

## **Rozliczanie diagnostyki w Jednorodnych grupach pacjentów.**

Analizując dokumentacje medyczne wielu szpitali często spotyka się przypadki pacjentów przyjętych w celu diagnostyki podejrzanego schorzenia medycznego, czyli tak zwanej „diagnostyki w kierunku...”.

Omawiając świadczenia wykonywania przez Świadczeniodawców w celu realizacji diagnostyki należałoby w pierwszej kolejności zakreślić definicję, która pozwoli na dogłębne zrozumienie tej części postępowania medycznego z pacjentem jakim jest właśnie „diagnostyka w kierunku...”.

Badając organizm ludzki lekarz ma do wyboru zasadniczo cztery grupy możliwości postępowania.

Pierwsza z nich dotyczy pobierania fragmentów tkanek (np.: wycinek błony śluzowej, krwi, moczu płwociny itd.). Następnie materiał taki trafia do laboratorium, gdzie wykonywane są różnego rodzaju testy, badania. Kolejną metodą diagnostyki jest zastosowanie różnego rodzaju urządzeń emitujących np.: fale dźwiękowe. Ta nowoczesna metoda umożliwia osobie przeprowadzającej badania uwidocznienie organów ludzkich bez otwierania powłok brzusznych. Dla przykładu można przytoczyć badania ultrasonograficzne (USG) lub tomografię komputerową (TK). Dość istotną grupą są badania urządzeniami wykrywającymi różnego tzw. mikroprądy emitowane przez sam organizm człowieka badanego. Najbardziej rozpowszechnionym badaniem z tej grupy jest elektrokardiografia (EKG). Ostatnia grupa badań diagnostycznych obejmuje wszelkie postępowania, które związane są z oglądaniem organizmu od środka po przez różnego rodzaju sondy emitujące bezpośrednio na monitor sygnał video czyli tzw. technika endoskopii.

Reasumując można by powiedzieć, że diagnostyka to bardzo istotny element postępowania medycznego, a co za tym idzie w pewnych przypadkach ponoszone są dość istotne koszty jakie musi ponieść każdy Świadczeniodawca, który leczy pacjentów.

Zakres wyżej wymienionych grup diagnostycznych przedstawia się następująco:

I grupa – pobieranie tkanek:

- Wymazy pobierane z gardła, z pochwy, odbytu,

- Płyn gromadzący się w opłucnej, jamie brzusznej, zmienionym zapalnie stawie,
- Aspirowana tkanka – punkcja lub biopsja np.: szpiku kostnego,
- Wycinek tkanki,
- Wycinek skórno-mięśniowy,
- Krew – żylna lub tętnicza.

#### II grupa – urządzenia obrazujące:

- USG – ultrasonografia,
- RTG – badanie rentgenowskie,
- Tomografia komputerowa,
- Rezonans magnetyczny,
- Tomografia emisyjna,
- Echo

#### III grupa dotyczy badania mikroprądów emitowanych przez narządy:

- EKG - elektrokardiografia,
- EEG – elektroencefalografia,
- EMG – elektromiografia.

#### IV grupa – techniki endoskopowe

- Gastroskopia,
- Kolonoskopia,
- Rektoskopia,
- Artroskopia,
- Laparoscopia,
- Cystoskopia,
- Bronchoskopia,
- Jejunoscopia.

W zależności od wyboru rodzaju postępowania u pacjenta przez lekarza prowadzącego diagnostyka ta powinna być wykonywana w warunkach ambulatoryjnych, bądź szpitalnych w oddziale. Decyzja dotycząca miejsca wykonania świadczenie oczywiście podyktowana jest wieloma czynnikami. Począwszy od samego rodzaju badania i wymogów sanitarnych jakie

należy spełniać aby wykonywać świadczenie, po przez stan zdrowia pacjenta, a skończywszy na kosztach jakie ponosi świadczeniodawca wykonujący daną procedurę diagnostyczną.

Mówiąc o miejscu wykonania omawianego świadczenia warto poświęcić chwilę na to jakie warunki należy spełnić aby Świadczeniodawca z powodzeniem mógł rozliczyć hospitalizację diagnostyczną z Narodowym Funduszem Zdrowia. Otóż Zarządzenie Prezesa NFZ jasno precyzując co to jest hospitalizacja i kiedy można ją zastosować.

