

Świadczenia gwarantowane obejmujące leczenie chorób żeńskiego układu rozrodczego (WT.521.4.2019) – uwagi do raportu

Lp.	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag
1.	prof. dr hab. n. med. Mariusz Bidziński	Str. 7 tab. 1	Diagnozowanie raka szyjki macicy to nie RTG klatki piersiowej a koniecznie KT klatki piersiowej. Dalej KT jamy brzusznej i RM miednicy (Bręborowicz 2016 jest nieaktualny, rekomendacje PTGO, PTO to KT i MR). To samo dotyczy raka trzonu macicy Rak jajnika KT trzech obszarów obligatoryjnie: miednica, jama brzuszna i klatka piersiowa. Rak sromu jak wyżej w diagnostyce raka jajnika.
		Str. 42 tabela11	Tu podane są dodatkowe wartości chemioterapii i programów lekowych i radioterapia jako rozliczane wraz ze świadczeniem podstawowym a tego nie możemy sumować.
		Str. 54 tabela 13	Prezentuje realizację procedur kierunkowych w roku 2023 z sekcji M nie wykazując żadnych procedur z grup 57.883; 57.884; 57.885; 57.886; 57.887; 57.888; 57.889 czy 70.72; 70.73; 70.74; 70.75 zatem po co je przenosić do grupy M01 z M02. To samo dotyczy procedury 69.42 która ma być przeniesiona z M14 do M01. Również nie była sprawozdawana a zatem czy ten zabieg jest wykonywany. Takie przeniesienie zwiększa potencjalnie liczbę zabiegów M01 co w prognozowaniu może powodować propozycję obniżenia stawki za M01 o 9,8%.
		Str. 128 tabela 42	Błędy w niej wykazane: w kolumnie 1 M01 Kompleksowe zabiegi dolnej części układu rozrodczego bez powikłań raz znajduje się w części Dolne części układu rozrodczego a następnie w Górnej części układu rozrodczego.
		Str. 97	Do grupy M11 zaliczyłbym jedynie N80.4 i N80.5 Pozostałe N wymienione to M12
			Dodatkowo postuluję zmianę sposobu rozliczania świadczeń związanych z leczeniem chorych na raka jajnika, jajowodu i otrzewnej w zaawansowanym stadium (w stopniu zaawansowania III lub IV wg FIGO), poprzez zastosowanie przeliczników za każdą kolejną resekcję (np. resekcja przednia odbytnicy, resekcje odcinkowe jelit, splenektomia, omentektomia, limfadenektomia) - w procedurze M11 dodatkowo współczynnik 0,2 od wartości każdej dodatkowej procedury.
2.	prof. Artur Jakimiuk		AOS: Zróżnicowanie wyceny procedury 68.12 (histeroskopia diagnostyczna) i 69.59 (inne aspiracyjne łyżeczkowanie macicy). W propozycji obie procedury wycenione są jednakowo- 806 pkt. Procedura 68.12 dostarcza więcej danych klinicznych poprzez bezpośrednią wizualizację jamy macicy, jest też bardziej kosztochłonna (amortyzacja i sterylizacja sprzętu). Propozycja: 68.12- 906 pkt. 69.59- 706 pkt.

Lp.	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag
			Lecznictwo szpitalne: Przeniesienie procedury 69.223 (sfałdowanie więzadeł macicznych) z grupy M14 do M13 (podobnie jak op. Fothergilla).
			Nielikwidowanie produktu 5.52.01.0001503- zabiegi w zaburzeniu statyki narządu rodnoego z użyciem mat. syntetycznego tylko włączenie go do grupy M12 lub podział na zabiegi pochwowe- włączenie ich do grupy M02 i zabiegi brzuszne- włączenie ich do grupy M12. Uzasadnienie: w tej kategorii można rozliczyć procedury takie jak sakropeksja, podwieszenie macicy do więzadeł kolcowo krzyżowych czy operacje pochwowe z użyciem siatek polipropylenowych. Są to procedury skuteczne ale kosztochłonne (koszty materiału syntetycznego, dodatkowe oprzyrządowanie chirurgiczne) i czasochłonne. Do tej pory rozliczane były w grupie M02, lecz ze względu na skuteczność i kosztochłonność powinny być lepiej wycenione niż np. procedura 70.50 -Plastyka przednia i tylna pochwy.
