

W dniu 22.01.2015 z inicjatywy ZPOZDŚ odbyło się spotkanie w siedzibie DIL św-ów AOS z przedstawicielami NFZ. Poprzedzone było licznymi pytaniami nurtującymi lekarzy wysłanymi za pośrednictwem Związku do DOW NFZ. Brak precyzyjnych zapisów dotyczących pakietu onkologicznego i kolejny raz zmuszanie św-ów do podpisania umów zanim mogli się z nimi zapoznać, postawienie przed faktem dokonanym wywołało frustrację całego środowiska POZ, AOS i Szpitali. Realizacja zaproponowanego systemu opieki onkologicznej została wdrożona bez odpowiedniego przygotowania – tj. finansowania, organizacji i pilotażu. Świadczeniodawcy obawiają się głównie o podołanie nowym biurokratycznym obowiązkom, które będą zmuszani wykonywać kosztem czasu poświęcanego pacjentom. Poważne wątpliwości budzą niejasności dotyczące kompetencji i koordynacji placówek medycznych na poszczególnych poziomach opieki zdrowotnej, zapowiadane nielimitowane świadczenia mają w wielu przypadkach podlegać ograniczeniom i być rozliczane w ściśle określonych sytuacjach na podstawie tzw. karty DILO /diagnostyki i leczenia onkologicznego/. Stwierdzenie nowotworu złośliwego wg określonych numerów statystycznych ICD10 skutkuje umieszczeniem chorego w kolejce oczekujących i w ciągu 14 dni ma być rozpoczęty proces leczenia. To niewątpliwie pozytywna strona pakietu. Jeśli świadczenie z różnych przyczyn nie zostanie wykonane wg tych reguł lub nie rozpoznano nowotworu lub też stwierdzono jego postać niezłośliwą, rozliczenie nastąpi ze środków zakontraktowanych poza pakietem onkologicznym, wbrew zapowiedziom o nielimitowanych środkach na ten cel. W efekcie będzie to skutkowało nadwykonaniami i wydłużeniem kolejek do świadczeń specjalistycznych. Ze względu na fakt, że pakiet rozliczany jest na podstawie ryczałtu – wartości stałej, płatnik nie przewiduje i nie planuje finansować ewentualnych nadwykonań.

Limitowane świadczenia w AOS zostały inaczej nazwane. Pojawiła się kategoria świadczeń pierwszorazowych, specjalistycznych, onkologicznych, diagnostycznych i innych o ściśle określonej ilości, co oznacza, że w ramach świadczeń limitowanych pojawiły się dodatkowe limity. To niestety jest pomysł na ograniczenie dostępu do specjalistycznej opieki medycznej i oszczędności kosztem zdrowia pacjentów, z całą pewnością nie zmniejszy to kolejek do specjalistów.

Zdaniem świadczeniodawców mamy do czynienia z absurdalnym przeregulowaniem systemu. W efekcie może to skutkować przeniesieniem kosztów i odpowiedzialności za niepowodzenie na placówki medyczne. Nie wyjaśnione pozostały kwestie przesunięcia środków pomiędzy poszczególnymi rodzajami i zakresami świadczeń. Obowiązuje nadal system "prośby o zgodę", na którą Dyrektor OW NFZ może, ale nie musi się zgodzić.

Niepokój lekarzy wzbudziły niejasności rozliczeń w ramach pakietu onkologicznego. Koszty diagnostyki z grupy tzw. wysokokosztowej, które dotychczas były w gestii NFZ obecnie obciążą placówkę. Rozliczanie pakietu onkologicznego ma się odbywać w ramach ryczału, którego wysokość może nie wystarczyć na cały komplet badań przed i po leczeniu. Wszelkie wątpliwości w tym zakresie muszą zostać wyjaśnione. Jest to ukryta reglamentacja dostępu pacjentów do świadczeń, która może wpłynąć negatywnie na efektywność pakietu onkologicznego.

W kraju, w którym poziom profilaktyki, diagnostyki i leczenia chorób nowotworowych jest na szarym końcu państw UE, usunięcie ograniczeń dostępu do diagnostyki i nowoczesnego leczenia nowotworów to absolutna konieczność. Należy jednak pamiętać, że to wynik wielu lat zaniechań braku rzeczywistych długofalowych reform w ochronie zdrowia. Tym bardziej nie stać nas na fasadowe, oszczędnościowe reformy. Niewytłumaczalne jest utrzymanie finansowania opieki zdrowotnej na obecnym poziomie 640 dolarów na mieszkańca na rok, podczas kiedy w kraju o porównywalnym dla poziomu rozwoju cywilizacyjnego i gospodarczego wyrażonym w PKB, jakim są Czechy, kwota ta jest prawie dwukrotnie wyższa i sięga 1200 USD. Nie stosuje się tam limitów na świadczenia jak w Polsce. Najwyższą stawkę mają Norwegowie, - to kwota powyżej 7 tysięcy USD na mieszkańca. Nasz system jest jednym z najgorszych w Europie, zgodnie z rankingiem Euro Health Consumer Index, w dodatku jego stan stale się pogarsza. To zasługa braku systematycznej modernizacji i niekompetencji polityków odpowiedzialnych za opiekę zdrowotną. Nie należy dłużej udawać, że bezkosztowo można zwiększyć infrastrukturę onkologiczną o bardzo drogą technologię diagnostyczną, miejsca szpitalne i wykwalifikowany personel. Nikt, kto zaznał lub w przeszłości doświadczył koszmaru choroby nowotworowej u siebie czy swoich bliskich, nie ma wątpliwości, że pakiet wymaga odpowiednich nakładów.

