

Warszawa, dnia 9 maja 2016 r.

ZNAK:OIGWM/137/16

**Wojciech Matuszewicz**  
**Prezes Agencji Oceny**  
**Technologii Medycznych i Taryfikacji**  
ul. I. Krasickiego 26  
02-611 Warszawa

**UWAGI DO PROJEKTU TARYFY ŚWIADCZEŃ –  
STANOWISKO OGÓLNOPOLSKIEJ IZBY GOSPODARCZEJ WYROBÓW MEDYCZNYCH POLMED**

*Szanowny Panie Prezese,*

Działając w imieniu Ogólnopolskiej Izby Gospodarczej Wyrobów Medycznych POLMED (dalej: „Izba POLMED”), w nawiązaniu do komunikatu Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (dalej: „AOTMiT”) z dnia 29 kwietnia 2016 r., **przedstawiamy uwagi i stanowisko Izby POLMED w przedmiocie projektów taryfy świadczeń**, opublikowanych celem przeprowadzenia konsultacji zewnętrznych.

Popierając ogólny kierunek oraz intencję zmian, w szczególności powierzenie prac nad taryfikacją niezależnemu i wykwalifikowanemu organowi, Izba POLMED pragnie zaprezentować kilka istotnych uwag co do omawianych projektów taryfy świadczeń, w tym zwłaszcza w kwestiach odnoszących się do wyrobów medycznych. Wskazujemy przy tym, iż niniejsze uwagi odnoszą się jedynie do projektów taryfy wybranych świadczeń gwarantowanych (załącznik 2 do komunikatu), bez uwzględnienia projektów opieki kompleksowej – co do których ewentualne uwagi zostaną zaprezentowane w późniejszym terminie.

Zwracamy się ponadto z **prośbą o przeprowadzenie spotkania AOTMiT z przedstawicielami Izby POLMED**, celem wyczerpującego przedstawienia stanowiska Izby oraz szczegółowych wyliczeń. **Prosimy również o udostępnienie metodologii**, na podstawie której wyliczono projektowane taryfy świadczeń – na potrzeby efektywniejszego dialogu oraz wypracowania optymalnej propozycji taryf.

Poniżej przedstawiamy **najistotniejsze generalne uwagi do projektu, z przywołaniem przykładowych konkretnych taryf, które naszym zdaniem szczególnie wymagają dostosowania**. Zwracamy również uwagę, iż niektóre z zaproponowanych przez AOTMiT rozwiązań mogą przynieść odwrotny od spodziewanego efekt, tj. wydłużenie, zamiast skrócenia, kolejek pacjentów oczekujących na świadczenie (szczegóły poniżej).

- 1. Określenie taryf na poziomie nieproporcjonalnym do kosztów samych wyrobów medycznych potrzebnych dla danego świadczenia** – wskazujemy, że wycena niektórych świadczeń została określona na takim poziomie, iż praktycznie cała wartość świadczenia (na którą mają z założenia składać się wszelkie koszty ponoszone przez świadczeniodawcę) zostaje skonsumowana przez jedną kategorię wchodzącą w skład kosztów procedury. Przykładowo, w odniesieniu do procedury E36 – wszczepienie/wymiana CRT-D > 17 r.ż. – proponowana wycena została obniżona o ok. 13 tys. zł, do poziomu ok. 27 tys. zł. Zgodnie z informacjami posiadanymi przez Izbę Polmed, obecnie średnia cena rynkowa zestawu CRT-D



wynosi ok. 23 tys. zł, a ceny urządzeń wysokiej klasy dochodzą do ok. 30 tys. zł. (Polska jest przy tym najtańszym rynkiem tego typu sprzętu w Europie). Należy przy tym zauważyć, że sam omawiany zabieg jest skomplikowany i wymaga m.in. uczestnictwa doświadczonego personelu, odpowiedniej sali zabiegowej i szeregu urządzeń czy minimum kilkudniowej hospitalizacji. Oznacza to, że określona dla omawianego świadczenia taryfa nie pozwoli na pokrycie znacznej części realnych kosztów ponoszonych przez świadczeniodawcę.

- 2. Pogorszenie dostępności do aktualnego standardu opieki pacjentów** – zwracamy uwagę, że m.in. proponowane zmiany taryf dla endoprotezoplastyki skutkować będą istotnym spadkiem skuteczności leczenia i w efekcie wydłużeniem kolejek, a więc osiągnięty zostanie rezultat odwrotny od oczekiwanego. Uśrednienie wyceny dla cementowych i bezcementowych endoprotezoplastyk przy jednoczesnym zmniejszeniu finansowania zabiegów rewizyjnych o połowę skłaniać będzie do rezygnacji z bezcementowych protez, a w efekcie istotnego pogorszenie wyników leczenia rewizyjnego. Zakładając wzrost ilości zabiegów pierwotnych, jako pożądany efekt proponowanych zmian, ostatecznie efekt końcowy leczenia będzie gorszy, z jednoczesnym wydłużeniem kolejek do kolejnych rewizji.

