

Świadczenia gwarantowane obejmujące opiekę nad noworodkiem (WT.521.10.2016) – uwagi do raportu

Lp.	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag
1.	Agnieszka Podgórska, Anna Jarosz-Lesz	raport str.32	Zgodnie z informacjami zawartymi w raporcie - głównym produktem rozliczeniowym realizowanym na oddziałach I, II, III stopnia referencyjności jest N20—noworodek wymagający normalnej opieki. W wyniku założonego podwyższenia wyceny rozliczenia hospitalizacji noworodka zdrowego (N20), przy jednoczesnym obniżeniu wyceny hospitalizacji noworodka wymagającego intensywnej terapii <u>spowoduje jeszcze większy nacisk na realizację świadczeń dla zdrowych noworodków jako generujących niższe koszty, w oddziałach o III stopniu referencyjności.</u>
		raport str. 33-34	Obecnie obowiązujące grupy JGP (również te zaprezentowane w projekcie) <u>nie dają możliwości rzetelnego rozliczenia pobytu noworodka urodzonego jako późny wcześniak, bez poważnych zaburzeń oddychania, wymagających przedłużonych hospitalizacji:</u> 1) z powodu niedojrzałości OUN (konieczność monitorowania, podania kofeiny i prowadzenia obserwacji przez 7 dni po podaniu kofeiny) 2) z powodu niemożności odżywienia (dziecko duże, nie wymagające żywienia pozajelitowego, wymagające natomiast nauki koordynacji ssania z połykaniem, powolnego karmienia oraz często nadzoru neurologopedy) 3) niestabilności temperatury (konieczność inkubatoroterapii). Również raport wskazuje, że obserwowany jest znaczący spadek liczby hospitalizacji noworodków wymagających szczególnej opieki przy wzroście liczby hospitalizacji noworodków wymagających wzmożonego nadzoru. <u>Tak samo nie ma możliwości rzetelnego rozliczenia hospitalizacji dzieci nie wymagających wentylacji ale prezentujących inne problemy okresu adaptacji - urodzonych z fetopatią cukrzycową, IUGR.</u> Z powyższych informacji wynika, że brak jest możliwości rozliczenia inkubatoroterapii, monitorowania funkcji życiowych, czy też wykazania procedury konsultacji neurologopedycznej. Dodatkowo, przesunięcie procedur typowo wykonywanych u wcześniaków do grupy N25 spowoduje, że 35-tygodniowy wcześniak prezentujący zaburzenia wynikające z wcześniactwa, nie obejmujące zaburzeń oddychania zostanie rozliczony w grupie N24 lub N25 przy nakładzie pracy i poniesionych kosztach znacznie przewyższających proponowane wyceny grup.
		raport str. 78	Zmodyfikowana grupa N23, która zgodnie z założeniami będzie dedykowana hospitalizacji noworodka w oddziale o III stopniu referencyjności w projekcie nie wymaga kwalifikacji rozpoznaniem.

Lp.	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag
			83 procedury wymienione w liście procedur 23a, 22 procedury wymienione w liście procedur 23c, 5 procedur wymienionych w liście procedur 23d, powtórzone są w grupie N24. Nie jest zrozumiałym dlaczego w przypadku oddziałów III stopnia przy 10 dniowej hospitalizacji wycena wynosi ponad 22 828 PLN, a w przypadku wykonania tych samych procedur na II stopniu przy 10 dniach hospitalizacji wycena 4 490 PLN. <u>Wydaje się, że zamiast tworzenia osobnej częściowo powtórzonej grupy 23 lepszym byłoby stworzenie katalogu procedur doliczanych do podstawowej bazowej hospitalizacji, wycenionej odpowiednio dla danego poziomu referencyjnego.</u>
		załącznik nr 2	Do tej pory w przypadku hospitalizacji kobiet w ciąży z uprzednio rozpoznaną i udokumentowaną letalną wadą rozwojową płodu w oddziale o II stopniu referencyjności konieczne jest skierowanie pacjentki do dalszej opieki i przeprowadzenia porodu w szpitalu udzielającym świadczeń z zakresu położnictwa i ginekologii o III poziomie referencyjności, zmuszając tym samym rodziców do poszukiwania szpitala często odległego od miejsca zamieszkania. Przedstawiony projekt nie rozwiązuje powyższego problemu.
