

## **PYTANIA w wersji przesłanej przez Ś-ców.**

**W przypadku wątpliwości co do sensu bądź intencji autorzy pytań będą obecni na sali szkoleniowej.**

**Liczba pytań wynika jedynie z wielokrotnego powtarzania tej samej wątpliwości.**

1. Definicja „pacjent pierwszorazowy” - to taki, który nie był 2 lata w poradni u danego świadczeniodawcy czy we wszystkich poradniach w danym zakresie np. dermatologicznych w kraju?  
-Jeśli we wszystkich , to jak mamy to sprawdzić?

2. Czy przy poradzie pierwszorazowej musi być wykazana porada początkowa i czy porada początkowa i pierwszorazowa może zostać wykonana jednocześnie?

3. Czy są opisane niezbędne procedury jakie należy wykonać do rozliczenia pakietu onkologicznego czy o zakresie niezbędnych badań decyduje lekarz np. Czy samo wykonanie dermatoskopii i wysłanie pacjenta na zabieg operacyjny usunięcia czerniaka można rozliczyć z pakietu?

4. Czy będzie możliwość przesunięcia środków z puli pacjentów pierwszorazowych do pacjentów pozostających w leczeniu?

5. jak wykonać diagnostykę wstępną lub pogłębioną w danym nowotworze, gdzie jest ryczałtowo wyznaczona ilość punktów na tę diagnostykę ,a punkt ma określoną cenę .Z kosztów badań, które ma wykonać świadczeniodawca(świadczeniodawca ponosi koszt badań) wynika ,że koszty tych badań znacznie przekraczają przyznany ryczałt na daną diagnostykę.

Przykład – diagnostyka wstępna nowotworów klatki piersiowej-

koszt świadczeniodawcy- ok 810,00 zł

NFZ- zapłaci 71 punktów , czyli np.  $71 \times 9,2=653,20$  zł

**Kto ma pokryć różnicę ok 156,80 zł**

6. czy zlecone badania z grupy badań lekarza POZ (np. FT3, FT4) sprawozdawane komunikatem wpływają na zwiększenie stawki kapitałowej nie związane z zieloną kartą?

7. Jak sprawozdawać badania diagnostyczne wykonane w POZ we własnym zakresie. Czy badania w POZ będą wyliczane kwotowo czy ilościowo. Jeśli ilościowo to co będzie potwierdzeniem wykonania (dokumentacja medyczna)?

8. Czy badanie gastrokopii i kolonoskopii, na które lekarz POZ "może wystawić skierowanie" jest jak do tej pory tylko informacją, że lekarz POZ może kierować na tego typu badanie? tj. jeśli lekarz poz w przypadku podejrzenia ch.nowotworowej skieruje pacjenta na gastro czy kolonoskopię to kto wtedy za badanie płaci, czy przed wydaniem karty żeby zweryfikować swoje podejrzenia ,czy łącznie z kartą??

9. Na jakiej zasadzie możemy być wykonawcą np. badania spirometrii dla innych POZ - jakie warunki musimy spełnić ?

10. Czy kolonoskopia w ramach szpitala Chirurgii jednego dnia może być wykonywana na zlecenie lekarza w ramach pakietu onkologicznego poza limitem na wykonanie takich badań?

11. Czy w leczeniu szpitalnym chirurgia leczenia jednego dnia można realizować pakiet onkologiczny?

12. Kiedy lekarz wystawia zieloną kartę tj. lekarz poz PRZYNAJMNIJ W PRZYPADKU podejrzenia a lekarz aos w przypadku stwierdzenia ? intencją pytania jest wyjaśnienie sytuacji kiedy lekarz poz ma pewność a nie tylko podejrzenia.

Czy lekarz onkolog ma prawo wystawić zieloną kartę ? są pacjenci,którzy mają wykonane badania poza systemem i postawioną diagnozę i czy oni również muszą się zgłaszać do poz po zieloną kartę ?

