

Ryczałty diagnostyczne w onkologicznych programach lekowych (WT.521.13.2017) – uwagi do raportu spełniające wymogi formalne

Lp.	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag
1.	Małgorzata Trofimiuk-Müldner	tabela 7 i 8	Nie uwzględniono kosztów scyntygrafii poterapeutycznej (program B.139 Leczenie pacjentów z nowotworami neuroendokrynnymi układu pokarmowego z zastosowaniem radiofarmaceutyków). Koszt scyntygrafii poterapeutycznej trwającej od 20-30 do 60 minut (na który składają się amortyzacja gammakamery SPECT/CT, koszty personelu, media, etc.) wynosi około 800-1000 PLN (dane uzyskane z Zakładu Medycyny Nuklearnej SU w Krakowie, mogą się różnić w różnych pracowniach MN, w zależności od kosztów własnych zakładów).
2.	Jolanta Kunikowska	Tabela 8 Podsumowanie analizy kosztów dla ryczałtów diagnostycznych w ramach onkologicznych programów lekowych	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z nowotworami neuroendokrynnymi układu pokarmowego z zastosowaniem radiofarmaceutyków – cały cykl terapii (dotyczy 4 infuzji). Koszt dla wariantu II - 884,16 PLN koszt uwzględnia badania labolatoryjne, brak uwzględnienia scyntygrafi poterapeutycznej wykonanej 4 krotne koszt odczytu ok 1500 PLN, czyli w sumie 6000PLN.
		Tabela 9 Projekt taryf dla ryczałtów diagnostycznych w ramach onkologicznych programów lekowych	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z nowotworami neuroendokrynnymi układu pokarmowego z zastosowaniem radiofarmaceutyków – cały cykl terapii (dotyczy 4 infuzji). Koszt dla wariantu II - 884,16 PLN koszt uwzględnia badania labolatoryjne, brak uwzględnienia scyntygrafi poterapeutycznej wykonanej 4 krotne koszt odczytu ok 1500 PLN, czyli w sumie 6000PLN.
3.	Andrzej Kasprzyk	uwagi ogólne	Dodanie do katalogu świadczeń do sumowania w przypadku wariantu II procedur: 1. Założenie wkłucia centralnego 2. Założenia wkłucia typu PICC 3. Założenia wkłucia Gambro 4. Bronchoskopia (diagnostyka infekcji podczas intensywnej terapii ostrych białaczek)
		uwagi ogólne	Dodanie do katalogu świadczeń do sumowania w przypadku wariantu II procedur: 5. Diagnostyka infekcji molekularna (panel pulmonologiczny i neurologiczny) w leczeniu intensywnym ostrych białaczek oraz po przeszczepach szpiku 6. Punkcja łądźwiowa (w leczeniu ostrych białaczek limfoblastycznych i niektórych chłoniaków) 7. Badanie immunofenotypowe (krwi, szpiku kostnego i płynu mózgowo-rdzeniowego) w diagnostyce i monitorowaniu leczenia 8. Badanie cytogenetyczne (nie wiem czy nie będzie wchodzić w zakres badań genetycznych)

		uwagi ogólne	<p>Dodanie do katalogu świadczeń do sumowania w przypadku wariantu II procedur:</p> <p>9. Diagnostyka i leczenie powikłań terapii CAR-T (5.08.08.0000174 i 5.08.08000161) i BiTe (5.08.08.0000073, 5.08.08.000116; + Bite w szpiczaku):</p> <p>CRS (Tocilizumab, anakinra)</p> <p>ICANS</p> <p>Leczenie cytopenii</p> <p>Obecnie refundowana jest sama terapia bez powikłań , a jedynie Gilead zwraca za sam lek (Tocilizumab),ale cała hospitalizacja wchodzi w koszty oddziału</p>
		uwagi ogólne	<p>Dodanie do katalogu świadczeń do sumowania w przypadku wariantu II procedur:</p> <p>10. Badanie histopatologiczne (szpiku, węzła chłonnoego, tkanki) - została uwzględniona sama biopsja, ale już nie ocena pobranego materiału</p> <p>11. Badanie/ocena cytologiczna szpiku, płynu z jam ciała czy tkanki - została uwzględniona sama biopsja ,ale już nie ocena pobranego materiału</p> <p>12. Leczenie powikłań VOD/SOS po alloHSCT, Inotuzumabie ozogamycyny i Gemtuzumabie ozogamycyny (prep. Defibrotyd)</p>