3.	prof. dr hab. n. med. Ewa Barcz		1. wg proponowanych tariff w grupie M02 znajdują się procedury, których wykonanie wiąże się z drastycznymi różnicami w kosztach ponoszonych przez świadczeniodawcę oraz wymagają szczególnych umiejętności i doświadczenia - jest to procedura 70.77 podwieszenie i umocowanie pochwy. Procedura ta wykonywana jest w rozpoznaniu N81.2, N81.3, N81.5 i wykonywana jest z dostępu laparoskopowego lub pochwowego. Procedura ta w większości przypadków wymaga użycia materiałów wszczepialnych (syntetycznych) zarówno przy podwieszeniu laparoskopowym jak i pochwowym. Koszty materiałów syntetycznych oscylują w granicach od 2-4 tys. złotych (w zależności od rodzaju defektu statyki) plus dodatkowo wymagają kosztownego sprzętu laparoskopowego i używanego w procedurach pochgowych. W związku z powyższym wykonywanie ich w grupie M02 (jak dotychczas) prowadzi do redukcji tych procedur na korzyść innych z grupy M02, które w przypadkach rozpoznań wymienionych powyżej nie przynoszą korzyści klinicznej i generują koszty w postaci konieczności wykonywania kolejnych procedur chirurgicznych. W mojej praktyce klinicznej obserwuję rosnącą liczbę pacjentek po przeprowadzonych procedurach z grupy M02 (poza 70.77), które wymagają kolejnego zabiegu (wielokrotnie wynika to z faktu unikania stosowania procedury 70.77 z powodu jej kosztochłonności). W związku z powyższym proszę o rozważenie przeniesienia procedury 70.77 z użyciem materiału wszczepialnego w rozpoznaniach N81.2, N81.3, N81.5 do grupy M01, podobnie jak ma to miejsce w przypadku przetok. 2. jednocześnie informuję, że procedura „zabiegi w zaburzeniach statyki narządu rodnoego z użyciem materiału syntetycznego” przez większość świadczeniodawców rozliczana jest z kodu 70.77 (stad najprawdopodobniej jej niska realizacja w statystykach) ze względu na fakt, że opis procedury w lepszy sposób opisuje wykonany zabieg. jednocześnie informuję, że koszt materiałów syntetycznych w zaburzeniach statyki (jak wspomniano wyżej) wynosi od 2-4 tysięcy złotych, i dwukrotnie przekracza koszt taśm podcewkowych w związku z tym włączenie tej procedury do M05 spowoduje całkowite zniknięcie jej z wykonania.

Lp.	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag
4.	lek. med. Michał Jankiewicz		1 utrzymanie produktu 5.52.01.0001503 Zabiegi w zaburzeniu statyki narządu rodneg z użyciem materiału syntetycznego w ramach katalogu produktów odrębnych lecz z wyższą wyceną. Uzasadnienie: - proponowana likwidacja wyżej wymienionej procedury z równoległym jej finansowaniem w ramach JGP M05 <i>Zabiegi w nietrzymaniu moczu</i> powoduje niedoszacowanie kosztowe zabiegów w zaburzeniach statyki narządu rodneg z użyciem materiału syntetycznego. Proponowana wycena grupy M05 na poziomie 4543 pkt (8268,26 zł) mająca być podstawą wyceny produktu 5.52.01.0001503 jest nieadekwatnie niska biorąc pod uwagę rozległość zabiegu operacyjnego, czasu trwania hospitalizacji, konieczność użycia i amortyzacje specjalistycznego sprzętu medycznego (wysokiej klasy laparoskop, narzędzie ułatwiające tunelizację pozaotrzewnową- np. Miya-Hook, tackery lub imadła laparoskopowe) a także zakup samego materiału syntetycznego, który stanowi istotny koszt tej procedury. - włączenie wyżej wymienionej procedury do grupy M05 poza oczywistym merytorycznym błędem (to dwie osobne jednostki chorobowe, które choć czasem występują jednocześnie nie powinny, poza nielicznymi wyjątkami być jednocześnie korygowane) powoduje zrównanie stosunkowo łatwej i szybkiej procedury jaką jest założenia taśmy podcewkowej z takimi procedurami jak: fiksacja macicy lub pochwy do promontorium drogą laparoskopową oraz wszczepienia siatki typu MESH od strony