Limitowanie świadczeń w zakresie chorób powodujących zagrożenie życia jest niemoralne i nie do przyjęcia. Społeczeństwa krajów o dynamicznym rozwoju cywilizacyjnym, do których należy Polska powinny zapewnić sobie poziom bezpieczeństwa zdrowotnego odpowiedni do świadomości, aspiracji i postępu medycyny. Niestety jesteśmy kolejny raz świadkiem działań pozornych z politycznych pobudek i dostosowanych do kalendarza wyborczego. Zamiast zapowiadanych efektów mogą przynieść chaos i rozczarowanie ciężko chorych pacjentów. Protest lekarzy Porozumienia Zielonogórskiego to wynik kryzysu zaufania do Państwa i jego struktur, do zenująco niskiego poziomu dialogu społecznego, w którym nie ma czasu i miejsca na konstruktywną debatę ze środowiskiem lekarskim. Jej miejsce zajmuje dyktat, szantaż i eskalacja

konfliktu. Warto przypomnieć decydom, że istotą demokracji jest spór i dążenie do konsensusu, a Państwo ma pełnić rolę służebną a nie władczą wobec obywateli.

W wyniku zorganizowanego spotkania z przedstawicielami NFZ, padło szereg pytań na które udało się uzyskać odpowiedź, część pytań pozostało bez odpowiedzi. Będziemy nadal dążyć niewyjaśnione dotąd aspekty pakietu onkologicznego, by uzyskać jednoznaczną wykładnię zarządzeń i obowiązujących przepisów.

W załączeniu znajduje się notatka ze spotkania z Przedstawicielami NFZ z dnia 22.01.2015 r. w formie zadawanych przez Państwa pytań i odpowiedzi NFZ.

PYTANIA – ODPOWIEDZI:

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?

ODP:

Definicja pacjenta pierwszorazowego wprost wynika z Zarządzenia Prezesa NFZ nr 79 z 2014r i odnosi się do zakresu świadczeń nie konkretnego Świadczeniodawcy. Pacjent pierwszorazowy to taki, który w ciągu poprzedzających 730 dni nie korzystał ze świadczeń w danym zakresie. Zakresy wskazane są w kolumnie 3 Załącznika 1a do ww. Zarządzenia.

Zarówno przepisy, jak i brak narzędzi umożliwiających weryfikację informacji podanych przez Pacjenta w czasie rejestracji, wskazują na konieczność sprawdzenia tylko własnego systemu rejestracyjnego / informatycznego.

Niektórzy świadczeniodawcy wprowadzili w swoich placówkach praktykę zbierania w tym zakresie oświadczeń od pacjentów, jednakże nie wynika to z żadnych przepisów prawa.

Pytanie do sformułowania na piśmie – czego możemy się spodziewać, w jakim momencie jeśli chodzi o wizyty pierwszorazowe.

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

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?).

ODP:

Porada początkowa ma charakter statystyczny i jest niezbędna do rozliczenia porady pierwszorazowej lub pakietu onkologicznego. Jest to pierwsze spotkanie z lekarzem które zakończy się rozliczeniem w postaci porady pierwszorazowej lub pakietu onkologicznego. Data tej porady stanowi „starter” terminów wskazanych przy rozliczaniu obu rodzajów porad. W przypadku porady pierwszorazowej, przy zachowaniu terminu zakończenia procesu diagnostycznego ciągu 42 dni możemy rozliczyć poradę wskaźnikiem 1,1 . W przypadku pakietu onkologicznego od daty porady początkowej biegą terminy wyznaczone np. na wykonanie zleconej diagnostyki czy zakończenie procesu diagnostycznego, a ich nie zachowanie skutkuje zastosowaniem stawki degresywnej pomniejszającej wartość pakietu rozliczeniowego.

Zarządzanie nie precyzuje jednak, że daty porady początkowej i pierwszorazowej nie mogą być takie same.

Przypadek: *Przychodzi pacjent do dermatologa, po upływie kilku lat, dermatolog wykonuje dermatoskopie, ogląda pacjenta, poświęca pacjentowi 30 minut, czy można rozliczyć obie wizyty jednocześnie? Początkową i pierwszorazową?*

ODP: *Obie te wizyty można wykonać jednocześnie. Co więcej, za te wizyty przysługuje finansowanie we współczynniku 1:1, bo nie jest przekroczony termin 42 dni.*

3.Czy są opisane niezbędne procedury jakie należy wykonać do rozliczenia pakietu onkologicznego czy o zakresie niezbędnych badań decyduje lekarz ?

ODP:

W Załączniku nr 5c do Zarządzenia Prezesa NFZ nr 79 z 2014r. wskazany jest katalog procedur, które mogą być wykonane w ramach pakietu onkologicznego. Jednak to lekarz, w oparciu o swoją wiedzę medyczną i sztukę lekarską, decyduje które z tych procedur wybierze w procesie diagnostyki wstępnej lub pogłębionej.

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

ODP:

Zmiany możliwe są tylko po uzyskaniu indywidualnej zgody Dyrektora DOW NFZ. Paragraf 21 „Ogólnych warunków umów” dopuszcza przesuwanie środków pomiędzy „zwykłymi” zakresami świadczeń i wnioski takie można składać po zakończeniu każdego kwartału. Jeżeli chodzi o zakresy skojarzone to w paragrafie 43 „Ogólnych warunków umów” istnieje zapis, że strony za

porozumieniem mogą dokonywać zmian w umowie. Składane wnioski będą rozpatrywane indywidualnie.

Należy wypracować ścieżkę postępowania w tej sprawie.

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 wynika, że koszty tych badań znacznie przekraczają przyznany ryczałt na daną diagnostykę.

ODP:

Świadczenia diagnostyczne rozliczane są ryczałtowo, a cechą ryczałtu jest to, że jest on wartością stałą i niezależnie czy poniesiony koszt jest wyższy czy niższy, kwota ryczałtu nie ulega zmianie.

