



Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji Rada do spraw Taryfikacji

Protokół nr 4/2019 z posiedzenia Rady do spraw Taryfikacji w dniu 24 kwietnia 2019 roku w siedzibie Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (Agencja)

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

1. Adam Kruszewski
2. Jarosław Maroszek
3. Andrzej Musiałowicz
4. Filip Nowak – prowadził posiedzenie
5. Daniel Rutkowski
6. Waldemar Styło

Członkowie Rady nieobecni na posiedzeniu:

1. Jakub Adamski
2. Kamila Malinowska
3. 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: świadczenia gwarantowane obejmujące diagnostykę histopatologiczną nowotworów.
3. Omówienie wyników analiz w zakresie taryfikowanych świadczeń gwarantowanych obejmujących: wszczepienie lub wymianę całkowicie podskórnego kardiowertera-defibrylatora.
4. Opiniowanie projektów taryf świadczeń gwarantowanych obejmujących: świadczenia gwarantowane obejmujące przeszczepienie nerki lub nerki z trzustką, finansowane w ramach JGP L94, PZL12 i L97.
5. Omówienie i zatwierdzenie protokołu z posiedzenia Rady w dniu 21.03.2019 r.
6. Sprawy organizacyjne.
7. Zakończenie posiedzenia.

Ad 1. Posiedzenie o godzinie 11:15 otworzył Przewodniczący Rady Filip Nowak.

Rada jednogłośnie (5 osób obecnych) zatwierdziła porządek obrad.

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

Ad 2. Analityk Wydziału Taryfikacji Agencji przedstawił prezentację pt. „Świadczenia gwarantowane obejmujące diagnostykę histopatologiczną chorób nowotworowych”.



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

Rada przeprowadziła konsultacje z ekspertem z omawianej dziedziny medycyny oraz przedstawicielem świadczeniodawców realizujących ww. świadczenia, którzy zwrócili uwagę m.in. na poniższe aspekty:

- badania histopatologiczne powinny być finansowane w ramach odrębnej grupy (jako dodatkowy produkt rozliczeniowy finansowany bezpośrednio przez Narodowy Fundusz Zdrowia) lub ewentualnie jako świadczenia do sumowania,
- problem stanowi to, że szpitale przeprowadzające operacje, w trakcie których pobierany jest materiał do badań histopatologicznych, często nie zajmują się kontynuacją leczenia pacjenta, wobec czego nie są one zainteresowane uzyskaniem pełnych wyników badań, natomiast jednostki, w których prowadzone jest leczenie pacjenta po operacji (chemioterapeutyczne, radioterapeutyczne lub kompleksowe) nie powinny ponosić dodatkowych kosztów badań, które już zostały gdzieś wykonane,
- ośrodki wykonujące badania histopatologiczne powinny przestrzegać istniejących standardów postępowania, a finansowanie procedur powinno być uzależnione od stosowania tych standardów,
- zaimplementowanie rozwiązań systemowych stosowanych w innych krajach może być problematyczne, dlatego bardziej zasadne wydaje się wprowadzenie kontroli płatnika publicznego nad wykonywaniem badań, która zapewni utrzymywanie jakości wykonywanych procedur,
- nie każdy ośrodek powinien mieć możliwość wykonywania wszystkich badań histopatologicznych – w określonych przypadkach materiał powinien być przekazywany do ośrodków o wyższym stopniu referencyjności, z uwagi na to, iż konsekwencje złej jakości badań są poważne, zarówno dla pacjentów, jak i dla płatnika publicznego,
- wskazany mógłby okazać się pilotaż.

Po zakończonych konsultacjach, Rada przeprowadziła dyskusję, w wyniku której zaleciła pozyskanie dodatkowych danych kosztowych od świadczeniodawców realizujących ww. świadczenia. Wskazano na zasadność rozważenia możliwości przeprowadzenia pilotażu oraz określenia jego ewentualnego zakresu. Podkreślono, że przeanalizowania wymaga kwestia stosowanych w Europie rozwiązań systemowych, gwarantujących odpowiednią jakość badań patomorfologicznych oraz kwestia finansowania badań z uwzględnieniem różnych modeli finansowania, w tym dosumowywania do JGP. Wskazane jest także pozyskanie informacji o zakresie prac nad nowymi regulacjami prawnymi i wdrażanymi standardami postępowania.

Ad 3. Analityk Wydziału Taryfikacji Agencji przedstawił prezentację pt. „Świadczenie gwarantowane obejmujące wszczęcie lub wymianę całkowicie podskórnego kardiowertera-defibrylatora (S-ICD) - wyniki wstępne”.

Rada przeprowadziła konsultacje z ekspertami z omawianej dziedziny medycyny, którzy zwrócili uwagę m.in. na poniższe aspekty:

- oceniana procedura powinna być wykonywana wyłącznie w ośrodkach o najwyższym stopniu referencyjności, spełniających określone wymagania, co ograniczy możliwość nadmiernego wykonywania świadczeń,
- S-ICD jest urządzeniem przeznaczonym dla ściśle określonej grupy pacjentów, wobec czego nie ma zagrożenia związanego z wykonywaniem nadmiernej liczby implantacji,
- pacjentów podzielić można na 2 grupy: pacjentów bez infekcji i pacjentów infekcyjnych, tzn. takich, u których występuje infekcja związana z wszczęciem klasycznego defibrylatora i którzy wymagają dłuższego okresu hospitalizacji; w taryfie powinno się zatem albo uśrednić koszty

włączając w nie koszty związane z usunięciem starego defibrylatora i wyleczeniem infekcji oraz wszczęciem nowego urządzenia podskórnego albo umożliwić łączenie kosztów procedury usunięcia defibrylatora z procedurą implantacji defibrylatora podskórnego,

