

**PAKIET ONKOLOGICZNY
W PYTANIACH
I ODPOWIEDZIACH**

Warszawa 2015

Autor:

Łukasz Puchalski

Wydawca:

Kancelaria Doradcza Rafał Piotr Janiszewski ®

ul. Wiejska 12

00-490 Warszawa

www.kancelaria.janiszewski.med.pl

Opracowanie:

Kancelaria Doradcza

Rafał Piotr Janiszewski

ISBN 978-83-64464-16-4

Łamanie i druk: POLIGRAFIA, ul. BoWiD 9B, 75-209 Koszalin,
www.poligrafia-koszalin.pl

Spis treści

I Wstęp	5
II Karta diagnostyki i leczenia onkologicznego	7
III Podstawowa Opieka Zdrowotna	13
IV Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	15
V Leczenie szpitalne	25
VI Pytania techniczne	34
1. Konsylium - wielodyscyplinarny zespół specjalistów	40
2. Koordynator	47
3. Kolejka onkologiczna do świadczeń	48
4. Podstawa prawna	51

I

Wstęp

Pierwszego stycznia 2015 roku wprowadzone do systemu opieki zdrowotnej zostały zmiany dotyczące zasad finansowania świadczeń zdrowotnych dotyczących leczenia onkologicznego.

„Pakiet Onkologiczny”, bo o nim mowa, z założenia wprowadza bezlimitowe leczenie pacjentów z chorobami nowotworowymi, usprawnia pakiet kolejkowy, weryfikuje i uszczegółowia mapy zapotrzebowania zdrowotnego, określa nowe zasady wyliczenia procedur medycznych. Swoim zakresem obejmuje pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz lecznictwa szpitalnego. Pakietem są objęci pacjenci z nowo wykrytym nowotworem oraz ci, którzy rozpoczęli leczenie przed 1 stycznia 2015 roku.

Zgodnie z założeniami pakiet onkologiczny ma za zadanie ułatwić dostęp do świadczeń poprzez m.in. określenie maksymalnych terminów na oczekiwanie pacjenta do udzielenia świadczenia diagnostyki lub leczenia onkologicznego. Chciano, aby już na płaszczyźnie podstawowej opieki zdrowotnej był dostęp do określonej diagnostyki ukierunkowującej lekarzy rodzinnych na możliwość wywnioskowania podejrzenia nowotworu złośliwego. Zgodnie z założeniami każda placówka realizująca kontrakt pakietu onkologicznego musi, we własnym zakresie, stworzyć sformalizowaną ścieżkę procedur postępowania i organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych. Cały proces postępowania z pacjentem regulowany jest przez kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego. System zakłada również wprowadzenie skoordynowanego planu opieki długoterminowej dla pacjentów po zakończonym procesie leczenia przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

Tak duża zmiana systemowa, od czasu jej wprowadzenia do dziś, spowodowała wiele trudności w codziennej pracy każdej z placówek realizujących pakiet onkologiczny. Od samego początku dostajemy codziennie wiele pytań związanych z wprowadzeniem nowych zasad rozliczania leczenia pacjentów z nowotworami złośliwymi. W związku z tym, aby ułatwić Państwu pracę, w broszurze tej publikujemy najciekawsze pytania i odpowiedzi. Aby łatwiej odnaleźć to, co nas interesuje, materiał podzielony został na działy w zależności, jakiego obszaru systemu dotyczyło pytanie.

II

Karta diagnostyki i leczenia onkologicznego

1. Pytanie: *Przyniesiona karta DILO przez Pacjenta nie posiada danych identyfikacyjnych lekarza zakładającego kartę. Czy należy prosić pacjenta o uzupełnienie przez lekarza pieczętek? Czy można uznać, że błąd nie dotyczy naszego etapu i odpowiada za to lekarz, który błędnie wystawił kartę?*

Odpowiedź: W tej sytuacji nie ma możliwości odmowy udzielenia świadczenia pacjentowi. NFZ nakłania każdego świadczeniodawcę do ścisłej, obopólnej współpracy. W związku z tym powinniśmy skontaktować się ze świadczeniodawcą, który wcześniej realizował świadczenia i poprosić o uzupełnienie karty.

2. Pytanie: *W jaki sposób szybko uzyskać numer z Krajowego Rejestru Nowotworów?*

Odpowiedź: Zgodnie z wytycznymi Ministerstwa Zdrowia, aby uzyskać w czasie rzeczywistym numer zgłoszenia do Krajowego Rejestru Nowotworów, lekarz powinien dokonać elektronicznego zgłoszenia za pomocą aplikacji udostępnionej na stronie KRN.

3. Pytanie: *Czy w przypadku progresji lub nawrotu nowotworu złośliwego jest możliwość ponownego wystawienia karty diagnostyki i leczenia onkologicznego?*

Odpowiedź: W takim przypadku karta DILO może być ponownie wystawiona. Warunkiem takiego postępowania (zgodnie z wytycznymi Ministra Zdrowia) jest zamknięcie poprzedniej karty DILO wraz z dokonaniem wpisu w polu GC karty.

4. Pytanie: *Czy zamknięcie karty DILO wymaga potwierdze-*

nia tego przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej i przejęcia przez niego opieki nad pacjentem?

Odpowiedź: Zamknięcie karty DILO nie wymaga potwierdzenia tego faktu przez lekarza POZ. Istotnym jest to, że zamknięta karta, wraz z zaleceniami, musi trafić do lekarza POZ, do którego przypisany jest dany pacjent.

5. Pytanie: *Czy chory z nowotworem hematologicznym, np. białaczka, ma prawo do karty DILO i czy postępowanie jest takie samo, jak z chorymi na nowotwory narządów litych (w tym terminy na diagnostykę wstępną i pogłębioną, zespół wielodyscyplinarny, terminy leczenia, zasady rozliczeń z NFZ)?*

Odpowiedź: Zgodnie z wytycznymi zawartymi w formularzu karty diagnostyki i leczenia onkologicznego szybkiej ścieżce onkologicznej podlegają pacjenci z następującymi rozpoznaniemmi ICD10: C00-C97 bez C44 oraz D00-D09 bez D04.

6. Pytanie: *Czy pacjentom, którzy rozpoczęli cykle chemioterapii przed 1 stycznia 2015 roku, można będzie wystawić kartę? diagnostyki i leczenia onkologicznego?*

Odpowiedź: Kartę leczenia onkologicznego mogą również otrzymać pacjenci, którzy rozpoczęli leczenie przed 1 stycznia 2015 roku. W takim przypadku kartę DILO wystawi lekarz prowadzący leczenie podczas hospitalizacji. Należy jednak pamiętać, że aby możliwe było rozliczanie świadczeń „pakietowych” bezlimitowo, należy określić w karcie harmonogram leczenia przez konsylium.

7. Pytanie: *Jak postępować w przypadku, gdy pacjent zgubi kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego?*

Odpowiedź: Zgodnie z zasadami prowadzenia dokumentacji medycznej oraz zarządzeniami Prezesa NFZ kopia karty DILO jest dołączana do dokumentacji medycznej pacjenta. W przypadku

zgubienia karty przez pacjenta, każdy świadczeniodawca ma obowiązek sporządzić i przekazać nieodpłatnie świadczeniobiorcy kopię tej dokumentacji, za której wykonanie świadczeniodawca nie pobiera opłaty, a o której mowa w art. 28 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2012 r. poz. 159 i 742 oraz z 2013 r. poz. 1245). Kopia dokumentacji medycznej, dotyczącej diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego, stanowi załącznik do karty diagnostyki i leczenia onkologicznego. W przypadku wniosku pacjenta o ponowne przekazanie kopii dokumentacji medycznej związanej z diagnostyką i leczeniem onkologicznym, pobierana jest opłata zgodnie z ww. przepisami ustawy o prawach pacjenta.

8. Pytanie: *Czy jest możliwość wystawienia pacjentowi więcej niż jednej karty DILO?*

Odpowiedź: Prowadzenie karty DILO w systemie informatycznym przeciwdziała sytuacji, w której pacjent posiadałby więcej niż jedną kartę DILO z takim samym rozpoznaniem ICD10. Aby wystawić ponownie kartę DILO, należy najpierw zamknąć poprzednią. Należy również pamiętać, że płatnik nie ustalił, jaki czas powinien minąć pomiędzy zamknięciem jednej karty, a otwarciem drugiej.

9. Pytanie: *W jakiej sytuacji należy zamknąć kartę DILO?*

Odpowiedź: Kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego należy zamknąć w następujących przypadkach:

- zakończenia leczenia onkologicznego zaplanowanego przez konsylium,
- w przypadku niepotwierdzenia się podejrzenia nowotworowego u pacjenta,
- zgonu pacjenta,
- inne sytuacje szczególne.

10. Pytanie: *Czy pola CB.2, DB.2, EB.2 zawarte w karcie diagnostyki i leczenia onkologicznego należy wypełnić w momencie zlecenia badań, czy w momencie zamykania etapu i otrzymania wyników badań?*

Odpowiedź: Zgodnie z opisem pól CB.2, DB.2, EB.2 zawartych w karcie DILO należy wskazać wyniki badań.

11. Pytanie: *W systemie nie można uzupełnić części pól. Czy konieczne jest generowanie karty na zakończenie etapu i następnie uzupełnienie pustych pól ręcznie?*

Odpowiedź: Po każdym zakończonym etapie postępowania należy wygenerować kartę do postaci papierowej, aby przekazać ją pacjentowi. U każdego świadczeniodawcy udzielającego świadczenia w ramach pakietu onkologicznego karta prowadzona jest elektronicznie i na zakończenie każdego etapu generowana jest do postaci papierowej i wydawana pacjentowi.

12. Pytanie: *Na jakiej podstawie można zamknąć kartę DILO po diagnostyce pogłębionej?*

Odpowiedź: Zgodnie z wytycznymi zawartymi w karcie DILO (punkt DD) kartę należy zamknąć w przypadku braku potwierdzenia nowotworu złośliwego.

13. Pytanie: *Czy lekarz w prywatnym gabinecie może wydać kartę DILO?*

Odpowiedź: Lekarz z prywatnego gabinetu nie może wydać karty diagnostyki i leczenia onkologicznego.

