



Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

Rada do spraw Taryfikacji

**Protokół nr 26/2017
z posiedzenia Rady do spraw Taryfikacji
w dniu 21 grudnia 2017 roku
w siedzibie Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (Agencja)**

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

1. Jakub Adamski – uczestniczył w posiedzeniu od pkt 2.
2. Adam Kruszewski
3. Kamila Malinowska – uczestniczyła w posiedzeniu od pkt 2. do pkt 3.
4. Jarosław Maroszek – uczestniczył w posiedzeniu od pkt 2.
5. Andrzej Musiałowicz
6. Filip Nowak – prowadził posiedzenie
7. Piotr Nowicki – uczestniczył w posiedzeniu od pkt 2.
8. Daniel Rutkowski
9. Jacek Siwec
10. Waldemar Styło – uczestniczył w posiedzeniu od pkt 1.

Porządek obrad:

1. Otwarcie posiedzenia Rady, przedstawienie planu posiedzenia oraz omówienie konfliktów interesów.
2. Dyskusja i ustalenia nt. standardu rachunku kosztów.
3. Omówienie zmian w metodyce ustalania taryf.
4. Zaopiniowanie zakresu zebranych danych mających posłużyć do przygotowania raportu w sprawie ustalenia taryfy świadczeń obejmujących zabiegi pomostowania naczyń wieńcowych finansowane w ramach grup JGP: E04–E07.
5. Podsumowanie efektów dotychczasowych prac Rady nad świadczeniami
A. gwarantowanymi:
 - 1) obejmującymi kompleksowe zabiegi trzustki finansowane w ramach JGP: G31,
 - 2) obejmującymi diagnostyki oraz leczenia zaburzeń rytmu serca finansowane w ramach JGP: E39–E48 oraz E63-E64,
 - 3) obejmującymi przeszskórne interwencje w zakresie serca finansowane w ramach JGP: E21–E22,
 - 4) obejmującymi zabiegi kardiochirurgiczne oraz leczenie zachowawcze wrodzonych wad serca finansowane w ramach JGP: E02–E03 oraz E74-E76,
 - 5) w obszarze zabiegów w zakresie kręgosłupa oraz diagnostyki i leczenia zespołów bólowych kręgosłupa finansowane w ramach JGP: H51–H56D,
- B. wysokospecjalistycznymi, obejmującymi przeszczepienie serca, mechaniczne wspomaganie serca sztucznymi komorami.
6. Omówienie i zatwierdzenie protokołów z posiedzeń Rady w dniu 24.11.2017 r. i 07.12.2017 r.



7. Omówienie i zatwierdzenie protokołu z posiedzenia Rady w dniu 21.12.2017 r.
8. Sprawy organizacyjne.
9. Zakończenie posiedzenia.

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

Rada jednogłośnie zatwierdziła porządek obrad.

W trakcie omawiania niniejszego punktu na posiedzenie przybył Waldemar Stylo, który złożył odpowiednie oświadczenie dotyczące konfliktu interesów.

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

Ad 2. Waldemar Stylo omówił najistotniejsze kwestie związane z założeniami standardu rachunku kosztów.

W trakcie omawiania niniejszego punktu na posiedzenie przybyli: Jarosław Maroszek, Jakub Adamski, Kamila Malinowska oraz Piotr Nowicki – wszyscy złożyli odpowiednie oświadczenia dotyczące konfliktu interesów.

Rada przedyskutowała zagadnienie, a następnie sformułowała projekt opinii.

Rada przegłosowała, 10 głosami za, przy 0 głosów przeciw, opinię ws. koncepcji rachunku kosztów, który będzie przedmiotem zaleceń.

Ad 3. Pracownik Agencji przedstawił prezentację „Metodologia taryfikacji świadczeń opieki zdrowotnej w AOTMiT. Streszczenie”.

W trakcie omawiania niniejszego punktu posiedzenie opuściła Kamila Malinowska.

Rada przedyskutowała zagadnienie, a następnie sformułowała wstępny projekt opinii. Rada zdecydowała o przyjęciu opinii na kolejnym posiedzeniu.

Ad 4. Pracownik Agencji przypomniał najważniejsze elementy z prezentacji „Świadczenia gwarantowane obejmujące zabiegi pomostowania naczyń wieńcowych finansowane w ramach E04–E07”.

Po zapoznaniu się z analizą poprzedzającą przygotowania raportu w sprawie ustalenia taryfy świadczeń obejmujących zabiegi pomostowania naczyń wieńcowych finansowane w ramach grup JGP: E04–E07 Rada zaproponowała rozpoczęcie prac płatnika i Agencji ze środowiskiem eksperckim w kierunku zmiany kształtu grup, która odzwierciedlałaby ponoszone koszty względem stanu klinicznego pacjenta, tj. przede wszystkim zmiana kwalifikacji do wyodrębnionej grupy dedykowanej operacjom pacjentów z powikłaniami i chorobami współistniejącymi. Po tych działaniach proponowane jest przygotowanie raportu w sprawie ustalenia nowych taryf dla przedmiotowego obszaru.

Ad 5. A. 1) Rada podsumowała kwestie związane z taryfą i podtrzymała wcześniejsze zalecenia dotyczące przygotowania raportu do publikacji na podstawie danych, którymi dysponuje Agencja.

~~2) Rada podsumowała zalecenia wypracowane w trakcie posiedzenia 23.11.2017r.~~

3) Rada podsumowała zalecenia wypracowane w trakcie posiedzenia 23.11.2017r.

