

Taryfikacja świadczeń opieki zdrowotnej - stan obecny i perspektywy



dr n med. Wojciech Matuszewicz

Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
PRAKTYKA HEMATOLOGICZNA 2015

Warszawa, 23.04.2015 r.

Zdrowie jest szczególnym dobrem ekonomicznym, posiadającym wartość wynikającą z bezpośredniego i pośredniego wpływu na osiągnięty przez człowieka poziom zadowolenia, a tym samym na wartość jego funkcji użyteczności

Aksman E.

Prawo do ochrony zdrowia

W Polsce prawo obywatela do równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, finansowanych ze środków publicznych określa Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej, w której w rozdz. II, art. 68 zapisano, że

„każdy ma prawo do ochrony zdrowia niezależnie od swojej sytuacji materialnej, gdyż władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych”

„Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa”

Ustawodawstwo ochrony zdrowia w Polsce nie stanowi samodzielnej i odrębnej dziedziny prawa (wiele aktów prawnych)

- Szereg ustaw
- Rynek regulowany

Rynek regulowany

- Równe prawa świadczeniobiorców w dostępie do usług.
- Równe prawa świadczeniodawców w dostępie do środków publicznych.
- Wybór świadczeniodawców w toku postępowań konkursowych.
- Pacjent ma prawo wyboru świadczeniodawcy.
- Relacja placówki- dostawca na zasadach rynkowych.
- Wynagrodzenia personelu –rynkowe.
- Współistnienie sektora usług komercyjnych i ubezpieczeń.

Zalety:

- Konkurencja jakością i ceną
- Racjonalne alokowanie zasobów i kosztów
- Eliminacja dysfunkcyjnych („gorszych”) podmiotów/usług

Wady:

- Asymetria informacji w procesie leczniczym
- Grupa usług/pacjentów nierentownych
- Grupa usług nieodczuwalnych
- Obniżanie ceny –kosztem jakości
- Gotowość- jak utrzymać?

Dlaczego państwo ingeruje w wycenę świadczeń opieki zdrowotnej?



- Wycena opieki zdrowotnej podlega regulowaniu.
- Ochrona zdrowia jest postrzegana jako usługa publiczna (dokładniej – usługa powszechna).
- W trakcie dostarczania usług zdrowotnych zachodzi szereg zawodności rynku, które powodują, że cena wypracowana na rynku nie jest ceną równowagi.
- **Wydatki na ochronę zdrowia** (w tym wydatki publiczne) gwałtownie rosną.
- Dobra społeczne są finansowane ze środków publicznych.

Wzrost nakładów na ochronę zdrowia



- **Demografia (starzejące się społeczeństwo);**
- **Epidemiologia (większa zachorowalność, diagnostyka);**
- **Postęp naukowy - osiągnięcia współczesnej medycyny – innowacje terapeutyczne (leki, AT, procedury);**
- **Dostęp do wiedzy, wymagania - lekarzy i pacjentów**



