poziomie placówki a nie komórki organizacyjnej. Pacjent przyjmowany jest więc do szpitala, a ostateczny oddział, z którego dokonuje się sprawozdania świadczenia, określany jest na końcu hospitalizacji. Dzięki takiemu rozwiązaniu przyjęty do osiągnięcia efekt terapeutyczny może być zmodyfikowany w trakcie trwania hospitalizacji bez ryzyka, że nie zostanie rozliczony z płatnikiem. Unika się wówczas sytuacji, w których pacjent jest przyjmowany do szpitala, następnie wypisywany z powodu niemożności udzielenia świadczenia w danym oddziale i planowany do przyjęcia do innego oddziału (po 14 dniach od zakończenia hospitalizacji).

Zmiana przedmiotu finansowania dotyczy wszystkich

Taka zmiana systemu wiąże się nie tylko z przebudową po stronie płatnika, ale przede wszystkim istotnymi modyfikacjami organizacyjnymi po stronie

świadczeniodawców. Dodatkowo wymaga dość gruntownego przebudowania systemu w zakresie medycyny rodzinnej oraz ambulatoryjnej specjalistyki. Można powiedzieć, że ta ostatnia jest na drodze do takich zmian. Wprowadzenie słownika JGP do AOS zbliża ten zakres do finansowania za efekt, a jednocześnie wymusza określony zakres diagnostyki. Pozostaje tylko wprowadzić bardziej rozbudowany system porad i zwiększenie nakładów, przy jednoczesnej redukcji świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego (krótkich pobytów diagnostycznych oraz drobnych zabiegów). Zmiana finansowania świadczeń i płacenie za efekt niesie za sobą konieczność standaryzacji, której nie można określić w drodze rozporządzeń. Wymaga oparcia się o wiedzę i doświadczenie terapeutów realizujących świadczenia. Jednocześnie niezbędne jest właściwe zarządzanie udzielaniem świadczeń z zachowaniem reżimu związanego z uczciwym określaniem możliwego do uzyskania efektu, bowiem to on jest miernikiem adekwatnego do poniesionych kosztów wynagrodzenia.

Czy takie zmiany nas czekają? Czas pokaże. Najczęściej od pomysłów do realizacji droga jest daleka, jednak owego czasu mamy już mało. Sądzę, że zarówno Minister Zdrowia, jak i Prezes NFZ zdają sobie sprawę z faktu, iż pieniędzy na świadczenia jest mało. Trzeba nimi gospodarować racjonalnie, co w przypadku leczenia jest trudne. Trudno bowiem określić, ile można zapłacić za 1 dzień życia i ile jest wart dzień bez bólu. W mojej ocenie system stoi przed alternatywą: albo ograniczyć koszyk świadczeń gwarantowanych, albo przyjąć jakieś rozwiązania uszczelniające. Jednym z takich jest płacenie za efekt i jest to rozwiązanie najtrudniejsze.

Komputeryzacja czy informatyzacja szpitali?

Wojciech Głowinkowski



Na początku lat 90. dynamiczny rozwój technologii informacyjnych dotarł także do szpitali. Pierwsze oprogramowania oparte na pocziwym DOS-ie wkroczyły do szpitali, obejmując część finansowo-księgową. Przez następne lata rynek producencki rozwinął się, oferując coraz większą ilość rozwiązań zarówno w części finansowo-księgowej, jak i w części medycznej.

Informatyzacja,

jak to powszechnie określano, miała wspomagać procesy decyzyjne w jednostkach Służby Zdrowia i dostarczać w sposób automatyczny zarówno sprawozdań finansowych, jak i analiz w czasie zdecydowanie szybszym niż techniki rozliczeń ręcznych. W efekcie stan finansów powinien być znany zarządom na koniec miesiąca, a nie po upływie kwartału. W procesie informatyzacji na jakimś etapie szpitale zapomniały o tym, że nie tylko są ważne poszczególne elementy oprogramowania, ale także wymiana danych pomiędzy poszczególnymi aplikacjami. Kupowano więc oprogramowanie z różnych obszarów od różnych firm. Uwaga była skupiona na określeniu przydatności programu na podstawie entuzjastycznych opinii samego producenta. Przez lata kompletowano oprogramowanie naiwnie sądząc, że po zakończeniu informatyzacji zarządzanie jednostką będzie łatwiejsze, szybsze i bardziej efektywne.

Pierwsze rozczarowanie

przyszło, gdy pojawiła się konieczność elektronicznej wymiany danych pomię-

dzy programami różnych producentów. Okazało się, że aby np. zaksięgować koszty leków w systemie finansowym na podstawie oprogramowania aptecznego, trzeba było z apteki wydrukować raporty i przepisać ręcznie do programu finansowego. To samo dotyczyło laboratorium. Ale to nie tylko kwestie rejestracji zdarzeń finansowych. To także problemy związane z tak zwaną „częścią białą”. Okazało się, że do historii choroby pacjenta trzeba przepisywać ręcznie zarówno wyniki badań, jak i leki oraz wprowadzać zlecenia pełnej diagnostyki. W tym miejscu powstał problem integracji różnych oprogramowań różnych producentów i na dodatek opartych na różnych platformach.

W takiej sytuacji producenci oferują napisanie interfejsów, zrzucając na szpital prowadzenie negocjacji z producentem, którego aplikacja ma podlegać integracji. Padają wtedy kwoty „kosmiczne”, na które wiele jednostek po prostu nie stać. Producenci idą dalej. Proponują zamiast interfejsu zakup własnej aplikacji, która w sposób zintegrowany automatycznie rozwiązuje problem przepływu danych, starając się w ten sposób wyprzeć ze szpitala konkurencję.

Wdrożenie zakupionego systemu

Innym niezmiernie istotnym elementem informatyzacji jest proces, na który

szpitale po zakupie oprogramowania praktycznie nie zwracają uwagi. Tym procesem jest wdrożenie zakupionego systemu. Byle jak napisane umowy dają firmom producenckim szerokie pole do swobodnej interpretacji prawnej przy określeniu, czym jest wdrożenie systemu. W tej sytuacji wielką rolę z punktu widzenia producenta odgrywa czas. Im krótsze wdrożenie, tym szybciej można rozpocząć umowę nadzoru autorskiego, czyli sprzedaży dostępu do nowych wersji oprogramowania z serwisem, z tym, że serwis jest praktycznie tylko na papierze. Serwis ogranicza się do kontaktów telefonicznych, zdalnego dostępu i odpowiedzi na pytania użytkowników systemu. Nadzór autorski jest drugim po sprzedaży krokiem biznesowym dla firmy producenckiej przynoszącym spore zyski bez większego nakładu pracy. Jeżeli na oprogramowanie wydajemy miliony, to naiwnie sądzimy, że producent wdrożenie poprowadzi rzetelnie z korzyścią dla użytkowników. Ale należy pamiętać, że wszelkie uwagi zgłaszane w trakcie wdrożenia i odwoływanie się do funkcjonalności wymaganej w SIWZ powodują rozpoczęcie między szpitalem a producentem cyklu niekończących się spotkań dotyczących tzw. uzgodnień. Producent w tym przypadku „idzie na zmęczenie materii” i w końcu szpital podpisuje protokół odbioru końcowego, mimo iż wdrożenie odbyło się „po łebkach”, a użytkownicy najczęściej wracają do

ręcznej, papierowej pracy. W tej sytuacji mamy trochę danych w komputerach, trochę danych na papierze, które musimy wprowadzić do oprogramowania (nie zawsze poprawnie). Dane pacjenta wpisujemy do systemu i ręcznie do historii choroby, bo okazuje się, że najkrótszą drogą do szybkiego rozliczenia świadczeń z NFZ jest znoszenie z oddziałów historii chorób do działu rozliczeń, w których od kilku do kilkunastu pracowników wprowadza ręcznie dane do systemu rozliczeniowego.

Wniosek jest prosty. Szumnie nazywane procesy informatyzacji szpitali w rzeczywistości są tylko komputeryzacją, a do informatyzacji jest jeszcze daleka droga. Biorąc pod uwagę planowanie wprowadzenia przez Ministerstwo Zdrowia nowego rachunku kosztów i elektronicznej dokumentacji medycznej, w obecnym stanie rzeczy tak ujęty proces informatyzacji szpitali rysuje się w mało optymistycznej perspektywie.

Czas na dojrzałe decyzje

Złe postawiona diagnoza skutkuje nieprawidłowym procesem leczenia i złym rokowaniem.

Nie bez kozery użyłem tu porównania medycznego. Dokładnie tak samo jest z procesem informatyzacji szpitala. Nieprecyzyjne określenie wymagań funkcjonalnych dla oprogramowania, niepoprawne opisanie procesów biznesowych i miejsc ich powstawania, wadliwe określenie ścieżki pacjenta powoduje chaos i narzędzia informatyczne zamiast udoskonalić zarządzanie dla użytkowników, stają się dodatkowym obciążeniem nieprzynoszącym korzyści.

Systemy zintegrowane w szpitalach (a takich jest jak na lekarstwo) są jak puzzle - brak jednego elementu lub jego złe dopasowanie burzy obraz i zniekształca go do postaci bohomażu.

Doprowadzenie systemów informatycznych w szpitalach do pełnej ich użyteczności wymaga ponownego odpowiedzenia sobie na zasadnicze pytania:

- Czego oczekujemy od informatyzacji?
- Jakie elementy oprogramowania są

niezbędne, by system spełniał nasze oczekiwania?

- **Jakie elementy z rachunku kosztów są dla jednostki newralgiczne i jak w perfekcyjny sposób kontrolować je w systemie informatycznym?**
- **Czy system potrafi wycenić rzeczywisty koszt procedur medycznych?**
- **Czy system potrafi wyliczyć koszt leczenia pacjenta?**
- **Czy w systemie da się zaimplementować dokumentację medyczną zgodnie z rozporządzeniem, które obliguje szpital do jej prowadzenia od 2014 roku?**

I pytanie najważniejsze. Czy system da się wdrożyć w sposób pozwalający na pozbycie się papierowej dokumentacji? (Ta w wypadku braku podpisu elektronicznego powinna po wydrukowaniu trafić do archiwum).

Do powyższego należy dołączyć jeszcze małą dygresję.

