




UWAGI DO RAPORTÓW W SPRAWIE USTALENIA TARYFY ŚWIADCZEŃ

Nr raportu		WT.541.10.2017		
Tytuł raportu		Świadczenie gwarantowane z zakresu leczenia szpitalnego scharakteryzowane kodem ICD-9: 54.971 Chemioterapia dootrzewnowa w hipertermii (HIPEC)		
Lp.	Zgłaszający uwagi	Wskazanie cz. raportu, do którego składane są uwagi	Treść uwag	
1.	Janusz Kowalewski	strony 37 i 38	<p>Proszę o doprecyzowanie, czy wobec podmiotów realizujących świadczenia z w zakresie chemioterapii dootrzewnowej w hipertermii (HIPEC) w ramach pakietu onkologicznego, które uzyskują 10% wzrost wartości procedur (współczynnik korygujący 1,1) zgodnie z Zarządzeniem 66/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia (Załącznik nr 3) zostanie utrzymany dotychczasowy sposób rozliczania tzn. czy ww. świadczenia będą rozliczane w wartości 27.677,10 zł.</p> <p>Dla określenia taryfy świadczeń w zakresie chemioterapii dootrzewnowej w hipertermii (HIPEC) cena wyrobów medycznych została przyjęta w uśrednionej wartości dla roku 2017.</p> <p>Czy określona przez Agencję taryfa świadczeń będzie aktualizowana w części dotyczącej cen wyrobów medycznych w przypadku wzrostu ich cen.</p>	
2.	Małgorzata Usielska		<p>Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolny w Szczecinie zgłasza potrzebę zwiększenia liczby zakresów w których byłaby możliwość rozliczenia procedury HIPEC wraz z hospitalizacją o zakresy: chirurgia ogólna - hospitalizacja, chirurgia ogólna - hospitalizacja - pakiet onkologiczny, chirurgia ogólna - hospitalizacja - świadczenia poza pakietem onkologicznym.</p> <p>SPWSZ wykonuje zabiegi HIPEC bez możliwości rozliczenia ich kodem 5.53.01.0001435 ze względu na brak zakontraktowanego zakresu chirurgia onkologiczna, ginekologia onkologiczna i chirurgia dziecięca. Mamy również problem z rozliczeniem tego świadczenia na "Wniosek o indywidualne rozliczenie świadczenia, którego koszt przekracza wartość 15.000 zł" przekazywany do Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>Związku z trudnościami z rozliczeniem świadczenia w "celu zwrócenia" uwagi na występujący problem ograniczający dostęp pacjentów do świadczenia, braliśmy udział w postępowaniu ogłoszonym przez AOTMiT</p>	

		<p>dotyczącym wyceny świadczenia gwarantowanego - chemioterapia dootrzewnowa w hipertermii (HIPEC).</p> <p>Podkreślamy również, że jesteśmy jedynym z niewielu ośrodków w kraju dysponującym tego typu urządzeniem oraz specjalizujemy się w leczeniu nowotworów jamy brzusznej i otrzewnej. Posiadamy zespół lekarzy specjalistów mających duże doświadczenie w chirurgii ogólnej jamy brzusznej. Takie doświadczenie pozwala na skuteczne przeprowadzenie zabiegu podania leku chemicznego do jamy brzusznej i umożliwia zaopatrzenie zmian nowotworowych w różnych narządach jamy brzusznej i otrzewnowej.</p> <p>Liczymy na pozytywne rozpatrzenie naszego wniosku i umożliwienie rozliczania zabiegów HIPEC w zakresie chirurgii ogólnej.</p>	
3.	Beata Jagielska	<p>Koszty ponoszone przez Centrum Onkologii są znacznie wyższe od zaproponowanych w raporcie stawek AOTMiT. Poziom niedoszacowania pojedynczych hospitalizacji w relacji do proponowanej przez Agencję wyceny świadczeń sięga nawet 50%, a w ostatecznym rozrachunku całkowite koszty nie bilansują się.</p> <p>Procedura HIPEC jest to jedna z niewielu procedur które zarówno swoją unikalnością, jak i stopniem trudności mogą być wizytówką nowoczesnego Centrum Onkologii. Stwarza ona szanse chorym do tej pory skazanym na powolne umieranie w cierpieniu na całkowite wyleczenie z choroby (nawet u 30-40%) i tym bardziej warto zadbać o odpowiednie jej finansowanie.</p>	
		str.33	<p>1. Bardzo duże znaczenie w analizie kosztów ma zróżnicowanie czasu trwania zabiegów operacyjnych (rozpiętość od 4 do 9 godzin), czego nie powinno się uśredniać – zwłaszcza w relacji grupy F42 vs. Pozostałe grupy JGP – ma to istotny wpływ na wysokość kosztów korzystania z Bloku Operacyjnego, personelu, etc.</p> <p>2. Ponadto należy zwrócić uwagę przy wycenie na długość hospitalizacji (pobyty od 7 do 22 dni)</p> <p>3. Analiza opiera się na mocno uśrednionej liczbie dni pobytu na oddziale czyli max. do 11 dni, co skutkuje nie finansowaniem w całości świadczenia u pacjenta, który przebywał na oddziale powyżej w/w liczby dni – w wycenie brak doszacowania wysokich kosztów pobytu pacjenta (koszt osobodnia).</p>
		str. 38	<p>Brak wskazania na rozwiązanie problemu w postaci finansowania świadczeń u pacjentów, którzy leżeli powyżej rekomendowanych do 11 dni. Istotne znaczenie tu ma fakt uwzględnienia między innymi wysokiego kosztu osobodnia.</p>