DECYDENT

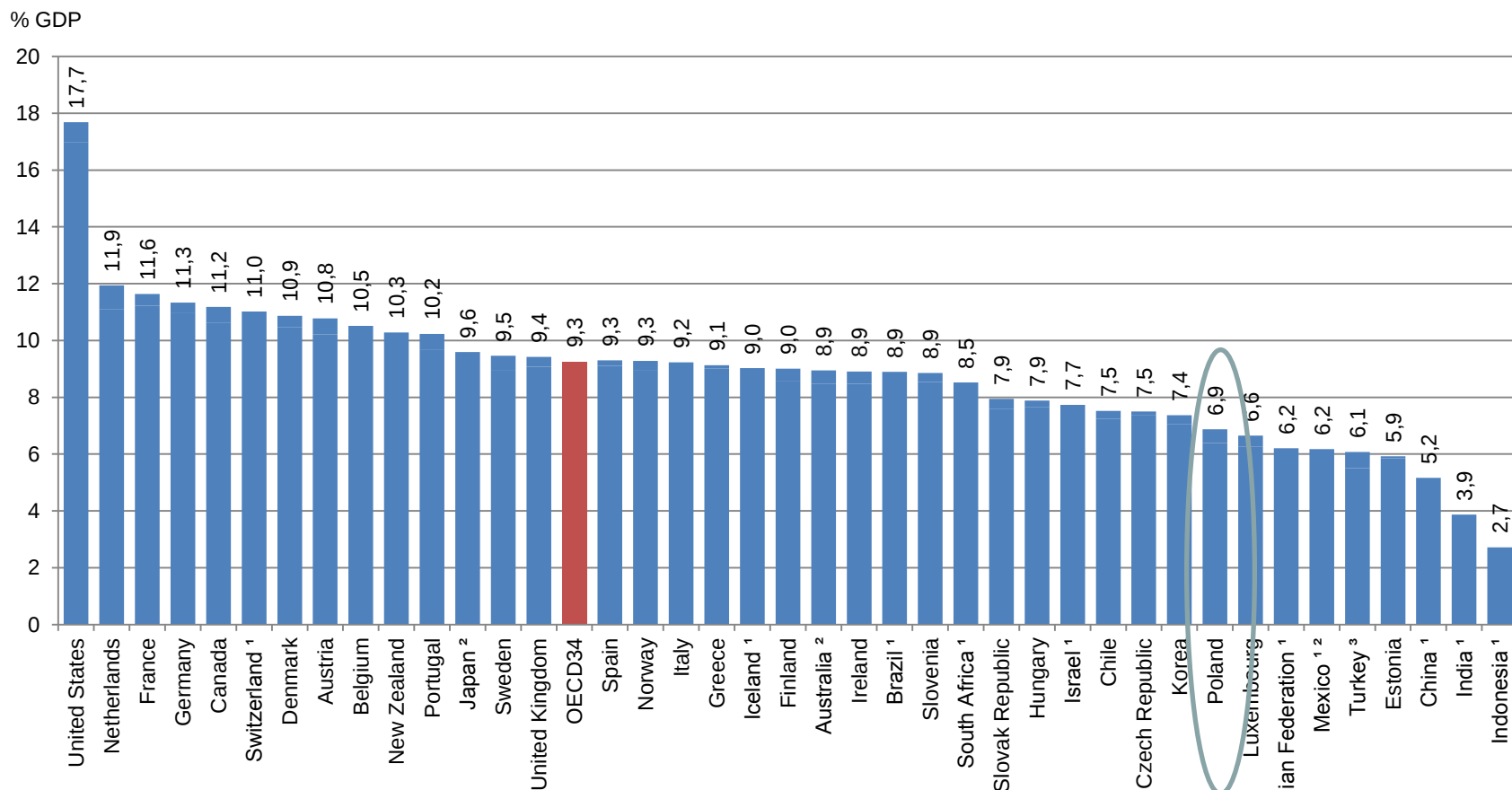
Ograniczone środki – racjonalne gospodarowanie, wybory

Leki sieroce

- **'90.XX - 2**
- **2014r. >70**

GENERYKI

Wydatki na ochronę zdrowia



Niedoskonałość rynku w ochronie zdrowia

- Zaburzenie informacji w relacjach:
 - pacjent-lekarz
 - świadczeniodawca-płatnik
 - pacjent-ubezpieczyciel
- Niedoskonałość konkurencji:
 - monopson* płatnika
 - lokalny/regionalny monopol świadczeniodawcy

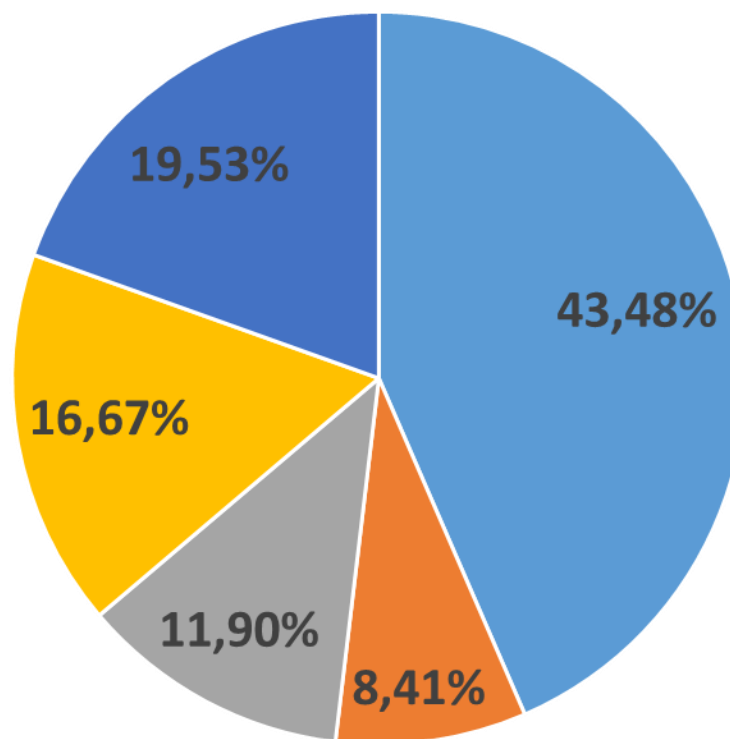
** forma rynku, na którym istnieje tylko jeden odbiorca (przedsiębiorstwo pośredniczące w handlu) oraz wielu dostawców pewnego towaru lub usług*

