



Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

Rada do spraw Taryfikacji

Protokół nr 12/2018
z posiedzenia Rady do spraw Taryfikacji
w dniu 14 sierpnia 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 4.
2. Adam Kruszewski
3. Kamila Malinowska – uczestniczyła w posiedzeniu od pkt 4.
4. Jarosław Maroszek
5. Andrzej Musiałowicz
6. Filip Nowak
7. Piotr Nowicki – uczestniczył w posiedzeniu od pkt 2.
8. Daniel Rutkowski
9. Jacek Siwiec
10. Waldemar Stylo

Porządek obrad:

1. Otwarcie posiedzenia Rady, przedstawienie planu posiedzenia oraz omówienie konfliktów interesów.
2. Omówienie dodatkowych wyników analiz w zakresie taryfikowanych świadczeń gwarantowanych obejmujących zabiegi pomostowania naczyń wieńcowych finansowane w ramach grup JGP: E04–E07.
3. Omówienie wyników analiz w zakresie taryfikowanych świadczeń gwarantowanych obejmujących świadczenia gwarantowane w obszarze: choroby nowotworowe, finansowane w zakresie leczenia szpitalnego oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej - pakiety diagnostyczne.
4. Opiniowanie projektów taryf świadczeń gwarantowanych z zakresu oksigenacji hiperbarycznej identyfikowanej produktem rozliczeniowym: Terapia hiperbaryczna.
5. Opiniowanie projektów taryf świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia melfalanem podanym dotętniczo we wskazaniu: nowotwór złośliwy oka (siatkówczak) ICD-10: C69.2.
6. Omówienie założeń dla taryfikowanych świadczeń gwarantowanych obejmujących leczenie dzieci, finansowanych w ramach JGP sekcji P: choroby dzieci oraz grupy dedykowane pacjentom poniżej 18 r.ż.
7. Omówienie i zatwierdzenie protokołu z posiedzenia Rady w dniu 26 czerwca 2018 r.
8. Sprawy organizacyjne.
9. Zakończenie posiedzenia.

Ad 1. Posiedzenie o godzinie 12:10 otworzył Przewodniczący Rady Filip Nowak.



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

Ad 2. Analityk Wydziału Taryfikacji Agencji przedstawił prezentację pt. „Świadczenia gwarantowane obejmujące zabiegi pomostowania naczyń wieńcowych finansowane w ramach E04–E07”.

W tym czasie na posiedzenie przybył Piotr Nowicki, który złożył odpowiednie oświadczenie dotyczące konfliktu interesów.

Rada zapoznała się z dodatkowymi wynikami analiz w zakresie taryfikowanych świadczeń gwarantowanych obejmujących zabiegi pomostowania naczyń wieńcowych finansowane w ramach grup JGP: E04–E07, a także przeprowadziła konsultacje z przedstawicielem świadczeniodawców realizujących ww. świadczenia, którego uwagi dotyczyły następujących kwestii:

- 1) Dane dostępne w Krajowym Rejestrze Operacji Kardiochirurgicznych są dużo lepszej jakości niż w EPW i mogą być wykorzystywane do identyfikacji dodatkowych czynników wpływających na kosztochłonność realizowanych świadczeń w tej grupie pacjentów;
- 2) Dane które pozwalają w największej mierze ocenić wpływ na kosztochłonność świadczenia dotyczą np. frakcji wyrzutowej, czy wydolności nerek przed operacją – czyli większość danych pozwalających ocenić ryzyko powikłań u pacjenta przed operacją, czyli EuroSCORE;
- 3) Podział grup JGP na pacjentów z powikłaniami oraz bez jest bardziej zasadny niż podział ze względu na wiek, gdyż osoby w zaawansowanym wieku przeważnie zawsze mają choroby współtowarzyszące, które wpływają na przebieg leczenia i zwiększenie kosztów leczenia. Można rozważyć podział grup na chorych z jedną chorobą towarzyszącą oraz z wieloma chorobami towarzyszącymi.
- 4) Różnicowanie pacjentów powinno być dokonywane w oparciu o twarde parametry, które byłyby łatwo identyfikowalne;
- 5) Niezależnie od zaostżenia kryteriów ciężkości leczenia, różnica w wycenie grup pacjentów ze względu na ciężkość stanu zdrowia powinna być zauważalna;
- 6) Bardziej precyzyjnym wskaźnikiem „ciężkości leczenia” niż EuroSCORE jest STSSCORE, który mierzy nie tylko śmiertelność, ale i chorobowość;
- 7) Baza KROK nie uwzględnia niektórych sytuacji klinicznych wpływających na wysoki koszt leczenia powikłań co może powodować, że niektórzy świadczeniodawcy będą unikać wykonywania takich świadczeń z uwagi na ich wysoką nieopłacalność.

