***Świadczenia gwarantowane obejmujące zabiegi w obrębie kończyn i miednicy (JGP: H31E–H33 oraz H41–H43) (WT.521.21.2016)* – uwagi do raportu**

Lp.	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag
1.	Jarosław Czubak	tab 61 str.115	Proponuje się zmiany w wycenie procedur AOTMiT dotyczące procedur H31 E i F oraz H40 i H41 Proponuje się, aby ww. wartości świadczeń zdrowotnych pozostawione na dotychczasowym poziomie, zweryfikować o liczbę dni pobytu finansowane grupą Proponowana zmiana polega na zmniejszeniu liczby dni pobytu finansowanego grupą z 21 na 10 dni, oraz podniesienie liczby punktów za osobodzień ponad ryczałt finansowany 4 krotnie (obecnie 343 pkt do wart. 1374 pkt) co uwzględni koszty kolejnych operacji wykonanych podczas hospitalizacji oraz przy ewentualnej następnej hospitalizacji, którą rozpocznie się w czasie krótszym poniżej 14 dni.
2.	Paweł Zejler [brak OKI]		1. Zwracamy uwagę na fakt, że uzyskane przez Państwa dane wykazują, że "Replantacje" robią głównie ośrodki powiatowe i miejskie, gminne a nie duże ośrodki urazowe. 2. Ceny z ośrodków niepublicznych nie są rynkowe, ponieważ zostały zaczerpnięte z cenników na stronach www i nie tłumaczą dokładnie co za te pieniądze ma być zrobione - jak np. leczenie zaburzeń zrostu za 2000zł. Bardzo prosimy także o uwzględnienie obecności przedstawicieli Polskiego Towarzystwa Chirurgii Ręki w następnych rozmowach dotyczących wyceny procedur w zakresie leczenia chorób kończyny górnej. Chcielibyśmy mieć wpływ na tworzenie nowych wycen tych procedur w przyszłości między innymi dlatego, że procedury te wykonywane są przez lekarzy różnych specjalizacji (chirurgów ogólnych, ortopedów, neurochirurgów, chirurgów plastyków) w różnych ośrodkach (powiatowych, wojewódzkich, klinicznych) a mając w swoim gronie tych właśnie specjalistów jesteśmy w stanie wspólnie szybko wypracować to co dla wycen procedur chirurgii kończyny górnej jest najlepsze.
3.	Paweł Maleta Rafał Garlewicz	Rozdział 2.2 aktualny stan finansowania.	Procedury (84.88, 84.98, 84.993, 84.994) zawarte w grupach H31E, H31F i procedury (84.83, 84.84, 84.86) z grupy H41 to bardzo szeroki wachlarz wysokospecjalistycznych procedur zabiegowych, ale o bardzo różnym stopniu skomplikowania. Większość z nich ma wysoki stopień skomplikowania, ale niewielką rozległość, inne zaś są bardzo kompleksowe i złożone i te ostatnie są wykonywane w niewielu oddziałach w Polsce. Niestety aktualne grupy JGP nie uwzględniają tych różnic. Za przykład leczenia z w/w grup można podać uszkodzenie ręki lub przedramienia np. szkłem lub nożem, wymagające szycie naczyń, nerwów i ścięgien czy rekonstrukcję funkcji palca z uwolnieniem zrostów i rekonstrukcją nerwu i ścięgna itp. Pobyt w szpitalu takich pacjentów zwykle trwa 2-5 dni, a czas zabiegu lub pobyt w ramach bloku operacyjnego średnio wynosi od 1-3 godzin. Jednak, pod tymi samymi procedurami w w/w grupach kryją się także bardzo wysokospecjalistyczne operacje mikrochirurgiczne polegające np. na preparowaniu i przenoszeniu

Lp.	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag
			płatów wolnych w rozległych ubytkach tkankowych. Operacje te trwają od kilku do kilkunastu godzin (średnio 6-9 godzin), a pobyt chorych niemal nigdy nie jest krótszy niż 7-10 dni (wynika to ze specyfiki zabiegu i konieczności obserwacji płata unaczynionego). Czas leczenia takiego chorego w warunkach szpitalnych i przy braku istotnych powikłań leczenia trwa od ok 2-6 tygodni. Jak widać wg raportu AOTM i T średni czas hospitalizacji pacjenta w/w grupach jak i średni czas trwania w/w procedur operacyjnych wg raportu, jest niemal 2 razy, a czasem 3 razy krótszy niż czas hospitalizacji oraz czas wykonywania zabiegu operacyjnego z wykorzystaniem technik płatów mikrochirurgicznych (tabela 35 i tabela 43 raportu AOTMiT).
