

Rozmowa z Regiłą Świakło

Leczenie osteoporozy - JGP NA PRZYKŁADZIE

Czerwiec – wrzesień 2011 r.

Konferencje i szkolenia

Ciechocinek 3 – 4 czerwca |

„Zmiany w systemie opieki zdrowotnej w 2011 roku” - dwudniowa konferencja poświęcona najistotniejszym zmianom w przepisach regulujących zarządzanie zakładami opieki zdrowotnej.

■ www.kancelariajaniszewski.pl

Szczecin, 9 – 11 czerwca |

XXXI Zjazd Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego - program naukowy Zjazdu, obejmujący wszystkie dziedziny pediatrii i skupiający najbardziej uznanych wykładowców, zapewni uczestnikom możliwość wzbogacenia swojej wiedzy oraz skonfrontowania doświadczeń z poglądami najlepszych. Stanowić on będzie również forum dla prezentacji osiągnięć poszczególnych ośrodków.

■ www.symposion.pl

Ciechocinek, 10 – 11 czerwca |

Nowe trendy w chirurgii gastroenterologicznej

■ www.gastroenterologia2011.agora-konferencje.pl

Poznań, 14 czerwca |

„Tomografia komputerowa w praktyce klinicznej chorób sercowo-naczyniowych i onkologicznych”

■ www.skpp.edu.pl

Ciechocinek, 17 – 18 czerwca |

III Szkoła Neonatologii - celem spotkania jest wymiana praktycznych aspektów codziennych medycznych problemów, które przedstawia wybitni znawcy zagadnień położniczych – neonatologicznych i pediatrycznych.

■ www.neonatologia2011.agora-konferencje.pl

Jastrzębia Góra, 16 – 18 czerwca |

XIII Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Sekcji Dermatologii PTD oraz VI Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Sekcji Dermatologii Dziecięcej PTD

■ www.dermatochirurgia-konferencja.pl

Poznań, 18 czerwca |

Aktualności w Chorobach Płuc 2011 - Konferencja Interaktywna - bezpłatna konferencja adresowana do lekarzy, farmaceutów i studentów zainteresowanych pneumonologią. Konferencja ma charakter edukacyjny.

■ www.cykl-pneumologia.viamedica.pl

Warszawa, 30 czerwca |

Ryzyko w Ochronie Zdrowia - konferencja będzie poświęcona ryzykom w prowadzeniu działalności leczniczej.

■ www.mz.gov.pl

Warszawa, 1 lipca |

„Apteka szpitalna partnerem lekarza” - szkolenie z zakresu zmian w prawie farmaceutycznym i ustawie refundacyjnej.

■ www.kwadryga.pl

Warszawa, 2 - 4 lipca |

Szkoła Koderów - drugi etap kursu podstawowego. Trwa nabór na drugą edycję.

■ www.szkolakoderow.jgpp.org.pl

Kraków, 5 – 8 sierpnia |

„Zaawansowane zabiegi reanimacyjne” - tematyka: podstawowe oraz zaawansowane zabiegi reanimacyjne * postępowanie w stanach zagrożenia życia u dzieci * postępowanie w obrażeniach ciała * pomoc doraźna

w ostrych stanach położniczych * postępowanie w ostrych zaburzeniach psychicznych * pomoc doraźna w katastrofach i segregacja poszkodowanych * współpraca z Lotniczym Pogotowiem Ratunkowym

■ www.ratownictwo.pl

Poznań, 1 – 3 września |

Kongres Edukacyjny Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej - program omawiający najbardziej aktualne problemy, ze szczególnym uwzględnieniem praktycznego zastosowania bieżących osiągnięć z dziedziny onkologii, jak również leczenia interdyscyplinarnego.

■ www.viamedica.pl

Biała Podlaska, 8 – 9 września |

I Międzynarodowa Konferencja Naukowa - „Współczesny człowiek w zdrowiu i chorobie”

■ www.pswbpb.pl

Poznań, 7 – 9 września |

XXI Zjazd Polskiego Towarzystwa Neurologicznego

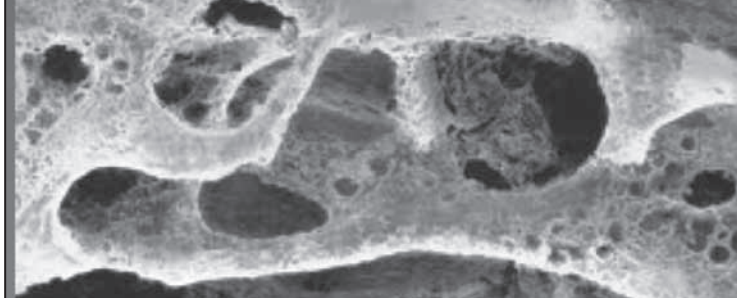
■ www.ptneuro.pl

Łódź, 14 – 17 września |

65 Kongres Towarzystwa Chirurgów Polskich - podczas Kongresu zaplanowano dwa Sympozja Naukowe: Światowe Sympozjum Leczenia Zaburzeń Czynności Miednicy Mniejszej IX Międzynarodowe Sympozjum Proktologiczne. W trakcie obrad 65 Kongresu TChP odbędzie się łącznie 35 sesji naukowych, w tym 3 Sesje Międzynarodowe.

■ www.tchp.pl

SPIS TREŚCI



- 2 | Konferencje i szkolenia
- 4 | Kalejdoskop
- 6 | Po co i dla kogo JGP w AOS?
- 8 | Listy oczekujących - w kolejce po świadczenia
- 12 | Istota prowadzenia dokumentacji medycznej w aspekcie kontroli NFZ
- 14 | Recepta na kolejki
- 19 | Szpital o kulach
- 24 | Zasady kodowania w onkologii
- 28 | JGP na przykładzie leczenia osteoporozy
- 34 | Kalendarium
- 36 | JGP w pytaniach i odpowiedziach
- 37 | Rozliczanie urazów wielonarządowych w JGP
- 39 | Wzorcowy schemat wpisu pacjenta na listę oczekujących
- 41 | Telewizor w lustrze

Drodzy Czytelnicy,

Oddajemy w Wasze ręce inauguracyjny numer kwartalnika „System”. Wierzmy, że nasza propozycja wydawnicza skutecznie wypełni lukę na specjalistycznym rynku prasowym i stanie się pomocnym narzędziem w pracy.

„System” z założenia będzie koncentrował się na doświadczeniach praktyków z zakresu systemu jednorodnych grup pacjentów. Pokażemy tutaj jak rozumieć i stosować system JGP.

W pierwszym numerze dużo miejsca poświęcamy kwestiom związanym z listami oczekujących. Stanowią one poważny problem dla wielu placówek opieki zdrowotnej. Praktyka pokazuje, że szpitale nie mają wypracowanych standardów, aby efektywnie zarządzać kolejkami. Kilka żelaznych zasad dotyczących tego zagadnienia podaje Katarzyna Ulejczyk w artykule „Listy oczekujących, czyli w kolejce po świadczenia”.

W każdym wydaniu „Systemu” przybliżymy Czytelnikowi ciekawe – według nas – przykłady rozwiązań systemowych w różnym zakresie. W tym celu wyruszamy w Polskę, aby odwiedzić najlepsze szpitale i porozmawiać z ciekawymi ludźmi tam pracującymi.

W dzisiejszym numerze rozmowa z Reginą Świokło, Pełnomocnikiem

Dyrektora ds. Organizacji i Zarządzania. Rozmawiamy o tym, jak z problemem list oczekujących radzi sobie Ortopedyczno-Rehabilitacyjny Szpital Kliniczny im. Wiktora Degi w Poznaniu.

Zbliża się moment wprowadzenia jednorodnych grup pacjentów do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. O tym w felietonie Rafała Janiszewskiego „Po co i dla kogo JGP w AOS”.

Poza głównym tematem wydania o najistotniejszych kwestiach dotyczących prowadzenia dokumentacji medycznej pisze Iwona Majewska.

Łukasz Puchalski przybliży swoją publikację „JGP na przykładzie leczenia osteoporozy”.

Na łamach kwartalnika będziemy też starali się wybrać dla Państwa te szkolenia i konferencje, w których warto uczestniczyć. Propozycji tego typu jest na rynku tyle, że trudno się w nich odnaleźć. Napiszemy o konferencjach, które były naszym udziałem, ale także pokażemy takie propozycje szkoleń, które – być może – okażą się przydatne w Państwa praktyce.

Od początku roku zanotowaliśmy wiele istotnych zmian bezpośrednio wpływających na pracę szpitali. Kalendarium tych najistotniejszych opracowała Magdalena Siebielska.

Na koniec Anna Moczulska z perspektywy praktyka odpowiada na pytania dotyczące sposobu prowadzenia dokumentacji medycznej oraz systemu JGP.

Wierzę, że pierwszy numer kwartalnika „System” zyska przychylność Czytelnika na tyle życzliwą, że znajdzie się dla niego skromny kącik w każdym gabinecie.

Życzę dobrej lektury



Wiesław Adamowicz
Redaktor naczelny

Medyczny kalejdoskop

Mutacje odpowiedzialne za przypadki autyzmu

Naukowcy z Uniwersytetu w Waszyngtonie odkryli 21 mutacji de novo u chorych na autyzm. Mutacje obecne u chorych nie zostały przez nich odziedziczone. Nowe postaci mutacji przyczynią się do wzrostu liczby przypadków wystąpienia spectrum autyzmu - grupy schorzeń obejmujących różnego stopnia zaburzenia rozwojowe, w tym autyzm i zespół Aspergera.



Ścieżka sygnałowa Notch w komórkach krwiotwórczych hamuje powstawanie nowotworów

Według wyników badań naukowców z New York University School of Medicine zahamowanie ścieżki Notch prowadzi do rozwoju białaczki szpikowej. Aktywacja sygnalizacji Notch może okazać się skutecznym sposobem leczenia nowotworów szpiku. Mutacje w ścieżce powodują rozwój choroby u pacjentów cierpiących na białaczkę limfocytarną.

Wyhodowano komórki wątroby z komórek skóry

Naukowcy z Shanghai Institute for Biological Sciences odkryli czynniki transkrypcyjne niezbędne do przekształcenia komórek tkanki łącznej w hepatocyty. Możliwość produkcji komórek wątroby to wielka szansa dla potrzeb jej regeneracji.

Fundusz nie może premiować żadnych placówek

Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów utrzymał w mocy wyrok nakładający ponad milion złotych kary, którą UOKiK obciążył NFZ za dodatkowe punktowanie placówek, z którymi współpracował w poprzednich latach. Kluczowe dla uzyskania kontraktu powinno być spełnienie wymogów m.in. dotyczących sprzętu i wykwalifikowanej kadry oraz zaoferowana cena.

Internetowe kolejki

Internetowy system zapisów do lekarzy specjalistów wprowadził Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi. Koszt systemu to 1,2 mln zł, pokryty z funduszy norweskich. Na stronie szpitala pacjent ma możliwość umówienia terminu wizyty we wszystkich poradniach specjalistycznych.

E-zdrowie w Europie

Grupa zadaniowa Unii Europejskiej ds. e-zdrowia, powołana w celu oceny roli, jaką pełnią technologie informacyjno-komunikacyjne (TIK) w sektorze opieki zdrowotnej i opieki społecznej spotkała się po raz pierwszy 10 maja w Budapeszcie.

Szpiczak mnogi atakuje ludzi młodszych

Dotychczas uważany za chorobę osób starszych szpiczak mnogi, jeden z licznych nowotworów krwi, jest w ostatnich latach coraz częściej diagnozowany u osób przed 45. rokiem życia. Lekarze zebrani na XIII Międzynarodowych Warsztatach nt. Szpiczaka Mno-giego, które odbywały się w Paryżu upatrują przyczyny tego zjawiska w zanieczyszczeniu środowiska i kontakcie z chemikaliami.

Badanie krwi wczesną metodą wykrywania Alzheimer

Kanadyjscy uczeni opracowali badanie krwi pozwalające na wczesne wykrycie choroby Alzheimer. Test polega na mierzeniu stężenia jednego z hormonów we krwi (DHEA).

Badania genetyczne pomocne w doborze terapii cukrzycy

Klinika Pediatrii, Onkologii, Hematologii i Diabetologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi prowadzi badania genetyczne ustalające typ cukrzycy u pacjenta. Badania te pomagają w wyborze odpowiedniej metody leczenia.

e-Recepta

e-Recepta jest jednym z pierwszych projektów budowy nowoczesnego systemu informacyjnego w ochronie zdrowia. Stwarza on możliwość wymiany informacji dotyczących realizacji zleceń. Celem systemu jest poprawa bezpieczeństwa pacjentów oraz optymalizacja kosztów farmakoterapii.

System e-Recepta realizowany jest w ramach Projektu „Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania zasobów cyfrowych o zdarzeniach medycznych”.

Szczepionka na alergię

Odkryto szczepionkę, która rozwiązuje problem uczulenia na kocią sierść. Szczepionka została opracowana przez zespół naukowców z Uniwersytetu McMaster. Będzie ona podawana podskórnie. Badania wykazały wysoką skuteczność preparatu. Szczepionka jest bezpieczna i nie ma działań ubocznych. W przyszłości istnieje szansa wykorzystania jej w przypadku alergii na roztocza kurzu domowego.

Urządzenia do terapii chorych na Alzheimera

Na konferencji Neurotech2011 w San Francisco, zaprezentowano dwa nowe urządzenia stymulujące uszkodzone rejony mózgu poprzez impulsy elektryczne.

W pierwszym urządzeniu impulsy elektromagnetyczne dostarczane są elektrodami wszczepionymi bezpośrednio w tkankę. Działanie drugiego natomiast oparte jest na nieinwazyjnej stymulacji określonych części mózgu połączonej z treningiem poznawczym umożliwiającym ich aktywację.

Cukrzyca u dzieci – poszukiwanie przyczyn rozwoju

Zmiana stężenia antagonisty receptora dla Interleukiny-1 (IL-1ra) może być pierwszym sygnałem nasilenia procesu niszczenia komórek beta w trzustce. Zadaniem naukowców Uniwersytetu Georgia Health Sciences badanie jego stężenia pomoże ocenić zagrożenie rozwoju cukrzycy u dzieci.

Słońce przeciwdziała astmie

Naukowcy Hiszpańscy dowiedli, że witamina D zmniejsza ryzyko zachorowania na astmę.

W badaniach opublikowanych na łamach „International Journal of Biometeorology” wskazano wpływ zamieszkania na terenach zimnych oraz zachmurzonych na zwiększone ryzyko rozwoju astmy. Witamina D syntetyzowana jest w skórze pod wpływem promieni słonecznych. W przypadku astmatyków poziom witaminy D w organizmie jest niższy, co może ujemnie wpływać na funkcjonowanie układu oddechowego. Badanie przeprowadzono na grupie 45 tys dzieci.

Karta EKUZ w alfabecie Braille’a

NFZ wprowadził możliwość dodania na Europejskiej Karcie Ubezpieczenia Zdrowotnego napisu EKUZ w alfabecie Braille’a, by ułatwić posługiwanie się kartą osobom niewidomym i niedowidzącym. Oznakowania dokonać będzie można w Oddziałach Wojewódzkich NFZ na rewersie karty, w prawej górnej części.

Po co i dla kogo JGP w AOS?

Już sam pomysł wdrożenia JGP do ambulatoryjnej specjalistyki nasuwa myśl o zmianie niejakości porad. Wyłączając w sobie przekonanie, że gdy kiedykolwiek NFZ wprowadza zmiany, to ma na celu oszczędności wydatków, myślę o realnych skutkach wdrożenia grup do AOS.

Analizując projekt zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w pierwszej kolejności zadałem sobie pytanie, jakie świadczenia (czynności) będą finansowane w ramach poradni. Oczywiście jest, że NFZ nie pozwoli sobie na tożsamość refundacji w szpitalu i w AOS.

Postęp technik diagnostycznych i terapeutycznych sprawia, że wiele procedur można wykonywać w warunkach ambulatoryjnych, a ich mniejsza inwazyjność zmniejsza ryzyko powikłań. Nieprawdą jest jednak, że nie zmniejsza zaangażowania zasobów. Trzeba przecież pamiętać, że nowe techniki zawsze są droższe, a dostępność struktury szpitala często zapewnia możliwość bezpośredniej kontynuacji leczenia.

W projekcie NFZ widać wyraźnie tę obawę i dużą ostrożność w migracji świadczeń ze szpitala do poradni.

Podobnie jak w przypadku JGP w leczeniu szpitalnym, tak i tu metodologia oparta jest o grupowanie przypadków podobnych do siebie pod względem problemu zdrowotnego i sposobu jego zaopatrzenia. Utworzone grupy zabiegowe mają więc zasadniczy kierunek w ICD-9. Zastanawiające jest jednak to, że charakterystyka grup nie uwzględnia rozpoznania. Czyżby NFZ wychodził z założenia, że obowiązek ustawowy nakłada na świadczeniodawcę

zakaz udzielania w ramach leczenia zamkniętego świadczeń, które można wykonać ambulatoryjnie? Co zatem świadczyć będzie o tym, że przezoskrzelową biopsję płuca wykonać mamy w AOS?

Oczywiście stworzenie szczelnej, a zarazem bezpiecznej charakterystyki jest niezwykle trudne, w zasadzie niemożliwe w pierwszym projekcie. Życie weryfikuje takie grupy i wymagają one nieustannych zmian. Trzeba jednak oczekiwać, że przy niedookreślonym jednoznacznie parametrze świadczenia, przedmiotem ewentualnych kontroli będzie zasadność udzielenia świadczenia w AOS lub szpitalu określona w dokumentacji medycznej.

Tę niedookreśloność wyraźnie odczuwać będziemy w przypadku porad diagnostycznych.

Czy szpital straci 40% przychodu?

Obecne grupy zachowawcze leczenia zamkniętego oparte są wyłącznie o rozpoznanie zasadnicze. Większość tych hospitalizacji zasadza się na wykonaniu badań w celu określenia ostatecznego rozpoznania lub sprecyzowania sposobu leczenia. Powszechną praktyką jest przyjmowanie do szpitala w celu wykonania diagnostyki

(badań kontrolnych). Osobiście szacuję, że stanowią one ponad 40% hospitalizacji zachowawczych w przypadkach, gdy stan pacjenta nie wymaga pobytu w szpitalu. Dlaczego tak jest? Odpowiedź jest prosta: szybszy dostęp i kompleksowość postępowania. Oczywiście wartość tych świadczeń jest znacznie wyższa niż proponowana wycena porad. Wynika to z wyższego kosztu zasobów szpitalnych, których zaangażowanie nie jest w pełni uzasadnione w przypadku, gdy pacjent wymaga pobytu w oddziale z uwagi na stan zdrowia, a nawet ryzyko nakazujące udzielenia świadczenia przy gotowości zasobów szpitala. Jeśli zatem niedookreślone są stany, w których nie można wykonać diagnostyki w szpitalu (jedynym określeniem jest zapis ustawowy), to można mieć obawę, że kwestionowanie tych hospitalizacji będzie często oparte na uznaniowości kontrolujących.

Jaki cel, takie środki

Wyraźnie widać, że celem płatnika jest przeniesienie szali odpowiedzialności za diagnostykę i część świadczeń zabiegowych na opiekę otwartą. Bezwzględnie jest to działanie słuszne i powinno przynieść zwiększenie dostępności dla pacjentów. Gdyby wiązało się z większymi (znacznie) nakładami na specjalistykę, to dotychczas

wykorzystywane środki na te działania w szpitalu, mogłyby posłużyć do zwiększenia wykonania procedur do których mamy kolejkę.

Niestety spodziewam się, że regulacje leczenia zamkniętego, które będą wynikały z wprowadzenia JGP do AOS, spowodują przesunięcie środków ze szpitala do poradni. Należy przy tym przypomnieć, że za wartość dotychczas wykonywanej grupy jednorodnej w oddziale, NFZ zakupi w opiece otwartej kilka lub kilkanaście takich świadczeń. To z pewnością skróci kolejkę do poradni, jednak co będzie działać się w szpitalu? Jak często trzeba będzie uzasadniać płatnikowi, że wykonanie zabiegu czy diagnostyki było konieczne w ramach hospitalizacji?

Cel założony w zmianie jest z pewnością dobry, jednak każda niedookreśloność sprawia, że jak zwykle będzie problem z pieniędzmi. Spodziewam się, że poradnie będą miały szereg zastrzeżeń co do wyceeny, zaś szpitale co do kwalifikacji do leczenia szpitalnego.

Najlepiej w szpitalu

Od lat system utrzymywał pełną odpowiedzialność za bezpieczeństwo zdrowotne w lecnictwie zamkniętym. Wyrażone to było już w zapisach zarządzeń Prezesa NFZ, gdzie tylko w lecnictwie szpitalnym obowiązywała zasada, że w ciągu 14 dni od daty wypisu nie możemy liczyć na zwrot kosztów leczenia tego samego problemu zdrowotnego. To swoista „gwarancja” na wykonaną usługę, choć w przypadku leczenia w mojej ocenie o takiej mówić nie można. Jak bowiem przyjąć, że chory na POCHP nie wróci z dusznością przed upływem tego czasu i nie będzie wymagał leczenia szpitalnego? Przykłady można mnożyć. Dotychczasowa konstrukcja grup jednorodnych oraz sposób zbudowania charakterystyki zapewniała dostępność do finansowania wielu postępowań, które nie

koniecznie wymagały pobytu w oddziale. Konstrukcja oddziałów SOR i ich obowiązki to swoisty duplikat POZ i specjalisty, który wyrobił w pacjentach nawyk korzystania z poradnictwa w szpitalu. Szybszy dostęp, praktycznie „od ręki”, kompleksowość i poczucie bezpieczeństwa. Duża część populacji przywiązana jest do swoich szpitali i traktuje je jak podstawową opiekę medyczną.

