



Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

Rada do spraw Taryfikacji

Protokół nr 1/2018
z posiedzenia Rady do spraw Taryfikacji
w dniu 19 stycznia 2018 roku
w siedzibie Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (Agencja)

Członkowie Rady do spraw Taryfikacji (Rada) obecni na posiedzeniu:

1. Jakub Adamski
2. Adam Kruszewski
3. Kamila Malinowska
4. Jarosław Maroszek
5. Andrzej Musiałowicz
6. Filip Nowak – prowadził posiedzenie
7. Daniel Rutkowski
8. Jacek Siwiec
9. Waldemar Styło

Nieobecni członkowie Rady:

1. Piotr Nowicki

Porządek obrad:

1. Otwarcie posiedzenia Rady, przedstawienie planu posiedzenia oraz omówienie konfliktów interesów.
2. Omówienie przedmiotu konsultacji w zakresie taryfikowanych świadczeń gwarantowanych w obszarze: choroby nowotworowe, finansowanych w zakresie leczenia szpitalnego oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.
3. Konsultacje z przedstawicielami podmiotów taryfikowanym obszarem świadczeń gwarantowanych
4. Dyskusja i ustalenia dotyczące dalszego sposobu procedowania w zakresie taryfikowanych świadczeń gwarantowanych w obszarze: choroby nowotworowe
5. Sprawy organizacyjne.
6. Omówienie i zatwierdzenie protokołu z posiedzenia Rady w dniu 19.12.2017 r.
7. Zakończenie posiedzenia.

Ad 1. Posiedzenie o godzinie 11:08 otworzył Przewodniczący Rady Filip Nowak. Rada jednogłośnie zatwierdziła porządek obrad.

Przewodniczący stwierdził, że wszyscy obecni na posiedzeniu złożyli odpowiednie oświadczenia dotyczące konfliktu interesów.

W tym miejscu, na wniosek przewodniczącego Rady p. Filipa Nowaka Rada przyjęła zmianę terminu kolejnego posiedzenia Rady z 25 na 31 stycznia 2018 r.



Ad 2. Analityk Wydziału Taryfikacji Agencji przypomniał proponowany zakres prac w obrębie taryfikowanych świadczeń gwarantowanych w obszarze: choroby nowotworowe, finansowanych w zakresie leczenia szpitalnego oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Następnie Rada rozpoczęła konsultacje z ekspertami.

Ad 3. Przewodniczący przedstawił zaproszonych gości, tj.

- dra hab. n. med. Stanisława Gózdza, prof. UJK, Dyrektora Świętokrzyskiego Centrum Onkologii, Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Kielcach,
- prof. dr hab. n. med. Jana Walewskiego, Dyrektora Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie,
- prof. dr hab. n. med. Jerzego Jakubowicza, Dyrektora Oddziału Centrum Onkologii w Krakowie,

oraz poinformował, że zaproszeni eksperci złożyli odpowiednie oświadczenia dotyczące konfliktu interesu.

W trakcie prezentacji oraz dyskusji eksperci wskazali najpilniejsze zmiany w zakresie wyceny świadczeń onkologicznych tj.:

- poprawę wyceny hospitalizacji do chemio- i radioterapii,
- analiz porównawczą między regionalnymi centrami, dużymi ośrodkami oraz pozostałymi podmiotami realizującymi świadczenia z zakresu onkologii (wnioski na rzecz stosowania współczynnika korygującego 1.2 lub więcej),
- pakiety diagnostyczne w AOS,
- zabiegi chirurgii onkologicznej (korekta JGP),
- świadczenia towarzyszące programom lekowym i chemioterapii,
- wyceny dla unitów (najczęstsze nowotwory).