4) Rada podtrzymała decyzję o konieczności pogłębienia analiz w tym zakresie.

5) Po przeanalizowaniu materiału analitycznego i konsultacjach ze środowiskiem klinicznym, Rada zarekomendowała uzupełnienie analiz o przebudowę katalogu JGP w zakresie grup dedykowanych chirurgii kręgosłupa oraz aktualizacji analiz kosztowych na podstawie nowych/dodatkowych danych dotyczących w szczególności stosowanych wyrobów medycznych oraz rozległości zabiegu. W uzasadnieniu zwrócono uwagę na różne kodowanie i tym samym niejednolite rozliczanie świadczeń z przedmiotowego obszaru. Dlatego też niezbędna jest głęboka rekonstrukcja katalogu JGP w zakresie chirurgii kręgosłupa, wykraczająca poza sekcję H, wymagająca współdziałania z Narodowym Funduszem Zdrowia oraz ekspertami klinicznymi, realizowana w ramach współpracy ze środowiskiem. Według Rady rozwiązania zaproponowane w ramach aktualnego zakresu prac nie wpłyną na uporządkowanie sprawozdawczości i racjonalizację wydatków publicznych. Dodatkowo, Rada zaproponowała rozważenie możliwości wprowadzenia świadczeń do sumowania w odniesieniu do materiałów wszczepialnych, zwłaszcza implantów.

B) Rada zdecydowała o przełożeniu omawiania tego tematu na kolejne posiedzenie, z uwagi na nieobecność członka odpowiedzialnego za temat.

Ad 6. Rada zatwierdziła protokół z posiedzenia w dniu 24.11.2017 r. 8 głosami za, przy 1 głosie wstrzymującym się od głosu z uwagi na nieobecność na przedmiotowym posiedzeniu.

Rada zatwierdziła protokół z posiedzenia w dniu 07.12.2017 r. 7 głosami za, przy 2 głosach wstrzymującym się od głosu z uwagi na nieobecność na przedmiotowym posiedzeniu.

Ad 7. Rada omówiła projekt protokołu, ale w związku z koniecznością doprecyzowania jego zapisów, przełożyła jego zatwierdzenie na kolejne posiedzenie.

Ad 8. Rada nie omówiła żadnych spraw organizacyjnych.

Ad 9. Przewodniczący Rady Filip Nowak zakończył posiedzenie o godzinie 17.11.

Przewodniczący Rady ds. Taryfikacji
Filip Nowak

22. 12. 2017

(data i podpis)



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

Opinia Rady ds. Taryfikacji
nr 20/2017 z dnia 21 grudnia 2017 r.

ws. koncepcji rachunku kosztów, który będzie przedmiotem zaleceń

Rada ds. Taryfikacji rekomenduje zmianę rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 lipca 2015 r. w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów, u świadczeniodawców w celu uproszczenia standardu rachunku kosztów.

Uzasadnienie:

Rada ds. Taryfikacji uważa za zasadne, aby proponowaną przez Agencję koncepcję rachunku kosztów przyjąć jako punkt wyjścia do przygotowania projektu rozporządzenia w sprawie standardu rachunku kosztów, gdyż standard rachunku kosztów opisany w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 2015 roku wymaga uproszczenia. Wydaje się, że zasadnym byłoby stworzenie trzech poziomów wymagań w zakresie dostępności informacji kosztowej stawianych świadczeniodawcom.

Najwyższy poziom wymagań dotyczyłby świadczeniodawców współpracujących z Agencją w zakresie dostarczania danych o najwyższym stopniu szczegółowości określonym przez Agencję.

Pośredni poziom wymagań dotyczyłby wszystkich świadczeniodawców prowadzących pełną księgowość.

Najniższy poziom wymagań dotyczyłby pozostałej grupy świadczeniodawców.

Dopuszcza się przesyłanie danych wg wyższego poziomu wymagań, niż minimalne wymagania określone w rozporządzeniu dla danego świadczeniodawcy. Należy dążyć do przekazywania przez świadczeniodawców danych o najwyższej możliwej szczegółowości, co można osiągnąć np. poprzez powiązanie współpracy z Agencją z wysokością ryczałtu szpitali objętych umową PSZ (tzw. sieci szpitali).

Wprowadzenie trzech poziomów wydaje się konieczne, gdyż spełnienie wymagań najwyższego poziomu przez wszystkich świadczeniodawców wymagałoby znacznych nakładów finansowych na prace wdrożeniowe oraz zapewne istotnych zmian w funkcjonujących systemach informatycznych.

W przypadku przygotowania nowego rozporządzenia konieczne byłoby dla poziomu pośredniego i najniższego dalsze uproszczenie proponowanego



modelu. Problemатyczne jest bowiem między innymi określanie teoretycznej i praktycznej dostępności zasobów, gdyż dla danego zasobu jego dostępność może być różna w różnych ośrodkach kosztów.

Kalkulacja kosztów na poziomie świadczenia wymaga zaangażowania osób doświadczonych i kompetentnych w zakresie rachunku kosztów, których de facto brakuje w większości szpitali. Stosowanie proponowanego modelu u wszystkich świadczeniodawców kłóci się zatem z podstawową zasadą rachunkowości, a mianowicie zasadą istotności oraz wymagać może poniesienia kosztów pozyskania tych informacji, które mogą przewyższyć korzyści uzyskane dzięki ich pozyskaniu.


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

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 31sa ust. 2 pkt 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r., poz. 1793 z późn. zm.), w związku z pismem Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji znak WT.501.19.2017.ACh.1 z dnia 24.11.2017r.