		Rozdział 2.3 Analiza popytu i podaży	Wyskokospecjalistyczne zabiegi złożonych rekonstrukcji ubytków wielotkankowych przeprowadza kilkanaście ośrodków w Polsce. Do tych szpitali, zajmujących się w/w procedurami, kierowani są pacjenci z innych szpitali, a czasem chorzy samodzielnie odnajdują te ośrodki zdobywając wiedzę z internetu lub od innych pacjentów. Niestety jest regułą, że przy aktualnej wycenie grup, wysokospecjalistyczne procedury przekraczają wycenę w grupach H31E, H31 F i H41. Nawet indywidualne rozliczenie pacjenta nie rozwiązuje problemu ponieważ dla refundacji rozliczeń indywidualnych koszt leczenia chorego musi przekroczyć 3-krotność wyceny danej grupy , a koszty dla szpitali rzadko są aż tak wysokie, a najczęściej wynoszą między 1,5-3x wartości grupy. Ilość pacjentów wymagających zastosowania wysokospecjalistycznych procedur mikrochirurgiucznych w „statystycznym" oddziale chirurgii urazowej i ortopedii wg naszych danych wynosi kilku rocznie (szacunkowo 1- 8/ rok), więc nie jest to znaczna liczba, z punktu widzenia pojedynczego oddziału. Jednak ze względu na brak wysokospecjalistycznie wykształconego personelu, chorzy ci są kierowani do szpitali, w których procedury rekonstrukcji ubytków tkankowych są wykonywane. I to stwarza już realny problem dla tych wyspecjalizowanych oddziałów szpitalach, ponieważ, jeśli szpital przyjmuje i leczy pacjentów z innych szpitali to wzrasta liczba przynoszących stratę procedur z kilku rocznie do kilkudziesięciu.
		2.4 Cenniki komercyjne	Wg naszej wiedzy, aktualnie w Polsce niezwykle rzadko wykonywane są komercyjnie operacje leczenia rekonstrukcji ubytków tkankowych. Jeśli takie operacja są wykonywane to ich koszt dla pacjenta waha się między 20 000 do ok 100 000PLN w zależności od skomplikowania i złożoności. Koszt jest ustalany zwykle indywidualnie i najczęściej nie jest ujęty w żadnych cennikach.
		Rozdział 2.6 Uwagi do świadczenia	Polskie Towarzystwo Chirurgii Rekonstrukcyjnej Narządu Ruchu chętnie podzieli się doświadczeniami, aby pomóc stworzyć sposób refundacji procedur H31 E, H31F i H41, umożliwiający skorzystanie z wysokospecjalistycznych procedur rekonstrukcji mikrochirurgicznych jak największej liczbie ciężko chorych pacjentów. Pacjentów, którzy prawidłowo leczeni będą mieli szanse na powrót do sprawności i pracy. Problem rekonstrukcji ubytków tkankowych dotyczy nie tylko chorych po ciężkich urazach, ale również chorych leczonych z powodu rozległych infekcji, leczenia powikłań operacyjnych, ale również okaleczonych po usunięciu nowotworów złośliwych. Na podstawie naszych danych i przemyśleń, wydaje nam się, że najlepszym rozwiązaniem byłoby wyłonienie wysokospecjalistycznych procedur

Lp.	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag
			mikrochirurgicznych oraz procedur rekonstrukcji ubytków tkankowych do innej grupy, z której mogłyby korzystać wysokospecjalistyczne szpitale posiadające doświadczony personel.
