

Pan**Marek Haber****Podsekretarz Stanu****w Ministerstwie Zdrowia**

W związku z pismem z dnia 9 lutego 2012 r., znak: MZ-OZG-079-27210-I/DM/12 w sprawie uwag do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, przedstawiam poniżej uwagi do warunków dodatkowo wymaganych dla realizacji świadczeń gwarantowanych: Lp. 24 *Oparzenia lub odmrożenia ekstremalne, ciężkie, średnie z zabiegiem chirurgicznym*, Lp. 26 *Oparzenia albo odmrożenia ekstremalne i ciężkie u dzieci i młodzieży*, określonych w załączniku nr 4.

Pragnę przede wszystkim zwrócić uwagę, na niespójność warunków określonych dla realizacji świadczeń gwarantowanych związanych z leczeniem oparzeń lub odmrożeń w lp. 24 i lp. 26. Świadczenie dla którego opisano dodatkowe warunki realizacji w lp. 24, nie może odnosić się do „wszystkich przypadków” (tj. dorosłych i dzieci), jak wskazano w uzasadnieniu, w szczególności w sytuacji, gdy został usunięty wymóg zapewnienia do leczenia oparzeń u dzieci - lekarza specjalisty w dziedzinie chirurgii dziecięcej oraz z uwagi, iż dokonano wyodrębnienia w lp. 26 świadczeń związanych z leczeniem oparzeń albo odmrożeń ciężkich i ekstremalnych u dzieci i młodzieży wraz z określeniem warunków realizacji tych świadczeń.

Jednocześnie uprzejmie informuję, że w odniesieniu do przedmiotowych warunków Fundusz podtrzymuje stanowisko prezentowane w dotychczasowej korespondencji w tej sprawie, w szczególności w kwestii, iż warunki dodatkowo wymagane do realizacji wymienionych świadczeń, zarówno u dorosłych (lp. 24) jak i u dzieci (lp. 26), powinny dotyczyć wyłącznie oparzeń lub odmrożeń - **ekstremalnych i ciężkich**. Jak wielokrotnie podkreślano, oparzenia ciężkie i ekstremalne powinny być leczone przez tych samych świadczeniodawców, wobec czego różnicowanie tych wymagań jest bezzasadne. Poza tym,

w tym przypadku różnicowanie wymagań może doprowadzić do chaosu w systemie kierowania pacjentów na leczenie (informacja nt. spełnienia warunki jest dostępna na poziomie umowy ze świadczeniodawcą spełniającym określone warunki dla realizacji oparzeń /odmrożeń).

Ponadto świadczenia, zarówno w pozycji lp. 24 jak i lp. 26, należy jednoznacznie scharakteryzować procedurami medycznymi i rozpoznaniem z wykazu świadczeń gwarantowanych załącznika nr 1 do rozporządzenia, analogicznie jak w przypadku świadczeń dotyczących radioterapii.

Mając na uwadze wskazaną na wstępie spójność warunków wymaganych do realizacji omawianych świadczeń, konieczne jest wprowadzenie zmian w szczególności w zapisach:

1. Lp. 24 *Oparzenia lub odmrożenia ekstremalne, ciężkie, średnie z zabiegiem chirurgicznym:*
 - a) w kolumnie 2 „*Nazwa świadczenia gwarantowanego*” – usunąć z nazwy świadczenia zapis „... *średnie z zabiegiem chirurgicznym*”;
 - b) w części „*Wymagania formalne*”- doprecyzować warunek dot. „*zakładu rehabilitacji*” poprzez wskazanie „...*szpitalnej*” - (z uwagi, iż w kodach resortowych zakład ten mieści się w części lecznictwa ambulatoryjnego) albo wprowadzić warunek zapewnienia „*lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej – równoważnik co najmniej 0,5 etatu*”, jak ma to miejsce w lp. 26;
 - c) w części „*Organizacja udzielania świadczeń*” w kolumnie 4 w pkt 4 usunąć lit b – (brak konsekwencji - z warunków realizacji tego świadczenia został usunięty wymóg zapewnienia lekarza specjalisty w dziedzinie chirurgii dziecięcej oraz pielęgniarki pediatrycznej, zatem w jakim celu został pozostawiony warunek zapewnienia konsultacji w przypadku leczenia oparzeń u dzieci?).
2. Lp. 26 *Oparzenia albo odmrożenia ekstremalne i ciężkie u dzieci i młodzieży*
 - a) w kolumnie 2 „*Nazwa świadczenia gwarantowanego*” – usunąć z nazwy świadczenia zapis „... *i młodzieży*”;
 - b) w części „*Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną*” – w przypadku zapewnienia „*pompy do żywienia enteralnego*” (pkt 12) oraz „*aparatu do ciągłego ogrzewania płynów infuzyjnych*” (pkt 15) – zapis „w lokalizacji” powinien zostać zmieniony na „w miejscu udzielania świadczeń”, jak to ma miejsce w warunkach lp. 24. W tym przypadku brak jest logicznego i merytorycznego uzasadnienia, aby tego typu sprzęt (istotny ze względu na stan kliniczny dziecka) znajdował się w lokalizacji.