Firmy producenckie w swoich publikacjach uspokajają, że wprowadzenie dokumentacji medycznej nie jest skomplikowanym zabiegiem technicznym i jest

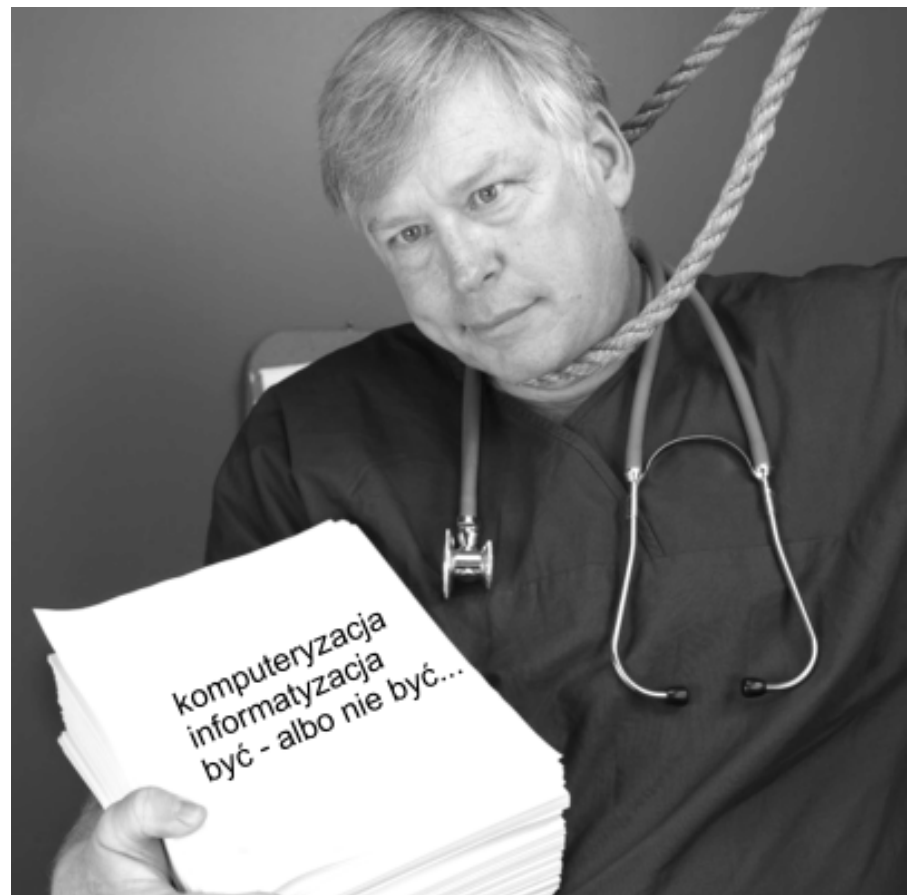
jeszcze sporo czasu. W mojej opinii jednak czas ten kurczy się bardzo szybko i zostawianie procesu uruchomienia dokumentacji w istniejących systemach szpitalnych na ostatnią chwilę niechybnie skończy się porażką.

Co nas jeszcze czeka w procesach informatyzacji?

Liderzy rynku oprogramowania dla szpitali prześcigają się w coraz nowocześniejszych rozwiązaniach wykorzystujących nowe trendy. Dla przykładu na jednym z reklamowych folderów firma z entuzjazmem oferuje rozwiązanie pozwalające na przesyłanie za pomocą telefonów komórkowych czy też tabletów zarządom i organom założycielskim jednostek, szczegółowej sytuacji finansowej. Jakże to mogą być dane?

Działalność szpitali w chwili obecnej oparta jest na technice papierowej i elektronicznej. Z tego pierwszego elementu nie da się niestety pobrać danych.

Do zmian rewolucyjnych w rozwiązaniach technologicznych należy się najpierw przygotować, porządkując własne „podwórko informatyczne”.



Jednorodne Grupy Pacjentów w Ortopedii i Traumatologii - ekonomika zarządzania oddziałem

Z chwilą wejścia w życie systemu rozliczeniowego opartego na Jednorodnych Grupach Pacjentów (JGP) warto jest zastanowić się nad ekonomiką zarządzania oddziałem i możliwością uzyskania z posiadanego kontraktu maksymalnego dodatniego efektu finansowego. Wielu na takie stwierdzenie zareaguje: Ale po co? My nic z tego nie mamy. To może być prawda, ale nie do końca. Jeśli nie jesteśmy zaangażowani, to traci szpital, jeśli traci szpital, to ma ograniczone możliwości wdrożenia systemów motywacyjnych i szuka rozwiązań oszczędnościowych, jeśli je wprowadza, odbija się to z reguły na poziomie zatrudnienia i płacy, a zatem na nas. W ten sposób koło się zamyka.

Krzysztof Uszyński
specjalista chirurgii urazowo-ortopedycznej

FINANSOWANIE PROCEDUR ORTOPEDYCZNYCH

Inną kwestią jest poziom finansowania tej dziedziny przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Wszyscy dokładnie wiedzą, że finansowanie procedur ortopedycznych (tak naprawdę procedur związanych z endoprotezoplastyką) jest wycenione korzystnie, natomiast procedury urazowe są w większości przypadków niedoszacowane. Czyja to wina? Moim zdaniem nas samych. Środowisko nie jest zainteresowane szeroko pojętą współpracą z płatnikiem i modyfikacją poziomu płatności. Podjęte czynności są jedynie prośbą o korektę z mało profesjonalnie przygotowanym uzasadnieniem. Mam tu na myśli przygotowanie standardów postępowania, które poparte obliczeniami kosztowymi, stanowią podstawę do tworzenia odpowiedniego finansowania. Inne specjalności radzą sobie dużo lepiej.

Zastanówmy się zatem, co można zrobić, aby zarządzanie tak specyficznym oddziałem, jakim jest Oddział Chirurgii Urazowej i Ortopedii, było łatwe, przyjemne i opłacalne, mimo otaczającej nas rzeczywistości. Musimy na pewno być świadomi i wiedzieć że:

- Oddział ma dwie pule zakontraktowanych punktów. Pierwsza pula obejmuje JGP od H01 do H11 (endoprotezycz-

ne), zaś druga pula obejmuje pozostałe przypadki (tzw. urazówka),

- najlepiej rozplanować ich wykonanie na 1/12 co miesiąc, nie zapominając o okresach rozliczeniowych, jakie bierze pod uwagę NFZ do planowania kontraktowania na rok następny,
- jaka jest wartość osobodnia na oddziale (podstawowy i najbardziej prymitywny wskaźnik ekonomiczny), pomocny zarządzającemu jednostką do optymalizacji pobytów na oddziale,
- jaki procent kosztów oddziału stanowią wynagrodzenia, (to powinno pomóc w optymalizacji zatrudnienia),
- jakie klucze podziału kosztów obowiązują w szpitalu, jeśli chodzi o rozliczenie prądu, wody, ogrzewania, bloku operacyjnego, zarządu (to główne koszty wewnętrzne obciążające oddział),
- jaki procent wykorzystania łóżek ma oddział za ostatnie lata w rozbiciu na miesiące, (to ułatwia układanie harmonogramu przyjęć planowych i optymalizację ilości łóżek),
- jaki był rozkład przyjęć pod względem rozpoznania ICD-10, (aby móc opracować wewnętrzne standardy postępowania dla tych najczęściej powtarzających się),
- ilu pacjentów i z jakimi JGP najczęściej wypisujemy z oddziału, aby stworzyć schematy opisu przypadku poprzez wykonane procedury i rozpoznania,
- aktywnie uczestniczyć w przetargach na

materiały medyczne, aby mieć wpływ na jakość i cenę zakupu,
• jaki jest koszt zlecanych leków.

STANDARDY UŁATWIAJĄ

Szczególną uwagę pragnę zwrócić na tworzenie wewnętrznych standardów postępowania w przypadkach najczęściej powtarzających się i najbardziej kosztochłonnnych. To jest początkowo drobna praca, przynosząca jednakże wydatne korzyści czasowe i powodująca powtarzalność postępowania co do ekonomizacji ponoszonych nakładów na zlecane badania laboratoryjne, leki i długości pobytu pacjenta na oddziale.

Wspomniałem, że wycena JGP dotyczących endoprotezoplastyki jest korzystna. Istnieje jednak kilka szczegółów, które mają wpływ na wysokość pozyskiwanych przychodów i efektywnego wykorzystania posiadanego kontraktu, przy jednoczesnym zachowaniu podstawowej zasady optymalnego zabezpieczenia pacjenta:

1. Priorytetem musi być dobór endoprotezy do pacjenta, a nie odwrotnie (łączy się to z posiadaniem różnego rodzaju wszczepów endoprotezycznych).
2. Zakup tych wszczepów poprzez przetarg musi być ekonomiczny ze świadomością aktualnych średnich cen na rynku (endoproteza cementowana stawu biodrowego z cementem z antybiotykiem, korkiem kanałowym i systemem lavage - 2600,- PLN brutto, endoproteza cementowana stawu biodrowego z głową bipolarną 2600,-

PLN brutto, endoproteza bezcementowa stawu biodrowego z artkulacją metal/polietylen 4250,-PLN brutto, endoproteza bezcementowa stawu biodrowego z artkulacją ceramika/ceramika lub metal/metal 4950,- PLN brutto, endoproteza bezcementowa stawu biodrowego z trzpieniem przynasadowym i artkulacją ceramika/ceramika lub metal/metal 6500,- PLN brutto, endoproteza typu kapoplastyka 6750,- PLN brutto, endoproteza cementowana stawu kolanowego 4500,-PLN brutto, endoproteza bezcementowa stawu kolanowego 6750,- PLN brutto, endoproteza połowicza stawu kolanowego 3400,- PLN brutto).

3. Korzystanie w uzasadnionych przypadkach z formy hybrydowego zaopatrzenia przypadku.
4. Niekwalifikowanie do grupy H06 przypadków endoprotez stawu kolanowego, w których jako użycie przeszczepów autogennych wykazuje się ich zastosowanie do zamknięcia otworu technologicznego wytworzonego przez operatora w celu prawidłowego osadzenia endoprotezy. Ma to zastosowanie tylko w przypadkach użycia przeszczepów uzupełniających ubytki

powstałe w wyniku choroby (cysty, martwice, ubytki pourazowe czy nowotworowe).

5. Pamiętać również należy, że wielu pacjentów może być zabezpieczonych krótkimi trzpieniami przynasadowymi

co znacznie podnosi opłacalność wykorzystania kontraktu. Patrz tabela nr 1 i tabela nr 2.

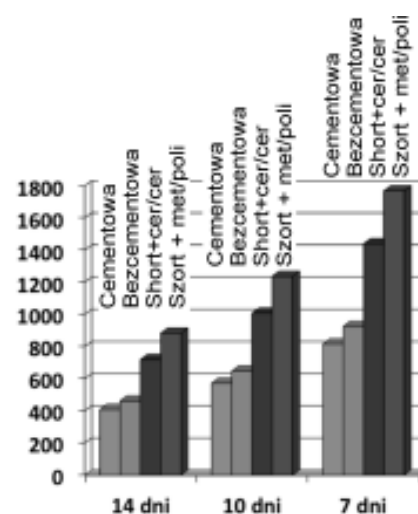
6. Duży wpływ na wysokość przychodu ma długość pobytu pacjenta w oddziale. Zależność tę pokazuje wykres nr 1.

