



**SZYBKĄ
TERAPIĄ**
ONKOLOGICZNA

**Rozliczanie diagnostyki i leczenia
nowotworów w praktyce**
- poradnik dla placówek medycznych



Polskie
Towarzystwo
Koderów
Medycznych

Wydawca:



Polskie
Towarzystwo
Koderów
Medycznych

ul. Artwińskiego 3, 25-734 Kielce

REGON: 302053014, NIP: 7831689700

www.ptkm.org.pl, e-mail: zarzad@ptkm.org.pl

Opracowanie przygotowane przez ekspertów Polskiego Towarzystwa Koderów Medycznych pod redakcją: dr. n. o zdr. Michała Chrobota, według stanu prawnego na dzień 31 grudnia 2019 r.

ISBN: 978-83-957055-0-2. Wydanie I.

Egzemplarz bezpłatny. Nakład: 1000 egzemplarzy.

Wszelkie prawa zastrzeżone. Cytowanie fragmentów dozwolone pod warunkiem podania źródła.

Kielce 2020 r.

Spis treści

Wstęp	6
<i>dr n. o zdr. Michał Chrobot, mgr Bartosz Maleszczuk</i>	
Rozdział 1. Podejrzanie nowotworu w gabinecie lekarza POZ	9
<i>dr n. o zdr. Michał Chrobot</i>	
Rozdział 2. Diagnostyka wstępna	10
<i>dr n. med. Aleksandra Sierocka, mgr Bartosz Maleszczuk</i>	
Rozdział 3. Diagnostyka pogłębiona	15
<i>dr n. med. Aleksandra Sierocka, mgr Bartosz Maleszczuk</i>	
Rozdział 4. Zabieg diagnostyczno-leczniczy	19
<i>mgr Bartosz Maleszczuk</i>	
Rozdział 5. Konsylium	23
<i>mgr Renata Wachowicz</i>	
Rozdział 6. Leczenie zabiegowe	31
<i>mgr Renata Wachowicz</i>	
Rozdział 7. Leczenie teleradioterapią, brachyterapią, terapią izotopową	42
<i>mgr inż. Łukasz Fortuna</i>	
Rozdział 8. Leczenie w ramach onkologicznego programu lekowego	59
<i>mgr Joanna Tomasik</i>	
Rozdział 9. Leczenie chemioterapią	69
<i>mgr Joanna Tomasik</i>	
Rozdział 10. Leczenie w ramach ratunkowego dostępu do technologii lekowych	75
<i>dr n. o zdr. Michał Chrobot</i>	
Rozdział 11. Monitorowanie po leczeniu onkologicznym	78
<i>dr n. med. Erwin Strzesak, mgr Anna Krzemińska</i>	
Piśmiennictwo	82

Specjalne podziękowania składamy autorom niniejszego poradnika, tj.:

dr n. med. Aleksandrze Sierockiej,

dr n. med. Erwinowi Strzesakowi,

mgr Renacie Wachowicz,

mgr Joannie Tomasik,

mgr Annie Krzemińskiej,

mgr Bartoszowi Maleszczukowi,

mgr inż. Łukaszowi Fortunie,

dr n. o zdr. Michałowi Chrobotowi.

Poradnik powstał przy wsparciu Bristol-Myers Squibb



Bristol-Myers Squibb

Drodzy czytelnicy,

***pracownicy podmiotów leczniczych, realizujących pakiet onkologiczny,
polscy pacjenci,***

od wejścia w życie tzw. pakietu onkologicznego minęło już prawie 5 lat. W tym czasie mieliśmy do czynienia z kilkoma zmianami w przepisach oraz wytycznych NFZ, znacząco modyfikującymi wykonywanie świadczeń w ramach pakietu na poziomie praktycznym. Mimo to realizacja i rozliczanie w ramach pakietu onkologicznego nastręcza problemów placówkom ochrony zdrowia w Polsce, szczególnie mniejszym świadczeniodawcom, gdzie diagnostyka w ramach szybkiej ścieżki onkologicznej nie jest głównym zakresem działalności.

Dlatego też eksperci zrzeszeni w Polskim Towarzystwie Koderów Medycznych podjęli się przygotowania niniejszego opracowania, którego celem jest wskazanie wytycznych do realizacji świadczeń w pakiecie onkologicznym, zarówno tych opisanych w przepisach prawa, wytycznych Narodowego Funduszu Zdrowia, jak również własnych doświadczeń, nabytych podczas wieloletniej realizacji i rozliczania świadczeń związanych z diagnostyką i leczeniem onkologicznym.

Dodatkowo wyrażam nadzieję, że niniejsze opracowanie będzie dokumentem, z którego zapisów korzystać będą także polscy pacjenci, którym przepisy prawa gwarantują dostęp do diagnostyki i leczenia w terminach opisanych dla szybkiej ścieżki onkologicznej oraz leczenia w oparciu o kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego (kartę DiLO).

Życzę Państwu przyjemnej lektury i zapraszam do współpracy w ramach Naszego Stowarzyszenia!

dr n. o zdr. Michał Chrobot

Prezes Zarządu

Polskiego Towarzystwa Koderów Medycznych

Wstęp

dr n. o zdr. Michał Chrobot, mgr Bartosz Maleszczuk

Zmiany do systemu opieki onkologicznej w Polsce, potocznie zwane pakietem onkologicznym wprowadzono ustawą z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (z datą obowiązywania z dniem 1 stycznia 2015 r.). Była ona podstawą wprowadzenia rozporządzeń Ministra Zdrowia (MZ), tj.:

- zmiany rozporządzenia MZ w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej,
- zmiany rozporządzenia MZ w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej,
- zmiany rozporządzenia MZ w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego,
- zmiany rozporządzenia MZ w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców,
- rozporządzenia MZ w sprawie wskaźników rozpoznawania nowotworów,
- rozporządzenia MZ w sprawie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego.

Przepisy ogólne z w/w aktów prawnych zostały zaimplementowane do zarządzeń Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju:

- podstawowa opieka zdrowotna (POZ),
- ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS),
- leczenie szpitalne (SZP),
- leczenie szpitalne w zakresie chemioterapii (CHTH).

Głównymi założeniami pakietu onkologicznego były następujące zasady:

- dokumentem uprawniającym pacjenta do świadczeń realizowanych na zasadach określonych w pakiecie jest karta diagnostyki i leczenia onkologicznego (karta DiLO), która może być wydana w POZ, AOS i SZP;
- maksymalny czas prowadzenia diagnostyki nowotworów wynosi 7 tygodni;
- po zakończonej diagnostyce onkologicznej w danej placówce pacjent pozostaje w leczeniu u tego świadczeniodawcy lub kieruje się do placówki wykonującej leczenie (pacjent ma prawo wyboru placówki). Tamże wykonywane jest konsylium, podczas którego opracowywany jest indywidualny plan terapii;

- wielospecjalistyczny zespół terapeutyczny opracowuje indywidualny plan terapii, optymalny dla danego pacjenta, zgodny z aktualną wiedzą medyczną i zaleceniami postępowania;
- maksymalny czas na rozpoczęcie leczenia wynosi 14 dni od daty ustalenia planu leczenia;
- placówka prowadząca leczenie przydziela pacjentowi koordynatora, którego zadaniem jest m.in. praktyczna pomoc w realizacji ustalonej ścieżki leczenia;
- świadczenia z zakresu diagnostyki i leczenia onkologicznego mają być nielimitowane (w 100% finansowane przez NFZ);
- pacjent po zakończonym leczeniu onkologicznym powinien wrócić do dalszej kontroli (follow-up) w gabinecie lekarza POZ.

Kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego w systemie internetowym NFZ (AP-DiLO) mogą wystawić jedynie lekarze realizujący świadczenia w wybranych zakresach kontraktowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Zarówno lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, jak i lekarz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, mogą wystawić kartę DiLO dla pacjenta z podejrzeniem nowotworu, bądź z potwierdzeniem choroby nowotworowej. W przypadku lekarza realizującego świadczenia w rodzaju profilaktycznych programów zdrowotnych może on wystawić kartę dla pacjenta ze stwierdzonym nowotworem złośliwym. W przypadku leczenia szpitalnego możliwe jest wygenerowanie karty przez lekarza w momencie stwierdzenia nowotworu (następnym etapem diagnostyki i leczenia powinno być konsylium). W ramach leczenia szpitalnego można wystawić kartę także w sytuacji, gdy wydanie karty następuje w wyniku zmiany świadczeniodawcy w trakcie leczenia onkologicznego danego pacjenta. Szczegółowy wykaz możliwości wydania kart oraz kolejnego z etapów w ramach ścieżki DiLO obrazuje tabela 1, a miejsca wydania karty – rycina 1.

Tabela 1. Szczegółowy wykaz możliwości wydania kart oraz kolejnych etapów w DiLO.

Rodzaj / zakres świadczeń, w którym może zostać wydana karta DiLO	Na jaki kolejny etap w DiLO może być wydana karta
Lekarz - Podstawowa Opieka Zdrowotna (POZ)	Diagnostyka wstępna
	Diagnostyka pogłębiona
	Zabieg diagnostyczno-leczniczy
Lekarz - Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna (AOS)	Diagnostyka wstępna
	Diagnostyka pogłębiona
	Zabieg diagnostyczno-leczniczy
Lekarz - Profilaktyczne Programy Zdrowotne (PRO)	Diagnostyka pogłębiona
Lekarz - Leczenie Szpitalne (SZP)	Konsylium
	Etap leczenia (przy kontynuacji karty u innego świadczeniodawcy)

Rycina 1. Miejsca wydania kart DiLO.

(1) Rejestracja wydania karty DiLO - Miejsce wydania

AA. WYDANIE KARTY:

A1. Data sporządzenia:
2019-11-24

A2. Wydana w:

- ☐ Podstawowej opiece zdrowotnej - z podejrzeniem nowotworu
- ☐ Podstawowej opiece zdrowotnej - z rozpoznaniem nowotworu
- ☐ Ambulatoryjnej opiece specjalistycznej - z podejrzeniem nowotworu
- ☐ Ambulatoryjnej opiece specjalistycznej - z rozpoznaniem nowotworu
- ☐ Programach zdrowotnych
- ☐ Szpitalu - w momencie stwierdzenia nowotworu
- ☐ Szpitalu - wydanie karty z powodu zmiany świadczeniodawcy

A3. Data decyzji o założeniu karty:*

Anuluj

Dalej →

Źródło: Rejestracja wydania karty DiLO w aplikacji <https://dilo.nfz.gov.pl/ap-dilo/> (data wygenerowania: 2019-11-24).

Dodatkowo należy przypomnieć, iż od listopada 2015 r. możliwe jest techniczne wydanie karty w ciągu 3 dni od daty podjęcia decyzji o jej wystawieniu. W tej sytuacji terminy rozpoczęcia etapów diagnostycznych lub zabiegu diagnostyczno-leczniczego liczone są od tej daty (nie od daty faktycznego wystawienia karty).

Rozdział 1. Podejrzanie nowotworu w gabinecie lekarza POZ

dr n. o zdr. Michał Chrobot

Zakres świadczeń gwarantowanych w gabinecie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) określa aktualne rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej oraz Zarządzenie Nr 120/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 listopada 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna.

Zgodnie z zapisami w/w aktów prawnych lekarz POZ ma w swojej dyspozycji szereg badań laboratoryjnych i obrazowych, opisanych w części IV załącznika nr 1 do w/w rozporządzenia MZ (np. morfologia krwi obwodowej z płytkami krwi, poziom PSA, diagnostyka ultrasonograficzna czy zdjęcia radiologiczne). Dodatkowo lekarz POZ może wystawić skierowanie na badania gastrokopii i kolonoskopii, których wyniki mogą stanowić podstawę do stwierdzenia przez lekarza nowotworu złośliwego.

W takim przypadku lekarz POZ ma prawo wydać pacjentowi kartę DiLO, tzw. zieloną kartę. Podczas wydawania karty lekarz ma obowiązek określić wstępne rozpoznanie i wskazać pacjentowi kolejny krok na szybkiej ścieżce onkologicznej (SSO), tj.:

- skierowanie do diagnostyki wstępnej w poradni specjalistycznej o konkretnej specjalności,
- skierowanie do diagnostyki pogłębionej w poradni specjalistycznej o konkretnej specjalności,
- skierowanie do zabiegu diagnostyczno-leczniczego w oddziale szpitalnym o konkretnej specjalności.

Każdorazowo lekarz POZ, zgodnie z zapisami OWU, zobowiązany jest do przekazania razem z kartą DiLO wyników badań, potwierdzających podejrzenie nowotworu.

Z poziomu gabinetu lekarza POZ kartę DiLO można wystawić w przypadku podejrzenia nowotworu złośliwego lub miejscowo złośliwego lub stwierdzenia nowotworu złośliwego i postawienia u pacjenta jednego z poniższych rozpoznań według klasyfikacji ICD-10: C00-C43, C45-C97, D00-D03, D05-D09, D11.0, D14.0 (nie obejmuje polipów zatoki przynosowej, ucha środkowego i jamy nosowej), D32, D33.0-D33.4, D35.2, D35.4, D45, D46, D47.0-D47.7, D75.2, D76.0.

Za wystawienie karty lekarz POZ otrzymuje z NFZ dodatkowe wynagrodzenie (niezależnie od stawki kapitacyjnej), tj. Świadczenie lekarza POZ związane z wydaniem karty – porada o wartości 50,00 zł.

Rozdział 2. Diagnostyka wstępna

dr n. med. Aleksandra Sierocka, mgr Bartosz Maleszczuk

W ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej istnieje kilka wariantów postępowania z pacjentem nowotworowym w zależności od stopnia zaawansowania dotychczas prowadzonej diagnostyki i rodzaju stawianego przez lekarza rozpoznania zasadniczego. Zgodnie z obowiązującymi przepisami i zasadami w rodzaju AOS możemy zrealizować i rozliczyć dwa główne rodzaje diagnostyki: wstępną (DW) i pogłębioną (DP).

Do najczęstszych przypadków należy sytuacja, w której pacjent zgłasza się do lekarza ambulatoryjnej opieki specjalistycznej z kartą DiLO wydaną przez lekarza pierwszego kontaktu celem potwierdzenia lub wykluczenia nowotworu złośliwego.

Istnieją również sytuacje, w których pacjent zgłasza się do lekarza ambulatoryjnej opieki specjalistycznej z kartą DiLO wydaną przez lekarza POZ, założoną w wyniku potwierdzenia nowotworu celem przeprowadzenia diagnostyki pogłębionej. W takim przypadku postępowanie z chorym musi przebiegać zgodnie z zasadami opisanymi w rozdziale Diagnostyka pogłębiona.

Kolejnym przykładem realizacji szybkiej ścieżki onkologicznej z poziomu AOS jest pacjent zgłaszający się do specjalisty ze skierowaniem, bez karty DiLO, z podejrzeniem nowotworu (rozpoznanie z zakresu D07-D44, D47.9 lub D48) lub gdy w trakcie dotychczasowego leczenia specjalistycznego stawiane jest jedno z w/w rozpoznań. W tej sytuacji diagnostykę chorego realizujemy zgodnie ze schematem postępowania w SSO, rozpoczynając od etapu diagnostyki wstępnej.

Lekarz pracujący w poradni AOS w momencie stwierdzenia podejrzenia choroby nowotworowej może zdecydować o wydaniu karty DiLO i rozpocząć etap diagnostyki wstępnej, bądź skierować pacjenta do poradni specjalistycznej w innym zakresie, celem realizacji diagnostyki (do innego specjalisty).

W dniu realizacji pierwszej porady tzw. porady początkowej lekarz zobowiązany jest rozpocząć w aplikacji internetowej NFZ AP-DILO etap diagnostyki wstępnej – zgodnie ze wskazaniem lekarza POZ oraz wykazać w systemie HIS szpitala świadczenie rozliczeniowe - poradę początkową - diagnostyka onkologiczna (WP2). Porada ta jest produktem statystycznym o wartości 0. Następnie zleca choremu badania diagnostyczne wymagane do potwierdzenia lub wykluczenia podejrzenia nowotworu, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną i zaleceniami postępowania. W systemie HIS lekarz AOS oprócz procedury rozliczeniowej WP2 musi wskazać odpowiednie rozpoznanie z listy, dedykowane dla pakietu onkologicznego (rozpoznanie według

klasyfikacji ICD-10: C00-C43, C45-C97, D00-D03, D05-D09, D11.0, D14.0 - nie obejmuje polipów zatoki przynosowej, ucha środkowego i jamy nosowej, D32, D33.0-D33.4, D35.2, D35.4, D37-D44, D45, D46, D47.0-D47.7, D47.9, D48, D75.2, D76.0). W oparciu o uzyskane wyniki badań specjalista potwierdza lub wyklucza nowotwór złośliwy.

W pierwszym przypadku w karcie DiLO specjalista uzupełnia informację o badaniach, które pozwoliły potwierdzić wystąpienie nowotworu oraz wskazuje dokładne rozpoznanie z listy rozpoznań karty onkologicznej. Następnie zamyka on etap diagnostyki wstępnej i kieruje pacjenta na diagnostykę pogłębianą.

W drugiej sytuacji - wykluczenia nowotworu, lekarz kończy etap diagnostyki wstępnej w aplikacji DILO i zamyka kartę. W przypadku stwierdzenia u pacjenta nowotworu lub innej zmiany niezłośliwej, która wymaga dalszego postępowania medycznego pacjent może pozostać w dalszym leczeniu w danej placówce, ale oczekuje on na świadczenia na zasadach ogólnych, a rozliczanie świadczeń następuje w ramach ryczału PSZ, bądź w przypadku umowy poza siecią szpitali – w zakresie podstawowym. .

W sytuacji gdy z przyczyn medycznych nie jest możliwa weryfikacja histopatologiczna nowotworu w warunkach ambulatoryjnych lekarz może wykonać badania, które uprawdopodobniają wystąpienie nowotworu, zamyka etap diagnostyki wstępnej i kieruje pacjenta do oddziału, w celu wykonania zabiegu diagnostyczno-leczniczego.

We wszystkich przypadkach w systemie HIS szpitala wykazywana jest do rozliczenia wizyta, w ramach której do NFZ przekazywana jest informacja statystyczna o procedurach diagnostycznych wg ICD-9 zrealizowanych w trakcie całego etapu (wykaz procedur stanowiących warunek możliwości rozliczenia ryczału DW i DP znajduje się w załączniku nr 5c do Zarządzenia nr 88/2019/DSOZ Prezesa NFZ z późn. zm.), odpowiednie rozpoznanie oraz jeden z pakietów diagnostyki wstępnej (tabela 2), adekwatny dla prowadzonej diagnostyki (rozpoznanie wstępne w karcie DiLO).

Tabela 2. Wstępna diagnostyka onkologiczna – pakiety onkologiczne.

Lp.	Kod	Nazwa diagnostycznego pakietu onkologicznego	Wartość punktowa	Świadczenia w zakresie:
1.	5.32.00.0000015	diagnostyka wstępna – nowotwory klatki piersiowej	554	onkologii gruźlicy i chorób płuc chirurgii klatki piersiowej chirurgii onkologicznej
2.	5.32.00.0000020	diagnostyka wstępna – nowotwory piersi	369	onkologii położnictwa i ginekologii chirurgii ogólnej chirurgii onkologicznej

3.	5.32.00.0000009	diagnostyka wstępna – nowotwory górnego odcinka układu pokarmowego	554	onkologii gastroenterologii chirurgii onkologicznej chirurgii ogólnej
4.	5.32.00.0000010	diagnostyka wstępna – nowotwory górnego odcinka układu pokarmowego – wątroby i trzustki	631	onkologii gastroenterologii hepatologii chirurgii ogólnej chirurgii onkologicznej
5.	5.32.00.0000006	diagnostyka wstępna – nowotwory dolnego odcinka układu pokarmowego	554	onkologii gastroenterologii chirurgii onkologicznej chirurgii ogólnej proktologii
6.	5.32.00.0000007	diagnostyka wstępna – nowotwory głowy i szyi – krtani i gardła	459	onkologii otolaryngologii chirurgii onkologicznej chirurgii ogólnej chirurgii szczękowo-twarzowej audiologii i foniatrii
7.	5.32.00.0000008	diagnostyka wstępna – nowotwory głowy i szyi – pozostałe	459	onkologii otolaryngologii chirurgii onkologicznej chirurgii ogólnej chirurgii szczękowo-twarzowej okulistyki
8.	5.32.00.0000022	diagnostyka wstępna – nowotwory tarczycy	369	onkologii chirurgii onkologicznej chirurgii ogólnej endokrynologii
9.	5.32.00.0000011	diagnostyka wstępna – nowotwory gruczołu krokowego	631	urologii onkologii
10.	5.32.00.0000019	diagnostyka wstępna – nowotwory pęcherza moczowego	459	urologii onkologii
11.	5.32.00.0000018	diagnostyka wstępna – nowotwory nerek	554	onkologii chirurgii onkologicznej urologii nefrologii
12.	5.32.00.0000014	diagnostyka wstępna – nowotwory jąder	459	onkologii chirurgii onkologicznej urologii
13.	5.32.00.0000017	diagnostyka wstępna – nowotwory macicy, szyjki macicy i inne ginekologiczne	554	onkologii chirurgii onkologicznej położnictwa i ginekologii
14.	5.32.00.0000012	diagnostyka wstępna – nowotwory jajników i jajowodów	459	onkologii położnictwa i ginekologii
15.	5.32.00.0000021	diagnostyka wstępna – nowotwory skóry – czerniak	286	onkologii chirurgii onkologicznej dermatologii i wenerologii chirurgii ogólnej

16.	5.32.00.0000004	diagnostyka wstępna – nowotwory centralnego układu nerwowego	705	onkologii chirurgii onkologicznej neurochirurgii neurologii okulistyki endokrynologii
17.	5.32.00.0000001	diagnostyka wstępna – białaczki ostre i przewlekłe	286	onkologii hematologii onkologii i hematologii dziecięcej
18.	5.32.00.0000002	diagnostyka wstępna – chłoniaki	459	onkologii hematologii
19.	5.32.00.0000027	diagnostyka wstępna – szpiczak	554	onkologii hematologii
20.	5.32.00.0000003	diagnostyka wstępna – chłoniaki skórne	369	onkologii hematologii dermatologii i wenerologii
21.	5.32.00.0000013	diagnostyka wstępna – nowotwory jamy brzusznej u dzieci	674	onkologii i hematologii dziecięcej gastroenterologii dla dzieci endokrynologii dla dzieci nefrologii dla dzieci ginekologii dla dziewcząt urologii dziecięcej
22.	5.32.00.0000024	diagnostyka wstępna – nowotwory tkanki kostnej i mięsaki u dzieci	1 212	onkologii i hematologii dziecięcej chirurgii dziecięcej chirurgii onkologicznej dla dzieci
23.	5.32.00.0000016	diagnostyka wstępna – nowotwory klatki piersiowej u dzieci	539	onkologii i hematologii dziecięcej gruźlicy i chorób płuc dla dzieci
24.	5.32.00.0000005	diagnostyka wstępna – nowotwory centralnego układu nerwowego u dzieci	683	onkologii i hematologii dziecięcej neurologii dziecięcej neurochirurgii dla dzieci endokrynologii dla dzieci okulistyki dla dzieci
25.	5.32.00.0000026	diagnostyka wstępna – nowotwory twarzoczaszki u dzieci	539	onkologii i hematologii dziecięcej okulistyki dla dzieci otolaryngologii dziecięcej chirurgii dziecięcej chirurgii onkologicznej dla dzieci chirurgii szczękowo-twarzowej
26.	5.32.00.0000025	diagnostyka wstępna – nowotwory tkanki limfatycznej u dzieci	904	onkologii i hematologii dziecięcej
27.	5.32.00.0000023	diagnostyka wstępna – nowotwory tkanek miękkich u dzieci	1 077	onkologii i hematologii dziecięcej chirurgii dziecięcej chirurgii onkologicznej dla dzieci
28.	5.32.00.0000028	diagnostyka wstępna – nowotwory prącia	459	onkologii chirurgii onkologicznej urologii
29.	5.32.00.0000029	diagnostyka wstępna – mięsaki kości	631	onkologii chirurgii onkologicznej ortopedii i traumatologii narządu ruchu
30.	5.32.00.0000030	diagnostyka wstępna – mięsaki tkanek miękkich	459	onkologii chirurgii onkologicznej chirurgii ogólnej

Dodatkowo od 1 października 2019 r. w przypadku wykonania procedury wg ICD9: 85.131 lub 85.132 (biopsja mammotomiczna), 92.061 lub 92.062 (badanie PET-CT) możemy dosumować do pakietu jeden z produktów w ramach diagnostyki onkologicznej (tabela 3). Należy pamiętać, że biopsję można wykazać do rozliczenia z odpowiednim pakietem diagnostyki wstępnej albo pogłębionej, natomiast badania PET-CT rozliczamy wyłącznie z odpowiednim pakietem diagnostyki pogłębionej.

