

Świadczenia gwarantowane związane z podaniem chemioterapii (WT.5403.21.2021)

Lp.	Podmiot składający uwagi	Numer (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Uwagi
1.	Tomasz Uher		<p>Uwagi do 5.08.05.0000173- w części wizyta kontrolna pacjenta- jest duży problem z niedostatecznie oszacowanymi badaniami laboratoryjnymi zwłaszcza badania immunofenotypowego gdzie płatność dotyczy każdego markera a zwykle jest ich około 12, natomiast płatnik ogranicza płatność do typu wizyty pierwszorazowa lub kolejna. Opłata za wizytę kontrolną pacjenta powinna być rozszerzona tak jak w przypadku programów lekowych co kwartał wówczas w tym okresie można wykonywać i badanie molekularne i fenotypowe.</p> <p>Hospitalizacja+ zakwaterowanie-5.08.05.0000170- realizacja programu lekowego z Daratumumabem- wdrożenie postaci podskórnej rozwiązałoby problem, hospitalizacja mogłaby być realizowana wg programu 5.08.05.0000172. Dostęp do leków amfostatycznych nie jest jednakowy dla wszystkich pacjentów. RDTL tylko dla pacjentów objętych leczeniem klinicznym. W ośrodkach referencyjnych typu II również hospitalizowani są pacjenci oporni na dostępne w katalogu leki. Dostęp do ośrodka klinicznego jest bardzo trudny z powodu ograniczonej liczby miejsc. Gorącym tematem są leki stosowane w MDS- Luspatercept, Midostauryna.</p>
2.	Małgorzata Zarychta	Tabela nr 25	<p>brak świadczenia: hospitalizacja jednego dnia z zastosowaniem jednorazowych pomp elastomerowych do terapii infuzyjnej. Świadczenie to, realizowane z ograniczeniem hospitalizacji stacjonarnej, ma wpływ na poprawę jakości życia pacjentów leczonych chemioterapią, w znacznym stopniu przyczynia się do utrzymania aktywności zawodowej wśród leczonych osób jak również pomaga chorym normalnie funkcjonować w społeczeństwie.</p>
3.	Jan Walewski	str. 50	<p>"Podkreślić natomiast należy, że produkty związane z leczeniem powikłań I i II stopnia nie niosą za sobą gratyfikacji finansowej, w związku z czym często są przez świadczeniodawców pomijane w sprawozdawczości – pomimo istnienia takiego obowiązku. Powoduje to, że dane w tym zakresie są istotnie zaniżone". Wprowadzenie finansowania powikłań I i II stopnia nie tylko pokaże rzeczywisty obraz powikłań u pacjentów leczonych chemioterapią, jak również zrekompensuje straty związane z doprowadzeniem stanu zdrowia pacjenta do przyjęcia kolejnego kursu chemioterapii. Aktualnie finansowanie leczenia powikłań III lub IV stopnia wynosi 54,08 zł za dzień leczenia powikłań, co w żaden sposób nie pokrywa rzeczywistych kosztów z tym związanych i jest zdecydowanie źle wycenione.</p>

Lp.	Podmiot składający uwagi	Numer (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Uwagi
		str. 29	<p>Pompka elastomerowa to jednorazowy, przezroczysty pojemnik, do którego wpuszczony jest lek, który przez cały czas dozuje lek do organizmu pacjenta. Pompki są jednodobowe, dwudobowe, a nawet pięciodobowe. Pompka dobierana jest do zaplanowanego dla danego chorego leczenia. Poprawia to znacznie komfort życia chorych na nowotwory i ułatwia funkcjonowanie. Dzięki wdrożeniu podawania leków w pompach elastomerowych, pacjenci z powodzeniem mogą wykonywać obowiązki zawodowe. Zdjęcie pompy niesie za sobą znaczne koszty, wraz z płukaniem portu, którego koszt obejmuje od 114 zł do 236 zł z kontrastem, które odbywa się każdorazowo przy jej zdjęciu. Świadczenie o wartości 235 zł, wprowadzone zarządzeniem nr 72/2021, które umożliwiało rozliczenie zdjęcia pompy elastomerowej w ramach porady kompleksowej w zakresie chemioterapii, zapewniało przynajmniej częściowe pokrycie kosztów ponoszonych przez Instytut. W aktualnie obowiązującym zarządzeniu nr 91/2021 nie uwzględniono już zapisu w katalogu świadczeń, który dopuszczałby wykazanie porady kompleksowej wraz z odpowiednią procedurą ICD-9 bez wskazania substancji czynnych.</p>
4.	Adam Maciejczyk	3.3. Wyniki analizy kosztów, str. 50	<p>"Pamiętać należy również o tym, że w podmiotach tych leczy się najwięcej powikłań wywołanych przez podawanie cytostatyków." w proponowanej wycenie tariff nie podjęto tematu leczenia powikłań po leczeniu systemowym. Aktualnie finansowanie leczenia powikłań III lub IV stopnia wynosi 54,08 zł za dzień leczenia powikłań, co w żaden sposób nie pokrywa rzeczywistych kosztów z tym związanych. Wartość ta jest także rażąco niska w stosunku do leczenia powikłań po radioterapii, które są uzależnione od stopnia powikłań i wynoszą:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Leczenie zdarzeń niepożądanych po teleradioterapii - 3 stopień – 162 zł; • Leczenie zdarzeń niepożądanych po teleradioterapii - 4 stopień – 216 zł.
		3.5. Projekt taryfy, str. 52	<p>"Podkreślić, należy, że dla wskazanych powyżej produktów rozliczeniowych, odnoszących się do pobytów wielodniowych, zasadnym jest dalsze stosowanie mechanizmu regresji wartości świadczenia – na dotychczasowych zasadach określonych przez NFZ." - Należy zwrócić uwagę, że długość hospitalizacji w oddziale stacjonarnym wynika wyłącznie ze stanu zdrowia pacjenta, a pobyty powyżej 3 dni są w większości hospitalizacjami związanymi z leczeniem złego stanu ogólnego lub powikłań po leczeniu systemowym. Dlatego też utrzymanie tzw.</p>

Lp.	Podmiot składający uwagi	Numer (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Uwagi
			taryfy dynamicznej, obniżającej wycenę osobodnia od 4 dnia pobytu, jest nieuzasadniona.
		3.5. Projekt taryfy, str. 53	Hospitalizacja jednego dnia związana z podaniem leku z katalogu 1n część A wzrasta z 389,92 zł do 460,00 zł (o 18%), co w zestawieniu z aktualnym przychodem z NFZ (wycen ze współczynnikiem 1,2 w chemioterapii) jest faktycznym spadkiem przychodu o 7,90 zł na osobodniu (-2%). W przypadku produktu: Hospitalizacja onkologiczna związana z chemioterapią u dorosłych, której wycena wzrasta z 557,02 zł do 657,00 zł (o 18%), mamy do czynienia z faktycznym spadkiem przychodu o 11,42 zł na osobodniu (-2%). Zasadnym jest utrzymanie dotychczasowe przychodu z tytułu realizacji świadczeń ze współczynnikiem 1,2.
		strona 52-54 oraz 59 raportu	Konieczność dopisania produktu: "hospitalizacja jednodniowa z zastosowaniem jednorazowych pomp elastomerowych do terapii infuzyjnej", której nie uwzględniono w opracowaniu. Koszt świadczenia winien wynosić ok. 500zł (zgodnie z propozycjami z zarządzenia 72/2021/DGL) - koszt hospitalizacji musi uwzględniać koszt pobytu oraz wykorzystanego materiału
			<p>W przypadku porównywania przychodu za leczenie jednodniowe oraz stacji należy pamiętać o konieczności porównania całkowitej refundacji za pobyt, jednostkowej wyceny produktów, gdyż w przypadku oddziałów stacjonarnych dzień przyjazdu i dzień wypisu jest rozliczany jako jeden osobodzień. Dla przykładu przychód za pobyt</p> <ul style="list-style-type: none"> - osobodzień w szpitalu: 2 x 657 zł – 1314 zł (tj. 438 zł za dzień); - osobodzień w trybie jednego dnia: 3 x 460 zł (tj. 460 zł za dzień). <p>Powyższe pokazuje, że <u>faktyczna różnica za 1 dzień leczenia w stacjonarnym</u>, mimo znacząco wyższych kosztów opieki medycznej, leków, zakwaterowania i wyżywienia, <u>jest niższa od przychodu z leczenia w trybie jednego dnia o 22 dziennie!</u></p> <p>Dlatego też kategorycznie należy stwierdzić, iż proponowana wycena osłabienia w szpitalu całodobowym jest znacząco zaniżona w stosunku do rzeczywistych kosztów leczenia (wynoszą w oddziale onkologii klinicznej/chemioterapii 1 339,59zł / osobodzień)</p>
5.	Ewa Lech-Marańda	8/2021_WT.5 403.21.2021	W raporcie brakuje informacji o finansowaniu działań niepożądanych 3 i 4 stopnia, które obecnie są finansowane w kwocie 54 zł za każdy dzień w którym występują.
		8/2021_WT.5 403.21.2021	Brakuje informacji o finansowaniu świadczenia: "Oceny chemioterapii" z pozycji ambulatoryjnej, które aktualnie jest wycenione na 270 zł.
		str. 52	Dla pobytów wielodniowych nadal zostaje utrzymana stawka regresywna. Jest to niezasadne, ponieważ przy długich hospitalizacjach wymagających podawania intensywnej chemioterapii występują działania niepożądane, które wymagają podawania kosztochłonnych leków.
6.	Anna Kotuła	3.3. Wyniki analizy	"Pamiętać należy również o tym, że w podmiotach tych leczy się najczęściej powikłań wywołanych przez podawanie cytostatyków." w proponowanej wycenie tariff nie podjęto

Lp.	Podmiot składający uwagi	Numer (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Uwagi
		kosztów, str. 50	tematu leczenia powikłań po leczeniu systemowym. Aktualnie finansowanie leczenia powikłań III lub IV stopnia wynosi 54,08 zł za dzień leczenia powikłań, co w żaden sposób nie pokrywa rzeczywistych kosztów z tym związanych. Wartość ta jest także rażąco niska w stosunku do leczenia powikłań po radioterapii, które są uzależnione od stopnia powikłań i wynoszą: • Leczenie zdarzeń niepożądanych po teleradioterapii - 3 stopień – 162 zł; • Leczenie zdarzeń niepożądanych po teleradioterapii - 4 stopień – 216 zł. Należy zwrócić uwagę, że długość hospitalizacji w oddziale stacjonarny wynika wyłącznie ze stanu zdrowia pacjenta, a pobyty powyżej 3 dni są w większości hospitalizacjami związanymi z leczeniem złego stanu ogólnego lub powikłań po leczeniu systemowym. Dlatego też utrzymanie tzw. taryfy dynamicznej, obniżającej wycenę osobodnia od 4 dnia pobytu, jest merytorycznie nieuzasadniona.
		3.5. Projekt taryfy, str. 52	"Podkreślić, należy, że dla wskazanych powyżej produktów rozliczeniowych, odnoszących się do pobytów wielodniowych, zasadnym jest dalsze stosowanie mechanizmu regresji wartości świadczenia – na dotychczasowych zasadach określonych przez NFZ." - Należy zwrócić uwagę, że długość hospitalizacji w oddziale stacjonarnym wynika wyłącznie ze stanu zdrowia pacjenta, a pobyty powyżej 3 dni są w większości hospitalizacjami związanymi z leczeniem złego stanu ogólnego lub powikłań po leczeniu systemowym. Dlatego też utrzymanie tzw. taryfy dynamicznej, obniżającej wycenę osobodnia od 4 dnia pobytu, jest merytorycznie nieuzasadniona.
		3.5. Projekt taryfy, str. 52	"Ponadto w przypadku produktów Hospitalizacja hematoonkologiczna u dzieci oraz Hospitalizacja onkologiczna u dorosłych oraz Hospitalizacja jednego dnia związana z podaniem leku z części A katalogu leków postuluje się pozostawanie wyceny na dotychczasowym poziomie." - przychód z tytułu realizacji umowy nie pokrywa rzeczywistych kosztów leczenia pacjentów chemioterapią. W przypadku porównywania przychodu za leczenie jednodniowe oraz stacjonarne należy pamiętać o konieczności porównania całkowitej refundacji za pobyt, a nie jednostkowej wyceny produktów, gdyż w przypadku oddziałów stacjonarnych dzień przyjęcia i dzień wypisu jest rozliczany jako jeden osobodzień. Dla przykładu przychód za pobyt 3 dni: - osobodzień w szpitalu: 2 x 657 zł – 1314 zł (tj. 438 za dzień); - osobodzień w trybie jednego dnia: 3 x 460 zł (tj. 460 zł za dzień). Powyższe pokazuje, że faktyczna różnica za 1 dzień leczenia w trybie stacjonarnym, mimo znacząco