13. Czy jakieś przepisy wykonawcze regulują sposób postępowania opisany w Ustawie dotyczący wymogu dostarczania skierowań w terminie 14 dni od daty zarejestrowania w kolejce oczekujących? Co w sytuacji kiedy pacjent nie doniesie oryginału skierowania, czy wtedy jest usuwany z kolejki oczekujących ?

14. W związku z różną interpretacją proszę o wyjaśnienie czy każdy pacjent, który w roku 2014r. został zarejestrowany do okulisty bądź dermatologa na termin w roku 2015r. powinien być przyjęty bez wydanego skierowania. Specjaliści twierdzą, że tylko Ci, którzy zostali wpisani na listę jako pacjenci pierwszorazowi. Co robić z pacjentami, którzy są w trakcie leczenia od 2014r. i mają wyznaczone wizyty na 2015?

15. Kto ponosi koszt badań typu tomografia czy rezonans magnetyczny, na które został skierowany pacjent w ramach karty onkologicznej w przypadku wykluczenia choroby nowotworowej ?

16. Czy w przypadku niepotwierdzenia choroby nowotworowej w trakcie przyspieszonej ścieżki onkologicznej zostanie zapłacona porada obejmująca diagnostykę onkologiczną ?
17. Czy zasadne jest odsyłanie pacjentów ze zdiagnozowaną chorobą nowotworową do lekarza poz w celu wystawienia karty pacjenta onkologicznego ?
18. czy pacjent chcący zmienić poradnię w danym zakresie w trakcie leczenia musi otrzymać oryginał skierowania z poradni, do której chodził, czy to lekarz poz musi mu wystawić kolejne skierowanie ?
19. czy gastroscopia i kolonoskopia, na którą kieruje lekarz poz jest opłacana ze stawki kapitacyjnej poz, czy nadal pozostaje badaniem współfinansowanym przez nfz ?
20. czy zasadne jest odsyłanie pacjentów przez lekarza specjalistę do poz w celu wykonywania badań kontrolnych, które są w zakresie poz, ale potrzebne do monitorowania leczenia specjalistycznego ?
21. Czy obowiązkiem poradni jest zapewnienie pacjentowi możliwości rejestracji do poradni w formie elektronicznej zgodnie z ustawą (Ustawa z d. 22.07.2014 o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – art. 23 a, ust.1, Dz. Ustaw 2014 poz. 1138)?

#### **PYTANIA SZCZEGÓŁOWE:**

##### **1. Rejestracja wydawania karty DiLO**

###### **Krok 3 AOS**

Wg. instrukcji przed wydaniem karty powinniśmy potwierdzić chorobę nowotworową- nowotwór złośliwy. W większości wypadków do rozpoznania i potwierdzenia Ca konieczne są nie tylko badania obrazowe ,ale także badanie hist.-pat.- co wiąże się z zabiegiem operacyjnym.

W jaki sposób ma to wykonać lekarz AOS?

Przykład- schorzenia jamy brzusznej:

-rozpoznanie wstępne można postawić na podstawie badania USG lub dokładniejsze na podstawie

TK,ale i tak lekarz AOS nie może na tej podstawie określić w 100 % czy nowotwór jest złośliwy.

Badania w/w wykonano przed wydaniem karty DiLO i nie mogą one być rozliczone w ramach „pakietu onkologicznego”. Co ma rozliczyć lekarz AOS?

Porada W44 i W15 są swoimi odpowiednikami. Przy innych poradach tego typu podpisane są takie same procedury. W poradzie W44 brak procedur z listy W16. W wyniku tego na

poradzie pierwszorazowej nie można wykonać badania mikroskopowego? Przeoczenie, czy celowe działanie?

2. Poradnia okulistyczna - czy pacjent pozostający do tej pory pod stałą opieką poradni okulistycznej z powodu choroby przewlekłej np. jaskry musi dostarczyć skierowanie do poradni celem dalszego leczenia? Czy pacjent będący pod opieką poradni okulistycznej z powodu jednej jednostki chorobowej przynosi nowe skierowanie w przypadku innego rozpoznania? Przykład: jaskra – na kolejnej wizycie konieczność doboru nowych szkieł korekcyjnych

3. Wizyty „pierwszorazowe” - czy pacjent który odbył wizytę w naszej poradni dawniej niż przed 730 dniami musi dostarczyć nowe skierowanie na wizytę pierwszorazową?

