UWAGI DO RAPORTÓW W SPRAWIE USTALENIA TARYFY ŚWIADCZEŃ

Nr raportu			WT.521.11.2017
Tytuł raportu			Porównanie kosztów świadczeń gwarantowanych z obszaru leczenia zabiegowego chorych z rozpoznaniem nowotworu złośliwego vs pozostałych
Lp.	**Zgłaszający uwagi**	**Wskazanie cz. raportu, do którego składane są uwagi**	**Treść uwag**
1.	Anna Kasprowicz	ONKO_BIA_2021.02.04 L21 KOMPLEKSOWE ZABIEGI PĘCHERZA MOCZOWEGO Z WYTWORZENIEM PRZETOKI*	Odpowiedzią na potrzebę poprawy skuteczności leczenia onkologicznego i jakości życia pacjentów z nowotworami układu moczowo-płciowego jest podejście całościowe do kompleksowego leczenia najczęstszych nowotworów urologicznych: raka pęcherza moczowego, gruczołu krokowego i nerki. Optymalny model organizacji skoordynowanej opieki onkologicznej nad pacjentami z nowotworami urologicznymi powinien przewidywać wyznaczenie w każdym województwie ośrodka o najwyższej referencyjności, zapewniającego pacjentom dostęp do wszystkich metod diagnostyki oraz leczenia onkologicznego, zgodnych z rekomendacjami krajowych towarzystw naukowych. Z takich ośrodków, dysponujących największym doświadczeniem w leczeniu pacjentów na każdym etapie choroby nowotworowej, zwłaszcza pacjentów z wyższym stopniem zaawansowania, byłoby możliwe pozyskiwanie na bieżąco wiarygodnych wskaźników leczenia i ponoszonych kosztów. W takim „wojewódzkim ośrodku koordynującym”, który obejmie opieką największą liczbę pacjentów onkologicznych, w naturalny sposób wyzwoli się potrzeba samoorganizacji, poprawy jakości i koniecznością stanie się: 1. zatrudnienie odpowiedniej liczby dedykowanych koordynatorów opieki onkologicznej, z których każdy zobowiązany będzie do sprawnej organizacji przebiegu procesu diagnostyczno-leczniczego przydzielonego pacjenta w zakresie jednego rozpoznania nowotworowego (np. koordynator ds. organizacji opieki onkologicznej pacjentów z rakiem pęcherza moczowego), 2. dedykowanie określonych lekarzy do udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentom z daną chorobą nowotworową, ze zwróceniem uwagi na to, aby czas przeznaczony na realizację danego świadczenia stanowił codziennie nie mniej niż 50% czasu pracy tego lekarza, 3. inwestycja w informatyczne systemy gromadzenia i analizy danych medycznych w celu m.in. monitorowania efektywności klinicznej i finansowej leczenia onkologicznego, 4. inwestycja w nowoczesny sprzęt diagnostyczny i leczniczy, który będzie efektywnie wykorzystywany dzięki wysokiej liczebności pacjentów objętych opieką onkologiczną,

			5. rozwój małoinwazyjnych technik leczenia, których szereg mógłby stać się procedurami ambulatoryjnymi (AOS) zwiększając dostępność łóżek szpitalnych dla pacjentów wymagających hospitalizacji. Funkcjonowanie takiego „wojewódzkiego ośrodka referencyjnego" wymaga indywidualnego finansowania, które poza wyższą refundacją pojedynczych świadczeń uwzględni dodatkowe zadania, które są warunkiem skutecznego i nowoczesnego funkcjonowania ośrodka referencyjnego – przygotowanie systemów informatycznych, systemu zarządzanie jakością, koordynacji działań, uruchomienie infolinii i serwisów internetowych oraz publikacji skierowanych do lekarzy POZ i pacjentów, poradnictwo urostomijne, poradnictwo żywieniowe. Finansowanie zabiegowych procedur onkologicznych z zakresu: 1. urologii - rak pęcherza moczowego, gruczołu krokowego, rak nerki, rak jądra, 2. chirurgii onkologicznej: rak jelita grubego, rak żołądka, rak trzustki, rak przełyku, czerniak, 3. ginekologii onkologicznej: rak macicy, rak jajnika, 4. chirurgii piersi: rak gruczołu piersiowego, 5. chirurgii klatki piersiowej: rak płuca, powinno maksymalnie promować ośrodki onkologiczne wykonujące największą liczbę zabiegów, dysponujące największym doświadczeniem i sprawdzonymi rozwiązaniami. Finansowanie procedur zabiegowych powinno utrudniać wykonywanie w mniejszych ośrodkach skomplikowanych, kosztochłonnych i obarczonych wysokim ryzykiem powikłań procedur zabiegowych u niewielkiej liczby pacjentów. Ośrodki z niewielkim doświadczeniem w zakresie operacji onkologicznych powinny przekazywać pacjentów do szpitali o wyższym poziomie referencyjności. Zainicjowanie tego procesu mogłoby nastąpić na etapie rozliczeń finansowych, poprzez podwyższenie progów wykonywanych zabiegów uprawniających do zastosowania współczynnika korygującego (współczynnik x1,25 w załączniku 3c Zarządzenia Nr 38/2019/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 marca 2019r.). W przypadku zabiegów urologicznych, aby zapobiegać rozproszeniu wykonywanych procedur w raku pęcherza moczowego, gruczołu krokowego, nerki, zasadne byłoby podwyższenie progów wykonywanych zabiegów o 50%, zwiększenie współczynnika korygującego z „x 1,25" do „x 1,30" dla ośrodków onkologicznych realizujących świadczenia w karcie DiLO „powyżej progów", wprowadzenie współczynnika korygującego „x 0,7" dla ośrodków zabiegowych „poniżej progu".
2.	Ewa Mołek	Rozdział 3.4, tabela 51, strona 108	W ramach Oddziału Dermatologii wykonuje się zabiegi chirurgicznego usuwania złośliwych nowotworów skóry kod ICD10 - C44, który obejmuje nowotwory podstawnokomórkowe, kolczystokomórkowe. W raporcie nie uwzględniono podwyższenia taryfy świadczeń tej procedury, pomimo niedoszacowania poziomu obecnej refundacji w stosunku do kosztów. Świadczenia w zakresie Oddziału Chirurgii Szczękowo-Twarzowej znalazły się w grupie najniżej finansowanych, dla których współczynnik korekty również jest najmniejszy. Operacje z grupy C11 tj. Kompleksowe zabiegi jamy ustnej, gardła i krtani, polegają nie tylko na usunięciu guza, ale wymagają również jednoczasowych

			zabiegów rekonstrukcyjnych z wykorzystaniem odległych przeszczepów tkanek na mikrozespoleniach naczyniowych, nierzadko połączonych z założeniem implantów zębowych. Zabiegi te mają na celu przywrócenie estetyki, ale przede wszystkim funkcji utraconych w wyniku rozległego procesu chorobowego i zabiegu operacyjnego. W zabieg operacyjny zaangażowane są nowoczesne, kosztowne techniki planowania, z wykonaniem modeli stereolitograficznych lub implantów indywidualnych twarzy. Przed dwoma tygodniami odbyło się spotkanie Konsultanta Krajowego z Konsultantami Wojewódzkimi w zakresie Chirurgii Szczękowo-Twarzowej, na którym podnoszono braki szeregu procedur wykonywanych w codziennej praktyce oddziałów Chirurgii Szczękowo-Twarzowej, a także niedoszacowanie już istniejących w związku z zaangażowaniem nowoczesnych technik i innowacyjnych metod leczenia.
3.	Dorota Korycińska	wt 521.11. 2017, w tym tabela tab. 24	Analizie poddano 42 grupy jpg, natomiast w retaryfikacji uznano jedynie 9. Kryteria wyboru tych jpg. nie s jasno sformułowane. Dla 11 kolejnych zabrakło komentarza. Wskazane jest uzupełnienie raportu wraz z uszczegółowieniem kryteriów wyboru oraz pełnym komentarzem. Dodatkowo, pominięte zostały różnice między leczeniem pacjentów nieonkologicznych a onkologicznych. Z przyczyn oczywistych te różnice są znaczne. Koszty zabiegów u pacjentów onkologicznych są wyższe np. o koszty badania histopatologicznego, znakomicie wyższego dla pacjentów onkologicznych. Brakuje pozycji badań dodatkowych w przypadku pacjentów onkologicznych - należy je uzupełnić stosownie do kosztów faktycznych. Pojawia się obawa, ze brak zróżnicowania nie będzie zachęcać podmiotów leczniczych do zabiegów onkologicznych z uwagi na ponoszone z tego powodu straty. Pacjent pozostanie zmuszony do poszukiwania leczenia zabiegowego daleko od domu, co pogorszy jego sytuację zdrowotną oraz finansową. Kolejna uwaga dotyczy braku wyceny utylizacji środków medycznych, które są bardzo kosztowne. Bez tej wyceny podmiot medyczny albo kupuje leki w większych pojemnościach, które nie wykorzystane trzeba utylizować lub też w mniejszych pojemnościach, lecz one są droższe. Szpital, oszczędzając środki segreguje pacjentów kwalifikujących się do danej terapii w jednym dniu, by te straty były jak najmniejsze, co z kolei nie jest podejściem pacjentocentrycznym.
		tabela onko_bia_2021_02.04-3 Kompleksowe	Z analizy wynika, że szczególnie promowane finansowo są podmioty, uważane za oferujące kompleksowe leczenie, bez analizy jakościowej tych podmiotów. Dokonano wyboru 37 podmiotów, przy czym głównym kryterium wyboru jest posiadanie pracowni radioterapii. Tymczasem wiele nowotworów nie wymaga radioterapii, więc ośrodki, obejmujące doskonałą i często unikatową jakości leczenia pacjentów bez radioterapii stracą na finansowaniu. Powstaje ryzyko, że te ośrodki będą ograniczać leczenie niewymagających radioterapii chorych, którzy będą zmuszeni do podjęcia leczenia w innych podmiotach, nie dysponujących wystarczającymi kompetencjami w określonych rodzajach raka. Ogólnopolska Federacja Onkologiczna zwraca uwagę na fakt braku ujęcia w wyborze ośrodków premiowanych jakości leczenia, a powinien by to główny wyznacznik tej premii, nie

