



Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

Rada do spraw Taryfikacji

Protokół nr 2/2018
z posiedzenia Rady do spraw Taryfikacji
w dniu 31 stycznia 2018 roku
w siedzibie Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (Agencja)

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

1. Jakub Adamski – uczestniczył w posiedzeniu od pkt 5.
2. Adam Kruszewski
3. Kamila Malinowska
4. Jarosław Maroszek
5. Andrzej Musiałowicz
6. Filip Nowak – prowadził posiedzenie
7. Piotr Nowicki
8. Daniel Rutkowski – uczestniczył w posiedzeniu od pkt 5.
9. Jacek Siwiec
10. Waldemar Styło

Porządek obrad:

1. Otwarcie posiedzenia Rady, przedstawienie planu posiedzenia oraz omówienie konfliktów interesów.
2. Opiniowanie projektów taryf w zakresie świadczeń gwarantowanych obejmujących diagnostykę oraz leczenie zaburzeń rytmu serca, finansowane w ramach JGP: E43–E48.
3. Opiniowanie projektów taryf w zakresie świadczeń gwarantowanych obejmujących przeszskórne interwencje w zakresie serca, finansowane w ramach JGP: E21–E22.
4. Opiniowanie projektów taryf w zakresie świadczeń gwarantowanych obejmujących kompleksowe zabiegi trzustki, finansowane w ramach JGP: G31.
5. Omówienie wyników analiz w zakresie taryfikowanych, wybranych świadczeń gwarantowanych wysokospecjalistycznych dzieci i dorosłych z zakresu kardiochirurgii i kardiologii oraz konsultacje z przedstawicielami podmiotów związanych z taryfikowanym obszarem świadczeń gwarantowanych.
6. Omówienie założeń dla taryfikowanych świadczeń gwarantowanych w obszarze: choroby nowotworowe, finansowane w zakresie leczenia szpitalnego oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz konsultacje z przedstawicielami podmiotów związanych z taryfikowanym obszarem świadczeń gwarantowanych.
7. Omówienie założeń dla taryfikowanych świadczeń gwarantowanych obejmujących zabiegi w zakresie kończyn i miednicy, finansowane w ramach JGP: H31E–H33 oraz H41–H43.
8. Omówienie i zatwierdzenie protokołu z posiedzenia Rady w dniu 19.01.2018 r.
9. Omówienie i zatwierdzenie protokołu z posiedzenia Rady w dniu 31.01.2018 r.



10. Sprawy organizacyjne.

11. Zakończenie posiedzenia.

Ad 1. Posiedzenie o godzinie 10:14 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 wywiązała się dyskusja nad kształtem protokołu z posiedzenia Rady w dniu 19.01.2018 r., po krótkiej dyskusji i wprowadzeniu kilku poprawek do projektu, ustalono, że głosowanie odbędzie się zgodnie z porządkiem obrad, w obecności wszystkich członków Rady.

Ad 2. Analityk Wydziału Taryfikacji Agencji przedstawił prezentację „Świadczenia gwarantowane obejmujące leczenie zaburzeń rytmu serca, finansowane w ramach JGP: E43, E44, E46, E47, E48”.

Po przedstawieniu projektu stanowiska przez Piotra Nowickiego, dyskusji oraz ustaleniu ostatecznej treści stanowiska, Rada przyjęła, 8 głosami za, przy 0 głosów przeciw, stanowisko ws. taryfy dla świadczeń gwarantowanych obejmujących diagnostykę oraz leczenie zaburzeń rytmu serca, finansowanych w ramach JGP: E43–E48, które stanowi załącznik do protokołu.

Ad 3. Analityk Wydziału Taryfikacji Agencji przedstawił prezentację „Świadczenia gwarantowane obejmujące przezskórne interwencje w zakresie serca finansowane w ramach JGP: E21–E22”.

Po przedstawieniu projektu stanowiska przez Piotra Nowickiego, dyskusji oraz ustaleniu ostatecznej treści stanowiska, Rada przyjęła, 8 głosami za, przy 0 głosów przeciw, stanowisko ws. taryfy dla świadczeń gwarantowanych obejmujących przezskórne interwencje w zakresie serca, finansowane w ramach JGP: E21–E22, które stanowi załącznik do protokołu.

Ad 4. Analityk Wydziału Taryfikacji Agencji przedstawił prezentację „Świadczenia gwarantowane obejmujące kompleksowe zabiegi trzustki (JGP G31)”.

