

Magdalena Siebielska

TRANSPLANTOLOGIA

Rozliczanie świadczeń
ambulatoryjnej opieki specjalistycznej
w zakresie transplantologii

Warszawa 2014

Wydawca:

Kancelaria Doradcza Rafał Piotr Janiszewski

ul Wiejska 12

00-490 Warszawa

www.kancelariajaniszewski.pl

Treść:

Rozliczanie świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie transplantologii	3
Świadczenia z katalogu grup świadczeń specjalistycznych	6
Najistotniejsze zasady rozliczania świadczeń z katalogu grup świadczeń specjalistycznych	11
Świadczenia z katalogu świadczeń odrębnych	13
Podsumowanie	17

ISBN 978-83-64464-12-6

Druk: Dom Wydawniczy Feniks Iwona Krom
ul. Jana z Kolna 38B, 75-204 Koszalin

Rozliczanie świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie transplantologii

Świadczenia w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej realizowane są wówczas, gdy dla osiągnięcia celu leczenia nie jest konieczne ich udzielenie w warunkach szpitalnych.

Jednocześnie są to świadczenia realizowane w poradniach specjalistycznych danej dziedziny medycyny, a zatem takie, które nie mogą zostać zrealizowane w ramach podstawowej opieki zdrowotnej.

Zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, z późn. zm., świadczeniobiorca ma prawo do świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej na podstawie dokumentu skierowania (z wyłączeniem stanów nagłych, określonej grupy świadczeniobiorców, wobec których skierowanie nie jest wymagane oraz określonego zakresu świadczeń (poradni), w ramach których świadczenia udzielane są bez skierowania)¹. Wystawione skierowanie jest w tym przypadku ważne tak długo, dopóki nie ustanie powód jego wystawienia. Świadczeniobiorcy przysługuje prawo do świadczeń o charakterze zabiegowym oraz zachowawczym, a także realizacja badań diagnostycznych niezbędnych w toku leczenia. Świadczenia te mają na celu nie tylko leczenie schorzeń, ale także wczesne ich wykrywanie, monitorowanie stanu pacjenta, zapobieganie chorobom i niepełnosprawności.

W ramach opieki poradni specjalistycznej w zakresie transplantologii finansowane jest zarówno udzielanie świadczeń przez uprawnionego lekarza, jak i wykonywanie badań.

Zasady rozliczania świadczeń wskazuje zarządzenie Nr 82/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna (z późn. zm. zgodnie z treścią zarządzenia Nr 93/2013/DSOZ).

W zależności od tego, czy i jakie badania zostaną wykonane w związku z realizacją świadczenia, do rozliczenia przedstawiony zostanie odpowiedni produkt z katalogu grup świadczeń specjalistycznych lub

katalogu specjalistycznych świadczeń odrębnych. Katalogi stanowią załączniki do zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, aktualnego w danym okresie rozliczeniowym.

Katalog grup świadczeń specjalistycznych uwzględnia świadczenia zachowawcze i zabiegowe realizowane w poradniach specjalistycznych. Ich rozliczenie możliwe jest wówczas, gdy świadczenie zrealizowane zostało zgodnie z jego definicją oraz charakterystyką tegoż świadczenia.

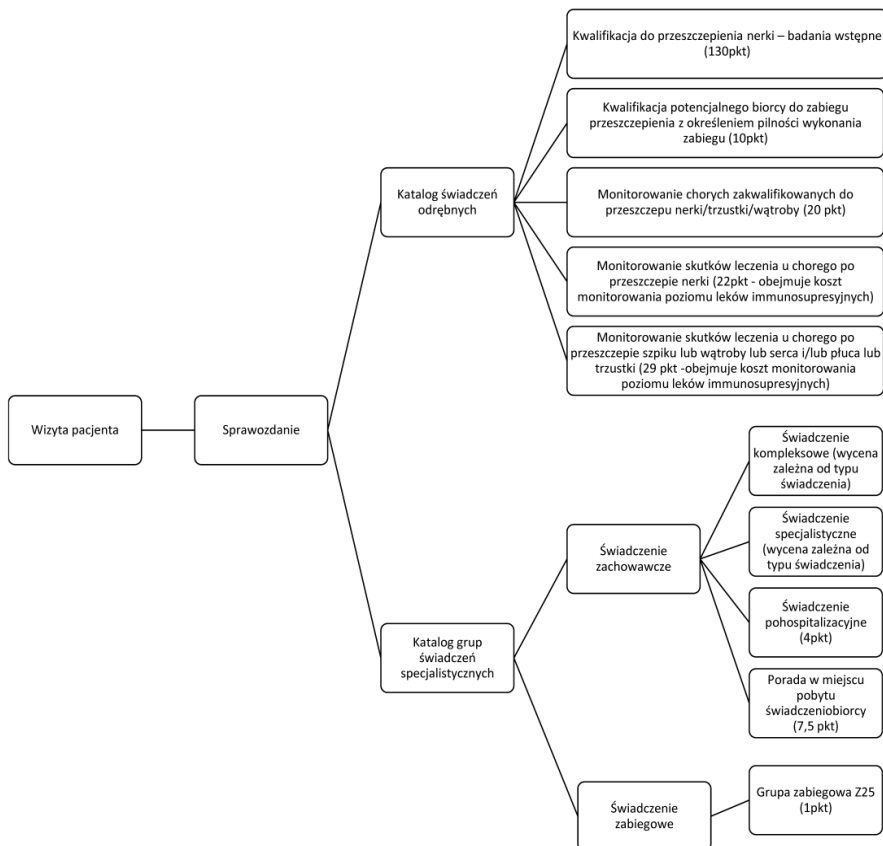
Katalog świadczeń odrębnych zawiera świadczenia dedykowane określonym okolicznościom, np. monitorowanie chorych zakwalifikowanych do przeszczepu.