14. Pytanie: *Czy szpital ma obowiązek wydania karty DILO pacjentowi przyjętemu do szpitala na podstawie „zwykłego” skierowania?*

Odpowiedź: W przypadku przyjęcia do szpitala pacjenta ze stwierdzonym nowotworem złośliwym, który nie posiada karty

diagnostyki i leczenia onkologicznego, szpital zobowiązany jest wydać pacjentowi kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego. Prawo pacjenta do tzw. „szybkiej ścieżki onkologicznej” wynika z przepisów ustawy.

15. Pytanie: *Czy pacjentom, którzy są po leczeniu onkologicznym i są w stałej kontroli należy wystawiać kartę DILO?*

Odpowiedź: Karta DILO dedykowana jest dla pacjentów w związku z podejrzeniem choroby nowotworowej. Może być ona również założona pacjentom, u których rozpoczęto diagnostykę i leczenie przed 1 stycznia 2015 r. Niemniej jednak wówczas zasadnym jest założenie karty, jeśli pacjent jest w trakcie leczenia. Niestety w systemie pakietu onkologicznego monitoring dedykowano lekarzowi podstawowej opieki zdrowotnej.

Zagadnienie to budzi sprzeciw klinicystów, którzy wskazują na konieczność realizacji świadczeń również w fazie aktywnej obserwacji choroby.

Aktualnie jednakże, jeżeli założylibyśmy kartę dla takiego pacjenta należałoby wskazać dla niego harmonogram leczenia, przy czym zakończenie ostatniego etapu leczenia wiązałoby się z koniecznością zamknięcia karty.

Karta jest przepustką do szybkiej diagnostyki i leczenia. Karta nie będzie przepustką w aspekcie monitorowania choroby. Kartę takiemu pacjentowi należy założyć w przypadku wznowy.

16. Pytanie: *Czy należy zamknąć kartę DILO pacjentom, którzy zakończyli leczenie radioterapią, ale są w trakcie hormonoterapii w warunkach ambulatoryjnych?*

Odpowiedź: Hormonoterapia powinna zostać uwzględniona w planie leczenia określonym przez zespół. Na jej wymienienie jest nawet przewidziane miejsce na karcie. Wobec powyższego jest ona kolejnym etapem leczenia, w związku z czym pacjent jest w trakcie leczenia, zatem karta nie zostaje zamknięta przez

cały okres leczenia.

17. Pytanie: *Jak postępować w sytuacji, gdy pacjent wychodzi do domu w weekend, a następnie musi zgłosić się na dalsze leczenie w innej placówce, System nie przewiduje możliwości wystawienia karty DILO z datą następnego dnia?*

Odpowiedź: Pacjent jest kierowany na leczenie zgodnie z planem leczenia ustalonym przez zespół wielodyscyplinarny. Zespół wypełnia kartę na posiedzeniu, na którym ustala leczenie i wówczas powstają odpowiednie zapisy w karcie. Na etapie posiedzenia zespołu, przed ustaleniem leczenia, pacjent powinien już mieć wydaną kartę DILO.

III

Podstawowa Opieka Zdrowotna

1. Pytanie: *Czy każdy pacjent, który mówi, że ma nowotwór musi mieć wystawioną kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego?*

Odpowiedź: Nie, w przypadku POZ kartę wydaje lekarz podejrzewający nowotwór złośliwy u danego pacjenta.

2. Pytanie: *Czy w przypadku wystawiania karty DILO lekarz POZ musi wskazać w karcie indywidualny numer uzyskany z krajowego rejestru nowotworów (KRN)?*

Odpowiedź: W części karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, którą wypełnia lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, nie ma rubryki dotyczącej krajowego rejestru nowotworów. Przypominam, że lekarz POZ tylko podejrzewa wystąpienie nowotworu złośliwego. Dopiero lekarz specjalista potwierdza (zgłasza do KRN) lub neguje wystąpienie nowotworu złośliwego.

3. Pytanie: *Czy lekarz podstawowej opieki zdrowotnej zobligowany jest do wykonania podstawowej diagnostyki osób, u których podejrzewa wystąpienie nowotworu złośliwego?*

Odpowiedź: Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej sam decyduje, na jakiej podstawie podejrzewa wystąpienie nowotworu złośliwego. Przypominam, że ma on działać zgodnie z aktualnym stanem wiedzy, zawartym w standardach określonych w obowiązujących przepisach prawa oraz wytycznych, zaleceniach i rekomendacjach wydawanych przez towarzystwa naukowe zrzeszające specjalistów z właściwych dziedzin medycyny.

4. Pytanie: *Czy pacjent skierowany od lekarza POZ z infor-*

macją, że będzie diagnozowany i leczony w ośrodku onkologicznym, wymaga wystawienia karty DILO przez lekarza POZ?

Odpowiedź: Zgodnie z zasadami realizacji pakietu onkologicznego lekarz POZ, w przypadku podejrzenia wystąpienia nowotworu złośliwego, może wystawić kartę DILO. Natomiast lekarz specjalista lub lekarz oddziału szpitalnego wystawi kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego tylko w momencie, w którym będzie miał wynik badania histopatologicznego potwierdzającego wystąpienie nowotworu złośliwego.

5. Pytanie: *W jaki sposób liczony jest wskaźnik wykrywalności nowotworów w podstawowej opiece zdrowotnej?*

Odpowiedź: Indywidualny wskaźnik wykrywania nowotworów określany będzie raz w miesiącu, w miesiącu poprzedzającym miesiąc, dla którego określa się wskaźnik. Wskaźnik, u danego lekarza POZ, określany jest dopiero wtedy, gdy wyda więcej niż 30 kart diagnostyki i leczenia onkologicznego pacjentów, u których przeprowadzono diagnostykę i postawiono rozpoznanie. Minister Zdrowia stwierdza, że wskaźnik wyliczany będzie na podstawie stosunku liczby pacjentów – z kartą wystawioną przez tego lekarza – u których rozpoznano nowotwór złośliwy (z wyjątkiem nowotworów skóry z wyłączeniem czerniaka skóry) do liczby wystawionych kart diagnostyki i leczenia onkologicznego przez danego lekarza POZ w okresie 12 miesięcy poprzedzających o dwa miesiące miesiąc, dla którego ustalany jest wskaźnik (średnia krocząca z 12 miesięcy). Indywidualny wskaźnik rozpoznawania nowotworów ma na celu monitorowanie skuteczności lekarzy POZ w określaniu zagrożenia nowotworowego u pacjentów.

IV

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

1. Pytanie: *W jaki sposób należy zapisywać do kolejki oczekujących na badania kosztochłonne TK, MR, pacjentów w trakcie leczenia, najczęściej onkologicznego, kierowanych z poradni specjalistycznych ze wskazaniem (przez lekarza kierującego terminu badania – dopisek na skierowaniu) np.: wynik badania przed 14 br., badanie w kwietniu br, do oceny przed kolejnym cyklem chemioterapii (kolejna wizyta w poradni) tj maj br. lub w styczniu 2016r. Pacjent bez karty KSDiLO.*

Czy pacjent zgłaszający się do pracowni celem wyznaczenia terminu wykonania badania TK, MR powinien być wpisany do kolejki oczekujących na badania zgodnie z kolejnością zgłoszenia (bez uwzględnienia zaleceń lekarza kierującego co terminu badania), czy jedynie zapisany w planie badań na dany dzień? Czy pacjentów z takim skierowaniem należy traktować jako objętych planem leczenia i nie umieszczać na listach oczekujących?

Odpowiedź: W przypadku gdy pacjent jest w planie leczenia, należy trzymać się terminów ustalonych przez lekarza prowadzącego. Oczywiście daty te powinny być wcześniej ustalone w porozumieniu z pracownią (nie jest to obowiązkiem lekarza) i pacjent nie jest wpisany do kolejki, tylko ma realizowane świadczenie zgodnie z datą wskazaną na skierowaniu. Należy pamiętać, że plan leczenia musi być odnotowany w dokumentacji medycznej pacjenta. Świadczy o tym zapis Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2004 Nr 210 poz. 2135)

Art. 20. 1. Świadczenia opieki zdrowotnej w szpitalach i świadczenia specjalistyczne w ambulatoryjnej opiece zdrowot-

nej są udzielane według kolejności zgłoszenia w dniach i godzinach ich udzielania przez świadczeniodawcę, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

1a. Na liście oczekujących na udzielenie świadczenia nie umieszcza się świadczeniobiorców kontynuujących leczenie u danego świadczeniodawcy.

Pytanie 2: *Czy pacjent zgłaszający się na diagnostykę lub leczenie powinien mieć skierowanie lub założoną wcześniej przez lekarza POZ kartę DILO?*

Odpowiedź: Aby realizować świadczenia z pakietu onkologicznego (diagnostyka lub leczenie) należy założyć kartę DILO. W przypadku POZ wystawioną na podstawie podejrzenia, natomiast w przypadku ambulatoryjnej opieki specjalistycznej lub szpitala potwierdzenia badaniem histopatologicznym nowotworu. W przypadku realizacji świadczeń (do których wymagane jest skierowanie) u pacjenta bez karty DILO należy je wystawić. Natomiast w sytuacji, gdy karta DILO została wydana np. w POZ to system nie wymaga skierowania do poradni. Natomiast realizując diagnostykę wstępną lub pogłębioną pacjent kierowany na badania (np. Tomografię komputerową) musi mieć dodatkowo wystawione skierowanie.

Pytanie 3. *Jak należy postępować z chorym, który wymaga w trakcie diagnostyki wstępnej wykonania procedur diagnostycznych w warunkach szpitalnych?*

Odpowiedź: W przypadku spełnienia definicji zasadności hospitalizacji określonej Ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych:

Art. 58. Świadczeniobiorca ma prawo do leczenia szpitalnego w szpitalu, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, na podstawie skierowania lekarza, lekarza dentystry

lub felczera, jeżeli cel leczenia nie może być osiągnięty przez leczenie ambulatoryjne.