Lp.	Podmiot składający uwagi	Numer (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Uwagi
			wyższych kosztów opieki medycznej, leków, zakwaterowania i wyżywienia, jest niższa od przychodu z leczenia w trybie jednego dnia o 22,00 zł dziennie! Dlatego też kategorycznie należy stwierdzić, iż proponowana wycena osobodnia terapii w szpitalu całodobowym jest znacząco zaniżona w stosunku do rzeczywistych kosztów leczenia.
		3.5. Projekt taryfy, str. 52	Z uwagi na znaczące koszty wyrobu medycznego (pompy elastomerowej) zasadne jest pozostawienie aktualnie funkcjonującego produktu, tj. hospitalizacja jednego dnia z zastosowaniem jednorazowych pomp elastomerowych do terapii infuzyjnej, z wyceną adekwatnie wyższą o koszt środka technicznego (aktualnie brak produktu w projekcie taryf). Brak wprowadzenia tego produktu do katalogu znacząco obniży rentowność jego stosowania, gdyż aktualny koszt pompy elastomerowej to 76,68 zł na cykl (16% przychodu osobodnia w trybie jednego dnia).
		3.5. Projekt taryfy, str. 53	Hospitalizacja jednego dnia związana z podaniem leku z katalogu 1n część A wzrasta z 389,92 zł do 460,00 zł (o 18%), co w zestawieniu z aktualnym przychodem z NFZ (wycen ze współczynnikiem 1,2 w chemioterapii) jest faktycznym spadkiem przychodu o 7,90 zł na osobodniu (-2%). W przypadku produktu: Hospitalizacja onkologiczna związana z chemioterapią u dorosłych, której wycena wzrasta z 557,02 zł do 657,00 zł (o 18%), mamy do czynienia z faktycznym spadkiem przychodu o 11,42 zł na osobodniu (-2%). Zasadnym jest utrzymanie dotychczasowe przychodu z tytułu realizacji świadczeń ze współczynnikiem 1,2.
7.	A. Mądrala		I. Uwagi o charakterze ogólnym Raport jest kolejnym efektem prac AOTMiT dotyczących taryfikacji świadczeń w obszarze onkologii w ostatnich kilku miesiącach. Zlecenia Ministra Zdrowia przekazane Agencji już wiele lat temu (w 2017 r.) ostatecznie zostały zrealizowane w momencie, w którym ogromne wyzwania stojące przed polskim systemem ochrony zdrowia, a w szczególności onkologią, zmuszają do opracowania optymalnych modeli funkcjonowania i finansowania podmiotów leczniczych. Należy podkreślić, że pilna potrzeba taryfikacji w obszarze onkologii wynikała z raportowanych powszechnie strat finansowych ponoszonych przez podmioty specjalizujące się w diagnostyce i leczeniu nowotworów od czasu wejścia w styczniu 2015 roku pakietu onkologicznego pełnego błędnych regulacji skutkujących drastycznym spadkiem finansowania przy jednoczesnym nałożeniu wielu nowych obowiązków i kosztów. Jak zauważyli autorzy Raportu – tylko w samym 2016 r.

Lp.	Podmiot składający uwagi	Numer (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Uwagi
			<p>największe ośrodki onkologiczne odnotowały stratę na poziomie 446 mln złotych wynikającą w głównej mierze z prawie 30% obniżenia wycen w chemioterapii od początku 2015 r. Rzetelne dokonanie wyceny świadczeń stało się więc kluczowym problemem systemowym. Bez prawidłowego finansowania chorzy na choroby nowotworowe stali się „zakładnikami systemu”, którym obiecywano kompleksową opiekę podczas gdy podmioty mające ją zapewniać walczyły o przeżycie, nie mogąc sprostać podstawowym problemom, nie mówiąc już o poprawianiu jakości, kompleksowości i terminowości diagnostyki i leczenia.</p> <p>Obecny Raport (drugi od lutego 2021 r) dotyczący chemioterapii niestety nie realizuje zadania stawianego Agencji – rzetelnej wyceny świadczeń. Ujawnione po raz kolejny metody i podejście autorów Raportu ewidentnie nie dają szans na skuteczne porządkowanie systemu. Po raz kolejny problemy onkologii traktowane są tendencyjnie i powierzchownie, a kompleksowa opieka nad chorymi nowotworowo pozostaje sloganem. Proponowane w Raporcie wyceny i rozwiązania nie stymulują nikogo do jakiegokolwiek pozytywnej zmiany – ani dla pacjentów, ani dla płatnika. Jest to niestety odsunięcie poważnych problemów o kilkanaście miesięcy potrzebnych na wykazanie braku efektów pracy AOTMiT. Z dużym prawdopodobieństwem efekty będą negatywne w ocenie podmiotów leczniczych i pacjentów, gdyż wnikliwa analiza Raportu wskazuje wręcz na zniechęcanie świadczeniodawców do prowadzenia działalności w obszarze onkologii.</p> <p>2 Szacowane przez autorów Raportu zwiększenie finansowania rocznie o ok. 30 mln nie pokrywa nawet 1/3 strat wynikających z utylizacji niewykorzystanych resztek leków cytostatycznych. Jak w takich warunkach można liczyć na wzmocnienie kompetencji diagnostycznych i terapeutycznych oraz poprawę dostępności do świadczeń blisko miejsca zamieszkania skoro na symboliczną i nieadekwatną do potrzeb poprawę finansowania mogą liczyć tylko największe placówki ogólnopolskie i posiadające własną radioterapię? Te referencyjne w systemie podmioty mają bardzo ograniczone możliwości zwiększenia ilości chorych objętych opieką. Przy braku zrozumienia AOTMiT dla faktycznych kosztów funkcjonowania podmiotów realizujących chemioterapię nieuchronnym będzie proces ograniczania tej działalności celem minimalizacji strat.</p> <p>Zaniżanie wyceny funkcjonowania Pracowni Leku Cytostatycznego czy kosztów procedur medycznych jest jasnym sygnałem, aby zaniechać wszelkich starań w</p>

Lp.	Podmiot składający uwagi	Numer (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Uwagi
			<p>modernizację kosztownej i nierentownej infrastruktury i potencjału. Poziom wycen proponowanych przez Agencję nie pozwoli na utrzymanie personelu posiadającego specjalistyczne kompetencje niezbędne w diagnostyce i leczeniu nowotworów. Co więcej – planowane wprowadzenie Krajowej Sieci Onkologicznej przy takim poziomie finansowania spowoduje, że regionalne ośrodki koordynujące nie znajdą dostatecznej ilości partnerów gotowych na efektywną i płynną współpracę. Wydaje się, że kryzys w polskiej onkologii dzięki takiej wadliwej taryfikacji nie tylko utrwali się, ale nawet pogłębi. Z perspektywy wskaźników epidemiologicznych oraz pacjentów (może być nim każdy z nas) zapaść w onkologii będzie bardzo dotkliwa.</p> <p>II. Uwagi szczegółowe</p> <p>Raport zawiera liczne błędy merytoryczne i metodologiczne. Oto lista najważniejszych:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Analiza podaży świadczeń nie uwzględnia migracji pacjentów co drastycznie zaburza interpretację danych przedstawionych w pkt. 2.3 i nie pozwala na wyciągnięcie jakichkolwiek wniosków. 2. Analiza struktury świadczeń i porównania jej do innych krajów oparta jest o błędną definicję chemioterapii realizowanej w trybie jednodniowym – w Polsce bezpodstawnie kwalifikowana jest do leczenia szpitalnego podczas gdy na całym świecie jest uznawana za leczenie ambulatoryjne, gdyż pomimo wielogodzinnego przebiegu obsługi pacjenta (wynikającego ze specyfiki wykonywanych badań, czasu podania premedykacji i infuzji cytostatyków) pacjent nie pozostaje na noc w szpitalu i może wrócić do domu. Takie definicyjne błędy prowadzą do uznania przez autorów Raportu, że mamy do czynienia z cyt. „odwróconą piramidą świadczeń” i konieczne są drastyczne zmiany modelu opieki podczas gdy prawidłowa kwalifikacja świadczeń prowadzi do uznania struktury za zbliżoną do optymalnej. 3. Analiza grup kosztów to niestety epicentrum nierzetelności Raportu. Negacja uwzględnienia amortyzacji infrastruktury budynków jest ogromnym błędem. Na podobną ocenę zasługuje fakt uznania, że koszty wynagrodzeń generują wyłącznie lekarze i pielęgniarki. Kolejnym błędem jest 6-krotne zaniżenie kosztów przygotowania cytostatyków (taxa laborum) 17 zł wobec realnych ok. 100 zł dziennie na pacjenta. Następny zadziwiający pomysł autorów to oparcie wyceny kosztów doby hotelowej o cenniki Domów Studenckich, które nijak nie odpowiadają warunkom sanitarnym i infrastrukturalnym wymaganym od szpitali. Kolejnym kardynalnym błędem są

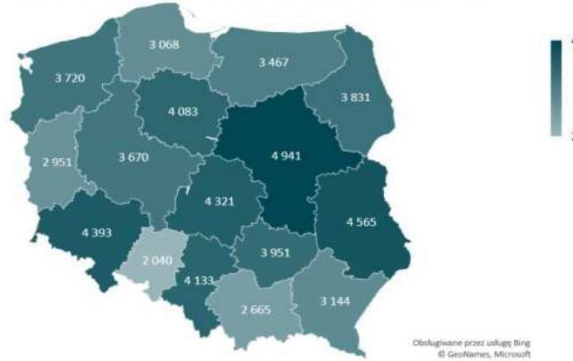
Lp.	Podmiot składający uwagi	Numer (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Uwagi
			<p>szacunki kosztów procedur medycznych realizowanych w trakcie terapii – dla przykładu autorzy ocenili, że koszt dzienny badań laboratoryjnych, obrazowych, konsultacji specjalistycznych, fizjoterapii, opieki psychoonkologicznej w trakcie wielodniowej hospitalizacji hematoonkologicznej wynosi średnio 13 zł! Wadliwie w Raporcie oszacowano także koszty nierefundowanych leków oraz wyrobów medycznych niezbędnych do udzielania świadczeń.</p> <p>4. Nowe zasady uprawnień do stosowania współczynnika korygującego 1,18 nie zostały oparte o żadne racjonalne przesłanki. Po pierwsze autorzy w żaden sposób nie uzasadnili dlaczego współczynnik ma być w takiej wysokości. Nie odniesiono się także do genezy wprowadzenia w 2017 r. i efektywności obecnie obowiązującego współczynnika 1,2. Decyzja autorów jest ewidentnie uznaniowa i nie została poparta żadnymi argumentami. Dodatkowo w sytuacji gdy obecnie prawo do stosowania współczynnika 1,2 mają wszystkie podmioty realizujące świadczenia z chemioterapii, autorzy proponują ograniczenie tego prawa wyłącznie do podmiotów zakwalifikowanych do PSZ jako ogólnopolskie (co niekoniecznie jest jednoznaczne z prowadzeniem chemioterapii) oraz spełniających dodatkowe kryteria nie mające związku z chemioterapią (udzielanie świadczeń z chirurgii onkologicznej i radioterapii). Zadziwiającym jest fakt celowego pominięcia grupy podmiotów zakwalifikowanych do sieci szpitali jako onkologiczne, a to przecież te podmioty są wyspecjalizowane w kompleksowej diagnostyce i leczeniu nowotworów. Podsumowując – Raport nie spełnia wymogów rzetelnej taryfikacji i nie powinien stanowić podstawy finansowania świadczeń z uwagi na liczne błędy oraz negatywne skutki dla pacjentów oraz świadczeniodawców prowadzących opiekę onkologiczną. Błędne postrzeganie realiów i kosztów udzielania świadczeń wymaga pilnej rzetelnej debaty nad zmianą zasad taryfikacji tak, aby mogła ona prowadzić do kreowania pozytywnych zmian w systemie i pomagać w rozwiązywaniu problemów.</p>
8.	Piotr Koralewski	"...zastąpi współczynnik."	<p>Szpital w II poziomie PZS zabezpieczenia powinny mieć bezwarunkowo na świadczenia onkologiczne współczynnik 20%. Kompleksowość świadczeń w II poziomie stanowią wieloprofilowe oddziały danego szpitala, a także oddziały onkologii hematologii i radioterapii(zakład radioterapii) zlokalizowane w jednym miejscu danego szpitala. Czynnikiem promującym powinno być też wykonanie</p>

Lp.	Podmiot składający uwagi	Numer (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Uwagi
			świadczeń onkologicznych w ramach pakietu onkologicznego.
9.	prof. dr hab. n. med. Stanisław Gózdź	3.3. Wyniki analizy kosztów, str. 50	"Pamiętać należy również o tym, że w podmiotach tych leczy się najwięcej powikłań wywołanych przez podawanie cytostatyków." w proponowanej wycenie tariff nie podjęto tematu leczenia powikłań po leczeniu systemowym. Aktualnie finansowanie leczenia powikłań III lub IV stopnia wynosi 54,08 zł za dzień leczenia powikłań, co w żaden sposób nie pokrywa rzeczywistych kosztów z tym związanych. Wartość ta jest także rażąco niska w stosunku do leczenia powikłań po radioterapii, które są uzależnione od stopnia powikłań i wynoszą: • Leczenie zdarzeń niepożądanych po teleradioterapii - 3 stopień – 162 zł; • Leczenie zdarzeń niepożądanych po teleradioterapii - 4 stopień – 216 zł. Należy zwrócić uwagę, że długość hospitalizacji w oddziale stacjonarny wynika wyłącznie ze stanu zdrowia pacjenta, a pobyty powyżej 3 dni są w większości hospitalizacjami związanymi z leczeniem złego stanu ogólnego lub powikłań po leczeniu systemowym. Dlatego też utrzymanie tzw. tariffy dynamicznej, obniżającej wycenę osobodnia od 4 dnia pobytu, jest merytorycznie nieuzasadniona.
		3.5. Projekt tariffy, str. 52	"Podkreślić, należy, że dla wskazanych powyżej produktów rozliczeniowych, odnoszących się do pobytów wielodniowych, zasadnym jest dalsze stosowanie mechanizmu regresji wartości świadczenia – na dotychczasowych zasadach określonych przez NFZ." - Należy zwrócić uwagę, że długość hospitalizacji w oddziale stacjonarnym wynika wyłącznie ze stanu zdrowia pacjenta, a pobyty powyżej 3 dni są w większości hospitalizacjami związanymi z leczeniem złego stanu ogólnego lub powikłań po leczeniu systemowym. Dlatego też utrzymanie tzw. tariffy dynamicznej, obniżającej wycenę osobodnia od 4 dnia pobytu, jest merytorycznie nieuzasadniona.
		3.5. Projekt tariffy, str. 52	"Ponadto w przypadku produktów Hospitalizacja hematoonkologiczna u dzieci oraz Hospitalizacja onkologiczna u dorosłych oraz Hospitalizacja jednego dnia związana z podaniem leku z części A katalogu leków postuluje się pozostawanie wyceny na dotychczasowym poziomie." - przychód z tytułu realizacji umowy nie pokrywa rzeczywistych kosztów leczenia pacjentów chemioterapią w pozycjach: osobodzień hospitalizacji w oddziale hematologii: 1 416 zł (wycena niższa o 607 zł) oraz osobodzień hospitalizacji w oddziale onkologii: 1 289 zł (wycena niższa o 632 zł). W przypadku porównywania przychodu za leczenie jednodniowe oraz stacjonarne należy

