

System

KWARTALNIK DLA ŚWIADCZENIODAWCÓW



Szpital na czasie

Rozmowa z Ewą Stachowiak

Tu warto być

WRZESIEŃ



LISTOPAD

Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej

1-3 WRZEŚNIA | POZNAŃ

Podczas kongresu poruszane będą aktualne problemy oraz osiągnięcia onkologii w Polsce. Jak podają organizatorzy kongresu wiodącymi tematami będzie leczenie nowotworów piersi, płuca, jelita grubego, krwi oraz układu krwiotwórczego.

■ www.kongresedukacyjny.ptok.pl

Marketing usług zdrowotnych

9 WRZEŚNIA | KRAKÓW

19 PAŹDZIERNIKA | POZNAŃ

28 PAŹDZIERNIKA | WARSZAWA

7 LISTOPADA | KATOWICE

21 LISTOPADA | KRAKÓW

Celem szkolenia jest odpowiedź na pytania związane ze specyfiką usług zdrowotnych, marketingiem mix w tych usługach.

■ www.szkolenia-mc.pl

Oblicza Współczesnej Interny 2011

10 WRZEŚNIA | RZESZÓW

17 WRZEŚNIA | KATOWICE

24 WRZEŚNIA | GDAŃSK

01 PAŹDZIERNIKA | WARSZAWA

■ www.kimzesympozja.pl

Konferencja „Toksykologia w służbie zdrowia publicznego”

19 - 22 WRZEŚNIA | JURATA

Celem Konferencji jest poszerzenie wiedzy w zakresie współczesnej toksykologii i jej roli w ochronie zdrowia.

■ www.ekonferencje.pl/pttox2011

Symposium Bromatologiczne - aspekty zdrowotne żywności i żywienia

21 - 23 WRZEŚNIA | BIAŁYSTOK

Tematy wiodące to m.in.: Aspekty żywieniowe i zdrowotne diet oraz Żywność, żywienie a nowotwory.

■ www.bromatologia2011.umwb.edu.pl

IV Środkowoeuropejski Kongres Osteoporozy i Osteoartrozy oraz XVI Zjazd Polskiego Towarzystwa Osteoartrologii i Polskiej Fundacji Osteoporozy

29 WRZEŚNIA - 1 PAŹDZIERNIKA | KRAKÓW

Program naukowy Kongresu obejmuje wykłady, które pogrupowane zostały w 13 sesjach (S01 - S13). Po każdej prezentacji zaplanowano dyskusje. Streszczenia wszystkich referatów będą opublikowane w suplemencie czasopisma medycznego „Ortopedia Traumatologia Rehabilitacja”.

■ www.kongres.osteoporoza.pl

I Krakowska Konferencja Młodych Uczonych

29 WRZEŚNIA - 1 PAŹDZIERNIKA | KRAKÓW

Wstęp wolny na forum wymiany poglądów. Zaproszenie kierowane jest w szczególności do grona doktorantów, asystentów, młodych pracowników nauki oraz osób pracujących w medycynie.

■ www.profuturo.agh.edu.pl/konferencja

XXI Zjazd Polskiego Towarzystwa Neurologicznego

7-10 PAŹDZIERNIKA | POZNAŃ

Najważniejsze wydarzenie w polskim środowisku neurologicznym. Podsumowanie najważniejszych, sprawdzonych osiągnięć, propozycje nowych rozwiązań patogenetycznych i wynikających z nich rekomendacji.

■ www.zjazdptn2011.skolamed.pl

Protetyka i endodoncja 2011

14-16 PAŹDZIERNIKA | WARSZAWA-MIEDZESZYN

Zapraszamy na jesienną Kwintesencję nowoczesnej stomatologii, którą zaprezentuje zespół wykładowców o światowej renomie.

■ www.kwintesencja.com.pl

13 Światowy Kongres Międzynarodowego Towarzystwa Psychoonkologicznego (IPOS)

16-20 PAŹDZIERNIKA | ANTAYLA (TURCJA)

■ www.ipos-society.org

XIII Zjazd Polskiego Towarzystwa Chirurgii Plastycznej, Rekonstrukcyjnej i Estetycznej

19-21 PAŹDZIERNIKA | WARSZAWA

Kursy, obrady oraz dyskusje będą odbywać się w salach konferencyjnych Centrum Nauki Kopernik w Warszawie. Udział w Zjeździe potwierdzili znani zagraniczni wykładowcy.

Wiodącym tematem będzie rekonstrukcja sutka.

■ www.ptchprie.pl/zjazd

Podstawowy kurs USG

19 PAŹDZIERNIKA | KRAKÓW

Trzydniowy kurs podstaw praktycznego opanowania badania ultrasonograficznego.

■ Tel. 12 293 40 40 | E-mail: usg@mp.pl

Leczenie ran przewlekłych. Problemy interdyscyplinarne współczesnej medycyny.

24 PAŹDZIERNIKA | LUBLIN

Konferencja bezpłatna

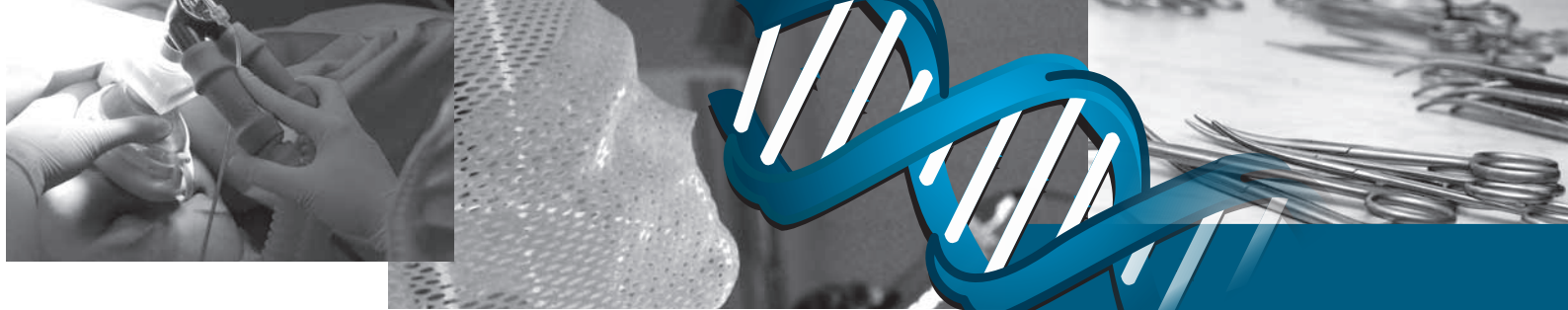
■ www.med-online.pl

VIII Krajowa Konferencja Szkoleniowa “Ginekologia i położnictwo 2011”

18-19 LISTOPADA | KRAKÓW

Wykłady cenionych specjalistów, możliwość wzięcia udziału w debatach bądź też wymiana poglądów na podstawie własnej praktyki.

■ www.mp.pl/gip2011



Drodzy Czytelnicy,

Oto w Państwa rękach drugi numer kwartalnika „System”. Cieszymy się, że w tak wielu gabinetach znalazła się skromna półka przeznaczona na kolekcję naszego wydawnictwa.

Jesień tego lata była piękna. W samym środku burzowo-deszczowych wakacji nastąpiły istotne zmiany w systemie sposobu rozliczania świadczeń medycznych. W życie weszła Ustawa o działalności leczniczej, a także nowelizacja Ustawy o prawach pacjenta. Światło dzienne ujrziała też Ustawa o refundacji produktów leczniczych. W końcu system jednorodnych grup pacjentów wkroczył do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Sporo tego jak na jeden wakacyjny sezon.

Te ważne kwestie poruszamy w dzisiejszym wydaniu kwartalnika. Mamy nadzieje, że materiały tu zebrane staną się pomocne w codziennej pracy.

Katarzyna Ulejczyk porusza istotne problemy z perspektywy prawa. Łukasz Puchalski stara się spojrzeć na dokumentację medyczną jako praktyk. Porusza w swoim artykule wątpliwości lekarzy dotyczące sposobu jej wypełniania.

Polecamy też drugą część materiału Beaty Jagielskiej o rozliczaniu świadczeń onkologicznych.

Na wątpliwości związane z wprowadzeniem JGP do poradnictwa specjalistycznego wnikliwie spogląda Rafał Janiszewski w swoim felietonie z cyklu „Na roboczo”.

W „Rozmowie Systemu” spotkamy się z Ewą Stachowiak Kierownik Działu Analiz i Rozliczeń Świadczeń Medycznych z Zakładu Opieki Zdrowotnej MSWiA w Poznaniu. Rozmawiam tu między innymi o metodach przygotowania się do bliskiego spotkania z grupami jednorodnymi w AOS. Poza tym warto w końcu odczarować, dla kogo adresowane są świadczenia w szpitalach resortowych.

Anna Moczulska porusza istotne aspekty związane z rozliczaniem świadczeń z zakresu ginekologii i położnictwa. Dorota Wapniewska natomiast pisze o roli i sposobie motywowania pracowników z perspektywy zarządzających szpitalami.

Kilkakrotnie w drugim numerze poruszamy problem zawodu i funkcji kodera w polskiej rzeczywistości. O wypowiedzi dotyczące samego zawodu kodera rozmawiamy z absolwentami pierwszej edycji kursu Szkoły Koderów, która zakończyła się wręczeniem certyfikatów w lipcu br.

W felietonie z cyklu „Słowo żółwia” nasz redakcyjny Kubuś patrzy na problem komunikacji wewnątrz zakładu opieki zdrowotnej pomiędzy personelem wykonującym różne funkcje. Jakże bowiem często słyszymy w swojej praktyce, że personel administracyjny i medyczny pracując dla pacjenta mają problemy z wzajemnym porozumieniem.

W imieniu Redakcji „Systemu” dziękuję za szybką reakcję na propozycję prenumeraty naszego czasopisma. Systematycznie tych z Państwa, którzy jako pierwsi zamówili nasz magazyn nagradzamy obiecanymi szkoleniami. W każdym numerze będziemy się starać przygotowywać dla Czytelników niespodzianki. Dzisiaj jest to upominek książkowy – „JGP w AOS” autorstwa Łukasza Puchalskiego - dla tych z Czytelników, którzy nadesłali do Redakcji wypełnioną ankietę dołączoną do „Systemu”.

Zachęcamy do utrzymywaniu kontaktu z naszą redakcją. Zależy nam na ciągłym podnoszeniu jakości wydawnictwa, który spełni oczekiwania naszych Czytelników.

Życzę dobrej lektury



Wiesław Adamowicz
Redaktor naczelny

SPIS TREŚCI

- 2 | Tu warto być
- 4 | Kalejdoskop medyczny
- 5 | JGP w AOS czyli wszystko w rękach lekarza
- 8 | Prowadzenie dokumentacji medycznej a odpowiedzialność lekarza
- 11 | Zdarzenie medyczne - zmiana ustawy o prawach pacjenta
- 12 | Wirusowe zapalenie wątroby - rozliczanie świadczeń
- 16 | Nowa rzeczywistość prawna szpitali
- 18 | Motywacja pracowników a zarządzanie
- 20 | Zawód wykonywany: koder
- 22 | Szpital na czasie
- 25 | Zasady kodowania w onkologii - cz. 2
- 29 | JGP w ginekologii - hospitalizacje krótkoterminowe
- 31 | Zasady rozliczania diagnostyki i leczenia raka gruczołu krokowego
- 37 | JGP w pytaniach i odpowiedziach
- 39 | Kalendarium
- 41 | Rozmowy przy kominku

Kalejdoskop medyczny

Emilia Sujkowska

Nowy ośrodek w Szczecinie

Już prawdopodobnie do końca tego roku w Szczecinie zostanie przekazane do użytku Centrum Diagnostyki i Terapii Nowotworów Piersi. Wierzmy, że pacjentki otrzymają tam kompleksową pomoc oraz leczenie na najwyższym poziomie.

Otyłość u dzieci

Z roku na rok w Polsce rośnie problem otyłości u dzieci. W województwie kujawsko-pomorskim w 2006 r. ruszył program mający na celu zmniejszenie nadwagi u dzieci.

Rezultaty są nieocenione. Znaczne obniżenie poziomu cholesterolu, masy ciała, ogólna poprawa samopoczucia i ogólnego stanu zdrowia. Jest to pierwszy program tego typu w naszym kraju i miejmy nadzieję, że w przyszłości będzie ich coraz więcej.

Gaz rozwesalający w czasie porodu

Gaz rozwesalający inaczej podtlenek azotu to skuteczny sposób na zmniejszenie bólu podczas porodu. Ma też właściwości uspakajające. Metoda ta od niedawna została zastosowana przez lekarzy oddziału ginekologiczno-położniczego w szpitalu im. Dr. J. Dietla w Krynicy.

Usługa ta jest bezpieczna, nieinwazyjna, a przede wszystkim bezpłatna. Mogą jednak wystąpić skutki uboczne chociażby bóle głowy i nudności, a nawet nadmierna euforia...

Układ Oddechowy

Gruźlica powszechnie znana i potencjalnie śmiertelna choroba zakaźna, w przeszłości nazywana suchotami. Wzrost liczby infekcji wirusem HIV oraz pojawienie się nowych form bakterii odpornych na podawane leki spowodował wzrost zachorowań na gruźlicę, a tym samym do rozszerzenia się światowej epidemii tej choroby.

Dlatego dzięki wsparciu Unii Europejskiej powstanie Zakład Diagnostyki i Leczenia Niewydolności Oddychania w Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie.

Wczesne wykrycie tej choroby, prawidłowe jej leczenie oraz prowadzenie badań nad wynalezieniem nowych leków przeciwgruźliczych to główny cel Zakładu.

Koalicja RSM

31 maja 2011 r. w Polsce powstała Koalicja na Rzecz Walki z Rakiem Szyjki Macicy mająca na celu budowanie świadomości zdrowotnej polskiego społeczeństwa poprzez edukację prozdrowotną. W wyniku zwiększenia dostępności do badań cytologicznych można wcześniej wykryć chorobę. Dzięki temu leczyć kobiety skutecznie i bez okaleczenia. Najważniejszy efekt to spadek umieralności i zachorowań kobiet w Polsce.

Ruch to eliksir młodości

Najnowsze badania przeprowadzone przez TNS OBOP wykazały, że niestety ponad połowa dorosłych Polaków nie korzysta z żadnych form aktywności fizycznej, a przecież ruch poprawia nasz stan zdrowia fizycznego a także wpływa na naszą płaszczyznę psychiczną. Zmniejsza ryzyko zachorowania na depresję.

Systematyczna aktywność sprzyja redukcji tkanki tłuszczowej, zmniejsza sztywność stawów, doskonali funkcjonowanie wątroby i poprawia kondycję układu sercowo-naczyniowego. Zapewnia sprawność i zdrowie na długie lata.

Możliwości jest wiele. Wyczynowy sport, jazda na rolkach, mycie okien, taniec czy skakanie na skakance, każdy znajdzie coś dla siebie.

Ruch to także wysiłek związany z pracą zawodową czy hobbystyczną, który przeciwdziała nudzie i umacnia więzy rodzinne i koleżeńskie.

E-apteki

Kupowanie leków w aptekach internetowych coraz bardziej cieszy się w Polsce popularnością i wszystko wskazuje na to, że będzie tak nadal. Klienci mogą kupować i zamawiać leki poprzez internet łatwo, tanio i bez kolejki. E-apteki oferują także bezpłatną konsultację z farmaceutą mejlowo, bądź telefonicznie.

Oryginalne leki można zakupić tylko w legalnie działającej aptece. Dlatego też apteki, które prowadzą sprzedaż wysyłkową znajdują się na ogólnodostępnej liście Wojewódzkiego Inspektoratu Farmaceutycznego i podlegają takiej samej kontroli, jak apteki tradycyjne.

JGP w AOS czyli wszystko w rękach lekarza

Doświadczenia w zakresie JGP w leczeniu szpitalnym sprawiły, że wdrożenie tego sposobu kwalifikowania świadczeń do rozliczenia nie sprawiło już tak wielu problemów. Z punktu widzenia lekarza zasady wydają się być dość proste, a większość pytań i wątpliwości dotyczy raczej wycen niektórych porad oraz interpretacji zapisów zarządzenia Prezesa NFZ. Próżno szukać rozstrzygnięć wątpliwych kwestii w internecie, a i czasem odpowiedzi niektórych pracowników NFZ wydają się być mało zrozumiałe.

Podjąłem zatem próbę rozwikłania niektórych kwestii, wczytując się nie tylko w zapisy samego zarządzenia Prezesa NFZ, ale również w akty prawne stanowiące podstawę finansowania i dokumentowania świadczeń.

Czy zamiast porady kompleksowej można poprowadzić diagnostykę przez kilka porad specjalistycznych?

Co mówi o tym NFZ?

- Świadczenie polegające na kompleksowej ocenie stanu zdrowia pacjenta (wywiad lekarski, badanie fizykalne, pozyskiwanie w drodze skierowania niezbędnych wyników badań dodatkowych, ocenę dostępnych i zleconych wyników badań dodatkowych), obejmuje:

- a) podjęcie decyzji diagnostycznej – określenie jednostki chorobowej według obowiązującej klasyfikacji ICD-10, oraz
 - b) podjęcie decyzji terapeutycznej – określenie postępowania terapeutycznego, poprzez wskazanie procedur medycznych (diagnostycznych, w tym laboratoryjnych, terapeutycznych, rehabilitacyjnych) według aktualnej wersji klasyfikacji ICD-9, lub
 - c) wydanie informacji dla lekarza kierującego/ lekarza zgodnie z załącznikiem nr 6 do zarządzenia, lub
 - d) podjęcie decyzji o skierowaniu do szpitala w celu realizacji złożonych procedur diagnostycznych i/lub terapeutycznych, lub
 - e) wydanie orzeczenia lub zaświadczenia, do uzyskania którego uprawniony jest świadczeniobiorca na podstawie art. 16 Ustawy.
- Świadczenia specjalistyczne kompleksowe mogą być rozliczane w przypadku udzielania świadczeń pacjentom zgłaszającym się po raz pierwszy z problemami zdrowotnymi wcześniej

nierozwiązanymi, których nie można było zidentyfikować w trakcie realizacji innych, wcześniejszych świadczeń.