Co zasady, do rozliczenia przedstawiane jest jedno świadczenie (w danym zakresie w tym samym dniu, wobec danego świadczeniobiorcy) - świadczenie z katalogu grup świadczeń specjalistycznych lub świadczenie z katalogu świadczeń odrębnych (chyba, że katalog świadczeń odrębnych dopuszcza łączne rozliczenie świadczenia razem ze świadczeniem z katalogu grup).

W zakresie transplantologii mogą zatem zostać rozliczone świadczenia zarówno z katalogu grup świadczeń specjalistycznych, jak i świadczenia z katalogu świadczeń odrębnych. O kwalifikacji świadczenia do rozliczenia (innymi słowy o tym, jakie świadczenie zostanie rozliczone) decydować będzie przebieg świadczenia i realizowane w jego trakcie czynności diagnostyczne oraz terapeutyczne.

By prawidłowo zakwalifikować świadczenia do rozliczenia i dokonać właściwego ich sprawozdania, niezbędna jest znajomość definicji świadczeń, ich charakterystyk oraz warunków rozliczania.

Możliwości rozliczenia świadczeń w zakresie transplantologii:



Świadczenia z katalogu grup świadczeń specjalistycznych

Katalog grup świadczeń specjalistycznych stanowi zbiór kategorii świadczeń specjalistycznych o charakterze zachowawczym lub zabiegowym.

Obejmuje on realizowane porady w określonych zakresach poradni specjalistycznych.

Świadczenia zachowawcze należy podzielić na podstawowe ich rodzaje:

- świadczenie pohospitalizacyjne
- świadczenie specjalistyczne
- świadczenie specjalistyczne kompleksowe
- porada udzielana w miejscu pobytu świadczeniobiorcy

Poniżej przedstawiono definicje wszystkich świadczeń (zgodnie z zarządzeniem Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia), a także ich wyjaśnienie:

Świadczenie pohospitalizacyjne – świadczenie realizowane w poradni przyszpitalnej w okresie nie dłuższym niż trzydzieści dni od dnia zakończenia hospitalizacji przez tego świadczeniodawcę, który udzielił danemu świadczeniobiorcy świadczenia gwarantowanego z zakresu leczenia szpitalnego, związane z nią przyczynowo, obejmujące ocenę przebiegu procesu leczenia po zakończeniu hospitalizacji w zakresie z niej wynikającym, opartą na badaniu i posiadanych lub przedstawionych wynikach badań dodatkowych oraz uwzględniających w uzasadnionych medycznie przypadkach:

- a) realizację procedur medycznych: diagnostycznych (w tym laboratoryjnych), terapeutycznych, rehabilitacyjnych według aktualnej wersji klasyfikacji ICD-9, będących kontynuacją rozpoczętych wcześniej, lub
- b) pozyskiwanie w drodze skierowania niezbędnych, uzupełniających wyników badań dodatkowych, lub

- c) wydanie orzeczenia lub zaświadczenia, z prawa do uzyskania którego świadczeniobiorca nie jest wykluczony na podstawie art. 16 ustawy;

Świadczenie pohospitalizacyjne realizować zatem mogą jedynie poradnie przyszpitalne podmiotu leczniczego, w którym pacjent był hospitalizowany. Świadczenia tego nie może przedstawić do rozliczenia świadczeniodawca, który nie realizował hospitalizacji względem danego pacjenta. Nadto świadczenie to musi być związane z przyczyną hospitalizacji. Warto również zaznaczyć, iż może być ono realizowane przez 30 dni od zakończenia hospitalizacji wielokrotnie (z wyłączeniem możliwości jego sprawozdania więcej niż raz w ciągu jednego dnia).

