***Świadczenia gwarantowane obejmujące leczenie szpitalne w obszarze ablacji zaburzeń rytmu serca (DAiR.543.4.2025)* – uwagi do raportu**

Lp.	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag
1.	prof. dr hab. n. med. Piotr Przybyłowski (SCCS)	Str. 39 tab. 15	Wyliczona przez AOTMiT dynamika wzrostu przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto w opiece zdrowotnej nie obejmuje wzrostu wynagrodzeń z roku 2025 mimo, że dane zbierane były w sierpniu a zatem dynamika przeciętnego wynagrodzenia była znana. W raporcie przyjęto metodykę podobną jak w NFZ i uwzględnione zostały wyłącznie koszty wzrostu wynagrodzeń zasadniczych bez pochodnych, co bardzo mocno zniekształca obraz prawdziwej dynamiki wzrostu kosztów wynagrodzeń i prawdziwych kosztów obciążających budżety Szpitali. W SCCS dynamika kosztów wynagrodzeń za lipiec i sierpień 2025 wynosi 15,6%, podczas, gdy wartość ryczałtu PSZ wzrosła o 3,5%.
		Str. 41 tabela 16 i 17	W kalkulacji kosztów pobytu nie zostały uwzględnione koszty osobodnia oddziału Intensywnego nadzoru kardiologicznego, mimo że część pacjentów jest w nich hospitalizowanych choćby ze względu na przeprowadzanie zabiegu w znieczuleniu ogólnym nie wspominając o wielochorobowości i stanach klinicznych wymagającym intensywnego nadzoru. W SCCS koszt osobodnia w oddziale kardiologii w lipcu 2025 wynosi 1958,23 zł, a w oddziale Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego 4085,63 zł co oznacza niemożliwość finansowania kosztów przez przychody proponowane w nowej wycenie, zwłaszcza że wskazany w projekcie czas hospitalizacji daleko odbiega od rzeczywistego czasu hospitalizacji tych grup pacjentów. Do tabeli 17 nie została podana metodologia, według której odcięte zostały dłuższe pobyty (nie jest podana definicja dłuższego pobytu) W SCCS czas hospitalizacji w poszczególnych grupach wyglądają następująco: E43 - 3,95 osobodnia, E46 4,63 osobodnia, E47 5,22 osobodnia, E48 3,74 osobodnia i wynikają ze stanu klinicznego pacjentów, którzy leczeni są w szpitalu o najwyższym poziomie referencyjnym. Oczywistym wydaje się fakt, że dłuższy czas hospitalizacji wynika z profilu chorych leczonych w SCCS o czym wspominamy także szerzej w kolejnej grupie uwag dotyczącej kosztów diagnostyki leczonych pacjentów. W obu przypadkach podkreślamy znaczenie i zobowiązania szpitala "referencyjnego", a więc gotowość do leczenia najtrudniejszych chorych, często przekazywanych ze szpitali o niższym stopniu referencyjności, o mniejszych możliwościach diagnostycznych i terapeutycznych.
		Str. 43 tabela 19	W Raporcie nie podano metodologii wyliczania kosztów infrastruktury, określenie "doliczono koszty infrastruktury anestezjologii" nie wnosi informacji, ponieważ nie znamy składowych tego kosztu. Wymagania NFZ w zakresie posiadania infrastruktury wymaganej do wykonywania świadczeń dla szpitala klinicznego o najwyższym poziomie referencyjnym generuje wysokie koszty amortyzacji, serwisowania, napraw, konserwacji, dzierżawy urządzeń medycznych. Znowu należy podkreślić, że koszty infrastruktury związane również z wyposażeniem w nowoczesne systemy ablacji, wykorzystywanie nowoczesnych algorytmów opartych o badania obrazowe wysokiej jakości są związane niewątpliwie ze

Lp.	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag
			zwiększeniem skuteczności i bezpieczeństwa procedur zabiegowych. Koszty te niewątpliwie znów dotyczą szpitali o najwyższym stopniu referencji. Należy także wziąć pod uwagę koszty pośrednie: podatki, ubezpieczenia, wynagrodzeń z pochodnymi pozostałego personelu, utrzymanie czystości, pranie, utylizację odpadów, ochronę, media, szkolenia pracowników, sterylizację, materiał dezynfekcyjne, utrzymanie apteki, gazy medyczne, materiały biurowe. Przedstawiona w Raporcie analiza danych nie odnosi się do czasu trwania procedury, który jest niezwykle istotny dla prawidłowej wyceny kosztu infrastruktury. W SCCS średnie czasy trwania procedur z poszczególnych grup wynoszą odpowiednio: E43 = do 90 do 210 minut; E46 = 210 minut; E47 = 210 minut; E47 = 210 minut. W SCCS koszt 1 minuty infrastruktury w sierpniu 2025 w pracowni Elektrofizjologii wynosi 34,1983 zł nie ma zatem możliwości, aby koszt infrastruktury kształtował się na poziomie wskazanym w Raporcie, co będzie dla SCCS kolejnym elementem przynoszącym stratę.