Jak państwo ingeruje



- Regulacje w ochronie zdrowia.
- Za co płaci (świadczenia gwarantowane) i ile (wycena punktowa).
- Plan finansowy NFZ/zakupu .
- Limity.

Plan NFZ 2015



■ Leczenie szpitalne ■ AOS ■ POZ ■ Refundacja (apteczna, PL i chemioterapia) ■ pozostałe

AOTMiT – styczeń 2015 r.

Ocena Technologii Medycznych

- **Rekomendacje „koszykowe” (AK, AE, BIA)**

Taryfikacja świadczeń opieki zdrowotnej

- **Wycena świadczeń „koszykowych”** (wszystko poza lekami z
UR: AOS, STM, SZP, PSY, OPD, RTM, PRO, SOK, REH...)



Metoda mikrokosztów

Regulacje Prawne

- AOTMiT
- **USTAWA z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej (...)**

*„W celu **zagwarantowania prawidłowości finansowania świadczeń** (...), taryfikacja (...) powinna zostać powierzona samodzielnej, umocowanej w ustawie jednostce, która przeprowadzałaby **ją w sposób niezależny**, opierając się na kryteriach fachowych, z uwzględnieniem doświadczeń krajowych, jak również dorobku państw członkowskich Unii Europejskiej”.*

Nowe zadania

- Ustalanie taryfy świadczeń.
- Propozycje zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów.
- Opracowywanie, weryfikacja, gromadzenie, udostępnianie i **upowszechnianie** informacji o zasadach ustalania taryfy świadczeń.
- Stworzenie metodyki taryfikacji świadczeń.
- finansowanie iT – odpis NFZ (nie więcej niż 0,07% planowanych należnych przychodów z tytułu składek) 46,4 mln w 2015 r
- Przejęcie kompetencji NFZ - wycena, zarządzanie JGP .

Podstawowe sposoby płacenia za świadczenia szpitalne



- Opłata za usługę (fee-for-service, FFS)
- Opłata za przypadek (fee per case, FPC)
- Budżet globalny (global budged, GB)

- Model amerykański: FFS → FPC
- Model europejski: GB → FPC
- Model polski: GB → Kasy Chorych → FFS → FPC

Obiekt wyceny zależy od mechanizmu refundacji



Charakter płatności	Mechanizm refundacji	Charakterystyka
stały	budżet	• ustalany prospektywnie • może motywować do ograniczania kosztów • silnie motywuje do ograniczania ilości usług
	stawka kapitacyjna	• ustalana prospektywnie • może motywować do selekcji pacjentów • może motywować do ograniczania kosztów • silnie motywuje do ograniczania ilości usług dodatkowo finansowanych (głównie diagnostycznych)
zmienny	osobodzień	• płatność może być ustalana retrospektywnie lub prospektywnie • w obu przypadkach prowadzi do wydłużania czasu hospitalizacji • może prowadzić do ograniczania przyjęć pacjentów najbardziej kosztownych
	procedura medyczna	• płatność może być ustalana retrospektywnie lub prospektywnie • zapewnia dużą dostępność świadczeń • w obu przypadkach prowadzi do zwiększenia ilości usług i wzrostu kosztów leczenia
	przypadek	• płatność może być ustalana retrospektywnie lub prospektywnie • prowadzi do optymalizacji procesu leczenia • może prowadzić do ograniczania przyjęć pacjentów najbardziej kosztownych

