


UWAGI DO RAPORTÓW W SPRAWIE USTALENIA TARYFY ŚWIADCZEŃ


Nr raportu		WT.541.24.2016	
Tytuł raportu		Świadczenia gwarantowane obejmujące świadczenia wysokospecjalistyczne z zakresu kardiologii dzieci i dorosłych	
Lp.	Zgłaszający uwagi	Wskazanie cz. raportu, do którego składane są uwagi	Treść uwag
1.	Jacek Białkowski	nd.	<p>Z mojego punktu widzenia najwięcej zastrzeżeń wzbudza procedura wysokospecjalistyczna dot. kardiologii interwencyjnej 35 521 dotycząca przezskórnego zamykania połączeń wewnątrz i zewnątrz sercowych (popularnie nazywana Amplatzer). Miałem już w tej sprawie monity od ██████████ (CZD Warszawa) oraz prof ██████████ (ICZMP Łódź / IP Poznań).</p> <p>Główne zastrzeżenia budzi redukcja kosztów procedury z ok 26 000 zł na ok 15 % (a wiec o ok 40%). Myślę, że wynika to ceny różnorodnych implantów (chińskich, niemieckich, tajlandzkich). Wszystkie te implanty są podobnie skuteczne. Doświadczenia te prezentowaliśmy na różnych zjazdach (ostatnio był nawet publikowany dotyczący m.in. tego zagadnienia list do Redakcji w Kardiologii Polskiej. Z tych moich rozważań wynika, że oryginalne Amplatzer (Amerykańskie – najdłużej stosowane, najlepiej sprawdzone i wymagające zastosowania najmniejszych systemów transportujących) są optymalne szczególnie u mniejszych dzieci.</p> <p>Przy cenie Amplatzer ok 13 tys. zł proponowana wycena jest absolutnie za niska</p> <p>Widziałbym tu jednak wyjście , aby tak jak to jest w Anglii (informacja od ██████████ kardiologa z Czech pracującego na stałe w GB) zorganizować zakupy centralne i późniejszą dystrybucje do poszczególnych ośrodków (np. za pośrednictwem firmy Abbott). Wg ██████████ przy takich dużych zakupach cena implantu z delivery sytemem wynosiła ok 1600 E a nie jak teraz u nas dwukrotnie więcej.</p> <p>Kardiologia Polska 2017; 75, 10: 1062–1063; DOI: 10.5603/KP.2017.0198 ISSN 0022–9032</p> <p>LIST DO REDAKCJI / LETTER TO THE EDITOR</p> <p>Address for correspondence:</p> <p>Prof. Jacek Białkowski, Congenital Heart Diseases and Paediatric Cardiology Department, Silesian Centre for Heart Diseases, Medical University of Silesia, ul. M Curie-</p> <p>-Skłodowskiej 9, 41–800, Zabrze, Poland, e-mail: jabi_med@poczta.onet.pl</p>








			<p>Kardiologia Polska Copyright © Polskie Towarzystwo Kardiologiczne 2017</p> <p>Percutaneous closure of atrial septal defect type II — a few remarks on the basis of my own experience</p> <p>Przeznaczone zamknięcie ubytku międzyprzedsionkowego typu II — kilka uwag na podstawie własnych doświadczeń</p> <p>Jacek Białkowski</p> <p>Congenital Heart Diseases and Paediatric Cardiology Department, Silesian Centre for Heart Diseases, Medical University of Silesia, Zabrze, Poland</p> <p>I have read with great interest the clinical vignette article of Dr. Gutierrez-Barrios et al. [1] published in the July 2017 issue of "Kardiologia Polska". They described silent early migration of atrial septal defect type II (ASD) Figulla occluder into the left ventricle in a 61-year-old woman. I have a few remarks regarding this topic. In our clinical practice we close percutaneously ASDs in children and adults (more or less 50/50%). Recently we performed a comparison of different nitinol wire mesh occluders suitable for ASD closure available in Europe. Between 1997 and 2016 in our centre 1321 patients had attempted percutaneous closure of ASD with six different devices possessing a CE mark. Their age ranged from 0.5 to 79 years, and weight from 6 to 121 kg. The application of different occluders was dependent on time (results of subsequent tenders). The procedures were successful in 1281 (97%) patients. Of these, 1013 patients received Amplatzer Septal Occluder (ASO), 87 Figulla occluder, 62 Cardio-O-Fix occluder, 27 Cera occluder, 31 Heart R occluder, and 61 Hyperion occluder (the latter four devices produced in China). In 40 patients the device was withdrawn because of unfavourable