4. Jak będzie rozliczana wizyta pacjenta pierwszorazowego, który po otrzymaniu skierowania na badania diagnostyczne i wykonaniu ich nie pojawi się na wizycie kontrolnej (czy będzie to wizyta nierozliczona czyli bezpłatna dla poradni)?

5. Pakiet onkologiczny w AOS - kto pokrywa koszty diagnostyki onkologicznej w przypadku nie dotrzymania terminów diagnostyki wstępnej lub pogłębionej z winy pacjenta?

6. kto ponosi koszty badań takich jak TK, MRI lub PET zlecanych przez specjalistę w ramach pakietu onkologicznego?

7. Pacjenci zapisani w 2014r. do kolejki oczekujących do specjalistów - z wyznaczonym terminem przyjęcia np. za pół roku - powinni dostarczyć oryginały skierowań już teraz?

8. Od 1.01.2015r. ustawa mówi, że w ciągu 14 dni pacjent powinien dostarczyć oryginał skierowania - jeśli to zeszłoroczne to jaki termin wyznaczyć?

9. Jakim kodem rozliczyć świadczenie udzielone pacjentowi pierwszorazowemu, który zgłasza się do poradni z kompletem wyników badań, nie wymaga dalszej diagnostyki ale jest to wizyta czasochłonna (wywiad, analiza wyników badań) porada jest zakończona podjęciem decyzji diagnostycznej i terapeutycznej?

10. Czy pomimo, że w trakcie wizyty początkowej wykonamy pacjentowi diagnostykę w poradni (audiometrię, testy alergiczne, spirometrię, bronchoskopię) to za pierwszą wizytę u pacjenta pierwszorazowego nie otrzymamy pieniędzy (będzie to wizyta za 0 pkt.)? 11. Czy można wykonać i rozliczyć poradę specjalistyczną pierwszorazową bez wykonania porady początkowej (w lub czy można wykonać poradę początkową i specjalistyczną pierwszorazową w tym samym dniu i czy w takiej sytuacji NFZ zapłaci za poradę specjalistyczną pierwszorazową wg wyceny?). 11. Opis przypadku: pacjent wychodzi z kartą DILO z poradni specjalistycznej (rozpoznanie nowotwór złośliwy), ma przeprowadzone konsylium w szpitalu - ustalona ścieżka leczenia i wykonany zabieg operacyjny. Okazuje się, że nowotwór nie był złośliwy. Czy NFZ zapłaci za wykonane konsylium szpitalowi? (zabieg takiego pacjenta jest rozliczany w ramach podstawowego zakresu umowy).

11. Co ma zrobić lekarz w poradni specjalistycznej jeśli trafia do niego pacjent bez karty onkologicznej, a z przyczyn medycznych nie można wykonać badań potwierdzających złośliwość nowotworu w warunkach ambulatoryjnych (np. guzy mózgu, trzustki itp.) a bez potwierdzonego rozpoznania nowotworu złośliwego nie może wystawić karty DILO.

12. Czy lekarz ma wystawić pacjentowi "normalne" skierowanie do szpitala (istnieje ryzyko, że pacjent utknie w kolejce oczekujących na przyjęcie do oddziału) czy odesłać pacjenta do lekarza POZ, który może wystawić kartę na podstawie podejrzenia nowotworu złośliwego?

13. Czy jeśli pacjent trafi do specjalisty z kartą, wystawioną przez lekarza POZ, to lekarz specjalista, po dopisaniu swojej części, ponownie drukuje całą kartę i daje ją pacjentowi (co z kartą, którą wystawił lekarz POZ), czy ręcznie uzupełnia kartę wystawioną przez lekarza POZ i równocześnie nanosi zmiany do Karty w systemie elektronicznym?

