

Świadczenia gwarantowane obejmujące leczenie chorób układu oddechowego (WT.521.3.2022) – uwagi do raportu spełniające wymogi formalne

Lp.	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag
1.	Pawet Rybojad	Tabela 40 str. 91/113 ZABIEGI D01	Procedury D01 od lat są niedoszacowane i powinny raczej oczekiwać na wzrost wyceny a nie jej obniżenie. Spadek nawet o 2% będzie mocno odczuwalny, nawet przy utrzymaniu współczynnika 1.25. W ocenie kosztów nie uwzględniono lawinowego wzrostu kosztów nowych technologii niezbędnych do przeprowadzenia procedur w trybie małoinwazyjnym. Technika VATS, która została zaimplementowana przez polskich torakochirurgów w czasie równym trendom europejskim i światowym wymaga specjalistycznego sprzętu (jego zakup, amortyzacja, serwis) oraz użycia staplerów. Powoduje to, że procedura małoinwazyjna staje się niemal 1/3 droższa od procedury klasycznej. Dodatkowo niemal 30% procedur D01 wymaga badania patomorfologicznego śródoperacyjnego, natomiast w ocenie pooperacyjnej konieczne jest stosowanie metod oceny mutacji genetycznych, co dodatkowo podnosi koszty. Trendy światowe prowadzą do stosowania planowania trójwymiarowego 3D oraz mapowania granic segmentu (szczególnie przy procedurach typu segmentektomia anatomiczna), które to koszty wynoszą obecnie ok 4 tysiące za osobę.
		Tabela 40 str. 91/113 ZABIEGI D01 (kontynuacja)	Dodatkowo w żaden sposób nie wyceniono procedur robotycznych, których koszt jest niewspółmiernie większy od procedur klasycznych. Trendy światowe jasno pokazują, że stosowanie procedur D01 w formie małoinwazyjnej: VATS RATS jest obecnie leczeniem z wyboru przy nowotworach płuca. Obniżenie punktacji nawet o 2% spowoduje znaczne straty finansowe oddziałów torakochirurgicznych (biorąc pod uwagę ilość wykonywanych procedur tego typu), bez jakichkolwiek perspektyw na wdrażanie nowych technologii. Nowoczesne leczenie onkologiczne obejmuje leczenie wieloetapowe. Wprowadzeni w ostatnich latach chemioterapii przedoperacyjnej powoduje, że zabiegi operacyjne stają się nieporównywalnie trudniejsze i obciążone większą ilością powikłań. Tym bardziej wymagają one zastosowania nowych technologii ułatwiających preparowanie tkanek i zapewnienie pacjentom maksymalnego bezpieczeństwa. Obniżenie punktacji może spowodować, że menagerowie szpitali będą dążyć do zaprzestania stosowania procedur małoinwazyjnych z uwagi na ich koszt i powrót do procedur klasycznych co będzie skutkowało cofnięciem się torakochirurgii o kilkadziesiąt lat wstecz, w stosunku do krajów europejskich.
		Tabela 40 str. 91/113 ZABIEGI D02	Obniżenie punktacji aż o 13.8% spowoduje znaczne straty finansowe oddziałów torakochirurgicznych (biorąc pod uwagę ilość wykonywanych procedur tego typu). Technika VATS, która została zaimplementowana przez polskich torakochirurgów w czasie równym trendom europejskim i światowym wymaga specjalistycznego sprzętu (jego zakup, amortyzacja, serwis) oraz użycia staplerów. Dodatkowo niemal 30% procedur D02 wymaga badania patomorfologicznego śródoperacyjnego, natomiast w ocenie pooperacyjnej konieczne jest stosowanie metod oceny mutacji genetycznych, co dodatkowo podnosi koszty. Proponowana wycena jest nieakceptowalna, nawet przy utrzymaniu współczynnika 1.25. Procedura ta należy do jednej z najczęściej stosowanych. Należy wziąć pod uwagę, że obecnie leczeni operacyjnie wielu nowotworów polega na usuwaniu przerzutów, których częstą lokalizacją są płuca i wtedy właśnie stosowana jest między innymi procedura D02. W ostatnim czasie obserwowany jest również znaczny przyrost ropnych zakażeń opłucnych wymagających zastosowania metody operacyjnej Dekortykacja (która również jest w katalogu D02).
		Tabela 40 str. 91/113 ZABIEGI D02 (kontynuacja)	Obniżenie punktacji może spowodować, że menagerowie szpitali będą dążyć do zaprzestania stosowania procedur małoinwazyjnych z uwagi na ich koszt i powrót do procedur klasycznych co będzie skutkowało cofnięciem się torakochirurgii o kilkadziesiąt lat wstecz, w stosunku do krajów europejskich. Należy również silnie zaznaczyć, że procedura ta powinna zostać przeniesiona jedynie do podmiotów realizujących procedurę D01 (w raporcie wymieniony jest takich 33) a zabrana z pozostałych ośrodków (w raporcie 67), co spowodowałoby lepsze wykorzystanie środków finansowych oraz zapewniło by odpowiednią jakość wykonywanej procedury.
		GRUPA D51	Rozpoznanie : Odma opłucnej nie wymaga obecnie konieczności wykonania drenażu opłucnej: 34.041. W mojej ocenie tak powinno zostać, gdyż część pacjentów leczonych jest zachowawczo poprzez ćwiczenia oddechowe oraz fizjoterapię, bez konieczności drenażu. Jednocześnie z uwagi na możliwość wystąpienia odmy prężnej pacjenci ci nie mogą być wypisani do domu a podlegać obserwacji szpitalnej.
2.	Witold Rzyman	załącznik 3 Kody szpitalne	W załączniku 3 Raportu kod "D07A" nie został wyszczególniony.
		Tabela 40 Projekt taryfy świadczeń – leczenie szpitalne. Zabiegi str. 91	Wnioskuje o niezmnieszenie finansowania w pierwszym rzędzie procedury D01 i D02. Proponuję wzrost wyceny tych procedur i okresową ich ocenę w związku z dynamicznym rozwojem technologicznym (chirurgia robotowa/małoinwazyjna) i jakościowym w bardziej zaawansowanych stadiach. Propozycja AOTMIT: Procedura D01 - różnica w stosunku do aktualnej wyceny wynosi -2% Procedura D01 - różnica w stosunku do aktualnej wyceny wynosi -13,8% Uzasadnienie: Zmniejszenie wyceny tych świadczeń wykonywanych w całości (D01) lub w większości (D02) w raku płuca i innych nowotworach klatki piersiowej, które są coraz bardziej kosztochłonne poprzez wprowadzanie technik małoinwazyjnych oraz leczenia chorych po neoadjuwantowym leczeniu onkologicznym

Lp.	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag
			(immuno-chemioterapia) na szeroką skalę (56%-90% operacji VATS i 10-15% operacji jako element leczenia skojarzonego w zależności od ośrodka) nie powinno mieć miejsca. Procedury D01 i D02 będą stopniowo zwiększały swój udział w leczeniu torakochirurgicznym ze względu na wcześniejsze wykrywanie oraz rozszerzenie wskazań w związku z wprowadzeniem leczenia zaawansowanych miejscowo nowotworów na drodze leczenia skojarzonego (koszt leczenia chirurgicznego wzrasta). To nieporównywalnie mniejszy koszt niż leczenie zaawansowanych nowotworów, a więc tendencja efektywna kosztowo. 1. Największa obawa z mojej strony to fakt, że procedury małoinwazyjne jako generujące koszty mogą zostać w dużej części zastąpione przez powrót do chirurgii otwartej/inwazyjnej. 2. Atrakcyjność dziedziny dla zarządów szpitali, a co za tym następuje jej rozwój, jest uwarunkowany podświadomie jej ekonomicznym wynikiem. Przewiduję stopniowy regres torakochirurgii wraz ze spadkiem jej finansowania. Torakochirurgia jest jak dotąd najlepiej rozwiniętą chirurgią w Polsce. 3. Rozwój dziedziny zostanie znacząco spowolniony 4. Problem niedoboru chętnych do specjalizowania się w torakochirurgii zwiększy się. Obecnie jest dużo wakatów wśród miejsc rezydenckich. Średnia wieku to 57 lat W przeprowadzonej w naszej jednostce symulacji kosztów po proponowanych zmianach spowoduje w sumie deficyt co najmniej ok 1,5 mln PLN (przy ok 30 mln kontrakcie).
3.	Cezary Piwkowski	Uwagi ogólne do projektu taryfy; rozdz. 4.3, Tabela 40, s. 90-91; rozdz. 5.1, Tabela 43, s. 97-98	Wnoszę o ponowną analizę projektowanej taryfy dla grup D01 „Złożone zabiegi klatki piersiowej” oraz D02 „Kompleksowe zabiegi klatki piersiowej”. Zgodnie z Tabelą 40 projekt przewiduje obniżenie wartości D01 o 2,0% oraz D02 o 13,8%. Jednocześnie w analizie wpływu na budżet płatnika projekt skutkuje obniżeniem finansowania D01 o około 7,3 mln zł oraz D02 o około 43,5 mln zł, mimo że są to kluczowe grupy zabiegowe obejmujące leczenie operacyjne chorób klatki piersiowej, zwłaszcza raka płuca. W mojej ocenie obniżenie taryf dla D01 i D02 nie odzwierciedla rosnącej złożoności klinicznej i technologicznej współczesnej torakochirurgii. Dotyczy to w szczególności kosztów technik małoinwazyjnych wideoskopowych (VATS), technik robotycznych (RATS), zaawansowanego planowania przedoperacyjnego 3D, staplerów i ładunków do staplerów, nowoczesnych urządzeń wysokiej energii, opieki anestezjologicznej, operacji oszczędzających mięśnię płuca – w szczególności segmentektomii anatomicznych – oraz operacji po leczeniu indukcyjnym. W obrębie grupy D02 należy również uwzględnić operacje zmniejszenia objętości płuc u chorych z POChP, tj. LVRS. Proponuję co najmniej utrzymanie taryf D01 i D02 na dotychczasowym poziomie, a w odniesieniu do procedur onkologicznych i wysokospecjalistycznych – ponowną analizę w kierunku korekty taryfy w górę lub wprowadzenia odrębnych mechanizmów korygujących dla procedur szczególnie zasobochłonnych.
		Rozdz. 4.1, Tabela 21, s. 58	Raport wskazuje, że do wyliczeń dla D01 włączono dane od 5 z 33 świadczeniodawców oraz 490 z 4862 świadczeń, tj. 10,08% świadczeń. Dla D02 do wyliczeń włączono dane od 10 z 67 świadczeniodawców oraz 692 z 7372 świadczeń, tj. 9,39% świadczeń. Tak ograniczona próba, choć zrozumiała z punktu widzenia dostępności danych, może nie w pełni odzwierciedlać rzeczywiste koszty świadczeń realizowanych w ośrodkach wysokospecjalistycznych, wykonujących duży wolumen procedur onkologicznych, małoinwazyjnych, segmentektomii anatomicznych, resekcji po leczeniu indukcyjnym oraz procedur o podwyższonym ryzyku powikłań. Wnoszę o uzupełnienie analizy o aktualne dane kosztowe z ośrodków o dużym wolumenie D01/D02 oraz o analizę wrażliwości uwzględniającą większy udział procedur wysokokosztowych. Do czasu takiej weryfikacji obniżenie taryfy D01/D02 może prowadzić do niedoszacowania rzeczywistego kosztu leczenia.
		Rozdz. 2.3, Tabela 12, s. 28-29; Bibliografia, s. 105-106	Raport wskazuje, że segmentowa resekcja płuca stanowiła 19,23% procedur w D01 oraz 5,87% w D02. Należy podkreślić, że od 2022 r. opublikowano wyniki badań randomizowanych, które istotnie zwiększyły znaczenie segmentektomii anatomicznej w leczeniu wybranych chorych z wczesnym niedrobnokomórkowym rakiem płuca. Współczesne wytyczne dopuszczają lub rekomendują segmentektomię u starannie wybranych chorych z małymi, obwodowymi guzami, przy zachowaniu odpowiednich marginesów i właściwej oceny węzłów chłonnych. Wdrożenie programu wczesnego wykrywania raka płuca z użyciem niskodawkowej tomografii komputerowej – zarekomendowanego do zakwalifikowania jako świadczenia gwarantowanego - zwiększy wykrywalność wczesnych postaci raka płuca i odsetek segmentektomii. Z tego względu historyczny udział segmentektomii w strukturze D01/D02 może nie odzwierciedlać przyszłej struktury świadczeń. W kolejnych latach należy oczekiwać wzrostu udziału segmentektomii do około 25-45% całości resekcji anatomicznych. Segmentektomia jest procedurą technicznie bardziej wymagającą niż standardowa lobektomia. W celu zapewnienia radykalności onkologicznej wymaga dokładnej analizy anatomii segmentalnej z zastosowaniem planowania 3D (do tej pory stosowane w Polsce w wyjątkowych przypadkach, mimo silnej rekomendacji towarzystw naukowych - koszt około 2400 zł na pacjenta). W porównaniu do lobektomii wiąże się z większym zużyciem staplerów w porównaniu (o 2-4 ładunki), urządzeń wysokiej energii i opatrunków aerostatycznych (600zł/pacjenta), dłuższym czasem zajęcia infrastruktury do zabiegu (o 15-20% przy typowych, o 30-25% przy złożonych segmentektomiach) oraz koniecznością posiadania wysokospecjalistycznych umiejętności chirurgicznych (większy koszt pracy – kategoria A – świadczenia wysokospecjalistyczne/deficytowe).