		Str. 47	Wskazano cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,95 zł. Począwszy od 1.09.2025 r. Zarządzeniem Prezesa NFZ szpitalom klinicznym lub realizujących zadania dydaktyczne w porozumieniu z uczelniami medycznym odebrano współczynnik 1.1 dla świadczeń z zakresu kardiologii. Tym samym wycena procedur ablacji dla naszego Szpitala została już obniżona o 10%, czyli faktyczna obniżka wynosi odpowiednio -25,4%, -22,8%, -24,9% oraz -26,6%. Dotyczyć to będzie wszystkich szpitali referencyjnych co, jak podkreślamy wcześniej, zwłaszcza te najważniejsze jednostki szpitalne stawia w bardzo trudnej sytuacji finansowej. Ponadto w przypadku, kiedy rzeczywiste koszty leczenia pacjenta spełniają kryteria rozliczenia za zgodą płatnika NFZ nigdy nie płaci pełnych poniesionych kosztów leczenia wpisanych do składanego wniosku tylko bezpodstawnie obniża płatność do wysokości 60% poniesionych kosztów rzeczywistych, co regularnie naraża SCCS na straty.
2.	prof. dr hab. n. med. Waldemar Banasiak (konsultant krajowy w dziedzinie kardiologii); prof. dr hab. n. med. Oskar Kowalski (SCCS); prof. dr hab. n.	Str. 39 tabela 15	Wyliczona przez AOTMiT dynamika wzrostu przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto w opiece zdrowotnej nie obejmuje wzrostu wynagrodzeń z roku 2025 mimo, że dane zbierane były w sierpniu a zatem dynamika przeciętnego wynagrodzenia była znana, brakuje zatem danych za okres od stycznia do końca sierpnia 2025 r. Ponadto, podobnie jak w NFZ, uwzględnione zostały wyłącznie koszty wzrostu wynagrodzeń zasadniczych bez pochodnych. Dynamika kosztów wynagrodzeń za lipiec i sierpień 2025 wynosi 15,6%, podczas, gdy wartość ryczałtu PSZ wzrosła o 3,5% - te dane wymagają uwzględnienia.
		Str. 41 tabela 16 i 17	W kalkulacji kosztów pobytu nie zostały uwzględnione koszty osobodnia oddziału Intensywnego nadzoru kardiologicznego, mimo że większość pacjentów jest w nich hospitalizowanych choćby ze względu na przeprowadzanie zabiegu w znieczuleniu ogólnym nie wspominając o wielochorobowości, powikłaniach i towarzyszących stanach klinicznych wymagającym intensywnego nadzoru. W SCCS koszt osobodnia w oddziale kardiologii w lipcu 2025 wynosił 1958,23 zł, a w oddziale Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego 4085,63 zł (kwota ponad dwukrotnie wyższa) co oznacza niemożliwość finansowania kosztów przez

Lp.	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag
	med. Adam Sokal (SCCS); prof. dr hab. n. med. Dariusz Jagielski (4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SPZOZ we Wrocławiu)		przychody proponowane w nowej wycenie. Wskazany w projekcie czas hospitalizacji daleko odbiega od rzeczywistego dla tych grup pacjentów. Do tabeli 17 nie została podana metodologia, według której odcięte zostały dłuższe pobyty (nie jest podana definicja dłuższego pobytu ani częstości występowania powikłań oraz odsetka pacjentów z wielochorobowoscią) W SCCS czas hospitalizacji w poszczególnych grupach wyglądają następująco: E43 - 3,95 osobodnia, E46 4,63 osobodnia, E47 5,22 osobodnia, E48 3,74 osobodnia i wynikają ze stanu klinicznego pacjentów, którzy leczeni są w szpitalu o najwyższym poziomie referencyjnym. Założenie krótszych okresów hospitalizacji w tej grupie pacjentów skutkować będzie zaniżeniem rzeczywistych kosztów procedury, Oczywistym wydaje się fakt, że dłuższy czas hospitalizacji wynika z profilu chorych leczonych w SCCS o czym wspominamy także szerzej w kolejnej grupie uwag dotyczącej kosztów diagnostyki leczonych pacjentów. W obu przypadkach podkreślamy znaczenie i zobowiązania szpitala "referencyjnego", a więc gotowość do leczenia najtrudniejszych chorych, często przekazywanych ze szpitali o niższym stopniu referencyjności, o mniejszych możliwościach diagnostycznych i terapeutycznych.
