



Drodzy Czytelnicy,

to już czwarty numer naszego kwartalnika „System”.

Od przyszłego numeru będzie on bezpłatny. Każdy, kto zechce być naszym czytelnikiem i złoży zamówienie prenumeraty, otrzyma czasopismo pod wskazany adres. Formularz zamówienia znajdziecie Państwo w tym numerze.

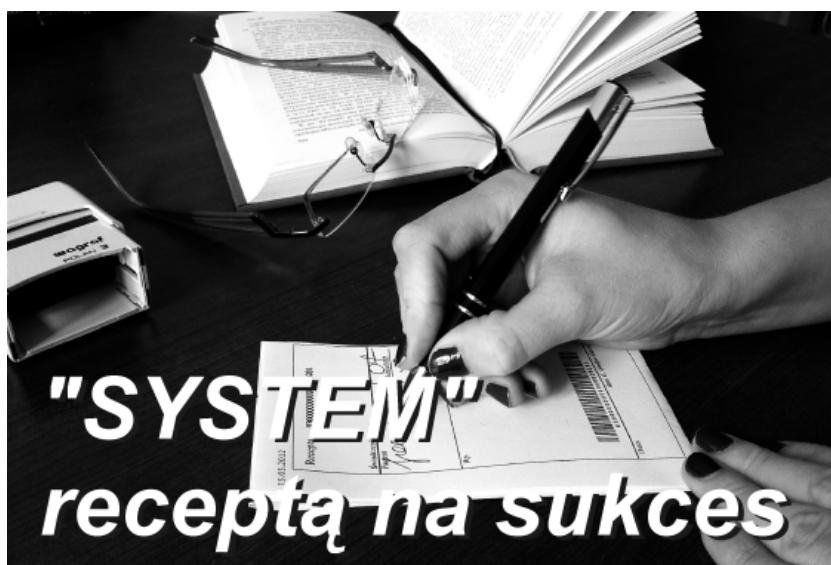
Wiele uwagi poświęcamy dokumentacji medycznej i pracy koderów. Na ten temat rozmawiamy z dr **Beata Winkler** przewodniczącą komisji do spraw jakości oraz zastępcą ordynatora II Oddziału radioterapii z pododdziałem chemioterapii Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej im. św. Jana z Dukli w Lublinie.

Łukasz Puchalski omawia kwestie dotyczące korzyści i zagrożeń wynikających z ustawy o działalności leczniczej. **Anna Moczulska** przedstawia możliwości rozliczania diagnostyki w lecznictwie zamkniętym.

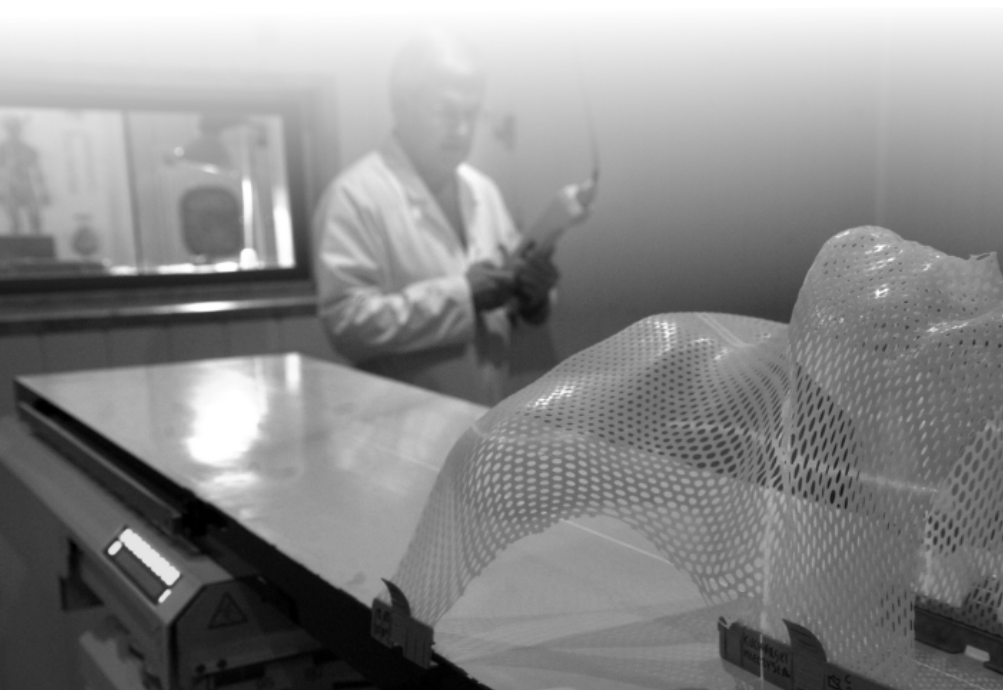
Z uwagi na wejście w życie nowych przepisów poruszam w tym wydaniu trudne zagadnienia regulacji prawnych dotyczących gospodarki lekami w szpitalu w 2012 roku.

Rafał Janiszewski

- 2| Tu warto być
- 4| Medyczny kalejdoskop
- 5| Na roboczo: Rola koderów
- 7| Kontrole NFZ - Prawa i obowiązki kontrolowanych
- 10| Prawo w medycynie - Regulaminy organizacyjne a działalność szpitala
- 13| Gabinet praktyka: Onkologia - leczenie skojarzone
- 14| Gospodarka lekowa w lecznictwie zamkniętym
- 16| Rozmowa w „Systemie”: Zawód lekarza to nie tylko dyplom
- 18| Alfabet JGP: A - jak choroby układu nerwowego
- 24| Adnotacje lekarskie - Co lekarz o pacjencie wiedzieć powinien
- 25| Prawo w medycynie: Zagrożenia wynikające z wprowadzenia Ustawy o działalności leczniczej
- 27| Rozliczanie diagnostyki w lecznictwie zamkniętym
- 28| Ekspert odpowiada: JGP w pytaniach i odpowiedziach
- 30| Kalendarium, czyli najważniejsze wydarzenia
- 34| W następnym numerze
- 35| Prenumerata



Medyczny Kalejdoskop



trzustki, a także piersi oraz jajnika i może być markerem pozwalającym na wytypowanie osób zagrożonych rakiem płuca i wskazaniem do przeprowadzenia badania tomograficznego.

Światowe Centrum Słuchu

W Kajetanach pod Warszawą wkrótce zostanie otwarte Światowe Centrum Słuchu. Ten nowoczesny szpital świadczyć będzie usługi medyczne na najwyższym światowym poziomie.

W placówce diagnozowani będą i leczeni pacjenci z głębokim niedosłuchem, z wadami wrodzonymi i nabytymi ucha zewnętrznego, środkowego, zaburzeń głosu, mowy, zawrotów głowy i zaburzeń równowagi. Ośrodek wyposażono w najnowo-cześniejszy sprzęt medyczny. Znajdują się tam również pracownie do badań, a także multimedialne centra konferencyjne.

Otwarcie szpitala znacznie zwiększy dzienną liczbę operacji wad narządu słuchu w Polsce.

Nowy tomograf w Lipnie

W Lipnie szpital wzbogacił się o nowoczesny, kosztujący ponad dwa miliony złotych, tomograf komputerowy. Jest to urządzenie mocno zaawansowane technologicznie, co pozwoli diagnozować pacjentów na poziomie akademickim i daje możliwość zwiększenia kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia.



Emilia Sujkowska

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

Olej rzepakowy - samo zdrowie

Najnowsze wyniki badań wskazują, że 61% dorosłych Polaków ma zbyt wysoki poziom cholesterolu. Jest to jeden z głównych czynników ryzyka występowania chorób układu krążenia i wymaga leczenia przy pomocy zmiany diety, a czasem stosowania farmakoterapii.

Obok cholesterolu głównym czynnikiem rozwoju chorób sercowo-naczyniowych są spożywane w nadmiarze nasycone kwasy tłuszczowe, a istotna w zapobieganiu im jest m.in. dobrze dobrana dieta.

Olej rzepakowy, przez wielu uważany za najzdrowszy ze wszystkich olejów, wspomaga funkcjonowanie i rozwój mózgu. Jego obecność w codziennej diecie poprawia naszą zdolność zapamiętywania i uczenia się. W porównaniu z innymi ma jeden z najniższych poziomów nie-

korzystnych kwasów tłuszczowych nasyconych (zaledwie 7%), za to wysoki poziom kwasów jednonienasyconych oraz wysoką zawartość pożądanego kwasu omega-6 i omega-3.

Nowatorski projekt wczesnego wykrywania raka płuc

Naukowcy z Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego (PUM) w Szczecinie od lat badają geny i czynniki wywołujące raka. W wyniku badań nad zależnością stężenia selenu we krwi i predyspozycją do nowotworów proponują nowatorski projekt wczesnego wykrywania raka płuc.

Poziom selenu w surowicy krwi według naukowców jest wskaźnikiem wysokiego ryzyka zachorowania na raka płuc, krtani, jelita grubego, żołądka,

Prawidłowe zasady kodowania determinują nie tylko bieżący przychód z Narodowego Funduszu Zdrowia, ale również to, czy ten przychód nie zostanie zakwestionowany w wyniku postępowań kontrolnych. Dlatego tak dużą wagę należy przywiązywać do tego, w jaki sposób prowadzi się dokumentację medyczną i uzasadnia zastosowane kody, a co za tym idzie uzasadnia postępowanie medyczne kwalifikowane do określonych grup jednorodnych.

Rafał Janiszewski

Rola Koder

W każdym szpitalu panują różne zwyczaje, techniki kodowania świadczeń. Oczywiście z punktu widzenia merytorycznego odpowiedzialność za postawienie właściwego rozpoznania leży po stronie lekarza, podobnie jak i określanie procedury, którą lekarz zdecydował się leczyć chorego. Do dyskusji pozostaje kwestia, czy określenie właściwego kodu według Międzynarodowych Klasyfikacji będzie należało do terapeuty, czy też będą to robiły służby kodujące.

W wielu szpitalach zajmują się tym sekretarki medyczne, w niektórych przekwalifikowano część na stanowisko koder. Zadaniem tych pracowników jest przydzielanie i weryfikowanie kodów tak, aby były zgodne z charakterystyką określoną przez NFZ. No, ale przecież to nie tylko charakterystyka wyznacza prawidłowość kodu. Nadrzędną zasadą stosowania kodyfikacji jest stosowanie reguł określonych przez światową organizację zdrowia. Większej części tych kodów używamy do rozliczania z Płatnikiem. Warto zwrócić uwagę na to, że przy wielu obowiązkach, jakie mają lekarze, trudno wyegzekwować prawidłowość kodowania. Istnieje uzasadniona potrzeba powołania służb, które będą weryfikować zgodność wskazanych kodów z zawartością dokumentacji medycznej, czasem hospitalizacji, a nawet niejednokrotnie danymi chorego.

W niektórych szpitalach stosuje się system, w którym na bieżąco podczas tworzenia dokumentacji, sekretarki medyczne (koderzy) wpisują na oddzielnych kartach statystycznych numery z klasyfikacji, weryfikując jednocześnie z danymi z katalogów świadczeń i charakterystyki

grup jednorodnych Narodowego Funduszu Zdrowia.

W innych zaś szpitalach wykonuje się te czynności po zakończeniu hospitalizacji. Lekarz określa w trakcie pobytu rozpoznania oraz procedury, które stosuje, przydziela im kody. Następnie w momencie zamykania dokumentacji medycznej, część osób pracujących w dziale sprawozdawczości weryfikuje ponownie taką dokumentację.

Z naszej praktyki wynika, że 1 koder w ciągu dnia pracy zweryfikować może 20 dokumentacji medycznych (tzw. wypisów). Zweryfikować, tj. sprawdzić kompletność historii choroby, zapoznać się z przebiegiem hospitalizacji, określić stosowane kody rozpoznania i procedur w stosunku do postępowań, które opisał lekarz.

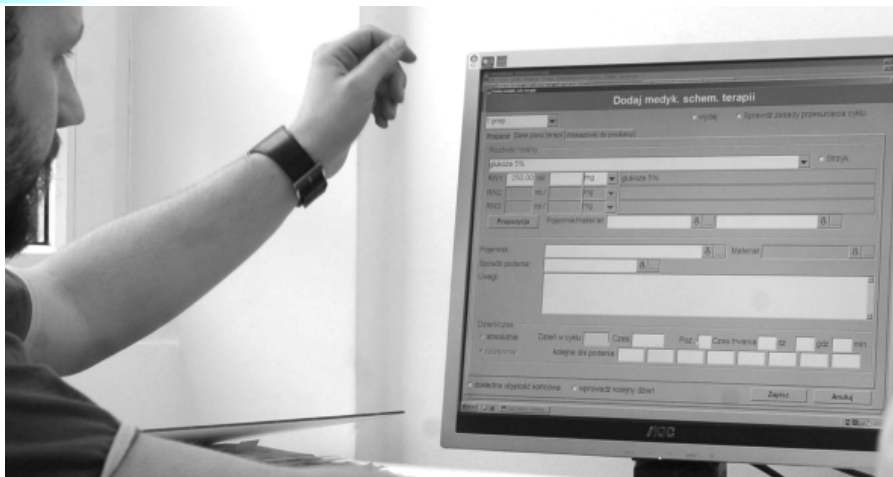
Najlepiej kodować w oddziale szpitalnym

Jest to jeden z systemów polegający na ostatecznej weryfikacji tuż przed wysłaniem sprawozdania do NFZ. Nie wydaje się on być optymalny. Najlepszym rozwiązaniem jest takie, w którym kodowanie świadczeń odbywa się jeszcze w oddziale szpitalnym i zajmują się tym osoby, których zadaniem jest sprawdzanie kompletności, jak również przydzielanie kodów. Tak zakończona historia choroby wraz z informacją do działu statystyki jest ponownie weryfikowana przez ten dział, jednak już bez oglądu dokumentacji medycznej. Należy zatem zadać sobie pytanie, jaki jest koszt nadzoru nad prawidłowością prowadzenia historii choro-



by oraz koszt weryfikacji poprawności kodowania świadczeń. Gdyby przyjąć, że na każdym oddziale pracowałaby 1 osoba odpowiedzialna za kodowanie, wówczas można byłoby polegać tylko na tym, że dział sprawozdawczości do NFZ sprawdzi jedynie poprawność kodów z charakterystyką określoną przez płatnika.

Trzeba pamiętać, że w takiej sytuacji, w przypadku nieścisłości lub niemożności rozliczenia danej konfiguracji kodów z NFZ takie rozliczenie wraca do koder w oddziale, który ponownie po konsultacji z lekarzem prowadzącym czy ordynatorem zweryfikuje poprawność doboru kodów. Owa weryfikacja jest ograniczona co do możliwości jej poprawienia albowiem pamiętajmy, że pacjent po zakończeniu hospitalizacji otrzymuje kartę informacyjną, gdzie zapisano rozpoznanie zasadnicze oraz procedury wiodące. Zmiany w tym zakresie są znacznie ograniczone. Nie może być bowiem tak, że chory otrzymał inną kartę informacyjną, a co innego będzie wynikało z ostatecznie rozliczonej dokumentacji. To przecież ona właśnie jest podstawą do rozliczenia z Płatnikiem i to ona



może podlegać weryfikacji przez kontrolerów NFZ.

Jest zatem obawa, że weryfikacja koderów na poziomie oddziału nie pokryje się z możliwością rozliczenia ostatecznego przez dział rozliczeń. Wobec powyższego zasadnym wydawałoby się utworzenie takiej procedury, w której rozliczenie w oddziale będzie tym ostatecznym. Pracujący tam koder dobierałby we właściwy sposób kody (na podstawie przebiegu historii choroby) następnie typował do rozliczenia właściwe świadczenia. Taki zestaw danych, spójnych z dokumentacją mógłby być przekazywany do zespołu zajmującego się wysyłaniem danych do NFZ. Trzeba przy tym pamiętać, że pracujący w oddziałach koderzy wymagają stałego szkolenia i stałego doskonalenia wiedzy - nie tylko w zakresie kodowania - ale przede wszystkim wiedzy medycznej. Nie jest to związane tylko z samym charakterem klasyfikacji, ale również z charakterem postępowań terapeutycznych w danym oddziale i zrozumienia znaczenia określonych danych znajdujących się w historiach chorób. Taka procedura związana jest nie tylko z nałożeniem odpowiedzialności na tych pracowników, ale również daniem im pewnych kompetencji. W przypadku stwierdzenia niekompletności danych lub niejasności postępowania, koder musi mieć prawo wpływu na lekarza prowadzącego, który zobowiązany będzie do uzupełnienia informacji czy też udzielenia wyjaśnień. Zasadnym zatem wydaje się, aby procedura kończyła się na podpisie ordynatora. W momencie kiedy lekarz kończy historię choroby i przygoto-

wuje kartę informacyjną, komplet dokumentacji trafia do kodera, który po zweryfikowaniu kompletności formularza i zakodowaniu świadczeń przekazuje ją dopiero do podpisu ordynatora. Wiąże się to z nieznacznym wydłużeniem tej procedury, niemniej jednak zwiększa gwarancję bezpieczeństwa przychodu uzyskanego na podstawie takiego rozliczenia.