Modyfikacja postawionego wcześniej rozpoznania nie stanowi podstawy do rozliczenia świadczenia specjalistycznego kompleksowego.

- Świadczenie specjalistyczne kompleksowe podlega rozliczeniu po podjęciu decyzji diagnostycznej oraz terapeutycznej wobec świadczeniobiorcy, wraz ze skompletowaniem wyników procedur diagnostycznych wymaganych w charakterystykach poszczególnych świadczeń. Nie podlegają odrębnemu rozliczeniu wizyty w poradni związane ze zlecaniem i dostarczaniem kolejnych wyników badań dodatkowych.

**CAŁY ARTYKUŁ MOŻESZ
PRZECZYTAĆ W WERSJI
PAPIEROWEJ KWARTALNIKA
„SYSTEM” - ZAMÓW JUŻ
TERAZ - (22) 745 53 60**

To kolejna nauka ciągłości opieki nad pacjentami u jednego świadczeniodawcy. Kilka zapisów zarządzenia AOS wyraźnie na to wskazuje. W poprzednim numerze zwracałem uwagę na dodatkowy (a może zasadniczy) skutek wprowadzenia tych zasad do AOS. Wygląda na to, że duży ciężar dotychczasowej diagnostyki nie zmieni swojego wykonawcy a jedynie stawkę, za jaką to będzie wykonywane. Coż, w dużej mierze słusznie bo często szpital hospitalizował niezasadnie. Często jednak hospitalizował z uwagi na brak możliwości pokrycia kosztów świadczenia w opinii NFZ. Czy teraz to się zmieni?

szukają pomocy w szpitalu. Jaką siłą przenieść wiarę pacjentów i zmienić ich nawyki przenosząc ich do AOS? Wydawać by się mogło, że siłą pieniędzy, ale to nie wystarczy. Tak jak szpitale stworzyły poczucie bezpieczeństwa populacji terenu, na którym się znajdują, tak samo będą musiały dokonać tego, czego nie dokonują same regulacje NFZ.

W niektórych przypadkach kontrola będzie odbywać się już na poziomie elektronicznym (wystarczy stwierdzenie występowania niektórych, wspólnych dla szpitala i AOS kodów ICD-9).

**ZAPRENUMERUJ
PŁATNIK „SYSTEM”
KONTAKT - (22) 745 53 60**

dyby zupełnie sztywno przyjęć granicę pomiędzy szpitalem a AOS. Zarządzeniach NFZ, natomiast w wyłączeniach NFZ, na które nie ma szans, że bez pobytu w szpitalu nie nastąpi leczenia. Wyłączenia, które z uwagi na specyfikę AOiIT muszą być wykonywane w szpitalnych, a nie w wykonaniu indywidualnym, prawodawców, na przykład w sprawie świadczeń w szpitalu, wszystkie wielkość

zasad porady kompleksowo-hospitalizacyjną. Pierwsza ma zapewnić całościową diagnostykę, której duża część była rozliczana w szpitalu, druga wskazuje kierunek kontynuacji opieki poszpitalnej.

nie kwalifikacji do leczenia tego, bowiem często wynikało to z konieczności bezpieczeństwa prawnego i odpowiedzialności za chorego. Teraz wygląda na to, że zakres AOS powinien być pakietem informacji dla izby przyjęć i SOR, w których przypadków nie przyjmuje się do szpitala. Byłoby to takie proste, gdyby nie fakt, że ten chory i tak do nas wróci. Kierując go do poradni kierujemy go najczęściej do swojej placówki. Nie bez znaczenia jest również fakt, że pacjenci przyzwyczaili się do niewydolnej opieki otwartej (kolejki, niskie kontrakty, mniejsze zasoby sprzęto-diagnostyczne) i w pierwszej kolejności

Możemy się również spodziewać wzmożonych kontroli NFZ i to bynajmniej nie w AOS (choć i tu płatnik nie odpuści), ale w szpitalnictwie. Tu nadrzędnym kierunkiem - moim zdaniem - będzie sprawdzanie zasadności hospitalizacji.



W następnym numerze podejmę zagadnienie bilansowania oddziałów i metod zarządzania rachunkiem kosztów związanych z udzielaniem świadczeń w szpitalu.

Prowadzenie dokumentacji medycznej a odpowiedzialność lekarza

Zasady prowadzenia i przetwarzania dokumentacji medycznej reguluje Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania.

Z punktu widzenia administratora, jakim jest szpital czy poradnia, wszystkie zapisy tego aktu wykonawczego są niezwykle ważne. Lekarz w codziennej praktyce główną uwagę przywiązuje jednak do merytorycznej strony wpisywanych treści, a w drugiej kolejności do odpowiednich zapisów wymaganych przez NFZ. Pierwszy wspomniany aspekt ściśle związany jest z odpowiedzialnością zawodową, drugi zaś najczęściej finansową. Tak silny nacisk na kwestie związane z rozliczeniem z płatnikiem jest dzisiaj zrozumiały, choć często lekarze mówią o niezrozumieniu ich pracy przez NFZ.

TRZEBA SZUKAĆ KOMPROMISU

Wobec ustawy o działalności leczniczej oraz zapisów zarządzeń Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nie można być obojętnym. Spełnianie wymogów tych aktów jest niezbędne, choć czasem przysparza więcej pracy personelowi medycznemu. Z drugiej strony większość tych warunków sprzyja bezpieczeństwu prawnemu nie tylko placówki ochrony zdrowia ale również lekarza. Analizując (bez uprzedzeń) wymagania dotyczące dokumentacji medycznej i patrząc na nie

oczami lekarza dostrzega się wiele istotnych elementów stanowiących o ewentualnych rozstrzygnięciach cywilno-prawnych. Jeśli dodamy do tego Ustawę o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjentów, to prawidłowe prowadzenie dokumentacji jest wręcz niezbędne. Przez pryzmat tego rozumie się nie tylko obowiązki lekarzy w ramach NFZ, ale przede wszystkim odpowiedzialność medyczną w przypadku zdarzeń istotnych. Ten kompromis, który musi być osiągnięty, kim dlatego, że lekarz nie może odmówić dokumentowania i nie może nie stosować.

ROZPOZNIENIE I KODOWANIE

Jednym z obszarów w jakim lekarz może znaleźć złotego środka jest stawianie diagnozy. Jest to zasadniczego. Niejednokrotnie zdarza się ze zdziwieniem lekarzy, kiedy pacjent przyjęty do szpitala w przebiegu choroby nowotworowej, a leczony obecnie z powodu niedokrwistości, ma rozpoznane niedokrwistość a nie nowotwór. Mimo, że przyczyną jest najczęściej leczenie lub sama choroba. Zasady kodowania mówią, że rozpoznaniem zasadniczym jest to które

zaangażowało najbardziej nasze zasoby i było bezpośrednią przyczyną leczenia. Tu oczywiście zasadniczym rozpoznaniem będzie anemia a współrozpoznanie nowotwór. Dobrym przykładem jest

**PRZECZYTAJ
KWARTAŁNIK
NAPISZ NA**

W przypadku hospitalizacji warto zwrócić uwagę na definicję zawartą w Ustawie o działalności leczniczej:

Świadczenia szpitalne wykonywane całą dobę kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych świadczeń.

Wymagania dotyczące świadczeń w tym opisanie ich w codziennych obserwacjach. Codzienne opisy przebiegu hospitalizacji to nie tylko dowód dla płatnika o zasadności rozliczenia pobytu pacjenta w oddziale, ale również miejsce do udokumentowania interpretacji wyników badań, wywiadów zebranych podczas obchodu lekarskiego. Należy pamiętać, że to miejsce zarezerwowane wyłącznie dla lekarza i tu właśnie doszukujemy się zawsze zapisów potwierdzających zasadność i prawidłowość postępowania w przypadku roszczeń cywilno-prawnych.

CESARZOWI CO CESARSKIE

Niektóre wymagania dotyczące dokumentacji medycznej mają charakter administracyjny. O ile nadrzędną zasadą jest, że dokumentację medyczną prowadzi lekarz (część prowadzona przez pielęgniarki ostatecznie też jest akceptowana w całości przez ordynatora oddziału), o tyle wy-

mogi związane z jej porządkiem o kompletnością mogą być realizowane przy pomocy pracowników administracyjnych. Powszechnym rozwiązaniem jest udział sekretarek medycznych. Do ich zadań należy sprawdzanie kompletności dokumentów, koordynacja i przebieg oraz przebieg

Wobec nieokreśloności tych stanowisk wsparcie dla lekarza jest często ograniczone. Osobiście uważam, że dobrze wykształcona sekretarka medyczna może podjąć się

Wobec nieokreśloności tych stanowisk wsparcie dla lekarza jest często ograniczone. Osobiście uważam, że dobrze wykształcona sekretarka medyczna może podjąć się

zadania uczestniczenia w procesie przygotowania dokumentacji i nadzorowania prawidłowości jej prowadzenia w zakresie administracyjnym. To ona będzie dbać o zgodne z rozporządzeniem numerowanie wszystkich stron, oraz zwróci uwagę, gdy zabraknie wpisu lub pieczętki.

Można zaplanować proces tworzenia dokumentacji, w którym ostatecznie koder weryfikować będzie kompletność i potwierdzać go swoim podpisem. Taką właśnie przejmie do akceptacji ordynator,

otrzymując jednocześnie informację o rozliczeniu z NFZ. Nie bójmy się usankcjonować tego co już i tak od dawna się dzieje.

Można zaplanować proces tworzenia dokumentacji, w którym ostatecznie koder weryfikować będzie kompletność i potwierdzać go swoim podpisem. Taką właśnie przejmie do akceptacji ordynator, otrzymując jednocześnie informację o rozliczeniu z NFZ. Nie bójmy się usankcjonować tego co już i tak od dawna się dzieje. Powinno być to jedno z zadań sekretarek medycznych, a nie lekarzy. Powinno być to jedno z zadań sekretarek medycznych, a nie lekarzy. Powinno być to jedno z zadań sekretarek medycznych, a nie lekarzy. Powinno być to jedno z zadań sekretarek medycznych, a nie lekarzy.

**ZAMÓW KWARTALNIK „SYSTEM”
NAPISZ NA: SYSTEM@IUZ.ORG.PL
ZADZWOŃ - (22) 745 53 60**

Można zaplanować proces tworzenia dokumentacji, w którym ostatecznie koder weryfikować będzie kompletność i potwierdzać go swoim podpisem



Stanowi rachunek dla płatnika i dowód w sprawie, gdy zdarzy się skarga czy sprawa sądowa. Wymogi co do sposobu jej prowadzenia stawia Minister Zdrowia oraz NFZ, lekarzom w ich inwencji pozostawiono swobodę. Nigdzie bowiem nie czytamy, że czegoś nie wolno. Każdy lekarz ma prawo udokumentować to, co uważa za stosowne i konieczne.

Nie może jednak nie stosować się do tego co niezbędne ze strony płatnika i Ministerstwa Zdrowia.

Katarzyna Ulejczyk

Zdarzenie medyczne

zmiana ustawy o prawach pacjenta

W roku 2010 został przedstawiony projekt nowelizacji ustawy o prawach pacjenta. Wzbudził on wiele kontrowersji zarówno w izbach lekarskich, jak też w izbach prawnych. Wątpliwości dotyczyły nie tylko samej instytucji Komisji Wojewódzkich orzekających o zdarzeniu medycznym, ale również efekty jakie w późniejszym czasie mogłyby przynieść nowelizacja.

W szczególności zwiększona roszczeniowość pacjentów oraz konieczność przyjazdu lekarzy celem złożenia odpowiednich wyjaśnień do Wojewódzkich Komisji. Ponadto kwota przysługującego odszkodowania oraz zasady przyznawania go budzą uzasadnione podejrzenia, że skargi tego typu będą składane notorycznie bez uzasadnionej przyczyny.

W dniu 2 czerwca 2011 roku została ogłoszona nowelizacja Ustawy o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Wejdzie ona w życie w styczniu 2012 roku. Wprowadzono w niej zasady i tryb ustalania odszkodowania i zadośćuczynienia w przypadku zdarzeń medycznych.

Zdarzenie medyczne

Zgodnie z Ustawą zdarzeniem medycznym jest:

„Zdarzenie zakażenia pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia pacjenta albo śmierci pacjenta, będącego następstwem działania lub zaniechania lekarza, pielęgniarki lub innej osoby wykonującej zawód z aktualną licencją lub upoważnieniem do wykonywania zawodu, w celu świadczenia świadczeń zdrowotnych w ramach świadczeń zdrowotnych w szpitalu, w celu

właściwe leczenie, przyczyniając się do rozwoju choroby;

2) leczenia, w tym wykonania zabiegu operacyjnego;

3) zastosowania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego”.

Definicja jest bardzo ogólna i pozostawia duży margines interpretacyjny. Niewłaściwą diagnozą stanu zdrowia pacjenta, jest również orzeczenie lekarza o kwalifikacji do odpowiedniej kategorii medyczne „pilne” lub „stabilnych” w momencie wpisu na listę oczekujących. Brak udokumentowania przez lekarza stanu zdrowia pacjenta w momencie badania i kwalifikacji może pozbawić go dowodów w momencie oskarżenia o złą ocenę stanu zdrowia. Jeżeli stan kliniczny pacjenta pogorszy się w trakcie oczekiwania na liście może on złożyć wniosek o ustalenie błędów medycznych, gdyż sytuacja ta wypełnia definicję zdarzenia medycznego. Przepisy niniejszej nowelizacji dotyczą tylko i wyłącznie zdarzeń mających miejsce w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych w szpitalu.

Wniosek za 200 złotych

Pacjent będzie miał prawo złożyć wniosek do odpowiedniej Komisji Wojewódzkiej, która będzie orzekać o wystąpieniu, bądź nie wystąpieniu zdarzenia medycznego. Koszt składania wniosku wynosi 200 zł.

Wniosek może być składany przez pacjenta, jego najbliższych, rodziców, opiekunów prawnych, a także przez osoby, które zostały powołane przez Komisję do przeprowadzenia postępowania. Wniosek może być składany w formie pisemnej lub ustnej. Wniosek musi zawierać następujące dane: imię i nazwisko pacjenta, adres, data i godzina zdarzenia, opis zdarzenia, imię i nazwisko lekarza, pielęgniarki lub innej osoby wykonującej zawód z aktualną licencją lub upoważnieniem do wykonywania zawodu, w celu świadczenia świadczeń zdrowotnych w ramach świadczeń zdrowotnych w szpitalu, w celu

obowiązek ustosunkowania się do każdego wniosku. Stanie się to dużym obciążeniem dla administracji szpitala.

Odszkodowanie

W skład Komisji będą wchodził lekarze oraz prawnicy. Łączna ilość członków, to 16 osób. Skład orzekający będzie liczył 4 osoby - dwóch lekarzy oraz dwóch prawników. Orzeczenie zapada większością co najmniej 3 głosów.

Maksymalna wysokość odszkodowania i zadośćuczynienia, w przypadku:

1) zakażenia, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia pacjenta

– wynosi 100 000 zł;

2) śmierci pacjenta – wynosi 300 000 zł.

Orzeczenie komisji ogranicza się jedynie do wskazania czy zdarzenie medyczne wystąpiło, czy też nie. Nie będzie decydowania o winie. Zdarzenie medyczne nie jest utożsamiane z błędem lekarskim, więc jeżeli chory będzie chciał, aby wskazano winnego i żeby został on ukarany, będzie musiał wystąpić do rzecznika odpowiedzialności zawodowej lekarza i rozpocząć postępowanie w izbach lekarskich. W przypadku orzeczenia o zaistnieniu zdarzenia medycznego pacjent składający wniosek wskazuje żądane odszkodowania.

MAGAZYN BEZ REKLAM I NA TEMAT

Wirusowe zapalenie wątroby rozliczanie świadczeń

Współczesne standardy postępowania w leczeniu wirusowego zapalenia wątroby dają możliwość kompleksowej opieki nad pacjentem. Elementy postępowania są dość zróżnicowane i zależą od stopnia zaawansowania choroby i obecności manifestacji pozawątrobowych zakażenia HCV

Podstawowym celem leczenia jest zahamowanie lub nawet regresja zmian histopatologicznych w wątrobie. Dodatkowo leczenie to ogranicza szerzenie się zakażeń HCV oraz poprawia jakość życia pacjenta zakażonego. Uzyskanie tego celu jest możliwe poprzez trwałą supresję replikacji wirusa HCV.

Dzisiaj dla spełniających kryteria kwalifikacji pacjentów podstawową terapią jest leczenie skojarzone: pegylowanym interferonem i rybawiryną. Aby do tego doprowadzić istotną sprawą jest prawidłowe poprowadzenie procesu diagnostycznego pacjenta począwszy od wizyt ambulatoryjnych, a skończywszy na leczeniu szpitalnym i prowadzeniu programu terapeutycznego leczenia WZW typu B lub C.

Diagnostyka WZW w ambulatorium

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna jest jedną z głównych gałęzi systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Dla Narodowego Funduszu Zdrowia istotne jest jej optymalne finansowanie. Płatnik znając aktualne realia zasobów finansowych w służbie zdrowia oraz trudności z dostępem do leczenia postanowił sukcesywnie dokonywać zmian. Wynikiem tego system finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych bardziej odzwierciedla koszty ponoszone na leczenie poszczególnych pacjentów.