ASD anatomy, which was confirmed during transoesophageal echocardiography. There were 1077 single ASDs and 204 double/multiple ASDs. There were eight early embolisations (during or immediately after the procedure) — seven ASOs and one Figulla — mainly in the early years of its usage, and no late embolisations. In the ASO group the age and weight of patients were lower and follow-up longer. Serious complications (such as wall erosion, fracture of the device, or thrombus formation) were only observed in one patient: after Figulla occluder application in the early postprocedural period a small ischaemic stroke occurred [2]. In late observations two patients developed complete atrio-ventricular block with the need for pacemaker implantation [3], and</p>	
--	--	--	--	--


			<p>one developed late endocarditis due to incomplete endothelialisation [4] (all treated with ASO).</p> <p>The Figulla delivery system is 2–3 F bigger for the same size of device than ASO. This fact is very important when we apply devices in small children. Our policy is to close ASDs even in children less than four years old (traditional indication > 4–5 years old), when symptoms are present (failure to grow, frequent respiratory infections, circulatory insufficiency,</p> <p>Table 1. Some clinical and procedural data of six different types of nitinol wire mesh occluders</p> <table border="1" data-bbox="624 629 1198 770"> <caption>Table 1. Some clinical and procedural data of six different types of nitinol wire mesh occluders</caption> <thead> <tr> <th>Implant type</th> <th>No. of patients</th> <th>Age (years) (range)</th> <th>Height (kg) (range)</th> <th>ASD in TE3 (mm) (range)</th> <th>Implant size (mm) (range)</th> <th>Fluoroscopy (min) (range)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Amplatzer</td> <td>18 (3)</td> <td>2.1 (0.5–7.1)</td> <td>46.4 (6–110)</td> <td>12.8 (3–34)</td> <td>16.1 (4–40)</td> <td>5.9 (3–26)</td> </tr> <tr> <td>Figulla</td> <td>87</td> <td>39 (1.4–76)</td> <td>46.9 (19–121)</td> <td>16.7 (6–33)</td> <td>22.8 (12–39)</td> <td>4.9 (3–13)</td> </tr> <tr> <td>Cardi-O-Fix</td> <td>82</td> <td>27.3 (2.5–72)</td> <td>55.5 (14–102)</td> <td>13.8 (7–22)</td> <td>19 (9–30)</td> <td>3.8 (0.6–11.4)</td> </tr> <tr> <td>Compart II</td> <td>27 (37)</td> <td>44.4 (5–74)</td> <td>58.2 (18–102)</td> <td>14.0 (7–20)</td> <td>18.3 (11–30)</td> <td>3.6 (3–9.0)</td> </tr> <tr> <td>Hydrex</td> <td>81</td> <td>28.9 (0.2–71)</td> <td>67.2 (17–117)</td> <td>19.2 (4–26)</td> <td>17.0 (9–24)</td> <td>3.2 (0.5–11.3)</td> </tr> </tbody> </table> <p>ASD – atrial septal defect type 0; TE3 – transcatheteral aortic valve replacement</p> <p>Kolejną uwagą jest możliwa błędna wycena procedury Amplatzerow, gdzie niektóre jednostki mogą podawać łącznie implanty wykorzystywane do zamykania ubytków międzyprzedsionkowych (droższe) z tymi stosowanymi do zamknięć przetrwałych przewodów tętniczych (tańsze). Może warto byłoby uszczegółowić odpowiednio ww. procedury.</p>	Implant type	No. of patients	Age (years) (range)	Height (kg) (range)	ASD in TE3 (mm) (range)	Implant size (mm) (range)	Fluoroscopy (min) (range)	Amplatzer	18 (3)	2.1 (0.5–7.1)	46.4 (6–110)	12.8 (3–34)	16.1 (4–40)	5.9 (3–26)	Figulla	87	39 (1.4–76)	46.9 (19–121)	16.7 (6–33)	22.8 (12–39)	4.9 (3–13)	Cardi-O-Fix	82	27.3 (2.5–72)	55.5 (14–102)	13.8 (7–22)	19 (9–30)	3.8 (0.6–11.4)	Compart II	27 (37)	44.4 (5–74)	58.2 (18–102)	14.0 (7–20)	18.3 (11–30)	3.6 (3–9.0)	Hydrex	81	28.9 (0.2–71)	67.2 (17–117)	19.2 (4–26)	17.0 (9–24)	3.2 (0.5–11.3)	
Implant type	No. of patients	Age (years) (range)	Height (kg) (range)	ASD in TE3 (mm) (range)	Implant size (mm) (range)	Fluoroscopy (min) (range)																																								
Amplatzer	18 (3)	2.1 (0.5–7.1)	46.4 (6–110)	12.8 (3–34)	16.1 (4–40)	5.9 (3–26)																																								
Figulla	87	39 (1.4–76)	46.9 (19–121)	16.7 (6–33)	22.8 (12–39)	4.9 (3–13)																																								