W wyniku przeprowadzonych konsultacji oraz podjętej dyskusji Rada zaleciła kontynuowanie prac mających na celu przygotowanie raportu w sprawie ustalenia taryfy świadczeń.

Ad 3. Analityk Wydziału Taryfikacji Agencji przedstawił prezentację pt. „Świadczenia gwarantowane obejmujące diagnostykę i leczenie chorób nowotworowych – pakiety diagnostyczne”.

Rada zapoznała się z wynikami analiz w zakresie taryfikowanych świadczeń gwarantowanych obejmujących świadczenia gwarantowane w obszarze: choroby nowotworowe, finansowane w zakresie leczenia szpitalnego oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej - pakiety diagnostyczne.

Rada zaleciła kontynuowanie prac mających na celu przygotowanie raportu w sprawie ustalenia taryfy świadczeń, rekomendując jednocześnie rozwiązania przewidujące umożliwienie dosumowania kosztownych procedur do diagnostyki pogłębionej (obejmujących między innymi badania PET) oraz rozważenie utworzenia dodatkowego katalogu procedur diagnostycznych z zakresu patomorfologii i cytodiagnostyki wskazując, że wdrożenie proponowanego systemu rozliczeń umożliwiłoby świadczeniodawcom rozliczenie szczególnie kosztownych procedur w ramach AOS.

Ad 4. Analityk Wydziału Taryfikacji Agencji przedstawił prezentację pt. „Świadczenia gwarantowane obejmujące oksigenację hiperbaryczną identyfikowaną produktem rozliczeniowym: Terapia hiperbaryczna - analiza problemu decyzyjnego”.

W tym miejscu na posiedzenie przybył Jakub Adamski i Kamila Malinowska, którzy złożyli odpowiednie oświadczenie dotyczące konfliktu interesów.

Rada po zapoznaniu się z przedstawionymi uwagami do raportu oraz po wstępnej dyskusji opracowała projekt stanowiska.

Po ustaleniu ostatecznej treści uchwały, Rada przyjęła, 10 głosami stanowisko ws. taryfy świadczeń gwarantowanych z zakresu oksigenacji hiperbarycznej identyfikowanej produktem rozliczeniowym: Terapia hiperbaryczna.

Ad 5. Analityk Wydziału Taryfikacji Agencji przedstawił prezentację pt. „Świadczenia gwarantowane obejmujące leczenie melfalanem podanym dotętniczo we wskazaniu nowotwór złośliwy oka (siatkówczak) ICD-10: C69.2”.

Rada po zapoznaniu się z przedstawionymi uwagami do raportu oraz po wstępnej dyskusji opracowała projekt stanowiska.

Po ustaleniu ostatecznej treści uchwały, Rada przyjęła, 10 głosami stanowisko ws. taryfy świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia melfalanem podanym dotętniczo we wskazaniu: nowotwór złośliwy oka (siatkówczak) ICD-10: C69.2.

Ad 6. Analityk Wydziału Taryfikacji Agencji przedstawił prezentację „Świadczenia gwarantowane obejmujące leczenie szpitalne dzieci, w obszarze: Choroby dzieci - analiza problemu decyzyjnego”.


Rada zapoznała się i przyjęła do wiadomości przedstawione założenia nie zgłaszając do nich uwag i zaleciła kontynuowanie prowadzenia prac nad omówionym zakresem świadczeń, w sposób zaproponowany przez Wydział Taryfikacji Agencji.

Ad 7. Rada ustaliła treść i przyjęła protokół z posiedzenia Rady ds. Taryfikacji z dn. 26 czerwca 2018 r.

Ad 8. Nie zgłoszono żadnych spraw organizacyjnych do omówienia przez Radę.

Ad 9. Przewodniczący Rady p. Filip Nowak zakończył posiedzenie o godzinie 15:42.

Przewodniczący Rady ds. Taryfikacji
Filip Nowak

27.08.2018 

(data i podpis)