Po przedstawieniu projektu stanowiska przez Adama Kruszewskiego i dyskusji Rada wstrzymała się z ustaleniem ostatecznej treści stanowiska do czasu przybycia na posiedzenie pozostałych członków Rady.

Ad 5. Analityk Wydziału Taryfikacji Agencji przedstawił prezentację „Świadczenia gwarantowane obejmujące świadczenia wysokospecjalistyczne z zakresu kardiologii u dzieci i dorosłych”.

W tym miejscu, na posiedzenie przybył Jakub Adamski, który złożył odpowiednie oświadczenie dotyczące konfliktu interesów.

Rada, po wstępnej dyskusji w zakresie ww. tematu, przeszła do konsultacji z przedstawicielami świadczeniodawców realizujących świadczenia wysokospecjalistyczne z zakresu kardiologii u dzieci i dorosłych, którzy zwrócili uwagę na następujące kwestie:

- w zakresie kardiologii dziecięcej:

- problem braku personelu specjalistycznego (kardiologów – tylko kilku kardiologów dziecięcych w Polsce, pielęgniarek kardiologicznych, anesteziologicznych, anesteziologów, transfuzjonistów itp.), co jest związane ze zbyt niskimi stawkami wynagrodzeń, które muszą być znacząco wyższe niż stawki personelu na innych oddziałach, gdyż personel odchodzi do innych świadczeniodawców oferujących wyższe wynagrodzenia, nawet prowadzących całkiem inną, niż kardiologiczną, działalność;

- brak współczynnika 1,2 dla pacjentów poniżej 1 roku życia oraz brak możliwości jego zastosowania w przypadku pacjentów w wieku poniżej 18 roku życia przy rozliczaniu poszczególnych wariantów;
- aktualnie zbyt niskie stawki aktualnych wynagrodzeń rzutują na uwzględnianie rzeczywistych kosztów realizacji świadczeń zgłaszanych do Agencji na poziomie nieadekwatnym do kosztów, jakie muszą być ponoszone, aby powstrzymać zapaść kardiologii dziecięcej w Polsce (problem może być dostrzeżony chociażby przez porównanie wynagrodzeń personelu kardiologicznego wykonującego zabiegi dla dorosłych z wynagrodzeniami personelu kardiologicznego wykonującego zabiegi dla dzieci);
- taryfy winny zostać zwiększone, aby można było zwiększyć wynagrodzenia personelu, co spowoduje pozostanie personelu aktualnie zatrudnionego, powrót tego, który odszedł do innego rodzaju działalności medycznej, jak również wyszkolenie nowego personelu, który pozostanie w zawodzie;
- przyrost urodzeń żywych powoduje znaczące zwiększenie noworodków i dzieci, u których konieczne jest wykonywanie zabiegów kardiologicznych i przyrost ten nie jest wprost proporcjonalny, ale znacznie wyższy; stan dzieci rodzących się w wyniku patologii ciąży, czy też chorób płodu, powoduje konieczność wykonywania większej liczby interwencji kardiologicznych i kardiologicznych u noworodków i u dzieci;
- zasadność zaprzestania wykorzystywania zastawki mechanicznej, jako punktu odniesienia dla wycen, gdyż jest to procedura występująca obecnie bardzo rzadko i traktowana jest przez specjalistów raczej jako archaiczna;
- liczba ośrodków kardiologii dziecięcej jest wystarczająca i nie jest zasadne tworzenie nowych ośrodków, a raczej umożliwienie lepszego wykorzystania możliwości ośrodków istniejących, które mają możliwości sprzętowe i logistyczne do zwiększenia liczby przeprowadzanych operacji o ok. 50%, pod warunkiem zwiększenia, malejących obecnie, zasobów kadrowych, przy zwiększeniu wynagrodzeń wysokospecjalistycznego personelu;

- w zakresie kardiologii dorosłych:

- stwierdzono prawidłowy sposób określenia świadczeń, przy wątpliwości, co do prawidłowego uwzględniania kosztu wykorzystywanych wyrobów medycznych;
- warianty świadczeń powinny uwzględniać wiek pacjentów z uwagi na fakt, iż różnym pacjentom dedykowane są inne wyroby medyczne;
- problem rozliczania świadczeń, w realizacji których wystąpiły powikłania oraz niewykorzystanie części podwariantów świadczeń do sumowania, ze względu na ich zbyt niską wycenę;
- zakup centralny materiałów wszczepialnych, zwłaszcza zastawek biologicznych;
- konieczność odpowiedniej wyceny hospitalizacji, które w znaczącej mierze odpowiadają za niedoszacowanie kosztów świadczeń wysokospecjalistycznych;
- zasadność obniżenia do 14 lat wieku pacjentów, którzy mogą być leczeni w ośrodkach dla dorosłych.

