UWAGI DO RAPORTÓW W SPRAWIE USTALENIA TARYFY ŚWIADCZEŃ

Nr raportu			WT.521.10.2017
Tytuł raportu			Świadczenia gwarantowane obejmujące hospitalizacje do chemio- i radioterapii
Lp.	Zgłaszający uwagi	Wskazanie cz. raportu, do którego składane są uwagi	Treść uwag
1.	Dorota Korycińska		Podział hospitalizacji jednodniowej na "do 6 godzin" oraz "powyżej 6 godzin" nie jest zrozumiały. Ta druga jest wyżej wyceniana, przy czym brakuje informacji, w jaki sposób będzie kontrolowany czas tej hospitalizacji. Powstaje obawa organizacji pacjentów, że szpitale będą starały się przetrzymywać chorego, by otrzymać w rozliczeniu wyższą stawkę. Ogólnopolska Federacja Onkologiczna stoi na stanowisku, by nie dzielić hospitalizacji na krótsze i dłuższe, lecz ujednolicić je bez podziału godzinowego. W ten sposób korzyści odniesie przede wszystkim pacjent.
2.	Marcin Bochniarz	Tabela 31,s. 62 oraz str. 67	Wnioskuję o rezygnację z wprowadzenia dwóch produktów dotyczących hospitalizacji jednodniowej w chemioterapii w uzależnieniu od czasu trwania tej hospitalizacji (do 6h i powyżej 6h) i stworzenie jednego produktu "Hospitalizacja jednodniowa w chemioterapii" z proponowaną wyceną świadczenia w wysokości 416zł. Uzasadnienie: - rzeczywiste koszty wizyty pacjenta w trybie jednodniowym w minimalnym stopniu zależą od czasu spędzonego w oddziale. Każdy pacjent przyjmowany do oddziału wymaga oceny lekarskiej, wykonania badań diagnostycznych w tym laboratoryjnych, opieki pielęgniarskiej, wyprodukowania cytostatyków przez aptekę szpitalną, do tego dochodzi koszt leków /cytostatyków/ i leków wspomagających /np. przeciwwymiotnych/ oraz koszt wyrobów medycznych, a więc zaangażowania tych samych zasobów. Przykładowo koszt pobytu pacjenta na podanie leku podawanego w bolusie będzie się różnił od długiego wlewu dożylnego jedynie kosztem zestawu do przetoczeń i płynu infuzyjnego. - wprowadzenie różnicowania czasowego promuje ośrodki gorzej zorganizowane, które nie są w stanie w sposób szybki przyjąć i zbadać pacjenta oraz sprawnie przygotować niezbędne leki. Jeżeli ośrodek zainwestował w sprawną obsługę pacjentów będzie automatycznie skazywany na niższą zapłatę za wizytę lub wymusi na tych ośrodkach rezygnację z tych inwestycji – będzie to naturalna decyzja zmniejszy koszty i zwiększy paradoksalnie przychody. - obniżenie wyceny za podania do 6h spowoduje tendencję kierowania pacjentów na oddział stacjonarny lub wydłużania pobytu pacjenta w trybie jednodniowym w celu uzyskania pełnej stawki za świadczenie. - zaproponowana stawka za hospitalizację do 6h jest zbyt niska. W chwili obecnej w Polsce i na świecie obserwowany jest coraz większy udział hospitalizacji jednodniowych w onkologii klinicznej. Proponowana niska wycena świadczenia spowoduje powrót do hospitalizacji w trybie stacjonarnym.

