



Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

Rada do spraw Taryfikacji

Protokół nr 5/2017 z posiedzenia Rady do spraw Taryfikacji w dniu 22 marca 2017 roku w siedzibie Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (Agencja)

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

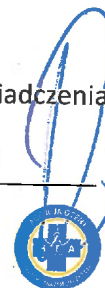
1. Maciej Biardzki
2. Beata Freier
3. Adam Kruszewski
4. Robert Mołdach
5. Filip Nowak
6. Jacek Siwec
7. Tomasz Walasek
8. Ewa Warmińska
9. Daniel Rutkowski

Porządek obrad:

1. Otwarcie posiedzenia Rady, przedstawienie planu posiedzenia oraz omówienie konfliktów interesów.
2. Przygotowanie do wydania opinii Rady ds. Taryfikacji ws. taryf dla świadczeń „Świadczenia gwarantowane obejmujące leczenie dorosłych chorych ze śpiączką (ICD-10: R40.2) finansowane w ramach programu zdrowotnego”.
3. Wydanie opinii Rady ds. Taryfikacji ws. taryf dla świadczeń: „Świadczenia gwarantowane finansowane w ramach produktów NFZ z katalogu ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych – badania rezonansu magnetycznego (RM)”.
4. Wydanie opinii Rady ds. Taryfikacji ws. taryf dla świadczeń: „Świadczenia gwarantowane finansowane w ramach produktów NFZ z katalogu ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych – badania tomografii komputerowej”.
5. Wydanie opinii Rady ds. Taryfikacji ws. taryf dla świadczeń: „Świadczenia gwarantowane obejmujące pobranie nerki od dawcy żywego finansowane w ramach katalogu świadczeń odrębnych w leczeniu szpitalnym”.
6. Omówienie i zatwierdzenie protokołu z posiedzenia Rady w dniu 02.03.2017 roku.
7. Sprawy organizacyjne.
8. Zakończenie posiedzenia.

Ad. 1 Posiedzenie o godzinie 10:07 otworzył Przewodniczący Filip Nowak.

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



Rada jednogłośnie przegłosowała porządek obrad.

Filip Nowak poinformował Radę, że zaprosił Prezesa NFZ Andrzeja Jacynę na spotkanie. Odbędzie się ono prawdopodobnie na posiedzeniu kwietniowym.

Ad. 2 Pracownik Agencji przedstawił prezentację „Świadczenia gwarantowane obejmujące leczenie dorosłych chorych ze śpiączką (ICD-10; R40.2) finansowane w ramach programu zdrowotnego”.

Następnie Rada, w ramach konsultacji zewnętrznych, przeprowadziła konsultacje z dwoma specjalistami w dziedzinie neurologii i neurochirurgii, specjalistą w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii oraz z przedstawicielem podmiotu realizującego świadczenia ze zbliżonego zakresu.

Następnie w wyniku przeprowadzonej dyskusji Rada zredagowała wstępny projekt opinii ws. taryfy dla świadczeń „Świadczenia gwarantowane obejmujące leczenie dorosłych chorych ze śpiączką (ICD-10: R40.2) finansowane w ramach programu zdrowotnego”.

Przyjęcie opinii odłożono do czasu kolejnego posiedzenia Rady.

Ad. 3 W wyniku przeprowadzonej dyskusji Rada zredagowała projekt opinii ws. taryfy dla świadczeń „Świadczenia gwarantowane finansowane w ramach produktów NFZ z katalogu ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych – badania rezonansu magnetycznego (RM)”.

W wyniku głosowania nad projektem opinii, Rada 9 głosami za projektem opinii, przy 0 głosów przeciw, przyjęła uchwałę, która stanowi załącznik do protokołu.

Ad. 4 Następnie w wyniku przeprowadzonej dyskusji Rada zredagowała projekt opinii ws. taryfy dla świadczeń „Świadczenia gwarantowane finansowane w ramach produktów NFZ z katalogu ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych – badania tomografii komputerowej”.

W wyniku głosowania nad projektem opinii, Rada 9 głosami za projektem opinii, przy 0 głosów przeciw, przyjęła uchwałę, która stanowi załącznik do protokołu.

Ad. 5 Następnie w wyniku przeprowadzonej dyskusji Rada zredagowała projekt opinii ws. taryfy dla świadczeń „Świadczenia gwarantowane obejmujące pobranie nerki od dawcy żywego finansowane w ramach katalogu świadczeń odrębnych w leczeniu szpitalnym”.

W wyniku głosowania nad projektem opinii, Rada 9 głosami za projektem opinii, przy 0 głosów przeciw, przyjęła uchwałę, która stanowi załącznik do protokołu.

Ad. 6 Rada zatwierdziła protokół z posiedzenia w dniu 02.03.2017 r. 9 głosami za, przy 0 głosów przeciw.