Tabela nr 1 Zysk w zależności od typów wszczepianych protez dla budżetu 1.000.000 PLN – Stary schemat

JGP	ilość	koszt wszczepu	wartość wszczepów	wartość JGP	przychód
H02	12	800	9600	5252	63024
H04	39	2600	101400	8580	334620
H05	50	4500	225000	12168	608400
H06 cer/cer	0	6500	0	19916	0
H06 met/poli	0	5500	0	19916	0
RAZEM	101		336000	65832	1006044
			minus koszty wszczepów		336000
ilość osobodni (10 dni)	1010	Koszt x 600,- PLN	minus koszty osobodnia		606000
				Zysk	64044

Tabela nr 2 Zysk w zależności od typów wszczepianych protez dla budżetu 1.000.000 PLN – Nowy schemat

JGP	ilość	koszt wszczepu	wartość wszczepów	wartość JGP	przychód
H02	0	800	0	5252	0
H04	24	2600	62400	8580	205920
H05	38	4500	171000	12168	462384
H06 cer/cer	5	6500	32500	19916	99580
H06 met/poli	12	5500	66000	19916	238992
RAZEM	79		331900	65832	1006876
			minus koszty wszczepów		331900
ilość osobodni (10 dni)	790	Koszt x 600,- PLN	minus koszty osobodnia		474000
				Zysk	200976



Wykres nr 1 Wysokość przychodu na osobodzień w zależności od długości pobytu pacjenta po endoprotetyce stawu biodrowego z użyciem różnych wszczepów



*Dr n. med. Andrzej Bunio
Wojewódzki konsultant ds. geriatry*

*Dyrektor medyczny
Samodzielnego Publicznego Zespołu Szpitali
Pulmonologiczno-Reumatologicznych z siedzibą
w Kup*

Błędne koło czyli siwienie siwych...

Z dr **Andrzejem Bunio**
rozmawiają
Magdalena Siebielska
i **Rafał Janiszewski**

M. Siebielska: - **Panie doktorze, w Polsce brakuje geriatrów...**

A. Bunio: - To prawda, liczba geriatrów w Polsce na 10.000 mieszkańców jest jedną z najniższych w Europie. Demografia jest nieubłagana, społeczeństwa europejskie szybko się starzeją, nasila się zwłaszcza „siwienie siwych”, czyli dynamiczny wzrost najstarszej części naszego społeczeństwa (po 80. roku życia). Potrzeby zdrowotne tej populacji chorych zaspokajane są zarówno przez lekarzy POZ, jak i wąskich specjalistów. Generalnie rzecz ujmując, w Polsce brak geriatrycznego, czyli holistycznego spojrzenia na pacjenta w wieku podeszłym. Należy zdawać sobie

sprawę, że geriatrya to nie tylko lekarz, ale też pielęgniarka, fizjoterapeuta, psycholog, dietetyk, pracownik socjalny. Praca geriatryczna de facto jest pracą zespołową, interdyscyplinarną.

M. S: - **Młodzi lekarze niechętnie decydują się na wybór tej specjalizacji...**

A. B.: - Przyczyn tego stanu rzeczy dostrzegam wiele, jedną z nich jest niejaskne usytuowanie geriatry w systemie opieki zdrowotnej, zarówno w kontekście profilaktyki, jak i leczenia, m.in. mała atrakcyjność finansowa i, paradoksalnie, brak miejsc pracy dla geriatrów...

W rezultacie prowadzi to do efektu

błędного koła: mało geriatrów - mało jednostek geriatrycznych - małe zainteresowanie geriatricą.

M. S: - **Kontakt z ludźmi w podeszłym wieku jest trudny, tym bardziej jeśli są to osoby schorowane... Jaka jest kluczowa rola geriatry?**

A. B.: - Rola geriatry i geriatry jest różnie definiowana w europejskich systemach opieki zdrowotnej. W Polsce brak precyzyjnego usytuowania opieki geriatrycznej w ochronie zdrowia. Biorąc pod uwagę realia polskie, najbardziej celowe wydaje się, aby geriatra, a co za tym idzie interdyscyplinarny zespół geriatryczny,

postrzegał problemy zdrowotne seniorów kompleksowo, czemu służy narzędzie zwane Całościową Oceną Geriatryczną. W przypadku ludzi w wieku podeszłym niezmiernie ważnym problemem o dużej wadze zdrowotnej i ekonomicznej jest powszechne nadużywanie leków, polifarmakoterapia i polipragmazja. W wieku podeszłym, w związku z wielochorobowością zmienia się podejście do choroby, głównym celem nie jest dążenie do wyleczenia wszystkich chorób, ale działanie w kierunku poprawy sprawności, komfortu i jakości życia seniorów. Działania prowadzące do tego celu mają wymiar nie tylko medyczny, związane są też z polityką społeczną państwa i podejściem do starości i ludzi starych w społeczeństwie.

M. S: - Seniorzy są zazwyczaj pod opieką wielu lekarzy. Czy w Systemie Opieki Zdrowotnej brakuje rozwiązań pozwalających na zapewnienie holistycznego podejścia do pacjenta?

A. B: - Zdecydowanie tak, geriatra powinna być mocno usytuowana w systemie ochrony zdrowia, a opieka geriatryczna łatwo dostępna (jak POZ). Każdy szpital winien być zobligowany do zapewnienia swoim pacjentom w podeszłym wieku konsultacji i opieki geriatry. W moim przekonaniu błędem jest tworzenie struktur geriatrycznych na wzór AOS, gdyż dostęp do geriatry powinien być powszechny.

M. S: - Czy opieka nad osobami starszymi może dawać lekarzowi satysfakcję?

A. B: - Starość jest naturalnym etapem życia. Kontakt z chorymi w podeszłym wieku daje możliwość wielostronnych obserwacji i doświadczeń. Dotyczą one zarówno odległych skutków leczenia, jak i umiejętności pokonywania trudności fizycznych i psychicznych w celu poprawy jakości życia. Bo starość nie musi być samotna i niedołączna, może być pogodna i satysfakcjonująca. Pamiętajmy, że sami też będziemy starzy, będziemy wówczas potrzebować wsparcia nie tylko medycznego, ale i duchowego. Wierzę, że to, co teraz uczynimy ludziom starym i słabym, wróci kiedyś do nas. Odpowiadając na pytanie wprost: zdecydowanie tak.

R. Janiszewski: - Szpital, którym Pan zarządza, mieści się w małej miejscowości na Opolszczyźnie. Jak duże są zasoby lecznictwa stacjonarnego w tym szpitalu?

A. B: - Szpital, a właściwie Zespół Szpitali, składa się z dwóch jednostek zlokalizowanych w dwóch miejscowościach oddalonych od siebie o 12 km. Obie jednostki liczą 275 łóżek, co sytuuje Zespół Szpitali jako zakład leczniczy średniej wielkości.

R. J: - Co stanowi kluczową część Waszej działalności?

A. B: - Cały Zespół Szpitali zorientowany jest na leczenie stacjonarne o charakterze zachowawczym. Kluczowymi elementami działalności są: rehabilitacja, reumatologia, geriatra i pulmonologia łącznie z leczeniem gruźlicy.

R. J: - Czy podstawowa działalność ma odpowiednią liczbę chorych do utrzymania placówki? Przecież budżet szpitala oparty jest na realnym wykonaniu świadczeń?

A. B: - Rozkład pacjentów jest wyraźnie nierównomierny. Ogromne potrzeby istnieją w zakresie geriatry i rehabilitacji, szczególnie neurologicznej, natomiast liczba pacjentów ze schorzeniami układu oddechowego, poza gruźlicą, ma z roku na rok tendencję spadkową, co odzwierciedla istniejące w województwie opolskim trendy epidemiologiczne.

R. J: - Jak Pan ocenia potrzeby licznej populacji? A może widzi Pan szerszy potencjał rynku?

A. B: - Zespół Szpitali zajmuje się dwiema grupami docelowymi. Jedną stanowi społeczność lokalna, korzystająca głównie ze świadczeń internistycznych i Izby Przyjęć. Druga grupa docelowa wykracza znacznie poza ramy lokalne i obejmuje całe województwo opolskie i tereny województw okolicznych. Dotyczy to reumatologii, rehabilitacji, geriatry, leczenia gruźlicy. Przy relatywnie niskiej gęstości zaludnienia oparcie działalności Zespołu Szpitali wyłącznie na społecznościach lokalnych byłoby ewidentnym błędem ekonomicznym.

R. J: - Realizujecie Państwo strategię dostosowania do potrzeb zdrowotnych populacji, jednak większy nacisk kładzie się na niszowy obszar. Czy w tym jest szansa na rozwój kontraktu, a co

za tym idzie szpitala?

A. B: - W związku z postępującym starzeniem się społeczeństwa największe szanse rozwoju upatrujemy w rozwoju geriatry i dziedzin pokrewnych, takich jak rehabilitacja reumatologiczna i geriatryczna. Potrzeby społeczeństwa w tym zakresie są zdecydowanie większe od oferty podmiotów leczniczych.

R. J: - Skoro już o rozwoju, to nie jest on przecież możliwy bez odpowiedniego potencjału intelektualnego. Czy są chętni do pracy w „peryferyjnym ośrodku”? Jak rozwiązujecie problemy z odpowiednią obsadą stanowisk?

A. B: - Niewątpliwie największym problemem jest dla nas brak wykwalifikowanej kadry lekarskiej. Lekarze specjaliści bardzo niechętnie podejmują pracę poza dużymi ośrodkami miejskimi, a jeżeli ją podejmują, to w POZ i AOS.

Wybór szpitala usytuowanego poza ośrodkiem miejskim jest ostatnim wyborem lekarza, co niewątpliwie wpływa z błędnego przekonania, że praca w mniejszym ośrodku jest mniej prestiżowa.

R. J: - Z jednej strony rozwój, z drugiej szukanie metod optymalizacji kosztów. Co uważa Pan za kluczowy obszar w optymalizacji kosztów placówki, tak specyficznej i wyspecjalizowanej?

A. B: - Powiem krótko - informatyzacja i farmakoekonomika. Zespół Szpitali nie ma żadnych przerostów zatrudnienia, raczej niedobór wysoko wykwalifikowanej kadry medycznej, szukanie oszczędności w tym zakresie jest nieuzasadnione. Wykwalifikowani specjaliści po prostu muszą dobrze zarabiać.

R. J: - Jakie jest Pana marzenie związane z tym szpitalem. Gdyby znalazł Pan lampę Aladyna z czarodziejem spełniającym jedno życzenie dotyczące Pana szpitala. Jakie by to było marzenie?

A. B: - Mam trzy „szpitalne” marzenia: 1. dalszy rozwój geriatry z utworzeniem nowego oddziału o profilu geriatrycznym, 2. pozyskanie lekarzy specjalistów chętnych do związania się z Zespołem Szpitali na dłużej, 3. poprawa komfortu hospitalizacji pacjentów, bo przecież szpitale są dla nich, a nie samych siebie.

W PORADNI CZY W SZPITALU

Świadczenia okulistyczne finansowane ze środków publicznych mogą być udzielane zarówno w poradniach specjalistycznych, jak i w lecznictwie zamkniętym. Wykonywanie w ramach hospitalizacji małych zabiegów, takich jak: biopsje tęczówki lub powieki, usunięcie gradówki lub gruczolu tarczowego, czy też leczenie rozerwania siatkówki oka, musi wynikać bezpośrednio ze stanu zdrowia pacjenta. W przeciwnym razie Narodowy Fundusz Zdrowia może zakwestionować rozliczenie tych zabiegów wykonanych w hospitalizacji, gdyż finansuje je na poziomie poradni.