		raport	<p>Główną wadą projektu jest brak możliwości prawidłowego i rzetelnego rozliczania hospitalizacji dzieci z niewielkimi patologiami, wymagające dłuższej hospitalizacji i opieki, ale nie mające zaburzeń oddychania. <u>Kolejny raz nie uwzględniono konieczności zapewnienia opieki fizjoterapeuty, neurologopedy, konsultacji specjalistów spoza oddziału neonatologicznego.</u> Może to stać się przyczyną podejmowania prób cięcia kosztów przez kadrę zarządzającą szpitala, a tym samym obniżeniem jakości świadczonych usług. Proponowana wycena i sposób kwalifikacji grup JGP może spowodować zafałszowanie realnego obrazu potrzeb opieki nad noworodkami: nastąpi wzrost liczby porodów zdrowych noworodków z ciąż fizjologicznych, ograniczenie możliwości przekazania ciężarnej w ciąży patologicznej na wyższy poziom referencyjny.</p> <p>Liczba hospitalizacji noworodków wymagających intensywnej terapii w ośrodkach o wyższych stopniach referencyjności obniży się, ograniczając tym samym dostęp do leczenia noworodkom najbardziej potrzebującym leczenia. Przyjęcie projektu wyceny spowoduje pogorszenie opieki nad noworodkami z tzw. małą patologią, które nie wymagają procedur wymienionych w grupie N22, ale wymagających wielokrotnie procedur pominiętych w projekcie.</p> <p>Ponadto, raport nie prezentuje jak będą wyglądały wyceny procedur wykonywanych u noworodka urodzonego przedwcześnie lub chorego w ramach Koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży, gdzie w przypadku świadczeń realizowanych w ramach KOC II/III do tej pory hospitalizacje N24 i N25 były niejako składową opieki.</p>

Lp.	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag
2.	Dorota Kędzierawska		<p>W związku z otrzymanymi propozycjami i po przeanalizowaniu 6 nowych produktów rozliczeniowych dedykowanych patologii noworodka nasuwa się nam szereg uwag dotyczących zarówno propozycji zaszeregowania pacjenta do danej grupy jak i możliwości i konieczności realizacji procedur z tego wynikających.</p> <p>Jako Oddział w Klinice Uniwersyteckiej o III stopniu referencyjności opieki okołoporodowej sprawujemy opiekę nad noworodkami i wcześniakami, z których niewiele kwalifikuje się do grupy N20 (fizjologicznej), a jest to jedyna grupa, która w naszej ocenie odniesie korzyść z nowego rozliczenia.</p> <p>Postępujemy się konkretnymi przykładami, które budzą nasze obawy.</p> <p><u>Grupa N25 została wyceniona niżej niż obecnie, a kryteria kwalifikacji do tej grupy są zaostrzone.</u></p> <p><u>Zredukowano ilość procedur możliwych do wykorzystania przy rozliczeniu w grupie N25.</u></p> <p>Noworodki wymagające wzmożonego nadzoru (np. rozpoznania z N8 - P01.1, P00.0, P02.5, P59.9, P70.0, P00.2) mogą nie spełnić warunków dotyczących ilości uwzględnionych procedur (nie zawsze rozpoznaniom z grupy N8 towarzyszą rozpoznania współistniejące z grupy N7, <u>a według projektu nie można wykazać samego rozpoznania zasadniczego z N8</u>).</p> <p>Nie zawsze wystąpią wskazania kliniczne (a priorytetem jest dobro pacjenta!), aby wykonać 3 proponowane procedury z grupy N25. Brakuje nam tak oczywistych procedur w tej grupie jak pulsoksymetria, monitorowanie ciśnienia tętniczego, echokardiografia czy fototerapia. Same rozpoznania niosą za sobą konieczność wnikliwszej obserwacji lekarsko-pielęgniarskiej, a nie należą do grupy N7.</p> <p>Nieuwzględnione procedury musi wykonywać lub nadzorować wyspecjalizowany personel, co wiąże się intensywnością sprawowanej opieki. W naszej ocenie taki noworodek nie powinien być zakwalifikowany do grupy N20, a po uwzględnieniu nowej formy rozliczenia nie będzie innej możliwości.</p> <p><u>W przypadku grupy N24 również zwraca uwagę, iż została ona niżej wyceniona. Kwalifikacja do tej grupy rozliczeniowej będzie dotyczyła wąskiej grupy pacjentów.</u></p> <p>Rozpoznanie z N24- P59.9 zwykle nie wymaga dwukrotnego oznaczania bilirubiny całkowitej, bezpośredniej i pośredniej (kłucie noworodka!), uwzględniając dla dobra pacjenta ocenę przezskórną żółtaczkę icterometrem i nomogramy przewidywanych wartości bilirubiny, a wg planowanych zmian będzie to konieczny warunek, aby pacjent mógł trafić do tej grupy rozliczeniowej. Niejednokrotnie jest to pacjent którego należy nadzorować, monitorować w obecności personelu, a który jednocześnie może nie mieć wskazań klinicznych do realizacji procedur wymienionych w N24.</p>

Lp.	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag
			<p>W procedurach tej grupy również powinno być uwzględnione monitorowanie ciśnienia tętniczego oraz badanie usg płuc, nowoczesne i mało obciążające pacjenta narzędzie diagnostyczne, zwłaszcza w występujących często zaburzeniach oddychania (to liczna grupa pacjentów tzw. wcześniaków blisko terminu porodu).</p> <p>Biorąc pod uwagę powyższe można wyciągnąć wnioski iż noworodek wymagający intensywnej fototerapii, nadzoru personelu, monitorowania czynności życiowych i badań laboratoryjnych, izolacji z powodu chociażby infekcji SARS-COV-2 u matki, lub PROM, rozliczony zostanie jedynie w grupie N20.</p> <p>Rozpoznanie H35.1 z uwzględnieniem procedury 14.24 lub 99.293 – retinopatia wcześniaka z koniecznością leczenia, w warunkach naszego Oddziału nie będzie do rozliczenia (zabiegi okulistyczne w Lublinie wykonywane są w Klinice Okulistyki lub w Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie).</p> <p>W przypadku grupy N23, wycena jest korzystniejsza, ale ilość procedur i badań możliwych do wykorzystania z dwóch grup sprawia iż będzie to dotyczyło bardzo wąskiej grupy dzieci, w związku z czym bardzo rzadko zakwalifikujemy pacjenta do tej grupy.</p> <p>Grupa N22 została również wyceniona niżej niż obecnie. Biorąc pod uwagę stan pacjenta, który mógłby się kwalifikować do tej grupy, ilość procedur wydaje się być wystarczająca, jednak <u>obniżenie wyceny pobytu i leczenia jest nieadekwatne do ponoszonych kosztów podczas pobytu</u> ciężko chorego pacjenta w Oddziale.</p> <p>Grupa N21 uwzględnia jedynie dzieci urodzone poniżej 28 tyg. ciąży (również poniżej 196 pełnych dni ciąży) lub z masą ciała poniżej 999g, czego w poprzedniej kwalifikacji nie było, a co zawęży nam dość znacząco grupę dzieci spełniających to kryterium.</p> <p>Utworzenie grupy N21A rozwiązuje problem rozliczenia <u>wyłącznie wówczas, gdy pacjent otrzyma surfaktant, będzie wymagał ligacji farmakologicznej PDA lub oznaczenia rozszerzonych badań metabolicznych</u> (procedury z N21A).</p> <p>Pozostanie np. grupa dzieci z głęboką hypotrofią, ale z masą ciała powyżej 999g, nie wymagających wymienionych procedur.</p> <p>Uogólniając – w naszej ocenie cięższa praca, prowadzenie trudnych sytuacji klinicznych, leczenie chorych i najmniejszych pacjentów będzie niedoceniane i niedoszacowane, a co za tym idzie będzie generowało niekorzystne dla szpitala rozliczenia.</p>
3.	Roman Bański	Koordynowana Opieka nad kobietą i dzieckiem str. 27	<p>Raport w sprawie ustalenia taryfy świadczeń JGP N20-N25 nie obejmuje wyceny świadczeń neonatologicznych w ramach opieki koordynowanej KOCI/II oraz KOC III. Tymczasem niniejsze świadczenia neonatologiczne realizowane są również w KOC przez 42 placówki w kraju. Stanowi to zatem istotny</p>

Lp.	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag
			odsetek realizowanych świadczeń. Wnioskujemy o uwzględnienie nowej wyceny grupy N20 w stawce ryczałtowej KOC I/II oraz KOC III.
		Wycena JGP N21-N25	Słuszne działania mające na celu zwiększenia (realnego pokrycia kosztów) wyceny JGP N20 ponieważ odbywa się kosztem pozostałych grup patologii noworodka. Wycena nowych świadczeń N21, N21A, N22, N23, N24, N25 wskazuje na zmniejszenie finansowania świadczeń specjalistycznych oddziałów neonatologii w kraju o ponad 60 mln zł (str.73, tab. 31). Doprowadzić to może do braku płynności finansowej ośrodków realizujących najtrudniejsze przypadki patologicznych noworodków. Wnioskujemy o zwiększenie finansowania tych grup tak by ośrodki patologii noworodków miały zapewnione bezpieczeństwo finansowe gwarantujące ciągłość udzielania świadczeń.
		4.1 Analiza wpływu na budżet płatnika publicznego st. 73	W analizie nie przedstawiono kosztu pobytu dodatkowego osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą (istotne w szczególności dla grupy N21). Wnioskujemy aby raport wyraźnie wskazywał wartości stawek za osobodzień hospitalizacji ponad ryczałt.
		Projekt taryfy str. 80	Projekt taryfy nie uwzględnia zmieniających się trendów demograficznych. Spadająca rok do roku liczba urodzeń powoduje wyraźnie niższe wpływy do budżetu placówek medycznych. W latach 2017-2021 nastąpiła 18% redukcja liczby urodzeń. Tym samym zwiększenie wyceny N20, przy niższej liczbie urodzeń nie przyniesie zamierzonego wzrostu finansowania świadczeń neonatologicznych.
		Mnożnik zmian wielkości kosztów str. 68	Taryfa została przygotowana dla świadczeń udzielanych w 2021 roku przy uwzględnieniu mnożnika zmian wielkości kosztów w wysokości 18, 93161... Prosimy o uwzględnienie mnożnika zmian wielkości kosztów również na rok 2022 i kolejne lata.