			<p>2/27 pacjentów wykazanych przez Instytut wymagało reoperacji, co znacznie podnosi całkowite koszty oraz wydłuża czas hospitalizacji.</p> <p>Propozycja stworzenia jednej grupy (połączenia grup F42, F44, F11E, F11F, F21, F31A, F31B, M11, M12, M20, M21) nie określa liczby dni pobytu finansowania grupą ani wartości punktowej osobodnia ponad ryczałt finansowania grupą.</p> <p>Tabela nr 25 Projekt taryfy obejmuje świadczenie: grupa F44 diagnostyczne i lecznicze zabiegi jamy brzusznej. Prośba o weryfikację merytoryczną, czy w tej grupie wykonywane są zabiegi z zakresu cytoredukcji. Zgodnie z katalogiem NFZ (Załącznik nr 9 do Zarządzenia 66/2018DSOZ charakterystyka grup JGP) istnieje możliwość rozliczenia tego świadczenia na podstawie kodu 46.999 Operacje jelitowe – inne z jednoczasowym wykazaniem kodu 54.971 Chemioterapia dootrzewnowa w hipertermii (HIPEC). Żaden z świadczeniodawców nie wykazał takiej kombinacji kodów icd-9 nie wykazując jednocześnie świadczenia F44, zatem nie znamy jego rzeczywistych kosztów. Jest to (44.999) jedyna procedura inwazyjna możliwa do rozliczenia tym świadczeniem. Podstawą/istotą procedury CRS+HIPEC jest zabieg, a to świadczenie daje szerokie możliwości rozliczenia samej perfuzji leku. Zgodnie z zapisem raportu AOTMiT w brzmieniu: „łączny koszt zabiegu operacyjnego (CRS+HIPEC) oszacowano na 14 651,73 zł (...)”. Dotychczasowa wartość tej (F44) grupy wynosiła 1 622,00 zł + 7 933,00 (zestaw do HIPEC) = 9 555,00 zł. W związku z powyższym CO-I poddaje w wątpliwość zasadność stawiania tego świadczenia na poziomie refundacji w wysokości 25 161,00 zł</p> <p>Centrum Onkologii nie wykonuje procedury HIPEC z grupą F44. Skorzystać z niej mogą jednostki pozostałe (np. „operacje jelitowe – inne”, co umożliwi katalog NFZ - załącznik nr 9 do Zarządzenia 66/2018DSOZ charakterystyka grup JGP) oraz proponowana przez AOTMiT wycena. Możliwość korzystania przez inne placówki z tej możliwości rozliczania świadczeń (F44) spowoduje, że ciężkie „przypadki” będą kierowane do leczenia w Centrum Onkologii, które poniesie dużo większe koszty. Wzrost wyceny grupy F44 zapewne skutkować będzie wzrostem sprawozdawanych świadczeń przez inne jednostki (na pewno nie COI).</p>	
		str.29	Sumowanie wszystkich elementów całkowitej operacji cytoredukcyjnej (jako 1 zabieg) samo w sobie generuje oszczędności dla systemu opieki zdrowotnej oraz ogranicza ryzyko powikłań, kolejek. Zgodnie z zawartymi w raporcie AOTMiT	

			<p>uwagami i opiniami HIPEC (ang. Hyperthermic IntraPeritoneal Chemotherapy) jest metodą uzupełniającą całkowitą operację cytoredukcyjną (ang. complete CytoReductive Surgery; cCRS) stosowaną u chorych na nowotwory powierzchni otrzewnej. Samodzielnie (bez cCRS) HIPEC nie powinien być stosowany, zatem powinniśmy dążyć do operacji kompleksowych uwzględniających w swojej wycenie poniesienie rzeczywistych kosztów w tym wkalkulowanie długości hospitalizacji (nie uśrednienie).</p> <p>Wycena samego zabiegu cytoredukcji w 60 % oparta jest na grupie F42 (44 na 74 hospitalizacje) – wycięcie w zakresie otrzewnej - nie obejmuje operacji kompleksowych. Podstawową procedurą sprawozdawaną przez w COI w tej grupie jest ICD-9 o kodzie 54.4 Wycięcie / zniszczenie tkanek otrzewnej.</p> <p>Samodzielna procedura generuje najniższe koszty. W innych grupach są zabiegi trudniejsze a zatem dużo bardziej kosztochłonne.</p> <p>Brak właściwej lub niedoszacowanie obecnie obowiązującej zaniżonej wyceny (zgodnie ze zgłoszonymi uwagami zawartymi w raporcie AOTMiT tego wymagającego świadczenia, spowoduje ograniczoną dostępność dla chorych wymagających takiego leczenia.</p>	
		str. 28	<p>Na uwagę zasługuje również fakt, że Szpital Specjalistyczny Brzeziny (zgodnie z Państwa danymi) wskazał na cenę procedury w wysokości 32 000 zł za pobyt od 7 do 9 dni, a cena ta tylko prawdopodobnie obejmuje zabieg cytoredukcyjny o nieokreślonym zakresie.</p>	