Omawiając powyższe, pragnę wskazać na fakt, że kodowanie świadczeń nie dotyczy tylko działu rozliczeń. Nie jest związane tylko i wyłącznie z prowadzeniem działu statystyki, który zbiera dane i próbuje dopasować je do wymagań Narodowego Funduszu Zdrowia w celu rozliczenia. Koszt kodowania jest znacznie większy, albowiem generują go poszczególni pracownicy w oddziałach.

Nawet jeśli w innej wersji, kodowaniem zajmą się sami lekarze w oddziałach, będą poświęcać temu swój czas. Czas znacznie droższy i cenniejszy przy leczeniu pacjentów.

Sekretarka nie wystarczy...

Wspomniane wcześniej systemy, w których kodowaniem i nadzorem nad dokumentacją zajmują się sekretarki medyczne, są błędne. Błędne z założenia, że sekretarka medyczna zajmuje się prowadzeniem najczęściej sekretariatu czy gabinetu ordynatora oddziału i ma, oprócz obowiązku związanego z nadzorem nad historiami chorób, wiele innych zadań dotyczących prowadzenia sekretariatu. Zasadnym wydaje się być ponie-

sienie tego kosztu i ograniczenie zakresu odpowiedzialności i czynności tych pracowników tylko i wyłącznie do nadzoru nad prowadzeniem dokumentacji medycznej i kodowania. Wskazane jest także, aby ci pracownicy stanowili część działu rozliczeń, który odpowiada ostatecznie za prawidłową konfigurację kodów. Kodowanie świadczeń wiąże się z kosztem, który do tej pory był pomijany. Wiąże się z koniecznością dokonania zmian organizacyjnych zmierzających do tego, aby pozostawić lekarzowi obszar działań medycznych (terapeutycznych), zaś służby administracyjne przygotować do maksymalnego wspierania w zakresie sprzedaży zrealizowanych usług świadczonych przez szpital.

Można zatem powiedzieć, że kodowanie kosztuje tyle, ile praca osób w oddziałach zajmujących się tylko i wyłącznie kodowaniem.

W wielu placówkach powstały już zespoły kodujące. Powstały systemy, które funkcjonują na podstawie procedur postępowania z dokumentacją medyczną. W wielu szpitalach podjęto już trud wyspecjalizowania pracowników „koderów”, których zadaniem jest ciągłe śledzenie zmian i nadzór, aby dział rozliczeń sprawozdawał to, co w historiach choroby. Taki koszt jest znacznie większy niż koszt systemu sekretarskiego. Daje jednak większą gwarancję, że przychody uzyskiwane z NFZ nie zostaną zakwestionowane. Jednocześnie daje rzetelną informację o tym, co dzieje się w poszczególnych komórkach organizacyjnych, jakie jednostki chorobowe i w jaki sposób są zaopatrywane. Bo przecież Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych jest jednolita, daje zatem możliwość zbierania informacji według jednego spójnego słownika. Można wtedy odpowiedzieć sobie na pytanie, jaka część pacjentów z danym rozpoznaniem leczona jest określoną procedurą.

To bezsprzecznie kolejny aspekt istoty kodowania jako systematyki zbierającej informacje i możliwości ich przetwarzania, nie tylko do celów rozliczeń z płatnikiem, ale do celów zarządczych.

Kontrole NFZ

Prawa i obowiązki kontrolowanych

Łukasz Puchalski



Wprowadzenie JGP do systemu opieki zdrowotnej funkcjonującego w Polsce w zakresie leczenia szpitalnego, ambulatorium oraz częściowo w rehabilitacji leczniczej w znacznym stopniu poszerzyło zakres danych, jakie wpływają do Narodowego Funduszu Zdrowia. Każdy świadczeniodawca, podpisując umowę na realizację świadczeń zdrowotnych, zobowiązał się tym samym do poddania się na podstawie ewentualnego zawiadomienia do kontroli przeprowadzanej przez Płatnika.

Każdy podmiot wykonujący działalność leczniczą powinien znać i respektować wszelkie zapisy prawne wynikające ze wspomnianej umowy. Pozwoli mu to uniknąć konsekwencji z tytułu przeprowadzonej kontroli dokumentacji medycznej. Dość często wyniki przeprowadzonej przez NFZ weryfikacji poprawności rozliczenia i dokumentacji medycznej mogą wiązać się z odpowiedzialnością karną. Dlatego też tym bardziej wiedza i prawidłowe jej zastosowanie ma ogromne znaczenie dla podmiotu leczniczego.

Podstawa prawna

Zasób aktów prawnych funkcjonujących w systemie opieki zdrowotnej jasno reguluje sprawy dotyczące kontrolowania placówek medycznych przez Płatnika. Przede wszystkim postępowanie takie określone zostało w poniższych regulacjach prawnych:

- Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia

w sprawie określenia szczegółowego sposobu i trybu przeprowadzania kontroli przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych.

- Zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

Przepisy te regulują kwestie dotyczące zadań poszczególnych oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie kontrolowania świadczeniodawców, z którymi podpisana została umowa na realizację świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Dotyczą one przede wszystkim zasad planowania i przeprowadzania kontroli, dokumentowania przebiegu kontrolingu oraz określania ustaleń pokontrolnych. Na tej podstawie sporządzony zostaje protokół pokontrolny oraz wystąpienie pokontrolne. Wspomniane akty prawne określają również sytuację, w której jest możliwość poprowadzenia postępowania dotyczącego zastrzeżeń do protokołu i wystąpienia pokontrolnego.

Przedmiot kontroli

Zgodnie z wytycznymi Narodowego Funduszu Zdrowia ewentualna kontrola poprawności realizacji kontraktu wynika-

jącego z umowy dotyczyć może następujących treści:

- organizacji i sposobu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej oraz ich dostępności dla pacjentów,
- udzielania świadczeń opieki zdrowotnej pod względem zgodności z wymaganiami stawianymi przez stronę umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych
- zasadności wyboru leków i wyrobów medycznych, w tym przedmiotów ortopedycznych, środków pomocniczych stosowanych w leczeniu, rehabilitacji i diagnostyce,
- przestrzegania zasad wystawiania recept, w tym zgodności danych umieszczonych na receptach z prowadzoną dokumentacją medyczną oraz z innymi regulacjami prawnymi, obowiązującymi w tym zakresie.

Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia właściwego dla danego świadczeniodawcy weryfikuje działalność wynikającą z umowy pod względem legalności, celowości i rzetelności postępowania kontrolowanego świadczeniodawcy.

Kontroler – prawa i obowiązki

Każda osoba kontrolująca podmiot wykonujący działalność leczniczą przepro-

wadza weryfikację poprawności funkcjonowania placówki zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli i zaleceniami osoby nadzorującej. W sposób rzetelny dokumentuje cały przebieg kontroli, sporządzając odpowiednie pisma w tym protokół pokontrolny oraz wystąpienie pokontrolne. Ponadto wraz ze służbą NFZ w zakresie finansów określa sumy należności wynikające z nieprawidłowości stwierdzonych podczas kontroli. Osoba kontrolująca bierze również czynny udział w rozpatrywaniu zastrzeżeń świadczeniodawców do wyników przeprowadzonych kontroli.

W szczególnych sytuacjach kontroler może być wyłączony z postępowania. Tego typu sytuację stosuje się w przypadku gdy:

- kontroler pozostaje z jednostką kontrolowaną w takim stosunku prawnym lub faktycznym, że wynik kontroli może mieć wpływ na jego prawa lub obowiązki,
- kontrola dotyczy małżonka kontrolera lub krewnych i powinowatych do drugiego stopnia,
- kontrola dotyczy osoby związanej z nim z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli.
- Na wniosek samego kontrolującego lub jednostki kontrolowanej, jeżeli zachodzi stosunek osobisty wywołujący wątpliwość co do bezstronności osoby przeprowadzającej kontrolę.

Kontrolującym może być osoba będąca pracownikiem Funduszu lub realizujący to zadanie na zlecenie.

Zespół kontrolujący

Kontrola świadczeniodawcy prowadzona jest przez zespół kontrolujący, w skład którego wchodzi lekarz. Kontrolę dokumentacji medycznej, zasadności hospitalizacji przeprowadzają upoważnieni pracownicy podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych, posiadający wykształcenie medyczne odpowiadające zakresowi prowadzonej kontroli.

W przypadku kontrolowania apteki w skład zespołu kontrolującego wchodzi farmaceuta.

Kontrole koordynowane

Narodowy Fundusz Zdrowia przeprowadza kontrole koordynowane. Realizacja ich wykonywana jest na podstawie planu rocznego podzielonego na kwartały. W planie tym zawarte są obszary kontroli. Plan zawiera cel kontroli koordynowanych, terminy ich przeprowadzenia, jednostki koordynujące kontrole. W razie potrzeby mogą być organizowane również kontrole doraźne. Podejmowane są one w przypadku zbadania zagadnień niezbędnych do opracowania szczegółowego planu kontroli. Badane jest również to, czy wszelkie uwagi zawarte w protokołach pokontrolnych są wdrażane w życie danej placówki medycznej. Płatnik standardowo przeprowadza kontrolę doraźnie w przypadku potrzeby weryfikacji informacji o występowaniu nieprawidłowości w realizacji kontraktu. Dość często do oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia wpływają skargi od pacjentów. Dotyczą one głównie roszczeń związanych z niedopełnieniem obowiązków wynikających z podpisanej umowy z NFZ. Przykładem tego typu może być sytuacja, w której świadczeniodawca nie dopełnił obowiązku związanego z prawidłowym wpiśnięciem pacjenta do kolejki oczekujących na świadczenia. Zgodnie z materiałami, każdy pacjent kwalifikowany do kolejki powinien być zbadany przez lekarza dokonującego wpisu. Tymczasem bardzo często proces ten wykonywany jest telefonicznie. To może wiązać się z roszczeniem pacjenta. W tej sytuacji Fundusz może dokonać kontroli wynikającej z nadesłanej przez pacjenta skargi.

Tabela na następnej stronie przedstawia zakres proponowanych kontroli w 2012 roku. Warto zwrócić uwagę na to, co NFZ będzie kontrolował w danym kwartale roku.

Jak wygląda przykładowa kontrola?

Dość często kontrolowane placówki medyczne nie zdają sobie sprawy z tego, jak powinna być przeprowadzona kontrola z ramienia Narodowego Funduszu Zdrowia. Aby zobrazować ją w prosty spo-

sób, w punktach wymienię jej składowe:

1. Oddział wojewódzki NFZ zawiadamia świadczeniodawcę o planowanej kontroli. Może tego dokonać najpóźniej w momencie jej rozpoczęcia.
2. Postępowanie kontrolne prowadzone jest w siedzibie świadczeniodawcy w godzinach pracy świadczeniodawcy. Kontrola może być również prowadzona poza godzinami pracy i w dni wolne. Kontroler ma prawo w celu weryfikacji zabrać dokumentację medyczną do siedziby oddziału funduszu. Praktyka ta nie jest stosowana ze względu na zabezpieczenie medyczne w przypadku ewentualnej hospitalizacji pacjenta, którego dokumentacja medyczna byłaby sprawdzana.
3. Kontroler ustala stan rzeczywisty dokumentacji medycznej i jest zobowiązany w toku postępowania uwzględnić wszelkie dokumenty, rzeczy, wyjaśnienia, oświadczenia niezbędne do wyjaśnienia sprawy.
4. Kontroler sporządza niezbędne odpisy lub kopie dokumentów za potwierdzeniem kierownika komórki organizacyjnej.
5. W przypadku ustnych wyjaśnień kontroler jest zobowiązany je przyjąć i opisać w postaci protokołu przyjęcia wyjaśnień ustnych.
6. W razie potrzeby kontroler ma prawo do przeprowadzenia oględzin pomieszczeń, w których wykonywane są świadczenia zdrowotne.
7. Określone w postępowaniu kontrolnym ustalenia kontroler opisuje w protokole kontroli w sposób uporządkowany, zwięzły i przejrzysty.
8. Świadczeniodawca po otrzymaniu protokołu pokontrolnego ma prawo w ciągu 7 dni od otrzymania do przedstawienia zastrzeżeń do wniosków zawartych w protokole. Ma również prawo do złożenia dalszych wyjaśnień oraz niepodpisania protokołu pokontrolnego.
9. W razie nieuwzględnienia wskazanych zastrzeżeń przez kontrolera przekazuje się dyrektorowi placówki medycznej swoje stanowisko wraz z uzasadnieniem.
10. Bez względu na tok postępowania świadczeniodawca ma obowiązek wdrażać zalecenia pokontrolne wynikające z protokołu.

11. Przeprowadzająca kontrolę jednostka NFZ przekazuje dyrektorowi placówki wystąpienie pokontrolne zawierające ocenę dotychczasowej działalności, wszelkie uwagi i zalecenia w celu poprawy w przypadku wykrycia nieprawidłowości. Wystąpienie pokontrolne zawiera w swojej treści wysokość ewentualnej kary lub wiarytelności wobec NFZ za niezasadnie wypłacone środki finansowe.
12. Jeżeli podczas kontroli wykryto działania ścigane z urzędu, to oczywiście zostaje sporządzone i wysłane odpowiednie zawiadomienie do prokuratury.

Dla przypomnienia warto pamiętać o tym, że kontroler, zanim zacznie swoją pracę, musi się wylegitymować przed dy-

rektorem podmiotu leczniczego. W przypadku gdy nie jest on pracownikiem NFZ, a jedynie działa na zlecenie, to oprócz dowodu osobistego musi przedstawić upoważnienie.

Podsumowując: szpital ma obowiązek udostępnić dokumentację medyczną kontrolującemu z ramienia Narodowego Funduszu Zdrowia. W związku z przeprowadzanymi kontrolami dokumentacji medycznej warto pamiętać, za co możemy otrzymać karę. I tak w przypadku stwierdzenia następujących uchybień placówka może dostać karę w wysokości 2% wartości kontraktu:

- obciążania świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych
- udaremniania kontroli,

- pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy,
- nieuzasadnionej odmowy udzielenia świadczeniobiorcy świadczeń,
- niewykonania przez świadczeniodawcę w terminie zaleceń pokontrolnych

To jednak tylko niektóre z przypadków, o jakich powinniśmy wiedzieć. W sytuacji uniemożliwienia przeprowadzenia kontroli na placówkę może być nałożona kara w wysokości 2% wartości kontraktu podmiotu leczniczego. W zależności od tego, co zawiera wystąpienie pokontrolne, kary mogą wynosić nawet do 3% zobowiązania wynikającego z umowy podpisanej między płatnikiem a świadczeniodawcą.

Zakres kontroli	okres
Program kontroli koordynowanej w rodzaju AOS w zakresie zgodności danych wykazywanych w załączniku nr 2 do umowy (harmonogram - zasoby) ze stanem faktycznym na podstawie dokumentacji kadrowej personelu i realizacji świadczeń (kontrola dokumentacji medycznej)	I kwartał roku
Opracowanie i przekazanie do OW NFZ do realizacji programu kontroli koordynowanej w zakresie sprawdzenia realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie prawidłowości kwalifikacji i rozliczenia świadczeń w ramach grup: E11, kod 5.51.01.0005011 - OZW - leczenie inwazyjne dwuetapowe > 3dni E12, kod 5.51.01.0005012 - OZW - leczenie inwazyjne złożone E13, kod 5.51.01.0005013 - OZW - leczenie inwazyjne > 3 dni E14, kod 5.51.01.0005014 - OZW - leczenie inwazyjne < 4 dni E16, kod 5.51.01.0005016 - OZW > 69 r.ż. lub z pw E17, kod 5.51.01.0005017 - OZW < 70 r.ż. E18, kod 5.51.01.0005018 - OZW bez uniesienia ST E19, kod 5.51.01.0005019 - OZW - leczenie z zastosowaniem leku trombolitycznego drugiej/trzeciej generacji wykonanych w 2011 r.	II kwartał roku
Opracowanie i przekazanie do OW NFZ do realizacji programu kontroli koordynowanej w rodzaju AOS w zakresie świadczeń w zakresie endokrynologii - zasady wykonywania i rozliczania świadczenia o kodzie:5.05.00.0000046 biopsja cienkoigłowa jednej zmiany ogniskowej z użyciem techniki obrazowej, z badaniem cytologicznym obejmującym 2 – 4 rozmazy u jednego pacjenta	III kwartał roku
Opracowanie i przekazanie do OW NFZ do realizacji programu kontroli koordynowanej w rodzaju rehabilitacja lecznicza - Grupy JGP: RNM01- 04, RNR01-04, RNO01-02, RNP01 Rehabilitacja lecznicza w zakresie: rehabilitacja neurologiczna - kontrola kwalifikacji świadczeniobiorców do określonych grup JGP, tryb przyjęcia do oddziału rehabilitacji neurologicznej, czas trwania rehabilitacji dla poszczególnych grup	IV kwartał roku

Oczywiście dane zawarte w tabeli to tylko część planowanych kontroli placówek medycznych w całej Polsce. Pamiętajmy o kontrolach doraźnych.