Narodowy Fundusz Zdrowia wprowadzając nowe zasady finansowania ambulatoryjnej opieki specjalistycznej stworzył narzędzie, dzięki któremu możliwe stało się zarejestrowanie i opisywanie procesu diagnostyczno-terapeutycznego w wymiarze medycznym, a także co dla Płatnika najważniejsze, finansowym. Według Narodowego Funduszu Zdrowia Jednorodną Grupę pacjentów to kwalifikowanie zakończonej porady ambulatoryjnej do jednej z grup wyodrębnionych według kryterium konieczności postępowania medycznego o określonym stopniu złożoności.

Istotnym punktem sprawy jest kwalifikacja w poradni do rozliczenia świadczeń zakwalifikowanie zgodnie z listą świadczeń ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych lub katalogu świadczeń specjalistycznych odrębnych. Aby tego dokonać należy mieć postawione rozpoznanie, które musi być prawdziwe poszczególne grupy w katalogu wymagają wskazania w warunkach występowania klinicznych problemu zdrowotnego albo potrzebny do określenia rodzaju świadczenia. W zależności czy podczas wizyty realnie na była diagnostyka czy zabieg to będzie to porada specjalistyczna, porada specjalistyczna kompleksowa lub zabiegowa. W zależności od skomplikowania postępowania diagnostycznego może być tak, że sprawozdać trzeba będzie kilka procedur, które w danym przypadku będą istotne.

Narodowy Fundusz Zdrowia opublikował zarządzeniem nr 29/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia

14 czerwca 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna istotne definicje regulujące zasady postępowania w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. W przypadku postępowania w diagnostyce WZW istotą rzeczy jest świadczenie specjalistyczne kompleksowe.

Świadczenie specjalistyczne kompleksowe

PRZECZYTA
KW
NAPISZ

decyzji diagnostycznej (postawienie rozpoznania ICD10) oraz terapeutycznej (określenie dalszego postępowania). Zgodnie z zasadami stosowania świadczenia specjalistycznego kompleksowego można je zastosować tylko i wyłącznie w przypadku, gdy do poradni zgłasza się pacjent z problemem zdrowotnym dotychczas nierozwiązywanym lub którego nie można było zidentyfikować w trakcie realizacji podczas wcześniejszych wizyt.

Istotnym elementem podczas podejmowania opisanych wyżej decyzji jest również skompletowanie odpowiednich wyników

Biorąc pod uwagę postępowanie związane z wirusowym zapaleniem wątroby rozliczenie w ambulatorium będzie wyglądało następująco:

I WIZYTA – rozliczenie świadczenia zdrowotnego będzie wliczone w koszt świadczenia specjalistycznego kompleksowego

II WIZYTA – rozliczenie świadczenia specjalistycznego kompleksowego IV typu w zależności od wykazanych procedur diagnostycznych ICD9:

- świadczenie

kompleksowego, gdyż modyfikacja rozpoznania ICD10 nie jest podstawą do ponownej kwalifikacji porady jako świadczenia kompleksowego.

Ubezpieczyciel w ramach katalogu ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych finansuje zlecenie i realizację różnego rodzaju procedur diagnostycznych ICD9. Aby sprawiedliwie rozliczyć świadczenie na podstawie rozliczenia procedur diagnostycznych ICD9.

J CAŁY ARTYKUŁ - ZAMÓW
 KWARTALNIK „SYSTEM”
 NA: SYSTEM@IUZ.ORG.PL

Realizując podjętą wcześniej decyzję terapeutyczną lekarz w ambulatorium ma prawo dokonać zmiany rozpoznania. Może to się skończyć postawieniem, podczas wizyty, całkowicie nowego rozpoznania ICD10 (co spowoduje realizację procesu sprawozdawczego od początku) lub tak zwaną modyfikacją określonego poprzednio rozpoznania. W tej sytuacji Narodowy Fundusz Zdrowia nie zezwala na ponowne rozliczenie świadczenia specjalistycznego

z diagnostyką pacjentów w kierunku wirusowego zapalenia wątroby podczas diagnostyki ambulatoryjnej możliwym jest wykonywanie następujących procedur diagnostycznych ICD9 związanych bezpośrednio ze schorzeniem WZW.

II WIZYTA - określenie decyzji diagnostycznej i terapeutycznej - rozliczenie porady kompleksowej, wydanie skierowania do szpitala

SZPITAL - wykonanie doświadczeń i terapii

W1 Lista podstawowa	
KD-9	
V39	Wirus zapalenia wątroby typu B HBs Antygen
V54	Wirus zapalenia wątroby typu C HCVcAntygen (antygen rzyżeniowy)
W2 Badania dodatkowe - grupa 1	
V27	Wirus zapalenia wątroby typu A (HAV) Przeciwciała (całkowite)
V28	Wirus zapalenia wątroby typu A Przeciwciała IgG
V29	Wirus zapalenia wątroby typu A Przeciwciała IgM
V30	Wirus zapalenia wątroby typu A + B HAV IgM + HBs Antygen
V31	Wirus zapalenia wątroby typu B (HBV) Przeciwciała HBc (całkowite)
V32	Wirus zapalenia wątroby typu B HBc IgM
V33	Wirus zapalenia wątroby typu B HBc IgM (ilościowo)
V34	Wirus zapalenia wątroby typu B HBc IgG
V35	Wirus zapalenia wątroby typu B HBs Antygen
V36	Wirus zapalenia wątroby typu B HBsAnty Hbe
V37	Wirus zapalenia wątroby typu B PrzeciwciałaHBc IgG + HBs
V38	Wirus zapalenia wątroby typu B HBc IgG
V40	Wirus zapalenia wątroby typu B HBc IgM (ilościowo)
V41	Wirus zapalenia wątroby typu B HBc IgM (potwierdzający)
V42	Wirus zapalenia wątroby typu B HBc IgG (potwierdzający)
V43	Wirus zapalenia wątroby typu B HBc IgG (ilościowo)
V44	Wirus zapalenia wątroby typu B HBc IgM (ilościowo)
V50	Wirus zapalenia wątroby typu D HDV Antygen
V52	Wirus zapalenia wątroby typu D HDV Przeciwciała (całkowite)
V57	Wirus zapalenia wątroby typu D HDV Przeciwciała IgM
V58	Wirus zapalenia wątroby typu D HDV Przeciwciała IgG
V59	Wirus zapalenia wątroby typu D HDV Przeciwciała IgA
V60	Wirus zapalenia wątroby typu D HDV Przeciwciała IgE
V61	Wirus zapalenia wątroby typu D HDV Przeciwciała IgM (ilościowo)
V62	Wirus zapalenia wątroby typu E (HEV) Antygen
V63	Wirus zapalenia wątroby typu E Przeciwciała (całkowite)
V64	Wirus zapalenia wątroby typu E Przeciwciała IgM
V65	Wirus zapalenia wątroby typu E Przeciwciała IgG
W3 Badania dodatkowe - grupa 2	
KD-9	
V45	Wirus zapalenia wątroby typu B HBs Antygen + Przeciwciała HBs + HBc IgG
V46	Wirus zapalenia wątroby typu B HBs Antygen + Przeciwciała + HBc IgG + HBc IgM
V49	Wirus zapalenia wątroby typu C Przeciwciała (potwierdzający)
V51	Wirus zapalenia wątroby typu C Przeciwciała IgM - test potwierdzania
V53	Wirus zapalenia wątroby typu C Przeciwciała IgG - test potwierdzania
W4 Badania dodatkowe - grupa 3	
V47	Wirus zapalenia wątroby typu B HBV-DNA (typu C) (HCV) Przeciwciała (anty-HCV)
V55	Wirus zapalenia wątroby typu C HCV-RNA
V56	Wirus zapalenia wątroby typu C HCV-RNA (ilościowo)

Każdy specjalista pracujący w poradni ZZW może korzystać w celu rozliczenia z powyższych procedur oraz wszystkich pozostałych zawartych w grupach W1 - W4. Wynikiem tego będzie określenie rozpoznawania choroby oraz podjęcie decyzji terapeutycznej czyli określenie dalszego postępowania.

Zakończona porada kompleksowa w tym przypadku powinna skończyć się wystawieniem skierowania na leczenie szpitalne w celu przeprowadzenia kwalifikacji do leczenia według programu terapeutycznego leczenia przewlekłego WZW typu B (w tym wykonanie badania HBV-DNA).

lenia wątroby jest zasadność hospitalizacji. Najważniejszym jej procesem będzie dalsza diagnostyka i kwalifikacja do leczenia według programu terapeutycznego.

W oddziale szpitalnym realizacja świadczenia zdrowotnego związanego z leczeniem wirusowego zapalenia wątroby może być rozliczana na zasadach jednorodnych grup pacjentów lub gdy pacjent jest zakwalifikowany i leczony według programu terapeutycznych. Załącznik nr 69/2019

**CZYTAJ CAŁOŚĆ -
NOWY KWARTALNIK
ZADZWOŃ I ZAMÓW
LUB NAPISZ NA**

B10.0 Ostre zapalenie wątroby B bez nadkażenia wirusem delta i bez śpiączki wątrobowej	B66.3 Fascioliza [Fasciolosis]
B10.1 Ostre zapalenie wątroby B z nadkażeniem wirusem delta i bez śpiączki wątrobowej	B66.4 Paragonimozja [paragonimiasis]
B10.2 Ostre zapalenie wątroby B bez nadkażenia wirusem delta i bez śpiączki wątrobowej	B66.5 Fasciolopozja [fasciolopsidosis]
B10.3 Ostre (nadkażenie wirusem delta u nosiciela wirusa zapalenia wątroby B	B67.0 Bąblowica wątroby wywołana przez E.granulosus
B10.4 Ostre (nadkażenie wirusem delta u nosiciela wirusa zapalenia wątroby B	B67.5 Bąblowica wątroby wywołana przez E.multilocularis
B10.5 Ostre (nadkażenie wirusem delta u nosiciela wirusa zapalenia wątroby B	B67.8 Bąblowica wątroby, nieokreślona



Katarzyna Ulejczyk
E-mail: Katarzyna.Ulejczyk@iuz.org.pl

Nowa rzeczywistość prawna szpitali

Obowiązująca od 1991 roku ustawa o zakładach opieki zdrowotnej przestała obowiązywać z dniem wejścia w życie ustawy o działalności leczniczej. Nowa regulacja prawna zaczęła kreować nową rzeczywistość prawną szpitali od dnia pierwszego lipca br. Wprowadzono szereg unormowań, które ułatwią funkcjonowanie niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej. Trudniejsza przyszłość czeka szczególnie te, których organem założycielskim jest samorząd.

Przedsiębiorstwo

Zasadniczą nowelizacją jest wprowadzenie do słownika ustawy definicji przedsiębiorstwa. Dotychczas ZOZ nie miał statusu przedsiębiorstwa co uniemożliwiało mu staranie się o dotacje unijne kierowanie do przedsiębiorstw. Niemniej jednak z katalogu podmiotów mających status przedsiębiorstwa zostały wyłączone samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej. W związku z powyższym zmiana dokonana w ustawie o działalności leczniczej nie ma na nie wpływu, a tym samym nie mogą one korzystać z tego przywileju.

Prowadzenie innej działalności, niż lecznicza

Nowelizacji uległ również zapis dotyczący prowadzenia innej działalności gospodarczej przez szpital w miejscu wykonywania

działalności leczniczej. W ustawie o ZOZ brzmiał on następująco:

„Zakład opieki zdrowotnej ani inne podmioty na terenie zakładu opieki zdrowotnej nie mogą prowadzić działalności uciążliwej dla pacjenta lub przebiegu leczenia albo innej działalności, która nie służy zaspokajaniu potrzeb pacjenta i realizacji jego praw, w szczególności reklamy lub akwizycji skierowanych do pacjenta oraz działalności polegającej na świadczeniu usług pogrzebowych”.

W obecnej ustawie nie ma zastrzeżenia, że prowadzona dodatkowa działalność musi służyć zaspokajaniu potrzeb pacjenta. Dzięki temu szpitale będą miały większą swobodę w wykorzystywaniu nie używanych powierzchni, a tym samym zbierania środków finansowych na remonty, które nie mogą być finansowane ze środków przekazywanych z NFZ, gdyż nie stanowią one kosztu udzielania świadczenia.

Odpowiedzialność solidarna

Ustawa, o której tu mówimy wprowadza kolejną ciekawą regulację. Otóż, gdy lekarz wykonuje swoją indywidualną praktykę jedynie w siedzibie jednego świadczeniodawcy, to ewentualne konsekwencje wynikające z niezgodnego z prawem prowadzenia działalności leczniczej ponosi on solidarnie z podmiotem leczniczym.

Regulaminy organizacyjne i zmiany rejestrów

Nowelizacji ulegć będą również regulaminy organizacyjne placówek. Dodatkowo będą musiały zawierać następujące elementy:

- 1) firmę podmiotu;
- 2) cele i zadania podmiotu;
- 3) strukturę organizacyjną przedsiębiorstwa podmiotu;
- 4) rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych;
- 5) miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych;
- 6) wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej ustalonej w sposób określony w art. 28 ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;
- 7) organizację procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat;
- 8) wysokość opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny od osób lub instytucji uprawnionych do pochowania zwłok na podstawie ustawy z dnia 31 października 2004 r. o zmianach (Dz. U. z 2004 r. Nr 23, poz. 295, z późn. zm.5) oraz od podmiotów, na zlecenie których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym;
- 9) wysokość opłat za udzielane świadczenia zdrowotne inne niż finansowane ze środków publicznych;
- 10) sposób kierowania jednostkami lub komórkami organizacyjnymi przedsiębiorstwa podmiotu.

Obowiązek dokonania zmian jest bardzo dobrą okazją dla szpitali na wprowadzenie dodatkowych uregulowań oraz stworzenie standardów postępowania w różnych procesach toczących się w placówce. Między innymi warto jest wprowadzić wewnętrzny standard postępowania w przypadku przeprowadzania kontroli przez NFZ, jak również zasady ochrony danych osobowych oraz sposobu zarządzania tymi danymi. Bezpośrednio właściciele i zarządcy szpitali mogą dokonywać zmian w tych procesach, które te działania mogą pomóc placówkom uporządkować wewnętrzne procesy, a osobom zarządzającym z pewnością ułatwią kontrolę tych działań.

Dodatkowo zmianą jest

dokonać czynność prawną mającą na celu zmianę wierzyciela potrzebna jest zgoda organu założycielskiego. Podmiot tworzący wydaje zgodę albo odmawia jej wydania, biorąc pod uwagę konieczność zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń zdrowotnych oraz w oparciu o analizę sytuacji finansowej i wyniku finansowego za rok poprzedzający. Dokonanie cesji wierzytelności bez uzyskania powyższej zgody powoduje nieważność czynności prawnej.

Plan C
za ujemny

**ZAMÓW KWARTALNIK „SYSTEM”
NAPISZ NA: SYSTEM@IUZ.ORG.PL
ZADZWOŃ - (22) 745 53 60**

L
pa

Ustawa o działalności leczniczej ogranicza podmioty uprawnione do otrzymania dotacji z budżetu Państwa na remonty oraz zakup nowego sprzętu. Szpitale, których organem założycielskim jest samorząd, nie będą mogły otrzymać dotacji z budżetu państwa. Jedyną możliwością dla samorządu, aby mógł przekazać fundusze na remont dla szpitala, jest sfinansowanie inwestycji ze środków własnych.

Zmiana wierzyciela

Podmioty tworzące szpitale na mocy nowych przepisów stają się odpowiedzialne za cesję zobowiązań. Aby można było

zrealizować plan C, podmiot tworzący musi dokonać czynności prawnej mającej na celu zmianę wierzyciela. Zgodę organu założycielskiego na zmianę wierzyciela musi wydać organ założycielski. Podmiot tworzący może wydać zgodę albo odmówić jej wydania, biorąc pod uwagę konieczność zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń zdrowotnych oraz w oparciu o analizę sytuacji finansowej i wyniku finansowego za rok poprzedzający. Dokonanie cesji wierzytelności bez uzyskania powyższej zgody powoduje nieważność czynności prawnej. W tym celu podmiot tworzący musi dokonać czynności prawnej mającej na celu zmianę wierzyciela. Zgodę organu założycielskiego na zmianę wierzyciela musi wydać organ założycielski. Podmiot tworzący może wydać zgodę albo odmówić jej wydania, biorąc pod uwagę konieczność zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń zdrowotnych oraz w oparciu o analizę sytuacji finansowej i wyniku finansowego za rok poprzedzający. Dokonanie cesji wierzytelności bez uzyskania powyższej zgody powoduje nieważność czynności prawnej.

wysokości, więc szpital jako spółka prawa handlowego nie będzie zaczynać działalności od zera.

Plan C

Na podstawie przepisów przejściowych oraz końcowych ustawy o działalności leczniczej, jeżeli podmiot tworzący przekształci SP ZOZ w spółkę w terminie do 31 grudnia 2013 r., nie poniesie

odpowiedzialności za poniesienia szkody w trakcie procesu przekształceniowego.

Czas pracy

Na mocy przepisów ustawy o działalności leczniczej z dniem 01.07.2014 roku tracą uprawnienia do limitu 5 godzin na dobę i 25 godzin pracy na tydzień pracownicy w następujących specjalnościach:

- Radiologii,
- Radioterapii,
- Medycyny Nuklearnej,
- Fizykoterapii,
- Patomorfologii,
- Histopatologii,
- Cytopatologii,
- Cytodiagnostyki,
- Medycyny sądowej,
- Prosektoriów,

Motywacja pracowników a zarządzanie



Dorota Wapniewska
E-mail: Dorota.Wapniewska@iuz.org.pl

Zarządzanie w jednostkach nietradycyjnych - tak z pewnością można określić machine, jaką jest proces zarządzania placówkami ochrony zdrowia. Określenie jednostek służby zdrowia jako nietradycyjne oznacza w tym przypadku wielopłaszczyznowość oraz wielokulturowość prowadzonej działalności. Stale wzrastająca ilość usług medycznych we wszystkich specjalizacjach świadczy przede wszystkim o poprawie dostępności do świadczeń medycznych, jak i rosnącej świadomości oraz oczekiwaniach społeczeństwa. W takich realiach funkcjonowania placówek ochrony zdrowia można sobie wyobrazić jak trudnym zadaniem dla menadżerów jest wprowadzenie systemu motywacji pracowników.