Podczas przyjmowania pacjentów na oddział należy pamiętać o konieczności udokumentowania zasadności hospitalizacji. Zgodnie z wymogiem NFZ: *Udzielanie świadczeniobiorcy świadczeń w ramach hospitalizacji, hospitalizacji planowej i „leczenia jednego dnia” może być realizowane, jeżeli cel leczenia w danym przypadku nie może być osiągnięty przez leczenie ambulatoryjne.*

B - jak

choroby oczu

Beata Jagielska



PODZIAŁ JGP W OKULISTYCE

Katalog grup jednorodnych przewidzianych dla oddziałów okulistycznych zawiera 31 grup, w tym aż 28 o charakterze zabiegowym. Część z nich zawiera dodatkowe warunki, bez których prawidłowe rozliczanie z płatnikiem nie jest możliwe. I tak np. dla realizacji grup jednorodnych związanych z Przeszczepianiem rogówki wymagane jest dodatkowo udokumentowanie odpowiedniego doświadczenia specjalisty okulistyki w samodzielnym przeszczepieniu rogówki w ciągu ostatnich 12 miesięcy.

Kod grupy	Kod produktu	Nazwa grupy jednorodnej	Wartość punktowa - hospitalizacja
B04	5.51.01.0002004	Przeszczep rogówki - kategoria I*	172
B05	5.51.01.0002005	Przeszczep rogówki - kategoria II*	136
B06	5.51.01.0002006	Przeszczep rogówki - kategoria III*	110

JGP W LECZENIU JASKRY I ZAĆMY

Z kolei dla realizacji zabiegów związanych z leczeniem zaćmy i jaskry (grupy jednorodne: B11, B12, B13, B14, B15, B72, B73, B74) wymagane jest spełnienie warunków określonych w obowiązującym Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 15 września 2011 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego.

Wymagania wskazane w tym Rozporządzeniu są weryfikowane przez Płatnika nie tylko na etapie postępowania konkursowego, ale również przez cały czas obowiązywania umowy.

Kod grupy	Kod produktu	Nazwa grupy jednorodnej	Wartość punktowa - hospitalizacja	Wartość punktowa - hospitalizacja planowa	Wartość punktowa - leczenie jednego dnia
B11	5.51.01.0002011	Kompleksowe zabiegi w zaćmie i jaskrze *	109	104	98
B12	5.51.01.0002012	Usunięcie zaćmy powikłanej metodą emulsyfikacji z jednoczesnym wszczepieniem soczewki*	71	67	62
B13	5.51.01.0002013	Usunięcie zaćmy niepowikłanej metodą emulsyfikacji z jednoczesnym wszczepieniem soczewki*	61	58	55
B14	5.51.01.0002014	Usunięcie zaćmy powikłanej metodami innymi niż emulsyfikacja z jednoczesnym wszczepieniem soczewki*	63	60	
B15	5.51.01.0002015	Usunięcie zaćmy niepowikłanej metodami innymi niż emulsyfikacja z jednoczesnym wszczepieniem soczewki*	48	46	43
B72	5.51.01.0002072	Duże zabiegi w jaskrze i na naczyniówce *	79	75	
B73	5.51.01.0002073	Średnie zabiegi w jaskrze i na naczyniówce *	53	50	48
B74	5.51.01.0002074	Małe zabiegi w jaskrze i na naczyniówce *	5	5	4

LISTA OCZEKUJĄCYCH

Kiedy świadczenie nie może zostać udzielone w dniu zgłoszenia, świadczeniodawca powinien wpisać świadczeniobiorcę na listę oczekujących na udzielenie świadczenia. Kryteria medyczne, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając chorych na liście oczekujących, określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. Krajowy konsultant w dziedzinie okulistyki wskazał tam, które przypadki medyczne powinny być zaopatrywane natychmiast (tryb nagły), a które winny być określane jako stany pilne i stabilne.

Świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane według kolejności zgłaszania się chorych, w dniach i godzinach ich udzielania przez szpital, z uwzględnieniem aktualnej wiedzy medycznej i priorytetów klinicznych, określonych przez kategorię medyczną. Listę oczekujących prowadzi się w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Podkreślenia wymaga fakt, że prowadzenie kolejki powinno zapewnić wszystkim oczekującym równy i sprawiedliwy dostęp do świadczeń medycznych. Należy również pamiętać, że wpisanie pacjenta na listę oczekujących jest jednoznaczne ze zobowiązaniem świadczeniodawcy do udzielenia określonego świadczenia w wyznaczonym przez siebie terminie.

MAŁE ZABIEGI OKULISTYCZNE

W niektórych grupach jednorodnych Płatnik narzuca czas realizacji grupy - poniżej 2 dni.

Kod grupy	Kod produktu	Nazwa grupy jednorodnej	Wartość punktowa - hospitalizacja
B34	5.51.01.0002034	Małe zabiegi na aparacie ochronnym oka *	5
B44	5.51.01.0002044	Małe zabiegi na oczodole i aparacie łzowym *	12
B74	5.51.01.0002074	Małe zabiegi w jaskrze i na naczyniówce *	5

Realizacja świadczeń w trybie „poniżej 2 dni” wymaga od ośrodków bardzo starannej optymalizacji czasu pracy i dokładnego określenia standardów postępowania medycznego. W praktyce oznacza to konieczność dokładnego opisanie realizacji poszczególnych procedur z uwzględnieniem przygotowania chorego w warunkach ambulatoryjnych. Oczywiście w tych przypadkach, gdzie zabiegi nie są wykonywane ze wskazań nagłych.

Realizacja świadczeń w trybie „poniżej 2 dni” wymaga od ośrodków bardzo starannej optymalizacji czasu pracy i dokładnego określenia standardów postępowania medycznego. W praktyce oznacza to konieczność dokładnego opisanie realizacji poszczególnych procedur z uwzględnieniem przygotowania chorego w warunkach ambulatoryjnych. Oczywiście w tych przypadkach, gdzie zabiegi nie są wykonywane ze wskazań nagłych.

Leczenie szpitalne - opis planowanych zmian



Magdalena Siebielska - Ekspert ds. rozliczania świadczeń

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

Propozycje NFZ zakładają wprowadzenie wartości punktowej dla hospitalizacji < 2 dni, w przypadku wielu grup, w odniesieniu do których dotychczas wartość taka nie była wskazana. Dla kilku grup przewidziano również możliwość rozliczenia w ramach tzw. „leczenia jednego dnia”. Ponadto projekt uwzględnia dodanie do katalogu kilku nowych JGP:

Kod grupy	Kod produktu	Nazwa grupy jednorodnej	Wartość punktowa - hospitalizacja	Wartość punktowa - hospitalizacja planowa	Wartość punktowa - leczenie jednego dnia
B94	5.51.01.0002094	Inne procedury w zakresie oka *	4	3	3
C64	5.51.01.0003064	Inne procedury jamy ustnej, gardła, krtani, nosa i uszu *	4	3	3
L104	5.51.01.0011104	Inne procedury w zakresie układu moczowo-płciowego *	8	8	7

Obejmują one przede wszystkim małe zabiegi realizowane dotychczas w zakresie innych grup jednorodnych. Jednocześnie procedury ujęte w grupach B94, C64 oraz L104 zostały usunięte z charakterystyki innych grup jednorodnych. Przedstawiamy warunki kierunkowe tych grup:

B94 Inne procedury w zakresie oka

b wymagane wskazanie procedury z listy procedur B94; czas pobytu < 2 dni

ICD-9

08.01 Nacięcie brzegu powieki
08.09 Nacięcie powieki oka - inne
08.11 Biopsja powieki
08.22 Wycięcie innej małej zmiany powieki
08.25 Zniszczenie zmiany powieki
09.12 Biopsja woreczka łzowego
09.41 Zgłębnikowanie otworu łzowego
09.42 Zgłębnikowanie kanałika łzowego
09.43 Zgłębnikowanie przewodu nosowo-łzowego
09.51 Nacięcie otworu łzowego
09.52 Nacięcie kanałika łzowego
09.53 Nacięcie woreczka łzowego
09.91 Obliteracja otworu łzowego

10.0 Usunięcie ciała obcego ze spojówki
10.1 Inne nacięcia spojówki
10.21 Biopsja spojówki
10.91 Iniekcja podspojówkowa
11.1 Nacięcie rogówki
11.21 Skrobanie rogówki na rozmaz lub posiew
11.22 Biopsja rogówkowa
98.21 Usunięcie powierzchownego ciała obcego z oka bez nacięcia
98.221 Usunięcie ciała obcego wbitego w powiekę lub spojówkę bez nacięcia

C64 Inne procedury jamy ustnej, gardła, krtani, nosa i uszu
b wymagane wskazanie procedury z listy procedur C64; czas pobytu < 2 dni

ICD-9

18.09 Nacięcie ucha zewnętrznego - inne

18.12 Biopsja ucha zewnętrznego
21.01 Przednia tamponada nosa przy krwotoku
21.22 Biopsja nosa
22.01 Punkcja zatoki nosa/ płukanie/ aspiracja
22.02 Aspiracja lub przepłukanie zatoki nosa przez naturalne ujście
24.11 Biopsja dziąsła
24.12 Biopsja wyrostka zębodołowego
24.31 Wycięcie zmiany/ tkanki dziąsła
25.01 Zamknięta (igłowa) biopsja języka
26.11 Biopsja igłowa ślinianki/ przewodu
27.1 Nacięcie podniebienia
27.22 Biopsja podniebienia miękkiego/ języczka
27.23 Biopsja wargi
27.24 Biopsja jamy ustnej - inne
27.71 Nacięcie języczka
27.92 Nacięcia w obrębie jamy ustnej - inne

28.11 Biopsja migdałka podniebiennego i migdałka gardłowego
29.12 Biopsja gardła
97.21 Wymiana tamponady nosa
97.32 Usunięcie tamponady nosa
98.11 Usunięcie ciała obcego ze światła ucha bez nacięcia
98.12 Usunięcie ciała obcego ze światła nosa bez nacięcia
98.13 Usunięcie ciała obcego ze światła gardła bez nacięcia

L104 Inne procedury w zakresie układu moczowo-płciowego a grupa bazowa

ICD-9

57.32 Cystoskopia przezcewkowa
58.22 Inna uretroskopia
60.111 Biopsja stercza przezodbytnicza wielomiejscowa
60.113 Przezskórna biopsja stercza (nakłucie przez krocze)
64.19 Inne zabiegi diagnostyczne prącia

Skala TISS - 28

Istotne zmiany przewidziano również w zakresie skali TISS związanej z rozliczaniem świadczeń udzielanych w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii. Zmiana dotyczy punktu **Krażenie**, w zakresie którego zaproponowano dodatkowo monitorowania hemodynamicznego:

h) *Ciągłe monitorowanie hemodynamiczne - 4pkt.*

Techniki ciągłego monitorowania minutowego rzutu serca oraz parametrów pochodnych za pomocą metod małoinwazyjnych bez kalibracji przezpłucnej.

i) *Ciągłe monitorowanie hemodynamiczne-inne - 1pkt.*

Techniki ciągłego monitorowania minutowego rzutu serca oraz parametrów pochodnych za pomocą metod nieinwazyjnych i małoinwazyjnych innych niż wymienione w części 3 lit. h.