W trakcie konsultacji na posiedzenie przybył Daniel Rutkowski, który złożył odpowiednie oświadczenie dotyczące konfliktu interesów.

Ad 6. Analityk Wydziału Taryfikacji Agencji przedstawił prezentację „Świadczenia gwarantowane obejmujące leczenie chorób nowotworowych”.

Rada, po wstępnej dyskusji w zakresie ww. tematu, przeszła do konsultacji z przedstawicielami środowiska medycznego realizujących świadczenia gwarantowane w obszarze chorób nowotworowych, którzy zwrócili uwagę na następujące kwestie:

- konieczność uwzględnienia w wycenie referencyjności ośrodków, z uwagi na diametralnie wyższe koszty ponoszone przez ośrodki z wysokim stopniem referencyjności, stosujących postępowanie interdyscyplinarne, wymagające posiadania bazy diagnostycznej;
- konieczność ponownej wyceny hospitalizacji w radioterapii, leczenia skojarzonego i leczenia powikłań przy leczeniu skojarzonym radioterapii z chemioterapią oraz leczenia pacjentów ciężkich w warunkach OIOM – są one niedoszacowane;
- zasadność zwiększenia wyceny badań patomorfologicznych lub finansowania ich jako produktów kontraktowych z uzależnieniem od stopnia trudności;
- zasadność ponownej wyceny grup JGP zabiegowych z gradacją proporcjonalną do częstości występowania nowotworu – od najczęstszych nowotworów tj. piersi, płuc, przewodu pokarmowego oraz rzadszych nowotworów, głównie mięsaków, które mają bardzo wysoki stopień złożoności działań chirurgicznych, co przekłada się na koszt;
- zasadność weryfikacji pakietów diagnostycznych, gdyż z uwagi na podział na diagnostykę wstępną i późniejszą NFZ ponosi wysokie, często nieuzasadnione koszty – brak standardów w tym zakresie powoduje, że wykonanie jednego badania generuje koszt jak za cały pakiet.

W wyniku konsultacji Rada wstępnie zaleciła zbieranie danych finansowo-księgowych od 16 Regionalnych Centrów Onkologicznych, dużych ośrodków kompleksowo zapewniających diagnostykę i terapię nowotworów oraz oddziałów onkologicznych zlokalizowanych w innych szpitalach. Uznała również za konieczne przeprowadzenie konsultacji z przedstawicielami pacjentów dotkniętych chorobą nowotworową, przed wydaniem ostatecznych zaleceń dla dalszego procesu taryfikacji świadczeń onkologicznych.

Ad 7. Analityk Wydziału Taryfikacji Agencji przedstawił prezentację „Świadczenia gwarantowane obejmujące zabiegi w zakresie kończyn i miednicy finansowane w ramach JGP: H31E–H33 oraz H41–H43”.

W wyniku dyskusji Rada zaleciła dalsze procedowanie w zakresie taryfikacji przedmiotowych świadczeń w sposób zaproponowany przez Agencję.

cd. Ad 4. Po ustaleniu ostatecznej treści stanowiska, Rada przyjęła, 10 głosami za, przy 0 głosów przeciw, stanowisko ws. taryfy dla świadczeń gwarantowanych obejmujących kompleksowe zabiegi trzustki finansowane w ramach JGP: G31, które stanowi załącznik do protokołu.

Ad 8. Rada omówiła i zatwierdziła protokół z posiedzenia w dniu 19.01.2018 r. 10 głosami za.

Ad 9. Rada postanowiła omówić protokół z bieżącego posiedzenia na kolejnym posiedzeniu.

Ad 10. W ramach spraw organizacyjnych Rada omówiła terminy kolejnych posiedzeń.

Ad 11. Przewodniczący Rady Filip Nowak zakończył posiedzenie o godzinie 16:44.

Przewodniczący Rady ds. Taryfikacji
Filip Nowak

27.02.2018

(data i podpis)