




**UWAGI DO RAPORTÓW W SPRAWIE USTALENIA TARYFY ŚWIADCZEŃ**


Nr raportu		WT.521.5.2017	
Tytuł raportu		Świadczenia gwarantowane obejmujące diagnostykę i leczenie chorób nowotworowych – pakiety diagnostyczne	
Lp.	Zgłaszający uwagi	Wskazanie cz. raportu, do którego składane są uwagi	Treść uwag
1.	Stanisław Gózdź	Str. 56 - 58 Metodologia zbierania danych Ceny procedur medycznych Załącznik nr 2	<p>Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji określiła rodzaje i ilości badań wykonanych w ramach poszczególnych diagnostyk na podstawie wykazu badań, wskazanych przez placówki do NFZ w postaci kodów ICD-9 (zał. 2). Niestety biorąc pod uwagę zasady kodowania i rozliczania świadczeń należy stwierdzić, że przyjęcie tej metodologii wydaje się błędne, gdyż wiele placówek medycznych raportuje do NFZ wyłącznie wybrane, a nie wszystkie kody ICD-9, dla wszystkich rzeczywiście wykonanych badań w ramach danej diagnostyki. Wynika to z faktu, iż aby rozliczyć diagnostykę w ramach umowy z NFZ wystarczy wskazanie w raporcie statystycznym zaledwie jednego badania, oznaczonego w załączniku 5c Zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna, jako istotna procedura medyczna według ICD-9 (nie wskazanie kodów ICD-9 dla wszystkich wykonanych badań nie wstrzymuje rozliczenia ryczałtu za diagnostykę w AOS, przez co nie ma skutku finansowego). W efekcie przyjętej metodologii przez AOTMiT przy wytypowaniu badań do wyceny nie uwzględniono badań niezbędnych do prawidłowego, zgodnego ze standardem, przeprowadzenia diagnostyki, opierając się jedynie na niepełnych danych statystycznych placówek medycznych. Dodatkowo należy pamiętać, że nie wszyscy świadczeniodawcy, mimo realizacji diagnostyki onkologicznej, rozliczają ją w pakiecie onkologicznym. Placówki te, z uwagi na chęć otrzymania wyższego przychodu z NFZ, wskazują do rozliczenia zwykłe wizyty w AOS oraz koszty badań ASDK czy PET-CT w ramach odrębnych zakresów w umowie z NFZ. Szczególnie dotyczy to sytuacji, gdy w ramach diagnostyki wykonano większą liczbę porad, wykonano badania kosztochłonne (TK, MRI, scyntygrafia czy PET-CT) lub wystąpiły problemy z dochowaniem terminu ustawowego na diagnostykę (w tej sytuacji NFZ obniża płatność za ryczałt diagnostyczny do 70%). Dlatego należy wziąć pod uwagę, że część drogich kosztowo procesów diagnostycznych rozliczonych jest poza pakietem, co powoduje czysto matematyczne obniżenie wartości taryf opartych wyłącznie na statystyce rozliczonych pakietów diagnostycznych w ramach umów z NFZ.</p>
		Str. 58 Metodologia zbierania	Przy wycenie świadczeń uwzględniono dane z placówek, które w 2017 roku wykazały świadczenia z zakresu chemioterapii i radioterapii. Należy pamiętać jednak, że



		danych, wyczenia kosztów	koszt pracy lekarza w mniejszych poradniach (zatrudniającego personel na umowach kontraktowych lub cywilnoprawnych) jest znacząco niższy, niż w szpitalach (gdzie większość personelu zatrudnionego jest w oparciu o umowy o pracę), co powoduje, że koszty udzielania porad są nieporównywalnie większe. Dlatego też, biorąc pod uwagę optykę publicznych centrów onkologii należy jako nieprawidłowe wskazać wzięcie przez AOTMiT do wyczenia taryfy kwoty zaledwie 113,00 zł, jako równoważności wszystkich porady i kosztów pracy pozostałego personelu, zaangażowanego w obsługę karty DiLO. Dla porównania średni koszt pojedynczej porady w poradni chirurgii onkologicznej ŚCO wynosi 84,25 zł. Należy pamiętać, że w wielu poradniach onkologicznych świadczeń wraz z lekarzem udzielają pielęgniarki, a na rzecz tej poradni pracuje rejestracja, laboratoria czy personel administracyjny obsługujący system DiLO (np. sekretarki medyczne). W obliczu niedoborów kadrowych w medycynie, zatrudnianie przedstawicieli zawodów pomocniczych jest niezbędne dla prawidłowego funkcjonowania szpitali i zapewnienia pacjentom odpowiedniej opieki. Biorąc pod uwagę konieczność rozpoczęcia etapu, wykonania zleconych badań oraz zakończenia każdego z etapów, niezbędnym minimum w trakcie każdej diagnostyki jest wykonanie minimum dwóch lub więcej porad (a nie jednej, jak zakłada wycena AOTMiT).	