- 1. Hospitalizacja - całodobowe udzielanie świadczeń w trybie nagłym i planowym, obejmujące proces diagnostyczno - terapeutyczny trwający od chwili przyjęcia pacjenta na oddział szpitalny do momentu jego wypisu lub zgonu. Hospitalizacja obejmuje: kwalifikację do leczenia szpitalnego, badania diagnostyczne i terapie zlecone przez lekarza oraz pielęgnację i rehabilitację, niezbędne w toku leczenia pacjenta, jak również wszelkie świadczenia profilaktyczne oraz inne związane z pobytem pacjenta w zakładzie opieki zdrowotnej, w tym transport sanitarny.*
- 2. Udzielanie świadczeniobiorcy świadczeń w ramach hospitalizacji, hospitalizacji planowej i leczenia „jednego dnia” może być realizowane, jeżeli cel leczenia w danym przypadku nie może być osiągnięty przez leczenie ambulatoryjne.*

Definicja hospitalizacji jasno określa miejsce diagnostyki jako części składowej pobytu pacjenta w oddziale szpitalnym. Jednakże należy pamiętać o tym, że same badanie diagnostyczne w większości przypadków nie może być powodem przyjęcia pacjenta na oddział szpitalny, ponieważ z powodzeniem Narodowy Fundusz Zdrowia daje możliwość wykonania danego badania z poziomu ambulatorium. Można powiedzieć więcej w pewnych sytuacjach wykonanie tej diagnostyki będzie bardziej opłacalne finansowo gdy wykonane zostanie w poradni specjalistycznej. Oczywiście należy pominąć sytuacje, w których aby wykonać diagnostykę niezbędna będzie hospitalizacja np.: z powodu potrzeby krótkotrwałego uśpienia pacjenta przez lekarza anestezjologa w celu wykonania badania diagnostycznego.

Analizując katalog grup jednorodnych, mając na myśli również definicję hospitalizacji mówiącej, że diagnostyka jest jej częścią, można stwierdzić to, że w zasadzie każdą diagnostykę, w której zaszła, potrzeba hospitalizacji można rozliczyć w JGP. Niektóre zakresy medyczne zawarte w katalogu zawierają grupy, które dotyczą tylko rozliczenia „diagnostyki w kierunku”. Dla potwierdzenia poniżej przedstawiono zakres tych grup jednorodnych.

<b>A30</b>	5.51.01.0001030	Kompleksowa diagnostyka polineuropatii i chorób mięśni	<b>110</b>	<b>105</b>			<b>22</b>	
<b>A47</b>	5.51.01.0001047	Przemijające niedokrwienie mózgu - rozszerzona diagnostyka	<b>74</b>			<b>15</b>	<b>15</b>	<b>6</b>
<b>A66</b>	5.51.01.0001066	Padaczka - diagnostyka i leczenie	<b>16</b>	<b>15</b>				
<b>A67</b>	5.51.01.0001067	Padaczka - diagnostyka i leczenie > 3 dni	<b>77</b>			<b>16</b>		<b>6</b>
<b>E28</b>	5.51.01.0005028	Zabiegi diagnostyczne serca < 18 r.ż.*	<b>90</b>				<b>50</b>	
<b>E72</b>	5.51.01.0005072	Nieinwazyjna diagnostyka bólu w klatce piersiowej > 17 r.ż.	<b>12</b>	<b>11</b>		<b>11</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>F04</b>	5.51.01.0006004	Diagnostyczne zabiegi przewodów pokarmowych *	<b>11</b>	<b>10</b>	<b>10</b>			
<b>F44</b>	5.51.01.0006044	Diagnostyczne zabiegi jamy brzusznej *	<b>30</b>	<b>29</b>	<b>27</b>			
<b>F63</b>	5.51.01.0006063	Średnie i endoskopowe diagnostyczne zabiegi w krwawieniach z przewodów pokarmowych *	<b>35</b>	<b>33</b>	<b>32</b>			
<b>G35</b>	5.51.01.0007035	Zabiegi diagnostyczne dróg żółciowych i trzustki *	<b>50</b>	<b>48</b>	<b>45</b>			
<b>H23</b>	5.51.01.0008023	Atroskopia diagnostyczna - lecznicza *	<b>29</b>	<b>28</b>	<b>26</b>			
<b>K05</b>	5.51.01.0010005	Zabiegi diagnostyczne tarczycy, przytarczyc, nadnerczy *	<b>14</b>	<b>13</b>	<b>12</b>			
<b>N04</b>	5.51.01.0013004	Patologia ciąży - diagnostyka, obserwacja < 3 dni	<b>9</b>	<b>9</b>				
<b>N05</b>	5.51.01.0013005	Patologia ciąży i porodu - diagnostyka, leczenie > 2 dni	<b>31</b>	<b>29</b>		<b>31</b>		<b>2</b>
<b>N06</b>	5.51.01.0013006	Patologia ciąży i porodu - diagnostyka, leczenie > 11 dni	<b>64</b>			<b>39</b>		<b>3</b>
<b>N07</b>	5.51.01.0013007	Ciężka patologia ciąży - diagnostyka rozszerzona, leczenie kompleksowe	<b>75</b>				<b>15</b>	
<b>N08</b>	5.51.01.0013008	Ciężka patologia płodu - diagnostyka, leczenie	<b>63</b>				<b>20</b>	
<b>N09</b>	5.51.01.0013009	Ciężka patologia ciąży z porodem - diagnostyka rozszerzona, leczenie kompleksowe > 10 dni*	<b>156</b>					
<b>N11</b>	5.51.01.0013011	Ciężka patologia ciąży z porodem - diagnostyka rozszerzona, leczenie kompleksowe > 10 dni z pw*	<b>164</b>					
<b>Q48</b>	5.51.01.0015048	Radiologia zabiegowa - zabiegi diagnostyczne *	<b>32</b>	<b>30</b>	<b>29</b>			
<b>S54</b>	5.51.01.0016054	Obserwacja i wstępna diagnostyka w celu wykluczenia chorób zakaźnych > 1 dnia	<b>12</b>					