			jak ma to miejsce obecnie - posiadane zasoby. Zasoby nie gwarantują jakościowego ich wykorzystania.
		tabela onko_bia_2021_-2.04-3 Razem	Niezrozumiałym jest nieproporcjonalny podział środków finansowych miedzy podmioty, uznane za "kompleksowe" a pozostałe. Szpitale kompleksowe: (37)129736937 zł pozostałe: (178) 70202595 zł Przy takim podziale nie wzięto pod uwagę perspektywy pacjenta, który poniesie niewątpliwe straty. Ograniczenie finansowania podmiotów medycznych sprawdzonych przez pacjenta oraz bliżej domu (jest ich więcej niż kompleksowych) pogłębi nierówności w dostępie do świadczeń. Brak ujęcia jakościowego ten stan rzeczy podkreśla. Ogólnopolska Federacja Onkologiczna stoi na stanowisku, że przy finansowaniu świadczeń, w tym retaryfikacje powinna być ujmowana przede wszystkim jakość opieki medycznej. Stanowiłoby to zachętę i element konkurencyjności dla wszystkich podmiotów onkologicznych.
			Organizacja opieki onkologicznej powinna zapewnia przede wszystkim koordynację i jakość leczenia. Leczenie systemowe i radioterapia/brachyterapia ze względu na częste dojazdy powinny by zlokalizowane jak najbliżej pacjenta i rozproszone, ale koordynowane i oferujące taką samą jakość jak wielkie ośrodki. Chirurgia onkologiczna może być oddalona, bo i tak łączy się z hospitalizacją, pacjent jedzie raz, a nie wiele razy. Dodatkowo jakość chirurgii jest częściowo powiązana z ilością wykonywanych zabiegów, co również jest argumentem za większą centralizacją i skupieniem zabiegów w mniej rozproszonym wariancie niż chemio i radioterapia . Duże ośrodki już dziś cierpią na nadmiar pacjentów na korytarzach, dodatkowa centralizacja w nich świadczeń tylko ten problem pogłębi. Dodatkowo, jeśli tylko ośrodki koordynujące mają leczyć najbardziej zaawansowane i trudne przypadki, to Ci najciężej chorzy pacjenci będą zmuszeni do dalekich podróży, których często nie odbędą.
4.	Urszula Szybowicz		1. W Raporcie autorzy, z niejasnych powodów, skoncentrowali się na niewielkiej ilości świadczeń pomimo, że deklarowanym przedmiotem opracowania są świadczenia gwarantowane z zakresu leczenia szpitalnego, zgodnie z art. 15 Ustawy o świadczeniach, odnoszące się do rozpoznań scharakteryzowanych kodami ICD-10 z kategorii Nowotwory (C00-D48) oraz możliwych do zastosowania w tych rozpoznaniach procedur zabiegowych scharakteryzowanych wg ICD-9, zgodnie z brzmieniem załącznika nr 9 do przywołanego zarządzenia, wymienionych w załączniku nr 1 do Raportu. Świadczenia te zgodnie z katalogiem Grup JGP podlegają rozliczeniom przy pomocy następujących produktów : 1) A11 Kompleksowe zabiegi wewnątrzczaszkowe (5.51.01.0001011); 2) A12 Duże zabiegi wewnątrzczaszkowe (5.51.01.0001012); 3) C01 Rozległe operacje nowotworów jamy ustnej, gardła i krtani z rekonstrukcją (5.51.01.0003001); 4) C11 Kompleksowe zabiegi jamy ustnej, gardła i krtani (5.51.01.0003011); 5) D01 Złożone zabiegi klatki piersiowej (5.51.01.0004001); 6) D02 Kompleksowe zabiegi klatki piersiowej (5.51.01.0004002);

			7) D03 Duże zabiegi klatki piersiowej (5.51.01.0004003); 8) D06 Średnie zabiegi klatki piersiowej (5.51.01.0004006); 9) F02 Duże zabiegi przełyku, w tym protezowanie (5.51.01.0006002); 10) F11E Kompleksowe zabiegi żołądka i dwunastnicy > 65 r.ż. (5.51.01.0006097); 11) F11F Kompleksowe zabiegi żołądka i dwunastnicy < 66 r.ż. (5.51.01.0006098); 12) F21 Kompleksowe zabiegi jelita cienkiego (5.51.01.0006021); 13) F32 Duże i endoskopowe zabiegi jelita grubego (5.51.01.0006032); 14) F31A Kompleksowe zabiegi jelita grubego > 17 r.ż. (5.51.01.0006034); 15) F34 Średnie i endoskopowe zabiegi przewodu pokarmowego (5.51.01.0006037); 16) F42 Duże zabiegi jamy brzusznej (5.51.01.0006042); 17) G01 Rozległe zabiegi wątroby (5.51.01.0007001); 18) G11 Kompleksowe zabiegi wątroby (5.51.01.0007011); Leczenie zabiegowe chorób nowotworowych WT.521.11.2017 Raport w sprawie ustalenia taryfy świadczeń Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji 5/124 19) G31 Kompleksowe zabiegi trzustki (5.51.01.0007031);1 20) H11 Zabiegi resekcyjne zmian nowotworowych lub guzowatych endoprotezoplastyką lub zabieg rewizyjny z użyciem protez poresekcyjnych (5.51.01.0008011); 21) H81 Kompleksowe zabiegi w chorobach infekcyjnych, nowotworowych kości, stawów, tkanki łącznej > 10 dni *(5.51.01.0008081); 22) H83 Średnie zabiegi na tkankach miękkich (5.51.01.0008083); 23) H84 Mniejsze zabiegi w obrębie układu mięśniowo-szkieletowego lub tkanek miękkich Polska Federacja Szpitali ul. Nowogrodzka 11 5p 00-513 Warszawa, Polska www.pfsz.org (5.51.01.0008084); 24) J05 Radykalne odjęcie piersi z rekonstrukcją (5.51.01.0009001); 25) J02 Kompleksowe zabiegi w obrębie piersi (5.51.01.0009002); 26) J03 Duże zabiegi w obrębie piersi (5.51.01.0009003); 27) J03E Duże zabiegi w obrębie piersi > 65 r.ż. (5.51.01.0009050); 28) J03F Duże zabiegi w obrębie piersi < 66 r.ż. (5.51.01.0009051); 29) J04 Zabiegi rekonstrukcyjne piersi (5.51.01.0009004); 30) J06 Mała chirurgia piersi (5.51.01.0009006); 31) J32 Duże zabiegi skórne (5.51.01.0009032); 32) K01 Zabiegi radykalne w rakach gruczołów dokrewnych (5.51.01.0010001); 33) L00 Nefrektomia i inne duże otwarte zabiegi nerek (5.51.01.0011000); 34) L21 Kompleksowe zabiegi pęcherza moczowego z wytworzeniem przetoki (5.51.01.0011021); 35) L22 Duże otwarte zabiegi na pęcherzu moczowym, w tym plastyka (5.51.01.0011022); 36) L26 Średnie zabiegi endoskopowe na pęcherzu moczowym (5.51.01.0011026); 37) L31 Radykalna prostatektomia (5.51.01.0011031); 38) M11 Kompleksowe zabiegi górnej części układu rozrodczego bez pw (5.51.01.0012011); 39) M12 Bardzo duże zabiegi górnej części układu rozrodczego bez pw (5.51.01.0012012); 40) M20 Kompleksowe zabiegi górnej części układu rozrodczego z pw (5.51.01.0012020); 41) Q18 Duże zabiegi na układzie limfatycznym (5.51.01.0015018); 42) Q19 Średnie zabiegi na układzie limfatycznym (5.51.01.0015019). zwane dalej według autorów Raportu : leczeniem zabiegowym chorób nowotworowych. 2. W procesie typowania grup JGP do dalszej analizy autorzy dokonali manipulacji poprzez wyłączne porównanie kosztów realizacji procedur w przypadkach leczenia nowotworów w stosunku do tych samych hospitalizacji w pozostałych przypadkach. Agencja pomimo posiadana danych o obecnej wycenie wszystkich wymienionych w pkt.2 świadczeń (w Zarządzeniach NFZ i

			sprawozdawczości rozliczeniowej umów) pominęła je zupełnie w dalszej analizie uznając, że udokumentowane rozbieżności (zaniżenia wyceny) nie zasługują na uwagę Rady ds. Taryfikacji. 3. Pomimo deklaracji autorzy wg niejasnych kryteriów, na podstawie zawierającej liczne błędy analizy, drastycznie ograniczyli ilość świadczeń, które wymagają przygotowania nowych taryf. Potwierdzeniem błędów merytorycznych popełnionych przez autorów jest m.in. brak wnikliwej analizy przypadków, w których pomimo identyfikacji rzeczywistych kosztów realizacji poszczególnych grup JGP stoją one w dramatycznej sprzeczności (in minus) z wartością „średniej refundacji" – ostatnia kolumna Tabela 30 Porównanie średniego kosztu hospitalizacji w ramach JGP (str. 71-72). Przypadki rozbieżności pozostawione przez autorów Raportu bez jakiegokolwiek komentarza lub pogłębionej analizy to Grupy JGP: # A11 (refundacja niższa o ok. 5 tys. Zł od kosztów) # A12 (refundacja niższa o 6-8 tys. Zł od kosztów) # D03 (refundacja niższa o 3-5 tys. Zł od kosztów) # F11F (refundacja niższa o 5-7 tys. Zł od kosztów) # F34 (refundacja niższa o 1,2-1,4 tys. Zł od kosztów) # G11 (refundacja niższa o 2 tys. Zł od kosztów) # G31G (refundacja niższa o 4-7 tys. Zł od kosztów) # H81 (refundacja niższa o 11-12 tys. Zł od kosztów) # J04 (refundacja niższa o 2 tys. Zł od kosztów) # J32 (refundacja niższa o 2 tys. Zł od kosztów) # Q19 (refundacja niższa o 3 tys. Zł od kosztów) 4. W Raporcie autorzy zupełnie pominęli koszty diagnostyki patomorfologicznej, która w przypadku świadczeń onkologicznych osiąga sumy nawet kilku tysięcy złotych na jednego Polska Federacja Szpitali ul. Nowogrodzka 11 5p 00-513 Warszawa, Polska www.pfsz.org pacjenta (w scenariuszu: badanie śródoperacyjne + badanie materiału pooperacyjnego z licznymi barwienia immunohistochemicznymi i konsultacjami preparatów). 5. W Raporcie autorzy zupełnie pominęli koszty opieki nad chorymi onkologicznymi w oddziałach OaiT bezpośrednio po zabiegu. Koszty te nie powinny być pomijane w sytuacji, gdy dla wszystkich ekspertów systemu ochrony zdrowia jest oczywiste, że finansowanie ryczałtowe OaiT w ramach sieci szpitali (PSZ) naraża podmioty na niemożliwe do uniknięcia straty finansowe, w szczególności wynikające z drastycznych podwyżek kosztów wynagrodzeń dla anestezjologów i personelu pielęgniarskiego posiadającego wymagane kompetencje zawodowe. 6. Stwierdzenie autorów Raportu cyt. „Kryterium kompleksowości udzielanych świadczeń – prowadzenie pełnego procesu diagnostycznego, terapeutycznego (obejmującego planowanie i realizację w jednostce: leczenia chirurgicznego, radioterapii onkologicznej i chemioterapii), rehabilitacyjnego i monitorowania u chorych nowotworowych – spełniło 37 świadczeniodawców" zawarte w Analizie popytu i podaży na str. 113 nie jest oparte na żadnym dokumencie stanowiącym o systemie opieki zdrowotnej w Polsce. Kryterium kompleksowości jest wymysłem autorów nie mającym żadnego uzasadnienia w świetle Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Rozporządzeń Ministra Zdrowia oraz Zarządzeń Prezesa NFZ. Należy tu podkreślić, że regulacje dot. Kompleksowego leczenia raka piersi zawarte w nowelizacji z dn. 7.06.2019 poz. 1062 rozporządzenia o świadczeniach gwarantowanych z zakresu lecznictwa szpitalnego, na które powołuje się AOITM, NIE ZAWIERAJĄ WYMOGU