4.	Szymon Skoczeń	<p>Tabela 8 Podsumowanie analizy kosztów dla ryczałtów diagnostycznych w ramach onkologicznych programów lekowych</p> <p>Tabela 9 Projekt taryf dla ryczałtów diagnostycznych w ramach onkologicznych programów lekowych</p>	<p>Gwałtowny, intensywny i dynamiczny przebieg chorób onkologicznych u dzieci uniemożliwia rozliczenie i monitorowanie leczenia tylko w ramach produktów przewidzianych do programów lekowych, hospitalizacja związana tylko z realizacją onkologicznego programu lekowego ma charakter incydentalny. W przypadku leczenia onkologicznego najmłodszych pacjentów należy mieć podejście holistyczne, równocześnie prowadzona jest terapia wielopłaszczyznowa, która uniemożliwia wyodrębnienie pobytów tylko związanych z wykonaniem programu lekowego. Wobec powyższego na onkologicznych programach lekowych dla pacjentów poniżej 18 roku życia wnosimy o:</p> <p>1. dopuszczenie do rozliczenia świadczeń do sumowania z programów lekowych również w ramach hospitalizacji rozliczanych z katalogu JGP (załącznik 1a), katalogu świadczeń odrębnych (załącznik 1b) ZARZĄDZENIA NR 14/2026/DSOZ PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 9 lutego 2026 r. z ewentualnymi późniejszymi zmianami, w przeciwnym wypadku zaproponowane rozwiązanie obniży poziom refundacji dla dzieci, pogłębiając deficyt oddziałów onkologiczno-hematologicznych dla dzieci. Obecnie leki jak i ryczałt za diagnostykę można sumować z hospitalizacją rozliczoną z JGP.</p> <p>2.podniesienie wartości zaproponowanej nowej taryfy dla diagnostyki pozostającej w ryczałcie przedstawionej w tabeli 9 do faktycznie ponoszonych kosztów dla programów lekowych do których dołączono kalkulacje kosztów diagnostyki tj. do 5.08.08.0000140 Diagnostyka w programie leczenia dinutuksymabem beta pacjentów z nerwiakiem zarodkowym współczulnym; 5.08.08.0000178 diagnostyka w programie zapobiegania reaktywacji cytomegalowirusa (CMV) i rozwojowi choroby u seropozytywnych względem CMV pacjentów, którzy byli poddani zabiegowi przeszczepienia allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych – załącznik 1.</p> <p>3. podniesienie wartości wybranych taryf w zakresie świadczeń, które mają zostać wyłączone z ryczałtu do sumowania zgodnie z załącznikiem 2.</p> <p>Bez uwzględnienia powyższych postulatów konsultowana/proponowana zmiana obniży dotychczasowy poziom refundacji pogłębiając deficyt Oddziałów Onkologii i Hematologii dla dzieci.</p> <p>Bez dopuszczenia możliwości sumowania przenikającego się między rodzajami świadczeń (programy lekowe/ leczenie szpitalne)/ katalogami proponowana zmiana będzie miała negatywny wpływ na już niedoszacowane procedury dedykowane pacjentom poniżej 18 r. życia ponieważ pomimo zrealizowanych kosztochłonnych procedur z uwagi na brak możliwości technicznych Oddział nie będzie miał szansy sprawozdania i uzyskania dodatkowego finansowania za zrealizowane, wymagane programem lekowym badania, a badania pozostające w ryczałcie na zaproponowanym poziomie będą poniżej kosztów realizacji jak przedstawiono w załączonych kalkulacjach.</p>