4.	Ewa Matuszewska-Palacz	Tabela nr 30 - Projekty taryfy	<p>Wzrost wyceny punktowej grupy JGP N20 Noworodek wymagający normalnej opieki jest korzystny dla wszystkich ośrodków. Jest to produkt rozliczeniowy najczęściej realizowany bez względu na poziom szpitali w ramach systemu zabezpieczenia w opiece perinatalnej. W naszym ośrodku produkt ten stanowi 37,15% rozliczeń. Najwięcej zyskają na tym oczywiście ośrodki I stopnia.</p> <p>Niekorzystne jest zmniejszenie wartości punktowej dla grup JGP: • N24 Noworodek wymagający szczególnej opieki z 5 013 punktów do 4 490 punktów, • N25 Noworodek wymagający wzmożonego nadzoru z 3 063 punktów do 2 031 punktów produkty te stanowią blisko 52% rozliczeń wynika to z większej ilości patologicznych cięż, np. noworodki z infekcją, niską masą urodzeniową ciała, czy noworodki matek chorych na cukrzycę jak również tzw. późne wcześniactwo stanowiące 5,4% urodzeń w naszym oddziale jest często rozliczane z użyciem tych produktów. Proponowany projekt taryfy N23 Noworodek wymagający intensywnej opieki, wyceniony kilkukrotnie wyżej (wartość punktowa – 22 828), będzie dotyczył zupełnie</p>

Lp.	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag
			innej grupy noworodków, która prawdopodobnie będzie stanowić nie więcej niż 0,8-1% rozliczanych hospitalizacji. Natomiast aktualna charakterystyka grupy N23 wycenia na 6 183 pkt będzie musiała zostać rozliczona w ramach grup JPG N24 lub N25, co będzie zdecydowanie mniej punktowane. Zmniejszenie wyceny fundamentalnego produktu N22 Noworodek wymagający intensywnej terapii z 25 066 pkt do 18 929 pkt, według którego rozliczane są noworodki wymagające intensywnej terapii, przebywające w oddziale mniej niż 30 dni, jednocześnie wymagające wielu złożonych, kosztownych procedur medycznych (zresztą szczegółowo opisanych w pierwszej części raportu), jest również niepokojące z względu na wysokie koszty hospitalizacji. Udział tego produktu w rozliczeniach naszego oddziału wynosi 4,75%. Obniżenie wartości punktowych grup JGP N22, N23, N24 oraz N25 (mających blisko 61% udziału w rozliczeniach naszego oddziału) przy jednoczesnym wzroście kosztów przełoży się na gorszy wynik finansowy oraz większe zadłużenie szpitali w skali całego kraju.
5.	Tomasz Wiśniewski	Koordynowana Opieka nad kobietą i dzieckiem str. 27	Raport w sprawie ustalenia taryfy świadczeń JGP N20-N25 nie obejmuje wyceny świadczeń neonatologicznych w ramach opieki koordynowanej KOCI/II oraz KOC III. Tymczasem niniejsze świadczenia neonatologiczne realizowane są również w KOC przez 42 placówki w kraju. Stanowi to zatem istotny odsetek realizowanych świadczeń. Wnioskujemy o uwzględnienie nowej wyceny grupy N20 w stawce ryczałtowej KOC I/II oraz KOC III.
		Wycena JGP N21-N25	Słuszne działania mające na celu zwiększenia (realnego pokrycia kosztów) wyceny JGP N20 poniekąd odbywa się kosztem pozostałych grup patologii noworodka. Wycena nowych świadczeń N21, N21A, N22, N23, N24, N25 wskazuje na zmniejszenie finansowania świadczeń specjalistycznych oddziałów neonatologii w kraju o ponad 60 mln zł (str.73, tab. 31). Doprowadzić to może do braku płynności finansowej ośrodków realizujących najtrudniejsze przypadki patologicznych noworodków. Wnioskujemy o zwiększenie finansowania tych grup tak by ośrodki patologii noworodków miały zapewnione bezpieczeństwo finansowe gwarantujące ciągłość udzielania świadczeń.
		4.1 Analiza wpływu na budżet płatnika publicznego st. 73	W analizie nie przedstawiono kosztu pobytu dodatkowego osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą (istotne w szczególności dla grupy N21). Wnioskujemy aby raport wyraźnie wskazywał wartości stawek za osobodzień hospitalizacji ponad ryczałt.
		Projekt taryfy str. 80	Projekt taryfy nie uwzględnia zmieniających się trendów demograficznych. Spadająca rok do roku liczba urodzeń powoduje wyraźnie niższe wpływy do budżetu placówek medycznych. W latach 2017-2021 nastąpiła 18% redukcja liczby urodzeń. Tym samym zwiększenie wyceny N20, przy niższej liczbie urodzeń nie przyniesie zamierzonego wzrostu finansowania świadczeń neonatologicznych.