Tabela 3. Produkty do sumowania w ramach diagnostyki onkologicznej.

Lp.	Kod	Nazwa produktu do sumowania	ICD-9	Wartość punktowa
1.	5.31.00.0000022	Z22 Świadczenia zabiegowe - grupa 22	85.131 lub 85.132	1 924
2.	5.10.00.0000103	pozytonowa tomografia emisyjna (PET) z zastosowaniem radiofarmaceutyków z grupy I	92.061	2 795
3.	5.10.00.0000104	pozytonowa tomografia emisyjna (PET) z zastosowaniem radiofarmaceutyków z grupy II	92.062	4 142

Cały etap diagnostyki wstępnej musi zakończyć się przed upływem 28 dni, a przyjęcie pacjenta musi nastąpić w czasie nie dłuższym niż 14 dni od momentu zgłoszenia do podmiotu realizującego świadczenie w rodzaju AOS w danym zakresie.

Płatność ze strony NFZ za cały etap następuje w formie ryczału, co oznacza, że nie jest zależna od liczby wizyt wykonanych w trakcie etapu. Jednakże w przypadku przekroczenia terminu 4 tygodni na DW NFZ obniża wartość finansowania do 70% wartości danego ryczału.

Karta DiLO pozostaje u świadczeniodawcy, który realizuje dany etap. W sytuacji zakończenia przez świadczeniodawcę etapu wstępnego i konieczności kontynuacji diagnostyki pogłębionej w innej jednostce służby zdrowia należy przekazać oryginał karty wraz z nieodpłatną kopią dokumentacji medycznej pacjentowi, który z kompletem dokumentów zgłasza się do placówki realizującej dalsze etapy szybkiej ścieżki onkologicznej. W przypadku wykluczenia nowotworu złośliwego placówka przesyła oryginał karty do jednostki POZ wskazanej przez pacjenta w deklaracji wyboru.

Należy pamiętać, że karta DiLO pełni jednocześnie rolę skierowania do specjalisty. Dlatego też kserokopię karty zawsze należy dołączyć do dokumentacji medycznej pacjenta w poradni AOS.

Rozdział 3. Diagnostyka pogłębiona

dr n. med. Aleksandra Sierocka, mgr Bartosz Maleszczuk

Lekarz AOS, który zrealizował diagnostykę wstępną może skierować pacjenta na dodatkowe badania realizowane w ramach kolejnego etapu, tj. diagnostyki pogłębionej (DP), u lekarza tej samej lub innej specjalności.

Do diagnostyki pogłębionej w AOS pacjent może zgłosić się ze skierowaniem, bez karty DiLO, z już postawionym rozpoznaniem nowotworu złośliwego. Wówczas, o ile jest taka konieczność, w aplikacji DiLO lekarz zakłada kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego z poziomu poradni i rozpoczyna szybką ścieżkę onkologiczną od diagnostyki pogłębionej.

Na etap diagnostyki pogłębionej kartę DiLO może wystawić także lekarz realizujący świadczenia z zakresu programów profilaktycznych (nowotwory piersi, rak szyjki macicy).

Diagnostyka pogłębiona pozwala określić typ wykrytego nowotworu, stopień jego zaawansowania oraz liczbę lub miejsce ewentualnych przerzutów. W tym celu w karcie DiLO rozpoczyna się etap diagnostyki pogłębionej, wskazując jednocześnie zakres specjalności poradni realizującej tę diagnostykę. Lekarz zleca dodatkowe badania (przynajmniej jedno) z tej samej listy, na której znajdują się również procedury z pakietu diagnostyki wstępnej (załącznik nr 5c do Zarządzenia nr 88/2019/DSOZ Prezesa NFZ z późn. zm.).

W systemie HIS szpitala lekarz ponownie wskazuje świadczenie rozliczeniowe - poradę wstępną WP2 i odpowiednie rozpoznanie nowotworu objętego pakietem onkologicznym, oznaczając tym samym fakt rozpoczęcia diagnostyki pogłębionej. Następnie w oparciu o uzyskane wyniki badań specjalista określa charakter nowotworu i stopień jego zaawansowania klinicznego, kończąc etap DP w karcie DiLO, kieruje pacjenta na konsylium. W przypadku braku konieczności dalszego leczenia możliwe jest zamknięcie etapu i całej karty DiLO.

W systemie rozliczeniowym szpitala ponownie rozlicza się pakiet diagnostyki, tym razem pogłębionej (tabela 4) i ewentualne świadczenia do sumowania (patrz tabela 3).

Tabela 4. Pogłębiona diagnostyka onkologiczna – pakiety onkologiczne.

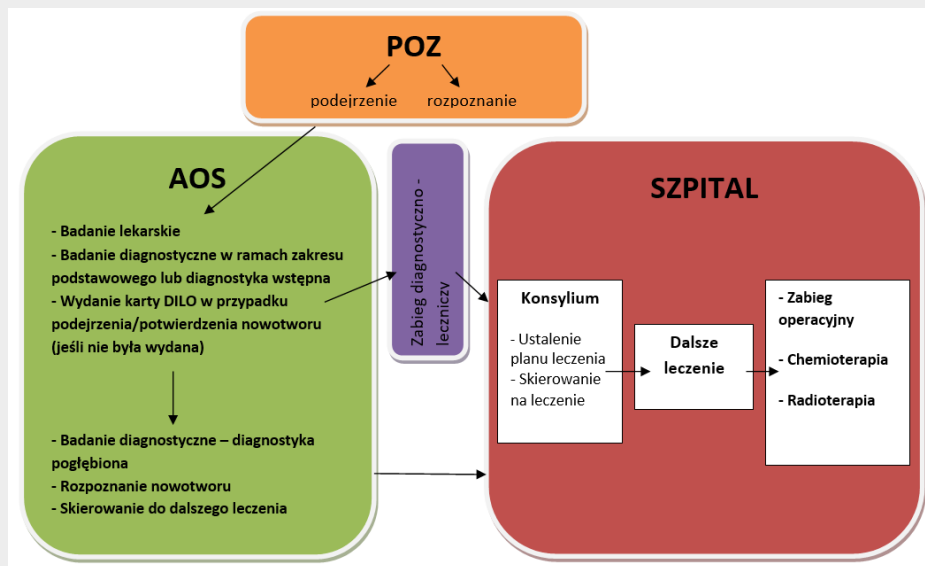
Lp.	Kod	Nazwa diagnostycznego pakietu onkologicznego	Wartość punktowa	Świadczenia w zakresie:
1.	5.33.00.0000010	diagnostyka pogłębiona – nowotwory klatki piersiowej	608	onkologii gruźlicy i chorób płuc chirurgii klatki piersiowej chirurgii onkologicznej
2.	5.33.00.0000014	diagnostyka pogłębiona – nowotwory piersi	417	onkologii położnictwa i ginekologii chirurgii ogólnej chirurgii onkologicznej
3.	5.33.00.0000007	diagnostyka pogłębiona – nowotwory górnego odcinka układu pokarmowego	608	onkologii gastroenterologii chirurgii onkologicznej chirurgii ogólnej
4.	5.33.00.0000008	diagnostyka pogłębiona – nowotwory górnego odcinka układu pokarmowego – wątroby i trzustki	608	onkologii gastroenterologii hepatologii chirurgii ogólnej chirurgii onkologicznej
5.	5.33.00.0000004	diagnostyka pogłębiona – nowotwory dolnego odcinka układu pokarmowego	669	onkologii gastroenterologii chirurgii onkologicznej chirurgii ogólnej proktologii
6.	5.33.00.0000005	diagnostyka pogłębiona – nowotwory głowy i szyi – krtani i gardła	608	onkologii otolaryngologii chirurgii onkologicznej chirurgii ogólnej chirurgii szczękowo-twarzowej audiologii i foniatрії
7.	5.33.00.0000006	diagnostyka pogłębiona – nowotwory głowy i szyi – pozostałe	608	onkologii otolaryngologii chirurgii onkologicznej chirurgii ogólnej chirurgii szczękowo-twarzowej okulistyki
8.	5.33.00.0000016	diagnostyka pogłębiona – nowotwory tarczycy	314	onkologii chirurgii onkologicznej chirurgii ogólnej endokrynologii
9.	5.33.00.0000009	diagnostyka pogłębiona – nowotwory gruczołu krokowego	835	onkologii urologii
10.	5.33.00.0000013	diagnostyka pogłębiona – nowotwory pęcherza moczowego	608	onkologii urologii
11.	5.33.00.0000012	diagnostyka pogłębiona – nowotwory nerek	608	onkologii chirurgii onkologicznej urologii nefrologii

12.	5.33.00.0000011	diagnostyka pogłębiona – nowotwory macicy, szyjki macicy i inne ginekologiczne	608	onkologii chirurgii onkologicznej położnictwa i ginekologii
13.	5.33.00.0000015	diagnostyka pogłębiona – nowotwory skóry – czerniak	417	onkologii chirurgii onkologicznej dermatologii i wenerologii chirurgii ogólnej
14.	5.33.00.0000001	diagnostyka pogłębiona – białaczki ostre i przewlekłe	314	onkologii hematologii onkologii i hematologii dziecięcej
15.	5.33.00.0000002	diagnostyka pogłębiona – chłoniaki	669	onkologii hematologii
16.	5.33.00.0000017	diagnostyka pogłębiona – szpiczak	417	onkologii hematologii
17.	5.33.00.0000003	diagnostyka pogłębiona – chłoniaki skórne	835	onkologii hematologii dermatologii i wenerologii
18.	5.33.00.0000018	diagnostyka pogłębiona – nowotwory prącia	669	onkologii chirurgii onkologicznej urologii
19.	5.33.00.0000019	diagnostyka pogłębiona – mięsaki kości	669	onkologii chirurgii onkologicznej ortopedii i traumatologii narządu ruchu
20.	5.33.00.0000020	diagnostyka pogłębiona – mięsaki tkanek miękkich	608	onkologii chirurgii onkologicznej chirurgii ogólnej

Czas na wykonanie diagnostyki pogłębionej nie powinien przekroczyć 21 dni, a czas oczekiwania na poradę początkową liczony od dnia zakończenia diagnostyki wstępnej/ wpisu na listę oczekujących nie może być dłuższy niż 7 dni. W przypadku przekroczenia terminu 3 tygodni na DP NFZ obniża wartość finansowania do 70% wartości danego ryczału.

Wizyty pośrednie, pomiędzy pierwszą wizytą (oznaczoną w systemie i karcie DiLO jako WP2 - porada początkowa - diagnostyka onkologiczna) a ostatnią – kończącą (rozliczeniową), na której postawiono diagnozę nie są wykazywane do rozliczenia z NFZ.

Rycina 2. Schemat postępowania w szybkiej ścieżce onkologicznej z uszczegółowieniem etapu AOS.



Źródło: Opracowanie własne.

Jeżeli wartość wykonanych świadczeń w ramach diagnostyki onkologicznej, przekroczy kwotę zobowiązania NFZ wobec świadczeniodawcy, na wniosek placówki, składany po upływie kwartału, w którym nastąpiło przekroczenie kwoty zobowiązania, zwiększeniu ulega wartość umowy z tytułu realizacji świadczeń we właściwych zakresach do poziomu rzeczywistego, potwierdzonego przez NFZ, wykonania.

Rozdział 4. Zabieg diagnostyczno-leczniczy

mgr Bartosz Maleszczuk

Pacjent na Zabieg Diagnostyczno-Leczniczy w ramach Pakietu Onkologicznego może zostać skierowany w momencie, kiedy nie jest możliwe zdiagnozowanie choroby nowotworowej w warunkach ambulatoryjnych. Etap jest realizowany w ramach szpitalnych oddziałów zabiegowych oraz oddziałów onkologicznych (onkologia kliniczna i hematologia, gdzie realizowane są procedury diagnostyczne, np. pobrania szpiku).

Na zabieg może skierować:

- bezpośrednio przy wydaniu karty DiLO lekarz Podstawowej Opieki Zdrowotnej, bądź lekarz w Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej;
- lekarz w poradni AOS w przypadku braku możliwości postawienia diagnozy onkologicznej w warunkach ambulatoryjnych. Realizowany jest wówczas w DiLO etap diagnostyki wstępnej z oznaczeniem jako następnego etapu Skierowanie na zabieg diagnostyczno-leczniczy w oddziale.

UWAGA: W sytuacji błędnego wydania karty onkologicznej z powodu podejrzenia nowotworu, przez lekarza POZ, bezpośrednio na zabieg diagnostyczno-leczniczy, kiedy w danym przypadku diagnostyka powinna odbyć się w warunkach ambulatoryjnych lekarz może zmienić etap zabiegu na diagnostykę wstępną. Pacjent jest wówczas kierowany do diagnostyki w poradni specjalistycznej (AOS) w zakresie oznaczonym w karcie onkologicznej. Niestety w przypadku błędnego wystawienia karty w AOS (dla rozpoznania nowotworu złośliwego) i skierowaniu pacjenta na zabieg diagnostyczno-leczniczy, zmiana w karcie nie jest możliwa - pozostaje tylko anulowanie błędnej i wystawienie nowej karty).

Rycina 3. Zdefiniowanie realizowanego etapu.

Zakończenie etapu karty DiLO - Zabieg diagnostyczno-leczniczy

DALSZE POSTĘPOWANIE

Istnieje możliwość skierowania posiadacza karty diagnostyki i leczenia onkologicznego na diagnostykę wstępną przed wykonaniem zabiegu diagnostyczno-leczniczego, o ile pacjent został skierowany na wykonanie zabiegu diagnostyczno-leczniczego w ramach wydania karty DiLO.

Jaka czynność będzie podejmowana?

- ☐ Zabieg diagnostyczno-leczniczy
☐ Diagnostyka wstępna

Anuluj

Dalej →

Źródło: Rejestracja zakończenia etapu zabiegu diagnostyczno-leczniczego w aplikacji <https://dilo.nfz.gov.pl/ap-dilo/> (data wygenerowania: 2019-11-25).

Etap zabiegu diagnostyczno-leczniczego powinien trwać do 28 dni. W trakcie jego trwania pacjent musi zostać przyjęty na oddział szpitalny, powinien być wykonany zabieg operacyjny, badanie histopatologiczne. W razie stwierdzenia nowotworu złośliwego w ciągu w/w 4 tygodni konieczne jest także opracowanie planu leczenia onkologicznego przez wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny (konsylium).

W przypadku, kiedy w momencie wypisu pacjenta ze szpitala nie jest znany wynik badania histopatologicznego pacjent zostaje wypisany z rozpoznaniem ICD-10 adekwatnym dla podejrzenia nowotworu. Po uzyskaniu wyniku histopatologicznego należy poinformować o nim pacjenta, uzupełnić rozpoznanie w dokumentacji medycznej pacjenta, jak również w kodowaniu do NFZ. Wynik badania histopatologicznego dołącza się do historii choroby.

Postępowanie w ramach karty onkologicznej:

W systemie DiLO należy odnotować fakt wykonania etapu zabiegu diagnostyczno-leczniczego podając:

- datę zabiegu diagnostyczno-leczniczego;
- kod i nazwę jednostki chorobowej (ICD-10);
- imię, nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu lekarza realizującego etap;
- dalsze postępowanie (konsylium lub zamknięcie karty).

W przypadku potwierdzenia nowotworu z zakresu kodów ICD-10: *C00-C43, C45-C97, D00-D03, D05-D09, D11.0, D14.0* (nie obejmuje polipów zatoki przynosowej, ucha środkowego i jamy nosowej), *D32, D33.0-D33.4, D35.2, D35.4, D37-D48, D75.2, D76.0* chorego należy skierować posiadacza karty DiLO na ustalenie planu leczenia (konsylium). W sytuacji wykluczenia choroby nowotworowej należy zamknąć etap, zamknąć kartę i przesłać oryginał karty do lekarza POZ wskazanego przez pacjenta w deklaracji wyboru (kopia pozostaje w dokumentacji placówki wykonującej zabieg).

Rycina 4. Realizacja etapu Zabiegu diagnostyczno-leczniczego.

Zakończenie etapu karty DiLO - Zabieg diagnostyczno-leczniczy

EA. WYNIK ZABIEGU DIAGNOSTYCZNO-LECZNICZEGO

Sekcję wypełnia lekarz wykonujący zabieg diagnostyczno-leczniczy. Datę wpisu na listę oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej w polu E2 podaje się, jeżeli posiadacz karty diagnostyki i leczenia onkologicznego był wpisany na listę oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej.

E2. Data wpisu na listę oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej:

E3. Data zabiegu diagnostyczno-leczniczego:

EB. ROZPOZNANIE

Należy podać kod rozpoznania chorobowego wg klasyfikacji ICD-10.

E4/E5. Kod i nazwa jednostki chorobowej: 

EC. DALSZE POSTĘPOWANIE:

W przypadku potwierdzenia nowotworu z zakresu kodów ICD-10: C00-C43, C45-C97, D00-D03, D05-D09, D11.0, D14.0 (nie obejmuje polipów zatoki przynosowej, ucha środkowego i jamy nosowej), D32, D33.0-D33.4, D35.2, D35.4, D37-D48, D75.2, D76.0 należy skierować posiadacza karty diagnostyki i leczenia onkologicznego na ustalenie planu leczenia. W przeciwnym wypadku należy zamknąć kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego.

E6. Dalsze postępowanie:

☐ Ustalenie planu leczenia onkologicznego

☐ Zamknięcie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego

ED. POTWIERDZENIE WYNIKU ZABIEGU DIAGNOSTYCZNO-LECZNICZEGO

E7. Dane lekarza realizującego

Numer prawa wykonywania zawodu:

Imię:

Nazwisko:

Źródło: Rejestracja zakończenia etapu zabiegu diagnostyczno-leczniczego w aplikacji <https://dilo.nfz.gov.pl/ap-dilo/> (data wygenerowania: 2019-11-25).

Rozliczenie świadczeń w ramach zabiegu diagnostyczno-leczniczego:

Rozliczenie pobytu szpitalnego, podczas którego wykonano zabieg diagnostyczno-leczniczy składa się z takich samych elementów jak rozliczenie wszystkich świadczeń w zakresie lecznictwa szpitalnego. Podstawą sfinansowania pobytu jest prawidłowe zakodowanie rozpoznań wg ICD-10 oraz procedur ICD9 w systemie JGP, na zasadach określonych w zarządzeniu Prezesa NFZ dot. leczenia szpitalnego, jak również świadczeń do sumowania. Wybierane grupy JGP (wskazane w załączniku nr 1a do Zarządzenia nr 38/2019/DSOZ Prezesa NFZ z późn. zm.) powinny być przypisane dla danego zakresu oraz spełniać warunki określone w charakterystyce grupy JGP (załączniku nr 9). Należy pamiętać, że do rozliczenia w pakiecie nie kwalifikują się wszystkie świadczenia - tylko te grupy, a czasem tylko niektóre procedury ICD9 z danej grupy, wskazane w załączniku nr 3b do zarządzenia szpitalnego.

Zgodnie ze specyfiką poszczególnych grup JGP w grupowaniu mogą być istotne takie czynniki jak np. kodowanie i kombinacja wykonanych procedur ICD9, rozpoznanie ICD-10, wiek pacjenta, leczone powikłania czy długość pobytu szpitalnego.

Rozliczenie świadczeń związanych z zabiegiem następuje w poniższy sposób:

- 1) Do momentu uzyskania wyniku histopatologicznego pobyt powinien zostać zakodowany z rozpoznaniem ICD-10 podejrzenia choroby nowotworowej. Na tym etapie hospitalizacja nie może zostać rozliczona w zakresie pakietu

onkologicznego - tylko w ryczałcie PSZ, bądź w przypadku umowy poza siecią szpitali - w zakresie podstawowym, objętym limitem.

- 2) W momencie stwierdzenia nowotworu złośliwego należy dokonać korekty poprzez wskazanie rozpoznania onkologicznego oraz numeru karty DiLO. Aby można było rozliczyć pobyt w ramach zakresu szpitalnego związanego z realizacją pakietu onkologicznego wykazana procedura JGP powinna być uwzględniona w załączniku 3b (katalog produktów onkologicznych - pakiet onkologiczny). Należy zwrócić uwagę, że niektóre procedury JGP zostały przypisane do pakietu w całości, a w niektórych wymienione zostały jedynie wybrane procedury ICD9. Pobyt rozliczony w zakresie pakietu onkologicznego jest świadczeniem nie objętym limitem.
- 3) W przypadku zakończenia etapu: zabiegu diagnostyczno-leczniczego (zabieg + wynik histopatologiczny + konsylium) w czasie przekraczającym 28 dni od daty wpisu do kolejki, hospitalizacji nie będzie można rozliczyć w pakiecie onkologicznym, tylko w zakresie diagnostyki i leczenia onkologicznego - poza pakietem onkologicznym (w przypadku realizacji przez placówkę umowy PSZ), bądź w zakresie podstawowym (w przypadku realizacji przez placówkę umowy poza siecią). Obydwa zakresy objęte są limitem zawartym w umowie. Niezależnie od rozliczanego zakresu konieczne jest uzupełnienie historii choroby o rozpoznanie zgodne z wynikiem hist.-pat.

Rozdział 5. Konsylium

mgr Renata Wachowicz

Konsylium - wielodyscyplinarny zespół specjalistów, który planuje i koordynuje proces leczenia pacjenta. Zbiera się ono maksymalnie w ciągu dwóch tygodni od zgłoszenia się pacjenta do szpitala lub przeprowadzenia zabiegu diagnostyczno-terapeutycznego.

Konsylium jest pierwszym elementem na ścieżce leczniczej, dlatego też powinno być wykonywane w placówce, do której zgłosił się pacjent z kartą DiLO w celu leczenia nowotworu złośliwego. Nie jest prawidłowym postępowaniem wykonywanie konsylium, jako elementu zakończenia czy podsumowania diagnostyki onkologicznej.

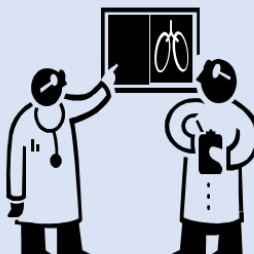
Wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny (WZT) ustala plan leczenia pacjenta w oparciu o wyniki badań z diagnostyki wstępnej i/lub pogłębionej oraz decyduje czy pacjent wymaga, czy nie wymaga leczenia onkologicznego. Jeśli konsylium zdecyduje o wdrożeniu postępowania terapeutycznego opracowywany jest plan leczenia z następującymi opcjami:

- zabieg operacyjny,
- radioterapia,
- chemioterapia,
- inne możliwości (np. immunoterapia lub hormonoterapia).