Wobec powyższego umiejscowione przy szpitalach poradnie specjalistyczne mają największe szanse. Zwiększa je dodatkowo fakt, iż placówki te są wyposażone w sprzęt niezbędny do wykonania większości tych świadczeń. Ponadto poradnie przyszpitalne będą mogły zapewnić szybszą drogę pacjenta od diagnostyki do leczenia szpitalnego. To też korzyść dla pacjenta, który uzyska wszystko u jednego świadczeniodawcy, w jednym miejscu. W tym przypadku można powiedzieć, że projekt wychodzi naprzeciw pacjentom, którzy przywykli do tego, że jeśli się leczyć - to w szpitalu

Znów szpital odpowiada za bezpieczeństwo

Przeniesienie świadczeń zabiegowych do poradni związane będzie dla wielu samodzielnych placówek (świadczących usługi tylko w zakresie AOS) z koniecznością inwestycji. Nie każdy podejmie się tego wyzwania wobec wielu niewiadomych i trudnego do określenia bilansu finansowego wynikającego z rozliczenia z NFZ. O ile wyceny wskazują na możliwość zwiększenia przychodu, o tyle koszty (łącznie z amortyzacją inwestycji) mogą przewyższyć te kwoty. Naturalnym jest również, że ten któremu się coś „zabiera” będzie się starał tego nie stracić, więc szpitale podejmą działania dla utrzymania populacji i przychodu z NFZ. W efekcie większość grup zabiegowych i diagnostycznych ujętych w projekcie pozostanie po stronie szpitali, a jedynie zmie-

ni rodzaj świadczeń. Dla leczenia stacjonarnego będzie się to wiązało również z istotnym kosztem. Przede wszystkim organizacyjnym. Trzeba pamiętać, że obsada personelu medycznego przypisana jest do miejsca udzielania świadczenia, więc trzeba będzie niejednokrotnie zwiększyć koszty osobowe lub szukać możliwości większego wykorzystania posiadanych zasobów. To ostatnie ma przecież swoje ograniczenia prawne.

Rodzi się zatem pytanie: czy zmiana faktycznie odciąży szpitale (w rozumieniu świadczeniodawcy zarządzanego przez jedno kierownictwo) z odpowiedzialności za bezpieczeństwo populacji? W mojej ocenie nie. Jednak jestem przekonany, że duża część placówek leczenia zamkniętego uzna zmianę za korzystną. Niesie ona bowiem możliwość doprecyzowania ruchu chorych oraz uzyskania kompleksowej, stałej opieki nad populacją.



Właśnie przygotowuję szczegółową analizę migracji świadczeń z lecnictwa szpitalnego do AOS. W następnym numerze opiszę zasady rozliczania oraz skutki finansowe zmiany.

Listy oczekujących w kolejce po świadczenia

Prawidłowe prowadzenie list oczekujących jest głównym tematem poruszonym przez Ministra Zdrowia oraz Narodowy Fundusz Zdrowia w bieżącym roku. Usystematyzowanie zagadnień z tym związanych jest podstawą do sprawnego zarządzania ruchem chorych. Ponadto lista oczekujących to dobre narzędzie, aby negocjować kwotę kontraktu na dany zakres świadczeń z NFZ.

Podstawowe zadania listy oczekujących

Polski system ustawodawczy uregulował kwestie związane z prowadzeniem list oczekujących w kilkunastu aktach prawnych. Najwyższą, a zarazem najważniejszą regulacją jest Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zasadniczym zadaniem, jakie ma spełniać lista oczekujących jest zapewnienie poszanowania zasad sprawiedliwości, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Przede wszystkim jej prowadzenie musi być zgodne z kryteriami medycznymi opartymi na najlepszej wiedzy medycznej. Powyższy zapis nakłada na świadczeniodawcę obowiązek dokumentowania wszelkich zmian dokonywanych na listach oczekujących, aby nie został wysunięty przeciwko niemu zarzut braku transparentnego systemu prowadzenia kolejki.

Kolejka do świadczeń, a nie do oddziałów

Istotnym elementem prowadzenia listy oczekujących jest również poprawne zrozumienie przepisów zawartych w art. 20 Ustawy. Zgodnie z nimi lista oczekujących jest prowadzona przez świadczeniodawcę, czyli szpital, do świadczeń opieki zdrowotnej. Oznacza to, że kolejka nie jest prowadzona do oddziału, ani do lekarza, tylko do świadczeń. Należy pamiętać, że zgodnie z przepisami, pacjent ma prawo do wyboru szpitala, przychodni w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej oraz lekarza w podstawowej opiece zdrowotnej. Ma to istotne znaczenie w procesie organizacji dostępu do świadczeń oraz prowadzenia listy oczekujących. W szczególności dla szpitali, które posiadają w swej strukturze kilka oddziałów tej samej specjalności, w których wykonuje się takie same świadczenia. W momencie zamknięcia jednego z oddziałów nie można skorzystać z możliwości

wykreślenia świadczeniobiorcy zgodnie z regulacją *Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2006 roku w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych §7 ust.2 pkt. 7 ppkt. b* Przyczyna skreślenia:

„Zaprzestanie wykonywania świadczeń danego rodzaju przez świadczeniodawcę”.

W takiej sytuacji szpital może jedynie przepisać pacjentów do istniejącej kolejki zgodnie z datą wpisu. Niemniej jednak wtedy czas oczekiwania zostanie wydłużony, dostępność do świadczeń zostanie zmniejszona, a szpital będzie miał obowiązek poinformować pacjentów o zmianie terminu przyjęcia. Pociągnie to za sobą koszty wysyłki listów poleconych. Ponadto trzeba przestrzegać zasady powiadomienia pacjenta najpóźniej na 14 dni przed planowaną wizytą. W przypadku, gdy trzeba dokonać zmian, szpital

może skorzystać z zapisu ust.8 Ustawy. Stanowi on, że jeśli wystąpią okoliczności, których nie dało się przewidzieć w momencie zapisu pacjenta na listę, a które uniemożliwiają zachowanie terminu z niej wynikającego, świadczeniodawca informuje świadczeniobiorcę w każdy dostępny sposób o zmianie terminu, wynikającej z modyfikacji kolejności udzielenia świadczenia i jej przyczynie.

Prowadzenie listy oczekujących do konkretnych świadczeń daje prawdziwy obraz czasu oczekiwania do konkretnej procedury medycznej. W sytuacji, gdy lista jest prowadzona do oddziału, wiemy jak długo czeka się na przyjęcie do oddziału, a nie na konkretne świadczenie.

O terminie przyjęcia decyduje szpital

W sprawnym prowadzeniu list oczekujących pomaga również stosowanie zapisu ustawy mówiącego o tym, że to świadczeniodawca ustala kolejność udzielania świadczeń, a nie pacjent. Świadczeniobiorca ma prawo do zmiany terminu udzielenia świadczenia jedynie w sytuacji, gdy ma w tym czasie udzielane inne świadczenie medyczne, bądź z powodu wypadków losowych. W katalog sytuacji innych niż medyczne wchodzi np. ślub, pogrzeb, chrzciny (zstępni, wstępni), ponadto klęski żywiołowe uniemożliwiające stawienie się w wyznaczonym terminie na hospitalizację. Natomiast na szpital został nałożony obowiązek informowania pisemnie pacjenta o terminie świadczenia oraz uzasadnieniu wyboru tego terminu. Każda jego zmiana musi być dokumentowana przez świadczeniodawcę w taki sposób, aby nie narażać się na zarzut braku transparentności w prowadzeniu listy oczekujących. Zasadnym jest również informowanie pacjentów na piśmie, że mają prawo na podstawie tylko

jednego skierowania wpisać się na tylko jedną listę oczekujących. Jak również, że mają obowiązek niezwłocznego poinformowania szpitala o rezygnacji ze świadczenia. W przypadku otrzymania powyższej informacji na piśmie od placówki, pacjent będzie miał większą świadomość swego obowiązku.

Zespół do spraw oceny przyjęć

Aby jakikolwiek system mógł poprawnie funkcjonować, musi zostać wdrożone narzędzie kontrolne, które będzie czuwać nad przestrzeganiem jego regulacji. Odnośnie list oczekujących takim narzędziem jest zespół ds. oceny przyjęć, który musi być powołany w każdej placówce na mocy ustawy. Głównym jego zadaniem jest comiesięczna weryfikacja poprawności prowadzenia dokumentacji oraz sprawdzenie zgodności czasu oczekiwania na określone świadczenie z wytycznymi krajowych konsultantów w poszczególnych dziedzinach medycyny, aktualnym stanem zdrowia pacjenta oraz bieżącą wiedzą medyczną. Kontrola podlega również prawidłowe udokumentowanie zasadności oraz przyczyny zmiany terminu udzielania świadczeń. W związku z powyższymi zadaniami w skład zespołu wchodzi lekarz specjalności zabiegowej oraz zachowawczej, jak również naczelnia pielęgniarka. Zespół na podstawie zebranych danych sporządza protokół, który później przedstawiany jest do zatwierdzenia dyrektorowi placówki. Ostatnim etapem pracy zespołu jest wpisanie na listach oczekujących daty okresowej kontroli wraz z podpisami i pieczętami zespołu. Bardzo ważne jest, aby raport pokontrolny był sporządzony rzetelnie - tak, aby można było na bieżąco korygować błędy, a tym samym uniknąć negatywnych konsekwencji dla placówki w przypadku kontroli.

Kategorie medyczne

Jednym z etapów wpisu pacjenta na listę oczekujących jest wyznaczenie przez lekarza odpowiedniej kategorii medycznej „pilny”, bądź „stabilny”, zgodnie z regulacjami *Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej*. Określiło ono ramową definicję każdej z tych kategorii. Zgodnie z powyższym aktem wykonawczym, aby pacjent mógł być zakwalifikowany jako „pilny”, musi zaistnieć wskazanie medyczne, zgodnie z aktualną wiedzą, że przyjęcie musi nastąpić jak najszybciej, a nie w chwili zgłoszenia. Pacjentowi musi grozić możliwość szybkiego pogorszenia stanu zdrowia lub znaczącego zmniejszenia szans na powrót do zdrowia. Natomiast przypadkiem „stabilnym” jest każdy inny niż pilny, bądź nagły. W podjęciu decyzji o wyznaczeniu trybu przyjęcia pomocne lekarzom, są wytyczne krajowych konsultantów w odpowiednich dziedzinach medycyny. W przypadku, gdy lekarz w swojej dziedzinie medycyny nie ma wytycznych, w wyznaczaniu kategorii medycznej musi kierować się aktualnym stanem zdrowia pacjenta, rokowaniami co do dalszego przebiegu choroby, chorób współistniejących, które mają wpływ na chorobę, z powodu której ma być udzielone świadczenie oraz zagrożenia wystąpienia, utrwalenia lub pogłębienia niepełnosprawności. Lekarz po wskazaniu odpowiedniej kategorii ma obowiązek wpisać ją wraz z uzasadnieniem na listę oczekujących, do indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta oraz w informacji pisemnej, jaką dostaje pacjent w momencie zapisu na listę oczekujących.

Dalszy ciąg leczenia

Pod regulacje związane z listami oczekujących nie podlega forma przyjęcia do szpitala, jaką jest „dalszy ciąg leczenia”. Taka sytuacja ma miejsce, gdy w momencie podjęcia przez lekarza decyzji o przebiegu całego procesu diagnostyczno – terapeutycznego, wiadomo jest, że leczenie nie zostanie zakończone w momencie wypisu pacjenta ze szpitala. Chory będzie musiał przyjść za miesiąc lub dwa, aby dokończyć terapię. Jednak należy pamiętać, że taka przerwa musi wynikać ze wskazań medycznych. Przykładową sytuacją jest np. urologia onkologiczna, gdzie pacjent zostaje przyjęty na operację guza, którego nie można wyciąć za pierwszym razem. Dopiero w kolejnej operacji będzie mógł być usunięty w całości. W przypadku, gdy pacjent ma być przyjęty jako „dalszy ciąg leczenia” taka informacja musi znaleźć się w części wypisowej dokumentacji medycznej. Ponadto pacjent musi otrzymać od lekarza wypisującego skierowanie na kolejny pobyt w szpitalu. W powyższej sytuacji chory nie jest drugi raz wpisywany do kolejki, ale wprowadzany do terminarza nie objętego regulacjami kolejkowymi.

Usunięcie pacjenta z listy oczekujących

Pacjent ma prawo nie stawić się w wyznaczonym terminie i nie zostać skreślonym z listy oczekujących, jeżeli wystąpiło zdarzenie losowe, bądź ma w tym czasie udzielane inne świadczenie zdrowotne. *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń*

ze środków publicznych, podaje przyczyny, z jakich można wykreślić pacjenta z kolejki:

- wykonanie świadczenia przez danego świadczeniodawcę,
- powiadomienie przez osobę oczekującą o rezygnacji,
- zaprzestanie wykonywania świadczeń danego rodzaju przez świadczeniodawcę,
- inna przyczyna.

W katalog „innych przyczyn” wchodzi między innymi zrealizowanie danego świadczenia w innej placówce, nie okazanie ważnego dokumentu ubezpieczeniowego przy przyjęciu oraz dyskwalifikacja z zabiegu operacyjnego.

Dyskwalifikacja, a odroczenie

Pomiędzy powyższymi sformułowaniami jest zasadnicza różnica, gdyż jeżeli lekarz decyduje o dyskwalifikacji, to pacjent zostaje wykreślony z listy oczekujących. Nie może mu być udzielone świadczenie na które czeka, gdyż ma przeciwwskazania medyczne, które nie mogą być usunięte w przeciągu miesiąca lub dwóch. Natomiast jeżeli lekarz odracza zabieg, to musi mieć pewność, że pacjent będzie mógł być operowany w najbliższym czasie. Wtedy wpisuje na liście oczekujących informację, że termin przyjęcia pacjenta został przesunięty z powodu np. przeziębienia, zapalenia dróg moczowych itp. Wyznaczenie krótkiego terminu odroczenia pozwala uniknąć sytuacji, w której pacjent czeka na liście rok i w ciągu tego roku termin przekładano trzy razy, gdyż pacjent wciąż miał przeciwwskazania do zabiegu. Blokowane było w tym przypadku miejsce dla innych pacjentów, którzy mogli mieć wykonane świadczenie. Powyższy pacjent powinien zostać wykreślony z listy, pokierowany do ambulatorium i dopiero po uzyskaniu zaświadczenia lekarskiego, że nie ma przeciwwskazań do zabiegu, wpisany na listę oczekujących.

Zakres formalny listy oczekujących

Lista oczekujących musi zawierać zgodnie z obowiązującymi aktami wykonawczymi poniższe elementy:

- 1) identyfikator listy, na który składa się identyfikator świadczeniodawcy wraz z kodem komórki organizacyjnej oraz kod świadczenia;
- 2) numer kolejny na liście oczekujących;
- 3) data i godzina wpisu na listę oczekujących;
- 4) imię i nazwisko osoby dokonującej wpisu na listę oczekujących;
- 5) dane o osobie oczekującej na udzielenie świadczenia:
 - a) identyfikator osoby (numer PESEL lub seria i numer paszportu),
 - b) imię i nazwisko,
 - c) adres zamieszkania,
 - d) informacje kontaktowe, tj. numer telefonu, adres poczty elektronicznej;
- 6) rozpoznanie lub powód planowanego przyjęcia;
- 7) dane dotyczące planowanego terminu udzielenia świadczenia;
- 8) planowany termin udzielenia świadczenia,
- 9) kategoria medyczna,
- 10) przyczyna ewentualnej zmiany terminu udzielenia świadczenia wraz z uzasadnieniem,
- 11) data ewentualnej zmiany terminu udzielenia świadczenia;
- 12) dane dotyczące skreślenia osoby z listy oczekujących;
- 13) data skreślenia;
- 14) przyczyna skreślenia;
- 15) data okresowej oceny listy oczekujących.

W przypadku braku któregośkolwiek z powyższych elementów Narodowy Fundusz Zdrowia ma prawo nałożyć karę umowną zgodnie z *Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej* §30:

„W przypadku zastrzeżenia w umowie kar umownych, w razie niewykonania lub wykonania umowy niezgodnie z jej postanowieniami, z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy, wysokość kary umownej wynosi: (...)

- 3) do 1 % kwoty zobowiązania określonej w umowie dla danego zakresu świadczeń w przypadku:
 - a) gromadzenia informacji lub prowadzenia dokumentacji, w tym dokumentacji medycznej w sposób rażąco naruszający przepisy prawa,
 - b) niepodania do wiadomości świadczeniobiorców zasad rejestracji i organizacji udzielania świadczeń, zgodnie z § 11 ust. 1, 4 i 5,
 - c) nieumieszczenia informacji, o której mowa w § 11 ust. 2 i 3,
 - d) nieprzekazania w terminie informacji, o której mowa w § 9 ust. 2 i § 34 ust. 1,
 - e) udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w obowiązujących przepisach lub umowie,
 - f) nieprowadzenia list oczekujących na udzielenie świadczenia lub prowadzenia tych list w sposób rażąco naruszający przepisy prawa,
 - g) nieprzekazywania danych dotyczących list oczekujących w terminie.”

Zgodnie z powyższą regulacją NFZ może w ciągu jednego postępowania skontrolować listy oczekujących w trzech oddziałach, i na każdy z nich przypadłaby kara umowna do 1% kwoty z kontraktu dla danego zakresu świadczeń. ■



Dbanie o prawidłowe funkcjonowanie każdego z elementów listy oczekujących daje szpitalowi bezpieczeństwo prawne oraz zabezpieczenie przed karami z Narodowego Funduszu Zdrowia.

W przypadku, gdy szpital przestrzega zasad zmiany terminów, dokumentowania przyczyn modyfikacji oraz zasad zapisu i skreśleń pacjentów z listy oczekujących, łatwiej jest placówce zarządzać listą oraz całym ruchem chorych. Ponadto Dyrektor szpitala mając prawdziwą informację, jak wygląda kolejka, wie na jakie świadczenia jest popyt, a na jakie nie, a także które gałęzie działalności powinno się rozwijać, a które zostawić na podstawowym poziomie.

Istota prowadzenia dokumentacji medycznej w aspekcie kontroli NFZ

Dla szpitala najważniejszy jest pacjent - to truizm. Ostatecznie właśnie dla niego została zorganizowana służba zdrowia. Przy zapatrzeniu się w człowieka potrzebującego pomocy medycznej pracownicy szpitala niestety często lekceważąco podchodzą do innych istotnych elementów niezbędnych dla istnienia placówki. Niepokojące jest, że niczym „niechciane dziecko” traktują dokumentację medyczną będącą nieodłącznym elementem gwarantującym dostęp do środków pieniężnych.

Co oznacza prawidłowe sporządzanie dokumentacji medycznej? Szczegółowy jej rodzaj i zakres oraz sposób przetwarzania określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 roku. Podpisanie kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia oznacza akceptację standardów określonych przez płatnika. Każdy Świadczeniodawca, który zobowiązał się do wykonywania usług medycznych i podpisał umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia powinien mieć świadomość, że sposób realizowania umowy zostanie poddany kontroli. Znajomość przepisów regulujących możli-

wość udzielania świadczeń opieki zdrowotnej pozwoli uniknąć ewentualnej odpowiedzialności karnej bądź konsekwencji z tytułu postępowań kontrolnych NFZ.

Warto zwrócić uwagę na kontrolę dokonaną przez Kujawsko-Pomorski Oddział Wojewódzki NFZ. Zakwestionowane świadczenia na łączną kwotę 5,949 mln zł oraz kara wysokości 495,131 tys. zł. to konsekwencje kontroli przeprowadzonej w 29 szpitalach. Wykazała ona nieprawidłowości związane głównie z: błędną kwalifikacją wykonanych świadczeń zdrowotnych, wykazywaniem hospitalizacji w oparciu o te

same procedury w czasie krótszym niż 14 dni, nieprawidłową kwalifikacją procedur medycznych do wskazanej w rozliczeniu jednorodnej grupy pacjentów, prowadzeniem dokumentacji medycznej w sposób niezgodny z obowiązującymi przepisami oraz brakiem poszczególnych wpisów.

Opisane powyżej postępowanie wskazuje, że dokumentacja medyczna jest kluczowym elementem w rozumieniu rozliczeń z Narodowym Funduszem Zdrowia. Należy także pamiętać o sytuacjach, z którymi coraz

Akty prawne, które regulują kompetencje NFZ do przeprowadzania kontroli:

- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2004 r. w sprawie szczegółowego sposobu i trybu przeprowadzania kontroli przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych.



zdjęcia. Opóźnienie w zdiagnozowaniu problemu zdrowotnego sprawiło, że nie zostały podjęte działania medyczne, które mogły uratować pacjentce życie. Zatem wartość dokumentacji medycznej oraz czas i sposób jej uzupełniania jest niezwykle istotny. Nie tylko ze względu na obowiązek prowadzenia jej zgodnie z obowiązującymi przepisami, ale również z tytułu odpowiedzialności karnej lekarza.

Dokumentacja ma przede wszystkim znaczenie kliniczne, ekonomiczne, kontrolne, naukowe oraz medyczno-sądowe.

Dodatkowo należy mieć na uwadze, że zgodnie z art. 41, ust. 1 Ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry:

„Lekarz ma obowiązek prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta”.

częściej spotykają się lekarze, a mianowicie o roszczeniach pacjentów dotyczących prawidłowości postępowania lekarskiego. W takiej sytuacji indywidualna dokumentacja medyczna, w szczególności jej część wewnętrzna, jest podstawą do ocenienia przebiegu procesu diagnostyczno – terapeutycznego. W przypadku, gdy prowadzona jest systematycznie, w sposób uporządkowany i kiedy zawiera wszystkie niezbędne elementy określone rozporządzeniem, może zostać uznana za dowód w ewentualnej sprawie sądowej. Nieczytelna, prowadzona niechronologicznie, bez obserwacji lekarskich z kolejnych dni pobytu pacjenta w szpitalu bądź poszczególnych formularzy, nie będzie brana pod uwagę.