Lp.	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag
			Dlatego wzrost udziału segmentektomii może zwiększyć koszt pojedynczego świadczenia D01/D02, mimo korzyści funkcjonalnych i onkologicznych skutkujących obniżeniem kosztów w okresie późniejszym. Kalkulacja kosztów: przy założeniu wprowadzenia planowania 3D u wszystkich pacjentów przy aktualnym procencie segmentektomii stanowiącym 19,23% grupy D01 i 5,87% grupy D02 oraz umiarkowanym poziomie wzrostu odsetka segmentektomii w obrębie grupy D01 do 30% oraz w obrębie grupy D02 proporcjonalnie do 9,16% wskazują na konieczność zwiększenia taryfy grupy D01 o 1350,71zł, a grupy D02 o 412,51zł. Wnoszę o uwzględnienie w taryfie D01/D02 wyżej wymienionych kosztów. Wnoszę o utrzymanie współczynnika korygującego 1,25 dla kompleksowych i złożonych zabiegów klatki piersiowej realizowanych u pacjentów z kartą DiLO w ośrodkach wykonujących co najmniej 70 zabiegów rocznie w rozpoznaniach C34 oraz C78.0. Raport wskazuje, że taki współczynnik funkcjonuje obecnie w tym obszarze. Współczynnik ten ma istotne znaczenie nie tylko finansowe, ale również jakościowe i organizacyjne, ponieważ wspiera koncentrację leczenia raka płuca w ośrodkach wykonujących odpowiedni wolumen procedur. W onkologii torakochirurgicznej wolumen oraz doświadczenie zespołu mają istotne znaczenie dla jakości i radykalności resekcji, zakresu limfadenektomii, postępowania okołooperacyjnego oraz częstości występowania i skuteczności leczenia powikłań. W związku z projektowaną zmianą taryf oraz rekomendacją usunięcia pomostowych współczynników korygujących 1,2 zasadne jest jednoznaczne potwierdzenie, że współczynnik 1,25 dla świadczeń onkologicznych realizowanych u pacjentów z kartą DiLO w ośrodkach spełniających kryteria wolumenowe powinien zostać utrzymany. Raport nie przedstawia wystarczających danych pozwalających ocenić rzeczywisty koszt operacyjnego leczenia rozedmy płuc metodą chirurgicznego zmniejszenia objętości płuc, tj. LVRS. Procedura ta może być sprawozdawana w ramach D02 jako klinowe wycięcie płuca, jednak jej rzeczywista zasobochłonność istotnie różni się od standardowej resekcji klinowej małego guzka płuca. LVRS była dotychczas wykonywana w Polsce w ograniczonym zakresie, między innymi z powodu ograniczonej dostępności zorganizowanej ścieżki pacjenta oraz ograniczeń finansowych. Z tego względu historyczna struktura świadczeń może nie oddawać jej przyszłego znaczenia klinicznego i kosztowego. W ostatnich latach rośnie znaczenie LVRS jako procedury poprawiającej wydolność oddechową i jakość życia u starannie zakwalifikowanych pacjentów z ciężką rozedmą płuc. Może to mieć wpływ na ograniczenie kosztów farmakoterapii, tlenoterapii i rehabilitacji. LVRS jest procedurą szczególnie zasobochłonną. Wymaga kwalifikacji wielodyscyplinarnej, dokładnej oceny obrazowej i czynnościowej, zastosowania wielu ładunków staplera - zwykle 4–8 na jedno płuco, w porównaniu z 2–4 w przypadku resekcji klinowej małych guzków — oraz użycia materiałów aerostatycznych. Mimo poprawy wyników odległych, w okresie hospitalizacji pooperacyjnej LVRS wiąże się z ryzykiem i profilem powikłań oraz czasem hospitalizacji porównywalnym raczej z pacjentami z grupy D01 niż D02. Koszt LVRS nie powinien być więc utożsamiany z kosztem standardowej resekcji klinowej guzka płuca w ramach grupy D02, lecz powinien być traktowany jako bliższy kosztom procedur z grupy D01. Wnoszę o rozważenie odrębnego mechanizmu korekcyjnego dla LVRS w ramach D02 albo o włączenie tej procedury do grupy D01. Brak odpowiedniej wyceny może sprawić, że rozwój tej procedury będzie ekonomicznie trudny dla świadczeniodawców, mimo potencjalnych korzyści klinicznych u właściwie zakwalifikowanych chorych z ciężką rozedmą płuc. Raport nie uwzględnia w wystarczającym stopniu zmieniającej się struktury klinicznej pacjentów operowanych z powodu niedrobnokomórkowego raka płuca, w szczególności rosnącego udziału chorych po neoadjuwantowej immunochemioterapii. Według najnowszych badań neoadjuwantowa immunochemioterapia poprawia wyniki onkologiczne u wybranych chorych z resekcyjnym niedrobnokomórkowym rakiem płuca w stopniu II–III. Z tego powodu w najbliższych latach będzie rosta liczba takich pacjentów kierowanych do leczenia operacyjnego. Są to chorzy z bardziej zaawansowaną chorobą, częściej w stopniu N1/N2, po leczeniu indukcyjnym, a więc wymagający operacji o większym stopniu trudności, obciążeni większym ryzykiem powikłań, przedłużonego drenażu oraz dłuższej hospitalizacji — średnio o około 2–4 dni. Na podstawie ostrożnych szacunków można przyjąć, że w ośrodkach prowadzących leczenie skojarzone raka płuca chorzy po neoadjuwantowej immunochemioterapii będą stanowić około 15–25% realizacji D01. Historyczna próba danych medyczno-kosztowych może nie odzwierciedlać tej szybko zmieniającej się struktury przypadków, szczególnie że do wyliczeń D01 włączono 490 z 4862 świadczeń oraz dane od 5 z 33 świadczeniodawców realizujących tę grupę. Kluczowym elementem dodatkowego kosztu w tej populacji jest dłuższa hospitalizacja, a w mniejszym stopniu również większe trudności śródoperacyjne i dłuższy czas trwania operacji. Zgodnie z Tabelą 27 raportu dla D01 koszt osobodnia wynosi 1941,12 zł. Przykładowa kalkulacja dodatkowego kosztu pobytu dla jednego pacjenta operowanego po neoadjuwantowej immunochemioterapii przedstawia się następująco: – wydłużenie pobytu o 2 dni: $2 \times 1941,12 \text{ zł} = 3882,24 \text{ zł}$, – wydłużenie pobytu o 3 dni: $3 \times 1941,12 \text{ zł} = 5823,36 \text{ zł}$, – wydłużenie pobytu o 4 dni: $4 \times 1941,12 \text{ zł} = 7764,48 \text{ zł}$. Odpowiada to wzrostowi kosztu pojedynczego przypadku o około 8,9%, 13,4% lub 17,8%, odpowiednio dla wydłużenia hospitalizacji o 2, 3 lub 4 dni.

Lp.	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag
			Wpływ na średni koszt całej grupy D01 zależy od udziału pacjentów operowanych po neoadjuwantowej immunochemioterapii. Przy założeniu, że chorzy ci będą stanowić 15–25% realizacji D01, a ich pobyt będzie średnio o 3 dni dłuższy, średni koszt całej grupy D01 wzrośnie o około 2,0–3,3%. Przy wydłużeniu pobytu o 4 dni wzrost średniego kosztu całej D01 wyniesie około 2,7–4,5%, a przy udziale tej populacji na poziomie 30% — około 5,4%. Powyższa kalkulacja obejmuje wyłącznie dodatkowe dni pobytu, liczone według kosztu osobodnia D01. Nie obejmuje innych potencjalnych kosztów, takich jak leczenie powikłań, dodatkowa diagnostyka, antybiotykoterapia, leczenie przedłużonego przecieku powietrza, dłuższy drenaż, większe zużycie leków i wyrobów medycznych ani ewentualnie dłuższy czas operacji. Oznacza to, że przedstawione wartości należy traktować jako konserwatywne oszacowanie minimalnego wpływu zmiany case-mix na koszt D01. W związku z powyższym wnoszę o ponowną analizę wyceny D01 z uwzględnieniem wzrostu odsetka pacjentów operowanych po neoadjuwantowej immunochemioterapii. Proponuję podwyższenie wyceny grupy D01 o co najmniej 2,75%, tj. o 1220,72 zł, jako minimalną korektę wynikającą wyłącznie ze wzrostu kosztu pobytu.
		Wniosek końcowy do części „Uwagi”	Podsumowując, wnoszę o: 1. Podwyższenie taryfy D01 o 2571,43 zł oraz taryfy D02 o 412,51 zł. 2. Uwzględnienie rosnącego udziału segmentektomii anatomicznych, w tym kosztów planowania 3D, większego zużycia staplerów, urządzeń wysokiej energii, materiałów aerostatycznych oraz dłuższego czasu zajęcia infrastruktury zabiegowej. 3. Uwzględnienie w wycenie D01 rosnącego udziału operacji wykonywanych po neoadjuwantowej immunochemioterapii. 4. Utrzymanie współczynnika 1,25 dla świadczeń onkologicznych realizowanych u pacjentów z kartą DiLO w ośrodkach spełniających kryteria wolumenowe. 5. Rozważenie włączenia operacyjnego zmniejszenia objętości płuc do grupy D01 albo wprowadzenia odrębnej wyceny tej procedury w ramach grupy D02. Celem proponowanych zmian nie jest zwiększenie finansowania jako cel sam w sobie, lecz dostosowanie wycen do postępu dokonującego się w leczeniu raka płuca oraz zabezpieczenie jakości, dostępności i bezpieczeństwa leczenia operacyjnego chorób klatki piersiowej. Obniżenie taryf D01 i D02 może prowadzić do niedoszacowania rzeczywistych kosztów leczenia, ograniczenia dostępności procedur małoinwazyjnych i wysokospecjalistycznych oraz osłabienia bodźców do koncentracji leczenia w ośrodkach posiadających odpowiednie doświadczenie.
4.	Weronika Stojak	Rozdział 4.3 „Projekt taryfy”, str. 95, Tabela 40 Projekt taryfy świadczeń - leczenie szpitalne	Projekt taryfy w grupie DE05B wynosi 1931 zł i jest wyższy zaledwie o 5% od projektu taryfy grupy DE05A, która wynosi 1837 zł. Różnica 94 zł nie pokryje kosztu badania histopatologicznego, na którego cenę wpływają różne czynniki i obróbki materiału. Koszt badania patomorfologicznego średnio wynosi 400 zł.
		załącznik nr 7, str. 1-3	Warunek grupowania DE05C - lista DE05 C - brakuje procedury 100.12 - Znieczulenie całkowite dożylnie (powyżej 60 minut) lista DE50 C powinna być połączona z listą DE50 B. Bardzo często pacjent kierowany jest na oddział płucny celem kontynuacji diagnostyki choroby śródmiąższowej wykrytej w wykonanym ambulatoryjnie lub w innych ośrodku tomografii klp. Kolejne badanie TK w krótkim odstępie czasu nie ma uzasadnienia medycznego i niesie ze sobą ryzyko powikłań.
		załącznik nr 4 Tabela 1 Produkty możliwe do sumowania z zakresu: chorób płuc oraz chorób płuc dla dzieci	Brak kodu 5.53.01.0001657 Brak możliwości rozliczenia założenia PEG w ramach zakresu choroby płuc jako produkt do sumowania. Produkt ten można rozliczyć w oddziałach tj kardiologia, zakaźny, wewnętrzny, neurologia, neurochirurgia. W Oddziałach Chorób Płuc również pacjenci wymagają założenia PEG z innych powodów niż rozpoznanie zasadnicze.
		załącznik nr 6, str. 2-6, 9, 11, 13-15, 19, 21, 23-24, 33	Warunek grupowania D05D oraz D05E: lista D05NAHIST - Y90 - badanie histopatologiczne nie obejmuje cytologii, która może być także pobierana w trakcie badania 33.239 - bronchoskopia , lista D05OBRAZ - nie ma konieczności wykonywania badań Tk / RM w przypadku, kiedy pacjent trafia na oddział z wykonanym wcześniej badaniem obrazowym (w krótkim odstępie czasowym ambulatoryjnie). Wykonywanie ponownie takich badań nie jest zasadne. W przypadku wykonania procedury 33.24 z koniecznością pozostawienia pacjenta w oddziale dłużej niż 12h i bez konieczności wykonania badań obrazowych (TK,RM) nie będzie możliwości rozliczenia pacjenta. Warunek grupowania D10E_F - lista D10E_F A - konieczność wykonania 6 procedur z listy nie ma zasadności w leczeniu (jak sama nazwa JGP wskazuje) D10E_F Dychawica oskrzelowa - leczenie > 17 r.ż. Wymienione icd9 w tej grupie mają znaczenie głównie w diagnostyce, a nie leczeniu pogorszenia stanu zdiagnozowanych wcześniej pacjentów (np.. IgE total, NT-proBNP, d-dimer). Pacjenci trafiają na oddział niekiedy z ambulatoryjnie wykonanym badaniem RTG klatki piersiowej i nie zawsze jest potrzeba powtórki badania. Warunek grupowania D16 - lista D16 A - 3 procedury z listy D16A nie mają zasadności w leczeniu zatoru płucnego. Standardowo pacjent ma wykonywane badanie angio-TK i dodatkowo echokardiografię - 88.721. Nie każdy pacjent wymaga dodatkowych badań, część badań również mogła być wykonana ambulatoryjnie przed przyjęciem do szpitala i nie ma potrzeby ich dublowania. 2 procedury z listy D16A byłyby wystarczające. warunek grupowania D16 - lista D16 B - wymagane procedury z listy D16B są niezgodne z wytycznymi leczenia zatorowości płucnej. U części pacjentów możliwe jest od początku włączenie leków w formie doustnej (NOAC). W tej liście powinno znaleźć się jeszcze procedura dot. farmakoterapii doustnej. Warunek grupowania D16 -

