

Metodyka taryfikacji świadczeń opieki zdrowotnej w AOTMiT

Wersja nr 1.0

Warszawa, 30.05.2016r.

1. Cel główny taryfikacji

Taryfikacja służy równoważeniu podaży i popytu na rynku świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Celem ustalania taryf jest zapewnienie możliwie najlepszej dostępności do świadczeń zdrowotnych zawartych w koszyku świadczeń gwarantowanych oraz spełnienie zasad gospodarności w zakresie wydawania środków publicznych.

Taryfikacja jest też jednym z narzędzi systemowych umożliwiających dokonywanie zmian w strukturze podaży świadczeń, zgodnie z przyjętymi przez Ministerstwo Zdrowia celami strategicznymi. Wszelkie zmiany dokonywane w tym obszarze powinny być spójne z działaniami dotyczącymi świadczeń gwarantowanych, realizowanymi przez inne komórki Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz Ministerstwa Zdrowia.

2. Wyłączenia

Zmiany w odniesieniu do zakresu, istniejących sposobów (tj. np. budżetowe, FFS/f4s, per case, per diem itd.) oraz warunków finansowania świadczeń pozostają poza zakresem niniejszego dokumentu.

3. Najważniejsze założenia metodyki

System ochrony zdrowia jest daleki od rynku doskonale konkurencyjnego.

Zakłada się, że rynek świadczeń zdrowotnych podlega i będzie podlegał regulacjom.

Regulacje systemu ochrony zdrowia mają na celu zapewnienie sprawiedliwego wykorzystania publicznych środków finansowych na opiekę zdrowotną. Wycena świadczeń jest jednym z narzędzi zapewnienia sprawiedliwego dostępu do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.

Podstawową metodą ustalania taryf świadczeń jest analiza kosztów, a głównym źródłem informacji są dane finansowe i niefinansowe dotyczące świadczeń gwarantowanych, gromadzone i raportowane przez świadczeniodawców, którzy chcą dane te udostępnić. Analiza ta uzupełniona może być o analizę popytu i podaży świadczeń. Analiza kosztów powinna dotyczyć szczególnie świadczeń o wysokim koszcie jednostkowym, koszcie miesięcznym czy koszcie cyklu, a także świadczeń, których wpływ na budżet płatnika (budget impact, BI) jest szczególnie wysoki. W uzasadnionych przypadkach dopuszcza się rezygnację z analizy szczegółowych danych kosztowych na rzecz informacji o średnim koszcie świadczenia, pozyskanych z kosztorysów świadczeniodawców lub od ekspertów, bądź analizy cen komercyjnych

świadczeń w kraju i za granicą. Takie odstępstwo może mieć zastosowanie gdy: (1) termin na przeprowadzenie taryfikacji jest krótki, (2) przedmiotem analizy jest nowe świadczenie lub nowa technologia medyczna, dla których brak jest rzeczywistych danych o ponoszonych kosztach, (3) wyniki analizy list oczekujących w zakresie liczby oczekujących oraz czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia wskazują na potrzebę wprowadzenia zmian w krótkim czasie, lub (4) poparte zostało wskazaniami ekspertów.

Taryfikacji podlegać będą technologie medyczne (interwencje medyczne w określonym wskazaniu) obejmujące wytypowane świadczenia zdrowotne. Dopuszczalne jest grupowanie świadczeń w sytuacji, kiedy są one realizowane przy użyciu porównywalnych zasobów lub są podobne pod względem medycznym.

4. Kryteria priorytetyzacji (wyboru świadczeń do taryfikacji w pierwszej kolejności)

Podstawowym dokumentem określającym świadczenia poddawane taryfikacji w danym roku jest Plan Taryfikacji, zatwierdzany przez Ministra Zdrowia. Oznacza to, że Prezes Agencji wydaje obwieszczenie zawierające taryfy dla świadczeń wycenianych w oparciu o ten plan.

