

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

Nr raportu			WT.521.8.2017
Tytuł raportu			Świadczenia gwarantowane obejmujące radioterapię chorób nowotworowych
Lp.	Zgłaszający uwagi	Wskazanie cz. raportu, do którego składane są uwagi	Treść uwag
1.	Piotr Wojcieszek	Strony 7-15	Niewspółmiernie mało informacji znalazło się na temat brachyterapii we wstępie do opracowania (brachyterapia str. 7-8, teleradioterapia str. 8-15). Daje to mylne wrażenie, że brachyterapia jest metodą łatwą i prostą do przeprowadzenia. Pominięto opis przygotowania pacjenta oraz planowania leczenia, odmiennego od metod stosowanych w teleradioterapii.
		Strona 64	Autorzy raportu wskazują na konieczność wstrzymania aktualizacji wyceny radioterapii do momentu ustalenia aktualnych procedur wzorcowych (obecnie obowiązuje dokument z 2014 roku). Załączone procedury wzorcowe w obszarze brachyterapii są jeszcze starsze i wymagają aktualizacji (proszę zwrócić uwagę na piśmiennictwo niejednokrotnie z początku lat 2000).
		Strona 84, Tabela 30	Uwagę zwracają rozbieżności w wycenie infrastruktury. Są one niewspółmiernie duże do różnic między np. zakupem przyspieszacza liniowego i afterloadera HDR wraz z niezbędnymi aplikatorami i wymianą wysokoaktywnego źródła promieniotwórczego. Problemem są tu dane wejściowe zbierane w podobny sposób dla wszystkich metod leczenia promieniami. W brachyterapii używa się wysokich dawek frakcyjnych. Dzięki temu pacjenci leczeni są w krótszym czasie. Wymaga to jednak obecności personelu medycznego (nieco wyższe koszty w kolumnie personel), ale również zajęcia bunkra terapeutycznego i/lub sali zabiegowej przez odpowiednio długi czas. Np. koszt infrastruktury w przypadku brachyterapii wewnątrzprzewodowej 3D opartej na CT czy brachyterapii śródtkankowej tzw. boost (w raku piersi) są ponad 12-krotnie niższe (!) w porównaniu do teleradioterapii radykalnej z planowaniem dwuwymiarowym (na str. 80 autorzy wskazują, że ta metoda jest nieprecyzyjna i bardziej obciążająca dla pacjenta) oraz 4-krotnie niższe niż teleradioterapia frakcjonowana paliatywna. Takie różnice wynikają z błędnie przyjętej metodologii.
		Ogólnie	Autorzy nie wskazują kim jest/są ekspert/eksperci. Powoduje to niską transparentność raportu. Nikt z zarządu Polskiego Towarzystwa Brachyterapii nie był włączony w opiniowanie raportu.
		Strona 86, Tabela 31	Brak produktu: 5.07.01.0000052 Brachyterapia z planowaniem 3D ze wszczepieniem stałych źródeł izotopowych
2.	Krzysztof Bereza		Wycena powinna być uzależniona od sposobu obrazowania w brachyterapii . Podobnie jak standardem w EBRT jest TK, tak również jest w BRT i to powinien by pierwszy poziom finansowania BTR 3D . Jeśli wykonujemy obrazowanie real time USG to jest drugi poziom -jak w prostatie . Jeśli w planowaniu stosujemy obrazowanie NMR z fuzja TK to jest trzeci poziom finansowania -jak w szyjce macicy , pochwie , sromie . Przy NMR zamiast 4 aplikacji tylko 2 i w trakcie każdej 2 frakcje leczenia napromienianiem - korzyść dla pacjentki i oszczędność kadr i finansów dla systemu przy