Wskazali również proponowane przez nich docelowe zmiany w świadczeniach onkologicznych tj.:

- organizację opieki onkologicznej zgodnie z mapami potrzeb onkologicznych: utworzenie sieci onkologicznej (jednostki koordynujące) wraz z Narodowym Instytutem Onkologii,
- wdrożenie jednolitych zasad wyznaczania współczynnika korygującego w zależności od stopnia referencyjności i kompetencji ośrodka dla procedur realizowanych przez wyspecjalizowane ośrodki ze względu na ich wyższe koszty funkcjonowania,
- włączenie wszystkich świadczeń do pakietu onkologicznego – procedury onkologiczne ze względu na to, że są ratującymi życie powinny być Nielimitowane (w tym uszczelnienie kryteriów realizacji pakietu onkologicznego),
- uwzględnianie w wycenach świadczeń kosztów pośrednich chorób nowotworowych (przyszłe oszczędności dla budżetu państwa),
- jednolite zasady raportowania zarządczego w szpitalach włączonych do sieci (ujednolicenie danych finansowo-budżetowych, bieżące porównywanie realnych kosztów procedur).

Ponadto, w trakcie dyskusji, dostrzegając potrzebę pilnej taryfikacji ww. zakresu świadczeń, zadeklarowali pełną współpracę z AOTMiT w zakresie przekazywania danych kosztowych, w zakresie i formie wymaganych przez AOTMiT, niezbędnych do przygotowania wycen tego zakresu świadczeń.

~~W następnej kolejności przeprowadzono konsultacje z Marcinem Faflikiem, Prezesem Zarządu MAGODENT Sp. z o.o., który złożył odpowiednie oświadczenie dotyczące konfliktu interesu. Jako priorytety w zakresie procesu taryfikacji w onkologii, z perspektywy reprezentowanych przez niego podmiotów, wskazał on na konieczność dokonania zmian zasad finansowania poszczególnych obszarach:~~

1) diagnostyka onkologiczna:

- gruntownej analizy i wyceny wszystkich pakietów diagnostyki wstępnej i pogłębionej w pakiecie onkologicznym z uwagi na brak odzwierciedlenia kosztów dla realnych scenariuszy diagnostycznych,
 - weryfikacji merytorycznej i urealnienie scenariuszy pakietów diagnostyki wstępnej i pogłębionej nowotworów układu chłonnego i krwiotwórczego z uwzględnieniem specyfiki tej grupy patologii, czasu trwania badań (np. trepanobiopsji) i kosztów zaawansowanej diagnostyki molekularnej, które z założenia nie pasują do modelu pakietu onkologicznego (ramy czasowe) oraz aktualnych wycen NFZ;
- 2) diagnostyka onkologiczna – obrazowa (ASDK):
- gruntowanej analizy i wyceny badań diagnostyki obrazowej (głównie TK i MR), które w przypadku onkologii wiążą się z wykonaniem badania najczęściej kilku okolic a następnie dokonania wnikliwej analizy nowych obrazów w porównaniu do kilku poprzednich badań obrazowych wykonanych różnymi technikami (np. USG, TK i MR), co jest wymagane zgodnie z powszechnym standardem oceny wg RECIST. Czas niezbędny na takie obszerne analizy i koszty generowane przez lekarzy radiologów opisujących i konsultujących wynik są nieporównywalne do standardowych prostych badań jednej okolicy w przypadkach nieonkologicznych (generuje to straty w podmiotach przyjmujących na siebie ciężar takiej diagnostyki);
- 3) wyceny grup JGP:
- gruntowanej analizy i wyceny grup dotyczących:
 - obustronnych zabiegów piersi,
 - jednoczasowych operacji hemikolektomii z usunięciem przerzutów do wątroby (w tym termoablacji),
 - endoskopowych resekcji guzów przewodu pokarmowego we wczesnym stadium zaawansowania (brak takiej grupy JGP),
 - przezskórnej termoablacji guzów płuca (brak takiej grupy JGP);
- 4) wyceny świadczeń w radioterapii:
- gruntownej analizy i wyceny świadczeń radioterapii paliatywnej,
 - analizy i wyceny świadczeń brachyterapii tak, aby rozliczana była za zrealizowaną frakcję (przy założeniu każdorazowego planowania kolejnej frakcji), a nie jak dotychczas całego cyklu leczenia;
- 5) wyceny świadczeń w chemioterapii:
- gruntownej analizy i wyceny pobytów wielodniowych – likwidacja bezpodstawnej regresji wartości czwartego i kolejnych dni hospitalizacji,
 - analizy i uwzględnienia w wycenach świadczeń kosztów strat technologicznych, przy przygotowaniu indywidualnych dawek leków przeciwnowotworowych oraz kosztów funkcjonowania pracowni cytostatycznych w aptekach szpitalnych,
 - wyceny kosztów leczenia działań niepożądanych chemioterapii w stopniu III i IV, z uwagi na realne koszty np. antybiotyków i wzmożonej opieki.