Wysokość stawki ryczałtowej ustala Prezes stosownymi Zarządzeniami, a wszelkie wnioski oraz propozycje zmian stawek można zgłosić za pomocą specjalnej procedury na stronie internetowej centrali NFZ załączając specyfikację kosztową danego pakietu.

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

ODP:

Stawka kapitacyjna jest ryczałtem, dlatego ilość wykonywanych badań nie wpływa na wzrost stawki kapitacyjnej. Jediną możliwością podwyższenia stawki kapitacyjnej jest wybranie indywidualnej formy sprawozdawczości z wykonywanych badań diagnostycznych i osiągnięcie wskaźnika wykonania tych badań \geq wartości progowej określonej przez Fundusz.

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?)

Nie udało się uzyskać jednoznacznej odpowiedzi na to pytanie. Pracownicy Funduszu odsyłają do Ustawy o diagnostyce laboratoryjnej. Wyjaśnienia mamy otrzymać w późniejszym terminie.

8. Czy badanie gastrokopii i kolonoskopii, na które lekarz POZ "może wystawić skierowanie" jest finansowane przez lekarzy POZ w ramach stawki kapitacyjnej jeśli jest badaniem do karty DILO?

ODP:

Lekarz POZ kierując na badanie endoskopowe, wydaje skierowanie, a finansowanie odbywa się poprzez umowę ASDK (czyli jest finansowane przez Fundusz w ramach umowy o badania kosztochłonne)

W przypadku lekarza AOS:

Jeżeli Pacjent ma wystawioną kartę onkologiczną od lekarza POZ, a lekarz ten nie wykonał badania endoskopowego to lekarz AOS wystawia skierowanie na takie badanie a jego koszt pokrywany jest z pakietu onkologicznego – diagnostyka wstępna.

Jeśli lekarz AOS na badanie kieruje pacjenta bez „Zielonej Karty” to finansuje te badania z punktów przyznanych za poradę. Jeśli badanie potwierdzi nowotwór to dopiero diagnostyka pogłębiona finansowana jest z pakietów onkologicznych. Kwota wydana na badania endoskopowe przed stwierdzeniem nowotworu, w przypadku braku „Zielonej Karty” nie może być wydana z pakietów onkologicznych.

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

ODP:

Świadczeniodawca może być wykonawcą badań spirometrii dla innego podmiotu po spełnieniu warunków określonych przez standard medyczny. Standard ten określa jakim sprzętem, kto, z jakimi uprawnieniami czy kwalifikacjami może to badanie wykonać. Adresatem tego pytania jest nadzór specjalistyczny.

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?

ODP:

Chirurgia jednego dnia: Paragraf 4 a, w którym implementuje się zmieniające zarządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych, nie wymienia trybu leczenia chirurgii leczenia jednego dnia i również zarządzenie Prezesa nr 81, w którym wymienione są zapisy świadczeń dedykowanych pakietem onkologicznym, nie obejmuje trybu leczenia chirurgii jednego dnia.

Wyodrębnione są pakiety onkologicznego realizowane w trybie hospitalizacji i hospitalizacji jednego dnia. Zatem finansowanie i rozliczanie kolonoskopii w chirurgii jednego dnia odbywa się na dotychczasowych zasadach.

12. Kiedy lekarz wystawia zieloną kartę tj. lekarz poz PRZYNAJMNIEJ 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?

ODP:

Lekarz POZ wystawia zielona kartę w przypadku podejrzenia choroby nowotworowej, a lekarz AOS w przypadku stwierdzenia choroby nowotworowej. Lekarz specjalista może wystawić zieloną kartę tylko wtedy kiedy ma pewność choroby nowotworowej. Jeżeli lekarz POZ ma pewność choroby nowotworowej, może wystawić od razu skierowanie do szpitala i pacjent wkracza na normalną ścieżkę onkologiczną.

Lekarz onkolog ma prawo wystawić zielona kartę.

Jeśli pacjent ma wykonane badania poza systemem i wykonaną diagnozę to POZ traci atrybut podejrzenia, w związku z tym nie ma powodu, żeby tacy pacjenci byli cofani do POZ.

Przypadek: Co w przypadku, jeśli przychodzi pacjent bez zielonej karty, a w warunkach AOS nie jesteśmy stanie wykonać jakiegoś badania np. histopatologicznego? Czy można takiemu pacjentowi wystawić kartę DILO, aby mógł szybciej zrobić to badanie? Ma wrócić do lekarza POZ?

ODP: Jeżeli stan kliniczny tego wymaga, należy skierować go do szpitala, jeżeli jego stan kliniczny nie wymaga hospitalizacji – pacjent taki trafia w normalną ścieżkę oczekiwania na badanie.

Przypadek: Co w przypadku jeśli z USG wynika jednoznacznie, że pacjent ma guz pęcherza moczowego?

ODP: Wystawia się takiemu pacjentowi skierowanie do szpitala. Jeżeli jest tylko podejrzenie takiego nowotworu - wystawia się takiemu pacjentowi kartę DILO. Przy czym karta DILO jest nie jest równoważna ze skierowaniem do szpitala, karta z POZ jest kartą kierującą do lekarza AOS, natomiast wystawiona zielona karta z AOS jest skierowaniem do szpitala.

Przypadek: Co w przypadku jeśli pacjent zrobił sobie prywatnie badania? Gdzie ma się udać z takim kompletem badań? Do lekarza POZ czy lekarza AOS?