Rycina 5. Zakres danych w planie leczenia.

Konsylium

- ustalenie planu leczenia
- leczenie:
 - zabieg
 - radioterapia
 - chemioterapia
 - inne terapie możliwe do zastosowania



Źródło: Opracowanie własne na podstawie prezentacji pt. „Pakiet onkologiczny”, Mazowieckiego OW NFZ (www.nfz-warszawa.pl).

Każdy 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, pełniący rolę ośrodka wiodącego, powinien posiadać procedurę postępowania i organizacji udzielania świadczeń zapewniającą wyodrębnienie ustalającego plan leczenia onkologicznego WZT.

Wyodrębnienie w placówce ustalającego plan leczenia onkologicznego wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego następuje w formie oficjalnego dokumentu – zarządzenia wewnętrznego. Kierujący placówką wprowadza regulamin lub procedurę opisującą funkcjonowanie konsyliów, zakresy obowiązków członków WZT, terminy spotkań oraz wytyczne dotyczące dokumentacji. Dokument ten powinien zawierać także zasady powołania i zakres obowiązków koordynatorów. W zarządzeniu regulującym pracę zespołu należy uwzględnić także przyczyny uniemożliwiające ustalenie przez Zespół planu leczenia (przyczyny merytoryczne i organizacyjne) oraz procedurę postępowania w takim przypadku.

Płatnik do umowy w rodzaju świadczeń: Leczenie szpitalne (SZP) wprowadził dodatkowy załącznik: *HARMONOGRAM DODATKOWY – ZASOBY** leczenie na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego.

Na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. poz.1520 oraz z 2014 r. poz.1441z późn. zm.) konieczne jest przedstawienie Oddziałowi NFZ:

- wykazu lekarzy specjalistów uczestniczących w konsylium, o którym mowa w §4a ust. 1 pkt 1a),
- wykazu pozostałych członków uczestniczących w zespole prowadzącym leczenie onkologiczne, czyli zespołu, o którym mowa w §4a ust. 1 pkt 3,
- wykazu koordynatorów, o których mowa w §4a ust. 1 pkt 1c.

Uwaga: załącznik do umowy powinien być na bieżąco uaktualniany, a informacja o zmianach przekazywana do NFZ w celu przygotowania stosownego aneksu do umowy.

Skład konsylium

W przypadku leczenia dzieci w skład WZT wchodzi lekarze następujących specjalizacji:

- onkologii i hematologii dziecięcej,

- radioterapii lub radioterapii onkologicznej albo medycyny nuklearnej – w przypadku nowotworów leczonych z wykorzystaniem medycyny nuklearnej,
- chirurgii dziecięcej albo w przypadku chirurgii szczękowo-twarzowej – chirurgii szczękowo-twarzowej lub chirurgii stomatologicznej, albo w przypadku otorynolaryngologii – otolaryngologii dziecięcej lub otorynolaryngologii dziecięcej, lub laryngologii, lub otolaryngologii, lub otorynolaryngologii.

W przypadku leczenia dorosłych w skład WZT wchodzi lekarze następujących specjalizacji:

- onkologii klinicznej,
- chirurgii onkologicznej albo ogólnej, albo w innej dziedzinie zabiegowej odpowiedniej dla danego rodzaju lub umiejscowienia nowotworu,
- radioterapii lub radioterapii onkologicznej albo medycyny nuklearnej – w przypadku nowotworów leczonych z wykorzystaniem medycyny nuklearnej.

W przypadku leczenia nowotworów układu krwiotwórczego lub układu chłonnego u dorosłych w składzie zespołu musi się znaleźć co najmniej 2 lekarzy specjalistów hematologii lub onkologii klinicznej, lub 1 specjalista hematologii i 1 specjalista onkologii klinicznej.

W przypadku leczenia nowotworów układu krwiotwórczego lub układu chłonnego u dzieci, z powodu specyfiki choroby, organizacja konsylium nie jest wymagana.

W przypadku diagnostyki i leczenia nowotworu złośliwego piersi, w skład wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego, planującego i koordynującego proces leczenia w ramach świadczenia kompleksowego (BCU) wchodzi:

- lekarz specjalista w dziedzinie chirurgii ogólnej lub chirurgii onkologicznej, lub ginekologii onkologicznej, z udokumentowanym doświadczeniem obejmującym chirurgiczne zabiegi piersi,
- lekarz specjalista w dziedzinie onkologii klinicznej,
- lekarz specjalista w dziedzinie chirurgii plastycznej lub chirurgii onkologicznej, lub chirurgii ogólnej posiadającego udokumentowane certyfikatem ukończenie szkolenia z zakresu chirurgii rekonstrukcyjnej gruczołu piersiowego, lub chirurgii plastycznej w przypadku omawiania postępowania w sprawie wykonania rekonstrukcji piersi,
- lekarz specjalista w dziedzinie radioterapii lub radioterapii onkologicznej,

- lekarz specjalista w dziedzinie radiologii lub radiodiagnostyki, lub rentgenodiagnostyki, lub radiologii i diagnostyki obrazowej z udokumentowanym doświadczeniem w wykonywaniu i interpretacji badań obrazowych piersi (w szczególności mammografii i ultrasonografii),
- lekarz specjalista w dziedzinie patomorfologii,
- psycholog lub psychoonkolog,
- pielęgniarka specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego, lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego, z co najmniej 2-letnim doświadczeniem w realizacji świadczeń dla świadczeniobiorców z diagnozą nowotworu piersi,
- fizjoterapeuta.

W większości placówek w konsylium uczestniczy także koordynator. W WZT mogą uczestniczyć także inne osoby, między innymi: lekarze innych specjalności, pielęgniarka, psycholog czy fizjoterapeuta.

Główne zadania konsylium

Głównymi zadaniami WZT są:

- kwalifikacja pacjenta do leczenia zabiegowego, chemioterapii lub radioterapii,
- ustalenie indywidualnego planu leczenia onkologicznego,
- ustalenie rodzajów i sekwencji terapii, które będą stosowane,
- wybór koordynatora leczenia.

Posiedzenie zespołu WZT

- Konsylia odbywają się w ściśle ustalonych terminach zgodnie z ustalonym harmonogramem,
- skład zespołów posiedzeń wynika z wprowadzonego regulaminu,
- celem posiedzenia zespołu jest ustalenie planów leczenia dla wszystkich pacjentów po zakończonych etapach diagnostycznych,
- w sytuacji, gdy zespół nie może ustalić planu leczenia, wyznacza się kolejny termin posiedzenia, podczas którego plan zostanie ustalony,
- po podjęciu decyzji przez konsylium o wyborze sposobu leczenia, pacjentowi wyznaczony zostaje koordynator, który pełni rolę opiekuna pacjenta, organizując i prowadząc go przez proces leczenia,

- w posiedzeniach konsyliów uczestniczą koordynatorzy, którym przekazywane są zatwierdzone plany leczenia,
- każde posiedzenie WZT jest protokołowane niezależnie od dokumentacji wymaganej odrębnymi przepisami,
- pacjent może, ale nie musi uczestniczyć w konsylium,
- konsylium odbywa się w dwóch trybach: ambulatoryjnym (dot. pacjenta ambulatoryjnego) i szpitalnym (dot. pacjenta hospitalizowanego).

Koordynator

Po określeniu ścieżki postępowania terapeutycznego konsylium wyznacza koordynatora. Nadzoruje on proces leczenia pacjenta onkologicznego. Wspiera pacjenta informacyjnie, administracyjnie i organizacyjnie oraz pomaga mu komunikować się z lekarzami. Jego głównym zadaniem jest zapewnienie przepływu informacji na wszystkich etapach terapii, tak aby leczenie było dostosowane do indywidualnych potrzeb pacjenta. Koordynator nie musi posiadać wykształcenia medycznego.

Zadaniami koordynatora są:

- uczestnictwo w konsyliach lekarskich,
- koordynacja planu leczenia pacjenta ustalonego przez konsylium,
- dbałość o to, aby dokumentacja związana z kartą diagnostyki i leczenia pacjenta była kompletna (m.in. aby zawierała potwierdzenia wykonania świadczeń i zakończenia danego etapu leczenia),
- udzielanie pacjentowi wszystkich niezbędnych informacji związanych z leczeniem onkologicznym,
- zapewnienie pacjentowi przepływu informacji na wszystkich etapach związanych z leczeniem onkologicznym,
- bieżąca współpraca z personelem medycznym w zakresie realizacji świadczeń dot. pakietu onkologicznego oraz działem odpowiedzialnym za rozliczanie świadczeń do NFZ,
- udzielanie świadczeniobiorcy informacji o organizacji procesu leczenia oraz koordynacja tego procesu, w tym zagwarantowanie współpracy między podmiotami w ramach kompleksowej opieki nad świadczeniobiorcą.

W wielu placówkach koordynator prowadzi pacjenta szybką ścieżką onkologiczną już na etapie diagnostyki. Do jego obowiązków należy wówczas:

- ustalanie terminów badań diagnostycznych z podmiotami je świadczącymi,
- umawianie pacjentów na wizyty u lekarzy specjalistów,
- umawianie pacjentów na konsylia onkologiczne,
- koordynacja terminowego wykonania badań diagnostycznych oraz realizacji terminów w poszczególnych etapach karty DiLO,
- przygotowywanie dokumentacji na konsylium,
- towarzyszenie pacjentowi aż do zakończenia wszystkich wyznaczonych w planie etapów leczenia.

Rozliczenie planu leczenia

Rozliczenie posiedzenia zespołu wielodyscyplinarnego określającego plan leczenia odbywa się zgodnie z zarządzeniem Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia ws. leczenia szpitalnego poprzez dwa produkty adekwatne do trybu udzielanych świadczeń. Pierwszy, gdy pacjent przebywa w oddziale szpitalnym oraz drugi rozliczany w trybie ambulatoryjnym, kiedy obecność pacjenta nie jest wymagana w placówce.

Konsylium w trybie ambulatoryjnym – świadczenie z katalogu świadczeń odrębnych (zał. 1b): 5.52.01.0001498 - *Plan leczenia onkologicznego w trybie ambulatoryjnym* – o wartości 270 zł, obejmuje opracowanie indywidualnego planu leczenia przez zespół terapeutyczny, zgodnie z §4a ust. 1 pkt 2 rozporządzenia oraz koordynację procesu leczenia. Świadczenie jest do rozliczenia jednorazowo w całym procesie leczenia nowotworu niezależnie od trybu wykonania świadczenia i nie można go sumować z innymi świadczeniami realizowanymi w warunkach szpitalnych.

Konsylium w trybie szpitalnym – świadczenie z katalogu świadczeń do sumowania (zał. 1c): 5.53.01.0001000 - *Plan leczenia onkologicznego* – o wartości 270 zł, obejmuje opracowanie indywidualnego planu leczenia przez zespół terapeutyczny oraz koordynację procesu leczenia. Analogicznie świadczenie jest do rozliczenia jednorazowo w całym procesie leczenia nowotworu niezależnie od trybu wykonania świadczenia, ale w odróżnieniu od trybu ambulatoryjnego - można go zsumować z rozliczeniem świadczenia wykonanego z katalogu JGP (zał. 1a), wymienionego w pakiecie onkologicznym.

W przypadku, gdy konsylium nie ustali ostatecznego planu leczenia (brak materiału klinicznego, niemożność ustalenia miejsca udzielenia świadczenia lub terminu, kończy się negatywną oceną diagnostyki, zaleceniem wykonania lub uzupełnienia badań czy koniecznością zbadania chorego), nie może zostać wskazane do rozliczenia z NFZ.

Należy także pamiętać, iż kolejne konsylium wykonane w innym ośrodku lub modyfikacja planu leczenia (ponowne konsylium) nie jest odrębnie finansowane przez NFZ.

Uwaga: ustalenie planu leczenia jest świadczeniem finansowanym ze środków NFZ, a więc podlega dokumentowaniu i kontroli.

Etap konsylium i wyznaczony plan leczenia muszą zostać wypełnione w karcie diagnostyki i leczenia onkologicznego, o której mowa w art. 32a ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Karta DiLO – konsylium i plan leczenia

Rycina 6. Ustalenie planu leczenia w karcie DiLO.

FA. USTALENIE PLANU LECZENIA	
F1. Data wpisu na listę oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej	F2. Data posiedzenia wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego/ustalenia planu leczenia
F3. Nazwa i adres świadczeniodawcy	
F4. Kod jednostki chorobowej	F5. Nazwa jednostki chorobowej
F6. Ocena jakości diagnostyki onkologicznej ☐ Opłna ☐ Niekompletna	
FB. DANE LEKARZY UCZESTNICZĄCYCH W USTALENIU PLANU LECZENIA	
F7. Imię, nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu	
F8. Imię, nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu	
F9. Imię, nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu	
FC. KOORDYNATOR LECZENIA ONKOLOGICZNEGO	
F10. Nazwisko	F11. Imię
F12. Numer telefonu (służbowy)	F13. Adres poczty elektronicznej (służbowy)
FD. PLAN LECZENIA ONKOLOGICZNEGO	
F14. Plan leczenia onkologicznego	
FE. DALSZE POSTĘPOWANIE	
F15. Dalsze postępowania: ☐ posiadacz karty diagnostyki i leczenia onkologicznego wymaga leczenia onkologicznego ☐ posiadacz karty diagnostyki i leczenia onkologicznego nie wymaga leczenia onkologicznego (zamknijcie karty)	
HA. PODSUMOWANIE LECZENIA	
H1. Data rozpoczęcia leczenia onkologicznego – realizacja planu	H2. Data zakończenia leczenia onkologicznego – zamknięcie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego
H3. Zalecenia	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie prezentacji pt. „Pakiet onkologiczny”, Mazowieckiego OW NFZ (www.nfz-warszawa.pl).

Ustalenie planu leczenia onkologicznego

- 1) Na etapie ustalenia planu leczenia onkologicznego są wypełniane sekcje FA, FB, FC, FD i FE.
- 2) W sekcji FA w polu F4 należy podać kod jednostki chorobowej według klasyfikacji ICD-10 z zakresu: C00-C43, C45-C97, D00-D03, D05-D09, D11.0, D14.0 (nie obejmuje polipów zatoki przynosowej, ucha środkowego i jamy nosowej), D32, D33.0-D33.4, D35.2, D35.4, D45, D46, D47.0-D47.7, D75.2, D76.0.

- 3) W sekcji FB w polach F7, F8, i F9 należy wpisać imię, nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu lekarzy specjalizacji obowiązanych do udziału w wielodyscyplinarnym zespole terapeutycznym zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2016 r. poz. 694, z późn. zm.), a w przypadku pacjentów małoletnich, u których potwierdzono nowotwór złośliwy z zakresu C81-C96, D45, D46, D47.0-D47.7, D75.2, D76.0 według klasyfikacji ICD-10 w polu F7 należy wpisać imię, nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu lekarza ustalającego plan leczenia; pola F8 i F9 pozostają puste.
- 4) W sekcji FD w polu F14 należy wpisać plan leczenia onkologicznego, o którym mowa w § 4a ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego.
- 5) W sekcji FC należy wskazać dane koordynatora leczenia onkologicznego, o którym mowa w art. 32a ust. 2a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.).
- 6) W sekcji FD należy podać tylko pierwszy plan leczenia onkologicznego realizowanego na podstawie danej karty.

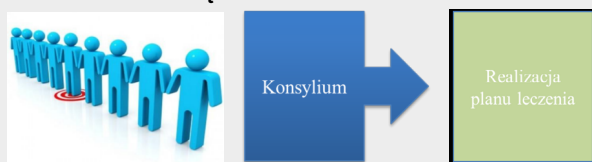
Rozdział 6. Leczenie zabiegowe

mgr Renata Wachowicz

Zgodnie z przepisami Zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie leczenia szpitalnego Świadczeniodawca udzielający świadczeń na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, obowiązany jest zapewnić terminową i kompleksową realizację świadczeń onkologicznych. Od dnia umieszczenia pacjenta na liście oczekujących na udzielenie świadczenia do określenia postępowania terapeutycznego i podjęcia leczenia onkologicznego nie może upłynąć więcej niż 14 dni.

Rycina 7. Termin wykonania konsylium WZT.

WPIS - KOLEJKA OCZEKUJĄCYCH → **TERMIN - 14 DNI (PAKIET)**



Źródło: Opracowanie własne.

Karta DiLO na etapie leczenie-zabieg operacyjny jest obsługiwana przez koordynatora. Pacjent korzystający z leczenia onkologicznego pozostawia kartę DiLO u świadczeniodawcy, u którego świadczenia będą udzielane. Pacjent zachowuje tylko kopię karty DiLO. Po zakończeniu leczenia kopia karty DiLO pozostaje u świadczeniodawcy, a oryginał powinien zostać przekazany wraz z kopią dokumentacji do lekarza POZ.

Dla wybranych zakresów świadczeń utworzono zakres skojarzony, dedykowany dla rozliczania świadczeń onkologicznych.

Tabela 5. Zakresy skojarzone w leczeniu szpitalnym w pakiecie onkologicznym.

Kod zakresu	Nazwa zakresu
03.4501.930.02	CHIRURGIA DZIECIĘCA - HOSPITALIZACJA - PAKIET ONKOLOGICZNY
03.4520.930.02	CHIRURGIA KLATKI PIERSIOWEJ - HOSPITALIZACJA - PAKIET ONKOLOGICZNY
03.4500.930.02	CHIRURGIA OGÓLNA - HOSPITALIZACJA - PAKIET ONKOLOGICZNY
03.4540.930.02	CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA - PAKIET ONKOLOGICZNY
03.4550.930.02	CHIRURGIA PLASTYCZNA - HOSPITALIZACJA - PAKIET ONKOLOGICZNY
03.4630.930.02	CHIRURGIA SZCZĘKOWO - TWARZOWA - HOSPITALIZACJA - PAKIET ONKOLOGICZNY

03.4631.930.02	CHIRURGIA SZCZĘKOWO-TWARZOWA DLA DZIECI - HOSPITALIZACJA - PAKIET ONKOLOGICZNY
03.4272.930.02	CHOROBY PŁUC - HOSPITALIZACJA - PAKIET ONKOLOGICZNY
03.4200.930.02	DERMATOLOGIA I WENEROLOGIA - HOSPITALIZACJA - PAKIET ONKOLOGICZNY
03.4030.930.02	ENDOKRYNOLOGIA - HOSPITALIZACJA - PAKIET ONKOLOGICZNY
03.4050.930.02	GASTROENTEROLOGIA - HOSPITALIZACJA - PAKIET ONKOLOGICZNY
03.4250.930.02	GINEKOLOGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA - PAKIET ONKOLOGICZNY
03.4070.930.02	HEMATOLOGIA - HOSPITALIZACJA - PAKIET ONKOLOGICZNY
03.4570.930.02	NEUROCHIRURGIA - HOSPITALIZACJA - PAKIET ONKOLOGICZNY
03.4600.930.02	OKULISTYKA - HOSPITALIZACJA - HOSPITALIZACJA - PAKIET ONKOLOGICZNY
03.4071.930.02	ONKOLOGIA I HEMATOLOGIA DZIECIĘCA - HOSPITALIZACJA - PAKIET ONKOLOGICZNY
03.4240.930.02	ONKOLOGIA KLINICZNA - HOSPITALIZACJA - PAKIET ONKOLOGICZNY
03.4580.930.0	ORTOPEDIA I TRAUMATOLOGIA NARZĄDU RUCHU - HOSPITALIZACJA - PAKIET ONKOLOGICZNY
03.4610.930.02	OTORYNOLARYNGOLOGIA - HOSPITALIZACJA - PAKIET ONKOLOGICZNY
03.4611.930.02	OTORYNOLARYNGOLOGIA DLA DZIECI - HOSPITALIZACJA - PAKIET ONKOLOGICZNY
03.4450.940.02	POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA - HOSPITALIZACJA - PAKIET ONKOLOGICZNY
03.4450.970.02	POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA - HOSPITALIZACJA (dotyczy świadczeniodawców realizujących wyłącznie świadczenia w rodzaju ginekologia) - PAKIET ONKOLOGICZNY
03.4450.950.02	POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA - HOSPITALIZACJA II POZIOM REFERENCYJNY - PAKIET ONKOLOGICZNY
03.4450.960.02	POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA - HOSPITALIZACJA III POZIOM REFERENCYJNY - PAKIET ONKOLOGICZNY
03.0000.903.02	TELERRADIOTERAPIA - PAKIET ONKOLOGICZNY
03.0000.907.02	TERAPIA PROTONOWA NOWOTWORÓW ZLOKALIZOWANYCH POZA NARZĄDEM WZROKU - PAKIET ONKOLOGICZNY
03.0000.904.02	BRACHYTERAPIA - PAKIET ONKOLOGICZNY
03.0000.905.02	TERAPIA IZOTOPOWA - PAKIET ONKOLOGICZNY
03.4640.930.02	UROLOGIA - HOSPITALIZACJA - PAKIET ONKOLOGICZNY

Zabiegi operacyjne w ramach szybkiej ścieżki onkologicznej realizują świadczeniodawcy, którzy mają zawartą umowę z NFZ w zakresach:

- dziedzina.... - hospitalizacja pakiet onkologiczny.

Wykaz zabiegów operacyjnych i innych produktów, dedykowanych do rozliczenia na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (zakres – grupa JGP – procedura ICD-9) określa załącznik nr 3b.

Tabela 6. Katalog produktów onkologicznych - pakiet onkologiczny (zał. 3b).