Po wejściu w życie Ustawy o działalności leczniczej rolę statutu przejął regulamin organizacyjny (z wyjątkiem podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcą), stając się aktem regulującym całokształt zasad funkcjonowania szpitala.

Dla wielu placówek nadrzędnym celem dotyczącym zmiany regulaminu organizacyjnego było dostosowanie się jedynie do wymogów wspomnianego aktu prawnego. Nie jest to jednak jedyna potrzeba, nad jaką świadczeniodawcy powinni skupiać się podczas zmian regulaminu.

Regulaminy organizacyjne a działalność szpitala

Dotychczasowe doświadczenia w zarządzaniu placówką ochrony zdrowia, a w szczególności prowadzącą świadczenia w zakresie lecznictwa zamkniętego, wskazują na konieczność uregulowania niektórych procesów zachodzących w szpitalu. Wszystkich działań, które mają bezpośredni wpływ na optymalizację kosztów oraz odpowiedzialność poszczególnych komórek organizacyjnych za kluczowe zadania szpitala.

Receptariusz szpitalny

może nie jest wprost określony prawem funkcjonowania takiej placówki, ale stał się istotnym aktem regulującym gospodarkę lekową w szpitalu. To nie tylko wykaz leków stosowanych w placówce, ale przede wszystkim informacja dla lekarzy o dawkowaniu, koszcie DDD (dziennej dawki terapeutycznej) oraz informacja o przyporządkowaniu danego leku do grupy terapeutycznej ATC.

Anna Moczulska



Dodatkowo, oprócz pełnego lekospisu, warto uregulować wszystkie kwestie związane z ewaluacją receptariusza. Sposób dokonywania zmian i aktualizacji zapisany w regulaminie organizacyj-

nym zapewnia mu pewną stabilizację. Istniejący w każdej placówce komitet terapeutyczny może zgodnie z algorytmem tej części regulaminu organizacyjnego podejmować decyzje co do tego, jakie

leki stosowane będą w szpitalu, jakie będą zasady podawania leków nie objętych receptariuszem, czy też zasady umieszczania (wykreślania) produktów. Warto pomyśleć o tym przy zmianie regulaminu.

Organizacja ruchu chorych

rozpoczyna się od izby przyjęć, poprzez poszczególne oddziały i wszystkie świadczenia udzielane w placówce. W tej części regulaminu warto odzwierciedlić wymagania określone Ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, a także wytyczne NFZ w zakresie udzielania świadczeń. Możemy w ten sposób uniknąć przyjmowania pacjentów do oddziałów, w których danego świadczenia nie będziemy w stanie rozliczyć. Ponadto możemy jasno określić zadania poszczególnych komórek organizacyjnych, np. izby przyjęć, szpitalnego oddziału ratunkowego, itd.

Opisane zadania w tym zakresie są istotne przy podejmowaniu decyzji dotyczących optymalizacji procesu leczenia. Co więcej, NFZ kładzie duży nacisk na to, aby świadczeniodawcy udzielali świadczeń w zakresie leczenia zamkniętego w sytuacjach uzasadnionych, czyli gdy po prostu pacjent kwalifikuje się do hospitalizacji. Warto uwzględnić zapisy w regulaminie organizacyjnym kładące jednocześnie nacisk na określenie odpowiedzialności ordynatorów poszczególnych komórek organizacyjnych za tworzenie indywidualnych standardów.

Rachunek kosztów

wymaga podejścia do zbierania i przetwarzania danych oraz wyciągania wniosków bardzo często uregulowanych zasadami rachunkowości. Regulamin organizacyjny może nakładać na kierowników współodpowiedzialność za wynik finansowy podległych im komórek organizacyjnych. Oczywiście musi być to relacja dwustronna. Z jednej strony zarząd placówki (służby finansowe) informowałby na bieżąco kierownika komórki organizacyjnej o szczegółach wyniku rachun-

ku kosztów, a z drugiej strony kierownik miałby swoistą odpowiedzialność wyrażoną koniecznością podejmowania działań mających na celu obniżenie kosztów. Można w ten sposób uzyskiwać bezpośrednią informację z oddziału na temat przewidywanych kosztów lub konieczności modyfikacji rachunku.

Zasady odpłatności za świadczenia

to element regulaminu wymagany Ustawą. Ustawodawca podkreślił konieczność wyodrębnienia zasad odpłatności za świadczenia, zwłaszcza dotyczące pacjentów nie objętych powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym. Jednakże również tych, które nie są finansowane ze środków publicznych. Trzeba pamiętać, że regulamin organizacyjny to swoisty kodeks każdego pracownika placówki oraz informacja dla samego pacjenta o tym, w jaki sposób może uzyskiwać świadczenia nieodpłatnie, a za które musi zapłacić. Warto poświęcić temu więcej czasu i opisać to bardziej szczegółowo. Tym bardziej, że Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz Ustawa o działalności leczniczej nie precyzują jednoznacznie wszystkich przypadków.

Wielokrotnie spotykam się w praktyce z sytuacjami, gdy szpital żąda potwierdzenia ubezpieczenia od pacjentów małoletnich. Ustawa jasno wskazuje, że dzieci objęte są ubezpieczeniem niezależnie od tego, czy ich opiekunowie (rodzice) są ubezpieczeni, czy też nie. Warto jednak w regulaminie określić tę kwestię w sposób przejrzysty i jednoznaczny zarówno dla wszystkich pracowników jednostki, jak też pacjentów.

Regulamin organizacyjny

powinien również odwoływać się do regulaminów poszczególnych komórek organizacyjnych. Należy bowiem pamiętać, że każdy szpital posiada swój regulamin porządkowy. Często jest on ogólny dla

całego szpitala. Specyfika niektórych oddziałów skłania do tego, aby regulamin porządkowy był bardzo precyzyjnie opracowany. Możemy tam dokładnie określić chociażby zasady przyjęć, odwiedzania chorych. Po prostu opisać kwestie, które w konsekwencji ułatwią pacjentom korzystanie z zasobów szpitala. Zawrzemy tam to, co usankcjonowane jest w karcie praw pacjenta oraz Ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Ważne jest umożliwienie choremu przy przyjęciu zapoznania się z postanowieniami dokumentu.

Potwierdzenie pacjenta zapoznania się z regulaminem organizacyjnym może ustrzec przed sytuacjami, w których hospitalizowani w trakcie pobytu korzystają ze świadczeń u innych świadczeniodawców, nie podporządkowują się zatem zasadom obowiązującym w lecznictwie zamkniętym. Regulamin organizacyjny powinien odwoływać się do obowiązku posiadania regulaminu porządkowego, jak również obowiązku zapoznawania z nim osób przyjmowanych do szpitala. Wówczas bowiem pacjent przy przyjęciu do placówki akceptuje zasady funkcjonowania oddziału, na którym będzie hospitalizowany.

Analizując zapisy ustawy o działalności leczniczej i prawach pacjenta, nie sposób nie wspomnieć, że ta druga zmusza szpital do szczególnej troski nad możliwością wystąpienia zdarzeń medycznych niepożądanych. Do takiej kategorii zaliczyć można wiele okoliczności. Istotne jest zatem, aby we właściwy sposób postępować w przypadku ich wystąpienia i stosować wystandaryzowane procedury. Należą do nich nie tylko zakażenia szpitalne, które objęte są już stosownymi procedurami, ale także wszystkie wydarzenia mogące przyczynić się do pogorszenia zdrowia pacjenta lub do uzyskania gorszego wyniku terapeutycznego. Regulamin organizacyjny powinien zawierać zapisy to podkreślające.

Współpraca

między poszczególnymi komórkami, a zwłaszcza oddziałami, powinna również znaleźć odbicie w regulaminie or-

ganizacyjnym. Występujące często liczne konsultacje, udzielanie świadczeń pacjentom hospitalizowanym na innym oddziale niż miejsce realizacji danego badania, powinno być uregulowane. Nie tylko powinno wskazywać na konieczność współpracy, ale także ukierunkować na wymianę informacji, wspólnego prowadzenia dokumentacji, oraz przekazywania informacji niezbędnej do określania kosztów leczenia pacjenta podczas hospitalizacji. Warto wykorzystać do unormowania tych sytuacji zapisy regulaminu.

Listy oczekujących

i ich sposób prowadzenia to bardzo istotny element regulaminu organizacyjnego. Odwołuje się on zawsze do obowiązującego prawa. Warto podkreślić jednak, że specyfikacja prowadzenia tzw. kolejki nie pozwala na trzymanie się wyłącznie sztywnych regulacji Rozporządzenia Ministra Zdrowia.

Dbając o dobrą organizację udzielania świadczeń, nie zawsze można ograniczać się do regulacji ministerialnych. Jeśli na przykład pacjent nie zgłosi się na określony termin, to szpital przyjmuje kolejnego pacjenta z listy. Wówczas jednak termin jego powiadomienia musi się różnić od tego, jakie określa Rozporządzenie.

Należy także uregulować sytuację, gdy chorzy z uzasadnionych przyczyn nie stawiają się do szpitala w wyznaczonym terminie, a jednocześnie nie powinni tracić prawa do udzielenia świadczenia wg kolejności.

Te sytuacje muszą zostać opisane w regulaminie organizacyjnym. Wydaje się być bowiem mało istotna regulacja w postaci zarządzenia dyrektora. Może być ona bowiem łamana. Sankcje wynikające z niezastosowania się do obowiązującego prawa z kolei poniesie najczęściej szpital. Rządziej zaś winny łamać prawa lekarz.

Należy tu zauważyć, że lista oczekujących ma ścisły związek z opisany już ruchem chorych, który rozpoczyna się na Izbie Przyjęć (tam gdzie tworzona jest lista oczekujących). To na IP pacjent zgła-

szający się celem uzyskania świadczenia, a niemogący uzyskać go tego samego dnia - uzyskując odmowę przyjęcia - umieszczany jest na liście oczekujących. Warto zatem wykorzystać regulamin organizacyjny do tego, aby doprecyzować zasady funkcjonowania placówki także w tym zakresie.

Nie wyłącznie zapisy ustawowe

powinny być wyznacznikiem tworzenia regulaminów organizacyjnych. Skorzystanie z możliwości skonkretyzowania tych przepisów oraz zasad funkcjonowania szpitala może przyczynić się bowiem do bezpieczeństwa prawnego. Ma też wpływ na zarządzanie kosztami i optymalizację czasu pracy, a w tym optymalizacji czasu pracy lekarza. To stanowi kolejny obszar wart poświęcenia kilku paragrafów w regulaminie organizacyjnym. Czas pracy lekarzy, sposób wykorzystania tych zasobów przez szpital powinien być nie tylko uregulowany dla lekarzy pracujących na umowach o pracę, ale również zatrudnionych na tzw. kontraktach.

Każdego z pracowników należy traktować równorzędnie. Dotyczy to bowiem zadań, jakie spełniają. Zadań terapeutycznych. W regulaminie organizacyjnym należy podkreślić, że zatrudniony w placówce lekarz jest zobowiązany do udzielania świadczeń na zasadach określonych w regulaminie. Wiąże się to z czasem pracy zarówno na oddziale, jak też czasem wykorzystania bloku operacyjnego, ilości wykonywanych zabiegów, współpracy pomiędzy chirurgią a anestezjologią.

Również dotyczy czasu hospitalizacji, zakresu diagnostyki i sposobu przyjmowania pacjentów w terminie krótszym niż 14 dni pomiędzy hospitalizacjami, jeśli istnieje taka potrzeba.

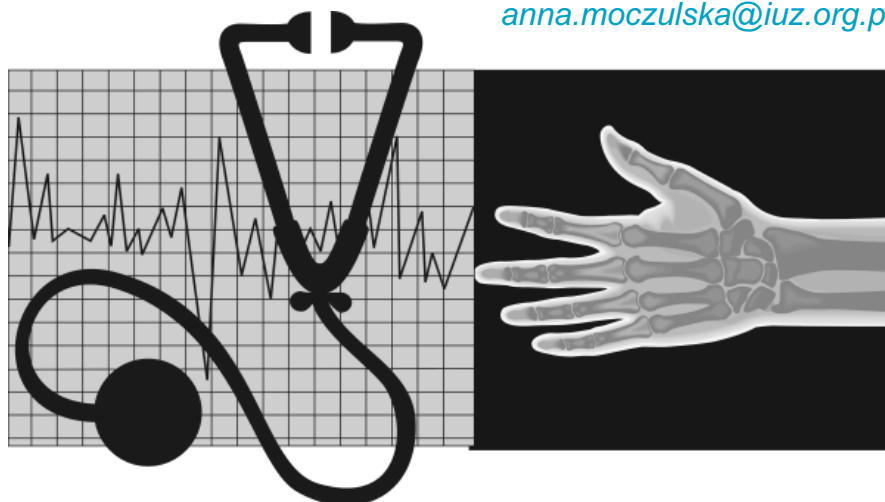
Pomimo tego, że upłynęło już dużo czasu od momentu konieczności zmiany regulaminu organizacyjnego i większość szpitali już te regulaminy utworzyła (bardzo często tworząc je jedynie na potrzeby ustawy), polecamy Czytelnikom ponowną ich analizę.

Warto zastanowić się nad tym, które z istotnych regulacji dotyczących zarządzania placówką należy jeszcze zawrzeć w regulaminie. W naszej ocenie warto, gdyż regulamin stanowi swoistą tarczę obronną przed różnymi postępowaniami prawnymi przeciwko szpitalowi.

Chociażby wspomniany już receptariusz to nie tylko informacja, ale także metoda na to, aby odeprzeć napór firm farmaceutycznych, działalności promocyjnych, czy roszczeń związanych z dostępnością do technologii leczniczych oczekiwanych przez pacjentów.

Od autorki: Zainteresowanym służę pomocą przy tworzeniu opisanych w materiale standardów. Chętnie przedstawię Czytelnikom przykładowe receptariusze i zarządzenia, które wdrażaliśmy w szpitalach. Dysponujemy również przykładami regulacji dotyczących ruchu chorych, oraz organizacji pracy izb przyjęć i SOR.

anna.moczulska@iuz.org.pl



Onkologia

- leczenie skojarzone

Ustawa o działalności leczniczej nie ułatwiła życia. Wraz z opublikowaniem pojawiły się wynikające z niej korzyści ale również zagrożenia. To co najważniejsze - spowodowała usankcjonowanie hospitalizacji jako całodobowego udzielania świadczeń w trybie nagłym i planowym w zamkniętym zakładzie opieki zdrowotnej, spełniającym wymagania określone w odrębnych przepisach, obejmujące proces diagnostyczno- terapeutyczny od chwili przyjęcia pacjenta do momentu jego wypisu lub zgonu. Nałożyła ustawowy obowiązek na świadczeniodawcę uzasadnienia hospitalizacji.

Z Ustawy wynika, że kwalifikując chorego do leczenia napromienianiem czy też leczenia skojarzonego, należy również podjąć decyzję, czy terapia może być realizowana w ramach hospitalizacji i udokumentować w historii choroby zasadność hospitalizacji. Trzeba pamiętać o regulacjach zawartych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, jak również w Zarządzeniu Prezesa NFZ zobowiązującym do uzasadnienia hospitalizacji - *Każdorazowe udzielenie w ramach hospitalizacji, hospitalizacji planowej albo „leczenia jednego dnia”, świadczenia, które kwalifikuje się do realizacji w trybie ambulatoryjnym, musi wynikać ze stanu klinicznego świadczeniobiorcy uzasadniającego jego realizację, który powinien zostać szczegółowo udokumentowany w indywidualnej dokumentacji medycznej.*

Rozliczanie świadczeń leczenia skojarzonego wymaga znajomości katalogów z zakresu lecznictwa szpitalnego oraz chemioterapii. Należy pamiętać, że rozpoznaniem zasadniczym będzie kod terapii, która była pierwsza zastosowana. W miejscu rozpoznania współistniejącego natomiast należy umieścić kod drugiej terapii oraz kod rozpoznania nowotworu.