Katalog świadczeń do sumowania (1 b) - propozycja zmian:

Rozszerzono liczne uwagi związane z realizacją wielu świadczeń, przede wszystkim poprzez obowiązek sprawozdania określonych rozpoznań oraz procedur medycznych (w artykule na niebiesko).

5.52.01.0000035 Implantacja portu naczyniowego z hospitalizacją

Dotychczas	W projekcie
- obejmuje koszt wyrobu medycznego (portu)	- obejmuje koszt wyrobu medycznego (portu); - wymagane wskazanie procedury 86.07, rozpoznania zasadniczego Z45.2 oraz rozpoznania współistniejącego wskazującego na przyczynę udzielenia świadczenia

Ponadto planowane jest dodanie możliwości rozliczenia w zakresie - ginekologia onkologiczna.

5.52.01.0000938 Plazmafereza lecznicza z hospitalizacją

Dotychczas	W projekcie
substytucja do 3 000 ml	- wymagane wskazanie procedury 99.71; - substytucja do 3 000 ml

5.52.01.0001006 Przewlekłe odrzucanie przeszczepu lub przewlekła choroba przeszczep przeciw gospodarzowi - diagnostyka, leczenie (diagnostyka, leczenie pacjenta od 31 dnia po wykonaniu przeszczepu)

Dotychczas	W projekcie
	wymagane wskazanie rozpoznania zasadniczego T86.0-T86.9 oraz rozpoznania współistniejącego związanego z obrazem klinicznym odrzutu przeszczepu

5.52.01.0001023 Powikłania nieinfekcyjne u chorego po przeszczepieniu narządu lub szpiku - diagnostyka, leczenie (diagnostyka, leczenie pacjenta od 31 dnia po wykonaniu przeszczepu)

Dotychczas	W projekcie
czas pobytu > 3 dni	- wymagane wskazanie rozpoznania zasadniczego wskazującego na rodzaj powikłania oraz rozpoznania współistniejącego wskazującego na rodzaj przeszczepu (Z94.0-Z94.4, Z94.7-Z94.8); - czas pobytu > 3 dni

5.52.01.0001384 Hospitalizacja z przyczyn nieujętych gdzie indziej

Dotychczas	W projekcie
	wyłącznie w przypadkach określonych w art. 58 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

5.52.01.0001461 Ostre sterydooporne odrzucanie przeszczepu lub ostra choroba przeszczep przeciw gospodarzowi - diagnostyka, leczenie pacjenta od 31 dnia od wykonania przeszczepu

Dotychczas	W projekcie
obejmuje: diagnostykę i leczenie z udziałem ATG, OKT 3, rituximabu a także przetoczeniami immunoglobulin i plazmaferezą leczniczą	- wymagane wskazanie procedury 00.181 albo 00.182, rozpoznania zasadniczego T80.8, T86.0-T86.9 oraz rozpoznania współistniejącego związanego z obrazem klinicznym odrzutu przeszczepu; - obejmuje: diagnostykę i leczenie z udziałem ATG, OKT 3, rituximabu, a także przetoczeniami immunoglobulin i plazmaferezą leczniczą

5.52.01.0001462 Powikłania infekcyjne u chorego po przeszczepieniu narządu lub szpiku - diagnostyka, leczenie (diagnostyka, leczenie pacjenta od 31 dnia po wykonaniu przeszczepu) >3dni

Dotychczas	W projekcie
czas pobytu > 3 dni	- wymagane wskazanie rozpoznania zasadniczego wskazującego na rodzaj powikłania oraz rozpoznania współistniejącego wskazującego na rodzaj przeszczepu (Z94.0-Z94.4, Z94.7-Z94.8); - czas pobytu > 3 dni

5.52.01.0001463 Ciężkie powikłania infekcyjne u chorego po przeszczepieniu narządu lub szpiku, wymagające intensywnego leczenia przeciwgrzybiczego i/lub przeciwwirusowego - diagnostyka, leczenie pacjenta od 31. dnia po wykonaniu przeszczepu > 3 dni

Dotychczas	W projekcie
czas pobytu > 3 dni	- wymagane wskazanie rozpoznania zasadniczego wskazującego na rodzaj powikłania oraz rozpoznania współistniejącego wskazującego na rodzaj przeszczepu (Z94.0-Z94.4, Z94.7-Z94.8); - czas pobytu > 3 dni

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

Dotychczas	W projekcie
	wymagane wskazanie na pozycji rozpoznania zasadniczego kodu Z53.0 oraz rozpoznania współistniejącego określającego przyczynę dyskwalifikacji

5.52.01.0001473 Dopasowanie procesora mowy systemu implantu ślimakowego lub zakotwiczonego na przewodnictwo kostne

Dotychczas	W projekcie
dotyczy wyłącznie pierwszego dopasowania procesora mowy po wszczepieniu implantu ślimakowego	- wymagane wskazanie rozpoznania zasadniczego H90.0 - H90.8, H91.0 - H91.8, H93.0, H93.2 - H93.8; - dotyczy wyłącznie pierwszego dopasowania procesora mowy po wszczepieniu implantu ślimakowego lub zakotwiczonego na przewodnictwo kostne

5.52.01.0001493 Powikłania infekcyjne u chorego po przeszczepieniu narządu lub szpiku - diagnostyka, leczenie (diagnostyka, leczenie pacjenta od 31 dnia po wykonaniu przeszczepu) < 4 dni

Dotychczas	W projekcie
czas pobytu < 4 dni	- wymagane wskazanie rozpoznania zasadniczego wskazującego na rodzaj powikłania oraz rozpoznania współistniejącego wskazującego na rodzaj przeszczepu (Z94.0-Z94.4, Z94.7-Z94.8); - czas pobytu < 4 dni

5.52.01.0001494 Powikłania nieinfekcyjne u chorego po przeszczepieniu narządu lub szpiku - diagnostyka, leczenie (diagnostyka, leczenie pacjenta od 31 dnia po wykonaniu przeszczepu) < 4 dni

Dotychczas	W projekcie
czas pobytu < 4 dni	- wymagane wskazanie rozpoznania zasadniczego wskazującego na rodzaj powikłania oraz rozpoznania współistniejącego wskazującego na rodzaj przeszczepu (Z94.0-Z94.4, Z94.7-Z94.8); - czas pobytu < 4 dni

Katalog radioterapii (1d)

W obrębie katalogu do radioterapii procedury 92.413 Brachyterapia śródtkankowa 3D oraz 92.416 Brachyterapia dojamowa 3D konformalna (MDR, HDR) realizowane dotychczas w ramach produktu 5.07.01.0000025 Brachyterapia standardowa, zostały wpisane w projekcie w zakresie produktu 5.07.01.0000026 Brachyterapia 3D z planowaniem jednoczasowym (real time).

Pracownicy wiedzy

Profesjoniści stanowią specyficzną grupę pracowników, z czego zdawać sobie muszą sprawę zarówno ich kierownicy, jak i współpracownicy. Najprościej rzecz ujmując są to ludzie wiedzy oraz kompetencji. Jednakże zarówno owa wiedza, jak i kompetencje odnoszą się zwykle do jednej wąskiej dziedziny, którą w przypadku lekarzy jest oczywiście medycyna.



Dorota Dacz, Magdalena Siebielska

W szpitalu nie brak kadry profesjonalistów, subiektywna przewaga medyków nad innymi odnosi się do rodzaju wykonywanych usług. Chodzi przecież o życie i zdrowie pacjenta. Z taką argumentacją nie sposób dyskutować.

Teoretycznie profesjoniści otwarci są na zmiany, postęp, doskonalenie, ale zazwyczaj dotyczy to tylko ich dziedziny. Zmiany w innych obszarach powodują niechęć.

Bo my jesteśmy od leczenia....

To najczęstszy argument, jaki można usłyszeć w rozmowie z lekarzem. Z pewnością jest on trafny. Realizacja procesu diagnostyczno-terapeutycznego stanowi podstawowy obowiązek lekarza. Jednakże, jak każdy inny pracownik, tak też lekarz dokumentuje swoją pracę. Zarówno w jednym, jak i drugim podlega on obowiązującym przepisom prawa. Zawsze ten nie stanowi wyjątku, większość pracowników działa w zakresie określonych aktów prawnych. Trudno wyobrazić

sobie, by prawnik funkcjonował bez znajomości różnych kodeksów, a kierowca pracował z pominięciem przepisów ruchu drogowego.

Istotne jest zaznajomienie lekarzy z prawem, które dotyczy ich pracy. Liczne spotkania z przedstawicielami zawodów medycznych dają dowód temu, że część z nich staje się świadoma istotności przepisów prawa, chociażby w zakresie

prowadzenia dokumentacji pacjenta w określony sposób.

Szczególne podejrzliwość wzrasta, gdy lekarz musi wypełniać więcej dokumentacji, a zapisy prawne zmieniają charakter jego dotychczasowej pracy.

Niezbyt trafnym rozwiązaniem jest przekazanie lekarzowi jedynie nowej wersji Zarządzenia Prezesa NFZ czy Rozporządzeń Ministra Zdrowia. Profesjoniści skupiają się przecież na zgłębianiu wiedzy w swoim zakresie, informacje z pozostałych dziedzin powinny być im przekazane w klarowny sposób.

Dobrzy menadżerowie, widząc potrzeby swoich pracowników oraz trudności w ich realizowaniu, wychodzą naprzeciw. Zarządzanie bowiem dotyczy przede wszystkim ludzi.

Sztuka jak ...

Profesjonalistom należy stworzyć warunki, pewną przestrzeń, w ramach której będą realizować oni działania znajdujące się w obrębie ich specjalistycznej wiedzy.

Doskonały przykład to dokumentacja medyczna. Niewątpliwie jest, że od jej jakości zależy bezpieczeństwo przychodu dla szpitala oraz zmniejszenie zagrożeń wynikających z roszczeń pacjentów. Dyrektorzy placówek medycznych, mają-

dokończenie na str. 22



dokończenie ze str. 21

cy świadomość stanu prowadzonej w oddziałach oraz ambulatorium dokumentacji, organizują szkolenia dla lekarzy, a także personelu pomocniczego.

Szkolenia to często początek dobrej drogi. Kolejne kroki to dokumentacja medyczna, omawianie powtarzających się nieprawidłowości oraz poszukiwanie praktycznych rozwiązań ułatwiających prowadzenie historii choroby w sposób zgodny z obowiązującymi wymogami. Innym ważnym elementem jest zapewnienie stałej możliwości przekazywania w przystępny sposób informacji o istotnych zmianach oraz zadawania pytań. Dodatkowe możliwości to chociażby system koderski oraz rozwiązania informatyczne.

Wszystko to składa się na warunki dla profesjonalistów. Istnieje wiele możliwości, które należy dostosować do charakterystyki placówki. Ich poszukiwanie i wdrażanie jest koniecznością. Jednakże podstawą tego procesu musi być wiedza, że profesjonalści to ludzie szczególnie: szczególnie uzdolnieni i szczególnie trudni. Dlatego zarządzanie nimi to sztuka.