Cardi-O-Fix	82	27.3 (2.5–72)	55.5 (14–102)	13.8 (7–22)	19 (9–30)	3.8 (0.6–11.4)																																								
Compart II	27 (37)	44.4 (5–74)	58.2 (18–102)	14.0 (7–20)	18.3 (11–30)	3.6 (3–9.0)																																								
Hydrex	81	28.9 (0.2–71)	67.2 (17–117)	19.2 (4–26)	17.0 (9–24)	3.2 (0.5–11.3)																																								
2.	Mariusz Kuśmierczyk	nd.	<p>1. Wprowadzone taryfy dla „Operacje wad serca i aorty piersiowej ≥ 18 lat” wbrew pozorom obniżają wycenę tych świadczeń, ponieważ nie równoważą likwidacji wskaźnika 1,2.</p> <p>2. W większości przypadków operacji wad serca i aorty piersiowej >18rż nie „da się” przeprowadzić przez dwóch operatorów, powinno być trzech operatorów. W przypadkach bardziej złożonych (np. reoperacjach,....) jest nawet czterech lekarzy nie licząc anestezjologa. Przy operacjach dzieci ta liczba wynosi 3, przy wszczepianiu zastawek 4, a dla dorosłych pacjentów wynosi w projekcie 2 co jest niezgodne z prawdą.</p> <p>3. Nie można zgodzić się na brak echokardiografisty przy operacjach wad zastawkowych i aorty. Brak echokardiografisty nie pozwala na nowoczesne naprawcze leczenie wad serca.</p> <p>4. Nowy wariant 6a – „tętniaki aorty zabieg na sercu lub aorcie – z zastosowaniem wszczepialnych środków technicznych o łącznej wartości mniejszej od zastawki biologicznej aortalnej”, który wyceniono kilka tysięcy niżej niż obecnie powinien mieć inne brzmienie ponieważ często istotnym kosztem operacji aorty nie są wszczepialne środki techniczne. Wysoki koszt takich operacji wynika z powikłań. Np. operacja rozwarstwienia aorty często kończy się jedynie wszczepieniem protezy naczyniowej, ale koszty są związane z koagulopatią, ponownymi</p>																																											


		<p>otwarciami, środkami krwiopochodnymi i hemostatykami (większość tych pacjentów jest w chwili obecnej na podwójnym leczeniu przeciwplateczkowym). Zwracam uwagę, że zabieg plus 36h opieki jest bez możliwości sumowania przetoczeń, a koszt jednej jednostki płytek to średnio 1700zł, a czasami przetaczamy 3 na bloku operacyjnym i jeszcze dodatkowo na oddziale pooperacyjnym.</p> <p>Operacje z zachowaniem zastawki – reimplantacja modo David i remodeling modo Yacoub wymagają jedynie użycia protezy naczyniowej, to znaczy, że te bardzo złożone, czasochłonne i nowoczesne formy leczenia będą źle finansowane. Czy płatnik naprawdę chce promować wymianę zastawki na protezę biologiczną zamiast operacji naprawczej zastawki aortalnej?</p> <p>Wprowadzenie proponowanej zmiany spowoduje, że pacjenci z tętniakami aorty, będą niechętnie kwalifikowani do leczenia operacyjnego</p> <p>5. AOITMiT nie zmienia cen podwariantów . Obecnie ceny podwariantów „D – zabieg z zastosowaniem ablacji” oraz „H - zabieg u chorych operowanych z tętniakiem aorty wymagającym zastosowania leczenia hybrydowego (stentgraft aortalny)” są mniejsze niż najtańsze dostępne na rynku urządzenia konieczne do ich wykonania.</p> <p>6. Decyzję o wszczęciu stymulatora podejmuje się najczęściej nie wcześniej niż tydzień po operacji. Obecnie można dosumować tylko w ciągu pierwszych 36h. Proponuję do katalogu świadczeń do sumowania z hospitalizacją dodać świadczenie „wszczepienie stymulatora”</p> <p>7. Proponuję usunąć ze wszystkich świadczeń wysokospecjalistycznych zapis „obejmuje intensywną opiekę pooperacyjną w warunkach odpowiadających oddziałowi intensywnej terapii do ukończenia 36 godzin po zabiegu”.</p> <p>8. Po wnikliwej ocenie projektu uważam, że proponowane taryfy poprawiają istotnie stan finansowania zabiegów TAVI i MitraClip, a niestety obniżają finansowanie klasycznych zabiegów wad zastawkowych i aorty piersiowej zwłaszcza w stosunku do stanu będącego następstwem wprowadzenia współczynnika 1,2. Proponowane zmiany pogorszą i tak ujemny bilans finansowy oddziałów kardiologii.</p> <p>9. W projekcie nie zostały ujęte nowe procedury mitralne takie jak Harpoon oraz NeoCord. Są one małoinwazyjnymi możliwościami bez użycia krążenia pozaustrojowego naprawy zastawki mitralnej, o których rozmawialiśmy niejednokrotnie że powinny</p>	
