



# Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

## Rada do spraw Taryfikacji

**Protokół nr 27/2017**  
**z posiedzenia Rady do spraw Taryfikacji**  
**w dniu 22 grudnia 2017 roku**  
**w siedzibie Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (Agencja)**

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

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

Porządek obrad:

1. Otwarcie posiedzenia Rady, przedstawienie planu posiedzenia oraz omówienie konfliktów interesów.
2. Przedstawienie dodatkowych informacji na temat taryfikowanych świadczeń gwarantowanych obejmujących kompleksowe leczenie ran przewlekłych finansowanych w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie.
3. Zaopiniowanie zakresu zebranych danych mających posłużyć do przygotowania raportu w sprawie ustalenia taryfy świadczeń z zakresu reumatologii finansowanych w ramach JGP: H86–H98.
4. Wydanie opinii o projekcie taryfy dla świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej.
5. Podsumowanie efektów dotychczasowych prac Rady nad świadczeniami wysokospecjalistycznymi, obejmującymi przeszczepienie serca, mechaniczne wspomaganie serca sztucznymi komorami.
6. Omówienie i zaopiniowanie założeń taryfikacji świadczeń gwarantowanych w obszarze: choroby nowotworowe, finansowanych w zakresie leczenia szpitalnego oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.
7. Omówienie i zatwierdzenie protokołu z posiedzenia Rady 21.12.2017 r.
8. Sprawy organizacyjne.
9. ~~Omówienie i zatwierdzenie protokołu z posiedzenia Rady w dniu 22.12.2017 r.~~
10. Zakończenie posiedzenia.

**Ad 1.** Posiedzenie o godzinie 9:00? otworzył Przewodniczący Rady Filip Nowak. Zaproponował dodanie do porządku obrad tematu obejmującego omówienie i zaopiniowanie założeń taryfikacji



świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, a także tematu dotyczącego wydania opinii nt. metodyki taryfikacji świadczeń gwarantowanych oraz tematu dotyczącego podsumowania efektów dotychczasowych prac Rady nad świadczeniami wysokospecjalistycznymi, obejmującymi przeszczepienie serca, mechaniczne wspomaganie serca sztucznymi komorami. Rada jednogłośnie zatwierdziła porządek obrad.

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

**Ad 2.** Analityk Wydziału Taryfikacji Agencji przedstawił prezentację „Wyniki wizytacji świadczeniodawcy: Centrum Medyczne HCP Sp. z o. o. w Poznaniu”.

W wyniku dyskusji Rada zaleciła kontynuowanie prac nad taryfami kompleksowe leczenie ran przewlekłych po uzyskaniu danych finansowych od większej liczby świadczeniodawców. Oczekiwany czas pozyskania pełnych danych kosztowych od świadczeniodawców wynosi ok. 12 miesięcy. Rada zaleca dalsze prace nad poszerzeniem liczby świadczeniodawców przekazujących dane finansowe oraz współpracę z towarzystwami naukowymi zajmującymi się zagadnieniem KLRP. Rada ds. Taryfikacji uważa również za zasadne podjęcie działań na rzecz ustalenia poziomów referencyjnych dla KLRP.

W tym miejscu Waldemar Styło przedstawił projekt opinii Rady nt. metodyki taryfikacji świadczeń gwarantowanych. W wyniku dyskusji Rada ustaliła treść ostatecznej opinii i postanowiła poczekać z jej przegłosowaniem do przybycia wszystkich członków Rady.

Decyzją przewodniczącego Rada przeszła do omawiania tematu objętego 4. pkt. porządku obrad.

**Ad 4.** Filip Nowak, przypomniał dotychczasowe wyniki prac Rady nad opiniowaniem projektów taryf dla świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej.

W trakcie omawiania niniejszego punktu na posiedzenie przybyli: Kamila Malinowska oraz Daniel Rutkowski – złożyli odpowiednie oświadczenia dotyczące konfliktu interesów, w związku z czym Rada powróciła do omawiania tematu dotyczącego opinii Rady nt. metodyki taryfikacji świadczeń gwarantowanych.

Po przedyskutowaniu, Rada przegłosowała, 10 głosami za, przy 0 głosów przeciw, opinię ws. metodyki taryfikacji świadczeń gwarantowanych.

Następnie Rada przeszła do omawiania 5. Punktu porządku obrad.

**Ad 5.** Kamila Malinowska podsumowała dotychczasowe ustalenia Rady dotyczące świadczeń wysokospecjalistycznych, obejmujących przeszczepienie serca, mechaniczne wspomaganie serca sztucznymi komorami w przedmiotowym temacie, w wyniku czego Rada ustaliła, że po zapoznaniu się z zakresem analiz przygotowanych przez Wydział Taryfikacji zaleca dalsze procedowanie obejmujące zbadanie i przeanalizowanie wyników dotyczących skuteczności i bezpieczeństwa świadczeń na podstawie Krajowego Rejestru Operacji Kardiochirurgicznych.