pochwy z fiksacją do więzadeł krzyżowo maciczych. Zarówno fiksacja do promontorium drogą laparoskopową jak i fiksacją do więzadeł krzyżowo maciczych są procedurami dużo bardziej kosztochłonnymi ze względu na konieczność użycia dodatkowego sprzętu medycznego (systemów do implementacji siatek metodą przewlekania oraz mocowania do więzadeł krzyżowo maciczych oraz zakup samego materiału) oraz rozległość zabiegu operacyjnego. Również koszt materiału syntetycznego w przypadku zaburzeń statyki, jest znacznie wyższy w porównaniu z kosztem materiału syntetycznego stosowanego w przypadku nietrzymania moczu, co sprawia, iż nie można stosować jednego finansowania tych procedur - projekt taryf zakłada przeniesienie takich procedur z grupy M14 do grupy M13 jak przyszcicie macicy do powłok brzusznych oraz operację Menchesterską (Fathergilla). Zmiana ta powoduje iż operacja Menchesterska wyceniona będzie na 6317 punktów (11 496,94 zł) co w porównaniu z proponowaną wyceną zabiegów w zaburzenia statyki narządu rodneg z użyciem materiału syntetycznego na poziomie 4543 punktów czyli 8268,26zł (w przypadku jej przeniesienia do grupy M05) jest kosztowo nieadekwatne. Zabiegi w zaburzeniu statyki narządu rodneg z użyciem materiału syntetycznego w porównaniu z operacją Menchesterską są bardziej kosztochłonne ze względu na konieczność zakupu materiału syntetycznego oraz cechują się większą rozległością i dłuższą hospitalizacją. Niska realizacja procedury 5.52.01.0001503 podana jako argumentacja do zmiany w projekcie taryfy wynika z jej aktualnie niskiej wyceny w porównaniu z wysoką ceną zakupu materiału syntetycznego i nie powinna być brana jako argument za włączenie jej do grupy M05 W związku z powyższymi proponuje:

Lp.	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag
			Utrzymanie grupy 5.52.010001503 z równoczesnym podniesieniem jej wyceny do około 8242 punktów czyli 15 000,44 zł. Punktacja ta znajduje się pomiędzy wyceną grupy M13 (w której znajdują się takie procedury jak 65.26 wyluszczenie guza jajnika jednostronne lub 65.49 jednostronne usunięcie jajnika i jajowodu) a grupą M12 (gdzie znajduje się np. procedura jak 68.51 wycięcie macicy drogą pochwową w asyście laparoskopowej). Biorąc pod uwagę powyższe argumenty logicznym jest, iż zabiegi w zaburzeniu statyki narządu rodowego z użyciem materiału syntetycznego są bardziej kosztochłonne niż wyżej wymienione zabiegi z grupy M13 (procedura 65.25; 65.49) a mniej kosztochłonne niż zabiegi z grupy M12 (procedura 68.51) co przemawia za zaproponowaną wyceną.
			2. Projekt taryfy obniża wycenę grupy M11 kompleksowe zabiegi górnej części układu rozrodczego bez pw w skład której wchodzi takie procedury jak 68.61 zmodyfikowane radykalne wycięcie macicy, 68.62 operacja Wertheima, 68.71 Laparoskopowe radykalne wycięcie macicy drogą pochwową czy 68.8 wytrzewienie miednicy małej. Z niezrozumiałych powodów projekt taryf obniża aktualną wycenę aż o 21,32 procenta czyli o 6355,44 zł. Propozycja ta dziwi, szczególnie w tego typu operacjach, które ze względu na swą rozległość wymagają specjalistycznego, kosztownego, jednorazowego sprzętu jak: narzędzia służące do jednoczasowej koagulacji i cięcia tkankowego (narzędzia wykorzystujące bipolarny system zamykania naczyń z mechanicznym ich przecięciem jak np. LigaSure, ultradźwięki jak np. nóż harmoniczny lub łączące obie te metody jak np. Thunderbeat) Narzędzia te są na chwilę obecną standardem w tego typu operacjach, istotnie zwiększając bezpieczeństwo pacjenta przez zmniejszenie ryzyka krwawienia oraz uszkodzenia tkankowego a także znacznie skracając czas operacji. Zapewnienie bezpieczeństwa oraz minimalizacja powikłań śródoperacyjnych wymusza zakup