			skróceniu całkowitego czasu leczenia . Najważniejszą kwestią jest płatność za każdy przeprowadzony proces leczenia czyli frakcje z zastrzeżeniem nie więcej niż, zgodnie z zaleceniami PTB . Walce wycenione w proponowany sposób spowodują leczenie w 2D bez konieczności planowania-to jest złe dla pacjentki
3.	Adam Chicheł	Str. 7-15	Opis metody brachyterapii we wstępie jest bardzo zdawkowy i nie oddaje specyfiki, skomplikowania i wymaganych umiejętności do jej przeprowadzenia. Proces przygotowania pacjenta i jego zabezpieczenia, wykonywania aplikacji oraz planowania leczenia jest w wielu aspektach odmienny od metod stosowanych w nieinwazyjnej metodzie teleradioterapii. Ponadto, odsetek pacjentów leczonych brachyterapią z intencją paliatywną jest aktualnie bardzo mały, co należy rozumieć, że ogromna większość leczonych tą metodą odzyskuje zdrowie. Wycena i dostępność metody przekłada się na zysk zdrowotny społeczeństwa.
		Str. 64 oraz załącznik z wykazem procedur wzorcowych	W raporcie zawarte jest odniesienie do potrzeby aktualizacji procedur wzorcowych dla teleradioterapii, jednak załączony wykaz procedur wzorcowych dla brachyterapii również jest nieaktualny: procedury wymagają uaktualnienia, a procedury brachyterapii śródtkankowej w ogóle nie ma w spisie (część jest zawarta w proc. 3D HDR w czasie rzeczywistym, która dotyczy leczenia tylko raka gruczołu krokowego).
		Str. 23, tab. 5, poz. 22	W dodatkowych warunkach realizacji świadczeń dla brachyterapii z planowaniem 3D, zwłaszcza dla metody planowania 3D pod kontrolą obrazowania, wymienia się tylko (!) aparat rentgenowski. W brachyterapii "real-time" niezbędny jest dedykowany cyfrowy aparat USG z sondą doodbytniczą; w BT śródtkankowej wskazane jest posiłkowanie się głowicą USG oraz tomografią komputerową (do BT guzów głębokich TK jest niezbędne, np. wątroba); w BT wewnątrrzprzewodowej płuca niezbędna jest bronchofiberoskopia, a przełyku - przynajmniej dostęp do pracowni endoskopowej.
		Str. 84, tab. 30	Weryfikacji wymagają stawki za wycenę infrastruktury. Wyliczone stawki dla BT śródtkankowej tzw. boost oraz wewnątrrzprzewodowej opartej na planowaniu 3D w oparciu o CT są zaskakująco niskie, choćby w porównaniu do brachyterapii 2D!
4.	Dorota Kiprian	3.4. Projekt taryfy tabela 31	1. Brachyterapia 3D real-time – zmiana procentowa + 57 % jest niewystarczająca gdy całość leczenia obejmuje 3 frakcje. Każda z tej frakcji wiąże się z oddzielnym przygotowaniem pacjenta czyli: znieczulenie, zrobienia tomografii, planowaniem i realizacji leczenia.  2. Brachyterapia śródtkankowa w oparciu o 3D aplikacji jednorazowej z podaniem wielu frakcji – wzrost o 34% może być niewystarczający w celu pokrycia kosztów wielofrakcyjnej terapii.
		3.4. Projekt taryfy tabela 31	Po zmniejszeniu wyceny pozostałych produktów dotyczących brachyterapii kwota może być niewystarczająca na pokrycie kosztów związanych z przeprowadzeniem leczenia.
		3.4. Projekt taryfy tabela 31	Brak wyceny powtórnego planowania w teleradioterapii wiąże się ze stratami ze strony Zakładu Radioterapii, gdy pacjent musi być przeplanowany ze względu na zmiany w topografii pacjenta, związane z długim leczeniem szczególnie w rejonie głowy i szyi. Dane z publikacji oraz doświadczenia własne, które będą opublikowane w tym roku, wskazują na konieczność przeplanowania chorych z nowotworami głowy i szyi w trakcie długiego - 7 tygodniowego leczenia (niektórzy chorzy muszą być przeplanowywani dwukrotnie). Brak odpowiedniej wyceny radioterapii tzn. adaptacyjnej może wiązać się z tym, że chorzy nie będą przeplanowywani, co wiąże się z narastaniem powikłań i brakiem odpowiedniej jakości