Istotnym zapisem, w tym przypadku, jest również §11 ust.6 zarządzenia nr 89/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne

Udzielenie, w ramach hospitalizacji, hospitalizacji planowej albo „leczenia jednego dnia”, świadczenia, które kwalifikuje się do realizacji w trybie ambulatoryjnym, winno wynikać ze stanu klinicznego świadczeniobiorcy uzasadniającego jego realizację, szczególnie udokumentowanego w indywidualnej dokumentacji medycznej.

Po spełnieniu powyższych warunków jest możliwość realizacji tego świadczenia w warunkach szpitalnych. Należy jednak pamiętać, że rozliczane ono jest na zasadach podwykonawstwa pomiędzy ambulatorium a szpitalem – w ramach diagnostyki wstępnej lub pogłębionej.

4. Pytanie: *Jak należy postępować w przypadku, gdy podczas diagnostyki onkologicznej pacjent zrezygnuje z dalszego postępowania?*

Odpowiedź: Każdy świadczeniodawca, w tej sytuacji, może rozliczyć te świadczenia, które zostały wykonane, np. diagnostykę wstępną, jeżeli jest w trakcie realizacji diagnostyki pogłębionej. Natomiast wszelkie porady związane z określeniem realizacji dalszych badań można rozliczyć w ramach standardowego rozliczenia opartego na dotychczasowych zasadach.

5. Pytanie: *W jaki sposób Narodowy Fundusz Zdrowia rozlicza diagnostykę onkologiczną w przypadku niedotrzymania terminów realizacji?*

Odpowiedź: Zgodnie z wytycznymi Narodowego Funduszu Zdrowia, opublikowanych zarządzeniem Prezesa NFZ, świadczenia diagnostyki rozliczane w tej sytuacji, będą na poziomie 70% wartości podstawowej stawki. Realizacja diagnostyki onkologicznej w terminie krótszym niż przewidziano to w pakiecie onkologicznym będzie rozliczana w wysokości 110% wyceny.

6. Pytanie: *Czy można rozliczyć diagnostykę w ramach pakietu onkologicznego w przypadku braku badania histopatologicznego, np. raka jajnika, jądra i CUN. W takich przypadkach wynik badania hist. pat. uzyskuje się po zabiegu operacyjnym.*

Odpowiedź: W przypadku trzech lokalizacji nowotworów (jądro, jajnik, CUN), zgodnie z wzorem karty diagnostyki i leczenia onkologicznego oraz konstrukcją załącznika nr 5c do zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, określone zostały jedynie pakiety wstępnej diagnostyki onkologicznej, których zakończenie następuje z rozpoznaniem podejrzenia nowotworu. Następnie świadczeniobiorca zostaje przekierowany do szpitala na wykonanie zabiegu operacyjnego. W pozostałych przypadkach, wg obecnego stanu, gdy nie jest możliwe przeprowadzenie biopsji w warunkach poradni specjalistycznej, pacjent kierowany jest przez lekarza ambulatoryjnej opieki specjalistycznej do szpitala (w ramach zwykłego skierowania) na wykonanie procedury pobrania materiału i hist-pat. Z wynikiem hist-pat pacjent wraca do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej na dokończenie diagnostyki wstępnej (jeśli pacjent posiada kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego z POZ), wskazując rozpoznanie nowotworu złośliwego lub je wykluczając.

7. Pytanie: *Pacjent zgłasza się w celu przeprowadzenia diagnostyki wstępnej i/lub pogłębionej.*

a) W jakim terminie od zakończenia diagnostyki pogłębionej należy zwołać konsylium?

- b) *W jakim terminie od zakończenia diagnostyki pogłębionej należy rozpocząć leczenie?*
- c) *W jakim terminie od daty konsylium należy rozpocząć leczenie?*

Odpowiedź: Konsylium musi się zwołać w czasie pomiędzy zapisaniem się pacjenta w kolejce oczekujących na leczenie po diagnostyce pogłębionej, tj. w ciągu 14 dni od zapisania się na świadczenie (leczenie) do rozpoczęcia jego realizacji. W tym okresie należy przeprowadzić m.in. konsylium. Zarządzenia Prezesa NFZ nie wskazują na to, ile dni musi minąć maksymalnie od zakończenia diagnostyki pogłębionej lub konsylium do rozpoczęcia leczenia. Powodem tego z pewnością jest fakt, że pacjent musi sam zgłosić się na dalsze leczenie (do rekomendowanej placówki) i dopiero wtedy znaczenie ma czas 14 wspomnianych wyżej dni.

8. Pytanie: *Czy w obowiązkiem świadczeniodawcy jest sprawozdawanie przy poradzie pierwszorazowej w AOS także porady początkowej?*

Odpowiedź: Zgodnie z Zarządzeniem nr 79/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 grudnia 2014 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna obowiązkiem każdego Świadczeniodawcy (w przedstawionym przypadku) jest wskazanie w rozliczeniu porady początkowej. Świadczy o tym §13 ust. 5 ww. zarządzenia:

Świadczeniodawca, realizujący świadczenia w ramach skojarzonego zakresu świadczeń na rzecz pacjentów pierwszorazowych, obowiązany jest do sprawozdawania w raporcie statystycznym danych, o których mowa w ust. 3, oraz dodatkowo porady początkowej o kodzie: 5.01.28.0000001 (WP1 porada początkowa – świadczenia pierwszorazowe) wraz z datą jej wykonania.

9. Pytanie: *W jaki sposób rozliczyć wizyty pierwszorazowe w poradni onkologicznej bez skierowania:*

- *w przypadku gdy pacjent ma przy sobie już wyniki badań i można określić jednostkę chorobową?*
- *W przypadku gdy nie ma żadnych wyników, jednostką chorobową może być np. podejrzenie zmian w piersi, zlecono wykonanie badania USG. Czy należy rozliczyć jako W0 i W40, czy W0 i dopiero gdy przyniesie wynik z USG odpowiednią grupą od W4?*
- *Czy W0 i W40 podczas pierwszej wizyty, a kolejną już z wynikiem jako poradę W12?*

Odpowiedź:

- Jeśli jest to pacjent bez karty a my rozliczamy go normalnie, i na pierwszej wizycie można wskazać decyzję diagnostyczną, a zatem zgodnie z jej definicją określić rozpoznanie, decyzję terapeutyczną i całą resztę, na którą wskazuje definicja w zarządzeniu, to możemy rozliczyć W40 oraz sprawozdać WP1.
- W dniu wizyty sprawozdajemy WP1 i nie rozliczamy żadnego świadczenia. W dniu, w którym będzie wynik uprawniający do postawienia rozpoznania, rozliczamy adekwatną poradę pierwszorazową W40 lub W50.
- Jeśli na pierwszej poradzie postawiono rozpoznanie (etc. patrz punkt 1), to kolejne wizyty rozliczamy przez specjalistyczne. Jeśli nie postawiono rozpoznania (patrz punkt 2) na pierwszej sprawozdajemy WP1, a na kolejnej właściwe W4X, w zależności od badań.

10. Pytanie: *Co w sytuacji, gdy pacjentowi z kartą DILO należy wykonać badanie diagnostyczne w warunkach szpitalnych?*

Odpowiedź: W przypadku konieczności wykonania pacjentowi diagnozowanemu w poradni AOS dodatkowego badania, które wykonuje się wyłącznie w warunkach szpitalnych, szpital to badanie wykonuje, a pacjent kontynuuje diagnostykę w ramach AOS.

Jeżeli to badanie diagnostyczne znajduje się w katalogu onkologicznym AOS, szpital obciąża jego kosztami poradnię AOS, a ta rozlicza badanie z NFZ w ramach ryczałtu. Jeżeli takiego badania nie ma w katalogu AOS, szpital je rozlicza z umowy SZP w ramach zakresu podstawowego.

11. Pytanie: *Czy w sytuacji gdy pacjent sam rejestruje się drogą elektroniczną lub telefoniczną na wizytę w poradni i wybiera termin nie pierwszy wolny lecz dłuższy niż 14 dni – czy wpisuje się go na listę oczekujących?*

Odpowiedź: Świadczeniodawca jest obowiązany prowadzić listę oczekujących pacjentów do świadczeń w sytuacji, gdy w dniu zgłoszenia się pacjenta na udzielenie świadczenia świadczeniodawca nie ma możliwości świadczenia tego udzielić (i jednocześnie pacjent nie znajduje się w stanie nagłym, co obligowałoby świadczeniodawcę do natychmiastowego przyjęcia pacjenta). Termin udzielenia świadczenia pacjentowi zgłaszającemu się do podmiotu i kwalifikującemu się do udzielenia świadczenia, wyznacza świadczeniodawca, wpisując pacjenta na listę oczekujących, zgodnie z kolejnością zgłoszenia oraz kryterium medycznym. Jeśli pacjent nie wyraża zgody na udzielenie świadczenia w wyznaczonym przez świadczeniodawcę terminie, co komunikuje w dniu zgłoszenia, nie powinien zostać wpisany na listę oczekujących. Świadczeniodawca jest zobligowany do prowadzenia listy oczekujących w takim zakresie, w jakim brak jest możliwości udzielenia świadczenia niezwłocznie.

12. Pytanie: *Czy należy posiadać umowy o podwykonawstwo na badania wymienione w diagnostyce wstępnej i pogłębionej, których nie wykonuje się w lokalizacji?*

Odpowiedź: Dla pakietów diagnostyki wstępnej oraz diagnostyki pogłębionej nie wskazano, jakie konkretne badania należy wykonywać. O tym, jakie badania zostaną wykonane, decydo-

wać będzie lekarz – zgodnie z indywidualnymi wskazaniami lub też zostanie to w placówce uregulowane standardem wewnętrznym dla określonych typów nowotworów. Jeśli w ramach diagnostyki wstępnej (weryfikacja podejrzenia) lub diagnostyki pogłębionej (określenie stopnia zaawansowania) konieczne będzie wykonanie badania, którego placówka nie może wykonać w oparciu o zasoby własne, konieczne będzie podpisanie umowy z podwykonawcą.