Odnosząc się do punktu 2 należy pamiętać, że cała diagnostyka zawarta w materiałach dotyczących zasad rozliczania ambulatoryjnej opieki specjalistycznej powinna być wykonana (w standardowych przypadkach) właśnie w ambulatorium.

Poniższa tabela zawiera świadczenia diagnostyczne mogące być rozliczane z poziomu poradni specjalistycznej.

kod zakresu świadczeń	zakresy ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych	kod świadczenia	wykaz świadczeń w ramach zakresu	liczba punktowa świadczenia	Uwagi <sup>1)</sup>
2	3	4	5	6	7
02.0000.074.02	badanie angiograficzne narządu wzroku	03.00.000000	angiografia fluoresceinowa	20	
		03.00.000002	angiografia indocyjaninowa	50	
02.0000.075.02	badania ultrasonograficzne-Doppler duplex	03.00.000006	USG Doppler duplex z kolorowym obrazowaniem przepływu	15	wykonywane w prac. ultrasonografii min. 2 typu wynik badania Doppler duplex obejmuje: opis badania w prezentacji B oraz analizę widma przepływu krwi z pomiarem prędkości przepływu
02.0000.076.02	badania ultrasonograficzne-kwalifikacja do operacji kardiologicznych	03.00.000019	kompleksowe badanie echokardiograficzne z kolorowym obrazowaniem przepływu u dzieci z wrodzonymi wadami serca przy kwalifikacji do operacji kardiologicznych lub przezskórnych zabiegów kardiologicznych	20	
02.0000.081.02	badania ultrasonograficzne-próba obciążeniowa	03.00.000008	echokardiograficzna próba obciążeniowa lub przezprzełykową	30	
02.7210.172.02	badania echokardiograficzne płodu	03.00.000002	badanie echokardiograficzne płodu z kolorowym obrazowaniem przepływu w przypadku podejrzenia patologii układu krążenia oraz u kobiet z podwyższonym ryzykiem urodzenia dziecka z wadą wrodzoną serca	28	
02.0000.078.02	badania endoskopowe przewodu pokarmowego-gastroskopia	03.00.000002	gastroskopia diagnostyczna (w przypadku wskazań obejmuje test ureazowy)	12	wykonywana w prac.endoskopii przewodu pokarmowego min. typu 1
		03.00.000008	gastroskopia diagnostyczna z biopsją (uwzględnia min. 3 badania hist.-pat.)	25	wykonywana w prac.endoskopii przewodu pokarmowego min. typu 1
		03.00.000009	kolonoskopia diagnostyczna	30	z jednoczesną możliwością usunięcia polipów do 1 cm; wykonywana w prac. endoskopii przewodu pokarmowego typu 2.
02.0000.079.02	badania endoskopowe przewodu pokarmowego - kolonoskopia	03.06.00.000090	kolonoskopia diagnostyczna z pobraniem biopsji (uwzględnione bad. hist.-pat.)	40	z jednoczesną możliwością usunięcia polipów do 1 cm; wykonywana w prac.endoskopii przewodu pokarmowego typu 2.
		03.00.000004	kolonoskopia z polipektomią jednego lub więcej polipów o średnicy do 1 cm, za pomocą pełni dylatacyjnej (z badaniem hist.-pat.)	110	wykonywana w prac.endoskopii przewodu pokarmowego typu 2
02.0000.080.02	badania endoskopowe przewodu pokarmowego - pH metria	03.06.00.000043	pH-metria (całodobowe monitorowanie pH przełyku) lub manometria przełyku lub odbytnicy i odbytu	80	wykonywane na podst. skierowania z poradni gastroenterologicznej, gastroenterologicznej dla dzieci, chirurgii dziecięcej; wykonywana w pracowni endoskopii przewodu pokarmowego min typu 1