Najczęstszą formą refundacji świadczeń szpitalnych są „przypadki”



Kraj	Dominujący model finansowania szpitala	% przychodów alokowanych na tej podstawie
Australia	Płatność za przypadek	prawie 100%
Austria	Budżet ustalany na bazie przypadków	96%
Dania	Płatność za przypadek (ograniczone ogólnie budżetem)	> 20%, różnie
Anglia	Płatność za przypadek	60%
Estonia	Płatność za przypadek	39%
Finlandia	Płatność za przypadek (ograniczone ogólnie budżetem)	różnie
Francja	Płatność za przypadek	80%
Niemcy	Płatność za przypadek (ograniczone ogólnie budżetem)	80%
Polska	Płatność za przypadek (ograniczone ogólnie budżetem)	> 60%
Węgry	Płatność za przypadek (ograniczone ogólnie budżetem)	n/a
Włochy	Płatność za przypadek	n/a
Holandia	Płatność za przypadek (ograniczone ogólnie budżetem)	84%
Szwecja	Płatność za przypadek (ograniczone ogólnie budżetem)	różnie
Stany Zjednoczone (Medicare)	Płatność za przypadek	n/a

Źródło: dr. M. Raulinajtys-Grzybek, SGH, ppt 17 2014

System JGP wg Fettera (case-mix)

- **Celem operacyjnym** - dążenia do **większej jednorodności poszczególnych grup**, zgodnie z klasycznymi regułami (wg Fettera) systemów case-mix:
- każda grupa powinna posiadać znaczenie kliniczne, które kojarzy się ze **zbliżonym sposobem leczenia** oraz określoną charakterystyką leczonych pacjentów w odniesieniu do czasu pobytu w szpitalu, rodzaju wykonanych procedur zabiegowych, diagnostycznych, leków, itp.
- poszczególne grupy powinny obejmować pacjentów o **podobnej „kosztochłonności”**, hospitalizacje o zbliżonym poziomie zużycia zasobów szpitala.

- **Celem strategicznym** jest dążenie do uzyskania większej przejrzystości, efektywności i jakości systemu ochrony zdrowia w zakresie leczenia szpitalnego poprzez dostosowanie bodźców finansowych do oczekiwanych efektów.
- Wprowadzenie systemów finansowania szpitali opartych na DRG - od 1983 w Europie.
- Skutek - zwiększenie wydajności funkcjonowania opieki szpitalnej.

Ewolucja metod finansowania szpitali w Polsce

- Metoda budżetowa – finansowanie personelu i/lub infrastruktury < 1998.
- Płacenie za hospitalizacje - model 1998.
- Kasy Chorych – 1999 – 2004.
- Katalog świadczeń szpitalnych – NFZ –2004 – 2008.
- JGP – od 2008.

System JGP w Polsce

- wprowadzenie jednoznacznych definicji i opisu świadczenia.
- konieczność stosowania klasyfikatorów (ICD-10, ICD-9 CM) do celów statystycznych i modyfikacji systemu rozliczeń.
- uproszczenie zasad i zmniejszenie liczby pozycji katalogowych – ryczałt za przypadek.
- powiązanie finansowania z kosztami wytworzenia.
- ograniczenie możliwości oderwania rozliczeń finansowych od faktycznie realizowanej terapii.

Liczba Grup w poszczególnych słownikach DRG



	AP- DRG	AR- DRG	G- DRG	GHM	Nord- DRG	HRG	JGP	LKF	DBC
Ilość grup	679	665	1200	2297	794	1389	518	979	ok. 30000 * 3000

- Mniejsza ilość grup zwiększa ryzyko, że grupa nie będzie jednorodna kosztowo
- Im więcej grup tym wyższe koszty utrzymania systemu DRG (koszty zbierania danych i aktualizacji cen)

Narzędzia

- Dane- udostępniają PODMIOTY zobowiązane do finansowania świadczeń ze środków publicznych .
- Świadczeniodawcy - możliwość odpłatnego, nabycia przez Agencję danych (umowy)
- Warunek- zapewnienia przez świadczeniodawcę odpowiedniej jakości tych danych,
- Stosowanie standardu rachunku kosztów (2020)
- **Możliwość przetwarzania danych (pesel, adres, udzielonych i finansowanych świadczeń)**

Koszt świadczenia

- Koszt świadczenia – suma wszystkich elementów, jakie wykonano na rzecz danego świadczenia opieki zdrowotnej.
- procedury medyczne, leki, wyroby medyczne, wyżywienie, pobyt w oddziale, **usługi niemedyczne** na rzecz pacjenta itd.
- Są koszty trudno przypisać do pacjenta: sprzątanie, sterylizacja, zużycie prądu etc....
- Powinny one wejść do pobytu na oddziale i dalej do świadczenia
- Gaziki, rękawiczki, cewniki o niskiej wartości – łączny koszt proporcjonalnie do czasu pobytu?