dodatkowych sprzętów i materiałów medycznych jak plazma argonowa, klipsownice, tlenowane celulozy, kolagenowe gąbki hemosatyczne, fibrynowe kleje i maty a także konieczność zakupu specjalistycznych leków jak np. rekombinowany czynnik VIIa, fibrynogen czy koncentrat protrombinowy. Tendencja do jednorazowych narzędzi oraz troaków staje się na chwilę obecną standardem w zabiegach operacyjnych. Przekłada się to znacząco na koszty zabiegów operacyjnych, które wzrastają z roku na rok szczególnie biorąc pod uwagę inflację która średnio w Polsce wynosi ok. 4,8% rocznie. Rozległość zabiegów operacyjnych szczególnie wśród pacjentów onkologicznych powodują iż opieka medyczna wymaga dodatkowych procedur medycznych oraz śródoperacyjnej współpracy wielodyscyplinarnej. Operacje te cechują się również zwiększonym ryzykiem powikłań, dłuższym czasem hospitalizacji oraz niejednokrotnie koniecznością czasowego pobytu pacjentka na Oddziale Intensywnej Terapii. Zużycie materiałów jest w tych operacjach znacząco większe a konieczność zapewnienia pełnego zaplecza anestezjologicznego i monitoringu śródoperacyjnego wymusza dodatkowe koszty. Również opieka pooperacyjna jest dłuższa, wiąże się ze zwiększonym ryzykiem powikłań (przetoki, zakażenia, niedrożności) a także wymusza zaangażowania interdyscyplinarnego zespołu lekarskiego oraz zwiększonego zużycia środków pielęgniarstwa i niejednokrotnie drogich leków (antybiotyki, leki hemostatyczne, żywienie pozajelitowe).

Lp.	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag
			Nie bez znaczenia pozostaje fakt tzw. kosztów stałych, jakie każdy szpital ponosi na utrzymanie sali operacyjnej w tym kosztów za prąd wodę i gaz, co w obecnych czasach stanowi istotne obciążenie finansowe (w ostatnich 5 latach wzrost cen prądu wyniósł od 100-400%). Istotnym podkreślenia jest fakt, iż operacje te ratują i przedłużają pacjentom życie a prawidłowe ich finansowanie istotnie wpływa na jakość opieki zarówno przed, wśród jak i pooperacyjnej. Biorąc po uwagę powyższe finansowanie grupy M11 powinno pozostać minimum na obecnym poziomie lub wyższym.
			3. Finansowanie grupy M12 obejmujące zabiegi operacyjne stosowane w terapii nowotworów złośliwych trzonu macicy, szyjki oraz jajnika powinny zostać podwyższone o ok. 20 procent biorąc pod uwagę argumenty wymienione dla grupy M11 w tym: • koszty sprzętu medycznego zapewniającego bezpieczeństwo operacji (np.: narzędzia koagulująco-trące, wysokiej jakości sprzęt laparoskopowy, detekcja węzłów chłonnych wartowniczych) • użycie sprzętu medycznego jednorazowego użytku • koszty leków oraz środków hemostatycznych • inflację (średnio 4,8% - średnia roczna inflacja w Polsce) • konieczność interdyscyplinarnej opieki • niejednokrotnie długotrwałą hospitalizację • zwiększone ryzyko powikłań (infekcje, zakażenia, przetoki, niedrożność) • amortyzację sprzętu.
			4. Przeniesienie procedury 65.31 jednostronne usunięcie jajnika laparoskopowo oraz 65.39 jednostronne usunięcie jajnika-inne z grupy M14 do M13, gdyż operacje te zazwyczaj wiążą się z takimi samymi nakładami finansowymi i cechują się taką samą rozległością jak procedura 65.41 jednostronne usunięcie jajnika i jajowodu laparoskopowo zawarta w grupie M13.
			5. Wycena grupy M20 powinna pozostać na tym samym poziomie jak dotychczas ze względu na: wysoki stopień złożoności procedur medycznych co przekłada się na zaangażowanie wielospecjalistycznego zespołu, konieczność użycia specjalistycznego sprzętu oraz wysokie koszty materiałowe. Ponadto stany te cechuje zazwyczaj wydłużona hospitalizacja oraz stosowania dodatkowych środków jak konieczność transfuzji, antybiotykoterapii, żywienia pozajelitowego oraz ponowne zabiegi operacyjne.