Świadczenie specjalistyczne – świadczenie obejmujące ocenę stanu zdrowia świadczeniobiorcy w zakresie zidentyfikowanego problemu zdrowotnego lub ocenę przebiegu leczenia wobec postawionego wcześniej rozpoznania, na podstawie badań podmiotowych i przedmiotowych oraz posiadane lub przedstawione wyniki badań dodatkowych i w uzasadnionych medycznie przypadkach:

- a) realizację procedur medycznych: diagnostycznych (w tym laboratoryjnych), terapeutycznych, rehabilitacyjnych według aktualnej wersji klasyfikacji ICD-9, będących kontynuacją rozpoczętych wcześniej, lub
- b) pozyskiwanie w drodze skierowania niezbędnych, uzupełniających wyników badań dodatkowych, lub
- c) wydanie orzeczenia lub zaświadczenia, z prawa do uzyskania którego świadczeniobiorca nie jest wykluczony na podstawie art. 16 ustawy;

Świadczenie specjalistyczne odnosi się zatem przede wszystkim do przeprowadzenia badania przedmiotowego i podmiotowego oraz zlecenia lub weryfikacji uzyskanych wyników badań dodatkowych.

Udokumentowanie świadczenia uwzględniać musi powyższe elementy.

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

- a) podjęcie decyzji diagnostycznej – określenie jednostki chorobowej według obowiązującej klasyfikacji ICD-10, oraz
- b) podjęcie decyzji terapeutycznej – określenie postępowania terapeutycznego przez wskazanie procedur medycznych (diagnostycznych, w tym laboratoryjnych, terapeutycznych, rehabilitacyjnych) według aktualnej wersji klasyfikacji ICD-9 oraz w uzasadnionych medycznie przypadkach:
 - przekazanie Informacji dla lekarza kierującego/POZ, zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 6 do zarządzenia, lub
 - podjęcie decyzji o skierowaniu do szpitala w celu realizacji złożonych procedur diagnostycznych i/lub terapeutycznych, lub
 - wydanie orzeczenia lub zaświadczenia, z prawa do uzyskania którego świadczeniobiorca nie jest wykluczony na podstawie art. 16 ustawy;

Podkreślenia wymaga fakt, iż świadczenia specjalistyczne kompleksowe mogą być rozliczane, w przypadku udzielania świadczeń świadczeniobiorcom zgłaszającym się po raz pierwszy z problemami zdrowotnymi wcześniej nierozwiązywanych, których nie można było zidentyfikować w trakcie realizacji innych, dotychczasowych świadczeń (zgodnie z § 14 ust. 1 zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia). Nadto, zmiana postawionej wcześniej diagnozy również nie uprawnia do rozliczenia świadczenia kompleksowego (na co wskazuje § 14 ust. 2).

Oznacza to, iż świadczenia związane z problemem zdrowotnym (rozumianym szerzej niż dane rozpoznanie wyrażone poprzez numer statystyczny w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10) już rozwiązywanych (forma niedokonana ma tu istotne znaczenie) niezależnie od tego, czy został on zidentyfikowany na poziomie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, w szpitalu czy poradni specjalistycznej, nie może zostać zakwalifikowane jako świadczenie kompleksowe².

Porada udzielana w miejscu pobytu świadczeniobiorcy
– porada udzielana w miejscu zamieszkania świadczeniobiorcy albo miejscu jego czasowego pobytu.

Specjalistyczne świadczenie zabiegowe – procedura zabiegowa rozumiana jako czynność realizowana na narządach lub tkankach ciała z naruszeniem ciągłości tkanek, procedura diagnostyczna lub terapeutyczna wraz z koniecznymi czynnościami uzupełniającymi, realizowanymi komplementarnie w stosunku do procedur: zabiegowych, diagnostycznych, terapeutycznych.

Wszystkie wymienione świadczenia obejmować mogą również skierowanie pacjenta do leczenia w innej poradni czy też leczenia szpitalnego, a także preskrypcje, wydanie informacji do lekarza kierującego oraz zaświadczeń lub orzeczeń, do których uzyskania pacjent jest uprawniony.

Czym w praktyce różni się wizyta specjalistyczna od kompleksowej?

Z uwagi na to, iż częstą nieprawidłowością jest kwalifikacja udzielonego świadczenia do kategorii świadczenia specjalistycznego kompleksowego, wyjaśnienia wymaga różnica pomiędzy świadczeniem specjalistycznym a świadczeniem specjalistycznym kompleksowym.