--	--	--	--


			<p>być umieszczone w procedurze MitraClip ponieważ koszt urządzenia np. Harpoon to ok 23 tys \$.</p> <p>10. Obserwujemy brak procedury pokrywającej koszt powikłań, ponieważ nie wszystkie powikłania związane są sama procedurą ale również ze stanem pacjenta jakiego kardiochirurg otrzymuje- pacjenci coraz starsi coraz bardziej obciążeni, otyli, na podwójnym leczeniu przeciwplatekcyjnym wymagający pilnej operacji itp.</p> <p>11. Procedury policzone są na podstawie danych zgromadzonych ze szpitali, w których to prowadzone są maksymalne oszczędności, na sprzęcie, na personelu, absolutnie na wszystkim, czy nie należałoby zrobić wyliczeń tak jak naprawdę powinno to wyglądać, np. 1 pielęgniarka na oddziale pooperacyjnym na 1 pacjenta, rehabilitacja rano i popołudniu, a na oddziale pooperacyjnym 24 godziny itp.</p>	
3.	Monika Lipiec	<p>Uwaga ogólna do Raportu w sprawie ustalenia taryfy świadczeń</p> <p>WT.541.24.20 16</p>	<p>Raport nie wyjaśnia w sposób wystarczający i czytelny sposobu rozliczenia kosztów stałych pracy i pomieszczeń na realizowane świadczenia. Zachodzi wątpliwość, czy koszty konieczne do poniesienia, a wykraczające poza godziny przeznaczone bezpośrednio na realizację świadczeń (np. funkcjonowanie bloku operacyjnego wraz z personelem pomiędzy operacjami i w godzinach popołudniowych i nocnych) zostały uwzględnione w taki sposób, aby przychód pokrywał te koszty. Przypisanie pewnej kwoty gotowości do świadczeń realizowanych w trybie nagłym i nie ujmowanie ich przy planowych świadczeniach, budzi wątpliwość, czy takie rozliczanie kosztów pozwoli pokryć całkowite, uzasadnione koszty stałe utrzymania gotowości w godzinach popołudniowych i nocnych przez 7 dni w tygodniu ponoszone w danym okresie u świadczeniodawcy</p>	
		<p>Uwaga ogólna do Raportu w sprawie ustalenia taryfy świadczeń</p> <p>WT.541.24.20 16</p>	<p>IPCZD porównując koszty przekazane do AOTMiT dla świadczenia 5.54.01.0000034 wariant 4 - operacje typu "Norwood" stwierdza dużą różnicę pomiędzy kosztami przekazanymi przez Instytut (średnia ze świadczeń to 55 tys. zł), a proponowaną średnią taryfą dla świadczenia. Czy przyczyny tych różnic (jak można wnioskować, jeszcze większych, gdy porównać dane 'najtańszych' świadczeniodawców uwzględnionych w średniej z danymi np. z IPCZD) zostały zweryfikowane przez AOTMiT? Mając na uwadze, że (i) propozycja taryf niesie z końcowym efekcie poważne skutki finansowe dla świadczeniodawców, (ii) a dane przekazane od świadczeniodawców mogą być różnej jakości, IPCZD poddaje w wątpliwość możliwość uzasadnionego występowania tak znaczących różnic w kosztach realizacji świadczenia u różnych świadczeniodawców,</p>	

		które można by np. w IPCZD zniwelować poprzez zmianę technologii wykonania czy organizacji pracy
	Uwaga ogólna do Raportu w sprawie ustalenia taryfy świadczeń WT.541.24.20 16	Podczas procesu zbierania danych kosztowych od świadczeniodawców AOTMiT zwracał się do prof. [REDAKTOWANE] z prośbą o weryfikację kompletności danych przekazanych przez jeden z ośrodków dla świadczenia 5.54.01.0000034 wariant 4 - operacje typu "Norwood". Podczas wykonywania tej weryfikacji okazało się, że wśród wykazanych kosztów świadczenia brakowała najdroższych pozycji, przy czym zostało wykazane, że wykonanie zabiegu bez tych środków jest niemożliwe. Wątpliwości budzi więc fakt kompletności danych o kosztach, które posiada Agencja. Czy AOTMiT weryfikował również kompletność danych w przypadku pozostałych świadczeń? Sposób zbierania danych oraz niski poziom digitalizacji danych u świadczeniodawców powoduje, że proces obarczony jest olbrzymim ryzykiem niedoszacowania procedur z powodu niekompletności danych.