			PODIADANIA WŁASNEJ RADIOTERAPII A JEDYNIE ZAPEWNIENIA PACJENTOM DOSTĘPU DO TEJ FAKULTATYWNEJ METODY LECZENIA. Co więcej, kryterium kompleksowości w onkologii powinno obejmować cały proces diagnostyki i leczenia a nie ograniczać się tylko do posiadania zakładu radioterapii. Usługi te wg Map Potrzeb Zdrowotnych powinny być skoncentrowane z uwagi na wysoki koszt jednostkowy inwestycji oraz ograniczenie ich stosowania w terapii onkologicznej. Wg autorów raportu kompleksowymi podmiotami w Polsce są wyłącznie: • BESKIDZKIE CENTRUM ONKOLOGII-SZPITAL MIEJSKI IM.JANA PAWŁA II W BIELSKU-BIAŁEJ – BIELSKO-BIAŁA • BIAŁOSTOCKIE CENTRUM ONKOLOGII IM. MARII SKŁODOWSKIEJ – CURIE – BIAŁYSTOK • CENTRALNY SZPITAL KLINICZNY MSW I A W WARSZAWIE – WARSZAWA • CENTRUM MEDYCZNE HCP SP. Z O.O. NZOZ CENTRUM MEDYCZNE HCP LECZNICTWO STACJONARNE – POZNAŃ • CENTRUM ONKOLOGII IM. PROF. FRANCISZKA ŁUKASZCZYKA W BYDGOSZCZY – BYDGOSZCZ • CENTRUM ONKOLOGII ZIEMI LUBELSKIEJ IM. ŚW. JANA Z DUKLI – LUBLIN • DOLNOŚLĄSKIE CENTRUM ONKOLOGII WE WROCŁAWIU – WROCŁAW • KATOWICKIE CENTRUM ONKOLOGII – KATOWICE • KLINICZNY SZPITAL WOJEWÓDZKI NR 1 IM. FRYDERYKA CHOPINA W RZESZOWIE – RZESZÓW • MAZOWIECKI SZPITAL ONKOLOGICZNY SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ – WARSZAWA • NARODOWY INSTYTUT ONKOLOGII IM. MARII SKŁODOWSKIEJ-CURIE – GLIWICE • NARODOWY INSTYTUT ONKOLOGII IM. MARII SKŁODOWSKIEJ-CURIE – KRAKÓW • NARODOWY INSTYTUT ONKOLOGII IM. MARII SKŁODOWSKIEJ-CURIE – WARSZAWA • SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ – OPOLSKIE CENTRUM ONKOLOGII IM.PROF.T.KOSZAROWSKIEGO – OPOLE • SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI Z WARMIŃSKO-MAZURSKIM CENTRUM ONKOLOGII W OLSZTYNIE – OLSZTYN • SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SZPITAL UNIWERSYTECKI W KRAKOWIE – KRAKÓW • SPECJALISTYCZNY SZPITAL IM. DRA ALFREDA SOKOŁOWSKIEGO – WAŁBRZYCH • SZPITAL KLINICZNY IM. HELIODORA ŚWIĘCICKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO W POZNANIU – POZNAŃGRUNWALD • SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. JĘDRZEJA ŚNIADECKIEGO W NOWYM SĄCZU – NOWY SĄCZ • SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. LUDWIKA RYDYGIERA W KRAKOWIE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ – KRAKÓW • SZPITAL SPECJALISTYCZNY W BRZOZOWIE PODKARPACKI OŚRODEK ONKOLOGICZNY IM. KS. B. MARKIEWICZA – BRZOZÓW • SZPITAL UNIWERSYTECKI IMIENIA KAROLA MARCINKOWSKIEGO W ZIELONEJ GÓRZE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ – ZIELONA GÓRA • SZPITAL WOJEWÓDZKI IM.ŚW.ŁUKASZA SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W TARNOWIE – TARNÓW • SZPITALE POMORSKIE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ – GDYNIA • ŚWIĘTOKRZYSKIE CENTRUM ONKOLOGII SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W KIELCACH – KIELCE • UNIWERSYTECKI SZPITAL DZIECIĘCY W KRAKOWIE – KRAKÓW • UNIWERSYTECKIE CENTRUM KLINICZNE – GDAŃSK • UNIWERSYTECKIE CENTRUM KLINICZNE IM. PROF. K. GIBIŃSKIEGO ŚLĄSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO W KATOWICACH – KATOWICE • WIELKOPOLSKIE CENTRUM ONKOLOGII IM.MARII SKŁODOWSKIEJ-CURIE – POZNAŃ-STARE MIASTO • WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. MARII

SKŁODOWSKIEJ – CURIE W ZGIERZU – ZGIERZ • WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. N.M.P. – CZĘSTOCHOWA • WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY W LEGNICY – LEGNICA • WOJEWÓDZKIE CENTRUM SZPITALNE KOTLINY JELENIOGÓRSKIEJ – JELENIA GÓRA • WOJEWÓDZKIE WIELOSPECJALISTYCZNE CENTRUM ONKOLOGII I TRAUMATOLOGII IM. M. KOPERNIKA W ŁODZI – ŁÓDŹ • WOJSKOWY INSTYTUT MEDYCZNY – WARSZAWA Polska Federacja Szpitali ul. Nowogrodzka 11 5p 00-513 Warszawa, Polska www.pfsz.org • ZACHODNIOPOMORSKIE CENTRUM ONKOLOGII – SZCZECIN • ZAGŁĘBIOWSKIE CENTRUM ONKOLOGII SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. SZ. STARKIEWICZA W DĄBROWIE GÓRNICZEJ – DĄBROWA GÓRNICZA

Geneza zastosowania takich kryteriów kompleksowości wydaje się oczywista, gdy poddamy analizie plik excel „ONKO_BIA_2021.02.04.xls" udostępniony w BIP AOTMIT, https://bipold.aotm.gov.pl/index.php/component/content/article?layout=edit&id=7279 w którym szczególnej analizie skutków poddano wydzieloną, szczególną grupę podmiotów tworzących Ogólnopolskie Zrzeszenie Publicznych Centrów i Instytutów Onkologicznych – OZPCIO (KRS: 0000630500) z siedzibą na terenie Dolnośląskiego Centrum Onkologii we Wrocławiu. Warto zauważyć, że z działalnością tej organizacji wiąże się w sposób oczywisty Stowarzyszenie Dyrektorów Ośrodków Onkologicznych w Polsce (KRS: 0000044094) z siedzibą na terenie Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach. We wspomnianym pliku excel odnajdujemy wielowektorowe porównania skutków finansowych projektowanych przez AOTMiT nowych taryf. Jednym z porównań jest tabela obrazująca benefity dla OZPCIO w stosunku do 189 pozostałych szpitali realizujących leczenie onkologiczne. Tabela ta w sposób jednoznaczny wskazuje beneficjentów nowych taryf:

EFEKTY NOWYCH TARIFF przejść luty 2021	Efektywny wariant			
Efektywny wariant	Hospitalizacje	Rehabilitacja	Zabiegowe JGP	Razem
189 pozostałych szpitali	24 218 127	14 551 678	31 622 780	70 202 585
Poza Zrzeszeniem	24 218 127	14 551 678	31 622 780	70 202 585
ZRZESZENIE OZPCIO	47 916 287	24 752 533	57 088 087	129 756 907
BIAŁOSTOCKIE CENTRUM ONKOLOGII IM. MARII SKŁODOWSKIEJ - CURIE - BIAŁYSTOK	3 156 868	953 608	2 758 414	6 868 709
CENTRUM ONKOLOGII IM. PROF. FRANCISZKA ŁUKASZCZYKA W BYDGOSZCZY - BYDGOSZCZ	2 708 724	3 050 551	5 120 655	10 879 910
CENTRUM ONKOLOGII ZIEMI LUBELSKIEJ IM. ŚW. JANA Z DUKLI - LUBLIN	3 098 177	1 387 144	3 173 387	7 658 687
DOLNOŚLĄSKIE CENTRUM ONKOLOGII WE WROCŁAWIU - WROCŁAW	3 266 489	1 296 109	4 776 702	9 339 300
INSTYTUT GRUŹLICY I CHORÓB PŁUC - WARSZAWA	13 622	-	-	13 622
KLINICZNY SZPITAL WOJEWÓDZKI NR 1 IM. FRYDERYKA CHOPINA W RZESZOWIE - RZESZÓW	1 831 448	265 487	1 456 766	3 553 701
NARODOWY INSTYTUT ONKOLOGII IM. MARII SKŁODOWSKIEJ-CURIE - GLIWICE	3 740 771	3 555 444	5 311 315	12 607 530
NARODOWY INSTYTUT ONKOLOGII IM. MARII SKŁODOWSKIEJ-CURIE - KRAKÓW	3 117 808	418 365	1 988 983	5 525 156
NARODOWY INSTYTUT ONKOLOGII IM. MARII SKŁODOWSKIEJ-CURIE - WARSZAWA	5 798 797	3 740 443	7 597 381	17 095 621
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ - OPOLSKIE CENTRUM ONKOLOGII	888 346	- 70 136	2 753 807	3 570 017
SZPITAL SPECJALISTYCZNY W BRZOZOWIE POGLARPACKI OŚRODEK ONKOLOGICZNY	1 031 201	1 404 088	1 817 988	4 253 277
SZPITAL UNIWERSYTECKI IMIENIA KAROLA MARCINKOWSKIEGO W ZIELONEJ GÓRZE	1 938 718	456 481	889 740	3 288 940
SZPITALE POMORSKIE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ - GDYNIA	1 378 827	224 164	2 787 515	4 390 516
ŚWIĘTOKRZYSKIE CENTRUM ONKOLOGII W KIELCACH	3 293 068	3 259 268	3 246 822	9 799 318
UNIWERSYTECKIE CENTRUM KLINICZNE - GDAŃSK	1 808 180	581 202	2 002 877	4 372 259
WIELKOPOLSKIE CENTRUM ONKOLOGII IM.MARII SKŁODOWSKIEJ-CURIE - POZNAŃ-STARE MIASTO	4 624 879	2 805 727	5 338 059	12 768 665
WOJEWÓDZKIE WIELOSPECJALISTYCZNE CENTRUM ONKOLOGII I TRAUMATOLOGII IM. M. KOPERNIKA W ŁODZI	2 458 878	401 513	2 539 066	5 399 457
ZACHODNIOPOMORSKIE CENTRUM ONKOLOGII - SZCZECIN	3 761 448	1 032 805	3 149 346	7 943 602
Razem	72 134 424	39 304 211	88 700 867	199 939 502