Lp.	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag
			lista D16 C - w liście D16 C zasadnymi także badaniami laboratoryjnymi są: troponina lub równowaga kwasowo-zasadowa (pH, pCO₂, pO₂, HCO₃, BE), nie każdy pacjent wymaga oznaczenia d-dimerów (przy silnym podejrzeniu zatorowości płucnej – od razu wykonuje się badanie angio-TK), proponujemy zatem dopisać do listy dodatkowo: ww. badania lab. Błędna nazwa grupy JGP D17 - grupa D17 Ropień płuc, ropowica powinna uwzględniać w nazwie ROPNIAK. Zwłaszcza, że takie rozpoznanie ICD10 jest warunkiem grupowania. Warunek grupowania D17 - lista D17 A - w liście D17 A zasadne jest uwzględnienie jeszcze procedury 88.734 - usg opłucnej oraz 34.095/34.094 - naktucie opłucnej. Procedury są istotne w procesie leczenia, rzadko w oddziale płucnym wykonuje się drenaż jamy opłucnowej. Niekiedy leczeniem początkowym ropniaka są tylko powtarzalne punkcje i później przekierowanie pacjenta do O/Chirurgii Klatki Piersiowej celem leczenia operacyjnego (z pominięciem procedury drenażu). Warunek grupowania Dxx - lista Dxx A - w liście Dxx A powinna się znaleźć procedura 88.733. warunek grupowania D19 - lista D19 A - Nie zawsze jest potrzeba ponawiania badań radiologicznych (czasem pacjent wykonał badania ambulatoryjnie), nie zawsze zasadne jest też wykonanie badań czynnościowych – pacjenci są przyjmowani celem leczenia i nie zawsze ich stan pozwala na bezpieczne wykonanie badań czynnościowych układu oddechowego. Konieczność wykonania aż 4 procedur z listy D19 A jest absurdalna. Grupa D19 rozstrzenie oskrzeli – leczenie - nie powinna ujmować jako istotnych procedur diagnostycznych. Zamiast procedury N24 powinny się znaleźć procedury tj. I81 , C55, M37, O35, N45. Warunek grupowania D19 - lista D19 B - zmiana N58 - prokalcytonina na I81 - Białko C-reaktywne (CRP) lub dodanie I81 do listy. Już wynik CRP decyduje o antybiotyku. sterydy dożylnie lub doustne, antybiotyki też dożylnie lub doustne, można dodać też tlenoterapię. Grupa D28 - ocena stanu sprawności wg skali ECOG ≥ 3 - W przypadku takiej oceny sprawności pacjent nie kwalifikuje się do leczenia i stosowania procedur wymagalnych do rozliczenia grupy D28. Zasadne jest zastosowanie oceny sprawności, ale bez wskazania poziomu tak jak ma to miejsce w oddziałach onkologicznych. Warunek grupowania nie może być zależny od poziomu skali ECOS określający stan pacjenta. Warunek grupowania D28 - lista D28 A oraz lista D28 B - procedury z listy D28A oraz D28 B nie mają wpływu na proces leczenia. Co z pacjentami już mającymi rozpoznanie , którzy nie wymagają ponownego badania TK lub MR, ani nie kwalifikują się diagnostyki inwazyjnej (bronchoskopia/biopsja) – jeśli są w stanie ECOG – 3, to często są dyskwalifikowani z dalszej diagnostyki onkologicznej. Brakuje grupy D28 - choroby nowotworowe bez powikłań, dla pacjentów którzy wymagają hospitalizacji z uwagi na np. stosowanie tlenoterapii. Warunek grupowania DXX - lista DXX B - w liście DXX B konieczne jest zastąpienie procedury 93.983 procedurą 93.984 – Kapnometria (rutynowo w diagnostyce stosuje się metoda przeskórna, a nie wydechową). Grupa D45D - czas pobytu > 7 dni - hospitalizacja powyżej 7 dni jest często zbyt długim wymaganym okresem hospitalizacji. O długości pobytu decyduje stan zdrowia pacjenta i konkretne uzasadnienie medyczne. Nie wszyscy pacjenci z niewydolnością oddechową przy NIV wymagają tak długiego pobytu w oddziale. Warunek grupowania D46 - lista D46 A - 4 procedury z listy D46 A nie mają zasadności. Warunkiem powinny być max 2-3 z wymienionych icd9. Warunek grupowania D46 - lista D46 B - w liście D46 B brakuje procedury 99.97900- Farmakoterapia doustna zgodnie ze standardami leczenia zaostrzenia POChP. Warunek grupowania D46 - lista D46 C - zmiana N58 - prokalcytonina na I81 - Białko C-reaktywne (CRP). Kluczowymi procedurami w POChP jest M37, C55, I81. Grupa Dxx (str 15) procedura N58 - Prokalcytonina - warunek do wykreślenia - N58 Prokalcytonina nie ma uzasadnienia medycznego, nie ma wytycznych określających konieczność tego badania we wszystkich przypadkach leczenia zapalenia płuc. Warunek grupowania Dxx - lista Dxx B (str 15) - dodanie do listy 88.738 USG klatki piersiowej oraz 88.733 - usg płuc, czasem pacjent ma ambulatoryjnie wykonane badania radiologiczne i nie ma konieczności ich powtarzania w oddziale, często wystarczy jedynie monitorowanie w usg. Warunek grupowania Dxx - lista Dxx C (str 15) - dodanie procedury I81 - Białko C-reaktywne (CRP). Dxx Leczenie zapalenia płuc u osób z ciężko upośledzoną odpornością, lista Dxx C (str 19) - lista do wykreślenia. Nie każdy pacjent z upośledzoną odpornością jest z rozpoznaniem D70 lub D72.8. Są stany upośledzonej odporności, w której akurat te parametry są w normie, a inne są nieprawidłowe – co nie świadczy o ciężkości zaburzeń. Warunek grupowania D49 - lista D49 A - istotne jest dodanie do listy D49 A badania bronchoskopii. W przypadku uszkodzenia inhalacyjnego i zapalenia zachyłowego płuc badanie bronchoskopii jest często kluczowym badaniem pozwalającym ocenić drogi oddechowe. D50 - duszność w skali mMRC ≥ 2 - do wykreślenia. Ocena stopnia nasilenia duszności w codziennym funkcjonowaniu służy do oceny wpływu na codzienną aktywność pacjenta, jest to skala subiektywna, niemożliwa do obiektywnego zmierzenia. Zależność wyniku nie powinna być warunkiem grupowania. Każdy pacjent indywidualnie odczuwa objawy a fakt, że skala będzie wynosić < 2 nie powinno dyskwalifikować hospitalizacji z rozliczenia. warunek grupowania D50 - lista D50 C - dodanie procedury 99.97900- Farmakoterapia doustna. Pacjent, który wymaga stosowania tlenoterapii i nebulizacji niekoniecznie wymaga jednocześnie leków w formie dożylniej. Grupa D52 - czas pobytu > 5 dni - warunek do wykreślenia - czas pobytu > 5 dni to czas niepotrzebnie wydłużony. Grupa D52 -warunki grupowania - do grupy powinna być dodana procedura 93.965 - Wysokoprzepływową tlenoterapia donosowa (HFNO) - data wybieralności tej procedury od 01.05.2026. Jest to nieinwazyjna metoda polegająca na wspomaganiu oddychania, w ramach którego do płuc pacjentów podawane jest ogrzane i nawilżone powietrze wzbogacone w tlen. Procedura ta najczęściej stosowana jest u pacjentów wymagających podawania tlenu z wysokim przepływem, u pacjentów z ostrą hipoksemiczną niewydolnością oddechową, przed podjęciem decyzji o wentylacji mechanicznej. D55 - duszność w skali mMRC ≥ 2 - do wykreślenia. Ocena stopnia nasilenia duszności w codziennym funkcjonowaniu służy do oceny wpływu na codzienną aktywność pacjenta. Zależność wyniku nie powinna być warunkiem grupowania. D55 - choroby współistniejące - Nie zawsze występują wymienione rozpoznania ICD-10 (współistniejące). Pacjent zawsze jest w tym kierunku diagnozowany ale nie zawsze diagnoza się potwierdza. (Proponujemy w tym miejscu umieścić badania diagnostyczne takie jak: EKG, kreatynina, wapń, jonogram). warunek grupowania D55 - lista D55 C - do wykreślenia. Nie wszystkie jednostki chorobowe wymagają wykonania

Lp.	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag
			takich procedur. Określając stan kliniczny pacjenta wykonuje się EKG, dobową zbiórkę moczu, echo serca. lista D05ZNIECZOGOLNE (str. 33) - brakuje procedury 100.12 - Znieczulenie catkowite dożylnie (powyżej 60 minut).
5.	Anna Kasprzowicz	Kalkulacja kosztów za okres styczeń–kwiecień 2026 r. oraz wycena procedur medycznych dotyczących bronchoskopii	Przeprowadzona analiza wskazuje, że w przypadku części procedur proponowane przez AOTMiT wartości są niższe niż rzeczywiste koszty realizacji świadczeń. W szczególności dotyczy to procedur: Przezoskrzelowa biopsja śródpiersia lub płuca pod kontrolą ultrasonograficzną, Endoskopowa biopsja oskrzela. Z przedstawionych obliczeń wynika, że proponowane przez AOTMiT taryfy dla ww. świadczeń są niższe niż same koszty bezpośrednie wykonania procedury, co w praktyce uniemożliwia pokrycie rzeczywistych kosztów udzielania świadczeń przez podmiot leczniczy. Dodatkowo przekazujemy uwagi zgłoszone przez lekarzy Oddziału Klinicznego Chirurgii Klatki Piersiowej i Nowotworów, przedstawione z perspektywy pulmonologa interwencyjnego: 1) Brak jest wyceny w AOS 33.273 Przezoskrzelowej biopsji śródpiersia lub płuca pod kontrolą ultrasonograficzną, co wpisywałoby się w odwróconą piramidę świadczeń Proponuję stworzenie grupy ZX0 - potrzebna adekwatna taryfikacja 2) Brak finansowania bronchonawigacji (!) Proponuję rozliczać to w ramach grupy D03 Duże zabiegi klatki piersiowej pod warunkiem jednoczesnego wykonaniem obu procedur: 33.271 Fiberoskopowa bronchoskopia pod kontrolą fluoroskopii ORAZ 33.273 Przezoskrzelowa biopsja śródpiersia lub płuca pod kontrolą ultrasonograficzną Mamy nadzieję, że przekazane dane kosztowe oraz uwagi kliniczne zostaną uwzględnione w dalszych pracach nad taryfikacją świadczeń i pozwolą na lepsze odzwierciedlenie rzeczywistych kosztów realizacji nowoczesnych procedur diagnostycznych i terapeutycznych.
		Rozdział 1 „Najważniejsze informacje i wnioski”, str. 2, opis zmian w grupie D05 Bronchoskopia	Wnosimy o ponowną analizę wyceny nowych grup D05D „Inwazyjno-obrazowa diagnostyka pulmonologiczna” oraz D05E „Kompleksowa diagnostyka pulmonologiczna”. W przypadku ośrodków onkologicznych diagnostyka bronchoskopowa obejmuje procedury wysokospecjalistyczne, w tym EBUS-TBNA, biopsje przezoskrzelowe, nakłucia opłucnej oraz procedury wymagające zaawansowanego zaplecza diagnostycznego i anestezjologicznego. Analiza kosztów własnych szpitala wskazuje, że rzeczywiste koszty tych procedur są istotnie wyższe od kosztów przyjętych w modelu taryfikacyjnym. Istnieje ryzyko niedoszacowania diagnostyki raka płuca, co może ograniczyć dostępność świadczeń i wydłużyć ścieżkę diagnostyczną pacjentów onkologicznych.
		Rozdział 3.2.1 „Katalog JGP dla świadczeń szpitalnych realizowanych w czasie do 12 godzin”, str. 47 Tabela 4 „Procedury możliwe do realizacji w warunkach ambulatoryjnych i szpitalnych”, str. 13–14	Wnosimy o wyłączenie części świadczeń diagnostyki onkologicznej płuca z mechanizmów promujących realizację w trybie do 12 godzin lub wprowadzenie dodatkowych współczynników dla pacjentów onkologicznych. Znaczna część chorych wymaga obserwacji po procedurach inwazyjnych, rozszerzonej diagnostyki oraz wielospecjalistycznej kwalifikacji do leczenia. Przenoszenie tych świadczeń do krótszych trybów realizacji nie zawsze odpowiada rzeczywistym potrzebom klinicznym oraz nie prowadzi do proporcjonalnego obniżenia kosztów ponoszonych przez świadczeniodawcę. Wnosimy o ponowną ocenę relacji pomiędzy wycenami procedur realizowanych w AOS a kosztami ich wykonania w ramach diagnostyki onkologicznej. Dotyczy to zwłaszcza bronchoskopii diagnostycznych, biopsji oskrzela, biopsji przezoskrzelowych oraz biopsji płuca. W przypadku pacjentów z podejrzeniem nowotworu procedury te wymagają rozszerzonego zabezpieczenia organizacyjnego, diagnostycznego oraz patologicznego, co generuje koszty nieporównywalne z typowymi świadczeniami ambulatoryjnymi.
		Rozdział 4.2.6 „Koszt procedur medycznych, produktów leczniczych i wyrobów medycznych” oraz 4.2.10 „Wyniki analizy kosztów”	W ocenie szpitala model kosztowy nie uwzględnia w wystarczającym stopniu kosztów nowoczesnej diagnostyki raka płuca, w szczególności kosztów materiałów jednorazowych stosowanych podczas EBUS, igieł biopsyjnych, sprzętu endoskopowego, kosztów badań histopatologicznych, immunohistochemicznych oraz molekularnych. Są to obecnie niezbędne elementy procesu diagnostycznego warunkujące kwalifikację do leczenia celowanego i immunoterapii.
		Rozdział 1, str. 4 oraz rozdział 2.2 „Współczynniki korygujące”, str. 14–15	Wnosimy o utrzymanie dotychczasowych współczynników korygujących 1,2. Jednoczesne wprowadzenie nowych grup JGP, zmian organizacyjnych oraz likwidacja współczynników może skutkować pogorszeniem sytuacji finansowej podmiotów wysokospecjalistycznych, w tym szpitali onkologicznych. Proponujemy przeprowadzenie ponownej oceny skutków finansowych po pierwszym roku obowiązywania nowych taryf.
		Tabela 40 Projekt taryfy świadczeń, str. 90-92	Projekt taryf przewiduje obniżenie wycen najbardziej złożonych procedur torakochirurgicznych, co będzie miało bezpośredni wpływ na poziom przychodów naszej jednostki. Szczególnie dotkliwe skutki dotyczą świadczeń z zakresu najbardziej zaawansowanej chirurgii klatki piersiowej, które stanowią istotną część realizowanej działalności. Zgodnie z projektem, taryfy dla kompleksowych zabiegów torakochirurgicznych (grupa D02) mają zostać obniżone o 13,8%, natomiast dla złożonych zabiegów (grupa D01) o 2,0%. Są to jednocześnie jedne z najczęściej wykonywanych świadczeń w naszej jednostce, dlatego proponowane zmiany przełożą się na wymierny spadek przychodów związanych z realizacją wysokospecjalistycznych procedur torakochirurgicznych. Szacujemy, że sama obniżka taryfy dla świadczeń z grupy D02 spowoduje zmniejszenie rocznych przychodów jednostki o około 1,5 mln zł. W konsekwencji projektowane zmiany mogą istotnie pogorszyć ekonomikę realizacji najbardziej zaawansowanych zabiegów torakochirurgicznych, wymagających najwyższych kompetencji personelu oraz znacznych nakładów organizacyjnych i sprzętowych.