			- różnicowanie płatności w zależności od długości pobytu stanowi kolejną komplikację systemu rozliczeniowego, której dodatkowe koszty poniesie bezpośrednio świadczeniodawca. - w niektórych sytuacjach świadczeniodawca nie ma wpływu na czas pobytu pacjenta, np. w przypadku konieczności prowadzenia kilkugodzinnego wlewu leku lub konieczności prowadzenia obserwacji po jego podaniu. Pacjent wymagający np. 3-godzinnej obserwacji po podaniu leku nie wymaga większego nakładu kosztów po stronie świadczeniodawcy niż pacjent, który może udać się do domu bezpośrednio po zakończeniu wlewu leków. - aby zachować rentowność funkcjonowania oddziałów dziennych pojawi się konieczność redukcji etatów najprawdopodobniej pielęgniarskich, co przeniesie się na jakość i szybkość obsługi pacjentów.
		str. 67	Wnioskuję o przeniesienie czynności związanych z podaniem cytostatyku w formie doustnej z nowo projektowanego produktu "5.08.05.0000173 - Podstawowa porada ambulatoryjna dotycząca chemioterapii" do nowo projektowanego produktu "5.08.05.0000172 - Kompleksowa porada ambulatoryjna dotycząca chemioterapii." Uzasadnienie: Każde podanie lub wydanie leku cytotoksycznego wiąże się z koniecznością przeprowadzenia u pacjenta przynajmniej wizyty lekarskiej oraz wykonania niezbędnych badań diagnostycznych, w tym laboratoryjnych. Zakres tych badań istotnie różni się w przypadku pacjentów otrzymujących leczenie, a pacjentami w kontroli. Podanie leku w formie doustnej wymaga też udzielenia pacjentowi porady, oceny skuteczności leczenia, weryfikacji działań niepożądanych, instruktażu w zakresie dawkowania, przygotowania dawki leku w aptece szpitalnej i jego wydanie wraz z pełną dokumentacją procesu. Do obsługi pacjenta otrzymującego leczenie doustne zaangażowany jest dokładnie ten sam zespół osób co w przypadku podania parenteralnego, podobna jest ilość wykonywanych czynności. Jedyną różnicę stanowi koszt wyrobów medycznych używanych do podania leków w formie parenteralnej (zestaw do przetoczeń, płyn infuzyjny).
3.	Urszula Szybowicz		W Raporcie autorzy nie dokonali jakiejkolwiek oceny merytorycznej scenariusza „zakwaterowania do chemioterapii”. Wprowadzenie takiego wariantu świadczenia hospitalizacji do chemioterapii było w przeszłości efektem urzędniczego błędu popełnionego w momencie wprowadzania „zakwaterowania do radioterapii”. Realizacja pobytów do chemioterapii realizowanych w scenariuszu „zakwaterowanie” wymaga raczej usunięcia z „koszyka świadczeń gwarantowanych” i taka rekomendacja powinna być jednym z efektów obecnego Raportu Autorzy nie uzasadnili niczym koncepcji, aby to właśnie 6 a nie 4 lub 12 godzin miało być progiem różnicującym koszty. Tworzenie odrębnych produktów poniżej 6 i powyżej 6 godzin rodzi wiele poważnych, negatywnych skutków: Analiza struktury kosztów hospitalizacji do chemioterapii potraktowana została bardzo pobieżnie. Ograniczenie się do wyliczenia pozycji kosztowych „potencjalnie analizowanych” nie wskazuje na rzetelność autorów. Świadczy o tym brak jakichkolwiek śladów uwzględnienia lub choćby tylko zauważenia ogromnie ważnych i kosztowo znaczących pozycji - szczegóły w załączniku. Proponowane zmiany wyceny hospitalizacji jednodniowych do chemioterapii należy uznać za błędne, oparte o nierzetelne analizy z

			pominięciem istotnych elementów. Ewentualne zwiększenie wyceny hospitalizacji jednodniowych powinno się odbyć bez wprowadzania nieuzasadnionego warunku czasu pobytu pacjenta powyżej 6 godzin.