Lp.	Podmiot składający uwagi	Numer (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Uwagi
			pamiętać o konieczności porównania całkowitej refundacji za pobyt, a nie jednostkowej wyceny produktów, gdyż w przypadku oddziałów stacjonarnych dzień przyjęcia i dzień wypisu jest rozliczany jako jeden osobodzień. Dla przykładu przychód za pobyt 3 dni: - osobodzień w szpitalu: 2 x 657 zł – 1314 zł (tj. 438 za dzień); - osobodzień w trybie jednego dnia: 3 x 460 zł (tj. 460 zł za dzień). Powyższe pokazuje, że faktyczna różnica za 1 dzień leczenia w trybie stacjonarnym, mimo znacząco wyższych kosztów opieki medycznej, leków, zakwaterowania i wyżywienia, jest niższa od przychodu z leczenia w trybie jednego dnia o 22,00 zł dziennie! Dlatego też kategorię należy stwierdzić, iż proponowana wycena osobodnia terapii w szpitalu całodobowym jest znacząco zaniżona w stosunku do rzeczywistych kosztów leczenia.
		3.5. Projekt taryfy, str. 52	Z uwagi na znaczące koszty wyrobu medycznego (pompy elastomerowej) zasadne jest pozostawienie aktualnie funkcjonującego produktu, tj. hospitalizacja jednego dnia z zastosowaniem jednorazowych pomp elastomerowych do terapii infuzyjnej, z wyceną adekwatnie wyższą o koszt środka technicznego (aktualnie brak produktu w projekcie taryf). Brak wprowadzenia tego produktu do katalogu znacząco obniży rentowność jego stosowania, gdyż aktualny koszt pompy elastomerowej to 76,68 zł na cykl (16% przychodu osobodnia w trybie jednego dnia).
		3.5. Projekt taryfy, str. 53	Hospitalizacja jednego dnia związana z podaniem leku z katalogu 1n część A wzrasta z 389,92 zł do 460,00 zł (o 18%), co w zestawieniu z aktualnym przychodem z NFZ (wycen ze współczynnikiem 1,2 w chemioterapii) jest faktycznym spadkiem przychodu o 7,90 zł na osobodniu (-2%). W przypadku produktu: Hospitalizacja onkologiczna związana z chemioterapią u dorosłych, której wycena wzrasta z 557,02 zł do 657,00 zł (o 18%), mamy do czynienia z faktycznym spadkiem przychodu o 11,42 zł na osobodniu (-2%). Zasadnym jest utrzymanie dotychczasowe przychodu z tytułu realizacji świadczeń ze współczynnikiem 1,2.
			[pismo]
10.	Anna Kasproicz	Tabela 26	W świadczeniach gwarantowanych w projekcie Agencji pominięto „Hospitalizację jednego dnia z zastosowaniem jednorazowych pomp elastomerowych do terapii infuzyjnej”.
		Tabela 26	Z artykułu Agencji wynika, że celem strategicznym jest „neutralność ekonomiczna hospitalizacji stacjonarnych z jednoczesnym promowaniem pobytów jednodniowych oraz porad ambulatoryjnych”. Jednak w raporcie

Lp.	Podmiot składający uwagi	Numer (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Uwagi
			WT.5403.21.2021 wycena „Hospitalizacji jednego dnia związanych z podaniem leku z części A katalogu leków” została obniżona. W przypadku Centrum Onkologii wyceny zostają obniżone o -1,69%, gdyż: - dotychczasowa wycena NFZ ze wskaźnikiem 1,2 to 467,90 zł, - wycena AOTMiT ze wskaźnikiem 1,18 to 460,00 zł. Trudno w takim przypadku mówić o „promowaniu pobytów jednodniowych”, gdyż nowa wycena skutkować będzie ponoszeniu przez Centrum Onkologii większej niż dotychczas straty związanej z chemioterapią.
		Tabela 26	Obecna wycena za "Hospitalizację jednego dnia związanych z podaniem leku z części A katalogu leków" wynosi: 389,92 zł, i ma być podwyższona do kwoty 390,00 zł, czyli o 8 gr. Biorąc pod uwagę, że wycena na poziomie 389,92 zł obowiązuje od czerwca 2019, to naszym zdaniem nowa wycena nie uwzględnia inflacji i wzrostu minimalnego wynagrodzenia, które miały i mają miejsce w okresie 2020-2021.
11.	Andrzej Kasprzyk	strona 52-54 oraz 59 raportu	konieczność dopisania produktu: "hospitalizacja jednodniowa z zastosowaniem jednorazowych pomp elastomerowych do terapii infuzyjnej", której nie uwzględniono w opracowaniu. Koszt świadczenia winien wynosić ok. 500zł (zgodnie z propozycjami z zarządzenia 72/2021/DGL) - koszt hospitalizacji musi uwzględniać koszt wykorzystanego materiału
		strona 54-55 oraz 61-62 raportu	konieczność zaproponowania dodatkowych współczynników korygujących premiujących jednostki za kompleksowość i jakość leczenia m.in.: leczenie powikłań, umowa na wszystkie tryby leczenia z NFZ, liczba specjalistów, liczba realizowanych świadczeń w ramach województwa.
		strona 43 raportu	brak analizy i zwiększenia wyceny świadczeń dedykowanych leczeniu zdarzeń nieporządkanych, które w naszym szpitalu realizowane są dla pacjentów z całego województwa (pozostałe podmioty mają głównie umowy na udzielanie świadczeń w ramach zakresów AOS oraz hospitalizacji jednodniowej). Wszystkie ciężkie przypadki trafiają zatem do naszej jednostki.
12.	Robert Zawadzki		Uwagi sporządzono w postaci załącznika do formularza i podpisano elektronicznie.
		Analiza stanu faktycznego	W treści Raportu znajdujemy następujące stwierdzenia:

Lp.	Podmiot składający uwagi	Numer (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Uwagi																														
			<p>Wskazać należy, że świadczenia gwarantowane związane z podaniem chemioterapii objęte współczynnikiem korygującym w wysokości 1,2. Do 31 marca 2021 r. współczynnik ten obejmował świadczenia realizowane przez szpitale:</p> <ul style="list-style-type: none">Ogólnopolskie,Onkologiczne,Pulmonologiczne,III stopnia, u których udział wartości sfinansowanych świadczeń onkologicznych, za ostatniego pełnego roku kalendarzowego, wyniósł co najmniej 40% wartości tych świadczeń sfinansowanych na terenie danego województwa. <p>Następnie został uchylony na mocy Zarządzenia Nr 91/2021/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 kwietnia 2021 zmieniającego zarządzenie w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.</p> <p>W obecnym kształcie omawiany współczynnik korygujący wysokości 1,2 obejmuje wszystkie objęte przedmiotowym raportem świadczenia gwarantowane związane z podaniem chemioterapii objęte współczynnikiem – na mocy Zarządzenia Nr 91/2021/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 maja 2021 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapii.</p> <p>Uwaga: Usunięcie współczynnika 1,2 nastąpiło w wyniku publikacji Zarządzenia nr 80/2021/DSOZ z dn. 30.04.2021 r.</p>																														
	Analiza popytu i podaży		<p>W treści Raportu znajdujemy następujący wykres:</p> <p style="text-align: center;">Czas oczekiwania na świadczenie (mc.)</p> <table><thead><tr><th>Typ świadczenia</th><th>II/III 2017</th><th>VI/VII 2017</th><th>IV/V 2018</th><th>XII/I 2019</th></tr></thead><tbody><tr><td>radioterapia paliatywna</td><td>0,3</td><td>0,6</td><td>0,6</td><td>0,3</td></tr><tr><td>brachyterapia HDR</td><td>0,5</td><td>0,9</td><td>0,9</td><td>0,5</td></tr><tr><td>radioterapia pooperacyjna</td><td>0,5</td><td>0,5</td><td>0,6</td><td>0,5</td></tr><tr><td>radioterapia paliatywna raka płuca</td><td>0,4</td><td>1,0</td><td>1,1</td><td>0,4</td></tr><tr><td>radioterapia uzupełniająca w raku piersi</td><td>0,5</td><td>0,4</td><td>0,5</td><td>0,4</td></tr></tbody></table> <p style="text-align: center;">■ II/III 2017 ■ VI/VII 2017 ■ IV/V 2018 ■ XII/I 2019</p> <p>Wykres 7. Zmiana czasu oczekiwania na wybrane świadczenia z zakresu radioterapii (źródło: Barometr WHC).</p> <p>UWAG Wykres nie ma żadnego związku z raportem.</p>	Typ świadczenia	II/III 2017	VI/VII 2017	IV/V 2018	XII/I 2019	radioterapia paliatywna	0,3	0,6	0,6	0,3	brachyterapia HDR	0,5	0,9	0,9	0,5	radioterapia pooperacyjna	0,5	0,5	0,6	0,5	radioterapia paliatywna raka płuca	0,4	1,0	1,1	0,4	radioterapia uzupełniająca w raku piersi	0,5	0,4	0,5	0,4
Typ świadczenia	II/III 2017	VI/VII 2017	IV/V 2018	XII/I 2019																													
radioterapia paliatywna	0,3	0,6	0,6	0,3																													
brachyterapia HDR	0,5	0,9	0,9	0,5																													
radioterapia pooperacyjna	0,5	0,5	0,6	0,5																													
radioterapia paliatywna raka płuca	0,4	1,0	1,1	0,4																													
radioterapia uzupełniająca w raku piersi	0,5	0,4	0,5	0,4																													
	Analiza ilości świadczeń		<p>W treści Raportu znajdujemy następujące stwierdzenia:</p> <p>Najwięcej produktów, które stanowią przedmiot Raportu, sprawozdano w 2019 r. w województwach: mazowieckim – 266 993; śląskim – 187 388 i wielkopolskim – 128 221. Najmniej, w opolskim – 20 123 i lubuskim – 29 941.</p> <p>Jednakże po przeliczeniu na liczbę mieszkańców województwa¹ najwięcej świadczeń nadal udzielanych jest w województwie mazowieckim – 5 941, natomiast kolejne miejsca zajmują województwa lubelskie – 4 565, dolnośląskie – 4 393 oraz łódzkie – 4 321. Najmniej świadczeń w przeliczeniu na mieszkańca udzielanych jest w województwie opolskim – 2 040, małopolskim – 2 665 oraz lubuskim – 2 951. Szczegółowe informacje prezentują ryciny 1. i 2.</p> <p>UWAGA</p>																														

Lp.	Podmiot składający uwagi	Numer (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Uwagi
			<p>Wyliczenia podane w treści Raportu (powyżej):</p> <ol style="list-style-type: none"> są błędne - w oparciu o cytowane dane GUS powinno być: <ol style="list-style-type: none"> mazowieckie 4 923 śląskie 4 147 wielkopolskie 3 665 itd. nie zgadzają się z danym na rycinie nr 2 (Mazowsze 4941 na rycinie versus 5 941 w tekście)  <p>Liczba świadczeń na 100 tys. mieszkańców w 2019 r.</p> <p><small>Opracowane przez usługę Bing © GeoNames, Microsoft</small></p> <p><small>Rycina 2 Świadczenia ogółem według ośrodka prowadzącego leczenie w 2019 r. Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.</small></p>
		Analiza struktury świadczeń	<p>Analiza danych ilościowych bez uwzględnienia migracji pacjentów pomiędzy województwami jest błędem. Podawanie ilości świadczeń w przeliczeniu na 100 000 mieszkańców nie wnosi żadnej wiedzy merytorycznej. Eksperti ochrony zdrowia mają świadomość, że pacjenci z województwa opolskiego migrują w celu leczenia specjalistycznego do ośrodków klinicznych w województwach śląskim i dolnośląskim. Podobnie dodatni bilans migracyjny odnotowują także województwa: mazowieckie, małopolskie, wielkopolskie, pomorskie, kujawsko-pomorskie.</p> <p>Na str. 29 Raportu autorzy ocenili strukturę udzielanych świadczeń i stwierdzili, że jest ona zaburzona i niezgodna z modelem oczekiwanym – tzw. „odwrócona piramida”.</p> <p>W odniesieniu do trybu realizacji świadczenia zaprezentowanego na rycinie 4, w ujęciu globalny większość realizowana jest w trybie hospitalizacji całodobowej (stacjonarnej) – 55,59%. Tę jednodniowy odpowiada za 32,25% realizacji omawianych świadczeń natomiast tryb ambulatoryjny jedynie za 12,27%. Dane te wskazują na odwróconą piramidę oczekiwaną strukturę świadczeń.</p> <p>Jednocześnie analizując systemy zagraniczne autorzy na stronie 35 wskazali:</p>