	Uwaga ogólna do Raportu w sprawie ustalenia taryfy świadczeń WT.541.24.20 16	W przypadku świadczeń wysokospecjalistycznych, które są realizowane w niewielkiej liczbie ośrodków poprzedni system kontraktowania przez MZ ze zróżnicowaniem ceny za świadczenie wykonywane w konkretnych ośrodku sprawdzał się zdecydowanie lepiej. Struktura wykonywanych świadczeń wykonywanych w poszczególnych ośrodków bardzo się różni. Świadczenia są zróżnicowane przez wiek pacjentów, czy wymuszone używanie droższych materiałów. Niestety mamy również przekonanie, że kwalifikacja świadczeń do poszczególnych procedur nie jest jednolita. Uśrednianie wycen powoduje, że w zakresie 03.4604.033.02 Kardiologiczne zabiegi interwencyjne < 18 lat wykonywanie najtrudniejszych zabiegów będzie oznaczało bardzo wysoką stratę. Należy również zauważyć, że świadczenia wykonywane u dzieci stałyby się po zastosowaniu projektu taryfy tańsze, niż te wykonywane u dorosłych (które są rozliczane w inny sposób)! W przypadku braku możliwości powrotu do zróżnicowania wycen dla poszczególnych ośrodków należy rozważyć zwiększenie liczby wariantów, aby w ten sposób zminimalizować dotkliwość opisywanego zjawiska.
	Strona 104 i 105 (tabela 57) Raportu w sprawie ustalenia taryfy świadczeń WT.541.24.20 16	W tabeli przedstawiono kategorie kosztów. Wartości średniej stawki za godzinę pracy lekarza anestezjologa są różne dla poszczególnych świadczeń. Zróżnicowanie to jest prawdopodobnie wynikiem przyjętej metodologii lub doboru próby. Wskazujemy, że w rzeczywistości godzinowa stawka lekarza anestezjologa w obrębie jednego ośrodka nie różni się ze względu na rodzaj świadczenia (przy zachowaniu odpowiedniej liczebności próby). Powyższe wskazuje, że metodyka zbierania danych może nieść za sobą ryzyko rejestrowania wartości

			<p>błędnych. W przytoczonej tabeli różnica w średnim koszcie pracy anesteziologa pomiędzy świadczeniami Zabiegi kardiochirurgiczne – dzieci i 03.4657.033.02 Operacja wad wrodzonych serca i naczyń < 1 roku, 03.4602.033.02 Operacja wad wrodzonych serca i naczyń < 18 r.ż., a Zabiegi kardiologiczne – dzieci 03.4604.033.02 Kardiologiczne zabiegi interwencyjne < 18 lat wynosi blisko 20%!</p>	
4.	Krzysztof Fyderek	<p>Str.115 i str. 124</p> <p>Str.119 -124 Tabela 64 projekt taryfy - bez gotowości Tabela 65 projekt taryfy - z gotowością W korelacji z załącznikiem nr 5</p>	<p>1. Pismo Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie w załączeniu</p> <p>2. Pismo Prof. zw. dr hab. n. med. Janusza Skalskiego</p> <p>1. Pismo Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie w załączeniu plus kalkulacje wyrobów medycznych dla niektórych procedur.</p> <p>2. Pismo Prof. zw. dr hab. n. med. Janusza Skalskiego</p>	   
5.	Wojciech Witkiewicz	Rozdział 3.3, tabela 64, s.121	<p>W przypadku zabiegów wewnątrzsercowych wykonywanych w ramach produktu rozliczeniowego 5.54.01.0000063 wariant 2 – zabieg zamknięcia wrodzonych ubytków przegrody międzyprzedsionkowej, wybranych ubytków międzykomorowych, dużych pozasercowych połączeń naczyniowych u pacjentów z wadami wrodzonymi przy użyciu zestawów zamykających – wartość koniecznych do zastosowania środków farmaceutycznych i wyrobów medycznych (12 873 zł) stanowi 85,5% wartości taryfy zaproponowanej przez AOTMiT (15 064,35 zł). Pozostałe 24,5% wartości taryfy jest niewystarczające do pokrycia kosztów infrastruktury oraz kosztów osobowych wykonania zabiegu.</p> <p>Proponujemy podział produktu rozliczeniowego 5.54.01.0000063 wariant 2 – zabieg zamknięcia wrodzonych ubytków przegrody międzyprzedsionkowej, wybranych ubytków</p>	