			W Raporcie autorzy nie dokonali jakiejkolwiek oceny merytorycznej scenariusza „zakwaterowania do chemioterapii". Wprowadzenie takiego wariantu świadczenia hospitalizacji do chemioterapii było w przeszłości efektem urzędniczego błędu popełnionego w momencie wprowadzania „zakwaterowania do radioterapii". Umieszczenie pacjenta wymagającego wielodniowego schematu chemioterapii w hotelu nawet z zastrzeżeniem zapewnienia mu, możliwego w takim miejscu, nadzoru medycznego przez świadczeniodawcę jest absurdalnym pomysłem narażającym zarówno pacjenta jak i personel podmiotu leczniczego na liczne ryzyka zdrowotne i formalno-prawne w sytuacji wystąpienia działań niepożądanych terapii lub nagłego pogorszenia stanu ogólnego pacjenta wymagającego pilnej interwencji. Realizacja pobytów do chemioterapii realizowanych w scenariuszu „zakwaterowanie" wymaga raczej usunięcia z „koszyka świadczeń gwarantowanych" i taka rekomendacja powinna być jednym z efektów obecnego Raportu. • Szkodliwym jest pomysł stworzenia nowych zasad refundacji hospitalizacji jednodniowych w celu zastosowania chemioterapii. Nazywanie pobytów dziennych hospitalizacjami jest generalnie złym pomysłem ponieważ stawia Polskę w złym świetle przy globalnych porównaniach trybu i zasad leczenia onkologicznego w stosunku do krajów Zachodniej Europy czy USA. „Daily Chemo" to w nowoczesnych systemach leczenie ambulatoryjnej a w Polsce szpitalne. Oczywiście terminologia nie jest kluczowa, ale ten raport mógłby być początkiem rzetelnej dyskusji w tej sprawie. Niepodważalnie bez względu na nazewnictwo głównym i najważniejszym aspektem jest prawidłowa i rzetelna wycena świadczeń – ustawowy obowiązek AOTMiT. • Pomysł tworzenia odrębnych produktów rozliczeniowych dla jednodniowych pobytów do 6 godzin oraz powyżej 6 godzin jest pozbawione sensu i kłóci się z podstawową, obowiązującą obecnie definicją hospitalizacji jednodniowej – czyli takiej, gdy intencją w chwili przyjęcia pacjenta jest wypis ze szpitala przed upływem 24 godzin (a więc nie koniecznie tego samego dnia). Autorzy nie uzasadnili niczym koncepcji, aby to właśnie 6 a nie 4 lub 12 godzin miało być progiem różnicującym koszty. Tworzenie odrębnych produktów poniżej 6 i powyżej 6 godzin rodzi wiele poważnych, negatywnych skutków: a) Brak danych o godzinie początku i końca takiej hospitalizacji (w obecnym stanie prawnym dot. komunikatów XML – ŚWIAD) uniemożliwia jakąkolwiek weryfikację prawidłowości stosowania poszczególnych produktów rozliczeniowych. b) Weryfikacja prawidłowość rozliczeń wymusi prowadzenie setek a może i tysięcy czynności sprawdzających w siedzibie podmiotu wykonywanych przez Korpus Kontrolny NFZ. c) Pacjenci będą przetrzymywani w placówce, aby pobyt wydłużył się ponad 6 godzin w celu uzyskania większej refundacji. Przy konieczności pobrania krwi do badań laboratoryjnych przed zastosowaniem chemioterapii, nieznanym czasie oczekiwania na wyniki opracowane w laboratorium, potrzebie weryfikacji wyników badań przez lekarza i podjęcia decyzji o podaniu planowanej terapii, wystawieniu zlecenia lekarskiego na chemioterapię, czasie oczekiwania na przygotowanie wlewu lub iniekcji leku przez farmaceutów w Pracowni Leku Cytostatycznego na terenie Apteki Szpitalnej, czasie niezbędnym na nawodnienie, podanie premedykacji, przetoczenie leku zgodnie z CHPL tych produktów leczniczych oraz