Lp.	Podmiot składający uwagi	Numer (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Uwagi																																			
			<p>Systemy opieki onkologicznej muszą sprostać zadaniu dostarczenia wysokiej jakości świadczeń przy jednoczesnym efektywnym wykorzystaniu ograniczonych środków finansowych przeznaczonych na leczenie. W odpowiedzi na to wyzwanie w analizowanych krajach europejskich stworzono wiele mechanizmów, które mają na celu poprawę efektywności leczenia. Należą do nich m.in.:</p> <p>1. optymalizacja kosztów leczenia poprzez częściowe zastąpienie leczenia szpitalnego opieką ambulatoryjną, dzienną i domową – Norwegia, Anglia (udział leczenia szpitalnego w wydatkach na opiekę onkologiczną w tych krajach to odpowiednio 59% i 58%);</p> <p>Dane te przeczą tezie o nieprawidłowym modelu leczenia onkologicznego w Polsce. Należy tu podkreślić, że świadczenia realizowane w Polsce w trybie jednodniowym w systemach innych krajów kwalifikowane są jako leczenie ambulatoryjne, gdyż pacjent nie pozostaje na noc w szpitalu. Niestety po raz kolejny analitycy AOTMiT przemilczeli te fakty a jedynie ponownie błędnie ocenili sytuację w naszym kraju:</p> <p>Pomimo panujących w Europie i na świecie trendów związanych z przesuwaniem fokusu świadczeń z leczenia szpitalnego do opieki ambulatoryjnej, w Polsce utrzymuje się niekorzystna struktura kosztów świadczeń zdrowotnych, finansowanych ze środków NFZ, z ponad 50% udziałem kosztów leczenia szpitalnego. W latach 2010–2017 nastąpił wzrost udziału tego rodzaju leczenia, które jest najdroższe w kosztach świadczeń o 3,17 punktu procentowego. Świadczy to o niedostatecznej roli ambulatoryjnej opieki zdrowotnej oraz zbyt częstym diagnozowaniu i leczeniu pacjentów w trybie hospitalizacji.</p> <p>Gdyby bezkrytycznie czytać treść raportu (str. 4) to należałoby uznać, że 100% świadczeń dotyczących chemioterapii to „hospitalizacje” – poniżej cytat z Raportu</p> <p>identyfikowane produktami rozliczeniowymi Narodowego Funduszu Zdrowia:</p> <ul style="list-style-type: none">– 5.08.05.0000170 – hospitalizacja hematologiczna u dorosłych/zakwaterowanie– 5.08.05.0000171 – hospitalizacja onkologiczna u dorosłych/zakwaterowanie– 5.08.05.0000174 – hospitalizacja hematologiczna u dzieci/zakwaterowanie– 5.08.05.0000175 – hospitalizacja jednego dnia związana z podaniem leku z katalogu 1n– 5.08.05.0000176 – hospitalizacja jednego dnia w pozostałych przypadkach– 5.08.05.0000172 – kompleksowa porada ambulatoryjna dotycząca chemioterapii– 5.08.05.0000173 – podstawowa porada ambulatoryjna dotycząca chemioterapii. <p>zwane dalej: hospitalizacjami do chemioterapii.</p> <p>Tabela 14 Wydatki na opiekę onkologiczną w poszczególnych kategoriach jako % całkowitych wydatków na onkologię</p> <table><tr><th>Kraj</th><th>Leczenie szpitalne [%]</th><th>Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna [%]</th><th>Inne kategorie [%]</th><th>Łącznie [%]</th></tr><tr><td>Polska</td><td>85</td><td>6</td><td>9</td><td>100</td></tr><tr><td>Wielka Brytania</td><td>58</td><td>13</td><td>29</td><td>100</td></tr><tr><td>Norwegia</td><td>59</td><td>15</td><td>26</td><td>100</td></tr><tr><td>Francja</td><td>74</td><td>3</td><td>23</td><td>100</td></tr><tr><td>Czechy</td><td>66</td><td>13</td><td>21</td><td>100</td></tr><tr><td>Stany Zjednoczone Ameryki</td><td>42</td><td>44</td><td>14</td><td>100</td></tr></table> <p>Źródło: Systemy opieki onkologicznej w wybranych krajach; Raport opracowany przez EY na zlecenie Fundacji Onkologia 2014;</p> <p>Dane przedstawione w tabeli powyżej (cytowane z raportu EY) są wynikiem stosowanej wadliwej terminologii i uznania leczenia w trybie jednodniowym do hospitalizacji. Cytując</p>	Kraj	Leczenie szpitalne [%]	Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna [%]	Inne kategorie [%]	Łącznie [%]	Polska	85	6	9	100	Wielka Brytania	58	13	29	100	Norwegia	59	15	26	100	Francja	74	3	23	100	Czechy	66	13	21	100	Stany Zjednoczone Ameryki	42	44	14	100
Kraj	Leczenie szpitalne [%]	Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna [%]	Inne kategorie [%]	Łącznie [%]																																		
Polska	85	6	9	100																																		
Wielka Brytania	58	13	29	100																																		
Norwegia	59	15	26	100																																		
Francja	74	3	23	100																																		
Czechy	66	13	21	100																																		
Stany Zjednoczone Ameryki	42	44	14	100																																		

Lp.	Podmiot składający uwagi	Numer (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Uwagi
			ww. tabelę eksperci AOTMiT nie wyjaśnili jej zawartości – nie wiemy co oznaczają dane w kolumnie „inne kategorie” co przekreśla możliwość prawidłowej interpretacji. Gdyby zgodnie z informacjami Raportu 32,25% świadczeń zrealizowanych w 2019 r. w trybie jednodniowym zaliczyć do kategorii „inne” to w Polsce mielibyśmy podobną strukturę do wskazywanych jako modelowe krajów takich jak Wielka Brytania czy Norwegia.
		Analiza elementów kosztowych uwzględnionych w Raporcie taryfikacyjnym Koszty pobytu w Oddziale szpitalnym – doba hotelowa	Autorzy Raportu oparli „wycenę” (81 zł za dobę) o oferty Domów Studenckich. Już sam fakt użycia takiego benchmarku świadczy o jakości dokonanej analizy. Jaki poziom wiedzy merytorycznej pozwala na uznanie, że koszt dobowego pobytu chorego w oddziale szpitalnym odpowiada hostelowi studenckiemu ?? Należy podkreślić, że wymagania sanitarne określone w przepisach Rozporządzenia Ministra Zdrowia wobec oddziałów szpitalnych nie pozwoliłyby zorganizować świadczeń szpitalnych w żadnym – nawet najbardziej luksusowym hotelu nie mówiąc już o Domu Studenta. Dostęp do gazów medycznych, węzłów sanitarnych w każdej sali, toalet dla niepełnosprawnych, izolatek, koszty utrzymania czystości wg reżimu sanitarnego, koszt wyposażenia oddziału szpitalnego i serwisowania instalacji oraz sprzętu, wymaganie posiadania zapasowego własnego zasilania w energię elektryczną, wymaganie posiadania zapasowych zbiorników wody, drastyczne koszty utylizacji odpadów medycznych, konieczność zapewnienia transportu sanitarnego i wiele innych drastycznych różnic jak widać nie wywołują u autorów Raportu żadnej refleksji i pozwalają na uznanie kosztów Domu Studenta jako właściwy parametr w taryfikacji świadczeń w polskim systemie ochrony zdrowia. Trudno tu o komentarz poza jednym – takie elementy Raportu dobitnie zaprzeczają jego profesjonalizmowi.
		Koszty leków nie podlegających refundacji.	Należy pamiętać, że w trakcie hospitalizacji zgodnie z obowiązującymi przepisami szpital ma obowiązek zapewnić pacjentowi wszystkie niezbędne mu leki i wyroby medyczne. W przypadku leków dotyczy to także preparatów przewlekłe przyjmowanych przez chorego. W trakcie chemioterapii do kosztu leków (poza tymi które pacjent przyjmuje przewlekłe) należy zaliczyć : # preparaty stosowane w premedykacji (sterydy, leki przeciwhistaminowe, blokery pompy protonowej), # płyny infuzyjne, # elektrolity, # leki przeciwbólowe i przeciwgorączkowe, # antybiotyki, etc.

Lp.	Podmiot składający uwagi	Numer (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Uwagi
			Szacowane w Raporcie koszty tych leków na poziomie 17 zł dla hospitalizacji jednodniowej czy 21 zł dla hospitalizacji wielodniowej u dorosłych nie tylko nie odzwierciedlają realnych kosztów a jeszcze są w jaskrawej sprzeczności z wielokrotnie wyższą wyceną tej samej grupy kosztów w przypadku hospitalizacji u dzieci na poziomie 115 zł, która to suma jest zapewne bliska realnym średnim kosztom w obu grupach wiekowych.
		Koszty wyrobów medycznych	Z dość tajemniczych powodów wg autorów raportu koszt wyrobów medycznych ponoszony w trakcie całodobowego pobytu pacjenta w ramach hospitalizacji wielodniowej do chemioterapii (38 zł) jest niższy niż w przypadku hospitalizacji jednodniowej oraz ponad dwukrotnie mniejszy niż w przypadku takiej samej wielodniowej hospitalizacji ale u dziecka. Podobnie zadziwiający i pozbawiony sensu jest fakt wyższych kosztów wyrobów medycznych w trakcie chemioterapii jednodniowej bez podania cytostatyków (65 zł) w stosunku do epizodów jednodniowych z zastosowaniem substancji czynnych z części A katalogu leków (53 zł). Fakt pozyskania przez AOTMiT wątpliwej jakości danych kosztowych nie może być uzasadnieniem dla umieszczania w Raporcie oczywistych logicznych błędów.
		Koszty procedur	W Raporcie nie określono co autorzy uznali za generujące koszty procedury medyczne a jedynie zaznaczyli, których danych nie uwzględnili w analizie z uwagi na fakt ich odrębnego finansowania (preparaty krwiopochodne, implantacje portów naczyniowych, żywienie pozajelitowe etc.). Z punktu widzenia świadczeniodawcy procedurami są: badania laboratoryjne i obrazowe (RTG, USG, ECHO serca), badania EKG, porady psychologiczne (obowiązkowe w świetle Ropozrządzeń MZ), porady dietetyczne, zabiegi fizjoterapeutyczne, transport sanitarny, konsultacje specjalistyczne w trakcie pobytu w szpitalu (neurolog, psychiatra, kardiolog, etc). W świetle tak bogatej listy kosztów uznanie przez autorów Raportu, że średni, dzienny koszt ww. procedur w ramach wielodniowej hospitalizacji hematologicznej lub onkologicznej wynosi odpowiednio 13 lub 16 zł jest kolejnym potwierdzeniem oderwania analizy od realiów udzielania świadczeń. Taka ocenę potwierdza także fakt uznania, że koszty procedur w przypadku trwającej np. 30 minut kompleksowej porady ambulatoryjnej wynoszą 46 zł a więc 3 razy więcej niż w trakcie 24 godzinnego pobytu pacjenta w szpitalu.
		Amortyzacja	W treści Raportu znajdujemy następujące stwierdzenia:

Lp.	Podmiot składający uwagi	Numer (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Uwagi
			<p>Koszty amortyzacji zostały skalkulowane jako średnia dla danego ośrodka powstawania k... identyfikowanego właściwym kodem resortowym w roku 2019, dla środków trwałych inny... budynki. W kolejnym kroku stawki te zważono udziałem realizacji danego świadczenia w kom...</p> <p>Autorzy Raportu uznali, że infrastruktura szpitalna (budynki, instalacje gazów medycznych, zasilanie awaryjne, windy, oświetlenie etc.) nie zasługuje na amortyzację a więc nie wymaga remontów, serwisu, wymian. Wykluczenie tych kosztów z analizy jest kolejnym ewidentnym błędem merytorycznym podważającym rzetelność Raportu i musi budzić uzasadniony sprzeciw. Uwzględnienie tylko amortyzacji środków trwałych pomija co do zasady wszystkie koszty związane ze sprzętem o wartości jednostkowej poniżej 3 500 zł. Takie wykluczenia są źródłem systemowego niszczenia logiki funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce.</p> <p>Dodatkowo zadziwiające są dane wskazane przez autorów Raportu – amortyzacja należna trwającej 30 minut kompleksowej poradzie ambulatoryjnej wynosi 44 zł i jest dwukrotnie wyższa od wyliczeń kosztów amortyzacji dla całodobowych hospitalizacji hematologicznej i onkologicznej (odpowiednio 23 i 19 zł)</p>
		Przygotowanie cytostatyków (taxa laborum)	<p>W treści Raportu znajdujemy następujące stwierdzenia:</p> <p>Koszty indywidualnego przygotowania cytostatyków w pracowni cytostatycznej oszacowano w oparciu o wynagrodzenia farmaceutów, z uwzględnieniem wytycznych dotyczących czasu pracy w wózkach aseptycznych – 2 godziny z przerwą 30 minut i założenia, że łączny czas pracy w warunkach aseptycznych nie powinien przekraczać 5 godzin dziennie. Powyższe koszty nie zostały uwzględnione w produktach: <i>podstawowa porada ambulatoryjna dotycząca chemioterapii (5.08.05.0000173)</i> i <i>hospitalizacja jednego dnia w pozostałych przypadkach (5.08.05.0000176)</i>, ze względu na konieczności przygotowania cytostatyków w realizacji świadczeń w tych produktach lub ich znikły udział.</p> <p>Uwzględnienie tych kosztów stanowi próbę implementacji propozycji środowiska onkologicznego i farmaceutów szpitalnych, tzw. <i>taxy laborum</i> – opłaty ryczałtowej za usługę farmaceutyczną polegającą na przygotowaniu leku), której wysokość docelowo może zostać uzależniona od spełnienia określonych wymagań przy przygotowywaniu leków cytostatycznych w dawkach indywidualnych.</p> <p>Indywidualne dawki leków cytostatycznych, jak zauważyli autorzy Raportu, przygotowywane są bardzo specjalistycznych warunkach infrastrukturalnych (Pracownia z systemem kaskady ciśnień, śluzami dla personelu, śluzami podawczymi dla leków i wyrobów medycznych, łóżkami laminarnymi wyposażonymi w specjalistyczne systemy filtracji powietrza etc.) przy wykorzystaniu specjalistycznych wyrobów medycznych (środki ochrony osobistej, systemy pobierania i precyzyjnego odmierzania dawki leku, dedykowane systemy informatyczne itd.).</p> <p>Zgodnie z przepisami indywidualne dawki leków przygotowują farmaceuci przeszkoleni dodatkowo do pracy w tak specjalistycznych warunkach. Jednocześnie w</p>

Lp.	Podmiot składający uwagi	Numer (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Uwagi
			<p>procesie przygotowania preparatów uczestniczy co najmniej dwóch farmaceutów, którzy rotują się co 2 godziny + 30 minutowa przerwa. Przy założeniu wynagrodzenia jednego farmaceuty 50 zł/godz (brutto-brutto) koszt pracy jednego minimalnego zespołu (2 farmaceutów) na zmianie wynosi 700 zł (w tym 7,35 godzin łącznie pracy w warunkach aseptycznych). Proces przygotowania cytostatyku obejmuje rozpuszczanie leku, odmierzanie dawki, rekonstytucja leku w odpowiedniej ilości dedykowanego płynu infuzyjnego, odnotowanie czynności w systemie informatycznym i powiązanie z odpowiednimi pozycjami na fakturach zakupowych, wydrukowanie indywidualnej etykiety, prawidłowe oznakowanie preparatu, wydanie jego przez specjalną służę podawczą, utylizacja pustych opakowań, zużytych wyrobów medycznych i niewykorzystanych resztek leków. W związku z tym średnia wydajność pracy zespołu na jednej zmianie to ok. 35-40 dawek indywidualnych wskazana przez autorów Raportu taxa w wysokości 17 zł za całodobową usługę dla pacjenta nie pokrywa więc nawet kosztów personalnych szczególnie w sytuacji, gdy pacjent otrzymuje w ciągu doby więcej niż jedną dawkę cytostatyków (częste przypadki wielolekowej terapii wg określonego schematu). Należy zauważyć, że wynagrodzenie tych dwóch farmaceutów nie wyczerpuje kosztów osobowych Apteki Szpitalnej związanych z przygotowaniem cytostatyków – w procesie tym uczestniczą osoby, które w tym samym czasie dokonują zamówień w hurtowniach, prowadzą ewidencję dokumentów i ich sprawozdania do NFZ (faktury zakupowe), przyjmują towar do magazynu, monitorują warunki przechowywania produktów termolabilnych, prowadzą specjalistyczną dokumentację określoną w Pawie Farmaceutycznym oraz raportują w systemie ZSMOPL. Przedstawiona w Raporcie wycena nie daje szansy na pokrycie także innych, niezbędnych kosztów generowanych w Pracowni Leku Cytostatycznego obejmujących:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) specjalistyczne środki ochrony osobistej, b) amortyzacji i serwisu systemów wentylacji i filtrowania pomieszczeń (m.in. filtry HEPA), c) specjalistycznych metod sprzątnia i dezynfekcji pomieszczeń aseptycznych, d) amortyzacji i utrzymania dedykowanych systemów informatycznych, e) dedykowanego jednorazowego osprzętu oraz amortyzacji i serwisu systemów do grawimetrycznego odmierzania ilości leku,

Lp.	Podmiot składający uwagi	Numer (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Uwagi																																		
			<p>f) utylizacji odpadów medycznych (z uwagi na zawartość resztek cytostatyków podlegają szczególnym zasadom odbioru i przetwarzania tych odpadów),</p> <p>g) strat technologicznych niewykorzystanych resztek leków, o których sami autorzy Raportu na stronie 37 napisali tak:</p> <p>Chemioterapeuci zwracali również uwagę na straty leków stosowanych w chemioterapii. Podnoszą fakt, że w trakcie przygotowania leku w dawce indywidualnej oraz przy podaniu pacjentowi dochodzi do utraty części zakupionego leku. Refundacji podlega wyłącznie substancja czynna podana pacjentowi – różnica pomiędzy kosztem zakupu leku a refundacją faktycznie podanego leku jest stratą finansową. Szacowana strata, w ramach całego systemu opieki zdrowotnej, może wynosić w przybliżeniu 50 mln do 100 mln zł.</p> <p>Jak widać ustalona przez AOTMiT wycena kosztów przygotowania cytostatyków (taxa laborum) nie odzwierciedla rzeczywistych kosztów i nie została przygotowana rzetelnie. Realne koszty prowadzenia Pracowni Leku Cytostatycznego w podmiocie specjalizującym się w leczeniu systemowym (zakwalifikowanym do PSZ w grupie szpitali onkologicznych) to kwota zależna od ilości farmaceutów jednocześnie przygotowujących indywidualne dawki cytostatyków waha się od 650 000 do 1 600 000 zł rocznie (uwzględniając ograniczane do minimum straty technologiczne resztek niewykorzystanych leków) co daje w przeliczeniu na dzienny koszt przygotowania indywidualnych dawek na pacjenta w wysokości ok. 100 zł co koreluje z obowiązującymi na rynku cenami takich usług dla szpitali, które nie mając własnej Pracowni Leku Cytostatycznego zlecają tego typu usługi podwykonawcy. Należy zauważyć, że koszty strat technologicznych niewykorzystanych resztek cytostatyków zależą wprost proporcjonalnie od rodzaju stosowanych preparatów (sposobu ich dawkowania i cen za opakowanie), które szczególnie w obszarze hematologii mogą być drastyczne.</p>																																		
		Wynagrodzenia	<p>W treści Raportu znajdujemy następującą tabelę dotyczącą kosztów wynagrodzeń personelu:</p> <p><i>Tabela 20 Wysokości stawek wynagrodzenia za godzinę pracy w klastrach wynikających z danych finansowo-księgowych rok 2019 oraz liczba etatów przyjętych w opracowaniu</i></p> <table><tr><th rowspan="2">Klaster</th><th colspan="2">Wynagrodzenia za godz. pracy</th><th colspan="2">Liczba etatów</th></tr><tr><th>Lekarz</th><th>Pielęgniarka*</th><th>Lekarz</th><th>Pielęgniarka</th></tr><tr><td>Hospitalizacja związana z chemioterapią w warunkach hospitalizacji całodobowej</td><td>98,43</td><td>50,12</td><td>5</td><td>0,6 etatu na łóżko</td></tr><tr><td>Hospitalizacja związana z chemioterapią w warunkach hospitalizacji całodobowej hematologicznej</td><td>98,90</td><td>51,21</td><td>5</td><td>0,6 etatu na łóżko</td></tr><tr><td>Hospitalizacja związana z chemioterapią w warunkach hospitalizacji jednodniowej</td><td>96,90</td><td>49,11</td><td>5</td><td>0,6 etatu na łóżko</td></tr><tr><td>Hospitalizacja związana z chemioterapią w warunkach hospitalizacji całodobowej hematologicznej dla dzieci</td><td>81,70</td><td>50,20</td><td>5</td><td>0,8 etatu na łóżko</td></tr><tr><td>Ambulatorium</td><td>100,09</td><td>43,75</td><td>4</td><td>15</td></tr></table> <p><i>Źródło: opracowanie własne</i></p>	Klaster	Wynagrodzenia za godz. pracy		Liczba etatów		Lekarz	Pielęgniarka*	Lekarz	Pielęgniarka	Hospitalizacja związana z chemioterapią w warunkach hospitalizacji całodobowej	98,43	50,12	5	0,6 etatu na łóżko	Hospitalizacja związana z chemioterapią w warunkach hospitalizacji całodobowej hematologicznej	98,90	51,21	5	0,6 etatu na łóżko	Hospitalizacja związana z chemioterapią w warunkach hospitalizacji jednodniowej	96,90	49,11	5	0,6 etatu na łóżko	Hospitalizacja związana z chemioterapią w warunkach hospitalizacji całodobowej hematologicznej dla dzieci	81,70	50,20	5	0,8 etatu na łóżko	Ambulatorium	100,09	43,75	4	15
Klaster	Wynagrodzenia za godz. pracy		Liczba etatów																																		
	Lekarz	Pielęgniarka*	Lekarz	Pielęgniarka																																	
Hospitalizacja związana z chemioterapią w warunkach hospitalizacji całodobowej	98,43	50,12	5	0,6 etatu na łóżko																																	
Hospitalizacja związana z chemioterapią w warunkach hospitalizacji całodobowej hematologicznej	98,90	51,21	5	0,6 etatu na łóżko																																	
Hospitalizacja związana z chemioterapią w warunkach hospitalizacji jednodniowej	96,90	49,11	5	0,6 etatu na łóżko																																	
Hospitalizacja związana z chemioterapią w warunkach hospitalizacji całodobowej hematologicznej dla dzieci	81,70	50,20	5	0,8 etatu na łóżko																																	
Ambulatorium	100,09	43,75	4	15																																	

Lp.	Podmiot składający uwagi	Numer (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Uwagi
			<p>Taki model analizy potwierdza brak rzetelności autorów Raportu ponieważ koszty personelu obejmują nie tylko lekarzy i pielęgniarki ale także:</p> <p>a) opiekunów medycznych członków zespołu ds. zakażeń szpitalnych koordynatorów leczenia onkologicznego, sekreтари medyczne/asystentów medycznych statystyków medycznych/koderów onkopsychologów pracowników recepcji fizjoterapeutów salowych/serwisu sprzątającego osób dystrybuujących posiłki personelu pomocniczego (sanitariusze, personel techniczny, ochrona, administratorzy i serwisanci systemów informatycznych)</p>
		<p>Analiza współczynników korygujących</p>	<p>Autorzy niezależnie od przeprowadzonych wyliczeń uznali za zasadne nadanie prawa do stosowania współczynnika korygującego 1,18 (zamiast obecnego 1,2) wybranej wg nowych zasad grupie podmiotów – zakwalifikowane jako ogólnopolskie oraz spełniających uznane dowolnie przez autorów Raportu kryteria „kompleksowości”.</p> <p>W treści Raportu znajdujemy następujące stwierdzenia:</p> <p>Zasadnym jest zastosowanie współczynnika korygującego w wysokości 1,18 umożliwi otrzymanie wyższej niż wskazane powyżej refundacji przez Ośrodki kompleksowe, tj. pskalsyfikowane w PSZ jako Ogólnopolskie lub leczące pacjentów w następujących zakresach świadczeń zgodnych z nomenklaturą i rozszerzeniami stosowanymi przez NFZ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chirurgia onkologiczna, • Chemioterapia, • Radioterapia. <p>Współczynnik ten zastąpi dotychczas stosowany mnożnik, określony przez NFZ, w wysokości 1</p> <p>Należy podkreślić, że z nieznanых przyczyn autorzy Raportu wykluczyli z grona uprawnionych podmiotów szpitale zakwalifikowane do PSZ do kategorii „Onkologiczne i pulmonologiczne” które w zgodzie z intencjami autorów zasad kwalifikacji do sieci szpitali musiały wykazać się odpowiednią kompleksowością prowadzonej diagnostyki i leczenia. Teraz po prawie pięciu latach funkcjonowania sieci szpitali autorzy Raportu wprowadzają własne zasady mające negatywny wpływ na świadczeniodawców specjalizujących się w leczeniu onkologicznym.</p> <p>Należy podkreślić, że uprawnienie kryterium „kompleksowości” oparte o fakt realizacji przez świadczeniodawcę leczenia w ramach :</p> <p># chirurgii onkologicznej</p>