		Rozdział 4.1 Analiza wpływu na budżet płatnika publicznego	Pacjenci z ubytkami wielotkankowymi, wymagający rozległych procedur rekonstrukcyjnych, a którzy są prawidłowo leczeni, maja szanse na powrót do sprawności i pracy. W przypadku zaniechania takiego leczenia, lub odłożenia go w czasie, skutkuje to ciężkimi powikłaniami, a co za tym idzie ciężkim kalectwem lub amputacją kończyn. Ze względu na niedofinasowanie i brak dostępu do wysokospecjalistycznego leczenia, pacjenci z rozległymi ubytkami tkankowymi są leczeni niekiedy przez okres kilku tygodni, a nawet miesięcy w sposób nie do końca optymalny. Należy nadmienić, że alternatywą dla operacji rekonstrukcji mikrochirurgicznych jest najczęściej amputacja kończyny albo życie z ciężkim kalectwem. Koszty związane z kalectwem chorych obciążają również znacząco budżet państwa. Problem rekonstrukcji ubytków tkankowych dotyczy nie tylko chorych po ciężkich urazach, ale również chorych leczonych z powodu rozległych infekcji, powikłań operacyjnych, ale także okaleczonych po usunięciu nowotworów złośliwych.
			Reprezentujemy Polskie Towarzystwo Chirurgii Rekonstrukcyjnej Narządu Ruchu. Towarzystwo to jest aktualnie w trakcie procedur rejestracji w KRS. Tworzy je grupa kilkudziesięciu lekarzy różnych specjalności chirurgicznych, specjalizujących się w chirurgii rekonstrukcyjnej ubytków tkankowych w zakresie narządu ruchu. W skład komitetu założycielskiego stowarzyszenia wchodzą: Konsultant Krajowy w dziedzinie ortopedii i traumatologii nadrządu ruchu prof. dr hab. n. med. Jarosław Czubak, prof. dr hab. n. med. Jerzy Gosk, prof. dr hab. n. med. Łukasz Krakowczyk, dr hab. n. med. prof. CMKP Marcin Złotorowicz, dr n. med. Adam Domanasiewicz, dr n. med. Maciej Klich, dr n. med. Bartosz Mańkowski, dr n. med. Jakub Marchewka, dr n. med. Andrzej Pawelec, lek. Rafał Garlewicz, lek. Paweł Maleta. W swojej pracy wykorzystujemy techniki mikrochirurgiczne, techniki płatów wolnych unaczynionych, płatów lokalnych perforatorowych w celu ratowania kończyn i ich funkcji po najcięższych urazach, powikłaniach i po resekcjach onkologicznych. Zapoznaliśmy się raportem AOTMiT nr WT.521.21.2016, o tytule „Świadczenia gwarantowane obejmujące zabiegi w obrębie kończyn i miednicy (JGP: H31E-H33 oraz H41-h43)”. Jako Towarzystwo chcieliśmy zwrócić uwagę na kilka problemów związanych z wyceną grup H31E, H31F i H41. Procedury zawarte w grupach H31E, H31F i H41 to bardzo szeroki wachlarz wysokospecjalistycznych procedur zabiegowych, ale o bardzo różnym stopniu skomplikowania. Niestety aktualne grupy nie uwzględniają tych różnic. Dla przykładu w grupie H31 E i H31 F można odnaleźć procedury: 84.88 Rekonstrukcja mikrochirurgiczna naczyń i/ lub nerwów stopy 84.89 Rekonstrukcja wtórna wielotkankowych uszkodzeń stopy (odtworzenie funkcji)

Lp.	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag
			84.993 Rekonstrukcja pierwotna wielotkankowych uszkodzeń kończyny dolnej 84.994 Rekonstrukcja wtórna wielotkankowych uszkodzeń kończyny dolnej Duża część zabiegów opisywanych tymi procedurami to operacje polegające np. na szyciu uszkodzonego ścięgna i naczynia po urazie, czy wtórnych rekonstrukcji ścięgien i nerwów oraz niektórych struktur stawu. Pobyt pacjenta po takim urazie i operacji jest zwykle ograniczony do kilku dni (2-5 dni), a czas zabiegu i pobyt w ramach bloku operacyjnego w trakcie wykonywania procedury operacyjnej trwa zwykle od 1-3 godzin. Jednak pod tymi procedurami kryją się też wysokospecjalistyczne operacje mikrochirurgiczne polegające na przenoszeniu złożonych kompleksów tkankowych wraz z naczyniami (tzw. płaty wolne). Operacje te trwają zwykle od kilku do kilkunastu godzin (najczęściej 6-9 godzin), a pobyt chorych niemal nigdy nie jest krótszy niż 7-10 dni (wynika to ze specyfiki zabiegu i konieczności obserwacji płata unaczynionego). Są to operacje wykonywane w kilkunastu ośrodkach w Polsce, gdzie często leczeni są chorzy nie tylko z danego szpitala, ale także chorzy kierowani z innych szpitali, nierzadko z sąsiednich województw. W raporcie możemy znaleźć informacje, że średni czas hospitalizacji w grupie H31 E wynosi 7,47 dni (tabela 35, str 75/126), a w grupie H31F 4,67 dni (tabela 35, str 75/126). Czas procedury zabiegowej w procedurach (84.89, 84.993, 84.994) wg raportu to od 1,56 do 1,68 