PRODUKTY ROZLICZENIOWE DEDYKOWANE DLA ŚWIADCZEŃ UDZIELANYCH NA PODSTAWIE KARTY DIAGNOSTYKI I LECZENIA ONKOLOGICZNEGO, O KTÓREJ MOWA W ART. 32a ust. 1 USTAWY O ŚWIADCZENIACH						
1) Realizacja świadczeń w zakresie diagnostyki i leczenia onkologicznego zgodnie z warunkami określonymi w § 4a obowiązującego rozporządzenia szpitalnego i rozporządzenia w sprawie karty DiLO ; 2) Dla rozpoznania zasadniczego nowotworu określonego wg ICD-10: C00 - C43, C45 - C97, D00 - D03, D05 - D09, D11.0, D14.0 (nie obejmuje polipów zatoki przynosowej, ucha środkowego i jamy nosowej), D32, D33.0 - D33.4, D35.2, D35.4, D45, D46, D47.0 - D47.7, D75.2, D76.0, w przypadku świadczeń teleradioterapii z poz. 23: dla rozpoznania zasadniczego Z51.0 i rozpoznania współistniejącego określonego wg ICD-10: C00 - C43, C45 - C97, D00 - D03, D05-D09, D11.0, D14.0 (nie obejmuje polipów zatoki przynosowej, ucha środkowego i jamy nosowej), D32, D33.0 - D33.4, D35.2, D35.4, D45, D46, D47.0 - D47.7, D75.2, D76.0						
Kod zakresu	Nazwa zakresu	Kod produktu	Kod grupy	Nazwa produktu	Kod procedury	Nazwa procedury
03.4540.930.02	CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA - PAKIET ONKOLOGICZNY	5.51.01.0002033	B33	Średnie zabiegi na aparacie ochronnym oka *	08.231	Wycięcie niepełnej grubości dużej zmiany powieki - jednej czwartej lub większej części brzegu powieki
03.4540.930.02	CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA - PAKIET ONKOLOGICZNY	5.51.01.0002033	B33	Średnie zabiegi na aparacie ochronnym oka *	08.241	Klinowa resekcja powieki
03.4540.930.02	CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA - PAKIET ONKOLOGICZNY	5.51.01.0002033	B33	Średnie zabiegi na aparacie ochronnym oka *	08.249	Wycięcie pełnej grubości dużej zmiany powieki - inne
03.4540.930.02	CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA - PAKIET ONKOLOGICZNY	5.51.01.0002042	B42	Duże zabiegi na oczodole i aparacie łzowym *	16.31	Wytrzewienie gałki ocznej z jednoczasowym wszczepem protezy
03.4540.930.02	CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA - PAKIET ONKOLOGICZNY	5.51.01.0002042	B42	Duże zabiegi na oczodole i aparacie łzowym *	16.39	Inne wytrzewienie gałki ocznej
03.4540.930.02	CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA - PAKIET ONKOLOGICZNY	5.51.01.0002042	B42	Duże zabiegi na oczodole i aparacie łzowym *	16.41	Wyluszczenie gałki ocznej z jednoczesnym założeniem wszczepu do torebki Tenona z przyczepieniem mięśni
03.4540.930.02	CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA - PAKIET ONKOLOGICZNY	5.51.01.0002042	B42	Duże zabiegi na oczodole i aparacie łzowym *	16.42	Wyluszczenie gałki ocznej z innym jednoczesnym wszczepieniem
03.4540.930.02	CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA - PAKIET ONKOLOGICZNY	5.51.01.0002042	B42	Duże zabiegi na oczodole i aparacie łzowym *	16.52	Wytrzewienie gałki ocznej z usunięciem kości
03.4540.930.02	CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA - PAKIET ONKOLOGICZNY	5.51.01.0002042	B42	Duże zabiegi na oczodole i aparacie łzowym *	16.59	Wytrzewienie gałki ocznej - inne
03.4540.930.02	CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA - PAKIET ONKOLOGICZNY	5.51.01.0002043	B43	Średnie zabiegi na oczodole i aparacie łzowym *	09.21	Wycięcie zmiany gruczołu łzowego

03.4540.930.02	CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA - PAKIET ONKOLOGICZNY	5.51.01.0002043	B43	Średnie zabiegi na oczodole i aparacie łzowym *	09.22	Częściowe wycięcie gruczołu łzowego - inne
03.4540.930.02	CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA - PAKIET ONKOLOGICZNY	5.51.01.0002043	B43	Średnie zabiegi na oczodole i aparacie łzowym *	09.23	Całkowite wycięcie gruczołu łzowego
03.4540.930.02	CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA - PAKIET ONKOLOGICZNY	5.51.01.0002043	B43	Średnie zabiegi na oczodole i aparacie łzowym *	09.6	Wycięcie woreczka/ dróg łzowych
03.4540.930.02	CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA - PAKIET ONKOLOGICZNY	5.51.01.0002043	B43	Średnie zabiegi na oczodole i aparacie łzowym *	16.23	Biopsja gałki ocznej i oczodołu
03.4540.930.02	CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA - PAKIET ONKOLOGICZNY	5.51.01.0002043	B43	Średnie zabiegi na oczodole i aparacie łzowym *	16.49	Inna enukleacja gałki ocznej
03.4540.930.02	CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA - PAKIET ONKOLOGICZNY	5.51.01.0002043	B43	Średnie zabiegi na oczodole i aparacie łzowym *	16.92	Wycięcie zmiany oczodołu
03.4540.930.02	CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA - PAKIET ONKOLOGICZNY	5.51.01.0002043	B43	Średnie zabiegi na oczodole i aparacie łzowym *	16.99	Operacje gałki ocznej - inne
03.4540.930.02	CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA - PAKIET ONKOLOGICZNY	5.51.01.0003001	C01	Rozległe operacje nowotworów jamy ustnej, gardła i krtani z rekonstrukcją *		
03.4540.930.02	CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA - PAKIET ONKOLOGICZNY	5.51.01.0003011	C11	Kompleksowe zabiegi jamy ustnej, gardła i krtani *	25.3	Całkowite usunięcie języka
03.4540.930.02	CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA - PAKIET ONKOLOGICZNY	5.51.01.0003011	C11	Kompleksowe zabiegi jamy ustnej, gardła i krtani *	25.4	Radikalne usunięcie języka
03.4540.930.02	CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA - PAKIET ONKOLOGICZNY	5.51.01.0003011	C11	Kompleksowe zabiegi jamy ustnej, gardła i krtani *	26.322	Radikalne usunięcie ślinianki
03.4540.930.02	CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA - PAKIET ONKOLOGICZNY	5.51.01.0003011	C11	Kompleksowe zabiegi jamy ustnej, gardła i krtani *	29.33	Częściowa faryngektomia
03.4540.930.02	CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA - PAKIET ONKOLOGICZNY	5.51.01.0003011	C11	Kompleksowe zabiegi jamy ustnej, gardła i krtani *	30.1	Wycięcie połowy krtani
03.4540.930.02	CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA - PAKIET ONKOLOGICZNY	5.51.01.0003011	C11	Kompleksowe zabiegi jamy ustnej, gardła i krtani *	30.21	Wycięcie nagłośni
03.4540.930.02	CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA - PAKIET ONKOLOGICZNY	5.51.01.0003011	C11	Kompleksowe zabiegi jamy ustnej, gardła i krtani *	30.22	Wycięcie strun głosowych
03.4540.930.02	CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA - PAKIET ONKOLOGICZNY	5.51.01.0003011	C11	Kompleksowe zabiegi jamy ustnej, gardła i krtani *	30.23	Częściowe wycięcie krtani z rekonstrukcją

03.4540.930.02	CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA - PAKIEŃ ONKOLOGICZNY	5.51.01.0003011	C11	Kompleksowe zabiegi jamy ustnej, gardła i krtani *	30.29	Częściowa laryngektomia - inna
03.4540.930.02	CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA - PAKIEŃ ONKOLOGICZNY	5.51.01.0003011	C11	Kompleksowe zabiegi jamy ustnej, gardła i krtani *	30.31	Blokowe wycięcie krtani z tyroidektomią z jednoczasową tracheostomią
03.4540.930.02	CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA - PAKIEŃ ONKOLOGICZNY	5.51.01.0003011	C11	Kompleksowe zabiegi jamy ustnej, gardła i krtani *	30.32	Wycięcie krtani i gardła
03.4540.930.02	CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA - PAKIEŃ ONKOLOGICZNY	5.51.01.0003011	C11	Kompleksowe zabiegi jamy ustnej, gardła i krtani *	30.39	Całkowite wycięcie krtani - inne
03.4540.930.02	CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA - PAKIEŃ ONKOLOGICZNY	5.51.01.0003011	C11	Kompleksowe zabiegi jamy ustnej, gardła i krtani *	30.41	Radikalne wycięcie krtani z radykalnym preparowaniem szyi z wycięciem tarczycy i z jednoczasową tracheostomią
03.4540.930.02	CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA - PAKIEŃ ONKOLOGICZNY	5.51.01.0003011	C11	Kompleksowe zabiegi jamy ustnej, gardła i krtani *	30.49	Radikalne wycięcie krtani - inne
03.4540.930.02	CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA - PAKIEŃ ONKOLOGICZNY	5.51.01.0021001	Z01	Kompleksowa diagnostyka onkologiczna		
03.4540.930.02	CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA - PAKIEŃ ONKOLOGICZNY	5.53.01.0001000		Plan leczenia onkologicznego		
03.4540.930.02	CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA - PAKIEŃ ONKOLOGICZNY	5.52.01.0001498		Plan leczenia onkologicznego w trybie ambulatoryjnym		
03.4540.930.02	CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA - PAKIEŃ ONKOLOGICZNY	5.52.01.0001424		Hospitalizacja do brachyterapii i terapii izotopowej		
03.4540.930.02	CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA - PAKIEŃ ONKOLOGICZNY	5.52.01.0001440		Hospitalizacja do teleradioterapii / terapii protonowej nowotworów zlokalizowanych poza narządem wzroku > 17 r.ż.		
03.4540.930.02	CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA - PAKIEŃ ONKOLOGICZNY	5.53.01.0001001		Leczenie zdarzeń niepożądanych po teleradioterapii - 3 stopień		
03.4540.930.02	CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA - PAKIEŃ ONKOLOGICZNY	5.53.01.0001002		Leczenie zdarzeń niepożądanych po teleradioterapii - 4 stopień		
03.4540.930.02	CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA - PAKIEŃ ONKOLOGICZNY	5.53.01.0000035		Implantacja portu naczyniowego		

03.4540.930.02	CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA - PAKIEŃ ONKOLOGICZNY	5.52.01.0000035		Implantacja portu naczyniowego z hospitalizacją		
03.4540.930.02	CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA - PAKIEŃ ONKOLOGICZNY	5.53.01.0000007		Wytworzenie stałego dostępu naczyniowego z wytworzeniem tunelu podskórnego przeznaczonego do użytku długoterminowego		
03.4540.930.02	CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA - PAKIEŃ ONKOLOGICZNY	5.52.01.0001423		Wytworzenie stałego dostępu naczyniowego z wytworzeniem tunelu podskórnego przeznaczonego do użytku długoterminowego z hospitalizacją		
03.4540.930.02	CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA - PAKIEŃ ONKOLOGICZNY	5.53.01.0000006		Żywienie dojelitowe		
03.4540.930.02	CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA - PAKIEŃ ONKOLOGICZNY	5.53.01.0001416		Częściowe (niekompletne) żywienie pozajelitowe		
03.4540.930.02	CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA - PAKIEŃ ONKOLOGICZNY	5.53.01.0001434		Żywienie pozajelitowe immunomodulujące		
03.4540.930.02	CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA - PAKIEŃ ONKOLOGICZNY	5.53.01.0001468		Kompletne żywienie pozajelitowe		
03.4540.930.02	CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA - PAKIEŃ ONKOLOGICZNY	5.53.01.0001435		Wyrób medyczny nie zawarty w kosztach świadczenia		
03.4540.930.02	CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA - PAKIEŃ ONKOLOGICZNY	5.53.01.0005001		Podstawowe badanie genetyczne w chorobach nowotworowych		
03.4540.930.02	CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA - PAKIEŃ ONKOLOGICZNY	5.53.01.0005002		Złożone badanie genetyczne w chorobach nowotworowych		
03.4540.930.02	CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA - PAKIEŃ ONKOLOGICZNY	5.53.01.0005003		Zaawansowane badanie genetyczne w chorobach nowotworowych		
03.4540.930.02	CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA - PAKIEŃ ONKOLOGICZNY	5.52.01.0001511		Badanie genetyczne materiału archiwalnego		
03.4540.930.02	CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA - PAKIEŃ ONKOLOGICZNY	5.53.01.0001478		Intensywna hemodializa		
03.4540.930.02	CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA - PAKIEŃ ONKOLOGICZNY	5.53.01.0000012		Produkt leczniczy w ramach ratunkowego dostępu do technologii lekowej		

03.4540.930.02	CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA - PAKIET ONKOLOGICZNY	5.53.01.0001436		Produkt leczniczy nie zawarty w kosztach świadczenia		
03.4540.930.02	CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA - PAKIET ONKOLOGICZNY	5.53.01.0001645		Relaparotomia z powodu powikłań w ostrym zapaleniu trzustki		
03.4540.930.02	CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA - PAKIET ONKOLOGICZNY	5.53.01.0001511		Przetoczenie krwi pełnej konserwowanej.		
03.4540.930.02	CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA - PAKIET ONKOLOGICZNY	5.53.01.0001512		Przetoczenie koncentratu krwinek czerwonych z krwi pełnej.		
03.4540.930.02	CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA - PAKIET ONKOLOGICZNY	5.53.01.0001513		Przetoczenie koncentratu krwinek czerwonych z aferezy.		
03.4540.930.02	CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA - PAKIET ONKOLOGICZNY	5.53.01.0001515		Przetoczenie ubogoleukocytarnego koncentratu krwinek płytkowych z aferezy.		
03.4540.930.02	CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA - PAKIET ONKOLOGICZNY	5.53.01.0001516		Przetoczenie koncentratu granulocytarnego.		
03.4540.930.02	CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA - PAKIET ONKOLOGICZNY	5.53.01.0001517		Przetoczenie osocza świeżo mrożonego.		
03.4540.930.02	CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA - PAKIET ONKOLOGICZNY	5.53.01.0001518		Przetoczenie krioprecypitatu.		
03.4540.930.02	CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA - PAKIET ONKOLOGICZNY	5.53.01.0001519		Karencja składnika krwi.		
03.4540.930.02	CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA - PAKIET ONKOLOGICZNY	5.53.01.0001520		Redukcja biologicznych czynników chorobotwórczych osocza świeżo mrożonego.		
03.4540.930.02	CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA - PAKIET ONKOLOGICZNY	5.53.01.0001521		Redukcja biologicznych czynników chorobotwórczych.		
03.4540.930.02	CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA - PAKIET ONKOLOGICZNY	5.53.01.0001522		Napromieniowanie krwi lub jej składników.		
03.4540.930.02	CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA - PAKIET ONKOLOGICZNY	5.53.01.0001523		Filtrowanie jednostki krwi lub jej składników.		
03.4540.930.02	CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA - PAKIET ONKOLOGICZNY	5.53.01.0001525		Przemywanie krwi lub jej składników.		
03.4540.930.02	CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA - PAKIET ONKOLOGICZNY	5.53.01.0001526		Podział krwi lub jej składników.		

03.4540.930.02	CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA - PAKIET ONKOLOGICZNY	5.53.01.0001527		Rekonstytucja krwi lub jej składników.		
03.4540.930.02	CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA - PAKIET ONKOLOGICZNY	5.53.01.0001530		Przetoczenie ubogoleukocytarne koncentratu krwinek płytkowych z krwi pełnej.		
03.4540.930.02	CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA - PAKIET ONKOLOGICZNY	5.52.01.0001533		Chemioterapia dootrzewnowa w hipertermii (HIPEC)		
03.4540.930.02	CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA - PAKIET ONKOLOGICZNY	5.52.01.0001363		Rozliczenie za zgodą płatnika		

NFZ premiuje świadczeniodawców specjalizujących się w wykonywaniu określonych grup zabiegów dedykowanych pacjentom onkologicznym (dotyczy karty DiLO) oraz udzielających kompleksowych świadczeń na rzecz pacjentów onkologicznych. Podmiotom spełniającym odpowiednie wymagania, co do ilości zrealizowanych zabiegów na wybranych narządach umożliwiono zastosowanie współczynnika korygującego o wartości 1,25.

Tabela 7. Produkty objęte współczynnikiem korygującym (zał. 3c).

Nowotwór	Rozpoznanie zasadnicze ICD-10	JGP	Liczba zabiegów	Współczynnik korygujący
NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PŁUCA	C34, C78.0	D01 ZŁOŻONE ZABIEGI KŁATKI PIERSIOWEJ	70	1,25
		D02 KOMPLEKSOWE ZABIEGI KŁATKI PIERSIOWEJ		
		PZD01 KOMPLEKSOWE ZABIEGI KŁATKI PIERSIOWEJ < 18 R.Ż.		
NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO	C67	L21 KOMPLEKSOWE ZABIEGI PĘCHERZA MOCZOWEGO Z WYTWORZENIEM PRZETOKI	30	1,25
		L22 DUŻE OTWARTE ZABIEGI NA PĘCHERZU MOCZOWYM, W TYM PLASTYKA		
NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA	C56	M11 KOMPLEKSOWE ZABIEGI GÓRNEJ CZĘŚCI UKŁADU ROZRODCZEGO BEZ PW	30	1,25
		M12 BARDZO DUŻE ZABIEGI GÓRNEJ CZĘŚCI UKŁADU ROZRODCZEGO BEZ PW		
		M20 KOMPLEKSOWE ZABIEGI GÓRNEJ CZĘŚCI UKŁADU ROZRODCZEGO Z PW		
		M21 BARDZO DUŻE ZABIEGI GÓRNEJ CZĘŚCI UKŁADU ROZRODCZEGO Z PW		

NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO	C18-C20	F31A KOMPLEKSOWE ZABIEGI JELITA GRUBEGO > 17 R.Ż.	75	1,25
		F31B KOMPLEKSOWE ZABIEGI JELITA GRUBEGO < 18 R.Ż.		
		F31 KOMPLEKSOWE ZABIEGI JELITA GRUBEGO		
		PZF04 KOMPLEKSOWE ZABIEGI JELITA GRUBEGO < 18 R. Ż.		
NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MACICY	C53-C55	M11 KOMPLEKSOWE ZABIEGI GÓRNEJ CZĘŚCI UKŁADU ROZRODCZEGO BEZ PW	60	1,25
		M12 BARDZO DUŻE ZABIEGI GÓRNEJ CZĘŚCI UKŁADU ROZRODCZEGO BEZ PW		
		M20 KOMPLEKSOWE ZABIEGI GÓRNEJ CZĘŚCI UKŁADU ROZRODCZEGO Z PW		
		M21 BARDZO DUŻE ZABIEGI GÓRNEJ CZĘŚCI UKŁADU ROZRODCZEGO Z PW		
NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI	C64-C65	L00 NEFREKTOMIA I INNE DUŻE OTWARTE ZABIEGI NEREK	50	1,25
		PZL01 NEFREKTOMIA I INNE DUŻE OTWARTE ZABIEGI NEREK < 18 R.Ż.		
NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PIERSI	C50	J01 RADYKALNE ODJĘCIE PIERSI Z REKONSTRUKCJĄ	250	1,25
		J02 KOMPLEKSOWE ZABIEGI W OBRĘBIE PIERSI		
NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO	C61	L31 RADYKALNA PROSTATEKTOMIA	75	1,25
NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI	C25	G31 KOMPLEKSOWE ZABIEGI TRZUSTKI	30	1,25
		G31G RESEKCJE TRZUSTKI BEZ ZABIEGÓW REKONSTRUKCYJNYCH		
		G31H KOMPLEKSOWE ZABIEGI TRZUSTKI Z REKONSTRUKCJĄ (PANKREATODUODENECTOMIE)		
		G21 KOMPLEKSOWE ZABIEGI PRZEWODÓW ŻÓLCIOWYCH		
NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA	C16	F11E KOMPLEKSOWE ZABIEGI ŻOŁĄDKA I DWUNASTNICY > 65 R.Ż.	30	1,25
		F11F KOMPLEKSOWE ZABIEGI ŻOŁĄDKA I DWUNASTNICY < 66 R.Ż.		
		F12 DUŻE ZABIEGI ŻOŁĄDKA I DWUNASTNICY		
NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TARCZYCY I PRZYTARCZYC	C73, C75.0	K01 ZABIEGI RADYKALNE W RAKACH GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH	75	1,25
		K03 ZABIEGI DOTYCZĄCE TARCZYCY I PRZYTARCZYC		
		PZK02 ZABIEGI DOTYCZĄCE TARCZYCY I PRZYTARCZYC < 18 R.Ż.		

NOWOTWÓR OUN	C70, C71, C75.1, C75.3, D32, D33.0 - D33.4, D35.2, D35.4	A11 KOMPLEKSOWE ZABIEGI WEWNĄTRZCZASZKOWE	150	1,25
		A12 DUŻE ZABIEGI WEWNĄTRZCZASZKOWE		
		PZA01 KOMPLEKSOWE ZABIEGI WEWNĄTRZCZASZKOWE < 18 R.Ż.		
		PZA02 DUŻE ZABIEGI WEWNĄTRZCZASZKOWE < 18 R.Ż.		
NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GARDŁA I KRTANI	C02, C04, C06, C13, C31, C32	C01 ROZLEGŁE OPERACJE NOWOTWORÓW JAMY USTNEJ, GARDŁA I KRTANI Z REKONSTRUKCJĄ	50	1,25
		C11 KOMPLEKSOWE ZABIEGI JAMY USTNEJ, GARDŁA I KRTANI		
		PZC01 KOMPLEKSOWE ZABIEGI JAMY USTNEJ, GARDŁA I KRTANI < 18 R.Ż.		
		C21E KOMPLEKSOWE ZABIEGI SZCZĘKOWO- TWARZOWE > 65 R.Ż.		
		C21F KOMPLEKSOWE ZABIEGI SZCZĘKOWO- TWARZOWE < 65 R.Ż.		
		PZC05 KOMPLEKSOWE ZABIEGI SZCZĘKOWO- TWARZOWE < 18 R.Ż.		

Dla świadczeniodawców udzielających świadczeń na podstawie karty DiLO, którzy w roku poprzedzającym rok, w którym stosowany jest współczynnik korygujący, zrealizowali świadczenia w rozpoznaniach i co najmniej w liczbie określonej w załączniku nr 3c do zarządzenia, wartość tych produktów rozliczeniowych ze wskazanymi rozpoznaniem korygowana jest z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,25

UWAGA: - Świadczeniodawca realizujący świadczenia (zabiegi) na podstawie karty DiLO w celu udokumentowania ich rozliczenia z Funduszem, obowiązany jest do dołączenia do dokumentacji medycznej pacjenta kopii karty, zgodnej ze wzorem określonym w rozporządzeniu w sprawie karty DiLO.

Świadczeniodawca realizujący świadczenia udzielane na podstawie karty DiLO, w zakresie diagnostyki i leczenia onkologicznego (zabieg), posiada wyodrębnione w umowie kwoty na realizację świadczeń w ramach pakietu onkologicznego w zakresach określonych w załączniku nr 3b do zarządzenia. Kwoty te obejmują także świadczenia finansowane w ramach produktów do sumowania z właściwymi grupami, określonymi w załączniku nr 3b do zarządzenia.

Jeżeli wartość wykonanych świadczeń w ramach diagnostyki i leczenia onkologicznego, przekroczy kwotę zobowiązania oddziału Funduszu wobec świadczeniodawcy (plany w zakresach *hospitalizacja - pakiet onkologiczny*),

na wniosek świadczeniodawcy składany po upływie kwartału, w którym nastąpiło przekroczenie kwoty zobowiązania - zwiększeniu ulegają liczby jednostek rozliczeniowych oraz kwoty zobowiązań z tytułu realizacji świadczeń we właściwych ze względu na realizację zakresach

Rozliczenie zabiegów operacyjnych u pacjentów onkologicznych bez karty DiLO odbywa się zgodnie z produktami określonymi w katalogach: JGP (1a), świadczeniami odrębnymi (1b) i świadczeniami do sumowania (1c), w zakresie: Hospitalizacja – dziedzina.... - hospitalizacja poza pakietem onkologicznym.

W zakresach tych, realizowanych poza pakietem onkologicznym, sprawozdawane i rozliczane są świadczenia szpitalne, zgodne z zakresem świadczeń odpowiadającym danej dziedzinie medycyny, wraz z jednostką chorobową według klasyfikacji ICD-10, identyczną jak wskazania dla pakietu onkologicznego. Należy jednak pamiętać, że zakresy te są wydzielone z ryczału PSZ, ale limitowane wartością umowy, co oznacza, że NFZ nie ma obowiązku zapłaty za świadczenia wykonane ponad limit zawarty w umowie (nadwykonania).

Rozdział 7. Leczenie teleradioterapią, brachyterapią, terapią izotopową

mgr inż. Łukasz Fortuna

Ze względu na sposób oddziaływania na zmiany chorobowe metody leczenia pacjentów (szczególnie onkologicznych) można podzielić na dwie odrębne grupy: miejscowe, gdzie wszelkie oddziaływania ukierunkowane są bezpośrednio na guz (m.in. chirurgia i radioterapia) oraz systemowe (np. chemioterapia). W rozdziale tym skupimy się przede wszystkim na zasadach rozliczania świadczeń wchodzących w skład grupy usług zwanych ogólnie radioterapią, czyli metody leczenia wykorzystującej wrażliwość komórek na promieniowanie.

W zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne (aktualnie Zarządzenie Nr 38/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 marca 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne z późn. zm.) przyjęto następujący podział zakresów:

- 1) Teleradioterapia – leczenie wykorzystujące zewnętrzne źródła promieniowania;
- 2) Brachyterapia – leczenie wykorzystujące źródła promieniowania wprowadzane bezpośrednio w obszar guz lub ewentualnie w jego sąsiedztwo;
- 3) Terapia izotopowa (medycyna nuklearna) – w leczeniu wykorzystuje się tutaj leki połączone z izotopami promieniotwórczymi (radiofarmaceutyki).

Przy czym płatnik udostępnił również możliwość realizacji produktów z wymienionych wyżej zakresów w ramach pakietu onkologicznego. Pomimo protestów części świadczeniodawców z zasady tej wyłączona została teleradioterapia paliatywna (produkt rozliczeniowy o kodzie: 5.07.01.0000021).

W przeciwieństwie do świadczeń JGP, które oparte są na systemie grupowania pacjentów (case-mix), rozliczanie leczenia radioterapeutycznego nie jest uzależnione od rodzaju sprawozdawanych diagnoz (rozpoznań ICD-10). Szczegółowe zasady wykazywania odpowiednich produktów rozliczeniowych zawarte zostały w załącznikach do zarządzenia wspomnianego we wstępie: 1b (katalog produktów odrębnych), 1c (katalog produktów do sumowania) oraz 1d (katalog radioterapii).

Poniżej znajdują się świadczenia z katalogu 1b dostępne w zakresach radioterapii wraz z wartością punktową.

Tabela 8. Produkty z katalogu 1b dostępne w zakresie radioterapii.

Kod produktu	Nazwa produktu rozliczeniowego	Wartość punktowa
5.52.01.0001363	Rozliczenie za zgodą płatnika	1
5.52.01.0001384	Hospitalizacja z przyczyn nie ujętych gdzie indziej	541
5.52.01.0001424	Hospitalizacja do brachyterapii i terapii izotopowej	270
5.52.01.0001440	Hospitalizacja do teleradioterapii / terapii protonowej nowotworów zlokalizowanych poza narządem wzroku > 17 r.ż.	162
5.52.01.0001464	Hospitalizacja związana z przetoczeniem krwi, produktów krwiopochodnych w tym immunoglobulin	270
5.52.01.0001468	Teleradioterapia/ brachyterapia i terapia izotopowa / terapia protonowa nowotworów zlokalizowanych poza narządem wzroku - w trybie ambulatoryjnym	0
5.52.01.0001470	Hospitalizacja do brachyterapii i terapii izotopowej - w oddziale radioterapii/ onkologii klinicznej	379
5.52.01.0001499	Hospitalizacja do teleradioterapii / terapii protonowej nowotworów zlokalizowanych poza narządem wzroku < 18 r.ż. - w oddziale onkologii i hematologii dziecięcej	270
5.52.01.0001504	Hospitalizacja do chemioradioterapii > 18 r.ż.	379

W przypadku wykonania dodatkowych usług istnieje możliwość dosumowania odpowiednich produktów (m.in. przetoczeń produktów krwiopochodnych, leczenie zdarzeń niepożądanych po teleradioterapii - 3 stopień lub 4 stopień), jeżeli tylko zapisy zarządzenia na to pozwalają. Sprawozdanie wspomnianych świadczeń odbywa się w tym samym zakresie co świadczenie pobytowe, przy wykorzystaniu produktów wymienionych poniżej, które stanowią załącznik 1c do zarządzenia.

Tabela 9. Produkty z katalogu 1c dostępne w zakresie radioterapii.

Kod produktu	Nazwa produktu rozliczeniowego	Wartość punktowa
5.53.01.0000006	Żywienie dojelitowe	108
5.53.01.0000035	Implantacja portu naczyniowego	2 704
5.53.01.0000938	Plazmafereza lecznicza	3 840
5.53.01.0001416	Częściowe (niekompletne) żywienie pozajelitowe	108
5.53.01.0001434	Żywienie pozajelitowe immunomodulujące	324
5.53.01.0001465	Afereza lecznicza poza plazmaferezą i LDL-aferezą	1 406
5.53.01.0001468	Kompletne żywienie pozajelitowe	216
5.53.01.0001473	Znieczulenie ogólne lub dożylnie u dziecka	270
5.53.01.0001474	Hipertermia w czasie radioterapii	3 623
5.53.01.0001478	Intensywna hemodializa	324

5.53.01.0001001	Leczenie zdarzeń niepożądanych po teleradioterapii - 3 stopień	162
5.53.01.0001002	Leczenie zdarzeń niepożądanych po teleradioterapii - 4 stopień	216
5.53.01.0001511	Przetoczenie krwi pełnej konserwowanej.	275
5.53.01.0001512	Przetoczenie koncentratu krwinek czerwonych z krwi pełnej.	186
5.53.01.0001513	Przetoczenie koncentratu krwinek czerwonych z aferezy.	263
5.53.01.0001514	Przetoczenie koncentratu krwinek płytkowych z krwi pełnej.	90
5.53.01.0001515	Przetoczenie ubogoleukocytarnego koncentratu krwinek płytkowych z aferezy.	1 111
5.53.01.0001516	Przetoczenie koncentratu granulocytarnego.	1 255
5.53.01.0001517	Przetoczenie osocza świeżo mrożonego.	100
5.53.01.0001518	Przetoczenie krioprecypitatu.	195
5.53.01.0001519	Karencja składnika krwi.	25
5.53.01.0001520	Redukcja biologicznych czynników chorobotwórczych osocza świeżo mrożonego.	123
5.53.01.0001521	Redukcja biologicznych czynników chorobotwórczych.	506
5.53.01.0001522	Napromieniowanie krwi lub jej składników.	26
5.53.01.0001523	Filtrowanie jednostki krwi lub jej składników.	83
5.53.01.0001524	Filtrowanie dawki terapeutycznej krwi lub jej składników.	130
5.53.01.0001525	Przemywanie krwi lub jej składników.	96
5.53.01.0001526	Podział krwi lub jej składników.	45
5.53.01.0001527	Rekonstytucja krwi lub jej składników.	138
5.53.01.0001649	Koszt pobytu przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego przy pacjencie małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności.	15

Ze względu na swoją kosztochłonność trzon rozliczeń świadczeń radioterapii stanowią jednak produkty znajdujące się w załączniku 1d do zarządzenia.

Tabela 10. Produkty z katalogu 1d dostępne w zakresie radioterapii.

Kod produktu	Nazwa produktu rozliczeniowego	Wartość punktowa	Zakresy świadczeń				Warunki wykonania		Uwagi
			Teleradioterapia	Brachyterapia	Terapia izotopowa	Terapia protonowa nowotworów zlokalizowanych poza narządem wzroku	Tryb ambulatoryjny	Hospitalizacja	
5.07.01.00000011	Teleradioterapia	17 468	X				X	X	cały cykl leczenia; zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. Nr 3a i 3b; obejmuje procedury: - 92.247 Teleradioterapia 4D bramkowana (4D-IGRT) – fotony - 92.248 Teleradioterapia 4D adaptacyjna bramkowana (4D-AIGRT) – fotony - 92.256 Teleradioterapia 4D bramkowana (4D-IGRT) – elektrony - 92.257 Teleradioterapia 4D adaptacyjna bramkowana (4D-AIGRT) – elektrony
5.07.01.00000012	Teleradioterapia 3D z modulacją intensywności dawki	16 389	X				X	X	cały cykl leczenia; zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. Nr 3a i 3b; obejmuje procedury: - 92.246 Teleradioterapia 3D z modulacją intensywności dawki (3D-IMRT) – fotony - 92.292 Teleradioterapia 3D sterowana obrazem (IGRT) z modulacją intensywności dawki (3D-RTIMRT) – fotony - 92.291 Teleradioterapia 3D sterowana obrazem (IGRT) realizowana w oparciu o implanty wewnętrzne - fotony
5.07.01.00000013	Teleradioterapia 3D - niekoplanarna z monitoringiem tomograficznym (3D-CRT) lub całego ciała (TBI) lub połowy ciała (HBI) lub skóry całego ciała (TSI)	14 899	X				X	X	cały cykl leczenia; monitoring tomograficzny co najmniej dwukrotnie w trakcie napromieniania; zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. Nr 3a i 3b; obejmuje procedury: - 92.242 Teleradioterapia 3D konformalna sterowana obrazem (IGRT) – fotony, - 92.243 Teleradioterapia całego ciała (TBI) – fotony, - 92.244 Teleradioterapia połowy ciała (HBI) – fotony, - 92.245 Teleradioterapia skóry całego ciała (TSI) – fotony, - 92.249 Teleradioterapia szpiku lub układu chłonnego całego ciała (TMI) - fotony, - 92.252 Teleradioterapia 3D konformalna z monitoringiem tomograficznym (3D-CRT) – elektrony - 92.255 Teleradioterapia skóry całego ciała (TSI) – elektrony

5.07.01.0000014	Teleradioterapia 3D śródooperacyjna (3D-IORT)	6 114	X						cały cykl leczenia; zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. Nr 3a i 3b; obejmuje procedury: - 92.31 Śródooperacyjna teleradioterapia konformalna 3D (3D-IORT-ft) - 92.32 Śródooperacyjna teleradioterapia konformalna 3D (3D-IORT-x)
5.07.01.0000023	Teleradioterapia radykalna z planowaniem trójwymiarowym (3D)	11 560	X						cały cykl leczenia; zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. Nr 3a i 3b; obejmuje procedury: - 92.241 Teleradioterapia radykalna z planowaniem 3D – fotony - 92.251 Teleradioterapia radykalna z planowaniem 3D – elektrony - 92.253 Teleradioterapia całego ciała (TBI) – elektrony - 92.254 Teleradioterapia połowy ciała (HBI) – elektrony
5.07.01.0000022	Teleradioterapia radykalna z planowaniem dwuwymiarowym (2D)	7 501	X						cały cykl leczenia; zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. Nr 3a i 3b; obejmuje: - 92.222 Teleradioterapia radykalna 2D – promieniowanie X - 92.232 Teleradioterapia radykalna 2D z zastosowaniem 60Co – promieniowanie gamma, - 92.240 Teleradioterapia radykalna 2D – fotony, - 92.250 Teleradioterapia radykalna 2D – elektrony
5.07.01.0000021	Teleradioterapia paliatywna	2 812	X						cały cykl leczenia; warunki określone w zał. Nr 3a obejmuje procedury: - 92.223 Teleradioterapia paliatywna – promieniowanie X, - 92.233 Teleradioterapia paliatywna z zastosowaniem 60Co – promieniowanie gamma
5.07.01.0000020	Teleradioterapia w leczeniu chorób skóry	411	X						cały proces leczenia (za cykl co najmniej 10 sesji); warunki określone w zał. Nr 3a obejmuje procedury: - 92.221 Teleradioterapia w leczeniu chorób skóry – promieniowanie X - 92.231 Teleradioterapia w leczeniu chorób skóry z zastosowaniem 60Co – promieniowanie gamma

5.07.01.0000042	Brachyterapia z planowaniem 3D	9 734	X						cały proces leczenia; zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. Nr 3a i 3b; obejmuje procedury: - 92.413 Brachyterapia śródtkankowa - planowanie 3D - 92.414 Brachyterapia śródtkankowa - planowanie 3D pod kontrolą obrazowania - 92.422 Brachyterapia wewnątrzprzewodowa - planowanie 3D - 92.423 Brachyterapia wewnątrzprzewodowa - planowanie 3D pod kontrolą obrazowania - 92.432 Brachyterapia wewnątrzjamowa - planowanie 3D - 92.433 Brachyterapia wewnątrzjamowa - planowanie 3D pod kontrolą obrazowania - 92.452 Brachyterapia powierzchniowa - planowanie 3D - 92.46 Brachyterapia śródoperacyjna
5.07.01.0000052	Brachyterapia z planowaniem 3D ze wszczepieniem stałych źródeł izotopowych	1	x					x	rozliczenie świadczenia na podstawie specyfikacji kosztowej; cały proces leczenia; zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. Nr 3a i 3b; obejmuje procedury: - 92.411 Trwałe wszczepienie źródeł radioizotopowych
5.07.01.0000025	Brachyterapia z planowaniem standardowym	6 490	X					X	cały proces leczenia; zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. Nr 3a i 3b; obejmuje procedury: - 92.410 Wlew koloidalnego radioizotopu do jam ciała - 92.412 Brachyterapia śródtkankowa - planowanie standardowe - 92.421 Brachyterapia wewnątrzprzewodowa - planowanie standardowe - 92.431 Brachyterapia wewnątrzjamowa - planowanie standardowe - 92.451 Brachyterapia powierzchniowa - planowanie standardowe
5.07.01.0000027	Brachyterapia guza wewnątrzgałkowego ¹²⁵ I	2 650	X					X	cały proces leczenia; zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. Nr 3a i 3b; obejmuje: - 92.481 Brachyterapia guza wewnątrzgałkowego ¹²⁵ I
5.07.01.0000028	Brachyterapia guza wewnątrzgałkowego ¹⁰⁶ Ru	2 974	X					X	cały proces leczenia; zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. Nr 3a i 3b; obejmuje: - 92.482 Brachyterapia guza wewnątrzgałkowego ¹⁰⁶ Ru
5.07.01.0000034	Leczenie jodem radioaktywnym raka tarczycy dawkami powyżej 1000 MBq (podanie ¹³¹ I)	6 219				X		X	obejmuje podanie pełnej dawki i radioizotopu; zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. nr 3b

5.07.01.0000035	Leczenie jodem radioaktywnym raka tarczycy dawkami powyżej 1000 MBq (podanie ^{131}I -meta-jodo-benzyl-guanidyny)	9 626			X				X	obejmuje podanie pełnej dawki radioizotopu; zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. nr 3b
5.07.01.0000031	Leczenie radioizotopowe innych schorzeń onkologicznych z zastosowaniem ^{131}I -meta-jodo-benzyl-guanidyny	11 898			X				X	cały proces leczenia; zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. nr 3b
5.07.01.0000032	Leczenie przeciwbólowe radioizotopami zmian przerzutowych do kości - ^{153}Sm	6 868			X				X	cały proces leczenia;
5.07.01.0000030	Leczenie przeciwbólowe radioizotopami zmian przerzutowych do kości - ^{89}Sr	2 596			X				X	cały proces leczenia;
5.07.01.0000033	Leczenie jodem radioaktywnym raka tarczycy dawkami powyżej 1000 MBq, badanie kwalifikacyjne	1 352			X				X	obejmuje kwalifikację wraz ze wszystkimi niezbędnymi badaniami; zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. nr 3b
5.07.01.0000036	Leczenie jodem radioaktywnym raka tarczycy dawkami powyżej 1000 MBq, badanie kontrolne	216			X				X	obejmuje wszystkie wizyty i badania kontrolne w okresie jednego roku od zakończenia podawania radioizotopu; zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. nr 3b
5.07.01.0000043	Leczenie znakowanymi radioizotopowo analogami somatostatyny nieoperacyjnych guzów neuroendokrynych - DOTATATE znakowane Y 90 - 2960 - 3700 MBq	9 626			X				X	obejmuje podanie pełnej dawki radioizotopu; zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. nr 3b

5.07.01.0000044	Leczenie znakowanymi radioizotopowo analogami somatostatyny nieoperacyjnych guzów neuroendokrynnych -DOTATATE znakowane Y 90 - 7400 MBq	14 710			X		X	X	obejmuje podanie pełnej dawki radioizotopu; zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. nr 3b
5.07.01.0000045	Leczenie znakowanymi radioizotopowo analogami somatostatyny nieoperacyjnych guzów neuroendokrynnych mieszaniną - DOTATATE znakowane Y 90 i Lu - 177 - 1850/1850 MBq	11 140		X			X	X	obejmuje podanie pełnej dawki radioizotopu; zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. nr 3b
5.07.01.0000046	Leczenie znakowanymi radioizotopowo analogami somatostatyny nieoperacyjnych guzów neuroendokrynnych mieszaniną DOTATATE znakowane Y 90 i Lu - 177 - 3700/3700 MBq	20 064		X			X	X	obejmuje podanie pełnej dawki radioizotopu; zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. nr 3b
5.07.01.0000047	Leczenie znakowanymi radioizotopowo analogami somatostatyny nieoperacyjnych guzów neuroendokrynnych - DOTATATE znakowane Lu - 177 7400 MBq	15 954		X			X	X	obejmuje podanie pełnej dawki radioizotopu; zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. nr 3b
5.07.01.0000048	Zakwaterowanie do teleradioterapii / protonoterapii	162						X	za osobodzień obejmuje zapewnienie transportu w przypadku zakwaterowania świadczeniobiorcy poza podmiotem działalności leczniczej

5.07.01.0000053	Planowanie leczenia radioterapii protonowej (dotyczy dorosłych)	17 684					X	X	X	zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. Nr 3a i 3b; obejmuje całość postępowania medycznego związanego z terapią protonową zgodnie z warunkami określonymi w lp. 35 załącznika nr 4 do rozporządzenia; obejmuje procedurę: - 92.288 Teleradioterapia hadronowa wiązką protonów
5.07.01.0000054	Planowanie leczenia radioterapii protonowej nowotworów wieku dziecięcego	31 204					X	X	X	
5.07.01.0000055	Radioterapia protonowa nowotworów zlokalizowanych poza narządem wzroku	44 724						X	X	
5.07.01.0000056	Teleradioterapia stereotaktyczna	14 571				X		X	X	zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. Nr 3a i 3b; obejmuje procedurę: - 92.27 Teleradioterapia stereotaktyczna promieniami gamma z wielu mikroźródeł (OMSCMR) - 92.312 Obrazowo monitorowana stereotaktyczna i cybernetyczna mikroradioterapia (OMSCMRT) - 92.261 Teleradioterapia 3D stereotaktyczna z modulacją intensywności dawki (3D-SIMRT) – fotony - 92.263 Teleradioterapia 3D stereotaktyczna konformalna (3D-SCRT) – fotony

Zgodnie z wytycznymi NFZ w przypadku wykonania świadczeń związanych z leczeniem radioterapią, sposób wykazywania produktów do rozliczenia uzależniony jest od indywidualnych przypadków i zastosowanej metody terapeutycznej. Najczęściej występującymi przypadkami są:

1) Leczenie wyłącznie radioterapią:

Należy wykazać każdy dzień leczenia zgodnie z metodologią wyliczania osobodni (dzień przyjęcia i wypisu traktowany jako jeden dzień) z wykorzystaniem produktów rozliczeniowych:

- z katalogu 1bnp.: odpowiednio 5.52.01.0001470 Hospitalizacja do brachyterapii i terapii izotopowej - w oddziale radioterapii/ onkologii klinicznej (w przypadku brachyterapii i terapii izotopowej) lub 5.52.01.0001440 Hospitalizacja do teleradioterapii / terapii protonowej nowotworów zlokalizowanych poza narządem wzroku > 17 r.ż. (w przypadku teleradioterapii),
- z katalogu 1d (odpowiednie świadczenie wraz ze wskazaniem właściwej procedury wg klasyfikacji ICD9),
- z katalogu 1c, w przypadku wykonania odpowiednich usług (np. przetoczenia koncentratu krwinek czerwonych z krwi pełnej).

2) Jednoczasowe leczenie chirurgiczne oraz uzupełniające radioterapią:

Ze względu na brak możliwości sumowania produktów z katalogu grup 1a oraz katalogu produktów odrębnych 1b, do rozliczenia należy wskazać jedynie odpowiednią grupę zabiegową lub tzw. osobodni do radioterapii, przy zachowaniu zasady rozliczania świadczenia droższego. Dodatkowo należy przedstawić odpowiednie świadczenia z katalogu 1d oraz ewentualnie produkty do sumowania z katalogu 1c (w przypadku wykonania odpowiednich usług).

3) Leczenie chemioradioterapią:

W przypadku zastosowania leczenia chemioradioterapią podczas pobytu pacjenta na jednym oddziale do rozliczenia należy wskazać:

- Produkt z katalogu 1b: 5.52.01.0001504 Hospitalizacja do chemioradioterapii > 18 r.ż. z krotnością równą liczbie osobodni spędzonych w oddziale,
- Produkt z katalogu 1d (odpowiednie świadczenie wraz ze wskazaniem właściwej procedury wg klasyfikacji ICD9),
- Produkt z katalogu 1c, w przypadku wykonania odpowiednich usług (np. przetoczenia koncentratu krwinek czerwonych z krwi pełnej, leczenie zdarzeń niepożądanych po teleradioterapii – 3 lub 4 stopień),

- Wartość zastosowanych substancji czynnych z katalogu 1n (chemioterapia),
- Produkt z katalogu świadczeń dodatkowych 1t (chemioterapia).

Zgodnie z zapisami aktualnego Zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, świadczeniodawcy zakwalifikowani w ramach PSZ do poziomu szpitali: ogólnopolskich, onkologicznych lub pulmonologicznych oraz III stopnia uprawnieni są do stosowania współczynnika korygującego o wartości 1,2 w sytuacji rozliczania świadczeń produktami rozliczeniowymi:

- 1) określonymi w załączniku nr 1e do zarządzenia w zakresie chemioterapii, z wyłączeniem świadczeń polegających na zapewnieniu zakwaterowania świadczeniobiorcom poza oddziałem szpitalnym,
- 2) o kodzie 5.52.01.0001424 - Hospitalizacja do brachyterapii i terapii izotopowej,
- 3) o kodzie 5.52.01.0001440 - Hospitalizacja do teleradioterapii / terapii protonowej nowotworów zlokalizowanych poza narządem wzroku > 17 r.ż.,
- 4) o kodzie 5.52.01.0001470 - Hospitalizacja do brachyterapii i terapii izotopowej – w oddziale radioterapii / onkologii klinicznej,
- 5) o kodzie 5.52.01.0001499 - Hospitalizacja do teleradioterapii / terapii protonowej nowotworów zlokalizowanych poza narządem wzroku < 18 r.ż.- w oddziale onkologii i hematologii dziecięcej,
- 6) o kodzie 5.52.01.0001504 - Hospitalizacja do chemioradioterapii > 18 r.ż.

Kryteria walidacji sprawozdanych świadczeń:

1) Diagnostyki (ICD-10):

Płatnik udostępnił w formie komunikatu wytyczne, którymi należy kierować się przy wskazywaniu rozpoznań: zasadniczego i współistniejących w przypadku sprawozdawania do rozliczenia świadczeń radioterapii. Jako główne kryterium przyjęto tutaj rodzaj zastosowanej terapii oraz odpowiednie określenie jednostki chorobowej (ICD-10). Jeżeli jedyną zastosowaną metodą leczenia była radioterapia, w pozycji rozpoznania zasadniczego należy podać kod: Z51.0 – Seanse radioterapii, a jako współistniejące kod leczonego schorzenia. Sytuacja nieco się komplikuje w przypadku zastosowania terapii skojarzonej. W przypadku jednoczasowego leczenia radioterapeutycznego i chemioterapeutycznego, przy wskazywaniu diagnoz należy wziąć pod uwagę kolejność wdrożonych terapii i jako rozpoznanie zasadnicze

wskazać pierwszą z nich (tj. odpowiednio: Z51.0 – Seanse radioterapii lub Z51.1 – Cykle chemioterapii nowotworów). Natomiast jako pierwsze rozpoznanie współistniejące wykazuje się kolejną terapię, a dopiero w dalszej kolejności kod leczonego schorzenia. Przy czym w procesie weryfikacji poprawności sprawozdanych świadczeń NFZ skupia się na sprawdzeniu kompletności wykazanych kodów rozpoznań, czyli wymagane jest przesłanie odpowiedniego kodu z kategorii Z51 oraz właściwego schorzenia. Ze względu na brak w słowniku ICD-10 kodu związanego z terapią izotopową, wymagane jest tutaj przekazanie wyłącznie rozpoznania dla jednostki chorobowej, którą leczono.