			obserwację niezbędną po zakończeniu wlewu/iniekcji kontrolerzy nie będą dysponowali praktycznie żadnymi kompetencjami i możliwościami zakwestionowania długości pobytu. • Analiza struktury kosztów hospitalizacji do chemioterapii potraktowana została bardzo pobieżnie. Ograniczenie się do wyliczenia pozycji kosztowych „potencjalnie analizowanych" nie wskazuje na rzetelność autorów. Świadczy o tym brak jakichkolwiek śladów uwzględnienia lub choćby tylko zauważenia ogromnie ważnych i kosztowo znaczących pozycji jakimi są : a) Koszty prowadzenia Pracowni Leku Cytostatycznego w ramach Apteki Szpitalnej, w której indywidualne dawki leku zgodnie z CHPL i Farmakopeą przygotowywane są przez magistrów farmacji w warunkach zgodnych z zapisami Prawa Farmaceutycznego. Takie wymagania generują ogromne wydatki na wynagrodzenia personelu, który na jednej zmianie musi się wielokrotnie rotować w trakcie pracy z toksycznymi substancjami, środki ochrony osobistej personelu (utylizowane przy każdym opuszczaniu pomieszczeń w których mieszane są leki), specjalistyczny sprzęt jednorazowy (dużo droższy niż powszechnie stosowane materiały niezbędne do przygotowania i podawania leków), stworzenie i konserwację infrastruktury Pracowni Leku Cytostatycznego (pomieszczenia o odpowiedniej klasie czystości powietrza, kaskada ciśnień, loże laminarne, wymieniane regularnie filtry HEPA, sprzątanie i utylizacja odpadów – dużo droższa niż w przypadku zwykłych odpadów medycznych). b) Koszty strat technologicznych niewykorzystanych resztek leków z opakowań zbiorczych (w przypadku leków stosowanych zgodnie z CHPL w dawkach przeliczanych na kg masy ciała lub powierzchnię ciała w m2) sięgające w przypadku wielu podmiotów leczniczych setek tysięcy a nawet milionów złotych strat rocznie. c) Koszty kredytowania przez podmiot leczniczy kosztów zakupu zastosowanych leków refundowanych w ramach chemioterapii – praktycznie wszystkie Oddziały Wojewódzkie NFZ nie dokonują zapłaty za substancje czynne na bieżąco z uwagi na trwające od wielu lat systemowe niedoszacowanie miesięcznych limitów w umowach oraz notoryczne nieprzestrzeganie przez Dyrektorów OW NFZ zapisów Zarządzeń Prezesa NFZ dot. chemioterapii, które nakładają obowiązek dostosowywania wartości umowy do faktycznego poziomu jej realizacji po każdym kwartale na wniosek świadczeniodawcy. Wnioski takie są regularnie odrzucane lub odkładane do realizacji w nieznanym czasie z uzasadnieniem braku środków finansowych dostępnych w planie OW NFZ lub przekroczeniem budżetu na refundację leków (maksymalnego procentowego udziału tych kosztów wynikającego z przepisów ustaw). • Proponowane zmiany wyceny hospitalizacji jednodniowych do chemioterapii należy uznać za błędne, oparte o nierzetelne analizy z pominięciem istotnych elementów. Ewentualne zwiększenie wyceny hospitalizacji jednodniowych powinno się odbyć bez wprowadzania nieuzasadnionego warunku czasu pobytu pacjenta powyżej 6 godzin.