Lp.	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag
6.	Piotr Gabryel	Rozdz. 4.1, Tabela 21, s. 58; rozdz. 4.2.3, Tabela 27, s. 68; rozdz. 4.2.4, Tabela 41, s. 92-93; rozdz. 4.3, Tabela 40, s. 90-91; rozdz. 5.1, Tabela 43, s. 97-98.	Proponuję podwyższenie wyceny grupy D01 o co najmniej 2,75% (1220,72 zł) wynikające z wydłużenia czasu pobytu szpitalnego u pacjentów po immunochemioterapii neoadjuwantowej. Raport nie uwzględnia w wystarczającym stopniu zmieniającej się struktury klinicznej pacjentów operowanych z powodu niedrobnokomórkowego raka płuca, w szczególności rosnącego udziału chorych po neoadjuwantowej immunochemioterapii. Według najnowszych badań, neoadjuwantowa immunochemioterapia poprawia wyniki onkologiczne u wybranych chorych z resekcyjnym niedrobnokomórkowym rakiem płuca w stopniu II–III, dlatego w najbliższych latach będzie rosta liczba takich pacjentów kierowanych do operacji. Są to chorzy z bardziej zaawansowaną chorobą, z przerzutami do regionalnych węzłów chłonnych, po leczeniu indukcyjnym, a więc o większym stopniu trudności operacji, większym ryzyku powikłań, przedłużonego drenażu oraz dłuższej hospitalizacji (o średnio o około 2-4 dni). Na podstawie ostrożnych szacunków można przyjąć, że w ośrodkach prowadzących leczenie skojarzone raka płuca chorzy po neoadjuwantowej immunochemioterapii będą stanowić około 15–25% realizacji D01. Historyczna próba danych medyczno-kosztowych może nie odzwierciedlać tej szybko zmieniającej się struktury przypadków, szczególnie że do wyliczeń D01 włączono 490 z 4862 świadczeń oraz dane od 5 z 33 świadczeniodawców realizujących tę grupę. Kluczowym elementem dodatkowego kosztu tej populacji jest dłuższa hospitalizacja, a w mniejszym stopniu również trudności śródoperacyjne i dłuższy czas operacji. Zgodnie z Tabelą 27 raportu dla D01 koszt osobodnia wynosi 1941,12 zł. Przykładowa kalkulacja dodatkowego kosztu pobytu dla jednego pacjenta operowanego po neoadjuwantowej immunochemioterapii przedstawia się następująco: – wydłużenie pobytu o 2 dni: $2 \times 1941,12 \text{ zł} = 3882,24 \text{ zł}$, – wydłużenie pobytu o 3 dni: $3 \times 1941,12 \text{ zł} = 5823,36 \text{ zł}$, – wydłużenie pobytu o 4 dni: $4 \times 1941,12 \text{ zł} = 7764,48 \text{ zł}$. Odpowiada to wzrostowi kosztu pojedynczego przypadku o około 8,9%, 13,4% lub 17,8%, odpowiednio dla wydłużenia hospitalizacji o 2, 3 lub 4 dni. Wpływ na średni koszt całej grupy D01 zależy od udziału pacjentów operowanych po neoadjuwantowej immunochemioterapii. Przy założeniu, że chorzy ci będą stanowić 15–25% realizacji D01, a ich pobyt będzie średnio o 3 dni dłuższy, średni koszt całej grupy D01 wzrośnie o około 2,0–3,3%. Przy wydłużeniu pobytu o 4 dni wzrost średniego kosztu całej D01 wyniesie około 2,7–4,5%, a przy udziale tej populacji na poziomie 30% — około 5,4%. Powyższa kalkulacja obejmuje wyłącznie dodatkowe dni pobytu, liczone według kosztu osobodnia D01. Nie obejmuje innych potencjalnych kosztów, takich jak leczenie powikłań, dodatkowa diagnostyka, antybiotykoterapia, leczenie przedłużonego przecieku powietrza, dłuższy drenaż, większe zużycie leków i wyrobów medycznych ani ewentualnie dłuższy czas operacji. Oznacza to, że przedstawione wartości należy traktować jako konserwatywne oszacowanie minimalnego wpływu zmiany case-mix na koszt D01. W związku z powyższym wnoszę o ponowną analizę wyceny D01 z uwzględnieniem wzrostu odsetka pacjentów operowanych po neoadjuwantowej immunochemioterapii. Proponuję podwyższenie wyceny grupy D01 o co najmniej 2,75% (1220,72 zł) jako minimalną korektę wynikającą z samego wzrostu kosztu pobytu.
		Rozdz. 2.3, Tabela 12, s. 28-29; Bibliografia, s. 105-106	Wnoszę o wzrost taryfy grupy D01 o 1350,71zł, a grupy D02 o 412,51zł wynikający z wzrastającego odsetka segmentektomii anatomicznych. Raport wskazuje, że segmentowa resekcja płuca stanowiła 19,23% procedur w D01 oraz 5,87% w D02. Należy podkreślić, że od 2022 r. opublikowano wyniki badań randomizowanych, które istotnie zwiększyły znaczenie segmentektomii anatomicznej w leczeniu wybranych chorych z wczesnym niedrobnokomórkowym rakiem płuca. Współczesne wytyczne dopuszczają lub rekomendują segmentektomię u starannie wybranych chorych z małymi, obwodowymi guzami, przy zachowaniu odpowiednich marginesów i właściwej oceny węzłów chłonnych. Wdrożenie programu wczesnego wykrywania raka płuca z użyciem niskodawkowej tomografii komputerowej – zarekomendowanego do zakwalifikowania jako świadczenia gwarantowanego - zwiększy wykrywalność wczesnych postaci raka płuca i odsetek segmentektomii. Z tego względu historyczny udział segmentektomii w strukturze D01/D02 może nie odzwierciedlać przyszłej struktury świadczeń. W kolejnych latach należy oczekiwać wzrostu udziału segmentektomii do około 25-45% całości resekcji anatomicznych. Segmentektomia jest procedurą technicznie bardziej wymagającą niż standardowa lobektomia. W celu zapewnienia radykalności onkologicznej wymaga dokładnej analizy anatomii segmentalnej z zastosowaniem planowania 3D (do tej pory stosowane w Polsce w wyjątkowych przypadkach, mimo silnej rekomendacji towarzystw naukowych - koszt około 2400zł na pacjenta). W porównaniu do lobektomii wiąże się z większym zużyciem staplerów w porównaniu (o 2-4 ładunki), urządzeń wysokiej energii i opatrunków aerostatycznych (600zł/pacjenta), dłuższym czasem zajęcia infrastruktury do zabiegu (o 15-20% przy typowych, o 30-25% przy złożonych segmentektomiach) oraz koniecznością posiadania wyskosp specjalistycznych umiejętności chirurgicznych (większy koszt pracy – kategoria A – świadczenia wyskosp specjalistyczne/deficytowe. Dlatego wzrost udziału segmentektomii może zwiększyć koszt pojedynczego świadczenia D01/D02, mimo korzyści funkcjonalnych i onkologicznych skutkujących obniżeniem kosztów w okresie późniejszym. Kalkulacja kosztów: przy założeniu wprowadzenia planowania 3D u wszystkich pacjentów przy aktualnym procencie segmentektomii stanowiącym 19,23% grupy D01 i 5,87% grupy D02 oraz umiarkowanym poziomem wzrostu odsetka segmentektomii w obrębie grupy D01 do 30% oraz w obrębie grupy D02 proporcjonalnie do 9,16% wskazują na konieczność zwiększenia taryfy grupy D01 o 1350,71zł, a grupy D02 o 412,51zł.

Lp.	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag
			Wnoszę o uwzględnienie w cenniku D01/D02 wyżej wymienionych kosztów.
		Rozdz. 2.2, s. 14-15; rozdz. 4.3, s. 89–91 oraz rekomendacje AOTMiT, s. 95	Wnoszę o utrzymanie współczynnika korygującego 1,25 dla kompleksowych i złożonych zabiegów klatki piersiowej realizowanych u pacjentów z kartą DILO w ośrodkach wykonujących co najmniej 70 zabiegów rocznie w rozpoznaniach C34 oraz C78.0. Raport wskazuje, że taki współczynnik funkcjonuje obecnie w tym obszarze. Ma on istotne znaczenie nie tylko finansowe, ale również jakościowe i organizacyjne, ponieważ wspiera koncentrację leczenia raka płuca w ośrodkach wykonujących odpowiedni wolumen procedur. W onkologii torakochirurgicznej wolumen i doświadczenie zespołu mają znaczenie dla jakości radykalności resekcji, limfadenektomii, postępowania okołoperacyjnego oraz częstości występowania i leczenia powikłań. W związku z projektowaną zmianą cennika oraz rekomendacją usunięcia pomostowych współczynników korygujących 1,2 zasadne jest jednoznaczne potwierdzenie, że współczynnik 1,25 dla świadczeń onkologicznych DILO realizowanych w ośrodkach spełniających kryteria wolumenowe powinien zostać utrzymany.
		Wniosek końcowy do części „Uwagi”	Podsumowując, wnoszę o: 1.Wzrost cennika D01 o 2571,43 zł i cennika D02 o 412,51 zł. 2.Uwzględnienie rosnącego udziału segmentektomii anatomicznych; 3.Uwzględnienie rosnącego udziału operacji po neoadjuwantowej immunoterapii; 4.Utrzymanie współczynnika 1,25 dla świadczeń onkologicznych DILO realizowanych w ośrodkach spełniających kryteria wolumenowe. Celem proponowanych zmian nie jest zwiększenie finansowania jako cel sam w sobie, ale dostosowanie wycen do dokonujących się postępów w leczeniu raka płuca oraz zabezpieczenie jakości, dostępności i bezpieczeństwa leczenia operacyjnego chorób klatki piersiowej. Obniżenie cennika D01/D02 może prowadzić do niedoszacowania realnych kosztów, ograniczenia dostępności procedur małoinwazyjnych i wyspospecjalistycznych oraz osłabienia bodźców do koncentracji leczenia w ośrodkach posiadających odpowiednie doświadczenie.
7.	Bartosz Maleszczuk	Załącznik nr 7 - Nowa Charakterystyka JGP (WT.521.3.2022)	D16 Zator płucny Jeżeli chory będzie miał wykonane na SOR/Izbie przyjęć innego szpitala TK, RTG, Echokardiografię i będzie skierowany do naszego szpitala, to pobyt spełni warunku 3 procedur. Powtarzanie badania TK jest szkodliwe dla chorego. Czy w przypadku posiadania przez pacjenta części badań będzie możliwe wykonanie jedynie części oraz oznaczenia aktualnych badań jakie pacjent posiada? W leczeniu nie ma wymienionych doustnych leków przeciwzakrzepowych (NOAC), a nie zgadza się to z zaleceniami towarzystw naukowych np. Wytyczne ESC dotyczące diagnostyki i postępowania w ostrej zatorowości płucnej przygotowane we współpracy z European Respiratory Society D20 Gruźlica – diagnostyka podobnie jak z zatorem, jeżeli chory będzie miał wykonane TK i RTG na SOR i potem skierowany do nas, to nie mamy procedury, aby wypełnić wymagania. Brak procedury bronchoskopii. D26 Wysięgowe zapalenie płucnej Nie każdy pacjent wymaga punkcji odbarczającej (34.095), czasami tylko możliwa jest punkcja diagnostyczna (34.094) – nie ma takiej procedury. D28 Choroby nowotworowe układu oddechowego i klatki piersiowej z powikłaniami > 3 dni Jeżeli chory będzie miał już wykonaną diagnostykę obrazową np. przez poradnię w ramach DILO, to nie mamy żadnej procedury z D28A do wykonania. Chorzy muszą być w stanie średnim lub ciężkim (ECOG >3), co z należy zrobić z chorymi, którzy czują się lepiej, ale nie nadają się do diagnostyki ambulatoryjnej np. zgłędy społeczne (ubóstwo), wykluczenie komunikacyjne itp. W ropniu (D17), infekcjach (Dxx) i rozstrzeniach (D19) nie uwzględniono antybiotyków doustnych, a przecież są inne wskazania do hospitalizacji np. w rozstrzeniach intensywna rehabilitacja oddechowa. Brak oznaczanie CRP. D55 Złazniniaki, choroby płuc alergiczne i z autoimmunizacji chory bez duszności (mMRC > 2) nie będzie miał szansy na diagnostykę w szpitalu, czyli trafi do AOS, co znacznie wydłuży diagnostykę (zwłaszcza D55C – RM serca). W grupie D55- zwraca także uwagę wymóg rozpoznania współistniejącego (bardzo ograniczona lista powoduje, że nie wszyscy pacjenci mają takie powikłania).

