



Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

Rada do spraw Taryfikacji

Protokół nr 1/2019
z posiedzenia Rady do spraw Taryfikacji
w dniu 30 stycznia 2019 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. Waldemar Styło

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

1. Piotr Nowicki

Porządek obrad:

1. Otwarcie posiedzenia Rady, przedstawienie planu posiedzenia oraz omówienie konfliktów interesów.
2. Omówienie wyników analiz w zakresie taryfikowanych świadczeń gwarantowanych obejmujących: choroby układu moczowo-płciowego, finansowane w ramach JGP sekcji L w zakresie leczenia szpitalnego – transplantologia.
3. Omówienie założeń dla taryfikowanych świadczeń gwarantowanych obejmujących: świadczenia gwarantowane obejmujące diagnostykę patomorfologiczną.
4. Wstępne wyniki pogłębionej analizy klinicznej na przykładzie niewydolności serca w Instytucie Kardiologii.
5. Omówienie i zatwierdzenie protokołu z posiedzenia Rady w dniu 11.12.2018 r.
6. Sprawy organizacyjne.
7. Zakończenie posiedzenia.

Ad 1. Posiedzenie o godzinie 12:05 otworzył Przewodniczący Rady Filip Nowak.

Rada jednogłośnie zatwierdziła porządek obrad.

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

Następnie, Rada omówiła złożone przez jednego z zaproszonych do udziału w posiedzeniu ekspertów Oświadczenie o Konflikcie Interesów. W wyniku dyskusji, Rada uznała, że należy wykluczyć eksperta z udziału w posiedzeniu, z uwagi na zgłoszony konflikt o charakterze ustawowym.



Ad 2. Analityk Wydziału Taryfikacji Agencji przedstawił prezentację pt. „Świadczenia gwarantowane obejmujące przeszczepienie nerki lub nerki z trzustką (identyfikowane produktami rozliczeniowymi NFZ: JGP L94, PZL12, L97)“.

Na posiedzenie przybył Jakub Adamski, który złożył odpowiednie oświadczenie dotyczące konfliktu interesów.

Rada przeprowadziła konsultacje z przedstawicielami świadczeniodawców realizujących ww. świadczenia, którzy zwracali uwagę na następujące kwestie:

- wyceny procedur nie zmieniły się od czasu ich ustalenia ok. 10 lat temu – wymagają uaktualnienia, z uwagi m. in. na inflację, zmianę kosztów świadczeń medycznych i ich składowych (tj. koszty badań laboratoryjnych, nowe metody badań), a także zmiany stawek i oczekiwań wysoko kwalifikowanego personelu medycznego;
- w całym procesie transplantacyjnym „od dawcy do opieki po przeszczepieniu” brakuje wielu elementów, m. in.: wyceny i finansowania wirtualnej próby krzyżowej potencjalnego biorcy narządu; wyceny i finansowania odczulania biorców wysokoimmunizowanych; kosztów badania, konsultacji i transportu zdyskwalifikowanego biorcy do/ze szpitala lub potencjalnego biorcy narządu, u którego zostaną stwierdzone przeciwwskazania do przeszczepienia w danym momencie; kosztów badania histopatologicznego zmarłego dawcy tkanek i narządów; kosztów badania sekcyjnego rzeczywistego dawcy tkanek i narządów – na życzenie ośrodka transplantacyjnego; kosztów „nietrafionego” pobrania lub niedokonanego przeszczepienia;
- obecnie kwalifikacja do przeszczepienia nerki możliwa jest 1 raz w życiu, podczas gdy u ok. 20%-30% biorców wymagane jest 2/3 przeszczepienie;
- w sytuacji wystąpienia powikłań koszty opieki i hospitalizacji po przeszczepieniu przekraczają wysokość refundacji NFZ;
- kwalifikacja żywego dawcy nerki nie jest wystarczająco finansowana;
- w wycenie nie uwzględnia się nowoczesnej metody laparoskopowej;
- brakuje wyceny procedury pobrania od dawcy zmarłego w mechanizmie nieodwracalnego zatrzymania krążenia, a także procedury pobrania od dawcy żywego;
- weryfikacji wymagają koszty związane z opieką nad biorcami (dożywotnią), którzy regularnie odbywają wizyty kilka razy w roku, muszą mieć badania, monitoring leków immunosupresyjnych, które mają wąskie okienko terapeutyczne i u pacjenta ustala się indywidualnie dawkowanie – w takiej sytuacji brakuje pieniędzy na badania w kierunku wirusów i trzeba się uciekać np. do hospitalizacji, podczas gdy mogłyby one zostać wykonane w trybie ambulatoryjnym;
- w ramach kwalifikacji brakuje procedury hospitalizacji kardiologicznej;
- w ramach kwalifikacji przez stacje dializ brakuje ścieżki hospitalizacji;
- w przypadku procedur dotyczących dzieci:
 - nie jest finansowany natychmiastowy nawrót choroby podstawowej, który wymaga leczenia plazmaferezą, co w udokumentowanych przypadkach powinno zostać dodane do świadczeń do sumowania;
 - u pacjentów wysokoimmunizowanych koszt surowicy pozwalającej uniknąć podawania steroidów powinien być dodany do świadczeń do sumowania;
 - przed przeszczepieniem powinna być wykonywana procedura odczulania, której sfinansowanie obecnie jest dość kłopotliwe;
 - podkreślono, że im młodsze dzieci tym wyższe koszty (m. in. z uwagi na potrzebę dłuższej intensywnej terapii po operacji, częstsze występowanie nieoczekiwanych zmian stężeń leków i związaną z tym potrzebę częstszego monitorowania);