4.	Anna Brylicka	tab.31	Po dokonaniu wnikliwej analizy kosztów osobodni pobytu pacjentów na oddziałach NIO PIB (w tym zakwaterowanie w Hotelu NIO PIB) rekomendujemy zgłoszenie do AOTM wniesienia zmian w pozycjach jak niżej jako pozycje niedoszacowane: Hospitalizacja do brachyterapii (nowy produkt); Hospitalizacja jednodniowa do brachyterapii (nowy produkt); Hospitalizacja do teleradioterapii / terapii protonowej nowotworów zlokalizowanych poza narządem wzroku > 17 r.ż. (5.52.01.0001440); Hospitalizacja hematologiczna u dorosłych/

			zakwaterowanie (5.08.05.0000170); Hospitalizacja do chemioradioterapii > 18 r.ż. (5.52.01.0001504)
5.	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 nie dokonali jakiejkolwiek oceny merytorycznej scenariusza „zakwaterowania do chemioterapii". Wprowadzenie takiego wariantu świadczenia hospitalizacji do chemioterapii było w przeszłości efektem urzędniczego błędu popełnionego w momencie wprowadzania „zakwaterowania do radioterapii". Umieszczenie pacjenta wymagającego wielodniowego schematu chemioterapii w hotelu nawet z zastrzeżeniem zapewnienia mu, możliwego w takim miejscu, nadzoru medycznego przez świadczeniodawcę jest absurdalnym pomysłem narażającym zarówno pacjenta jak i personel podmiotu leczniczego na liczne ryzyka zdrowotne i formalno-prawne w sytuacji wystąpienia działań niepożądanych terapii lub nagłego pogorszenia stanu ogólnego pacjenta wymagającego pilnej interwencji. Realizacja pobytów do chemioterapii realizowanych w scenariuszu „zakwaterowanie" wymaga raczej usunięcia z „koszyka świadczeń gwarantowanych" i taka rekomendacja powinna być jednym z efektów obecnego Raportu.
			3. Bezsensownym a wręcz szkodliwym jest pomysł stworzenia nowych zasad refundacji hospitalizacji jednodniowych w celu zastosowania chemioterapii. Nazywanie pobytów dziennych hospitalizacjami jest generalnie złym pomysłem ponieważ stawia Polskę w złym świetle przy globalnych porównaniach trybu i zasad leczenia onkologicznego w stosunku do krajów Zachodniej Europy czy USA. „Daily Chemo" to w nowoczesnych systemach leczenie ambulatoryjne a w Polsce szpitalne. Oczywiście terminologia nie jest kluczowa ale ten raport mógłby być początkiem rzetelnej dyskusji w tej sprawie. Niepodważalnie bez względu na nazewnictwo głównym i najważniejszym aspektem jest prawidłowa i rzetelna wycena świadczeń – ustawowy obowiązek AOTMiT. W przypadku obecnego raportu trudno niestety o pozytywną ocenę efektów pracy jego autorów. Pomysł tworzenia odrębnych produktów rozliczeniowych dla jednodniowych pobytów do 6 godzin oraz powyżej 6 godzin jest pozbawione sensu i kłóci się z podstawową, obowiązującą obecnie definicją hospitalizacji jednodniowej – czyli takiej, gdy intencją w chwili przyjęcia pacjenta jest wypis ze szpitala przed upływem 24 godzin (a więc nie koniecznie tego samego dnia). Autorzy nie uzasadnili niczym koncepcji, aby to właśnie 6 a nie 4 lub 12 godzin miało być progiem różnicującym koszty. Tworzenie odrębnych produktów poniżej 6 i powyżej 6 godzin rodzi wiele poważnych, negatywnych skutków: a) Brak danych o godzinie początku i końca takiej hospitalizacji (w obecnym stanie prawnym dot. komunikatów XML – ŚWIAD) uniemożliwia jakąkolwiek weryfikację prawidłowości stosowania poszczególnych produktów rozliczeniowych. b) Weryfikacja prawidłowość rozliczeń wymusi prowadzenie setek a może i tysięcy czynności sprawdzających w siedzibie podmiotu wykonywanych przez Korpus Kontrolny NFZ. c) Pacjenci będą przetrzymywani w placówce aby pobyt wydłużył się ponad 6 godzin w celu uzyskania większej refundacji. Przy konieczności pobrania krwi do badań laboratoryjnych przed zastosowaniem chemioterapii, nieznanym czasie oczekiwania na wyniki opracowane w laboratorium, potrzebie weryfikacji wyników badań przez lekarza i podjęcia decyzji o podaniu planowanej terapii, wystawieniu zlecenia lekarskiego na chemioterapię, czasie oczekiwania na przygotowanie wlewu lub iniekcji leku przez farmaceutów w Pracowni Leku Cytostatycznego na terenie Apteki Szpitalnej, czasie niezbędnym na nawodnienie, podanie premedykacji,

			przetoczenie leku zgodnie z CHPL tych produktów leczniczych oraz obserwację niezbędną po zakończeniu wlewu/iniekcji kontrolerzy nie będą dysponowali praktycznie żadnymi kompetencjami i możliwościami zakwestionowania długości pobytu.