5.	Anna Kasproicz	Rozdział 3 – Taryfikowane świadczenia (str. 12-57)	<p>W raporcie przyjęto uśredniony koszt diagnostyki per pacjent w danym programie lekowym. Metodologia ta nie różnicuje ośrodków ze względu na poziom referencyjności, strukturę kliniczną pacjentów ani udział terapii wieloliniowych. W naszym ośrodku – realizującym szeroki zakres programów wysokospecjalistycznych – rzeczywisty koszt diagnostyki znacząco odbiega od średniej krajowej. Uśrednienie prowadzi do niedoszacowania programów o wysokim udziale badań molekularnych oraz intensywnej diagnostyki obrazowej.</p> <p>Raport nie przedstawia struktury próby badawczej w podziale na poziom referencyjności ośrodków. Brak tej informacji uniemożliwia ocenę reprezentatywności danych dla ośrodków realizujących wysokowolumenowe programy (np. rak płuca). Wnosimy o przedstawienie analizy wrażliwości z podziałem na ośrodki wysokospecjalistyczne i pozostałe.</p>

	Rozdział 4 Projekt taryfy (str. 58-88)	Projekt taryfy nie wyodrębnia kosztów badań molekularnych jako osobnego komponentu. W programach takich jak rak płuca i rak jajnika diagnostyka molekularna (NGS, BRCA, badania genetyczne) stanowi istotną i rosnącą część kosztów. Brak odrębnego finansowania powoduje przeniesienie ryzyka finansowego na świadczeniodawcę, szczególnie w przypadku rozszerzania wskazań i paneli genetycznych.
	1. Tabela 9 Projekt taryf dla ryczałtów diagnostycznych w ramach onkologicznych programów lekowych. – Leczenie chorych na raka płuca (str. 81) 2. Tabela 9 Projekt taryf dla ryczałtów diagnostycznych w ramach onkologicznych programów lekowych.- Leczenie chorych na raka jajnika (str. 82)	1. W symulacji program raka płuca wykazuje spadek finansowania o 37%. Jest to program o najwyższym wolumenie w strukturze naszego ośrodka. Proponowana taryfa nie odzwierciedla rzeczywistej intensywności diagnostyki (powtarzalne TK co 8–12 tygodni, rekwalifikacje, progresje, badania molekularne). Skala redukcji może prowadzić do systemowego niedoszacowania świadczeń. 2. W analizie spadek finansowania diagnostyki w programie leczenia chorych na raka jajnika wynosi 52% (1 rok terapii) oraz 45% (kolejne lata). Program obejmuje długoterminowe monitorowanie oraz obowiązkową diagnostykę genetyczną (BRCA). Ryczałt nie różnicuje kosztów w zależności od czasu trwania terapii ani intensywności monitorowania.
	Rozdział 5 – Analiza wpływu na system opieki zdrowotnej (str. 89-101)	Raport przedstawia globalny wpływ taryfy na poziomie ogólnokrajowym, jednak nie analizuje wpływu na strukturę programową pojedynczych ośrodków. W naszym przypadku globalny wzrost wynosi 2,8%, jednak maskuje istotne niedoszacowanie programów wysokowolumenowych. Wnosimy o analizę wpływu taryfy na strukturę przychodów w ośrodkach referencyjnych.
	Uwagi ogólne	1. Globalny wzrost finansowania w naszym ośrodku (+2,8%) nie kompensuje strat generowanych w programach o najwyższym wolumenie (rak płuca, rak jajnika). Struktura przesunięć wskazuje na nierównomierne rozłożenie skutków regulacji. Wnosimy o ponowną analizę taryf dla programów o najwyższym obciążeniu diagnostycznym. 2. Wprowadzenie mechanizmu wydzielenia kosztów świadczenia kosztochłonnych badań diagnostycznych stanowi istotne wyzwanie dla szpitali, przede wszystkim ze względu na aspekty organizacyjne. Szczególne trudności mogą wynikać z konieczności rozliczania wielu świadczeń realizowanych w ramach programu lekowego, co wymaga precyzyjnego nadzoru administracyjnego i adaptacji dotychczasowych procedur wewnętrznych.