Rozliczając świadczenia leczenia skojarzonego, nie można jednocześnie wykazywać do rozliczenia świadczeń z katalogu chemioterapii lub radioterapii.

W dniach, kiedy zastosowano chemioterapię, należy wykazać:

- świadczenia z katalogu świadczeń podstawowych - chemioterapia (załącznik nr 1e);
- wartość substancji z katalogu substancji czynnych stosowanych w chemioterapii (katalog 1f);
- świadczenia z katalogu świadczeń wspomagających - chemioterapia (załącznik nr 1j);
- świadczenia z katalogu świadczeń do sumowania (załącznik nr 1c), jeśli zastosowano tego typu świadczenia.

Natomiast w dniach, kiedy zastosowano radioterapię, sprawozdaniu podlega każdy dzień planowania lub leczenia radioterapią pacjenta w szpitalu jako jeden osobodzień (świadczenia 5.52.01.0001424 - Hospitalizacja do brachyterapii i terapii izotopowej, 5.52.01.0001440 - Hospitalizacja do teleradioterapii lub 5.52.01.0001471, świadczenia z katalogu radioterapii (załącznik nr 1d) oraz świadczenia z katalogu świadczeń do sumowania (załącznik nr 1c), jeśli takie zastosowano.

Od wielu miesięcy środowisko onkologów postulowało zmianę definicji hospitalizacji i rozszerzenie jej zakresu celem możliwości sprawozdawania również powikłań po leczeniu napromienianiem. Do tej pory regulacje zarządzenia pozwalały wyłącznie sprawozdawać hospitalizację do radioterapii w sytuacji planowania lub leczenia napromienianiem.

Beata Jagielska



Niestety działania uboczne były finansowane wyłącznie przez świadczeniodawcę. I stało się! Po wielu dyskusjach dokonano zmiany w obowiązującym zarządzeniu Prezesa NFZ na rok 2012. Uwzględniono możliwość rozliczenia hospitalizacji nie tylko związanej z planowaniem radioterapii lub leczeniem radioterapią ale również z leczeniem skutków ubocznych radioterapii lub diagnostyką związaną z leczeniem radioterapią.

Powyższy zapis pozwala na sprawozdanie udzielanych świadczeń po zakończeniu napromieniania w przypadku ponownej hospitalizacji z powodu wystąpienia powikłań po leczeniu lub dalszej hospitalizacji po zakończeniu procedury radioterapii, jeżeli wymaga tego stan pacjenta. W sytuacji działań niepożądanych wynikających z leczenia chemioterapią nadal sprawozdanie obejmuje hospitalizację do chemioterapii przy wykazaniu dodatkowo odpowiedniego stopnia działania niepożądanego z katalogu świadczeń wspomagających.

A co w następnej wizycie w gabinecie lekarza praktyka? Spróbujemy poradzić sobie z harmonogramami.

Gospodarka lekowa w lecznictwie zamkniętym

Wprowadzona od 1 stycznia 2012 roku Ustawa o refundacji leków wnosi istotne zmiany w zakresie gospodarki lekowej w lecznictwie zamkniętym.

Najgłośniejszym dyskutowany art. 9 tej ustawy mówiący o ograniczeniu wysokości ceny, po jakiej szpital może nabywać produkty lecznicze i wyroby medyczne jest tylko jednym z aspektów, które porusza ta ustawa.

Rafał Janiszewski



Zgodnie z wymienionym wyżej artykułem szpital może nabywać produkty lecznicze lub wyroby medyczne po cenie nie wyższej niż określona w obwieszczeniu w Ministra Zdrowia w sprawie wykazu leków refundowanych cena. Należy przy tym pamiętać, że treść tego artykułu traktować jako cenę maksymalną. Jak więc poradzić sobie wobec zmienności tego obwieszczenia, które zgodnie z Ustawą Minister Zdrowia wydaje raz na kwartał. Jeśli bowiem szpital rozstrzyga postępowanie przetargowe, wybierając

oferenta i produkt, który na dzień rozstrzygnięcia i podpisania umowy kosztuje np. 10 złotych, to po wydaniu kolejnego obwieszczenia cena zdrowia może zostać obniżona do 8 zł. Wówczas szpital nie może już nabywać produktu po cenie, która wynikała z postępowania konkursowego, z rozstrzygnięcia przetargu.

Chcąc respektować zapisy art. 9, szpital powinien zawrzeć stosowne klauzule w umowach na dostawy leków, zgodnie z którymi w przypadku objęcia poszczególnych preparatów (substancji czynnej)

kolejnym obwieszczeniem - dostawca zobowiązany jest do dostosowania tej ceny do wymogów Ustawy. Zatem do obniżenia jej w przypadku, gdy Minister Zdrowia dokona takich zmian w wykazie.

Należy przy tym pamiętać, że wspomniany art. 9 odwołuje się do określonej wartości w dobowej dawce terapeutycznej (DDD). Niejednokrotnie może być tak, że dany preparat stosowany jest w szpitalu w specyficznych wskazaniach, jak również dawkowaniu. Wówczas szpital, a dokładnie szpitalny komitet terapeutyczny, powinien pochylić się nad tym za-

gadnieniem i przeanalizować każdy produkt, który jest stosowany w placówce, a objęty wykazem Ministra Zdrowia i sprawdzić wartość DDD i cenę zakupu tego leku przy określonej wartości dziennej dawki terapeutycznej. Takich zmian należy dokonywać za każdym, gdy pojawia się nowe obwieszczenie.

Kolejną istotną zmianą są zapisy antykorupcyjne. Ustawa zakazuje przyjmowania darowizn, jak również prowadzenia sprzedaży związanej i wszelkich działań zmierzających do nakłaniania, zachęcania czy uzależniania danej sprzedaży od zakupu innego leku. Trzeba przy tym pamiętać, że kierujemy się tutaj nie tylko literą prawa, ale również jego duchem. Intencją ustawodawcy było wyeliminowanie możliwości oferowania przez dostawców tzw. sprzedaży związanej, w której szpital uzyskuje jeden lek po cenie niższej, w zamian za to, że kupi lek. Podobna sytuacja dotyczy darowizn. Zakaz jest w pewien sposób ograniczony. Ograniczony do owego zobowiązania się do stosowania leku. Albowiem Ustawa mówi, że zabrania przyjmowania darowizn, które mają na celu nakłanianie do stosowania leku. Nie jest to kompletny zakaz przyjmowania darowizn, albowiem jeśli jakiś dostawa bądź podmiot odpowiedzialny zdecyduje się obdarować szpital lekiem (produktem leczniczym, wyrobem medycznym), to nic nie stoi na przeszkodzie pod warunkiem, że nie jest to związane w żaden sposób z przywiązywaniem do stosowania tego leku. Dość często miało to miejsce w sytuacjach, gdy podmiot odpowiedzialny oferował szpitalowi leki dla pacjentów, którzy później po zakończeniu hospitalizacji - mieli ordynowane te właśnie leki. Tych praktyk Ustawa zabrania.

Należy zwrócić uwagę również na to, że udział podmiotów odpowiedzialnych w finansowaniu części terapii został usankcjonowany przez samego Ministra Zdrowia. To właśnie on w przypadku programów terapeutycznych podjął inicjatywę współudziału przy ich realizacji firm farmaceutycznych. Ustanowiono wówczas tzw. terapię charytatywną. Polegała ona na tym, że w przypadku pacjentów nowo włączanych do terapii podmiot od-

powiedzialny był zobowiązany do przekazania określonej części leku w charakterze darowizny.

Istotną zmianą jest również nowelizacja Ustawy prawo farmaceutyczne.

Wprowadza ona w mojej ocenie dwie ważne zmiany. Pierwszą z nich jest możliwość tworzenia Działów Farmacji Szpitalnej. Mogą one zastąpić istniejącą aptekę. Decyzja o powołaniu działu farmacji bezwzględnie należy do zarządu szpitala. Musi to być jednak decyzja uzasadniona optymalizacją kosztów, a także specyfiką prowadzonych terapii. Trudno bowiem zrezygnować z prowadzenia apteki w sytuacji, gdy w szpitalu tworzy się recepturę apteczną, przygotowuje cytostatyki.

Różnica pomiędzy apteką a działem farmacji szpitalnej, najprościej mówiąc, polega na tym, że dział nie przechowuje leków, nie tworzy magazynów, nie wytwarza dodatkowych produktów. Zajmuje się natomiast całą kwestią nadzoru związanego z zakupem leków, dostarczaniem ich do oddziałów, a także nadzorem nad realizacją receptariusza, który wydaje się być najlepszym narzędziem do zarządzania produktami leczniczymi i wyrobami medycznymi stosowanymi w szpitalu.

Drugą ważną zmianą jest doprecyzowanie usług aptecznych. Wspomniane wcześniej programy terapeutyczne bardzo często wiązały się z koniecznością wydawania pacjentowi leków do domu. W większości placówek leki te wydawane były chorym bezpośrednio z oddziału, a całym procesem zajmowali się lekarze lub personel pielęgniarski. W zasadzie stało to w sprzeczności z zapisami Ustawy prawo farmaceutyczne, które wskazywały, że pacjentowi lek wydaje farmaceuta. A zatem konieczność wydania pacjentowi leku w ramach tego świadczenia nie zmieniała w żaden sposób relacji odpowiedzialności samej placówki czy farmaceuty. Narodowy Fundusz Zdrowia nie przywiązywał do tego wagi, albowiem to nie on stoi na straży Ustawy prawo farmaceutyczne, niemniej jednak w Karcie odbioru leku B (potwierdzenie odbioru leku przez pacjenta) znajduje się

rubryka „podpis osoby wydającej lek”. Zgodnie ze wspomnianą ustawą może to być tylko farmaceuta. Zmiana Ustawy prawo farmaceutyczne doprecyzowała usługi apteczne określając, że ona również zajmuje się wydawaniem leków pacjentom. A zatem wskazane jest dokonanie zmian procedury wydawania leków w programach terapeutycznych. Wówczas lekarz włączający pacjenta do leczenia w programie terapeutycznym, czy zlecający kolejną dawkę leku, wypisuje zlecenie (rodzaj wewnętrznej recepty do apteki szpitalnej) i w tej aptece szpitalnej pacjent uzyskuje odpowiednią ilość danego leku, kwitując jego odbiór na Karcie B.

Wspomniane zmiany skłaniają do konieczności umocnienia roli funkcji komitetu terapeutycznego szpitala. Do tego, aby doprecyzować zasady funkcjonowania receptariusza jako lekospisu, którym zarządza odpowiedni zbiór procedur. Nie tylko dotyczących ewaluacji samej tej listy, ale również właśnie procedur wydawania leków pacjentom leczonym w ramach programów terapeutycznych, ale również procedur ustalania cen na podstawie obwieszczeń Ministra Zdrowia. Bardzo duże znaczenie ma sposób przygotowywania specyfikacji przetargowych i realizacji zamówień na podstawie nazw międzynarodowych produktów w określonej klasyfikacji ATC.

Nad tym wszystkim powinien sprawować pieczę komitet terapeutyczny.

Zmiany w przepisach dotyczące gospodarki lekami nie precyzują jeszcze tak dokładnie gospodarki lekowej szpitali. Można się jednak spodziewać, że z uwagi na istotne wydatki ze środków publicznych Ministerstwo Zdrowia będzie wnioskować i zmieniać przepisy dotyczące gospodarowania produktami leczniczymi w szpitalu. Z całą pewnością na każdą taką zmianę przygotowani będą ci świadczący usługi, którzy wdrożą już dzisiaj ściśle procedury dotyczące gospodarki lekiem, ewaluujące receptariusz, nadzorujące optymalizację wydatków na leki.

Zawód lekarza to nie tylko dyplom



Z dr **Beatą Winkler**
rozmawia **Wiesław Adamowicz**

*Dr n. med. **Beata Winkler** jest przewodniczącą Komisji do Spraw Jakości oraz zastępcą ordynatora II Oddziału Radioterapii z Pododdziałem Chemioterapii Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej im. Św. Jana z Dukli w Lublinie.*

Czy podczas pracy z pacjentami onkologicznymi dochodzi wśród lekarzy do wypalenia zawodowego?

Dla nas samych nie ma czegoś takiego jak zespół wypalenia zawodowego. Do pracy onkologa nie można się przyzwyczaić. Można jedynie się z nią oswoić. Ale jeśli ktoś powie, że się do niej przyzwyczaił, to niech zmieni zawód. Po prostu my też przeżywamy cierpienie i dramaty ludzkie, a także własną bezradność. Rodziny naszych pacjentów w bardzo różny sposób reagują na pojawienie się choroby nowotworowej.

Nie każda rodzina wytrzymuje ten stres. Czasem dochodzi nawet do rozwodów z tego powodu. Czasem jest też na przykład taka proza życia - gotowanie w osobnych garnkach, aby się nie zarazić nowotworem. Tak też bywa. Pacjenci to przeżywają i przelewają swoje cierpienie na nas. Siłą rzeczy gdzieś to w nas tkwi. To nie jest taka lekka, łatwa i przyjemna praca. Poza medycznymi problemami jest cały bagaż spraw ogólnoludzkich, który także na nas spada.

Myślę, że ogromne znaczenie w Centrum Onkologii ma praca psychologa.

Psycholog i księża mają u nas bardzo dużo pracy. Zauważmy, że w schorzeniach nowotworowych brakuje grup wsparcia. Funkcjonują jedynie Amazonki i jest grupa wsparcia dla pacjentów ze stomią. W innych nowotworach nie ma tego rodzaju pomocy. Tę lukę wypełnia właśnie psycholog, który, pracując nad problemem, przechodzi przez te wszystkie stadia: od niechęci, wrogości aż do akceptacji choroby nowotworowej. To jest oczywiście praca nie tylko z pacjentem ale także z jego rodziną.

Jak ze specyfiką takiej pracy radzi sobie młode pokolenie lekarzy?

Przed wszystkim doświadczeni lekarze powinni uczyć młodych. Pomijam kwestie uczenia samego badania pacjenta, różnicowania czy diagnozowania chorób. Myślę bardziej o uczeniu ludzkiego podejścia. Młodym lekarzom mówimy, że nawet w bardzo trudnych sytu-

acjach życiowych - kiedy umrze nam pacjent - to aktu zgonu nie powinniśmy wręczać rodzinie na korytarzu. Ludzie wymagają intymności i szacunku. Jest to indywidualna rozmowa lekarza prowadzącego bądź ordynatora oddziału z rodziną. Zawód lekarza to nie tylko dyplom. To jest coś więcej i o tym niestety czasami zapominamy. Jesteśmy humanistami. Powinniśmy być humanistami. Powinniśmy więc dawać przykład młodym lekarzom, jak postępować w społeczeństwie, które staje się bardzo roszczeniowe. Gdy lekarz jest spokojny i kulturalny, to wpływa pozytywnie na zachowanie rozmówcy. To naprawdę pomaga.

Czy starsze i młodsze pokolenie lekarzy bardzo się od siebie różni?

Myślę, że się różnimy. Zaczynaliśmy w nieco innych warunkach. Było trochę trudniej. Młodzież jest na pewno teraz lepiej wykształcona i pewna siebie. Oni przychodzą do nas ze znajomością kilku języków obcych, z różnymi certyfikatami. My musieliśmy się uczyć sami. Jednak tak-

że jeździliśmy na zagraniczne staże, na zjazdy naukowe. Jakoś dawaliśmy sobie radę. Teraz na szczęście nie ma już sytuacji, w jakiej my byliśmy. Aby można było pojechać na zagraniczną konferencję, wcześniej trzeba było wystarać się o paszport.

Jak młodzi lekarze podchodzą do obowiązków związanych z wypełnianiem dokumentacji?

Powiem, że w mojej ocenie podchodzą bardzo dobrze. Młodzi lekarze potrafią prowadzić dokumentację medyczną. Wystarczy im pokazać raz, a potem już sobie z tym radzą. Poza tym Ordynator oddziału powinien przed podpisaniem dokumentacji ją przeczytać. Kierujący oddziałami, ufając swojemu personelowi, często podpisy składają nie sprawdzając, czy w dokumentacji wszystko jest zrobione prawidłowo.