W dłuższej perspektywie czasu odpowiednio funkcjonujący program motywacyjny może wpłynąć, na poprawę efektywności pracowników oraz środowisko wewnątrz organizacji. Niezwykle trudnym zadaniem jest dostosowanie systemu motywacyjnego tam, gdzie mamy do czynienia z organizacją zatrudniającą wiele różnorodnie wykwalifikowanych osób.

Oczywiście dodatkowo dochodzi nam sama liczba pracowników tworzących jednostkę nietradycyjną. W takich realiach trudno jest zindywidualizować podejście do każdej zatrudnionej osoby.

Udział menadżera w tworzonego systemie motywacyjnym pozwala zwiększyć efektywność pracy zatrudnionego personelu.

Funkcjonujący w organizacji system motywacyjny jest układem różnorodnych czynników, działań i zasad tworzących bodźce kształtujące odpowiednie zachowania pracowników.

Motywowanie w ogólnym znaczeniu to wzbudzenie intencji zrobienia czegoś, dotarcia do wyznaczonego celu

Efektywność systemu motywacji określana jest przez stopień zbieżności pomiędzy oczekiwaniami pracownika a tym, co może on uzyskać od istniejącego systemu, jeżeli postępuje zgodnie z przyjętymi regułami.

Zachowanie takiej relacji wymaga jasnego określenia zasad systemu motywacyjnego, konsekwentnego ich przestrzegania, stałego rozpoznawania oczekiwań podwładnych i dostosowania do nich odpowiednich narzędzi motywacyjnych.

Koncepcja tworzenia tzw. strategii motywacyjnej w organizacji szpitala oraz jej miejsce w funkcjonowaniu całego systemu zarządzania zostaje wprowadzona w życie, gdy zaczynają funkcjonować jasno sprecyzowane zasady. I tak dla przykładu w Specjalistycznym Szpitalu Św. Zofii w Warszawie wykorzystuje się metodę dodatkowego systemu wynagradzania pracowników. Nagroda ta, zwana „Nagrodą Dyrektora”, jest przyznawana pracownikom przejawiających szczególne zaangażowa-

nie w pracę, inicjującym ciekawe rozwiązania oraz tym którzy podnoszą wydajność i jakość wykonywanej pracy.

Ważnym aspektem jest również zbadanie poziomu motywacji pracowników. Efektem takiej wiedzy jest uzyskanie odpowiedzi na najważniejsze pytanie: jakie elementy najbardziej motywują moich podwładnych do pracy? I jak się okazuje nie są to wyłącznie pieniądze. Taka hipoteza jest potwierdzona na podstawie wyników przeprowadzonych ankiet motywacyjnych w Szpitalu SP ZOZ w Świdnicy RSS „Latawiec”. Okazało się, że pracowników tej placówki najbardziej motywuje sprawna organizacja wewnątrzszpitalna oraz jasno wyznaczone zasady funkcjonowania.

Warto zastanowić się nad zbadaniem wymienionych kwestii związanych z personelem wśród pracowników np. podstawowych wartości w organizacji, świadomości wizji, misji oraz następujących po nich celów strategicznych organizacji, zainteresowania doskonaleniem kwalifikacji zawodowych, oceną struktury zarządzania oraz możliwości wpływania na organizację miejsca pracy.

Przykładowa ankieta pozwala uzyskać odpowiedź na pytanie o podejściu pracowników do kwestii związanych z doskonaleniem kwalifikacji zawodowych oraz systemem zarządzania placówką ochrony zdrowia. Ankieta ta wykorzystuje metodę ilościową na podstawie hierarchii ocen.

1. NIE ZGADZAM SIĘ 2. ANI JEDNO, ANI DRUGIE 3. ZGADZAM SIĘ

A SZANSE DOSKONALENIA KWALIFIKACJI ZAWODOWYCH		1	2	3
1	KIEROWNICTWO DBA O DOSKONALENIE KIEROWNIKÓW KOMPETENTNYCH I ŚWIADOMYCH SWEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI			
2	FIRMA UMOŻLIWIA MI CIĄGŁE UCZENIE SIĘ			
3	KIEROWNICTWO ORGANIZACJI UDZIELA: „POMOCY W ZDOBYWANIU WIEDZY, WE WŁĄCZANIU SIĘ W SYSTEM WZAJEMNYCH POWIĄZAŃ, W ROZWINIĘCIU ODPOWIEDNICH NAWYKÓW, KTÓRE POZWOLĄ MI LEPIEJ WYKORZYSTAĆ WŁASNE ZDOLNOŚCI I ZASOBY”.			
4	FIRMA POMAGA MI FINANSOWO W ZDOBYWANIU WIEDZY			
5	PODNOSIŁEM SWOJE KWALIFIKACJE W NASTĘPUJĄCYCH DZIEDZINACH (W OKRESIE OSTATNICH 12 MIESIĘCY)			
	A) DOSKONALENIA MOJEGO ZAWODU (CIAĞŁA AKTUALIZACJA WIEDZY I UMIEJĘTNOŚCI)			
	B) UCZYŁEM SIĘ PRACY NA INNYCH STANOWISKACH W ORGANIZACJI			
	C) KOMUNIKACJI I KONTAKTOWANIA SIĘ Z LUDŹMI			

B STRUKTURY ZARZĄDZANIA I TWÓRCZE ZAANGAŻOWANIE		1	2	3
6	DOSTRZEGAM POTRZEBY MOJEGO KOLEGI – TAK ABY PRACA W NASZEJ PLACÓWCE BYŁA OWOCNA I WYDAJNA.			
7	JAK MAM POMYSŁ ULEPSZANIA, CZEGOKOLWIEK TO:			
	A) ZGŁASZAM W MAŁEJ GRUPIE, DO KTÓREJ NALEŻĘ I POMYSŁ REALIZUJEMY SAMI, ZE WSPARCIEM KIEROWNICTWA			
	B) NIE ZGŁASZAM POMYSŁÓW PONIEWAŻ I TAK WIEM, ŻE POMYSŁ ZOSTANIE ODRZUCONY PRZEZ PRACODAWCÓW			
8	PREZES/DYREKTOR/KIEROWNIK KOMÓRKI ORGANIZACYJNEJ INFORMUJE PRZYNAJMNIEJ RAZ NA MIESIĄC CAŁĄ ZAŁOGĘ:			
	A) O OBECNEJ SYTUACJI W FIRMIE			
	B) O ZAMIERZONYCH DECYZYJACH			
	C) O WYNIKACH FINANSOWYCH			
9	SOLIDARNIE POMAGAM K'VOLEGOM, WSPÓŁPRACOWNIKOM			
10	STOSUJĘ ZASADĘ WZAJEMNEGO ZAUFANIA			
11	JEŻELI POJAWIA SIĘ BŁĘDY, PROBLEMY LUB KONFLIKTY W FIRMIE, WYCHODZĘ Z INICJATYWĄ ICH ROZWIĄZANIA			

C ZAROBKI I INNE KORZYŚCI		1	2	3
12	NAJWIĘKSZY WPŁYW NA EFEKTYWNOŚĆ MOJEJ PRACY MAJĄ:			
	A) ZAROBKI			
	B) POCHWAŁY I WYRAZY UZNANIA ZE STRONY PRZEŁOŻONYCH			
	C) PERSPEKTYWY AWANSU			
	D) POMOC SOCJALNA ZAKŁADU			
	E) TO, ŻE PRACUJĘ WŁAŚNIE W DANEJ ORGANIZACJI			
	F) SPOSÓB TRAKTOWANIA PRACOWNIKA			
	G) ATMOSFERA SPOŁECZNA			
	H) ORGANIZACJA MIEJSCA PRACY			
	I) SPRAWNA ORGANIZACJA WEWNĄTRZSZPITALNA			
	J) INNE (WYMIENŃ)			
13	MAMY W ORGANIZACJI „PARTYCYPACYJNY SYSTEM WYNAGRODZEŃ”, W KTÓRYM:			
	A) ŚRODKI NA WYNAGRODZENIA POWIĄZANE SĄ Z REZULTATAMI DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ I PRODUKTYWNOŚCIĄ			
	B) PRACOWNICY BIORĄ UDZIAŁ W USTALANIU ZASAD I KRYTERIÓW PODZIAŁU ŚRODKÓW NA WYNAGRODZENIA			
14	PŁACA WYSTARCZA MI NA UTRZYMANIE SIEBIE I RODZINY			
15	CZAS PRACY W SKALI ROKU UTRZYMYWANY JEST W GRANICACH NORMATYWÓW			
16	W ORGANIZACJI WYKORZYSTYWANY JEST SPRAWIEDLIWY SYSTEM WYNAGRADZANIA PRACOWNIKÓW			

Zawód wykonywany: koder

Placówki służby zdrowia różnie radzą sobie z zawodem kodera. Zazwyczaj zajmują się tym działy statystyczne, czy sekretarki medyczne. W niektórych szpitalach koderami są sami lekarze. Wszystko zależy od wewnętrznej organizacji pracy. Jako jednak, że system nowy – specjalistów od kodowania wciąż brak.

Rynek medyczny jest obecnie bardzo dynamiczny. Zmiany w systemie jednorodnych grup pacjentów wymuszają sprawne dostosowywanie się placówek. Logiczne by było kształcenie w zawodzie kodera. Niemniej jednak taki zawód nie istnieje w spisie zawodów. Jak zatem kształcić specjalistów? Póki co pozostają kursy.

- *Po ukończeniu kursu szkoły koderów z pewnością mam większą wiedzę – zapewnia Aneta Janik, absolwentka kursu szkoły koderów pracująca na codzien w SP ZOZ w Turku. – Przed zajęciami miałam problem chociażby z rozliczeniami ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Teraz w tym zakresie*

wiem na czym bazować i gdzie szukać odpowiedzi na wątpliwości.

Aneta Janik dodaje, że podczas trwania kursu nawiązały się pomiędzy słuchaczami dobre relacje. – *Utrzymujemy z sobą kontakty i wzajemnie sobie pomagamy w razie potrzeb.*

Lekarz leczy, lekarz liczy

Określanie zrealizowanych procedur medycznych oraz wskazywanie leczonych rozpoznań jest integralną częścią procesu leczenia. Właściwe prowadzenie dokumentacji medycznej zaś ułatwia wskazanie grupy rozliczeniowej.

W tym przypadku jednak należy sobie zadać pytanie:

Czy od lekarzy będziemy wymagać, aby dobrze leczyli pacjentów, czy może aby rozliczali ich pobyty w placówkach?

Grupy jednorodne zostały skonstruowane na podstawie uśrednionego zużycia kosztów. Pacjenci leczeni w podobny sposób mają porównywalnie „kosztować”.

Nie oznacza to oczywiście, że z uwagi na możliwość większego przychodu z NFZ lekarz niezasadnie amputuje pacjentowi drugą nogę. Chodzi o sytuacje, w których

pacjenci przetrzymywani są w szpitalach niezasadnie, bądź też określone badanie wykonywane jest jedynie w celu wykazania procedury medycznej wg ICD-9, która warunkować będzie korzystne rozliczenie pobytu pacjenta.

Istotą jest, aby lekarz wykonywał jedynie niezbędne z punktu widzenia medycznego badania diagnostyczne, konsultacje, czy zabiegi.

Mam teraz większą pewność siebie – twierdzi Olga Sz wajkowska ze Szpitala Powiatowego w Ostrowi Mazowieckiej. – Ukończyłam podstawowy kurs Szkoły Koderów i chętnie wezmę udział w edycji kursu na poziomie zaawansowanym. Niestety póki co uzyskany certyfikat kodera pierwszego stopnia nie przekłada się na awans zawodowy – dodaje nasza rozmówczyni.

Lekarz i koder

Wiele osób uważa, że system JGP działa już w Polsce tyle czasu, że szpitale są przygotowane na to, żeby zdjąć obowiązek kodowania z lekarzy. Ich współpraca z działami statystyki, które zajmują się w poszczególnych szpitalach rozliczaniem, jest jednak koniecznością.

W takim modelu, lekarz przekazuje uzu-



pełnioną historię choroby koderowi, który przeglądając zawarte tam dane oraz analizując przebieg leczenia – prawidłowo rozlicza pobyt pacjenta. W każdej chwili jednak, koder może skonsultować z lekarzem prowadzącym medyczne kwestie.

Najważniejsze jest jednak uświadomienie sobie swego rodzaju zależności oraz przełamanie bariery: lekarz – pracownik administracyjny.

Są oczywiście liczne szpitale, w których uznano, że to właśnie lekarz jest najlepszym koderem gwarantującym właściwe rozliczanie hospitalizacji.

Wśród takich osób jest zapewne **Beata Marzęcka**, która ukończyła kurs dla koderów. Jest informatykiem w Szpitalu Powiatowym w Rawiczu.

- Uważam, że najlepszym koderem jest lekarz – mówi pytana o tę kwestię. – W końcu to właśnie lekarz jest najbardziej kompetentny w tym zakresie, on zna pacjenta najlepiej. Każdy szpital ma własne standardy funkcjonowania. W szpitalu w Rawiczu właśnie lekarze zajmują się kodowaniem. Dla działów statystyki wiedza z zakresu kodowania ma również istotne znaczenie. Uważam, że zawód koder może polegać w praktyce jedynie na weryfikowaniu dokumentacji medycznej. Personelowi administracyjnemu bowiem trudno jest wyznaczyć odpowiednią grupę na podstawie samej analizy dokumentacji. On nie jest tak blisko pacjenta.

Koder się opłaca

Podobne zdanie ma kolejna absolwentka Szkoły Koderów, która certyfikat pierwszego stopnia uzyskała w lipcu br.

- W Szpitalu Powiatowym w Goleniowie kodowaniem zajmują się przede wszystkim lekarze z poszczególnych oddziałów – opowiada Lidia **Augustyniak**. – Personel administracyjny natomiast to wszystko weryfikuje na podstawie dokumentacji. Oczywiście, gdy mam wątpliwości muszę je rozwiązać poprzez dyskusję z lekarzem.

Z tym bywa oczywiście różnie. Nie wszyscy lekarze traktują kodera jako partnera do rozmów. Często wciąż nie zauważają, jak istotne wsparcie uzyskują od niego. Wszystko opiera się na dobrej komunikacji.

- Zazwyczaj nie mam większych problemów w komunikacji z lekarzami – dodaje Lidia Augustyniak. – Wszystko zależy od człowieka i jego chęci. Kim jest koder? – zastanawia się nasza rozmówczyni. – Myślę, że powinna to być osoba bardzo blisko współpracująca z lekarzem. Koder powinien mieć rzetelną wiedzę i bardzo dobre umiejętności interpersonalne – dodaje. – Po ukończeniu kursu mam świadomość tego, że moja dotychczasowa wiedza i umiejętności znacznie się poszerzyły. Czuję się teraz profesjonalistką. Nie oznacza to oczywiście, że nie chcę dalej pogłębiać zagadnień koniecznych do wyko-

nywania tego zawodu. Wręcz przeciwnie. Jestem zainteresowana uzyskaniem certyfikatu drugiego stopnia po ukończeniu kursu o poziomie zaawansowanym.

Zycie jednak toczy się swoim torem weryfikując sposób patrzenia na pracownika specjalizującego się w zapewnieniu bezpieczeństwa szpitala.

Wiadomo przecież, że nieprawidłowe rozliczanie udzielonych świadczeń zdrowotnych może skutkować jego zakwestionowaniem. Praktycznie zawsze wiąże się z nałożeniem kary na szpital.

W najgorszym przypadku świadczeniodawca może być oskarżony o chęć wyłudzenia nienależnych środków z NFZ, co skłaniać może Płatnika do ponownej kontroli bądź sprawdzenia, jakie kroki zostały podjęte celem realizacji zaleceń pokontrolnych. Niestety wiele placówek ma takie doświadczenia.

Na szczęście coraz więcej zarządzających szpitalami zdaje sobie sprawę, że wyspecjalizowanie najbardziej kreatywnych i kompetentnych pracowników do wykonywania zawodu kodera po prostu opłaca się każdemu.

Kolejni chętni zgłaszają się do Szkoły Koderów. Druga edycja bowiem już wkrótce.

Szpital na czasie

Z **Ewą Stachowiak**, Kierownikiem Działu Analiz i Rozliczeń Świadczeń Medycznych w Zakładzie Opieki Zdrowotnej MSWiA im. prof. L. Bierkowskiego w Poznaniu rozmawia **Wiesław Adamowicz**

Specyfika pracy szpitala MSWiA.

Dla kogo jest tego rodzaju placówka?

- Cofnijmy się w czasie. Jeszcze parę lat temu szpital resortowy służył wyłącznie pracownikom resortu i członkom ich rodzin. Przez bardzo krótki czas początkowego okresu funkcjonowania kas chorych nie każdy mógł korzystać z leczenia w placówkach resortowych. Ten okres trwał krótko, lecz na tyle długo, że stereotypowe myślenie o możliwości korzystania ze świadczeń szpitali resortowych utrwaliło się. Zatem nasz szpital leczy każdego pacjenta, który się do nas zgłosi. Świadomość społeczeństwa w tym aspekcie wzrosła i każdy kto chce u nas skorzystać ze świadczeń może zapisać się na listę oczekujących.

Wciąż jednak pokutuje taki stan rzeczy w świadomości pacjentów. Co szpital robi aby odczarować i spowodować, że pacjenci będą mieli świadomość powszechnej dostępności do placówki?