godziny (tabela 43, str. 89/126). Łatwo można wyciągnąć wnioski, że raport opiera się na ocenie procedur o znacznie mniejszym stopniu skomplikowania niż te o których mówi nasze Pismo i te, które wykonują lekarze zrzeszeni w naszym Towarzystwie. Podobny problem jest w grupie H41. Do grupy tej należą procedury: 84.83 Rekonstrukcja pierwotna ręki (jednoczasowa rekonstrukcja naczyń, nerwów i ścięgien) 84.84 Rekonstrukcja ręki przy użyciu kompleksów tkankowych przenoszonych za pośrednictwem połączeń mikrochirurgicznych 84.86 Rekonstrukcja wtórna wielotkankowych uszkodzeń ręki (odtworzenie funkcji) Te procedury dotyczą również zabiegów o bardzo szerokim spektrum, a większość z nich ma wysoki stopień skomplikowania, ale niewielką rozległość. Za przykład można podać uszkodzenie ręki lub przedramienia np. szkłem lub nożem, wymagające szycia naczyń, nerwów i ścięgien czy rekonstrukcję funkcji palca z uwolnieniem zrostów i rekonstrukcją nerwu i ścięgna itp. Pobyt w szpitalu takich pacjentów zwykle trwa 2-5 dni, a czas zabiegu lub pobyt w ramach bloku operacyjnego średnio wynosi od 1-3 godzin. Jednak, pod tymi procedurami w grupie H41 kryją się także wysokospecjalistyczne operacje mikrochirurgiczne polegające np. na preparowaniu i przenoszeniu płatów wolnych w rozległych ubytkach tkankowych. Operacje te trwają od kilku do

Lp.	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag
			kilkunastu godzin (średnio 6-9 godzin), a pobyt chorych niemal nigdy nie jest krótszy niż 7-10 dni (wynika to ze specyfiki zabiegu i konieczności obserwacji płata unaczynionego), tak samo jak w procedurach z grupy H 31 E i H31 F. W raporcie możemy znaleźć informacje, że średni czas hospitalizacji w grupie H41 wynosi 4,06 dnia (tabela 35, str. 75/126). Czas procedury zabiegowej w procedurach (84.83, 84.84, 84.86) wg raportu to od 1,74 do 3,12 godziny (tabela 43 str.92/126). Jak widać, zarówno średni czas hospitalizacji pacjenta jak i średni czas trwania procedury operacyjnej wg raportu, jest niemal 2 razy, a czasem 3 razy krótszy niż czas hospitalizacji oraz czas wykonywania zabiegu operacyjnego z wykorzystaniem technik płatów mikrochirurgicznych. W wyliczeniach kosztów trzeba brać pod uwagę również koszty materiałów medycznych i leków (implanty ortopedyczne, nośniki antybiotyków itp.), których koszt wynosi kilka tysięcy złotych. Często koszty implantów i nośników antybiotyku wynoszą ok 30-60 % kosztów procedury, a do tego należy doliczyć koszty niekiedy wielu zabiegów operacyjnych (np. oczyszczenie zainfekowanych i martwiczych tkanek), w których przygotowuje się chorego do definitywnej operacji, koszty wielogodzinnego definitywnego zabiegu operacyjnego (np. płat wolny/przeszczep unaczyniony) i koszty długiej hospitalizacji (związanej z przygotowaniem do definitywnego zabiegu, obserwacji i leczenia po skomplikowanej operacji). Dlaczego poruszamy problem tych operacji? Jest to spowodowane tym, że tego typu zabiegi operacyjne przeprowadza kilkanaście ośrodków w Polsce. Do tych szpitali, zajmujących się bardzo wysokospecjalistycznymi procedurami, kierowani są pacjenci z innych szpitali, a czasem chorzy samodzielnie odnajdują te ośrodki zdobywając wiedzę z internetu lub od innych pacjentów. Paradoksem jest, ale niestety regułą, że przy aktualnej wycenie grup, wysokospecjalistyczne procedury przekraczają wycenę w grupach H31 i H41. Nawet indywidualne rozliczenie pacjenta nie rozwiązuje problemu ponieważ dla refundacji rozliczeń indywidualnych koszt leczenia chorego musi przekroczyć 3-krotność wyceny danej grupy czyli dla procedury H41 wynieść ponad 37 000, a dla grupy H31 E lub H31F ponad 48 000. Tymczasem koszty tych procedur w szpitalach, wg naszych wyliczeń i szacunków wahają się najczęściej od ok 20 000 do ok 45 000 PLN. Wynika z tego że wysokospecjalistyczne leczenie pacjenta z urazem wielotkankowym przynosi stratę dla Szpitala prowadzącego leczenie. W przypadku wystąpienia powikłań, lub znacznego skomplikowania leczenia, koszty są na tyle wysokie, że przekraczają limit wyznaczony przez NFZ i pacjenci mogą być rozliczeni indywidualnie, ale te rozliczenia dotyczą najczęściej pacjentów, którzy mają ciężkie urazy, powikłane infekcją lub trafiają z innych szpitali gdzie są leczeni przez kilka tygodni, a nawet miesięcy w sposób nie do końca optymalny.