5.	Anna Kasproicz	Tabela 39 Projekt taryfy – leczenie szpitalne	Niezrozumiałe jest obniżenie wyceny procedur Kompleksowych Zabiegów w zakresie procedur ginekologicznych: • M01 Kompleksowe zabiegi dolnej części układu rozrodczego bez pw* (zmiana -9,88%) • M11 Kompleksowe zabiegi górnej części układu rozrodczego bez pw * (zmiana -21,32%) • M20 Kompleksowe zabiegi górnej części układu rozrodczego z pw* (zmiana -15,75%)

Lp.	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag
			Proszę o ponowną wycenę świadczeń dla powyższych procedur. Obniżane w Raporcie AOTMiT procedury są podstawowymi zabiegami w zakresie diagnozowania i leczenia nowotworów ginekologicznych. Proponowana zmiana będzie miała bardzo negatywny wpływ na kondycję finansową placówek onkologicznych w naszym kraju, co może skutkować zmniejszeniem dostępności do świadczeń onkologicznych. Zmiany w mniejszym stopniu odczuwają podmioty wielospecjalistyczne, w których realizowane są również pozostałe procedury z zakresu ginekologii i położnictwa. Największy ciężar zmiany poniosą wysokospecjalistyczne szpitale specjalizujące się w diagnostyce i leczeniu chorób nowotworowych. W przypadku Centrum Onkologii w Bydgoszczy wynik finansowy Oddziału Klinicznego Ginekologii Onkologicznej za rok 2024 wynosi -2 074 tys złotych. Zmiana wycen jeszcze pogłębi trudną sytuację finansową oddziału. W przypadku Centrum Onkologii szacowany spadek wartości wykonania wynosi około 1,5 miliona złotych !!!
		Tabela 41 Projekt taryfy dla świadczeń zabiegowych w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej	Bardzo dobrą zmianą jest zwiększenie wyceny świadczeń zabiegowych wykonywanych w warunkach ambulatoryjnych. Jednak z perspektywy pacjenta onkologicznego proponowana zmiana niestety nie jest wystarczająca. Za zmianą wycen procedur zabiegowych nie poszła zmiana wyceny ginekologicznych diagnostyk onkologicznych w ramach Pakietu Onkologicznego. Fakt ten ponownie pomniejsza finansową atrakcyjność realizacji diagnostyki w DiLO (zgodnie z rygorem czasowym Pakietu Onkologicznego) na rzecz realizacji świadczeń zabiegowych poza DiLO). Zmianę wycen w AOS powinno traktować się w sposób kompleksowy dlatego zwracamy się z prośbą o jednoczasową zmianę wyceny ginekologicznych procedur diagnostyki wstępnej i pogłębionej w ramach Pakietu Onkologicznego.
			Dla placówek onkologicznych ważny jest brak wprowadzenia zakresu Kompleksowej Opieki Onkologicznej w zakresie nowotworów onkologicznych – brak zachęty finansowej oraz wskazania placówek zapewniających wyższe standardy diagnostyki i leczenia onkologicznego jest z dużą stratą zarówno dla Pacjentów jak i placówek medycznych.
6.	Adam Maciejczyk	Tabela 39 Projekt taryfy – leczenie szpitalne	Niezrozumiałe jest obniżenie wyceny procedur Kompleksowych Zabiegów w zakresie procedur ginekologicznych: • M01 Kompleksowe zabiegi dolnej części układu rozrodczego bez pw* (zmiana -9,88%) • M11 Kompleksowe zabiegi górnej części układu rozrodczego bez pw * (zmiana -21,32%) • M20 Kompleksowe zabiegi górnej części układu rozrodczego z pw* (zmiana -15,75%) Proszę o ponowną wycenę świadczeń dla powyższych procedur. Obniżane w Raporcie AOTMiT procedury są podstawowymi zabiegami w zakresie diagnozowania i leczenia nowotworów ginekologicznych. Proponowana zmiana będzie miała bardzo negatywny wpływ na kondycję finansową placówek onkologicznych w naszym kraju, co może mieć negatywny wpływ na dostępność do świadczeń onkologicznych. Zmiana w mniejszym stopniu odczuwają podmioty wielospecjalistyczne, w których realizowane są również pozostałe procedury z zakresu

Lp.	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag
			ginekologii i położnictwa. Największy ciężar zmiany poniosą wysokospecjalistyczne szpitale specjalizujące się w diagnostyce i leczeniu chorób nowotworowych. W przypadku DCOPIH szacowany spadek wartości wykonania wynosi około 2,2 miliona złotych !!!