Plan 2015



I.p.	Plan Taryfikacji na 2015 r.	Termin rozpoczęcia prac	Planowany termin zakończenia prac analitycznych
1	Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	Styczeń 2015	Maj 2015
2	Opieka paliatywna i hospicyjna	Kwiecień/ maj 2015	Wrzesień 2015
3	Świadczenia wysokospecjalistyczne (kardiochirurgia dziecięca)	Maj/ czerwiec 2015	Listopad 2015
4	Leczenie szpitalne (JGP)	Lipiec/sierpień 2015	Od 2016
5	Świadczenia udzielane w szpitalnym oddziale ratunkowym	Październik 2015	2016
6	Inne zadania w zakresie taryfikacji świadczeń, szczególnie istotne dla bieżącego funkcjonowania systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.	?	-

Taryfa świadczeń

- Taryfa świadczeń – „zestawienie świadczeń gwarantowanych wraz z przypisanymi im wartościami względnymi”
 - zestawienie wartości względnych dla produktów kontraktowych – za pomocą punktów
 - Nie będzie zestawieniem wartości absolutnych (w zł)

Taryfa świadczeń

- Taryfa świadczeń – „zestawienie świadczeń gwarantowanych wraz z przypisanymi im wartościami względnymi”
 - zestawienie wartości względnych dla produktów kontraktowych – za pomocą punktów
 - Nie będzie zestawieniem wartości absolutnych (w zł)

Co jest niezbędne?

Z punktu widzenia taryfikacji kluczowe jest, żeby wszyscy świadczeniodawcy definiowali takie same elementy świadczenia i tak samo ustalali ich koszt.

- Standard rachunku kosztów.
- Jednolity plan kont.

Tak samo nie znaczy taki sam

Co do tego czasu?

Co jest niezbędne?

- Wiarygodne informacje medyczne/kliniczne (procedury ICD-9, kod ICD-10, leki, wyroby etc.).
- Wiarygodne informacje o kosztach świadczeń opieki zdrowotnej (system F-K, w podziale na OPK).
- **STANDARD – przebieg referencyjny**

Taryfa świadczeń

- Świadczenie bazowe (referencyjne)
- Wskazanie relacji między poszczególnymi świadczeniami (produktami).
- Określenie ceny świadczenia (punktu) –NFZ (negocjacje)
- Np. grupa NO1 (przebieg referencyjny)- wartość bazowa 1
 - Do taryfy niezbędna jest wycena/ocena kosztów !
 - Do taryfy niezbędny jest referencyjny przebieg świadczenia!

Zakres zbieranych danych - mikrokoszty

- leki (dotyczy leków na receptę)
- istotne kosztowo wyroby medyczne (poziom istotności do uzgodnienia, można przyjąć jako punkt odniesienia cenę jednostkową powyżej 50 zł)
- procedury medyczne (diagnostyczne, terapeutyczne i inne)
- pobyt na pacjenta
- oraz dodatkowych danych dotyczących:
 - cenników procedur
 - danych finansowo-księgowych
 - wybranych danych ze statystyki medycznej
 - danych na temat zatrudnienia personelu medycznego.

Co wpływa na zróżnicowanie kosztów

- Stan zdrowia pacjenta – powikłania.
- Czas pobytu.
- Zaawansowane metody leczenia.
- Różnice w kosztach – zasoby (pensje).
- Różnice w kosztach – zakupy.
- Właściciel (budynek, sprzęt).