Dodatkowo należy zwrócić uwagę również na wymogi formalne związane z realizacją szybkiej terapii onkologicznej, a zatem zapewnienia co najmniej dostępu do realizacji świadczeń diagnostyki onkologicznej w zakresie diagnostyki laboratoryjnej, tomografii komputerowej (TK), rezonansu magnetycznego (RM), pozytonowej tomografii emisyjnej (PET), medycyny nuklearnej oraz badań endoskopowych.

13. Pytanie: *Czy data wyniku w diagnostyce wstępnej może być jednocześnie datą porady początkowej w diagnostyce pogłębionej? W którym momencie rozliczamy diagnostykę wstępną? Czy istnieje obowiązek udzielenia odrębnie porady początkowej w diagnostyce pogłębionej?*

Odpowiedź: Diagnostykę wstępną rozliczyć można wówczas, gdy zweryfikowane zostanie podejrzenie nowotworu złośliwego. Zatem rozliczenie to nastąpi w dniu, w którym lekarz, w oparciu o posiadane wyniki badań, będzie mógł wskazać rozpoznanie nowotworu złośliwego lub wykluczyć takie rozpoznanie. Oczywiście wyłącznie w sytuacji gdy świadczeniodawca będzie miał możliwość rozliczenia diagnostyki wstępnej. W sytuacji gdy karta będzie wydawana przez lekarza specjalistę nie będziemy mieli do czynienia z diagnostyką wstępną, a jedynie z diagnostyką pogłębioną. Diagnostyka wstępna realizowana będzie w zakresie zwykłych porad, a na jej podstawie wydana zostanie karta. Świadczeniodawca będzie zobowiązany sprawozdać datę

pierwszej porady zarówno w zakresie diagnostyki wstępnej, jak i pogłębionej, co potwierdza projekt Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych. W przypadku świadczeniodawców realizujących wyłącznie diagnostykę pogłębioną, datą rozpoczęcia diagnostyki pogłębionej będzie data pierwszej porady. W dniu, w którym lekarz uzyska wynik właściwy dla zakończenia diagnostyki wstępnej, może dokonać on zlecenia pacjentowi wykonania badań z zakresu diagnostyki pogłębionej, zaś na kolejnej wizycie uzyskać wyniki tychże badań. Diagnostyka pogłębiona będzie rozliczona po określeniu stopnia zaawansowania. Stosowanie odrębności porad wskazania rozpoznania oraz zlecenie kolejnych badań, celem określenia stopnia zaawansowania schorzenia, przyczyniałoby się do wydłużenia czasu udzielania świadczeń.

Należy jednakże zaznaczyć, iż w zapisach projektu zarządzenia brak jest szczegółowych zapisów względem wskazywania dat początkowych.

14. Pytanie: *Jak należy traktować rozliczenie wizyt pacjentów, którzy zapisują się na listę oczekujących bez karty leczenia onkologicznego? Na pierwszej wizycie, która następuje np. po 3 tygodniach, pacjent otrzymuje kartę, jednakże termin 14 dni nie zostanie w tej sytuacji dotrzymany?*

Odpowiedź: Wizyta, na której pacjent otrzymał kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego, to wizyta rozliczona w dotychczasowym systemie rozliczania świadczeń, a zatem najczęściej porada specjalistyczna określonego typu. Pacjenci, którzy nie posiadają karty diagnostyki i leczenia onkologicznego wpisywani są na dotychczasową listę oczekujących. Wpisanie na listę oczekujących pacjentów onkologicznych umożliwia wyłącznie posia-

danie karty. Pacjentów wpisanych na dotychczasową „zwykłą” listę, nie obowiązują terminy określone względem czasu oczekiwania dla pacjentów z kartą diagnostyki i leczenia onkologicznego. Uprawnień związanych z wyznaczonymi czasami oczekiwania na diagnostykę czy leczenie pacjent nabywa w momencie uzyskania karty diagnostyki i leczenia onkologicznego.

V

Leczenie szpitalne

1. Pytanie: *Jest grupa chorych z terminem przyjęcia do Oddziału Onkologii, z rozpoznaniem nowotworem złośliwym. Placówka chce założyć im karty DILO i zgłosić ich do konsylium w tym samym pobycie oraz w tym samym pobycie podać chemioterapię. Czy jest taka możliwość?*

Odpowiedź: Zaplanowane postępowanie jest jak najbardziej zgodne i nie ma ku takiemu rozwiązaniu żadnych przeciwwskazań. Maja Państwo prawo do wystawienia takiemu pacjentowi karty DILO, zwołania konsylium oraz podania chemioterapii w trakcie trwania jednej hospitalizacji. Rozliczenie pobytu będzie określone grupą JGP, plus dosumowane świadczenia konsylium oraz podanej substancji czynnej w chemioterapii.

Jako rozpoznanie zasadnicze należy wskazać leczony nowotwór oraz współistniejące Z51.1 cykle chemioterapii nowotworów. Należy pamiętać, że w tym przypadku nie ma możliwości rozliczenia osobodni do chemioterapii, gdyż podstawą jest grupa JGP.

2. Pytanie: *Jak rozliczyć z Narodowym Funduszem Zdrowia, w ramach pakietu onkologicznego, etap leczenia (zgodnego z opinią wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego – konsylium) w innym ośrodku niż rozpoczynającym to leczenie (np. uzupełniającą radioterapię po chemioterapii lub zabiegu operacyjnym)?*

Odpowiedź: Aby rozliczyć tego typu świadczenie w ramach pakietu onkologicznego, należy pamiętać, że miejsce realizacji świadczenia musi być opisane w planie leczenia. Jeżeli tak nie jest (a wymagana jest zmiana świadczeniodawcy), to należy ponownie zebrać konsylium i dokonać zmiany planu leczenia.

W rozliczeniu należy uwzględnić odpowiedni numer karty DiLO. Rozliczenia dokona placówka realizująca dane świadczenie.

3. Pytanie: *Jak należy rozliczyć pacjenta, któremu w 2014 roku rozpoznano nowotwór złośliwy? W 2015 roku wystawiono Kartę DiLO oraz sporządzono plan leczenia, który zakłada leczenie operacyjne. Jak należy rozliczyć wykonany zabieg operacyjny? Z zakresu podstawowego czy w ramach Pakietu Onkologicznego?*

Odpowiedź: Zgodnie z wytycznymi NFZ odpowiedź na to pytanie jest następująca:

Świadczenia wykonywane na rzecz pacjenta onkologicznego mogą zostać rozliczone w ramach tzw. „zakresu skojarzonego nielimitowanego” – pakiet onkologiczny, w sytuacji, gdy realizacja świadczeń/ni nastąpiła zgodnie z określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2014 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2014 r. poz. 1441) postępowaniem, tj. świadczenie udzielone zostało:

- na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (KDiLO), o której mowa w art. 32a ust. 1 ustawy o świadczeniach, pacjentowi, u którego w wyniku diagnostyki onkologicznej stwierdzono nowotwór złośliwy (określony wg ICO-10: C00 - C43, C45 - D03, D05 - D09),
- zgodnie ze ścieżką postępowania terapeutycznego określoną przez zespół wielodyscyplinarny w „Planie leczenia”,
- w terminie nie dłuższym niż 14 dni od dnia umieszczenia świadczeniobiorcy na liście oczekujących na udzielenie świadczenia.

W przypadku, gdy świadczenie nie zostało wykonane zgodnie z warunkami określonymi w wyżej wymienionym rozporządzeniu, albo w wyniku diagnostyki wykluczony został nowotwór, bądź rozpoznano niezłośliwą jego postać, rozliczenie takiego świadczenia będzie następowało w ramach właściwego zakresu

podstawowego umowy.

W sytuacji, gdy pacjent został skierowany do szpitala bez wydania karty DiLO i wykonano zabieg usunięcia guza, np. mózgu, jajnika, jądra wraz ze stwierdzeniem nowotworu złośliwego (kod rozpoznania ICO-10 z zakresu C56, C62, C70 - C72), szpital zobowiązany jest wydać pacjentowi kartę DiLO celem dalszego leczenia onkologicznego w ramach „szybkiej terapii onkologicznej”. Rozliczenie opisanej hospitalizacji następuje w ramach pakietu onkologicznego.

4. Pytanie: *Czy w trakcie leczenia możliwa jest diagnostyka pogłębiona (i jej rozliczenie) mająca na celu potwierdzenie skuteczności leczenia lub wykluczenie przerzutów (pogorszenie stanu zdrowia pacjenta)?*

Odpowiedź: Diagnostyka pogłębiona realizowana jest w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, podczas diagnozowania pacjenta. Warto zwrócić uwagę na definicje diagnostyki pogłębionej, która mówi, że jest to świadczenie obejmujące badanie podmiotowe i przedmiotowe oraz zestaw badań diagnostycznych rozliczanych w ramach diagnostycznego pakietu onkologicznego, wykonywane u świadczeniobiorcy posiadającego kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego, u którego potwierdzono rozpoznanie nowotworu złośliwego, mające na celu szczegółowe zróżnicowanie (zgodnie z klasyfikacją kliniczną i patologiczną) w szczególności typu histopatologicznego nowotworu oraz ocenę zaawansowania stanu chorobowego, w zakresie umożliwiającym ustalenie zindywidualizowanego planu leczenia.

W związku z tym monitorowanie skuteczności leczenia nie podlega pod ww. definicję i rozliczane będzie na zasadach dotychczasowych.

5. Pytanie: *Czy planowanie radioterapii jest równoznaczne z rozpoczęciem leczenia danego pacjenta?*

Odpowiedź: Zgodnie z zasadami kodowania, publikowanymi przez NFZ, planowanie radioterapii jest częścią składową planu leczenia. W związku z tym rozpoczęcie terapii, w rozumieniu pakietu onkologicznego, będzie liczone od rozpoczęcia planowania leczenia. Świadczy o tym poniżej przedstawiona opinia konsultanta krajowego.