		Tabela 19 Wielkość pozyskanej próby danych w ramach postępowań nr 52, WB2018, WB2019, WB2020, WB2021 – dane medyczno-kosztowe	Nieadekwatna próba pacjentek stanowiąca podstawę wyliczenia nowych tariff w zakresach kompleksowych – grupy: M01 – 18,99% wszystkich procedur z badanego okresu, M11 – 8,52%, M06 – 37,80%, M20 – 24,47%). Mała próba pobytów uczestniczących w zbieraniu danych kosztowych może mieć wpływ na negatywną zmianę wyceny zabiegów kompleksowych w ginekologii. Zwracamy się z prośbą o ponowną wycenę powyższych świadczeń z uwzględnieniem większy procent wykonanych świadczeń w ośrodkach zapewniających świadczenia o najwyższym poziomie referencyjności.
		Tabela 21 Wskaźniki cząstkowe uaktualniające dane do poziomu kosztów świadczeń realizowanych do 30.06.2025 roku	Nieaktualne dane kosztowe: dane kosztowe, na podstawie których przygotowano tariffy, pochodzą z 2019 roku, czyli sprzed 6 lat. Od tego czasu doszło do istotnych zmian w otoczeniu makroekonomicznym i systemowym – wzrostu kosztów osobowych, materiałowych i energetycznych, wywołanych m.in. pandemią COVID-19 oraz wojną w Ukrainie. W międzyczasie zmienił się również standard rachunku kosztów zmieniający kwalifikację poszczególnych kosztów, wprowadzony rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 października 2020 r., który nie został uwzględniony w analizie.
		Tabela 41 Projekt tariffy dla świadczeń zabiegowych w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej	Bardzo dobrą zmianą jest zwieszenie wyceny świadczeń zabiegowych wykonywanych w warunkach ambulatoryjnych. Brak jest jednak kompleksowej wyceny świadczeń ambulatoryjnych, która nie uwzględnia zmiany wyceny procedur ryczałtowych w ramach Pakietu Onkologicznego. Za zmianą wycen procedur zabiegowych nie poszła zmiana wyceny ginekologicznych diagnostyk onkologicznych w ramach Pakietu Onkologicznego. Fakt ten ponownie pomniejsza finansową atrakcyjność realizacji diagnostyki w DiLO (zgodnie z rygorem czasowym Pakietu Onkologicznego) na rzecz realizacji świadczeń zabiegowych poza DiLO. Zmianę wycen w AOS powinno traktować się w sposób kompleksowy dlatego zwracamy się z prośbą o jednoczasową zmianę wyceny ginekologicznych procedur diagnostyki wstępnej i pogłębionej w ramach Pakietu Onkologicznego.
			Brak wdrożenia kompleksowej opieki onkologicznej: raportaryfikacyjny nie uwzględnia także założeń Krajowej Sieci Onkologicznej oraz unitów narządowych, których celem jest promowanie wysokiej jakości leczenia onkologicznego poprzez kompleksową, skoordynowaną opiekę, zgodną z aktualnymi standardami. Brak możliwości rozliczania opieki kompleksowej w przypadku nowotworów ginekologicznych jest niezgodny z tymi założeniami.

Lp.	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag
7.	Iga Magdalena Arcisz	Analiza popytu i podaży - strona 62/149, Projekt taryfy - strona 126/149	Brak propozycji wyceny refundacji znieczulenia. Zasadne jest uwzględnienie krótkotrwałego znieczulenia dla wybranych procedur w ramach Ambulatoryjnych Świadczeń Specjalistycznych. Działanie takie pozwoli na realizację większej ilości procedur w warunkach ambulatoryjnych bez konieczności hospitalizacji pacjentki (co ograniczy koszty i poprawi dostępność).
		Projekt taryfy - strona 122-124	Brak propozycji wyceny refundacji hospitalizacji dla których data przyjęcia = data wypisu oraz hospitalizacji 1 i 2 dniowych. Zasadne jest pozostawienie refundacji krótszych hospitalizacji minimum w proporcjach zastosowanych przy aktualnie obowiązujących wycenach dla tych hospitalizacji.