W tym miejscu, Rada przeszła do omawiania tematu objętego 3. pkt. porządku obrad.

**Ad 3.** Piotr Nowicki przypomniał dotychczasowe wyniki prac Rady nad opiniowaniem zakresu zebranych danych mających posłużyć do przygotowania raportu w sprawie ustalenia taryfy świadczeń z zakresu reumatologii finansowanych w ramach JGP: H86–H98. W wyniku dyskusji Rada zaleciła kontynuowanie prac mających na celu przygotowanie raportu w sprawie ustalenia taryfy świadczeń

w odniesieniu do ww. grupy świadczeń. Jednocześnie, zdaniem Rady, w ramach prac nad stworzeniem produktu „hospitalizacja diagnostyczna” konieczne jest doprecyzowanie warunków realizacji takiego świadczenia, głównie w zakresie listy badań i liczby badań koniecznych do wykonania.

W tym miejscu Rada powróciła do 4. Punktu porządku obrad.

**Ad. 4 cd.** Rada, w pełnym składzie przedyskutowała treść projektu opinii, a następnie przegłosowała, 10 głosami za, przy 0 głosów przeciw, opinię ws. taryfy dla świadczeń „Świadczenia gwarantowane obejmujące świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej”.

**Ad 6.** Analityk Wydziału Taryfikacji Agencji przedstawił prezentację „Świadczenia gwarantowane obejmujące leczenie chorób nowotworowych - analiza problemu decyzyjnego”.

Rada, w wyniku dyskusji, przychyliła się do propozycji Agencji dotyczącej zakresu prac określonej jako:

- Analiza kosztów hospitalizacji do radio- i chemioterapii (analiza plików FK, model jednostki optymalnej, eksperckie przebiegi referencyjne);
- Analiza i porównanie kosztów stałych dla centrów regionalnych, dużych ośrodków oraz pozostałych realizujących świadczenia związane z diagnostyką i leczeniem nowotworów;
- Porównanie kosztów zmiennych (rozpoznań onkologiczne vs pozostałe) w ramach JGP ze znaczącym odsetkiem rozpoznań nowotworowych.

Ponadto, uznała za konieczne rozpoczęcie konsultacji z przedstawicielami środowiska w styczniu 2018r., w wyniku czego powinien zostać ustalony szczegółowy harmonogram dalszych prac w zakresie taryfikacji.

W tym miejscu Rada przystąpiła do omawiania tematu obejmującego omówienie i zaopiniowanie założeń taryfikacji świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej.

Analitycy Wydziału Taryfikacji oraz analitycy Wydziału Oceny Świadczeń Agencji przedstawili prezentacje „Świadczenia gwarantowane z zakresu rehabilitacji leczniczej” oraz „Aktualna sytuacja i propozycje reorganizacji rehabilitacji medycznej w Polsce”.

W wyniku dyskusji nad przedstawionymi informacjami Rada zaleciła podjęcie dalszych prac taryfikacyjnych dopiero po ukończeniu prac prowadzonych przez Wydział Świadczeń Opieki Zdrowotnej Agencji w zakresie kwalifikacji świadczeń opieki zdrowotnej jako świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji.

**Ad 7.** Rada omówiła i zatwierdziła protokół z posiedzenia w dniu 21.12.2017 r. 10 głosami za.

**Ad 8.** Rada omówiła harmonogram jej pracy w styczniu 2018 roku.

**Ad 9.** Rada omówiła i zatwierdziła protokół z posiedzenia w dniu 22.12.2017 r. 10 głosami za.

**Ad 10.** Przewodniczący Rady Filip Nowak zakończył posiedzenie o godzinie 15:00.

Przewodniczący Rady ds. Taryfikacji  
Filip Nowak

22.12.2017

(data i podpis)



## Rada do spraw Taryfikacji

działająca przy

Prezisie Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

### Opinia Rady ds. Taryfikacji nr 21/2017 z dnia 22 grudnia 2017 r. ws. metodyki taryfikacji świadczeń gwarantowanych

*Rada ds. Taryfikacji, po zapoznaniu się z projektem metodyki taryfikacji świadczeń opieki zdrowotnej w AOTMiT w wersji z dnia 1 września 2017 roku, przyjmuje jej kształt i jednocześnie zaleca prowadzenie dalszych prac modyfikujących ww. metodologię, celem lepszego odzwierciedlenia przez taryfy rzeczywistych kosztów realizacji świadczeń, których te taryfy dotyczą.*

#### **Uzasadnienie**

*Modyfikacje przedstawionej przez Agencję metodyki taryfikacji świadczeń opieki zdrowotnej konieczne są w zakresie:*