Będąc przewodniczącą Komitetu Jakości, mam w zespole młodych lekarzy, którzy w tej kwestii bardzo dobrze się sprawdzają. Lekarz do spraw dokumentacji medycznej obecnie jest w trakcie specjalizacji. Bardzo rzetelnie do tego podszedł. Śledzi przepisy prawne. Lekarze, o których mówię, prowadzą kontrole dokumentacji medycznej wewnątrz placówki.

Na ile dla statystycznego lekarza prowadzenie dokumentacji medycznej jest złem koniecznym, a na ile oczywistą koniecznością?

Myślę, że każdemu zależy na dokładnym i bezpiecznym dla niego, zgodnym z prawem prowadzeniu dokumentacji medycznej. Chodzi przecież o własne bezpieczeństwo, ale także o to, aby umieszczone tam były wszystkie niezbędne dane istotne dla samego pacjenta i dla jego procesu terapeutycznego.

Wiadomo, że nie jesteśmy przyzwyczajeni do dokładnego i systematycznego prowadzenia dokumentacji. Jednocześnie lekarze starają się właściwie dokumentować przebieg leczenia. Mając dobrze wypełnioną dokumentację medyczną, przy kolejnym pobycie chorego wiemy, co należy zrobić, jakie badania uzupełnić, aby dalsze postępowanie terapeutyczne przyniosło efekt zamierzony.

W końcu przecież dążymy do wyleczenia naszego pacjenta. Zatem lekarz stara się dokumentację wypełniać właściwie.

Dokumentację wypełniać należy skrupulatnie i systematycznie. Wtedy nie stanowi ona większego problemu. Gorzej, gdy narobi się zaległości. Jakże często powtarzamy sobie: dzisiaj nie mam czasu, dzisiaj mam zły dzień, a to zrobię jutro...

Weryfikacja dokumentacji ze zrozumiałych względów jest konieczna.

Oczywiście, chociaż zwykle wystarczy wyrywkowo sprawdzić jakość dokumentacji wychodzącej z oddziału. Czytając co piątą historię choroby, można dużo wyłapać. Pracując w zespole, widzę komu mogę zaufać, a kogo muszę dokładnie kontrolować. Ordynator ma przecież świadomość, że jakość dokumentacji medycznej wpływa na to, jak placówka jest postrzegana na zewnątrz. Chyba każdemu zależy na tym, aby szpital w rankingach osiągał czołowe pozycje.

Przypuszczam, że pomimo tego lekarze chętnie przyjmują pomoc i wsparcie w zakresie dokumentacji. Przecież mogą wówczas więcej czasu poświęcić na leczenie.

Oczywiście. O to przede wszystkim chodzi. Lekarze radzą sobie jak mogą. Aby starczyło czasu na rzetelne wypełnianie dokumentacji, trzeba potrafić dobrze organizować sobie czas pracy. Wtedy wystarczy czasu także na wypicie przysłowiowej filiżanki herbaty. Różnie z tym jednak jest. Dużo zależy od szefa zakładu pracy, od ordynatora oddziału. Nie wystarczy na przykład powiesić na oddziale tabliczkę z informacją o godzinach odwiedzin chorych, kiedy jest obchód lekarski, a kiedy chociażby badanie pacjentów. Potem jeszcze trzeba wprowadzić zasady w życie tak, aby ludziom umożliwić efektywną pracę.

Na łamach Systemu pisaliśmy o zawodzie koder. Jak pani postrzega zasadność funkcjonowania koderów w szpitalu?

Koder jest bardzo potrzebny w każdym szpitalu. To bardzo dobry model. Mówię o tym z perspektywy tego, o czym

rozmawialiśmy wcześniej. Mianowicie ekonomicznej strony pracy lekarza, który przecież jest humanistą.

Z takiej perspektywy koder wręcz jest niezbędny. Wbrew pozorom wcale nie musi on być ekonomistą. Powiem więcej - bywa, że lekarz jest doskonałym koderem. Ważne, aby była to osoba na tyle wykształcona w zakresie medycyny i ekonomii, żeby wiedziała, o co w tym wszystkim chodzi. Efektem wprowadzenia koderów do szpitala jest to, że na bieżąco w sposób odpowiedzialny sprawdza dokumentację medyczną i nie ma zaległości z rozliczaniem udzielonych świadczeń z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Funkcjonująca Szkoła Koderów ma już swoich absolwentów.

Chyba zatem świadomość kierujących placówkami ochrony zdrowia idzie w dobrym kierunku. Pod warunkiem oczywiście, że delegowany na taki kurs pracownik po uzyskaniu certyfikatu rzeczywiście w szpitalu pełni funkcję koderów. W naszej jednostce już mamy takiego człowieka wykształconego. Powiem więcej - nasz koder wykonuje swoje zadania w sposób wzorowy. Jeśli damy koderowi odpowiednie narzędzia, to na takim pracowniku zyskamy wszyscy. Ten model opiera się na dobrej współpracy z lekarzem oraz personelem administracyjnym. Oczywiście całkowicie lekarza nie uwolnimy z obowiązków związanych z kodowaniem. Niemniej jednak w znacznym stopniu zostanie on odciążony.

Ostatnie pytanie. Z perspektywy doświadczonego lekarza: czy łatwiej było pracować w tym zawodzie przed wejściem w życie jednorodnych grup pacjentów?

To pytanie jest mi zadawane dosyć często. Odpowiem więc jednoznacznie, że zdecydowanie lepiej pracuje mi się po 2007 roku. Pracujemy dalej tak jak wcześniej. Pacjent nie widzi różnicy. Stworzone są natomiast odpowiednie procedury, dzięki którym czuję się bezpiecznie. Lekarzom to naprawdę pomaga w pracy.

Dziękuję za rozmowę.

Praktyczne zastosowanie zasad kodowania stanowi często duży problem dla terapeuty. Każdy pacjent jest inny, nawet w grupie chorych z tym samym rozpoznaniem. Jako lekarz często mam wątpliwości co do zakwalifikowania świadczenia w przypadku złożonych problemów zdrowotnych. Pamięając o zasadzie, że do rozliczenia przedstawiamy tę jednostkę chorobową, która zaangażowała najwięcej zasobów świadczeniodawcy, czasem i tu można mieć rozterki.

Zdarza się, że rozwiązując dany problem zdrowotny, nie bierzemy pod uwagę jego genezy i określając przyczynę hospitalizacji, wskazujemy objaw lub okoliczność bezpośrednio związaną z naszymi czynnościami, a nie z zasadniczą jednostką chorobową.

Wobec tego wydaje się zasadne dokonanie dokładniejszej analizy poszczególnych świadczeń w odniesieniu do rozpoznań. W kolejnych artykułach będę opisywać charakterystyki grup, odnosząc się do praktycznego zastosowania rozpoznań i procedur.

Beata Jagielska

A - jak choroby układu nerwowego

Rozliczając udzielane świadczenia, należy pamiętać, że jest to kwalifikowanie zakończonej hospitalizacji do jednej z grup jednorodnych, wyodrębnionych według kryterium spójności postępowania medycznego, porównywalnego stopnia zużycia zasobów, standaryzowanego czasu pobytu i innych uznanych parametrów.

Wyznaczając grupę, opieramy się na następujących elementach:

- rozpoznaniu według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych - zwanej dalej ICD-10,

- procedurze medycznej według wskazanej przez Fundusz wersji Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych - zwanej dalej ICD-9,
- wieku pacjenta,
- czasie pobytu oraz obecności chorób współistniejących.

Tak jak w poprzednich latach, w załączniku 1a oraz charakterystyce JGP możemy odnaleźć zakres grup przyporządkowanych odpowiednim schorzeniom. Choroby układu nerwowego są przypisane kodowi „A”. Znajdują się tu zarówno grupy zachowawcze, jak również zabiegowe.

Realizując świadczenia z tego zakresu, należy pamiętać, że w wielu przypadkach możliwość ich prawidłowego rozliczenia związana jest ze spełnieniem określonych wymagań lub/i zawarcia odrębnej umowy na ich wykonywanie.

Typowym przykładem jest grupa A03, która ze względu na warunki udzielania świadczeń może być rozliczana wyłącznie w tych ośrodkach, które podpisały odrębną umowę z NFZ na omawiany zakres, oczywiście po spełnieniu zawartych w załączniku nr 3 wymagań

30.5 WYMAGANE na podstawie: art. 146 ust.1 pkt 3 ustawy o świadczeniach dla realizacji świadczeń z grupy A03

30.5.1 lekarze	specjalista w dziedzinie neurochirurgii lub neurochirurgii i neurotraumatologii z udokumentowanym odpowiednim doświadczeniem we wszczepianiu stymulatora struktur głębokich mózgu - wykonanie w ciągu ostatnich 24 miesięcy, co najmniej 10
----------------	---

Innymi grupami, które wymagają spełnienia określonych warunków są: grupa A48 i A51.

24 A48	5.51.01.0001048	Kompleksowe leczenie udarów mózgu > 7 dni w oddziale udarowym
27 A51	5.51.01.0001051	Udar mózgu - leczenie trombolityczne > 7 dni w oddziale udarowym

Ich realizacja może odbywać się wyłącznie w oddziałach udarowych również po spełnieniu wymagań zawartych w załączniku nr 12, który szczegółowo opisuje rozpoznania medyczne, jakim jest dedykowane świadczenie, jak również zasady jego realizacji, opierając

się na wytycznych: zalecenia EUSI (European Stroke Initiative) - European Stroke Initiative Recommendations for Stroke - Management - Update 2003. Cerebrovasc. Dis. 2003, 16, 311-37 oraz wytyczne Grupy Ekspertów Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Udaru Mózgu - Neurologia i Neurochirurgia Polska 2004

Kompleksowe leczenie udarów mózgu > 7 dni w oddziale udarowym

1	Charakterystyka świadczenia	
	nazwa świadczenia	5.51.01.0001048 - Kompleksowe leczenie udarów mózgu > 7 dni w oddziale udarowym 5.51.01.0001051- Udar mózgu - leczenie trombolityczne > 7 dni w oddziale udarowym
1,1	określenie i kody powiązanych ze świadczeniem schorzeń (wg ICD 10)	G08 Zapalenie żył i zakrzepowe zapalenie żył śródczaszkowych i w kanale kręgowym I60 Krwotok podpajęczynówkowy I61 Krwotok mózgowy I62 Inne nieurazowe krwotoki mózgowe I63 Zawał mózgu I64 Udar, nieokreślony jako krwotoczny lub zawałowy I67.0 Rozwarstwienie tętnic mózgowych, niepęknięte I67.7 Zapalenie tętnic mózgowych, niesklasyfikowanych gdzie indziej I68.0 Skrobiawicza angiopatia mózgowa
1,2	kryteria kwalifikacji chorych wymagających udzielenia świadczenia	Świadczenie udzielane jest pacjentom z rozpoznaniem świeżego udaru mózgu Kryteria rozpoznania udaru mózgu: 1) stwierdzenie nagłego wystąpienia ogniskowych objawów neurologicznych zwykle odpowiadających unaczynieniu OUN 2) wykluczenie innych przyczyn zespołu neurologicznego (m.in. poprzez badania neuroobrazowe)
1,3	świadczenia skojarzone	1) wczesna rehabilitacja; 2) konsultacje specjalistyczne; 3) wentylacja mechaniczna; 4) zapobieganie i leczenie odleżyn; 5) zapobieganie i leczenie innych powikłań pozamózgowych: a) zakażeń dróg oddechowych, b) zakażeń dróg moczowych, c) dysfagii, d) choroby zakrzepowo-zatorowej, e) nadciśnienia/niedociśnienia tętniczego, f) depresji 6) żywienie dojelitowe lub pozajelitowe; 7) zabiegi neurochirurgiczne.
1,4	częstość występowania procedury	Współczynniki zapadalności na udar mózgu w Polsce wynoszą 177/100 000 dla mężczyzn i 125/100 000 dla kobiet.
1,5	specyfikacja zasadniczych procedur medycznych wykonywanych w trakcie udzielania świadczenia	96.71 wentylacja wspomagana przez rurkę intubacyjną 96.75 ciągła wentylacja przez tracheostomię 96.781 ciągła wentylacja mechaniczna trwająca mniej niż 96 godzin 89.540 monitorowanie podstawowych czynności życiowych 89.602 pulsoksymetria 87.031 TK głowy i/ lub szyi bez kontrastu

1,6		87.032 TK głowy i/ lub szyi z kontrastem 87.033 TK tętnic głowy i szyi 88.91 rezonans magnetyczny mózgu i pnia mózgu 88.977 angiografia MR 88.978 angiografia z kontrastem MR 88.41 arteriografia naczyń mózgowych 88. 721 Echokardiografia 88.714 USG naczyń szyi- doppler 88.716 USG przezczaszkowa- doppler 89.502 monitorowanie czynności serca przy użyciu urządzeń analogowych lub cyfrowych Holter EKG 89.501 monitorowanie ciśnienia tętniczego przy użyciu urządzeń analogowych lub cyfrowych Holter RR 99.102 podanie leku trombolitycznego drugiej generacji 99.103 podanie leku trombolitycznego trzeciej generacji 03.311 nakłucie lędźwiowe w celu pobrania płynu mózgowo-rdzeniowego 43.11 PEG przezskórne endoskopowe wytworzenie przetoki żołądkowej 93.86 terapia psychologiczna lub neurologopedyczna 94.08 testy/ocena psychologiczna
1,7	zalecenia dotyczące dalszego postępowania (zalecane lub konieczne kolejne świadczenia)	1) opieka neurologiczna; 2) profilaktyka powstawania powikłań; 3) leczenie powikłań; 4) rehabilitacja poudarowa (późna); 5) edukacja pacjenta; 6) profilaktyka wtórna udaru.
1,8	oczekiwane wyniki postępowania ryzyko powikłań postępowania medycznego i częstość jego występowania	- zmniejszenie ryzyka kolejnego udaru - poprawa stanu klinicznego - poprawa jakości życia chorych i powrót do normalnej aktywności życiowej
1,9	ryzyko powikłań	- zachłyśnięcia (u 50% pacjentów) - zakażenia dróg oddechowych (u 25% pacjentów w ciągu 2 miesięcy od udaru) - zakażenia dróg moczowych (u 40% pacjentów) - odleżyny - choroba zatorowo-zakrzepowa (<5% pacjentów) - wtórne ukrwotocznienie ogniska udarowego - krwawienia z przewodu pokarmowego - krwawienia z pęcherza moczowego - powstawanie krwiaków śródmięśniowych
2	Warunki wykonania i finansowania świadczenia	
2,1	warunki wykonania świadczenia	Wyodrębniony oddział udarowy -wpis w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą część VIII kodu resortowego: 4222 Oddział udarowy. Spełnienie pozostałych wymagań określonych w właściwym załączniku rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego L.p. 2 w pozycjach: personel, organizacja udzielania świadczeń, wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną,

		zapewnienie realizacji badań oraz zgodnie z wymaganiami określonymi w załączniku nr 3 do obowiązującego zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne.
2,2	warunki finansowania świadczenia	Finansowanie świadczenia obejmuje: Leczenie pacjenta z rozpoznanym udarem w oddziale udarowym trwające co najmniej 7 dni. 1) leczenie na sali intensywnego nadzoru - co najmniej 24h a) stałe monitorowanie podstawowych funkcji życiowych - karta obserwacji zgodnie z rozporządzeniem, b) wykonywanie elektrokardiogramu oraz badań biochemicznych, c) rozpoczęcie wczesnej i przygotowanie planu dalszej rehabilitacji, d) profilaktykę i leczenie powikłań, e) wykonanie niezbędnych badań w celu potwierdzenia rozpoznania (w przypadku niewidocznego świeżego ogniska w pierwszym TK/MR zalecane wykonanie jednego z następujących badań: MR, dyfuzja MR, perfuzja TK) lub dodatkowo angiografia naczyń mózgu/angioMR/angioTK w przypadku udaru krwotocznego z podejrzeniem malformacji naczyniowej, f) w przypadku spełnienia kryteriów - podanie leku trombolitycznego i związanych z tym procedur (wykonanie kontrolnego TK, monitorowanie RR co 15 min w pierwszych 2h od rozpoczęcia wlewu, następnie co 1h przez 24 h, kontrola stanu neurologicznego). 2) łóżko/sala wczesnej rehabilitacji neurologicznej (udarowej): a) realizacja planu rehabilitacji obejmującej minimum 1 godzinę rehabilitacji indywidualnej w ciągu doby, b) testy/ocena psychologiczna (opis w dokumentacji medycznej), c) terapia neurologopedyczna, d) prowadzenie diagnostyki w celu określenia przyczyny udaru (badania: USG tętnic szyjnych, USG przezczaszkowe, ECHO serca, Holter RR, Holter EKG, RTG klatki piersiowej i in.- w razie potrzeby), e) rozpoczęcie wtórnej profilaktyki udaru, f) profilaktykę i leczenie powikłań. <u>Świadczenie nie obejmuje:</u> Diagnostyki i leczenia pacjentów z objawami przemijającego napadu niedokrwienego tj. ostrego epizodu ogniskowego zaburzenia czynności mózgu pochodzenia naczyniowego o czasie trwania poniżej 24h.
2,3	zakres dziedzin medycyny uprawnionych do wykonania świadczenia	neurologia
3	Istniejące wytyczne postępowania medycznego	1) Zalecenia EUSI (European Stroke Initiative)- European Stroke Initiative Recommendations for Stroke - Management - Update 2003.Cerebrovasc. Dis.2003, 16, 311-37 2) Wytyczne Grupy Ekspertów Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Udaru Mózgu - Neurologia i Neurochirurgia Polska 2004

Należy zaznaczyć, że powyższe świadczenia nie obejmują diagnostyki i leczenia pacjentów z objawami przemijającego napadu niedokrwienego tj. ostrego epizodu ogniskowego zaburzenia czynności mózgu pochodzenia naczyniowego o czasie trwania poniżej 24h, które mogą być rozliczane w ramach pozostałych JGP.