		Projekt taryfy - strona 124-125	Likwidacja pomostowych współczynników korygujących dla grup M03 <i>Średnie zabiegi dolnej części układu rozrodczego</i> , M04 <i>Małe zabiegi dolnej części układu rozrodczego</i> , M13 <i>Duże zabiegi górnej części układu rozrodczego</i> , M14 <i>Średnie zabiegi górnej części układu rozrodczego</i> , M15 <i>Małe zabiegi górnej części układu rozrodczego</i> . Dodatkowe współczynniki korygujące znacząco podwyższają refundację przedmiotowych grup. Dla grupy M14 <i>Średnie zabiegi górnej części układu rozrodczego</i> raport pokazuje podwyższenie wyceny, gdy w praktyce po usunięciu współczynnika korygującego 1,2 refundacja pozostaje niższa niż aktualnie. Pozostałe powyższe grupy ze względu na usunięcie współczynnika korygującego również mają wycenioną refundację na niższym poziomie niż ujęta w raporcie (jednak jest to zmiana dodatnia).
8.	Anna Magdalena Brylicka	Tabela nr 39 Strona 122/149	Grupa M01 – AOTMiT przyjął niższy koszt osobodnia tj. 1377,96 zł, podczas gdy w NIO PIB koszt osobodnia wynosi 2467 zł. Mimo przyjęcia kosztu osobodni w wysokości wskazanej przez AOTM tj. w wysokości jw., przy założeniu =próg rentowności procedury jest osiągnięty przy max 8 osobodniach. W NIO PIB średni pobyt pacjentów wynosi powyżej 10 osobodni (średnia 10,5). Biorąc pod uwagę powyższe, NIO PIB zawsze będzie generował straty na tych procedurach.
			Grupa M11 - AOTMiT przyjął założenie średniego czasu operacji tj. 4,52 godziny /str.115 raportu/, podczas gdy zdarzają się pacjenci operowani powyżej tego czasu, tj. czas operacji wynosi 5,3 h. Koszt infrastruktury Bloku (tab.32 str. 114/149), AOTM wskazuje na koszt 911,28 zł. Ponadto pacjenci operowani dłużej wiążą się często z powikłaniami a więc wydłużonym czasem pobytu od standardu.
			Grupa M20 – wnosimy o rozważenie podniesienia stawki dla WM i PL oraz PR. W badanej próbie (przekazane dane przez NIO do AOTM tj. księga nr 2018-62-75771 oraz 2019-62-28182 wystąpiły duże koszty związane z w/w zasobami.
		Tabela nr 25 strona 105/149	Średni koszt osobodnia wskazany do wyliczeń przez AOTMiT wynosi ok. 1 200 zł, podczas gdy w NIO 2 467 zł, co stanowi zaniżenie o połowę wartości kosztów mniej. Szacowana strata z tyt. zmiany wycen procedur kompleksowych (na podstawie 2024 r.) wyniesie 866 tys. zł.

Lp.	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag
9.	dr n. o zdr. Michał Chrobot	Tabela 39 Projekt taryfy – leczenie szpitalne	Niezrozumiałe jest obniżenie wyceny procedur Kompleksowych zabiegów w zakresie procedur ginekologicznym: • M01 Kompleksowe zabiegi dolnej części układu rozrodczego bez pw* (zmiana -9,88%) • M11 Kompleksowe zabiegi górnej części układu rozrodczego bez pw * (zmiana -21,32%) • M20 Kompleksowe zabiegi górnej części układu rozrodczego z pw* (zmiana -15,75%) Proszę o ponowną wycenę świadczeń dla powyższych procedur, odrębnie dla oddziałów ginekologii onkologicznej. Obniżane w Raporcie AOTMiT procedury są podstawowymi zabiegami w zakresie diagnozowania i leczenia nowotworów ginekologicznych. Proponowana zmiana będzie miała bardzo negatywny wpływ na kondycję finansową placówek onkologicznych w naszym kraju, co może mieć negatywny wpływ na dostępność do świadczeń onkologicznych. Zmiana w mniejszym stopniu odczują pomioty wielospecjalistyczne, w których realizowane są również pozostałe procedury z zakresu ginekologii i położnictwa. Największy ciężar zmiany poniosą wysokospecjalistyczne szpitale specjalizujące się w diagnostyce i leczeniu chorób nowotworowych, które nie prowadzi położnictwa, ale realizują zabiegi z wykonaniem resekcji wielonarządowych, w przebiegu chorób nowotworowych, szczególnie w leczeniu raka jajnika. W przypadku ŚCO w Kielcach szacowany spadek wartości wykonania wynosi około 2,3 miliona złotych rocznie!