Ad. 7 Rada omówiła kwestię programów kolejnych posiedzeń Rady.

Ad. 8 Przewodniczący Rady zakończył posiedzenie o godzinie 13:33.



Po zakończeniu posiedzenia odbyło się spotkanie członków Rady ds. Taryfikacji z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia oraz AOTMiT poświęcone dyskusji nad bieżącymi projektami legislacyjnymi, a także nowym rozwiązaniom opisu koszyka świadczeń gwarantowanych.

Przewodniczący Rady ds. Taryfikacji
Filip Nowak

23.03.2017

.....
(data i podpis)



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

Opinia Rady ds. Taryfikacji
nr 6/2017 z dnia 22 marca 2017 r.

ws. taryfy dla świadczeń „Świadczenia gwarantowane finansowane w ramach produktów NFZ z katalogu świadczeń ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych – badania rezonansu magnetycznego (RM)”

Rada ds. Taryfikacji, po zapoznaniu z nowymi przeliczeniami przedstawionymi przez AOTMiT na posiedzeniach w dniach 2 i 22 marca 2016r., opartymi na modelu jednostki optymalnej pracowni rezonansu magnetycznego (MR) bazującego na parametryzacji przedstawionej przez Konsultanta krajowego w dziedzinie radiologii oraz poszerzonej bazie danych kosztowych przekazanych przez świadczeniodawców, wydaje opinię pozytywną dla projektów taryf dla świadczeń „Świadczenia gwarantowane finansowane w ramach produktów NFZ z katalogu świadczeń ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych – badania rezonansu magnetycznego (RM)” zgodnie z tabelą poniżej.

Nazwa świadczenia	Propozycja AOTMiT
MR badanie głowy bez wzmocnienia kontrastowego	309,80 zł
MR badanie głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	582,02 zł
MR badanie jednego odcinka kręgosłupa lub kanału kręgowego bez wzmocnienia kontrastowego	309,80 zł
MR badanie jednej okolicy anatomicznej innej niż kręgosłup bez wzmocnienia kontrastowego	445,35 zł
MR badanie jednego odcinka kręgosłupa lub kanału kręgowego bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	582,02 zł
MR badanie jednej okolicy anatomicznej innej niż odcinek kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	717,56 zł
MR badanie dwóch odcinków kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego	523,58 zł
MR badanie trzech odcinków kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego	737,36 zł
MR badanie dwóch odcinków kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	795,80 zł
MR badanie trzech odcinków kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	1 009,58 zł
MR badanie dwóch okolic anatomicznych innych niż dwa odcinki kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego	659,13 zł
MR badanie trzech okolic anatomicznych innych niż trzy odcinki kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego	737,36 zł
MR badanie dwóch okolic anatomicznych innych niż dwa odc. kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	931,35 zł
MR badanie trzech okolic anatomicznych innych niż trzy odcinki kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	1 009,58 zł
MR badanie bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym	742,85 zł
Angiografia MR bez wzmocnienia kontrastowego	332,90 zł
Angiografia ze wzmocnieniem kontrastowym - MR	853,23 zł
MR badanie czynnościowe mózgu	895,52 zł
Spektroskopia - MR	390,44 zł



[Handwritten signature]

MR badanie serca – czynnościowe i morfologiczne bez wzmocnienia kontrastowego	756,20 zł
MR badanie serca – czynnościowe i morfologiczne bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	1 032,19 zł

Uzasadnienie

Rada ds. Taryfikacji na posiedzeniu w dniu 22 lutego 2017 r. zarekomendowała stworzenie modelu jednostki optymalnej pracowni rezonansu magnetycznego, bazującego na danych zebranych od świadczeniodawców. Powyższe taryfy ustalono po zapoznaniu się z efektem prac AOTMiT, zwracając uwagę na przywrócenie właściwych relacji cenowych pomiędzy poszczególnymi świadczeniami.

Rekomendacje Rady ds. Taryfikacji

- 1. Określenie w koszyku świadczeń gwarantowanych warunków realizacji sedacji na potrzeby badań obrazowych, w tym MR, w trybie ambulatoryjnym, a następnie dokonanie jego wyceny,*
- 2. Określenie w koszyku świadczeń gwarantowanych warunków realizacji usług teleradiologii, a następnie dokonanie ich wyceny,*
- 3. Uwzględnienie w regulacjach dotyczących refundacji wyrobów medycznych możliwości zakupu aparatów wraz z ich serwisowaniem oraz rekomendowanych cen: helu, kontrastów, sprzętu jednorazowego niezbędnego do wykonania procedury,*
- 4. Mając na uwadze praktykę wielokrotnego powtarzania badań u tego samego pacjenta, a także nadmierną ordynację, czego następstwem jest wydłużenie kolejek – podjęcie prac nad innym niż cenowy, mechanizmem regulacji liczby wykonywanych świadczeń.*