			<p>międzykomorowych, dużych pozasercowych połączeń naczyniowych u pacjentów z wadami wrodzonymi przy użyciu zestawów zamykających, na:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wariant 2a – zabieg zamknięcia dużych pozasercowych połączeń naczyniowych u pacjentów z wadami wrodzonymi przy użyciu zestawów zamykających • Wariant 2b – zabieg zamknięcia wrodzonych ubytków przegrody międzyprzedsionkowej i wybranych ubytków międzykomorowych przy użyciu zestawów zamykających. <p>Dla wariantu 2a akceptujemy taryfę w wysokości 15 064,35 zł zaproponowaną przez AOTMiT.</p> <p>Dla wariantu 2b proponujemy pozostawienie taryfy na dotychczasowym poziomie, czyli 24 552 zł.</p>	
		Rozdział 3.2, s. 107	<p>W przypadku kosztów osobowych personelu biorącego udział w zabiegu nie uwzględniono czasu zakończeniowego, a czas przygotowawczy zaniżono. Czas przygotowawczo - zakończeniowy dodany do czasu trwania zabiegu powinien wynosić od 30 do 45 minut.</p>	
		Rozdział 3.2, Tabela 60, s. 109	<p>Średnie obciążenie oddziałów kardiologii dziecięcej oscyluje wokół 45%. Aby osiągnąć średni czas pracy poszczególnych grup zawodowych na jeden osobdzień w wartościach przedstawionych przez AOTMiT średnie obciążenie musiałyby oscylować wokół 85%. Obecnie osiągnięcie takiego wykorzystania łóżek nie jest możliwe.</p>	
6.	Marian Kreis	Rozdział 3.	<p>projekty taryf - uwaga odnośnie wyceny operacji typu "Norwood" , obniżenie o 17% jest za wysokie w stosunku do długotrwałego czasu wykonywania zabiegu (wysokie koszty osobowe zabiegu oraz użytych wysokocennych materiałów).</p> <p>Uwaga odnośnie kardiologicznych zabiegów interwencyjnych < 18 lat o kodzie 5.54.01.0000063 - wariant 2 proponujemy rozdział tego produktu na dwa odrębne warianty rozliczeniowe: uwzględniające zróżnicowanie cen zakupu użytych materiałów (implant Occluder za 10 800zł w stosunku do zestawu zamykającego w cenie 972zł). Spadek tak istotny wyceny tego wariantu spowoduje znaczny deficyt finansowy wykonywanych świadczeń z tego wariantu (rocznie wykonujemy 55 tego typu świadczeń).</p> <p>projekty taryf - uwaga odnośnie hospitalizacji do świadczenia o kodzie 5.54.01.0000055 - hospitalizacja do świadczenia operacje wad serca i aorty piersiowej <18 roku życia oraz świadczenia o kodzie 5.54.01.0000056 -hospitalizacja do świadczenia operacje wad serca i aorty piersiowej <18 roku życia oraz IZW. W obu przypadkach AOTMiT proponuje co prawda podwyższenie mocno zaniżonej hospitalizacji, jednak postulujemy aby wycena</p>	

			<p>hospitalizacji była przyjęta przynajmniej na minimalnym poziomie 1 850zł (są to tylko tzw koszty pobytu pacjenta). Również Agencja w raporcie (strona 94, w rozdziale 2.5 - cenniki komercyjne podaje, że cena osobodnia wynosi od 670zł do 3 831zł. Wobec tego koszt osobodnia na poziomie 1 850zł (po włączeniu kosztów leków i materiałów medycznych koszt osobodnia wynosi 2 100zł) - odpowiada badanym przez Agencję cenom w różnych jednostkach wykonujących świadczenie. Proponowany wzrost wyceny taryfy związanej z hospitalizacją po uwzględnieniu naszej uwagi przybliży i urealni taryfy wyceny tych świadczeń (niedoszacowane od wielu lat powodują znaczny deficyt finansowany funkcjonujących oddziałów kardiologii dziecięcych).</p> <p>projekty taryf - uwaga odnośnie hospitalizacji do świadczenia o kodzie 5.54.01.0000064 - hospitalizacja do świadczenia kardiologiczne zabiegi interwencyjne < 18 roku życia oraz hospitalizacja do świadczenia o kodzie 5.54.01.0000065 - z powikłaniami lub < 1 roku życia. AOTMiT obniżył znacznie wycenę hospitalizacji na oddziale kardiologii, nie uwzględniając prognozowanego wzrostu kosztów osobowych lekarzy specjalistów i pielęgniarek zapowiadanych przez Ministerstwo Zdrowia w wyniku nowelizacji ustawy o minimalnym wynagrodzeniu personelu medycznego w placówkach leczniczych.</p>	