ODP: Taki pacjent powinien najpierw zgłosić się do lekarza POZ, ponieważ do lekarzy specjalistów i tak potrzebuje skierowanie. Innym rozwiązaniem jest zgłoszenie się od razu do onkologa – tu nie potrzebuje skierowania. Jeżeli onkolog stwierdzi schorzenie nowotworowe mieszczące się w puli ICD10, które są dedykowane pakietowi onkologicznemu, może wystawić

kartę DILO i zrobić diagnostykę pogłębioną – diagnostyka ta będzie rozliczana z pakietu onkologicznego przez onkologa.

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 ?

ODP:

Ustawa określa, że dopuszczalne jest wpisanie w kolejkę oczekujących bez skierowania (np. telefonicznie), ale pacjent zobligowany jest do dostarczenia takiego oryginału dokumentu (skierowania) w ciągu 14 dni roboczych. Ustawa także mówi o kodeksie postępowania cywilnego m.in. o możliwości skreślenia z listy oczekujących, jeżeli nie zostanie dostarczone takie skierowanie.

Prośba do NFZ – wydanie instrukcji postępowania dla pacjentów, którzy chcą się zapisać do lekarza specjalisty, zawierająca jego obowiązki oraz przypominająca o wszelkich obostrzeniach, terminach itd.

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?

ODP:

Każdy pacjent który zapisał się do lekarza dermatologa lub specjalisty w roku 2014 nie potrzebuje skierowania.

Pacjenci, którzy są w trakcie leczenia i znajdują się w związku z tym pod opieką Poradni Specjalistycznej nie potrzebują nowych skierowań. Skierowanie jest ważne do chwili zakończenia procesu leczenia.

Jednakże jeżeli pacjent leczy się u lekarza specjalisty np. od 2010 roku, ale za każdym razem przychodzi z inną chorobą, to musimy to rozpatrywać jako kolejne zdarzenie medyczne, dlatego za każdym razem niezbędne będzie skierowanie (skierowanie jako celowany dokument). Pacjent taki nie jest jednak pacjentem pierwszorazowym.

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 ?

ODP:

W przypadku gdy do gabinetu trafia pacjent z kartą onkologiczną wszystko co zostanie zlecone w oparciu o te kartę płacone jest z pakietu onkologicznego wstępnego bądź pogłębionego (niezależnie od wyniku – czy potwierdzi się nowotwór czy nie).

Są dwa kryteria brzegowe, żeby się rozliczać kartą DILO: pacjent musi mieć uprzednio wystawioną kartę DILO, lekarz musi wykonać czynności diagnostyczne wskazane przy pakietach onkologicznych wymienione w Załączniku 5 c, niezależnie od tego jaki będzie ich wynik.

17. Czy zasadne jest odsyłanie pacjentów ze zdiagnozowaną chorobą nowotworową do lekarza poz w celu wystawienia karty pacjenta onkologicznego?

ODP:

Nie jest zasadne.

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?

ODP:

Jeżeli pacjent rezygnuje z konkretnego lekarza AOS (z własnej woli) to nie musimy wypisywać mu skierowania do innego specjalisty z tego samego zakresu (możemy ale nie musimy). Możemy wydać mu także kopie dokumentacji medycznej, jednakże to są przypadki do indywidualnego rozpatrzenia.

Ustawa wskazuje kiedy pacjentowi się należy oddać skierowanie – jest to jedynie w przypadku gdy rezygnuje on z kolejki oczekujących. W powyższym przypadku pacjentowi potrzebne będzie nowe skierowanie, które może wystawić każdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego (w tym POZ).

19. Czy gastroscopia i kolonoskopia, na którą kieruje lekarz poz jest opłacana ze stawki kapitacyjnej poz, czy nadal pozostaje badaniem współfinansowanym przez NFZ ?

ODP:

Jest to badanie w całości finansowane przez NFZ w ramach umowy AOS zawartych na świadczenia kosztochłonne.

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?

ODP:

„Ogólne warunki umów” regulują zasady współpracy pomiędzy pionem podstawowego leczenia a pionem specjalistycznym. Jest tam napisane, że każdy wykonuje takie badania, w takiej ilości jakie potrzebuje. Nie ma tam zapisu, że lekarz AOS może wymagać od lekarza POZ, by ten zaopatrzył ich wspólnego pacjenta, w coś co jest potrzebne lekarzowi specjaliście. Badanie finansuje oraz wydaje na nie skierowanie ten kto korzysta z jego wyników.

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)?

ODP:

NFZ nie ma władzy, żeby zwalniać z ustawowych zobowiązań.

Świadczeniodawca powinien od 01.01.2015 roku umożliwić rejestrację internetową, obowiązek pełnej informatyzacji placówek jednak został przeniesiony na rok 2017.

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 podpięte 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?

ODP:

Można rozliczyć poradę wg JGP-ów.

W komunikacie NFZ z dnia 14 stycznia 2015 roku zostało postanowione na poziomie centralnym, że - w przypadku podejrzenia rozpoznania nowotworu w kierunku raka jajnika, jądra czy mózgu, gdzie niezbędnym jest wykonanie zabiegu, żeby potwierdzić ten typ nowotworu, wydaje się kartę DILO i pacjent zjawia się z tą kartą w szpitalu (szpital rozlicza się w tym przypadku z pakietu onkologicznego).

W tym konkretnym przypadku lekarz POZ musi wydać kartę DILO i skierowanie do szpitala, karta DILO w AOS jest równoznaczna ze skierowaniem do szpitala.

Na drugą część pytania Przedstawiciel NFZ chciałby udzielić indywidualnej, pisemnej odpowiedzi.

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.

ODP:

Pacjent pozostający pod stałą opieką nie musi dostarczyć skierowania. W przypadku innego rozpoznania – przynosi kolejne skierowanie.