Zarządzać i leczyć

Dyrektorzy ds. leczenia oraz lekarze kierujący komórkami organizacyjnymi stanowią połączenie zarówno zarządzania, jak i kompetencji wiedzy. To oni najlepiej rozumieją specyfikę współpracy z profesjonalistami, sami są przecież lekarzami. Jednocześnie powinni też rozumieć istotę regulacji prawnych związanych z funkcjonowaniem systemu ochrony zdrowia. Osobiście zdążyliśmy poznać kilkunastu lekarzy, którzy doskonale potrafili scalić oba te elementy.

W opinii jednego z nich usłyszałyśmy: *Kiedy zakładam fartuch, trudniej myśleć mi o kosztach, rozliczaniu czy zarządzaniu. Widzę pacjenta. Ale chwilę później uzmysławiam sobie, że aby leczyć tego pacjenta i wielu innych muszę mieć na to pieniądze. Staram się organizować pracę w szpitalu tak, by tych pacjentów można było leczyć jak najlepiej i jak najwięcej. Musimy znać przepisy prawa, bez tego współcześnie lekarz nie będzie miał środków, by robić to, co potrafi najlepiej - leczyć.*

Ostatnio, podczas wizyty w placówce, w rozmowie o dokumentacji, pani ordynator oddziału zaznaczyła, iż nie będzie dyskutować z prawem, takie jest i już. Oczekiwała natomiast przełożenia, czasem skomplikowanych regulacji na konkretne kwestie związane z prowadzeniem historii choroby.

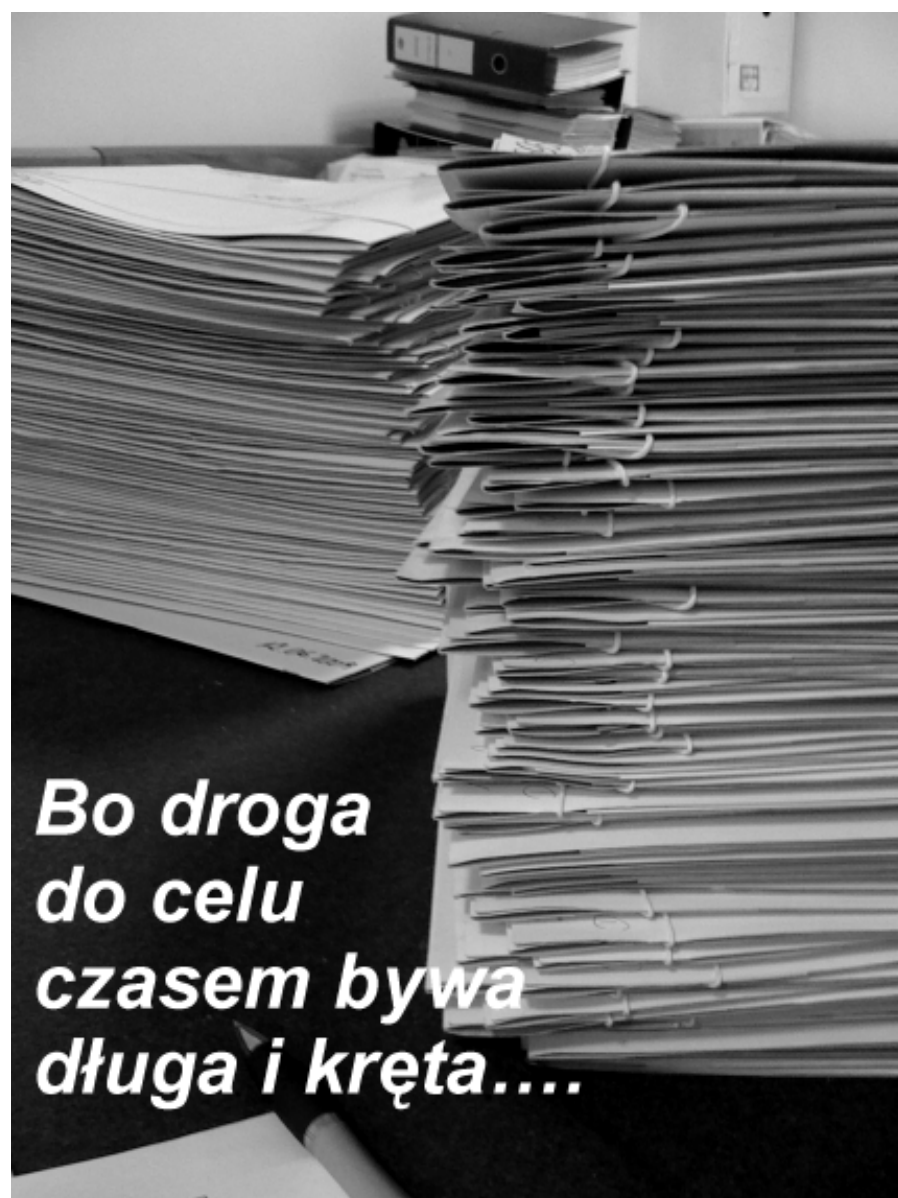
Coraz częściej spotykamy się z takim właśnie podejściem. Udzielamy odpowiedzi na liczne pytania, konsultujemy, doradzamy. Nie ma złych pytań, są jedynie niebezpieczne, które budzą kolejne pytania i wątpliwości, ale to właśnie w poszukiwaniu odpowiedzi jest sens. Chęć pozyskiwania nowej wiedzy, podnoszenie swoich kwalifikacji, nie tylko w zakresie medycznym, świadczy jedynie o byciu prawdziwym profesjonalistą. Uczmy się pytać, szukać, weryfikować. To jedyny sposób, by zmieniać na lepsze.

Bo droga do celu czasem bywa długa i kręta....

Przewodzenie, organizowanie, planowanie oraz kontrolowanie pracy personelu medycznego to z pewnością największe wyzwania zarządzającego szpitalem.

Lekarze widzący potrzebę zmian, zadający pytania, proszący o pomoc to kapitał, który dobry menadżer będzie potrafił przekuć w sukces placówki. Zarządzanie profesjonalistami medycznymi, choć trudne, może przynosić efekty zarówno kliniczne, jak i finansowe.

Usłyszane kiedyś: *łatwiej byłoby zarządzać szpitalem, gdyby nie lekarze oraz łatwiej byłoby leczyć choroby, gdyby nie pacjenci.* Rzecz w tym, że szpital to przede wszystkim lekarze i nade wszystko pacjenci.



Kalendarium,

czyli najważniejsze wydarzenia

Okres przedwakacyjny jest czasem wzmożonych prac nad projektami nowych aktów prawnych oraz zmianami już istniejących. 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*



MAJ

Ustawa o działalności leczniczej - projekt zmian przekazany do konsultacji projekt Ustawy o działalności leczniczej zakłada zmiany w zakresie ubezpieczenia szpitali z tytułu zdarzeń medycznych.

Proponowana suma ubezpieczenia to nie mniej niż 300 tys. zł. (kwota odpowiadająca wartości maksymalnego świadczenia w przypadku śmierci pacjenta). Uzależniona ona będzie od liczby łóżek szpitalnych, z zastrzeżeniem minimalnej wartości 1 tys. zł w odniesieniu do jednego łóżka.

Istotną zmianą jest również propozycja resortu, by obowiązek ubezpieczenia szpitali od zdarzeń medycznych funkcjonował od 1 stycznia 2014 roku, natomiast brak umowy ubezpieczenia z tego tytułu nie będzie mógł stanowić o odrzuceniu przez Narodowy Fundusz Zdrowia oferty w postępowaniu o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej.

Ustawa prawo farmaceutyczne - dostosowanie do

przepisów unijnych

Ministerstwo Zdrowia przedstawiło projekt zmian w zakresie prawa farmaceutycznego. Proponowane zapisy mają na celu dostosowanie polskiego prawa farmaceutycznego do unijnych norm dyrektywy parlamentu Europejskiego i Rady 2010/84/UE z 15 grudnia 2010 roku.

Kody resortowe

Przyjęto Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania. Akt powstał w oparciu o zapisy Ustawy o działalności leczniczej i zastępuje Rozporządzenie Ministerstwa Zdrowia z 16 lipca 2004 roku w sprawie systemu resortowych kodów identyfikujących dla zakładów opieki zdrowotnej oraz szczegółowych zasad ich nadawania.

Zapisy dokładnie wskazują sposób nadawania kodów, zgodnie z nowym porządkiem prawnym.

System resortowych kodów identyfikacyjnych umożliwia rozpoznanie podmiotów wykonujących działalność leczniczą w ich rejestrze. Na identyfikację podmiotu pozwoli numer księgi rejestro-

wej, który jest niepowtarzalny i na stałe przypisany danemu podmiotowi wpisanemu do rejestru.

Co więcej, podmiot leczniczy może prowadzić więcej niż jedno przedsiębiorstwo, dlatego konieczne są regulacje pozwalające zidentyfikować konkretną jednostkę lub komórkę organizacyjną, zarówno w strukturze podmiotu, jak i przypisanie jej do jednego z przedsiębiorstw.

Projekt zarządzenia - świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie.

Narodowy Fundusz Zdrowia opublikował projekt Zarządzenia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie. Zaproponowano rozszerzenie zakresu świadczeń

zdrowotnych kontraktowanych odrębnie o leczenie spastyczności opornej na leczenie farmakologiczne z zastosowaniem pompy baklofenowej.

Spastyczność jest stanem nadmiernego napięcia mięśni związanego z ich nieprawidłową reakcją na bodźce. Najskuteczniejszą metodą terapii jest leczenie z zastosowaniem pompy baklofenowej. Jest ona przede wszystkim bezpieczniejsza od stosowania doustnych środków farmakologicznych, które ograniczają zdolność reagowania na bodźce oraz negatywnie oddziałują na przewód pokarmowy. W przypadku pompy lek dozowany jest bezpośrednio przez dren do kanału rdzeniowego. Terapia znacząco poprawia jakość życia pacjenta oraz jego ogólną kondycję fizyczną, co skutkuje zwiększeniem efektu w rehabilitacji.

OAiT - Projekt Rozporządzenia Ministra Zdrowia

Ministerstwo Zdrowia opublikowało 30 maja projekt zmian w zakresie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów leczniczych.

Prace nad modyfikacją treści dotychczasowego rozporządzenia mają na celu dostosowanie aktu do obowiązujących uregulowań prawnych oraz postępu naukowego i technologicznego w dziedzinie medycyny.

Odwołanie Prezesa NFZ

Premier podjął decyzję o odwołaniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Jacka Paszkiewicza. Wniosek o odwołanie, który poparła Rada Funduszu, złożył Minister Zdrowia. Upoważnienie do zastępowania Prezesa NFZ uzyskał Zbigniew Teter, jego dotychczasowy zastępca ds. służb mundurowych.

CZERWIEC

Standard łagodzenia bólu porodowego

Resort Zdrowia zaproponował rozwiązania związane z wprowadzeniem standar-

du łagodzenia bólu porodowego, ujęte w ramach projektu rozporządzenia.

Zdefiniowane zostały zalecane metody łagodzenia bólu porodowego, sposób organizacji opieki w zakresie znieczulenia podczas porodu, kwalifikacje pracowników medycznych sprawujących tę opiekę, a także obsada kadrowa i wyposażenie pomieszczeń.