7.	Zofia Ćwik	tabela 64 str 127	<p>5.54.01.0000042 średnia strata w tej grupie pacjentów łącznie z hospitalizacją wynosi 2981,96 zł. 5.54.01.0000043 średnia strata w tej grupie pacjentów łącznie z hospitalizacją wynosi 7484,48 zł. 5.54.01.0000044 średnia strata w tej grupie pacjentów łącznie z hospitalizacją wynosi 20315,63 zł. 5.54.01.0000045 średnia strata w tej grupie pacjentów łącznie z hospitalizacją wynosi 12975,50 zł. 5.54.01.0000046 średnia strata w tej grupie pacjentów łącznie z hospitalizacją wynosi 16488,28 zł. W przypadku wykorzystania podwariantu H 5.54.01.0000049 wartość wg katalogu wynosi 27310zł a koszt realny wynosi 42000zł. Prosimy o urealnienie wyceny tego podwariantu. Kalkulacje kosztowe są w posiadaniu AOTMiT.</p>	
		Tabela 64 str 132	<p>5.54.01.0000063 wariant 2 .Wysokość proponowanej taryfy nie pokrywa w całości środków technicznych zużytych do zabiegu. Opinia konsultanta krajowego w dziedzinie kardiologii dzieci powinna być wzięta pod uwagę ze względu na największe doświadczenie w kraju w tym zakresie.</p>	

8.	Wojciech Wojakowski	załącznik 1 str 4.	<p>Przezkórne lub z innego dostępu wszczepianie zastawek serca</p> <p>kwalfikacje personelu</p> <p>- W opinii Zarządu AISN należałoby uszczegółowić doświadczenie operatorów wymagane do samodzielnego wykonywania zabiegów w oparciu o opublikowane wspólne stanowisko Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego oraz Kardio-Torakochirurgicznego [Transcatheter aortic valve implantation. Expert Consensus of the Association of Cardiovascular Interventions of the Polish Cardiac Society and the Polish Society of Cardio-Thoracic Surgeons, approved by the Board of the Polish Cardiac Society. Kardiol Pol. 2017;75(9):937-964, które określa zasady certyfikacji operatorów oraz warunki, jakie powinien spełniać ośrodek wykonujący TAVI. Na ich podstawie dokonuje się też certyfikacji operatorów TAVI.</p> <p>W naszej opinii warunki wykonywania świadczeń powinny być spójne ze stanowiskiem obu towarzystw naukowych.</p> <p>Proponowane brzmienie zapisu: Kwalifikacje operatorów TAVI zostały określone we wspólny stanowisku Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego oraz Kardio-Torakochirurgicznego [Transcatheter aortic valve implantation. Expert Consensus of the Association of Cardiovascular Interventions of the Polish Cardiac Society and the Polish Society of Cardio-Thoracic Surgeons, approved by the Board of the Polish Cardiac Society. Kardiol Pol. 2017;75(9):937-964</p>	
		załącznik 1 str. 4/5	<p>- Kryteria kwalifikacji do TAVI podane w dokumencie (zał. 1) są nieaktualne, niekonkretne o niezgodne z obowiązującymi wytycznymi ESC/EACTS - nie uwzględniono chorych średniego ryzyka; nie ma konkretnych kryteriów kwalifikacyjnych [określenie „chorzy w podeszłym wieku z objawową wadą aortalną” jest niekonkretne i nie wyczerpuje aktualnych wskazań do zabiegu TAVI (np. chory nieoperacyjny niebędący w podeszłym wieku, pacjenci z niedomykalnością aortalną). W naszej opinii warunki wykonywania świadczeń powinny być spójne z aktualnym stanem wiedzy. Do celów tego dokumentu wystarczy zawarcie informacji, że kryteria kwalifikacji pacjentów muszą być zgodne z aktualną wiedzą i potwierdzone opinią zespołu wielodyscyplinarnego (vide Kardiol Pol. 2017;75(9):937-964).</p> <p>Proponowane brzmienie zapisu: Kryteria kwalifikacji pacjentów muszą być zgodne z aktualną wiedzą i potwierdzone opinią zespołu wielodyscyplinarnego. Aktualne wskazania do zabiegów TAVI określono w wytycznych</p>	

		Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego oraz Kardio-Torakochirurgicznego ([2017 ESC/EACTS Guidelines for the management of valvular heart disease]. Baumgartner H, Falk V, Bax JJ, Bonis M, Hamm C, Holm PJ, Iung B, Lancellotti P, Lansac E, Muñoz DR, Rosenhek R, Sjögren J, Mas PT, Vahanian A, Walther T, Wendler O, Windecker S, Zamorano JL. <i>Kardiologia Pol.</i> 2018;76(1):1-62), a także w stanowisku ekspertów Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego oraz Kardio-Torakochirurgicznego (<i>Kardiologia Pol.</i> 2017;75(9):937-964).	