Lp.	Podmiot składający uwagi	Numer (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Uwagi																								
			<p># chemioterapii</p> <p># radioterapii</p> <p>nie posiada żadnych podstaw prawnych i obarczone jest wieloma wadami formalnymi z uwagi na uznaniowość. Co więcej należy podkreślić, że od wielu lat działania Ministerstwa Zdrowia oraz NFZ były jednoznacznie nakierowane na blokowanie powstawania nowych ośrodków radioterapii – przykładami są ośrodki w Otwocku, Katowicach, Zgorzelcu, Dąbrowie Górniczej itd. Paradoksalnie obecnie brak realizacji świadczeń w tym zakresie staje się kryterium wykluczającym kompleksowość niezależnie od skali i jakości prowadzonej działalności w obszarze onkologii.</p>																								
		Analiza skutków finansowych nowych taryf	<p>W związku z faktem, że aktualnie zgodnie z Zarządzeniem Prezesa NFZ nr 91/2021/DGL uprawnienia do stosowania współczynnika 1,2 mają wszystkie podmioty realizujące świadczenia w zakresie chemioterapii poniżej przedstawiamy pominiętą w Raporcie analizę skutków finansowych „nowych taryf” dla podmiotów, które stracą prawo do stosowania współczynników korygujących (w szczególności tych, które zakwalifikowano do PSZ jako onkologiczne a nie spełniają wymyślonych ad hoc w AOTMiT kryteriów kompleksowości):</p> <table><tr><th>kod produktu</th><th>nazwa produktu</th><th>obecna taryfa (a)</th><th>Obecna taryfa + współczynnik 1,2 (b)</th><th>Nowa wycena [c]</th><th>różnica (c-b)</th></tr><tr><td>5.08.05.000170</td><td>hospitalizacja hematologiczna u dorosłych / zakwaterowanie</td><td>668.43</td><td>802.12</td><td>686</td><td>- 116 12</td></tr><tr><td>5.08.05.000171</td><td>hospitalizacja onkologiczna u dorosłych / zakwaterowanie</td><td>557.02</td><td>668.42</td><td>557</td><td>- 111 42</td></tr><tr><td>5.08.05.000172</td><td>kompleksowa porada ambulatoryjna dotycząca chemioterapii</td><td>167.11</td><td>200.53</td><td>313</td><td>112 47</td></tr></table>	kod produktu	nazwa produktu	obecna taryfa (a)	Obecna taryfa + współczynnik 1,2 (b)	Nowa wycena [c]	różnica (c-b)	5.08.05.000170	hospitalizacja hematologiczna u dorosłych / zakwaterowanie	668.43	802.12	686	- 116 12	5.08.05.000171	hospitalizacja onkologiczna u dorosłych / zakwaterowanie	557.02	668.42	557	- 111 42	5.08.05.000172	kompleksowa porada ambulatoryjna dotycząca chemioterapii	167.11	200.53	313	112 47
kod produktu	nazwa produktu	obecna taryfa (a)	Obecna taryfa + współczynnik 1,2 (b)	Nowa wycena [c]	różnica (c-b)																						
5.08.05.000170	hospitalizacja hematologiczna u dorosłych / zakwaterowanie	668.43	802.12	686	- 116 12																						
5.08.05.000171	hospitalizacja onkologiczna u dorosłych / zakwaterowanie	557.02	668.42	557	- 111 42																						
5.08.05.000172	kompleksowa porada ambulatoryjna dotycząca chemioterapii	167.11	200.53	313	112 47																						

Lp.	Podmiot składający uwagi	Numer (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Uwagi						
									acji sporadyczne
			5.08.05.0 000173	podstawowa porada ambulatoryjna dotycząca chemioterapii	111.40	133.68	181	47.32	podstawowy produkt
			5.08.05.0 000174	hospitalizacja hematoonkologiczna u dzieci / zakwaterowanie	891.24	1 069.49	891	- 178.49	produkt dla kilku podmiotów w Polsce
			5.08.05.0 000175	hospitalizacja jednego dnia związana z podaniem leku z części A katalogu leków	389.92	467.90	390	- 77.90	podstawowy produkt
			5.08.05.0 000176	hospitalizacja jednego dnia w pozostałych przypadkach	167.11	200.53	322	121.47	produkt z niewielkim udziałem
			5.08.05.0 000177	hospitalizacja jednego dnia z zastosowaniem jednorazowych pomp elastomerowych	500.00	600.00	BRAK	N.A.	Należy uznać, że zniknie

Lp.	Podmiot składający uwagi	Numer (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Uwagi						
				do terapii infuzyjnej					
			<p>Szacowane przez AOTMiT jednostkowe straty świadczeniodawców zakwalifikowanych do PSZ jako onkologiczne (wynikające z nowych taryf i zasad stosowania współczynników korygujących) sięgają ponad 3 mln rocznie w skali jednego podmiotu. Należy zauważyć, że szacunki te (zamieszczone w opublikowanym pliku excel) oparto o niejasne założenia a prawdziwe skutki finansowe są niedoszacowane o około 30-50%.</p> <p>Brak w Raporcie analizy kosztów oraz propozycji taryfy dla świadczenia hospitalizacji jednodniowej z zastosowaniem pompy elastomerowej wskazuje na likwidację takiego dedykowanego produktu a przez to zaprzestanie promowania tego trybu udzielania świadczeń a więc likwidację promowanej tak intensywnie przez Ministra Zdrowia tzw. chemioterapii domowej. To z pewnością kolejna negatywna z punktu widzenia pacjentów zmiana, która jednoznacznie wpisuje się w ewidentnie destrukcyjny efekt działań AOTMiT wobec systemu ochrony zdrowia w obszarze onkologii.</p>						
		Podsumowanie uwag	<p>Raport zawiera niestety mnóstwo błędów merytorycznych w zakresie:</p> <ul style="list-style-type: none">a) terminologiib) analizy i porównania danychc) wyliczeń arytmetycznych. <p>Proponowane w Raporcie rozwiązania nie prowadzą do rzetelnej wyceny taryfikowanych świadczeń. Co więcej świadomi wadliwych wycen autorzy proponują kontynuowanie stosowania współczynników korygujących w nowej, w żaden sposób nie uzasadnionej wysokości (1,18) jednak uprawnienie do ich stosowania mają mieć podmioty spełniające nowe kryteria. W tym miejscu należy zauważyć, że aktualnie zgodnie z Zarządzeniem Prezesa NFZ nr 91/2021/DGL uprawnione do stosowania współczynnika 1,2 mają <u>wszystkie podmioty realizujące świadczenia w zakresie chemioterapii</u>. Trzeba dodać, że pojawienie się w 2017 roku współczynnika korygującego 1,2 było próbą rekompensaty strat ponoszonych przez podmioty onkologiczne w związku z drastycznym (o średnio 25-30%) obniżeniem taryf i regresją wprowadzonymi od 1 stycznia 2015 r. wraz z wejściem rozwiązań pakietu onkologicznego. Autorzy Raportu piszą o tym jednoznacznie na str. 37</p>						

Lp.	Podmiot składający uwagi	Numer (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Uwagi																		
			<p>Środowisko onkologów oraz świadczeniodawcy realizujący leczenie zwracają uwagę na narastającą w ostatnich latach stratę finansową przy kompleksowym leczeniu chorych na nowotwory złośliwe (ok. 4% w Onkologii w 2016 r.). W ocenie środowiska wspomniana strata wynika z niskiego poziomu finansowania świadczeń dla hospitalizacji i leczenia towarzyszących. Onkolodzy zwracają także uwagę na brak realizacji realizowanych świadczeń.</p> <p>Potwierdzają to dane o spadku wydatków NFZ w latach 2015 – 2017 prezentowane w tabeli na stronie 19 Raportu.</p> <p>Liczba i wartość świadczeń udzielonych pacjentom w poszczególnych latach</p> <p>● Liczba ● Wartość</p> <table><tr><th>Rok</th><th>Liczba świadczeń</th><th>Wartość świadczeń (mln zł)</th></tr><tr><td>2014</td><td>~1,47</td><td>775</td></tr><tr><td>2015</td><td>~1,51</td><td>681</td></tr><tr><td>2016</td><td>~1,57</td><td>701</td></tr><tr><td>2017</td><td>~1,53</td><td>696</td></tr><tr><td>2018</td><td>~1,56</td><td>773</td></tr></table> <p>Podsumowując należy stwierdzić, że Raport niestety nie prowadzi do rzetelnego finansowania świadczeń onkologicznych i nie wywoła żadnych pozytywnych zmian w strukturze i jakości leczenia. Liczne błędy i zaniechania autorów Raportu przyczyniają się do dalszej erozji zasad funkcjonowania systemu ochrony zdrowia skoro Agencja powołana do rzetelnej wyceny świadczeń odrzuca tak oczywiste koszty jak amortyzacja infrastruktury podmiotów leczniczych.</p> <p>Spółka LUX MED Onkologia (dawniej MAGODENT) prowadzi od 14 lat kompleksową diagnostykę i leczenie nowotworów. Jesteśmy cenionym przez pacjentów podmiotem, który:</p> <ul style="list-style-type: none">a) zakwalifikował się do sieci szpitali (PSZ) w grupie podmiotów onkologicznych,b) rozwija portfolio terapii stosowanych w onkologii i hematologii,c) współpracuje ściśle z Narodowym Instytutem Onkologii, Instytutem Hematologii i	Rok	Liczba świadczeń	Wartość świadczeń (mln zł)	2014	~1,47	775	2015	~1,51	681	2016	~1,57	701	2017	~1,53	696	2018	~1,56	773
Rok	Liczba świadczeń	Wartość świadczeń (mln zł)																			
2014	~1,47	775																			
2015	~1,51	681																			
2016	~1,57	701																			
2017	~1,53	696																			
2018	~1,56	773																			

Lp.	Podmiot składający uwagi	Numer (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Uwagi
			<p>Transfuzjologii oraz innymi kluczowymi ośrodkami klinicznymi na terenie Mazowsza,</p> <p>d) jest liderem nie tylko na Mazowszu ale także w Polsce w zakresie jakości i szybkości obsługi pacjentów - w bieżących analizach NFZ oraz Mapach potrzeb Zdrowotnych odnotowaliśmy jeden z najwyższych wskaźników odsetka terapii realizowanych w trybie jednodniowym zarówno w zakresie chemioterapii jak i programów lekowych. Jest to realizacją nowoczesnego modelu terapii onkologicznych zgodnego ze światowymi trendami oraz intencjami zmian systemowych rekomendowanych przez Ministra Zdrowia oraz NFZ.</p> <p>e) W Raportach dot. koncentracji leczenia chirurgicznego nowotworów przekracza progi ilościowe ustalone dla nowotworów piersi, jelita grubego oraz żołądka. W zakresie tego typu terapii należymy do czołowej trójki podmiotów na Mazowszu i ścisłej czołówki w skali całego kraju. W Raportach NFZ wskazano, że nasi pacjenci leczeni chirurgicznie mają jedne z najkrótszych hospitalizacji co świadczy pośrednio o braku powikłań wydłużających pobyt w szpitalu.</p> <p>f) Posiada akredytację do szkoleń specjalizacyjnych w zakresie onkologii klinicznej oraz chirurgii onkologicznej,</p> <p>g) Od wielu lat dla poprawy komfortu pacjentów stosuje chemioterapię z wykorzystaniem infuzorów umożliwiając chorym przyjmowanie leków w warunkach domowych,</p> <p>h) Wszystkim pacjentom tego wymagającym realizuje we własnym zakresie implantację portów naczyniowych zapewniających bezpieczeństwo i komfort długotrwałej chemioterapii. Procedury te oferujemy także wielu pacjentom z innych ośrodków onkologicznych.</p> <p>i) Indywidualne dawki chemioterapii przygotowuje w dwóch nowoczesnych Pracowniach Leku Cytostatycznego wysoko ocenianych przez WIIF za projekt i wyposażenie Aptek Szpitalnych oraz organizację pracy. Jako podwykonawcy zapewniamy tego typu usługi dla innych szpitali nie posiadających takiej własnej infrastruktury.</p> <p>j) Spełnia aktualne kryteria kwalifikacji do Kompleksowego Leczenia Raka Piersi (odpowiednik Breast Cancer Unit).</p>

Lp.	Podmiot składający uwagi	Numer (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Uwagi
			<p>Niestety projektowane taryfy oraz kryteria uprawniające do stosowania współczynników korygujących są dla nas krzywdzące i wg szacunków AOTMiT spowodują w skali roku wielomilionowe straty (wg danych Raportu spadek przychodów po zmianach wyniesie ponad 3 mln złotych natomiast w naszych szacunkach kwota ta sięgnie prawie 5 mln złotych). Takie straty prowadzić będą do załamania sytuacji finansowej, utraty zdolności do utrzymania personelu a w konsekwencji braku możliwości utrzymania ciągłości leczenia naszych chorych.</p>
13.	Katarzyna Ganew-Kąkolewska		<p>Obniżenie obecnie obowiązujących współczynników korygujących nie znajduje uzasadnienia w rzeczywistości ponoszonych kosztach przez Szpital i doprowadzi do pogorszenia już trudnej sytuacji finansowej Kliniki Hematologii i Onkologii Dziecięcej, która jest wynikiem wieloletniego niedoszacowania procedur realizowanych w ramach umów z NFZ. Proponowana obniżka taryfy w skali roku pogłębi stratę Kliniki o 18%. W załączeniu przekazuję kalkulacje kosztowe.</p>