Podobna sytuacja miała miejsce w jednym z warszawskich szpitali. Pacjentka przywieziona do placówki straciła przytomność. Wykonano tomografię komputerową, jednakże w ośrodku brakowało radiologa, który mógłby opisać

Jakiegokolwiek braki w dokumentacji mogą przyczynić się do nałożenia kary na lekarza prowadzącego bądź też ordynatora oddziału. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 roku w §24, ust. 1 reguluje:

„Lekarz wypisujący przedstawia zakończoną i podpisaną przez siebie historię choroby albo kartę noworodka do oceny i podpisu lekarzowi kierującemu oddziałem”.

Zatem ordynator jest osobą współodpowiedzialną za sporządzoną dokumentację medyczną.

W jednym z wrocławskich Ośrodków Klinicznych Dolnośląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia przeprowadził kontrolę dokumentacji medycznych. Stwierdzono tam nieprawidłowości w dokumentacjach przedstawiających wykonane zabiegi histeroskopii. Podczas

przeprowadzania kontroli zauważono brak skierowania na badanie oraz adnotacji o trybie pilnym, brak zgody pacjentek na wykonanie badania oraz brak wyników badań. Kara nałożona na klinikę wynosi 274 tys. zł, czyli „1 % kwoty zobowiązania określonej w umowie dla danego zakresu świadczeń” (§ 30, ust. 1, pkt. 3 załącznika Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 roku, określającego ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej). Tak więc i w tym przypadku prawidłowo sporządzona dokumentacja medyczna mogłaby uchronić szpital przed stratą finansową.

Sporządzanie dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej jest zatem niezwykle istotną kwestią. Jest to obowiązek każdego Świadczeniodawcy udzielającego świadczeń zdrowotnych na podstawie umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia. Wobec tego dokumentacja powinna być prowadzona systematycznie, czytelnie, w sposób chronologiczny, w oparciu o obowiązujące akty prawne. Stanowi ona zbiór materiałów zawierających dane i informacje medyczne dotyczące stanu zdrowia pacjentów oraz udzielanych im świadczeń zdrowotnych w czasie pobytu w szpitalu. Winna zawierać wszystkie formularze określone rozporządzeniem, obserwacje lekarskie z każdego dnia pobytu pacjenta w oddziale – przedstawiające stan zdrowia chorego, a w wyznaczonych miejscach powinna zostać zamieszczona autoryzacja lekarska bądź pielęgniarska. W przypadku kontroli przeprowadzonej przez Fundusz, prawidłowo uzupełniona dokumentacja medyczna będzie stanowiła linię obrony dla Zakładu Opieki Zdrowotnej przed ewentualnym nałożeniem kary. ■

Z daleka wygląda niczym neogotycka świątynia. Czerwona cegła, witraże w oknach. Wchodzimy do Ortopedyczno-Rehabilitacyjnego Szpitala Klinicznego im. Wiktora Degi Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Od Pełnomocnika Dyrektora ds. Organizacji i Zarządzania chcemy dowiedzieć się, jak wygląda

Recepta na kolejki

Z **Reginą Świokło** rozmawia
Wiesław Adamowicz

Czym zasadniczo wyróżnia się szpital kliniczny od innych?

Już sam organ założycielski w jednoznaczny sposób pokazuje główną różnicę. Naszym organem założycielskim jest Uniwersytet Medyczny, więc obok działalności usługowej jest naukowo-dydaktyczna. Nasi lekarze są jednocześnie naukowcami i nauczycielami. Każdy z naszych ordynatorów jest jednocześnie kierownikiem kliniki, zatem jego rola jest nieco odmienna od tej, jaką ordynatorzy pełnią w innych szpitalach.

W jednej klinice funkcjonują nawet trzy oddziały. Do nas pacjenci przyjeżdżają z całej Polski. Właśnie tutaj chcą się leczyć.

Czy lekarze boją się dokumentacji?

Nasi lekarze teraz już raczej nie boją się. Będąc pracownikiem kontraktowym, lekarz ma świadomość swojej odpowiedzialności

cywilnej za dokumentację. To wystarczająca motywacja, aby na bieżąco i odpowiednio dokumentować swoją pracę. Jednak już wcześniej zadbał o szkolenia, głównie dla lekarzy i sekretarek medycznych z zakresu prowadzenia dokumentacji medycznej. Nie, nie mamy tutaj większych problemów tego typu, a ewentualne „niedociągnięcia” staramy się korygować na bieżąco. Warto szkolić - to daje efekty i dla samych lekarzy, i dla całego szpitala.

Dynamika zmian w JGP wymaga ciągłych szkoleń. Rozporządzenia Ministra Zdrowia o dokumentacji medycznej też trzeba przestrzegać i trzeba „umieć” przestrzegać.

Jak Państwa szpital radzi sobie z problemami list oczekujących?

Listy oczekujących są u nas bardzo długie i nie maleją. Powiem więcej - jest ich wiele. Mamy kilkanaście oddziałów i każdy z nich ma swoje własne kolejki. Mamy osobne

kolejki na niektóre procedury, osobne na grupy procedur. Z jednej strony listy oczekujących nam się zmniejszają. Przyjmujemy pacjentów do Szpitala. Ponadto prowadzimy weryfikację, porządkowanie list oczekujących, w związku z czym część pacjentów jest wykreślana. Z drugiej jednak strony mamy oczywiście nowych pacjentów, których zapisujemy na listy oczekujących.

Jak sobie radzicie z listami oczekujących?

Bardzo szerokie pytanie. Zaczniemy może od tego, że działa u nas Zespół Kryzysowy ds. Weryfikacji i Uporządkowania List Oczekujących na Świadczenia w Szpitalu. - Można powiedzieć, że temat List Oczekujących nie jest mi obcy od początku mojej pracy w tym Szpitalu, ale teraz jako przewodnicząca tego Zespołu zajmuję się nim już gruntownie. Zespół został powołany w marcu ubiegłego roku.



Sposób porządkowania list oczekujących jest zależny od tego, jakie szpital ma problemy..

Co było bezpośrednią przyczyną rozpoczęcia pracy Zespołu?

Problemów było bardzo dużo. Listy oczekujących Szpital porządkował we własnym zakresie. Niestety, rozciągało się to w czasie. Fundusz już się trochę niecierpliwił. Pacjenci zresztą też. Potem była akcja medialna...

Akcja medialna?

Tak. Jeden z pacjentów po wieloletnim oczekiwaniu na wykonanie zabiegu otrzymał od nas pismo z pytaniem, czy nadal jest zainteresowany. Fakt – my wówczas po prostu weryfikowaliśmy nasze listy. Pacjent ten jednak najwyraźniej wzruszony treścią naszego pisma zainteresował tym środki masowego przekazu. Sprawa została skutecznie nagłośniona.

Zatem przypadek?

Od kilku lat staraliśmy się systematycznie do najdłużej oczekujących pacjentów wysłać listy. Często pozostawały one bez odpowiedzi. W takim przypadku, pacjenci nadal figurowali na naszych listach. Zgodnie bowiem z przepisami nie możemy skreślić pacjenta jedynie dlatego, że nam zalega na liście.

I jednym z adresatów był wspomniany wcześniej pacjent. Problem stał się głośny.

Tak, zaczęło o tym być głośno. Wtedy jednak postanowiliśmy zintensyfikować nasze działania. Poszukaliśmy wsparcia prawnego, aby dalsza praca nad kolejkami przebiegała bez zbędnych niespodzianek.

Co od tamtego czasu się zmieniło?

Wówczas, to znaczy w marcu ubiegłego roku, powołaliśmy wspomniany wcześniej Zespół Kryzysowy ds. Weryfikacji i Uporządkowania List Oczekujących. Uznaliśmy bowiem, że mamy do czynienia z sytuacją kryzysową.

Aż kryzysową?

W 2000 roku, przy okazji wdrażania systemu informatycznego, wprowadziliśmy do bazy ewidencję pacjentów, którzy chcieli się u nas leczyć, czyli wszystkie zapisy prowadzone przez działające wówczas Kliniczne Komisje Przyjęć. Nie była to typowa kolejka, bo nie było obowiązku prowadzenia list oczekujących, lecz wyłącznie ewidencja. Dopiero później,

w roku 2005, na mocy Rozporządzenia Ministra Zdrowia o Kryteriach Medycznych, szpitale zostały zobowiązane do prowadzenia list oczekujących. Mieliśmy świadomość, że wielu z tych zapisanych wcześniej – oczywiście z różnych przyczyn – już nie czeka na zabieg. Były to zatem tzw. „martwe dusze”, które blokowały kolejki, ponieważ sztucznie je wydłużając. Utrudniały też wyznaczenie realnych terminów hospitalizacji osobom rzeczywiście oczekującym na świadczenia. Stwarzały ponadto problemy natury organizacyjnej dla Oddziałów (nie zgłaszanie się pacjentów do Szpitala w wyznaczonym terminie, bez wcześniejszego powiadomienia - blokowanie łóżek, niewykorzystanie sali operacyjnej). A do tego po drodze dochodziły jeszcze „zawierowania” w listach oczekujących związane ze zmianami organizacyjnymi (np. połączenie Oddziałów, zmiana profilu itp). Musieliśmy to uporządkować. Pamiętamy, że wciąż zgłaszały się nowe osoby. Kolejka urosła do około 35 tysięcy osób. Tak więc śmiało moż na powiedzieć, że była to sytuacja kryzysowa.

Jak wygląda kwestia obowiązku powiadamiania szpitala o rezygnacji z kolejki w przypadku na przykład wykonania zabiegu w innej placówce?

Ustawa wskazuje, że pacjent powinien powiadomić zakład opieki zdrowotnej o tym, że świadczenie zostało wykonane w innej placówce, bądź po prostu o rezygnacji z zabiegu. Mamy świadomość, że pacjenci w większości tego nie robią. Oddziały nam zgłaszały, że pacjenci nie przyjeżdżają na wyznaczone terminy. Wiedząc, że pacjenci mogli mieć już świadczenia wykonane w innych szpitalach, prowadziliśmy korespondencję. Jak wspomniałam, okazała się ona niewystarczająco skuteczna.

Inne szpitale też mają tak długie kolejki?

Na same endoprotezoplastyki biodra i kolana oczekiwało u nas około 7 tysięcy osób. Gdy rozmawiałam z pracownikiem innego szpitala usłyszałam, że oni mają 50 pacjentów czekających na te zabiegi. Różnicę widać.

Czy jest zatem recepta na uporządkowanie list oczekujących?

To zależy, kto ma co do uporządkowania. Z licznych spotkań z przedstawicielami innych szpitali wiem, że oni nie mają takich problemów, jak my. Jak wspomniałam wcześniej - jesteśmy specyficzną placówką. Nie mogę dać nikomu recepty na porządkowanie kolejek. Mogę jedynie posłużyć się naszym przykładem i naszym pomysłem na wyjście z sytuacji.

Jak to zatem wygląda na przykładzie Państwa placówki?

Przystępując do intensywnej pracy nad listami oczekujących, w pierwszej kolejności uznaliśmy, że personel Szpitala musi bezwzględnie znać zasady prowadzenia list oczekujących. Zebraliśmy w jedną całość przepisy prawne dotyczące list oczekujących oraz zasady ich prowadzenia. Dodatkowo Zarządzenia wewnętrzne Dyrektora Szpitala w tym zakresie. Materiał ten przekazaliśmy zainteresowanym. Potem było już samo powołanie Zespołu Kryzysowego. Musiał powstać Zespół, aby dokonać weryfikacji wszystkich list oczekujących i uporządkować je, m.in. wyzbywając się tych „martwych dusz”. No i przez cały czas trzeba czuwać nad realizacją wytycznych przekazanych wcześniej oddziałom i komórkom organizacyjnym odpowiedzialnym za zapisy chorych do Szpitala i prowadzenie list oczekujących.

Porozmawiajmy o samym zespole i jego pracy.

Zespół powstał celem weryfikacji i uporządkowania list oczekujących na świadczenia. Wytyczyliśmy w zespole etapy postępowania, których realizacja pozwoli osiągnąć cel. W pierwszej kolejności wystąpiliśmy z pismem do Narodowego Funduszu Zdrowia o imienne zweryfikowanie naszych list oczekujących pod kątem uprawnienia do otrzymania świadczeń. W odpowiedzi Fundusz wskazał nam pacjentów, którzy zmarli, czy tych, którzy mają błędny numer PESEL lub jest brak numeru PESEL, a także numery PESEL, które nie występują w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych. W ten sposób nasza baza danych została zweryfikowana w tym zakresie.

Na ile było to działanie skuteczne?

Z tego co pamiętam, to w naszej bazie – ku naszemu zaskoczeniu - widniało ponad 1100 pacjentów, którzy już nie żyli. Jest to o tyle zaskakujące, że przecież na bieżąco otrzymujemy informacje o osobach nieżyjących. Ponad 800 osób miało błędny numer PESEL lub jego brak i ponad 600 numerów PESEL było wskazanych jako nie występujących w CWU. A to dało już „na dzień dobry” sumę prawie 1 500 osób do weryfikacji.

Co było dalej?

Wystosowaliśmy pismo do Urzędu Wojewódzkiego z prośbą o udostępnienie danych pacjentów w zakresie ustalenia aktualnego adresu zameldowania. Potem ponownie zwróciliśmy się do Funduszu o informację, kto z naszych pacjentów uzyskał w innym miejscu świadczenie, na wykonanie którego oczekuje u nas. Oczywiście w tym celu sporządziliśmy zaktualizowaną bazę danych. W tym przypadku – myślę, że słusznie – Fundusz podszedł do proble-

mu ostrożnie. Mogliśmy przecież wykreślić z listy pacjenta, który czeka na przykład na endoprotezoplastykę biodra. Bez sprecyzowania, o które biodro w takim przypadku chodzi, nie ma znaczenia, że zabieg taki był wykonany w innej placówce. Tam – być może – wykonano endoprotezoplastykę, ale drugiego biodra. Dzięki ostrożnemu podejściu Funduszu uniknęliśmy takiej sytuacji.

Z tak zaktualizowaną bazą danych pewnie Szpital mógł rozpocząć korespondencję?

To nie było takie łatwe. Potrzebowaliśmy pomocy zewnętrznej, aby wypracować takie wzorce korespondencji i procedurę jej realizowania, aby nasz wysiłek przyniósł oczekiwane efekty i był zgodny z prawem. Wzory te stosujemy do dnia dzisiejszego. Chcemy wiedzieć, czy pacjent jest nadal zainteresowany dalszym oczekiwaniem na wykonanie świadczenia. Mamy odpowiednio skonstruowane pisma pozwalające na weryfikację danych. Wypracowaliśmy procedurę weryfikacji list oczekujących w naszym Szpitalu w zakresie uporządkowania ewidencji pacjentów. W tej procedurze musieliśmy przewidzieć wszelkie możliwe zdarzenia. Na przykład, co zrobić gdy pacjent telefonicznie rezygnuje ze świadczenia.

Od czego zaczęliście swoje porządki?

Zaczęliśmy od ponad 4 tysięcy listów do pacjentów wpisanych do ewidencji. Ta korespondencja dotyczyła tych zaewidencjonowanych w bazie Szpitala, którzy byli zapisani do roku 2002 oraz wszystkich pacjentów z numerem PESEL błędnym lub brakującym i wskazanych przez NFZ, jak i z numerem PESEL nie występującym w CWU. Potem kolejne 4 tysiące pism do pacjentów zewidencjonowanych u nas w latach 2003-2004. Teraz jesteśmy w trakcie trzeciej tury,

czyli kolejne 4 tysiące. Tak zakończy się etap weryfikacji. Zgodnie z naszą procedurą będziemy mogli wykreślić wszystkich tych pacjentów, którym świadczenia się nie należą lub z nich zrezygnowali. Mówię tu o pacjentach, którzy zostali wprowadzeni u nas do ewidencji przed wejściem w życie Rozporządzenia zobowiązującego do prowadzenia list oczekujących.

Jaki jest odzew?

Okolo 70 procent pacjentów kwalifikuje się do skreślenia. Zresztą przewidywaliśmy, że tak będzie, chociaż nie sądziliśmy, że aż tyłu.

Jakie przesłanki przemawiają za koniecznością skreślenia?

Najczęściej pacjenci po prostu nie odpowiadają na nasze pisma. Odbierają korespondencję, mamy potwierdzenie, ale nie odpowiadają. Dla nas jest to sygnał, że nie są zainteresowani. Część odpowiada, że rezygnuje, albowiem zabieg już wykonali wcześniej w innej placówce.

Tak myślę – jako pacjent oczekujący na zabieg kilka lat nagle otrzymuję ze szpitala pismo z pytaniem, czy nadal chcę czekać. Mam na odpowiedź 14 dni. Wtedy – stawiając się w roli pacjenta – mam prawo poczuć złość i z tego powodu nie odpowiadam. Jak wygląda kwestia reklamacji?

Oczywiście rozumiemy także taki czynnik. Jednakże gdy informujemy pacjenta, że zostaje skreślony z listy oczekujących, ma on w dalszym ciągu prawo ustosunkować się do takiej decyzji. Ma na to kolejne dwa tygodnie czasu. Bywa, że pacjenci czasem się odwołują. Faktem jest jednak, że około 60 procent adresatów po prostu na pisma nie odpowiada.

Tyle tysięcy pism, taka ilość korespondencji. Trudno to ogarnąć. Kto tym się zajmuje?

Muszę powiedzieć, że latem zatrudniliśmy studentów, którzy nam pomagali. Poza tym musieliśmy zatrudnić pracownika zajmującego się przede wszystkim korespondencją i protokołami dotyczącymi korespondencji, rezygnacji telefonicznej, itp. Zatem są to również nakłady finansowe. W naszym przypadku była taka konieczność i widać tego efekty.

Poza korespondencją co dodatkowo szpital robi, aby uporać się z problemem list oczekujących?

Oczywiście, że sama korespondencja to nie wszystko. Robimy tak zwane wizyty kwalifikacyjne. Dotyczą one pacjentów, którzy długo oczekują. Są oni wzywani do Szpitala i normalnie rejestrowani w Poradni Konsultacyjnej. Wizyt tych nie rozliczamy z Narodowym Funduszem Zdrowia. To jest wliczone w nasze koszty. Pacjent jest badany i ponownie kwalifikowany do zabiegu. Czasem się okazuje, że zainteresowany na przykład świadczenie uzyskał w innym miejscu, ale skoro go wezwaliśmy, to zgłosił się, bo chciałby uzyskać w naszej placówce inne świadczenie. Przy okazji takich wizyt lekarz ma możliwość weryfikacji, czy pacjent oczekujący na świadczenie powinien w dalszym ciągu widnieć na liście, czy na przykład kwalifikuje się obecnie nie jako stabilny, lecz pilny, bo zmieniła się jego sytuacja zdrowotna. Część z tych pacjentów również odpada z list. Oczywiście na to także mamy swoją procedurę. Zdyskwalifikowany czy wykreślony pacjent otrzymuje odpowiednie pismo w tej sprawie. Ponadto, jeśli wezwany pacjent na ponowną kwalifikację u nas nie pojawia się, to również jest skreślany po wcześniejszym pisemnym powiadomieniu. Traktujemy to bowiem jako rezygnację ze świadczenia w naszym Szpitalu. Oczywiście tu pacjent też ma prawo odwołania się od decyzji Szpitala.

Sporo już zostało zrobione, a ile wciąż przez państwem?

Jest jeszcze sporo do zrobienia. Bardzo duży nacisk położyliśmy na szkolenia. Efekty widać. Nasi lekarze mieli obowiązkowe szkolenia z zakresu prowadzenia list oczekujących. Zresztą lekarze kontraktowi mają w umowach odpowiednie zapisy odnoszące się do obowiązku właściwego prowadzenia dokumentacji, w tym list oczekujących. Były też szkolenia dla pracowników klinik czy personelu administracyjnego. Uważam, że takie szkolenia mają istotne znaczenie. Przeprowadziliśmy audyt list oczekujących,

przebiegamy okresowe audyty dokumentacji medycznej oddziałów poszczególnych klinik, a wyniki audytów omawiane są w formie szkoleń dla pracowników tych Klinik oraz innych zainteresowanych pracowników, organizujemy bieżące konsultacje. To wszystko daje owoce. Przecież od świadomości i wiedzy personelu zależą efekty. No i oczywiście od świadomości i wiedzy kadry zarządzającej, poczynając od Dyrektora Szpitala. Dyrektor naszego Szpitala - Pan Witold Bielerński - kwestie prawidłowego prowadzenia dokumentacji, w tym list oczekujących, uważa za jedną z priorytetowych powinności. I tu zaczyna się nasz sukces.

Czy doświadczenia państwa Szpitala, o których mówiliśmy to recepta na kolejki?