Dodatkowo jednak, wszystkie świadczenia będą podlegać cyklicznym weryfikacjom, wynikającym z bieżącej analizy popytu i podaży. Wskazane jest, aby analizie poddawane były całe obszary (dziedziny) świadczeń. W wyniku tych działań tworzona będzie lista świadczeń, dla których istnieje pilna konieczność podniesienia bądź obniżenia taryfy.

4.1 Grupa A - prawdopodobna konieczność podniesienia taryfy

Grupa A obejmuje świadczenia, których dostępność dla pacjentów jest w danym okresie wyjątkowo boleśnie ograniczona. Przypisanie (identyfikacja) technologii medycznych do grupy A będzie dokonywane na podstawie następujących kryteriów:

Tabela 1.

Lp.	Kryterium	Sposób ujęcia danych	Główne źródła danych
1	Świadczenia najważniejsze z punktu widzenia zdrowia publicznego	Określenie zakresu świadczeń podstawowych, do których dostęp powinien zostać zapewniony w pierwszej kolejności, analiza zaspokojenia popytu na te świadczenia	<ul style="list-style-type: none"> • świadczenia wskazane przez ekspertów • analiza wytycznych i standardów postępowania w chorobach powszechnie występujących oraz innych źródeł (np. podręczników medycyny)
2	Pilność udzielenia świadczenia z punktu widzenia świadczeniobiorcy	Identyfikacja świadczeń, dla których długi czas oczekiwania może skutkować poważnymi konsekwencjami zdrowotnymi dla pacjenta	<ul style="list-style-type: none"> • świadczenia wskazane przez ekspertów • analiza wytycznych i standardów postępowania dla chorób powszechnie występujących oraz innych źródeł (np. podręczników medycyny)

Lp.	Kryterium	Sposób ujęcia danych	Główne źródła danych
3	Czas oczekiwania na udzielenie świadczenia	Identyfikacja świadczeń o długim czasie oczekiwania	<ul style="list-style-type: none"> dane NFZ o kolejkach, regularnie aktualizowane uczestnicy rynku
4	Szacowany popyt na świadczenie	Określenie pełnego popytu wynikającego ze wskazań medycznych z wyłączeniem popytu indukowanego przez świadczeniodawców i ograniczeń związanych z poziomem finansowania (limity)	<ul style="list-style-type: none"> dostępne informacje dotyczące epidemiologii (PZH, rejestry, mapy potrzeb zdrowotnych) dane NFZ o kolejkach regularnie aktualizowane wskazania do realizacji technologii medycznej opisane w standardach postępowania, doniesieniach naukowych, pozwalające oszacować popyt wynikający ze wskazań medycznych wskaźniki dotyczące struktury realizacji świadczeń w wybranych krajach (np. liczba świadczeń na 100 tys. mieszkańców)
5	Aktualna podaż świadczeń	Określenie stopnia aktualnego zaspokojenia szacowanego popytu	<ul style="list-style-type: none"> dane NFZ o liczbie realizowanych świadczeń, regularnie aktualizowane analiza nadwykonań mapy potrzeb zdrowotnych
6	Informacje od uczestników rynku	Określenie niedoszacowanych świadczeń metodą ekspercką; ich ujęcie w grupie A powinno być poprzedzone analizą popytu i podaży	<ul style="list-style-type: none"> dane przekazane przez interesariuszy rynku świadczeń zdrowotnych świadczenia wskazane przez ekspertów z poszczególnych dziedzin medycyny dane statystyczne i finansowe przekazane przez podmioty objęte stałą współpracą z AOTMiT
7	Priorytety Ministra Zdrowia	Bezpośrednie zlecenia MZ uwzględniające aspekty społeczne (w tym świadczenia istotne dla osób cierpiących na choroby rzadkie) i prawne.	<ul style="list-style-type: none"> ocena MZ

Każde ze świadczeń zostanie ocenione pod kątem każdego z kryteriów (typów danych), poprzez przypisanie wartości w skali od 1 do 10. Suma punktów ze wszystkich z kryteriów zostanie podzielona

przez liczbę tych kryteriów i na podstawie tak uzyskanego wskaźnika utworzona zostanie lista świadczeń, uszeregowana malejąco względem wspomnianego wskaźnika (oznaczającego kolejność taryfikacji).