Pod koniec 2002 roku rozpoczęliśmy podejmować działania mające na celu pokazanie społeczeństwu, że jesteśmy otwarci na każdego pacjenta. Pierwsze kroki postawiono z inicjatywy naszego Dyrektora Przemysława Daroszewskiego. Była to organizacja „Białych Sobót”. Wyjeżdżaliśmy w

różne miejsca wykonując dla mieszkańców określone badania. Na tych spotkaniach mówiliśmy głośno: „Pacjencie – możesz przyjść do nas”.

Jaki efekt przyniosły „białe soboty”?

Gwałtownie zwiększyła się realizacja kontraktu. Szpital, który w latach 1999 – 2001 miał problem z wykonaniem kontraktu - wystartował. Oczywiście to nie tylko efekt „białych sobót”. To codzienna wyężona praca dyrekcji szpitala oraz pracowników. W ludziach zaczęła zwiększać się świadomość, że ten szpital otwarty jest dla każdego.

Pamięta Pani pierwszą „białą sobotę”?

Tak, oczywiście. Sama nazwa przyniosła od tego, że wyjeżdżaliśmy w różne miejsca zawsze w sobotę.

W tym czasie, ze względu na niedostatek w skrócie, że organizujemy na przykład konferencje naukowe oraz spotkania edukacyjne dla pacjentów. Bardzo dużym zainteresowaniem cieszyło się spotkanie, którego tematem był problem stwardnienia

ku cukrzycy i hiperlipidemii. Wykonywano również badanie EKG. Podczas akcji pracownicy medyczni dwójili się i trojili. Nie oczekiwano tak dużej frekwencji. Pojawilo się wtedy około 80 osób. Pierwsza akcja odbyła się, gdyż zgłoszono taką potrzebę. Przy kolejnych inicjatywach był już Zakład Opieki

**MAGAZYN WIEDZY BEZ REKLAM
I NA TEMAT**



„Najważniejsze jest dobro pacjenta. Lekarz musi leczyć – nie szkodzić. Jednakże w tym wszystkim aspekt ekonomiczny jest również niezwykle istotny”

rozszianego. Nie wiem czy Pan wie ale obejmujemy opieką 230 pacjentów chorych na tę bardzo poważną chorobę. Jeżeli mówimy o aktualnych działaniach nie sposób nie wspomnieć jeszcze o naszych corocznych wrześnieowych spotkaniach ze zdrowiem. Organizujemy je w naszym parku szpitalnym. Zawsze jest bardzo duże zainteresowanie. Bez względu na pogodę. Nasz park zmienia się wówczas bardzo. Powstają punkty medyczne o różnych wycieczkach. Sami organizujemy wycieczki do

chiatra, opieka lekarska i pielęgniarska. Jako szpital stajemy się znaną jednostką nie tylko na terenie Poznania, czy Wielkopolski ale i całego kraju. Brałiśmy na przykład udział w plebiscycie „Eskulap” organizowanym przez „Głos Wielkopolski”. Nasza Klinika Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i

Na ile obecnie - po takich działaniach ze strony szpitala – w placówce pojawiają się osoby spoza resortu?

Aktualnie zdecydowaną większość korzystających z naszej placówki spoza resortu. Jest to jednakże nie jest rozmówca w szpitalu poradyczne w takich w

**ZAMÓW KWARTALNIK „SYSTEM”
NAPISZ NA: SYSTEM@IUZ.ORG.PL
ZADZWOŃ - (22) 745 53 60**

osobę specjalistyczną, leczenie udarów mózgu, rehabilitacja, psy-

osobę specjalistyczną. Zajęcia prowadzili najwybitniejsi specjaliści w tym zakresie. Jestem przekonana – marketing jest bardzo ważny.

tym: i to nie tylko dla mieszkańców naszego regionu. Przyjmujemy pacjentów z całego kraju.

Zmieńmy trochę temat.

Od 1 lipca ambulatoryjną opiekę specjalistyczną rozlicza się w ramach systemu jednorodnych grup pacjentów. Jak Państwa szpital przygotowywał się do tych zmian?

W naszych strukturach mamy szesnaście poradni specjalistycznych: chirurgii ogólnej, okulistyczną, otolaryngologiczną, onkologiczną, urologiczną, urazowo – ortopedyczną, ginekologiczną, chorób płuc, dermatologiczną, neurologiczną, diabetologiczną, endokrynologiczną, chorób naczyń, kardiologiczną, reumatologiczną, nefrologiczną, a także poradnię rehabilitacyjną oraz zdrowia psychicznego. Oczywiście zmiany dotyczące rozliczania według grup JGP dotyczyły poradni realizujących świadczenia Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej. Odpowiednio wcześniej zaczęliśmy przygotowania do czekających nas zmian. Dla nas najważniejsza jest dla wszystkich pacjentów.

Ważnym elementem jest dla nas współpraca z pacjentami. Oczywiście chcemy zwiększyć elastyczność. Nowe Zarządzenia, katalogi to teoria, z którą oczywiście musimy się zapoznać. Są to nowe zasady rozliczania świadczeń, które musimy wprowadzić w życie. Kolejne miesiące – jestem przekonana – przyniosą kolejne zmiany, kolejne nowelizacje. Już przed szkoleniami pojawiało się wiele pytań i wątpliwości. Po szkoleniach tym bardziej. Pamiętam, iż najbardziej burzliwe dyskusje toczyły się na szkoleniu organizowanym przez Płatnika. Wiemy jednak jak to wygląda. Pracujemy na żywym organizmie. Czytając teorie może nam się wydawać, że wszystko jest transparentne. Potem jednak przychodzi konkretny pacjent a udzielone świadczenie musimy konkretnie rozliczyć. I zaczynają się konkretne problemy. To, co

wydawało się wcześniej klarowne może w praktyce przynieść dodatkowe problemy rozliczeniowe.

Pierwszego lipca już minęło. Zmiany zostały wprowadzone i życie zaczęło weryfikację. Jak to wygląda?

Bardzo często spotykam się z lekarzami. Każdy lekarz ma inne odczucia. Przychodzą do mnie i mówią: „Wiesz, to naprawdę nie jest złe”. Inni mówią: „Kompletna porażka... kto to wymyślił”. Korzystamy z pomocy doradców, gdy nie wiemy w jaki sposób sklasyfikować pacjenta. Doświadczenie zdobyte w zakresie rozliczania JGP leczenia szpitalnego powoduje to, że lekarze – w mojej ocenie – bardzo dobrze poradziły sobie z grupami JGP w AOS. Lekarze z paniami i paniami z lekarzami. Świadczą o tym rozmowy. Do tej rozmowy wrócę za parę miesięcy, wtedy będę mogła już dużo więcej w tym aspekcie powiedzieć.

Myślę jednak, że udało nam się radzić sobie dobrze. Do tej rozmowy wrócę za parę miesięcy, wtedy będę mogła już dużo więcej w tym aspekcie powiedzieć.

Jak w Państwa ocenie sprawdza się taki system rozliczania ambulatoryjnej opieki specjalistycznej?

Po miesiącu można zauważyć, że są poradnie udzielające świadczeń wyżej wycenianych punktowo z racji specyfiki poradni. Obserwuje, że poradnie te zaczynają mieć duże przekroczenia w realizacji kontraktu. Są też poradnie, które mogą mieć problemy z wykonaniem kontraktu. W takiej sytuacji – będą musiały one zrealizować kontrakt przyjmując większą ilość pacjentów niż do tej pory. Jednakże jest to początek. Sytuacja – wymaga szczegółowej analizy. Możemy zadać sobie pytanie czy istnieje prawdopodobieństwo, że będą likwidowane takie zakresy, które po prostu nie będą

opłacalne. Niektóre grupy specjalistyczne JGP mają zdefiniowany wymóg wykonania kilku specjalistycznych badań. Moim zdaniem nowy system rozliczania świadczeń ambulatoryjnych jest korzystniejszy dla samego pacjenta. Wcześniej bowiem nie było wskazań, jakie badania powinny zostać zlecone i... bywało z tym różnie. Teraz natomiast jest jasno określone, jakie są warunki konieczne by istniała możliwość rozliczenia udzielonego świadczenia według określonej grupy JGP. To jest początek. Musimy się tego wszystkiego nauczyć. Najważniejsze jest dobro pacjenta. Lekarz musi nie szkodzić. Jednym z aspektów jest

MAGAZYN BEZ REKLAM I NA TEMAT



Ewa Stachowiak
Kierownik Działu Analiz
i Rozliczeń Świadczeń Medycznych
w Zakładzie Opieki Zdrowotnej
MSWiA im. prof. L. Bierkowskiego
w Poznaniu

Beata Jagielska

Zasady kodowania w onkologii

Część druga

Od Redakcji: w czerwcowym numerze kwartalnika „System” opublikowaliśmy pierwszą część materiału dr Beaty Jagielskiej o sposobie rozliczania onkologii w ramach jednorodnych grup pacjentów. Dzisiaj część druga. Tym razem autorka skupia się na rozpoznaniu medycznym w aspekcie obowiązujących przepisów prawnych.

Rozpoznanie medyczne a obowiązujące akty prawne

Ogólne zasady stawiania rozpoznania są określone w obowiązującym Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta Dz.U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417 i Nr 76, poz. 641 oraz z 2010 r. Nr 96, poz. 620).

W § 7 przytoczonego Rozporządzenia czytamy:

- 1) Nazwa i numer statystyczny rozpoznania choroby, problemu zdrowotnego lub urazu są wpisywane w dokumentacji według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta.
- 2) Numer statystyczny, o którym mowa w ust. 1, składa się z pięciu znaków, przy czym po trzech pierwszych znakach czwarty znak stanowi znak kropki. W przypadku gdy rozpoznanie posiada trzyznakowe rozwinięcie należy podać trzy znaki.

W § 19 natomiast wskazano, że: Historia choroby, w części dotyczącej wypisania pacjenta ze szpitala, zawiera:

- 1) rozpoznanie kliniczne składające się z określenia choroby zasadniczej, będącej główną przyczyną hospitalizacji, chorób współistniejących i powikłań;
- 2) numery statystyczne chorób zasadniczych i chorób współistniejących, ustalone według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta;
- 3) opis zastosowanego leczenia, wykonanych badań diagnostycznych i zabiegów oraz operacji, z podaniem numeru statystycznego procedury medycznej, ustalonego według Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych Rewizja Dziesiąta;
- 4) epikryzę;
- 5) adnotację o przyczynie i okolicznościach wypisania ze szpitala;
- 6) datę wypisu.

Przytoczone normy prawne jasno wskazują, że na lekarza nałożony został obowią-

zek posługiwania się Klasyfikacją Kodów ICD-10.

W przypadku wystawiania karty informacyjnej z pobytu szpitalnego należy pamiętać, że rozpoznanie powinno być napisane w języku polskim z wyłączeniem w art. 9 ust. 4 ustawy, który dopuszcza posługiwanie się językiem łacińskim.

Zasady kodowania a finansowanie usług medycznych

Finansowanie usług medycznych oparte jest o ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, która określa zasady i tryb finansowania usług medycznych, jak również funkcjonowanie, zasady działania i tryb finansowania usług przez NFZ. Reguluje kwestie prawne i zasady współpracy z jednostkami organizacyjnymi ochrony zdrowia.

Zasady kodowania zarówno rozpoznania jak też procedur medycznych wynikają

z obowiązujących zarządzeń Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia i są podstawą do zawarcia umów na świadczenie usług medycznych. Należy pamiętać, że sprawozdając świadczenia medyczne, w tym również onkologiczne obowiązują następujące zasady:

- wykazujemy wszystkie wykonane procedury istotne z punktu widzenia postępowania medycznego
- zabiegi, które mają istotny wpływ na koszt pobytu pacjenta w szpitalu
- na pierwszym miejscu wykazujemy procedury terapeutyczne (chirurgiczne), w następnej kolejności procedury diagnostyczne
- jeżeli dwa lub więcej zabiegów są tak samo związane z głównym rozpoznaniem, jako pierwszy wykazujemy ten, który był wcześniej wykonany
- jeżeli dwa zabiegi wystąpiły równocześnie, najpierw kodujemy ten, który wiązał się z usunięciem tkanki lub organu

Realizując świadczenia szpitalne musimy pamiętać o ważnej definicji wskazanej przez NFZ:

Hospitalizacja – całodobowe udzielanie 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**. Hospitalizacja obejmuje: kwalifikację do leczenia szpitalnego, badania diagnostyczne i terapię zlecone przez lekarza oraz profilaktykę, pielęgnację i rehabilitację, niezbędne w toku leczenia, **jak również wszelkie świadczenia związane z pobytem pacjenta w oddziale/oddziałach szpitalnych**, w tym usługę transportu sanitarnego.

Problem z interpretacją definicji hospitalizacji powoduje, że kodowane są procedury, które nie mają bezpośredniego związku z pobytem pacjenta w szpitalu albo te, które nie były leczone. Prowadzi to do błędnego wyznaczania grup. Alternatywnym pobytem jest leczenie jednego dnia polegającym na udzielaniu świadczeń o charakterze zabiegowym lub zachowawczym w trybie planowym w zespole szpitalnym.

dnia lub zespole opieki dziennej, spełniającym wymagania określone w odrębnych przepisach. Jego celem jest przeprowadzenie u pacjenta określonego postępowania leczniczego lub diagnostycznego z intencją wypisania go w ciągu 24 godzin, lub też hospitalizacja w trybie planowym. Kwalifikacja do świadczeń rozliczanych w systemie grup jednorodnych także dotycząca chorych na nowotwory polega na prawidłowym określeniu rozpoznania medycznego, wskazaniu wykonanych procedur medycznych co przekłada się w konsekwencji na wybór grupy z katalogu JGP.

W zakresie onkologii przypisanych jest szereg grup dotyczących bezpośrednio dedykowanych leczenia nowotworów. Należy mieć na uwadze, że jeżeli leczenie związane jest z nowotworem złośliwym, całodobowe udzielanie świadczeń w trybie planowym w zamkniętym zakładzie opieki zdrowotnej spełniającym wymagania określone w odrębnych przepisach, jest przeprowadzane w trybie planowym.

Poniżej wskazano przykładowe

Kod grupy	Nazwa grupy	Wartość punktowa - hospitalizacja	Wartość punktowa - ambulatoryjne
A34	Guzy mózgu	85	
D28	Choroby nowotworowe układu oddechowego i klatki piersiowej	76	
J08	Choroby piersi złośliwe	35	38

Należy zwrócić uwagę, że w listach rozpoznań wskazanych grup znajdują się jednostki zarówno z zakresu C tj. nowotworów złośliwych, ale również rozpoznania o nieokreślonym charakterze, bądź też niezłośliwe – zakres D.

Oznacza to, że należy bardzo precyzyjnie przeanalizować sytuację kliniczną pacjenta tak, aby prawidłowo przypisać rozpoznanie.

Niemniej jednak należy pamiętać, że rozpoznania z zakresu D możemy posiadać w przypadku wykonania badania cytologicznego lub histopatologicznego. Gdy przyczyną choroby jest przerzutów jako rozpoznania należy wskazać lokalizację przerzutów nowotworowych, pomimo tego, że pierwot-

nej hospitalizacji realizowane są w trybie planowym. Wskazując na leczenie mające na celu zastosowanie chemioterapii lub radioterapii należy kierować się następującymi zasadami przy kodowaniu rozpoznań.

PRZECZYTAJ CAŁY KWARTALNIK I NAPISZ NA:

Zasady kodowania i rozliczania świadczeń podczas hospitalizacji, w czasie której wykonano świadczenia z katalogu grup, radioterapii i chemioterapii.

Gdy w trakcie hospitalizacji zdiagnozowano chorobę nowotworową oraz zastosowano leczenie objawowe bądź operacyjne i rozpoczęto leczenie radioterapią lub chemioterapią, ewentualnie stosowano obie metody – do rozliczenia należy przedstawić następujące rozpoznania.

- Rozpoznanie zasadnicze: Kod oraz nazwa leczonej (rozpoznanej) choroby nowotworowej
- Rozpoznanie współistniejące: Kod terapii w zależności od kolejności zastosowania.

W sytuacji, gdy kod choroby zasadniczej dotyczy przerzutów należy również wskazać kod pierwotnego nowotworu. Należy jednak pamiętać, że podanie substancji czynnej wiąże się ze wskazaniem zgodnego kodu nowotworu pierwotnego według załącznika 1f.

PRZYKŁAD

Pacjent chory na raka jądra przyjęty do oddziału onkologii z powodu zaburzeń widzenia i napadów drgawkowych. W trakcie diagnostyki rozpoznano przerzut do mózgu. Chory został przyjęty do oddziału neurologii. Przewidywane leczenie

ROZLICZANIE ŚWIADCZENIA

Grupa zachowawcza lub zabiegowa (zależnie od rodzaju świadczenia) z katalogu grup (załącznik 1f).
Po umieszczeniu świadczenia w

**ZAMÓW KWARTALNIK „SYSTEM”
NAPISZ NA: SYSTEM@IUZ.ORG.PL
ZADZWOŃ - (22) 745 53 60**

Ścisłe reguły ekonomii wkroczyły do medycyny na dobre. W każdym zakładzie opieki zdrowotnej obowiązują określone zasady finansowania świadczeń.

Nie zapominajmy jednak o adresacie naszych świadczeń, czyli o chorym. Postępujmy tak, aby sentencja Hipokratesa: „Jest wielkim błędem naszego czasu, że lekarze oddzielają duszę od ciała” nie stała się prawdą naszych czasów.



Beata Jagielska
E-mail: Beata.Jagielska@iuz.org.pl

Doktor nauk medycznych z zakresu onkologii klinicznej i chorób wewnętrznych.

Anna Moczulska

JGP w ginekologii

hospitalizacje krótkoterminowe

Mając na uwadze prawidłowość rozliczania świadczeń z zakresu ginekologii należy kierować się zapisami Zarządzeń wydawanych przez Płatnika tj. Narodowy Fundusz Zdrowia.