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

ODP:

Jeżeli upłynęło 730 dni i pacjent nie był na żadnych wizytach kontrolnych to musi przynieść kolejne skierowanie. Jeżeli pacjent rezygnuje z ustalonego harmonogramu wizyt kontrolnych (nie wstawił się od 730 dni) to można uznać, że zrezygnował z leczenia i potrzebne jest kolejne skierowanie. To konkretne zdarzenie medyczne zostało zakończone. Skierowanie nie jest dożywotnie. Jeżeli stawiał się regularnie w celu kontynuacji leczenia to można korzystać z tego samego skierowania przez kilka lat.

Jeżeli pacjent przychodzi z nowym skierowaniem i nowym zdarzeniem medycznym przed upływem 730 dni to nie jest to pacjent pierwszorazowy.

Brak jest zapisów chroniących lekarza w przypadku, kiedy pacjent nie zgłaszał się na wizyty, a wnosi skargę, że lekarz nie chce go przyjąć bez skierowania.

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)?

ODP:

Temat wymagający głębszego rozważenia. Odpowiedź NFZ – i tak, i nie. Wizyta pierwszorazowa jest dla Świadczeniodawcy atrakcyjna z tego powodu, że jest wyżej wyceniona. Wizyt pierwszorazowych jest wiele ale i też trzeba włożyć w nie dużo pracy. To spotkanie z lekarzem można rozliczyć inną wizytą, przy czym pacjent traci ten atrybut pierwszorazowości, bo jego czas zaczyna biec od rozliczenia tej wizyty nie pierwszorazowej.

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

ODP:

Koszty diagnostyki są liczone z ryczałtu jaki NFZ płaci za pakiet onkologiczny, niedotrzymanie terminów z winy pacjenta stanowi sytuację indywidualną.

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

ODP:

Koszty badań takich jak TK, MRI lub PET zlecanych przez specjalistę w ramach pakietu onkologicznego ponosi specjalista i jest to refundowane przez pakietów diagnostycznych: diagnostyki wstępnej bądź diagnostyki pogłębionej.

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?

Przypadek: Pacjent zapisał się w październiku 2014 roku do specjalisty na marzec 2015 r. Czy powinien dostarczyć skierowanie?

ODP:

Obowiązek dostarczenia skierowania we wskazanym terminie wszedł w życie z dniem 01.01.2015 i jest on po stronie pacjenta.. Rozwiązaniem w takiej sytuacji jest zadzwonienie i powiedzenie takiemu pacjentowi o obowiązku dostarczenia skierowania pod rygorem skreślenia z listy pacjentów oczekujących.

Niestety brak jest przepisów przejściowych; NFZ zwróci się z pytaniem do Ministerstwa, odpowiedź pisemna w późniejszym terminie.

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?

ODP:

Z definicji świadczenia pierwszorazowego konieczne jest poniesienie pewnych kosztów w związanych ze zleceniem badań diagnostycznych, wydawanych na zewnątrz. Tutaj kosztów już nie ponosi się, dlatego można to uznać jako wizytę specjalistyczną, ale niekoniecznie pierwszorazową.

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.)? Jeżeli pacjent nie wróci do poradni, to co wtedy?

ODP:

Wykonana pacjentowi diagnostyka w poradni (audiometria, testy alergiczne, spirometria, bronchoskopia) uznawana jest jako wizyta początkowa, ponieważ inicjuje cały dalszy proces diagnostyczny. Sfinalizowanie finansowe tego procesu czyli wizyty początkowej i wizyty pierwszorazowej będzie miało miejsce przy rozliczaniu finału czyli wizyty pierwszorazowej.

Pytający ma świadomość, że zdarzenie ekonomiczno – medyczne jakim jest wizyta pierwszorazowa składa się z dwóch elementów: z wizyty początkowej i pierwszorazowej (te dwa elementy funkcjonują razem). W czasie spotkania z lekarzem, które odbyło się w terminie wizyty początkowej zostały wykonane w/w badania – za to rzeczywiście jest 0 punktów. Wizyta ta jest sprawozdawana, ale nie jest finansowana. Wspólne finansowanie zarówno wizyty początkowej i wizyty pierwszorazowej odbywa się po zakończeniu wizyty pierwszorazowej.

11. Opis przypadku: pacjent wychodzi z kartą DILO z poradni specjalistycznej (rozpoznanie nowotwór złośliwy), ma przeprowadzone konsylium w szpitalu - ustalona ścieżkę 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).

ODP:

Jeżeli okaże się, że nie był to nowotwór złośliwy, rozliczenie nastąpi standardowo w szpitalu (komunikat z 14.01.2015), gdzie zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych jest wymienione jakie świadczenia predysponują do rozliczenia z pakietu.

Przypadek: Po wykonaniu zabiegu, może nie potwierdzić się nowotwór złośliwy, potwierdzić to może tylko szczegółowe badanie histopatologiczne. Jednakże pewna ścieżka się odbędzie, zostanie zwołane konsylium, specjalistom, którzy przyjdą na to konsylium trzeba zapłacić, czy w tym momencie (jeśli nowotwór został wykluczony) możliwe jest sfinansowanie poniesionych kosztów z pakietu?

ODP: Z komunikatu z centrali NFZ wynika, że w w/w przypadku finansowanie odbywać się będzie z normalnego zakresu.

Przypadek: Jeżeli zjawi się pacjent w AOS u chirurga ortopedy i chirurg ten stwierdzi, że pacjentka ma schorzenie np. ginekologiczne to czy odsyła do POZ czy kieruje dalej? Mowa tu o „podejrzeniu” nowotworu.

ODP: Jeżeli ów chirurg (AOS) na jakiejś podstawie wysuwa takie wnioski to postępuje zgodnie z aktualnymi praktykami i zdrowym rozsądkiem. W tym przypadku kieruje pacjentkę do lekarza ginekologa oraz onkologa (nie ma skierowania).