Lp.	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag
			W obu grupach chorób śródmiąższowych D55 i D50 wymóg duszności co najmniej mMRC 2. Próby warunkowania wyceny stopniem duszności w skali mMRC są klinicznie wadliwe w przypadku ILD. Wielu pacjentów z wczesną, ale potencjalnie gwałtownie postępującą postacią włóknienia płuc lub innym aktywnym śródmiąższowym zapaleniem płuc wstępnie demonstrowuje minimalną duszność (mMRC 0-1), wykazując jednocześnie duże zmiany w badaniu HRCT i drastyczny spadek parametru TLco DXX Diagnostyka i leczenie przewlekłej niewydolności oddychania lub zaburzeń oddychania w czasie snu Wymieniona jest procedura Kapnografia (ETCO2) monitorowanie – wykonujemy przezskórną. Właściwsza byłaby procedura monitorowanie kapnografii przezskórną/ ewentualnie monitorowanie kapnografii (bez określenia metody). Należy rozważyć dodanie procedury 89.38 – inne nieoperacyjne pomiary układu oddechowego Kody 88.733 USG płuc/ 88.738 USG klatki piersiowej/ 88.734 USG jamy opłucnej. – jest to de facto to samo badanie. W różnych grupach wymagana jest różna procedura co daje dużą możliwość, że będzie zakodowana „niewłaściwa” procedura, która nie jest dla danej grupy przewidziana. Może to powodować brak możliwości rozliczenia optymalnej grupy JGP. lista D05ZNIECZOGOLNE Do listy procedur powinna zostać dodana procedura znieczulenia dożylnego trwającego dłużej niż 60 minut (100.12 - Znieczulenie całkowite dożylne (powyżej 60 minut)). Zabiegi niejednokrotnie trwają dłużej niż 60 minut.
	Załącznik nr 6 - Nowa Charakterystyka JGP dla świadczeń szpitalnych realizowanych w czasie do 12 godzin (WT.521.3.2022)		DE50 Choroby śródmiąższowe W opisie procedury istnieje wymóg konieczność wykonania procedury TK. Czasem pacjenci mają aktualne badanie wykonane np. SOR innego szpitala i nie wymagają powtórki TK DE05C Bronchoskopia w znieczuleniu z oceną histopatologiczną Opis grupy zakłada wykazanie procedur znieczulenia całkowitego dożylnego do 60 minut - czasem zabiegi trwają dłużej. Powinna być uwzględniona procedura z dłuższym czasem znieczulenia (100.12 - Znieczulenie całkowite dożylne (powyżej 60 minut)) W katalogu JGP dla świadczeń szpitalnych realizowanych w czasie do 12 godzin można rozważyć jeszcze grupy: - Wyśiękowe zapalenie opłucnej. Warunkiem rozliczenia mogłoby być co najmniej 1 badanie obrazowe, punkcja opłucnej (koszt A) z możliwością rozliczenia badań laboratoryjnych płynu (koszt A+). - Zabiegi klatki piersiowej, 34.041 Drenaż jamy opłucnowej. Warunkiem rozliczenia powinno być co najmniej 1 badanie obrazowe i procedura Drenażu. Takie działanie byłoby znacznie rozsądniejsze niż oczekiwanie, że tego rodzaju zabiegi będą wykonywane na bazie poradni AOS
	Projekt wyceny świadczeń		DE05C Bronchoskopia w znieczuleniu z oceną histopatologiczną Rażąca jest mała różnica w wycenie pomiędzy bronchoskopią z hist-pat i bez hist-pat. Samo badanie hist pat wycenione na 100zł co jest nieadekwatne do realnie ponoszonych kosztów. Wycena chorób śródmiąższowych – nie uwzględnia, że diagnostyka wymaga kosztochłonnych procedur, TK, badań czynnościowych, badań immunologicznych, konsyliów wielospecjalistycznych – reumatologa, radiologa. Konsylia Wielodyscyplinarne (MDD) są standardem bez wyceny Zgodnie z międzynarodowymi wytycznymi ATS/ERS, ostateczne rozpoznanie ILD musi zostać ustalone przez zespół wielodyscyplinarny (pulmonolog, radiolog, ew. patomorfolog bądź inny specjalista). Raport AOTMiT traktuje pobyt pacjenta jako sumę prostych procedur (np. wykonanie HRCT + spirometria). Nie wycenia czasu pracy i zaangażowania konsylium ekspertów.
	Niekompletna wycena świadczeń dedykowanych dla chorób płuc		Brak nowej wyceny procedur diagnostycznych dedykowanych dla diagnostyki onkologicznej w ramach Pakietu Onkologicznego. Raport nowych wycen świadczeń w zakresie chorób klatki piersiowej zakłada zwiększenie wycen procedur zabiegowych, co jest niewątpliwie pozytywnym aspektem. Należy podkreślić, że w załączniku 5c w Zarządzeniu AOS znajdują się procedury: • 33.21 bronchoskopia przez przetokę • 33.22 bronchoskopia fiberoskopowa • 33.231 bronchoskopia autofluorescencyjna • 33.239 bronchoskopia – inna

Lp.	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag
			• 33.24 endoskopowa biopsja oskrzela • 33.26 przezskórna igłowa biopsja płuca • 33.272 przezoskrzelowa biopsja płuca • 34.23 biopsja ściany klatki piersiowej • 34.24 biopsja opłucnej • 34.25 przezskórna igłowa biopsja śródpiersia Niestety pomimo wzrostu wyceny procedur zabiegowych nie nastąpiła zmiana ryczałtów za diagnostykę nowotworów klatki piersiowej, co powoduje spory spadek finansowej atrakcyjności realizacji założeń Pakietu Onkologicznego. Należy także rozważyć umożliwienie dodatkowego rozliczenia w diagnostyce DiLO kwalifikacji do znieczulenia oraz znieczulenia całkowitego przy bronchoskopii (tak jak ma to miejsce w przypadku procedur endoskopowych w zakresie przewodu pokarmowego). Wprowadzenie możliwości wykonania części badań w ramach hospitalizacji do 12 godzin powoduje konieczność wprowadzenia: • Wprowadzenie do pakietu onkologicznego etapu umożliwiającego wykonanie badań uzupełniających po wykonaniu zabiegów szpitalnych (np. po EBUS lub bronchoskopii). • Możliwości wykonania i rozliczania badania PET w ramach diagnostyki uzupełniającej w ramach pakietu onkologicznego (także w przypadku braku konieczności wykonania innych badań z kat. 5c). Brak ponownej wyceny świadczeń związanych z hospitalizacjami w zakresie klatki piersiowej znajdujących się w katalogu 1b (procedury odrębne). W katalogu 1b znajdują się procedury: • 5.52.01.0000243 - Przewlekła wentylacja pacjenta w oddziale (rozliczane za osobodzień) • 5.52.01.0000811 - Gruźlica - leczenie długoterminowe (rozliczane za osobodzień) • 5.52.01.0001459 - Gruźlica wielolekooporna - leczenie długoterminowe (rozliczane za osobodzień) Brak ponownej wyceny powyższych procedur w Raporcie AOTMiT jest w naszym odczuciu dużym niedopatrzeniem. Wzrost wycen osobodni finansowanych po przekroczeniu limitów dni finansowanych w ramach danej grupy JGP pokazują skalę dotychczasowego niedofinansowania procedur związanych z chorobami płuc
8.	Joanna Lange	Strona 2/113	Brak wyszczególnienia powikłanych zapaleń płuc. W populacji pediatrycznej często nie jest możliwe ustalenie czynnika etiologicznego (szczególnie po wcześniejszym leczeniu antybiotykowym).
		Strona 8/113	Powinno być: zapalenie oskrzelików zamiast „zapalenie oskrzeli”
		Strona 9/113	• Nie każda choroba śródmiąższowa prowadzi do wtórnienia płuc (szczególnie u niemowląt). • Należy uwzględnić wyroby tytoniopodobne (np. e-papierosy). • Uzupełnić o absencję szkolną. Wątpliwość: najdłuższa absencja przy chorobach górnych dróg oddechowych – możliwe zniekształcenie przez finansowanie.
		Strona 10/113	Rozumiem, że w raporcie głównie podawane są dane dotyczące populacji dorosłych, umieralność w populacji dziecięcej jest na szczęście znacznie niższa.
		Strona 13/113 Tabela 4	Procedury te dotyczą wyraźnie populacji dorosłych, żadna z nich praktycznie nie może być wykonana w AOS w populacji dziecięcej
		Strona 19/113 Tabela 7	Uwagę zwraca wzrost o 318% w grupie PZD01- czym jest spowodowany?
		Strona 30/113 Tabela 12	12 Wobec braku uwzględnienia Kliniki Pulmonologii i Alergologii Wieku Dziecięcego liczba bronchoskopii z usunięciem ciała obcego jest zaniżona (kod 98.15), np. w 2024 roku było wykonanych 280 bronchoskopii u dzieci z czego u 40 z podejrzeniem aspiracji ciała obcego, a usunięto 18 ciał obcych !!! Podobnie inne dane, np. drenaż jamy opłucnej, zabiegi w obrębie klatki piersiowej - na terenie UCK WUM są Kliniki Chirurgii dla dorosłych i dzieci, np. 53.81 - plikacja przepony - wykonywana u dzieci z przepukliną przeponową - ośrodek DSK UCK WUM specjalizuje się w prowadzeniu dzieci z przepukliną przeponową
		Strona 42/113 Wers 12	• W populacji dziecięcej jest inny rozkład dominujących hospitalizacji - są to głównie zakażenia układu oddechowego, w tym zapalenia oskrzelików o etiologii głównie RS Stuszna uwaga dotycząca bronchoskopii - stuszne zwiększenie kosztów - dalsza część raportu
		Strona 43/113	Choroby obturacyjne - należy również uwzględnić zapalenia oskrzelików oraz zaostrzenia astmy u dzieci, POChP w populacji dziecięcej nie występuje

Lp.	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag
		Strona 44/113	Docelowy model organizacji opieki Zgadzam się ze stwierdzeniem konieczności przeniesienia części diagnostyki pulmonologicznej do AOS, aczkolwiek musi być odpowiednia wycena zarówno procedur, jak i faktycznie zainwestowanych pieniędzy w pacjenta.
		Strona 47/113	Zasadne jest pousuwanie z grup D 53, D 55 kategorii wiekowej - przypominamy, że choroby umieszczone w tych grupach występują również poniżej 17 r.ż.
		Tabela 18	Proponowane przesunięcie do AOS nie ma zastosowania u dzieci. Każda z wymienionych procedur wymaga hospitalizacji - konieczność znieczulenia ogólnego dziecka
		Strona 50/113	Grupa PZD03 - wymaga doprecyzowania jeżeli chodzi o rozliczenie, szczególnie w odniesieniu do usuwania ciał obcych u pacjentów pediatrycznych. Niestety niejasne dla nas jest sformułowanie, zatem istotne jest doprecyzowanie grup pediatrycznych.
			D45D Konieczne usunięcie kryterium wieku
		Strona 66/113 Tabela 25	Grupa III - PZD03 Bronchoskopia < 18 r.ż. - strona 68 tabela 26 - wycena osobodnia na dzień 30.06.2026 - 1 726,65 PLN - sam koszyk do usunięcia ciała obcego 1000-1500 PLN
		Strona 73/113 Tabela 30	Grupa DX1 - koszt leczenie np. zapalenia oskrzelików lub zapalenia płuc o nieustalonej etiologii (częste u dzieci) na pewno nie wynosi 47,34 PLN - jest wybitnie zaniżony !
		Strona 75/113 Tabela 31	Grupa PZD03 - koszt leków i np. instrumentarium wykorzystywanych np. do znieczulenia dziecka i wykonania bronchoskopii przekracza 2000 PLN
		Strona 78/113 Tabela 34	Nie bardzo rozumiemy skąd takie stawki, nawet w grupie standardowej 200 PLN za godzinę ? (chyba dla lekarza na kontrakcie)
		Strona 90/113 Tabela 40	PDX2 - zmniejszenie kwoty spowoduje utrudnienie, zmniejszenie dostępności do ośrodków zajmujących się kwalifikacją do nieinwazyjnej wentylacji i tlenoterapii domowej u dzieci
		Strona 97/113 Tabela 43	Grupa DX4 - brak odniesienia do dzieci - w Polsce jest ... ośrodków zajmujących się tym problemem, zmniejszenie kwoty wpłynie niekorzystnie
		Załącznik 1	Nie mamy uwag co do kodów ICD-10 - czekamy na bardziej precyzyjne ICD-11
		Załącznik 2	Uważamy, że dla oddziałów pulmonologii dziecięcej współczynnik pielęgniarok 0,8 na 1 łóżko jest wspaniały, ale założenie może nie być realne w wykonaniu. Czy mają to być etaty, czy realnie pracujące pielęgniarki (zwykle kilka z nich jest na zwolnieniu, urlopie etc) zatem realnie wskaźnik nie jest zachowany, a zdecydowanie niższy, np. w oddziale 30 łóżkowym powinno być zatrudnionych 24 pielęgniarki, jeżeli 6 z nich będzie nieobecna, wskaźnik wyniesie 0,6, czyli jak dla dorosłych. Scyntygrafia - rozumiemy, że ma być możliwość jej wykonania, ale nie koniecznie w miejscu - Pracowni scyntygrafii, które wykonują badania płuc u dzieci, nawet w Warszawie jest tylko kilka
		Załącznik 4	Badania w chorobach rzadkich grupy - czy tylko zarezerwowane dla ośrodków wpisanych jako referencyjne - jeżeli ośrodek prowadzi np. choroby śródmiąższowe płuc i wykonuje badania genetyczne, czy może skorzystać z którejś grupy celem lepszego rozliczenia ?
		Załącznik 5	Rozumiemy, że wycena dla polskich ośrodków będzie podobna, chociaż system CC score nie jest obligatoryjny w ośrodkach pulmonologicznych w Polsce
		Załącznik 6	Astma < 17 r.ż ICD-9 Do dodania ocena stężenia tlenu azotu - w zaostrzeniu lub braku kontroli astmy wskaźnik jest wykorzystywany 93.921 Nieinwazyjna wentylacja mechaniczna (NIV) 89.602 Pulsoksymetria 89.389 oscylometria impulsowa, LCI Dxx Leczenie ostrych infekcji dolnych dróg oddechowych lub niepowikłanego zapalenia płuc ICD-9 Konieczne dodanie kodu dla badań wirusologicznych i innych - panele lub ocena stężeń przeciwciał jest wykorzystywana w diagnostyce celem ustalenia etiologii zakażenia 93.921 Nieinwazyjna wentylacja mechaniczna (NIV) 89.602 Pulsoksymetria