Kluczową kwestią staje się decyzja dotycząca miejsca wykonania danego świadczenia. Jest ona oczywiście zależna od wielu czynników. Zaczynając od stanu zdrowia pacjentki, rodzaju zabiegu jaki chcemy wykonać, rozpoznanej jednostki chorobowej, a kończąc na kosztach jakie poniesie szpital realizując planowany proces diagnostyczno-terapeutyczny.

Wprowadzony do AOS system rozliczania świadczeń w JGP nałożył kolejne obostrzenia dotyczące możliwości realizacji pobytów typowo diagnostycznych, krótkoterminowych oraz małoinwazyjnych w ramach leczenia szpitalnego.

Zarządzenia Prezesa NFZ jasno precyzują, że za zasadne należy uznać jedynie takie hospitalizacje których cel leczenia nie mógł być osiągnięty przez leczenie ambulatoryjne. Ponadto, każdorazowe wykonywanie w leczeniu szpitalnym procedur, które znajdują się w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, musi wynikać ze wskazań medycznych.

Należy pamiętać o tym, że kosztowność wy-

będzie z wyższym przychodem dla szpitala. Zakres ginekologii bowiem został bardzo precyzyjnie określony w katalogach świadczeń ambulatoryjnych.

Katalog grup jednorodnych leczenia szpitalnego z zakresu chorób żeńskiego układu rozrodczo-rodniczego i innych charaktero-

**CZYTAJ CAŁY ARTYKUŁ W KWARTALNIKU „SYSTEM”
MAGAZYNIE BEZ REKLAM I NA TEMAT**

DO NAJCZĘŚCIEJ WSKAZYWANYCH W ROZLICZENIACH GRUP HOSPITALIZACJI KRÓTKOTERMINOWYCH NALEŻĄ:

ZABIEGOWE

kod grupy	kod produktu	nazwa grupy	wartość punktowa - hospitalizacja
M03	5.51.01.0012003	Średnie zabiegi dolnej części układu rozrodczego *	26
M04	5.51.01.0012004	Małe zabiegi dolnej części układu rozrodczego *	13
M14	5.51.01.0012014	Średnie zabiegi górnej części układu rozrodczego *	47
M15	5.51.01.0012015	Małe zabiegi górnej części układu rozrodczego *	18

ZACHOWAWCZE

kod	kod produktu	nazwa grupy	wartość punktowa - hospitalizacja
M16	5.51.01.0012016	Zagrażające lub dokonane poronienie, zakończenie ciąży obumarłej	28
M18	5.51.01.0012018	Leczenie zachowawcze dolnej części układu rozrodczego	18
M19	5.51.01.0012019	Leczenie zachowawcze zaburzeń statyki narządu rodneho	18
M26	5.51.01.0012026	Leczenie zachowawcze górnej części układu rozrodczego	20
M30	5.51.01.0012030	Leczenie zachowawcze w innych chorobach układu rozrodczego	30

Z uwagi na wyższą wycenę grup o charakterze zachowawczym, zdarza się, że pomimo wykonanych znaczących procedur zabiegowych, nie są one wykazywane. Sprawozdana grupa zachowawcza jest zatem nieprawidłowa. Takie postępowanie prowadzić może do zakwestionowania rozliczeń podczas kontroli.

Najczęściej spotykanym NIEPRAWIDŁOWYM przypadkiem w oddziałach ginekologii, jest rozliczanie pobytów z wyłączeniem z zachowawczym.

W przypadku pacjentki hospitalizowanej na oddziale bez wskazań, równoznaczne jest to z tym, że zajmuje łóżko szpitalne, tym samym szpital ponosi dodatkowe koszty.

Odstępstwem od reguły, uprawniającym do rozliczenia pobytu typowo zabiegowego grupą zachowawczą jest możliwe, gdy historia choroby (adnotacje lekarskie, wy-

niki badań, itp.) ewidentnie wskazują na wyższość leczenia zachowawczego, nad wykonanymi procedurami zabiegowymi.

Ponadto, należy zwrócić uwagę, że katalog grup jednorodnych wycenia poszczególne hospitalizacje zachowawcze w przypadku, gdy czas pacjenta w szpitalu był krótszy niż 2 dni. W praktyce częściej się przypadki niezachowawczego leczenia pacjentki.

W tym miejscu po raz kolejny warto podkreślić istotę dokumentacji medycznej. Kontrolerzy NFZ nie podważają przecież samego postępowania medycznego. O ile zatem

lekarz widzi konieczność wykonania określonych badań diagnostycznych w ramach oddziału szpitalnego, a wskazania te zostały opisane w historii choroby pacjentki – rozliczenie pobytu nie powinno budzić wątpliwości.

W tym miejscu po raz kolejny warto podkreślić istotę dokumentacji medycznej. Kontrolerzy NFZ nie podważają przecież samego postępowania medycznego. O ile zatem lekarz widzi konieczność wykonania określonych badań diagnostycznych w ramach oddziału szpitalnego, a wskazania te zostały opisane w historii choroby pacjentki – rozliczenie pobytu nie powinno budzić wątpliwości. Często zapominamy, że hospitalizacje w których NFZ określa górną granicę czasu pobytu są również ograniczeniem zakresu czynności diagnostyczno-terapeutycznych. Jeśli bowiem pacjentka wymaga dłuższego pobytu, to najczęściej główny problem zdrowotny stanowi podstawę do wyznaczenia grupy, a nie zastosowana technologia diagnostyczna czy zabiegowa.

MAGAZYN BEZ REKLAM I NA TEMAT

Beata Jagielska

Zasady rozliczania diagnostyki i leczenia raka gruczołu krokowego

Finansowanie usług medycznych oparte jest o ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych określa zasady i tryb finansowania usług medycznych jak również funkcjonowanie, zasady działania i tryb finansowania usług przez NFZ. Reguluje kwestie prawne i zasady współpracy z jednostkami organizacyjnymi ochrony zdrowia.

Natomiast już ponad od 2 lat rozliczanie świadczeń zdrowotnych odbywa się w oparciu o zupełnie nowy system rozliczeniowy. Jest nim system jednorodnych grup pacjentów (JGP) wywodzący się z systemu brytyjskiego DRG. Podstawą prawidłowego rozliczenia jednorodnej grupy jest właściwe wskazanie rozpoznania zasadniczego i/lub

procedury medycznej. Powyższe zasady finansowania obejmują również rozliczanie świadczeń związanych z diagnostyką i leczeniem chorób nowotworowych.

Poniżej zamieszczono w oparciu o rekomendacje NCCI oraz EAU dotyczące leczenia raka gruczołu krokowego, zasady sprawozdawania świadczeń medycznych związanych z diagnostyką i leczeniem nowotworów gruczołu krokowego*.

Diagnostyka

We wczesnych stadiach zaawansowania raka gruczołu krokowego (RGK) chorzy najczęściej nie zgłaszają dolegliwości. Tylko niektórzy podają zaburzenia czynności układu moczowego. Niejednokrotnie powodem konsultacji lekarskiej są zatrzymanie moczu lub bóle kostne, które są pierwszym objawem choroby zaawansowanej lub rozsianej.

Najczęściej wspomniane dolegliwości są powodem zgłoszenia tych chorych do Poradni Urologicznej. W tym miejscu należy podkreślić, że na podstawie obowiązującego rozporządzenia Ministra Zdrowia, chory powinien posiadać skierowanie do AOS /

do poradni urologicznej wystawione przez lekarza POZ lub innego specjalistę/.

Należy zaznaczyć, że powyższa sytuacja dotyczy najczęściej chorych, którzy zgłaszają się z problemem zdrowotnym, który do tej pory nie był rozwiązywany. Skutkuje to koniecznością rozliczenia świadczenia kompleksowego: "świadczenia specjalistyczne kompleksowe mogą być rozliczane w przypadku udzielania świadczeń świadczeniobiorcom zgłaszającym się po raz pierwszy z problemami zdrowotnymi wcześniej niezwiązanymi, których nie można było zidentyfikować w trak-

cji poprzedniej wizyty". Wskazuje to na konieczność rozliczenia świadczenia kompleksowego.

Wskazuje to na konieczność rozliczenia świadczenia kompleksowego.

Wskazuje to na konieczność rozliczenia świadczenia kompleksowego.

Wskazuje to na konieczność rozliczenia świadczenia kompleksowego.

* NCCN Clinical Practice Guidelines In Oncology v3 2010 Prostate Cancer Panel Members: Guidelines on Prostate Cancer A. Heidenreich (chairman), M. Bolla, S. Jaglal, M.D. Mason, V. Matveev, N. Mottet, H-P. Schmid, T.H. van der Kwast, T. Wiegel, F. Zattoni European Association of Urology 2011

L45 Endoskopowe zabiegi gruczołu krokowego lub pęcherza moczowego g wymagane wskazanie procedury z listy procedur L45, procedury z listy dodatkowej L2 oraz rozpoznania zasadniczego z listy dodatkowej L1
ICD-9
59.721 Implantacja kolagenu do moczowodu i/ lub pęcherza moczowego
59.722 Endoskopowe wstrzyknięcie implantu do moczowodu i/ lub pęcherza moczowego
59.723 Implantacja tkanki tłuszczowej do moczowodu i/ lub pęcherza moczowego
60.111 Wielopunktowa przezodbytnicza biopsja gruczołu krokowego – wizyta
60.611 Wyścieżenie zmian w gruczole krokowym – dalszego postępowania i ocena wyników
60.811 Diagnostyka obrazowa gruczołu krokowego – wizyta specjalistyczna typu III
60.911 Wykrywanie zmian w gruczole krokowym – wizyta specjalistyczna typu III
60.921 Wykrywanie zmian w gruczole krokowym – wizyta specjalistyczna typu III
60.931 Wykrywanie zmian w gruczole krokowym – wizyta specjalistyczna typu III
60.941 Wykrywanie zmian w gruczole krokowym – wizyta specjalistyczna typu III
60.951 Wykrywanie zmian w gruczole krokowym – wizyta specjalistyczna typu III
60.961 Wykrywanie zmian w gruczole krokowym – wizyta specjalistyczna typu III
60.971 Wykrywanie zmian w gruczole krokowym – wizyta specjalistyczna typu III
60.981 Wykrywanie zmian w gruczole krokowym – wizyta specjalistyczna typu III
60.991 Wykrywanie zmian w gruczole krokowym – wizyta specjalistyczna typu III

Poniżej przedstawiono schemat rozliczenia świadczeń związanych z diagnostyką w kierunku RGK

- I wizyta – badanie lekarskie zlecenie badania USG gruczołu krokowego i badania ogólne, usg trzonka moczowego
- II wizyta – rozmowa z lekarzem o wynikach badania USG i badania ogólne, USG trzonka moczowego

MAGAZYN BEZ REKLAM I NA TEMAT

- III wizyta – rozmowa z lekarzem o wynikach badania USG i badania ogólne, USG trzonka moczowego, dalszego postępowania i ocena wyników badania USG i badania ogólne, USG trzonka moczowego
- IV wizyta specjalistyczna typu III

W sytuacji bólów kostnych należy wykonać scyntygrafię kości, czasem dodatkowo rtg kości i/lub MR (najczęściej odcinka kręgosłupa). Procedury te są rozliczane w ramach świadczeń – kosztochłonnych (MR lub scyntygrafia) lub w ramach AOS/ rtg/.

Postępowanie terapeutyczne

U chorych bezobjawowych, z przewidywanym czasem przeżycia poniżej 10 lat oraz przy braku niekorzystnych czynników prognostycznych (rak niskiego ryzyka progresji) zazwyczaj przyjmuje się postawę wyczekującą czyli prowadzi się aktywna obserwacja.

Na tym etapie świadczenia medyczne rozliczane będą w ramach świadczenia specjalistycznego (badanie per rectum i PSA wykonywane najczęściej co 6 m-cy).

U młodych chorych z grupy niskiego ryzyka jest rozważane leczenie radykalne – zabieg operacyjny lub radioterapia.

Rozliczenie zabiegu operacyjnego odbywa się w ramach umowy leczenia szpitalnego w zakresie urologii lub chirurgii onkologicznej.

W Świadczenia specjalistyczne
W01 Świadczenie pohospitalizacyjne zgodnie z definicją świadczenia
W11 Świadczenie specjalistyczne 1-go typu zgodnie z definicją świadczenia
W12 Świadczenie specjalistyczne 2-go typu konieczne wykazanie co najmniej 3 procedur z listy W1 lub jednej procedury z listy W2
W13 Świadczenie specjalistyczne 3-go typu konieczne wykazanie co najmniej 2 procedur z listy W2 lub jednej procedury z listy W3
W14 Świadczenie specjalistyczne 4-go typu konieczne wykazanie co najmniej 2 procedur z listy W3 lub co najmniej jednej procedury z listy W4
W21 Świadczenie kompleksowe 1-go typu zgodnie z definicją świadczenia
W22 Świadczenie kompleksowe 2-go typu konieczne wykazanie co najmniej 3 procedur z listy W1 oraz 3 procedur z listy W2
W23 Świadczenie kompleksowe 3-go typu konieczne wykazanie co najmniej 3 procedur z listy W1 oraz co najmniej 4 procedur z listy W2 lub

konieczne wykazanie co najmniej 3 procedur z listy W1 oraz 1 procedur z listy W3
W24 Świadczenie kompleksowe 4-go typu konieczne wykazanie co najmniej 3 procedur z listy W1 oraz co najmniej 3 procedur z listy W3 lub lub konieczne wykazanie co najmniej 3 procedur z listy W1 oraz co najmniej 1 procedury z listy W4
W31 Porada udzielana w miejscu pobytu świadczeniobiorcy zgodnie z definicją porady

362	L31	5.51.01.0011031	Radykalna prostatektomia *	160
363	L32	5.51.01.0011032	Otwarte zabiegi gruczołu krokowego i szyi pęcherza moczowego *	102
364	L43	5.51.01.0011043	Przecewkowa resekcja gruczołu krokowego *	70

* W projekcie rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej przekazanego do uzgodnień zewnętrznych w dniu 4 sierpnia 2011 roku znajduje się propozycja włączenia procedury 60.111 Biopsja stercza przez odbytniczą wielomiejscowa (pod kontrolą usg)

L31 Radykalna prostatektomia

e wymagane wskazanie procedury z listy procedur L31 oraz rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań L31

ICD-9

60.5 Prostatektomia radykalna

ICD-10

C61 Nowotwór złośliwy gruczołu krokowego

D07.5 Rak in situ (gruczoł krokowy)

D29.1 Nowotwór niezłośliwy (gruczoł krokowy)

D40.0 Nowotwór o nieokreślonym charakterze (gruczoł krokowy)

L32 Otwarte zabiegi gruczołu krokowego i szyi pęcherza moczowego

a grupa bazowa

ICD-9

60.3 Prostatektomia/ adenomektomia natłonowa

60.4 Prostatektomia zabonowa

60.621 Kriobłabacja

60.622 Kriochirurgia

60.623 Krioterapia

60.624 Kriochirurgia

60.625 Kriochirurgia

60.626 Kriochirurgia

60.627 Kriochirurgia

60.628 Kriochirurgia

60.629 Kriochirurgia

60.630 Kriochirurgia

60.631 Kriochirurgia

60.632 Kriochirurgia

60.633 Kriochirurgia

60.634 Kriochirurgia

60.635 Kriochirurgia

60.636 Kriochirurgia

60.637 Kriochirurgia

60.638 Kriochirurgia

60.639 Kriochirurgia

60.640 Kriochirurgia

60.641 Kriochirurgia

60.642 Kriochirurgia

60.643 Kriochirurgia

60.644 Kriochirurgia

60.645 Kriochirurgia

60.646 Kriochirurgia

60.647 Kriochirurgia

60.648 Kriochirurgia

60.649 Kriochirurgia

60.650 Kriochirurgia

60.651 Kriochirurgia

60.652 Kriochirurgia

60.653 Kriochirurgia

60.654 Kriochirurgia

60.655 Kriochirurgia

60.656 Kriochirurgia

60.657 Kriochirurgia

60.658 Kriochirurgia

60.659 Kriochirurgia

60.660 Kriochirurgia

60.661 Kriochirurgia

60.662 Kriochirurgia

60.663 Kriochirurgia

60.664 Kriochirurgia

60.665 Kriochirurgia

60.666 Kriochirurgia

60.667 Kriochirurgia

Kwalifikacja do świadczeń rozliczanych w systemie grup jednorodnych także dotycząca chorych na nowotwory polega na prawidłowym określeniu rozpoznania medycznego, wskazaniu wykonanych procedur medycznych, co przekłada się w konsekwencji na wybór grupy z katalogu JGP lub rozliczenie świadczenia w oparciu o inne zawarte przez świadczeniodawcę umowy.

W sytuacji podjęcia decyzji o leczeniu napromienianiem należy podjąć decyzję czy leczenie może być realizowane w ramach hospitalizacji.

Należy zaznaczyć w formularzu z dnia

Rozliczenie pobytu chorego

w szpitalu, u którego realizujemy procedurę leczenia napromienianiem, powinno odbyć się w oparciu o hospitalizację do teleradioterapii.

43	5.52.01.0001471	Hospitalizacja do teleradioterapii - w oddziale radioterapii/ onkologii klinicznej
----	-----------------	--

28	5.52.01.0001440	Hospitalizacja do teleradioterapii
----	-----------------	------------------------------------

27	5.52.01.0001439	Hospitalizacja do brachyterapii
----	-----------------	---------------------------------

26	5.52.01.0001438	Hospitalizacja do terapii
----	-----------------	---------------------------

**PRZECZYTAJ CAŁY ARTYKUŁ - ZAMÓW
KWARTALNIK „SYSTEM”
NAPISZ NA: SYSTEM@IUZ.ORG.PL**

Tak jak wcześniej wzmiankowano zasady kodowania zarówno rozpoznań jak procedur medycznych wynikają z obowiązujących zarządzeń Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia i są podstawą do zawarcia umów na świadczenie usług medycznych.

W ramach hospitalizacji mogą być rozliczona wyłącznie w dniach związanych z planowaniem i leczeniem radioterapia/ brachyterapia. Dodatkowo niezbędne jest wskazanie procedury do radioterapii/ brachyterapii.

