Uwagi dotyczące Raportu w sprawie ustalenia taryfy świadczeń nr WT.521.11.2017

pt. Porównanie kosztów świadczeń gwarantowanych z obszaru leczenia zabiegowego chorych z rozpoznaniem nowotworu złośliwego vs pozostałych

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);
   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 (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*

Zaskakującym i niezrozumiałym jest fakt wykluczenia z tego grona wielu podmiotów, które zostały zakwalifikowane do „sieci szpitali" (systemu PSZ) do grupy Szpitali Onkologicznych co jest przejawem bezpodstawnego kwestionowania przez Radę Taryfikacji obowiązujących przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

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:

TY NOWYCH TARYF projekt luty 2021	Etykiety kolumn			
Etykiety wierszy	Hospitalizacje	Radioterapia	Zabiegowe JGP	Razem
189 pozostałych szpitali	**24 218 137**	**14 351 678**	**31 632 780**	**70 202 595**
Poza Zrzeszeniem	24 218 137	14 351 678	31 632 780	70 202 595
ZRZESZENIE OZPCIO	**47 916 287**	**24 752 533**	**57 068 087**	**129 736 907**
BIAŁOSTOCKIE CENTRUM ONKOLOGII IM. MARII SKŁODOWSKIEJ - CURIE - BIAŁYSTOK	3 156 686	953 609	2 758 414	6 868 709
CENTRUM ONKOLOGII IM. PROF. FRANCISZKA ŁUKASZCZYKA W BYDGOSZCZY - BYDGOSZCZ	2 708 724	3 050 551	5 120 635	10 879 910
CENTRUM ONKOLOGII ZIEMI LUBELSKIEJ IM. ŚW. JANA Z DUKLI - LUBLIN	3 099 177	1 397 143	3 373 367	7 869 687
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	3 555 644	5 511 515	12 807 930
NARODOWY INSTYTUT ONKOLOGII IM. MARII SKŁODOWSKIEJ-CURIE - KRAKÓW	3 117 808	418 385	1 986 963	5 523 156
NARODOWY INSTYTUT ONKOLOGII IM. MARII SKŁODOWSKIEJ-CURIE - WARSZAWA	5 798 797	3 740 443	7 556 391	17 095 631
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ - OPOLSKIE CENTRUM ONKOLOGII	886 346	- 70 136	2 753 807	3 570 017
SZPITAL SPECJALISTYCZNY W BRZOZOWIE PODKARPACKI OŚRODEK ONKOLOGICZNY	1 031 291	1 404 098	1 817 988	4 253 377
SZPITAL UNIWERSYTECKI IMIENIA KAROLA MARCINKOWSKIEGO W ZIELONEJ GÓRZE	1 938 718	456 491	893 740	3 288 949
SZPITALE POMORSKIE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ - GDYNIA	1 378 927	224 164	2 787 525	4 390 616
ŚWIĘTOKRZYSKIE CENTRUM ONKOLOGII W KIELCACH	3 293 098	3 259 298	3 246 922	9 799 318
UNIWERSYTECKIE CENTRUM KLINICZNE - GDAŃSK	1 809 180	561 202	2 002 877	4 373 259
WIELKOPOLSKIE CENTRUM ONKOLOGII IM.MARII SKŁODOWSKIEJ-CURIE - POZNAŃ-STARE MIASTO	4 624 879	2 805 727	5 336 059	12 766 665
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	3 149 349	7 943 602
Razem	**72 134 424**	**39 104 211**	**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.

Signature Not Verified

Dokument podpisany przez
Robert Zawadzki
Data: 2021.02.11 20:16:32 CET