Myślę, że jest to recepta na uporządkowanie kolejek. To, co będzie potem, zależy już od nas. Warto zaznaczyć, że wiele spraw jest nieprzewidywalnych. Innymi słowy, dynamiczne zmiany w przepisach nie zawsze nadążają za zmieniającą się rzeczywistością. Chodzi mi o to, że każda placówka – także nasza – jest na swój sposób specyficzna. Sposób porządkowania list oczekujących jest zależny od tego, jakie szpital ma problemy, jak długie ma listy oczekujących. Gdy już uporządkowaliśmy kolejki, czas na takie działania, które uchronią szpital przed kolejnymi problemami. Mówię tu o szkoleniach, przeprowadzaniu audytów, pilnowaniu wypracowanych standardów. Należy bezwzględnie być pewnym, że odpowiedzialni pracownicy znają aktualne przepisy i przestrzegają ich w codziennej pracy. Jeszcze podkreślmy, że nad realizacją powinien być nadzór. Ktoś powinien czuwać nad tym, aby wszystko działało prawidłowo. Nie ukrywam, że listom oczekujących w ciągu ostatnich kilkunastu miesięcy poświęcałam dużo swego czasu i energii. Nie żałuję – warto było. Nie lubię bylejakości. Gdy za coś się biorę, to robię to rzetelnie. Gdybym nie widziała zaangażowania innych pracowników, to pewnie skrzydła szybko by opadły. Widoczne efekty zaś uskrzydłają. No i bardzo ważne jest wsparcie „z góry”, o którym wcześniej mówiłam.

Obrazowo - jak ktoś robi generalne porządki w mieszkaniu, np. po remoncie, a nie chce ponownie mieć bałaganu w przyszłości, to musi po wysprząnięciu pilnować ładu na bieżąco. Jeśli bowiem pozwolimy na to, że zacznie powstawać kolejny mały bałaganik, to potem znowu pojawi się konieczność wielkiego sprzątnięcia. Wszyscy mieszkamy wspólnie w tym domu, więc dbajmy o niego.

Dziękuję za rozmowę.

Dynamika zmian w JGP wymaga ciągłych szkoleń.



Szpital o kulach

Katarzyna Ulejczyk

Restrukturyzacja Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej jest długą i wyboistą drogą, ale pomimo wielu sceptycznych opinii - jednak możliwą. Zasadniczą bolączką szpitali jest brak nadzoru nad dokumentacją medyczną oraz opracowanych procedur wewnętrznych, kulejąca lista oczekujących, przestarzałe regulaminy organizacyjne, które nie przystają do rzeczywistości. Wszystko to czyni szpital bezbronny wobec kontroli Narodowego Funduszu Zdrowia. Ponadto wciąż pokutuje świadomość, że z płatnikiem nie można wygrać. Otóż można. Trzeba tylko przestać walczyć z rzeczywistością, a nauczyć się w niej żyć.

Sztuczna przestrzeń prawna

Źródłem większości problemów Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej jest obszar prawny, w jakim zmuszona jest funkcjonować ta jednostka sektora publicznego. Sztuczna rzeczywistość wykreowana przez Ustawodawcę, w której szpital musi przestrzegać ustaw szczególnych dotyczących wyłącznie jego oraz aktów związanych z działalnością publiczną, z czym wiąże się również obowiązek przetargowy. Co więcej – placówka medyczna jest traktowana jako przedsiębiorstwo, które musi przynosić zysk. Tymczasem szpital nie jest przedsiębiorstwem, a co za tym idzie nie posiada przywilejów przedsiębiorstwa, czyli między innymi swobody gospodarczej. Pamiętajmy bowiem, że istnieje tylko jeden Płatnik, a więc brak jest konkurencji na rynku. Placówka medyczna jest zmuszona do respektowania wszelkich wymogów stawianych przez NFZ, pomimo, że często są one zbędne i stanowią tylko i wyłącznie utrudnie-

nie przy postępowaniu konkursowym. Kolejną nieścisłością pomiędzy prawem powszechnie obowiązującym, a aktami obowiązującymi szpital są Zarządzenia Prezesa NFZ. Zgodnie z definicją legalną zarządzenie jest aktem normatywnym wydanym przez organy jednoosobowe, bądź kierowników urzędów centralnych nie mogącym stanowić podstawy decyzji wobec obywateli, osób prawnych oraz innych podmiotów. Obowiązuje ono jedynie jednostki organizacyjne podległe bezpośrednio organowi wydającemu decyzję. Nasuwa się tu pytanie dlaczego Zarządzenia NFZ mają obowiązywać szpitale i wpływać na ich sytuację prawną. Placówka medyczna podpisuje przecież umowę cywilno-prawną, zachowuje autonomię i niezależność. Wszelkie zmiany dokonywane przez NFZ mające wpływ na realizację umowy powinny być przedmiotem jej renegotjacji. Kolejne pytanie nasuwa się w związku z karami umownymi nakładanymi na szpital. Ustawa o świadczeniach określa, że pieniądze przeznaczone na świadczenia opieki zdro-

wotnej mogą być przeznaczone tylko i wyłącznie na ten cel. Placówka medyczna nie ma innego źródła dochodu, a więc z jakich funduszy może zapłacić nałożoną karę?

Przetargi

Placówka medyczna jako podmiot sektora publicznego musi przestrzegać Ustawy o zamówieniach publicznych. Zgodnie z tą regulacją, bez procedury przetargowej nie można wykupić usług od jednego kontrahenta, gdy łączny koszt w roku przekracza ok. 54 tysiące złotych. Jednak nie jest największą bolączką szpitala samo istnienie tego obowiązku, gdyż służy on transparentności. Gorzej z procedurami, które muszą być wszczęte, jak również czas trwania całego postępowania. Najbardziej newralgicznym punktem jest stworzenie specyfikacji, gdyż przedmiot objęty konkursem musi być opisany w sposób jednoznaczny i wyczerpujący, oraz nie może mieć podanych znaków

towarowych. W przypadku zamówienia na usługi sprzątające nie stanowi to problemu, ale w momencie ogłoszenia przetargu na leki może stanowić to kłopot. Zauważmy, że produkt leczniczy można opisać jednoznacznie i wyczerpująco, ale w wielu przypadkach jest niezbędne podanie konkretnej nazwy leku, która charakteryzuje konkretnego wykonawcę. Wynika to z tego, iż nie zawsze leki, które są pochodną tej samej substancji mają takie same działanie. W przypadku niektórych części mogą występować niepożądane efekty. Niewłaściwe przygotowanie specyfikacji może skutkować złożeniem protestu i przedłużeniem postępowania, a nawet jego unieważnieniem. Czasami szpital otrzymuje ogromne środki na rozbudowę szpitala, aby mógł rozpocząć inwestycję musi ogłosić przetarg. Niestety przy takich kwotach postępowanie musi być na każdym etapie kontrolowane, tak aby nie doszło do żadnych uchybień, gdyż w takiej sytuacji grozi opóźnienie rozstrzygnięcia przetargu poprzez wniesione protesty, a nawet unieważnienie i rozpoczęcie całej procedury od początku. W wielu przypadkach szpital ma również określony czas na wykorzystanie otrzymanych pieniędzy, a przez długą procedurę przetargową mogą one zostać mu odebrane. Sposób przeprowadzania przetargów jest kontrolowany przez Najwyższą Izbę Kontroli, która pociąga do odpowiedzialności osobę odpowiedzialną za przetarg, czyli dyrektora placówki.

Szpital jako spółka prawa handlowego

Ministerstwo Zdrowia miało nie tak dawno pomysł na przekształcenie wszystkich polskich szpitali w spółki prawa handlowego. Wydało w tej sprawie nawet projekt Ustawy. Został on jednak zawetowany przez Prezydenta. Wszedł w życie zatem plan awaryjny, tzw. „Plan B”. Ma on na celu zachęcić placów-

ki medyczne do zmiany formy prawnej, obiecując w zamian umorzenie długów szpitali wobec Skarbu Państwa i udzielenie kredytu na spłatę reszty zobowiązań. Niestety nie uwzględniono wymogów, jakie trzeba spełnić. Nie zwrócono też uwagi na wysokość maksymalnego zadłużenia, jakie może przyjąć jednostka samorządowa. Gdyby jednak pokonano te przeszkody, to okazałoby się, że samo przekształcenie nie będzie takie proste. Powstaje bowiem problem z własnością gruntu, wyceną mienia, cesją kontraktów z NFZ, związkami zawodowymi, rozwiązaniem wszystkich umów cywilno-prawnych. Wszystko to są problemy powstające przed procesem przekształcenia, natomiast nikt nie zastanawia się z jakimi trudnościami będzie musiała zmierzyć się już przekształcona placówka. Pozbawienie finansowania publicznego, obowiązek płacenia podatku od osób prawnych, pozyskanie inwestorów i kapitału zewnętrznego – to jedynie niektóre z tych trudności.

Rozpoczynając przekształcenie należy przeanalizować wszystkie wątpliwości prawne pojawiające się na tej drodze, jak również plan przetrwania jako podmiot prawa handlowego.

Archiwalne akty wewnętrzne

Z chwilą powstania zakłady opieki zdrowotnej musiały wprowadzić regulaminy organizacyjne, akty wewnętrzne regulujące wszystkie procesy zachodzące w szpitalu. Jednak na samym początku powstaje statut jednostki. Akt założycielski reguluje najważniejsze kwestie związane z funkcjonowaniem ZOZ-u. Niestety w praktyce od początku funkcjonowania szpitala statut nie jest zmieniany, co przekłada się na brak możliwości wprowadzenia zmian organizacyjnych. Ponadto akty wewnętrzne są przestarzałe i nie przystają do rzeczywistości. Najczęstszym

zjawiskiem jest sytuacja, w której dyrektor placówki chce wprowadzić zmiany, lecz z przyczyn opisanych powyżej nie może tego zrobić. Powoduje to paraliż decyzyjny i uniemożliwia podjęcie prób dokonania zmian.

Brak kontroli centralnej nad strukturą zatrudnienia

Bardzo częstym zjawiskiem w placówkach ochrony zdrowia jest brak kontroli nad ilością zatrudnianego personelu, głównie administracyjnego, ale również białego. Dyrektor podpisując umowy o pracę i listy płac, nie analizując jednocześnie optymalizacji polityki kadrowej po analizie zauważa, że na jednego pacjenta przypadają trzy pielęgniarki, każdy lekarz ma własną sekretarkę medyczną, jest więcej kierowników aniżeli personelu niższego, a specjalistów od wymiany żarówki jest w szpitalu trzech. Niestety diagnostyka problemu nie uleczy placówki. Proces leczenia jest bolesny. Wtedy bowiem zwykle wkraczają związki zawodowe. Brak umiejętnego rozwiązania problemu może narazić szpital na strajki i ogromne odszkodowania pracownicze oraz ogólny paraliż jednostki.

Lekarz jako pracownik i podwykonawca

W szpitalach lekarz bardzo rzadko jest postrzegany jako pracownik. Jest on postrzegany jako ten, który ma misję i jest tam po to, aby leczyć ludzi. Oczywiście to jest prawda, ale takie krótkowzroczne myślenie nie jest dobre dla placówki. Szczególnie w kontekście odszkodowań za błąd lekarski oraz kar nakładanych przez NFZ

za błędne prowadzenie dokumentacji medycznej. Szpital traci ogromne pieniądze nie obciążając pracownika za wyrządzoną pracodawcy szkodę. Należy pamiętać, że Kodeks Pracy przewiduje sankcje za umyślne wyrządzenie szkody pracodawcy, bo czym innym jest błędne prowadzenie dokumentacji medycznej. Jednym z obowiązków lekarza zgodnie z ustawą jest przestrzeganie przepisów prawa w tym zakresie. Każda osoba wykonująca zawód medyczny wie o tym, co musi zawierać historia choroby.

Inaczej sytuacja wygląda w przypadku lekarzy zatrudnionych na podstawie „kontraktu”. Jest to nic innego, jak umowa cywilnoprawna pomiędzy lekarzem, a szpitalem o wykonywanie usług medycznych. W przypadku, gdy umowa jest skonstruowana korzystnie dla placówki, to widnieją tam zapisy np. o karach umownych. W przeciwnym razie jedyną drogą uzyskania rekompensaty za poniesione szkody jest proces cywilny. Niestety, szpitale nie przywiązują należytej uwagi do tego typu umów, przez co otrzymują ogromne kary od NFZ za błędy w dokumentacji i pogrążają się w długach, nie mogąc jednocześnie wyciągnąć konsekwencji wobec lekarza.

Rachunek kosztów

W każdym przedsiębiorstwie są różne zasady liczenia kosztów. W placówkach ochrony zdrowia najczęściej mamy koszty rodzajowe, które są bardzo ogólne. Nie pozwalają na przykład na udzielenie odpowiedzi na temat opłacalności poszczególnych oddziałów. To z kolei zamyka drogę do dalszego rozwoju oraz stworzenia nowych usług. Najlepszym przykładem błędnego przypisywania kosztów jest oddział chirurgii oraz anestezjologii i intensywnej terapii. Dyrektorzy mówią „OAIIT mi się zadłuża”. Nie jest to prawdą, gdyż najczęściej otrzymują błędne informacje wynikające ze złego przypisywania kosztów i błędnych

kluczy podziałowych. Przykładem jest sytuacja, w której pacjent wymaga po zabiegu intensywnej opieki, ale nie spełnia kryteriów OAIIT, niemniej jednak nie mając odpowiednio wyposażonego miejsca szpital hospitalizuje go na OAIIT. Płatnik nie zapłaci za taką hospitalizację, gdyż nie zostały spełnione kryteria TISS. Chirurgia rozlicza w takim przypadku grupę i zarabia. Natomiast wewnętrznie nie rozlicza się z pobytu pacjenta z oddziałem anestezjologii, który w taki sposób traci środki finansowe.

Ponadto przy płaskim rachunku kosztów nie jesteśmy w stanie powiedzieć, ile naprawdę kosztuje szpital wykonanie danej grupy jednorodnej. Zauważmy, że wiedząc ile dana grupa pacjentów będzie kosztowała placówkę, jesteśmy w stanie określić przychód, koszty i wysokość ewentualnych nadwykonań. Do tego przy stworzonych standardach realizacyjno-kosztowych dla każdego oddziału mamy pewność, iż zasoby są odpowiednio wykorzystane, a koszty rzeczywiście adekwatne. Liczenie kosztów na jednego pacjenta nie tylko pomaga w zarządzaniu, ale również w negocjacjach z NFZ. Mając informacje, ile kosztuje hospitalizacja danej kategorii pacjentów można zweryfikować twierdzenie, że „NFZ za mało płaci”. Na dzień dzisiejszy nie jesteśmy w stanie powiedzieć, ile dokładnie powinniśmy płacić, aby szpital pokrył poniesione koszty.

Dokumentacja medyczna

Dokumentacja medyczna jest piętą achillesową każdego szpitala. Prawnie za jej formę oraz treść odpowiedzialność powinien ponosić lekarz, ale w rzeczywistości to szpital ją ponosi. Jest to pierwsza rzecz na jaką należy zwrócić uwagę przy rozpoczęciu procesu uzdrawiania placówki. Nikt tak naprawdę nie zdaje sobie sprawy, jakie informacje znajdują się w historii choroby, ani dyrektor, ani dział statystyki,

a jak się później okazuje nawet sam lekarz, który tę dokumentację tworzył. Jednym z wielu przykładów jest następująca treść:

**„Dzień pierwszy - godzina 10.20
nastąpiło zatrzymanie akcji
serca. Mimo podjętych działań
reanimacyjnych chory zmarł**

**Dzień drugi - pacjent wypisany do
domu w stanie ogólnym dobrym”.**

Cytowany zapis nie jest wynikiem błędu lekarskiego, a jedynie nieuwagi. Pracując na komputerze współużytkowanym przez kilku lekarzy, nie sprawdzono czy adnotacja została wpisana we właściwej historii choroby. Niemniej jednak rodzina chorego mogłaby wystąpić z roszczeniem odszkodowawczym za doznane krzywdy moralne, gdyż cytowany zapis brzmi po prostu śmiesznie w stosunku do tragedii, jaka spotkała najbliższych chorego. Dokumentacja medyczna jest głównym źródłem dochodu szpitala. Tak samo jak przedsiębiorstwo musi dbać o jakość swoich usług i produktów, aby notować zysk i zachować stabilność finansową, szpital również musi dbać o swój produkt, którym jest dokumentacja. Tylko dzięki temu jest w stanie przewidzieć budżet i nie będzie postawiony przed sytuacją, gdy musi oddać 200 000,00 zł, a potem pogodzić się, że zawsze będzie „pod kreską”.

Listy oczekujących

Ostatnio duże zainteresowanie budzą również listy oczekujących. Może dlatego, że zaczęły być one kontrolowane przez NFZ. Niemniej jednak są bardzo słabym punktem placówki medycznej. Jednocześnie stanowią łakomy kąsek dla kontrolerów. Nie dość bowiem, że za każde uchybienie formalne można nałożyć karę, to jeszcze dodatkowo zakwestionować świadczenie. Na przykład przy braku skierowania albo

przy przepisaniu pacjenta do innej kolejki bez należytego udokumentowania - wtedy chory jest traktowany jak osoba spoza listy oczekujących. Tym sposobem szpitale tracą tysiące złotych.

System kolejkowy wymaga uporządkowania i stworzenia procedur wewnętrznych oraz doprecyzowania, na jakich aktach prawnych są one oparte. Bardzo istotnym punktem list oczekujących jest zmiana kwalifikacji z przypadku „stabilny” na „pilny”. Bez prawidłowego udokumentowania tej zmiany oraz bez zachowania procedur lekarz może być oskarżony o korupcję.

Nieubezpieczeni

Szpital ma misję - leczyć ludzi. Ustawy uszczegółowiły zasady dotyczące różnego rodzaju świadczeń oraz zasad ich dostępności dla obywateli. Generalnie pacjentowi ubezpieczonemu bądź uprawnionemu tytułu ustaw szczególnych przysługują bezpłatnie prawie wszystkie świadczenia medyczne. Nieubezpieczony musi płacić sam. Niestety pojawia się kolejny problem - brak konsekwencji w egzekwowaniu od tej grupy pacjentów opłat za wykonane usługi. Prawo mówi, że pacjent ma prawo w terminie do 7 dni dostarczyć dowód ubezpieczenia bądź uprawnienia. W przypadku, gdy tego nie zrobi szpital powinien wystawić fakturę za leczenie. Placówki najczęściej tego nie robią wychodząc z założenia, że ściągальność należności nie będzie skuteczna. W taki sposób ok. 100.000,00 zł rocznie wypływa z budżetu szpitala. Ponadto placówka medyczna ma ustawowy obowiązek udzielania pomocy osobom w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego. Te świadczenia są opłacane z budżetu Państwa, ale późniejsze leczenie pacjenta już nie. Najczęściej dotyczy to osób bezdomnych, które nie mają miejsca zameldowania i z góry wiadomo, że za późniejsze leczenie nie zapłacą. W takiej sytuacji występuje się do urzędu miasta -

miejsca ostatniego pobytu bezdomnego i ich wzywa się do zapłaty. Niestety szpitale również tego nie robią bo nie wierzą w sukces swoich działań.

Prawa Pacjenta

Uchwalona w ostatnim czasie Ustawa o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. W założeniu miały się tam znaleźć wszelkie regulacje gwarantujące pacjentom lepszą ochronę. Niestety Ustawa nie mówi o wielu ważnych kwestiach dotyczących między innymi kobiet w ciąży czy praw dziecka jako pacjenta. Niemniej dzięki Ustawie pacjenci zaczęli wymagać od szpitali respektowania swoich praw. Placówki ochrony zdrowia nie są na to przygotowane. Coraz więcej pacjentów pozywa szpitale do sądu o zaniechania np. brak potwierdzonej zgody pacjenta na przeprowadzenie zabiegu, brak kompletnej dokumentacji medycznej. Placówki przegrywają takie sprawy i płacą ogromne odszkodowania.

Negocjacje z Płatnikiem

Szpital podchodzi do negocjatorów NFZ z pozycji gorszego, niższego, z poczuciem przegranej już na wstępie. Fundusz oczywiście zdaje sobie sprawę, że jako monopolista może dyktować warunki. W ten sposób wymusza kontrakty na własnych zasadach. Słowo „negocjacje” w przypadku rozmów z NFZ jest w praktyce słowem chybionym.

- Negocjacje z Funduszem? – dziwi się dyrektorzy. – O jakich negocjacjach tu może być mowa? Z Funduszem się nie negocjuje, lecz przyjmuje jego warunki.

Tymczasem może być mowa. Problem polega wyłącznie na dobrym przygotowaniu się do takich rozmów i wykorzystaniu słowa

„negocjacje” w dosłownym jego rozumieniu. Na spotkanie z NFZ trzeba mieć gotowe argumenty i operować faktami. Z faktami bowiem się nie dyskutuje i one przemawiają najlepiej.

Jeżeli mamy zamiar zwiększyć sumę kontraktu na przykład oddziału chirurgii musimy mieć do tego podstawy: analizę zachorowalności, populację, zabezpieczenie potrzeb zdrowotnych województwa, ilość wykonywanych zabiegów. Nadto szpital powinien mieć przeszkolonych negocjatorów potrafiących prowadzić takie rozmowy. Techniki negocjacji znają dobrze urzędnicy Funduszu. Szpital nie znając tych technik nigdy nie podpisze korzystnego kontraktu.

Kontrole NFZ

Postrach każdego szpitala. Panika prawie jak w wojsku przed przyjazdem generała. Fundusz kwestionuje rozliczenie hospitalizacji oraz sposób prowadzenia dokumentacji w wygodny dla siebie sposób. Są jednak takie placówki, w których kontrolerzy nie znajdują uchybień. Szpitale, które znając swoje prawa zmuszają urzędników NFZ do przestrzegania zasad, zgodnie z którymi przeprowadzana powinna być kontrola.

Są to szpitale, których pracownicy nauczyli się prowadzić poprawnie dokumentację i rozliczać zgodnie ze standardem. Niestety, takich placówek jest wciąż niewiele, więc Fundusz niemalże każdą kontrolę kończy nałożeniem kar finansowych na szpital.