			leczenia. Przeplanowanie chorego w 60 % wiąże się ze zrobieniem nowej maski (koszt 300 – 350 złotych ) jak również wykonaniem nowej tomografii do planowania z kontrastem (koszt ok 450 - 500 złotych ). Technika stosowana w napromienianiu regionu głowy i szyi jest to technika IMRT lub VMAT, której wycena jest na poziomie 16 389 złotych. Biorąc pod uwagę koszty przygotowania drugiego planu leczenia bez planowania, wycena procedury radioterapii adaptacyjnej (powtórznego planowania ) powinna być na poziomie 21 000 – 22 000 złotych.
		3.4. Projekt taryfy tabela 31	Napromienienie dzieci w 40 % wiąże się z koniecznością wykonania znieczulenia do każdej frakcji. Biorąc pod uwagę ten fakt radioterapia dzieci – wszystkie techniki - powinny być wycenione wyżej z uwzględnieniem procedur znieczulenia.
		3.4. Projekt taryfy tabela 31	Nie widzę podstaw do rozróżnienia napromieniania wiązką fotonową i wiązką protonową w momencie przygotowania leczenia. Jeżeli radioterapia wiązką protonową została podzielona na dwa etapy: etap przygotowania osobno płacony i etap realizacji leczenia osobno płacony, nie rozumiem dlaczego takiego samego podziału nie dokonano i nie wyceniono osobno produktów przygotowania leczenia do terapii fotonowej i realizacji leczenia fotonami.
5.	Marcin Hetnał	Tabele 30	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wynika z niej że koszty osobowe procedury: brachyterapia śródtkankowa tzw. Boost w raku piersi są mniejsze niż koszty osobowe przy jednofrakcyjnej i wielofrakcyjnej radioterapii paliatywnej. Należy zauważyć brachyterapia śródtkankowa tzw. Boost (w raku piersi) wymaga zatrudnienia zespołu anestezjologicznego (lekarz anestezjolog, pielęgniarka), zespołu radioterapeutycznego (radioterapeuta, pielęgniarka „czysta i brudna”, 2 techników, fizyk, pielęgniarka na sali po zabiegowej) a cały zabieg trwa 2-3 h</li> </ul> <p>To samo dotyczy kosztów infrastruktury: w czasie frakcji radioterapii chory przebywa w pomieszczeniu terapeutycznym maksymalnie 20 minut, w trakcie brachyterapii do 2–3 h.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>To samo dotyczy brachyterapii pooperacyjnej dopochwowej w oparciu o planowanie 3D która wymaga 3 aplikacji, z których każda trwa 2 h i wymaga wykonania KT do planowania leczenia i planowania leczenia w zespole, 2 techników, pielęgniarka, fizyk, lekarz radioterapeuta. Jedna frakcja tej procedury angażuje ich na co najmniej 2 h.</li> </ul> <p>W związku z tym wydaje się że tabele kosztowe przesłane do ośrodków umożliwiały różną interpretację danych kosztowych i przez to znaczne niedoszacowanie kosztów ww. procedur.</p>
			Wątpliwości budzi obliczenie czasu amortyzacji na 50 lat. W związku z postępem technologicznym i zmianami przepisów nie jest możliwe bezpieczne użytkowanie bunkrów i innych pomieszczeń zakładu radioterapii przez 50 lat.
			<p>Ponadto w dokumencie ani razu nie pojawia się opis jak wygląda procedura przygotowawcza do brachyterapii (dla teleradioterapii istnieje opis kilkunastu elementów przeprowadzanych zabiegów jak np.: kosztów znieczulenia, sterylizacji narzędzi, dozoru pozabiegowego.</p> <p>Być może dane kosztowe uzyskano z ośrodków w których nie przeprowadza się znieczulenia z anestezjologiem w procesie niektórych rodzajów brachyterapii śródtkankowych. Takie postępowanie wynikające często z problemów logistycznych powinno być zaniechane. Wydaje się jednak, że</p>

			niedoszacowanie kosztowe może stworzyć pole do powrotu „starych” standardów
--	--	--	---