14. Czy wstępna diagnostyka onkologiczna w AOS jest wyłącznie dedykowana dla pacjentów, którzy przyszedli do poradni z wystawioną już kartą DILO i wstępnym rozpoznaniem (np. z POZ) czy również dla pacjentów, którzy przyjdą do poradni bez karty DILO, a którym zostanie wykonana wstępna diagnostyka onkologiczna i zostanie potwierdzony lub wykluczony nowotwór złośliwy. Czy lekarz AOS w ramach wstępnej diagnostyki onkologicznej może wystawić kartę onkologiczną na podstawie podejrzenia nowotworu złośliwego. Z poważaniem

15. czy porada pierwszorazowa jest dla jednego określonego rozpoznania i do tej samej poradni można przyjść kolejny raz - z innym rozpoznaniem (innym problemem zdrowotnym) - w terminie krótszym, niż 730 dni (i znów sprawozdać świadczenie pierwszorazowe w okresie krótszym, niż 730 dni)?

16. czy świadczenia specjalistyczne pierwszorazowe w odstępie 730 dni liczy się od 01.01.2015, czy w stosunku do poprzednich 730 dni?

17. poradnia alergologiczna, pacjent pierwszorazowy pierwsza jest wizyta początkowa z wykonaniem spirometrii na kolejną wizytę pacjent wraca z testami skórnymi/dwa panele/czy na wizycie

początkowej możemy wbić część procedur a na kolejnej pozostałe, czy pierwsza powinna być tylko początkowa z wywiadem a wykazie procedur wykonanych u pacjenta na kolejnej wizycie?

- co w sytuacji kiedy lekarz poz w czasie 12 m-cy nie wystawi 30 kart DILO, bo akurat będzie trafiała do Niego taka populacja pacjentów, że nie będzie konieczności wystawiania kart i stawiania rozpoznań nowotworowych, czy taki lekarz również straci prawo do wystawiania kart i będzie musiał je odnowić specjalistycznym szkoleniem?

18. w trakcie zabiegu operacyjnego u pacjenta stwierdzono nowotwór (nie był do szpitala skierowany jako pacjent onkologiczny), wynik badania histopatologicznego-guza będzie dostępny za około 2 tygodnie. Czy w takiej sytuacji można "zawiesić" rozliczenie hospitalizacji do czasu otrzymania wyniku badania hist-pat. potwierdzającego lub wykluczającego nowotwór złośliwy (chodzi o to aby nie dokonywać korekty świadczenia, które bez wyniku hist-pat będzie świadczeniem rozliczonym w ramach zakresu podstawowego umowy, a w przypadku potwierdzenia nowotworu złośliwego - trzeba będzie dokonać korekty i rozliczyć świadczenie w ramach pakietu onkologicznego).

19. Pacjenci zapisani w 2014r. do kolejki oczekujących do specjalistów, badania endoskopowe i planowe przyjęcia do oddz. Chirurg.- z wyznaczonym terminem przyjęcia np.za pół roku powinni dostarczyć oryginały skierowań już teraz?

20. Jeśli tak jak wyżej pytam czy powinniśmy wydzwonić pacjentów prosząc o dostarczenie bądź dostanie oryginału skierowania i przechowywać je do czasu wizyty lub planowanego zabiegu?

21. Od 1.01.2015r ustawa mówi, że w ciągu 14 dni pacjent powinien dostarczyć oryginał skierowania- jeśli to zeszłoroczne to jaki termin wyznaczyć?

22. Jeśli wizyta w poradni np.chirurgicznej jest w krótszym terminie niż 14 dni jest konieczne zabranie skierowania?

23. Czy jeśli pacjent nie dostarczy nam skierowania do 14 dni to automatycznie jest usuwany z listy oczekujących? Czy recepcja wtedy usuwa pacjenta z listy?

24. Co z tymi pacjentami , którzy już 7 stycznia byli u nas , a w dniach 2, 5 stycznia już złożyli deklarację do innego świadczeniodawcy . Na naszych listach nie ma jeszcze zmiany , ich deklaracje są nadal aktywne i może być tak że są złożone nowe deklaracje u innego świadczeniodawcy a świadczenia są udziałne nadal u nas . Zmiany będą widoczne dopiero po wysyłce i weryfikacji styczniowej .