Lp.	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag
		Mnożnik zmian wielkości kosztów str. 68	Taryfa została przygotowana dla świadczeń udzielanych w 2021 roku przy uwzględnieniu mnożnika zmian wielkości kosztów w wysokości 18, 93161... Prosimy o uwzględnienie mnożnika zmian wielkości kosztów również na rok 2022 i kolejne lata.
6.	Ewa Gulczyńska	Załącznik nr 4 katalog do sumowania z JGP N20-N25	Dopuszczenie do rozliczenia hipotermii leczniczej w uzasadnionych przypadkach łagodnej encefalopatii ENN. Dotychczas jedynie w umiarkowanej i ciężkiej. Wiele ośrodków w EU i USA oferuje TH także w łagodnych postaciach (nie jest to wskazanie standardowe we wszystkich sytuacjach) 2. Brak możliwości rozliczenia TH u noworodków z nagłym zatrzymaniem krążenia np w 2 lub 3 dobie życia, pomimo iż większość ośrodków decyduje o kwalifikacji tych dzieci jeśli są objawy ENN Piśmiennictwo Two-Year Neurodevelopmental Outcomes After Mild Hypoxic Ischemic Encephalopathy in the Era of Therapeutic Hypothermia. Finder M, Boylan GB, Twomey D, Ahearne C, Murray DM, Hallberg B. JAMA Pediatr. 2020 Jan 1;174(1):48-55. doi: 10.1001/jamapediatrics.2019.4011. PMID: 31710357 Free PMC article. 2. PMID: 30898007 Current Practice of Therapeutic Hypothermia for Mild Hypoxic Ischemic Encephalopathy. Saw CL, Rakshasbhuwankar A, Rao S, Bulsara M, Patole S. J Child Neurol. 2019 Jun;34(7):402-409. doi: 10.1177/0883073819828625. Epub 2019 Mar 22. PMID: 30898007 3. PMID: 11856793 Mild therapeutic hypothermia to improve the neurologic outcome after cardiac arrest. Hypothermia after Cardiac Arrest Study Group. N Engl J Med. 2002 Feb 21;346(8):549-56. doi: 10.1056/NEJMoa012689. PMID: 11856793 Clinical Trial.
7.	Krystyna Piskorz-Ogórek	załącznik nr 8	1. W charakterystyce grup nastąpiło drastyczne obniżenie wieku pacjentów (z dotychczasowego "wiek < 26 tyg. ż." na 4-12 tyg. ż. w zależności od grupy. 2. W grupie N23 wskazano konieczność hospitalizacji powyżej 10 dni co nie ma uzasadnienia ani w kontekście epidemiologicznym, ani kosztowym. 3. W grupie N21a brakuje rozpoznania P07.2 Skrajne wcześniactwo 4. W grupie N21 zmieniono definicję skrajnego wcześniactwa z "do 32 tyg." na "czas trwania ciąży krótszy niż 28 tyg." 5. W grupie N22 wskazano konieczność wparcia oddechowego przy procedurze 89.61 Monitorowanie systemowego ciśnienia tętniczego - wyłącznie razem z procedurą 93.90 lub 93.91 lub 96.781 lub 96.782, a przy wadach serca nie zawsze jest ono potrzebne 6. W grupie N24 brakuje procedur 99.18 Wstrzyknięcie/ infuzja elektrolitów, 99.210 Wstrzyknięcie antybiotyku nieokreślone, 99.218 Podanie antybiotyku dożylnie lub we wlewie 7. Na liście N7 wciąż brakuje

Lp.	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag
			rozpoznanie Q39.0 - Zarośnięcie przełyku bez przetoki i Q39.1 - Zarośnięcie przełyku z przetoką tchawiczo-przełykową
		załącznik nr 4 5.53.01.0001648- zabieg chirurgiczny u noworodka	W uwagach określających warunki rozliczenia brak zabiegów z zakresu chirurgii twarzoczaszki
			Istotnym problemem tego raportu jest fakt iż wycena dokonana jest na podstawie 2019 roku. Nie zostały uwzględnione regulacje z 2020-2022 związane z podwyższeniem wynagrodzenia pracowników, zmian cen mediów i podwyżek żywności, usług zewnętrznych itp.
8.	Małgorzata Sobel [brak OKI]		Kliniczne Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu informuje, że pomimo szczególnego zainteresowania zaproponowaną wyceną świadczeń nad noworodkiem z uwagi na profil działalności, nie może ustosunkować się w tak krótkim czasie do raportu w sprawie ustalenia taryfy świadczeń przedstawionych przez AOTMiT. Próbowaliśmy wyznaczyć grupy JGP wg proponowanych nowych zasad, jednak jest to zbyt złożony i czasochłonny proces. Ustosunkowanie się do raportu byłoby łatwiejsze, gdyby Agencja dodatkowo przekazała narzędzie w postaci symulatora wyznaczenia grup, tak jak jest to możliwe do aktualnie obowiązujących przepisów, np. na stronie http://jgp.uhc.com.pl . Opublikowanie przez Agencję symulatora grup JGP, szczególnie do proponowanych nowych taryfikacji, na pewno przyczyniłoby się do zwiększenia zwrotności i rzetelności uwag dotyczących grupowania świadczeń i ich wycen.