			4. Analiza struktury kosztów hospitalizacji do chemioterapii potraktowana została bardzo pobieżnie. Ograniczenie się do wyliczenia pozycji kosztowych „potencjalnie analizowanych" nie wskazuje na rzetelność autorów. Świadczy o tym brak jakichkolwiek śladów uwzględnienia lub choćby tylko zauważenia ogromnie ważnych i kosztowo znaczących pozycji jakimi są : a) Koszty prowadzenia Pracowni Leku Cytostatycznego w ramach Apteki Szpitalnej, w której indywidualne dawki leku zgodnie z CHPL i Farmakopeą przygotowywane są przez magistrów farmacji w warunkach zgodnych z zapisami Prawa Farmaceutycznego. Takie wymagania generują ogromne wydatki na wynagrodzenia personelu, który na jednej zmianie musi się wielokrotnie rotować w trakcie pracy z toksycznymi substancjami, środki ochrony osobistej personelu (utylizowane przy każdym opuszczaniu pomieszczeń w których mieszane są leki), specjalistyczny sprzęt jednorazowy (dużo droższy niż powszechnie stosowane materiały niezbędne do przygotowania i podawania leków), stworzenie i konserwację infrastruktury Pracowni Leku Cytostatycznego (pomieszczenia o odpowiedniej klasie czystości powietrza, kaskada ciśnień, loże laminarne, wymieniane regularnie filtry HEPA, sprzątanie i utylizacja odpadów – dużo droższa niż w przypadku zwykłych odpadów medycznych). b) Koszty strat technologicznych niewykorzystanych resztek leków z opakowań zbiorczych (w przypadku leków stosowanych zgodnie z CHPL w dawkach przeliczanych na kg masy ciała lub powierzchnię ciała w m2) sięgające w przypadku wielu podmiotów leczniczych setek tysięcy a nawet milionów złotych strat rocznie. c) Koszty kredytowania przez podmiot leczniczy kosztów zakupu zastosowanych leków refundowanych w ramach chemioterapii – praktycznie wszystkie Oddziały Wojewódzkie NFZ nie dokonują zapłaty za substancje czynne na bieżąco z uwagi na trwające od wielu lat systemowe niedoszacowanie miesięcznych limitów w umowach oraz notoryczne nieprzestrzeganie przez Dyrektorów OW NFZ zapisów Zarządzeń Prezesa NFZ dot. chemioterapii, które nakładają obowiązek dostosowywania wartości umowy do faktycznego poziomu jej realizacji po każdym kwartale na wniosek świadczeniodawcy. Wnioski takie są regularnie odrzucane lub odkładane do realizacji w nieznanym czasie z uzasadnieniem braku środków finansowych dostępnych w planie OW NFZ lub przekroczeniem budżetu na refundację leków (maksymalnego procentowego udziału tych kosztów wynikającego z przepisów ustaw).
			5. Proponowane zmiany wyceny hospitalizacji jednodniowych do chemioterapii należy uznać za błędne, oparte o nierzetelne analizy z pominięciem istotnych elementów. Ewentualne zwiększenie wyceny hospitalizacji jednodniowych powinno się odbyć bez wprowadzania nieuzasadnionego warunku czasu pobytu pacjenta powyżej 6 godzin.