W trakcie dyskusji podkreślił, że nie dysponuje szczegółowymi danymi kosztowymi dotyczącymi poszczególnych pacjentów, lecz wyraził gotowość ich przygotowania w wybranych, szczegółowych zakresach, w przypadku konieczności ich pozyskania przez AOTMiT.

W dalszej kolejności Rada przeprowadziła konsultacje z niżej wymienionymi osobami:

- dr n. med. Janusz Meder, Prezes Polskiej Unii Onkologii,
- prof. dr hab. med. Jacek Jassem, Kierownik Katedry i Kliniki Onkologii i Radioterapii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego,

- dr hab. n. med. Rafał Dziadziuszko, prof. nadzw. GUMed, Konsultant Krajowy w dziedzinie radioterapii onkologicznej.

Janusz Meder, jako najważniejsze elementy w procesie taryfikacji, do pilnego wprowadzenia w zakresie świadczeń onkologicznych, wskazał:

- urealnienie finansowania hospitalizacji w zakresach radioterapia, onkologia kliniczna i chemioradioterapia w oparciu o rzeczywiste koszty świadczeń (działania PTO, ZPCiO, Wydziału Taryfikacji AOTMiT),
- dostosowanie JGP chirurgia do współczesnych standardów poprzez uszczegółowienie procedur w oparciu o rzeczywiste koszty świadczeń,
- uwzględnienie w finansowaniu kompleksowości świadczeń realizowanych w jednym ośrodku,
- uwzględnienie w finansowaniu referencyjności ośrodków opartej na jednolitych kryteriach (do ustalenia), z uwzględnieniem bieżącego monitorowania jakości świadczeń (audyty).

Następnie Rafał Dziadziuszko, jako istotne elementy dla procesu taryfikacji wskazał:

- zachowanie wysokiego poziomu inwestycji w aparaturę do radioterapii w ramach NPZCHN do osiągnięcia wskaźnika 1 akcelerator / 200.000:
 - rozważenie kompleksowego doposażania ośrodków wg optymalizacji liczby leczonych chorych i standardów leczenia z pełnym uzasadnieniem ekonomicznym i organizacyjnym oraz uwzględnieniem poziomu referencyjności,
 - rozważenie umożliwienia finansowania nakładów infrastrukturalnych (bunkry) celem pobudzenia inwestycji zmierzających bezpośrednio do zwiększenia liczby akceleratorów (z określonym udziałem własnym ośrodka),
- dostosowanie rozwoju kadry lekarzy specjalistów radioterapii onkologicznej, fizyków medycznych i techników elektroradiologii do planu rozwoju radioterapii w Polsce oraz wzmocnienie systemu szkoleń,
- wdrożenie audytów klinicznych zewnętrznych i zapewnienie mechanizmów kontroli zgodności realizacji radioterapii z procedurami wzorcowymi i standardami wielodyscyplinarnej opieki onkologicznej oraz systematyczna ocena wyników leczenia,

a ponadto wskazał na ustalenia dokonane pomiędzy konsultantami krajowymi i wojewódzkim z dziedziny onkologii oraz Polskiego Towarzystwa Radioterapii Onkologicznej tj.:

- propozycję zmian w zakresie procedur wzorcowych,
- propozycję zmian w zakresie katalogu świadczeń brachyterapii i teleradioterapii,
- inicjatywę stworzenia krajowych protokołów terapeutycznych dla poszczególnych nowotworów wymagających radioterapii,
- omówienie aktualnego stanu radioterapii protonowej w Krakowie – wskazań i infrastruktury Ośrodka IFJ,
- omówienie propozycji systemu audytów zewnętrznych, umocowanych w nowelizacji ustawy „Prawo atomowe”.

