Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej
WENTI-MED
Rzeszów, Plac Wolności 17
tel. 502 598 208
fax: 17 230 56 39
NIP 813-36-85-113, REGON 181071850

Rzeszów, dnia 10.11.2021

Piotr Bogusław Compała

Elektronicznie podpisany przez Piotr Bogusław Compała
Data: 2021.11.10 15:21:38 +01'00'

Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

Wydział taryfikacji

Dotyczy: uwagi do raportu nr WT.5403.24.2021

W związku z opublikowanym raportem w sprawie ustalenia taryfy świadczeń nr WT.5403.24.2021 dotyczącym Świadczeń gwarantowanych obejmujących zespoły długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie, wyrażamy protest w z powodu zbyt niskiej wyceny świadczenia.

Nasze dane zostały przygotowane rzetelnie na podstawie danych finansowo księgowych i takie też dane przekazaliśmy AOTMiT do analizy. Niestety w projekcie taryfy do oszacowania wynagrodzenia i tym samym wyceny świadczeń został wzięty pod uwagę wariant opracowany na podstawie danych będących wcześniej w posiadaniu Agencji, a nie tych danych które przesłaliśmy.

W związku z tym, iż czas na przygotowanie uwag do raportu jest zbyt krótki nie przedstawiamy odpowiednich kalkulacji.

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej
WENTI-MED
lek. med. Piotr Compała
DYREKTOR

Formularz zgłaszania uwag do raportu

w sprawie ustalenia taryfy świadczeń[1]

Prześlij formularz

Numer raportu: WT. 5403. 24. 2021

Tytuł raportu: ŚWIADCZENIA GWARANTOWANE OBEJMUJĄCE ZESPOŁY DŁUGOTERMINOWEJ OPIEKI POMOCNEJ DLA PACJENTÓW WENTYLOWANYCH MECHANICZNIE

Uwagi, oprócz przesłania drogą elektroniczną, należy wraz z wypełnionym i własnoręcznie podpisanym Oświadczeniem o Konflikcie Interesów złożyć w siedzibie Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, ul. Przeskok 2, 00-032 Warszawa, bądź przesłać przesyłką kurierską lub pocztową na adres siedziby Agencji.

Uwagi można zgłaszać w terminie 7 dni od dnia opublikowania raportu w sprawie ustalenia taryfy świadczeń w Biuletynie Informacji Publicznej (BIP). Uwagi dostarczone do siedziby AOTMiT po upływie tego terminu nie będą rozpatrywane.

UWAGA! Zgłoszone uwagi i oświadczenie dotyczące konfliktu interesów będą publikowane w BIP AOTMiT.[2]

OŚWIADCZENIE O KONFLIKCIE INTERESÓW[3] (OKI)

Imię i nazwisko osoby składającej OKI[4]: PIOTR COMPAKA

Dotyczy wniosku/ów mającego/ych być przedmiotem obrad Rady do spraw Taryfikacji:

Czego dotyczy OKI[5]:

- [ ] Przygotowanie ekspertyzy/opracowania w formie pisemnej lub ustnej dla Rady do spraw Taryfikacji dotyczącego:
- [ ] Udział w posiedzeniu Rady do spraw Taryfikacji eksperta z dziedziny medycyny, której dotyczą omawiane na posiedzeniu wnioski lub informacje, osoby uczestniczącej w konsultacjach w dniu
- [ ] Udział w posiedzeniu Rady do spraw Taryfikacji innej osoby zaproszonej przez przewodniczącego Rady, w dniu

[1] zgodnie z art. 31lb ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r., poz 1510 z późn. zm.)

[2] zgodnie z art. 31lb ust. 6 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r., poz 1510 z późn. zm.)

[3] o której mowa w art. 31sa ust. 10 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r., poz 1510 z późn. zm.)

[4] Niniejsze dane podlegają ochronie, zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. U. UE.L. z 2016 r.119.1)

[5] zaznaczyć tylko 1 pole

☒ Złożenie uwag do opublikowanego raportu w sprawie ustalenia taryfy świadczeń

Numer raportu: WT. 5403-24.2021

Tytuł raportu: ŚWIADCZENIA GWARANTOWANE OBEJMUJĄCE ZEWNĘTRZNĄ DŁUGOTERMINOWĄ OPIEKĘ DOMOWĄ DLA PACJENTÓW WENTYLOWANYCH MECHANICZNIE

Oświadczam, że w stosunku do mnie mojego małżonka/mojej małżonki, mojego zstępnego lub wstępnego w linii prostej, osoby, z którą/osób, z którymi pozostaję we wspólnym pożyciu :

☒ **nie zachodzą** okoliczności określone w art. 31sa ust. 8 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r., poz. 1510 z późn. zm.),

☐ **zachodzą** okoliczności określone w art. 31sa ust. 8 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r., poz. 1510 z późn. zm.), tj.:

☐ pełnienie funkcji członka organów lub przedstawiciela przedsiębiorcy wykonującego działalność gospodarczą w zakresie doradztwa związanego z taryfikacją lub rozliczaniem świadczeń opieki zdrowotnej;

☐ posiadanie akcji lub udziałów w podmiotach wykonujących działalność gospodarczą w zakresie doradztwa związanego z taryfikacją lub rozliczaniem świadczeń opieki zdrowotnej;

☐ wykonywanie działalności gospodarczej w zakresie doradztwa związanego z taryfikacją oraz rozliczaniem świadczeń opieki zdrowotnej;

☐ wykonywanie zajęć zarobkowych w zakresie doradztwa związanego z taryfikacją oraz rozliczaniem świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie umów z podmiotami wykonującymi działalność gospodarczą w zakresie doradztwa związanego z taryfikacją lub rozliczaniem świadczeń opieki zdrowotnej.

Proszę podać szczegóły, które Pani/Pan uzna za niezbędne, oraz nazwy podmiotów, z którymi wiążą Panią/Pana (małżonka/małżonkę, zstępnych lub wstępnych w linii prostej lub osoby z którymi pozostaje Pan/Pani we wspólnym pożyciu) relacje powodujące konflikt interesów. Opis powinien być możliwie zwięzły.

Jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i udostępnianie danych osobowych zawartych w OKI których podstawa przetwarzania nie wynika z wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na AOTMiT w celu identyfikacji konfliktu interesów zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. U. UE.L. z 2016 r.119.1).

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej
WENTI-MED
lek. med. Piotr Compała
DYREKTOR

Data składania i podpis osoby składającej OKI 10.11.2021 r.

[6] niepotrzebne skreślić

Uwagi do raportu w sprawie ustalenia taryfy świadczeń

Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Uwagi

* Umożliwiający identyfikację fragmentu raportu, do którego odnoszą się wniesione uwagi; nie dotyczy w przypadku uwag ogólnych.

W przypadku zgłoszonych w uwagach zarzutów względem wysokości lub zasad ustalania taryfy, zwracamy się z prośbą o przedstawienie informacji, jaki według Państwa wiedzy jest rzeczywisty koszt realizacji danego świadczenia, wraz z kalkulacją.

Ewentualne dodatkowe pliki należy załączyć do wiadomości e-mail wygenerowanej dla przesłania formularza z uwagami.

Prześlij formularz