Leczenie radykalne /operacyjne lub napromienianie /wskazane jest również u chorych o rokowaniu pośrednim /u chorych z przewidywanym czasem przeżycia poniżej 10 lat zaleca się indywidualizację postępowania/ oraz u chorych z grupy wysokiego ryzyka.

Leczenie systemowe stosowane jest u chorych z pierwotnie zaawansowanym rakiem gruczołu krokowego i szacunkowym czasem przeżycia poniżej 10 lat oraz u chorych z obecną cechą M+ także w przypadku nawrotu choroby po leczeniu radykalnym.

W ramach hospitalizacji mogą być rozliczona wyłącznie w dniach związanych z planowaniem i leczeniem radioterapia/ brachyterapia. Dodatkowo niezbędne jest wskazanie procedury do radioterapii/ brachyterapii.

Leczenie radykalne /operacyjne lub napromienianie /wskazane jest również u chorych o rokowaniu pośrednim /u chorych z przewidywanym czasem przeżycia poniżej 10 lat zaleca się indywidualizację postępowania/ oraz u chorych z grupy wysokiego ryzyka.

Leczenie systemowe

Leczenie systemowe stosowane jest u chorych z pierwotnie zaawansowanym rakiem gruczołu krokowego i szacunkowym czasem przeżycia poniżej 10 lat oraz u chorych z obecną cechą M+ także w przypadku nawrotu choroby po leczeniu radykalnym.

Podstawą leczenia systemowego jest hormonoterapia. U chorych z cechą M+ zaleca się wstępną kurację antyandrogenową trwającą ok. 10- 14 dni a następnie terapię analogami LHRH. Alternatywnie może być stosowana kastracja chirurgiczna. Hormonoterapia powinna być rozliczana w ramach świadczenia specjalistycznego. Podanie analogu LHRH / lek ordynowany na receptę refundowaną/ może być podany w gabinecie zabiegowym AOS w ramach tego samego świadczenia. W sytuacji, gdy stosujemy kombinację hormonoterapii (np. całkowita blokada androgenowa z bicalutamidem), należy pamiętać, że bicalutamid znajduje się w katalogu substancji czynnych stosowanych w chemioterapii, co umożliwia rozliczenie tego produktu w ramach umowy chemioterapia. W tej sytuacji wskazujemy do rozliczenia świadczenie: porada ambulatoryjna związana z chemioterapią oraz wydaną ilość substancji czynnej /chory w dokumentacji medycznej powinien posiadać odbiór leku/.

Wymagane

rozporządzenia

sie

dop

nastę

1) rów

w dz

leczen

specjali

w zakre

układu m

specjalista

– w zakre

nych, lub lekar

ginekologii onk

leczenia nowotw

wych kobiecych lub

2) równoważnik 1 etatu: lekarz specjalista

w dziedzinie radioterapii lub radio-

terapii onkologicznej, lub chirurgii

onkologicznej – w zakresie leczenia

skojarzonego, tzn. jednoczesnej chemioradioterapii lub w połączeniu chemioterapii i leczenia operacyjnego – pod warunkiem zapewnienia stałego konsultanta – specjalisty onkologii klinicznej, lub

- 3) równoważnik 1 etatu: lekarz specjalista w dziedzinie onkologii klinicznej lub lekarz specjalista w dziedzinie chemioterapii nowotworów, lub lekarz specjalista w dziedzinie hematologii, lub lekarz specjalista w dziedzinie hematologii i onkologii dziecięcej

W sytuacji oporności na leczenie hormonalne /zaleca się oznaczenie poziomu testosteronu/ można rozważyć leczenie cytostatykami. Standardowym postępowaniem jest w tych sytuacjach terapia oparta na docetakselu podawanym w dawkach co 3 tygodnie.

Sprawy

Świadczenia podstawowe opisane są w załączniku do zarządzenia 66 Zarządzenie Nr 66/2009/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 3 listopada 2009 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapia z późniejszymi zmianami.

W sytuacji dalszej progresji po chemioterapii docetakselu można rozważyć drugiego

**CZYTAJ CAŁOŚĆ -
NOWY KWARTALNIK
ZADZWOŃ I ZAMÓW**

nowotworu grupy otrzymującej docetakselu, odpowiednio 2,8 (2,4-3,0) miesiąca vs 1,4 (1,4-1,7) miesiąca, HR (95%CI) 0,74 (0,64-0,86), p<0,0001 oraz odnotowano znacznie większy odsetek odpowiedzi guza wynoszący 14,4% (95%CI: 9,6-19,3) u pacjentów otrzymujących produkt leczniczy kabazytaksel w porównaniu do 4,4% (95%CI: 1,6-7,2) u pacjentów w grupie mitoksantronu, p=0,0005.

Zasady realizacji świadczenia niestandardowa chemioterapia opisane są w wytycznych stosowania świadczenia „CHEMIOTERAPIA NIESTANDARDOWA”

1. Świadczenie „chemioterapia niestandardowa” jest procedurą podania leku w terapii nowotworów realizowaną z wykorzystaniem substancji, które nie znajdują się w katalogu substancji czynnych stosowanych w chemioterapii nowotworów (załącznik nr 1f część A), lub gdy substancji czynnej zawartej w katalogu (załącznik nr 1f część B), nie można rozliczyć w systemie sprawozdawczo – rozliczeniowym zgodnie z przyporządkowanym kodem ICD-10.

2. Realizacja świadczenia musi być poprzedzona pozytywnie zaopiniowanym przez właściwego konsultanta wojewódzkiego (odpowiednio: w dziedzinie onkologii klinicznej, hematologii, hematookologii dziecięcej albo ginekologii onkologicznej) wnioskiem dyrektora podmiotu udzielającego świadczenia, skierowanym do dyrektora Oddziału Funduszu, którego wzór stanowi załącznik 2 do z opisu świadczenia, zawierającym:

1) pozytywną opinię zespołu kwalifikującego, w skład którego wchodzi: Dyrektor ds. Medycznych (lub w przypadku jego braku, Dyrektor podmiotu udzielającego świadczenia), Dyrektor Ekonomiczny/Główny Księgowy i Odnynator oddziału wnoszącego o terapię, lub osoby przez nich upoważnione,

2) potwierdzenie pozytywnej odpowiedzi pacjenta na terapię – dotyczy kontynuacji terapii niestandardowej.

Dodatkowo, dla leków stosowanych niezgodnie z wskazaniami Produktu Leczniczego, a w oparciu o dane naukowe, w tym zaleceniami aktualnej wiedzy naukowej, należy dołączyć:

3) dokumenty (literaturę) potwierdzające skuteczność i bezpieczeństwo stosowania leku w konkretnym przypadku choroby.

4. Świadczeniodawca składa wniosek o „chemioterapię niestandardową” wraz z załącznikami do właściwego terytorialnie względem siedziby świadczeniodawcy Oddziału Funduszu.

5. Świadczeniodawca, który złożył wniosek niekompletny, bez wymaganych załączników – lub bez wersji elektronicznej – jest zobowiązany do jego uzupełnienia, maksymalnie w ciągu 7 dni od daty poinformowania przez Oddział Funduszu o brakach, przed przeprowadzeniem weryfikacji i wydaniem zgody na finansowanie świadczenia przez Oddział Funduszu. Wnioski nieuzupełnione zwracane są świadczeniodawcy w ciągu 14 dni od daty poinformowania o brakach przez Oddział Funduszu.

6. W przypadku zastosowania produktu leczniczego poza wskazaniami rejestracyjnymi świadczeniodawca zobowiązany jest do:

1) wcześniejszego sprawdzenia czy istnieją inne opcjonalne sposoby postępowania o udowodnionej efektywności klinicznej w danym wskazaniu,

2) prowadzenia monitorowania stanu zdrowia pacjenta; we wszystkich

przypadkach nowe informacje dotyczące efektywności leku oraz stanu zdrowia pacjenta powinny zostać zapisane.

3) po uzyskaniu zgody dyrektora Oddziału Funduszu, świadczeniodawca jest zobowiązany pozyskać pisemną zgodę pacjenta na zastosowanie terapii lekiem poza wskazaniami rejestracyjnymi, którego wzór określa załącznik nr 3 do opisu świadczenia. Zgoda powinna być dołączona do indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta.

7. Udzielanie świadczeń „chemioterapii niestandardowej” nie powinno ograniczać dostępności do świadczeń standardowych realizowanych w ramach umowy w rodzaju: leczenie szpitalne – programy terapeutyczne.

8. Warunkiem niezbędnym do rozliczenia świadczenia „chemioterapia niestandardowa” jest uzyskanie pisemnej akceptacji dyrektora Oddziału Funduszu oddzielnie dla każdego wniosku świadczeniodawcy.

9. Akceptacja wniosku na „chemioterapię niestandardową” przez dyrektora Oddziału Funduszu dotyczy okresu czasu określonego w wniosku, w tym: cykli trwania leczenia. Maksymalny okres czasu określony w szczególowej sprawie wnioskowej nie może przekroczyć 12 miesięcy.

CAŁY ARTYKUŁ PRZECZYTAJ W PAPIEROWEJ WERSJI KWARTALNIKA „SYSTEM” ZADZWOŃ I ZAMÓW - (22) 745 53 60

10. Wniosek o świadczenie „chemioterapia niestandardowa” oddzielnie dla każdego wniosku świadczeniodawcy.

11. Wniosek o świadczenie „chemioterapia niestandardowa” oddzielnie dla każdego wniosku świadczeniodawcy, w tym: cykli trwania leczenia. Maksymalny okres czasu określony w szczególowej sprawie wnioskowej nie może przekroczyć 12 miesięcy.

12. Wniosek o świadczenie „chemioterapia niestandardowa” oddzielnie dla każdego wniosku świadczeniodawcy, w tym: cykli trwania leczenia. Maksymalny okres czasu określony w szczególowej sprawie wnioskowej nie może przekroczyć 12 miesięcy.

13. W ramach świadczenia chemioterapia niestandardowa nie może być finansowana substancja czynna w tym samym wskazaniu, w którym jest finansowane w innym programie terapeutycznym lub wykazie substancji czynnych stosowanych w chemioterapii.

14. Akceptacja realizacji świadczenia chemioterapia niestandardowa przez dyrektora oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia następuje na podstawie złożonego wniosku, po spełnieniu warunków zawartych w rekomendacji Agencji Oceny Technologii Medycznych. Jeżeli świadczeniobiorca został zakwalifikowany do kategorii medycznej „przypadek pilny”, w przypadku braku rekomendacji Agencji Oceny Technologii Medycznych, następuje akceptacja warunkowa realizacji świadczenia chemioterapia niestandardowa przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, po przeprowadzeniu postępowania, o którym mowa w pkt. 2-4 (w takim przypadku dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia przekazuje niezwłocznie wniosek, o którym mowa w pkt 2, do ministra właściwego do spraw zdrowia w celu wydania rekomendacji Agencji Oceny Technologii Medycznych. Akceptacja warunkowa wniosku obowiązuje do momentu wydania rekomendacji przez Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych).

JGP

w pytaniach i odpowiedziach

Po publikacji pierwszej części pytań i odpowiedzi związanych z JGP otrzymaliśmy dużo pytań adresowanych do autorki materiału. Zapewniamy, że żadne z nich nie pozostało bez odpowiedzi. Te najważniejsze, będziemy publikować na łamach kwartalnika. Dziękujemy i zachęcamy do kontaktu z redakcją.



Tutaj odpowiadam na pytania Czytelników dotyczące rozliczania świadczeń zdrowotnych.

Anna Moczulska
Ekspert ds. rozliczania świadczeń
E-mail: Anna.Moczulska@iuz.org.pl

Czy skierowanie na świadczenia kosztochłonne może wystawić lekarz z oddziału?

W § 17 Zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 czerwca 2011 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna sprecyzowano tę kwestię:

Ambulatoryjne świadczenia diagnostyki kosztochłonnej (ASDK), z wyłączeniem badań endoskopowych przewodu pokarmowego, na które może kierować również lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, wykonywane są na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, który realizuje finansowane przez Fundusz świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna lub rehabilitacja lecznicza lub opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień.

Zgodnie z powyższym lekarz z oddziału szpitalnego nie może wystawić skierowania na świadczenia diagnostyki kosztochłonnej.

Należy również zwrócić uwagę, że w przypadku badań endoskopowych przewodu pokarmowego skierowanie może wystawić lekarz podstawowej opieki zdrowotnej (POZ).

Czy aby mógł wykazać poradę poszpitalną w poradni onkologicznej pacjent musi mieć wystawione skierowanie do poradni z oddziału?

Zgodnie z obowiązującym prawem poradę poszpitalną nie wymaga skierowania.

Kierując się powyższymi zasadami, należy stwierdzić, że:

nie jest to skierowanie, które musi być wystawione przez lekarza z oddziału szpitalnego.

W tym celu należy odwołać się do art. 17 § 1 pkt 1 lit. a) Rozporządzenia z 2011 r. w sprawie umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

W tym celu należy odwołać się do art. 17 § 1 pkt 1 lit. a) Rozporządzenia z 2011 r. w sprawie umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

W tym celu należy odwołać się do art. 17 § 1 pkt 1 lit. a) Rozporządzenia z 2011 r. w sprawie umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

W tym celu należy odwołać się do art. 17 § 1 pkt 1 lit. a) Rozporządzenia z 2011 r. w sprawie umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

W tym celu należy odwołać się do art. 17 § 1 pkt 1 lit. a) Rozporządzenia z 2011 r. w sprawie umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

W tym celu należy odwołać się do art. 17 § 1 pkt 1 lit. a) Rozporządzenia z 2011 r. w sprawie umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

W tym celu należy odwołać się do art. 17 § 1 pkt 1 lit. a) Rozporządzenia z 2011 r. w sprawie umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

W tym celu należy odwołać się do art. 17 § 1 pkt 1 lit. a) Rozporządzenia z 2011 r. w sprawie umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

W tym celu należy odwołać się do art. 17 § 1 pkt 1 lit. a) Rozporządzenia z 2011 r. w sprawie umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

W tym celu należy odwołać się do art. 17 § 1 pkt 1 lit. a) Rozporządzenia z 2011 r. w sprawie umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.



Na jakiej podstawie szpital musi sprawozdawać rozpoznania ICD-10 4 lub 5-znakowe podczas rozliczania porad w systemie JGP od 1 lipca 2011?

Szczegółowy sposób sporządzania dokumentacji medycznej, a tym samym wskazywania rozpoznań określony został w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 roku w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania.

W § 7 bardzo precyzyjnie określono sposób wskazywania jednostek chorobowych:

1. Nazwa i numer statystyczny rozpoznania choroby, problemu zdrowotnego lub urazu są wpisywane w dokumentacji według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta.
2. Numer statystyczny, składa się z pięciu znaków, przy czym po trzech pierwszych znakach czwarty znak stanowi znak kropki. W przypadku gdy rozpoznanie posiada trzyznakowe rozwinięcie należy podać trzy znaki rozwinięcia.

Ponadto w § 12 ust. 4 Zmiany Rozporządzenia z dnia 14 czerwca 2011 roku, w sprawie sposobu wskazywania jednostek chorobowych, określono:

„Wskazywanie rozpoznanych jednostek chorobowych należy dokonywać jak największej liczby dostępnych cyfr. Kody rozpoznań w ICD-10 składają się z jednej litery oraz dwóch lub trzech cyfr, np.: I50.1 Niewydolność serca lewokomorowa. Wskazywanie rozpoznanych jednostek chorobowych należy dokonywać jak największej liczby dostępnych cyfr. Kody rozpoznań w ICD-10 składają się z jednej litery oraz dwóch lub trzech cyfr, np.: I50.1 Niewydolność serca lewokomorowa.”

Kody składające się z trzech znaków oznaczają w ICD jedynie nagłówki kategorii, które dalej dzielą się na podkategorie oznaczone kodami cztero- lub pięciznakowymi, uwzględniającymi więcej szczegółów. Kody trzyznakowe stosowane są wyłącznie w przypadku, gdy nie następuje dalszy podział – np.: K20 Zapalenie przełyku, lub R11 Nudności i wymioty, itd.

Prawidłowe prowadzenie dokumentacji medycznej ma bezpośredni wpływ na rozliczanie, zarówno hospitalizacji w lecznictwie szpitalnym, jak też porad w ambulatorium.

Czy przy zmianie opatrunku można rozliczyć łącznie 2 grupy: W11 za 3,5 punkta i Z25 za 1 punkt ?

Zgodnie z § 18 ust. 1 Zarządzenia określającego zasady rozliczania świadczeń w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej od dnia 1 lipca br. Wskazano, że w przypadku udzielenia więcej niż jednego świadczenia w czasie wykonywania specjalistycznego świadczenia zabiegowego do rozliczenia należy wykazywać tylko jedną grupę z katalogu.

Tym samym nie ma możliwości łącznego rozliczania świadczeń lub porad w danym zakresie oraz ich wielokrotności w tym samym dniu. Nie jest więc zasadne wskazanie obu grup.

Jeśli w trakcie wizyty udzielone zostało świadczenie, a zmiana opatrunku stanowiła jeden z elementów świadczenia, do rozliczenia należy wskazywać grupę świadczenia, a nie grupę statystyczną. I-grupę świadczenia, a nie grupę statystyczną.

**CZYTAJ CAŁOŚĆ - ZAPRENUMERUJ
NOWY KWARTALNIK „SYSTEM”
ZADZWOŃ I ZAMÓW - (22) 745 53 60**

Jeśli świadczenie zostało udzielone w poradni, a zmiana opatrunku stanowiła jeden z elementów świadczenia, do rozliczenia należy wskazywać grupę świadczenia, a nie grupę statystyczną. I-grupę świadczenia, a nie grupę statystyczną.