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

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 31sa ust. 2 pkt 1 lit. c ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r., poz. 1793 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu w sprawie ustalenia taryfy świadczeń „Świadczenia rezonansu magnetycznego finansowane w ramach produktów NFZ z katalogu ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych” nr WT.541.36.2016, Data ukończenia: 3.10.2016, aneksu do raportu w sprawie ustalenia taryfy świadczeń nr WT.541.36.2016 „Świadczenia rezonansu magnetycznego finansowane w ramach produktów NFZ z katalogu ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych”, Projektów Taryf opublikowanych na stronie internetowej AOTMiT oraz przeliczeń dokonywanych przez pracowników Wydziału Taryfikacji AOTMiT dokonywanych na potrzeby Rady w trakcie jej posiedzenia.



Rada do spraw Taryfikacji

działająca przy

Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

Opinia Rady ds. Taryfikacji
nr 7/2017 z dnia 22 marca 2017 r.

ws. taryfy dla świadczeń „Świadczenia gwarantowane finansowane w ramach produktów NFZ z katalogu świadczeń ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych – badania tomografii komputerowej”

Rada ds. Taryfikacji, po zapoznaniu z nowymi przeliczeniami przedstawionymi przez AOTMiT na posiedzeniu w dniu 2 marca 2017r., opartymi na modelu jednostki optymalnej pracowni tomografii komputerowej (TK) bazującego na parametryzacji przedstawionej przez Konsultanta krajowego w dziedzinie radiologii oraz poszerzonej bazie danych kosztowych przekazanych przez świadczeniodawców, wydaje opinię pozytywną nt. projektów taryf dla świadczeń „Świadczenia gwarantowane finansowane w ramach produktów NFZ z katalogu świadczeń ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych – badania tomografii komputerowej” zgodnie z tabelą poniżej.

Nazwa świadczenia	Propozycja taryf AOTMiT
TK: badanie głowy bez wzmocnienia kontrastowego	164,79 zł
TK: badanie głowy ze wzmocnieniem kontrastowym	265,95 zł
TK: badanie głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	337,40 zł
TK głowy bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym	350,59 zł
TK: badanie innej okolicy anatomicznej bez wzmocnienia kontrastowego	184,57 zł
TK: innej okolicy anatomicznej ze wzmocnieniem kontrastowym	308,10 zł
TK: badanie innej okolicy anatomicznej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	399,33 zł
TK: badanie dwóch okolic anatomicznych bez wzmocnienia kontrastowego	224,13 zł
TK: badanie trzech lub więcej okolic anatomicznych bez wzmocnienia kontrastowego	263,69 zł
TK: badanie dwóch okolic anatomicznych ze wzmocnieniem kontrastowym	419,12 zł
TK: badanie trzech lub więcej okolic anatomicznych ze wzmocnieniem kontrastowym	462,89 zł
TK: badanie dwóch okolic anatomicznych bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	471,86 zł
TK: badanie trzech lub więcej okolic anatomicznych bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	542,01 zł
TK innej okolicy anatomicznej bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym	407,96 zł
TK: angiografia (z wyłączeniem angiografii tt. wieńcowych)	454,32 zł
TK: angiografia tt. wieńcowych u pacjentów po zabiegach koronaroplastyki lub wszczepieniu by-passów	531,56 zł
TK: wirtualna kolonoskopia u pacjentów, u których warunki anatomiczne uniemożliwiają wykonanie kolonoskopii tradycyjnej	397,36 zł
Badanie kardiologiczne TK (obejmuje badanie morfologii i czynności mięśnia sercowego - także ze wzmocnieniem kontrastowym)	578,96 zł



Uzasadnienie

Rada ds. Taryfikacji na posiedzeniu w dniu 22 lutego 2017 r. zarekomendowała stworzenie modelu jednostki optymalnej pracowni tomografii komputerowej, bazującego na danych zebranych od świadczeniodawców. Powyższe taryfy ustalono po zapoznaniu się z efektem prac AOTMiT, zwracając uwagę na przywrócenie właściwych relacji cenowych pomiędzy poszczególnymi świadczeniami.

Rekomendacje Rady ds. Taryfikacji

1. Określenie w koszyku świadczeń gwarantowanych warunków realizacji sedacji na potrzeby badań obrazowych, w tym TK, w trybie ambulatoryjnym, a następnie dokonanie jego wyceny,
2. Określenie w koszyku świadczeń gwarantowanych warunków realizacji usług teleradiologii, a następnie dokonanie ich wyceny,
3. Uwzględnienie w regulacjach dotyczących refundacji wyrobów medycznych możliwości zakupu aparatów wraz z ich serwisowaniem oraz rekomendowanych cen: kontrastów i sprzętu jednorazowego niezbędnego do wykonania procedury,
4. Przeanalizowanie możliwości zmian wymagań realizacji świadczeń TK w trybie ambulatoryjnym (harmonogramy czasu pracy, wymagania dla personelu w zakresie możliwości wykonywania pracy przez jednego radiologa na więcej niż jednym urządzeniu),
5. Mając na uwadze praktykę wielokrotnego powtarzania badań u tego samego pacjenta, a także nadmierną ordynację, czego następstwem jest wydłużenie kolejek – podjęcie prac nad innym niż cenowy, mechanizmem regulacji liczby wykonywanych świadczeń.