W każdym szpitalu posiadającym oddział położniczy opracowany ma zostać na piśmie tryb postępowania medycznego związany z łagodzeniem bólu porodowego, zobowiązani do zapoznania się z zapisami będą lekarze, położne oraz pielęgniarki udzielający świadczeń w bloku porodowym, oddziale położniczym, neonatologicznym i oddziale anestezjologii.

Ustawa o działalności leczniczej - sejmowe zmiany

Sejm przyjął zmiany dotyczące zapisów Ustawy o działalności leczniczej. Inicjatywę modyfikacji przepisów zgłosili posłowie. Zaproponowane rozwiązania, w ramach projektu Ministerstwa Zdrowia, nie miały możliwości wejścia w życie przed 1 lipca 2012 r. Tymczasem bez stosownych zmian od tego okresu instytucje prowadzące hospicja miałyby istotne problemy organizacyjne w zakresie finansowania, wolontariatu oraz darowizn. Zgodnie z nowelizacją ustawy hospicja nie będą, w rozumieniu prawa, traktowane jako przedsiębiorstwa.

Drugą przyjętą zmianą jest przesunięcie obowiązku posiadania przez szpital ubezpieczenia od zdarzenia medycznego na okres od 1 stycznia 2014 r.

Leczenie krwią w podmiotach leczniczych

Ministerstwo Zdrowia przedstawiło projekt rozporządzenia w sprawie określenia sposobu i organizacji 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. Proponowane zmiany mają na celu dostosowanie aktu prawnego do przepisów zwartych w ustawie o działalności leczniczej.

Zespół ds. importu docelowego

Na mocy zarządzenia Prezesa NFZ powołano Zespół do spraw importu docelowego, będącego organem pomocniczym Prezesa. Podstawowym zadaniem zespołu jest opracowanie możliwości finansowania ze środków publicznych zakupu leków zawierających substancje czynne stosowane w chemioterapii sprowadzane z zagranicy, niezbędne dla ratowania życia lub zdrowia pacjenta.

Skład zespołu:

- 1) przewodniczący Zespołu: Pan Andrzej Śliwczyński - przedstawiciel Departamentu Gospodarki Lekami;
- 2) członkowie Zespołu:
 - a) Pan Dariusz Jarnutowski - przedstawiciel Departamentu Ekonomiczno-Finansowego,
 - b) Pan Mariusz Kowalski - przedstawiciel Biura Prawnego,
 - c) Pani Dorota Drobisz-Kopydłowska - przedstawiciel Departamentu Gospodarki Lekami,
 - d) Pan Artur Kowalski - przedstawiciel Departamentu Gospodarki Lekami.

Projekt komunikatu XML

Narodowy Fundusz Zdrowia przedstawił do konsultacji społecznych projekt zarządzenia w sprawie określenia szczegółowego komunikatu sprawozdawczego XML dotyczących świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych (I fazy).

Komunikat sprawozdawczy dotyczy świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne w zakresach programy zdrowotne (lekowe), terapeutyczne programy zdrowotne oraz chemioterapia, których data zakończenia przypada w lipcu 2012 roku i okresach następnych.

Wprowadzenie zmian w komunikacie SWIAD jest uzasadnione obowiązkiem sprawozdania i rozliczania zdrowotnych programów (lekowych) i chemioterapii od 1 lipca 2012 roku zgodnie z Ustawą z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.

JGP

w pytaniach i odpowiedziach



Anna Moczulska

Ekspert ds. rozliczania świadczeń

E-mail: Anna.Moczulska@iuz.org.pl

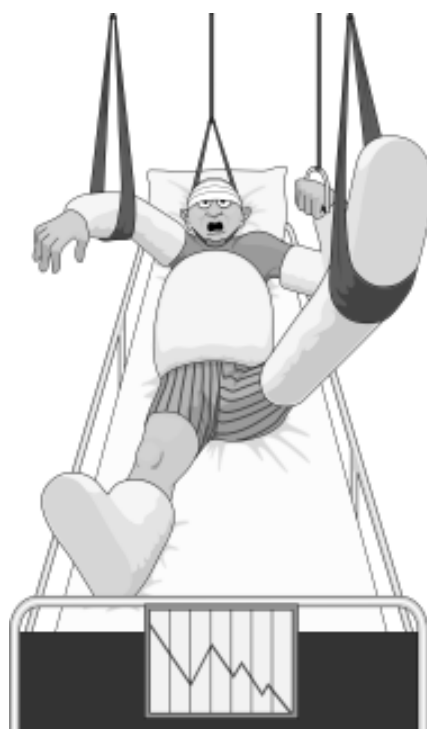
Do autorki są kierowane liczne pytania naszych Czytelników, na które udzielamy indywidualnie odpowiedzi. Najciekawsze publikujemy w tej rubryce. Dziękujemy za zainteresowanie i za wszystkie pytania, które dotychczas otrzymaliśmy. Zachęcamy do dalszych pytań związanych z systemem jednorodnych grup pacjentów.

Jak postępować w sytuacji, gdy lekarz zatrudniony w poradni zawiadamia nas o nieobecności z powodów losowych lub choroby, na kilka godzin przed planowanym rozpoczęciem pracy w tej poradni?

W związku z faktem, że realizują Państwo świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych na zasadach określonych przez NFZ, należy bezwzględnie przestrzegać Zarządzenia Prezesa NFZ regulującego harmonogram pracy poradni i udzielania świadczeń zgodnie ze stanowiącym załącznik do umowy harmonogramem godzin i czasu pracy konkretnego lekarza w konkretnej poradni.

Każdorazowe odstępstwo od harmonogramu wymaga uprzedniego zawiadomienia NFZ o zakresie zmiany, terminie i czasie trwania, pod rygorem kar finan-

sowych, a nawet rozwiązania umowy. Realizujący w ramach umowy poradę lekarz jest zatem zobowiązany do wcześniejszego informowania o wszelkich



planowanych nieobecnościach, w tym urlopach, urlopach szkoleniowych, etc.

Dyrekcja Państwa poradni powinna poinformować lekarzy o obowiązku zgłaszania planowanych nieobecności. Wyjątek oczywiście stanowią okoliczności nagłe (choroba, wypadki losowe), w których to powinni Państwo dołożyć wszelkich starań do zachowania ciągłości pracy poradni. Można w takiej sytuacji szukać zastępstwa innego lekarza, którego kwalifikacje spełniają wymagania NFZ. Jeśli nie jest możliwe zapewnienie substytucji terapeuty, wówczas zobowiązani jesteśmy do powiadomienia zaplanowanych do porad pacjentów (np. poprzez stosowne ogłoszenie w poradni). W zawiadomieniu należy podać informację, w jakim dniu odbędą się zaplanowane wizyty oraz, u którego świadczeniodawcy, w najbliższej odległości chorzy mogą uzyskać porady. Nieodłącznie od sposobu postępowania, zobowiązani je-

c.d. na str. 26

steśmy do zawiadomienia oddziału NFZ o zaistniałej sytuacji. W przypadku zaplanowania „odpracowania” godzin pracy poradni, należy zawiadomić płatnika o zmianie planu pracy poradni. W przypadku dokonania wyłącznie zmiany lekarza udzielającego porad w danym dniu, należy zawiadomić o tej zmianie. Istotne jest, aby zapewnić ilość porad i godzin pracy przewidzianych w harmonogramie pracy za dany okres rozliczeniowy.

Jakie regulacje prawne precyzują zasady zakupu leków przez szpital?

Czy oprócz Ustawy o zamówieniach publicznych, apteka szpitalna musi kierować się innymi przepisami w zakresie cen, po jakich zakupuje leki?

Od początku tego roku obowiązuje Ustawa o refundacji, zgodnie z którą ceny po jakich świadczeniodawca nabywa produkty lecznicze, jest regulowana, o ile produkty te znajdują się w obwieszczeniu refundacyjnym Ministra Zdrowia.

Szczegółowo mówi o tym art. 9. Zgodnie z nim świadczeniodawca nie może m. in. nabyć leku, w stosunku do którego została podjęta decyzja o objęciu refundacją i ustaleniu urzędowej ceny zbytu, po cenie wyższej niż urzędowa, zawarta w obwieszczeniu, powiększona maksymalnie o wartość wynikającą z naliczenia marży hurtowej.

Trzeba przy tym dodać, że cena o której mowa w przytoczonym przepisie, ma charakter ceny maksymalnej, co oznacza, że nie wyłącza mechanizmu określonego Ustawą o zamówieniach publicznych. Szpital może kupić leki dużo taniej niż cena określona w obwieszczeniu Ministra Zdrowia. Warto również zwrócić uwagę na całość przytoczonego zapisu, bowiem określa się w nim również kwestię sposobu określania ceny dla substancji czynnej:

Art. 9.

1. Świadczeniodawca w celu realizacji świadczeń gwarantowanych jest obowiązany nabywać leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia

żywnościowego, wyroby medyczne po cenie nie wyższej niż urzędowa cena zbytu powiększona o marżę nie wyższą niż urzędowa marża hurtowa, a w przypadku nabywania od podmiotu innego niż przedsiębiorca prowadzący obrót hurtowy w rozumieniu ustawy Prawo farmaceutyczne - po cenie nie wyższej niż urzędowa cena zbytu.

2. Lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrób medyczny, o którym mowa w art. 6 ust. 1 pkt 1-3, świadczeniodawca jest obowiązany nabywać po cenie nie wyższej niż urzędowa cena zbytu leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego, stanowiącego podstawę limitu, uwzględniając liczbę DDD leku, jednostek środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego w opakowaniu albo liczbę jednostkowych wyrobów medycznych, albo liczbę jednostek wyrobu medycznego, powiększoną o marżę nie wyższą niż urzędowa marża hurtowa, a w przypadku nabywania od podmiotu innego niż przedsiębiorca prowadzący obrót hurtowy w rozumieniu Ustawy prawo farmaceutyczne - po cenie nie wyższej niż urzędowa cena zbytu.

Pytanie dotyczy składania podpisu odręcznego na ma-

łym komputerze przenośnym. Proszę o odpowiedź jaki jest status takiego podpisu? Czy jest to podpis elektroniczny czy odręczny? Jeśli odręczny, to czy można go uznać za część dokumentacji elektronicznej, o której mówi Rozporządzenie w sprawie dokumentacji medycznej?