Na koniec swojej wypowiedzi zwrócił uwagę na fakt, konieczności pokrycia geograficznego zapotrzebowania na świadczenia onkologiczne z zakresu radioterapii przez ośrodki radioterapii. W jego ocenie należy doprowadzić do sytuacji, w której geograficzne rozłożenie takich ośrodków będzie zapewniać dostępność ośrodków w odległości ok. 60 km. od miejsca zamieszkania pacjenta (z punktu widzenia czasu dojazdu pacjenta), przy równoczesnym uwzględnieniu potrzeby stworzenia opieki kompleksowej, przy realizacji innych świadczeń onkologicznych w powiązanych ośrodkach, do których dojazd pacjenta byłby zapewniony.



W dalszej kolejności swoje stanowisko przedstawił Jacek Jassem. Zwrócił uwagę, że w związku z wprowadzeniem pakietu onkologicznego obniżono wycenę procedur szpitalnych, w celu wykonywania ich w ramach świadczeń ambulatoryjnej – zaakcentował, że w jego ocenie ok. 30% świadczeń szpitalnych można by wykonywać ambulatoryjnie. Podkreślił konieczność uwzględnienia jakości wykonywania świadczeń w wycenie świadczeń, którą należy podnieść. Wskazał na sytuację, w której obecnie za powtórne leczenie chirurgiczne lub leczenie powikłań pozabiegowych NFZ płaci, jak za nową procedurę. Dodatkowo wskazał, iż należy stworzyć możliwość sfinansowania, w przypadku części pacjentów pobytu w hotelu (może z kosztami dojazdu do szpitala), zamiast pobytu w oddziale szpitalnym (gdy nie są u niego realizowane świadczenia i nie wymaga on monitorowania przez lekarza - doba hotelowa będzie tańsza, niż osobodzień w szpitalu). Możliwym rozwiązaniem byłoby dodatek za opiekę ambulatoryjną, w wysokości np. połowy kosztu doby hotelowej, co motywowałoby ośrodki do przejścia do opieki ambulatoryjnej nad pacjentami hospitalizowanymi, którzy hospitalizacji nie wymagają.

Konkludując wskazał na zasadność kompleksowej opieki nad pacjentem, poprzedzonej pilotażem, który rozpocząłby się w 5-7 ośrodkach, w których realizowany byłby optymalny model opieki, przy monitorowaniu kosztów i jakości świadczeń. Następnie, po urealnieniu wyceny, należałoby płacić za kompleksową opiekę nad pacjentem z wyłączeniem wysokokosztowych elementów (leczenie celowane – programy lekowe, oraz radioterapia, której koszty trudno uśrednić), z uwzględnieniem premii za jakość.

Ad 4. W wyniku przeprowadzonej dyskusji Rada ustaliła, że na kolejnym posiedzeniu odbędą się dalsze konsultacje z zainteresowanymi podmiotami.

Ad 5. Nie zgłoszono żadnych spraw organizacyjnych do omówienia.

Ad 6. Rada wstępnie omówiła treść protokołu z bieżącego posiedzenia i przełożyła jego zatwierdzenie na kolejne posiedzenie.

Ad 7. Przewodniczący Rady Filip Nowak zakończył posiedzenie o godzinie 17:20.

Przewodniczący Rady ds. Taryfikacji
Filip Nowak

31.01.2018

(data i podpis)