Gdański Uniwersytet Medyczny
Katedra i Klinika Onkologii i Radioterapii
ul. Dębinki 7, 80-211 Gdańsk
tel. 58 349 22 70, fax 58 349 22 10
e-mail: gombel@sumed.edu.pl

Gdańsk, 11.02.2015

**Konsultanci Wojewódzcy w dziedzinie
radioterapii onkologicznej
Kierownicy Zakładów Radioterapii**

W związku z licznymi zapytaniami i wątpliwościami dotyczącymi *daty rozpoczęcia leczenia* wpisywanej do Karty Diagnostyki i leczenia onkologicznego, uprzejmie informujemy, że nie ma obecnie zapisów prawnych precyzujących tę datę w przypadku radioterapii.

Po naradzie Zarządu Polskiego Towarzystwa Radioterapii Onkologicznej i Konsultanta Krajowego w dziedzinie radioterapii onkologicznej stoimy na stanowisku, że datą tą powinna być pierwsza czynność związana z planowaniem procedury radioterapii (najczęściej data TK do planowania radioterapii lub data symulacji).

Mając na uwadze dobro chorego prosimy jednocześnie o systemowe monitorowanie i maksymalne skrócenie czasu od powyższej daty do daty pierwszej frakcji radioterapii.

Z poważaniem,

Prof. dr hab. med. Krzysztof Składowski
Prezes PTRO

Dr hab. med. Rafał Dziadziuszko
Prof. nadzw. GUMed
Konsultant krajowy w dziedzinie
radioterapii onkologicznej

do wiadomości:

Barbara Więckowska, Dyrektor Departamentu Analiz i Strategii, Ministerstwo Zdrowia

KONSULTANT KRAJOWY w dziedzinie radioterapii onkologicznej

6. Pytanie: *Pacjent ma wystawioną kartę DILO, wykonano diagnostykę wstępną, pogłębioną. Na konsylium zapadła decyzja o realizacji chemioterapii. W jaki sposób należy rozliczyć badania, np: tomograf komputerowy po trzecim kursie chemioterapii, gdzie lekarz musi ocenić stan leczenia. Czy w okresowej ocenie skuteczności, czy wystawić skierowanie w ramach badań kosztochłonnych, a może jest inna możliwość?*

Odpowiedź: W przypadku realizacji planu leczenia onkologicznego, jeżeli lekarz ma potrzebę wykonania tomografii komputerowej, to można wykonać ją jako świadczenie kosztochłonne. Oczywiście należy na to badanie wydać skierowanie.

Świadczy o tym definicja okresowej oceny skuteczności chemioterapii zawarta w zarządzeniu Nr 80/2014/DGL Prezesa NFZ z dnia 5 grudnia 2014 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapii:

Okresowa ocena skuteczności chemioterapii – świadczenie realizowane w trybie ambulatoryjnym, nie częściej niż raz w miesiącu i nie rzadziej niż raz na trzy miesiące; ocena stanowi kompleksowe świadczenie, które realizowane jest przez udzielanie porady specjalistycznej oraz wykonywanie (w trakcie porady) pakietu badań laboratoryjnych lub obrazowych, zgodnie z obowiązującymi – w oparciu o aktualną wiedzę medyczną – zasadami postępowania medycznego dotyczącymi leczenia nowotworów chemioterapią i monitorowania skuteczności leczenia. Panel wykonanych badań winien być dostosowany do typu nowotworu, którego leczenie jest monitorowane. Świadczeniodawca prowadzi „Indywidualną kartę leczenia chorego”, której wzór określony jest w załączniku nr 4a do zarządzenia; karta ta dołączana jest do historii choroby świadczeniobiorcy prowadzonej w poradni wykonującej procedurę;

7. Pytanie: *Pacjenci z terminem przyjęcia do Oddziału Onkologii, z rozpoznaniem już nowotworem złośliwym. Placówka chce założyć im karty DILO i zgłosić ich do konsylium w tym samym pobycie oraz w tym samym pobycie podać chemioterapię. Platnik wskazał jednak, że nie można tak zrobić. Konsylium może się odbyć, następnie chorego należy wypisać i rozliczyć z JGP+ konsylium. Następnie wyznaczyć termin przyjęcia ponownego, który może być krótszy niż 14 dni i rozliczyć wtedy z Z 51.1. Czy jest możliwość innego postępowania?*

Odpowiedź: Zaplanowane postępowanie jest jak najbardziej zgodne i nie ma ku takiemu rozwiązaniu żadnych przeciwwskazań. Mają Państwo prawo do wystawienia takiemu pacjentowi karty DILO, zwołania konsylium oraz podania chemioterapii w trakcie trwania jednej hospitalizacji. Rozliczenie pobytu będzie określone grupą JGP plus dosumowane świadczenia konsylium oraz podanej substancji czynnej w chemioterapii. Jako rozpoznanie zasadnicze należy wskazać leczony nowotwór oraz współistniejące Z51.1 Cykle chemioterapii nowotworów. Należy pamiętać, że w tym przypadku nie ma możliwości rozliczenia osobodni do chemioterapii, gdyż podstawą jest grupa JGP.

8. Pytanie: *W jaki sposób można rozliczyć pobyt pacjenta, u którego w trakcie hospitalizacji zostały zlecone badania biochemiczne, a wynik przyszedł po wyjściu jego z kliniki. Czy można taki wynik badania rozliczyć w następnym pobycie (jeżeli ma to ogromne znaczenie do rozliczenia – wyznaczenie grupy wyższej)?*

Odpowiedź: Zgodnie z zasadami kodowania, wykonana została procedura badań biochemicznych, a więc możliwe jest rozliczenie takiej procedury nawet, gdy nie posiadamy jeszcze wyniku. Oczywiście należy pamiętać o tym, że w momencie, gdy otrzymamy wynik, to niemożliwe jest dokonanie zmiany rozpoznania w historii choroby.

Nie możemy zatem zmieniać rozliczenia z uwagi na otrzymana-

ny wynik badania po zakończeniu hospitalizacji. Można pacjenta przyjąć do szpitala na ponowną hospitalizację (jeśli spełniony zostanie warunek zasadności hospitalizacji – nie polecamy przyjmować pacjenta niezasadnie, na samo wydanie wyniku badania i pamiętać należy o tym, że NFZ kwestionuje ponowne hospitalizacje powtarzające się w terminie 14 dni, jeśli dotyczyły tego samego problemu zdrowotnego) lub do poradni przyszpitalnej w celu odebrania wyniku badania.

9. Pytanie: *Jeżeli pacjent ma wykonaną operację w innym ośrodku, potem ma zakładaną kartę DILO, odbywa się konsylium i u pacjenta w wyniku hist-pat potwierdza się guz nowotworowy, trafia do naszego ośrodka na dalsze leczenie (decyzja konsylium). Czy od momentu konsylium mamy 14 dni na rozpoczęcie leczenia (mimo że niektórzy pacjenci powinni zacząć leczenie radioterapią po operacji nie wcześniej niż 4-5 po zabiegu operacyjnym)?*

Odpowiedź: W opisanej sytuacji należy zauważyć, iż pacjent już rozpoczął leczenie. Konsylium, w planie leczenia, powinno wskazać datę rozpoczęcia leczenia napromienianiem z uwzględnieniem stanu klinicznego pacjenta, a zatem również stanu związanego z wykonaniem poprzedzających procedur medycznych. Istotne jest, by świadczenie zrealizowane zostało zgodnie z planem leczenia.

10. Pytanie: *Pacjent jest operowany poza ośrodkiem i ma założoną kartę DILO oraz otwarty etap leczenia. Czy trafiając do innego ośrodka należy otworzyć kolejny etap leczenia czy kontynuować etap leczenia otwarty poza ośrodkiem?*

Odpowiedź: Z punktu widzenia karty DILO informacja ta nie jest wskazywana. Istotne jest to czy realizowane w Państwa ośrodku leczenie jest kontynuacją tego samego leczenia (np. rozpoczęto CHTH i Państwo ją kontynuują) czy też realizowany jest inny rodzaj leczenia.

11. Pytanie: *Jeżeli pacjent ma dwa rozpoznania nowotworowe i jest leczony w innym ośrodku na jedno rozpoznanie (ma założoną kartę DILO i otwarty etap leczenia), a do naszego ośrodka przychodzi z drugim rozpoznaniem, np. przerzut. Czy należy kontynuować etap leczenia rozpoczęty w innym ośrodku i w formie papierowej dopisać harmonogram leczenia?*

Odpowiedź: Dla wskazanych pacjentów nie przewidziano zasadniczo innej ścieżki z perspektywy karty DILO. Harmonogram leczenia powinien odnosić się do leczenia zarówno pierwszego, jak i kolejnego rozpoznania. Całość dokumentacji musi uwzględniać te dane, w formie papierowej, bowiem niestety karta nie przewiduje takich sytuacji. Z perspektywy udokumentowania leczenia właściwe wydaje się być prowadzenie jednej karty. Do karty dołączamy istotne informacje z dokumentacji medycznej związanej z udzielaniem świadczeń, co wydaje się być w takim przypadku konieczne.

12. Pytanie: *Jeżeli pacjent ma radioterapię, chemioterapię lub zabieg z kartą diagnostyki i leczenia onkologicznego, wystawioną przez innego świadczeniodawcę, to na jakich zasadach następuje rozliczenie tych świadczeń? Czy podmiot wykonujący działalność leczniczą rozlicza się z NFZ bez limitu, na podstawie karty, czy jako podwykonawca z wystawcą karty? Czy rozliczenie świadczenia jako podwykonawcy będzie takie, jak określone w katalogu?*

Odpowiedź: W sytuacji gdy pacjent przychodzi do podmiotu z kartą, a podmiotu nie łączy żaden rodzaj umowy z placówką, która kartę wystawiła, wówczas podmiot rozlicza się samodzielnie. W opisanej sytuacji karta mogła zostać wystawiona w wyniku realizacji diagnostyki przez innego świadczeniodawcę. Świadczeniodawca ten rozliczył wykonaną diagnostykę i na tym zakończył udzielanie świadczeń wobec pacjenta. Pacjent, dysponując wolnym wyborem placówki, w której świadczenia będą

udzielane, wybiera dany szpital celem leczenia. Tu odbywa się posiedzenie zespołu wielodyscyplinarnego i rozpoczynane jest leczenie. W tym przypadku placówka ta rozlicza udzielone świadczenia i może skorzystać z zapisu odnoszącego się do finansowania ponad limit. Można oczywiście upatrywać sytuacji, w których dany podmiot byłby jedynie podwykonawcą względem innego podmiotu. Wówczas podmiotem rozliczającym byłby ten świadczeniodawca, który koordynuje proces leczenia pacjenta, zaś rozliczenie nastąpiłoby pomiędzy placówkami.