Lp.	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag
			Należy nadmienić, że alternatywą dla operacji rekonstrukcji mikrochirurgicznych jest najczęściej amputacja kończyny albo życie z ciężkim kalectwem, co powoduje znacznie większe obciążenie dla płatnika publicznego, ponieważ skutkuje brakiem możliwości podjęcia pracy zarobkowej przez pacjenta oraz nabyciem praw do zasiłku lub renty. Ilość pacjentów wymagających zastosowania wysokospecjalistycznych procedur mikrochirurgiucznych w „statystycznym" oddziale chirurgii urazowej i ortopedii wg naszych danych wynosi kilku rocznie (szacunkowo 1 - 8/rok), więc nie jest to znaczna liczba, z punktu widzenia pojedynczego oddziału. Jednak ze względu na brak wysokospecjalistycznie wykształconego personelu, chorzy ci są kierowani do szpitali, w których takie procedury rekonstrukcji ubytków tkankowych są wykonywane. I to stwarza już realny problem dla tych wyspecjalizowanych oddziałów, ponieważ, jeśli szpital przyjmuje i leczy pacjentów z innych szpitali to wzrasta liczba przynoszących straty procedur z kilku rocznie do kilkudziesięciu. Odpowiednio zaplanowane, wcześnie rozpoczęte specjalistyczne leczenie, może stwarzać szanse dla chorego powrotu do normalnej aktywności i powrotu do pracy, a źle lub za późno wykonane leczenie może zniweczyć szanse na normalne życie pacjenta. Mając na uwadze powyższe kwestie, bardzo prosimy o uwzględnienie naszego stanowiska w wycenie procedur. Wydaje nam się jednak, że najlepszym rozwiązaniem byłoby wyłonienie wysokospecjalistycznych procedur mikrochirurgicznych oraz procedur rekonstrukcji ubytków tkankowych do innej grupy, z której mogłyby korzystać wysokospecjalistyczne szpitale posiadające doświadczony personel. My, jako lekarze tworzący Polskie Towarzystwo Chirurgii Rekonstrukcyjnej Narządu Ruchu chętnie podzielimy się naszymi doświadczeniami, aby pomóc stworzyć sposób refundacji procedur umożliwiający skorzystanie z nich jak największej liczbie ciężko chorych pacjentów, którzy prawidłowo leczeni będą mieli szanse na powrót do sprawności i pracy. Problem rekonstrukcji ubytków tkankowych dotyczy nie tylko chorych po ciężkich urazach, ale również chorych leczonych z powodu rozległych infekcji, powikłań operacyjnych, a także okaleczonych po usunięciu nowotworów złośliwych. Na koniec chcieliśmy nadmienić że podobny problem szerokiego spektrum zbyt różnorodnych procedur istnieje w grupach H 81 i H 80, czyli dotyczących leczenia infekcji w zakresie narządu ruchu.