Niepokojącą formę przybierają pisma kierowane do NFZ. Mają one bowiem wydźwięk prośby. Wyglądają tak, jakby szpital miał uraz wewnętrzny i wymagał pomocy. W konsekwencji jednak stosowane sposoby wymiany korespondencji z NFZ doprowadzają do dalszego uszczerbku na zdrowiu placówki. Pisma mają mało wspólnego z formą urzędową. Korespondencja z NFZ powinna mieć formę wniosku, żądania

przywrócenia stanu zgodnego z prawem, wyjaśnień, bądź odwołań. Pismo musi mieć tryb oznajmiający oraz pokazywać, że szpital zna swoje prawa.

Konsekwencją takich działań są np. zdawkowe odpowiedzi NFZ, które nie rozwiązują kwestii podniesionych w pismach, pozostawienie bez rozpoznania, gdyż nie ma w nim żadnych wniosków - tylko prośby.

Szpital kontra Ustawa Prawo Farmaceutyczne

Farmakoekonomia w szpitalach praktycznie nie istnieje, a jest to najbardziej kosztowny punkt we wszystkich procesach diagnostyczno-terapeutycznych. Właśnie z tego powodu powinien być pod specjalnym nadzorem, a nie jest. Procedury dotyczące wydawania leków również nie są przestrzegane, gdyż najczęściej

lek pacjentowi wydaje lekarz, a nie tak jak powinno być - farmaceuta. Najlepszym narzędziem, aby mieć nadzór nad gospodarką lekową jest receptariusz szpitalny. Mając nad nim kontrolę, jesteśmy w stanie przewidzieć, ile kosztuje szpital farmakoterapia. Kolejnym problemem polskiego szpitalnictwa są leki przynieszone przez pacjenta do szpitala. Jest to standardowa praktyka w placówkach medycznych, ale niestety proceduralnie kulawa. Brak jest kontroli nad tym lekiem, co może w najgorszym wypadku spowodować śmierć pacjenta, gdyż lek mógł być źle przechowywany, przeterminowany lub po prostu niewłaściwy. Firmy farmaceutyczne również są niemałym problemem dla dyrektora szpitala. Od takich wizyt rozpoczyna się zwykle prowadzenie badań klinicznych. Problem pojawia się wtedy, gdy NFZ nie chce zapłacić za leczenie pacjenta będącego w badaniu klinicznym. Ponadto stwarza się tu idealne środowisko do rozwoju korupcji.

Radca Prawny tylko na rozprawę

Szpitaly mają zatrudnionych prawników tylko na fragment etatu, bądź podpisują umowy z kancelarią prawną. W placówkach prawnik służy tylko i wyłącznie do kwestii związanych z przetargiem i reprezentacją przed sądem. Dyrektorzy placówek tłumaczą, że etat prawnika jest dla nich za drogi. Niestety, szpitale na tym więcej tracą niż zyskują. Sytuacja byłaby zgoła inna, gdyby radca prawny czuwał nad legalnością prowadzonego postępowania kontrolnego, czytał odpowiedzi na pisma odwoławcze od wystąpień pokontrolnych, tworzył akty wewnętrzne i na bieżąco monitorował zmiany zachodzące w przepisach. Prawnika na pełnym etacie jest bardzo dobrą inwestycją dla szpitala. ■

Wszystkie te problemy oraz wiele innych sprawiają, że szpital coraz bardziej się zadłuża. Placówka medyczna przypomina tego pacjenta o kulach, który otrzymuje pomoc doraźną, gdy odczuwa ból, ale kość wciąż jest źle zrośnięta i pacjent kuleje. Konieczna jest poważna operacja, aby przywrócić prostą postawę, ale chory nie może się doczekać w kolejce. Przykładem doraźnej pomocy dla szpitala są dotacje od organu założycielskiego lub Ministra Zdrowia, bądź przekształcenie się w spółkę prawa handlowego. Jednak to pomoże tylko na pewien czas. Później ból może powrócić ze zdwojoną siłą.

Beata Jagielska

Doktor nauk medycznych z zakresu onkologii
klinicznej i chorób wewnętrznych.

Zasady kodowania w onkologii

Część pierwsza

Wyjątki są liczniejsze od reguł. Od wszystkich uznanych wyjątków istnieją wyjątki. Jeżeli opanowałeś już wszystkie wyjątki, to nie pamiętasz jakich reguł dotyczyły - Murphy

Istotą sztuki lekarskiej jest zdolność rozpoznawania chorób, a co za tym idzie umiejętność postawienia prawidłowego rozpoznania klinicznego. Poprzez je rzetelne przeprowadzenie procesu diagnostycznego w oparciu o badanie podmiotowe i przedmiotowe z wykorzystaniem wyników wszystkich dostępnych badań dodatkowych. Bolechowski podaje, że ok. 55% rozpoznań ustala się na podstawie zebranego wywiadu lekarskiego, 20% na podstawie badania fizykalnego, 20% na podstawie badań dodatkowych. Niestety u około 5% chorych nie udaje ustalić się przyczyny choroby.

W niektórych sytuacjach klinicznych rozpoznanie ustala się w oparciu o *diagnosis per exlusionem* /diagnostyka różnicowa/, czyli poprzez wykluczenie innych zespołów

chorobowych o podobnych lub zbliżonych objawach klinicznych, czy też *diagnosis ex iuvantibus* /ocena skuteczności leczenia danym produktem leczniczym/. Nierzadko diagnoza stawiana jest po zakończeniu choroby po pojawieniu się pewnych specyficznych objawów.

Doctrina medica

Definicja pojęcia „choroby” obejmuje konkretny proces kliniczny charakteryzujący się określonymi objawami, etiologią i patogenezą. Natomiast „zespół chorobowy” precyzuje zespół objawów różniący się etiologią, ale posiadający tę samą patogenezę.

W trakcie postępowania diagnostycznego wstępne rozpoznanie może odbiegać od ostatecznego na skutek pozyskania dodatkowych informacji uzyskanych w trakcie

postępowania diagnostyczno-terapeutycznego.

Niemniej jednak zawsze ustalenie końcowego rozpoznania powinno być oparte o jednolite mianownictwo, czyli o Międzynarodową Statystyczną Klasyfikację Chorób i Problemów Zdrowotnych /ICD-10/.

Ponadto do obowiązków lekarza należy również sporządzenie wniosków ostatecznych, czyli epikryzy /epicrisis/. Powinna ona zawierać najważniejsze dane dotyczące hospitalizacji chorego, wyniki badań dodatkowych a przede wszystkim podstawy do postawienia rozpoznania ostatecznego /zasadniczego/ szczególnie w sytuacji, gdy różni się ono od rozpoznania wstępnego.

Poniżej zamieszczono określające rozpoznania główne /choroba zasadnicza, rozpoznanie przy wypisie/ oraz rozpoznania chorób współistniejących.

Umiejętność zasad kodowania jest bardzo istotna. Nie zapominajmy jednak o pacjencie. To on jest najważniejszy i dla niego jest nasz trud. Dla niego jesteśmy.

■ **Rozpoznanie zasadnicze:** Stan przy wypisie, który po przeprowadzeniu właściwej diagnostyki uznano za głównie odpowiedzialny za przyjęcie.

■ W sytuacji, gdy istnieje więcej stanów, za chorobę zasadniczą przyjmuje się stan, na leczenie którego zużyto najwięcej zasobów (który jest najpoważniejszy i wymaga największej ilości środków na diagnostykę i na leczenie).

■ **Choroba współistniejąca** - stany, które:

- występują u pacjenta w momencie przyjęcia,
- powstały w trakcie leczenia i mogą mieć wpływ na proces terapeutyczny lub długość pobytu.

Przy określaniu rozpoznań zarówno zasadniczych, jak i współistniejących należy pamiętać o zasadzie swoistości i szczególności. W praktyce klinicznej należy opisać możliwie jak najdokładniej dany stan chorobowy odnosząc się do szczegółowej kategorii klasyfikacji.

**J35.3 Przerost migdałków
podniebiennych współistniejący
z przerostem migdałka gardłowego
K71.0 Toksyczna choroba wątroby
z zastojem żółci**

W sytuacji, gdy nie ustalono ostatecznej diagnozy, należy wpisać informację zapewniającą najwyższy stopień dokładności i wiedzy o stanie, który wywołał hospitalizację, czyli poprzez wpisanie :

- objawu,
- nieprawidłowego wyniku badania,
- obserwacji w kierunku (Z03.1 Obserwacja w kierunku choroby nowotworowej).

Służą ku temu kody z rozdziału XVIII oraz XXI.

Poniżej zamieszczono przykładowe kody:

R50 Gorączka o nieznannej przyczynie
.0 Gorączka z dreszczami
.1 Gorączka ciągła
.9 Gorączka, nie określona

R51 Ból głowy

R52 Ból gdzie indziej niesklasyfikowany

.0 Ból ostry
.1 Chroniczny ból przewlekły
.2 Inny przewlekły ból
.9 Ból, nie określony

R53 Złe samopoczucie, zmęczenie

R54 Starość

R55 Omdlenie i zapaść

R56 Drgawki, gdzie indziej

niesklasyfikowane

.0 Drgawki gorączkowe
.8 Inne i nie określone drgawki

Nie należy wskazywać rozpoznania jako podejrzenia. Natomiast jest zasadne podkreślenie tzw. niepewności diagnostycznej, o której wspomniano powyżej:

**Z03 Obserwacja medyczna i ocena
przypadków podejrzanych o chorobę lub
stany podobne**

.0 Obserwacja w kierunku
podejrzewanej gruźlicy
.1 Obserwacja w kierunku
podejrzewanego nowotworu złośliwego
.2 Obserwacja w kierunku
podejrzewanych zaburzeń umysłowych
i osobowości
.3 Obserwacja w kierunku
podejrzewanych zaburzeń układu
nerwowego



.4 Obserwacja w kierunku
podejrzewanego zawału mięśnia
sercowego
.5 Obserwacja w kierunku
podejrzewanych innych chorób
sercowo-naczyniowych
.6 Obserwacja w kierunku
podejrzewanego zatrucia drogą
pokarmową
.8 Obserwacja w kierunku
podejrzewanych innych chorób
i stanów
.9 Obserwacja w kierunku
nieokreślonych chorób i stanów

**Międzynarodowa Statystyczna
Klasyfikacja Chorób i problemów
Zdrowotnych /ICD-10/**

W praktyce klinicznej Klasyfikacja ICD10 służy do jednolitego określenia chorób czy zespołów chorobowych. Historycznie intencją utworzenia klasyfikacji było jednolite określenie powodów umieralności w karcie zgonów. Obecnie zawarte w niej kody ICD-10 służą do sporządzania analiz statystycznych, są wykorzystywane do monitorowania wskaźników epidemiologicznych.

Aktualnie *Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych /ICD-10/* jest jednym z zasadniczych, oprócz kodów procedur medycznych ICD-9, narzędzi wykorzystywanych w zarządzaniu ochroną zdrowia. Stanowi również zasadniczy element systemu Jednorodnych Grup Pacjentów. Należy jednak zdecydowanie podkreślić, że omawiana klasyfikacja nie jest katalogiem zespołów klinicznych.

Jej konstrukcja obejmuje nie tylko zespoły chorobowe, ale również objawy, nieprawidłowe wyniki badań, opisuje urazy i zatrucia, wpływ czynników zewnętrznych na chorobowość, sytuację socjalną chorego oraz następstwa kontaktu chorego z ochroną zdrowia.

Obecna jej formuła stworzona została we współpracy międzynarodowych agend pozarządowych pod nadzorem WHO, który jako organ nadrzędny odpowiada za jej strukturę.

Dzisiejsza klasyfikacja zawiera 3 tomy: tom I obejmuje Listę tabelaryczną (podstawową), tom II opisuje zasady kodowania, a w tomie III znajduje się Indeks alfabetyczny.

W praktyce klinicznej najczęściej wykorzystywany jest tom I obejmujący raport Międzynarodowej Konferencji ds. Rewizji, klasyfikację 3- i 4- znakową, klasyfikację morfologii nowotworów, specjalną listę tabelaryczną umiera-

ności i stanów chorobowych, definicje i przepisy nazewnictwa. Wprowadzone przez rewizję X zasady kodowania obejmują układ kodów składający się z jednej litery i następujących po niej trzech cyfr. Jest tzw. kod podstawowy, który może być podzielony na dziesięć składowych czteroznakowych (rozszerzenie po kropce). Zakres możliwych kodów to od A00.0 do Z99.9. Litera „U” została zarezerwowana na ewentualne umieszczenie dodatkowych zmian i aktualizacji na poziomie krajowym czy międzynarodowym. Poniżej przedstawiono listę rozdziałów umieszczonych w Tomie I:

Rozdział I

Niektóre choroby zakaźne i pasożytnicze (A00-B99)

Rozdział II

Nowotwory (C00-D48)

Rozdział III

Choroby krwi i narządów krwiotwórczych oraz niektóre choroby przebiegające z udziałem mechanizmów autoimmunologicznych (D50-D89)

Rozdział IV

Zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywienia i przemiany materii (E00-E90)

Rozdział V

Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00-F99)

Rozdział VI

Choroby układu nerwowego (G00 – G99)

Rozdział VII

Choroby oka i przydatków oka (H00-H59)

Rozdział VIII

Choroby ucha i wyrostka sutkowatego (H60- H95)

Rozdział IX

Choroby układu krążenia (I00-I99)

Rozdział X

Choroby układu oddechowego (J00-J99)

Rozdział XI

Choroby układu trawiennego (K00-K93)

Rozdział XII

Choroby skóry i tkanki podskórnej (L00-L99)

Rozdział XIII

Choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej (M00-M99)

Rozdział XIV

Choroby układu moczowo – płciowego (N00-N99)

Rozdział XV

Ciąża, poród i połóg (O00-O99)

Rozdział XVI

Niektóre stany rozpoczynające się w okresie okołopłodowym (P00-P96)

Rozdział XVII

Wady rozwojowe wrodzone, zniekształcenia i aberracje chromosomowe (Q00-Q99)

Rozdział XVIII

Objawy, cechy chorobowe oraz nieprawidłowe wyniki badań klinicznych i laboratoryjnych jednostek chorobowych gdzie indziej niesklasyfikowanych (R00 - R99)

Rozdział XIX

Urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych (S00-T98)

Rozdział XX

Zewnętrzne przyczyny zachorowania i zgonu (V01-Y98)

Rozdział XXI

Czynniki wpływające na stan zdrowia i kontakt ze służbą zdrowia (Z00-Z99)

Nowotwory

Nowotwory zostały opisane są w Rozdziale II od C00 do C48. W zakresie C00 do C 75 opisane są kody nowotworów złośliwych pierwotne lub podejrzane jako pierwotne o określonym umiejscowieniu. Zakres C76-C80 to nowotwory złośliwe, gdzie nie można określić ich pierwotnego umiejscowienia lub mają charakter wtórny. Skrót BNO oznacza sformułowanie „bliżej nie określony”. C81-C96 zawierają nowotwory wywodzące się z tkanki limfatycznej, krwiotwórczej lub pokrewnej. C97 obejmuje mnogie pierwotne umiejscowienia. D00-D09 to nowotwory in situ. D00 – D36 obejmuje nowotwory niezłośliwe. W przypadku D37 – D48 (nowotwory o niepewnym lub nieznanym charakterze) kody oznaczają, że nie ustalono ich złośliwości.

Należy pamiętać, że kody nowotworów umieszczone w Rozdziale II nie odnoszą się do charakteru histologicznego. Są opisane na podstawie ich lokalizacji. Sześciocyfrowe kody morfologiczne obejmują: typ histologiczny (pierwsze 4 znaki), charakter pierwotny lub wtórny (znak piąty) oraz zróżnicowanie (znak szósty). Można je odnaleźć na stronach 1177-1204. Natomiast pełny opis kodów topograficznych i morfologicznych można odnaleźć w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób dla Onkologii ICD-O.

W przypadki kodów C /dla nowotworów/ szczególne znaczenie jest przypisane podkategorii „8” Znak „8” oznacza, że nowotwór przekracza granice jednego umiejscowienia.

C50.8 Zmiana przekraczająca granice sutka

C53.8 Zmiana przekraczająca granicę szyjki macicy

C67.8 Zmiana przekraczająca granice pęcherza moczowego

W przypadku nowotworów złośliwych narządów trawiennych szczególną uwagę należy zwrócić na zaznaczone alternatywne klasyfikacje :

- .0 - .2 klasyfikacja oparta na opisie anatomicznym
- .3 - .5 oparta na umiejscowieniu

C15 Nowotwór złośliwy przełyku

- .0 Szyjna część przełyku
- .1 Piersiowa część przełyku
- .2 Brzuszna część przełyku
- .3 Górna trzecia część przełyku
- .4 Środkowa trzecia część przełyku
- .5 Dolna trzecia część przełyku
- .8 Zmiana przekraczająca granice przełyku
- .9 Przełyk, nie określony

C16 Nowotwór złośliwy żołądka

- .0 Wpust
- .1 Dno żołądka
- .2 Trzon żołądka
- .3 Ujście odźwiernika
- .4 Odźwiernik
- .5 Krzywizna mniejsza żołądka, nie określona
- .6 Krzywizna większa żołądka, nie określona

.8 Zmiana przekraczająca granice żołądka

.9 Żołądek, nie określony

C18 Nowotwór złośliwy jelita grubego

- .0 Jelito ślepe
- .1 Wyrostek robaczkowy
- .2 Okrężnica wstępująca
- .3 Zgięcie wątrobowe
- .4 Okrężnica poprzeczna
- .5 Zgięcie śledzionowe
- .6 Okrężnica zstępująca
- .7 Esica
- .8 Zmiana przekraczająca granice okrężnicy
- .9 Okrężnica, nie określona

Kody z zakresu C00 – D48 nie odzwierciedlają powikłań związanych ich obecnością. W takiej sytuacji należy posłużyć się dodatkowym kodem obrazującym występujące nieprawidłowości. Dla przykładu w sytuacji *nowotworu złośliwego trzustki części wydzielniczej C25.4* należałoby wskazać dodatkowy kod, np. *Nadmierne wydzielanie glukagonu E16.3*.

Należy również zwracać szczególną uwagę na wskazówki, jakie zawarto pod tytułem rozdziału. Dotyczą zakresu - jaki jest objęty, a jaki został wyłączony. Przykładowo:

Nowotwory złośliwe narządów oddechowych i klatki piersiowej (C30-C39)

Obejmuje: ucho środkowe

Nie obejmuje: międzybłoniak C45.-

Od redakcji: w kolejnym numerze kwartalnika „System” ciąg dalszy materiału. Między innymi, autorka pisze o rozpoznaniach medycznych w aspekcie obowiązującego prawa.

JGP na przykładzie leczenia osteoporozy

Zasady rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej według Jednorodnych Grup Pacjentów na przykładzie hospitalizacji związanych z leczeniem osteoporozy.

Konstrukcja systemu

System jednorodnych grup pacjentów powstał w oparciu o brytyjski system rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej w skrócie DRG. Narodowy Fundusz Zdrowia wprowadzając nowe zasady finansowania lecznictwa szpitalnego stworzył narzędzie, dzięki któremu możliwe stało się zarejestrowanie i opisywanie procesu diagnostycznego – terapeutycznego w wymiarze medycznym, a także co dla Płatnika najważniejsze, finansowym. Według NFZ Jednorodne Grupy pacjentów to kwalifikowanie zakończonej hospitalizacji do jednej z grup, wyodrębnionych według kryterium spójności postępowania medycznego, po-

równywalnego stopnia zużycia zasobów, standaryzowanego czasu pobytu i innych uznanych parametrów.

Istotnym punktem sprawozdawania hospitalizacji do rozliczenia jest prawidłowe zakwalifikowanie rozpoznania zasadniczego oraz współistniejącego. Według zarządzenia Prezesa NFZ dotyczącego lecznictwa szpitalnego rozpoznaniem ostatecznym (zasadniczym) jest takie, które po przeprowadzeniu właściwej diagnostyki uznano za głównie odpowiedzialny za przyjęcie pacjenta do szpitala. A zatem w przypadku stawiania rozpoznania współistniejącego pamiętajmy, że są to stany

które występują u pacjenta w momencie przyjęcia do szpitala lub powstały podczas pobytu w oddziale. Mogą mieć wpływ na proces terapeutyczny lub długość hospitalizacji. W sytuacji, gdy istnieje więcej stanów, za chorobą zasadniczą przyjmuje się stan, na leczenie którego zużyto największej ilości środków na diagnostykę i na leczenie.

W pewnych sytuacjach podczas pobytu pacjenta w oddziale niemożliwym może być określenie rozpoznania zasadniczego. Narodowy Fundusz Zdrowia zdaje sobie sprawę z takich sytuacji i daje nam możliwość sfinansowania takiego pobytu. W rozliczeniu należy wpisać informację, która zapewnia najwyższy stopień dokładności i wiedzy o stanie, który wywołał hospitalizację, czyli poprzez wpisanie:

- objawu,
- nieprawidłowego wyniku badania.

Nie można kodować stanu pacjenta, który nie został ustalony lub potwierdzony odpowiednią diagnostyką. W przypadkach stanów zdrowia powiązanych ze sobą, które zapisane zostały jako mnogie, należy zastosować kody kategorii rozpoczynającej się określeniem „mnogie...”. Dotyczy to głównie urazów, następstw chorób oraz stanów związanych z zakażeniem HIV.