Trudno więc uznać, że celem Raportu AOTMiT jest rzetelna realizacja ustawowego zadania taryfikacji świadczeń w systemie ochrony zdrowia w Polsce. Raport jest nierzetelny i stanowi próbę usankcjonowania bezpodstawnych podziałów w oparciu o kuriozalne kryteria tzw. Kompleksowości. Jeśli uznać wartość tej części Raportu, która dotyczy propozycji nowych taryf dla bardzo ograniczonej listy grup JGP: • A11 Kompleksowe zabiegi wewnątrzczaszkowe (5.51.01.0001011); • C11 Kompleksowe zabiegi jamy ustnej, gardła i krtani (5.51.01.0003011); • F32 Duże i endoskopowe zabiegi jelita grubego (5.51.01.0006032); • F42 Duże zabiegi jamy brzusznej (5.51.01.0006042); • G31H Kompleksowe zabiegi trzustki z rekonstrukcją (pankreatoduodenektomie)*

			(5.51.01.0007048); • H83 Średnie zabiegi na tkankach miękkich * (5.51.01.0008083); • H84 Mniejsze zabiegi w obrębie układu mięśniowo-szkieletowego lub tkanek miękkich (5.51.01.0008084); • J02 Kompleksowe zabiegi w obrębie piersi (5.51.01.0009002); • J03F Duże zabiegi w obrębie piersi < 66 r.ż. (5.51.01.0009051), to uzasadnionym jest wniosek, że powinny zostać udostępnione wszystkim świadczeniodawcom realizującym tego typy leczenie w przypadkach onkologicznych. Powyższe jest uzasadnione, gdyż nie sposób zgodzić się (postępując rzetelnie i zgodnie z prawem) na to, aby zabieg podśluzówkowej resekcji nowotworu przewodu pokarmowego wykonany w Szpitalu Klinicznym, Wojewódzkim czy innym specjalizującym się w tego typu terapiach był refundowany przez NFZ w sposób rażąco odbiegający od udokumentowanych kosztów oraz taryf dla „wybrańców" tylko dlatego, że w opinii autorów w Raportu szpital ten „nie jest kompleksowym". Ponadto w raporcie znajdujemy przypadki „dziwnych" kwalifikacji dokonanych przez autorów w oparciu o nieprzejrzyste i podejrzane kryteria. Bo jak inaczej ocenić fakt zaliczenia przez autorów do listy podmiotów „kompleksowych" WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO IM. MARII SKŁODOWSKIEJ – CURIE W ZGIERZU ? Podmiot ten jest co prawda wieloprofilowy, ma chirurgię onkologiczną ale nie realizuje świadczeń w zakresie radioterapii a jedynie w zakresie medycyny nuklearnej podobnie jak wiele podmiotów, które nie zakwalifikowano do „kompleksowych". Świadczy to o uznaniowym traktowaniu przez autorów Raportu nawet własnych, wątpliwych merytorycznie kryteriów. Ponadto w świetle danych zawartych w Raporcie należy niezwłocznie powrócić do analizy pomiętych w analizie grup JGP (patrz punkt 4 powyżej), których poziom refundacji drastycznie odbiega od faktycznie ponoszonych przez szpitale kosztów
5.	Marcin Bochniarz	uwaga ogólna	Wnioskuję o dodanie grup JGP J03E oraz J03F do katalogu zabiegów wliczanych do progu uprawniającego do zastosowania współczynnika korygującego w rozpoznaniu C50-nowotwór złośliwy piersi (załącznik 3c do Zarządzenia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne). Wprowadzona zmiana charakterystyki grupy J02 - Kompleksowe zabiegi w obrębie piersi i przesunięcie z listy procedur w obrębie tej grupy procedury 85.269 Wycięcie guza piersi – BCT do grup J03E oraz J03F spowodowało, że zabiegi oszczędzające nie są zaliczane do puli zabiegów pozwalających na osiągnięcie współczynnika korygującego. Procedura oszczędzająca (miejscowe szerokie wycięcie raka piersi) jest uznaną metodą leczniczą, której zastosowanie u kwalifikujących się pacjentek wiąże się z zapewnieniem wyższej jakości życia w porównaniu do zabiegów radykalnych (usunięcia całkowitego piersi). Miejscowe wycięcie raka piersi bardzo często nie daje znacznego ubytku w gruczole piersiowym i po zakończonym leczeniu onkologicznym nie wymaga dalszych operacji korygujących wygląd piersi (zabiegi odtwórcze piersi). Promowanie wyłącznie zabiegów radykalnych (mastektomii) wydaje się pozostawać w sprzeczności ze stanem aktualnej wiedzy medycznej oraz dbałością o dobro pacjenta.
		uwaga ogólna	Wnioskuję o jak najszybsze zwiększenie taryf za świadczenia zabiegowe ujętych w tabeli 23 przynajmniej do poziomu średniego kosztu hospitalizacji ponoszonego przez świadczeniodawców. Analizując dokument „Porównanie kosztów świadczeń

			gwarantowanych z obszaru leczenia zabiegowego chorych z rozpoznaniem nowotworu złośliwego vs pozostałych” można odnieść wrażenie, że całość leczenia zabiegowego u pacjentów z rozpoznaniem choroby nowotworowej jest nieopłacalna, koszty przekraczają przychody w większości grup JGP. Niezrozumiałe jest dlaczego zostało uwzględnionych tylko 8 grup i to w dodatku te, które nie są zabiegami kompleksowymi. Wzrost wyceny tych świadczeń w marginalny sposób wpłynie na poprawę rentowności oddziałów zabiegowych.
		Tabela 51	Wskazuję, że modyfikacja taryf zaproponowana w zakresie jelita grubego i jamy brzusznej promuje zabiegi duże kosztem zabiegów kompleksowych. W chwili obecnej leczenie onkologiczne ukierunkowane jest na kompleksowość, w tym również w zakresie zabiegowym. Niezrozumiałe jest pominięcie grup zabiegowych przeprowadzanych w sposób kompleksowy – zwłaszcza w odniesieniu do pacjentów z rozpoznaniem C.
6.	Anna Brylicka	tab. 53	Prosimy o ponowną analizę w zakresie grup wskazanych poniżej, jako że w przypadku zastosowania współczynnika 1,17 realizacja niżej wymienionych grup w dalszym ciągu pozostanie nierentowna. A26, D28; F11E; F11F; F13; F16E;F26E; F31; F36; F42;F43E;F43F; F44;F58F;F62;F66;G14;G26E;G28;G31;G31G;G32;G33;H72;H82;H86 ;J02;J06;J08;L00;L08;L09;L17;L21;L26;L32;L53;L69;L72A;L104;M13; M28;M29;Q18;Q19;Q20 Do celów analizy przyjęto, że wszystkie powyżej realizowane grupy są możliwe do rozliczenia w zakresie chirurgii onkologicznej.
		TAB.51	Proponowana wycena poniższych świadczeń nie pokrywa kosztów ponoszonych przez NIO-PIB: A11; J03F; H84
		uwagi ogólne	Świadczenia onkologiczne w chwili obecnej są płatne w trybie przesunięcia środków na wniosek świadczeniodawcy po zakończonym okresie sprawozdawczym (rozliczeniowym). Powoduje to wzrost zobowiązań u świadczeniodawców (brak możliwości regulowania zobowiązań w terminie).
		uwagi ogólne	AOTMiT rekomenduje wprowadzenie współczynnika korygującego 1,17 dla świadczeń w zakresach jedynie chirurgii onkologicznej (pakiet, limit, ryczałt) pomijając przy tym fakt, że szybka ścieżka onkologiczna jest realizowana również w innych zakresach, w tym np. gastroenterologia, ginekologia, chirurgia szczękowo-twarzowa, endokrynologia, etc. – gdzie tego współczynnika nie można zastosować a więc wycena będzie niższa. Konstrukcja systemu uniemożliwia realizację kompleksowej opieki nad pacjentem onkologicznym opierając się jedynie na umowie CHIRURGIA ONKOLOGICZNA
7.	Andrzej Rutkowski	Rozdział 2.3 Tab.8 str.32	Za kompleksowe leczenie w zakresie niektórych świadczeń z dziedzin zabiegowych, należy rozumieć możliwość wykonywania złożonych procedur chirurgicznych z jednoczasową rekonstrukcją (np. "C11 Kompleksowe zabiegi jamy ustnej, gardła i krtani"). Wątpliwości budzi to, czy szpitale poziomu II mają faktycznie takie możliwości.
		Rozdział 3.4 Tab.51 str.108	Proponowana taryfa świadczeń z uwzględnieniem współczynników korygujących dla produktu rozliczeniowego: "C11 Kompleksowe zabiegi jamy ustnej, gardła i krtani" nie uwzględnia faktycznych kosztów rozległych resekcji guzów nowotworowych w obszarze

			twarzo-czaszki, których integralną i nieodzowną częścią jest jednoczasowa rekonstrukcja z użyciem specjalistycznych metod chirurgicznych (mikrochirugia).
8.	Andrzej Mądrala		*1.* Raport dotyczący bardzo istotnych aspektów finansowania świadczeń opieki zdrowotnej nie zawiera informacji o tym kto jest jego autorem. []
			2. W Raporcie autorzy, z niejasnych powodów, skoncentrowali się na niewielkiej ilości świadczeń pomimo, że deklarowanym przedmiotem opracowania są świadczenia gwarantowane z zakresu leczenia szpitalnego, zgodnie z art. 15 Ustawy o świadczeniach, odnoszące się do rozpoznań scharakteryzowanych kodami ICD-10 z kategorii Nowotwory (C00-D48) oraz możliwych do zastosowania w tych rozpoznaniach procedur zabiegowych scharakteryzowanych wg ICD-9, zgodnie z brzmieniem załącznika nr 9 do przywołanego zarządzenia, wymienionych w załączniku nr 1 do Raportu. Świadczenia te zgodnie z katalogiem Grup JGP podlegają rozliczeniom przy pomocy następujących produktów : 1) A11 Kompleksowe zabiegi wewnątrzczaszkowe (5.51.01.0001011); 2) A12 Duże zabiegi wewnątrzczaszkowe (5.51.01.0001012); 3) C01 Rozległe operacje nowotworów jamy ustnej, gardła i krtani z rekonstrukcją (5.51.01.0003001); 4) C11 Kompleksowe zabiegi jamy ustnej, gardła i krtani (5.51.01.0003011); 5) D01 Złożone zabiegi klatki piersiowej (5.51.01.0004001); 6) D02 Kompleksowe zabiegi klatki piersiowej (5.51.01.0004002); 7) D03 Duże zabiegi klatki piersiowej (5.51.01.0004003); 8) D06 Średnie zabiegi klatki piersiowej (5.51.01.0004006); 9) F02 Duże zabiegi przełyku, w tym protezowanie (5.51.01.0006002); 10) F11E Kompleksowe zabiegi żołądka i dwunastnicy > 65 r.ż. (5.51.01.0006097); 11) F11F Kompleksowe zabiegi żołądka i dwunastnicy < 66 r.ż. (5.51.01.0006098); 12) F21 Kompleksowe zabiegi jelita cienkiego (5.51.01.0006021); 13) F32 Duże i endoskopowe zabiegi jelita grubego (5.51.01.0006032); 14) F31A Kompleksowe zabiegi jelita grubego > 17 r.ż. (5.51.01.0006034); 15) F34 Średnie i endoskopowe zabiegi przewodu pokarmowego (5.51.01.0006037); 16) F42 Duże zabiegi jamy brzusznej (5.51.01.0006042); 2 17) G01 Rozległe zabiegi wątroby (5.51.01.0007001); 18) G11 Kompleksowe zabiegi wątroby (5.51.01.0007011); 19) G31 Kompleksowe zabiegi trzustki (5.51.01.0007031);1 20) H11 Zabiegi resekcyjne zmian nowotworowych lub guzowatych endoprotezoplastyką lub zabieg rewizyjny z użyciem protez poresekcyjnych (5.51.01.0008011); 21) H81 Kompleksowe zabiegi w chorobach infekcyjnych, nowotworowych kości, stawów, tkanki łącznej > 10 dni *(5.51.01.0008081); 22) H83 Średnie zabiegi na tkankach miękkich (5.51.01.0008083); 23) H84 Mniejsze zabiegi w obrębie układu mięśniowo-szkieletowego lub tkanek miękkich (5.51.01.0008084); 24) J05 Radykalne odjęcie piersi z rekonstrukcją (5.51.01.0009001);