		Tabela 19 Wielkość pozyskanej próby danych w ramach postępowań nr 52, WB2018, WB2019, WB2020, WB2021 – dane medyczno- kosztowe	Nieadekwatna próba pacjentek stanowiąca podstawę wyliczenia nowych taryf w zakresach kompleksowych – grupy: M01 – 18,99% wszystkich procedur z badanego okresu, M11 – 8,52%, M06 – 37,80%, M20 – 24,47%). Mała próba pobytów uczestniczących w zbieraniu danych kosztowych może mieć wpływ na negatywną zmianę wyceny zabiegów kompleksowych w ginekologii. Zwracamy się z prośbą o ponowną wycenę powyższych świadczeń z uwzględnieniem większego procenta wykonanych świadczeń w ośrodkach zapewniających świadczenia o najwyższym poziomie referencyjności. Optymalnym sposobem do wyliczenia taryf byłoby oddzielenie analizy kosztowej dla pobytów zrealizowanych w ramach w/w grup w zakresie ginekologii i położnictwa, od tych, zrealizowanych w zakresie ginekologii onkologicznej (analogicznie do chirurgii onkologicznej, gdzie AOTMiT wskazała o 18% wyższe koszty w ośrodkach onkologicznych, od ośrodków ogólnych).
		Tabela 21 Wskaźniki częstkowe uaktualniające dane do poziomu kosztów świadczeń realizowanych do 30.06.2025 roku	Nieaktualne dane kosztowe: dane kosztowe, na podstawie których przygotowano taryfy, pochodzą z 2019 roku, czyli sprzed 6 lat. Od tego czasu doszło do istotnych zmian w otoczeniu makroekonomicznym i systemowym – wzrostu kosztów osobowych, materiałowych i energetycznych, wywołanych m.in. pandemią COVID-19 oraz wojną w Ukrainie. W międzyczasie zmienił się również standard rachunku kosztów zmieniający kwalifikację poszczególnych kosztów, wprowadzony rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 października 2020 r., który nie został uwzględniony w analizie.

Lp.	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag
		Tabela 41 Projekt taryfy dla świadczeń zabiegowych w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej	Bardzo dobrą zmianą jest zwiększenie wyceny świadczeń zabiegowych wykonywanych w warunkach ambulatoryjnych. Brak jest jednak kompleksowej wyceny świadczeń ambulatoryjnych, która nie uwzględnia zmiany wyceny procedur ryczałtowych w ramach Pakietu Onkologicznego (diagnostyki wstępnej i pogłębionej w AOS). Za zmianą wycen procedur zabiegowych nie poszła zmiana wyceny ginekologicznych diagnostyk onkologicznych w ramach Pakietu Onkologicznego. Fakt ten ponownie pomniejsza finansową atrakcyjność realizacji diagnostyki w DiLO (zgodnie z rygorem czasowym Pakietu Onkologicznego) na rzecz realizacji świadczeń zabiegowych poza DiLO. Zmianę wycen w AOS powinno traktować się w sposób kompleksowy, dlatego zwracamy się z prośbą o jednoczasową zmianę wyceny ginekologicznych procedur diagnostyki wstępnej i pogłębionej w ramach Pakietu Onkologicznego.
			Brak wdrożenia kompleksowej opieki onkologicznej: raport taryfikacyjny nie uwzględnia także założeń Krajowej Sieci Onkologicznej oraz unitów narządowych, których celem jest promowanie wysokiej jakości leczenia onkologicznego poprzez kompleksową, skoordynowaną opiekę, zgodną z aktualnymi standardami. Brak możliwości rozliczania opieki kompleksowej w przypadku nowotworów ginekologicznych jest niezgodny z tymi założeniami.
10.	prof. dr hab. n. med. Michał Ciebiera	Całość raportu	Nie jestem w stanie w raporcie zlokalizować gdzie znajduje się procedura - usunięcie/wyłuszczenie mięśniaka macicy ICD-9: 68.291. Aktualnie jest to procedura M14 co jest skrajnie mylne, ponieważ w wielu przypadkach jest to operacja co najmniej o długości jak i zaangażowaniu personelu i środków jak M13. Przy tego typu procedurach (68.291) używa się często dodatkowych nici, środków hemostatycznych, operacja może trwać w przypadku mnogich zmian znacznie dłużej niż histerektomia, która jest M13. Bardzo apeluję o przeniesienie procedury 68.291 do M13.