2) Procedury medyczne (wg klasyfikacji ICD9 PL):

Szczegółowe informacje o wymaganych kodach procedur zgodnych z klasyfikacją ICD9 PL w przypadku realizacji odpowiednich produktów radioterapii zostały zawarte w załączniku 1d, w kolumnie Uwagi. W trakcie weryfikacji sprawdzana jest zgodność wykazanych procedur z wykonanymi usługami. Jeżeli przykładowo zastosowanym leczeniem była Teleradioterapia 3D z modulacją intensywności dawki (kod produktu: 5.07.01.0000012), to należy jako zrealizowaną procedurę wykazać jeden z kodów: 92.246 (Teleradioterapia 3D z modulacją intensywności dawki (3D-IMRT) – fotony) lub 92.292 (Teleradioterapia 3D sterowana obrazem (IGRT) z modulacją intensywności dawki (3D-RotIMRT) – fotony) lub 92.291 (Teleradioterapia 3D sterowana obrazem (IGRT) realizowana w oparciu o implanty wewnętrzne – fotony).

3) Ocena sprawności (WHO/ECOG):

W sytuacji rozliczania świadczeń z zakresu radioterapii onkologicznej, finansowanych w ramach produktów wymienionych w załączniku nr 1d do zarządzenia, świadczeniodawca przed wdrożeniem leczenia radioterapeutycznego, zobowiązany jest przeprowadzić ocenę stanu sprawności pacjenta (z wyłączeniem pacjentów poniżej 18. r. ż.) według skali WHO/Zubroda/ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group), określonej w załączniku nr 13 do zarządzenia. Ocenę stanu ogólnego pacjenta poddawanego leczeniu onkologicznemu dołącza się do dokumentacji medycznej pacjenta oraz dokonuje sprawozdania łącznie z produktem jednostkowym (pobytem). Kompletność przekazanych informacji jest weryfikowana w procesie walidacji świadczeń (w razie stwierdzenia braku danych raport jest odrzucany już na poziomie importu do bazy OW NFZ).

4) Zakwaterowanie

Zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2004nr210poz.2135z późn. zm.): W przypadku gdy stan zdrowia świadczeniobiorcy wymaga wykonywania procedur medycznych stosowanych w leczeniu szpitalnym, ale nie wymaga udzielania całodobowych lub całodziennych świadczeń opieki zdrowotnej w odpowiednio urządzonych, stałych pomieszczeniach podmiotu leczniczego, świadczeniodawca zapewnia bezpłatnie na wniosek świadczeniobiorcy zakwaterowanie w innym miejscu, w którym świadczy się usługi hotelarskie oraz Świadczeniobiorcy, który korzysta z zakwaterowania na podstawie ust. 1, przysługuje bezpłatnie, na jego wniosek, transport z miejsca tego zakwaterowania do miejsca udzielania świadczeń. Placówka może zapewnić powyższe samodzielnie lub z udziałem podwykonawców.

Bez względu na rodzaj hospitalizacji (zakwaterowanie w szpitalu czy też w miejscu świadczenia usług hotelarskich) sprawozdawane dane z zakresu radioterapii weryfikowane są pod względem kompletności przesłanej informacji o zakwaterowaniu. Wymagane jest tutaj przekazanie do NFZ kodu pomieszczenia (1 – pomieszczenia podmiotu leczniczego lub 2 – miejsce, w którym świadczy się usługi hotelarskie) oraz dat określających początek i koniec pobytu pacjenta w danym miejscu.

5) Sumowanie świadczeń

Zgodnie z zapisami zarządzenia:

- W przypadku udzielenia więcej niż jednego świadczenia w czasie pobytu świadczeniobiorcy w szpitalu, do rozliczenia należy wykazywać wyłącznie jedną grupę z katalogu grup, określonego w załączniku nr 1a do zarządzenia albo produkt z katalogu produktów odrębnych, określonego w załączniku nr 1b do zarządzenia.
- Dopuszcza się łączne rozliczanie świadczeń finansowanych grupami albo produktami w przypadkach uzasadnionych medycznie, o ile w katalogu produktów do sumowania, określonym w załączniku nr 1c do zarządzenia i katalogu produktów do rozliczenia świadczeń udzielanych w OAiT, określonym w załączniku nr 1ts do zarządzenia, dopuszczono taką możliwość.
- Dopuszcza się łączne rozliczanie grup z katalogu grup, określonego w załączniku nr 1a do zarządzenia albo produktów z katalogu produktów odrębnych, określonego w załączniku nr 1b do zarządzenia albo produktów

z katalogu radioterapii, określonego w załączniku nr 1d do zarządzenia, z produktami katalogowymi zawartymi w katalogu zakresów świadczeń zdrowotnych kontraktowanych odrębnie, określonego w załączniku nr 1 do zarządzenia w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, o ile w katalogach określonych w załącznikach nr 1a, 1b i 1d do zarządzenia nie określono inaczej, z wyjątkiem świadczeń wykonywanych w warunkach domowych i w trybie hospitalizacji.

- Łączne rozliczanie świadczeń z zakresu hemodializoterapii finansowanych w ramach umowy w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, ze świadczeniami rozliczanymi grupami lub produktami z katalogów określonych w załącznikach nr 1a–1d do zarządzenia, dopuszczalne jest w przypadku udzielenia świadczeń świadczeniobiorcom kwalifikowanym lub objętym programem przewlekłego leczenia nerkozastępczego oraz świadczeniobiorcom z ostrym ubytkiem filtracji kłębuszkowej, wymagających czasowego stosowania programu hemodializy.

Biorąc pod uwagę powyższe, należy pamiętać, że NFZ weryfikuje poprawność przekazanych świadczeń pod względem możliwości sumowania kilku produktów rozliczeniowych. Przykładowo: produkty z katalogu 1a nie sumują się z produktami z katalogu 1b, więc należy wybrać tylko jeden z nich. Produkty z katalogi 1d oprócz dedykowanych produktów z katalogu 1b (m.in. osobodni do teleradioterapii) można dosumować zarówno do grup JGP, jak i osobodni do chemioterapii.

6) Koincydencje świadczeń

Świadczenia radioterapii, tak jak i pozostałe usługi wykonywane przez świadczeniodawców posiadających umowę z NFZ, weryfikowane są pod względem jednoczasowego przebywania pacjenta w dwóch różnych jednostkach służby zdrowia. O ile niedopuszczalne jest występowanie dwóch pobytów szpitalnych lub wizyty ambulatoryjnej lub u lekarza POZ w trakcie pobytu (bez uwzględnienia dnia przyjęcia i wypisu), o tyle możliwe jest wykonanie radioterapii w trybie ambulatoryjnym nakładającej się czasowo z hospitalizacją pacjenta u innego świadczeniodawcy.

7) Powtórne hospitalizacje

Hospitalizacje wyłącznie w celu realizacji świadczeń z zakresów: teleradioterapii, brachyterapii, terapii izotopowej, terapii protonowej nowotworów zlokalizowanych poza narządem wzroku, oraz związanego z tym

leczenia objawowego, nie podlegają weryfikacji pod względem spełniania warunku upływu okresu 14 dni między udzieleniem świadczeniobiorcy świadczeń przez świadczeniodawcę, podczas odrębnych pobytów w szpitalu, z powodu określonego w rozpoznaniu lub procedurze występującej w charakterystyce danej grupy z katalogu grup, określonego w załączniku nr 1a do zarządzenia albo odpowiednio z katalogu produktów odrębnych, określonego w załączniku nr 1b do zarządzenia.

8) Pakiet onkologiczny

W przypadku leczenia radioterapeutycznego realizowanego w ramach pakietu onkologicznego płatnik weryfikuje sprawozdane świadczenia pod względem spełnienia kryteriów kwalifikujących do prowadzenia pacjenta szybką ścieżką onkologiczną (m.in. zachowanie maksymalnego okresu 14 dni pomiędzy konsylium a rozpoczęciem leczenia) oraz przesłania kompletu danych o wystawionej karcie DILO (tj. numer karty, data wystawienia, dane o wpisie pacjenta na listę oczekujących na świadczenia udzielane na podstawie karty onkologicznej).

Ponadto należy pamiętać, iż w ramach pakietu onkologicznego niemożliwe jest wykazanie takich produktów jak:

- 5.07.01.0000021 - Teleradioterapia paliatywna
- 5.07.01.0000030 - Leczenie przeciwbólowe radioizotopami zmian przerzutowych do kości - 89Sr
- 5.07.01.0000032 - Leczenie przeciwbólowe radioizotopami zmian przerzutowych do kości - 153Sm
- 5.52.01.0001384 - Hospitalizacja z przyczyn nie ujętych gdzie indziej
- 5.52.01.0001464 - Hospitalizacja związana z przetoczeniem krwi, produktów krwiopochodnych w tym immunoglobulin
- 5.53.01.0001473 - Znieczulenie ogólne lub dożylnie u dziecka
- 5.53.01.0001649 - Koszt pobytu przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego przy pacjencie małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności.

Natomiast dopuszczono możliwość rozliczenia produktu: Implantacja portu naczyniowego z hospitalizacją (5.52.01.0000035), jako dodatkową usługę dostępną wyłącznie w ramach szybkiej ścieżki onkologicznej.

9) Osobodni

Produktami, które z definicji zostały dedykowane do rozliczania pobytów związanych z leczeniem radioterapeutycznym, są tzw. osobodni do radioterapii (wskazane w załączniku nr 1b do zarządzenia), tj.:

- Hospitalizacja do brachyterapii i terapii izotopowej,
- Hospitalizacja do teleradioterapii / terapii protonowej nowotworów zlokalizowanych poza narządem wzroku > 17 r.ż.,
- Hospitalizacja do brachyterapii i terapii izotopowej - w oddziale radioterapii/ onkologii klinicznej,
- Hospitalizacja do teleradioterapii / terapii protonowej nowotworów zlokalizowanych poza narządem wzroku < 18 r.ż.- w oddziale onkologii i hematologii dziecięcej,
- Hospitalizacja do chemioradioterapii > 18 r.ż.

Sprawozdawanie wyżej wymienionych osobodni odbywa się poprzez wykazanie odpowiedniego kodu produktu z ilością równą liczbie osobodni (dzień przyjęcia i wypisu liczony jako jeden), przy czym należy pamiętać, że nie został tutaj udostępniony tryb jednodniowy, co powoduje zablokowanie rozliczenia, gdy pacjent zostanie przyjęty i następnie wypisany w tym samym dniu (wyjątkiem jest zgon pacjenta i sprawozdanie odpowiedniego trybu wypisu).

Dodatkowo dostępny jest tryb ambulatoryjny dla większości produktów z katalogu 1d (oprócz: Brachyterapii guza wewnątrzgałkowego 125I, Brachyterapii guza wewnątrzgałkowego 106Ru, Leczenia jodem radioaktywnym raka tarczycy dawkami powyżej 1000 MBq (podanie 131I), Leczenia jodem radioaktywnym raka tarczycy dawkami powyżej 1000 MBq (podanie 131I -meta-jodo-benzyl-guanidyny) oraz Leczenia radioizotopowego innych schorzeń onkologicznych z zastosowaniem 131I -meta-jodo-benzyl-guanidyny). Sprawozdawczość odbywa się tutaj poprzez wykazanie produktu z katalogu 1d, wraz z produktem z katalogu 1b: Teleradioterapia / brachyterapia / terapia izotopowa/ terapia protonowa nowotworów zlokalizowanych poza narządem wzroku - w trybie ambulatoryjnym (5.52.01.0001468) o wartości 0 pkt.

10) Współczynnik korygujący

Jak wspomniano już wyżej, część świadczeniodawców po spełnieniu określonych kryteriów uzyskała możliwość zwiększenia refundacji za wykonanie produktów o kodzie: 5.52.01.0001424, 5.52.01.0001440, 5.52.01.0001470,

5.52.01.0001499 oraz 5.52.01.0001504 przy użyciu współczynnika korygującego o wartości 1,2. Sprawozdanie takich usług odbywa się poprzez uwzględnienie kodu specjalnego rozliczenia WKO i zwiększenie pozycji Krotność poprzez jej pomnożenie przez 1,2, przy jednoczesnym zachowaniu bez zmian pozycji Krotność faktyczna.

Podobnie jak w przypadku leczenia zabiegowego, rozliczenie świadczeń radioterapii w ramach pakietu onkologicznego uzależnione jest od spełnienia wymagań dotyczących szybkiej ścieżki onkologicznej. Dotyczy to przede wszystkim zapisów Zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie leczenia szpitalnego, które obligują świadczeniodawców udzielających świadczeń na podstawie karty DiLO do zapewnienia terminowej i kompleksowej realizacji świadczeń onkologicznych. Należy tutaj zwrócić szczególną uwagę na zapewnienie nieprzekraczalności terminu 14 dni od momentu umieszczenia pacjenta na liście oczekujących na udzielenie świadczenia do określenia postępowania terapeutycznego i podjęcia leczenia onkologicznego. Niespełnienie powyższego wymogu skutkuje zablokowaniem możliwości rozliczenia świadczeń w ramach pakietu onkologicznego i koniecznością ich realizacji w zakresach limitowanych, które wykorzystywane są ponadto do sprawozdawania usług wykonanych na rzecz pacjentów bez karty DiLO i leczenia paliatywnego.

Rozdział 8. Leczenie w ramach onkologicznego programu lekowego

mgr Joanna Tomasik

Program lekowy (PL) jest świadczeniem gwarantowanym, w ramach którego stosuje się innowacyjne, kosztowne substancje czynne, które nie są finansowane w ramach innych świadczeń gwarantowanych, jak również świadczenia pobytowe związane z podawaniem leków. Leczenie jest prowadzone w wybranych jednostkach chorobowych i obejmuje ściśle zdefiniowaną grupę pacjentów, ograniczoną kryteriami kwalifikacji.

Mimo, iż PL może być jednym z etapów leczenia onkologicznego pacjenta w ramach pakietu onkologicznego (z aktywną kartą DiLO na etapie leczenia), są to świadczenia limitowane. Oznacza to, że w przypadku przekroczenia kontraktu NFZ nie jest zobowiązany do zapłaty za wszystkie świadczenia.

Treść każdego PL jest publikowana jako załącznik do obwieszczenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego. Może dotyczyć on podawania jednej lub kilku substancji czynnych, w jednej lub wielu liniach leczenia w danej jednostce chorobowej.

Opis programu obejmuje:

- kryteria kwalifikacji pacjenta do leczenia;
- kryteria wyłączenia z programu;
- schemat dawkowania leków;
- sposób podawania leków;
- wykaz badań diagnostycznych niezbędnych do kwalifikacji pacjenta do programu;
- wykaz badań diagnostycznych koniecznych do monitorowania skuteczności lub bezpieczeństwa leczenia.

W większości opisów znajdują się szczegółowe zasady dawkowania i łączenia substancji, a w wybranych PL opisy odsyłają do charakterystyki produktu leczniczego podawanej substancji.

Tak szczegółowy zakres danych, wskazany w opisach PL oznacza, iż nieodpuszczalne są jakiegokolwiek odstępstwa od zapisów programu (zamiana, dołożenie lub usunięcie jakiegokolwiek leku ze schematu, terapia w innym rozpoznaniu, w innym dawkowaniu czy niewykonanie badań kwalifikacyjnych czy

kontrolnych), nawet w sytuacji, gdy wynikałoby to z aktualnej wiedzy medycznej czy zaleceń postępowania.

Wytyczne do kontraktowania dla oddziałów wojewódzkich NFZ w zakresie wymagań wobec świadczeniodawców, jak również do bieżącej realizacji świadczeń w przypadku programów lekowych zawiera Zarządzenie Nr 75/2018/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 lipca 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe z późn. zm.

Pacjenci zakwalifikowani do programów lekowych są leczeni bezpłatnie (brak zapisów o dopłacie do leku ze strony pacjenta). Decyzję o kwalifikacji podejmuje lekarz placówki posiadającej kontrakt w danym zakresie, w oparciu o szczegółowe kryteria włączenia do programu, wskazane w jego opisie.

Terapia w ramach programów lekowych może obejmować choroby onkologiczne lub nieonkologiczne. Szczegółowy wykaz programów lekowych znajduje się w załączniku nr 4 do w/w zarządzenia.

Realizacja i finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe, odbywa się na podstawie umowy zawieranej pomiędzy świadczeniodawcą a oddziałem wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia.

Świadczenia z zakresu programów lekowych wykonywane są w trybie:

- ambulatoryjnym;
- jednodniowym – wyłącznie w przypadku, gdy cel terapii nie może być osiągnięty przez leczenie prowadzone w trybie ambulatoryjnym;
- hospitalizacji – wyłącznie w przypadku, gdy cel terapii nie może być osiągnięty przez leczenie prowadzone w trybie jednodniowym lub w trybie ambulatoryjnym.

Pobyty mogą zostać rozliczone w ramach umowy na programy lekowe (osobodni / porady) lub w uzasadnionych klinicznie przypadkach - na leczenie szpitalne – oddziały (JGP).

W ramach programu lekowego rozliczane są wszystkie substancje czynne wskazane w opisie programu. Do rozliczenia możemy wykazać:

- ilość faktycznie podaną pacjentowi w placówce, bez możliwości rozliczenia części leku zutylizowanego, ale w ilości nie większej, niż wynikająca z dawkowania wskazanego w opisie PL;
- całe opakowania, przy wydaniu leku pacjentowi do domu.

Leki z programów lekowych mogą być wydawane pacjentowi do samodzielnego przyjmowania w domu, o ile podawane są we wskazaniach refundacyjnych z części B Obwieszczenia MZ, a forma podania nie wymaga zastosowania terapii w oddziale.

Ilość wydanego leku winna wystarczyć do kolejnego punktu kontrolnego (kolejnej daty monitorowania). Jednak pacjent nie powinien otrzymać więcej leku, niż na 90 dni. Wydanie leku w zbyt dużej ilości powoduje odmowę rozliczenia kosztów jego refundacji przez NFZ.

Należy pamiętać, że od 2012 r. produkty rozliczeniowe nie są powiązane z nazwami substancji czynnej, lecz z nazwą handlową leku w konkretnej dawce terapeutycznej, oraz odpowiednim kodem EAN. Wszystkie substancje czynne refundowane w PL zawiera załącznik nr 1m do w/w zarządzenia, który jest aktualizowany po każdej zmianie obwieszczenia MZ.

Wartość refundacji (taryfa) wyliczana jest na podstawie ceny zawartej w obwieszczeniu MZ lub na fakturze zakupu leku, o ile nie przekracza ona wartości refundacji leku, wskazanej w obwieszczeniu MZ. Taryfę wylicza się na dzień podania leku (a nie jego zakupu), co może powodować sytuację, w której placówka kupi lek po wyższej cenie, a w wyniku obniżenia limitu refundacji w kolejnym obwieszczeniu MZ będzie zobligowana do korekty taryfy poniżej wartości zakupu.

Pobyt pacjenta u świadczeniodawcy, w zależności od stanu ogólnego pacjenta, trybu przyjęcia pacjenta oraz sposobu podania leków, rozliczany jest w ramach świadczeń wskazanych w katalogu świadczeń i zakresów – załącznik 1k:

- hospitalizacja związana z wykonaniem programu [osobodzień za 486,72 pkt],
- hospitalizacja związana z wykonaniem programu u dzieci [osobodzień za 540,80 pkt],
- hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu [osobodzień: 486,72 pkt],
- przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu [porada: 108,16 pkt],
- przyjęcie pacjenta połączone z podaniem dichlorku radu Ra-223 [porada: 600 pkt, PL: Leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego],
- kwalifikacja do leczenia w programie lekowym oraz weryfikacja jego skuteczności [wartość punktowa świadczenia: 338 pkt, dedykowane zespołom koordynującym, kwalifikującym pacjenta do programu].

Ponadto, w wybranych PL wprowadzono dedykowane świadczenia pobytowe, związane z realizacją danego programu, tj.:

- hospitalizacja związana z podaniem nusinersenu w znieczuleniu ogólnym i pod kontrolą tomografii komputerowej [osobodzień: 900 pkt, dedykowane PL: Leczenie rdzeniowego zaniku mięśni],
- hospitalizacja związana z podaniem nusinersenu w znieczuleniu ogólnym lub pod kontrolą tomografii komputerowej [osobodzień: 678,72 pkt, PL: Leczenie rdzeniowego zaniku mięśni],
- przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym połączone z podaniem iniekcji doszkliskowej anty – VEGF w programie lekowym [porada: 378,56 pkt, PL: Leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanej z wiekiem (AMD)],
- przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z leczeniem stwardnienia rozsianego [porada: 324,48 pkt, PL: Leczenie stwardnienia rozsianego oraz Leczenie stwardnienia rozsianego po niepowodzeniu terapii lekami pierwszego rzutu lub szybko rozwijającej się ciężkiej postaci stwardnienia rozsianego],
- leczenie w warunkach domowych [świadczenia realizowane w ramach programu lekowego Zapobieganie krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B, obejmujące system dostaw domowych koncentratów czynników krzepnięcia],
- przyjęcie pacjenta raz na 3 miesiące w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu [świadczenia realizowane w ramach programu lekowego leczenie umiarkowanej i ciężkiej postaci łuszczycy plackowatej, dot. stwardnienia rozsianego, ZZSK, RZS czy ŁZS, rozliczane raz na 3 miesiące u pacjentów, u których po kompleksowej ocenie stanu zdrowia możliwe jest wyznaczenie kolejnego terminu wizyty za 3 m-ce. Dodatkowo w okresie 3 miesięcy od daty sprawozdania świadczenia o kodzie 5.08.07.0000026 nie dopuszcza się możliwości rozliczenia świadczenia o kodzie 5.08.07.0000001, 5.08.07.0000002, 5.08.07.0000003, 5.08.07.0000004].

W przypadku świadczeń wykonywanych w trybie hospitalizacji dzień przyjęcia do leczenia oraz jego zakończenia wykazywany jest do rozliczenia jako jeden osobodzień.

W ramach pobytu pacjenta u świadczeniodawcy dodatkowo mamy prawo do rozliczenia ryczałtu za diagnostykę (załącznik nr 11) – produktu rozliczeniowego, w ramach którego finansowany jest uśredniony koszt badań diagnostycznych

wymaganych przy kwalifikacji i w trakcie realizacji programu lekowego, wykonywanych na rzecz świadczeniobiorcy objętego tym programem w danym roku kalendarzowym, z wyłączeniem badań genetycznych wykonywanych w trakcie kwalifikacji do programu lekowego.

W przypadku programów lekowych dotyczących leczenia chorób hematologicznych badania genetyczne wykonywane w trakcie kwalifikacji do programu lekowego finansowane są w ramach odpowiedniego ryczału diagnostycznego (nie mogą być odrębnie finansowane w ramach leczenia szpitalnego).

Świadczenie ryczału diagnostyki posiada indywidualną wycenę dla danego programu, a w wybranych przypadkach nawet każdej z używanych substancji czynnych. Ryczałt należy rozliczać proporcjonalnie do liczby miesięcy leczenia pacjenta w programie:

- jednorazowo raz w roku, proporcjonalnie do liczby miesięcy leczenia pacjenta w programie lub
- w częściach wykonanych nie więcej niż do kwoty określonej (suma części ryczału wykazywanych w ciągu roku daje nie więcej niż 1).

W przypadku, gdy u pacjenta zastosowano leczenie zgodnie z opisem programu krótsze niż rok, np. 12 lub 24 tygodniowe, świadczenie ryczału za diagnostykę może być wykazywane w całości nie częściej niż raz w trakcie trwania okresu rozliczeniowego lub rozliczane w częściach wykonanych nie więcej niż do kwoty określonej (suma części ryczału wykazywanych w ciągu roku daje nie więcej niż 1).