			25) J02 Kompleksowe zabiegi w obrębie piersi (5.51.01.0009002); 26) J03 Duże zabiegi w obrębie piersi (5.51.01.0009003); 27) J03E Duże zabiegi w obrębie piersi > 65 r.ż. (5.51.01.0009050); 28) J03F Duże zabiegi w obrębie piersi < 66 r.ż. (5.51.01.0009051); 29) J04 Zabiegi rekonstrukcyjne piersi (5.51.01.0009004); 30) J06 Mała chirurgia piersi (5.51.01.0009006); 31) J32 Duże zabiegi skórne (5.51.01.0009032); 32) K01 Zabiegi radykalne w rakach gruczołów dokrewnych (5.51.01.0010001); 33) L00 Nefrektomia i inne duże otwarte zabiegi nerek (5.51.01.0011000); 34) L21 Kompleksowe zabiegi pęcherza moczowego z wytworzeniem przetoki (5.51.01.0011021); 35) L22 Duże otwarte zabiegi na pęcherzu moczowym, w tym plastyka (5.51.01.0011022); 36) L26 Średnie zabiegi endoskopowe na pęcherzu moczowym (5.51.01.0011026); 37) L31 Radykalna prostatektomia (5.51.01.0011031); 38) M11 Kompleksowe zabiegi górnej części układu rozrodczego bez pw (5.51.01.0012011); 39) M12 Bardzo duże zabiegi górnej części układu rozrodczego bez pw (5.51.01.0012012); 40) M20 Kompleksowe zabiegi górnej części układu rozrodczego z pw (5.51.01.0012020); 41) Q18 Duże zabiegi na układzie limfatycznym (5.51.01.0015018); 42) Q19 Średnie zabiegi na układzie limfatycznym (5.51.01.0015019). zwane dalej według autorów Raportu : leczeniem zabiegowym chorób nowotworowych.
			3. W procesie typowania grup JGP do dalszej analizy autorzy dokonali manipulacji poprzez wyłączne porównanie kosztów realizacji procedur w przypadkach leczenia nowotworów w stosunku do tych samych hospitalizacji w pozostałych przypadkach. Agencja pomimo posiadana danych o obecnej wycenie wszystkich wymienionych w pkt.2 świadczeń (w Zarządzeniach NFZ i sprawozdawczości rozliczeniowej umów) pominęła je zupełnie w dalszej analizie uznając, że udokumentowane rozbieżności (zaniżenia wyceny) nie zasługują na uwagę Rady ds. Taryfikacji.
			4. Pomimo deklaracji autorzy wg niejasnych kryteriów, na podstawie zawierającej liczne błędy analizy, drastycznie ograniczyli ilość świadczeń, które wymagają przygotowania nowych taryf. Potwierdzeniem błędów merytorycznych popełnionych przez autorów jest m.in. brak wnikliwej analizy przypadków, w których pomimo identyfikacji rzeczywistych kosztów realizacji poszczególnych grup JGP stoją one w dramatycznej sprzeczności (in minus) z wartością „średniej refundacji" – ostatnia kolumna *Tabela 30 Porównanie średniego kosztu hospitalizacji w ramach JGP (str. 71-72)*. Przypadki rozbieżności **pozostawione przez autorów Raportu bez jakiegokolwiek komentarza** lub pogłębionej analizy to Grupy JGP: • A11 (refundacja niższa o ok. 5 tys. zł od kosztów) • A12 (refundacja niższa o 6-8 tys. zł od kosztów) • D03 (refundacja niższa o 3-5 tys. zł od kosztów) • F11F (refundacja niższa o 5-7 tys. zł od kosztów) • F34 (refundacja niższa o 1,2-1,4 tys. zł od kosztów)

			• G11 (refundacja niższa o 2 tys. zł od kosztów) • G31G (refundacja niższa o 4-7 tys. zł od kosztów) • H81 (refundacja niższa o 11-12 tys. zł od kosztów) • J04 (refundacja niższa o 2 tys. zł od kosztów) • J32 (refundacja niższa o 2 tys. zł od kosztów) • Q19 (refundacja niższa o 3 tys. zł od kosztów)
			5. W Raporcie autorzy zupełnie pominęli koszty diagnostyki patomorfologicznej, która w przypadku świadczeń onkologicznych osiąga sumy nawet kilku tysięcy złotych na jednego pacjenta (w scenariuszu: badanie śródoperacyjne + badanie materiału pooperacyjnego z licznymi barwienia immunohistochemicznymi i konsultacjami preparatów).
			6. W Raporcie autorzy zupełnie pominęli koszty opieki nad chorymi onkologicznymi w oddziałach OAiT bezpośrednio po zabiegu. Koszty te nie powinny być pomijane w sytuacji, gdy dla wszystkich ekspertów systemu ochrony zdrowia jest oczywiste, że finansowanie ryczałtowe OAiT w ramach sieci szpitali (PSZ) naraża podmioty na niemożliwe do uniknięcia straty finansowe, w szczególności wynikające z drastycznych podwyżek kosztów wynagrodzeń dla anestezjologów i personelu pielęgniarskiego posiadającego wymagane kompetencje zawodowe.
			7. Stwierdzenie autorów Raportu cyt. *„Kryterium kompleksowości udzielanych świadczeń – prowadzenie pełnego procesu diagnostycznego, terapeutycznego (obejmującego planowanie i realizację w jednostce: leczenia chirurgicznego, radioterapii onkologicznej i chemioterapii), rehabilitacyjnego i monitorowania u chorych nowotworowych – spełniło 37 świadczeniodawców”* zawarte w Analizie popytu i podaży na str. 113 nie jest oparte na żadnym dokumencie stanowiącym o systemie opieki zdrowotnej w Polsce. Kryterium kompleksowości jest wymysłem autorów nie mającym żadnego uzasadnienia w świetle Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Rozporządzeń Ministra Zdrowia oraz Zarządzeń Prezesa NFZ. Należy tu podkreślić, że regulacje dot. kompleksowego leczenia raka piersi zawarte w nowelizacji z dn. 7.06.2019 poz. 1062 rozporządzenia o świadczeniach gwarantowanych z zakresu lecznictwa szpitalnego, na które powołuje się AOITM, **NIE ZAWIERAJĄ WYMOGU PODIADANIA WŁASNEJ RADIOTERAPII A JEDYNIE ZAPEWNIENIA PACJENTOM DOSTĘPU DO TEJ FAKULTATYWNEJ METODY LECZENIA.** Co więcej, kryterium kompleksowości w onkologii powinno obejmować cały proces diagnostyki i leczenia a nie ograniczać się tylko do posiadania zakładu radioterapii. Usługi te wg Map Potrzeb Zdrowotnych powinny być skoncentrowane z uwagi na wysoki koszt jednostkowy inwestycji oraz ograniczenie ich stosowania w terapii onkologicznej. Wg autorów raportu kompleksowymi podmiotami w Polsce są wyłącznie: • *BESKIDZKIE CENTRUM ONKOLOGII-SZPITAL MIEJSKI IM.JANA PAWŁA II W BIELSKU-BIAŁEJ - BIELSKO-BIAŁA* • *BIAŁOSTOCKIE CENTRUM ONKOLOGII IM. MARII SKŁODOWSKIEJ - CURIE - BIAŁYSTOK*

			• CENTRALNY SZPITAL KLINICZNY MSW I A W WARSZAWIE - WARSZAWA *• CENTRUM MEDYCZNE HCP SP. Z O.O. NZOZ CENTRUM MEDYCZNE HCP LECZNICTWO STACJONARNE - POZNAŃ* *• CENTRUM ONKOLOGII IM. PROF. FRANCISZKA ŁUKASZCZYKA W BYDGOSZCZY - BYDGOSZCZ* *• CENTRUM ONKOLOGII ZIEMI LUBELSKIEJ IM. ŚW. JANA Z DUKLI - LUBLIN* *• DOLNOŚLĄSKIE CENTRUM ONKOLOGII WE WROCŁAWIU - WROCŁAW* *• KATOWICKIE CENTRUM ONKOLOGII - KATOWICE* *• KLINICZNY SZPITAL WOJEWÓDZKI NR 1 IM. FRYDERYKA CHOPINA W RZESZOWIE - RZESZÓW* *• MAZOWIECKI SZPITAL ONKOLOGICZNY SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ - WARSZAWA* *• NARODOWY INSTYTUT ONKOLOGII IM. MARII SKŁODOWSKIEJ-CURIE - GLIWICE* *• NARODOWY INSTYTUT ONKOLOGII IM. MARII SKŁODOWSKIEJ-CURIE - KRAKÓW* *• NARODOWY INSTYTUT ONKOLOGII IM. MARII SKŁODOWSKIEJ-CURIE - WARSZAWA* *• SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ - OPOLSKIE CENTRUM ONKOLOGII IM.PROF.T.KOSZAROWSKIEGO - OPOLE* *• SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI Z WARMIŃSKO-MAZURSKIM CENTRUM ONKOLOGII W OLSZTYNIE - OLSZTYN* *• SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SZPITAL UNIWERSYTECKI W KRAKOWIE - KRAKÓW* *• SPECJALISTYCZNY SZPITAL IM. DRA ALFREDA SOKOŁOWSKIEGO - WAŁBRZYCH* *• SZPITAL KLINICZNY IM. HELIODORA ŚWIĘCICKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO W POZNANIU - POZNAŃ-GRUNWALD* *• SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. JĘDRZEJA ŚNIADECKIEGO W NOWYM SĄCZU - NOWY SĄCZ* *• SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. LUDWIKA RYDYGIERA W KRAKOWIE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ - KRAKÓW* *• SZPITAL SPECJALISTYCZNY W BRZOZOWIE PODKARPACKI OŚRODEK ONKOLOGICZNY IM. KS. B. MARKIEWICZA - BRZOZÓW* *• SZPITAL UNIWERSYTECKI IMIENIA KAROLA MARCINKOWSKIEGO W ZIELONEJ GÓRZE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ - ZIELONA GÓRA* *• SZPITAL WOJEWÓDZKI IM.ŚW.ŁUKASZA SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W TARNOWIE - TARNÓW* *• SZPITALE POMORSKIE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ - GDYNIA* *• ŚWIĘTOKRZYSKIE CENTRUM ONKOLOGII SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W KIELCACH - KIELCE* *• UNIWERSYTECKI SZPITAL DZIECIĘCY W KRAKOWIE - KRAKÓW*