9.	Magdalena Wysocka	Zał. nr 8 Charakterystyka nowych grup	Do grupy N 21A dopisać: ICD -10: Q79.3 Wytrzewienie (gastroschisis) ICD- 9 54.71 Operacja gastroschizy do gdrupy N22 dopisać ICD- 9 54.71 Operacja gastroschizy
		Rozdział 3.5 tab 30 str 72	Projekt nowych taryf został porównany z taryfą dotychczasowej grupy N20. w związku z tym, że pozostałe grupy N21-N25 zostały stworzone na nowo i nie ma możliwości porównania z dotychczas istniejącymi JGP dlatego <u>należy dla grup N21-N25 na nowo ustalić liczbę dni finansowanych grupą oraz ustalić wartość osobodnia powyżej liczby dni finansowanych grupą.</u>
10.	Iwona Maroszyńska	str.26	Proponujemy aby wszystkie zabiegi chirurgiczne wykonane u noworodka podczas jednej hospitalizacji były rozliczane z NFZ. Umożliwi to pokrycie kosztów leczenia noworodków w ośrodkach

Lp.	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag
	[brak podpisu na OKI]		wysokospecjalistycznych i wieloprofilowych, które dysponują kadrą i warunkami dzięki którym podczas jednej hospitalizacji możliwe jest wykonanie zabiegów z równych zakresów.
		str. 72	Genetyka obecnie do sumowania tylko przypadku określonych rozpoznań onkologicznych, rekomendacja na możliwość sumowania rozliczeń diagnostyki genetycznej np: kariotyp koszt ok 500 zł, mikromacierz koszt ok 1500 zł rzadkie zespoły metaboliczne (czasem diagnostyka sięga kilku tysięcy złotych) - proponujemy rozliczenie za wykonane badania na podstawie faktury (w przypadku podwykonawców), lub wyceny przygotowanej przez podmiot realizujący to badanie w ramach własnej jednostki.
		str. 72	Proponujemy, aby w przypadku rozliczania ECMO była możliwość rozliczenia materiałów zużytych przy wymianie układu podczas trwania zabiegu - wysokie koszty m. in. oksygentorów znacznie przekraczają wartość jaka jest refundowana z NFZ. Rozliczenie zużytych podczas wymiany materiałów mogłaby być rozliczana na podstawie faktur zakupu.
		str. 72	Proponujemy, aby była możliwość dosumowania kosztownych leków zużytych u noworodków z wadami i wcześniactwem, np. immunoglobuli, prostinu. Obecnie brak jest możliwości rozliczenia, podobnie jak leków wykorzystywanych do przygotowania dziecka do zabiegu, np preparaty fibrynogenu, ATIII.
		str. 72	Noworodek chirurgicznie chory, wymagający hospitalizacji powyżej 30 dni powinien być włączony do najwyższej grupy. Te dzieci często wymagają wieloetapowego leczenia chirurgicznego np. przepuklina pępowinowa, niedrożność jelit z „mikrocolon”, lub przedłużonej wentylacji mechanicznej np. umiarkowana i ciężka przepuklina przeponowa. U dzieci tych często w okresie okołoperacyjnym poza niewydolnością oddechową rozwija się niewydolność krążenia, której może towarzyszyć ostra niewydolność nerek. Ponadto pierwotne nadciśnienie płucne, zamartwica, zespoły aspiracyjne również wymagają kosztownego leczenia i monitorowania włączając w to tlenek azotu. Niektóre z tych dzieci wymagają wsparcia pozaustrojowego (ECMO). Ocena kosztów leczenia wykonana dla AOTMiT w 2017 roku w ICZMP pokazała 7% niedoszacowanie właśnie w tych grupach. Biorąc pod uwagę wzrost kosztów leczenia przy obecnej propozycji to niedoszacowanie będzie się zwieszało. Noworodek urodzony w 28 tygodni nierzadko po podaniu surfaktantu nie wymaga nawet intubacji, a będzie hospitalizowany > 30 dni ponieważ musi osiągnąć masę ciała umożliwiającą jego wypis.