Charakterystyka części klinicznej systemu jednorodnych grup to między innymi zasób danych takich jak:

- Rozpoznanie zasadnicze wskazywane do Funduszu według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD10,
- Rozpoznanie współistniejące,
- Przebieg leczenia, w którym istotnym punktem sprawozdawczym są znaczące dla danej hospitalizacji procedury ICD9,
- płeć,
- wiek osoby hospitalizowanej
- czas hospitalizacji

Rozliczenie hospitalizacji w zależności od rodzaju postępowania diagnostyczno - terapeutycznego może być realizowane w sposób zachowawczy lub zabiegowy. W przypadku postępowania zachowawczego istotnym elementem, z punktu widzenia rozliczenia, jest wskazanie rozpoznania zasadniczego ICD10. Aby możliwym było rozliczenie w trybie zachowawczym w rozliczeniu nie mogą być zawarte istotne z punktu widzenia postępowania procedury ICD9. W innym przypadku rozliczenie kwalifikacja do JGP nastąpi po przez tryb zabiegowy co będzie niezgodne z rzeczywistością.

Jednorodnie grupy pacjentów zawierają w swoim opisie tzw warunki kierunkowe. Zasób informacji zawartych w nich warunkuje rozliczenie daną grupą jednorodną. Inaczej mówiąc aby rozliczyć pacjenta np. Grupą H89 Choroby niezapalne kości i stawów musimy wskazać Płatnikowi jedno z pośród zawartych w danej grupie rozpoznań zasadniczych (a grupa bazowa). Oczywiście taki tryb rozliczenia służy tylko i wyłącznie rozliczeniu postępowania zachowawczego.

H89 Choroby niezapalne kości i stawów a grupa bazowa

ICD-10

C40.0 Nowotwór złośliwy (łopatka i kości długie kończyny górnej)
C40.1 Nowotwór złośliwy (kości krótkie kończyny górnej)
C40.2 Nowotwór złośliwy (kości długie kończyny dolnej)
C40.3 Nowotwór złośliwy (kości krótkie kończyny dolnej)
C40.8 Nowotwór złośliwy (zmiana przekraczająca granice kości i chrząstki stawowej kończyn)
C40.9 Nowotwór złośliwy (kości i chrząstki stawowe kończyn, nie określone)
C41.2 Nowotwór złośliwy (kości kręgosłupa)
C41.3 Nowotwór złośliwy (kości żebra, mostka i obojczyka)
C41.4 Nowotwór złośliwy (kości miednicy, kość krzyżowa i guziczna)
C41.8 Nowotwór złośliwy (zmiana przekraczająca granice kości i chrząstki)
C41.9 Nowotwór złośliwy (kości i chrząstki stawowe, nie określone)

C79.5 Wtórny nowotwór złośliwy kości i szpiku kostnego
D16.0 Nowotwór niezłośliwy (łopatka i kości długie kończyny górnej)
D16.1 Nowotwór niezłośliwy (kości krótkie kończyny górnej)
D16.2 Nowotwór niezłośliwy (kości długie kończyny dolnej)
D16.3 Nowotwór niezłośliwy (kości krótkie kończyny dolnej)
D16.4 Nowotwór niezłośliwy (kości czaszki i twarzy)
D16.5 Nowotwór niezłośliwy (żuchwa)
D16.6 Nowotwór niezłośliwy (kręgosłup)
D16.7 Nowotwór niezłośliwy (żebra, mostek i obojczyk)
D16.8 Nowotwór niezłośliwy (kości miednicy, kość krzyżowa i guziczna)
D16.9 Nowotwór niezłośliwy (kości i chrząstki stawowe, nieokreślone)
M12.1 Choroba Kaschin-Becka
M12.5 Artropatia pourazowa
M15.0 Pierwotnie uogólniona choroba zwyrodnieniowa stawów
M15.1 Guzki Heberdena (z artropatią)
M15.2 Guzki Boucharda (z artropatią)
M15.3 Wtórna wielostawowa choroba zwyrodnieniowa stawów
M15.4 Nadżerkowa postać choroby zwyrodnieniowej stawów [Osteoarthritis erosiva]
M15.8 Inne choroby zwyrodnieniowe wielostawowe
M15.9 Nieokreślone choroby zwyrodnieniowe wielostawowe
M16.0 Pierwotna, obustronna koksartroza
M16.1 Inne pierwotne koksartrozy
M16.2 Obustronna koksartroza będąca wynikiem dysplazji
M16.3 Inne dysplastyczne koksartrozy
M16.4 Obustronna pourazowa koksartroza
M16.5 Inne pourazowe koksartrozy
M16.6 Inna wtórna obustronna koksartroza
M16.7 Inna wtórna koksartroza
M16.9 Nieokreślona koksartroza
M17.0 Pierwotna obustronna gonartroza
M17.1 Inne pierwotne gonartrozy
M17.2 Pourazowa obustronna gonartroza
M17.3 Inne pourazowe gonartrozy
M17.4 Inna wtórna obustronna gonartroza
M17.5 Inna wtórna gonartroza
M17.9 Nieokreślona gonartroza
M18.0 Pierwotna obustronna choroba zwyrodnieniowa pierwszego stawu nadgarstkowo-śródręcznego
M18.1 Inne pierwotne choroby zwyrodnieniowe pierwszego stawu nadgarstkowo-śródręcznego
M18.2 Pourazowa obustronna choroba zwyrodnieniowa pierwszego stawu nadgarstkowo-śródręcznego
M18.3 Inne pourazowe choroby zwyrodnieniowe pierwszego stawu nadgarstkowo-śródręcznego

M18.4 Inne wtórne obustronne choroby zwyrodnieniowe pierwszego stawu nadgarstkowo-śródręcznego
M18.5 Inne wtórne choroby zwyrodnieniowe pierwszego stawu nadgarstkowo-śródręcznego
M18.9 Nieokreślone choroby zwyrodnieniowe pierwszego stawu nadgarstkowo-śródręcznego
M19.0 Pierwotna choroba zwyrodnieniowa innych stawów
M19.1 Pourazowa choroba zwyrodnieniowa innych stawów
M19.2 Inne wtórne choroby zwyrodnieniowe stawów
M19.8 Inne określone choroby zwyrodnieniowe
M19.9 Nieokreślone choroby zwyrodnieniowe
M20.0 Zniekształcenie palca (palców)
M20.1 Paluch koślawy [Hallux valgus] (nabyty)
M20.2 Paluch sztywny [Hallux rigidus]
M20.3 Inne zniekształcenia palucha (nabyte)
M20.4 Młotkowatość innych palców (nabyta)
M20.5 Inne zniekształcenia palców stóp (nabyte)
M20.6 Nieokreślone nabyte zniekształcenia palców stóp
M21.0 Zniekształcenia koślawe niesklasyfikowane gdzie indziej
M21.1 Zniekształcenia szpotawe niesklasyfikowane gdzie indziej
M21.2 Zniekształcenia zgięciowe
M21.3 Opadanie nadgarstka lub stopy (nabyte)
M21.4 Płaskostopie [pes planus] (nabyte)
M21.5 Nabyta szpotawość rąk, koślawość rąk, stopa szpotawa, stopa koślawą
M21.6 Inne nabyte zniekształcenia stawu skokowego i stopy
M21.7 Nierówna długość kończyn (nabyta)
M21.8 Inne określone nabyte zniekształcenia kończyn
M21.9 Nieokreślone nabyte zniekształcenia kończyn
M22.0 Nawracające przemieszczenie rzepki
M22.1 Nawracające nadwichnięcie rzepki
M22.2 Konflikt rzepkowo-udowy
M22.3 Inne uszkodzenia rzepki
M22.8 Inne choroby rzepki
M22.9 Nieokreślone choroby rzepki
M23.0 Łąkotka cystowata
M23.1 Łąkotka dyskowata (wrodzona)
M23.2 Zestarzałe uszkodzenie łąkotki w wyniku przebytego urazu lub oderwania
M23.3 Inne uszkodzenia łąkotki
M23.4 Wolne ciało w jamie stawu kolanowego
M23.5 Przewlekła niestabilność kolana
M23.6 Inne spontaniczne zerwania więzadeł kolana
M23.8 Inne wewnętrzne uszkodzenia stawu kolanowego
M23.9 Nieokreślone wewnętrzne uszkodzenia stawu kolanowego
M24.0 Wolne ciało w jamie stawowej

M24.1 Inne choroby chrząstek stawowych	M88.8 Choroba Pageta innych kości	M96.8 Inne zaburzenia układu mięśniowo-kostnego po zabiegach operacyjnych
M24.3 Patologiczne przemieszczenie i nieprawidłowe położenie stawu nieklasyfikowane gdzie indziej	M88.9 Choroba Pageta kości, nieokreślona	M96.9 Nieokreślone zaburzenia układu mięśniowo-kostnego po zabiegach operacyjnych
M24.4 Nawykowe przemieszczenia i podwichnięcia stawu	M89.1 Zahamowanie wzrostu nasady kości	Q65.0 Wrodzone zwinięcie stawu biodrowego, jednostronne
M24.5 Przykurcz stawu	M89.2 Inne zaburzenia rozwoju i wzrostu kości	Q65.1 Wrodzone zwinięcie stawu biodrowego, obustronne
M24.7 Wgłębienie panewki	M89.3 Przerost kości	Q65.2 Wrodzone zwinięcie stawu biodrowego, nieokreślone
M24.8 Inne określone uszkodzenia stawu nieklasyfikowane gdzie indziej	M89.4 Inne przerostowe osteoartropatie	Q65.3 Wrodzone nadwichnięcie stawu biodrowego, jednostronne
M24.9 Nieokreślone uszkodzenia stawu	M89.5 Osteoliza	Q65.4 Wrodzone nadwichnięcie stawu biodrowego, obustronne
M25.1 Przetoka stawu	M89.6 Choroby kości w następstwie zapalenia wieloneuronowego rogów przednich rdzenia	Q65.5 Wrodzone nadwichnięcie stawu biodrowego, nieokreślone
M25.2 Staw cepowaty	M89.8 Inne określone choroby kości	Q65.6 Staw biodrowy niestabilny
M25.3 Inne niestabilności stawu	M89.9 Nieokreślone choroby kości	Q65.8 Inne wrodzone zniekształcenia stawu biodrowego
M25.8 Inne określone choroby stawów	M91.0 Młodzieńcza osteochondroza miednicy	Q65.9 Wrodzone zniekształcenie stawu biodrowego, nieokreślone
M48.8 Inne określone spondylopatie	M91.1 Osteochondroza młodzieńcza głowy kości udowej [choroba Legg-Calve-Perthesa]	Q66.0 Stopa końsko-szpotała wrodzona
M48.9 Nieokreślone spondylopatie	M91.2 Miednica płaska [coxa plana]	Q66.1 Stopa piętowo-szpotała wrodzona
M75.0 Zapalenie zarostowe torebki stawu ramiennego	M91.3 Pseudocoxalgia	Q66.2 Szpotałość śródstopia wrodzona
M81.0 Osteoporoza pomenopauzalna	M91.8 Inne osteochondrozy stawu biodrowego i miednicy	Q66.3 Inne wrodzone zniekształcenia szpotałe stopy
M81.1 Osteoporoza w następstwie usunięcia jajników	M91.9 Nieokreślone osteochondrozy młodzieńcze stawu biodrowego i miednicy	Q66.4 Stopa piętowo-kośława wrodzona
M81.2 Osteoporoza w następstwie unieruchomienia	M92.0 Osteochondroza młodzieńcza kości ramiennej	Q66.5 Wrodzona stopa płaska
M81.3 Osteoporoza w następstwie pooperacyjnego zespołu upośledzonego wchłaniania	M92.1 Osteochondroza kości łokciowej i promieniowej	Q66.6 Inne wrodzone zniekształcenia kośławe stopy
M81.4 Osteoporoza indukowana lekami	M92.2 Osteochondroza młodzieńcza ręki	Q66.7 Stopa wydrążona
M81.5 Osteoporoza idiopatyczna	M92.3 Inne osteochondrozy młodzieńcze kończyny górnej	Q66.8 Inne wrodzone zniekształcenia stopy
M81.6 Zrzesztotnienie kości ograniczone [Lequesne'a]	M92.4 Osteochondroza młodzieńcza rzepek	Q67.1 Twarz zaciśnięta (compression facies)
M81.8 Inna osteoporoza	M92.5 Osteochondroza młodzieńcza piszczeli i strzałki	Q67.2 Długogłowie (dolichocephalia)
M81.9 Nieokreślona osteoporoza	M92.6 Osteochondroza młodzieńcza stępu	Q67.3 Skośnogłowie (plagiocephalia)
M84.0 Wadliwy zrost po złamaniu	M92.7 Osteochondroza młodzieńcza śródstopia	Q67.4 Inne wrodzone zniekształcenia czaszki, twarzy i szczęk
M84.1 Brak zrostu po złamaniu [staw rzekomy]	M92.8 Inne określone osteochondrozy młodzieńcze	Q67.6 Klatka piersiowa szewska
M84.2 Opóźniony zrost po złamaniu	M92.9 Nieokreślone osteochondrozy młodzieńcze	Q67.7 Klatka piersiowa kurza
M84.8 Inne zaburzenia ciągłości kości	M93.0 Złuszczenie górnej nasady kości udowej (nieurazowe)	Q68.0 Wrodzone zniekształcenie mięśnia mostkowo-obojęzycowo-sutkowego
M84.9 Nieokreślone zaburzenia ciągłości kości	M93.1 Choroba Kienbocka dorosłych	Q68.1 Wrodzone zniekształcenie ręki
M85.0 Dysplazja włóknista (pojedynczej kości)	M93.2 Osteochondroza rozwarstwiająca	Q68.2 Wrodzone zniekształcenie kolana
M85.1 Fluoroza kośćca	M93.8 Inne określone osteochondropatie	Q68.3 Wrodzone wygięcie kości udowej
M85.2 Przerost kości czaszki	M93.9 Nieokreślone osteochondropatie	Q68.4 Wrodzone wygięcie piszczeli lub strzałki
M85.3 Osteoskleroza [osteitis condensans]	M94.2 Rozmiękanie chrząstki [chondromalacia]	Q68.5 Wrodzone wygięcie kości długich kończyny dolnej, nieokreślone
M85.4 Pojedyncza torbiel kości	M94.3 Chondroliza	Q68.8 Inne określone zniekształcenia mięśniowo-szkieletowe
M85.5 Tętniakowata torbiel kości	M94.8 Inne określone choroby chrząstki	Q69.0 Dodatkowy(e) palec(ce) rąk
M85.6 Inne torbiele kości	M94.9 Nieokreślone choroby chrząstki	Q69.1 Dodatkowy(e) kciuk(i)
M85.8 Inne określone zaburzenia mineralizacji i struktury kości	M95.2 Inne nabyte zniekształcenia głowy	Q69.2 Dodatkowy(e) palec(ce) stóp
M85.9 Nieokreślone zaburzenia mineralizacji i struktury kości	M95.3 Nabyte zniekształcenia szyi	Q69.9 Palce dodatkowe, nieokreślone
M87.0 Jałowa samoistna martwica kości	M95.4 Nabyte zniekształcenia klatki piersiowej i żeber	Q70.0 Palce rąk splecione
M87.1 Martwica kości w następstwie stosowania leków	M95.5 Nabyte zniekształcenia miednicy	Q70.1 Palce rąk zrosnięte
M87.2 Martwica kości w wyniku wcześniejszego urazu	M95.8 Inne określone nabyte zniekształcenia układu mięśniowo-szkieletowego	Q70.2 Palce stóp splecione
M87.3 Inna wtórna martwica kości	M95.9 Nabyte zniekształcenia układu mięśniowo-szkieletowego, nieokreślone	Q70.3 Zrost palców stóp
M87.8 Inna martwica kości	M96.6 Złamanie kości w wyniku zastosowania implantu ortopedycznego, protezy stawu, płytki kostnej	Q70.4 Palce dodatkowe ze zrostem palców
M87.9 Nieokreślona martwica kości		
M88.0 Choroba Pageta dotycząca czaszki		

Q71.0 Wrodzony brak całkowity kończyn(y) górnej(y)(ych)	Q78.2 Marmurowatość kości
Q71.1 Wrodzony brak ramienia i przedramienia z zachowaną dłońią	Q78.3 Postępująca sklerotyzująca dysplazja trzonów kości długich
Q71.2 Wrodzony brak przedramienia i dłoni	Q78.4 Chrzęstniakowatość śródkostna wrodzona
Q71.3 Wrodzony brak dłoni i palców	Q78.5 Dysplazja przynasadowa
Q71.4 Podłużne zniekształcenie zmniejszające kości promieniowej	Q78.6 Mnogie wyrośla kostne wrodzone
Q71.5 Podłużne zniekształcenie zmniejszające kości łokciowej	Q78.8 Inne określone osteochondrodysplazje
Q71.6 Ręka przypominająca szczypce homara	Q78.9 Osteochondrodysplazja, nieokreślona
Q71.8 Inne zniekształcenia zmniejszające kości kończyn górnych	Q79.8 Inne wrodzone wady rozwojowe układu mięśniowo-szkieletowego
Q71.9 Zniekształcenie zmniejszające kończyny górnej, nieokreślone	Q79.9 Wrodzona wada rozwojowa układu mięśniowo-szkieletowego, nieokreślona
Q72.0 Wrodzony brak całkowity kończyn(y) dolnej(y)(ych)	Q87.5 Inne zespoły wrodzonych wad rozwojowych ze zmianami szkieletowymi
Q72.1 Wrodzony brak uda i podudzia z zachowaną stopą	R29.4 Biodro trzaskające
Q72.2 Wrodzony brak podudzia i stopy	S83.2 Rozdarcie łąkotki, świeże
Q72.3 Wrodzony brak stopy i palców	S83.3 Rozdarcie chrząstki stawowej kolana, świeże
Q72.4 Podłużne zniekształcenie zmniejszające kości udowej	T84.0 Mechaniczne powikłanie wewnętrznych protez stawów
Q72.5 Podłużne zniekształcenie zmniejszające kości goleniowej	T84.1 Mechaniczne powikłanie stabilizatorów wewnętrznych kości kończyny
Q72.6 Podłużne zniekształcenie zmniejszające kości strzałkowej	T84.2 Mechaniczne powikłanie stabilizatora wewnętrznego innych kości
Q72.7 Rozszczep stopy	T84.3 Mechaniczne powikłania innych urządzeń kostnych, wszczepów i przeszczepów
Q72.8 Inne zniekształcenia zmniejszające kończyn(y) dolnej(y)(ych)	T84.4 Mechaniczne powikłanie innych wewnętrznych urządzeń ortopedycznych, wszczepów i przeszczepów
Q72.9 Zniekształcenie zmniejszające kończyny dolnej, nieokreślone	T87.0 Powikłanie związane z ponownym przysyciem (części) kończyny górnej
Q73.0 Wrodzony brak kończyn(y), nieokreślonych(y)(ych)	T87.1 Powikłanie związane z ponownym przysyciem (części) kończyny dolnej
Q73.1 Wrodzony brak bliższych części kończyn(y), nieokreślonych(y)(ych)	T87.2 Powikłanie związane z ponownym przysyciem innej części ciała
Q73.8 Inne zmniejszające zniekształcenia kończyn(y), nieokreślonych(y)(ych)	T87.3 Nerwiak po amputacji kikuta
Q74.0 Inne wrodzone wady rozwojowe kończyn(y) górnej(y)(ych), z włączeniem obręczy barkowej	T87.5 Martwica po amputacji kikuta
Q74.1 Wrodzone wady rozwojowe stawu kolanowego	lub
Q74.2 Inne wrodzone wady rozwojowe kończyn(y) dolnej(y)(ych), z włączeniem obręczy miednicznej	r jako rozpoznanie zasadnicze dla poniższych rozpoznań wymagane wskazanie właściwego kodu z Listy Ogólnej
Q74.3 Wrodzona sztywność wielostawowa	ICD-10
Q74.8 Inne określone wrodzone wady rozwojowe kończyn(y)	M82.0 Osteoporoza w przebiegu szpiczaka mnogiego (C90.0+)
Q77.0 Brak tkanki chrzęstnej (achondrogezeja)	M82.1 Osteoporoza w przebiegu chorób endokrynologicznych (E00-E34+)
Q77.2 Zespół krótkiego żebra	M82.8 Osteoporoza w przebiegu innych chorób sklasyfikowanych gdzie indziej
Q77.3 Chondrodysplazja punktowa	M90.2 Choroby kości w przebiegu innych infekcyjnych chorób sklasyfikowanych gdzie indziej
Q77.4 Achondroplazja	M90.3 Martwica kości w przebiegu choroby kesonowej (T70.3+)
Q77.5 Diastrophic dysplasia	M90.4 Martwica kości w przebiegu hemoglobinopatii (D50-D64+)
Q77.6 Dysplazja chondro-ektodermalna	M90.5 Martwica kości w przebiegu innych chorób sklasyfikowanych gdzie indziej
Q77.7 Dysplazja kręgowo-przynasadowa	M90.6 Zniekształcające zapalenie kości w przebiegu chorób nowotworowych (C00-D48+)
Q77.8 Inne osteochondrodysplazje z upośledzeniem wzrostu kości długich i kręgosłupa	M90.8 Choroby kości w przebiegu innych chorób sklasyfikowanych gdzie indziej
Q77.9 Osteochondrodysplazja z upośledzeniem wzrostu kości długich i kręgosłupa, nieokreślona	
Q78.0 Kostnienie niedoskonałe	
Q78.1 Uogólnione włóknisto-torbielowate zwyrodnienie kości (polyostotic fibrous dysplasia)	

Inaczej jest w przypadku gdy chcielibyśmy zastosować rozliczenie według JGP w przypadku postępowania zabiegowego. Tutaj istotą rzeczy jest procedura ICD9. To ona warunkuje przynależność do danej grupy zabiegowej. W zależności od skomplikowania postępowania terapeutycznego może być tak, że sprawozdać trzeba będzie kilka procedur, które w danym przypadku będą istotne.