Poniżej przedstawiono inne grupy, w ramach których istnieje możliwość rozliczania terapii udaru mózgu.

25 A49	5.51.01.0001049	Udar mózgu - leczenie > 3 dni
26 A50	5.51.01.0001050	Udar mózgu - leczenie

A49 Udar mózgu - leczenie > 3 dni

e wymagane wskazanie procedury z listy procedur A49 oraz rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań A48; czas pobytu > 3 dni

ICD-9

88.714 USG naczyń szyi - doppler
88.716 USG przezczaszkowa - doppler
93.72 Terapia afazji (i dysfazji)
93.86 Terapia psychologiczna lub neurologopedyczna
96.71 Wentylacja wspomagana przez rurkę intubacyjną
96.75 Ciągła wentylacja przez tracheostomię

A50 Udar mózgu - leczenie

a grupa bazowa

ICD-10

I60.0 Krwotok podpajęczynówkowy z syfonu lub rozwidlenia tętnicy szyjnej wewnętrznej
I60.1 Krwotok podpajęczynówkowy z tętnicy środkowej mózgu
I60.2 Krwotok podpajęczynówkowy z tętnicy łączącej przedniej
I60.3 Krwotok podpajęczynówkowy z tętnicy łączącej tylnej
I60.4 Krwotok podpajęczynówkowy z tętnicy podstawnej
I60.5 Krwotok podpajęczynówkowy z tętnicy kręgowej
I60.6 Krwotok podpajęczynówkowy z innych tętnic wewnątrzczaszkowych
I60.7 Krwotok podpajęczynówkowy z tętnicy wewnątrzczaszkowej, nieokreślony
I60.8 Inne krwotoki podpajęczynówkowe
I60.9 Krwotok podpajęczynówkowy, nieokreślony
I61.0 Krwotok mózgowy do półkul, podkorowy
I61.1 Krwotok mózgowy do półkul, korowy
I61.2 Krwotok mózgowy do półkul, nieokreślony
I61.3 Krwotok mózgowy do pnia mózgu
I61.4 Krwotok mózgowy do mózdzku
I61.5 Krwotok mózgowy wewnątrzkomorowy
I61.6 Krwotok mózgowy o mnogim umiejscowieniu
I61.8 Inne krwotoki mózgowe
I61.9 Krwotok mózgowy, nieokreślony
I62.0 Krwotok pod oponą twardą (ostry) (nieurazowy)
I62.1 Nieurazowy krwotok nad oponą twardą
I62.9 Krwotok mózgowy (nieurazowy), nieokreślony
I63.0 Zawał mózgu wywołany przez zakrzep tętnic przedmózgowych

- I63.1 Zawał mózgu wywołany przez zator tętnic przedmózgowych
- I63.2 Zawał mózgu wywołany przez nieokreśloną niedrożność lub zwężenie tętnic przedmózgowych
- I63.3 Zawał mózgu wywołany przez zakrzep tętnic mózgowych
- I63.4 Zawał mózgu wywołany przez zator tętnic mózgowych
- I63.5 Zawał mózgu wywołany przez nieokreśloną niedrożność lub zwężenie tętnic mózgowych
- I63.6 Zawał mózgu wywołany przez zakrzep żył mózgowych, nieropny
- I63.8 Inne zawały mózgu
- I63.9 Zawał mózgu, nieokreślony
- I64 Udar, nieokreślony jako krwotoczny lub zawałowy

Zarówno w przypadku grupy A49 czy A50 niezbędne jest wykonanie badania obrazowego w kierunku stwierdzenia ogniska chorobowego niezależnie od wskazanych w charakterystyce grup pozostałych procedur niezbędnych do wykonania w ramach realizacji grupy A49.

Rozliczając świadczenia medyczne w ramach JGP, należy pamiętać, że warunki do realizacji określonych grup zawarte są nie tylko w charakterystyce grup, ale również w kolumnie „uwagi” znajdującej się w katalogu grup jednorodnych 1a.

W sytuacji oddziału anestezjologii i intensywnej terapii niestety nie można rozliczać świadczeń zabiegowych na nerwach obwodowych, mimo że mają one na celu zwalczanie bólu.

W ośrodkach onkologicznych jedyną możliwością realizacji i rozliczenia powyższych procedur jest wykonywanie ich w ramach oddziałów chirurgii onkologicznej.

A25	5.51.01.0001025	Zabiegi na nerwach obwodowych *
A26	5.51.01.0001026	Zabiegi zwalczające ból i na układzie współczulnym *

W kolejnym numerze w Alfabetce JGP litera B, czyli rozliczanie świadczeń związanych z chorobami narządu wzroku



Co lekarz o pacjencie wiedzieć powinien?

Status idem, j.w., b.z., bez dolegliwości, poczucie dobre, dolegliwości nie zgłasza, leki wg zleceń - to tylko kilka przykładów adnotacji dokonywanych w dokumentacji przez lekarza. Czy stanowią one dowód troski o zdrowie pacjenta? Czy zabezpieczają lekarza przed ewentualnymi roszczeniami chorego?

Dorota Dacz



WYMAGANIA

Pewne jest jedno, zapisy odnoszące się do przebiegu hospitalizacji muszą znaleźć się w dokumentacji medycznej chorego. § 4 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie dokumentacji medycznej z 21 grudnia 2010 roku wskazuje, że: *Wpisu w dokumentacji dokonuje się niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowotnego.* Adnotacje lekarskie powinny zatem stanowić potwierdzenie realizowanej opieki w każdym dniu hospitalizacji. Ich brak może wiązać się nie tylko z zastrzeżeniami Narodowego Funduszu Zdrowia w aspekcie niedostosowania się do przepisów prawa czy brakiem zasadności udzielanych pacjentowi (w hospitalizacji) świadczeń.

W przypadku roszczeń pacjenta brak wpisów z poszczególnych dni, w praktyce oznacza brak informacji o jego stanie zdrowia i sprawowanej w związku z nim opieki lekarskiej.

Co więcej, koniecznym jest również uwzględnienie w adnotacjach kwestii monitorowania bólu, jeśli istnieją ku temu przesłanki. Wymóg ten określają przepisy Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 21 grudnia 2010 roku. §18 ust. 1 pkt 3 wskazuje, że w przebiegu hospitalizacji należy zawrzeć: *informacje na temat stopnia natężenia bólu, działaniach podjętych w zakresie leczenia bólu oraz skuteczności tego leczenia.*

Realia są jednak bolesne. Dokumentacje charakteryzują wybiórcze i lakoniczne notatki lub ich całkowity brak, szczególnie w czasie weekendów oraz świąt. Natomiast obraz i stan zdrowia pacjenta ujęty w dokumentacji medycznej często znacząco odbiega od rzeczywistości przedstawianej przez bliskich chorego.

Czy dokonywane zatem w ten sposób wpisy z obserwacji można uznać za wystarczający dowód staranności i rzetelności lekarza?

ODPOWIEDZIALNOŚĆ

Niewłaściwie dokonywane w historii choroby adnotacje lekarskie nie tylko mają znaczenie w aspekcie prawnym, gdzie obowiązek ich prowadzenia nakłada na szpital ustawodawca, ale nadrzędną kwestią jest odpowiedzialność lekarza. Nierzetelne prowadzenie dokumentacji może bowiem wiązać się z odpowiedzialnością cywilną, czyli odszkodowaniem czy zadośćuczynieniem, odpowiedzialnością zawodową (konsekwencje związane z wykonywaniem pracy) oraz istotną, ale lekceważoną przez lekarzy odpowiedzialnością karną. Kwestia ta nabiera szczególnego rozmachu w aspekcie działających od 1 stycznia 2012 roku wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych. Dowodem w postępowaniu przed komisją jest bowiem dokumentacja

medyczna. Może ona być zabezpieczeniem dla lekarza lub wręcz przeciwnie - stanowić istotne zagrożenie.

Konieczne zatem jest wypracowanie przez personel medyczny takiego systemu prowadzenia adnotacji, który umożliwi zawarcie w maksymalnie zwięzłej formie istotnych elementów odnoszących się do stanu faktycznego i rzetelnie odzwierciedli prowadzony przez lekarza proces diagnostyczno-terapeutyczny.

BY CHCIAŁO SIĘ CHCIEĆ

Prowadzenie dokumentacji medycznej w sposób prawidłowy nie jest łatwym zadaniem. Należy jednak w pierwszej kolejności dać lekarzom oraz personelowi pielęgnarskiemu możliwość zrozumienia potrzeby prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z wymogami ustawowymi. Proces ten może być niekiedy długotrwały, jednak w dłuższej perspektywie zawsze przynosi efekty. Jego początkiem powinno być odpowiednie przeszkolenie, ukazujące jednocześnie szereg zagrożeń płynących wskutek niewiedzy oraz popełnianych błędów.

Tylko kompletna wiedza stanowić może zabezpieczenie prawne zarówno dla szpitala, jak i samego lekarza. Reszta zależy od dobrych chęci...

Ustawa wprowadzona w życie w lipcu ubiegłego roku zastąpiła dotychczasową Ustawę o Zakładach Opieki Zdrowotnej. Wprowadziła ona szereg zmian regulujących funkcjonowanie placówek służby zdrowia. Nadrzędnym celem ustawodawcy było uregulowanie wielu niejasności funkcjonujących dotychczas w systemie opieki zdrowotnej. I tak na przykład przyjęto zasadę, że podmioty wykonujące działalność leczniczą mają status przedsiębiorcy. Podmiotami leczniczymi stali się wszyscy przedsiębiorcy działający na podstawie przepisów ustawy o swobodzie działalności gospodarczej, samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, jednostki budżetowe, instytuty badawcze, które prowadzą badania naukowe i rozwojowe w dziedzinie medycyny oraz fundacje, stowarzyszenia, kościoły czy związki wyznaniowe, których celem statutowym jest również wykonywanie zadań w zakresie ochrony zdrowia.

Zagrożenia wynikające z wprowadzenia Ustawy o działalności leczniczej

Zmiany na lepsze

O mawiana ustawa oprócz zagrożeń, o których za chwilę, niesie za sobą kilka istotnych zmian na lepsze. Przede wszystkim należy wspomnieć o tym, że jest to duży plus w kierunku zmian restrukturyzacyjnych systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Ustawa przedstawia jasną drogę do przekształcania się SP ZOZ w spółki prawa handlowego. W konsekwencji tych zapisów można prościej i szybciej przeprowadzić taką procedurę w swojej jednostce. Funkcjonowanie placówki służby zdrowia w zmienionej formie ułatwia zarządzanie przede wszystkim kwestiami związanymi z zarządzaniem finansami. Zarządzający mają możliwość szybkiej reakcji na zmiany zachodzące w systemie.

Wspomniany powyżej pozytywny aspekt ustawy o działalności leczniczej to jeden z wielu przykładów, o których należy mówić. Jednakże dziś chciałbym się skupić na zagrożeniach wynikających z Ustawy. W głównej mierze dotyczą one



Łukasz Puchalski

Po tym jak ustawa o zakładach opieki zdrowotnej przestała funkcjonować odpowiedzialność w dużym stopniu została rozszerzona. Jak na początku wspomniałem dawne zakłady opieki zdrowotnej, a dziś podmioty wykonujące działalność leczniczą stają się spółkami prawa handlowego. Zatem ich odpowiedzialność nie ogranicza się tylko do samego postępowania medycznego, ale też obejmuje swym zakresem całą kwestię bilansowania się oraz działania zgodnie z zawartą umową z Płatnikiem.

kwestii związanych z uregulowaniami finansowymi.

Co ze zobowiązaniami?

Zgodnie z zapisami Ustawy o działalności leczniczej to na samorządach

spoczywa konieczność przejęcia zobowiązań przekształcanej placówki SPZOZ i dołożenia kapitału celem pokrycia ujemnych wyników finansowych. Ze względu na liczne inwestycje sytuacja ta może doprowadzić do zadłużania się poszczególnych samorządów.

Z punktu widzenia samego podmiotu leczniczego powstałego po przekształceniu się SPZOZ-u również istotnym problemem stała się kwestia finansowa. Należy pamiętać o tym, że bardzo często startują one z całym zasobem wszelkich zobowiązań wobec innych podmiotów. Niestety sytuacje o takim wymiarze ograniczają zaufanie, a tym samym zdolność konkurencyjności na rynku z innymi placówkami. Sam proces przekształcania się placówek medycznych w spółki prawa handlowego nie daje możliwości przewidywania wszystkich zagrożeń. Powodem takiej sytuacji jest brak wszystkich szczegółowych warunków zawartych w przepisach wykonawczych.

Podmiot leczniczy - hospicjum

W myśl Ustawy o działalności leczniczej podmiotami leczniczymi są przedsiębiorcy działający w myśl Ustawy o swobodzie działalności gospodarczej, samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, jednostki budżetowe, w tym państwowe jednostki budżetowe tworzone i nadzorowane przez Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych, Ministra Sprawiedliwości lub Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, posiadające w strukturze organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej instytutu badawczego. Należy jednak pamiętać że do wspomnianej grupy należą również kościoły lub kościelne osoby prawne oraz stowarzyszenia i fundacje, których celem statutowym jest wykonywanie zadań w zakresie ochrony zdrowia i których statut dopuszcza prowadzenie działalności leczniczej. Coraz częściej te ostatnie podnoszą alarm o zagrożeniach wynikających z ustawy dla nich samych.

Problem polega na tym, że podmioty te dość często prowadzą działalność hospicyjną. Część pozyskiwanych przez nich funduszy pochodzi z darowizn oraz odpisów 1% od podatku. Zgodnie z najnowszymi przepisami tego typu działania muszą być zaniechane ze względu

na to, że podmiot leczniczy nie ma prawa w ten sposób pozyskiwać środków finansowych (ustawa z 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i wolontariacie).

Odpowiedzialność podmiotu leczniczego

Zanim ustawa o działalności leczniczej weszła w życie, w głównej mierze mówiło się tylko o odpowiedzialności za błędy medyczne wynikające z jakichś zaniedbań lub pomyłek personelu medycznego. Pacjent, który w wyniku zaniedbania lekarza doznawał uszczerbku na zdrowiu, mógł domagać się odszkodowania na drodze sądowej. Z tego właśnie powodu dawne zakłady opieki zdrowotnej lub osoby wykonujące zawód medyczny w ramach praktyki indywidualnej miały obowiązek zawiązywania umów z firmami ubezpieczeniowymi.

Po tym, jak ustawa o zakładach opieki zdrowotnej przestała funkcjonować, odpowiedzialność w dużym stopniu została rozszerzona. Jak na początku wspomniałem, dawne zakłady opieki zdrowotnej, a dziś podmioty wykonujące działalność leczniczą, stają się spółkami prawa handlowego. Zatem ich odpowiedzialność nie ogranicza się tylko do samego postępowania medycznego, ale też obejmuje swym zakresem całą kwestię bilansowania się oraz działania zgodnie z zawartą umową z płatnikiem. Dla przykładu można przytoczyć sytuację, w której pracownik działa na szkodę spółki. W tej sytuacji odpowiada on finansowo w zależności, czy dokonał tej szkody w sposób umyślny czy też nieumyślny. Dodatkową kwestią rozszerzającą jest nowelizacja ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta.