Lp.	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag
			D20 Gruźlica ICD-9 Dodanie badań innych np. interferon, nowoczesne metody oceny zakażenia, np. kod U36 u dzieci uzyskanie indukowanej płwociny jest praktycznie niemożliwe Dxx Leczenie zapalenia płuc z określonym czynnikiem etiologicznym Konieczne dodanie kodu dla badań wirusologicznych i innych - panele lub ocena stężeń przeciwciał jest wykorzystywana w diagnostyce celem ustalenia etiologii zakażenia 93.921 Nieinwazyjna wentylacja mechaniczna (NIV) 88.733 USG płuc N58 prokalcytonina D53 Nadciśnienie płucne > 17 r.ż. Sugerujemy usunięcie kryterium wiekowego D55 Ziarniniaki, choroby płuc alergiczne i z autoimmunizacji Sugerujemy usunięcie wieku > 17 r.ż. oraz duszności wg skali mMRC ≥2 PZD03 Bronchoskopia < 18 r.ż. 98.15 usunięcie ciała obcego - obecnie za niska wycena - przy braku zwiększenia kosztów - proponujemy przesunięcie procedury do zabiegów średnich; koszyczek do usuwania ciał obcych to koszt 1000-1500 PLN
		Załącznik 7	DE 50 Choroby śródmiąższowe Brakuje precypityn lub IgG dla zapalenia płuc z nadwrażliwości Badania genetyczne dla chorób śródmiąższowych wieku dziecięcego DEX1 Zaburzenia oddychania w przebiegu chorób nerwowo-mięśniowych i chorób restrykcyjnych klatki piersiowej 89.17 Polisomnografia ! istotna w chorobach nn-mm
		Załącznik 8	Jesteśmy wielce zdziwieni dlaczego do szacowania kosztów nie zostały wykorzystane dane ze Szpitala Klinicznego UCK WUM Warszawa - zarówno Klinika Chorób Płuc dla dorosłych (DSK UCK WUM), jak i dla dzieci w DSK UCK WUM pełnią istotną rolę w leczeniu szczególnie trudnych przypadków klinicznych. Bardzo często są przesyłani pacjenci z ośrodków powiatowych etc. celem kontynuacji leczenia lub przeprowadzenia dalszej diagnostyki, co znacząco obciąża Kliniki. Wycena hospitalizacji niezależnie od stopnia referencji jest taka sama. Rozumiem, że uzyskane w analizie dane uwzględniają również wysoce specjalistyczne oddziały. Nie umniejszam roli wymienionych świadczeniodawców, ale np. w IMiDz nie są hospitalizowani pacjenci z chorobami układu oddechowego (poza mukowiscydozą w Dziekanowie Leśnym - nie uwzględnioną w tym raporcie, osobny raport), podobnie jak w CZD, gdzie nie ma Kliniki Chorób Płuc. Zatem nie można szacować kosztów opierając się o ww. ośrodków, które de facto nie zajmują się pacjentami z rzadkimi chorobami układu oddechowego, gruźlicą etc.
9.	Wojciech Kuczyński		1. Streszczenie postulatów Niniejsze uwagi odnoszą się do raportu Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie ustalenia taryfy świadczeń „Leczenie chorób układu oddechowego” (WT.521.3.2022) wraz z załącznikami nr 1–8, w części dotyczącej diagnostyki i leczenia zaburzeń oddychania w czasie snu oraz szerzej — zaburzeń snu. Projektowana charakterystyka grup JGP utrwała model, w którym jedyną ścieżką diagnostyki polisomnograficznej pozostaje hospitalizacja w oddziale chorób płuc (grupa D36), a kluczowe procedury medycyny snu — MSLT, MWT, poligrafia jako odrębne świadczenie przesiewowe, miareczkowanie aparatem CPAP oraz ocena skuteczności terapii — w ogóle nie występują w koszyku świadczeń gwarantowanych. Model ten jest niespójny klinicznie, systemowo i ekonomicznie, co szczegółowo wykazano w dalszej części dokumentu. Wnosi się o uwzględnienie następujących postulatów: 1) Wyodrębnienie diagnostyki i terapii zaburzeń snu z koszyka leczenia szpitalnego chorób płuc i utworzenie nowego, samodzielnego koszyka świadczeń realizowanych w pracowniach diagnostyki i terapii zaburzeń snu działających przy szpitalach, w trybie ambulatoryjnym (AOS) z możliwością pobytu nocnego pacjenta niebędącego hospitalizacją. 2) Pozostawienie polisomnografii w lecznictwie szpitalnym wyłącznie jako badania dodatkowego (sumowanego/warunkującego) w diagnostyce różnicowej niewydolności oddychania oraz kwalifikacji do NIV/CPAP — w miejsce samodzielnej grupy hospitalizacyjnej D36.

Lp.	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag
			3) Zdefiniowanie koszyka świadczeń pracowni: porada lekarska (w tym telemedyczna ocena skuteczności terapii CPAP), polisomnografia (PSG), poligrafia (wyłącznie jako badanie przesiewowe), MSLT, MWT, miareczkowanie protezy powietrznej CPAP oraz ocena skuteczności terapii CPAP. 4) Przyjęcie taryfikacji opartej na czasie trwania procedury: procedury 12-godzinne według taryfy bazowej polisomnografii; procedury 24-godzinne (MSLT, MWT wraz z poprzedzającą polisomnografią nocną) — dwukrotność taryfy bazowej. 5) Oparcie kwalifikacji rozpoznania na klasyfikacji ICD-11 (rozdział 07 „Zaburzenia snu i czuwania”) jako odrębnej grupie chorobowej, obejmującej zarówno zaburzenia oddychania w czasie snu, jak i hipersomnie ośrodkowe, bezsenność, zaburzenia ruchowe w trakcie snu. 6) Określenie wymagań kadrowych: kierownikiem pracowni może być wyłącznie specjalista chorób płuc lub lekarz z certyfikatem somnologa (wymóg bezwzględny); zespół interdyscyplinarny może obejmować pediatrę, pulmonologa, pulmonologa dziecięcego, kardiologa, neurologa, psychiatrę, chirurga szczękowo-twarzowego, psychologa, dietetyka i laryngologa. 7) Egzekwowanie paradygmatu diagnostycznego: polisomnografia jako złoty standard; badania poligraficzne wyłącznie jako screening, z obowiązkiem poszerzenia diagnostyki o PSG w sytuacjach wątpliwych; wyłączenie możliwości kwalifikacji do refundacji CPAP na podstawie badań wykonywanych przez podmioty nieuprawnione. 8) Dostosowanie systemu do wymogów dyrektywy Komisji 2014/85/UE w zakresie obowiązkowej diagnostyki kierowców z podejrzeniem umiarkowanego lub ciężkiego obturacyjnego bezdechu sennego (polisomnografia i/lub MWT w przypadku nadmiernej senności diennej). Proponowane zmiany odciążają oddziały pulmonologiczne lokalowo i sprzętowo, likwidują lukę systemową w diagnostyce hipersomnii (brak procedury MSLT przy jednoczesnej refundacji modafinilu i pitolisantu warunkowanej wykonaniem MSLT), porządkują rynek kwalifikacji do terapii CPAP oraz — przy zachowaniu neutralności taryfowej względem obecnej grupy D36 — generują wymierne oszczędności po stronie płatnika publicznego.
			2. Ocena stanu obecnego na podstawie raportu WT.521.3.2022 2.1. Diagnostyka zaburzeń snu w projektowanej charakterystyce JGP Analiza załączników nr 1, 3, 6 i 7 do raportu prowadzi do wniosku, że diagnostyka zaburzeń snu została w projekcie ujęta wyłącznie fragmentarycznie — jako element diagnostyki pulmonologicznej realizowanej w trybie hospitalizacji. Zestawienie wszystkich elementów charakterystyki odnoszących się do medycyny snu przedstawia tabela 1. Tabela 1. Świadczenia związane z zaburzeniami snu w projektowanej charakterystyce JGP (wg załączników nr 3 i 7 do raportu) Grupa Zakres Wartość punktowa Warunki / uwagi D36 Zaburzenia oddychania w czasie snu — diagnostyka 1 372 Wymaga 89.17 Polisomnografia; rozpoznanie G47.3 lub R06.8; wyłącznie hospitalizacja DXX (projekt) Diagnostyka i leczenie przewlekłej niewydolności oddychania lub zaburzeń oddychania w czasie snu — CPAP (93.90) lub NIV (93.921) + 4 procedury, w tym możliwa PSG (89.17); wiek > 17 r.ż. Dxxx (projekt) Kwalifikacja do przewlekłej tlenoterapii i leczenie zaburzeń oddychania w czasie snu — Schemat II: CPAP (93.90) + RKZ; rozpoznanie zasadnicze może stanowić G47.3 D45/D45D Leczenie niewydolności oddychania przy zastosowaniu NWM > 17 r.ż. 13 203 NIV (93.921); pobyt > 7 dni; rozpoznanie współistniejące z listy D3 (m.in. G47.3) PXX/PXXX (projekt) Analogiczne grupy dziecięce (< 18 r.ż.) — CPAP/NIV + procedury, w tym PSG; tryb szpitalny Źródło: opracowanie własne na podstawie załączników nr 3 i 7 do raportu WT.521.3.2022.

Lp.	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag
			Jednocześnie w całym projekcie — w tym w charakterystyce świadczeń realizowanych w czasie do 12 godzin (załącznik nr 6) — brak jest następujących procedur i ścieżek, które stanowią kanon współczesnej medycyny snu: • testu wielokrotnej latencji snu (MSLT) — jedyne go obiektywnego narzędzia diagnostyki hipersomnii ośrodkowych (narkolepsja typu 1 i 2, hipersomnia idiopatyczna); • testu utrzymania czuwania (MWT) — narzędzia oceny zdolności do utrzymania czuwania, wymaganego m.in. w orzecznictwie dotyczącym kierowców; • poligrafii (badania kardiorespiracyjnego) jako odrębnie zdefiniowanej i taryfikowanej procedury przesiewowej; • miareczkowania protezy powietrznej CPAP jako odrębnej procedury kwalifikacyjno-terapeutycznej; • oceny skuteczności terapii CPAP (w tym w formule telemedycznej); • jakiegokolwiek ścieżki ambulatoryjnej (AOS) dla diagnostyki zaburzeń snu; • rozpoznania hipersomnii (ICD-10: G47.0, G47.1, G47.4; ICD-11: 7A20–7A2Z) na listach rozpoznania kwalifikujących. 2.2. Konsekwencje kliniczne i systemowe obecnego modelu Utrzymanie diagnostyki polisomnograficznej wyłącznie w trybie hospitalizacji (grupa D36, 1 372 pkt) oznacza, że badanie o charakterze czysto diagnostycznym, niewymagające leczenia szpitalnego ani całodobowej opieki lekarskiej, jest rozliczane z pełnym zaangażowaniem infrastruktury oddziału: łóżka szpitalnego, personelu dyżurnego, zaplecza hotelowego i żywieniowego. Pacjent z podejrzeniem obturacyjnego bezdechu sennego (OBS), somatycznie wydolny, zajmuje łóżko pulmonologiczne, które mogłoby służyć pacjentom z zaostrzeniem POChP, zapaleniem płuc czy niewydolnością oddychania. Jest to nieefektywne wykorzystanie najdroższego zasobu systemu — łóżka szpitalnego — dla świadczenia, które w systemach referencyjnych (Niemcy, Anglia; por. rozdział 6) realizowane jest w trybie ambulatoryjnym lub maksymalnie dwudniowego pobytu diagnostycznego. Skala zjawiska jest istotna i dynamicznie rośnie. Według danych Narodowego Funduszu Zdrowia za lata 2020–2025 liczba pacjentów z rozpoznaniem OBS w systemie wzrasta z około 33 tys. (2020 r.) do około 108 tys. (2025 r.), liczba wykonanych badań polisomnograficznych — z około 15 tys. do około 53 tys. rocznie, a liczba wniosków refundacyjnych na aparaty CPAP — z około 10 tys. do około 26 tys. rocznie. Oznacza to ponad trzykrotny wzrost zapotrzebowania w ciągu pięciu lat przy niezmiennym modelu organizacyjnym świadczeń. Jednocześnie utrzymuje się luka diagnostyczna: liczba wykonywanych PSG odpowiada zaledwie około połowie liczby pacjentów z rozpoznaniem OBS, co wskazuje, że znacząca część rozpoznania i kwalifikacji do terapii odbywa się poza złotym standardem diagnostycznym. Dane epidemiologiczne wskazują przy tym, że populacja wymagająca diagnostyki jest wielokrotnie większa niż populacja obecnie zdiagnozowana: • Kuczyński, W. et al. The Epidemiology of Obstructive Sleep Apnea in Poland-Polysomnography and Positive Airway Pressure Therapy. Int. J. Environ. Res. Public Health 2021, 18, 2109; • Kuczyński, W. et al. Overall Mortality and Comorbidities in Obstructive Sleep Apnea in Poland. Med. Sci. Monit. 2025, 31, Przy konserwatywnym założeniu chorobowości OBS wymagającego leczenia na poziomie kilku procent populacji dorosłej, populacja docelowa diagnostyki liczy co najmniej kilkaset tysięcy do ponad miliona osób, a obecna przepustowość systemu (ok. 53 tys. PSG rocznie, wyłącznie szpitalnie) nie pozwala na zaspokojenie potrzeb zdrowotnych w horyzoncie dekady
			3. Propozycja nowego modelu: pracownie diagnostyki i terapii zaburzeń snu 3.1. Założenia organizacyjne Proponuje się utworzenie nowego rodzaju komórki organizacyjnej — pracowni diagnostyki i terapii zaburzeń snu — działającej przy szpitalu, lecz finansowanej w ramach odrębnego koszyka świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Świadczenia realizowane byłyby na podstawie skierowania do pracowni, w trybie ambulatoryjnym z możliwością pobytu nocnego pacjenta (świadczenie ambulatoryjne, nie szpitalne), analogicznie do rozwiązań przyjętych w pracowniach endoskopii czy ośrodkach diagnostyki kardiologicznej. Wymagane minimalne wyposażenie: co najmniej jeden polisomnograf wraz ze stanowiskiem umożliwiającym całonocne badanie pacjenta (pomieszczenie z łóżkiem, rejestracją audio-wideo i nadzorem technika). Model ten realizuje trzy cele jednocześnie: Po pierwsze, odciąża oddziały chorób płuc lokalowo i sprzętowo: każde badanie PSG przeniesione do pracowni uwalnia osobodzień hospitalizacji pulmonologicznej. Po drugie, umożliwia kompleksową opiekę nie tylko nad pacjentem z zaburzeniami oddychania w czasie snu, lecz również nad pacjentem z hipersomnią, bezsennością czy innymi zaburzeniami snu — dziś pozbawionym jakiegokolwiek ścieżki diagnostycznej w koszyku świadczeń gwarantowanych. Po trzecie, tworzy ramy organizacyjne do adaptacji klasyfikacji ICD-11, w której zaburzenia snu i czuwania stanowią odrębny rozdział (07), obejmujący m.in. bezsenność (7A00–7A0Z), hipersomnie ośrodkowe (7A20–7A2Z, w tym narkolepsję typu 1 — 7A20, typu 2 — 7A21 i hipersomnię idiopatyczną — 7A22) oraz zaburzenia oddychania w czasie snu (7A40–7A4Z, w tym obturacyjny bezdech senny — 7A41). Wyodrębnienie zaburzeń snu jako samodzielnej