		Str. 42 tabela 18	Koszty diagnostyki dla poszczególnych grup nie są aktualne nawet dla roku 2023. W SCCS dla grupy E43 = 1226,41 zł, dla grupy E46 = 1263,66 zł, dla grupy E47 = 1774,81 zł, dla grupy E48 = 1459,67 zł i to kolejny punkt, w którym proponowana wycena odbiega od rzeczywistych kosztów diagnostyki w SCCS uzasadnioną stanami klinicznymi pacjentów. Podkreślić należy również w tym zakresie tematycznym, że populacja pacjentów leczonych w SCCS (zapewne podobnie, jak w innych tego typu szpitalach klinicznych) obejmuje pacjentów z wielochorobowością, chorych z zespołem kruchości. Możliwość prowadzenia "celowanej" w jeden typ procedury medycznej hospitalizacji jest w tym wypadku niemożliwa lub wiązałaby się z koniecznością mnożenia kolejnych, co jest niewątpliwie znacznie gorszą opcją, zarówno dla pacjentów jak i sumarycznych kosztów leczenia. Podkreślam, że proponowana zmiana wyceny procedur będzie skutkowała szczególnie dotkliwymi zmianami finansowymi dla szpitali dotychczas uznawanymi za szpitale najwyższym stopniu referencyjności. Jednocześnie zwraca to uwagę na znaczenie likwidacji korzystnego dla takich szpitali lepszego współczynnika płatności. Sugeruje to konieczność powrotu do analizy jego działania i wznowienie dla wybranych szpitali klinicznych o największym znaczeniu dla poziomu bezpieczeństwa zdrowotnego chorych w danym regionie.
		Str. 43 tabela 19	W Raporcie nie podano metodologii wyliczania kosztów infrastruktury, określenie "doliczono koszty infrastruktury anestezjologii" nie wnosi informacji, ponieważ, nie znamy składowych tego kosztu. Nie są więc uwzględnione koszty osobowe, mogące znacząco różnić się pomiędzy poszczególnymi szpitalami, nie zostały także wyspecyfikowane koszty materiałów zużywalnych, amortyzacji sprzętu i koszty infrastrukturalne z tym zakresie. Nie pozwala to zatem na realną ocenę rzetelności tych szacunków. Wymagania NFZ w zakresie posiadania infrastruktury wymaganej do wykonywania świadczeń dla szpitala klinicznego o najwyższym poziomie referencyjnym generuje wysokie koszty amortyzacji, serwisowania,

Lp.	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag
			napraw, konserwacji, dzierżawy urządzeń medycznych. Znowu należy podkreślić, że koszty infrastruktury związane również z wyposażeniem w nowoczesne systemy ablacji, wykorzystywanie nowoczesnych algorytmów opartych o badania obrazowe wysokiej jakości są związane niewątpliwie ze zwiększeniem skuteczności i bezpieczeństwa procedur zabiegowych. Koszty te niewątpliwie znów dotyczą szpitali o najwyższym stopniu referencji. Należy także wziąć pod uwagę koszty pośrednie: podatki, ubezpieczenia, wynagrodzeń z pochodnymi pozostałego personelu, utrzymanie czystości, pranie, utylizację odpadów, ochronę, media, szkolenia pracowników, sterylizację, materiał dezynfekcyjne, utrzymanie apteki, gazy medyczne, materiały biurowe. Nie są także uwzględnione koszty aktualizacji oprogramowania, koszty modernizacji systemów teleinformatycznych wynikające z koniecznej cyfryzacji szpital, które w najbliższych latach będą ponoszone w sposób systematyczny.