25. Dlaczego tak późno udostępniane są co roku elektroniczne wersje umów w AOS i STM , mimo , że aneks i ugoda była zawierana w listopadzie .

26. Co z przepisami , które stanowiły , że do okulisty i dermatologa , pacjenci objęci stałą opieką i ci którzy zarejestrowali się w roku 2014 nie będą musieli dostarczać skierowań od lekarza POZ . Czy taka informacja była świadczeniodawcom w tym zakresie przekazana i w jakiej formie , chodzi mi o instrukcje postępowania . Z tych kilku pierwszych dni przyjęć pacjentów , wynika że te poradnie żądają od wszystkich swoich pacjentów skierowania z POZ .

27. ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Potwierdzenie wykonania badania diagnostyki laboratoryjnej lub diagnostyki obrazowej i nieobrazowej u świadczeniodawcy realizującego umowę o udzielanie świadczeń lekarza poz stanowi dokonanie jego opisu w dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy oraz specyfikacja do faktury wystawionej świadczeniodawcy przez podwykonawcę badania, w której wyszczególnione jest dane badanie albo wpis w rejestrze badań wykonywanych we własnym zakresie.” - co oznacza ta specyfikacja do faktury i gdzie ona ma być sprawozdana, wykazana? czy ten zapis został anulowany, czy jest obowiązujący i co w realu oznacza?

28. Które kody z ICD 10 będzie można rozliczać jako punkty onkologiczne w poradniach specjalistycznych? Czy tylko rozpoczynające się od litery C, czy też np. od litery D.

29. dotyczy aos: jak rozliczyć JGP w przypadku badań zleconych w roku ubiegłym, wykonanych w 2015 - pacjenta zgłasza się z wynikami w 2015, a zmieniły się wymagania, była jedna procedura EMG, obecnie są konieczne 2 żeby rozliczyć świadczenie W13.

30. Wartość umowy na 2015 rok w rodzaju AOS, w zakresie świadczenia chirurgii ogólnej – zakres skojarzony z 02.1500.001.02 wynosi 34,97% wartości umowy obowiązującej w 2014 r. Pozostała wartość tj. 65,3% została przesunięta do zakresu świadczenia w zakresie chirurgii ogólnej-swiadczenia diagnostyki onkologicznej.

***Co z pacjentami wymagającymi świadczeń z tego zakresu, a nie kwalifikującymi się do zakresu świadczenia diagnostyki onkologicznej.***

31. Świadczenia diagnostyki onkologicznej – badania kosztochłonne typu: tk, rezonans itp. z tego zakresu finansuje świadczeniodawca, (a nie jak do tej pory NFZ) co bardzo podnosi koszt realizacji umów, natomiast wartość umów w porównaniu do roku 2014 nie uległa zwiększeniu. Może to doprowadzić do sytuacji, w której świadczeniodawcy nie będzie stać na realizację umów na takich warunkach.

32. Czy ma znaczenie jednostka chorobowa na skierowaniu do specjalisty. Czy interpretacja, że definicja porady pierwszorazowej mówi o tym, że nie ma znaczenia z czym Pacjent był w danej poradni, lecz czy w ogóle był gdziekolwiek w ciągu 730 dni? Jeżeli tak, to jakie mamy narzędzia do sprawdzenia wiarygodności pacjenta, że rzeczywiście nigdzie nie był przez wymagany czas.

33. Czy Pacjent z innego województwa również musi być weryfikowany w powyższy sposób?

34. Czy będą przesunięcia limitów pomiędzy poradami pierwszorazowymi i kolejnymi?

35. Co zrobić z pacjentem, który nie może się dostać do danej poradni z powodu odległych limitów na kolejną poradę, a musi on się dostać do leczącego go specjalisty w celu np. modyfikacji leczenia?

36. Załącznik 5 c zarządzenie 79/2014/DSOZ

a) Jak będą rozliczne wizyty za podaną wartość punktową /kol.4/ - ile procedur (badań diagnostycznych należy wykonać na podaną wartość punktową) ?

b) Czy te same procedury (badania) są w diagnostyce wstępnej i w pogłębionej.