6.	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 nie dokonali jakiejkolwiek oceny merytorycznej scenariusza „zakwaterowania do chemioterapii". Wprowadzenie takiego wariantu świadczenia hospitalizacji do chemioterapii było w przeszłości efektem urzędniczego błędu popełnionego w momencie wprowadzania „zakwaterowania do radioterapii". Umieszczenie pacjenta wymagającego

			wielodniowego schematu chemioterapii w hotelu nawet z zastrzeżeniem zapewnienia mu, możliwego w takim miejscu, nadzoru medycznego przez świadczeniodawcę jest absurdalnym pomysłem narażającym zarówno pacjenta jak i personel podmiotu leczniczego na liczne ryzyka zdrowotne i formalno-prawne w sytuacji wystąpienia działań niepożądanych terapii lub nagłego pogorszenia stanu ogólnego pacjenta wymagającego pilnej interwencji. Realizacja pobytów do chemioterapii realizowanych w scenariuszu „zakwaterowanie" wymaga raczej usunięcia z „koszyka świadczeń gwarantowanych" i taka rekomendacja powinna być jednym z efektów obecnego Raportu.
			3. Bezsensownym a wręcz szkodliwym jest pomysł stworzenia nowych zasad refundacji hospitalizacji jednodniowych w celu zastosowania chemioterapii. Nazywanie pobytów dziennych hospitalizacjami jest generalnie złym pomysłem ponieważ stawia Polskę w złym świetle przy globalnych porównaniach trybu i zasad leczenia onkologicznego w stosunku do krajów Zachodniej Europy czy USA. „Daily Chemo" to w nowoczesnych systemach leczenie ambulatoryjne a w Polsce szpitalne. Oczywiście terminologia nie jest kluczowa ale ten raport mógłby być początkiem rzetelnej dyskusji w tej sprawie. Niepodważalnie bez względu na nazewnictwo głównym i najważniejszym aspektem jest prawidłowa i rzetelna wycena świadczeń – ustawowy obowiązek AOTMiT. W przypadku obecnego raportu trudno niestety o pozytywną ocenę efektów pracy jego autorów. Pomysł tworzenia odrębnych produktów rozliczeniowych dla jednodniowych pobytów do 6 godzin oraz powyżej 6 godzin jest pozbawione sensu i kłóci się z podstawową, obowiązującą obecnie definicją hospitalizacji jednodniowej – czyli takiej, gdy intencją w chwili przyjęcia pacjenta jest wypis ze szpitala przed upływem 24 godzin (a więc nie koniecznie tego samego dnia). Autorzy nie uzasadnili niczym koncepcji, aby to właśnie 6 a nie 4 lub 12 godzin miało być progiem różnicującym koszty. Tworzenie odrębnych produktów poniżej 6 i powyżej 6 godzin rodzi wiele poważnych, negatywnych skutków: a) Brak danych o godzinie początku i końca takiej hospitalizacji (w obecnym stanie prawnym dot. komunikatów XML – ŚWIAD) uniemożliwia jakąkolwiek weryfikację prawidłowości stosowania poszczególnych produktów rozliczeniowych. b) Weryfikacja prawidłowość rozliczeń wymusi prowadzenie setek a może i tysięcy czynności sprawdzających w siedzibie podmiotu wykonywanych przez Korpus Kontrolny NFZ. c) Pacjenci będą przetrzymywani w placówce aby pobyt wydłużył się ponad 6 godzin w celu uzyskania większej refundacji. Przy konieczności pobrania krwi do badań laboratoryjnych przed zastosowaniem chemioterapii, nieznanym czasie oczekiwania na wyniki opracowane w laboratorium, potrzebie weryfikacji wyników badań przez lekarza i podjęcia decyzji o podaniu planowanej terapii, wystawieniu zlecenia lekarskiego na chemioterapię, czasie oczekiwania na przygotowanie wlewu lub iniekcji leku przez farmaceutów w Pracowni Leku Cytostatycznego na terenie Apteki Szpitalnej, czasie niezbędnym na nawodnienie, podanie premedykacji, przetoczenie leku zgodnie z CHPL tych produktów leczniczych oraz obserwację niezbędną po zakończeniu wlewu/iniekcji kontrolerzy nie będą dysponowali praktycznie żadnymi kompetencjami i możliwościami zakwestionowania długości pobytu.