Podczas porady specjalistycznej świadczeniodawca dokonuje oceny stanu zdrowia pacjenta oraz przebiegu leczenia opartych na badaniu przedmiotowym i podmiotowym w ramach zidentyfikowanego problemu zdrowotnego. Świadczenie to może obejmować zlecenie badań, pozyskanie ich wyników, realizację procedur terapeutycznych lub rehabilitacyjnych, wydanie orzeczeń lub zaświadczeń.

W trakcie porady specjalistycznej kompleksowej natomiast ocena stanu zdrowia pacjenta dokonywana jest w zakresie wcześniej nierozpoznanego problemu zdrowotnego.

Dla możliwości wykazania porady kompleksowej konieczne jest podjęcie decyzji diagnostycznej (określenie rozpoznania) oraz terapeutycznej (zaplanowanie dalszego procesu leczniczego).

Zasadniczą różnicą pomiędzy wskazanymi typami porady jest więc kwestia rozpoznania.

Jeśli udzielona pacjentowi porada związana jest z jednostką choro-

bową rozpoznaną i leczoną wcześniej, rozliczenie wizyty nastąpi poprzez świadczenie specjalistyczne odpowiedniego typu.

W przypadku natomiast gdy pacjent zgłasza się z niezidentyfikowanym problemem zdrowotnym, należy wskazać do rozliczenia świadczenie kompleksowe, po określeniu rozpoznania (zgodnie z ICD-10) oraz dalszego postępowania leczniczego.

W przypadku części poradni, zwłaszcza w sytuacji gdy dla uzyskania świadczenia wymagane jest skierowanie, istnieje bardzo niskie prawdopodobieństwo zgłoszenia się pacjenta z problemem zdrowotnym dotychczas nierozpoznanym. Do poradni tych z pewnością należy poradnia transplantologiczna.

W zakresie transplantologii mogą być rozliczane następujące świadczenia:

Zachowawcze:

Kod produktu:	Nazwa świadczenia	Wycena punktowa
5.30.00.0000001	W01 Świadczenie pohospitalizacyjne	4 pkt
5.30.00.0000011	W11 Świadczenie specjalistyczne 1-go typu	3,5 pkt
5.30.00.0000012	W12 Świadczenie specjalistyczne 2-go typu	7 pkt
5.30.00.0000013	W13 Świadczenie specjalistyczne 3-go typu	13 pkt
5.30.00.0000014	W14 Świadczenie specjalistyczne 4-go typu	17 pkt
5.30.00.0000015	W15 Świadczenie specjalistyczne 5-go typu	5 pkt
5.30.00.0000017	W17 Świadczenie specjalistyczne 7-go typu	10 pkt
5.30.00.0000019	W19 Świadczenie specjalistyczne 9-go typu	32 pkt
5.30.00.0000021	W21 Świadczenie kompleksowe 1-go typu	6 pkt
5.30.00.0000022	W22 Świadczenie kompleksowe 2-go typu	14,5 pkt
5.30.00.0000023	W23 Świadczenie kompleksowe 3-go typu	18,0 pkt
5.30.00.0000024	W24 Świadczenie kompleksowe 4-go typu	21 pkt
5.30.00.0000025	W25 Świadczenie kompleksowe 5-go typu	26 pkt
5.30.00.0000031	W31 Porada udzielana w miejscu pobytu świadczeniobiorcy	7,5 pkt

Badania właściwe dla określonych typów świadczeń wskazuje charakterystyka świadczeń, stanowiąca załącznik do zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

Zabiegowe:

W zakresie transplantologii rozliczone może zostać jedynie świadczenie zabiegowe Z25. Świadczenie zostało wycenione na wartość 1 pkt.

Dla tego zakresu świadczeń dedykowano możliwość rozliczenia wykonania dwóch procedur medycznych:

98.25 Usunięcie ciała obcego z tułowia, z wyjątkiem moszny, prącia lub sromu – bez nacięcia

93.57 Założenie opatrunku na ranę – inne

Realizacja innych świadczeń zabiegowych wymaga udzielania świadczeń w pozostałych poradniach specjalistycznych (o charakterze zabiegowym).