Lp.	Podmiot składający uwagi	Numer (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Uwagi																																																						
			<table><tr><th>KOD PRODUKTU</th><th>nazwa produktu jednostkowego</th><th>obecna wycena katalogowa za 1 osobodzień pobytu wraz z obecnie obowiązującym współczynnikiem 1,2 1; 2 i 3 osobodzień</th><th>obecna wycena katalogowa za 1 osobodzień pobytu wraz z obecnie obowiązującym współczynnikiem 1,2 4 i kolejny osobodzień</th><th>średni czas pobytu</th></tr><tr><td>5.08.05.0000174</td><td>HOSPITALIZACJA HEMATOONKOLOGICZNA U DZIECI/ZAKWATEROWANIE</td><td>1 069,20 zł</td><td>1 002,00 zł</td><td>5,2</td></tr></table> <table><tr><th>KOD PRODUKTU</th><th>nazwa produktu jednostkowego</th><th>PROJEKT NOWEJ TARYFY za 1 osobodzień pobytu wraz z OBNIŻONYM współczynnikiem DO 1,18 1; 2 i 3 osobodzień</th><th>PROJEKT NOWEJ TARYFY za 1 osobodzień pobytu wraz z OBNIŻONYM współczynnikiem DO 1,18 4 i kolejny osobodzień</th></tr><tr><td>5.08.05.0000174</td><td>HOSPITALIZACJA HEMATOONKOLOGICZNA U DZIECI/ZAKWATEROWANIE</td><td>1 051,38 zł</td><td>985,30 zł</td></tr></table> <table><tr><td>średni koszt opieki na oddziale (I kwartał 2021 r.)</td><td>659,00 zł</td></tr><tr><td>średni koszt osobodnia pobytu (I kwartał 2021 r.)</td><td>309,31 zł</td></tr><tr><td>średni koszt diagnostyki na leczonego - wyliczony w oparciu o zakodowane procedury diagnostyczne dla pacjentów hospitalizowanych w ramach produktu 5.08.05.0000174</td><td>685,85 zł</td></tr></table> <p style="text-align: right;">obłożenie łóżek I kwartał 2021</p> <table><tr><th>Średni przychód za 1 świadczenie przy 5 osobodniach pobytu wg obecnego katalogu i współczynnika 1,2</th><th>Średni przychód za 1 świadczenie przy 5 osobodniach pobytu wg projektu nowej taryfy</th><th>Średni koszt hospitalizacji w ramach produktu 5.08.05.0000174</th><th>Wynik na 1 świadczeniu z obecnym współczynnikiem</th><th>Wynik na 1 świadczeniu z planowaną nową taryfą</th><th>POGŁĘB STRATY HOSPITALIZACJI</th></tr><tr><td>5 211,60 zł</td><td>5 124,74 zł</td><td>5 681,45 zł</td><td>- 489,85 zł</td><td>- 556,71 zł</td><td></td></tr></table> <table><tr><th></th><th>liczba hospitalizacji w 2019 r.</th><th></th><th></th><th>w skali roku</th><th></th></tr><tr><td>symulacja wyniku na działalności w skali roku</td><td>1101</td><td>-</td><td>517 305,75 zł</td><td>-</td><td>612 938,61 zł</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>95 6</td></tr></table>	KOD PRODUKTU	nazwa produktu jednostkowego	obecna wycena katalogowa za 1 osobodzień pobytu wraz z obecnie obowiązującym współczynnikiem 1,2 1; 2 i 3 osobodzień	obecna wycena katalogowa za 1 osobodzień pobytu wraz z obecnie obowiązującym współczynnikiem 1,2 4 i kolejny osobodzień	średni czas pobytu	5.08.05.0000174	HOSPITALIZACJA HEMATOONKOLOGICZNA U DZIECI/ZAKWATEROWANIE	1 069,20 zł	1 002,00 zł	5,2	KOD PRODUKTU	nazwa produktu jednostkowego	PROJEKT NOWEJ TARYFY za 1 osobodzień pobytu wraz z OBNIŻONYM współczynnikiem DO 1,18 1; 2 i 3 osobodzień	PROJEKT NOWEJ TARYFY za 1 osobodzień pobytu wraz z OBNIŻONYM współczynnikiem DO 1,18 4 i kolejny osobodzień	5.08.05.0000174	HOSPITALIZACJA HEMATOONKOLOGICZNA U DZIECI/ZAKWATEROWANIE	1 051,38 zł	985,30 zł	średni koszt opieki na oddziale (I kwartał 2021 r.)	659,00 zł	średni koszt osobodnia pobytu (I kwartał 2021 r.)	309,31 zł	średni koszt diagnostyki na leczonego - wyliczony w oparciu o zakodowane procedury diagnostyczne dla pacjentów hospitalizowanych w ramach produktu 5.08.05.0000174	685,85 zł	Średni przychód za 1 świadczenie przy 5 osobodniach pobytu wg obecnego katalogu i współczynnika 1,2	Średni przychód za 1 świadczenie przy 5 osobodniach pobytu wg projektu nowej taryfy	Średni koszt hospitalizacji w ramach produktu 5.08.05.0000174	Wynik na 1 świadczeniu z obecnym współczynnikiem	Wynik na 1 świadczeniu z planowaną nową taryfą	POGŁĘB STRATY HOSPITALIZACJI	5 211,60 zł	5 124,74 zł	5 681,45 zł	- 489,85 zł	- 556,71 zł			liczba hospitalizacji w 2019 r.			w skali roku		symulacja wyniku na działalności w skali roku	1101	-	517 305,75 zł	-	612 938,61 zł						95 6
KOD PRODUKTU	nazwa produktu jednostkowego	obecna wycena katalogowa za 1 osobodzień pobytu wraz z obecnie obowiązującym współczynnikiem 1,2 1; 2 i 3 osobodzień	obecna wycena katalogowa za 1 osobodzień pobytu wraz z obecnie obowiązującym współczynnikiem 1,2 4 i kolejny osobodzień	średni czas pobytu																																																					
5.08.05.0000174	HOSPITALIZACJA HEMATOONKOLOGICZNA U DZIECI/ZAKWATEROWANIE	1 069,20 zł	1 002,00 zł	5,2																																																					
KOD PRODUKTU	nazwa produktu jednostkowego	PROJEKT NOWEJ TARYFY za 1 osobodzień pobytu wraz z OBNIŻONYM współczynnikiem DO 1,18 1; 2 i 3 osobodzień	PROJEKT NOWEJ TARYFY za 1 osobodzień pobytu wraz z OBNIŻONYM współczynnikiem DO 1,18 4 i kolejny osobodzień																																																						
5.08.05.0000174	HOSPITALIZACJA HEMATOONKOLOGICZNA U DZIECI/ZAKWATEROWANIE	1 051,38 zł	985,30 zł																																																						
średni koszt opieki na oddziale (I kwartał 2021 r.)	659,00 zł																																																								
średni koszt osobodnia pobytu (I kwartał 2021 r.)	309,31 zł																																																								
średni koszt diagnostyki na leczonego - wyliczony w oparciu o zakodowane procedury diagnostyczne dla pacjentów hospitalizowanych w ramach produktu 5.08.05.0000174	685,85 zł																																																								
Średni przychód za 1 świadczenie przy 5 osobodniach pobytu wg obecnego katalogu i współczynnika 1,2	Średni przychód za 1 świadczenie przy 5 osobodniach pobytu wg projektu nowej taryfy	Średni koszt hospitalizacji w ramach produktu 5.08.05.0000174	Wynik na 1 świadczeniu z obecnym współczynnikiem	Wynik na 1 świadczeniu z planowaną nową taryfą	POGŁĘB STRATY HOSPITALIZACJI																																																				
5 211,60 zł	5 124,74 zł	5 681,45 zł	- 489,85 zł	- 556,71 zł																																																					
	liczba hospitalizacji w 2019 r.			w skali roku																																																					
symulacja wyniku na działalności w skali roku	1101	-	517 305,75 zł	-	612 938,61 zł																																																				
					95 6																																																				

Lp.	Podmiot składający uwagi	Numer (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Uwagi																																										
			<table><tr><td>KOD PRODUKTU</td><td>nazwa produktu jednostkowego</td><td>obecna wycena katalogowa z obecnie obowiązującym współczynnikiem 1,2 1; 2; 13 osobodzień</td><td rowspan="2">średni czas pobytu 1,0</td></tr><tr><td>5.08.05.0000175</td><td>HOSPITALIZACJA JEDNEGO DNIA ZWIĄZANA Z PODANIEM LEKU Z CZĘŚCI A KATALOGU LEKÓW</td><td>468,00 zł</td></tr></table> <table><tr><td>KOD PRODUKTU</td><td>nazwa produktu jednostkowego</td><td>PROJEKT NOWEJ TARYFY za 1 osobodzień pobytu wraz z OBNIŻONYM współczynnikiem DO 1,18</td></tr><tr><td>5.08.05.0000175</td><td>HOSPITALIZACJA JEDNEGO DNIA ZWIĄZANA Z PODANIEM LEKU Z CZĘŚCI A KATALOGU LEKÓW</td><td>460,00 zł</td></tr></table> <table><tr><td>średni koszt opieki na oddziale (I kwartał 2021 r.)</td><td>659,00 zł</td><td rowspan="3">obłożenie łóżek I kwartał 2021</td></tr><tr><td>średni koszt osobodnia pobytu (I kwartał 2021 r.)</td><td>309,31 zł</td></tr><tr><td>średni koszt diagnostyki na lecznicę - wykazany w oparciu o zakodowane procedury diagnostyczne dla pacjentów hospitalizowanych w ramach produktu 5.08.05.0000174</td><td>50,47 zł</td></tr></table> <table><tr><td>Średni przychód za 1 świadczenie przy 5 osobodniach pobytu wg obecnego katalogu i współczynnika 1,2</td><td>Średni przychód za 1 świadczenie przy 5 osobodniach pobytu wg projektu nowej taryfy</td><td>Średni koszt hospitalizacji w ramach produktu 5.08.05.0000175</td><td>Wynik na 1 świadczeniu z obecnym współczynnikiem</td><td>Wynik na 1 świadczeniu z planowaną nową taryfą</td><td>POGLE STRAT HOSPITA C</td></tr><tr><td>468,00 zł</td><td>460,00 zł</td><td>1 018,78 zł</td><td>- 550,78 zł</td><td>- 558,78 zł</td><td></td></tr></table> <table><tr><td></td><td>liczba hospitalizacji w 2019 r.</td><td>↓</td><td>↓</td><td>↓</td></tr><tr><td>symulacja wyniku na działalności w skali roku</td><td>136</td><td>- 74 905,70 zł</td><td>- 75 993,70 zł</td><td>10</td></tr></table>	KOD PRODUKTU	nazwa produktu jednostkowego	obecna wycena katalogowa z obecnie obowiązującym współczynnikiem 1,2 1; 2; 13 osobodzień	średni czas pobytu 1,0	5.08.05.0000175	HOSPITALIZACJA JEDNEGO DNIA ZWIĄZANA Z PODANIEM LEKU Z CZĘŚCI A KATALOGU LEKÓW	468,00 zł	KOD PRODUKTU	nazwa produktu jednostkowego	PROJEKT NOWEJ TARYFY za 1 osobodzień pobytu wraz z OBNIŻONYM współczynnikiem DO 1,18	5.08.05.0000175	HOSPITALIZACJA JEDNEGO DNIA ZWIĄZANA Z PODANIEM LEKU Z CZĘŚCI A KATALOGU LEKÓW	460,00 zł	średni koszt opieki na oddziale (I kwartał 2021 r.)	659,00 zł	obłożenie łóżek I kwartał 2021	średni koszt osobodnia pobytu (I kwartał 2021 r.)	309,31 zł	średni koszt diagnostyki na lecznicę - wykazany w oparciu o zakodowane procedury diagnostyczne dla pacjentów hospitalizowanych w ramach produktu 5.08.05.0000174	50,47 zł	Średni przychód za 1 świadczenie przy 5 osobodniach pobytu wg obecnego katalogu i współczynnika 1,2	Średni przychód za 1 świadczenie przy 5 osobodniach pobytu wg projektu nowej taryfy	Średni koszt hospitalizacji w ramach produktu 5.08.05.0000175	Wynik na 1 świadczeniu z obecnym współczynnikiem	Wynik na 1 świadczeniu z planowaną nową taryfą	POGLE STRAT HOSPITA C	468,00 zł	460,00 zł	1 018,78 zł	- 550,78 zł	- 558,78 zł			liczba hospitalizacji w 2019 r.	↓	↓	↓	symulacja wyniku na działalności w skali roku	136	- 74 905,70 zł	- 75 993,70 zł	10
KOD PRODUKTU	nazwa produktu jednostkowego	obecna wycena katalogowa z obecnie obowiązującym współczynnikiem 1,2 1; 2; 13 osobodzień	średni czas pobytu 1,0																																										
5.08.05.0000175	HOSPITALIZACJA JEDNEGO DNIA ZWIĄZANA Z PODANIEM LEKU Z CZĘŚCI A KATALOGU LEKÓW	468,00 zł																																											
KOD PRODUKTU	nazwa produktu jednostkowego	PROJEKT NOWEJ TARYFY za 1 osobodzień pobytu wraz z OBNIŻONYM współczynnikiem DO 1,18																																											
5.08.05.0000175	HOSPITALIZACJA JEDNEGO DNIA ZWIĄZANA Z PODANIEM LEKU Z CZĘŚCI A KATALOGU LEKÓW	460,00 zł																																											
średni koszt opieki na oddziale (I kwartał 2021 r.)	659,00 zł	obłożenie łóżek I kwartał 2021																																											
średni koszt osobodnia pobytu (I kwartał 2021 r.)	309,31 zł																																												
średni koszt diagnostyki na lecznicę - wykazany w oparciu o zakodowane procedury diagnostyczne dla pacjentów hospitalizowanych w ramach produktu 5.08.05.0000174	50,47 zł																																												
Średni przychód za 1 świadczenie przy 5 osobodniach pobytu wg obecnego katalogu i współczynnika 1,2	Średni przychód za 1 świadczenie przy 5 osobodniach pobytu wg projektu nowej taryfy	Średni koszt hospitalizacji w ramach produktu 5.08.05.0000175	Wynik na 1 świadczeniu z obecnym współczynnikiem	Wynik na 1 świadczeniu z planowaną nową taryfą	POGLE STRAT HOSPITA C																																								
468,00 zł	460,00 zł	1 018,78 zł	- 550,78 zł	- 558,78 zł																																									
	liczba hospitalizacji w 2019 r.	↓	↓	↓																																									
symulacja wyniku na działalności w skali roku	136	- 74 905,70 zł	- 75 993,70 zł	10																																									
14.	Magdalena Wysocka	str. 43 Zakwaterowanie	koszt zakwaterowania (doba hotelowa) został oszacowany na podstawie domów studenckich. należy zwrócić uwagę, że koszty związane z administrowaniem budynkiem, w tym koszty amortyzacji i napraw, podstawowe wyposażenie, a także media (woda, prąd, ogrzewanie) i usługi sprzątnia oraz dozoru są wyższe w szpitalach, ponieważ podstawowe wyposażenie (łóżko, stolik nocny) muszą posiadać certyfikaty medyczne a farby czy wykładziny muszą spełniać wymogi dopuszczający do użytku w jednostkach medycznych - asortyment produktów o specjalistycznych i funkcjonalnych właściwościach, dostosowanych do restrykcyjnych przepisów dotyczących higieny, czyszczenia i trwałości itd. dodatkowo koszt wywozu odpadów medycznych jest zdecydowanie wyższy niż odpadów komunalnych.																																										
		str. 54 Uwagi i rekomendacje	przydzielanie współczynnika korygującego proponujemy podzielić na współczynnik dla ośrodków dla dorosłych i dla dzieci. Choroba nowotworowa u dzieci jest zaliczana do chorób rzadkich. dzieci chorują na inne nowotwory niż dorośli. W Polsce są wyspecjalizowane centra onkologiczne dla dzieci z danym rozpoznaniem/niami,																																										
		str. 54 Uwagi i rekomendacje	Dysponowanie apteką z certyfikowaną pracownią cytostatyczną- w związku z tym, że ośrodki pediatryczne nie udzielaia takiej liczby świadczeń jak ośrodki dla dorosłych																																										