c) w części „Pozostałe wymagania” – w przypadku:

- pkt 8) „opatrunki srebrowe” - warunek należy usunąć lub uzupełnić o wszystkie rodzaje opatrunków mających zastosowanie w leczeniu oparzeń/odmrożeń;
- pkt 11) „do oceny stopnia obrażeń stosuje się **skalę ciężkości oparzeń albo odmrożeń u dzieci**” – proponujemy pozostawienie oceny stopnia ciężkości wg wskazanej klasyfikacji American Burn Association, bez wprowadzania rozszerzenia w „oparciu o stanowisko polskich ekspertów”. W opinii Funduszu niezasadne jest aby ww. klasyfikacja stanowiąca wytyczne stosowane na całym świecie do oceny stopnia ciężkości oparzeń była modyfikowana.

W przypadku pozostawienia w przedmiotowej skali rozszerzenia, między innymi o kryteria wskazane w:

- ppkt b) **średnie (...)** - tiret 7 „*bez obciążających schorzeń przewlekłych lub istniejących wad wrodzonych*”;
- ppkt c) **ciężkie (...)** – tiret 8 „*lub obciążenie istotnymi wadami lub schorzeniami przewlekłymi*”;
- ppkt d) **ekstremalne (...)** – tiret 3 „*ciężką chorobą metaboliczną, wadą serca*”
– należy dokonać uszczegółowienia „*schorzeń przewlekłych, istotnych wad wrodzonych, w tym wad serca, ciężkich chorób metabolicznych*”, o których mowa w ww. kryteriach.

Ponadto, w skali ciężkości w ppkt d) „ekstremalne oparzenia albo odmrozenia”-niezasadne jest umieszczenie kryterium „*albo oparzenia ciężkie z pogorszeniem stanu przekazane z innego ośrodka*”. Oparzenia zarówno ciężkie jak i ekstremalne powinny być leczone przez tych samych świadczeniodawców. Założeniem jest aby oparzenia/odmrozenia ciężkie i ekstremalne leczone były wyłącznie w ośrodkach spełniających określone w rozporządzeniu warunki, zatem nie dopuszczalna jest sytuacja, w której świadczeniodawca spełniający kryteria przekazuje pacjenta do innego świadczeniodawcy spełniającego takie same kryteria. Powyższe jest również niezasadne z ekonomicznego punktu, może to prowadzić do podwójnego finansowania.

Pragnę jednocześnie dodać, iż Fundusz nie może odnieść się całościowo do nowelizowanych przepisów, z uwagi konsultowania na przestrzeni wielu miesięcy pojedynczych przepisów rozporządzenia, w tym zał. nr 1 oraz części normatywnej, która w sposób oczywisty modyfikuje warunki szczegółowe dla niektórych świadczeń.

Jednym z przykładów powyższego jest odstąpienie od warunku całodobowego udzielania świadczeń w odniesieniu do przedmiotowych oparzeń/odmrożeń, co zostało przesłane do Funduszu w odrębnym piśmie.

Wobec takiego sposobu procedowania zmian w przepisach rozporządzenia „koszykowego”, skuteczne zgłoszenie spójnych uwag nie jest możliwe.

PREZES
Narodowego Funduszu Zdrowia
dr n.med. Jacek Paszkiewicz