

Główne założenia taryfikacji świadczeń



Aleksandra Świderska
Wydział Taryfikacji
Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

rekomendacje w sprawie

- kwalifikacji świadczenia opieki zdrowotnej jako świadczenia gwarantowanego
- określania lub zmiany poziomu lub sposobu finansowania świadczenia gwarantowanego
- usuwania danego świadczenia opieki zdrowotnej z wykazu świadczeń gwarantowanych
- zmiany technologii medycznej

realizacja zadań związanych z określeniem taryf świadczeń

- określanie taryfy świadczeń
- opracowywanie raportów w sprawie ustalenia taryfy świadczeń;
- opracowywanie, weryfikacja, gromadzenie, udostępnianie i upowszechnianie informacji o zasadach określania taryfy świadczeń
- opracowywanie propozycji zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów

inne zadania

- opracowywanie analiz weryfikacyjnych
- opiniowanie projektów programów polityki zdrowotnej
- prowadzenie działalności szkoleniowej w zakresie realizowanych zadań
- inicjowanie, wspieranie i prowadzenie analiz oraz badań naukowych i prac rozwojowych w zakresie oceny technologii medycznych, taryfikacji świadczeń
- realizacja innych zadań zleconych przez ministra właściwego do spraw zdrowia

Plan taryfikacji

- Tworzony do 30 czerwca na następny rok

Zlecenia Ministra Zdrowia

- Inne zadania w zakresie taryfikacji świadczeń, szczególnie istotne dla bieżącego funkcjonowania systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego

Wybór świadczeń do wyceny

Wybór i wezwanie świadczeniodawców

Udostępnienie danych, weryfikacja

Analiza danych i projekt taryfy

**Konsultacje taryfy + stanowisko RT
Decyzja Ministra Zdrowia**

TARYFA

To nie jest łatwy proces...



Wielokrotnie
powtarzane
postępowania

Stosunkowo niska
zgłaszalność

Stosunkowo mała pula
danych

Długotrwały proces
weryfikacji i poprawy
danych

Decyzje o wstrzymaniu
prac nad wyceną

Liczne kanały dotarcia
(maile, strona AOTMiT,
NFZ, MZ)

Spotkania informacyjne

Stała współpraca ze
szpitalami

Wizytacje

Wsparcie w
przygotowaniu i
przekazywaniu danych

Podmioty zobowiązane do finansowania świadczeń ze środków publicznych (NFZ, MZ).

DANE ŚWIADCZENIODAWCÓW

Ceny świadczeń na rynku komercyjnym

Wyceny analogicznych świadczeń w innych krajach

dane finansowo-księgowe
wybrane uzupełniające dane
niefinansowe
w odniesieniu do
poszczególnych ośrodków
powstawania kosztów

- koszty stałe świadczenia:
 - zasobów ludzkich
 - zakupu, odtworzenia i utrzymania urządzeń oraz pomieszczeń
 - pozostałe koszty związane z funkcjonowaniem podmiotu (zarządu, ogólnozakładowe)

dane szczegółowe o
pojedynczych świadczeniach
opieki zdrowotnej

- koszty zmienne świadczenia:
 - zużytych leków
 - zastosowanych wyrobów medycznych
 - zrealizowanych procedur

gromadzenie

- Poprzez dedykowaną aplikację on-line, zapewniająca bezpieczeństwo przekazywanych danych.
- W układzie i formacie określonym przez Agencję.

weryfikacja

- W narzędziu służącym do przekazywania danych – poprawność techniczna i formatów.
- Przez dedykowany zespół – kompletność danych; wezwania do poprawy i uzupełnienia.
- Zespoły analityczne i eksperci kliniczni – ocena kompletności i jakości danych.

Składowe koszty świadczenia

- Koszt osobodnia
- Koszt infrastruktury pracowni zabiegowych/ bloku operacyjnego
- Stawki wynagrodzeń personelu

Analiza

- Zgodność z przepisami (np. wysokość wynagrodzeń)
- Odcinanie wartości skrajnie odstających

Efektywność

- Wskaźniki zakładające efektywne funkcjonowanie
- Jednostka optymalna – model efektywnego wykorzystania zasobów przy założonych parametrach

Składowe koszty świadczenia

- Długość hospitalizacji
- Leki, wyroby medyczne i procedury
- Zabieg operacyjny – czas trwania, personel

Analiza

- Ścieżka kliniczna
- Odcinanie wartości skrajnie odstających

Warianty

- Dla danego pacjenta
- Dla danego świadczeniodawcy
- Dla wszystkich podmiotów

Aplikacja kartaJGP

- Na potrzeby projektu.
- Dane pochodzące z systemu informatycznego.
- Brakujące dane uzupełniane z papierowej dokumentacji.

Karta kosztowa

- Wyjątkowe sytuacje albo świadczenia inne niż w rodzaju leczenie szpitalne.
- Inny, uproszczony układ danych.
- Formularz w arkuszu kalkulacyjnym.
- Dane na pacjenta albo uśrednione.

Z czym się borykamy



Brak wdrożonego standardu rachunku kosztów

Brak elektronicznej dokumentacji medycznej u świadczeniodawców

Zróznicowane nazewnictwo leków i wyrobów medycznych pomiędzy świadczeniodawcami

Różne sposoby kalkulacji kosztów jednostkowych procedur obrazowych i laboratoryjnych

Błędne lub nieprecyzyjne kodowanie rozpoznań lub procedur

Eksperci

- Konsultanci Krajowi w poszczególnych dziedzinach medycyny
- członkowie Towarzystw Naukowych
- praktycy kliniczni

Zakres współpracy

- wsparcie w ocenie jakości i kompletności danych udostępnionych przez świadczeniodawców
- konsultacje w zakresie rodzaju oraz częstości i wielkości zużycia poszczególnych zasobów (leki, wyroby medyczne, procedury) w realizacji świadczenia
- określenie parametrów dla jednostki optymalnej (obciążenie, czas pracy, normy zatrudnienia personelu, niezbędne wyposażenie)
- uwagi oraz sugestie dotyczące zmian w obrębie danego świadczenia/ grupy świadczeń (zakres świadczenia, warunki realizacji itp.)

Hospitalizacja
(osobodzień
x liczba dni)



Leki, wyroby
medyczne,
procedury,
zabieg
operacyjny



Koszty
świadczenia

Koszty gotowości, mnożnik zmian kosztów

Raport w sprawie ustalenia taryfy świadczeń

- Podjęcie dialogu ze środowiskiem.
- W Biuletynie Informacji Publicznej AOTMiT.
- Uwagi – 7 dni od publikacji.
- Uwagi upublicznione w BIP na okres 6 miesięcy

Rada ds. Taryfikacji

- Powoływana przez Ministra Zdrowia.
- 10 członków: przedstawiciele MZ i NFZ.

Przebieg posiedzenia

- Analiza raportu + zgłoszonych uwag.
- Analiza innych aspektów (potrzeby zdrowotne, ceny zagraniczne, cenniki komercyjne itp.).
- Konsultacje z zaproszonymi interesariuszami.
- Stanowisko w sprawie ustalenia taryfy.
- Stanowisko Rady publikowane w BIP.