Lp.	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag
			grupy chorobowej jest zgodne z kierunkiem rozwoju klasyfikacji WHO i nie da się go przeprowadzić w ramach koszyka ograniczonego do chorób układu oddechowego. 3.2. Koszyk świadczeń pracowni i zasady taryfikacji Proponowany koszyk świadczeń pracowni wraz z zasadą taryfikacji przedstawia tabela 2. Zasada generalna: procedury trwające do 12 godzin rozliczane są według taryfy bazowej polisomnografii; procedury 24-godzinne (MSLT i MWT, które z definicji wymagają poprzedzającej polisomnografii nocnej i całodiennej rejestracji) — według dwukrotności taryfy bazowej. Tabela 2. Proponowany koszyk świadczeń pracowni diagnostyki i terapii zaburzeń snu Świadczenie Czas trwania Taryfa (propozycja) Uwagi Porada lekarska w pracowni (pierwszorazowa / kontrolna) — wg taryf AOS Kwalifikacja do badań, interpretacja wyników, prowadzenie terapii Polisomnografia (PSG) 12 h 1 372 pkt (= obecna D36) Złoty standard; pełny montaż wg AASM, nadzór technika Poligrafia (badanie kardiorespiracyjne) 12 h ok. 0,35–0,45 taryfy PSG Wyłącznie screening; wynik wątpliwy lub niezgodny z obrazem klinicznym obliguje do PSG W pracowni stosunek PSG do poligrafii sprzętowej 1:1 MSLT (test wielokrotnej latencji snu) 24 h 2 744 pkt (2 × PSG) PSG nocna + 4–5 drzemek w ciągu dnia; diagnostyka hipersomnii MWT (test utrzymania czuwania) 24 h 2 744 pkt (2 × PSG) PSG nocna + sesje czuwania; orzecznictwo, w tym kierowcy zawodowi Miareczkowanie protezy powietrznej CPAP 12 h ok. 0,35–0,45 taryfy PSG do 7 dni Wykonane w domu chorego przez 7 dni, umożliwia monitorowanie zdalne, nadzór zdalny, teleporadę Ocena skuteczności terapii CPAP — wg taryf porady AOS Dostępna również jako świadczenie telemedyczne (odczyt danych z aparatu, telemonitoring) Źródło: opracowanie własne. Wartości punktowe stanowią propozycję do weryfikacji w postępowaniu taryfikacyjnym; punkt odniesienia stanowi obecna wartość grupy D36 (1 372 pkt). Rozpoznanie kwalifikujące powinny zostać zdefiniowane według ICD-11 (rozdział 07), z mapowaniem przejściowym na ICD-10 (G47 z rozszerzeniami, E66.2, R06.8) do czasu pełnego wdrożenia ICD-11 w sprawozdawczości NFZ. 3.3. Wymagania kadrowe i zespół interdyscyplinarny Wymogiem bezwzględny powinno być, aby kierownikiem pracowni był specjalista w dziedzinie chorób płuc lub lekarz legitymujący się certyfikatem somnologa (np. certyfikat Polskiego Towarzystwa Badań nad Snem lub równoważny certyfikat europejski ESRS). Diagnostyka różnicowa zaburzeń snu ma charakter interdyscyplinarny, dlatego w skład zespołu pracowni mogą wchodzić: pediatra, pulmonolog, pulmonolog dziecięcy, kardiolog, neurolog,

Lp.	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag
			psychiatra, psycholog, dietetyk oraz laryngolog, chirurg szczękowo- twarzowy. Taki skład umożliwia prowadzenie pełnej diagnostyki różnicowej — od zaburzeń oddychania w czasie snu, przez hipersomnie ośrodkowe i parasomnie, po bezsenność wtórną do zaburzeń psychicznych oraz kwalifikację laryngologiczną i bariatryczno-dietetyczną pacjentów z OBS. Personel realizujący badania nocne: technik elektrofizjologii/polisomnografii lub pielęgniarka po odpowiednim przeszkoleniu. 3.4. Rola polisomnografii w leczeniu szpitalnym po zmianie Po wyodrębnieniu pracowni, polisomnografia w oddziale chorób płuc powinna pozostać wyłącznie badaniem dodatkowym, służącym poszerzeniu diagnostyki różnicowej pacjentów hospitalizowanych z podejrzeniem niewydolności oddychania oraz kwalifikacji do NIV/CPAP — tj. w kształcie przewidzianym w projektowanych grupach DXX („Diagnostyka i leczenie przewlekłej niewydolności oddychania lub zaburzeń oddychania w czasie snu”), Dxxx („Kwalifikacja do przewlekłej tlenoterapii i leczenie zaburzeń oddychania w czasie snu”) oraz D45D (NWM). Samodzielna grupa hospitalizacyjna D36, której jedynym celem jest wykonanie badania diagnostycznego, powinna zostać wygaszona, a jej wolumen przeniesiony do koszyka pracowni. Procedura 89.17 Polisomnografia pozostałaby na listach procedur grup szpitalnych jako badanie warunkujące lub sumowane, nie zaś jako samoistna przestanka hospitalizacji.
			4. Niespójności systemowe wymagające usunięcia 4.1. Hipersomnie: refundacja leków bez ścieżki diagnostycznej Szczególnie rażąca niespójnością obecnego stanu jest sytuacja pacjentów z hipersomniami ośrodkowymi. Narodowy Fundusz Zdrowia finansuje ze środków publicznych leki stosowane w narkolepsji — modafinil oraz pitolisant (odpłatność ryczałtowa) — przy czym warunkiem rozpoznania narkolepsji i kwalifikacji do leczenia, zgodnie ze standardami diagnostycznymi (ICSD-3/ICD-11), jest wykonanie testu wielokrotnej latencji snu (MSLT). Tymczasem procedura MSLT nie istnieje w koszyku świadczeń gwarantowanych — nie ma jej ani w projektowanej charakterystyce JGP (załączniki nr 6 i 7), ani w katalogu świadczeń AOS. Płatnik publiczny finansuje zatem farmakoterapię, której warunek kwalifikacyjny jest niemożliwy do spełnienia w ramach systemu publicznego: pacjenci wykonują MSLT komercyjnie lub w ramach nieadekwatnie rozliczanych hospitalizacji. Jest to konstrukcja wadliwa zarówno z punktu widzenia równości dostępu do świadczeń, jak i legalności wydatkowania środków publicznych. Proponowany koszyk pracowni (tabela 2) usuwa tę lukę. 4.2. Kwalifikacja do refundacji CPAP na podstawie badań poligraficznych wykonywanych przez podmioty nieuprawnione Drugą istotną niespójnością jest praktyka kwalifikowania pacjentów do refundowanej terapii CPAP wyłącznie na podstawie badań poligraficznych, w tym wykonywanych poza systemem świadczeń gwarantowanych — przez podmioty komercyjne niebędące świadczeniodawcami, w skrajnych przypadkach przez punkty sprzedaży sprzętu medycznego zainteresowane ekonomicznie wynikiem kwalifikacji. Poligrafia, jako badanie pozbawione rejestracji snu (EEG/EOG/EMG), systematycznie zaniża wskaźnik AHI (mianownikiem jest czas rejestracji, nie czas snu), nie różnicuje bezdechów obturacyjnych i ośrodkowych w stopniu wystarczającym u pacjentów z chorobami współistniejącymi oraz nie pozwala rozpoznać innych zaburzeń snu imitujących OBS. Skutkiem są zarówno rozpoznania fałszywie ujemne (pacjent niezdiagnozowany), jak i fałszywie dodatnie (refundacja aparatu CPAP dla pacjenta, który go nie wymaga lub nie będzie stosował). Konieczne jest egzekwowanie podstawowego paradygmatu diagnostyki zaburzeń snu: polisomnografia stanowi złoty standard diagnostyczny, a badania poligraficzne mogą być wykonywane wyłącznie jako badania przesiewowe u pacjentów z wysokim prawdopodobieństwem niepowikłanego OBS, z obowiązkiem poszerzenia diagnostyki o PSG w każdej sytuacji wątpliwej. Warunkiem wystawienia zlecenia na refundowany wyrób medyczny (aparat CPAP) powinno być przeprowadzenie kwalifikacji w podmiocie uprawnionym — pracowni diagnostyki i terapii zaburzeń snu spełniającej wymagania kadrowe i sprzętowe — z udokumentowaną diagnostyką zgodną z powyższym paradygmatem. Przy około 26 tys. wniosków refundacyjnych CPAP rocznie (2025 r.) nawet kilkunastoprocentowy odsetek kwalifikacji nieprawidłowych oznacza miliony złotych rocznie wydatkowanych na wyroby medyczne bez właściwej podstawy diagnostycznej oraz — co równie istotne — bez nadzoru nad skutecznością terapii (przy założeniu limitu finansowania aparatu CPAP na poziomie ok. 2 100 zł: 10% z 26 tys. wniosków odpowiada ok. 5,5 mln zł rocznie; wartość szacunkowa do weryfikacji na danych NFZ). 4.3. Obowiązki wynikające z prawa Unii Europejskiej — kierowcy zawodowi Dyrektywa Komisji 2014/85/UE z dnia 1 lipca 2014 r., zmieniająca dyrektywę 2006/126/WE w sprawie praw jazdy, wprowadziła do załącznika III obowiązek oceny osób ubiegających się o prawo jazdy lub jego przedłużenie pod kątem umiarkowanego i ciężkiego obturacyjnego bezdechu sennego. Osoby z podejrzeniem OBS i nadmierną sennością dzienną podlegają obowiązkowej diagnostyce, a kierowcy grupy 2 (kategorie C i D — transport zawodowy) — okresowej kontroli skuteczności leczenia jako warunkowi utrzymania uprawnień. Rzetelna realizacja tych obowiązków wymaga dostępności polisomnografii (potwierdzenie rozpoznania i skuteczności terapii) oraz testu MWT (obiektywna ocena zdolności utrzymania czuwania w przypadkach nadmiernej senności). Obecny koszyk świadczeń nie zapewnia żadnej ścieżki realizacji tych badań, co przenosi koszty na kierowców i pracodawców, a w praktyce prowadzi do orzekania bez obiektywnej diagnostyki — z bezpośrednimi konsekwencjami dla bezpieczeństwa ruchu drogowego. Proponowany model tworzy infrastrukturę niezbędną do wykonania zobowiązań implementacyjnych państwa członkowskiego.