W grupie A mogą znaleźć się zarówno świadczenia istotne zgodnie z podejściem utylitarnym (gwarantującym jak najlepszy stosunek kosztów do efektów), jak i egalitarnym (każdy obywatel ma zagwarantowany równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).

4.2. Analiza zasadności zmiany taryfy i określenie propozycji nowej wyceny świadczeń z grupy A

Ustalenie nowego poziomu ceny obejmuje postępowanie w następujących etapach:

Tabela 2.

Lp	Etap	Opis	Główne źródła danych
1	Analiza kosztów świadczeń	Kalkulacja kosztów świadczeń stanowiących sumę: - kosztów leków i wyrobów medycznych - kosztów procedur medycznych - kosztów hospitalizacji	<ul style="list-style-type: none"> • Dane szczegółowe o kosztach, docelowo pozyskiwane od 20 świadczeniodawców • Dane o uśrednionym przebiegu świadczeń gromadzone w uzasadnionych przypadkach w postaci kosztorysów • Dane o przebiegu świadczeń uzyskane w uzasadnionych przypadkach od ekspertów
2	Analiza statystyczna struktury świadczeń	Ocena realizowanych świadczeń pod kątem: - najczęściej sprawozdawanych rozpoznań - najczęściej sprawozdawanych procedur zabiegowych - świadczeń najczęściej realizowanych przez poszczególne typy świadczeniodawców	<ul style="list-style-type: none"> • Dane NFZ o realizowanych świadczeniach, regularnie aktualizowane
3	Analiza zachowań na rynku świadczeń	Analiza zmienności podaży na przestrzeni kilku poprzednich lat w porównaniu z ewentualnymi zmianami wysokości taryf, limitów, sposobów finansowania i innych istotnych cech rynku	<ul style="list-style-type: none"> • dane NFZ o realizacji świadczeń i poziomie finansowania, regularnie aktualizowane
4	Identyfikacja przyczyn zbyt małej dostępności do świadczeń	Wstępna ocena, jakie mogą być główne przyczyny, dla których świadczenie nie jest dostatecznie dostępne. Analiza zostanie pogłębiona na etapach 10 i 11	<ul style="list-style-type: none"> • wiedza ekspercka • dane przekazane od podmiotów objętych stałą współpracą

Lp	Etap	Opis	Główne źródła danych
5	Ocena wpływu jednostki chorobowej, której dotyczy świadczenie, na zdrowie publiczne	Ocena jednostki chorobowej pod kątem: - chorobowości, - zapadalności, - zakaźności, - konieczności opieki ze strony osób trzecich (w skali od 1 do 10)	<ul style="list-style-type: none"> wiedza ekspercka
6	Ocena wpływu jednostki chorobowej, której dotyczy świadczenie, na zdrowie pacjenta	Ocena jednostki chorobowej pod kątem: - stopnia śmiertelności, - ryzyka wystąpienia trwałych ubytków zdrowotnych, - jakości i długości życia (w skali od 1 do 10)	<ul style="list-style-type: none"> wiedza ekspercka
7	Ocena inkrementalnej efektywności klinicznej / siły interwencji względem opcjonalnych dostępnych sposobów postępowania	Ocena efektywności zastosowania danej technologii w porównaniu z zastosowaniem innego najbardziej skutecznego alternatywnego rozwiązania (w skali od 1 do 10)	<ul style="list-style-type: none"> wiedza ekspercka
8	Ocena inkrementalnej opłacalności względem innej najskuteczniejszej dostępnej alternatywy	Ocena opłacalności zastosowania danej technologii w porównaniu z zastosowaniem innego najbardziej skutecznego alternatywnego rozwiązania (w skali od 1 do 10)	<ul style="list-style-type: none"> wiedza ekspercka
9	Ocena niepewności oszacowań opłacalności	Ocena stopnia niepewności oszacowań opłacalności zastosowania danej technologii względem innego najbardziej skutecznego alternatywnego rozwiązania (w skali od 0 do 1)	<ul style="list-style-type: none"> wiedza ekspercka
10	Ocena ryzyka nadużyć w przypadku finansowania świadczenia na zasadach f4s	Ocena wystąpienia ryzyka nadużyć po stronie świadczeniodawców (głównie należy uwzględnić ryzyko nadprodukcji świadczeń wynikające z zachowań świadczeniodawców)	<ul style="list-style-type: none"> dane przekazane od podmiotów objętych stałą współpracą wiedza ekspercka