Analogiczny skutek może nastąpić w odniesieniu do dostępu pacjentów do procedur przeszczepu nerek a także terapii w przypadku zaostrzenia stanu. Każda stacja dializ celem zabezpieczenia dostępu do procedur przeszczepu nerek dla swoich pacjentów powinna oferować całodobowy dostęp do dokumentacji medycznej danego pacjenta a także możliwości konsultacji i badania wstępnego pacjenta przed wysłaniem do przeszczepu. W związku z tym prosimy o informacje w jaki sposób zostanie rozwiązana ta kwestia w przypadku stacji dializ niegotowych do udzielania świadczeń całodobowo. To samo dotyczy dostępu pacjentów w nocy do dializ tzw. ostrych. W obecnej sytuacji szpitale nieposiadające w strukturach stacji dializ w zdecydowanej większości nie są przygotowane do zapewnienia odpowiedniej terapii takim pacjentom. Kto będzie ponosił odpowiedzialność w przypadku kiedy żadna stacja w powiecie nie zdecyduje się na całodobowe udzielanie świadczeń?

- 3. Potencjalny spadek jakości używanych wyrobów medycznych (gorszy standard jakościowy)** – należy zauważyć, iż zgodnie z projektem w wielu przypadkach ma nastąpić obniżenie taryfy świadczeń. Może to powodować szukanie przez świadczeniodawców oszczędności, m.in. poprzez stosowanie tańszych, gorszych jakościowo wyrobów medycznych. Przykładowo, proponowana wycena połączonych procedur H07 i H08 – endoprotezoplastyka rewizyjna stawu biodrowego i pozostałych stawów – spowoduje stosowanie najbardziej prymitywnych rozwiązań jeżeli chodzi o implanty (w przypadku pełnej endoprotezoplastyki rewizyjnej koszt samych nowoczesnych, standardowych implantów niejednokrotnie przekracza 30 tys. zł). Proponowane rozwiązania w tym zakresie nie sprzyjają zatem wdrożeniu przepisów wynikających z dyrektywy UE dot. kryteriów jakościowych (M.E.A.T.).

Dodatkowo, w przypadku znacznej redukcji stawki za hemodializę, bardzo prawdopodobne jest, że dopuszczany przez NFZ proces reutilizacji jednorazowych filtrów dializacyjnych nie zostanie zaprzestany, a będzie się rozprzestrzeniał (dopuszczalność wielokrotnego używania takich filtrów jest wyjątkiem w skali europejskiej). Ostatnie doniesienia jednoznacznie informują o większym zużyciu leków, gorszej kontroli niedokrwistości a także gorszym stanie hemodynamicznym pacjentów leczonych przy pomocy takich reutilizowanych filtrów. W związku z tym nasuwa się pytanie jaki koszt i na jakiej podstawie został przyjęty do kalkulacji, czy wliczono koszt jednego reprocessowania filtra a jeśli tak to na jakiej podstawie i w jakiej kwocie?

4. **Dodatkowe obciążenie finansowe dla szpitali publicznych przyjmujących najbardziej skomplikowane przypadki** – zwracamy uwagę, że wskazane powyżej niedoszacowania wartości określonych procedur mogą powodować szczególnie negatywne konsekwencje dla publicznych ośrodków klinicznych, które „zasypany” będą trudnymi – a zatem drogimi – przypadkami oraz niechętnie wykonywanie tych procedur przez podmioty mogące „odesłać” pacjenta do innego ośrodka. Może to spowodować dalsze negatywne konsekwencje dla pacjentów (m.in. wydłużenie kolejek oczekujących), co jest sprzeczne z celem projektu.

Przykładowo, w kardiologii interwencyjnej przeważająca liczba zabiegów planowych jest wykonywana w szpitalach publicznych. Leczenie chorych planowych, którymi bardzo często są starsi ludzie jest dłuższe, trudniejsze, bardziej skomplikowane i w związku z tym bardziej kosztowne. Według naszych informacji, szpitale publiczne wykorzystywały „nadwyżki” finansowe z „przeszacowanych” procedur do pokrycia kosztów urządzeń które nie są finansowane przez NFZ a które zdecydowanie poprawiały skuteczność i bezpieczeństwo leczenia. W przypadku, gdy Świadczeniodawca nie zabezpieczy dodatkowych środków na stosowanie w leczeniu innowacyjnych urządzeń powszechnie stosowanych o sprawdzonej przydatności klinicznej, lecz dotąd nie wycenionych w katalogu NFZ, to proponowana wycena świadczeń może doprowadzić do ogólnego pogorszenia leczenia chorych planowych z choroba wieńcową w szpitalach publicznych.

Mając na uwadze powyższe okoliczności, zwracamy się z uprzejmą prośbą o modyfikację projektu taryfy świadczeń, zgodnie z uwagami Izby POLMED. Wnosimy również o przeprowadzenie spotkania, mającego na celu porównanie metodologii i wycień obu stron oraz, w konsekwencji, opracowanie optymalnego modelu wyceny świadczeń gwarantowanych.

*Z poważaniem*

DYREKTOR GENERALNY

*Witold Włodarczyk*