		Str. 52 - 55	Agencja do wyceny użyła zaledwie 3,53% danych, mimo, że posiadała dane kosztowe od 15,3% placówek, w tym większości publicznych, wielospecjalistycznych szpitali onkologicznych. Tak niski odsetek użytych danych nie pozwala na właściwą ocenę stanu faktycznego	
		Str. 67 Dosumowanie badań kosztownych	Do pozytywnych elementów propozycji wyceny należy wymienić wydzielenie z kosztów diagnostyki badań PET-CT oraz zapowiedz dodatkowego rozliczenia kosztów diagnostyki cytogenetycznej, patomorfologicznej oraz pozostałych kosztochłonnych badań o wartości powyżej 1 000 złotych. Jednak aby uzyskać realną poprawę i urealnienie wyceny należy przede wszystkim określić tryby postępowania w diagnostyce poszczególnych nowotworów, które staną się podstawą do rzeczywistego wyczenia ponoszonych kosztów.	
		Projekt taryfy Str. 65 - 66	W opracowywaniu przedstawionych taryf popełniono kilka błędów, które sprawią, że zatwierdzenie taryf na zaproponowanym poziomie, zamiast poprawić sytuację dostępności pacjentów do pakietu onkologicznego jeszcze bardziej ją utrudni (placówki „poza siecią szpitali” nie są zainteresowane wykonywaniem świadczeń nierentownych) lub w praktyce jeszcze bardziej obniżą jakość wykonywanej diagnostyki (placówki będą wykonywać tylko te badania, które „zmieszczą się” w wycenie ryczałtu). Pogłębi to jeszcze bardziej złe praktyki związane z realizacją pakietu onkologicznego w poradniach oraz sprawozdawczością do płatnika.	
2.	Adam Maciejczyk	Str. 56 - 58	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji określiła rodzaje i ilości badań wykonanych w ramach poszczególnych diagnostyk na podstawie wykazu badań,	

	<p>Metodologia zbierania danych Ceny procedur medycznych Załącznik nr 2</p>	<p>wskazanych przez placówki do NFZ w postaci kodów ICD-9 (zał. 2). Niestety biorąc pod uwagę zasady kodowania i rozliczania świadczeń należy stwierdzić, że przyjęcie tej metodologii wydaje się błędne, gdyż wiele placówek medycznych raportuje do NFZ wyłącznie wybrane, a nie wszystkie kody ICD-9, dla wszystkich rzeczywiście wykonanych badań w ramach danej diagnostyki. Wynika to z faktu, iż aby rozliczyć diagnostykę w ramach umowy z NFZ wystarczy wskazanie w raporcie statystycznym zaledwie jednego badania, oznaczonego w załączniku 5c Zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna, jako istotna procedura medyczna według ICD-9 (nie wskazanie kodów ICD-9 dla wszystkich wykonanych badań nie wstrzymuje rozliczenia ryczałtu za diagnostykę w AOS, przez co nie ma skutku finansowego). W efekcie przyjętej metodologii przez AOTMiT przy wytypowaniu badań do wyceny nie uwzględniono badań niezbędnych do prawidłowego, zgodnego ze standardem, przeprowadzenia diagnostyki, opierając się jedynie na niepełnych danych statystycznych placówek medycznych. Dodatkowo należy pamiętać, że nie wszyscy świadczeniodawcy, mimo realizacji diagnostyki onkologicznej, rozliczają ją w pakiecie onkologicznym. Placówki te, z uwagi na chęć otrzymania wyższego przychodu z NFZ, wskazują do rozliczenia zwykłe wizyty w AOS oraz koszty badań ASDK czy PET-CT w ramach