37. Czy lekarz AOS może wydać kartę DIL0 Pacjentowi już rozpoznanej odnośnie choroby nowotworowej w 2014 r., czy tylko lekarz szpitalny ma możliwość.

38. Definicja pacjenta pierwszorazowego – jak przy braku dostępu do ogólnopolskiej bazy świadczeń monitorować czy pacjent nie był w danym zakresie w ciągu poprzedzających wizytę 730 dni? Zapis dotyczy zakresu ogólnie czy zakresu u danego świadczeniodawcy – jaka interpretacja?

39. Czy ryczałt przeznaczony na diagnozowanie pacjenta w ramach pakietu onkologicznego jest rozliczany bez względu na to jaki pakiet badań wykonano przy diagnozie określonego nowotworu? A co jeżeli koszty badań przekroczą wycenę ryczałtową?

40. Skojarzony zakres świadczeń – w zarządzeniu jest określenie, że skojarzony zakres świadczeń posiada w umowie wyodrębnioną kwotę przeznaczoną wyłącznie na jego finansowanie – czy to oznacza, że niemożliwe będzie ewentualne przesunięcie środków pomiędzy tymi zakresami, oczywiście poza onkologicznymi, które mają być poza limitem?

41. Rozporządzenie ministra zdrowia „świadczenia gwarantowane” w AOS nie zawierają w panelu diagnostycznym do porady badania PET. Czy musimy zawierać teraz umowy podwykonawcze na bardzo kosztowny PET, a także RM i TK, które w ramach pakietu będziemy musieli sfinansować? Czy ceny ustalane przez podmioty wykonujące te badanie mogą być przez nich ustalane dowolne, czy też zgodne z wyceną punktową tych procedur ustaloną przez NFZ przy badaniach kosztochłonnych.

42. załącznik 3a do zarządzenia – czy bezwzględnie wszystkie jego zapisy obowiązują również podmioty mające w tej chwili umowy wieloletnie czy tylko te, które przystępują do konkursu. Np. zapis „gabinet zabiegowy 100 % czasu poradni”, przy onkologicznych pakietach umowa podwykonawcza na PET, RM i TK do wielu zakresów. Jeżeli tak, to czy należy te umowy podwykonawcze poddawać wnioskami aneksowymi do wszystkich poradni, przy których są wykazane wg zał. 3a?

Zagadnienia:

**1. Dotyczy załącznika 5 c pakiety onkologiczne:**

Nie uwzględniono **diagnostyki pogłębionej** nowotworów jądra. Są jedynie w wykazie diagnostyki wstępnej ( za 12 punktów ) co praktycznie nie wystarcza na wykonanie markerów nowotworowych ! Brak zatem wykonania stagingu czyli oceny zaawansowania choroby z uwzględnieniem badania TK co najmniej 2 okolic ciała ( brzucha i miednicy ) a czasem także TK klatki piersiowej, scyntygrafii kości i MRI głowy.

2. Podobnie brak pakietu dla diagnostyki pogłębionej raka jajnika !

3. Brak diagnostyki wstępnej i pogłębionej dla mięsaków !

4. Ponadto zwracamy uwagę, że WARTOŚĆ przypisana do jednorodnych grup chorób w diagnostyce wstępnej i pogłębionej jest ZBYT NISKA, by zgodnie z najlepszą wiedzą lekarską prowadzić diagnostykę i ustalić zaawansowanie choroby.

**5. Jak rozumiemy w żadnym z pakietów nie mieści się wycena np. PET – pomimo iż to badanie jest w karcie DILO.**

6.

Czy pacjent przestaje być pacjentem pierwszorazowym , jeżeli kiedykolwiek

był w danej poradni specjalistycznej niezależnie od schorzenia jakie było

leczone. Konkretnie czy np pacjent leczący się pół roku temu w por

neurologicznej z powodu bólów głowy z postawionym rozpoznaniem migrena i

zgłaszający się ponownie do tej poradni z podejrzeniem kanału cieśni

nadgarstka jest pacjentem pierwszorazowym czy już nie.