VI

Pytania techniczne

1. Pytanie: *Skąd świadczeniodawca może pozyskać druk karty diagnostyki i leczenia onkologicznego?*

Odpowiedź: Wydruku karty diagnostyki i leczenia onkologicznego można dokonać z poziomu systemu informatycznego dostarczonego przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

2. Pytanie: *Czy za każdym razem pacjent powinien otrzymywać oryginał karty DILO?*

Odpowiedź: Zgodnie ze wskazaniem Ministerstwa Zdrowia karta przed wydaniem jej pacjentowi powinna być wydrukowana z systemu informatycznego dostarczonego świadczeniodawcy przez NFZ. Jednakże w przypadku, kiedy pacjent zgubi swoją kartę DILO, lekarz odpłatnie powinien udostępnić Kopię karty DILO, którą przechowuje w dokumentacji medycznej pacjenta.

3. Pytanie: *Jakie rozwiązanie przewiduje system, aby karty DILO wydawane były pacjentom, którym szybka ścieżka onkologiczna rzeczywiście się należy?*

Odpowiedź: Ministerstwo Zdrowia w odpowiedzi na pytanie wskazało następujące rozwiązanie: W celu ograniczenia możliwości wystawiania kart diagnostyki i leczenia onkologicznego pacjentom niecierpiącym na schorzenia onkologiczne wprowadzono minimalny wskaźnik rozpoznawania nowotworów, który ustalono na poziomie 1/15. W Wielkiej Brytanii funkcjonuje podobny wskaźnik, służący ustaleniu skuteczności rozpoznawania nowotworów przez lekarzy, a jego średnia oscyluje na poziomie 1/8.

Oczekuje się, że co najmniej jednemu pacjentowi z grupy 15 pacjentów, którym dany lekarz POZ wystawił kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego zostanie potwierdzone rozpoznanie nowotworu złośliwego. W przypadku przekroczenia tego wskaźnika, lekarz POZ utraci uprawnienia do wystawiania kart diagnostyki i leczenia onkologicznego. Ich przywrócenie będzie się wiązało z odbyciem szkolenia z zakresu wczesnego rozpoznawania nowotworów. Lekarz POZ nie będzie mógł wydawać kart diagnostyki i leczenia onkologicznego od dnia otrzymania z oddziału wojewódzkiego Funduszu informacji o nieosiągnięciu minimalnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów.

4. Pytanie: *Czy świadczeniodawca może realizować w pakiecie onkologicznym jedynie diagnostykę wstępną?*

Odpowiedź: Aby funkcjonować w pakiecie onkologicznym i realizować świadczenia w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, należy realizować pełen zakres świadczeń diagnostycznych w kierunku rozpoznania nowotworu złośliwego (diagnostyką wstępną oraz pogłębioną). Placówki realizujące dotychczas tylko diagnostykę wstępną mogą zakontraktować pakiet onkologiczny pod warunkiem zapewnienia również możliwości wykonania badań z zakresu diagnostyki pogłębionej (swoimi zasobami lub swojego podwykonawcy).

5. Pytanie: *Z czym wiąże się terminowe realizowanie świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w ramach pakietu onkologicznego i na czym polega?*

Odpowiedź: Zgodnie ze wskazaniami Ministra Zdrowia od świadczeniodawców realizujących świadczenia pakietu onkologicznego oczekuje się terminowego realizowania diagnostyki onkologicznej i podjęcia leczenia onkologicznego. Docelowo czas od zgłoszenia się pacjenta do specjalisty do rozpoznania nowotworu będzie wynosił 7 tygodni. W okresie przejściowym będzie

to 9 tygodni (w 2015 r.) i 8 tygodni (w 2016 r.). Termin 7 tygodni na wykonanie diagnostyki onkologicznej zacznie obowiązywać od 2017 r. Po 1 stycznia 2015 r. oczekuje się, że w ciągu 9 tygodni zostanie wykonana pełna diagnostyka onkologiczna, składająca się z diagnostyki wstępnej i pogłębionej. W czasie pierwszych 5 tygodni (diagnostyka wstępna): pacjent z podejrzeniem nowotworu będzie czekał na wizytę u lekarza specjalisty – maksymalnie 2 tygodnie. Następnie wykonane zostaną badania zlecone przez lekarza specjalistę w ramach diagnostyki wstępnej (na podstawie tych badań lekarz potwierdzi lub wykluczy chorobę nowotworową u pacjenta). W czasie kolejnych 4 tygodni realizowana będzie diagnostyka pogłębiona: pacjent wykona badania zlecone przez lekarza specjalistę w ramach diagnostyki pogłębionej. Na ich podstawie lekarz określi stopień zaawansowania choroby. Aby szybka terapia onkologiczna uwzględniała potrzeby związane ze specyfiką choroby danego pacjenta, przewidziano jeden dodatkowy tydzień na rozpoczęcie diagnostyki pogłębionej. Jest to czas na organizację przejścia pacjenta z jednej placówki ochrony zdrowia do drugiej, jeśli okaże się, że diagnostyka tego wymaga. Dodatkowy tydzień mieści się we wskazanych 4 tygodniach na diagnostykę pogłębioną.

6. Pytanie: *Czy jest możliwość, aby pacjent mógł skorzystać z prawa swobody wyboru świadczeniodawcy w przypadku, kiedy podmiot ten, do którego zgłosił się pacjent, na diagnostykę i/lub leczenie w ramach pakietu onkologicznego, skieruje tego pacjenta do innego świadczeniodawcy w celu wykonania określonego badania?*

Odpowiedź: Pacjent realizuje swoje prawo wyboru świadczeniodawcy poprzez wybranie świadczeniodawcy, który zrealizuje diagnostykę oraz w momencie wyboru podmiotu, który zrealizuje leczenie. Realizacja procedur diagnostycznych i leczniczych jest elementem świadczenia pakietu onkologicznego. Konsylium, podczas

spotkania, ustala plan leczenia, w którym wskazuje również miejsce realizacji danego świadczenia. W przypadku gdy pacjent nie zgadza się na to, co i gdzie proponuje konsylium, musi to zgłosić swojemu koordynatorowi. Osoba ta przedstawi ten fakt na konsylium, które, uwzględniając prawo pacjenta do swobodnego wyboru świadczeniodawcy i możliwości realizacji w danym miejscu zaplanowanego rodzaju świadczenia, podejmie decyzję o ewentualnej zmianie miejsca realizacji świadczenia.

7. Pytanie: *Dostarczona karta jest wygenerowana jedynie w zakresie ostatniego etapu. Czy jest konieczne uzupełnienie karty o wcześniejsze strony?*

Odpowiedź: Pacjent jest „nośnikiem” karty DILO pomiędzy świadczeniodawcami. Za każdym razem (po zakończeniu udzielania świadczenia) pacjentowi wydawana jest karta uzupełniana o kolejne etapy. W przypadku braku poprzednich części mamy możliwość wygenerowania ich z poziomu portalu internetowego.

8. Pytanie: *Którzy pacjenci paliatywni mogą być rozliczani w ramach szybkiej ścieżki onkologicznej?*

Odpowiedź: Każdy pacjent posiadający kartę DILO. Jednak nie wszystkie świadczenia możliwe są do rozliczenia w ramach pakietu onkologicznego. Między innymi radioterapia paliatywna nie znajduje się w pakiecie. Pacjenci zatem, niby wszyscy, ale de facto tylko ci, którzy mają realizowane leczenie wymienione w katalogu pakietu onkologicznego.

Czy zatem dla takich pacjentów zakładać kartę? Uważa się, że warto zakładać, bo nie jest wiadome, jak stan ten się zmieni i nadto taki pacjent może mieć włączoną paliatywną chemioterapię, która już jest w pakiecie.

9. Pytanie: *Przykład: Leczenie szpitalne – Próbowalam dzisiaj założyć „Kartę Onkologiczną” dla pacjenta chorego na ze-*

spół mielodysplastyczny (...) wg ICD10 - D46.2 - oporna niedokrwistość z nadmiarem blastów. Nowotwór wymaga chemioterapii, a jedyną możliwością wyleczenia jest przeszczepienie szpiku kostnego. Co należy zrobić? W jaki sposób wydać „Kartę Onkologiczną” dla takiego pacjenta?

Odpowiedź: Kartę DILO można wystawić wyłącznie w przypadku rozpoznań zasadniczych: C00-C43, C45-D03, D05-D09 (załącznik nr 7 do zarządzenia nr 81/2014/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 05.12.2014 zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne).

Brak karty DILO nie ma wpływu na proces leczenia pacjenta. Taki pacjent jest leczony, a udzielone świadczenia są rozliczane przez Świadczeniodawcę na dotychczasowych zasadach.

10. Pytanie: *W przypadku wydania karty DILO pacjent otrzymuje oryginał Karty. Czy do historii choroby ma być dołączana kserokopia Karty DILO i czy w jednostce organizacyjnej ma również zostać dołączona kopia karty DILO?*

Odpowiedź: Nie ma obowiązku dołączania karty DILO do dokumentacji medycznej, jednak my rekomendujemy dołączenie jej kopii. Ustrzeże to nas przed ewentualnymi wątpliwościami ze strony płatnika.

11. Pytanie: *Czy świadczeniobiorca, który będzie zakwaterowany w innym miejscu (hostel) ma prawo również do bezpłatnego transportu z miejsca, w którym aktualnie jest leczony (inny podmiot leczniczy) do miejsca podmiotu udzielającego świadczeń gwarantowanych w chemioterapii i radioterapii onkologicznej?*

Odpowiedź: Rozpatrując poruszane zagadnienie należy dokonać analizy definicji świadczenia towarzyszącego wpisanej w ustawę o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze

środków publicznych.