			• *UNIWERSYTECKIE CENTRUM KLINICZNE - GDAŃSK* • *UNIWERSYTECKIE CENTRUM KLINICZNE IM. PROF. K. GIBIŃSKIEGO ŚLĄSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO W KATOWICACH - KATOWICE* • *WIELKOPOLSKIE CENTRUM ONKOLOGII IM.MARII SKŁODOWSKIEJ-CURIE - POZNAŃ-STARE MIASTO* • *WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. MARII SKŁODOWSKIEJ - CURIE W ZGIERZU - ZGIERZ* • *WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. N.M.P. - CZĘSTOCHOWA* • *WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY W LEGNICY - LEGNICA* • *WOJEWÓDZKIE CENTRUM SZPITALNE KOTLINY JELENIOGÓRSKIEJ - JELENIA GÓRA* • *WOJEWÓDZKIE WIELOSPECJALISTYCZNE CENTRUM ONKOLOGII I TRAUMATOLOGII IM. M. KOPERNIKA W ŁODZI - ŁÓDŹ* • *WOJSKOWY INSTYTUT MEDYCZNY - WARSZAWA* • *ZACHODNIOPOMORSKIE CENTRUM ONKOLOGII - SZCZECIN* • *ZAGŁĘBIOWSKIE CENTRUM ONKOLOGII SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. SZ. STARKIEWICZA W DĄBROWIE GÓRNICZEJ - DĄBROWA GÓRNICZA* Geneza zastosowania takich kryteriów kompleksowości wydaje się oczywista, gdy poddamy analizie plik excel „ONKO_BIA_2021.02.04.xls” udostępniony w BIP AOTMIT, https://bipold.aotm.gov.pl/index.php/component/content/article?layout=edit&id=7279 w którym szczególnej analizie skutków poddano wydzieloną, szczególną grupę podmiotów tworzących Ogólnopolskie Zrzeszenie Publicznych Centrów i Instytutów Onkologicznych - OZPCIO (KRS: 0000630500) z siedzibą na terenie Dolnośląskiego Centrum Onkologii we Wrocławiu. Warto zauważyć, że z działalnością tej organizacji wiąże się w sposób oczywisty Stowarzyszenie Dyrektorów Ośrodków Onkologicznych w Polsce (KRS: 0000044094) z siedzibą na terenie Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach. We wspomnianym pliku excel odnajdujemy wielowektorowe porównania skutków finansowych projektowanych przez AOTMiT nowych taryf. Jednym z porównań jest tabela obrazująca benefity dla OZPCIO w stosunku do 189 pozostałych szpitali realizujących leczenie onkologiczne. Tabela ta w sposób jednoznaczny wskazuje beneficjentów nowych taryf:

EFEKTY NOWYCH TARYF projekt luty 2021	Etykiety kolumn		
Etykiety wierszy	Hospitalizacje	Radioterapia	Zabiegowe
189 pozostałych szpitali	24 218 137	14 351 678	31 63
Poza Zrzeszeniem	24 218 137	14 351 678	31 63
ZRZESZENIE OZPCIO	47 916 287	24 752 533	57 06
BIAŁOSTOCKIE CENTRUM ONKOLOGII IM. MARII SKŁODOWSKIEJ - CURIE - BIAŁYSTOK	3 156 686	953 609	2 75
CENTRUM ONKOLOGII IM. PROF. FRANCISZKA ŁUKASZCZYKA W BYDGOSZCZY - BYDGOSZCZ	2 708 724	3 050 551	5 12
CENTRUM ONKOLOGII ZIEMI LUBELSKIEJ IM. ŚW. JANA Z DUKLI - LUBLIN	3 099 177	1 397 143	3 37
DOLNOŚLĄSKIE CENTRUM ONKOLOGII WE WROCŁAWIU - WROCŁAW	3 266 489	1 296 109	4 77
INSTYTUT GRUŹLICY I CHORÓB PŁUC - WARSZAWA	13 622	-	
KLINICZNY SZPITAL WOJEWÓDZKI NR 1 IM. FRYDERYKA CHOPINA W RZESZOWIE - RZESZÓW	1 831 448	265 487	1 45
NARODOWY INSTYTUT ONKOLOGII IM. MARII SKŁODOWSKIEJ-CURIE - GLIWICE	3 740 771	3 555 644	5 51
NARODOWY INSTYTUT ONKOLOGII IM. MARII SKŁODOWSKIEJ-CURIE - KRAKÓW	3 117 808	418 385	1 98
NARODOWY INSTYTUT ONKOLOGII IM. MARII SKŁODOWSKIEJ-CURIE - WARSZAWA	5 798 797	3 740 443	7 55
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ - OPOLSKIE CENTRUM ONKOLOGII	886 346	- 70 136	2 75
SZPITAL SPECJALISTYCZNY W BRZOZOWIE PODKARPACKI OŚRODEK ONKOLOGICZNY	1 031 291	1 404 098	1 81
SZPITAL UNIWERSYTECKI IMIENIA KAROLA MARCINKOWSKIEGO W ZIELONEJ GÓRZE	1 938 718	456 491	89
SZPITALE POMORSKIE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ - GDYNIA	1 378 927	224 164	2 78
ŚWIĘTOKRZYSKIE CENTRUM ONKOLOGII W KIELCACH	3 293 098	3 259 298	3 24
UNIWERSYTECKIE CENTRUM KLINICZNE - GDAŃSK	1 809 180	561 202	2 00
WIELKOPOLSKIE CENTRUM ONKOLOGII IM.MARII SKŁODOWSKIEJ-CURIE - POZNAŃ-STARE MIASTO	4 624 879	2 805 727	5 33
WOJEWÓDZKIE WIELOSPECJALISTYCZNE CENTRUM ONKOLOGII I TRAUMATOLOGII IM. M. KOPERNIKA W ŁODZI	2 458 878	401 513	2 53
ZACHODNIOPOMORSKIE CENTRUM ONKOLOGII - SZCZECIN	3 761 448	1 032 805	3 14
Razem	72 134 424	39 104 211	88 70

Trudno więc uznać, że celem Raportu AOTMiT jest rzetelna realizacja ustawowego zadania taryfikacji świadczeń w systemie ochrony zdrowia w Polsce. Raport jest nierzetelny i stanowi próbę usankcjonowania bezpodstawnych podziałów w oparciu o kuriozalne kryteria tzw. kompleksowości.

Jeśli uznać wartość tej części Raportu, która dotyczy propozycji nowych taryf dla bardzo ograniczonej listy grup JGP:

• A11 Kompleksowe zabiegi wewnątrzczaszkowe (5.51.01.0001011);
• C11 Kompleksowe zabiegi jamy ustnej, gardła i krtani (5.51.01.0003011);
• F32 Duże i endoskopowe zabiegi jelita grubego (5.51.01.0006032);
• F42 Duże zabiegi jamy brzusznej (5.51.01.0006042);
• G31H Kompleksowe zabiegi trzustki z rekonstrukcją (pankreatoduodenektomie)* (5.51.01.0007048);
• H83 Średnie zabiegi na tkankach miękkich * (5.51.01.0008083);
• H84 Mniejsze zabiegi w obrębie układu mięśniowo-szkieletowego lub tkanek miękkich (5.51.01.0008084);
• J02 Kompleksowe zabiegi w obrębie piersi (5.51.01.0009002)
• J03F Duże zabiegi w obrębie piersi < 66 r.ż. (5.51.01.0009051),

to uzasadnionym jest wniosek, że powinny zostać udostępnione wszystkim świadczeniodawcom realizującym tego typy leczenie w przypadkach onkologicznych. Powyższe jest uzasadnione, gdyż nie sposób zgodzić się (postępując rzetelnie i zgodnie z prawem) na to, aby zabieg podśluzówkowej resekcji nowotworu przewodu pokarmowego wykonany w Szpitalu Klinicznym, Wojewódzkim czy innym specjalizującym się w tego typu terapiach był refundowany przez NFZ w sposób rażąco odbiegający od udokumentowanych kosztów oraz taryf dla „wybrańców" tylko dlatego, że w opinii autorów w Raportu szpital ten „nie jest kompleksowym". Ponadto w raporcie znajdujemy przypadki „dziwnych" kwalifikacji dokonanych przez autorów