odrębnych zakresów w umowie z NFZ. Szczególnie dotyczy to sytuacji, gdy w ramach diagnostyki wykonano większą liczbę porad, wykonano badania kosztochłonne (TK, MRI, scyntygrafia czy PET-CT) lub wystąpiły problemy z dochowaniem terminu ustawowego na diagnostykę (w tej sytuacji NFZ obniża płatność za ryczałt diagnostyczny do 70%). Dlatego należy wziąć pod uwagę, że część drogich kosztowo procesów diagnostycznych rozliczonych jest poza pakietem, co powoduje czysto matematyczne obniżenie wartości taryf opartych wyłącznie na statystyce rozliczonych pakietów diagnostycznych w ramach umów z NFZ.</p>	
	<p>Str. 58 Metodologia zbierania danych, wyliczenia kosztów</p>	<p>Przy wycenie świadczeń uwzględniono dane z placówek, które w 2017 roku wykazały świadczenia z zakresu chemioterapii i radioterapii. Należy pamiętać jednak, że koszt pracy lekarza w mniejszych poradniach (zatrudniających personel na umowach kontraktowych lub cywilnoprawnych) jest znacząco niższy, niż w szpitalach (gdzie większość personelu zatrudnionego jest w oparciu o umowy o pracę), co powoduje, że koszty udzielania porad są nieporównywalnie większe. Dlatego też, biorąc pod uwagę optykę publicznych centrów onkologii należy jako nieprawidłowe wskazać wzięcie przez AOTMiT do wyliczenia taryfy kwoty zaledwie 113,00 zł, jako równoważności wszystkich porady i kosztów pracy pozostałego personelu, zaangażowanego w obsługę karty DiLO. Dla porównania średni koszt pojedynczej porady w poradni chirurgii onkologicznej ŚCO wynosi 84,25 zł. Należy pamiętać, że w wielu poradniach onkologicznych</p>	

			<p>świadceń wraz z lekarzem udzielają pielęgniarki, a na rzecz tej poradni pracuje rejestracja, laboratoria czy personel administracyjny obsługujący system DiLO (np. sekretarki medyczne). W obliczu niedoborów kadrowych w medycynie, zatrudnianie przedstawicieli zawodów pomocniczych jest niezbędne dla prawidłowego funkcjonowania szpitali i zapewnienia pacjentom odpowiedniej opieki. Biorąc pod uwagę konieczność rozpoczęcia etapu, wykonania zleconych badań oraz zakończenia każdego z etapów, niezbędnym minimum w trakcie każdej diagnostyki jest wykonanie minimum dwóch lub więcej porad (a nie jednej, jak zakłada wycena AOTMiT).</p>	
		Str. 52 - 55	<p>Agencja do wyceny użyła zaledwie 3,53% danych, mimo, że posiadała dane kosztowe od 15,3% placówek, w tym większości publicznych, wielospecjalistycznych szpitali onkologicznych. Tak niski odsetek użytych danych nie pozwala na właściwą ocenę stanu faktycznego</p>	
		Str. 67 Dosumowanie badań kosztownych	<p>Do pozytywnych elementów propozycji wyceny należy wymienić wydzielenie z kosztów diagnostyki badań PET-CT oraz zapowiedz dodatkowego rozliczenia kosztów diagnostyki cytogenetycznej, patomorfologicznej oraz pozostałych kosztochłonnych badań o wartości powyżej 1 000 złotych. Jednak aby uzyskać realną poprawę i urealnienie wyceny należy przede wszystkim określić tryby postępowania w diagnostyce poszczególnych nowotworów, które staną się podstawą do rzeczywistego wyliczenia ponoszonych kosztów.</p>	