Lp.	Podmiot składający uwagi	Numer (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Uwagi
			posiadanie pracowni cytostatycznej nie ma uzasadnienia ekonomicznego. Prowadzenie leczenia w ramach programów lekowych - prawie wszystkie programy lekowe onkologiczne mogą być zastosowane pacjentów powyżej 18 rż. wobec powyższego wymóg nie może być zastosowany w pediatrii
		str. 54 Uwagi i rekomendacje	jako kryterium przydzielania współczynnika korygującego może być: posiadanie w lokalizacji Pracowni Patomorfologii z możliwością badania materiału histopatologicznego śródoperacyjnie oraz zatrudnienie lekarza ze specjalizacją z zakresu patomorfologii. możliwością prowadzenia rehabilitacji w nowotworach, które po leczeniu operacyjnym wymagają rehabilitacji, możliwość prowadzenia terapii psychologicznej, a nie tylko członkostwo fizjoterapeuty i psychologa w konsylium.
15.	Paweł Paczkowski	str. 56	Zwracamy się z wnioskiem o doprecyzowanie definicji „Ośrodków kompleksowych” do miejsca i lokalizacji wykonywania świadczeń zgodnie z obowiązującymi definicjami: miejsce udzielania świadczeń – pomieszczenie lub zespół pomieszczeń w tej samej lokalizacji, powiązanych funkcjonalnie i organizacyjnie w celu wykonywania świadczeń określonego zakresu; lokalizacja – budynek lub zespół budynków oznaczonych tym samym adresem albo oznaczonych innymi adresami, ale położonych obok siebie i tworzących funkcjonalną całość, w których zlokalizowane jest miejsce udzielania świadczeń; str. 56 raportu „Prognozowane wartości świadczeń, wynikające ze zmiany taryf uwzględniają również zaproponowany współczynnik 1,18 dla Ośrodków kompleksowych, tj. szpitali Ogólnopolskich wg PSZ oraz podmiotów leczących kompleksowo – realizujących świadczenia w zakresach świadczeń, zgodnych z nomenklaturą i rozszerzeniami stosowanymi przez NFZ: • Chirurgia onkologiczna, • Chemioterapia, • Radioterapia.” Zastosowanie powyższych definicji obowiązujących w kontraktacji świadczeń zdrowotnych z NFZ-tem, pozwoli aby jednostki medyczne, działające w ramach jednej infrastruktury budynków (lokalizacji) można było również traktować jako „Ośrodki kompleksowe” pomimo różnej struktury właścicielskiej tych podmiotów. De facto w takich lokalizacjach pacjent otrzymuje kompleksową usługę onkologiczną wynikającą z obowiązujących wewnętrznych procedur i procesów.
16.	Włodzimierz Migacz	rozdział 3.3., tabela 22 3.5., tabela 25	Z kalkulacji kosztów podania leków ambulatoryjnych w KCO wynika, że proponowane stawki nie są wystarczające do pokrycia kosztów świadczenia. Średni koszt podania chemioterapii ambulatoryjnej wynosi 445,19 zł. Ponadto

Lp.	Podmiot składający uwagi	Numer (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Uwagi
			proponowane stawki nie uwzględniają wzrostu inflacji i wszystkich związanych z tym pochodnych oraz wzrostu wynagrodzeń personelu, który został znowelizowany w ustawie o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego od 1 lipca 2021.
17.	Marek Migdał	tab. 26 str. 54 Hospitalizacja hematologiczna u dorosłych (5.08.05.0000 170)	Koszt IPCZD za jeden dzień hospitalizacji na podstawie kalkulacji za rok 2020 to 1178 zł. Proszę o podjęcie działań mających na celu urealnienie wyceny.
		tab. 26 str. 54 Hospitalizacja hematoonkologiczna u dzieci (5.08.05.0000 174)	Koszt IPCZD za jeden dzień hospitalizacji na podstawie kalkulacji za rok 2020 to 1178 zł. Proszę o podjęcie działań mających na celu urealnienie wyceny.
		tab. 26 str. 54 Hospitalizacja jednego dnia w pozostałych przypadkach (5.08.05.0000 176)	Koszt IPCZD za jeden dzień hospitalizacji jednodniowej na podstawie kalkulacji za rok 2020 to 1192 zł. Proszę o podjęcie działań mających na celu urealnienie wyceny.
		tab. 26 str. 54 Hospitalizacja jednego dnia związana z podaniem leku z części A katalogu leków (5.08.05.0000 175)	Koszt IPCZD za jeden dzień hospitalizacji jednodniowej związanej z podaniem chemioterapii na podstawie kalkulacji za rok 2020 to 1192. Proszę o podjęcie działań mających na celu urealnienie wyceny.
		tab. 26 str. 54 Hospitalizacja onkologiczna u dorosłych (5.08.05.0000 171)	Koszt IPCZD za jeden dzień hospitalizacji na podstawie kalkulacji za rok 2020 to 1178 zł. Proszę o podjęcie działań mających na celu urealnienie wyceny.
18.	Dorota Korycińska	str. 19	Cyt.: "Mając na uwadze powyższe szczegółowe analizy zaprezentowane w niniejszym raporcie, dla których bazą są dane odnoszące się do realizacji świadczeń zostały przeprowadzone w oparciu o dane dla roku 2019". Dane z

Lp.	Podmiot składający uwagi	Numer (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Uwagi
			roku 2020 wskazują ogromne spadki świadczeń z powodu epidemii SARS-Cov_2. Jednocześnie klinicyści zgodnie wskazują, że wymagania terapeutyczne pacjentów onkologicznych będą nieporównywalnie większe, niż w latach poprzednich w związku z bardziej zaawansowanymi rakami, które zaniedbane zostały w latach poprzednich. Ogólnopolska Federacja Onkologiczna za słuszne uważa skorygowanie wycen o wyższe koszty leczenia w perspektywie najbliższych lat, w celu zminimalizowania długu zdrowotnego w onkologii.
		str. 43	Cyt.: Koszt doby hotelowej "W tym celu wykorzystano cenniki komercyjne domów studenckich". Sprowadzenie wymagań pacjenta onkologicznego do mieszkańca domu studenckiego są więcej niż zaskakujące. Student nie wymaga specjalnych łóżek, środków czystości, dostępnej umywalki w pokoju, instalacji gazów medycznych oraz ich konserwacji. Ten koszt powinien być skorygowany o faktyczny koszt doby hotelowej w szpitalu onkologicznym.
		str. 45	W oszacowaniu kosztów procedur nie uwzględniono badań radiologicznych (np.CT, MRI). Powstaje obawa, że szpitale powrócą do przetrzymywania pacjentów ponad miarę po to tylko, by zrównoważyć nie ujęte w kosztach procedur badania. W efekcie straty poniesie pacjent, który albo będzie miał wydłużony czas hospitalizacji, albo będzie badania wykonywał odrębnie.
		Uwagi ogólne	Ogólnopolska Federacja Onkologiczna zwraca uwagę, że tak skonstruowany projekt taryfikacji oznacza dążenie do centralizacji świadczeń. Stratne pozostaną mniejsze podmioty, które z powodzeniem leczą nowotwory nie wymagające leczenia chirurgicznego, a z powodzeniem stosujące chemioterapię. Nie jest zrozumiałe, z jakiej przyczyny te ośrodki muszą spełnić wymagalność pracowni radioterapii, która jest odrębnym leczeniem niż chemioterapia. Koncentracja świadczeń powinna dotyczyć leczenia chirurgicznego, a chemioterapia i radioterapia powinny być jak najbliżej miejsca zamieszkania pacjenta. W efekcie pogłębią się nierówności w zdrowiu, w wielu dużych podmiotach jeszcze bardziej wydłużą się kolejki do świadczeń. Wielu chorych z różnych przyczyn może mieć trudności z
19.	Urszula Skarżyńska	strona 50	Zaproponowana kompleksowość ośrodków jest jak najbardziej zasadna w realizacji świadczeń dla dorosłych. Krzywa ilości zachorowań w grupie wiekowej 0-18 w wykresie 9 prezentuje że leczenie onkologiczne u dzieci jest chorobą rzadką w porównaniu do grupy wiekowej 40-80 lat. Dlatego stawianie wymagania posiadania zakresu świadczeń

Lp.	Podmiot składający uwagi	Numer (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Uwagi
			<p>na radioterapię nie jest zasadne ekonomicznie. Większość szpitali pediatrycznych leczących pacjentów onkologicznie i hematologicznie posiada umowę podwykonawstwa z ośrodkiem wyspecjalizowanym w radioterapii. Nie jest rentownych przygotowywanie ośrodka radioterapii w każdym większym ośrodku leczenia onkologicznego pediatrycznego. Obecnie podwykonawstwo Instytutu Onkologii zabezpiecza większość jednostek pediatrycznych na terenie mazowieckiego w radioterapię.</p>
		strona 54	<p>Proponujemy rozróżnienie kryteriów na ośrodki dla dorosłych i dzieci. Pierwsze dwa punkty mogą pozostać dla obydwu ośrodków. Dysponowanie apteką z certyfikowaną pracownią cytostatyczną nie ma uzasadnienia ekonomicznego. Koszt budowy i personelu nie bilansował by się przy przygotowywaniu cytostatyków tylko dla jednej jednostki. Dodatkowo Apteka Szpitalna jak i Pracownia nie podlegają certyfikacji. Zgodnie z ustawą prawa farmaceutycznego wystarczy że dopuści je inspekcja (sprawdzana jest zgodność ze standardem farmaceutycznym i czy zostały zwalidowane warunki pracy i pomieszczeń tj. klasy czystości). Tu również sugerujemy przedstawienie do NFZ umowy podwykonawca z Szpitalem posiadającym Pracownię Cytostatyków. Zatrudnianie odpowiedniej liczby onkologów klinicznych w ośrodkach dla dorosłych i lekarzy ze specjalizacją onkologia i hematologia dziecięca w ośrodkach dla dzieci. Prowadzenie programów lekowych w ośrodkach dla dorosłych. W przypadku dzieci często leki z PL nie są dopuszczone do podania u pacjentów małych jak też Szpitale pediatryczne są wyspecjalizowane w danym schorzeniu onkologicznym. Np. IMID nowotwory kości, IPCZD nowotwory mózgu, UCKWUM-DSK białaczki. Akredytacja do prowadzenia specjalizacji lekarskich jeśli każda specjalizacja. W przypadku specjalizacji związanej z onkologią i hematologią u dzieci wtedy posiadania takiej akredytacji nie jest w pełni zależne od świadczeniodawcy. Akredytacja jest przyznawana przez CMKP w zależności od zapotrzebowania na danym obszarze Polski. Sugerujemy dodanie zamiennie z akredytacją posiadanie w lokalizacji Pracowni Patomorfologii z możliwością badania materiału histopatologicznego śródoperacyjnie oraz posiadanie lekarza ze specjalizacją z zakresu patomorfologii.</p>