			w oparciu o nieprzejrzyste i podejrzane kryteria. Bo jak inaczej ocenić fakt zaliczenia przez autorów do listy podmiotów „kompleksowych” WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO IM. MARII SKŁODOWSKIEJ - CURIE W ZGIERZU ? Podmiot ten jest co prawda wieloprofilowy, ma chirurgię onkologiczną ale nie realizuje świadczeń w zakresie radioterapii a jedynie w zakresie medycyny nuklearnej podobnie jak wiele podmiotów, które nie zakwalifikowano do „kompleksowych”. Świadczy to o uznaniowym traktowaniu przez autorów Raportu nawet własnych, wątpliwych merytorycznie kryteriów. Ponadto w świetle danych zawartych w Raporcie należy niezwłocznie powrócić do analizy pomiętych w analizie grup JGP (patrz punkt 4 powyżej), których poziom refundacji drastycznie odbiega od faktycznie ponoszonych przez szpitale kosztów.
9.	Robert Zawadzki		1. Raport dotyczący bardzo istotnych aspektów finansowania świadczeń opieki zdrowotnej nie zawiera informacji o tym kto jest jego autorem.
			2. W Raporcie autorzy, z niejasnych powodów, skoncentrowali się na niewielkiej ilości świadczeń pomimo, że deklarowanym przedmiotem opracowania są świadczenia gwarantowane z zakresu leczenia szpitalnego, zgodnie z art. 15 Ustawy o świadczeniach, odnoszące się do rozpoznań scharakteryzowanych kodami ICD-10 z kategorii Nowotwory (C00-D48) oraz możliwych do zastosowania w tych rozpoznaniach procedur zabiegowych scharakteryzowanych wg ICD-9, zgodnie z brzmieniem załącznika nr 9 do przywołanego zarządzenia, wymienionych w załączniku nr 1 do Raportu. Świadczenia te zgodnie z katalogiem Grup JGP podlegają rozliczeniom przy pomocy następujących produktów : 1) A11 Kompleksowe zabiegi wewnątrzczaszkowe (5.51.01.0001011); 2) A12 Duże zabiegi wewnątrzczaszkowe (5.51.01.0001012); 3) C01 Rozległe operacje nowotworów jamy ustnej, gardła i krtani z rekonstrukcją (5.51.01.0003001); 4) C11 Kompleksowe zabiegi jamy ustnej, gardła i krtani (5.51.01.0003011); 5) D01 Złożone zabiegi klatki piersiowej (5.51.01.0004001); 6) D02 Kompleksowe zabiegi klatki piersiowej (5.51.01.0004002); 7) D03 Duże zabiegi klatki piersiowej (5.51.01.0004003); 8) D06 Średnie zabiegi klatki piersiowej (5.51.01.0004006); 9) F02 Duże zabiegi przełyku, w tym protezowanie (5.51.01.0006002); 10) F11E Kompleksowe zabiegi żołądka i dwunastnicy > 65 r.ż. (5.51.01.0006097); 11) F11F Kompleksowe zabiegi żołądka i dwunastnicy < 66 r.ż. (5.51.01.0006098); 12) F21 Kompleksowe zabiegi jelita cienkiego (5.51.01.0006021); 13) F32 Duże i endoskopowe zabiegi jelita grubego (5.51.01.0006032); 14) F31A Kompleksowe zabiegi jelita grubego > 17 r.ż. (5.51.01.0006034); 15) F34 Średnie i endoskopowe zabiegi przewodu pokarmowego (5.51.01.0006037); 16) F42 Duże zabiegi jamy brzusznej (5.51.01.0006042); 2 17) G01 Rozległe zabiegi wątroby (5.51.01.0007001); 18) G11 Kompleksowe zabiegi wątroby (5.51.01.0007011); 19) G31 Kompleksowe zabiegi trzustki (5.51.01.0007031);1

			20) H11 Zabiegi resekcyjne zmian nowotworowych lub guzowatych endoprotezoplastyką lub zabieg rewizyjny z użyciem protez poresekcyjnych (5.51.01.0008011); 21) H81 Kompleksowe zabiegi w chorobach infekcyjnych, nowotworowych kości, stawów, tkanki łącznej > 10 dni *(5.51.01.0008081); 22) H83 Średnie zabiegi na tkankach miękkich (5.51.01.0008083); 23) H84 Mniejsze zabiegi w obrębie układu mięśniowo-szkieletowego lub tkanek miękkich (5.51.01.0008084); 24) J05 Radykalne odjęcie piersi z rekonstrukcją (5.51.01.0009001); 25) J02 Kompleksowe zabiegi w obrębie piersi (5.51.01.0009002); 26) J03 Duże zabiegi w obrębie piersi (5.51.01.0009003); 27) J03E Duże zabiegi w obrębie piersi > 65 r.ż. (5.51.01.0009050); 28) J03F Duże zabiegi w obrębie piersi < 66 r.ż. (5.51.01.0009051); 29) J04 Zabiegi rekonstrukcyjne piersi (5.51.01.0009004); 30) J06 Mała chirurgia piersi (5.51.01.0009006); 31) J32 Duże zabiegi skórne (5.51.01.0009032); 32) K01 Zabiegi radykalne w rakach gruczołów dokrewnych (5.51.01.0010001); 33) L00 Nefrektomia i inne duże otwarte zabiegi nerek (5.51.01.0011000); 34) L21 Kompleksowe zabiegi pęcherza moczowego z wytworzeniem przetoki (5.51.01.0011021); 35) L22 Duże otwarte zabiegi na pęcherzu moczowym, w tym plastyka (5.51.01.0011022); 36) L26 Średnie zabiegi endoskopowe na pęcherzu moczowym (5.51.01.0011026); 37) L31 Radykalna prostatektomia (5.51.01.0011031); 38) M11 Kompleksowe zabiegi górnej części układu rozrodczego bez pw (5.51.01.0012011); 39) M12 Bardzo duże zabiegi górnej części układu rozrodczego bez pw (5.51.01.0012012); 40) M20 Kompleksowe zabiegi górnej części układu rozrodczego z pw (5.51.01.0012020); 41) Q18 Duże zabiegi na układzie limfatycznym (5.51.01.0015018); 42) Q19 Średnie zabiegi na układzie limfatycznym (5.51.01.0015019). zwane dalej według autorów Raportu : leczeniem zabiegowym chorób nowotworowych.
			3. W procesie typowania grup JGP do dalszej analizy autorzy dokonali manipulacji poprzez wyłączne porównanie kosztów realizacji procedur w przypadkach leczenia nowotworów w stosunku do tych samych hospitalizacji w pozostałych przypadkach. Agencja pomimo posiadana danych o obecnej wycenie wszystkich wymienionych w pkt.2 świadczeń (w Zarządzeniach NFZ i sprawozdawczości rozliczeniowej umów) pominęła je zupełnie w dalszej analizie uznając, że udokumentowane rozbieżności (zaniżenia wyceny) nie zasługują na uwagę Rady ds. Taryfikacji.
			4. Pomimo deklaracji autorzy wg niejasnych kryteriów, na podstawie zawierającej liczne błędy analizy, drastycznie ograniczyli ilość świadczeń, które wymagają przygotowania nowych taryf. Potwierdzeniem błędów merytorycznych popełnionych przez autorów jest m.in. brak wnikliwej analizy przypadków, w których pomimo identyfikacji rzeczywistych kosztów realizacji poszczególnych grup JGP stoją one w dramatycznej sprzeczności (in minus) z wartością „średniej refundacji" – ostatnia kolumna Tabela 30 Porównanie średniego kosztu hospitalizacji w ramach JGP (str.

			71-72). Przypadki rozbieżności pozostawione przez autorów Raportu bez jakiegokolwiek komentarza lub pogłębionej analizy to Grupy JGP: • A11 (refundacja niższa o ok. 5 tys. zł od kosztów) • A12 (refundacja niższa o 6-8 tys. zł od kosztów) • D03 (refundacja niższa o 3-5 tys. zł od kosztów) • F11F (refundacja niższa o 5-7 tys. zł od kosztów) • F34 (refundacja niższa o 1,2-1,4 tys. zł od kosztów) • G11 (refundacja niższa o 2 tys. zł od kosztów) • G31G (refundacja niższa o 4-7 tys. zł od kosztów) • H81 (refundacja niższa o 11-12 tys. zł od kosztów) • J04 (refundacja niższa o 2 tys. zł od kosztów) • J32 (refundacja niższa o 2 tys. zł od kosztów) • Q19 (refundacja niższa o 3 tys. zł od kosztów)
			5. W Raporcie autorzy zupełnie pominęli koszty diagnostyki patomorfologicznej, która w przypadku świadczeń onkologicznych osiąga sumy nawet kilku tysięcy złotych na jednego pacjenta (w scenariuszu: badanie śródoperacyjne + badanie materiału pooperacyjnego z licznymi barwienia immunohistochemicznymi i konsultacjami preparatów).
			6. W Raporcie autorzy zupełnie pominęli koszty opieki nad chorymi onkologicznymi w oddziałach OAiT bezpośrednio po zabiegu. Koszty te nie powinny być pomijane w sytuacji, gdy dla wszystkich ekspertów systemu ochrony zdrowia jest oczywiste, że finansowanie ryczałtowe OAiT w ramach sieci szpitali (PSZ) naraża podmioty na niemożliwe do uniknięcia straty finansowe, w szczególności wynikające z drastycznych podwyżek kosztów wynagrodzeń dla anestezjologów i personelu pielęgniarskiego posiadającego wymagane kompetencje zawodowe.
			7. Stwierdzenie autorów Raportu cyt. „Kryterium kompleksowości udzielanych świadczeń – prowadzenie pełnego procesu diagnostycznego, terapeutycznego (obejmującego planowanie i realizację w jednostce: leczenia chirurgicznego, radioterapii onkologicznej i chemioterapii), rehabilitacyjnego i monitorowania u chorych nowotworowych – spełniło 37 świadczeniodawców” zawarte w Analizie popytu i podaży na str. 113 nie jest oparte na żadnym dokumencie stanowiącym o systemie opieki zdrowotnej w Polsce. Kryterium kompleksowości jest wymysłem autorów nie mającym żadnego uzasadnienia w świetle Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Rozporządzeń Ministra Zdrowia oraz Zarządzeń Prezesa NFZ. Należy tu podkreślić, że regulacje dot. kompleksowego leczenia raka piersi zawarte w nowelizacji z dn. 7.06.2019 poz. 1062 rozporządzenia o świadczeniach gwarantowanych z zakresu lecznictwa szpitalnego, na które powołuje się AOITM, NIE ZAWIERAJĄ WYMOGU PODIADANIA WŁASNEJ RADIOTERAPII A JEDYNIE ZAPEWNIENIA PACJENTOM DOSTĘPU DO TEJ FAKULTATYWNEJ METODY LECZENIA. Co więcej, kryterium kompleksowości w onkologii powinno obejmować cały proces diagnostyki i leczenia a nie ograniczać się tylko do posiadania zakładu radioterapii. Usługi te wg Map Potrzeb Zdrowotnych powinny być skoncentrowane z uwagi na wysoki koszt jednostkowy inwestycji oraz ograniczenie ich stosowania w terapii onkologicznej. Wg autorów raportu kompleksowymi podmiotami w Polsce są wyłącznie:

			• BESKIDZKIE CENTRUM ONKOLOGII-SZPITAL MIEJSKI IM.JANA PAWŁA II W BIELSKU-BIAŁEJ - BIELSKO-BIAŁA • BIAŁOSTOCKIE CENTRUM ONKOLOGII IM. MARII SKŁODOWSKIEJ - CURIE - BIAŁYSTOK • CENTRALNY SZPITAL KLINICZNY MSW I A W WARSZAWIE - WARSZAWA • CENTRUM MEDYCZNE HCP SP. Z O.O. NZOZ CENTRUM MEDYCZNE HCP LECZNICTWO STACJONARNE - POZNAŃ • CENTRUM ONKOLOGII IM. PROF. FRANCISZKA ŁUKASZCZYKA W BYDGOSZCZY - BYDGOSZCZ • CENTRUM ONKOLOGII ZIEMI LUBELSKIEJ IM. ŚW. JANA Z DUKLI - LUBLIN • DOLNOŚLĄSKIE CENTRUM ONKOLOGII WE WROCŁAWIU - WROCŁAW • KATOWICKIE CENTRUM ONKOLOGII - KATOWICE • KLINICZNY SZPITAL WOJEWÓDZKI NR 1 IM. FRYDERYKA CHOPINA W RZESZOWIE - RZESZÓW • MAZOWIECKI SZPITAL ONKOLOGICZNY SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ - WARSZAWA • NARODOWY INSTYTUT ONKOLOGII IM. MARII SKŁODOWSKIEJ-CURIE - GLIWICE • NARODOWY INSTYTUT ONKOLOGII IM. MARII SKŁODOWSKIEJ-CURIE - KRAKÓW • NARODOWY INSTYTUT ONKOLOGII IM. MARII SKŁODOWSKIEJ-CURIE - WARSZAWA • SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ - OPOLSKIE CENTRUM ONKOLOGII IM.PROF.T.KOSZAROWSKIEGO - OPOLE • SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI Z WARMIŃSKO-MAZURSKIM CENTRUM ONKOLOGII W OLSZTYNIE - OLSZTYN • SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SZPITAL UNIWERSYTECKI W KRAKOWIE - KRAKÓW • SPECJALISTYCZNY SZPITAL IM. DRA ALFREDA SOKOŁOWSKIEGO - WAŁBRZYCH • SZPITAL KLINICZNY IM. HELIODORA ŚWIĘCICKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO W POZNANIU - POZNAŃ-GRUNWALD • SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. JĘDRZEJA ŚNIADECKIEGO W NOWYM SĄCZU - NOWY SĄCZ • SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. LUDWIKA RYDYGIERA W KRAKOWIE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ - KRAKÓW • SZPITAL SPECJALISTYCZNY W BRZOZOWIE PODKARPACKI OŚRODEK ONKOLOGICZNY IM. KS. B. MARKIEWICZA - BRZOZÓW • SZPITAL UNIWERSYTECKI IMIENIA KAROLA MARCINKOWSKIEGO W ZIELONEJ GÓRZE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ - ZIELONA GÓRA • SZPITAL WOJEWÓDZKI IM.ŚW.ŁUKASZA SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W TARNOWIE - TARNÓW • SZPITALE POMORSKIE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ - GDYNIA • ŚWIĘTOKRZYSKIE CENTRUM ONKOLOGII SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W KIELCACH - KIELCE • UNIWERSYTECKI SZPITAL DZIECIĘCY W KRAKOWIE - KRAKÓW • UNIWERSYTECKIE CENTRUM KLINICZNE - GDAŃSK

			• UNIWERSYTECKIE CENTRUM KLINICZNE IM. PROF. K. GIBIŃSKIEGO ŚLĄSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO W KATOWICACH - KATOWICE • WIELKOPOLSKIE CENTRUM ONKOLOGII IM.MARII SKŁODOWSKIEJ-CURIE - POZNAŃ-STARE MIASTO • WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. MARII SKŁODOWSKIEJ - CURIE W ZGIERZU - ZGIERZ • WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. N.M.P. - CZĘSTOCHOWA • WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY W LEGNICY - LEGNICA • WOJEWÓDZKIE CENTRUM SZPITALNE KOTLINY JELENIOGÓRSKIEJ - JELENIA GÓRA • WOJEWÓDZKIE WIELOSPECJALISTYCZNE CENTRUM ONKOLOGII I TRAUMATOLOGII IM. M. KOPERNIKA W ŁODZI - ŁÓDŹ • WOJSKOWY INSTYTUT MEDYCZNY - WARSZAWA • ZACHODNIOPOMORSKIE CENTRUM ONKOLOGII - SZCZECIN • ZAGŁĘBIOWSKIE CENTRUM ONKOLOGII SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. SZ. STARKIEWICZA W DĄBROWIE GÓRNICZEJ - DĄBROWA GÓRNICZA Geneza zastosowania takich kryteriów kompleksowości wydaje się oczywista, gdy poddamy analizie plik excel „ONKO_BIA_2021.02.04.xls” udostępniony w BIP AOTMIT, https://bipold.aotm.gov.pl/index.php/component/content/article?layout=edit&id=7279 w którym szczególnej analizie skutków poddano wydzieloną, szczególną grupę podmiotów tworzących Ogólnopolskie Zrzeszenie Publicznych Centrów i Instytutów Onkologicznych - OZPCIO (KRS: 0000630500) z siedzibą na terenie Dolnośląskiego Centrum Onkologii we Wrocławiu. Warto zauważyć, że z działalnością tej organizacji wiąże się w sposób oczywisty Stowarzyszenie Dyrektorów Ośrodków Onkologicznych w Polsce (KRS: 0000044094) z siedzibą na terenie Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach. We wspomnianym pliku excel odnajdujemy wielowektorowe porównania skutków finansowych projektowanych przez AOTMiT nowych taryf. Jednym z porównań jest tabela obrazująca benefity dla OZPCIO w stosunku do 189 pozostałych szpitali realizujących leczenie onkologiczne. Tabela ta w sposób jednoznaczny wskazuje beneficjentów nowych taryf:

EFEKTY NOWYCH TARYF projekt luty 2021	Etykiety kolumn		
Etykiety wierszy	Hospitalizacje	Radioterapia	Zabiegowe
189 pozostałych szpitali	24 218 137	14 351 678	31 63
Poza Zrzeszeniem	24 218 137	14 351 678	31 63
ZRZESZENIE OZPCIO	47 916 287	24 752 533	57 06
BIAŁOSTOCKIE CENTRUM ONKOLOGII IM. MARII SKŁODOWSKIEJ - CURIE - BIAŁYSTOK	3 156 686	953 609	2 75
CENTRUM ONKOLOGII IM. PROF. FRANCISZKA ŁUKASZCZYKA W BYDGOSZCZY - BYDGOSZCZ	2 708 724	3 050 551	5 12
CENTRUM ONKOLOGII ZIEMI LUBELSKIEJ IM. ŚW. JANA Z DUKLI - LUBLIN	3 099 177	1 397 143	3 37
DOLNOŚLĄSKIE CENTRUM ONKOLOGII WE WROCŁAWIU - WROCŁAW	3 266 489	1 296 109	4 77
INSTYTUT GRUŹLICY I CHORÓB PŁUC - WARSZAWA	13 622	-	
KLINICZNY SZPITAL WOJEWÓDZKI NR 1 IM. FRYDERYKA CHOPINA W RZESZOWIE - RZESZÓW	1 831 448	265 487	1 45
NARODOWY INSTYTUT ONKOLOGII IM. MARII SKŁODOWSKIEJ-CURIE - GLIWICE	3 740 771	3 555 644	5 51
NARODOWY INSTYTUT ONKOLOGII IM. MARII SKŁODOWSKIEJ-CURIE - KRAKÓW	3 117 808	418 385	1 98
NARODOWY INSTYTUT ONKOLOGII IM. MARII SKŁODOWSKIEJ-CURIE - WARSZAWA	5 798 797	3 740 443	7 55
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ - OPOLSKIE CENTRUM ONKOLOGII	886 346	- 70 136	2 75
SZPITAL SPECJALISTYCZNY W BRZOZOWIE PODKARPACKI OŚRODEK ONKOLOGICZNY	1 031 291	1 404 098	1 81
SZPITAL UNIWERSYTECKI IMIENIA KAROLA MARCINKOWSKIEGO W ZIELONEJ GÓRZE	1 938 718	456 491	89
SZPITALE POMORSKIE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ - GDYNIA	1 378 927	224 164	2 78
ŚWIĘTOKRZYSKIE CENTRUM ONKOLOGII W KIELCACH	3 293 098	3 259 298	3 24
UNIWERSYTECKIE CENTRUM KLINICZNE - GDAŃSK	1 809 180	561 202	2 00
WIELKOPOLSKIE CENTRUM ONKOLOGII IM.MARII SKŁODOWSKIEJ-CURIE - POZNAŃ-STARE MIASTO	4 624 879	2 805 727	5 33
WOJEWÓDZKIE WIELOSPECJALISTYCZNE CENTRUM ONKOLOGII I TRAUMATOLOGII IM. M. KOPERNIKA W ŁODZI	2 458 878	401 513	2 53
ZACHODNIOPOMORSKIE CENTRUM ONKOLOGII - SZCZECIN	3 761 448	1 032 805	3 14
Razem	72 134 424	39 104 211	88 70

Trudno więc uznać, że celem Raportu AOTMiT jest rzetelna realizacja ustawowego zadania taryfikacji świadczeń w systemie ochrony zdrowia w Polsce. Raport jest nierzetelny i stanowi próbę usankcjonowania bezpodstawnych podziałów w oparciu o kuriozalne kryteria tzw. kompleksowości.

Jeśli uznać wartość tej części Raportu, która dotyczy propozycji nowych taryf dla bardzo ograniczonej listy grup JGP:

• A11 Kompleksowe zabiegi wewnątrzczaszkowe (5.51.01.0001011);
• C11 Kompleksowe zabiegi jamy ustnej, gardła i krtani (5.51.01.0003011);
• F32 Duże i endoskopowe zabiegi jelita grubego (5.51.01.0006032);
• F42 Duże zabiegi jamy brzusznej (5.51.01.0006042);
• G31H Kompleksowe zabiegi trzustki z rekonstrukcją (pankreatoduodenektomie)* (5.51.01.0007048);
• H83 Średnie zabiegi na tkankach miękkich * (5.51.01.0008083);
• H84 Mniejsze zabiegi w obrębie układu mięśniowo-szkieletowego lub tkanek miękkich (5.51.01.0008084);
• J02 Kompleksowe zabiegi w obrębie piersi (5.51.01.0009002)
• J03F Duże zabiegi w obrębie piersi < 66 r.ż. (5.51.01.0009051),

to uzasadnionym jest wniosek, że powinny zostać udostępnione wszystkim świadczeniodawcom realizującym tego typy leczenie w przypadkach onkologicznych. Powyższe jest uzasadnione, gdyż nie sposób zgodzić się (postępując rzetelnie i zgodnie z prawem) na to, aby zabieg podśluzówkowej resekcji nowotworu przewodu pokarmowego wykonany w Szpitalu Klinicznym, Wojewódzkim czy innym specjalizującym się w tego typu terapiach był refundowany przez NFZ w sposób rażąco odbiegający od udokumentowanych kosztów oraz taryf dla „wybrańców" tylko dlatego, że w opinii autorów w Raportu szpital ten „nie jest kompleksowym". Ponadto w raporcie znajdujemy przypadki „dziwnych" kwalifikacji dokonanych przez autorów

			w oparciu o nieprzejrzyste i podejrzane kryteria. Bo jak inaczej ocenić fakt zaliczenia przez autorów do listy podmiotów „kompleksowych” WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO IM. MARII SKŁODOWSKIEJ - CURIE W ZGIERZU ? Podmiot ten jest co prawda wieloprofilowy, ma chirurgię onkologiczną ale nie realizuje świadczeń w zakresie radioterapii a jedynie w zakresie medycyny nuklearnej podobnie jak wiele podmiotów, które nie zakwalifikowano do „kompleksowych”. Świadczy to o uznaniowym traktowaniu przez autorów Raportu nawet własnych, wątpliwych merytorycznie kryteriów. Ponadto w świetle danych zawartych w Raporcie należy niezwłocznie powrócić do analizy pomiętych w analizie grup JGP (patrz punkt 4 powyżej), których poziom refundacji drastycznie odbiega od faktycznie ponoszonych przez szpitale kosztów.