Lp.	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag
10.	Małgorzata Czajkowska-Malinowska	Uwagi ogólne; rozdz. 1, s. 1-4; rozdz. 5, s. 96-103	Wyrażam uznanie dla zespołu Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji za przygotowanie kompleksowego raportu dotyczącego leczenia chorób układu oddechowego w Polsce. Na szczególne podkreślenie zasługuje kierunek zmian zmierzający do lepszego powiązania finansowania świadczeń z rzeczywistym zakresem diagnostyki i leczenia pacjenta, a nie wyłącznie z kodem rozpoznania. Jest to rozwiązanie wspierające wysoką jakość opieki medycznej oraz promujące ośrodki realizujące kompleksową diagnostykę i leczenie zgodnie z aktualnymi standardami medycznymi. Przejście z 34 do 44 grup JGP może uporządkować sekcję D, zwiększyć jednorodność kliniczną i kosztową oraz lepiej rozdzielić przypadki proste od złożonych. Ich wdrożenie nie może być wyłącznie technicznym przeliczeniem taryf. Pulmonologia funkcjonuje w warunkach napięcia finansowego i kadrowego, dlatego nowe taryfy powinny stabilizować oddziały chorób płuc i zabezpieczać dostępność świadczeń.
		Raport, rozdz. 3.2.1 „Katalog JGP dla świadczeń szpitalnych realizowanych w czasie do 12 godzin”, str. 47-48/113; rozdz. 3.2.2 „Nowe grupy zabiegowe w AOS”, str. 48/113; Załącznik 7 „Nowa charakterystyka - katalog 1a”, w szczególności DE05A-DE05C, DE28, DE50; katalog AOS - grupy ZX1-ZX7.	Katalog 12 h należy rozumieć jako krótki tryb szpitalny, a nie AOS i nie tańszą hospitalizację. Porównanie z wcześniejszymi taryfami ma charakter symulacyjny, ponieważ identyczny katalog wcześniej nie funkcjonował. Kryteria kwalifikacji AOS vs tryb do 12 godzin vs hospitalizacja całodobowa. Należy jednoznacznie określić kryteriów kwalifikacji procedur do AOS, trybu do 12 godzin oraz hospitalizacji całodobowej, szczególnie dla bronchoskopii, biopsji przezoskrzelowej, biopsji optucnej, drenażu jamy optucnej oraz innych procedur optucnowych. Uzasadnienie: Część procedur może być technicznie możliwa do wykonania w więcej niż jednym trybie organizacyjnym. Brak jasnych kryteriów może prowadzić do różnic interpretacyjnych i późniejszego kwestionowania rozliczeń przez płatnika, np. uznania w przypadku kontroli, że procedura wykonana w trybie do 12 godzin powinna zostać rozliczona jako AOS. Propozycja doprecyzowania: AOS powinien obejmować pacjentów stabilnych, niskiego ryzyka, niewymagających sedacji/znieczulenia, dłuższej obserwacji, monitorowania po zabiegu ani zabezpieczenia tóżka szpitalnego. Tryb do 12 godzin powinien obejmować pacjentów stabilnych, u których zakres diagnostyki/procedury przekracza możliwości typowej AOS albo wymaga obserwacji, monitorowania, sedacji/znieczulenia, pobrania materiału biologicznego lub zabezpieczenia możliwości konwersji do hospitalizacji. Hospitalizacja całodobowa powinna dotyczyć chorych niestabilnych, z istotnym ryzykiem powikłań, niewydolnością oddechową, hipoksemią, krwawieniem, koniecznością leczenia albo obserwacji dłuższej niż 12 godzin.
		Rozdział 3.2.1 pt. Katalog JGP dla świadczeń szpitalnych realizowanych w czasie do 12 godzin, str. 51.	W katalogu JGP dla świadczeń szpitalnych realizowanych w czasie do 12 godzin proponuję dołączyć dziesiątą i jedenastą grupę: - D26 Wysiękowe zapalenie optucnej. Warunek rozliczenia: co najmniej 1 badanie obrazowe, punkcja optucnej (koszt A) z możliwością rozliczenia badań laboratoryjnych płynu (koszt A+). - D07A Zabiegi klatki piersiowej, 34.041 Drenaż jamy optucnowej. Warunek rozliczenia: co najmniej 1 badanie obrazowe i procedura drenażu. Takie podejście jest znacznie bardziej zbliżone do praktyki i potrzeb klinicznych niż założone oczekiwanie, że powyższe zabiegi będą wykonywane na bazie AOS.
		AOS i relacja do trybu 12 h; rozdz. 3.2.2; tabela 4 strona 91/113 Fragment tabeli z “Świadczenia szpitalne realizowane w czasie do 12 godzin”	Rozwój AOS i krótkich trybów może skrócić ścieżkę pacjenta, ale nie może prowadzić do przenoszenia złożonych przypadków do zbyt nisko wycenianych produktów. AOS powinien obejmować procedury proste i stabilne. Procedury wymagające zaplecza oddziału, obserwacji, sedacji, diagnostyki wielospecjalistycznej lub zabezpieczenia powikłań powinny pozostać w 12 h albo hospitalizacji. Wartość bronchoskopii “DE05B Bronchoskopia z oceną histopatologiczną” po zmianie taryfy jest wyższa od “DE05A Bronchoskopia” o 94 zł. To jest zdecydowanie za niski koszt procedury. W koszt prostego badania hist-pat wchodzi jednorazowe narzędzia z ceną od 50 do 250 zł, pojemnik i transport próbek, właściwe badanie hist-pat (200-700 zł). Proponuję wzrost wyceny o 370 zł, co daje wartość 2207 zł. Procentowy przyrost za procedurę wyniósłby 33,6%.
		Bronchoskopia: D05D/D05E oraz DE05A-C; rozdz. 3.2.3; zał. 6 i 7 Załącznik 4 „Katalog produktów do sumowania”, tabela 1 - produkty do sumowania, w szczególności diagnostyka patomorfologiczna, mikrobiologiczna, genetyczna/molekularna, badania genetyczne w chorobach nowotworowych oraz plan leczenia onkologicznego; Załącznik 7 „Nowa charakterystyka -	Podział bronchoskopii jest merytorycznie słuszny, ale musi obejmować pełne koszty: kwalifikację, personel, sedację/znieczulenie, materiały jednorazowe, dekontaminację, histopatologię, cytologię, mikrobiologię, BAL, EBUS/TBNA i badania molekularne. Wnoszę o jednoznaczne zasady sumowania diagnostyki patomorfologicznej, genetycznej i mikrobiologicznej oraz monitoring rentowności pracowni bronchoskopii. Możliwość sumowania produktów z Załącznika 4 ze świadczeniami realizowanymi w ramach pobytu do 12 godzin. Potrzeba jednoznacznie potwierdzić, że produkty do sumowania wymienione w Załączniku 4 mogą być rozliczane łącznie ze świadczeniami realizowanymi w ramach pobytu do 12 godzin, o ile są medycznie uzasadnione, spełniają warunki rozliczenia danego produktu i nie zostały uwzględnione w taryfie świadczenia podstawowego. Dotyczy to szczególnie diagnostyki patomorfologicznej, mikrobiologicznej i molekularnej/genetycznej, w tym badań wykonywanych z materiału pobranego podczas bronchoskopii, biopsji, procedur optucnowych lub krótkiej diagnostyki nowotworowej. Tryb do 12 godzin może być racjonalnym zamiennikiem części hospitalizacji diagnostycznych, ale tylko pod warunkiem, że koszt badań dodatkowych nie zostanie nieprawidłowo uznany za zawarty w niskiej taryfie świadczenia podstawowego. Brak jednoznacznego zapisu może prowadzić do niedoszacowania procedur diagnostycznych, ograniczenia dostępności badań i różnic interpretacyjnych w rozliczeniach. Propozycja zapisu: „Produkty do sumowania określone w Załączniku 4 mogą być rozliczane łącznie ze świadczeniami realizowanymi w katalogu świadczeń szpitalnych do 12 godzin, jeżeli są medycznie uzasadnione, spełniają warunki rozliczenia danego produktu i nie zostały uwzględnione w taryfie świadczenia podstawowego”.

Lp.	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag
		katalog 1ae", grupy DE05B, DE05C, DE28 oraz inne świadczenia 12-godzinne, w których może być pobierany materiał diagnostyczny	Uwaga 6 Przyjęta kategoryzacja w WIELU przypadkach kłóci się z praktyką kliniczną i jest częściowo nielogiczna. Np. dlaczego dzienny koszt pobytu chorego z odmą płucną jest wyższy niż chorego z zatorem płuc czy ropniakiem płucnym. Podobnie dlaczego koszt pobytu pacjenta z chorobą nowotworową układu oddechowego i klatki piersiowej z powikłaniami > 3 dni ma być niższy niż np. chorego z nadciśnieniem płucnym (n. łagodnym). Różnice są istotne, bo sięgają 200-500 PLN dziennie. Rozumiemy potrzebę przyjęcia jakiejś metodyki i kategoryzacji, ale tutaj to się chyba nie sprawdza. Być może jednym z powodów jest znikomy odsetek pacjentów z odpowiednich grup JGP, których włączono do analizy. Innym powodem może być nieproporcjonalna dystrybucja chorych z poszczególnymi rozpoznaniemmi pomiędzy szpitalami powiatowymi, wojewódzkimi i klinicznymi. Proponujemy zmian zakładającą przesunięcie 4 grupy JGP do niższej kategorii i 6 grup JGP do wyższej kategorii.
		Rozdział 3.2.3; Tabela 19 str. 57 (wiersz 4) oraz pozostałe miejsca, w których mowa o JGP D17. Onkologia płuca: D28/DE28; zał. 4; programy lekowe Zał. 6 Nowa charakterystyka katalog 1a	Proponuję nazwę grupy D17: ROPIEŃ PŁUCA, ROPNIAK OPŁUCNEJ DE28 należy traktować jako krótki pakiet diagnostyczno-kwalifikacyjny, a nie pełną ścieżkę raka płuca. W diagnostyce onkologicznej konieczne jest sumowanie: planu leczenia onkologicznego, patomorfologii, badań genetycznych i - gdy dotyczy - portu naczyniowego. W dokumentacji powinny być wymagane: ECOG, materiał hist-pat, cytologia, genetyka, rozpoznania powikłań, przerzutów, wysięku, niedodmy, niewydolności oddychania lub kacheksji.
		4.2.3 pt. Osobodzień optymalny, Tabela 25, str. 70	Przyjęta kategoryzacja dotycząca osobodnia w wielu przypadkach kłóci się z praktyką kliniczną. Np. dzienny koszt pobytu chorego z odmą płucną jest wyższy niż chorego z zatorem płuc czy ropniakiem płucnym. Podobnie koszt pobytu pacjenta z chorobą nowotworową układu oddechowego i klatki piersiowej z powikłaniami > 3 dni ma być niższy niż np. chorego z nadciśnieniem płucnym (n. łagodnym). Różnice są istotne, bo sięgają 200-500 PLN dziennie. Być może jednym z powodów jest znikomy odsetek pacjentów z odpowiednich grup JGP, których włączono do analizy. Innym powodem może być nieproporcjonalna dystrybucja chorych z poszczególnymi rozpoznaniemmi pomiędzy szpitalami powiatowymi, wojewódzkimi i klinicznymi. Proponujemy zmiany zakładające przesunięcie 4 grupy JGP do niższej kategorii i 6 grup JGP do wyższej kategorii. Przesunięcie D07 Małe zabiegi klatki piersiowej z kategorii III do kategorii IV.
11.	Rafał Krenke	Rozdział 3.2.3; Tabela 19 str. 57 (wiersz 4) oraz pozostałe miejsca, w których mowa o JGP D17.	Nazwa JGP powinna zostać zmieniona i uwzględnić także ropniak płucny. Uzasadnienie: Ropniak płucny jest znacznie częstszy niż ropień płuc i ropowica, a jest to ta sama kategoria schorzenia co ropień płucny i ropowica, wymagająca nawet bardziej złożonego leczenia. Nazwa grupy D17 powinna więc brzmieć ROPIEŃ PŁUCA, ROPNIAK OPŁUCNEK, ROPOWICA.
		Rozdział 3.2.1 pt. Katalog JGP dla świadczeń szpitalnych realizowanych w czasie do 12 godzin, str. 51.	W katalogu JGP dla świadczeń szpitalnych realizowanych w czasie do 12 godzin należy dołączyć dziesiątą i jedenastą grupę. Byłyby to: - D26 Wysiękowe zapalenie płuc. Warunkiem rozliczenia powinno być co najmniej 1 badanie obrazowe, punkcja płucna (koszt A) z możliwością rozliczenia badań laboratoryjnych płynu (koszt A+). - D07A Zabiegi klatki piersiowej, 34.041 Drenaż jamy płucnej. Warunkiem rozliczenia powinno być co najmniej 1 badanie obrazowe i procedura drenażu. Takie podejście jest znacznie rozsądniejsze i zbliżone do praktyki i potrzeb klinicznych niż oczekiwanie, że powyższe zabiegi będą wykonywane na bazie AOS.
		4.2.3 pt. Osobodzień optymalny, Tabela 25, str. 70.	Przyjęta kategoryzacja jest w WIELU przypadkach nielogiczna i kłóci się z praktyką kliniczną. Np. dlaczego dzienny koszt pobytu chorego z odmą płucną jest wyższy niż chorego z zatorem płuc czy ropniakiem płucnym. Podobnie dlaczego koszt pobytu pacjenta z chorobą nowotworową układu oddechowego i klatki piersiowej z powikłaniami > 3 dni ma być niższy niż np. chorego z nadciśnieniem płucnym (n. łagodnym). Różnice są istotne, bo sięgają 200-500 PLN dziennie. Rozumiemy potrzebę przyjęcia jakiejś metodyki i kategoryzacji, ale tutaj to się chyba nie sprawdza. Być może jednym z powodów jest znikomy odsetek pacjentów z odpowiednich grup JGP, których włączono do analizy. Innym powodem może być nieproporcjonalna dystrybucja chorych z poszczególnymi rozpoznaniemmi pomiędzy szpitalami powiatowymi, wojewódzkimi i klinicznymi. Proponujemy zmian zakładającą przesunięcie 6 grup JGP do niższej kategorii i 6 grup JGP do wyższej kategorii. Przesunięcie D07 Małe zabiegi klatki piersiowej z kategorii III do kategorii IV Przesunięcie D51 Odma płucna z kategorii V do kategorii VI Przesunięcie D53 Nadciśnienie płucne > 17 r.ż. z kategorii V do kategorii VI Przesunięcie DX4 Diagnostyka i leczenie przewlekłej niewydolności oddychania lub zaburzeń oddychania w czasie snu z kategorii V do kategorii VI Przesunięcie D16 Zator płucny z kategorii do kategorii VI do kategorii V

Lp.	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag
			Przesunięcie D17 Ropień płuc, ropowica z kategorii VI do kategorii V Przesunięcie D36 Zaburzenia oddychania w czasie snu – diagnostyka z kategorii VI do kategorii VII Przesunięcie D49 Uszkodzenia inhalacyjne i zapalenia zachyłkowe płuc z kategorii VI do kategorii III Przesunięcie DX1 Leczenie ostrej infekcji dolnych dróg oddechowych lub niepowikłanego zapalenia płuc z kategorii VI do kategorii VII Przesunięcie DX3 Leczenie zapalenia płuc u osób z ciężko upośledzoną odpornością z kategorii VI do kategorii III Przesunięcie D28 Choroby nowotworowe układu oddechowego i klatki piersiowej z powikłaniami > 3 dni z kategorii VIII do kategorii IV Przesunięcie D52 Niewydolność oddechowa z kategorii VII do kategorii IV.