3.	Aleksandra Staszkiewicz - Kierownik Działu Dział Rozliczeń Usług Medycznych Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku	Koszt procedur medycznych, produktów leczniczych, wyrobów medycznych	Jak czytamy w raporcie: "Dane dotyczące wyrobów medycznych zostały zweryfikowane pod kątem kompletności kosztów oraz rodzaju materiałów stosowanych podczas zabiegów ablacji. Na tej podstawie poproszono ekspertów klinicznych o przeanalizowanie częstotliwości i ilości stosowania poszczególnych wyrobów medycznych w ramach grup JGP. W oparciu o zgromadzone informacje oraz rekomendacje ekspertów dokonano stosownych korekt, które uwzględniają dynamiczny rozwój technologii, ze szczególnym naciskiem na ablację prądem pulsacyjnym. Technologia ta stanowi innowacyjne i korzystne rozwiązanie dla pacjentów, gdyż charakteryzuje się wysokim profilem bezpieczeństwa, poprawia komfort leczenia oraz umożliwia skrócenie czasu hospitalizacji i szybszy wypis ze szpitala". W imieniu Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku dodatkowo należy wziąć pod uwagę następujące czynniki wpływające na koszty ablacji w nadchodzących latach: 1.wzrost kosztów sprzętu do wykonywania ablacji w 2026 w porównaniu do 2025; 2.wzrost kosztów wynikający z postępu technologicznego w mapowaniu i ablacji; 3.wzrost kosztów wynikający z wprowadzania nowej technologii ablacji – elektroporacja. W ocenie UCK koszty wyrobów medycznych uwzględnione w nowej wycenie świadczeń mogły zostać niedoszacowane. W załączeniu szczegółowa wycena kosztów wyrobów medycznych wraz z informacją o jej wysokości w 2026 r. Z załączonych danych wynika, że koszty samego podstawowego sprzętu jednorazowego do wykonania ablacji w UCK w Gdańsku w najbliższym roku (2026) wzrosną w porównaniu do roku 2025 (objęty oceną Raportu AOTMiT) od 20 do 90%, co przełoży się na wzrost kosztu pojedynczej procedury ablacji tylko z tego powodu nawet o 11 340 PLN.
4.	Jolanta Hałczyńska - Kierownik Działu Kontraktowania Świadczeń		W odpowiedzi na projekt zmiany taryfy dotyczącej procedury ablacji, przedstawiamy stanowisko Górnośląskiego Centrum Medycznego im. prof. Leszka Gieca Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, który realizuje zarówno działalność leczniczą, jak i dydaktyczną w zakresie kształcenia lekarzy. Proponowana zmiana wyceny procedury ablacji budzi poważne zaniepokojenie w świetle ostatnich decyzji systemowych, które łącznie mają realny wpływ na możliwość zapewnienia odpowiedniego poziomu jakości i ciągłości tego świadczenia. Do dnia 31 sierpnia 2025 r. ośrodki kliniczne prowadzące kształcenie przeddyplomowe i podyplomowe lekarzy, działające m.in. w strukturze uczelni medycznych, realizowały

Lp.	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag
	Zdrowotnych i Statystyki Górnośląskie Centrum Medyczne im. prof. Leszka Gieca Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach		świadczenia w zakresie kardiologii – w tym ablacje – z zastosowaniem współczynnika korygującego 1,1 (na podstawie § 17 ust. 3 zarządzenia nr 37/2024/DSOZ Prezesa NFZ). Współczynnik ten częściowo kompensował dodatkowe obciążenia organizacyjne oraz finansowe związane z prowadzeniem działalności dydaktycznej, przy jednoczesnym utrzymywaniu wysokiej jakości i dostępności świadczeń dla pacjentów. Z dniem 1 września 2025 r., na mocy zarządzenia nr 76/2025/DSOZ, przepis ten został uchylony, co oznacza, że świadczenia takie jak ablacja, realizowane przez ośrodki prowadzące kształcenie lekarzy, zostały pozbawione systemowego wsparcia finansowego, mimo że ich organizacja i rola w systemie nie uległy zmianie. W tym kontekście szczególnie niepokojąca jest propozycja dalszego obniżenia taryfy za procedurę ablacji. W zestawieniu z niedawną likwidacją współczynnika 1,1, planowana zmiana może