H04 Endoprotezoplastyka pierwotna całkowita cementowa, bipolarna biodra

g wymagane wskazanie procedury z listy procedur H04, procedury z listy dodatkowej H1 oraz rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznać H04

lub

v wymagane wskazanie procedury z listy procedur H04 oraz rozpoznania współistniejącego z listy dodatkowej H8x

ICD-9

81.512 Całkowita pierwotna rekonstrukcja stawu biodrowego

81.521 Częściowa pierwotna wymiana stawu biodrowego - endoproteza bipolarna

ICD-10

M16.0 Pierwotna, obustronna koksartroza

M16.1 Inne pierwotne koksartrozy

M16.2 Obustronna koksartroza będąca wynikiem dysplazji

M16.3 Inne dysplastyczne koksartrozy

M16.4 Obustronna pourazowa koksartroza

M16.5 Inne pourazowe koksartrozy

M16.6 Inna wtórna obustronna koksartroza

M16.7 Inna wtórna koksartroza

M16.9 Nieokreślona koksartroza

M84.0 Wadliwy wzrost po złamaniu

M87.0 Jalowa samoistna martwica kości

S72.0 Złamanie szyjki kości udowej

S72.1 Złamanie przezkrętarzowe

T93.1 Następstwa złamania kości udowej

Tabela nr 1

H56	KOD GRUPY
5.51.01.0008056	KOD PRODUKTU
Zespoły bólowe kręgosłupa	NAZWA GRUPY
30	WARTOŚĆ PUNKTOWA - HOSPITALIZACJA
29	WARTOŚĆ PUNKTOWA - HOSPITALIZACJA PLANOWA
	WARTOŚĆ PUNKTOWA - „LECZENIE JEDNEGO DNIA”
	LICZBA DNI POBYTU FINANSOWANA GRUPĄ - TYP UMOWY HOSPITALIZACJA
6	WARTOŚĆ PUNKTOWA HOSPITALIZACJI < 2 DNI - TYP UMOWY HOSPITALIZACJA/ HOSPITALIZACJA PLANOWA
	WARTOŚĆ PUNKTOWA OSOBODNIA PONAD RYCZAŁT FINANSOWANY GRUPĄ (KOLUMNA 7) - TYP UMOWY HOSPITALIZACJA

Tabela nr 2

H89	KOD GRUPY
5.51.01.0008089	KOD PRODUKTU
Choroby niezapalne kości i stawów	NAZWA GRUPY
42	WARTOŚĆ PUNKTOWA - HOSPITALIZACJA
	WARTOŚĆ PUNKTOWA - HOSPITALIZACJA PLANOWA
	WARTOŚĆ PUNKTOWA - „LECZENIE JEDNEGO DNIA”
27	LICZBA DNI POBYTU FINANSOWANA GRUPĄ - TYP UMOWY HOSPITALIZACJA
8	WARTOŚĆ PUNKTOWA HOSPITALIZACJI < 2 DNI - TYP UMOWY HOSPITALIZACJA/ HOSPITALIZACJA PLANOWA

Należy jedynie pamiętać o pewnych zasadach wskazywania rozpoznania ICD10:

- hospitalizacja związana z leczeniem nowotworu złośliwego kości – wskazujemy chorobę zasadniczą nowotworu złośliwego,
- przyjęcie pacjenta z powodu osteoporozy w przebiegu choroby nowotworowej - leczenie obejmuje wyłącznie osteoporozę wówczas jako rozpoznanie zasadnicze wskazujemy osteoporozę,
- przyjęcie do oddziału ma na celu leczenie powikłania będącego rezultatem zabiegu chirurgicznego wykonanego w celu usunięcia złośliwego nowotworu, należy oznaczyć powikłania jako rozpoznanie zasadnicze.

Oczywiście należy również pamiętać o ewentualnych dodatkowych warunkach jak czas hospitalizacji bądź wiek pacjenta. Narodowy Fundusz Zdrowia w poszczególnych grupach jednorodnych wydzielił hospitalizację poniżej dwóch dni. W przypadku gdy pacjent hospitalizowany był np. 1 dzień i rozliczona grupa posiada wycenę tak krótkiego pobytu to należy się liczyć z tym, że rozliczymy około 20 % pełnej stawki grupy. Co prezentuje tabela nr 1.

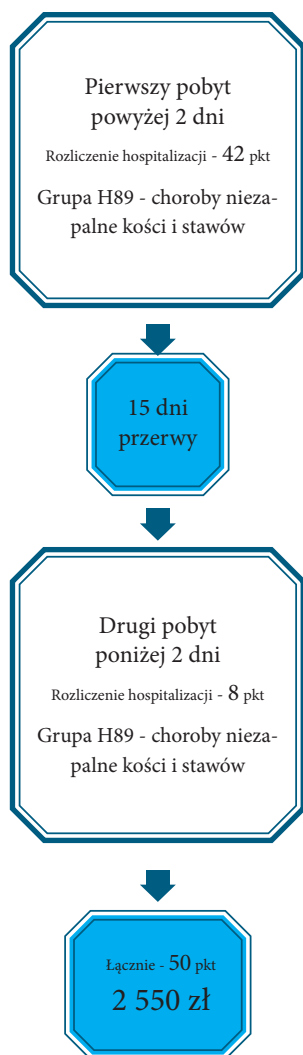
Większość grup jednorodnych ma również swój maksymalny okres (określony w katalogu), który jest finansowany podstawową stawką grupy. W sytuacji gdy z jakiegoś powodu zostanie on przekroczony to Narodowy Fundusz Zdrowia zapłaci dodatkowo za każdy kolejny osobodzień pobytu w szpitalu. Oczywiście sytuacja ta musi być szczegółowo udokumentowana w historii choroby pacjenta (tabela nr 2).

Reasumując o zakwalifikowaniu pobytu do danej grupy decyduje spełnienie kryteriów szczegółowo ustalonych dla danej grupy przy jednoczesnym warunku, iż określona grupa została przypisana do realizacji w oddziale o odpowiednim profilu medycznym.

Hospitalizując pacjentów z osteoporozą należy pamiętać, że może się zdarzyć sytuacja w której będziemy mieli do czynienia również z różnego rodzaju nowotworami. Problematyka rozliczeniowa tych przypadków znacząco nie odbiega od wskazanych wcześniej.

Diagram nr 1 przedstawia schemat rozliczenia leczenia zachowawczego osteoporozy w ramach grupy jednorodnej H89 Choroby niezapalne kości i stawów. Wartość pierwszego pobytu wynosi 42 pkt. (2142 zł), natomiast druga hospitalizacja trwa poniżej 2 dni i jej wartość wynosi 8 pkt. (408 zł). Należy

Diagram nr 1



pamiętać, aby przerwa pomiędzy nimi wynosiła minimum 15 dni. W przeciwnym wypadku rozliczenie będzie potraktowane jako jeden pobyt. Do kwalifikacji do grupy należy wskazać rozpoznania z zakresu M81:

- M81.0 Osteoporoza pomenopauzalna
- M81.1 Osteoporoza w następstwie usunięcia jajników
- M81.2 Osteoporoza w następstwie uni-
eruchomienia
- M81.3 Osteoporoza w następstwie poop-
eracyjnego zespołu upośledzonego
wchłaniania
- M81.4 Osteoporoza indukowana lekami
- M81.5 Osteoporoza idiopatyczna
- M81.6 Zrzesztnienie kości ograniczone
[Lequesne'a]
- M81.8 Inna osteoporoza
- M81.9 Nieokreślona osteoporoza

Reasumując: całkowita kwota, jaką otrzymamy za leczenie podczas dwóch pobyków w oddziale, wynosi 50 punktów, czyli 2 550zł.

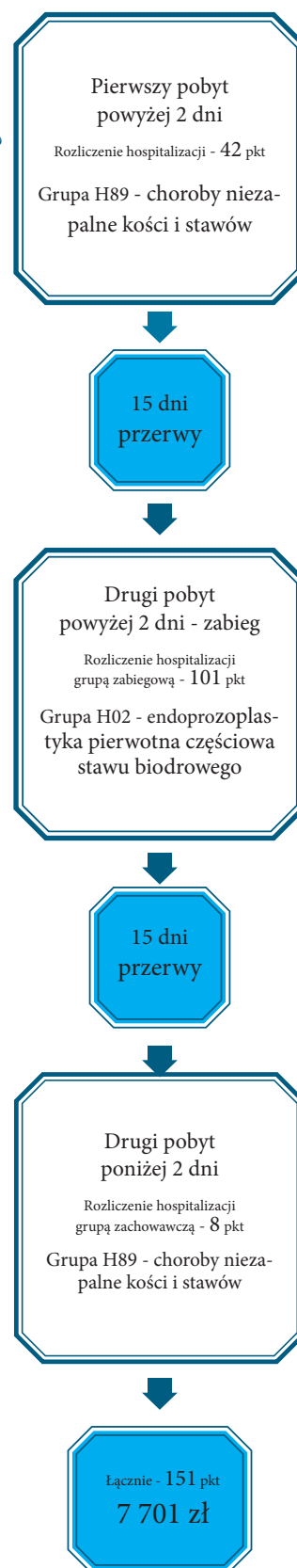
W przypadku postępowania zabiegowego schemat rozliczenia jest nieco odmienny od poprzedniego. Z diagramu nr 2 wynika schemat rozliczenia polegający na wskazaniu Płatnikowi trzech pobyków w oddziale. Oczywiście należy pamiętać o odstępach między nimi co najmniej 15 dni.

Pierwszy pobyt rozliczony grupą zachowawczą H89 choroby niezapalne kości i stawów powyżej dwóch dni. Podczas pobytu realizowane są świadczenia związane z kwalifikacją do leczenia, zaplanowaniem zabiegu, a następnie włączenie do leczenia farmakologicznego. Wartość tej hospitalizacji wynosi 42 pkt (2 142 zł). Kolejny pobyt związany jest z wykonaniem zaplanowanego wcześniej zabiegu. Hospitalizacja rozliczona zgodnie z warunkami kierunkowymi grupy H02 endoprotezoplastyka pierwotna częściowa stawu biodrowego.

Przychód z tego tytułu, jaki otrzymamy, równy jest 101 pkt. (5 151 zł). Trzeci pobyt związany z oceną postępowania diagnostyczno-terapeutycznego i dalszego leczenia należy rozliczyć grupą H89 choroby niezapalne kości i stawów poniżej dwóch dni (8 pkt. 408zł).

Łącznie za realizację leczenia według poniższego schematu zyskać można przychód w wysokości 151 punktów, co w przeliczeniu na złotówki wyniesie 7 701zł. Oczywiście w zależności od zaplanowanego zabiegu operacyjnego kwota ta może być inna.

Diagram nr 2



Pierwsze miesiące nowego roku przyniosły znaczące zmiany w systemie opieki zdrowotnej. Dokonano licznych nowelizacji obowiązujących przepisów, poddano konsultacjom wiele aktów prawnych oraz zaprezentowano nowe regulacje związane z kwestiami rozliczeniowymi. Mam nadzieję, że niniejsze kalendarium ułatwi Państwu poruszanie się w obrębie stale zmieniających się realiów systemu.

STYCZEŃ

Dokumentacja medyczna - nowe Rozporządzenie Ministra Zdrowia

Od 1 stycznia 2011 roku zaczęło obowiązywać nowe Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 roku w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania. Dopuszczono możliwość prowadzenia dokumentacji w sposób dotychczasowy przez okres nie dłuższy niż 6 miesięcy od dnia wejścia w życie rozporządzenia.

Refundacja pomp insulinowych

Do Rządowego Centrum Legislacji trafiło Rozporządzenie dotyczące refundacji pomp insulinowych. Na mocy nowych przepisów pompy insulinowe i ich osprzęt będą refundowane dla osób do 26 roku życia, a nie jak dotychczas – do 18.

LUTY

Terapeutyczne programy zdrowotne – nowe leki

Ministerstwo Zdrowia opublikowało komunikat w sprawie wyboru produktów leczniczych stosowanych w ramach terapeutycznych programów zdrowotnych.

W programie *Leczenie reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów o przebiegu agresywnym w terapii inicjującej* substancją czynną ustanowiono etanercept. W terapii drugiej linii wybrano zaś rytuksymab.

W leczeniu dzieci powyżej lat 13 produktem leczniczym w terapii MIZS oraz w programie *Leczenie inhibitorem TNF alfa świadczeniobiorców z ciężką, aktywną*

postacią zesztywniającego zapalenia stawów kręgosłupa ustanowiono także etanercept.

Terapie wskazane w komunikacie obowiązują od dnia 22 stycznia do dnia 21 lipca 2011 roku.

Zmiana wyceny substancji czynnych w programach terapeutycznych

Od 1 lutego Zarządzeniem Nr 4/2011/DGL zmieniono wycenę punktową dwóch produktów w katalogu substancji czynnych stosowanych w programach terapeutycznych:

- Etanerceptum 5.08.04.0000159 z 1,7823 na 2,099
- Rituximabum 5.08.04.0000177 z 1,0595 na 1,1010

Chemioterapia - nowe zarządzenie

Zarządzeniem Nr 5/2011/DGL w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapia zmniejszono wycenę substancji czynnej Rituximab z wartości 1,1010 na 1,0595 pkt oraz wspomagających: Filgrastimum z 0,7997 na 0,5446 pkt., Leno-grastimum z 0,7886 na 0,4263 pkt., Ondansetronum z 0,18 na 0,108 pkt.

Vademecum 2011 – nowy informator NFZ

Najnowsze Vademecum opublikował na swojej stronie internetowej Narodowy Fundusz Zdrowia. Opracowanie zawiera między innymi dane dotyczące dokumentacji medycznej, list oczekujących, praw pacjenta, przynależności do oddziału NFZ, rejestracji, skierowań, kart ubezpieczenia zdrowotnego.

MARZEC

Chemioterapia niestandardowa – informacje o decyzji Dyrektora OW NFZ

Od 10 marca Dyrektorzy Oddziałów Wojewódzkich NFZ mają obowiązek informować świadczeniodawców o decyzji związanej z rozpatrzeniem wniosku na chemioterapię niestandardową oraz jej przewidywanym terminem. Zmiana ma na celu usprawnienie procesu związanego z wydaniem decyzji w ramach chemioterapii niestandardowej.

Ustawa o działalności leczniczej

18 marca Sejm przyjął projekt ustawy o działalności leczniczej. Publiczne zakłady opieki zdrowotnej staną się, na mocy nowego prawa, podmiotami leczniczymi. W terminie kolejnych 12 miesięcy kierownicy tych podmiotów mają obowiązek dostosować ich działalność oraz statut i regulamin organizacyjny do przepisów ustawy.

Prawa pacjenta

Posłowie uchwalili nowelizację Ustawy o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Wprowadzono w niej zasady oraz tryb ustalania odszkodowania i zadośćuczynienia w przypadku zdarzeń medycznych mających miejsce w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych w szpitalu od stycznia 2012 roku.

Pacjent będzie miał prawo złożyć wniosek do odpowiedniej Komisji Wojewódzkiej (w składzie: 2 lekarzy i 2 prawników), która będzie orzekać o wystąpieniu, bądź nie wystąpieniu zdarzenia medycznego.



KWIECIEŃ

Nowelizacja zarządzenia w zakresie lecznictwa szpitalnego

Wprowadzono modyfikacje dotyczące wyceny punktowej części świadczeń oraz zakresów ich realizacji, wymagań dla świadczeniodawców zainteresowanych zawarciem umowy w zakresie leczenia szpitalnego, a także charakterystyki grup.

Ponadto w treści aktu, usunięto zapisy dotyczące grupera oraz algorytmu JGP, co związane jest z decyzją Funduszu o zaprzestaniu, od 1 kwietnia, udostępniania plików parametryzujących.

Zmiany wprowadzono Zarządzeniem Nr 17/2011/DSOZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne.

Zmiany w katalogach Chemioterapii

Przedstawiono wycenę punktową dla hospitalizacji związanych z leczeniem działań niepożądanych. Za pobyty związane z powikłaniami pierwszego oraz drugiego stopnia szpital nie uzyska dodatkowych środków finansowych (wartość świadczenia - 0 punktów). Trzeci i czwarty stopień działań niepożądanych wyceniono natomiast na 1 punkt.

Nowa wersja słownika ICD-9

Narodowy Fundusz Zdrowia udostępnił obowiązującą od 1 kwietnia wersję Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych (ICD-9 PL w. 5.10).

Zmiany w programach terapeutycznych

Rozdzielono leczenie przewlekłego WZW typu B i C oraz zlikwidowano program terapeutyczny "Leczenie przewlekłego WZW typu B w oporności na lamiwudynę". Zmniejszono wartość punktową substancji:

- Adefovir Dipivoxil (z 0,7921 na 0,6665)
- Etanerceptum (z 2,099 na 1,7823)
- Ritiximabum (z 1,1010 na 1,0595)

Zmiany uregulowano Zarządzeniem Nr 15/2011/DGL.

Radio- i chemioterapia sprawozdawanie łącznie

Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej NFZ opublikował informację dotyczącą zasad sprawozdawania hospitalizacji, podczas której zastosowano u pacjenta radioterapię i chemioterapię. Hospitalizację, w takim przypadku, należy sprawozdawać łącznie poprzez:

- osobodni związane z chemioterapią, w dniach realizacji świadczenia chemioterapii,
- osobodni związane z radioterapią, w dniach realizacji świadczenia radioterapii.

MAJ

Leczenie raka wątrobykomórkowego w programie terapeutycznym

Do wykazu świadczeń gwarantowanych z zakresu terapeutycznych programów zdrowotnych, na mocy Rozporządzenia Ministra Zdrowia, dodano Leczenie raka wątrobykomórkowego u pacjentów z rozpoznaniem Nowotworem złośliwym (rak komórek wątroby) C22.0, spełniających warunki włączenia do programu. Finansowaną substancją czynną będzie Sorafenib.

Ustawa o systemie informacji w ochronie zdrowia

18 maja prezydent podpisał Ustawę o systemie informacji w ochronie zdrowia. Przewiduje ona stworzenie Elektronicznej Platformy Gromadzenia, Analizy i Udostępnienia Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych, zapewniającej dostęp do danych dotyczących zrealizowanych i planowanych świadczeń. System ma za zadanie wyeliminowanie sytuacji wydłużania list oczekujących z uwagi na kilkukrotne zapisywanie się pacjentów na ten sam zabieg w kilku ośrodkach oraz zapewnienie wykrywania nadużyć związanych z fałszowaniem recept.

Likwidacja stażu lekarskiego

Nowelizacja Ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry, znosi konieczność odbycia stażu lekarskiego podyplomowego.

Zgodnie z nowymi przepisami studenci medycyny zakończą studia Lekarskim Egzaminem Końcowym (LEK), studenci stomatologii natomiast - Lekarsko-Dentystycznym Egzaminem Końcowym (LDEK). W ocenie resortu, z uwagi na deficyt kadry medycznej, konieczne jest skrócenie procesu uzyskania dyplomu specjalisty.

List onkologów w obronie minister Kopacz

W odpowiedzi na wniosek PiS, o wotum nieufności dla Minister Zdrowia, dwunastu znanych polskich onkologów skierowało do premiera Donalda Tuska list, w którym pozytywnie oceniają pracę Ewy Kopacz.

Onkolodzy podkreślili zaangażowanie minister w działania mające na celu zwiększenie dostępności do leczenia onkologicznego. W opinii autorów listu „Onkologia jest priorytetem tego rządu”, co przejawia się między innymi we wzroście nakładów na leczenie.

JGP w pytaniach i odpowiedziach

Do czego służy rozliczenie poprzez świadczenie 1384 ?

Czy oddział choroby płuc może wykazać ten produkt do rozliczenia jednodziennego pobytu, w sytuacji gdy pacjent wypisywany jest ze szpitala z rozpoznaniem: „Obserwacja w kierunku guza płuca negatywna”? Dodam, że podczas pobytu wykluczono obecność guza.

Rozliczenie wskazanej jednostki chorobowej poprzez świadczenie 5.52.01.0001384 tj. *Hospitalizacja z przyczyn nie ujętych gdzie indziej* znajdujące się w katalogu świadczeń odrębnych 1b nie jest prawidłowe.

Wskazane świadczenie pozwala bowiem na rozliczenie pobytu pacjenta w sytuacji, gdy katalog grup, ani świadczenia możliwe do zrealizowania w ambulatorium, nie finansują takiego przypadku. Należy podkreślić, że zaistnienie takiej okoliczności jest niezwykle rzadkie, ponieważ już sam katalog grup jednorodnych wraz z charakterystyką szczegółowo określa zaopatrzenia zabiegowe, zaś hospitalizacje zachowawcze kwalifikowane są na podstawie klasyfikacji ICD-10.

Realizacja hospitalizacji z określonym rozpoznaniem w dokumentacji medycznej powinna wiązać się z rozliczeniem odpowiedniego świadczenia. W tym przypadku zatem, pobyt pacjenta powinien zostać rozliczony chociażby grupą D37 Inne choroby układu oddechowego.

Zgodnie z wyceną określoną przez Płatnika, przychód szpitala w przypadku gdy czas hospitalizacji jest krótszy niż 2 dni wyniesie 357 zł. Rozliczenie jako *Hospitalizacja z przyczyn nie ujętych gdzie indziej* wycenione zostało na 510 zł, co w przypadku kontroli może zostać uznane za chęć uzyskania nienależnych środków finansowych.

W tym miejscu pragnę również uczulić, że nieprawidłowym postępowaniem jest wskazywanie rozpoznania określonego jako „Obserwacja negatywna”. Zasady kodowania nie dają bowiem możliwości wskazywania niepotwierdzonych stanów chorobowych. Gdy pod koniec hospitalizacji nie uda się ustalić ostatecznej diagnozy, to podczas kodowania należy wpisać informacje, które zapewnią najwyższy stopień dokładności i wiedzy o stanie, który wywołał hospitalizację. Można tego dokonać chociażby poprzez wpisanie objawu lub np. nieprawidłowego wyniku badania, etc.