11.	Marek Migdał	Tabela 26	Zgłaszamy uwagę do projektu taryfy dla świadczenia:

Lp.	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag
			<p>Świadczenia gwarantowane obejmujące opiekę nad noworodkiem (JGP: N20–N25)</p> <p>N22 Noworodek wymagający intensywnej terapii Dokonaliśmy kalkulacji średnich kosztów tego świadczenia w IPCZD na podstawie przekazywanych do Państwa danych o świadczeniach, w postępowaniu 45A0007, po aktualizacji kosztów osobodni i ustaleniu hospitalizacji pacjentów, które podlegają rozliczeniu wskazanym JGP. Średni koszt świadczenia wynosi 37 918 zł, a Państwa projekt zakłada po podniesieniu taryfy kwotę 18 928 zł, co skutkuje niedofinansowaniem świadczenia na kwotę 18 989 zł. Przy realizacji 302 świadczeń w 2021 r. powstaje niedofinansowanie na kwotę 5 734 644 zł. W związku z powyższym prosimy o wzięcie pod uwagę powstających strat finansowych przy tak wycenionej propozycji taryfy.</p> <p>N21A Ciężka patologia noworodka > 30 dni Dokonaliśmy kalkulacji średnich kosztów tego świadczenia w IPCZD na podstawie przekazywanych do Państwa danych o świadczeniach, w postępowaniu 45A0007, po aktualizacji kosztów osobodni i ustaleniu hospitalizacji pacjentów, które podlegają rozliczeniu wskazanym JGP. Średni koszt świadczenia wynosi 194 940 zł, a Państwa projekt zakłada po podniesieniu taryfy kwotę 122 203 zł (kwota łącznie z finansowaniem osobodni ponad ryczałt), co skutkuje niedofinansowaniem świadczenia na kwotę 72 737 zł. Przy realizacji 4 świadczeń w 2021 r. powstaje niedofinansowanie na kwotę 290 948 zł. W związku z powyższym prosimy o wzięcie pod uwagę powstających strat finansowych przy tak wycenionej propozycji taryfy.</p> <p>N21 Ciężka patologia noworodka urodzonego przedwcześnie > 30 dni Dokonaliśmy kalkulacji średnich kosztów tego świadczenia w IPCZD na podstawie przekazywanych do Państwa danych o świadczeniach, w postępowaniu 45A0007, po aktualizacji kosztów osobodni i ustaleniu hospitalizacji pacjentów, które podlegają rozliczeniu wskazanym JGP. Średni koszt świadczenia wynosi 102 403 zł, a Państwa projekt zakłada po podniesieniu taryfy kwotę 89 274, 11 zł (kwota łącznie z finansowaniem osobodni ponad ryczałt), co skutkuje niedofinansowaniem świadczenia na kwotę 13 129 zł. Przy realizacji 18 świadczeń w 2021 r. powstaje niedofinansowanie na kwotę 236 318 zł. W związku z powyższym prosimy o wzięcie pod uwagę powstających strat finansowych przy tak wycenionej propozycji taryfy.</p> <p>N20 Noworodek wymagający normalnej opieki Dokonaliśmy kalkulacji średnich kosztów tego świadczenia w IPCZD na podstawie przekazywanych do Państwa danych o świadczeniach, w postępowaniu 45A0007, po aktualizacji kosztów osobodni. Średni koszt świadczenia wynosi 4 083 zł, a Państwa projekt zakłada po podniesieniu taryfy kwotę 1 779 zł, co</p>

Lp.	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag
			<p>skutkuje niedofinansowaniem świadczenia na kwotę 2 304 zł. Przy realizacji 2 świadczeń w 2021 r. powstaje niedofinansowanie na kwotę 4 607 zł. W związku z powyższym prosimy o wzięcie pod uwagę powstających strat finansowych przy tak wycenionej propozycji taryfy.</p> <p>Niedofinansowanie łączne wynosi 6 266 517 zł.</p>
12.	Marian Kreiss	strona 77, załącznik nr 8	<p>N21 99.973 – Leczenie farmakologiczne przetrwałego przewodu tętniczego Botalla-alprostadil</p> <p>Lek alprostadil (Prostin) jest stosowany zwykle we wrodzonych wadach serca, celem podtrzymania drożności przewodu tętniczego, gdy wada jest tzw. przewodozależna. Wystąpienie krytycznej przewodo-zależnej wady serca u skrajnego wcześniaka jest możliwe, ale zdarzenie takie jest relatywnie rzadkie. Zdecydowanie częściej identyfikujemy w tej grupie hemodynamicznie istotny drożny przewód tętniczy, którego zamknięcie (farmakologiczne lub chirurgiczne) w znaczący sposób poprawia stan kliniczny pacjenta. Wniosek: procedura zamknięcia chirurgicznego lub farmakologicznego przewodu tętniczego byłaby w tej grupie wieku i dojrzałości bardziej potrzebna</p> <p>99.293 – Wstrzyknięcie rekombinowanych białek</p> <p>Białkiem rekombinowanym jest ranibizumab (Lucentis) podawany wewnątrzgałkowo w leczeniu retinopatii wcześniaków (ROP). Analiza materiałów własnych (ośrodek prowadzi leczenie okulistyczne ROP od 21 lat, w tym 7. rok stosuje ranibizumab) wykazała, że podanie tego specyfiku miało miejsce również powyżej 12 tygodnia życia (nie ma ścisłego schematu leczenia ROP, uzależniony jest on od stanu pacjenta i decyzji okulisty). Oznacza to, że przyjęcie pacjenta z innego ośrodka (który nie prowadzi terapii ROP) nie byłoby po 12 tygodniu życia możliwe (czasami pacjenci wymagają kilkukrotnych zabiegów okulistycznych w różnych interwałach czasowych). Wniosek: umożliwienie realizacji procedur okulistycznych po 12 tyg. życia (przyjęcie do ośrodka leczącego z możliwością rozliczenia procedury)</p> <p>02.3 – Pozaczaszkowy drenaż komorowy z założeniem zastawki</p>