4.	Krystyna Piskorz-Ogórek		W raporcie brak jest informacji o zmianie taryf dla pediatrycznych odpowiedników grup H31E i F, H32, H33, H42, H43 - czyli PZH03, PZH04, PZH05, PZH06 i PZH07. W charakterystyce grup PZ występują te same rozpoznania i procedury co w odpowiednich grupach H. Aktualnie grupy pediatryczne są wyżej wycenione niż grupy dla dorosłych w związku z wyższymi kosztami ponoszonymi przy leczeniu dzieci. Wynika to min. z wyższych wymogów dla oddziałów zabiegowych

Lp.	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag
			dotyczących personelu pielęgniarskiego - w przypadku oddziałów dziecięcych to 0,9 etatu na łóżko a w oddziałach dla dorosłych 0,7 etatu.
5.	Anna Brylicka	STR. 121 RAPORTU	Koszty jednostkowe grup wymienionych w raporcie oszacowane zostały na podstawie danych medyczno-kosztowych oraz finansowo-księgowych na bazie roku 2017 r. Od tego czasu współczynnik wzrostu kosztów z tytułu prowadzenia działalności leczniczej finansowanej z NFZ w Instytucie rok do roku wzrastał i przedstawia się następująco: 2018 vs 2017: 112% 2019 vs 2017: 131 % 2020 vs 2017: 147% Ponadto analiza współczynnika inflacji na przełomie lat przedstawia się następująco /dane GUS/: 2017 102,0 2018 101,6 2019 102,3 2020 103,4 2021 105,1 Współczynnik skumulowany od roku 2018 wynosi 112,4 % Wycena dokonana przez AOTM podniosła wybrane grupy JGP do wysokości ponoszonych kosztów, niektóre grupy pozostały jednak bez zmian. NIO PIB rekomenduje podniesienie wycen przynajmniej do progu umożliwiającego co najmniej pokrycie kosztów inflacji.
6.	Klaudia Rogowska		Analiza grup H32, H42 i H43 wykazała, że przy obowiązujących taryfach oraz średnim koszcie poniesionym na realizację świadczeń przez GCM rentowność powyższych grup jest ujemna. Grupy obejmują chorych o bardzo zróżnicowanych rozpoznaniach, wymagających różnych technik (implantów itp.) koniecznych do skutecznego leczenia. W związku z tym koszt leków i wyrobów medycznych użytych podczas zabiegów również jest zróżnicowany, może sięgać nawet 6 tys.zł.
			Biorąc pod uwagę znaczący wzrost kosztów w 2022 roku (np. w przypadku GCM wzrost ceny paliwa gazowego w 2022r. w stosunku do 2021r. o 250%) podwyższenie taryf jest niewystarczające na pokrycie rzeczywistych kosztów realizacji świadczenia.
7.	Marek Migdał	Tabela 26	Zgłaszamy uwagę do projektu taryfy dla świadczenia: Świadczenia gwarantowane obejmujące zabiegi w obrębie kończyn i miednicy (JGP: H31E–H33 oraz H41–H43) Nazwa świadczenia: H42 - Duże zabiegi na kończynie górnej

Lp.	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag
			Dokonaliśmy kalkulacji kosztów tego świadczenia w IPCZD na podstawie przekazywanych do Państwa danych o świadczeniach, w postępowaniu 45A0007, po aktualizacji kosztów osobodni. Koszt świadczenia wynosi 29 872 zł, a Państwa projekt zakłada po podniesieniu taryfy kwotę 5 745 zł, co skutkuje niedofinansowaniem świadczenia na kwotę 24 127 zł. W 2021 r. wykonano jedno świadczenie tego typu. W związku z powyższym prosimy o wzięcie pod uwagę powstających strat finansowych przy tak wycenionej propozycji taryfy. Nazwa świadczenia: H43 - Średnie zabiegi na kończynie górnej Dokonaliśmy kalkulacji kosztów tego świadczenia w IPCZD na podstawie przekazywanych do Państwa danych o świadczeniach, w postępowaniu 45A0007, po aktualizacji kosztów osobodni. Koszt świadczenia wynosi 5 446 zł, a Państwa projekt zakłada po podniesieniu taryfy kwotę 2 474 zł, co skutkuje niedofinansowaniem świadczenia na kwotę 2 972 zł. W 2021 r. wykonano jedno świadczenie tego typu. W związku z powyższym prosimy o wzięcie pod uwagę powstających strat finansowych przy tak wycenionej propozycji taryfy. Niedofinansowanie łączne wynosi 27 099 zł.