	załącznik 1 str. 5	<p>- Kryteria kwalifikacji do wszczepienia zastawki mitralnej i trójdzielnej – nie określono, czy chodzi tutaj o wszczepienie bioprotezy dedykowanej TAVI w zdegenerowaną bioprotezę chirurgiczną (valve in valve), pierścień (valve in ring) lub masywną kalcyfikację pierścienia mitralnego (valve in MAC), czy też o implantację zastawki przezcewnikowej w pozycję mitralną lub trójdzielną (zabiegi obecnie nie wykonywane w Polsce).</p> <p>Ponieważ potencjalni pacjenci do tych procedur są często w stanie zagrożenia życia, a nie określono procedur (w tym ram czasowych) uzyskiwania zgody Konsultanta Krajowego w dziedzinie kardiochirurgii proponujemy wykreślenie punktu 9. Uważamy, że właściwe będzie określenie warunków udzielania świadczeń po wprowadzeniu tych procedur do rutynowej praktyki klinicznej.</p> <p>Proponowane brzmienie zapisu: Proponujemy wykreślenie punktu 9</p>	
	załącznik 1 strona 7/8	<p>Przecewnikowa nieoperacyjna naprawa zastawki mitralnej u chorych wysokiego ryzyka</p> <p>- Kwalifikacje personelu – opis zawiera określenie „intensywna opieka pooperacyjna w oddziale intensywnej terapii lub intensywnej nadzoru kardiologicznego”, a jednocześnie w kolejnym punkcie (pozostałe warunki) wymaga się w punkcie 3. oddziału intensywnej nadzoru kardiologicznego (OINK) co najmniej 6-łóżkowego. Zapis jest zatem niespójny. W naszej opinii nie ma jasnych przesłanek merytorycznych, aby w ośrodkach wykonujących zabiegi przezcewnikowej naprawy zastawki mitralnej konieczne było spełnienie kryterium 6 łóżkowego OINK jeśli pacjent ma zapewnioną opiekę pooperacyjną na oddziale intensywnej terapii. Jeśli ośrodek spełnia kryteria 1, 2 (oddział kardiochirurgii i kardiologii) oraz 4 (anestezjologii i intensywnej terapii), to nie ma konieczności, aby wymagano posiadania dodatkowo 6-łóżkowego OINK.</p> <p>Proponowane brzmienie zapisu: Pozostałe warunki:</p>	

			<p>1) oddział kardiochirurgii co najmniej 14-łóżkowy, spełniający warunki określone w załączniku nr 3 część I lp. 23 rozporządzenia szpitalnego;</p> <p>2) oddział kardiologiczny co najmniej 20-łóżkowy, spełniający warunki określone w załączniku nr 3 część I lp. 24 lit. A rozporządzenia szpitalnego;</p> <p>3) oddział anestezjologii i intensywnej terapii co najmniej 6-łóżkowy, spełniający warunki określone w załączniku nr 3 część I lp. 2 lub 3 rozporządzenia szpitalnego;</p> <p>Lub</p> <p>oddziału intensywnego nadzoru kardiologicznego (OINK)</p>	
		Załącznik 1	<p>- Niespójność w kwalifikacji do TAVI wymagany jest zespół składający się kardiochirurga i kardiologa a do przezcewnikwej naprawy zastawki mitralnej wymagany jest Heart Team.</p> <p>Proponowane brzmienie zapisu: Do wszystkich procedur przezcewnikowych wymóg oceny przez Heart Team.</p>	