02.7910.074.02	badania endoskopowe układu oddechowego	03.00.000006	bronchofiberoskopia diagnostyczna (z oceną bakteriologiczną i/lub mykologiczną i/lub hist.-pat.)	25	
		03.00.000001	scyntygrafia narządowa (nie dotyczy tarczycy)	20	wykonywana w zakładzie med. nukl. typu 1
		03.00.000018	SPECT	40	wykonywana w zakładzie med. nukl. typu 2
02.0000.073.02	badania medycyny nuklearnej	03.00.000002	scyntygrafia całego ciała (układ kostry)	30	wykonywana w zakładzie med. nukl. typu 2
		03.00.000006	scyntygrafia tarczycy	8	wykonywana w zakładzie med. nukl. typu 1
		03.00.000015	imfoscycylografia	25	wykonywana w zakładzie med. nukl. typu 1
02.7240.072.02	badania radiologiczne (RTG)	03.00.000001	urografia z kontrastem miejnowym (dotyczy badania u dzieci i u osób z wywiadem uczuleniowym)	15	wykonywana w prac. rtg ogólnej typu 2
02.7100.072.02	diagnostyka laboratoryjna: badania molekularne (PCR/ PFGE)	03.00.000002	wykrywanie RNA/ DNA za pomocą badań molekularnych	28	wykonywane w laboratorium diagnostycznym profilowym
		03.00.000002	TK: badanie głowy - bez środka kontrastowego	18	
		03.00.000002	TK: badanie głowy - bez i ze środkiem kontrastowym (łącznie)	30	
		03.00.000003	TK: badanie wielofazowe głowy ze środkiem kontrastowym	35	
02.7220.072.02	badania tomografii komputerowej (TK)	03.00.000007	TK: badanie innej okolicy anatomicznej <sup>2)</sup> - bez środka kontrastowego	30	uwzględnia rekonstrukcje MPR (wielopłaszczyznowe) lub 3D
		03.00.000007	TK: innej okolicy anatomicznej <sup>2)</sup> bez i ze środkiem kontrastowym (łącznie)	45	
		03.00.000007	TK: badania wielofazowe <sup>3)</sup> innej okolicy anatomicznej <sup>2)</sup>	50	
		03.00.000007	TK: badanie dwóch lub więcej okolic anatomicznych <sup>2)</sup> bez i z środkiem kontrastowym (łącznie)	65	
		03.00.000007	angiografia TK <sup>4)</sup> / badanie kardiologiczne TK (także z podaniem środka kontrastowego <sup>5)</sup> )	55	
		03.00.000007	MR: badanie głowy bez środka kontrastowego	45	
		03.00.000007	MR: badanie innej okolicy anatomicznej <sup>2)</sup> bez środka kontrastowego	55	
		03.00.000007	angiografia MR bez środka kontrastowego	55	
		03.00.000007	MR: badanie głowy bez i ze środkiem kontrastowym	60	
		03.00.000007	MR: badanie innej okolicy anatomicznej <sup>2)</sup> bez i ze środkiem kontrastowym	70	
		03.00.000008	angiografia MR ze środkiem kontrastowym/ Badanie dynamiczne MR/ Badanie czynnościowe mózgu (fMRI)	75	
		03.00.000008	spektroskopia MR	75	
		03.00.000008	MR: badanie dwóch odcinków kręgosłupa	80	
		03.00.000008	MR: badanie dwóch okolic anatomicznych <sup>2)</sup> innych niż odcinki kręgosłupa	100	
		03.00.000008	MR: badanie kardiologiczne <sup>3)</sup> bez lub ze środkiem kontrastowym	90	
02.7900.072.02	badania elektrokardiograficzne	03.00.000004	próba wysiłkowa	9	

Według zarządzenia Prezesa NZF dotyczącego świadczeń odrębnie kontraktowanych również jest możliwość rozliczenia pewnych świadczeń dotyczących diagnostyki. Poniższa tabela przedstawia zakres badań możliwych do rozliczenia, jako świadczenie odrębnie kontraktowane, z poziomu ambulatorium jak i leczenia szpitalnego.