Realizując program lekowy mamy obowiązek:

- monitorowania stanu świadczeniobiorcy uczestniczącego w programie zgodnie z opisem programu;
- wykonywania wymaganych badań diagnostycznych w terminach określonych w opisach programów;
- udostępniania prowadzonej dokumentacji medycznej na żądanie Funduszu;
- współpracy z zespołem koordynacyjnym i przekazywania zespołowi koordynacyjnemu kart monitorowania PL (w przypadkach, gdy opis programu przewiduje funkcjonowanie takiego zespołu);
- przekazywania oddziałowi Funduszu danych, których zakres, formę i termin przekazania określa opis programu oraz umowa;

- uzupełniania i przechowywania w dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy:
 - » karty wydania leku której wzór jest określony w załączniku nr 6 do zarządzenia oraz
 - » karty włączenia świadczeniobiorcy do programu lekowego, której wzór jest określony w załączniku nr 7 do zarządzenia;
- prawidłowego i terminowego uzupełniania danych w Systemie Monitorowania Programów Lekowych (SMPT) – elektroniczny system monitorowania programów lekowych, dostępnym w aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ pod adresem <https://csm-swd.nfz.gov.pl/>.

Przed rozpoczęciem leczenia onkologicznego, lekarz prowadzący zobowiązany jest do przeprowadzenia oceny stanu sprawności pacjenta według skali Zubroda-ECOG-WHO, czyli oceny zdolności chorego do podejmowania codziennych czynności i samodzielnego funkcjonowania. Stanowi ona niezależny element oceny wpływu choroby na jego jakość życia oraz jest ważnym ogólnym czynnikiem rokowniczym w wielu chorobach nowotworowych i nienowotworowych. Stan sprawności jest istotnym elementem oceny skuteczności leczenia. Wynik oceny stanu sprawności pacjenta, powinien zostać dołączony do indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta oraz sprawozdany łącznie ze świadczeniem, w trakcie którego ocena została wykonana.

Należy również pamiętać o prawidłowym zakodowaniu rozpoznania zasadniczego, czyli głównego powodu hospitalizacji. Zgodnie z przyjętymi zasadami kodowania, jeżeli przyjęcie pacjenta do szpitala ma na celu realizację PL, jako rozpoznanie zasadnicze powinno zostać zakodowane ICD-10 zgodne z opisem programu lekowego zamieszczonym w *Obwieszczeniu Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych*. Jako rozpoznanie współistniejące należy wskazać ICD-10 Z51.1 – cykle chemioterapii nowotworów, która wskazuje na sposób leczenia.

Istotną rolę przy kodowaniu świadczeń medycznych odgrywają również procedury ICD-9, czyli tłumaczenie terminologii medycznej na kody, które ułatwiają organizację pracy oraz pokazują czynności wykonane pacjentowi. W zależności od sposobu wydania / podania leku powinna zostać zakodowana odpowiednia procedura ICD-9. Dla świadczeń onkologicznych: 99.25 *wstrzyknięcie lub wlew chemioterapeutyku przeciwnowotworowego*, dla nieonkologicznych PL: 99.97900 *Farmakoterapia doustna*, 99.97901 *Farmakoterapia dożylkowa*,

99.97902 *Farmakoterapia domięśniowa*, 99.97903 *Farmakoterapia dotętnicza*, 99.97904 *Farmakoterapia dożylna*, 99.97905 *Farmakoterapia śródskórna*, 99.97906 *Farmakoterapia podskórna*, 99.97907 *Farmakoterapia podjęzykowa*, 99.97908 *Farmakoterapia dotchawicza*, 99.97909 *Farmakoterapia doodbytnicza*, 99.97910 *Farmakoterapia przy użyciu nebulizatora*.

Zgodnie z obowiązującymi przepisami, dokumentacja powinna być prowadzona na bieżąco. Powinny się w niej znajdować zapisy dotyczące wszystkich czynności wykonanych pacjentowi. W przypadku pobytu, w ramach którego pacjent został zakwalifikowany do programu lekowego, należy dołączyć niezbędne badania na podstawie których lekarz prowadzący podjął decyzję o włączeniu pacjenta do PL, jak również *Kartę włączenia świadczeniobiorcy do programu lekowego*, podpisaną zarówno przez pacjenta jak również lekarza podejmującego decyzję o kwalifikacji. W przypadku wydania leku programowego do domu, do dokumentacji dołącza się *Kartę wydania leków do terapii w ramach programu lekowego* – załącznik nr 6. W dokumentacji powinny znaleźć się zapisy dotyczące dawkowania oraz sposobu podania leku. Dodatkowo wszelkie powyższe dane powinny być spójne z informacjami przesłanymi komunikatem statystycznym do NFZ.

W raportach statystycznych do NFZ konieczne jest sprawozdawanie następujących danych (dla każdej pozycji rozliczeniowej dotyczącej podania leku), tj.:

- nazwy handlowej leku,
- kodu EAN,
- numeru faktury zakupu leku,
- numeru pozycji z faktury, pod którą lek znajduje się na fakturze,
- ceny zakupu (zgodnej z fakturą),
- taryfy bazowej (wyliczanej z ilości podanego / wydanego leku oraz ceny opakowania wskazanego na fakturze, nie większej niż wskazana w obwieszczeniu Ministra Zdrowia na dzień podania).

Danymi sprawozdawczymi dla każdego pacjenta są także:

- ilość podanego leku,
- międzynarodowa nazwa substancji czynnej,
- powierzchnia ciała lub waga pacjenta,
- schemat podania,
- dzień podania,

- informacja o leku wydanym pacjentowi do samodzielnego przyjmowania w domu (ilość i liczba dni).

Zgodnie z zapisem art. 188c ust. 3 ustawy o świadczeniach *Warunkiem rozliczenia kosztów leku stosowanego w ramach programu lekowego oraz kosztów związanych z nim świadczeń opieki zdrowotnej jest prawidłowe i terminowe przekazywanie danych*, tj. przetwarzanie poprawne danych w zakresie:

- 1) spełniania przez świadczeniobiorców kryteriów włączenia do programu lekowego;
- 2) kwalifikacji świadczeniobiorców do programu lekowego;
- 3) zastosowanej terapii, w tym sposobu podawania i dawkowania leku albo środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego;
- 4) monitorowania przebiegu terapii i oceny jej skuteczności;
- 5) terminu i przyczyny wyłączenia z programu lekowego;
- 6) oceny skuteczności programu lekowego.

Brak uzupełnionych danych w SMPT skutkuje brakiem możliwości rozliczenia świadczeń udzielanych w ramach programów lekowych. Tym samym NFZ zobowiązał świadczeniodawcę do uzupełniania w/w danych na bieżąco w aplikacji udostępnionej przez płatnika.

Narodowy Fundusz Zdrowia, rozszerzając zakres prowadzonych weryfikacji sprawozdań wykonanych usług wdrożył sprawdzanie zgodności danych przekazywanych raportem statystycznym o substancjach lekowych rozliczanych w programach lekowych w odniesieniu do odpowiadających im informacji o podanych substancjach i ich sprawozdaniu za pośrednictwem Panelu Lekowego SMPT.

Sprawozdając dane do NFZ należy więc zwrócić uwagę czy dane wprowadzane do systemu SMPT są zgodne w zakresie:

- przekazania danych o przystąpieniu do programu, tj. daty rozpoczęcia leczenia pacjenta w programie lekowym,
- rozpoznania ICD-10 wymaganego do rozliczenia świadczenia w ramach programu,
- spójności danych dotyczących ilości substancji podanej pacjentowi i zarejestrowanej w SMPT oraz ilości substancji sprawozdanej w pozycjach rozliczeniowych.

Niedopuszczalne jest łączne rozliczanie świadczeń pobytowych z katalogu świadczeń podstawowych, określonych w załączniku nr 1e do zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapii. Oznacza to, że gdy w schemacie leczenia w PL, poza substancjami czynnymi związanymi z realizacją programu, podana została również chemioterapia skojarzona, do rozliczenia jako świadczenie podstawowe należy wykazać poradę lub osobodzień z katalogu świadczeń i zakresów – leczenie szpitalne – programy lekowe – załącznik nr 1k do zarządzenia.

W przypadku sprawozdawania substancji czynnych najpierw należy przekazać informacje o fakturach zakupowych (komunikat FZX), a dopiero w następnej kolejności raport statystyczny. Konsekwencją przekazania wymienionych raportów w odwrotnej kolejności jest negatywna weryfikacja świadczeń i konieczność przekazania raportu statystyczno-medycznego ponownie.

Świadczeniodawca jako strona umowy, zobowiązany jest do terminowego przekazywania informacji statystyczno-rozliczeniowych, a w szczególności:

- sumarycznej wartości i ilości substancji czynnych, dla których wskazano tę samą pozycję faktury zakupowej (FZX). Nie może ona przekroczyć wartości wskazanej przy tej pozycji faktury zakupowej (a więc np. nie można rozliczyć świadczeń obejmujących 100 jednostek substancji, gdy ze wskazanej pozycji faktury zakupowej wynika, iż substancji tej kupiono 10 jednostek),
- dane o substancji i fakturze zakupu sprawozdane w ramach pozycji rozliczeniowych powinny być zgodne i spójne z odpowiednimi danymi przekazywanymi komunikatem FZX (np. EAN, taryfa pozycji rozliczeniowej świadczenia wynikająca z ceny zakupu FZX), a tym samym również od strony formatu (np. identyczny format numeru faktury i NIP-u sprzedającego).

Od 1 listopada 2018 roku mamy możliwość rozliczenia świadczeń z wykorzystaniem współczynnika korygującego – załącznik nr 5 do zarządzenia. Świadczenie powiększone o współczynnik można rozliczyć wyłącznie, w przypadku gdy w dniu udzielenia świadczenia podano lub wydano substancję, która spełniała warunek kosztowy wskazany w załączniku nr 5 do zarządzenia Prezesa NFZ.

W przypadku rozliczenia podania substancji czynnej podzielonej na kilka pozycji składowych (np. z uwagi na różne faktury zakupu), każda wskazana pozycja rozliczeniowa leku musi spełniać warunek kosztowy.

Załącznik nr 5 zawiera wykaz świadczeń z zakresu programów lekowych, dla których po spełnieniu warunku kosztowego zakupu substancji czynnej, istnieje możliwość rozliczenia wyższej wartości tj. sprawozdania taryfy bazowej powiększonej o współczynnik korygujący, w zakresie programów lekowych z katalogów:

- 1k - Katalog świadczeń i zakresów – leczenie szpitalne – programy lekowe
- 1l - Katalog ryczałów za diagnostykę w programach lekowych.

Diagnostykę powiększoną o współczynnik korygujący należy wyliczyć tylko dla tych miesięcy, dla których wcześniej sprawozdawano wymaganą substancję z uwzględnieniem taryfy oczekiwanej (tzn. ceny za jednostkę leku, która jest niższa niż wskazana w katalogu współczynników). Liczbę miesięcy, za które będzie przysługiwał współczynnik dla ryczału diagnostycznego wyznacza się uwzględniając wyłącznie miesiące poprzedzające miesiąc, w którym sprawozdano do rozliczenia diagnostykę z wartością taryfy bazowej, podniesioną o współczynnik korygujący.

W odróżnieniu od leczenia zabiegowego i radioterapeutycznego, zarówno w umowach na programy lekowe, jak i chemioterapię płatnik nie zdecydował się wprowadzić odrębnych zakresów związanych z pakietem onkologicznym. W związku z tym, wykonanie świadczeń, pomimo prowadzenia pacjenta zgodnie z etapami szybkiej ścieżki onkologicznej, finansowane jest w sposób limitowy. Jednakże niezastosowanie się do przepisów, które obligują świadczeniodawcę udzielającego świadczeń na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego do zapewnienia terminowej i kompleksowej realizacji świadczeń onkologicznych, w tym określenia postępowania terapeutycznego i podjęcia leczenia onkologicznego w terminie nie dłuższym niż 14 dni od momentu umieszczenia pacjenta na liście oczekujących na udzielenie świadczenia, skutkuje zaburzeniem całego procesu szybkiej ścieżki onkologicznej. Przekroczenie terminu pomiędzy ustaleniem planu leczenia a rozpoczęciem terapii w ramach programów lekowych i/lub chemioterapii może mieć wpływ na rozliczenie świadczeń z pakietu onkologicznego w sytuacji, gdy następnym etapem leczenia jest radioterapia i/lub zabieg operacyjny.

Rozdział 9. Leczenie chemioterapią

mgr Joanna Tomasik

Chemioterapia jest metodą leczenia nowotworów za pomocą określonych związków chemicznych wykazujących działanie niszczące w stosunku do komórek nowotworowych. Leki, stosowane w ramach chemioterapii w całym zakresie zarejestrowanych wskazań i przeznaczeń oraz we wskazaniu określonym stanem klinicznym, są możliwe do sfinansowania ze środków publicznych o ile znajdują się w części C załącznika do aktualnego Obwieszczenia MZ. Załączniki do części C obwieszczenia zawierają zakres wskazań objętych refundacją (w formie słownej, kodów ICD-10 lub odesłania do charakterystyki produktu leczniczego). Podanie leku w innym wskazaniu niż opisane w Obwieszczeniu MZ jest możliwe, ale nie jest finansowane w ramach umowy przez NFZ.

Wytyczne do kontraktowania dla oddziałów wojewódzkich NFZ w zakresie wymagań wobec świadczeniodawców, jak również do bieżącej realizacji świadczeń w przypadku chemoterapii zawiera aktualne Zarządzenie Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapia.

W zależności od spodziewanego efektu i oczekiwanego stężenia leków leki przeciwnowotworowe mogą być podawane w następujący sposób:

- dożylnie,
- doustnie,
- dotętniczo,
- dootrzewnowo,
- dokanałowo (do płynu mózgowo-rdzeniowego),
- doguzowo.

Realizacja i finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapia odbywa się na podstawie umowy zawieranej pomiędzy świadczeniodawcą a oddziałem wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia. Świadczenia w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapia są wykonywane w trybie:

- ambulatoryjnym;
- jednodniowym - wyłącznie w przypadku, gdy cel terapii nie może być osiągnięty przez leczenie prowadzone w trybie ambulatoryjnym;

- hospitalizacji - wyłącznie w przypadku, gdy cel terapii nie może być osiągnięty przez leczenie prowadzone w trybie jednodniowym lub w trybie ambulatoryjnym.

W zależności od trybu przyjęcia, stanu klinicznego pacjenta oraz sposobu podania leków, pobyt pacjenta u świadczeniodawcy rozliczany jest w ramach świadczeń wskazanych w katalogu świadczeń i zakresów (załącznik 1e – tzw. osobodni do chemioterapii):

- *hospitalizacja hematologiczna u dorosłych / zakwaterowanie* (668,43 pkt za 1-3 dni i 612,73 za 4 i kolejne);
- *hospitalizacja onkologiczna u dorosłych / zakwaterowanie* (557,02 pkt za 1-3 dni i 501,32 za 4 i kolejne);
- *hospitalizacja hematoonkologiczna u dzieci / zakwaterowanie* (891,24 pkt za 1-3 dni i 835,54 za 4 i kolejne);
- *hospitalizacja jednego dnia związana z podaniem leku z części A katalogu leków* (389,92 pkt);
- *hospitalizacja jednego dnia w pozostałych przypadkach* (167,11 pkt);
- *podstawowa porada ambulatoryjna dotycząca chemioterapii* (111,40 pkt);
- *kompleksowa porada ambulatoryjna dotycząca chemioterapii* (167,11 pkt).

Ponadto należy zaznaczyć, iż tak jak w przypadku radioterapii dla świadczeniodawców zakwalifikowanych w ramach PSZ, w sytuacji rozliczania świadczeń produktami określonymi w załączniku nr 1e do zarządzenia w zakresie chemioterapii, ustalony został współczynnik korygujący o wartości 1,2, który zawiera się w taryfie świadczenia.

W przypadku świadczeń wykonywanych w trybie hospitalizacji dzień przyjęcia do leczenia oraz jego zakończenia wykazywany jest do rozliczenia jako jeden osobodzień. Osobodzień w trybie hospitalizacji dotyczy dni pobytu (powyżej 24h), w których następuje realizacja świadczeń w zakresie chemioterapii oraz polega na:

- badaniu lekarskim, w trakcie którego są udzielane lub zlecane niezbędne świadczenia diagnostyczne i terapeutyczne,
- przygotowaniu świadczeniobiorcy do leczenia z zakresu chemioterapii,
- podaniu leków zawartych w części A lub części B katalogu leków,
- leczeniu działań niepożądanych 3 lub 4 stopnia wynikających z zastosowania chemioterapii.

Osobodzień w trybie jednego dnia - dotyczy dni pobytu, w których następuje realizacja świadczeń w zakresie chemioterapii, gdy cel leczenia nie może być osiągnięty przez leczenie w trybie ambulatoryjnym, z zamiarem zakończenia ich udzielania w okresie nieprzekraczającym 24 godzin, polegająca na:

- badaniu lekarskim, w trakcie którego są udzielane lub zlecane niezbędne świadczenia diagnostyczne i terapeutyczne,
- przygotowaniu świadczeniobiorcy do leczenia z zakresu chemioterapii,
- podaniu leków zawartych w części A katalogu leków lub zawierających substancje czynne z katalogu substancji lub
- leczeniu działań niepożądanych 1 lub 2 stopnia wynikających z zastosowania chemioterapii.

Porada ambulatoryjna dotycząca chemioterapii to świadczenie udzielane podczas wizyty w trybie ambulatoryjnym, w ramach której wykonywane jest badanie lekarskie, w trakcie którego są udzielane lub zlecane niezbędne świadczenia diagnostyczne lub terapeutyczne oraz:

- podawane lub wydawane leki z katalogu leków lub leki zawierające substancje czynne z katalogu substancji – załącznik nr 1n lub 1t,
- wykonywane świadczenia z katalogu świadczeń wspomagających, z wyłączeniem leczenia działań niepożądanych 1 lub 2 stopnia.

W katalogu świadczeń podstawowych – załącznik nr 1e, wyodrębnione do rozliczenia zostały dwa typy porad, podstawowa porada ambulatoryjna dotycząca chemioterapii oraz kompleksowa porada ambulatoryjna dotycząca chemioterapii, dedykowana wyłącznie świadczeniodawcom zapewniającym dostęp do świadczeń z zakresu chemioterapii we wszystkich trybach leczenia oraz będącym ośrodkiem koordynującym lub posiadającym umowę o współpracy z takim ośrodkiem.

Nie dopuszcza się wykonania i rozliczenia porady ambulatoryjnej dotyczącej chemioterapii bez jednoczesnego wykazania świadczeń z katalogi 1n, 1t lub leczenia działań niepożądanych 1 lub 2 stopnia – załącznik nr 1j do zarządzenia. Leczenie działań niepożądanych 1 lub 2 stopnia ma wartość wyłącznie statystyczną (0 pkt.), ale należy je wykazać w celu otrzymania refundacji za podstawowe świadczenie pobytowe. W przypadku chemioterapii wykonywanej w trybie hospitalizacji, w celu refundacji zwiększonych kosztów ponoszonych na leczenie powikłań, NFZ finansuje świadczenia: leczenie działań niepożądanych 3 lub 4

stopnia, w ramach katalogu świadczeń wspomagających (załącznik 1j) - 54,08 pkt za każdy osobodzień, w którym leczono powikłanie. Świadczenia te można łączyć ze świadczeniami z załącznika 1e i wykazywane są jedynie w dniach hospitalizacji, w których wystąpiły epizody kliniczne powikłań po chemioterapii.

Dodatkowo w przypadku chemioterapii w celu refundacji kosztów diagnostyki oraz oceny terapii NFZ finansuje świadczenie: okresowa ocena skuteczności chemioterapii z katalogu świadczeń wspomagających – załącznik 1j (270,4 pkt). Świadczenie to winno być wykonane zgodnie z obowiązującymi zasadami postępowania medycznego dotyczącymi leczenia nowotworów chemioterapią i monitorowania skuteczności leczenia, nie częściej niż raz w miesiącu i nie rzadziej niż raz na trzy miesiące. Okresowa ocena skuteczności chemioterapii może być rozliczona według dwóch schematów:

- miesięcznego – wskazanego do rozliczenia raz w miesiącu, po wykonaniu niezbędnych badań do monitorowania leczenia pacjenta – 270,40 pkt lub
- 3-miesięcznego – rozliczanego raz na 3 miesiące, w przypadku poniesienia przez świadczeniodawcę uzasadnionych kosztów monitorowania leczenia pacjenta – 811,20 pkt.

Należy zaznaczyć, iż świadczenie to może być rozliczone w okresie trwania terapii prowadzonej w ramach umowy na leczenie szpitalne w zakresie chemioterapii i nie można go łączyć ze świadczeniami z zakresu programy lekowej. Przy każdej wizycie związanej z okresową oceną skuteczności chemioterapii należy wypełnić i dołączyć do dokumentacji załącznik nr 4 – indywidualna karta chorego.

Przed każdym podaniem chemioterapii stan pacjenta musi zostać oceniony wg skali WHO. Wynik oceny stanu sprawności pacjenta, powinien być dołączony do indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta oraz sprawozdany łącznie ze świadczeniem, w trakcie którego została wykonana.

Zgodnie z zarządzeniem Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapii od 1 listopada 2018 r. po spełnieniu warunku kosztowego zakupu i rozliczenia wybranych substancji czynnych możliwe jest wykazanie do rozliczenia świadczeń podstawowych z katalogu 1e z uwzględnieniem współczynnika korygującego. Wartość współczynnika korygującego określa katalog współczynników korygujących stosowanych w chemioterapii, stanowiący załącznik nr 7 do zarządzenia. Próg kosztowy uprawniający do zastosowania współczynnika jest określany w komunikacie Prezesa NFZ publikowanym na dany

miesiąc. Świadczenie powiększone o współczynnik można rozliczyć wyłącznie, w przypadku gdy w dniu udzielenia świadczenia podano lub wydano substancję, która spełniała warunek kosztowy wskazany w załączniku nr 7 do zarządzenia Prezesa NFZ. W przypadku rozliczenia podania substancji czynnej podzielonej na kilka pozycji składowych (np. z uwagi na różne faktury zakupu), każda wskazana pozycja rozliczeniowa leku musi spełniać warunek kosztowy. Dodatkowo należy zaznaczyć, iż w przypadku spełnienia warunku kosztowego dla leku podanego w ostatnim dniu hospitalizacji rozliczanej przy użyciu osobodni do chemioterapii, gdzie wyliczana jest wartość punktowa w sposób degresywny, współczynnik nalicza się do pierwszego dnia pobytu (zgodnie z definicją osobodnia pierwszy i ostatni dzień pobytu liczy się jako jeden).

Podczas kodowania hospitalizacji pacjentów z chorobą nowotworową najważniejsze jest właściwe wskazanie rozpoznania zasadniczego (stan, który w momencie wypisu ze szpitala został określony jako główny powód hospitalizacji) oraz rozpoznań współistniejących (wszystkie stany niebędące głównym powodem hospitalizacji, które występują u pacjenta w momencie przyjęcia do szpitala oraz te, które powstały w trakcie leczenia lub wpływają na proces terapeutyczny lub przedłużają czas pobytu pacjenta w szpitalu). Jeżeli przyjęcie pacjenta do szpitala ma na celu wykonanie chemioterapii, jako rozpoznanie zasadnicze wskazujemy Z51.1 - *Cykle chemioterapii nowotworów*, kod ICD-10 odpowiadający rozpoznaniu nowotworowemu pacjenta należy wskazać jako rozpoznanie współistniejące. Jeśli pacjent został przyjęty do szpitala w celu wykonania chemioterapii i wystąpiły u niego powikłania w postaci nudności, niekontrolowanych wymiotów lub odwodnienia organizmu, nadal w pozycji rozpoznanie zasadnicze pozostaje kod Z51.1 - *Cykle chemioterapii nowotworów*. Kody ICD-10 określające rodzaj powikłania należy wskazać jako pierwsze rozpoznanie współistniejące, natomiast kod rozpoznania nowotworowego wykazywany jest w dalszej kolejności.

Każdy dzień leczenia pacjenta w szpitalu należy wykazać jako jeden osobodzień (świadczenie z katalogu świadczeń podstawowych - leczenie szpitalne - chemioterapia - załącznik nr 1e), przy założeniu, że pierwszy i ostatni dzień wykazywany jest do rozliczenia jako jeden osobodzień. Wartość substancji czynnej zastosowanej u pacjenta chemioterapii (katalog substancji czynnych stosowanych w chemioterapii - załącznik nr 1n) możemy rozliczyć tylko w te dni, kiedy pacjent otrzymywał chemioterapię.

Leki w chemioterapii rozlicza się następująco:

- całe opakowania bezpośrednio (przy wydaniu leku pacjentowi do stosowania w domu);
- ilość faktycznie podana (przy bezpośrednim podaniu pacjentowi, bez możliwości rozliczenia części leku zutilizowanego).

Leki mogą być wydawane pacjentowi do samodzielnego przyjmowania w domu, o ile dotyczy to wskazań refundacyjnych z części C Obwieszczenia MZ, a forma podania (wlewy) nie wymaga podania terapii przez personel medycznych ośrodka posiadającego odpowiednie doświadczenie.

Okres, na jaki wydawany jest lek, tak jak w PL, nie może przekroczyć 90 dni. W przypadku wydania leku do domu należy pamiętać o naniesieniu stosownych informacji w karcie wydania leku w ramach chemioterapii – załącznik nr 5 do zarządzenia Prezesa NFZ.

W przypadku, gdy u pacjenta w terapii danego schorzenia stosowane są jednocześnie leki z katalogu chemioterapii oraz leki z katalogu programów lekowych, jako refundacja pobytu rozliczeniu podlegają wyłącznie świadczenia z katalogu świadczeń i zakresów - leczenie szpitalne – programy lekowe.

W raportach statystycznych do NFZ konieczne jest sprawozdawanie analogicznych danych jak w przypadku programów lekowych (za wyjątkiem informacji dotyczących schematu leczenia).

Pomimo uwzględnienia leczenia w ramach chemioterapii i programów lekowych jako jednego z etapów szybkiej ścieżki onkologicznej, finansowanie terapii odbywa się na zasadach analogicznych do świadczeń limitowanych. NFZ nie zdecydował się w tym przypadku na wprowadzenie odrębnych zakresów związanych z pakietem onkologicznym. Pomimo tego, świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego zobligowani są do zachowania terminu nie przekraczającego 14 dni od momentu umieszczenia pacjenta na liście oczekujących na udzielenie świadczenia do określenia postępowania terapeutycznego i podjęcia leczenia onkologicznego. Niezastosowanie się do wyżej wymienionego przepisu skutkować może zablokowaniem rozliczenia świadczeń w ramach pakietu onkologicznego, gdy po leczeniu chemioterapeutycznym konieczne będzie przeprowadzenie radioterapii lub zabiegu operacyjnego.

Rozdział 10. Leczenie w ramach ratunkowego dostępu do technologii lekowych

dr n. o zdr. Michał Chrobot

Zgodnie z zapisami rozdziału 3a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (art. 47d – 47i) z dniem 23 lipca 2017 r. do polskiego systemu ochrony zdrowia wprowadzono procedurę ratunkowego dostępu do technologii lekowych (RDTL).

Dzięki tym zapisom Minister Zdrowia może wydać indywidualną zgodę na pokrycie kosztów leków, które nie są refundowane w danym wskazaniu, jeśli:

- leczenie jest niezbędne dla ratowania życia lub zdrowia pacjenta,
- zastosowanie leczenia jest uzasadnione i zgodne z aktualną wiedzą medyczną,
- lek jest dopuszczony do obrotu w Polsce,
- u pacjenta wyczerpano inne, możliwe do zastosowania technologie medyczne finansowane ze środków publicznych.

Wniosek o zastosowanie procedury RDTL składa w formie papierowej, do Ministra Zdrowia, placówka medyczna, w której pacjent ma być leczony. Musi on zostać zaopiniowany przez konsultanta wojewódzkiego lub krajowego w danej dziedzinie i zawiera:

- 1) oznaczenie świadczeniodawcy składającego wniosek;
- 2) miejsce udzielania świadczeń opieki zdrowotnej u danego świadczeniodawcy;
- 3) imię i nazwisko oraz numer prawa wykonywania zawodu wnioskującego lekarza specjalisty;
- 4) imię, nazwisko i PESEL pacjenta;
- 5) informację, czy wniosek jest składany po raz pierwszy, czy dotyczy kontynuacji leczenia;
- 6) wskazanie choroby lub problemu zdrowotnego i ich oznaczenie według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 oraz opis stanu klinicznego świadczeniobiorcy;
- 7) nazwę leku i nazwę powszechnie stosowaną leku oraz jego postać farmaceutyczną, moc, ilość i sposób dawkowania oraz numer pozwolenia na dopuszczenie do obrotu;
- 8) planowany okres terapii lub liczbę cykli leczenia;
- 9) opis przebiegu dotychczasowego leczenia wraz z podaniem stosowanych

leków, ich mocy, sposobu dawkowania i określeniem czasu ich stosowania oraz jego efektów, wskazujących jednoznacznie, że zostały wyczerpane wszystkie możliwe do zastosowania w danym wskazaniu dostępne technologie medyczne finansowane ze środków publicznych lub brak jest możliwości ich zastosowania;

- 10) w przypadku wniosku o kontynuację leczenia - potwierdzenie skuteczności leczenia w ramach RDTL;
- 11) wskazanie wartości netto wnioskowanej terapii albo cykli leczenia;
- 12) datę sporządzenia wniosku oraz podpis i pieczęć lekarza oraz przedstawiciela świadczeniodawcy.

Szczegółowy format wniosku oraz zasady jego składania określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2017 r. w sprawie wzoru oraz formatu wniosku o wydanie zgody na pokrycie kosztów leku w ramach ratunkowego dostępu do technologii lekowej z późn. zm.

W sytuacji, gdy mamy do czynienia z wysokim kosztem terapii, a wniosek jest pierwszym w Polsce złożonym w danym wskazaniu, w celu zaopiniowania go, kierowany jest do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT). Agencja ma obowiązek wydać opinię w ciągu 30 dni od daty otrzymania wniosku.

Minister Zdrowia ma prawo odmówić wydania zgody, w odniesieniu do leku w danym wskazaniu, w przypadku gdy:

- 1) z opinii AOTMiT wynika, że nie jest zasadne finansowanie ze środków publicznych danej substancji czynnej w tym wskazaniu;
- 2) została wydana rekomendacja lub decyzja o odmowie objęcia refundacją i ustalenia urzędowej ceny zbytu, w odniesieniu do danej substancji czynnej, w danym wskazaniu.

W ramach RDTL zgoda na refundację wydawana jest na 3 cykle leczenia albo na maksymalny okres 3 miesiące. W przypadku konieczności kontynuacji terapii, konieczne jest złożenie ponownego wniosku, zawierającego potwierdzenie skuteczności stosowanego leczenia.

Koszt leku jest pokrywany przez Narodowy Fundusz Zdrowia w wysokości wynikającej z rachunku lub faktury dokumentującej zakup leku, ale nie wyższej niż kwota określona w decyzji administracyjnej MZ. Produktem raportowanym w celu otrzymania refundacji kosztu leku jest świadczenie z katalogu do sumowania (zał. 1c): 5.53.01.0000012 - *Produkt leczniczy w ramach ratunkowego dostępu*

do technologii lekowej. Katalogowa wartość świadczenia wynosi 1 pkt, gdyż jest ono rozliczane do wartości rachunku / faktury dokumentującej zakup leku, ale nie wyższej niż kwota określona w decyzji administracyjnej MZ, poprzez wpisanie adekwatnej liczby do krotności (pozycja: krotność faktyczna sprawozdawana jest z wartością 1). Należy pamiętać, że kopię rachunku lub faktury świadczeniodawca zobowiązany jest przekazać do właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ. Nieprzekazanie dokumentów do Funduszu wstrzymuje płatność ze strony OW NFZ.

Dodatkowo od 1 stycznia 2020 r. NFZ zobowiązał nas do przekazywania danych o fakturze zakupowej dla produktów innych niż stosowanych w chemioterapii i programach lekowych bezpośrednio przy świadczeniu, to znaczy iż będziemy zmuszeni do uzupełnienia informacji dotyczącej ilości i wartości zgodnie z ich realizacją, w jednostkach zgodnych z fakturą zakupu.

Produkt RDTL jest dostępny we wszystkich zakresach w leczeniu szpitalnym, za wyjątkiem radioterapii i medycyny nuklearnej i sumuje się z każdym świadczeniem z katalogu grup (zał. 1a) oraz dedykowanym świadczeniem pobytowym w trybie ambulatoryjnym z zał. 1b, tj. 5.52.01.0001509 - *Ratunkowy dostęp do technologii lekowych - w trybie ambulatoryjnym*.

Należy podkreślić, iż świadczenie do sumowania 5.53.01.0000012 – *Produkt leczniczy w ramach ratunkowego dostępu do technologii lekowej* wskazany jest w zał. 3b do zarządzenia Prezesa NFZ ws. leczenia szpitalnego, co oznacza, iż jest możliwe jego rozliczenie w zakresie pakietu onkologicznego. Warunkiem tego jest rozliczenie w pakiecie świadczenia podstawowego, tj. grupy JGP (pacjent musi posiadać aktywną kartę DiLO na etapie: leczenie i musi być leczony w terminach wynikających z pakietu onkologicznego).

W przypadku, gdy z jakichś przyczyn nie jest możliwe rozliczenie RDTL w zakresie nielimitowanym, zarówno koszt leku, jak i jego podanie (szpitalne wg JGP i ambulatoryjne 5.52.01.0001509) możliwe są do rozliczenia w limitowanym zakresie: *hospitalizacja – świadczenia poza pakietem onkologicznym*.

W niekorzystnej sytuacji są natomiast placówki, które wnioskuje, otrzymują zgody MZ i stosują RDTL w rozpoznaniach pozaonkologicznych. W tych przypadkach rozliczanie RDTL możliwe jest wyłącznie w zakresach objętych ryczałtem podstawowej sieci zabezpieczenia (PSZ).

Rozdział 11. Monitorowanie po leczeniu onkologicznym

dr n. med. Erwin Strzesak, mgr Anna Krzemińska

Leczenie chorób przewlekłych jakimi są choroby nowotworowe wymaga długoletnich relacji pomiędzy placówką medyczną a pacjentem. Pacjent zainteresowany jest wyborem takiego ośrodka, w którym szanse na wyleczenie są największe. Po zakończeniu leczenia oczekuje, że placówka ta będzie prowadzić kontrolę po leczeniu onkologicznym, przynajmniej przez okres 5 lat od zakończenia ostatniej terapii.

Aby móc obiektywnie ocenić wyniki leczenia poszczególnych jednostek chorobowych, w leczących je ośrodkach medycznych został opracowany zestaw wskaźników, które po ich corocznym opracowaniu mają służyć porównaniu poszczególnych ośrodków. Chociaż projekt dokumentu zawierał opis mierników dla kilku jednostek chorobowych, to w Obwieszczeniu Ministra Zdrowia z dnia 2 lipca 2018 r. w sprawie mierników oceny prowadzenia diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego opisane są te, które dotyczą tylko nowotworów piersi, tzn. o kodach rozpoznań wg klasyfikacji ICD10: C50 - nowotwór złośliwy sutka i D05 - rak in situ sutka.

Obwieszczenie zawiera nazwy 14 mierników oraz opis metody ich wyznaczania. Są to:

- I.1. Odsetek nowotworów piersi przedinwazyjnych i inwazyjnych w stadium wczesnym wykrytych w badaniach przesiewowych [%].
- I.2. Objęcie populacji badaniami diagnostycznymi wykonanymi w ramach populacyjnego programu wczesnego wykrywania raka piersi na danym obszarze [%].
- I.3. Czas od przeprowadzenia konsylium do rozpoczęcia pierwszego etapu leczenia raka piersi w tym samym podmiocie leczniczym [dni].
- I.4. Czas od przeprowadzenia konsylium do rozpoczęcia pierwszego etapu leczenia raka piersi w różnych podmiotach leczniczych [dni].
- I.5. Odsetek chorych na raka naciekającego, u których przeprowadzono jedną (pojedynczą) operację (dotyczącą piersi) [%].
- I.6. Odsetek chorych na raka nienaciekającego, u których przeprowadzono jedną (pojedynczą) operację w obrębie piersi [%].
- I.7. Procedura węzła wartowniczego [%].

- I.8. Odsetek chorych na raka piersi, u których wykonano przed pierwszym leczeniem badania diagnostyczne [%].
- I.9. Unikanie niepotrzebnego leczenia [%].
- I.10. Prawidłowe pooperacyjne leczenie napromienianiem I [%].
- I.11. Prawidłowe pooperacyjne leczenie napromienianiem II [%].
- I.12. Rekonstrukcja piersi ogółem [%].
- I.13. Rekonstrukcja piersi jednoczasowa [%].
- I.14. Unikanie niepotrzebnej hospitalizacji w trakcie chemioterapii.

Dotychczas brak jest informacji o planach wprowadzenia do monitorowania leczenia wskaźników dla kolejnych nowotworów.

Dalsze elementy związane z formalnym monitorowaniem pojawiły się w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 23 maja 2019 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w postaci modułu zawierającego produkty kontraktowe przeznaczone do rozliczania monitorowania pacjentek z rozpoznaną chorobą nowotworową piersi w ramach Kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi.

Znajduje się tam opis warunków wykonywania świadczeń w ramach modułu monitorowanie. Opis ten zawiera nie tylko wskazane świadczenia, które można w trakcie monitorowania wykonać jak np. densytometria, mammografia, USG piersi itp. ale również warunki wykonania wizyt kontrolnych w poszczególnych okresach monitorowania leczenia i tak np. do dwóch lat liczonych od zakończenia modułu diagnostycznego wykonuje się wizyty kontrolne co 3-4 miesiące, a po pięciu latach raz w roku. Informacje o możliwościach rozliczania świadczeń związanych z monitorowaniem znajdują się w zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie warunków umów o udzielanie onkologicznych świadczeń kompleksowych.

Świadczenia wykonywane na rzecz pacjentów pozostających w monitorowaniu są świadczeniami rozliczanymi poza pakietem onkologicznym, gdyż karta DiLO po wykonaniu planu leczenia winna zostać zamknięta.

Pacjenci leczeni w poradniach specjalistycznych mają wykonywane porady na zasadach ogólnych, opisanych w aktualnym Zarządzeniu Prezesa NFZ ws. ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Jednakże w związku z tym, że dla tych pacjentów głównym rozpoznaniem nadal pozostaje nowotwór, wykonane

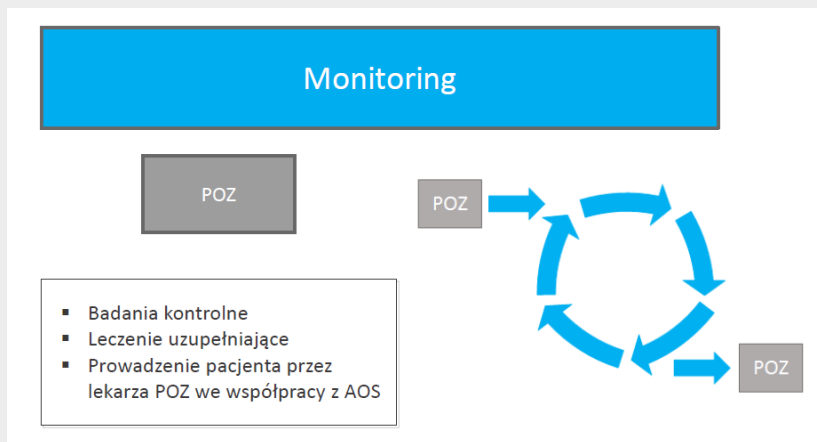
świadczenia z AOS są rozliczane w zakresach – diagnostyka poza pakietem onkologicznym. Są one zakresami limitowanymi, ale rozliczanymi poza ryczałtem PSZ.

Oryginał karty DiLO po jej zamknięciu winien zostać przesłany przez placówkę, która zakończyła etap leczenia, do lekarza POZ, wskazanego przez pacjenta w deklaracji wyboru (na podstawie informacji uzyskanej od pacjenta i wpisanej do karty przez koordynatora). Kserokopię karty należy dołączyć do dokumentacji medycznej pacjenta w szpitalu lub poradni AOS, która zamknęła kartę.

W przypadku części pacjentów możliwe jest monitorowanie chorego przez lekarza POZ, ale jest to utrudnione z uwagi na ograniczoną listę badań będących w dyspozycji lekarza rodzinnego, wskazanych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

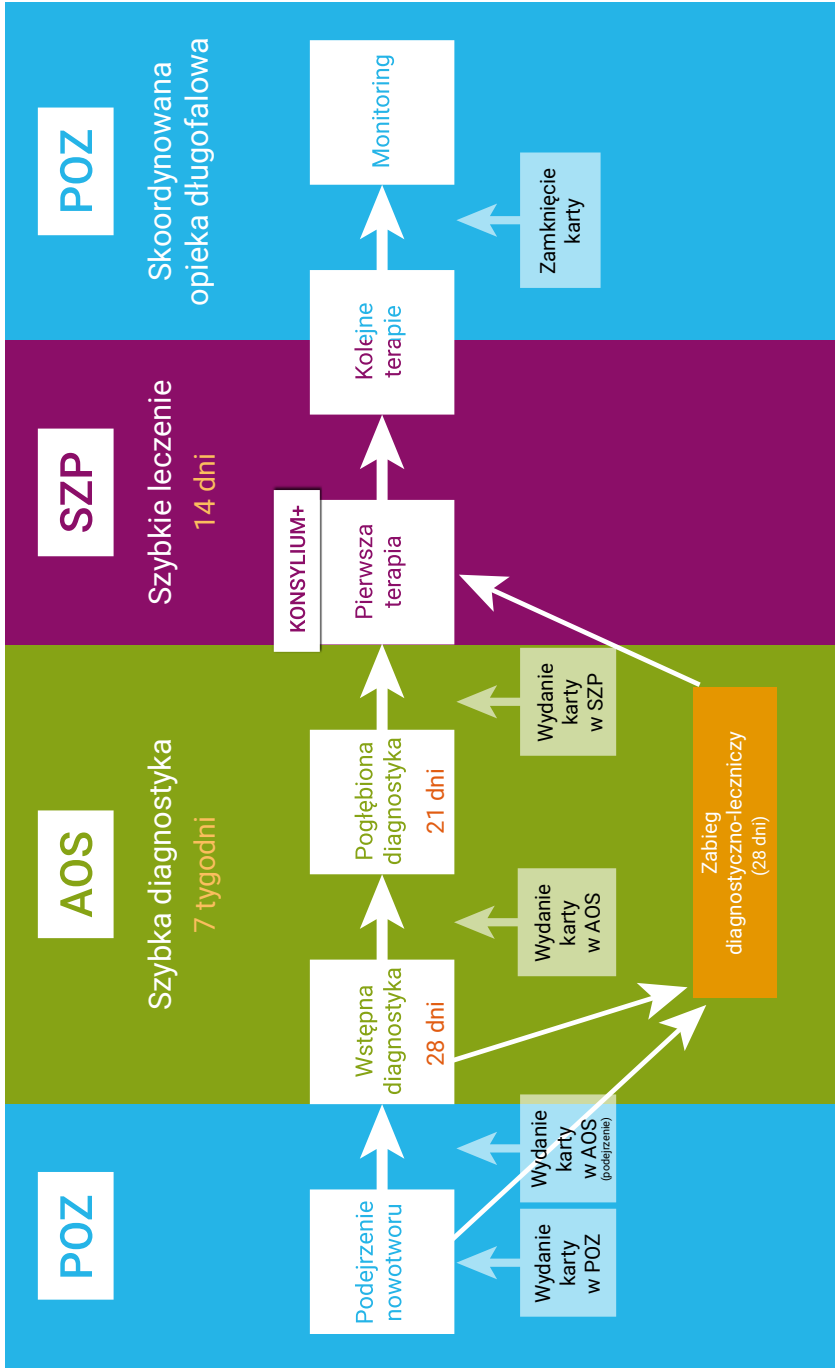
Mimo to w prezentacjach dotyczących pakietu onkologicznego, przedstawionych przez MZ, znajdziemy informację, z której wynika, że monitorowanie po onkologicznym będzie w gestii lekarza POZ (rycina nr 8).

Rycina 8. Monitorowanie pacjenta w POZ (wg założeń MZ).



Źródło: Opracowanie własne na podstawie prezentacji Ministerstwa Zdrowia, dotyczącej założeń pakietu onkologicznego.

Rycina 9. Ścieżka pacjenta w ramach pakietu onkologicznego.



Źródło: Opracowanie własne.

Piśmiennictwo

- Ustawa z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, Dz. U. 2014, poz. 1138.
- Ustawa z dnia 9 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz. U. 2017 poz. 759.
- Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 21 marca 2019 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, Dz.U. 2019 poz. 736.
- Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 25 stycznia 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej z późn. zm., Dz. U. z 2016 r. poz. 357.
- Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2017 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego z późn. zm., Dz.U. 2017 poz. 2295.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 grudnia 2014 r. w sprawie wskaźników rozpoznawania nowotworów, Dz. U. 2014, poz. 1810.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 grudnia 2014 r. w sprawie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, Dz. U. 2014, poz. 1751.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2015 r. w sprawie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego. Dz. U. 2015 poz. 1627.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 czerwca 2017 r. w sprawie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, Dz. U. 2017 poz. 1250.
- Zarządzenie Nr 75/2018/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 lipca 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programu lekowe, z późn. zm., dostępne na www.nfz.gov.pl.
- Zarządzenie Nr 88/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 czerwca 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, z późn. zm., dostępne na www.nfz.gov.pl.

- Zarządzenie Nr 120/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 listopada 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna, dostępne na www.nfz.gov.pl.
- Zarządzenie Nr 56/2018/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 25 czerwca 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapii z późn. zm., dostępne na www.nfz.gov.pl.
- Zarządzenie Nr 128/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 września 2019 r. w sprawie warunków umów o udzielanie onkologicznych świadczeń kompleksowych, dostępne na www.nfz.gov.pl.
- Zarządzenie Nr 38/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 marca 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wyspospecjalistyczne z późn. zm., dostępne na www.nfz.gov.pl.
- Zarządzenie Nr 39/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.
- Chrobot M., Góźdz S., Macek P.: Ocena realizacji i wdrażania pakietu onkologicznego w pierwszym półroczu 2015 roku w województwie świętokrzyskim na tle Polski. *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu*. 2015; 3 (44): 301–306.
- Chrobot M., Kowalska A., Góźdz A. i inni: Polski pakiet onkologiczny a regulacje w zakresie diagnostyki i leczenia nowotworów w wybranych krajach. *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu*. 2017; 4 (53): 496–507.
- Onkologia. Podręcznik dla studentów i lekarzy pod red. R. Kordka, VM Group, Gdańsk 2006, s. 72.
- Madej G. Chemioterapia onkologiczna dorosłych i dzieci, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1999, ISBN 83-200-2194-4.