Dobór próbyzałożenia



- Minimum 10% świadczeniodawców realizujących dany zakres świadczeń.
- Minimum 10% świadczeń liczby zrealizowanej w ramach kontraktu z NFZ w poprzednim roku kalendarzowym.
- + dane szczegółowe (30-100kart/produkt)
- Jeśli nominalna liczba świadczeniodawców realizujących dany zakres świadczeń jest mniejsza niż 30, wielkość próby statystycznej powinna być określona następująco:
 - dla grupy liczącej 1 świadczeniodawcę – wielkość próby = 1,
 - dla grupy liczącej 2-9 świadczeniodawców – wielkość próby = minimum 2,
 - dla grupy liczącej 10-29 świadczeniodawców – wielkość próby = minimum 2

Referencyjny przebieg świadczenia



- Na potrzeby taryfy niezbędne jest wskazanie referencyjnego przebiegu świadczenia.
- Wszystkie obiekty wchodzące w skład świadczenia.
- Zmienne wpływające na kształt (analiza zakłóceń).
- Ocena zużywanych zasobów.
- Eksperci.

Wycena Świadczeń nie tylko w hematologii

- Ryczałtowe określenie rozliczeń wymaga stałego ,obiektywnego monitorowania kosztów
- Sposób wyceny historyczny nie był obiektywny
- Celem systemu było utrzymanie zasobów świadczeniodawców
- Pojawianie się nowych technologii prowadzą do zadłużania
- Realna wycena powinna uwzględniać (być oparta) o standardy postępowania
- CZY TEMU SPROSTAMY ? - MUSIMY - TO TYLKO KWESTIA CZASU !!!

Świadczenia podstawowe w hematologii

1. Hospitalizacja hematologiczna u dorosłych
2. Hospitalizacja hematoonkologiczna u dzieci
3. Hospitalizacja w trybie jednodniowym
4. Porada ambulatoryjna związana z chemioterapią

PKT.1-2:

- Przygotowanie chorego do chemioterapii i podanie leków
- Wykonanie badań diagnostycznych
- Leczenie powikłań po chemioterapii
- Pobyt chorego w trakcie cyklu (ów) chemioterapii

Zarządzenie Prezesa NFZ z 05.12.2014

- Podwyższenie wyceny-hospitalizacja hematologiczna u dzieci 16 pkt przez pierwsze 3 dni oraz do 15 za kolejne dni
- Zmiana wyceny hospitalizacja hem. dorosłych do 12 pkt przez pierwsze 3 dni oraz do 11 za następne dni
- Modyfikacja wyceny świadczenia hospitalizacja JEDNEGO DNIA z CHEMIOTERAPIĄ -7 pkt
- TRYB JEDNODNIOWY bez chemii -3 pkt
- Porada ambulatoryjna związana z chemioterapią – 2-3 pkt

Tryb realizacji programów lekowych w hematologii



- Ambulatoryjny
- Hospitalizacja
- Jednodniowy
- Leczenie w warunkach domowych- wyłącznie w programie:
„Zapobieganie krwawieniom u dzieci z Hemofilią A i B”

Diagnostyka w hematologii.....

- W ramach programów lekowych rozliczana jest poprzez RYCZAŁT
- Ryczałt za diagnostykę – jest uśrednionym kosztem badań diagnostycznych związanym z programem lekowym
- Ryczałt może być wykazywany w całości lub w częściach wykonanych
- CZY TAK MA POZOSTAĆ ?

UWAŻAMY , że obecny system wymaga weryfikacji w zakresie



- Wartości wycen TARYFY
- Warunków i trybu udzielania świadczeń (rola NFZ)
- Zakresu dostępnych do rozliczenia świadczeń (rozważyć kompleksowość rozliczeń i weryfikacja rozliczeń badań diagnostycznych)

Plan Taryfikacji [RT, NFZ, MZ]

Wybór świadczeniodawców – umowy/ płatności
[próba 10% + ustawa]

Przekazanie danych [mikrokoszty+ ew. świadczenia
szczegółowe (dobór losowy)]

**Suma wszystkich elementów, jakie wykonano na rzecz
pacjenta** [k.ś: pm, leki, wm, wyżywienie, pobyt w oddziale, usługi
niemedyczne itd. + WACC]

Referencyjny przebieg świadczenia [wszystkie obiekty/analiza
zakłóceń/ ocena zużywanych zasobów -EKSPERCI]

Świadczenie „bazowe” / relacja
między poszczególnymi
świadczeniami

TARYFA

Dziękuję za uwagę

w.matuszewicz@aotm.gov.pl