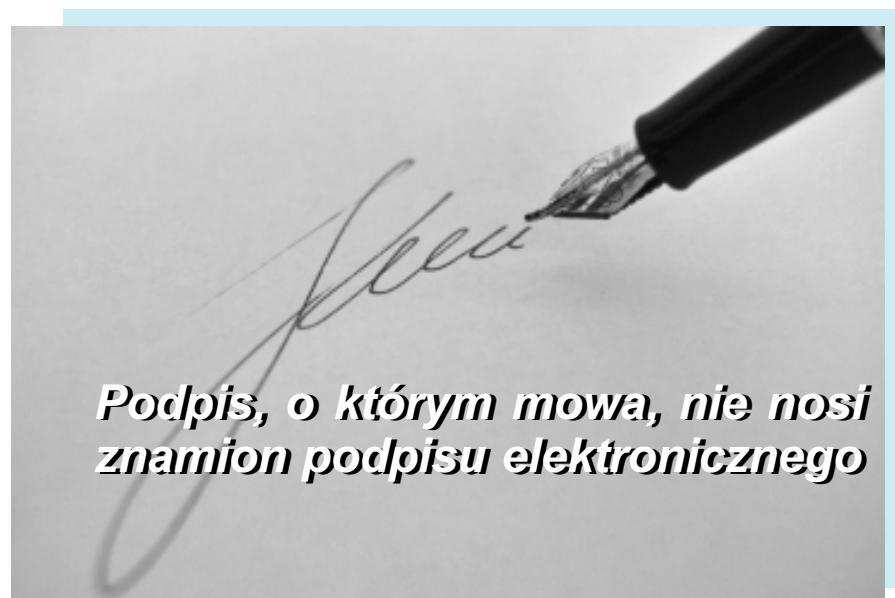
Podpis, o którym mowa nie nosi znamion podpisu elektronicznego.

Nie ma przepisów regulujących urządzenia do pisania odręcznego. Podobnie jak pióro, długopis czy ołówek i to opisywane urządzenie, stawiając znak graficzny wykonywany ręką podpisującego. Różnica tylko w tym, iż znak ten jest w niezmienionej formie graficznej zapisany w komputerze, podobnie jak w procesie cyfryzacji skanowanie podpisanego dokumentu.

Nie ma zatem powodu, aby uznać za niezgodne z zasadami tworzenia dokumentacji medycznej stosowanie cyfrowego urządzenia do rysowania znaku graficznego, jakim jest podpis odręczny.

Czy możliwe jest darowanie szpitalowi leków?

W świetle nowej Ustawy o refundacji zabronione jest przekazywanie darowizn leków przez określone podmioty. Ozna-



Podpis, o którym mowa, nie nosi znamion podpisu elektronicznego



W świetle nowej Ustawy o refundacji zabronione jest przekazywanie darowizn leków przez określone podmioty

cza to, że kluczowym nie jest sam zakaz przekazywania leków, ale zakaz przekazywania przez określone ustawą grupy przedsiębiorców.

Należy również dodać, że zakazem objęte są te produkty lecznicze i wyroby medyczne, które podlegają refundacji (określonej wykazami Ministra Zdrowia). Darowizny są zatem możliwe, jeśli darczyńcą jest np. Fundacja, czy inny podmiot niż określony w ustawie, oraz jeśli przedmiotem daru jest lek lub wyrób medyczny nieobjęty refundacją.

Sytuację dość jasno opisuje art. 49 ustawy, jednak należy go czytać jako zapis skierowany do świadczeniodawców w relacji z przedsiębiorcami zajmującymi się obrotem lub wytwarzaniem:

Art. 49.

1. Zakazuje się przedsiębiorcy zajmującemu się wytwarzaniem lub obrotem lekami, środkami spożywczymi specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobami medycznymi podlegającymi refundacji:

1) uzależniania zawarcia umowy dotyczącej tych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych lub uzależniania treści tej umowy od przyjęcia lub spełnienia przez:

a) innego przedsiębiorcę zajmującego się wytwarzaniem lub obrotem lekami, środkami spożywczymi specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobami medycznymi podlegającymi re-

fundacji,

b) podmiot prowadzący aptekę,

c) kierownika apteki,

d) osobę wydającą leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyroby medyczne objęte refundacją

- świadczenia niezwiązanego z przedmiotem tej umowy, w tym korzyści majątkowej lub osobistej, o której mowa w ust. 3;

2) stosowania wobec podmiotów wymienionych w pkt 1 niejednostajnych warunków umów.

2. Umowy sprzeczne z ust. 1 są w tym zakresie nieważne.

3. Zakazuje się:

1) przedsiębiorcy zajmującemu się wytwarzaniem lub obrotem lekami, środkami spożywczymi specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobami medycznymi podlegającymi refundacji,

2) podmiotowi prowadzącemu aptekę, kierownikowi apteki lub osobie wydającej leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyroby medyczne objęte refundacją, w związku z realizacją recept na refundowane leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyroby medyczne

- sprzedaży uwarunkowanej, upustów, rabatów, bonifikat, pakietów i programów lojalnościowych, darowizn, nagród, wycieczek, gier losowych, zakładów wzajemnych, wszelkich form użyczeń, transakcji wiązanych, wszelkiego rodzaju talonów i bonów, a także udzielania innych niewymienionych z nazwy korzyści majątkowych lub osobistych dla świadczeniobiorców oraz osób uprawnionych.



Sandra Szymańska

Po co studiować medycynę, skoro jest Internet ...

Takie słowa usłyszałam, oglądając jeden z odcinków popularnego amerykańskiego serialu o zmaganiach lekarzy. Wydawałoby się to nie do pomyślenia, jednak w obecnych czasach coraz większej grupie osób nie wystarcza opinia specjalisty. Czy słusznie? Co się stało z autorytetem lekarza? Co z poczuciem zaufania? Postanowiłam zrobić mały wywiad środowiskowy.



Najbardziej zszokowała mnie wypowiedź, że właśnie tym godnym zaufania, jest młody atrakcyjny lekarz. O zgrozo! Kto by pomyślał, że kompetentność ocenia się po wyglądzie fizycznym człowieka. Na pewno postrzeganie percepcyjne ma znaczenie, dlatego od stereotypów tak ciężko jest uciec. Myślę jednak, że dzięki temu, że świat idzie do przodu, większość nas zaczyna kontrolować i analizować własne myśli przed zbyt szybkim zaszukaniem danej osoby. Warto jednak pomyśleć o atmosferze, jaka panuje w gabinecie lekarza, gdzie pacjent odsłania swoje słabości, gdzie liczy na coś więcej niż wypisanie recepty.

Często spotykanym zarzutem jest zbyt szybki i nieprecyzyjny sposób ustalania diagnozy lub związanie z firmami farmaceutycznymi i przepisywanie ich (często droższych) leków. Ile jest w tym prawdy? Pozostawię to sumieniom takich lekarzy.

Zdecydowanie największe znaczenie ma dla nas opinia innych i renoma danej placówki. Najczęściej polecamy so-

bie „dobrego lekarza”. Takiego specjalistę z góry darzymy większym zaufaniem, ponieważ jest sprawdzony, usłyszeliśmy o nim dobre słowo, więc na pewno będziemy z niego bardzo zadowoleni. W praktyce jednak różnie to bywa. Czasem ci „sprawdzeni” nie spełniają naszych oczekiwań. Nikt nie chce być chory, dlatego odwiedzamy wiele gabinetów, by usłyszeć inną diagnozę. Bywa jednak i tak, że kilku lekarzy nie jest w stanie nam pomóc, każdy gdzieś błędzi, a nasza dolegliwość nie ustępuje. Zdarza się, że będąc w kilku gabinetach, za każdym razem słyszymy inną diagnozę i zalecenia, niekiedy kompletnie przeciwne.

W takich momentach pojawia się wątpliwość. Wtedy sięgamy do wspomnianego wcześniej Internetu i nagle sami stajemy się specjalistami po szkołach medycznych z wieloletnim doświadczeniem w praktyce lekarskiej.

Zasada ograniczonego zaufania może się jednak sprawdzić nie tylko w ruchu drogowym. Czasem warto przeczytać dołączoną ulotkę do opakowania leku, który otrzymaliśmy, warto zadzwonić i rozwiązać nasze wątpliwości.

Może sami czegoś nie powiedzieliśmy lekarzowi, dla nas nieistotnego, jednak z punktu medycznego - ważnej informacji. Wina musi leżeć gdzieś pośrodku. Nie od dziś wiadomo, że kluczem do sukcesu i porozumienia jest rozmowa.

Spotkałam się także z wieloma pozytywnymi opiniami, z szybko i bardzo trafną diagnozą, która uratowała komuś życie, dzięki wiedzy i doświadczeniu. Wiele osób po nieudanych wizytach w końcu trafiła do odpowiedniego doktora, któremu teraz wiele zawdzięcza. Skoro żyjemy w dobie Internetu, oglądamy telewizję i mamy dostęp do ogromnej ilości informacji, starajmy się to wykorzystać w sposób rozsądny.

Zawód lekarza wciąż jest jednym z najbardziej prestiżowych. Lekarz wybrał swój zawód, by dać poczucie bezpieczeństwa i wsparcia. Lekarzem się jest, by pomagać innemu człowiekowi, dlatego należy mu się szczególne wyróżnienie, okazywane szacunkiem i zaufaniem.



Inicjatywa dla życia

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 2 w Jastrzębiu-Zdroju pod patronatem Caritas Archidiecezji Katowickiej utworzył Okno Życia.

Matki, które nie mogą, czy też nie chcą opiekować się własnym noworodkiem, mogą pozostawić go w jastrzębskiej lecznicy.



ka przeniesie dziecko na oddział.

Noworodek będzie przebywał w szpitalu tak długo, jak będzie wymagał tego jego stan, otoczony fachową opieką medyczną i ciepłem ludzkich serc - zapewnia rzecznik szpitala.

Pierwsze okno życia powstało w Polsce w 2006 roku. Obecnie istnieje na terenie całego kraju blisko 50 takich okien. Dotychczas pozostawiono w nich 41 niemowląt. W Jastrzębiu-Zdroju właśnie powstało pierwsze takie w regionie.

Większość Okien Życia utworzonych zostało przy zgromadzeniach zakonnych, domach samotnej matki lub domach dziecka. Szpital w Jastrzębiu nie mógł zatem skorzystać z doświadczeń innych świadczeniodawców. Dziś pracownicy szpitala służą pomocą tym, którzy chcieliby wyjść z podobną inicjatywą w swojej placówce.

Jak informuje Dyrekcja szpitala: *Okno życia daje gwarancję anonimowości matce, która zdecyduje się na pozostawienie w szpitalu swojego dziecka. Pozostawionemu noworodkowi pracownicy Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Jastrzębiu-Zdroju zapewnią profesjonalną opiekę i zabezpieczenie medyczne, jak również otoczą dziecko ciepłem i ludzką życzliwością.*

Okno Życia wyposażone jest w system alarmowy, uruchamiany w chwili otwarcia drzwi. Z chwilą pozostawienia dziecka, alarm będzie słyszalny w dyżurce pielęgniarskiej Oddziału Intensywnej Terapii Dziecięcej, wówczas pielęgni-



System

warto sprawdzić - zawsze na temat!

**Oddając krew,
możesz podarować komuś
drugie życie**



W NASTĘPNYM NUMERZE:

- **Magdalena Siebielska:**
Od projektu do obowiązującego aktu prawnego
- **Beata Jagielska:**
Choroby twarzy, jamy ustnej, gardła, krtani, nosa i uszu - w alfabecie JGP opis kolejnego zakresu charakterystyki grup
- **Rafał Janiszewski:**
Bilans szpitali - kto się zadłuża, a kto odrabia straty
- **Dorota Dacz** opisuje zasady prowadzenia dokumentacji pielęgniarskiej
- **W gabinecie praktyka:**
Standardy w leczeniu raka piersi
- **Łukasz Puchalski:** *O zasadach stosowania i rozliczania programów lekowych*

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