Najistotniejsze zasady rozliczania świadczeń z katalogu grup świadczeń specjalistycznych

1. Dowodem realizacji świadczeń przedstawionych do rozliczenia jest dokumentacja medyczna. W przypadku świadczeń zachowawczych potwierdzenie realizacji świadczeń zgodnie z ich definicją oraz wykonania sprawozdanych badań stanowi wpis w historii zdrowia i choroby pacjenta. W przypadku świadczeń zabiegowych dowodem jest opis wykonanej procedury w indywidualnej dokumentacji świadczeniobiorcy lub księdze zabiegowej. Wpisy lakoniczne, nieuwzględniające elementów świadczenia wskazanych w jego definicji lub wpisy nieczytelne, nie stanowią potwierdzenia realizacji świadczenia zgodnie z umową zawartą z płatnikiem publicznym, co wiązać się może z zakwestionowaniem zapłaty za świadczenie.
2. Świadczenia specjalistyczne oraz świadczenia specjalistyczne kompleksowe dodatkowo podzielone zostały na określone typy, w zależności od tego, z wykonywaniem jakich badań były one

związane. Każdy typ świadczenia został wyceniony na odpowiadającą mu wartość punktową – wskazaną w katalogu grup świadczeń specjalistycznych.

Wartość świadczenia w ujęciu nominalnym zależna jest od wyceny punktu w złotych, wskazanej w umowie pomiędzy świadczeniodawcą a Narodowym Funduszem Zdrowia. Będzie ona zatem indywidualna dla danej poradni specjalistycznej.

3. O tym, jaki typ świadczenia należy sprawozdać, decyduje kwestia zleconych i sfinansowanych badań. Spis badań ujętych w zakresie określonego typu świadczenia (specjalistycznego lub specjalistycznego kompleksowego) wskazuje charakterystyka grup – będąca załącznikiem do zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

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

Innymi słowy, rozliczenie nastąpić może jedynie wówczas, gdy lekarz wskaże rozpoznanie (decyzja diagnostyczna)³ oraz określi dalszą drogę postępowania (decyzja terapeutyczna).

5. Do rozliczenia przedstawić można jedynie badania zlecone oraz sfinansowane przez świadczeniodawcę. Rozliczenie odpowiedniego typu świadczenia, na który to typ wskazują wykonane badania, odbywa się z chwilą uzyskania ich wyników nie zaś w momencie zlecenia ich wykonania. Nadto istotne jest, by zarówno fakt zlecenia, jak i uzyskania wyników, został odnotowany w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta.

Co więcej, wyniki badań zrealizowane na koszt pacjenta lub zlecone i sfinansowane przez innego świadczeniodawcę, mogą zostać wykorzystane w trakcie porady, jednakże nie mogą służyć do rozliczenia wyższego jej typu. Uproszczając, można stwierdzić, iż znaczące jest pokrycie kosztu wykonania badania przez określonego świadczeniodawcę.

6. Świadczenia zabiegowe podzielono na grupy obejmujące wykonywanie określonych procedur medycznych zabiegowych.

7. Świadczenie pohospitalizacyjne może być realizowane jedynie w poradni przyszpitalnej.
8. Świadczenie specjalistyczne 1-go typu, świadczenie kompleksowe 1-go typu, porada udzielana w miejscu pobytu świadczeniobiorcy mogą być rozliczane w niemalże każdym zakresie świadczeń (z wyłączeniem zakresu logopedii).
Pozostałe typy świadczeń będą możliwe do rozliczenia w określonych zakresach, wskazanych w katalogu grup (co wynika z możliwości oraz zasadności wykonywania określonych badań w wybranych poradniach).
9. Świadczenia zabiegowe określonego rodzaju mogą być realizowane w wybranych zakresach świadczeń, które wskazuje katalog grup.

Świadczenia z katalogu świadczeń odrębnych

Katalog świadczeń odrębnych zawiera świadczenia specyficzne, inne niż te, wymienione w katalogu grup świadczeń specjalistycznych.

Świadczenia te (co do zasady) rozliczane są alternatywnie do świadczeń z katalogu grup. Oznacza to, iż u danego pacjenta wykazane zostanie świadczenie z katalogu grup lub świadczenie z katalogu świadczeń odrębnych.

W katalogu świadczeń odrębnych umieszczono wiele świadczeń dedykowanych dla zakresu transplantologii. Ponadto świadczenia te mogą zostać rozliczone również w innych zakresach, tj. nefrologii, hepatologii, hematologii, kardiologii, gastroenterologii.

Niemniej jednak, możliwość ich rozliczenia związana będzie ze spełnieniem dodatkowych warunków oraz treścią zawartej umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Świadczenia z katalogu świadczeń odrębnych dedykowane dla zakresu transplantologii wskazuje tabela na stronach następujących.