- 7-dniowa hospitalizacja to wystarczający okres w przypadku pacjentów, u których nie występują powikłania (tzn. pacjentów bez infekcji); hospitalizacja musi być natomiast dłuższa w przypadku pacjentów z infekcjami lub uszkodzeniami mechanicznymi urządzenia klasycznego,
- do przeprowadzenia zabiegu implantacji nie jest wymagana pracownia hybrydowa – wystarczająca jest zwykła pracownia elektrofizjologiczna o możliwie wysokim standardzie aseptyki, zapewniająca możliwość wykonania znieczulenia ogólnego oraz z dostępem do rentgena; pracownia hybrydowa jest wskazana w przypadku leczenia powikłań elektroterapii.

Po zakończonych konsultacjach, Rada przeprowadziła dyskusję, w wyniku której zaleciła kontynuowanie prac nad procesem taryfikowania ww. świadczeń. Zwrócono uwagę na kwestię kosztów wyrobu medycznego oraz określonych wymagań dla sal, na których mogłyby być przeprowadzane zabiegi. Rozważano także kwestię zawężenia liczby ośrodków wykonujących ocenianą procedurę.

Ad 4. Analityk Wydziału Taryfikacji Agencji przedstawił prezentację pt. „Świadczenia gwarantowane obejmujące przeszczepienie nerki lub nerki z trzustką (identyfikowane produktami rozliczeniowymi NFZ: JGP L94, PZL12, L97)”.

Rada, po zapoznaniu się z raportem oraz przedstawionymi uwagami do raportu, podjęła dyskusję dot. opracowania stanowiska w sprawie świadczeń gwarantowanych obejmujących przeszczepienie nerki lub nerki z trzustką, finansowane w ramach JGP L94, PZL12 i L97.

Po ustaleniu ostatecznej treści uchwały, Rada przyjęła, 6 głosami za, stanowisko w sprawie taryfy dla świadczeń gwarantowanych obejmujących przeszczepienie nerki lub nerki z trzustką, finansowane w ramach JGP L94, PZL12 i L97.

Ad 5. Rada omówiła i zatwierdziła (6 głosami za) protokół z posiedzenia Rady w dniu 21.03.2019 r.

Ad 6. Rada omówiła kwestie związane z terminami kolejnych posiedzeń.

Ad 7. Przewodniczący Rady Filip Nowak zakończył posiedzenie o godzinie 15:30.

Przewodniczący Rady ds. Taryfikacji
Filip Nowak

22.05.2019

(data i podpis)





Rada do spraw Taryfikacji
działająca przy
Prezesie Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

Stanowisko Rady ds. Taryfikacji
nr 1/2019 z dnia 24 kwietnia 2019 r.
ws. taryfy dla świadczeń gwarantowanych obejmujących
przeszczepienia nerki lub nerki z trzustką
finansowane w ramach JGP L94, PZL12 i L97

Rada ds. Taryfikacji, po zapoznaniu się ze złożonym przez AOTMiT projektem taryf dla świadczeń gwarantowanych obejmujących przeszczepienia nerki lub nerki z trzustką finansowane w ramach JGP L94, PZL12 i L97 uznaje za zasadne ustalenie taryf zgodnie z propozycją Prezesa przedstawioną w raporcie, tj. utrzymanie wysokości stosowanych taryf.

Ponadto, z uwagi na dynamikę zmian w systemie wynagradzania pracowników medycznych wskazana jest okresowa aktualizacja wysokości stosowanego mnożnika.

Uzasadnienie

Analiza danych dokonana przez AOTMiT w zakresie kosztów dostarczonych przez poszczególnych świadczeniodawców realizujących przedmiotowe świadczenia pozwoliła na przygotowanie propozycji taryf odzwierciedlających ponoszone koszty, mimo ograniczeń wynikających z braku standardowego rachunku kosztów i niejednorodności przekazywanych danych.

Biorąc pod uwagę wyniki przeprowadzonych analiz, przed ewentualnym wprowadzeniem rekomendowanych zmian, obecne taryfy należy pozostawić na dotychczasowym poziomie.

Rekomendacje Rady

- 1. Rada rekomenduje rozważenie możliwości wydzielenie z JGP L94 dwóch grup świadczeń: z powikłaniami i bez powikłań, co pozwoliłoby wyeliminować przypadki ponoszenia nadmiernych kosztów przez świadczeniodawców w przypadku leczenia pacjentów z powikłaniami.*
- 2. Rada rekomenduje rozważenie możliwości wprowadzenia odrębnego finansowania kosztów pobrania nerki i odrębnego finansowania samego przeszczepu nerki, co pozwoliłoby uniknąć podwójnego finansowania*



kosztów pobrania narządów, co zostało zauważone podczas prowadzonych analiz.



.....
Przewodniczący Rady ds. Taryfikacji
Filip Nowak

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 31sa ust. 2 pkt 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r., poz.1510 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu w sprawie ustalenia taryfy świadczeń „Świadczenia gwarantowane obejmujące przeszczepienie nerki lub nerki z trzustką (identyfikowane produktami rozliczeniowymi NFZ: JGP L94, PZL12 i L97)” nr: WT.521.7.2017, data ukończenia 01.02.2019 r., zawierającego projekt taryfy, opublikowanego na stronie internetowej AOTMiT.