.....
Przewodniczący Rady ds. Taryfikacji

Filip Nowak

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 31sa ust. 2 pkt 1 lit. c ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r., poz. 1793 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu w sprawie ustalenia taryfy świadczeń „Świadczenia tomografii komputerowej finansowane w ramach produktów NFZ z katalogu ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych” nr WT.541.34.2016, Data ukończenia: 3.10.2016, aneksu do raportu w sprawie ustalenia taryfy świadczeń nr WT.541.34.2016 „Świadczenia tomografii komputerowej finansowane w ramach produktów NFZ z katalogu ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych”, Projektów Taryf opublikowanych na stronie internetowej AOTMiT oraz przeliczeń dokonywanych przez pracowników Wydziału Taryfikacji AOTMiT dokonywanych na potrzeby Rady w trakcie jej posiedzenia.



Rada do spraw Taryfikacji

działająca przy

Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

Opinia Rady ds. Taryfikacji

nr 8/2017 z dnia 22 marca 2017 r.

ws. taryfy dla świadczeń „Świadczenia gwarantowane obejmujące pobranie nerki od dawcy żywego finansowane w ramach produktu rozliczeniowego NFZ z katalogu świadczeń odrębnych w leczeniu szpitalnym”

Rada ds. Taryfikacji, po zapoznaniu się z projektem taryf dla świadczeń „Świadczenia gwarantowane obejmujące pobranie nerki od dawcy żywego finansowane w ramach produktu rozliczeniowego NFZ z katalogu świadczeń odrębnych w leczeniu szpitalnym”, wydaje pozytywną opinię dla proponowanych przez AOTMiT taryf pod warunkiem zwiększenia ich wartości o:

1. 10% - pobranie nerki od dawcy żywego metodą otwartą,
2. 20% - pobranie nerki od dawcy żywego laparoskopowo.

Uzasadnienie:

Rada ds. Taryfikacji wzięta pod uwagę następujące przesłanki:

1. bardzo niski poziom pobrań od żywych dawców w Polsce na poziomie ok. 5% pobrań ogółem,
2. opinie ekspertów wskazujące na wyższe koszty pobrania, niż proponowane w analizie Agencji oraz na wyższość pobrań od żywych dawców, w tym szczególnie przy użyciu metod małoinwazyjnych,
3. niższy koszt przeszczepu i następczego leczenia immunosupresyjnego niż przewlekłej dializoterapii,

W opinii Rady zwiększenie taryf do wartości proponowanych pozwoli na pokrycie kosztów ponoszonych przez świadczeniodawców, a także może doprowadzić do zwiększenia liczby pobrań, szczególnie przy użyciu metody małoinwazyjnej, co jest oczekiwanym celem.

Rekomendacje Rady ds. Taryfikacji:

1. Realizacja przez Ministra Zdrowia, przy użyciu środków masowego przekazu, programu edukacyjnego dla ogółu społeczeństwa, dotyczącego przeszczepów od żywych dawców, ze wskazaniem korzyści płynących z procedur małoinwazyjnych,



2. Wykonywanie pobrań nerki preferowaną metodą laparoskopową (małoinwazyjną) powinno być finansowane ze środków publicznych jedynie w ośrodkach posiadających udokumentowane doświadczenie w wykonywaniu takich zabiegów,
3. Ilość pobrań po wprowadzeniu nowych taryf powinna być monitorowana, aby ocenić słuszność zastosowanej w tym przypadku metody podażyowo-popytowej.

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

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 31sa ust. 2 pkt 1 lit. c ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r., poz. 1793 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu w sprawie ustalenia taryfy świadczeń „Świadczenia gwarantowane obejmujące pobranie nerki od dawcy żywego finansowane w ramach produktu rozliczeniowego NFZ z katalogu świadczeń odrębnych w leczeniu szpitalnym” nr WT.541.13.2016, Data ukończenia: 09.02.2017 r. oraz Projektów Taryf opublikowanych na stronie internetowej AOTMiT i złożonych do nich uwag.

Inne wykorzystane źródła danych:

1. Opinie eksperckie i przedstawicieli świadczeniodawców zainteresowanych przedmiotowymi taryfami, przedstawione w trakcie posiedzenia.