- 1. Ujednolicenia sposobu liczenia osobodni dla pobytu chorego oraz dla innych potrzeb kalkulacyjnych (jednolite stosowanie, we wszystkich obszarach kalkulacji, liczby osobodni kalendarzowych lub liczby osobodni wg. nomenklatury NFZ).*
- 2. Uwzględniania kosztów gotowości w taryfach świadczeń, jeżeli komórki organizacyjne (nie tylko pojedyncze JGP realizowane w trybie nagłym) wymagają ponoszenia takich kosztów.*
- 3. Uwzględnienia we wskaźnikach korygujących poziomu cen współczynników bardziej zindywidualizowanych dla sektora ochrony zdrowia oraz stosowania współczynników prospektywnych na okres obowiązywania taryf.*
- 4. Istotności statystycznej - opinia Rady ds. Taryfikacji jest wydawana na podstawie raportu Wydziału Taryfikacji, którego wyniki muszą charakteryzować się istotnością statystyczną zarówno dla całej grupy danych, jak i dla poszczególnych warstw. W przypadku braku zachowania istotności statystycznej Rada wydaje opinię na podstawie innych, dostępnych danych lub niepełnych danych kosztowych, zawierając w stanowisku klauzulę o zaistniałych ograniczeniach.*

*W celu uwzględnienia dużych dysproporcji, niezależnych od świadczeniodawców, w obciążeniu łóżek w poszczególnych zakresach*



*świadczeń, Rada rekomenduje stosowanie indywidualnego podejścia do kalkulacji kosztów w zakresie wykorzystania łóżek szpitalnych.*



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

**Tryb wydania opinii**

Opinię wydano na podstawie art. 31sa ust. 2 pkt 1 lit. b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r., poz. 1793 z późn. zm.), w związku z „Metodyką taryfikacji świadczeń opieki zdrowotnej w AOTMiT”, Warszawa, 01.09.2017., przedstawionej Radzie ds. Taryfikacji w dniu 25.09.2017r.





## Rada do spraw Taryfikacji

działająca przy

Prezisie Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

Stanowisko Rady ds. Taryfikacji  
nr 5/2017 z dnia 22 grudnia 2017 r.

ws. taryfy dla świadczeń „Świadczenia gwarantowane  
obejmujące świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze  
w ramach opieki długoterminowej”

*Rada ds. Taryfikacji, po zapoznaniu się ze złożonym przez AOTMiT projektem taryf dla świadczeń gwarantowanych obejmujących świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej realizowanych w zakładach opiekuńczych, uznaje za zasadne ustalenie taryf zgodnie z wariantem 1, przy uwzględnieniu poniższych warunków.*

### **Uzasadnienie**

*Rada ds. Taryfikacji mając na uwadze konieczność urealnienia wyceny świadczeń w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych/opiekuńczo-leczniczych, uznała za zasadne ustalenie taryfy zgodnej z wariantem 1. Z uwagi na bardzo duży wpływ na budżet pozostałych wariantów w skali kraju, uzasadnione jest ustalenie taryfy na poziomie najbardziej zbliżonym do podobnych świadczeń (np. w zakładach opiekuńczych dla pacjentów z chorobami psychicznymi) już wycenionych przez AOTMiT.*

### **Rekomendacje Rady ds. Taryfikacji**

*Rada rekomenduje zróżnicowanie taryf według stanu klinicznego pacjenta zgodnie z projektem, poprzez zastosowanie odrębnych taryf dla pacjentów w stanie wegetatywnym, żywionych dojelitowo, żywionych pozajelitowo, pacjentów z chorobą AIDS lub zakażonych HIV, oraz odrębnie dla dzieci. Rada rekomenduje stopniowe dostosowanie cen do taryfy rozłożone w czasie 5 lat w następujący sposób. W pierwszym roku od opublikowania taryfy ujednoczenie cen w kraju do poziomu najwyższej wojewódzkiej średniej ceny, to jest do 78 zł za osobodzień (dotyczy pacjentów dorosłych przytomnych, nieżywionych dojelitowo lub pozajelitowo), oraz w następnych latach stopniowe proporcjonalne zwiększanie cen do osiągnięcia w piątym roku taryfy wskazanej w wariantcie 1.*

*Rada rekomenduje dostosowanie uregulowań prawnych w taki sposób, aby zrównana została wysokość dopłat, a pacjenci lub zobowiązani pokrywali*



wyłącznie pełne koszty hotelowe, co spowoduje wyrównanie dostępu do świadczenia pacjentów bez względu na uposażenie pacjenta, a płatnik będzie finansował część medyczną świadczenia.

Rada rekomenduje prace nad koszykiem świadczeń w zakresie określenia podstawowych procedur rehabilitacyjnych przysługujących pacjentom.



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

**Tryb wydania opinii**

Opinię wydano na podstawie art. 31sa ust. 2 pkt 3 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 świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej” nr WT.541.49.2016, data ukończenia 19.06.2017 r. oraz Projektu Taryfy opublikowanego na stronie internetowej AOTMiT, a także pisma Prezesa AOTMiT znak WT.541.49.2017.GS\_AW.28 z dnia 22.12.2017r.