Kod produktu	Nazwa świadczenia	Wycena pkt	Warunki udzielenia świadczenia
5.05.00.0000079	Kwalifikacja do przeszczepienia nerki – badania wstępne	130 pkt	<ul style="list-style-type: none"> • rozliczanie jeden raz u danego świadczeniobiorcy z rozpoznaną schyłkową niewydolnością nerek - klirens kreatyniny \leq 20ml/min/1,75m², bez względu na rodzaj świadczeń. Przy kwalifikacji do kolejnego przeszczepu, warunek stosuje się odpowiednio. • uwzględnienie pakietu świadczeń zgodnego z obowiązującymi wytycznymi postępowania medycznego w dziedzinie transplantologii klinicznej oraz nefrologii, • zapewnienie i wykonanie w ramach procedury niezbędnych porad specjalistycznych związanych z kwalifikacją do przeszczepu nerki, • wykazanie w raporcie statystycznym wszystkich wykonanych w ramach tego świadczenia badań i konsultacji oraz porad specjalistycznych, • dokumentacja związana ze zgłoszeniem potencjalnego biorcy do ośrodka kwalifikującego do przeszczepu włączona do historii choroby.
5.05.00.0000080	Kwalifikacja potencjalnego biorcy do zabiegu przeszczepienia z określeniem pilności wykonania zabiegu	10 pkt	Porada wykonywana na warunkach zgodnych z obowiązującym rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie sposobu działania ośrodków kwalifikujących do przeszczepienia oraz sposobu kwalifikacji potencjalnego biorcy

5.05.00.0000064	Monitorowanie chorych zakwalifikowanych do przeszczepu nerki/trzustki/wątroby	20 pkt	<p>Procedura ta może być rozliczona po wykonaniu pakietu badań kontrolnych wykonywanych raz na kwartał, zgodnie z poniższym zestawieniem oraz wskazaniami medycznymi:</p> <p><u>I. Badania laboratoryjne:</u> Morfologia, Mocznik, Kreatynina, Bilirubina, Proteinogram, Koagulogram, AspAT, AIAT, Mocz/posiew, Anty-HIV, HbsAg, Anty-Hbs, HbeAg, Anty-Hbe, Anty-HCV, Anty-CMV, Anty-EBV, HCV-RNA (badania wirusów wykonywane co 6 m-cy)</p> <p><u>II. Inne badania:</u> RTG klatki piersiowej, EKG (wykonywane co 6 m-cy), Gastroskopia (przy wskazaniach medycznych – co 12 m-cy)</p> <p>W celu udokumentowania realizacji ww. świadczeń opieki zdrowotnej, świadczeniodawca zobowiązany jest do dołączenia zestawienia wyników wykonanych badań do historii choroby pacjenta.</p>
5.05.00.0000047	Monitorowanie skutków leczenia u chorego po przeszczepie nerki	22 pkt	<p>obejmuje koszty monitorowania poziomu leków immunosupresyjnych oraz pozostałe niezbędne badania</p>

5.05.00.0000048	Monitorowanie skutków leczenia u chorego po przeszczepie szpiku lub wątroby lub serca i/lub płuca lub trzustki	29 pkt	obejmuje koszty monitorowania poziomu leków immunosupresyjnych oraz pozostałe niezbędne badania
5.03.00.0000021	Wykrywanie RNA/ DNA za pomocą badań molekularnych (PCR/ PFGE)	28 pkt	Medyczne laboratorium diagnostyczne wpisane do ewidencji Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych. Badania wykonywane w laboratorium diagnostycznym profilowym.
5.05.00.0000066	Posiew z antybiogramem w kierunku Mycobacterium	7 pkt	Rozliczenie za każdy posiew (kod ICD-9 91.8300) – drobnoustroju i antybiogram – diagnostyka Mycobacterium tuberculosis Medyczne laboratorium diagnostyczne wpisane do ewidencji Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych.

Wartość nominalna świadczeń zależna jest od wyceny punktu określonej w umowie łączącej świadczeniodawcę z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Najistotniejsze zasady rozliczania świadczeń z katalogu grup świadczeń specjalistycznych:

1. Dowodem realizacji świadczenia przedstawionego do rozliczenia jest wpis w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta oraz wyniki wymaganych badań diagnostycznych.
2. Wyceny świadczeń obejmują wykonanie wymaganych badań. Obciążenie kosztem ich wykonania pacjenta lub innego świadczeniodawcy jest niedopuszczalne.
3. Świadczenie Kwalifikacja do przeszczepienia nerki – badania wstępne – obejmuje niezbędne świadczenia w ramach innych poradni specjalistycznych. Świadczenia te zatem nie mogą zostać

- rozliczone w innych poradniach.
4. Świadczenia monitorowania skutków leczenia pacjenta po przeszczepie obejmują niezbędne badania diagnostyczne. Ich odrębne rozliczanie w ramach innych porad może zostać zakwestionowane.

Podsumowanie

Reasumując – świadczenia, które mogą zostać rozliczone w związku ze sprawowaniem opieki nad pacjentem w zakresie transplantologii należy wskazać, iż są to zarówno świadczenia z katalogu grup świadczeń specjalistycznych (świadczenia zachowawcze oraz zabiegowe), a także świadczenia z katalogu świadczeń odrębnych.