11. Co ma zrobić lekarz w poradni specjalistycznej jeśli trafi 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.

ODP:

Jeżeli jest to stan kliniczny to lekarz kieruje pacjenta jak najszybciej do szpitala. W trzech przypadkach (guz mózgu, jajnika, jąder) zostanie rozliczone przez szpital z pakietu onkologicznego, natomiast w pozostałych – zgodnie z dotychczasowym sposobem rozliczania.

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?

ODP:

Jak wyżej. Zawsze można na skierowaniu dodać zapis „cito”. Bezzasadne jest kierowanie pacjenta z powrotem do lekarza POZ, ponieważ uzyskana karta DILO, kieruje pacjenta po raz kolejny do lekarza AOS, dlatego jedyną drogą jest skierowanie do szpitala.

Sala: *Jeśli ten pacjent wróciłby do lekarza POZ to można w trybie szybkim zrobić mu niezbędne badania. Jego stan ogólny jest dobry, więc bezsensowne jest zajmowanie miejsca w szpitalu.*

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?

ODP:

Niestety karta DILO nie jest dokumentacją medyczną. Na tym etapie – każdy z lekarzy (POZ i AOS) może wystawić swoją część. POZ może wydrukować swoją część i resztę dopisać ręcznie, AOS również może wydrukować swoją część i załączyć pacjentowi. Póki co nie ma możliwości zapisania w wersji elektronicznej wszystkich informacji zawartych w karcie. Brak możliwości zapisu całej informacji medycznej uwarunkowany jest brakiem zgody z Urzędu Ochrony Danych Osobowych na umieszczanie wszystkich informacji o pacjencie. Karta DILO jest własnością pacjenta, i na każdym etapie leczenia zostaje wydana pacjentowi. Dopiero, gdy pacjent jest leczony u danego Świadczeniodawcy, to karta pozostawiana jest u lekarza. U pozostałych lekarzy np. POZ w dokumentacji pozostawiane jest tylko ksero tej karty.

Przypadek: *Co jeśli pacjent zgubi kartę?*

ODP: *Powinien zgłosić się do Świadczeniodawcy, który ostatni miał ksero karty oraz wydał jej kolejną część i poprosić o ksero (za odpłatnością).*

Sala: *Czy karta musi być zielona?*

ODP: *Nie ma takiego obowiązku, to jest potoczne nazewnictwo, jest to karta diagnostyki i leczenia onkologicznego, a kolor zielony symbolizuje „Światło Zielone” dla tego pacjenta.*

Jedynie oznakowanie Przychodni musi być zielone – trzeba wyraźnie zaznaczyć, że w tej placówce pacjenci mogą liczyć na szybką terapię leczenia onkologicznego.

Wg Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 05.12.2014 r. - „paragraf 1 – określa się wzór karty diagnostyki leczenia onkologicznego stanowiący załącznik do Rozporządzenia, paragraf 2 – Rozporządzenie wchodzi z dniem 01.01.2015 r.”. W żadnym paragrafie nie ma mowy o kolorze.

Sala: *Czy jest konieczność wpisywania informacji do karty ręcznie?*

ODP: *Ze względu na Urząd Ochrony Danych Osobowych, pewne informacje trzeba wpisywać ręcznie, potwierdzić pieczętką. Karta DILO ma swój konkretny numer, jest rejestrowana w systemie, nie można go wydrukować lub skserować kilkanaście razy, żeby później z niego korzystać. Karta nie wpisana w rejestr, nie jest ewidencjonowana więc nie podlega rozliczeniu. Po unikatowym numerze możemy także odnaleźć dane pacjenta w systemie.*

Przypadek: *Pacjent ma wystawioną zieloną kartę i pojawia się u niego drugi nowotwór, co wtedy?*

ODP: *W takim przypadku wystawia się drugą kartę DILO. Wg Rozporządzenia, jeden pesel może mieć przypisane więcej niż jedną kartę onkologiczną. Karty te są skorelowane z Krajowym Rejestrem Onkologicznym, każde rozpoznanie jest unikatowe.*

Sala: *Co o ochronie danych osobowych mówi GIODO w kontekście skierowań do sanatoriów?*

Dlaczego tam można wpisywać stan zdrowia Pacjenta a w zielonej karcie nie?

ODP: *To jest pytanie do przedstawiciela GIODO.*

14. Czy wstępna diagnostyka onkologiczna w AOS jest wyłącznie dedykowana dla pacjentów, którzy przyszli 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.

ODP:

Tak, wstępna diagnostyka onkologiczna w AOS jest wyłącznie dedykowana dla pacjentów, którzy przyszli do poradni z wystawioną już kartą DILO. Karta DILO zaczyna swój żywot w POZ, do lekarza AOS przychodzi Pacjent z kartą DILO i rozpoczyna się wstępna diagnostyka. W przypadku poradni specjalistycznych, gdzie nie jest wymagane skierowanie (onkolog, ginekolog), a pacjent przychodzi bez karty, mimo że wykonana została wstępna diagnostyka onkologiczna, rozliczenie pochodzi z wizyt JGP w ramach AOS. Dopiero postawienie rozpoznania w wyniku tych czynności medycznych inicjuje założenie karty onkologicznej i finansowanie diagnostyki pogłębionego ryczałtem.

Lekarz AOS nie może wystawić karty onkologicznej na podstawie podejrzenia.

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 sprawozdawć świadczenie pierwszorazowe w okresie krótszym, niż 730 dni)?

ODP: *Odpowiedź została udzielona we wcześniejszych pytaniach.*

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

ODP:

Świadczenia specjalistyczne pierwszorazowe liczy się od daty 01.01.2015 - dwa lata do tyłu czyli liczymy od 2013 roku.