Zgodnie z zapisami art. 5 pkt. 38 poprzez świadczenie towarzyszące należy rozumieć: zakwaterowanie i adekwatne do stanu zdrowia wyżywienie w szpitalu lub w innym przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, usługi transportu oraz transportu sanitarnego, a także zakwaterowanie poza przedsiębiorstwem podmiotu leczniczego, jeżeli konieczność jego zapewnienia wynika z warunków określonych dla danego świadczenia gwarantowanego.

Jako świadczenie towarzyszące należy zatem uznać:

- zakwaterowanie w szpitalu lub innym przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą wraz z wyżywieniem;
- usługi transportu oraz transportu sanitarnego;
- zakwaterowanie poza przedsiębiorstwem podmiotu leczniczego.

Należy zwrócić uwagę, iż definicja ta wskazuje na obowiązek zapewnienia wyżywienia wyłącznie w związku z zakwaterowaniem pacjenta w szpitalu lub innym podmiocie przedsiębiorstwa leczniczego wykonującym działalność leczniczą.

Odrębnie traktowane jest zakwaterowanie świadczeniobiorcy poza przedsiębiorstwem podmiotu leczniczego. Wobec tego rodzaju świadczenia towarzyszącego nie wskazano na obowiązek zapewnienia całodobowego wyżywienia. W aspekcie zapewnienia transportu, o którym mowa w art. 33 ust. 2 ustawy, należy zauważyć, iż przepis ten odnosi się wyłącznie do transportu zapewnianego dla pacjenta zakwaterowanego poza przedsiębiorstwem podmiotu leczniczego. Świadczeniobiorcy, który korzysta z zakwaterowania, jak wskazuje przepis, przysługuje transport do miejsca udzielania świadczeń.

1.

Konsylium

- wielodyscyplinarny zespół specjalistów

1. Pytanie: *Czy w zebraniu wielodyscyplinarnego zespołu terapeutów musi uczestniczyć także pacjent?*

Odpowiedź: Zgodnie z wytycznymi Ministerstwa Zdrowia pacjent może ale nie musi uczestniczyć w konsylium. Narodowy Fundusz Zdrowia wskazał dwie możliwości rozliczenia posiedzenia zespołu wielodyscyplinarnego określającego plan leczenia. Pierwszy gdy pacjent przebywa w oddziale szpitalnym oraz drugi rozliczany w trybie ambulatoryjnym, kiedy pacjenta fizycznie nie ma jeszcze w placówce.

2. Pytanie: *Czy lekarz posiadający kilka specjalizacji może podważyć lub częściowo zmienić plan leczenia określony przez wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny?*

Odpowiedź: Nie, gdyż posiadane specjalizacje przez jednego lekarza nie zastąpią zespołowego (konsyliarnego) sposobu podejmowania decyzji.

3. Pytanie: *Czy jest możliwość leczenia pacjenta w sposób inny niż określony został przez konsylium?*

Odpowiedź: Każde odstępstwo od ustalonego planu leczenia musi być poprzedzone zebraniem się ponownie zespołu wielodyscyplinarnego. Konsylium zakończone musi być protokołem dołączonym do dokumentacji medycznej, z którego będzie wynikała zmiana planu leczenia na inny. Oczywiście nie ma możliwości ponownego rozliczenia świadczenia planu leczenia onkologicznego.

4. Pytanie: *Czy decyzja wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego o braku wskazań do leczenia lub o przeciwwskazaniach medycznych do podjęcia aktywnego leczenia przeciwnowotworowego jest równoznaczna ze spełnieniem wymogu do rozliczenia diagnostyki z pakietu onkologicznego?*

Odpowiedź: Należy pamiętać, że diagnostyka rozliczana jest po jej zrealizowaniu (diagnostyka wstępna i pogłębiona) w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. Wyjątkiem od takiego postępowania jest sytuacja, w której po diagnostyce wstępnej pacjent wysyłany jest od razu do szpitala (rozliczenie JGP + świadczenie określenia planu leczenia przez konsylium). W przypadku gdy zespół wielodyscyplinarny stwierdzi brak wskazań do leczenia przeciwnowotworowego, to pomimo wyniku, świadczenie konsylium może być rozliczone na zasadach określonych w pakiecie onkologicznym.

5. Pytanie: *Kto jest zobowiązany do przeprowadzenia u pacjenta konsylium?*

Odpowiedź: W odpowiedzi na to pytanie Narodowy Fundusz Zdrowia wskazał następującą ścieżkę postępowania: w ramach pakietu onkologicznego konsylium organizowana jest jednostka posiadająca oddział o profilu zabiegowym, w przypadku leczenia dzieci – oddział o profilu onkologia i hematologia dziecięca lub chirurgia onkologiczna dziecięca, lub onkologia kliniczna oraz chirurgia dziecięca; w przypadku nowotworów układu krwiotwórczego lub układu chłonnego – oddział o profilu hematologia lub onkologia kliniczna oraz oddział o profilu zabiegowym.

Doświadczenia międzynarodowe wskazują na zasadność powoływania wielodyscyplinarnego konsylium, które opracowuje wstępny plan kompleksowego leczenia pacjenta onkologicznego. Zespół ten ma kwalifikować pacjenta do leczenia zabiegowego, chemioterapii lub radioterapii oraz ustalić harmonogram leczenia i rodzaje stosowanej terapii.

6. Pytanie: *Jakie są zadania konsylium?*

Odpowiedź: Konsylium, czyli zebranie wielodyscyplinarne-go zespołu specjalistów, przede wszystkim zajmuje się:

- kwalifikacją pacjenta do leczenia zabiegowego, chemioterapii lub radioterapii;
- ustaleniem planu leczenia;
- ustaleniem rodzajów terapii, które będą stosowane;
- wyborem koordynatora leczenia.

Należy również pamiętać o tym, że całe postępowanie konsylium powinno być oparte i zgodne z sformalizowaną ścieżką postępowania i organizacji udzielania świadczeń – zgodnie z rekomendowanymi standardami postępowania diagnostyczno-terapeutycznego towarzystw naukowych w odpowiednich dziedzinach medycyny.

7. Pytanie: *Jak często powinno zbierać się konsylium?*

Odpowiedź: Każdy pacjent uczestniczący w szybkiej ścieżce onkologicznej powinien mieć zrealizowane konsylium w ciągu 14 dni od zapisania się do szpitala po przeprowadzonej diagnostyce wstępnej i pogłębionej do czasu rozpoczęcia leczenia. W związku z tym konsylium (aby zachować określone terminy realizacji świadczeń) powinno zbierać się w danej placówce w miarę potrzeb.

8. Pytanie: *Czy zawsze w konsylium muszą być specjaliści wskazani w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego?*

Odpowiedź: Zgodnie z wytycznymi wspomnianego w pytaniu rozporządzenia w skład konsylium muszą wchodzić wymienieni poniżej specjaliści:

- onkologii i hematologii dziecięcej – w przypadku leczenia dzieci albo hematologii – w przypadku leczenia nowotworów układu krwiotwórczego lub układu chłonnego albo on-

- kologii klinicznej – w pozostałych przypadkach,
- radioterapii lub radioterapii onkologicznej albo medycyny nuklearnej – w przypadku nowotworów leczonych z wykorzystaniem medycyny nuklearnej,
 - chirurgii onkologicznej albo ogólnej, albo w innej dziedzinie zabiegowej odpowiedniej dla danego rodzaju lub umiejscowienia nowotworu (nie dotyczy nowotworów układu krwiotwórczego lub układu chłonnego), w przypadku leczenia dzieci – chirurgii dziecięcej,
 - rentgenodiagnostyki lub radiologii, lub radiodiagnostyki, lub radiologii i diagnostyki obrazowej.

Ponadto należy zapewnić udokumentowany udział w zespole prowadzącym leczenie pacjentów: fizjoterapeuty, psychologa lub psychoonkologa.

9. Pytanie: *Czy pacjent paliatywny zdiagnozowany w ramach diagnostyki pogłębionej ma być kierowany na konsylium i dalej na terapię w ramach karty DiLO?*

Odpowiedź: Każdy pacjent ze zdiagnozowanym nowotworem złośliwym i założoną kartą DILO musi być skierowany na konsylium zespołu wielodyscyplinarnego.

10. Pytanie: *Jaki powinien być skład konsylium w przypadku pacjentów hematologicznych?*

Odpowiedź: Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 20 października 2014 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego:

§ 4a. 1. Świadczeniodawca udzielający świadczeń gwarantowanych, w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej, realizujący leczenie onkologiczne, o którym mowa w art. 32a ustawy, oraz na warunkach określonych w załączniku nr 3 do rozporządzenia, powinien spełniać następujące warunki:

1) posiadać procedurę postępowania i organizacji udzielania świadczeń zapewniającą:

- a) wyodrębnienie planującego i koordynującego proces leczenia wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego składającego się co najmniej z lekarzy specjalistów w dziedzinie:
- onkologii i hematologii dziecięcej – w przypadku leczenia dzieci albo hematologii – w przypadku leczenia nowotworów układu krwiotwórczego lub układu chłonnego, albo onkologii klinicznej – w pozostałych przypadkach,
 - radioterapii lub radioterapii onkologicznej albo medycyny nuklearnej – w przypadku nowotworów leczonych z wykorzystaniem medycyny nuklearnej,
 - chirurgii onkologicznej albo ogólnej, albo w innej dziedzinie zabiegowej odpowiedniej dla danego rodzaju lub umiejscowienia nowotworu (nie dotyczy nowotworów układu krwiotwórczego lub układu chłonnego), w przypadku leczenia dzieci – chirurgii dziecięcej,
 - rentgenodiagnostyki lub radiologii, lub radiodiagnostyki, lub radiologii i diagnostyki obrazowej,

11. Pytanie: *W jaki sposób udokumentować udział w zespole prowadzącym leczenie pacjentów osoby prowadzącej fizjoterapię, psychologa lub psychoonkologa?*

Odpowiedź: Fizjoterapeuta, psycholog lub psychoonkolog to specjaliści, którzy w konsylium uczestniczą tylko w sytuacji, w której ich obecność jest niezbędna dla opracowania prawidłowego planu leczenia. W przypadku ich uczestnictwa muszą w protokole wskazać swoje dane identyfikacyjne oraz podpisać się.