		Projekt taryfy Str. 65 - 66	<p>W opracowywaniu przedstawionych taryf popełniono kilka błędów, które sprawią, że zatwierdzenie taryf na zaproponowanym poziomie, zamiast poprawić sytuację dostępności pacjentów do pakietu onkologicznego jeszcze bardziej ją utrudni (placówki „poza siecią szpitali” nie są zainteresowane wykonywaniem świadczeń nierentownych) lub w praktyce jeszcze bardziej obniżą jakość wykonywanej diagnostyki (placówki będą wykonywać tylko te badania, które „zmieszczą się” w wycenie ryczałtu). Pogłębi to jeszcze bardziej złe praktyki związane z realizacją pakietu onkologicznego w poradniach oraz sprawozdawczością do płatnika.</p>	
3.	Andrzej Woźny		<p>Uwagi zgodnie z pismem w załączeniu.</p> <p>Deklarujemy gotowość opracowania i przedstawienia do AOTMiT wykazu świadczeń i badań wykonywanych w ramach diagnostyki onkologicznej, godnie z zaproponowanym przykładem w terminie ustalonym z Agencją.</p>	 

4.	Beata Jagielska	Str. 56 - 58 Metodologia zbierania danych Ceny procedur medycznych Załącznik nr 2	<p>Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji określiła rodzaje i ilości badań wykonanych w ramach poszczególnych diagnostyk na podstawie wykazu badań, wskazanych przez placówki do NFZ w postaci kodów ICD-9 (zał. 2). Niestety biorąc pod uwagę zasady kodowania i rozliczania świadczeń należy stwierdzić, że przyjęcie tej metodologii wydaje się błędne, gdyż wiele placówek medycznych raportuje do NFZ wyłącznie wybrane, a nie wszystkie kody ICD-9, dla wszystkich rzeczywiście wykonanych badań w ramach danej diagnostyki. Wynika to z faktu, iż aby rozliczyć diagnostykę w ramach umowy z NFZ wystarczy wskazanie w raporcie statystycznym zaledwie jednego badania, oznaczonego w załączniku 5c Zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna, jako istotna procedura medyczna według ICD-9 (nie wskazanie kodów ICD-9 dla wszystkich wykonanych badań nie wstrzymuje rozliczenia ryczałtu za diagnostykę w AOS, przez co nie ma skutku finansowego). W efekcie przyjętej metodologii przez AOTMiT przy wytypowaniu badań do wyceny nie uwzględniono badań niezbędnych do prawidłowego, zgodnego ze standardem, przeprowadzenia diagnostyki, opierając się jedynie na niepełnych danych statystycznych placówek medycznych. Dodatkowo należy pamiętać, że nie wszyscy świadczeniodawcy, mimo realizacji diagnostyki onkologicznej, rozliczają ją w pakiecie onkologicznym. Placówki te, z uwagi na chęć otrzymania wyższego przychodu z NFZ, wskazują do rozliczenia zwykłe wizyty w AOS oraz koszty badań ASDK czy PET-CT w ramach odrębnych zakresów w umowie z NFZ. Szczególnie dotyczy to sytuacji, gdy w ramach diagnostyki wykonano większą liczbę porad, wykonano badania kosztochłonne (TK, MRI, scyntygrafia czy PET-CT) lub wystąpiły problemy z dochowaniem terminu ustawowego na diagnostykę (w tej sytuacji NFZ obniża płatność za ryczałt diagnostyczny do 70%). Dlatego należy wziąć pod uwagę, że część drogich kosztowo procesów diagnostycznych rozliczonych jest poza pakietem, co powoduje czysto matematyczne obniżenie wartości taryf opartych wyłącznie na statystyce rozliczonych pakietów diagnostycznych w ramach umów z NFZ.</p>	
