

Świadczenia gwarantowane obejmujące chirurgiczne leczenie chorób piersi (WT.521.2.2024) – uwagi do raportu spełniające wymogi formalne

Lp.	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag
1.	Anna Kasprowicz	Rozdział 3.4 „Projekt taryfy”, str. 120–125; Tabela 42 „Projekt taryfy dla świadczeń zabiegowych w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej”	Projekt taryf prowadzi do systemowego obniżenia finansowania wysokospecjalistycznej diagnostyki piersi realizowanej w SOLO III. Szczególnie dotyczy to biopsji mammotomicznych (ZX1, ZX2), dla których projekt zakłada spadek wyceny odpowiednio o 16,1% i 24%, mimo stale rosnących kosztów realizacji świadczeń. W przypadku biopsji gruboigłowej wspomaganej próżnią pod kontrolą USG (85.131) projekt taryfy oznacza obniżenie wyceny o 24% (-1 067 zł/procedurę). Dane własne świadczeniodawcy wskazują, że przy wolumenie 2 006 procedur rocznie spowoduje to spadek przychodów o ok. 2,14 mln zł rocznie. Dla mammotomii stereotaktycznej (85.132) projektowana taryfa powoduje spadek wyceny o 16,1% (-715 zł/procedurę), co przekłada się na obniżenie przychodów o ok. 347 tys. zł rocznie.
		Tabela 1 „Katalog grup objętych analizą – leczenie szpitalne”, grupy J01G, J01H, J02, J04G, J04H, str. 19–21 oraz Rozdział 3.4 „Projekt taryfy”, str. 120–125; Tabela 40 „Projekt taryfy świadczeń - leczenie szpitalne”	Projektowane taryfy dla procedur rekonstrukcyjnych i onkoplastycznych pozostają nieoszacowane względem rzeczywistych kosztów świadczeń realizowanych w SOLO III. Analiza własna wskazuje, że w większości procedur rekonstrukcyjnych projekt AOTMiT przewiduje wyceny niższe niż aktualnie obowiązujące. Np. w przypadku jednej z najczęściej wykonywanych w jednostce procedur – „Prostej mastektomii z wycięciem regionalnych węzłów chłonnych (85.433)” – koszty leczenia będą przekraczały otrzymywane finansowanie o ponad 2,5 tys. zł na każdej procedurze (strata).
		Rozdział 4.2 „Analiza wpływu na organizację systemu opieki zdrowotnej”, str. 130–133	Projektowane taryfy mogą skutkować ograniczeniem liczby wykonywanych mammotomii oraz procedur rekonstrukcyjnych w dużych ośrodkach onkologicznych, co przełoży się na wydłużenie czasu diagnostyki i leczenia pacjentek z nowotworami piersi.
		Rozdział 3.3.10 „Wyniki analizy kosztów”, str. 114–119; własna analiza procedur w jednostce	Dane własne świadczeniodawcy wskazują, że wiele procedur rekonstrukcyjnych oraz kompleksowych zabiegów w obrębie piersi generuje wysokie koszty bezpośrednie związane z czasem pracy bloku operacyjnego, anestezją, hospitalizacją oraz kosztami materiałowymi, które nie znajdują odzwierciedlenia w projektowanych taryfach.
		Rozdział 2.1 „Obserwacja po leczeniu”, str. 15	W opisie opieki pooperacyjnej pominięto zwiększone obciążenie dużych ośrodków onkologicznych związane z leczeniem powikłań po terapii skojarzonej (radioterapia, leczenie systemowe, rekonstrukcje odroczone). W praktyce klinicznej generuje to dodatkowe koszty niewidoczne w prostym modelu JGP.

Lp.	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag
		Rozdział 3.3.8 „Stawki godzinowe personelu realizującego procedurę zabiegową”, str. 112	Kalkulacja kosztów personelu nie uwzględnia rzeczywistych kosztów zatrudnienia wysoko wyspecjalizowanych zespołów operacyjnych funkcjonujących w SOLO III, w tym chirurgów rekonstrukcyjnych, mikrochirurgów, anestezyjologów oraz personelu instrumentariuszek dedykowanych zabiegom rekonstrukcyjnym.
		Rozdział 2.2 „Aktualny stan finansowania”, str. 18	Raport nie analizuje wpływu obecnych wycen na możliwość utrzymania wysokospecjalistycznych zespołów chirurgii piersi i rekonstrukcyjnej w dużych jednostkach onkologicznych. Dotyczy to szczególnie kosztów kadrowych oraz zabezpieczenia całodobowego leczenia powikłań.
		Rozdział 2.2 „Współczynniki korygujące”, str. 22;	Współczynnik korygujący 1,25 dla świadczeniodawców realizujących ≥ 250 świadczeń w rozpoznaniu C50 jest niewystarczający dla SOLO III, które ponoszą dodatkowe koszty związane z działalnością wysokospecjalistyczną, dydaktyczną i naukową.
		Rozdział 2.2 „Krajowa Sieć Onkologiczna”, str. 22–23	Raport nie przewiduje odrębnego mechanizmu finansowania procedur realizowanych wyłącznie w ośrodkach SOLO III, mimo że ośrodki te wykonują najbardziej kosztowne i zaawansowane procedury chirurgiczne oraz rekonstrukcyjne w obszarze raka piersi.
		Rozdział 2.2 „Kompleksowa opieka onkologiczna nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi (KON-Pierś)”, str. 23–24	W raporcie nie uwzględniono problemu niedoszacowania procedur rekonstrukcyjnych wykonywanych w ramach KON-Pierś oraz rozbieżności pomiędzy rzeczywistym kosztem leczenia kompleksowego a projektowanymi taryfami JGP.
		Cały raport, w szczególności Rozdział 3 „Analiza kosztów świadczeń”, str. 76–119	W ocenie świadczeniodawcy projekt taryf nie uwzględnia rzeczywistego wzrostu kosztów działalności medycznej w latach 2024–2026, w szczególności wzrostu wynagrodzeń personelu, kosztów energii, serwisowania aparatury, materiałów jednorazowych oraz wyrobów medycznych stosowanych w chirurgii onkologicznej i rekonstrukcyjnej piersi.