Placówki od początku bieżącego roku mogą liczyć się z tym, że będą skarżone przez pacjentów do komisji wojewódzkich orzekających o zdarzeniu medycznym. Proceder ten daje możliwość szybkiego rozwiązania sporu i uzyskania odszkodowania przez pacjenta. Kolejnym przykładem, dość często występującym,

są skargi pacjentów składane do Narodowego Funduszu Zdrowia w związku z niedotrzymaniem warunków udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmioty lecznicze. W tej sytuacji szpital lub poradnia specjalistyczna może liczyć się z ewentualną kontrolą płatnika dokumentacji medycznej i weryfikacji, czy rzeczywiście roszczenia pacjenta były zasadne. Może doprowadzić do sytuacji, w której placówka będzie zmuszona do płacenia wysokich kar finansowych.

Szczególną uwagę należy zwrócić również na odpowiedzialność finansową osób zarządzających. Podmioty wykonujące działalność leczniczą powstałe po przekształceniu się szpitali będą dążyć do tego, aby wynik finansowy na koniec roku obrotowego był zbliżony do tego, jaki wcześniej zamierzono. Zarządzający daną placówką będą odpowiedzialni za wynik finansowy i rozliczani z tego, co osiągnęli.

Podsumowując: wprowadzenie ustawy o działalności leczniczej daje podmiotom leczniczym możliwość skrócenia oraz uproszczenia kwestii związanych z zarządzaniem. Pozwala to na prowadzenie dodatkowych działalności gospodarczych. Istotnym elementem stała się również możliwość realizacji świadczeń poza kontraktem z Narodowym Funduszem Zdrowia. Ogromną szansą dla placówki będzie bardziej efektywne, niż dotychczas, zarządzanie oraz zwiększenie możliwości diagnostyczno-terapeutycznych. Wszystko to będzie sprowadzało się do poprawy jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych, a w konsekwencji polepszenia satysfakcji i zadowolenia pacjentów.



Rozliczanie diagnostyki w lecznictwie zamkniętym

W przypadku lecznictwa zamkniętego w większości przypadków diagnostyka stanowi część postępowania i sama w sobie nie może być podstawą do rozliczenia grupy JGP (z wyjątkiem kilku świadczeń). Analizując dokumentacje medyczne w szpitalach w całej Polsce, często spotykam przypadki, w których w dokumentacji medycznej czytam, iż zostali przyjęci „do diagnostyki”, „diagnostyki w kierunku” bądź „w celu wykonania badania”. Wychodząc z założenia, że dokumentacja medyczna jest swoistym rachunkiem za wykonane świadczenia, Narodowy Fundusz Zdrowia może kwestionować pobyty, w których jako powód hospitalizacji wskazano wykonanie badań.

Wielokrotnie podkreślam, że zgodnie z zasadami prawidłowego rozliczania świadczeń z NFZ, diagnostyka powinna być wykonywana w warunkach ambulatoryjnych, a w szpitalnych - jedynie w uzasadnionych przypadkach.

Oczywiście decyzja dotycząca miejsca wykonania świadczenia (badania) podyktowana jest wieloma czynnikami. Począwszy od stanu zdrowia pacjenta, poprzez rodzaj badania i wymogi, jakie należy spełniać, aby je prawidłowo wykonać, a kończąc na kosztach, jakie ponosi świadczeniodawca wykonujący daną procedurę. Jeśli świadczeniodawca udziela świadczeń zarówno z zakresu lecznictwa zamkniętego, jak i porad ambulatoryjnych, opracowanie właściwych algorytmów dotyczących ruchu chorych i miejsca ich zaopatrywania jest o wiele łatwiejsze. Uwzględniając wszystkie elementy związane ze stanem chorego, standardami medycznymi, należy określić własne grupy pacjentów i sposób ich rozliczania (biorąc pod uwagę wytyczne NFZ). Wówczas utworzymy swoiste indywidualne jednorodne grupy pacjentów, spójne z ryczałtem kosztowym, jaki wyznacza nam płatnik w katalogach hospitalizacji i porad ambulatoryjnych.

Z uwagi na powyższe, każda placówka winna ustalić standardy postępowania związane z realizacją badań diagnostycznych. Z wachlarza badań, jakie oferuje, wyodrębnić te, które wykonywane będą w poszczególnych komórkach organizacyjnych jednostki (ambulatorium, oddział szpitalny, pracownia) adekwatnie do poniesionych kosztów.

Analizując katalog grup jednorodnych, możemy wyodrębnić grupy mające na celu przeprowadzenie diagnostyki. Już bowiem sama nazwa grupy jednorodnej wskazuje na diagnostyczny charakter hospitalizacji.

Katalog grup - szpitalnictwo:

kod grupy	nazwa grupy	wartość pkt. - hospitalizacja	wartość pkt. - hospitalizacja planowa	"leczenie jednego dnia"	liczba dni pobytu finansowana na grupę	wartość hospitalizacji < 2 dni	wartość osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą
A30	Kompleksowa diagnostyka polineuropatii i chorób mięśni	110	105			22	
A47	Przemijające niedokrwienie mózgu - rozszerzona diagnostyka	74			15	15	6
A66	Padaczka - diagnostyka i leczenie	16	15				
A67	Padaczka - diagnostyka i leczenie > 3 dni	77			16		6
E44	Diagnostyka inwazyjna zaburzeń rytmu serca *	130	124				
E72	Nieinwazyjna diagnostyka bólu w klatce piersiowej > 17 r.ż.	12	11		11	2	3
F04	Diagnostyczne zabiegi przewodu pokarmowego *	11	10	10			
F44	Diagnostyczne i lecznicze zabiegi jamy brzusznej *	30	29	27			
G35	Zabiegi diagnostyczne dróg żółciowych i trzustki *	50	48	45			
H23	Artroskopia diagnostyczno - lecznicza *	29	28	26			
K05	Zabiegi diagnostyczne łez, przyłączy, nadnerczy *	14	13	12			
N04	Patologia ciąży - diagnostyka, obserwacja < 3 dni	9	9				
N05	Patologia ciąży i porodu - diagnostyka, leczenie > 2 dni	31	29				
N06	Patologia ciąży i porodu - diagnostyka, leczenie > 11 dni	64			39		3
N07	Ciężka patologia ciąży - diagnostyka rozszerzona, leczenie kompleksowe	75				15	
N08	Ciężka patologia płodu - diagnostyka, leczenie	63				20	
N09	Ciężka patologia ciąży z porodem - diagnostyka rozszerzona, leczenie kompleksowe > 10 dni *	156					
N11	Ciężka patologia ciąży z porodem - diagnostyka rozszerzona, leczenie kompleksowe > 10 dni z pw *	164					
P29	Bóle głowy - diagnostyka i leczenie > 3 dni	49					
Q48	Radiologia zabiegowa - zabiegi diagnostyczne *	32	30	29			
S54	Obserwacja i wstępna diagnostyka w celu wykluczenia chorób zakaźnych > 1 dnia	12					

Po zakończeniu hospitalizacji bardzo ważne jest prawidłowe zakodowanie procedur, jakie zostały wykonane oraz rozpoznania zasadniczego. Należy pamiętać o tym, że rozpoznanie zasadnicze stawiane jest po zakończeniu procesu diagnostyczno-terapeutycznego i ma ono kluczowe znaczenie w kodowaniu.

W przypadku przeprowadzania jedynie procesu diagnostycznego podczas hospitalizacji należy pamiętać, że rozpoznaniem nie można określić: „diagnostyki w kierunku...” Jednostki chorobowe powinny być wskazywane zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych. Należy przy tym mieć na względzie, że chory zgłaszający się do szpitala i przyjęty w celu leczenia przychodzi do izby przyjęć z określonego powodu (ból, dolegliwości ograniczające jego funkcjonowanie ect.) Szpital, prowadząc diagnostykę w poszukiwaniu przyczyny dolegliwości, prowadzi jednocześnie leczenie (przynajmniej objawowe

lub leczenie pierwszego rzutu). Wówczas, w przypadku nieuzyskania jasnego potwierdzenia diagnozy, należy posłużyć się rozpoznaniem określonym przy przyjęciu, jako rozpoznaniem ostatecznym (np. ból).

Zatem w przypadku hospitalizacji związanej z diagnostyką, w wyniku której zdiagnozowano schorzenie, lub potwierdzono wcześniejszą diagnozę, jako rozpoznanie zasadnicze należy zakodować to właśnie schorzenie.

Oczywiście wszystkie te dane powinny być zawarte w dokumentacji medycznej, która w ten sposób stanie się pomocnym narzędziem w rozliczeniu diagnostyki z NFZ. Wówczas przebieg hospitalizacji oparty wyłącznie na diagnostyce i leczeniu objawowym ma swoje uzasadnienie, a w poszczególnych przebiegach występować powinna stosowna adnotacja z postępowania diagnostycznego i terapeutycznego zgodnie z przyczyną przyjęcia do szpitala.

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.

Czy na oddziale wewnętrznym możemy rozliczać dodatkowe 3 punkty (ocena geriatryczna)? Lekarz wykonał pełne badanie przedmiotowe u pacjenta z chorobą wieńcową.

Całościowa ocena geriatryczna (kod świadczenia 5.53.01.0001499) jest świadczeniem znajdującym się w katalogu świadczeń do sumowania (1c), dedykowanym dla oddziałów geriatry. Może być ono jednak rozliczane w oddziale (zakresie) geriatry.

Należy również dodać, że świadczenie to może być dosumowane jeden raz w ciągu roku u pacjentów powyżej 60 roku życia.

Podczas rozliczania świadczenia należy również mieć na uwadze zapisy § 14 ust. 11 Zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne, który ustanawia, że:

W przypadku udzielania świadczenia nr 5.53.01.0001499 - Całościowa oce-

OPIS PRZEDMIOTU UMOWY

Część VIII

Całościowa ocena geriatryczna

1.	Charakterystyka świadczenia	
1.1	nazwa świadczenia	5.53.01.0001499 - Całościowa Ocena Geriatryczna (COG)
1.2	określenie i kody powiązanych ze świadczeniem schorzeń (wg ICD 10)	Wielochorobowość typowa dla wieku starszego, współistnienie u jednego pacjenta przynajmniej 3 schorzeń z różnych układów.
1.3	kryteria kwalifikacji chorych wymagających udzielenia świadczenia	Świadczenie udzielane jest pacjentom hospitalizowanym w oddziałach geriatrycznych spełniających następujące kryteria: 1) co najmniej 3 punkty w skali VES-13, 2) przynajmniej 3 współistniejące schorzenia z różnych układów organizmu
1.4	częstość występowania procedury	Świadczenie obejmie ok. 10.000 pacjentów rocznie
1.5	specyfikacja zasadniczych procedur medycznych wykonywanych w trakcie udzielania świadczenia (wg ICD 9 CM)	89.00 porada/konsultacja lekarska 94.08 testy/ocena psychologiczna
1.6	zalecenia dotyczące dalszego postępowania (zalecane lub konieczne kolejne świadczenia)	Dalsze leczenie przez prowadzącego lekarza podstawowej opieki zdrowotnej według zaleceń zawartych w informacyjnej karcie wypisowej wydanej pacjentowi
1.7	oczekiwane wyniki postępowania	- zmniejszenie wskaźnika re-hospitalizacji, - redukcja polifarmakoterapii, - wczesne wykrywanie i leczenie problemów zdrowotnych umożliwiające wcześniejszą terapię i zapobieganie progresji niesprawności; - redukcja niepożądanego działania leków dzięki właściwemu doborowi leków w wieku starszym, - całościowe podejście do problemów zdrowotnych sprzyjające zwiększeniu satysfakcji i jakości życia, - wydłużenie przeżycia.
2.	Warunki wykonania i finansowania świadczenia	
2.1	warunki wykonania świadczenia	Spełnienie warunków zawartych we właściwym załączniku cz.I L.p.19 obowiązującego rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego oraz zgodnie z wymaganiami określonymi w załączniku nr 3 do obowiązującego zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne.

2.2	warunki finansowania świadczenia	Finansowanie świadczenia obejmuje: - ocenę skalą VES-13, - wywiad poszerzony o dane (również od opiekuna) na temat omdleń, upadków, wahań masy ciała w czasie, dysfunkcje zwieraczy, aktualnie zażywane leki, - badanie fizykalne poszerzone o elementy oceny neurologicznej, ocenę hipotonii ortostatycznej, orientacyjną ocenę widzenia i słuchu, - ocenę funkcji: - fizycznych (skala Barthel lub ADL i I-ADL), - chodu i równowagi (skala Tinetti; test wstań i idź), - emocjonalnych (15-punktowa Geriatryczna Skala Oceny Depresji), - poznawczych (przynajmniej jedna z krótkich skal przesiewowych), - wykonanie niezbędnych badań laboratoryjnych zawartych w karcie całosciowej oceny geriatrycznej, - udokumentowanie w/w czynności poprzez wypełnienie karty całosciowej oceny geriatrycznej włączonej do historii choroby - umieszczenie zaleceń co dalszego postępowania w informacyjnej karcie wypisowej Świadczenie może być rozliczone u jednego pacjenta 1 raz w roku kalendarzowym
2.3	zakres dziedzin medycyny uprawnionych do wykonania świadczenia	Geriatra
3	Istniejące wytyczne postępowania medycznego	Stanowisko Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego i Kolegium Lekarzy Specjalistów Geriatrii w Polsce opublikowane w Gerontologii Polskiej 2005, 13, 2, 67-83

na geriatryczna z katalogu świadczeń do sumowania, stanowiącego załącznik nr 1c do zarządzenia, świadczeniodawca zobowiązany jest do:

- 1) udokumentowania kwalifikacji do świadczenia na podstawie skali VES-13 stanowiącej załącznik nr 13a do zarządzenia,

- 2) prowadzenia dokumentacji dodatkowej - karty całosciowa ocena geriatryczna stanowiącej załącznik nr 13b do zarządzenia.

Warunki realizacji świadczenia wskazane zostały w opisie świadczenia w załączniku nr 12 do zarządzenia - wyżej.

Z jaką datą wypisać pacjenta z oddziału, gdy oddział oczekuje na wynik sekcji zwłok? Czy data zgonu może być inna niż data wypisu ze szpitala, tj. zgodna z datą przeprowadzonej sekcji zwłok?

Pacjent musi być wypisany ze szpitala z autentyczną datą zgonu. Data zgonu nie może być inna niż data wypisu ze szpitala.

Zgodnie z akceptowaną przez NFZ definicją a określoną w § 2 pkt. 2 Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpi-

talnego (Dz. U. Nr 140, poz. 1143, z późn. zm.) hospitalizacja jest to „całodobowe udzielanie świadczeń gwarantowanych w trybie planowym albo nagłym, obejmujące proces diagnostyczno-terapeutyczny od chwili przyjęcia świadczeniobiorcy do chwili jego wypisu lub zgonu”.

Sekcja zwłok natomiast jest niezależna od zakończenia hospitalizacji, a jej zasadniczym celem jest ustalenie bądź potwierdzenie wskazanych przyczyny zgonu, lub też określenie okoliczności śmierci.

Dodatkowo § 26 pkt. 9 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania ustanawia, że: Księga główna przyjęć i wypisów zawiera: datę wypisu, a w przypadku zgonu pacjenta -

datę zgonu.

Nie ma zatem możliwości, aby historia choroby uzupełniana była po wypisaniu pacjenta, tym samym posiadała inną datę wypisu.

Należy również zwrócić uwagę na § 20 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, który wskazuje, jakie dane musi zawierać historia choroby w przypadku zgonu i są to:

- 1) data zgonu pacjenta, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinny;
- 2) opis słowny stanów chorobowych prowadzących do zgonu wraz z odstępnami czasu pomiędzy ich wystąpieniem:
 - a) przyczyna wyjściowa albo przyczyna zewnętrzna urazu lub zatrucia,
 - b) przyczyna wtórna,
 - c) przyczyna bezpośrednia;
- 3) protokół komisji stwierdzającej śmierć mózgową, jeżeli taka miała miejsce;
- 4) adnotacja o wykonaniu lub niewykonaniu sekcji zwłok wraz z uzasadnieniem podjętej decyzji;
- 5) adnotacja o pobraniu ze zwłok komórek, tkanek lub narządów.

Formularz KARTA STATYSTYCZNA DZIAŁ I, zawierająca dane o pacjentach i sekcjach zwłok. Formularz jest podzielony na sekcje: 1. Nazwisko, 2. Imię (imię), 3. Data zgonu, 4. Data urodzenia, 5. Płeć, 6. Numer PESEL, 7. Przyczyna zgonu, 8. Miejsce zgonu, 9. Osoba świadcząca, 10. Data wypisu, 11. Data sekcji zwłok. Formularz zawiera również tabelę z danymi o sekcjach zwłok, w tym o przyczynie zgonu, miejscu zgonu, dacie i godzinie sekcji zwłok, oraz o osobie świadczącej.