Tutaj będę odpowiadać na pytania Czytelników dotyczące rozliczania świadczeń zdrowotnych. Do interpretacji nie zawsze czytelnych przepisów zapraszam także ekspertów zajmujących się normami prawnymi w ochronie zdrowia. Zapraszam do nadsyłania pytań

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

Czym się różni dyskwalifikacja z zabiegu operacyjnego od odroczenia zabiegu. Jakie ma to znaczenie w związku z prowadzeniem listy oczekujących (tzw. kolejki) ?

Decyzję o dyskwalifikacji oraz odroczeniu pacjenta z zabiegu operacyjnego podejmuje lekarz na podstawie badań diagnostycznych, wywiadu oraz aktualnej wiedzy medycznej. Może być to dokonane w każdym momencie zarówno na izbie przyjęć, w oddziale czy też w trakcie wizyty kwalifikacyjnej.

W przypadku, gdy lekarz orzeknie o dyskwalifikacji, to oznacza, że pacjent ma takie schorzenia, które uniemożliwiają wykonanie świadczenia na które pacjent oczekuje w kolejce np. zabiegu endoprotezoplastyki. Dotyczy to chorób przewlekłych oraz takich, co do których nie wiadomo kiedy pacjenta uda się wyleczyć.

Natomiast jeżeli lekarz odroczy zabieg, to wie, że pacjent będzie mógł być operowany w najbliższym czasie, a przyczyna odroczenia minie niebawem. Takimi przeciwwskazaniami może być np. przeziębienie, zapalenie górnych dróg oddechowych, zapalenie dróg moczowych, bądź inne infekcje, które można wyleczyć w ciągu kilku miesięcy.

W przypadku dyskwalifikacji pacjent powinien być wykreślony z listy oczekujących, gdyż już nie kwalifikuje się do świadczenia na jakie oczekiwał. Natomiast gdy odraczamy zabieg, termin przyjęcia powinien być zmieniony na liście oczekujących, a modyfikacja powinna być opisana. Bardzo ważne jest, aby każde przesunięcie kolejności było rzetelnie udokumentowane.

Anna Moczulska

Rozliczanie urazów wielonarządowych w JGP

System JGP podzielony został na grupy zachowawcze i zabiegowe. W związku z tym, hospitalizację należy kwalifikować do rozliczenia zgodnie z jej przebiegiem oraz wykonanymi czynnościami medycznymi.

Należy kierować się zasadą precyzyjnego określania udzielanych świadczeń poprzez szczegółowe wskazywanie procedur medycznych wg ICD-9 oraz rozpoznań wg ICD-10. Tylko w takiej sytuacji istnieje możliwość prawidłowego rozliczenia przypadków.

Dość częstym przypadkiem z jakim można spotkać się na oddziałach chirurgicznych są rozliczenia pacjentów z urazami wielonarządowymi. Aby prawidłowo rozliczyć takie przypadki, w raporcie statystycznym należy wskazać wszystkie rozpoznania według ICD – 10, z których rozpoznanie zasadnicze odpowiada urazowi z przedziału rozpoznań T00 – T07 oraz wszystkie istotne procedury medyczne według ICD – 9.

Czynność ta służy wyznaczeniu grupy o najwyższej wartości punktowej z katalogu grup jednorodnych, wraz z ewentualnie dołączonymi osobodniami ponad czas finansowany grupą, skorygowany jednym z poniższych wskaźników określającym rozległość urazu (liczbę narządów objętych obrażeniami):

- urazy wielonarządowe 4 i więcej narządów - 1,85,
- urazy wielonarządowe 3 narządów - 1,78,
- urazy wielonarządowe 2 narządów - 1,54.

Przykład I

Pacjentka została przyjęta do oddziału po wypadku komunikacyjnym, ze złamaniem szyjki kości udowej oraz żebra, a także złamaniem części lędźwiowej kręgosłupa. Sprawozdano:

79.35 Otwarte nastawienie złamania z wewnętrzną stabilizacją - kość udowa

78.11 Założenie zewnętrznego stabilizatora kości -obojczyk, klatka piersiowa (żebra i mostek)

Jednostką zasadniczą można określić chociażby: T02.7 Złamania obejmujące klatkę piersiową, dolną część grzbietu, miednicę i kończynę (kończyny). Jako choroby współistniejące należy wskazać:

S72.0 Złamanie szyjki kości udowej

S22.3 Złamanie żebra

S32.8 Złamanie innych i nieokreślonych części odcinka lędźwiowego kręgosłupa i miednicy

Pobyt należy sprawozdać grupą H62 Złamania lub zwichnięcia w obrębie miednicy lub kończyny dolnej wycenioną na 88 pkt.

Z uwagi na uraz obejmujący 3 narządy, mnożnik jakim należy się posłużyć to: 1,78. Łącznie zatem szpital ma możliwość uzyskania: 7988,64 zł.

Przykład II

Hospitalizacja pacjenta z powodu rozpoznania: S06.5 Urazowy krwotok podtwardówkowy. Wykonano kraniotomię z usunięciem krwaka.

Przypadek można rozliczyć za pomocą grupy A13 Średnie zabiegi wewnątrzczaszkowe, do której kwalifikuje rozpoznanie oraz wykonana procedura: 01.247 Kraniotomia z usunięciem krwaka podtwardówkowego.

Wartość grupy wynosi 119 punktów, co oznacza przychód w wysokości: 6069 zł.

Liczba dni hospitalizacji finansowana grupą to 33, co oznacza, że w przypadku przedłużającego się pobytu – za każdy dzień ponad wskazany czas, szpital otrzyma 6 punktów tj. 306 zł.

Mamy również możliwość rozliczenia świadczeń za pomocą grup jednorodnych z zakresu: Obrażenia, urazy (tabela poniżej).

Wskazany zakres jest jednak możliwy do zakontraktowania przez świadczeniodawców spełniających określone kryteria (ustanowione przez Płatnika w zarządzeniu).

Spowodowane jest to zapewne wysoką wyceną świadczeń, ale również koniecznością posiadania specjalistycznego sprzętu diagnostycznego oraz wykwalifikowanej kadry medycznej.

W kolejnym numerze przedstawimy zagadnienia dotyczące rozliczenia z zakresu ginekologii i położnictwa.

KOD GRUPY	KOD PRODUKTU	NAZWA GRUPY	WARTOŚĆ PUNKTOWA GRUPY HOSPITALIZACJA
T01	5.51.01.0017001	Kraniotomia w określonych obrażeniach mnogich z pw > 17 r.ż. *	531
T02	5.51.01.0017002	Kraniotomia w określonych obrażeniach mnogich > 17 r.ż. *	472
T03	5.51.01.0017003	Zaopatrzenie miednicy i uda w obrażeniach mnogich z pw > 17 r.ż. *	463
T04	5.51.01.0017004	Zaopatrzenie miednicy i uda w obrażeniach mnogich > 17 r.ż. *	411
T05	5.51.01.0017005	Inne zabiegi w obrażeniach mnogich z pw > 17 r.ż. *	363
T06	5.51.01.0017006	Inne zabiegi w obrażeniach mnogich > 17 r.ż. *	322
T07	5.51.01.0017007	Leczenie zachowawcze urazów	15
T08	5.51.01.0017008	Leczenie zachowawcze obrażeń mnogich z pw > 17 r.ż.	113
T09	5.51.01.0017009	Leczenie zachowawcze obrażeń mnogich > 17 r.ż.	100

Katarzyna Ulejczyk

Wzorcowy schemat wpisu pacjenta na listę oczekujących

Zgodnie z powszechnie obowiązującym prawem, osoby ubezpieczone oraz uprawnione na mocy odrębnych przepisów, mają prawo do leczenia szpitalnego. Podstawowym warunkiem, jaki musi być spełniony, aby przyjąć pacjenta na hospitalizację to brak możliwości leczenia w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

W związku ze zbyt małą ilością zasobów szpitalnych, a zbyt dużym zapotrzebowaniem na przyjęcie do szpitala został stworzony system list oczekujących. Ma on za zadanie skolejkować pacjentów, których nie można w danym momencie przyjąć do szpitala oraz zapewnić rzetelną kwalifikację aktualnego stanu pacjenta tak, aby pacjenci w cięższym stanie zostali przyjęci przed tymi, którzy mogą jeszcze oczekiwać. Natomiast wstępna kwalifikacja ma za zadanie wyodrębnić przede wszystkim pacjentów w stanie nagłym, którzy muszą być bez względu na wszystko przyjęci natychmiast.

Pacjent ze skierowaniem

Wśród lekarzy panuje powszechne przekonanie, że skierowanie posiadane przez pacjenta jest na listę oczekujących, a nie

do szpitala. Jest to ze wszelkich miar błędne podejście. Skierowanie jest wystawiane do lekarza specjalisty w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, bądź do szpitala na hospitalizację, ale nigdy na listę oczekujących. Pacjent otrzymując skierowanie musi udać się do szpitala na Izbę Przyjęć, do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, bądź do innego miejsca wyznaczonego przez świadczeniodawcę w którym odbywa się wstępna kontrola stanu zdrowia pacjenta. Pacjent przychodzący ze skierowaniem do szpitala musi być świadomy, że w tym dniu może zostać przyjęty, a niekoniecznie wpisany na listę oczekujących. W związku z powyższym musi ze sobą mieć ważny dokument ubezpieczenia oraz skierowanie. Należy pamiętać, że ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jasno określa, iż pacjent przy przyjęciu do szpitala ma obowiązek

posiadać dokument potwierdzający jego prawo do świadczeń. Jedyny wyjątek przewidziany jest w przypadku przyjęcia w trybie nagłym. W tej sytuacji chory może dostarczyć ten dokument w terminie 7 dni od dnia zakończenia hospitalizacji, bądź 30 dni od dnia rozpoczęcia hospitalizacji.

Kwalifikacja na hospitalizację

Lekarz w pierwszym momencie spotkania z pacjentem decyduje, czy pacjent kwalifikuje się do hospitalizacji, czy też nie. Lekarz w szpitalu ma prawo oraz obowiązek zweryfikowania informacji wpisanych na skierowaniu. W opinii lekarza pacjent może nie kwalifikować się do przyjęcia do szpitala, a pomoc może mu zostać udzielona na IP/SOR oraz może dalsze leczenie kontynuować w poradni. Jeżeli natomiast

LISTY OCZEKUJĄCYCH

uzna, że chory wymaga hospitalizacji, to musi zdecydować, czy są wskazania do przyjęcia w trybie „nagłym”, czy może to być przyjęcie planowe. W przypadku natychmiastowej hospitalizacji, lekarz przyjmuje pacjenta do szpitala i wpisuje uzasadnienie w części „wywiad” w indywidualnej dokumentacji pacjenta. W przypadku przyjęcia planowego, jeżeli nie można przyjąć pacjenta w momencie przyjęcia wpisuje się go na listę oczekujących.

Udokumentowanie wizyty pacjenta w placówce

Jeżeli zapadnie decyzja o przyjęciu planowym lekarz jest obowiązany udokumentować wizytę pacjenta w placówce. Jeżeli jest to SOR, zakłada historię choroby i wpisuje, że choremu zostało wykonane badanie przedmiotowe, podmiotowe, wstępna diagnostyka oraz wszystko to, w co pacjent został zaopatrzony podczas wizyty. W części wypisowej lekarz wpisuje, że pacjent został zapisany na listę oczekujących oraz jaka kategoria

medyczna została mu wyznaczona wraz z uzasadnieniem. W przypadku Izby Przyjęć należy wypełnić księgę odmów przyjęć oraz porad ambulatoryjnych na IP. Bardzo istotne jest dokumentowanie wszystkiego co działo się z pacjentem podczas wizyty w placówce, ponieważ wpisując go na listę oczekujących, odmawiamy mu przyjęcia do szpitala. Placówka musi mieć pisemną informację opieczetowaną i podpisaną przez lekarza, że pacjent w momencie zgłoszenia się do szpitala nie był w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

Pilny czy Stabilny?

Lekarz na podstawie swojej najlepszej wiedzy medycznej oraz wytycznych krajowych konsultantów, jeżeli dana specjalność takie posiada, kwalifikuje pacjenta jako „pilny”, bądź „stabilny”. Swoją decyzję musi udokumentować na liście oczekujących. Rzetelny opis decyzji lekarza co do kwalifikacji do kategorii medycznej uchroni placówkę od ewentualnych roszczeń pacjentów co do prawidłowej oceny jego stanu zdrowia. Należy pamiętać, że brak oryginalnego dokumentu z własnoręcznym podpisem osoby go sporządzającej wyłącza możliwość przedstawienia dowodu z dokumentu podczas postępowania sądowego.

Informacja o wpisie

Kończącym etapem wpisu pacjenta na listę oczekujących jest wydanie mu pisemnej informacji o terminie przyjęcia do szpitala oraz uzasadnienie medyczne wyznaczenia terminu. W dokumentacji szpitala powinno zostawiać się potwierdzenie wydania powyższej informacji. O kompletności części administracyjnej listy oczekujących powinna dbać sekretarka medyczna, natomiast za część medyczną jest odpowiedzialny lekarz. Kończącym etapem jest podpisanie oraz opieczetowanie przez lekarza wpisu na listę.

Przestrzegając powyższego schematu oraz wyznaczenie granic odpowiedzialności za każdą składową procesy weryfikacji pozwoli placówce na uporządkowanie listy oczekujących. Scentralizowanie zapisu na listę w jednym miejscu umożliwi efektywną jej kontrolę oraz szybką reakcję w momencie, gdy wystąpią jakiegokolwiek uchybienia. ■



Telewizor w lustrze

Nigdzie się nie śpiesząc, przemierzając kilometry obserwuję wszystko, co wokół. Spojrzenie dosyć wnikliwe, albo wiem utrzymane w tempie, na jakie mnie stać.

Niegdyś szedłem w kierunku pewnego szpitala. Mijałem miejscowość o nazwie Swarzędz. W końcu dowiedziałem. Wtedy obudziło się we mnie skojarzenie, którym podzieliłem się później z personelem placówki.

Miejscowość Swarzędz nierozzerwalnie przywołuje we mnie obraz mebli.

Wyobraźnia podpowiada mi, że jakość współpracy załogi fabryki takich urządzeń nie wpływa zbyt na to, czy mebel będzie ładniejszy, czy też nie. W takiej fabryce kłótnie pracowników wpływać mogą co najwyżej na stopień frustracji dyrektora.

W szpitalu jest już nieco inaczej. Tu sposób komunikacji wśród pracowników wpływa na poziom całej firmy. I to bez względu na to, czy mówię o salowej, o sekretarce medycznej, o lekarzu czy dyrektorze.

Meble nie czują. Pacjenci tak. Być może dlatego właśnie zauważam tak znaczną różnicę wśród personelu oddziałów pediatrycznych. Tam, gdzie zajmujemy się opieką nad dzieckiem jesteśmy inni. Jakby lepsi.

Myszę, że ludzie często nie zwracają uwagi na wzajemne relacje w miejscu pracy. Podstawianie sobie wzajemnie nogi, złośliwości są na porządku dziennym. Wszystko jest w miarę w porządku, jeśli pracujemy z meblami. Jeśli z ludźmi - powinniśmy mieć świadomość tego, że ci, dla których jesteśmy odczuwają nasze emocje.

Nie będzie w tym nic odkrywczego, jeśli powiem, że emocje personelu mają również wpływ na proces zdrowienia. Być może kiedyś ktoś to zbada...

I jeszcze jedno skojarzenie, które nie jest oderwane od poprzedniego. Otóż czasami wędrując ulicami miasta słyszę narzekania.

Narzekania na wszystko, co tylko na horyzoncie.

Zadziwiające, że ludzie narzekają także na własne telewizory. Są źli na telewizory za to, że zbyt często ludzie się w nich kłócą. Są źli, że ci w telewizorze nie potrafią rozmawiać ani słuchać.



Telewizor jest to proste urządzenie elektryczne wynalezione w wieku XX, służące do ekscytacji, podniesienia poziomu adrenaliny, a czasem działające jako doskonały środek nasenny. Potem ludzie patrzą w lustro. Równie proste urządzenie domowe służące jako niezbędny komfortu osobistego. Czasem dodatkowo działające jako wspomagacz głosowo-wokalny.

W lustrze zbyt często można zobaczyć telewizor. Wyłączam... Idę dalej...

Wasz Kubuś

- Rafał Janiszewski o systemie JGP w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej.
- Katarzyna Ulejczyk o wprowadzonych ustawach zdrowotnych.
- Łukasz Puchalski opisuje zasady prowadzenia dokumentacji medycznej w świetle najnowszych przepisów akcentując odpowiedzialność lekarza.
- Dorota Wapniewska pisze o problemie motywacji wśród pracowników służby zdrowia i roli kadry zarządzającej.
- Anna Moczulska o rozliczaniu świadczeń z zakresu ginekologii i położnictwa.

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,

Iwona Majewska, Anna Moczulska, Łukasz Puchalski,

Magdalena Siebielska, Katarzyna Ulejczyk, Dorota

Wapniewska

Zdjęcia i korekta: Agnieszka Łozińska

Redaktor graficzny: Piotr Spychalski

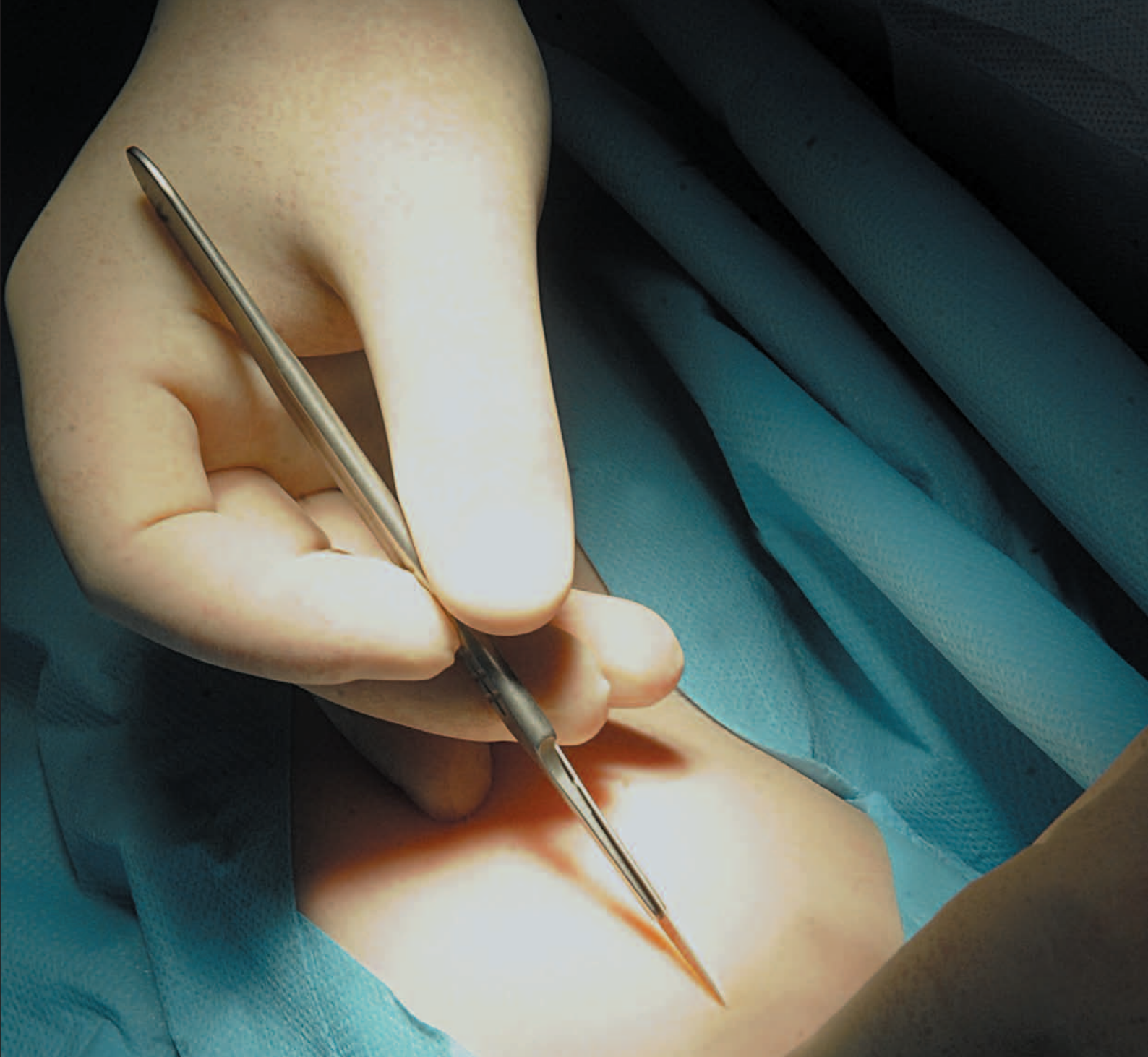
Adres redakcji: Kancelaria Doradcza Rafał Piotr Janiszewski, Warszawa, ul. Wiejska 12/IVp,

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

Nakład: 5000 egzemplarzy.

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

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



Zamów „System“

Roczna prenumerata już za 180 zł brutto.

Formularz zamówienia wypełnij i wyślij faksem
na numer : 22 625 73 99

lub pocztą:

Kancelaria Doradcza
Rafał Piotr Janiszewski
ul. Wiejska 12/IVp.
00-490 Warszawa

Pełna nazwa placówki lub imię i nazwisko zamawiającego

Adres

NIP

Telefon kontaktowy

Adres wysyłki prenumeraty

Ilość

Data wpłaty należności

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

☐

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Kancelaria Doradczą RP 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 o wypełnienie wszystkich pól formularza



Magazyn bez reklam
i na temat.