- zwrócono uwagę na planowane zmiany w ustawie transplantacyjnej;
- podkreślono niewystarczający odsetek przeszczepień od żywych dawców, na co wpływ mają bardziej czynniki kulturowe, strach i niedostateczny poziom wiedzy w tym zakresie, nie zaś aspekty ekonomiczne; wskazano na zasadność podjęcia działań o charakterze wielokierunkowym, zakładających wprowadzenie programów edukacyjnych, informujących m. in. o możliwości przeszczepiania narządów od dawców z rodziny pacjenta; wskazane jest zintensyfikowanie działań informacyjnych prowadzonych przez stacje dializ oraz powołanie koordynatora transplantacji.

Rada zwróciła uwagę na fakt, że część z ww. postulatów została zrealizowana poprzez wprowadzenie regulacji w rozporządzeniach Ministra Zdrowia, zarządzeniach Prezesa NFZ i obwieszczeniach Prezesa Agencji, w tym przede wszystkim: złagodzenie kryteriów uzyskania zgody płatnika (20 tys. zł ponad wycenę katalogową), uwzględnienie odrębnej wyceny dla pobrania nerki metodą laparoskopową oraz możliwość rozliczenia diagnostyki potencjalnego dawcy, u którego nie doszło do pobrania narządu.

W wyniku przeprowadzonej dyskusji, Rada zaleciła kontynuowanie prac mających na celu przygotowanie raportu w sprawie świadczeń gwarantowanych z ww. zakresu. Zwrócono uwagę na zasadność przedstawienia osobnej wyceny dla procedury kwalifikacji oraz opisanie kryteriów zgody płatnika na dodatkowe finansowanie w przypadkach znacznie przekraczających obowiązującą wycenę świadczeń.

Ad 3. Analityk Wydziału Taryfikacji Agencji przedstawił prezentację pt. „Świadczenia gwarantowane obejmujące diagnostykę histopatologiczną chorób nowotworowych”.

W tym miejscu, posiedzenie opuściła Kamila Malinowska.

W wyniku przeprowadzonej dyskusji, Rada zaakceptowała podstawowe założenia przedstawione przez Agencję w zakresie ww. świadczeń.

Ad 4. Analitycy Wydziału Taryfikacji Agencji przedstawili prezentację pt. „»Identyfikacja czynników wpływających na koszt hospitalizacji pacjenta«, w ramach projektu »Ustalenie kosztów rzeczywistych i nowy model taryfikacji«”.

Ad 5. Rada przełożyła omówienie protokołu z posiedzenia Rady z dnia 11 grudnia 2018 r. na kolejne posiedzenie.

Ad 6. W tym punkcie Rada nie omówiła żadnych kwestii.

Ad 7. Przewodniczący Rady Filip Nowak zakończył posiedzenie o godzinie 16:56.

Przewodniczący Rady ds. Taryfikacji
Filip Nowak

31.01.2019

(data i podpis)