Zgodnie ze wskazaną przez NFZ definicją, świadczenie pohospitalizacyjne jest realizowane w okresie do trzydziestu dni od dnia zakończenia hospitalizacji przez tego świadczeniodawcę, który udzielił świadczenia gwarantowanego z zakresu leczenia szpitalnego, związane z nią przyczynowo, obejmujące realizację procedur medycznych: diagnostycznych (w tym laboratoryjnych), terapeutycznych, rehabilitacyjnych według aktualnej wersji klasyfikacji ICD-9, będących kontynuacją rozpoczętych wcześniej.

Tym samym, nie ma znaczenia z jakiej poradni korzysta pacjent. Istotne natomiast jest to, aby świadczenia realizowane w poradni były bezpośrednio związane z hospitalizacją. Może to być chociażby zgłoszenie się pacjenta w celu określenia skuteczności stosowanej terapii bądź odpowiedzi na leczenie.

Wizyta może wiązać się również z koniecznością przedłużenia leczenia (wystawienia recepty) lub np. skierowań.

Magdalena Siebielska

Kalendarium

W kolejnych miesiącach trzeciego kwartału roku dokonano znaczących zmian w modelu rozliczania udzielanych świadczeń. Płatnik przede wszystkim wprowadzał liczne nowelizacje związane z realizacją oraz sprawozdawaniem świadczeń w ambulatorium. Jednakże w innych rodzajach opieki również wdrażano istotne modyfikacje.

CZERWIEC

JGP w AmbulATORYJNEJ Opiece Specjalistycznej

NFZ zmienił sposób rozliczania świadczeń w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. Zarządzeniem 29/2011/DSOZ Prezesa Funduszu z dnia 14 czerwca br. określono zasady rozliczania oraz warunki zawierania umów w tym rodzaju.

W systemie sprawozdawczym wyodrębniono świadczenia specjalistyczne oraz specjalistyczne kompleksowe, pohospitalizacyjne, a także wizyty realizowane w domu pacjenta.

Świadczenia zabiegowe natomiast, będą rozliczane na podstawie 73 grup zawierających zbiory procedur zabiegowych.

Nowy system opiera się na rozwiązaniach funkcjonujących w szpitalach od ponad dwóch lat w ramach Jednorodnych Grup Pacjentów.

Sprawozdanie za rok 2010

Narodowy Fundusz Zdrowia opublikował sprawozdanie z działalności za rok 2010. Dokonano między innymi analizy realiza-

cji świadczeń w poszczególnych rodzajach opieki. Z raportu wynika, że średnia wartość hospitalizacji w roku ubiegłym była o 4% wyższa niż w roku 2009. Jednocześnie zaobserwowano 1,5% spadek ilości hospitalizacji w analogicznych okresach. W udostępnionej publikacji Fundusz wskazuje także na wzrost wartości zawartych umów w rodzaju leczenia szpitalne o niespełna 9%. Również w przypadku opieki ambulatoryjnej odnotowano zwiększony koszt realizacji świadczeń oraz liczby wykonywanych badań.

Rehabilitacja lecznicza – zmiany w ocenie ciężkości stanu pacjenta

Płatnik dokonał zmian dotyczących rozliczania rehabilitacji leczniczej. Obniżono liczbę punktów określonych wg skali Barthel ADL index kwalifikujących do rozliczenia poszczególnych grup jednorodnych.

Ponadto udostępniono nową wersję charakterystyki grup jednorodnych w rehabilitacji oraz Systemu Klasyfikacji Funkcji Motoryki Dużej GMFCS. Zarządzenie obowiązuje od 1 lipca 2011 r.

LIPIEC

Nowa wersja procedur medycznych ICD-9

Narodowy Fundusz Zdrowia opublikował nową wersję procedur medycznych wg ICD-9. Zmiany w słowniku procedur powstały z uwagi na wprowadzenie systemu JGP do rozliczania świadczeń w AOS.

Sorafenib w programie terapeutycznym

Od 1 lipca rozliczenie leczenia raka wątroby będzie możliwe w ramach programu terapeutycznego. Substancją finansowaną w programie wskazano Sorafenib. Wartość ryczałtu za diagnostykę ustalono na 38,32 pkt.

Sprawozdawanie świadczeń AOS

Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej opublikował komunikat dotyczący sposobu sprawozdawania świadczeń, zgodnie z którym każda pojedyncza wizyta pacjenta w ramach specjalistycznych świadczeń ambulatoryjnych powinna zostać sprawozdana odrębnie.

Zmiany w rozliczaniu przeszczepów nerek

Zapisami zarządzenia Nr 33/2011/DSOZ zlikwidowano podział przeszczepów nerek na kategorie. Z katalogu grup usunięto bowiem grupy L93 Przeszczenie nerki - kategoria I oraz L94 Przeszczenie nerki - kategoria II.

Tym samym w zakresie przeszczepów nerek możliwe jest rozliczenie świadczeń Przeszczenie nerki > 17 r.ż. oraz Przeszczenie nerki < 18 r.ż.

Określono również wymagania dla świadczeniodawców realizujących świadczenie 52.01.0001492 Pobranie nerki od dawcy żywego. W celu jego rozliczenia konieczne jest przedłożenie szczegółowej specyfikacji kosztowej, weryfikowanej przez dyrektora Oddziału Funduszu.

Ponadto w ramach katalogu świadczeń odrębnych umożliwiono rozliczenie powikłań po przeszczepieniu narządu lub szpiku.

JGP w AOS pierwsze zmiany z Zarządzeniu

Dokonano pierwszych zmian w zakresie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna. Zostały one uregulowane zapisami Zarządzenia Nr 32/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

Zmiany w Katalogu ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych dotyczą zakresów świadczeń w poradniach specjalistycznych w ramach których realizowane mogą być świadczenia z poszczególnych grup.

W Charakterystyce grup ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych dodano procedurę 95.1902 Badanie dna oka, usunięto natomiast badania L47 Gonadotropina kosmówkowa (HCG) oraz P87 Protoporfiryna cynkowa

Od 1 lipca nowy słownik procedur ICD-9 zawiera także modyfikacje w zakresie kodów badań z listy W1 i W2.

SIERPIEŃ

Zmiana wyceny substancji czynnych w chemioterapii

Od 1 sierpnia na mocy zarządzenia Prezesa NFZ obniżono wycenę substancji czynnych: Pemetrexed z 1,1594 na 0,8397 pkt Docetaxelum z 3,9864 na 0,3893 pkt.

Świadczenia gwarantowane w AOS

Ministerstwo Zdrowia przekazało do konsultacji społecznych nowy projekt rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Wśród proponowanych zmian znalazło się umożliwienie leczenia insuliną pacjentów po 26 roku życia oraz modyfikacje warunków realizacji świadczeń związanych z leczeniem żywieniowym.

Rozporządzenia Ministra Zdrowia w konsultacjach

Ministerstwo Zdrowia przekazało do konsultacji społecznych projekty nowych rozwiązań w zakresie:

- zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego lekarzy i lekarzy dentytów odbywających specjalizację w ramach rezydentury,
- limitów cen leków i wyrobów medycznych wydawanych bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub częściową odpłatnością
- wykazu leków podstawowych i uzupełniających oraz wysokości odpłatności
- wykazu chorób, w których wskazane leki wydawane są bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub za częściową odpłatnością
- wykazu cen urzędowych hurtowych i detalicznych produktów leczniczych i wyrobów medycznych.

W 2012 r. zmiany w stawkach

Ministerstwo Zdrowia Zakłada że w przyszłym roku nakłady na świadczenia zdrowotne zwiększą się o 6,27% w stosunku do roku bieżącego.

- podwyższenie ceny oczekiwanej 1 punktu w leczeniu szpitalnym o 2% z 51 do 52 zł
- podwyższenie minimalnej ceny oczekiwanej za 1 punkt w stacjonarnej opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień do poziomu 10 zł
- podwyższenie ceny oczekiwanej za osobodzień w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych do 75 zł
- podwyższenie minimalnej stawki bazowej w szpitalnym oddziale ratunkowym (SOR) do poziomu 4400 zł

W opiece psychiatrycznej oraz leczeniu uzależnień na poziomie 10 zł za jeden punkt oznaczać będzie w konsekwencji, że część regionów Polski odczuje niewielki wzrost nakładów na te świadczenia. Dla niektórych województw natomiast taka stawka oznaczać będzie obniżkę ceny.

Wycena stawki bazowej SOR planowana na rok przyszły będzie dla większości regionów korzystna – na przykład dla województwa świętokrzyskiego planowany wzrost, to prawie 40%.



Rozmowy przy kominku

Tuż przed snem otworzyłem wczoraj książkę. Niewinne dziełko literatury mało znaczącej. Ot takie zabijanie czasu, którego mam naprawdę sporo.

Czytając tę książkę przypomniała mi się bajka o trzech świnkach. Otóż było to rodzeństwo. Każda ze świnek chciała zbudować sobie własny domek. Dwie były leniwe i szybko zakończyły swoje konstrukcje. Przez to ich budowle były słabe. Najstarsza ze świnek poświęciła dużo pracy i czasu aby dom był solidny.

Pewnego dnia na rodzeństwo poatakomił się wilk. Pomyślał: ależ będzie to uczta...

Podszedł do pierwszego domku zbudowanego z patyków. Gdy świnka nie chciała go wpuścić do środka zdmuchnęła budowlę. Świnka skryła się u brata, którego domek zbudowany był ze słomy. Z tą budowlą wilk wkrótce zrobił to samo.

Ostatnie miejsce, w którym ścigane zwierzątka mogły znaleźć schronienie przed wilkiem był dom ich najstarszego brata.

Ogromny wilk był już wściekły. Wiedział, że świnki jego się panicznie boją i przy jego sile są bezbronne. Tym razem jednak znowu nie zostały mu otworzone drzwi. Postanowił dostać się do środka przez komin. Świnki – mądre zwierzątka – przewidując to napaliły w kominie. To ostatecznie spowodowało, że doświadczony w polowaniach wilk musiał się poddać i oddalił się w głąb lasu.

Moja mała pustynia jest bardzo moja. Nikogo do niej nie wpuszczam. Całymi dniami wędruję w prawo, potem w lewo i patrzę na krajobraz świata, w którym przyszło mi być. Spoglądam na ludzi gardzących często sobą wzajemnie. Kto jest lepszy, a kto gorszy. Taki wyścig międzyludzkiej zawiści i niechęci. Wielu stara się być wyższymi niż są w rzeczywistości. Kiedyś mówiłem o braku umiejętności słuchania. Jak jednak do tego dodamy tendencję wywyższania się, to efekt staje się zdumiewający...

Jak wynika z badań CBOS z 2009 roku, lekarz znalazł się na 5. miejscu w hierarchii prestiżu zawodów. Dużym poważaniem darzyło go 73 proc. Polaków. Lepszy wynik uzyskali jedynie profesor uniwersytetu, strażak, górnik oraz pielęgniarzka.

Zawód zatem jakich mało. Co czternasty polski student wybiera edukację w jednej z 11 uczelni wyższych, gdzie może zdobyć kwalifikacje lekarza. O zarobkach nie tylko dżentelmeni nie rozmawiają.

Osobnicy mojego gatunku też pomijają te sprawy.

Gdy zakamarkami przechadzam się czasem wśród wielkich ludzi uważam abym nie został podeptany. Z moich obserwacji wynika, że ta obawa zdeptania nie dotyczy tylko Kubusiów. Ja mam dużo czasu i nigdzie się nie spieszę. Inaczej jest z tymi, których mijam na szpitalnych korytarzach. Oni w większości wciąż są w biegu.

Gdy jednak ukradkiem zakradam się do tych, którzy nie muszą ubierać się w białe fartuchy i gdy nasłuchuję ich rozmów, to zaczynam jeszcze bardziej się bać.

Bywałem to tu to tam. Bywałem w Anglii. Tam także ludzie biegali szpitalnymi korytarzami. Tam prestiż lekarza jest jeszcze bardziej wyeksponowany. Jednak nie zauważałem tego panicznego strachu personelu administracyjnego. Tam widziałem uśmiech z każdej ze stron i miałem wrażenie, że oni wszyscy – bez względu na zajmowane stanowisko – grają w tej samej drużynie.

Wracam do Polski. Do szpitalnych korytarzy, do pokoi pachnących świeżo zaparzoną kawą. Podglądam ukradkiem relacje lekarzy z personelem administracyjnym i... chowam głowę w pancerz.

Nie potrafię pojąć, jak to możliwe aby myśląc o jednym podmiocie – o pacjencie – bombardować można było relacje w zespole. Słowo „pokora” w tym miejscu nasuwa mi się do ust.

Pokora wobec nie tylko innych członków zespołu ale przede wszystkim wobec samych siebie. Gdy zaglądam do pokoi pachnących kawą widzę uciekające zwierzątka z mojej bajki. Ich strach rysujący się na twarzach, że gdzieś tam, gdzieś w gęstym lesie spotkają wilka...

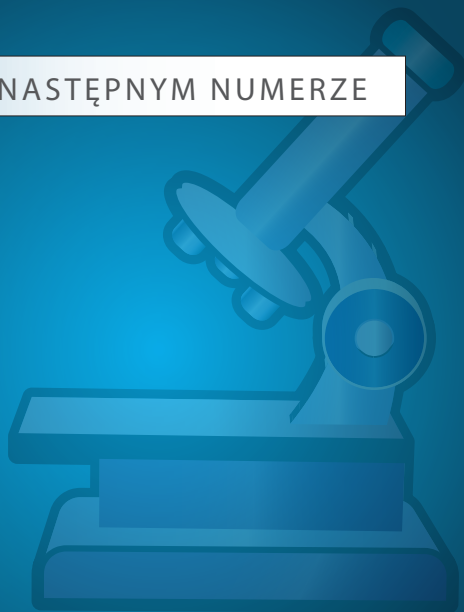
Mój rozum podpowiada, że mogłoby być zupełnie inaczej. Ta bajeczka może mieć przecież inną puenty:

- *Świnki, wpuście mnie?* – zapytał wilk. – *chciałbym się ogrzać i nauczyć się czegoś od was. Jesteście wprawdzie niewielkie ale macie swoje racje.*

Trzy świnki i mądry wilk uczyli się swych mądrości i każde z nich od tego wieczora czekało na kolejne wspólne rozmowy przy zapalonym kominku...

Wierzę w mądre rozmowy przy kominku....

Wasz Kubuś



Na roboczo

- **Rafał Janiszewski** podejmie zagadnienie bilansowania oddziałów i metod zarządzania rachunkiem kosztów związanych z udzielaniem świadczeń w szpitalu.

Prawo w ochronie zdrowia

- **Katarzyna Ulejczyk** pisze o ochronie danych osobowych w aspekcie dostępu do dokumentacji medycznej
- **Rafał Janiszewski** pisze o bezpieczeństwie prawnym lekarza

Kontrola NFZ

- **Łukasz Puchalski** - o zarządzaniu obiegiem dokumentacji medycznej na oddziale

Zarządzanie

- **Dorota Wapniewska** o postawach pracowników w aspekcie zmian organizacyjnych
- **Anna Moczulska** - "Optymalne rozliczanie z NFZ może być korzystne"

Ponadto

- **Rozmowa w Systemie**
- **JGP w pytaniach i odpowiedziach**
- **Kalendarium**
- **Informator o szkoleniach i konferencjach**
- **Felieton z cyklu „Słowo żółwia“**

Wiesław Adamowicz – redaktor naczelny

Zespół redakcyjny: Beata Jagielska, Rafał Janiszewski,

Anna Moczulska, Łukasz Puchalski, Magdalena

Siebielska, Emilia Sujkowska, Katarzyna Ulejczyk,

Dorota Wapniewska

Redaktor graficzny: Piotr Spychalski

Zdjęcia - zespół

Adres redakcji: Kancelaria Doradcza Rafał Piotr Janiszewski, Warszawa, ul. Wiejska 12/IVp,

Druk: Feniks Wydawnictwo Zbigniew Janiszewski, ul. Jana z Kolna 38b, 75-204 Koszalin

Nakład: 5000 egzemplarzy.

ISSN 1898-3987

Uwaga: Redakcja nie zwraca materiałów niezamówionych. Zastrzega sobie jednocześnie prawo do ich redagowania i skracania. Redakcja nie przyjmuje zleceń reklamowych

☎ (22) 745 53 60 📠 (22) 625 73 99

e-mail: system@iuz.org.pl

www.kancelariajaniszewski.pl

Zamów „System“

Zamawiam prenumeratę kwartalnika „System“

IMIĘ I NAZWISKO LUB PEŁNA NAZWA PLACÓWKI / FIRMY	
ADRES POCZTOWY	NIP
ADRES WYSYŁKI PRENUMERATY, JEŚLI INNY NIŻ POWYŻEJ	TELEFON KONTAKTOWY
	E-MAIL
ILOŚĆ PRENUMERAT	DATA WPLĄTY NALEŻNOŚCI

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Kancelaria Doradca Rafał Piotr Janiszewski z siedzibą w Warszawie przy ul. Wiejskiej 12/IVp. w celu realizacji niniejszego zamówienia oraz do celów marketingowych. Każdej osobie, której dane dotyczą, przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania

Prosimy starannie wypełnić formularz zamówienia i wysłać go na numer faksu (22) 625 73 99 lub pocztą na adres:

Redakcja Kwartalnika „System” Kancelaria
Doradca Rafał Piotr Janiszewski
ul. Wiejska 12/IVp., 00-490 Warszawa

Roczna prenumerata już za 180 zł brutto
- jest to kwota za 4 kolejne numery
czasopisma „System”.

Fortis Bank Polska SA
Nr konta: 77 1600 1228 0003 0147 5376 1001

Zamów więcej. Zamawiając co najmniej
pięć prenumerat - kolejną otrzymasz
bezpłatnie. Przy siedmiu prenumeratach
dodatkowo wyślemy Tobie upominek
przydatny w codziennej pracy.



System

Magazyn bez reklam
i na temat.