Kalendarium

czyli najważniejsze wydarzenia

Przełom roku to czas kontraktowania, planowania oraz ostatnich prac nad regulacjami prawnymi i zasadami rozliczeń na 2012 r. Znajomość wprowadzanych w tym okresie zmian jest kluczowa dla funkcjonowania w nowym roku.



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

GRUDZIEŃ

Umowy na leczenie jednego dnia

Płatnik dał świadczeniodawcom możliwość zawierania umów na tzw. „jednodniówki”.

Dopiero w grudniu stało się pewne, że kontraktowanie na rok 2012 obejmie również świadczenia w zakresie „leczenia jednego dnia”. We wcześniejszych wersjach zarządzeń płatnik nie przewidywał takiej opcji.

Kolejki oczekujących - sprawozdawczość 2012

Narodowy Fundusz Zdrowia udostępnił słowniki związane ze sprawozdawaniem list oczekujących. Dotyczą one: procedur medycznych, terapeutycznych programów zdrowotnych oraz świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

W komunikacie związanym z udostępnieniem słownika NFZ informuje, kogo należy traktować jako osobę oczekującą na terapeutyczny program zdrowotny.

Plan działalności Funduszu na 2012 r.

W 2012 roku NFZ planuje wzmożone działania w zakresie zawierania, rozliczania i kontroli umów upoważniających do wystawiania recept refundowanych oraz umów na ich realizację. Najważniejsze zadania w tym aspekcie to przygotowanie opisu przebiegu wymienionych procesów oraz odpowiednich procedur w związku z ich wdrażaniem.

W opublikowanych materiałach, dotyczących działań NFZ w 2012 r. wskazano najważniejsze cele, jakie Fundusz realizować będzie w nadchodzącym roku.

Zmiany we wzorach umów

W związku z wejściem w życie od 1 stycznia 2012 roku przepisów ustawy o działalności leczniczej Narodowy Fundusz Zdrowia podjął działania mające na celu dostosowanie wzorów umów w poszczególnych rodzajach świadczeń do

obowiązującego porządku prawnego.

Ustawa wskazuje na świadczeniodawcę jako podmiot wykonujący działalność leczniczą, a nie jak dotychczas zakład opieki zdrowotnej. W związku z czym konieczna jest modyfikacja umów oraz załączników: Harmonogram-zasoby, Plan rzeczowo-finansowy, Wykaz podwykonawców. Nowe wzory udostępniono w Zarządzeniu nr 93/2011/DSOZ.

Umowy na wydawanie leków refundowanych

NFZ określił w drodze zarządzenia warunki postępowania dotyczące zawierania umów na wydawanie przez apteki leków refundowanych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych na receptę.

Wskazano sposób przygotowania oraz składania wniosku, a także zasady postępowania w celu zawarcia umowy.

Oświadczenie o zgłoszeniu do ubezpieczenia

Zgodnie z komunikatem Narodowego Funduszu Zdrowia pacjentom nie posiadającym dowodu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej umożliwiono złożenie oświadczenia o zgłoszeniu do ubezpieczenia, w oparciu o które pacjent będzie mógł skorzystać z pomocy lekarskiej.

Fundusz zastrzegł, że złożenie oświadczenia nie zwalnia świadczeniodawcy z obowiązku przedstawienia do-

wodu ubezpieczenia w związku z leczeniem szpitalnym.

STYCZEŃ

Ustawa refundacyjna

1 stycznia weszła w życie Ustawa refundacyjna. Wprowadza ona urzędowe ceny i marże leków refundowanych, a także zakaz stosowania promocji oraz zachęt w stosunku do leków finansowanych przez NFZ. W myśl ustawy Minister Zdrowia co dwa miesiące publikować będzie w drodze obwieszczenia aktualizację listy leków refundowanych.

W ustawie znalazł się również zapis mówiący, że lekarz, który błędnie wypisze receptę, będzie zobowiązany do zwrotu kwoty refundacji.

Protest pieczętkowy

Wraz z wejściem w życie ustawy refundacyjnej lekarze OZZL i PZ rozpoczęli protest. Na wystawianych receptach zdecydowali się przystawiać pieczętkę „Refundacja do decyzji NFZ” oraz jednocześnie nie określać poziomu refundacji.

NFZ zapowiedział, że tak wystawiona recepta jest ważna, jednak leki będą w takim przypadku wydawane z najwyższą możliwą odpłatnością. Ostatecznie, na mocy porozumień, protest został zawieszony.

W lutym ustawa została znowelizowana poprzez wykreślenie zapisu o karach dla lekarzy.

Zmiany w ustawie refundacyjnej wywołały także protest aptekarzy.

Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

Dla zdarzeń medycznych po 1 stycznia, pacjenci będą mogli wystąpić do komisji wojewódzkich z wnioskiem o odszkodowanie. Obowiązywać bowiem zaczną zapisy znowelizowanej Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Wybrane substancje w programach terapeutycznych

Ministerstwo Zdrowia wskazało wybrane produkty lecznicze stosowane w ramach realizowanych programów terapeutycznych od 1 stycznia 2012 roku.

Leczenie reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów o przebiegu agresywnym: Inhibitorem TNF alfa w ramach terapii inicjującej dla chorych leczonych w programie jest **etanercept** (Enbrel), natomiast terapię drugiej linii pacjentów z RZS stanowi **rytuksymab** (Mabthera).

W przypadku dzieci w wieku 13 lat i powyżej, chorych na MIZS, a leczonych w programie, rekomendowany jest **etanercept**.

Leczenie inhibitorami TNF alfa świadczeniobiorców z ciężką, aktywną postacią zeszytyniającego zapalenia stawów kręgosłupa:

Jako inhibitor TNF alfa wskazano **etanercept**.

Leczenie łuszczykowego zapalenia stawów o przebiegu agresywnym:

Jako główny lek wskazano **adalimumab** (Humira), natomiast w terapii alternatywnej: **etanercept** (Enbrel) lub **infiximab** (Remicade).

Nowe wzory wniosków o indywidualne rozliczenie

Od 1 stycznia świadczeniodawcy są obowiązani do składania wniosków o indywidualne rozliczenie świadczeń na nowych wzorach udostępnionych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Wnioski te stanowią załącznik do Zarządzenia 97/2011/DSOZ w sprawie przyjęcia do stosowania w Narodowym Funduszu Zdrowia wzorów wniosków o indywidualne rozliczenie świadczeń i Bazy Zgód Indywidualnych.

Wnioski te dotyczą indywidualnego rozliczania świadczeń udzielanych:

1. w odstępie krótszym niż 14 dni,
2. świadczeniobiorcy innej płci niż wskazuje na to profil komórki udzielającej

świadczenie,

3. świadczeniobiorcy pełnoletniemu w ramach zakresu świadczeń dla dzieci,
4. świadczeniobiorcy w wieku poniżej 60 roku życia w oddziale psychogeriatrycznym,
5. w przypadku, gdy kolejna hospitalizacja jest rozpoczęta w dniu zakończenia innej hospitalizacji u tego samego świadczeniodawcy, w przypadku przedłużenia czasu trwania rehabilitacji realizowanej w warunkach domowych.

„Pro auctore” i „Pro familia”

Do konsultacji społecznych przekazano projekt zmian w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

Zaproponowano uregulowanie kwestii związanych z dokumentowaniem wystawiania przez lekarzy recept dla siebie, małżonka, zstępnych lub wstępnych z linii prostej oraz rodzeństwa.

Według zapisów projektu lekarz nie będzie zobowiązany do prowadzenia całej historii choroby pacjenta, lecz jedynie wykazu zawierającego imię i nazwisko pacjenta oraz podstawowe informacje na temat leku zapisanego na recepcie.

Kolejki oczekujących

Od lutego 2012 roku rozszerzeniu ulega zakres sprawozdawanych danych dotyczących list oczekujących na świadczenia. W zakresie części świadczeń, obok dotychczasowych informacji, należy przekazać dane o łącznej liczbie osób skreślonych z listy, w tym liczbę osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia we wskazanym okresie oraz w ciągu ostatnich 6 miesięcy.

Zmiany w programach terapeutycznych

Narodowy Fundusz Zdrowia opublikował zmiany dotyczące terapeutycznych programów zdrowotnych obowiązujące od 1 stycznia 2012 r. Modyfikacje dotyczą programów:

- Leczenie stwardnienia rozsianego
- Leczenie raka nerki

- Leczenie przewlekłego WZW typu B
- Zapobieganie krwawienia u dzieci z hemofilią A i B

Ponadto obniżono wycenę poszczególnych substancji stosowanych w programach terapeutycznych, w tym:

- Adalimumab z 5,2500 do 5,1875 pkt
- Etanerceptum z 2,099 do 2,0110 pkt
- Rituximabum z 1,1010 do 1,0595 pkt

Uaktualniona wersja słownika ICD-9 5.15

Narodowy Fundusz Zdrowia udostępnił kolejną wersję Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych (ICD-9 PL w. 5.15) obowiązującą od 1 stycznia br.

- Dodano nowe procedury: 88.301 TK kończyny górnej bez kontrastu, 88.305 Wirtualna kolonoskopia 93.3971 Kąpiel w zawiesinie borowinowej
- Dezaktywowano procedury 93.3900 Kąpiel w zawiesinie borowinowej

Kontrole skoordynowane

W 2012 r. płatnik przewiduje prowadzenie nadzoru nad prawidłowością realizacji umów przez świadczeniodawców. Kontrole skoordynowane dotyczyć będą przede wszystkim:

- zgodności stanu faktycznego z harmonogramem zasoby w AOS
- poradni endokrynologicznych w zakresie wykonywania badań biopsja cieniogłowa
- prawidłowości kwalifikacji i rozliczania grup związanych z leczeniem ostrych zespołów wieńcowych w szpitalnictwie
- trybu przyjęcia, czasu trwania hospitalizacji oraz kwalifikacji świadczeń do rozliczenia w ramach rehabilitacji neurologicznej

Całodobowy dostęp do sal operacyjnych

W komunikacie dla świadczeniodawców Fundusz przypomina, że niedopuszczalne jest, by świadczeniodawca mający zawartą umowę na udzielanie świadczeń całodobowo miał podpisaną umowę z innym świadczeniodawcą na najem, dzierżawę lub inny tytuł prawny do bloku operacyjnego.

Nowa lista leków refundowanych

Od 1 marca obowiązywać będzie nowa lista leków refundowanych. Ministerstwo Zdrowia zaznacza, że znajdzie się na niej 216 leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia oraz wyrobów medycznych dotychczas nierefundowanych, 139 obniżek dotychczas refundowanych leków oraz 820 pozycji, dla których wydano zgodę na rozszerzenie refundacji poza wskazania ujęte w charakterystyce produktu leczniczego.

Projekty aktów prawnych w konsultacjach:

W kolejnych tygodniach będą trwały prace nad następującymi aktami prawnymi:

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie recept lekarskich
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów na realizację recept oraz ramowego wzoru umowy na realizację recept
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie Systemu Statystyki w Ochronie Zdrowia
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie Systemu Monitorowania Kosztów Leczenia i Sytuacji Finansowo-Ekonomicznej Podmiotów Leczniczych

Obowiązkowe ubezpieczenie od zdarzeń medycznych

Ministerstwo Zdrowia wydało komunikat w sprawie ubezpieczeń, w którym określono, że podmioty prowadzące szpitale mają obowiązek posiadać dwa ubezpieczenia: odpowiedzialności cywilnej oraz z tytułu zdarzeń medycznych.

Dotychczas część zarządzających placówkami ochrony zdrowia uważała, że wystarczające jest zawarcie tylko jednego ubezpieczenia przez szpital.

MARZEC

Nowe grupy jednorodne

Od 1 marca katalog grup jednorodnych poszerzono o cztery nowe grupy:

E07 Pomostowanie naczyń wieńcowych > 75 r.ż. i > 16 dni*

E20 Angioplastyka wieńcowa z implantacją nie mniej niż 2 stentów DES *

E45 Krioablacja balonowa w migotaniu przedsionków *

J30 Poważne oparzenia < 18 r.ż.

Ponadto uniemożliwiono rozliczanie świadczenia 5.10.00.0000052 - hemodializoterapia z katalogu zakresów świadczeń zdrowotnych kontraktowanych odrębnie z grupami lub świadczeniami z katalogów stanowiących załączniki nr 1a - 1d do zarządzenia.

Vademecum 2012

NFZ opublikował Vademecum 2012, które jest zbiorem wiedzy o zasadach funkcjonowania publicznego systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Przedstawiono w nim informacje o świadczeniach opieki zdrowotnej udzielanych w ramach ubezpieczenia w Funduszu.

KWIECIEŃ

Lecznictwo szpitalne

- nowelizacja zarządzenia

Od 10 kwietnia 2012 roku zmianie uległy warunki kierunkowe grup E20 oraz E23, gdzie do rozliczenia konieczne jest wskazanie procedur z list E4a lub E4b, dodanych do charakterystyki grup, zawierające procedury

E4a:

- 36.071 Wprowadzenie dwóch stentów uwalniających leki do tętnicy wieńcowej
- 36.072 Wprowadzenie trzech stentów uwalniających leki do tętnicy wieńcowej
- 36.073 Wprowadzenie czterech stentów uwalniających leki do tętnicy wieńcowej
- 36.074 Wprowadzenie pięciu stentów uwalniających leki do tętnicy wieńcowej

E4b:

- 36.070 Wprowadzenie jednego stentu uwalniającego leki do tętnicy wieńcowej.

Słownik procedur medycznych ICD-9 PL 5.16

W związku z wprowadzonymi zmianami w zakresie warunków rozliczania

grup jednorodnych E20 oraz E23, Narodowy Fundusz Zdrowia udostępnił nową wersję Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych (ICD-9 PL w. 5.16).

Wzory wniosków o indywidualne rozliczanie świadczeń

30 marca opublikowane zostało Zarządzenie 19/2012/DSOZ określające wzory wniosków o indywidualne rozliczenie świadczeń:

- wykonywanych ponad limit dni określonych w zarządzeniach Prezesa NFZ
- wykonanych w odstępie krótszym, niż 14 dni
- udzielanych świadczeniobiorcy innej płci, niż wskazuje na to profil komórki udzielającej świadczenie /pełnoletniemu w ramach zakresu świadczeń dla dzieci/ w wieku poniżej 60. roku życia na oddziale psychogeriatrycznym.

- w sytuacji, gdy kolejna hospitalizacja jest rozpoczęta w dniu zakończenia innej hospitalizacji u tego samego świadczeniodawcy.
- w przypadku przedłużenia czasu trwania rehabilitacji (fizjoterapii) realizowanej w warunkach domowych.

MAJ

Identyfikacja pacjentów

4 maja 2012 roku opublikowano projekt Rozporządzenia Ministra Zdrowia określający warunki, sposób oraz tryb zaopatrywania pacjentów szpitala w znaki identyfikacyjne oraz sposób postępowania w razie stwierdzenia braku tych znaków. Akt powstał w oparciu o przepisy art. 36 Ustawy o działalności leczniczej. Proponowane rozwiązania opiniowane

będą w ramach konsultacji społecznych do dnia 23 maja 2012 r.

Od 1 lipca ważne zmiany w rozliczaniu świadczeń

Narodowy Fundusz Zdrowia opublikował materiały wskazujące warunki zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresach:

- Programy zdrowotne (lekowe)
- Programy terapeutyczne
- Chemioterapia

Wydane zarządzenia stanowią podstawę w procesie kontraktowania świadczeń w ramach chemioterapii i programów lekowych.

Od 1 lipca programy lekowe zastąpią programy terapeutyczne, co związane jest bezpośrednio ze zmianą ustawy o refundacji.



O powodzeniu szpitala w działalności leczniczej decyduje nie tylko nowoczesna aparatura...

Warto przeczytać.

Zamiana wiedzy w sukces to piękna sztuka

- **Łukasz Puchalski**, *Ubezpieczenia OC oraz od zdarzeń medycznych - kierunki zmian*
- **Rafał Janiszewski**, *Jak czytać zasady prowadzenia list oczekujących*
- **W alfabecie JGP - choroby oczu**
- **Magdalena Siebielska i Dorota Dacz**, *Sztuka rozmowy z lekarzem*

Ponadto:

- **Rozmowa w „Systemie”**
- **JGP w pytaniach i odpowiedziach**
- **Kalendarium**
- **Informator o szkoleniach i konferencjach**
- **Doskonalenie zawodowe**

REDAKCJA:

Zespół redakcyjny:

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

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

Zdjęcia - zespół