		Str. 58 Metodologia zbierania danych, wyczenia kosztów	<p>Przy wycenie świadczeń uwzględniono dane z placówek, które w 2017 roku wykazały świadczenia z zakresu chemioterapii i radioterapii. Należy pamiętać jednak, że koszt pracy lekarza w mniejszych poradniach (zatrudniających personel na umowach kontraktowych lub cywilnoprawnych) jest znacząco niższy, niż w szpitalach (gdzie większość personelu zatrudnionego jest w oparciu o umowy o pracę), co powoduje, że koszty udzielania porad są nieporównywalnie większe. Dlatego też, biorąc pod uwagę optykę publicznych centrów onkologii należy jako nieprawidłowe wskazać wzięcie przez AOTMiT do wyczenia taryfy kwoty zaledwie 113,00 zł, jako równoważności wszystkich porady i kosztów pracy pozostałego personelu, zaangażowanego w obsługę karty</p>	

			<p>DiLO. Dla porównania średni koszt pojedynczej porady w poradni chirurgii onkologicznej ŚCO wynosi 84,25 zł. Należy pamiętać, że w wielu poradniach onkologicznych świadczeń wraz z lekarzem udzielają pielęgniarki, a na rzecz tej poradni pracuje rejestracja, laboratoria czy personel administracyjny obsługujący system DiLO (np. sekretarki medyczne). W obliczu niedoborów kadrowych w medycynie, zatrudnianie przedstawicieli zawodów pomocniczych jest niezbędne dla prawidłowego funkcjonowania szpitali i zapewnienia pacjentom odpowiedniej opieki. Biorąc pod uwagę konieczność rozpoczęcia etapu, wykonania zleconych badań oraz zakończenia każdego z etapów, niezbędnym minimum w trakcie każdej diagnostyki jest wykonanie minimum dwóch lub więcej porad (a nie jednej, jak zakłada wycena AOTMiT).</p>	
		Str. 52 - 55	<p>Agencja do wyceny użyła zaledwie 3,53% danych, mimo, że posiadała dane kosztowe od 15,3% placówek, w tym większości publicznych, wielospecjalistycznych szpitali onkologicznych. Tak niski odsetek użytych danych nie pozwala na właściwą ocenę stanu faktycznego</p>	
		Str. 67 Dosumowanie badań kosztownych	<p>Do pozytywnych elementów propozycji wyceny należy wymienić wydzielenie z kosztów diagnostyki badań PET-CT oraz zapowiedz dodatkowego rozliczenia kosztów diagnostyki cytogenetycznej, patomorfologicznej oraz pozostałych kosztochłonnych badań o wartości powyżej 1 000 złotych. Jednak aby uzyskać realną poprawę i urealnienie wyceny należy przede wszystkim określić tryby postępowania w diagnostyce poszczególnych nowotworów, które staną się podstawą do rzeczywistego wyliczenia ponoszonych kosztów.</p>	
		Projekt taryfy Str. 65 - 66	<p>W opracowywaniu przedstawionych taryf popełniono kilka błędów, które sprawią, że zatwierdzenie taryf na zaproponowanym poziomie, zamiast poprawić sytuację dostępności pacjentów do pakietu onkologicznego jeszcze bardziej ją utrudni (placówki „poza siecią szpitali” nie są zainteresowane wykonywaniem świadczeń nierentownych) lub w praktyce jeszcze bardziej obniżą jakość wykonywanej diagnostyki (placówki będą wykonywać tylko te badania, które „zmieszczą się” w wycenie ryczałtu). Pogłębi to jeszcze bardziej złe praktyki związane z realizacją pakietu onkologicznego w poradniach oraz sprawozdawczością do płatnika.</p>	