Świadczenia z katalogu świadczeń odrębnych dotyczą sytuacji kwalifikacji pacjentów do przeszczepu, monitorowania ich stanu w trakcie oczekiwania na przeszczep oraz monitorowania skutków leczenia po przeszczepie, w tym monitorowania stężenia leków immunosupresyjnych. Poszczególne świadczenia dedykowano świadczeniobiorcom w sytuacji przeszczepienia określonych narządów. Wobec pacjentów kwalifikowanych do przeszczepienia, oczekujących na przeszczepienie oraz monitorowanych po przeszczepie określonych narządów, właściwe jest rozliczenie świadczeń z katalogu świadczeń odrębnych.

W innych sytuacjach, niż wymienione w katalogu świadczeń odrębnych, zastosowanie mają świadczenia z katalogu grup świadczeń specjalistycznych.

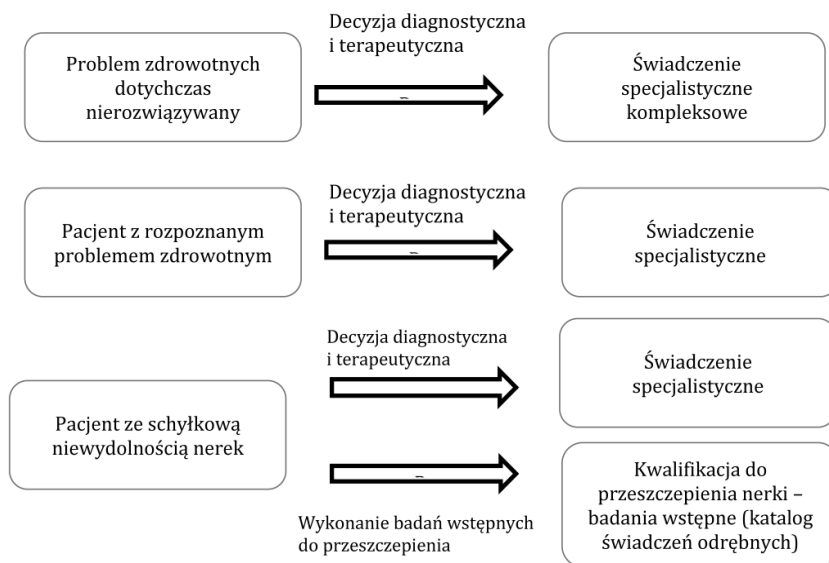
Świadczenia z katalogu grup świadczeń specjalistycznych rozliczane będą przede wszystkim wobec pacjentów:

- przed rozpoczęciem ich zakwalifikowania do przeszczepienia lub w związku z dyskwalifikacją z zabiegu przeszczepienia (jeśli istnieje zasadność dalszej opieki w poradni) lub czasową dyskwalifikacją z przeszczepu,
- na etapie wykonywania badań wstępnych przed przeszczepem, z wyłączeniem badań wstępnych pacjentów na etapie kwalifikacji do przeszczepu nerki, dla których dedykowano świadczenie z katalogu świadczeń odrębnych,