17. Poradnia alergologiczna, pacjent pierwszorazowy pierwsza jest wizyta początkowa z wykonanie 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?

ODP:

Wątek poruszony był już we wcześniejszych pytaniach. Dla przypomnienia – za początkową wizytę się nie płaci. Płaci się za komplet badań wykonanych łącznie z wizyty początkowej i pierwszorazowej, niezależnie od tego pod jaką datą zostaną te badania wykonane.

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).

ODP:

W przedstawionej sytuacji nie można zawiesić rozliczenia hospitalizacji. Pacjent wypisany do domu, powinien mieć w zaleceniach napisane, że ma się zgłosić po wynik his-pat. Jeśli his-pat potwierdził, że jest nowotwór złośliwy szpital wydaje kartę DILO i od tego rozpoczyna się ścieżka onkologiczna - w ciągu dwóch tygodni musi się zebrać konsylium, aby rozpocząć leczenie adekwatne do tego nowotworu i to co zostanie zrobione po wydaniu karty DILO może być finansowane z pakietu onkologicznego.

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

ODP: Wątek poruszony wcześniej, temat wyjaśniony.

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

ODP: Wątek poruszony wcześniej, temat wyjaśniony.

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

ODP: Wątek poruszony wcześniej, temat wyjaśniony.

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

ODP: Wątek poruszony wcześniej, temat wyjaśniony.

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?

ODP: Wątek poruszony wcześniej, temat wyjaśniony.

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 udzielane nadal u nas. Zmiany będą widoczne dopiero po wysyłce i weryfikacji styczniowej.

ODP: O tym gdzie złożona jest deklaracja decyduje pacjent.

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

ODP:

Aneks i umowa (w kontekście finansowym) – negocjacje w zakresie AOS zakończyły się 19.12.2014, natomiast do 31.12.2014 trwały negocjacje w AOS w związku z wejściem ostatecznej wersji Zarządzenia Prezesa, które wprowadzało do świadczeń onkologicznych hematologię itd. Nie jest prawdą, że aneks i ugoda zawierane były w listopadzie. Świadczeniodawcy którzy nie zgodzili się na warunki finansowe byli zapraszani na rozmowy i trwały negocjacje. Osoby, które napisały na protokole „Wyrażam zgodę” nie były zapraszane na rozmowy. W obecnej chwili wszystkie umowy AOS są na statusie kompletnym.

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 .

ODP: Wątek poruszony wcześniej, temat wyjaśniony.

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 sprawozdawana, wykazana? czy ten zapis został anulowany, czy jest obowiązujący i co w realu oznacza?

ODP:

Według definicji słownikowej specyfikacja jest to szczegółowe zestawienie jakiś danych.

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.

ODP:

Konieczne jest wskazanie zbioru rozpoznań, które kwalifikują do rozliczenia pakietem onkologicznym – zbiór ten zawarty jest w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia ws. wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego pozycja 1751 z 2014 roku – na stronie 8 tego Rozporządzenia wymienione są wszystkie rozpoznania z wyłączeniami.

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.

ODP:

Należy rozliczyć to zgodnie z charakterystyka grup i jeżeli nastąpiła zmiana charakterystyki grup to nie będzie możliwe rozliczanie na starych zasadach. Tak jest w katalogach szpitalnych, w charakterystykach i najwyraźniej zdarzyło się to w AOS.

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

ODP:

Podział środków na te pule pieniędzy odbywał się w oparciu o sprawozdawczość świadczeniodawców. Liczeni byli pacjenci po unikatowych peselach w ciągu około 2 lat jako pacjenci pierwszorazowi. Wątek poruszony wcześniej - dotyczy przesunięć między zakresami skojarzonymi.

Sala: Nie da się historycznie przelożyć liczby pacjentów... Może się zdarzyć, że nie wystarczy środków na pacjentów nie onkologicznych.

ODP: Odesłanie do ogólnych warunków umów. Nie ma innego sposobu na obliczenie tej wartości. Dział analiz liczy zdarzenia medyczne i nadal będzie to robił.

Sala: Pacjenci nieonkologiczni są w dużo gorszej sytuacji, zielone światło tylko dla Pacjentów onkologicznych

To pytanie powinno trafić do Rzecznika Praw Pacjenta z punktu widzenia obowiązującego prawa.

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.

ODP:

Świadczenia diagnostyki onkologicznej rozliczane są pakietem onkologicznym. Pakiety onkologiczne to taka forma zapłaty, która z jednej strony jest ryczałtem, ale z drugiej strony jest płacona za faktyczne wykonanie np. ginekolog za cytologię ma płacone za faktyczne wykonanie, nie ma tutaj żadnego limitu. Pakiet onkologiczny jest także świadczeniem nielimitowym. W związku z tym, nie będzie istniało pojęcie nadwykonania onkologiczne, ponieważ każdy pakiet, który zostanie prawidłowo wykonany i rozliczony, będzie zapłacony. W niektórych jednostkowych przypadkach może się zdarzyć, że cena diagnostyki nie pokryje całości zrobionych badań – pakiet rozliczany jest jednak, jak wyżej wspomniano, z ryczałtu, dlatego w ostatecznym rozrachunku wartość ta się uśrednia.

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.

ODP: Wątek poruszony wcześniej, temat wyjaśniony.

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

ODP: Wątek powiązany, temat wyjaśniony.

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

ODP: Odniesienie do ogólnych warunków umów.

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?

ODP:

Pacjent objęty leczeniem nie jest w kolejce. Lekarz wyznacza mu w planie kolejnej wizyty i pacjent przychodzi na te wizyty.