Lp.	kod zakresu	nazwa zakresu	kod świadczenia	nazwa świadczenia	jednostka rozliczeniowa	waga jednostki rozliczeniowej	warunki wykonania				uwagi	
							świadczenie wykonywane w warunkach domowych	świadczenie wykonywane w typym ambulatoryjnym trybie hospitalizacji	świadczenie wykonywane w typym ambulatoryjnym trybie hospitalizacji	dokumentacja rozszerzona*		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
10	11.1210.052.12	badania zgodności tkankowej	5.10.00.0000016	badanie antygenów zgodności tkankowej przy typowaniu dawców szpiku lub żywych dawców wątroby lub nerki	świadczenie	1		x			wg opisu świadczenia	
11	11.1210.053.02	badania genetyczne	5.10.00.0000041	kompleksowa diagnostyka genetyczna chorób nowotworowych	punkt	45		x			wg opisu świadczenia	
12			5.10.00.0000043	kompleksowa diagnostyka genetyczna chorób nienowotworowych z uwzględnieniem cytogenetycznych badań molekularnych	punkt	90		x				wg opisu świadczenia
13	11.0000.040.02	badania izotopowe	5.10.00.0000021	scyntygrafia z zastosowaniem pochodnych somatostyliny	punkt	450		x			wg opisu świadczenia	
14			5.10.00.0000022	scyntygrafia nadnerczy	punkt	200		x				wg opisu świadczenia
15			5.10.00.0000023	scyntygrafia wentylacyjna płuc	punkt	150		x				wg opisu świadczenia
16			5.10.00.0000024	scyntygrafia cytrynianem galu	punkt	250		x				wg opisu świadczenia
17			5.10.00.0000025	scyntygrafia znakowanymi leukocytami	punkt	230		x				wg opisu świadczenia
33	11.7220.001.12	pozytonowa tomografia emisyjna (PET)	5.10.00.0000042	pozytonowa tomografia emisyjna (PET)	świadczenie	1		x	x		wg opisu świadczenia, za jedno badanie	

Należy również pamiętać o tym, że na podstawie zarządzenia nr 93/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 22 października 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne jest możliwość rozliczenia łącznego np.: z grupą jednorodną świadczenia rozliczonego w ramach świadczeń odrębnie kontraktowanych.

Podsumowując diagnostyka podczas hospitalizacji jest jednym z dwóch głównych elementów procesu jakiego poddany jest pacjent podczas pobytu w szpitalu. Niektóre hospitalizacje związane są z postępowaniem diagnostycznym oraz leczeniem, inne składają się jedynie z procesu diagnostycznego, którego nie można było przeprowadzić w ambulatorium. Po zakończeniu hospitalizacji bardzo ważne jest prawidłowe zakodowanie procedur jakie zostały wykonane oraz rozpoznania zasadniczego, które stanowiło główny powód hospitalizacji. Należy pamiętać o tym, że rozpoznanie zasadnicze stawiane jest po zakończeniu procesu diagnostyczno-terapeutycznego i ma ono kluczowe znaczenie w wyznaczeniu zachowawczych grup jednorodnych. W przypadku przeprowadzania jedynie procesu diagnostycznego należy pamiętać, że rozpoznaniem nie może być: „diagnostyką w kierunku...” gdyż nie ma takiego schorzenia w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja dziesiąta oraz nie jest to rozpoznanie kliniczne. W przypadku hospitalizacji związanej z diagnostyką w wyniku, której zdiagnozowano schorzenia, na które cierpi pacjent lub potwierdzono wcześniejszą diagnozę, jako

rozpoznanie zasadnicze należy zakodować to właśnie schorzenie. Oczywiście wszystkie te dane powinny być zawarte w dokumentacji medycznej, która w ten sposób jasno będzie odzwierciedlała postępowanie diagnostyczne zastosowane u danego pacjenta.