Lp.	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag
			<p>Podobnie jak powyżej, procedury założenia zastawki komorowo-otrzewnowej (VPS) mają miejsce w różnym okresie czasu, co uwarunkowane jest m.in. oczyszczaniem płynu mózgowo-rdzeniowego i masą ciała niemowlęcia. Może się zdarzyć, że niemowlę (ELBW, ELGAN) dojrzewające w ośrodku III stopnia referencji, ale nie posiadającego możliwości wykonania zabiegu neurochirurgicznego, będzie przekazywane celem wykonania tej procedury po 12 tż.</p> <p>Wniosek: umożliwienie realizacji procedury założenia VPS po 12 tyg. życia (przyjęcie do ośrodka leczącego z możliwością rozliczenia procedury)</p> <p>Brak możliwości rozliczenia pacjentów z wadami przełyku – atrezja, której często towarzyszą przetoki, a samo leczenie jest długie i bywa często powikłane (np. chłonnikiem)</p> <p>Wniosek: uwzględnienie grupy Q39 i procedury zespolenia przełyku</p> <p>Brak możliwości włączenia do grupy przypadków (rzadkich) bardzo ciężkiego przebiegu sepsy z niewydolnością wielonarządową; są to pacjenci bardzo kosztochłonni (np. preparaty krwi, wielokrotne obrazowanie).</p> <p>Wniosek: umożliwienie rozliczenia, gdy połączenie P36 z minimum 2 kodami niewydolności narządowej (poza niewydolnością oddechową), ew. P36 + A41.9 (wstrząs septyczny)</p> <p>Warto rozważyć zrównanie kosztów obu grup (N21 i N21a) poprzez podniesienie wyceny N21a do wartości N21 wobec faktu, że hospitalizacja donoszonych, a ciężko chorych noworodków jest bardzo kosztowna, a czasami też długotrwała.</p>
		strona 78	<p>N22</p> <p>Wycena grupy została istotnie obniżona (-6137 zł) - co negatywnie wpłynie na wynik finansowy oddziału, biorąc pod uwagę wzrost cen towarów i usług.</p> <p>Do tej grupy odnoszą się również powyższe uwagi dotyczące procedur okulistycznych i implantacji VPS – ograniczenie do 12 tyg. życia</p> <p>Wniosek: umożliwienie realizacji procedur okulistycznych po 12 tyg. życia (przyjęcie do ośrodka leczącego z możliwością rozliczenia procedury)</p>

Lp.	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag
			<p>Wniosek: umożliwienie realizacji procedury założenia VPS po 12 tyg. życia (przyjęcie do ośrodka leczącego z możliwością rozliczenia procedury)</p> <p>Brak możliwości rozliczenia pacjentów z wadami wrodzonymi serca lub zaburzeniami rytmu serca, którzy wymagają ścisłego monitorowania biofizycznego (ciśnienie tętnicze, kardiomonitor, pulsoksymetria), ale nie muszą wymagać wsparcia oddechowego. Hospitalizacja jest długoterminowa, nadzór medyczny musi być ścisły – koszty są wysokie.</p> <p>Wniosek: umożliwienie rozliczenia wad serca bez konieczności podaży alprostadilu i zaburzeń rytmu serca stwarzających potencjalne zagrożenie dla życia (np. bloki P-K, SVT nawrotowa/uporczywa)</p>
		strona 78, załącznik nr 8	<p>N24</p> <p>Wycena grupy została obniżona o 523 zł.</p> <p>W grupie zamieszczono m.in. H35.1 z procedurą 14.24 lub 99.293 i wiek <26 tyg. życia. Do tej grupy – jeśli powyższe rozpoznanie i procedury – sumuje się zabieg chirurgiczny u noworodka 5.53.01.0001648, daje to jednak niecałe 10 000zł, co w przypadku obciążonego wielochorobowością pacjenta, jakim jest wcześniak z ROP, będzie generować starty (czasami hospitalizacja jest długotrwała – konieczność obserwacji i re-operacji).</p> <p>Wniosek: przeniesienie tej szczególnej konfiguracji rozpoznania z procedurą do grupy N21a.</p> <p>Oddziały referencji I stopnia najwięcej mogą skorzystać z opcji rozliczania fototerapii. Do oddziałów I i II stopnia nie odnosi całkowicie leczenie ROP.</p>
		strona 78, załącznik nr 8	<p>N25</p> <p>Wartość grupy została obniżona o ponad 1000 zł. Zawiera liczne procedury często wykonywane u noworodka chorego i możliwość rozliczenia praktycznie każdej jednostki chorobowej, jednak w praktyce leczenie pacjentów za 2000 zł jest niemożliwe, na jakimkolwiek stopniu referencji. Może to być "martwa" grupa.</p>