znacząco ograniczyć możliwości: • prowadzenia niezbędnych inwestycji w sprzęt i infrastrukturę, • rozwijania programów kształcenia i szkolenia zespołów zabiegowych, • zapewnienia odpowiednich warunków do realizacji procedur wymagających wysokiego poziomu kompetencji klinicznych. Należy podkreślić, że ośrodki akademickie pełnią istotną rolę nie tylko jako świadczeniodawcy, ale również jako zaplecze edukacyjne i eksperckie całego systemu ochrony zdrowia. Zmiany wycen powinny zatem uwzględniać ich szczególny charakter i znaczenie. W naszej ocenie proponowana zmiana taryfy ablacji powinna zostać ponownie przeanalizowana z uwzględnieniem: • specyfiki ośrodków uniwersyteckich i ich roli w kształceniu kadry medycznej, • braku już obowiązującego współczynnika korygującego 1,1, • konieczności zachowania standardów jakości i bezpieczeństwa w procedurach wysokospecjalistycznych. Zbyt głęboka korekta taryfy, przy jednoczesnym wycofaniu wcześniej funkcjonujących narzędzi wspierających (jak współczynnik 1,1), może prowadzić do stopniowego ograniczania możliwości rozwoju tych procedur w ośrodkach pełniących kluczową funkcję w systemie opieki zdrowotnej i edukacji medycznej. Apelujemy o uwzględnienie w procesie ustalania taryfy nie tylko aspektów ekonomicznych, ale także systemowych – w szczególności roli, jaką ośrodki akademickie odgrywają w zapewnianiu dostępu do nowoczesnych, skutecznych i bezpiecznych metod leczenia, takich jak ablacja.
5.	Boston Scientific Marta Bratek Health Economics & Market Access	Str. 15 i 17 rysunek 6	Analizując liczbę i wartość świadczeń związanych z ablacjami kardiologicznymi w latach 2020–2024, pragniemy zwrócić uwagę na istotne czynniki mające wpływ na interpretację przedstawionych w raporcie danych: • Rok 2020 – pandemia COVID-19. W 2020 r. pandemia koronawirusa istotnie ograniczyła dostępność świadczeń, w tym ablacji, zatem rok 2020 nie powinien być traktowany jako reprezentatywny w analizach dotyczących dynamiki wzrostu liczby procedur ablacyjnych. Wzrost w 2021–2022 w dużej mierze odzwierciedla powrót do standardowej aktywności i lata te powinny stać się latami bazowymi do wyznaczenia trendu. • Krajowa Sieć Kardiologiczna

Lp.	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag
			W latach 2023–2024 procedury E43, E46, E47, E48 były objęte bezlimitowym finansowaniem w ramach KSK, co w istotnym stopniu zwiększyło liczbę raportowanych ablacji (większa dostępność i rozliczalność). Można zatem stwierdzić, że wzrost liczby świadczeń w latach 2023–2024 nie odzwierciedla wyłącznie naturalnego trendu klinicznego i wymaga jednoznacznego oznaczenia wpływu KSK.
		Str. 18, 20-22, 24 rysunek 11 tabela 7	Migotanie przedsionków (AF) występuje w postaciach napadowej, przetrwałej i utrwalonej; jest najczęstszą arytmią i jedną z najmniej przewidywalnych. Leczenie AF nie ogranicza się wyłącznie do izolacji żył płucnych - PVI. W praktyce klinicznej konieczny bywa szerszy zakres interwencji, obecnie również z wykorzystaniem zaawansowanych systemów trójwymiarowego mapowania i nawigacji, a także nowych technologii (np. przywołana raportem ablacja polem pulsacyjnym). Wraz ze wzrostem odsetka chorych z AF przetrwałym i utrwalonym coraz częściej stosuje się strategie „PVI-plus" – tj. PVI z dodatkowymi aplikacjami w obrębie lewego przedsionka – co wymaga lepszego obrazowania i bardziej złożonych technik ablacyjnych. Istotne obniżenie poziomu taryfy dla grupy E48 w praktyce ogranicza dostępność do wykorzystywania nowoczesnych metod (w tym rozwiązań w fazie rozwoju i badań klinicznych dedykowanych leczeniu AF), zwłaszcza u pacjentów z AF przetrwałym i utrwalonym.
6.	prof. dr hab. n. med. Krystian Wita (śląski konsultant wojewódzki w dziedzinie kardiologii)		"Nie wnoszę uwag, brak pytań i wątpliwości."