			4. Analiza struktury kosztów hospitalizacji do chemioterapii potraktowana została bardzo pobieżnie. Ograniczenie się do wyliczenia pozycji kosztowych „potencjalnie analizowanych" nie wskazuje na rzetelność autorów. Świadczy o tym brak jakichkolwiek śladów uwzględnienia lub choćby tylko zauważenia ogromnie ważnych i kosztowo znaczących pozycji jakimi są :

			a) Koszty prowadzenia Pracowni Leku Cytostatycznego w ramach Apteki Szpitalnej, w której indywidualne dawki leku zgodnie z CHPL i Farmakopeą przygotowywane są przez magistrów farmacji w warunkach zgodnych z zapisami Prawa Farmaceutycznego. Takie wymagania generują ogromne wydatki na wynagrodzenia personelu, który na jednej zmianie musi się wielokrotnie rotować w trakcie pracy z toksycznymi substancjami, środki ochrony osobistej personelu (utylizowane przy każdym opuszczaniu pomieszczeń w których mieszane są leki), specjalistyczny sprzęt jednorazowy (dużo droższy niż powszechnie stosowane materiały niezbędne do przygotowania i podawania leków), stworzenie i konserwację infrastruktury Pracowni Leku Cytostatycznego (pomieszczenia o odpowiedniej klasie czystości powietrza, kaskada ciśnień, loże laminarne, wymieniane regularnie filtry HEPA, sprzątanie i utylizacja odpadów – dużo droższa niż w przypadku zwykłych odpadów medycznych). b) Koszty strat technologicznych niewykorzystanych resztek leków z opakowań zbiorczych (w przypadku leków stosowanych zgodnie z CHPL w dawkach przeliczanych na kg masy ciała lub powierzchnię ciała w m2) sięgające w przypadku wielu podmiotów leczniczych setek tysięcy a nawet milionów złotych strat rocznie. c) Koszty kredytowania przez podmiot leczniczy kosztów zakupu zastosowanych leków refundowanych w ramach chemioterapii – praktycznie wszystkie Oddziały Wojewódzkie NFZ nie dokonują zapłaty za substancje czynne na bieżąco z uwagi na trwające od wielu lat systemowe niedoszacowanie miesięcznych limitów w umowach oraz notoryczne nieprzestrzeganie przez Dyrektorów OW NFZ zapisów Zarządzeń Prezesa NFZ dot. chemioterapii, które nakładają obowiązek dostosowywania wartości umowy do faktycznego poziomu jej realizacji po każdym kwartale na wniosek świadczeniodawcy. Wnioski takie są regularnie odrzucane lub odkładane do realizacji w nieznanym czasie z uzasadnieniem braku środków finansowych dostępnych w planie OW NFZ lub przekroczeniem budżetu na refundację leków (maksymalnego procentowego udziału tych kosztów wynikającego z przepisów ustaw).
			5. Proponowane zmiany wyceny hospitalizacji jednodniowych do chemioterapii należy uznać za błędne, oparte o nierzetelne analizy z pominięciem istotnych elementów. Ewentualne zwiększenie wyceny hospitalizacji jednodniowych powinno się odbyć bez wprowadzania nieuzasadnionego warunku czasu pobytu pacjenta powyżej 6 godzin.