Sala: *Od tego roku, ze względu na zmiany dotyczące pakietu onkologicznego, mamy mniej miejsca dla swoich pacjentów.*

ODP: *Odesłanie do ogólnych warunków umów i przesunięć. Jest to pytanie dotyczące alokacji środków pomiędzy poszczególnymi pozycjami finansowymi.*

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.

ODP: *Na to pytanie padała odpowiedź wcześniej, kiedy mówiliśmy, że jest to kwestia nie wchodzenia w kompetencje lekarza.*

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

ODP:

Po postawieniu rozpoznania lekarz AOS nie prowadzi już Pacjenta, przekazuje go do dalszego leczenia (szpitala). Jeżeli zgłoszenie do Krajowego Rejestru Nowotworów nastąpiło w ubiegłym roku, to nie możemy wystawić teraz karty DILO. Daty powinny być skorelowane. Każdy z uczestników opieki zdrowotnej może wydać kartę DILO na swoim etapie, więc nie ma powodu, żeby szpital nie mógł wystawić takiej karty.

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?

ODP: *Wątek poruszony wcześniej, temat wyjaśniony.*

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?

ODP: *Wątek poruszony wcześniej, temat wyjaśniony. Zasada ryczałtu – wartość stała.*

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?

ODP: *Wątek poruszony wcześniej, temat wyjaśniony. Dotyczy przesunięć między zakresami skojarzonymi.*

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.

ODP:

Badania PET w świadczeniach gwarantowanych AOS występują. W Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu AOS, w wykazie procedur finansowanych ze środków publicznych w ramach świadczeń gwarantowanych – występuje PET. Nie jest prawdą, że świadczenia gwarantowane nie zawierają PET – u. Tak samo w Zarządzeniu Prezesa w wykazie procedur wymaganych do rozliczania pakietów onkologicznych PET również jest wymieniony. Na poziomie szczegółowym wskazane jest w jakich zakresach ma się to odbywać. W odniesieniu do konieczności zawierania umów o współpracy (zgodnie z Rozporządzeniem) - odpowiedź brzmi tak. Jednakże zasadność PET poszczególnych poradniach na poziomie AOS budzi sprzeciw, jest to na poziomie konsultantów krajowych. Jeśli chodzi o ceny – są to relacje rynkowe.

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?

ODP:

Wg Zarządzenia „Z dniem 31.12.2014 traci moc Zarządzenie nr 82” (czyli to które obowiązywało do końca ubiegłego roku), skoro poprzednie straciło moc to obowiązuje teraźniejsze dotyczące wszystkich realizatorów umów również umów wieloletnich. Kwestia „gabinet zabiegowy – 100 % czasu poradni”. Jest to element dodatkowo ceniony w ofertach, więc na pytanie czy on

obowiązuje czy nie, trzeba zajrzeć do swojej oferty jaką składało się w konkursie, zobaczyć jakich udzielono odpowiedzi ankietowych i jeżeli w odpowiedzi było udzielone „tak, mam 100% czasu” to za to dostali Państwo ekstra punkty, które rzutowały na ocenę oferty. W realizacji umowy trzeba się trzymać się tych deklaracji, które zostały zgłoszone. „Gabinet zabiegowy– 100% czasu poradni” nie jest to warunek obligatoryjny tylko dodatkowo oceniany, ale jeżeli już się to zgłosiło to trzeba tak świadczyć usługi aż do końca trwania umowy (zgodnie z ustawą – nie można tego zmienić).

43. W załączniku 5 c dotyczącym pakietów onkologicznych 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. Podobnie brak pakietu dla raka jajnika (diagnostyka pogłębiona) a także dla mięsaków (diagnostyka wstępna i pogłębiona). 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.

ODP:

Tak, niektóre nowotwory mają tylko diagnostykę wstępną. Komunikat z 14.01.2015 doprecyzowuje, że nowotwory – jajnika, mózgu i jader – kończą się na diagnostyce wstępnej.

Jeśli chodzi o wartości przypisane do JGP wspomniano wcześniej, że można zgłaszać uwagi dotyczące wyceny, łącznie z własnym kosztorysem rzutującym na to, że jakieś świadczenie drożej kosztuje niż wartość pakietu.

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

ODP:

W każdym pakiecie – nie, ale w iluś zrobionych pakietach tak - to jest to zasada ryczałtu.

DODATKOWE PYTANIA Z SALI:

PYTANIE: *Co w przypadku jeśli jesteśmy zapisani do okulisty lub dermatologa w 2014 roku i np. w styczniu, w dniu naszej wizyty, lekarz jest akurat na zwolnieniu lekarskim? Czy przepisujemy do innego, co ze skierowaniem?*

ODP: W/W pacjenci nie muszą mieć skierowania, pacjenci zapisują się do Podmiotu, a nie do konkretnego lekarza.

PYTANIE: Jak wyznaczyć pierwszy wolny termin w poradni AOS (nie chodzi o onkologię) w przypadku prowadzenia długoterminowych terapii (np. poradni logopedycznej, endokrynologicznej)?

ODP: Pytanie do zadania na wyższym szczeblu.

PYTANIE: Lekarze POZ będą niechętnie współpracować z AOS, ponieważ po 30 pacjencie trzeba odbyć dodatkowe szkolenie.

Pytanie do Rzecznika Praw Pacjenta – co zrobić z takim pacjentem o którym mowa powyżej

PYTANIE: Co w przypadku jeśli do lekarza POZ nie trafi w ciągu 12 miesięcy 30 pacjentów z podejrzeniem nowotworu?

ODP: Jest to pytanie dotyczące wskaźnika wykrywalności chorób nowotworowych – minimalna liczba kart branych pod uwagę to 30, statystyka w tym przypadku zaczyna się od 30 i tak musi pozostać.