12. Pytanie: *Czy zebranie się konsylium jest ściśle związane z datą przyjęcia pacjenta w oddział?*

Odpowiedź: Nie. Plan leczenia opracowywany przez konsy-

lium może być ustalany:

- w trybie ambulatoryjnym, tj. kiedy pacjent nie jest hospitalizowany. Wówczas „Plan leczenia onkologicznego w trybie ambulatoryjnym” z katalogu 1b nie może być sumowany z żadnym świadczeniem, lub
- podczas hospitalizacji pacjenta. Wówczas świadczenie „Plan leczenia onkologicznego” z katalogu 1c może być sumowane np. z grupą JGP. Plan leczenia opracowuje się dopiero po uzyskaniu wyników potwierdzających nowotwór.

13. Pytanie: *Stwierdzono nowotwór złośliwy i założono kartę DİLO pacjentowi po zrealizowanej hospitalizacji. Wynik potwierdzający nowotwór przyszedł po wyjściu pacjenta z Oddziału. Czy jest możliwość rozliczenia konsylium, czy należy poczekać do momentu, kiedy pacjent będzie hospitalizowany następnym razem? Jak rozliczyć Konsylium po hospitalizacji pacjenta?*

Odpowiedź: Zgodnie z interpretacją Ministerstwa Zdrowia oraz Narodowego Funduszu Zdrowia konsylium może się odbyć po zakończeniu diagnostyki, a zatem po uzasadnionym postawieniu rozpoznania nowotworu złośliwego. Dodatkowo konsylium może odbyć się bez udziału pacjenta, a więc rozliczenie tego świadczenia nie wymaga oczekiwania na udzielanie kolejnego świadczenia. Pragnę przy tej okazji zwrócić uwagę, że produkt „konsylium” kończący się planem leczenia jest produktem rozliczanym niezależnie w warunkach ambulatoryjnych i na zasobach szpitalnych. Niezależność produktu pozwala na rozliczenie go bez względu na to czy w danym momencie jest udzielane inne świadczenie czy nie.

14. Pytanie: *Jaki powinien być czas pracy członków zespołu terapeutycznego, osoby prowadzącej fizjoterapię określony w harmonogramie zasoby?*

Odpowiedź: Czas pracy pracowników, w tym członków ze-

społu oraz osoby prowadzącej fizjoterapię powinien być dostosowany do potrzeb realizacji świadczeń wobec pacjentów z kartą diagnostyki i leczenia onkologicznego. Musi być on dostosowany w ten sposób, by spełniony został warunek rozpoczęcia leczenia w wyznaczonym czasie, a czas pracy zespołu nie wydłużał tego okresu. Jednocześnie praca zespołu będzie wykazywana w zakresie określonych produktów rozliczeniowych, do których przypisani będą członkowie zespołu. Czas pracy członków zespołu nie może nadto zaburzać funkcjonowania pracy oddziału, w ramach którego członkowie zespołu pracują.

2. Koordynator

1. Pytanie: *Czy koordynator musi mieć zawód medyczny?*

Odpowiedź: Rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego nie precyzuje, jaki zawód musi posiadać koordynator. W związku z tym osoba będąca w placówce na takim stanowisku nie musi posiadać zawodu medycznego.

2. Pytanie: *Czy do obowiązków koordynatora należy ustalanie terminów poszczególnych świadczeń zdrowotnych określonych przez konsylium w planie leczenia?*

Odpowiedź: Zgodnie z wytycznymi Ministra Zdrowia jest to jedno z podstawowych zadań koordynatora.

3. Pytanie: *Co powinien zrobić pacjent, jeśli pomimo ustalenia terminu badania lub przyjęcia na oddział przez koordynatora odmawia się mu w tych miejscach zrealizowania świadczenia?*

Odpowiedź: Zgodnie z wytycznymi Ministra Zdrowia pacjent powinien, ten fakt, natychmiast zgłosić swojemu koordynatorowi.

4. Pytanie: *Czy w trakcie procesu leczenia onkologicznego można dokonać zmiany koordynatora?*

Odpowiedź: Biorąc pod uwagę pacjenta onkologicznego, istotnym dla niego jest, aby w całym procesie leczenia była to jedna osoba. Karta diagnostyki i leczenia onkologicznego ma takie założenie, gdyż miejsce wskazania danych osobowych koordynatora jest okrojone do danych osobowych jednego człowieka.

3.

Kolejka onkologiczna do świadczeń

1. Pytanie: *Czy pacjent posiadający kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego ma prawo do pominięcia kolejki oczekujących na świadczenie?*

Odpowiedź: Chcąc realizować diagnostykę onkologiczną u pacjenta z kartą diagnostyki i leczenia onkologicznego, należy pamiętać, że funkcjonuje odrębna kolejka do świadczeń tzw. „kolejka onkologiczna”. Zgodnie z wytycznymi na rok 2015 cała diagnostyka onkologiczna ma być zrealizowana w przeciągu 9 tygodni. Następnie pacjent w ciągu 14 dni od dnia zapisania się do szpitala musi rozpocząć leczenie. W ciągu tych 14 dni należy przeprowadzić konsylium oraz określić plan leczenia dla danego pacjenta. Na etapie diagnostyki pacjenta z KDILO jest przewidziana odrębna kolejka. Badania realizowane są w oparciu o podwykonawstwo lub w ramach własnych zasobów, przez co pacjent nie jest umieszczany w kolejce do świadczeń ASDK.

2. Pytanie: *Czy pacjent może się zapisać na kilka list oczekujących do diagnostyki onkologicznej realizowanych w ramach szybkiej ścieżki onkologicznej?*

Odpowiedź: System elektronicznego prowadzenia karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, udostępniony przez NFZ, monitoruje ścieżkę pacjenta w systemie. Chory, który zapisuje się na realizację np. diagnostyki wstępnej i pogłębionej u danego świadczeniodawcy przekazuje swoją kartę DILO. Placówka ta, rozpoczynając (w DILO) swój etap postępowania, blokuje możliwość otwarcia karty przez inne placówki. W ten sposób pacjent nie może realizować tych samych świadczeń w innym podmiocie wykonującym działalność leczniczą.

3. Pytanie: *Od dnia zapisu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia do podjęcia leczenia onkologicznego nie może upłynąć więcej niż 14 dni – kalendarzowych czy roboczych?*

Odpowiedź: Jeżeli w akcie prawnym jest mowa o „14 dniach” – to należy to rozumieć jako 14 dni kalendarzowych.

4. Pytanie: *Świadczeniodawca udzielający świadczeń na podstawie karty DiLO zobowiązany jest zapewnić terminową i kompleksową realizację świadczeń onkologicznych. Od dnia zapisu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia do podjęcia leczenia onkologicznego nie może upłynąć więcej niż 14 dni. A jeśli pacjent miał grypę, czy z innych przyczyn losowych nie podjął leczenia, albo szpital nie miał wolnego łóżka w ciągu 14 dni, to wypada ze ścieżki onkologicznej?*

Odpowiedź: W tych przypadkach, gdy to z winy pacjenta szpital nie mógł podjąć leczenia w wymaganym terminie 14 dni, a powód takiego stanu jest wyjątkowy (np. losowa sprawa rodzinna czy inna choroba pacjenta uniemożliwiająca podjęcie leczenia onkologicznego) wówczas zastosowanie ma art. 20 ust. 10e ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (siła wyższa). Szpital jednak musi uwiarygodnić wystąpienie tej siły wyższej. Konieczne jest również wystąpienie Świadczeniodawcy do Dyrektora OW NFZ o zgodę na rozliczenie świadczenia w ramach pakietu onkologicznego. Powyższe nie dotyczy problemów Świadczeniodawcy o charakterze organizacyjnym (np. brak wolnych łóżek).

5. Pytanie: *Czy jeżeli pacjent rozpoczął diagnostykę wstępną lub/i pogłębioną w 2014 roku, a leczenie specjalistyczne będzie otrzymywał w 2015 roku, czy należy dotrzymać terminów zapisanych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna. Czy musi dotrzymać terminu 14 dni od dnia wpisania na listę*

oczekujących do dnia rozpoczęcia leczenia?

Odpowiedź: Diagnostyka wstępna i pogłębiona, w takim jej wymiarze, jaki określa ścieżka szybkiej terapii onkologicznej, a zatem poszczególne rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych, realizowana będzie w oparciu o kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego. Karta ta będzie mogła zostać wydana pacjentowi od dnia 1 stycznia 2015 r. Zatem w ujęciu ścieżki szybkiej terapii onkologicznej, diagnostyka rozpoczęta przed 1 stycznia oraz przed uzyskaniem przez pacjenta karty odbywać się powinna na dotychczasowych zasadach. Jeśli natomiast pacjent miał udzielane wcześniejsze świadczenia, kontynuowane w roku 2015, i w związku z ich udzieleniem w poradni specjalistycznej lekarz wydaje pacjentowi kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego w dniu 1 stycznia 2015 r. (lub później), rzeczywiście należy utrzymać termin wyznaczony dla rozpoczęcia leczenia. Pacjent z kartą diagnostyki i leczenia onkologicznego musi rozpocząć leczenie w ciągu 14 dni od wpisu na listę oczekujących w danym podmiocie prowadzącym szpital.

4.

Podstawa prawna

Wszystkie odpowiedzi przygotowane zostały na podstawie następujących aktów prawnych:

- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (z. późn. zm.) – Dz.U. 2004 nr 210 poz. 2135;
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (z. późn. zm.) – Dz.U. 2013 poz. 1248
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (z. późn. zm.) – Dz.U. 2013 poz. 1520;
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (z. późn. zm.) – Dz.U. 2013 poz. 1413;
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (z. późn. zm.) – Dz.U. 2010 nr 252 poz. 1697;
- Zarządzenie Nr 81/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 grudnia 2014 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne;
- Zarządzenie Nr 80/2014/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 grudnia 2014 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapii;
- Zarządzenie Nr 79/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 grudnia 2014 r. w sprawie określenia

- warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna;
- Zarządzenie Nr 86/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 17 grudnia 2014 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna.