

Tab. 1. Uwagi do projektu zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie: świadczenia w szpitalnym oddziale ratunkowym oraz w zakresie: świadczenia w izbie przyjęć

Lp.	Podmiot przekazujący uwagi	Nr: §, ust., załącznika	Treść uwag	Uzasadnienie/ propozycja zmiany
1	Porozumienie Lekarzy Medycyny Ratunkowej	§ 11 ust. 14	W zapisie nie uwzględniono sytuacji szczególnych, które mogą pogarszać sytuację Świadczeniodawcy i jego pacjentów w przypadku przekształcania dużej IP w SOR	<p>Jest: 14. Dla Świadczeniodawców rozpoczynających udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie SOR lub IP składowa ryczałtu za funkcję przyjmuje wartość najniższej obowiązującej w województwie składowej ryczałtu za funkcję.</p> <p>Proponujemy: 14. Dla Świadczeniodawców rozpoczynających udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie SOR lub IP składowa ryczałtu za funkcję przyjmuje wartość najniższej obowiązującej w województwie składowej ryczałtu za funkcję ale nie mniejszą niż wartość zobowiązania NFZ z tytułu świadczeń udzielanych w ramach dotychczasowej IP powiększona o stały współczynnik 20% w przypadku podmiotów przekształcających IP w SOR.</p> <p>Uzasadnienie: W przypadku przekształcania dużej dobrze funkcjonującej Izby Przyjęć może dojść do sytuacji znacznego obniżenia wartości ryczałtu na co najmniej 3 miesiące do czasu wyliczenia ryczałtu na podstawie faktycznej sprawozdawczości nowego SOR, co może drastycznie pogorszyć jego możliwości operacyjne.</p> <p>Brak danych o strukturze uniemożliwia odniesienie się do konkretnych wartości stawek za funkcję, stąd używam sumarycznych wartości ryczałtu dobowego w przykładzie. Przykład: planowane przekształcenie dwóch IP Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Poznaniu w wyniku dokonanej zmiany spowoduje obniżenie dobowego ryczałtu z sumarycznej wartości 37007 zł (18167+18840) do wartości najniższego ryczałtu SOR w województwie czyli 19950 zł (Szpital w Złotowie). To oznacza zmniejszenie realnego uposażenia SORu, który będzie przyjmował co najmniej tyle samo pacjentów i zatrudniał co najmniej tyle samo personelu o 17057 zł na dobę, czyli około 1,5 mln zł w ciągu 3 miesięcy.</p> <p>W tym konkretnym przypadku i zapewne w wielu podobnych w przyszłości, zmiana stawki bazowej i stawki za strukturę nie będzie miała znaczącego wpływu na zmniejszenie tego efektu, gdyż obecnie są tam rozliczane dwie stawki bazowe i dwie stawki za strukturę</p> <p>Początek funkcjonowania SOR to moment trudny dla szpitala z wielu względów i wymaga raczej zwiększenia a nie zmniejszenia ryczałtu. Stąd, jako że wartości wyceny poszczególnych kategorii SOR są wyższe od tych samych kategorii w IP, ponadto propozycja przeliczenia względem stałego współczynnika 20% (w przypadku kategorii 1 jest to 17% różnicy, w kat. 2 jest to 47%, w kat. 3 jest to 19%, w kat. 4 jest to 5%)</p>
2	Porozumienie Lekarzy Medycyny Ratunkowej	Załącznik Nr 3, kategoria 0	zmiana wysoce pożądana i potrzebna w SOR, jednak prosimy o przeprowadzenie rzetelnej wyceny	<p>Jest: Produkt sprawozdawany wszystkim pacjentom zgłaszającym się do SOR wobec których wykonano segregację medyczną.</p> <p>Proponujemy: Produkt sprawozdawany wszystkim pacjentom zgłaszającym się do SOR wobec których wykonana została segregacja medyczna przez osobę przeszkoloną w zakresie triage ESI lub MTS i posiadającą ważny certyfikat potwierdzający tę umiejętność.</p> <p>Jednocześnie proponujemy zawarcie w treści zarządzenia klauzuli, że wymóg posiadania tych certyfikatów wchodzi w życie po upływie 12 miesięcy od podpisania zarządzenia w celu zapewnienia odpowiedniego czasu na przeszkolenie personelu</p>
3	Porozumienie Lekarzy Medycyny Ratunkowej	Załącznik nr 3, kategoria 1, poz. 17	nakłucie naczyń obwodowego i założenie cewnika obwodowego jest procedurą inwazyjną, która wymaga umiejętności i ostrożności ze względów epidemiologicznych - powinna być wykazywana w kategorii wyższej	<p>Proponujemy: przeniesienie procedury 38.93 do kategorii 2</p>
4	Porozumienie Lekarzy Medycyny Ratunkowej	Załącznik nr 3, kategoria 2, poz. 18	wymiana cewnika jako procedura inwazyjna i wymagająca umiejętności zachowania jałowości słusznie przeniesiona do kategorii 2, brakuje jednak wciąż procedury dla wymiany bardziej zaawansowanych cewników w drogach moczowych - nefrostomii i urostomii, jest procedura płukania przez ureterostomię i cewnik moczowodowy ale nie ma procedury wymiany cewnika urostomijnego lub nefrostomijnego, co wymaga zaawansowanych umiejętności	<p>Proponujemy: Wprowadzenie procedur - 97.632 Wymiana cewnika w cystostomii - kategoria 3 - 97.622 Wymiana cewnika w moczowodzie i ureterostomii - kategoria 3</p>
5	Porozumienie Lekarzy Medycyny Ratunkowej	Załącznik nr 3, kategoria 3, poz. 11	Punkcja nadłonowa z założeniem cystostomii jest procedurą wysoce inwazyjną i ryzykowną, wymagającą dużych umiejętności	<p>Proponujemy: przeniesienie procedury 57.17 - Przekórna cystostomia do kategorii 4</p>
6	Porozumienie Lekarzy Medycyny Ratunkowej	Załącznik nr 3, kategoria 3, poz. 1	Punkcja łędźwiowa jest procedurą zaawansowaną wymagającą odpowiednich umiejętności, doświadczenia, sprzętu i zachowania najwyższego stopnia jałowości	<p>Proponujemy: przeniesienie procedury 03.311 - Nakłucie łędźwiowe w celu pobrania płynu mózgowo-rdzeniowego do kategorii 4</p>
7	Porozumienie Lekarzy Medycyny Ratunkowej	Załącznik nr 3, kategoria 4, poz. 63	Wyjaśnienie jest niejasne. W dotychczasowym katalogu procedur każdy z produktów krwiopochodnych miał swój kod produktu rozliczeniowego. Teraz ma się pojawić jeden kod produktu. Większość systemów komputerowych HIS wiąże konkretne ICD-9 z katalogu z konkretnym produktem rozliczeniowym. Niejasnym jest dla nas, czy należy sprawozdawać równocześnie ICD-9 konkretnego preparatu krwiopochodnego (np. 99.04) ORAZ procedurę 99.0 powiązaną z nowym produktem rozliczeniowym, czy treść dokumentacji medycznej będzie wystarczająca dla określenia, że wykonano procedurę 99.04, zaś sprawozdać należy tylko 99.0 dla wszystkich produktów. W naszej ocenie proponowana zmiana utrudnia rozliczenie i powoduje niepotrzebne skomplikowanie procesu sprawozdawczego nie wnosząc jednocześnie nic względem wersji poprzedniej	<p>Proponujemy: pozostawić procedury ICD-9 99.03, 99.04, 99.05, 99.06, 99.07, 99.08 bez zmian z odpowiadającymi im kodami produktów</p>
8	Porozumienie Lekarzy Medycyny Ratunkowej	Załącznik nr 3, kategoria 2	W katalogu produktów rozliczeniowych SOR brakuje procedury dla niestandardowych zastosowań USG, np. w przypadku obrazowania ropnia skóry. Obecnie można to "obejść" wskazując okolicę, która była zobrazowana, jednak jest to rozwiązanie niedoskonałe	<p>Proponujemy: wprowadzenie procedury 88.79 - Inna diagnostyczna ultrasonografia do kategorii 2</p>

9	Porozumienie Lekarzy Medycyny Ratunkowej	Załącznik nr 3, kategoria 2, poz. 139	Ręczne rozciąganie napletka nie zawsze jest skuteczną metodą odprowadzenia załupka. W przypadkach szczególnie trudnych możliwe jest wykonanie nacięcia napletka, co wiąże się z koniecznością posiadania zaawansowanych umiejętności. Ze względu na inwazyjność tego zabiegu i wymagane przeszkolenie warto wprowadzić dodatkową procedurę. Może to zmniejszyć ilość hospitalizacji, które są o tyle problematyczne, że dostępność oddziałów urologicznych pełniących realny dyżur jest niska	Proponujemy: wprowadzenie procedury 64.91 - Grzbietowe/ boczne nacięcia napletka do kategorii 3
10	Porozumienie Lekarzy Medycyny Ratunkowej	Załącznik nr 3	Brak procedury związanej z intensywnym leczeniem kwasicy ketonowej w przypadku niewyrównanej cukrzycy. Należy promować prowadzenie już na etapie SOR szybkiej terapii docelowej prowadzącej do obniżenia niebezpiecznie wysokiego zagrażającego życiu poziomu glukozy	Proponujemy: wprowadzenie procedury 99.17 - Wstrzyknięcie insuliny do kategorii 4 z komentarzem: "procedura sprawdzana w przypadku prowadzenia ciągłego wlewu insuliny przy pomocy pompy infuzyjnej w przypadku stwierdzonej kwasicy ketonowej"
11	Porozumienie Lekarzy Medycyny Ratunkowej	Załącznik nr 3	Brak procedury związanej z wykonaniem mnogich tomografii komputerowych, ale innych niż total body scan, np głowy i kręgosłupa szyjnego lub licznych odcinków kręgosłupa W przypadku wykonania tomografii kilku okolic ciała wzrastają znacząco koszty, stąd wskazane by było wyodrębnienie takiego produktu w wyższej kategorii	Proponujemy: wprowadzenie procedury bez ICD-9 - Tomografia wielomiejscowa do kategorii 4 z komentarzem: "procedura sprawdzana w przypadku wykonania TK co najmniej dwóch okolic ciała wykazanych procedurami: 87.030, 87.034, 87.036, 87.410, 88.010, 88.301, 88.303, 88.383, 88.385, 88.387, 87.035, 87.037, 87.049, 87.411, 87.413, 88.011, 88.302, 88.304, 88.384, 88.386, 88.388, 88.389"
11	Porozumienie Lekarzy Medycyny Ratunkowej	Załącznik nr 3, kategoria 4, poz. 32	Zgodnie z przekazanym pismem zawierającym stanowisko PTMR z dnia 30. października 2023 ponownie wnosimy o przywrócenie możliwości raportowania procedury "oznaczenia przemieszczenia linii środkowej mózgu" w przypadku innych badań niż tylko USG przeciemniączkowa	Proponujemy: zmianę treści uwag do procedury na następujące: "procedura możliwa do sprawdzenia w przypadku wykonania badania USG przeciemniączkowego, przeczaszkowego lub innych badań obrazowych mózgu z opisanym położeniem linii środkowej mózgu "
12	Porozumienie Lekarzy Medycyny Ratunkowej	Załącznik nr 3	Z przedstawionego projektu zmian wynika, że wprowadzono nową procedurę dla oceny stanu psychologicznego pacjenta. Nie wprowadzono jednak pozostałych produktów proponowanych w piśmie z dnia NFZ-DSM.4160.27.2023 2023.272454.SZAN 1.09.2023 a zaakceptowanych bez polemiki przez całe środowisko medycyny ratunkowej	Proponujemy: wprowadzenie wszystkich proponowanych procedur psychiatrycznych proponowanych przez NFZ w piśmie o sygn. NFZ-DSM.4160.27.2023 2023.272454.SZAN Proponowane procedury służą poprawie bezpieczeństwa pacjentów i są często wykonywane w SOR, co powinno mieć odzwierciedlenie w sprawozdawczości
13	Porozumienie Lekarzy Medycyny Ratunkowej	Załącznik nr 4, pakiet podstawowy, poz. 28	Badanie COMBO jest badaniem wirusologicznym, które do tej pory było sprawdzane w kategorii 4. Rozumiemy, że jest to uznawane jako przeszacowane, jednak sprowadzenie go do kategorii 1 w pakiecie podstawowym może spowodować, że przestanie być wykonywane, co może skutkować brakiem kontroli ewentualnego narastania stanów epidemicznych. W interesie całego społeczeństwa jest wcześnie wykrywanie tych wirusów, dlatego powinno się ono znajdować co najmniej w kategorii 2. Zwłaszcza, że dla IP test COMBO znalazł się właśnie w kategorii 2	Proponujemy: przeniesienie badania COMBO do pakietu rozszerzonego, sprawdzanego w kategorii 2