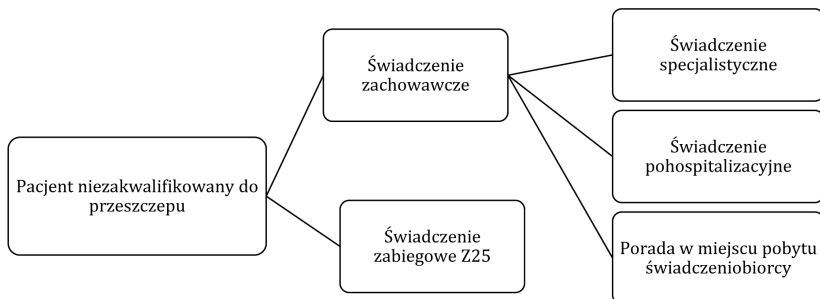
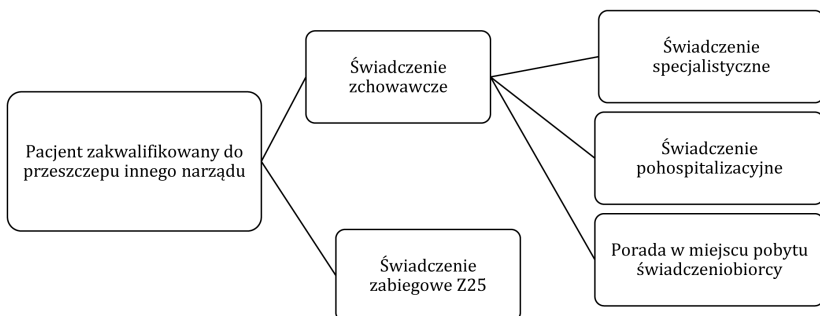
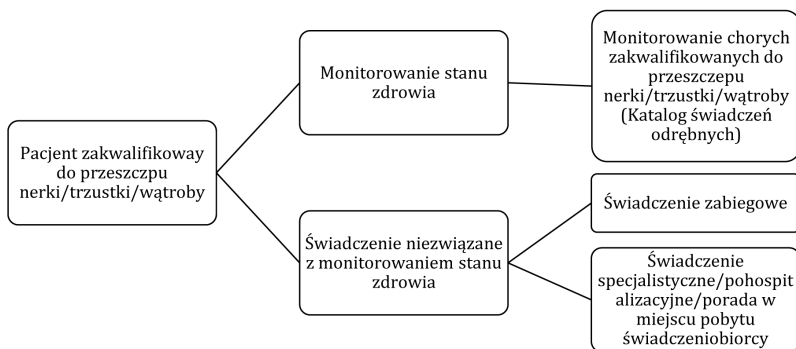
- monitorowanie chorych zakwalifikowanych do przeszczepu narządów innych niż nerka/trzustka/wątroba,
- monitorowanie stanu pacjenta po przeszczepieniu oraz skutków leczenia u chorego po przeszczepie innym niż przeszczep nerki/ szpiku/wątroby/serca/płuca/trzustki

Przykładowe schematy sprawozdania świadczeń w zakresie transplantologii:

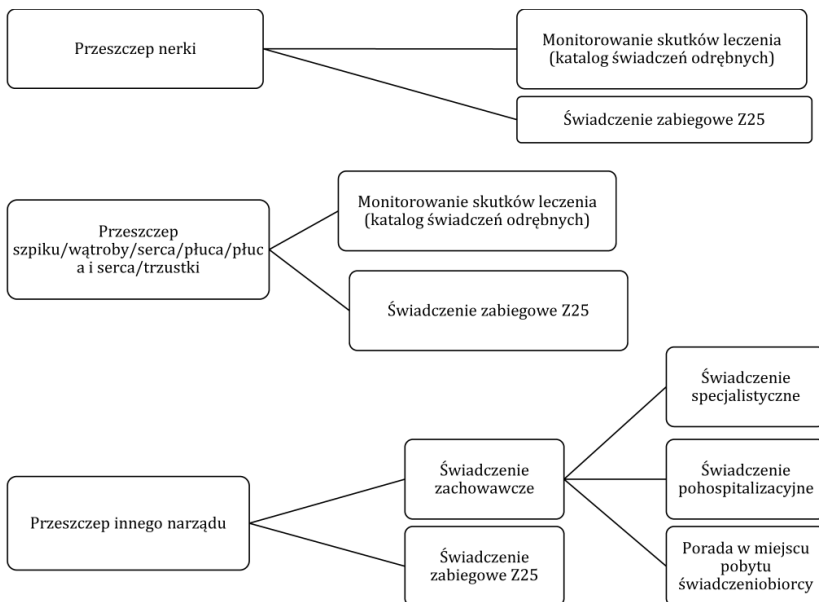
1. Pacjent dotychczas nie leczony w poradni:



2. Opieka nad pacjentem w poradni:



3. Wizyty w poradni po przeszczepieniu



Przypisy

¹. Zakresy świadczeń oraz wykaz świadczenioborców zwolnionych z obowiązku posiadania dokumentu skierowania wskazuje art. 57 ustawy.

². Warto zwrócić uwagę na ten fakt, gdyż w systemie rozliczania świadczeń funkcjonującym do 1 lipca 2011 r. świadczenie kompleksowe udzielane było raz do roku. Obecnie, błędnie bywa sprawozdawane w związku z każdą pierwszorazową wizytą pacjenta w danej poradni, pomimo iż dotyczy problemu zdrowotnego rozwiązywanego u pacjenta przez wiele lat.

³. Zgodnie z definicjami zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia:

- decyzja diagnostyczna – ustalenie rozpoznania na podstawie przeprowadzonego postępowania diagnostycznego;
- decyzja terapeutyczna – ustalenie postępowania zmierzającego do rozwiązania problemu zdrowotnego świadczeniobiorcy - określenie procedury medycznej, zalecenia, wskazówki, instrukcje udzielone świadczeniobiorcy, wystawienie recepty, a także określenie zasad przyjmowania leków, wskazanie konieczności realizowania leczenia w szczególności w innych poradniach specjalistycznych lub u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.