Lp	Etap	Opis	Główne źródła danych
11	Ocena dostępności zasobów na rynku	Ocena potencjału dostępnych zasobów i bieżącego stopnia ich wykorzystania	<ul style="list-style-type: none"> mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie dostępności zasobów uwzględniające dostępność zasobów u wszystkich obecnych świadczeniodawców (posiadających kontrakt z NFZ i pozostałych)
12	Określenie odmiennych metod organizacji realizacji świadczenia bądź sposobu jego finansowania	Identyfikacja innych niż taryfikacja możliwych rozwiązań organizacyjno-prawnych, które mogą wpłynąć na poprawę dostępności analizowanych świadczeń (np. doprecyzowanie warunków realizacji, kryteriów kwalifikacji, przeniesienie świadczenia do innego produktu, zakresu albo rodzaju, łączenie świadczeń w produkty kompleksowe, zmiana poziomu finansowania – np. zwiększenie limitów na diagnostykę ambulatoryjną)	<ul style="list-style-type: none"> wiedza ekspercka dane NFZ o realizowanych świadczeniach regularnie aktualizowane propozycje rozwiązań zgłaszane przez interesariuszy rynku świadczeń zdrowotnych (w tym OW NFZ) rozwiązania zastosowane zagranicą opracowania eksperckie
13	Ocena stopnia uciążliwości ograniczenia dostępu	Ocena stopnia uciążliwości ograniczenia dostępu do danej technologii dla pacjenta (w skali od 1 do 10)	<ul style="list-style-type: none"> wiedza ekspercka
14	Ocena hazardu moralnego	Ocena potencjału indukcji podaży świadczeń przez osoby ubezpieczone, które nie potrzebują tego świadczenia ze względów medycznych	<ul style="list-style-type: none"> wiedza ekspercka
15	Ocena zasadności podniesienia wyceny	Ocena wysokości ew. podniesienia wyceny świadczenia, na podstawie wszystkich powyższych kryteriów	<ul style="list-style-type: none"> wnioski sformułowane na podstawie poprzednich etapów
16	Ocena skutków zmiany wyceny	Szacunkowa analiza wpływu zmiany wyceny na budżet płatnika oraz na realizację innych świadczeń finansowanych ze środków publicznych.	<ul style="list-style-type: none"> wnioski sformułowane na podstawie poprzednich etapów

Wyniki przeprowadzonej analizy wraz z propozycjami wysokości taryf opiniowane są przez Radę ds. Taryfikacji. Rada ds. Taryfikacji jest ciałem doradczym i ma za zadanie, na podstawie informacji

przygotowanych przez Agencję, proponować kierunki zmian taryf i opiniować ich wysokość. Oprócz informacji kosztowych, które stanowią punkt wyjścia do ustalenia poziomu taryfy, Rada ds. Taryfikacji powinna kierować się pozostałymi przesłankami, w szczególności analizą popytu i podaży. Taryfikacja jest narzędziem polityki zdrowotnej, w związku z czym w uzasadnionych przypadkach Rada może zastosować odstępstwo od propozycji taryfy wynikającej bezpośrednio z analizy kosztów i położyć większą wagę na pozostałe czynniki w celu sterowania podażą świadczeń – zwiększania poziomu realizacji określonych technologii medycznych i zmniejszenia innych. W tym celu, w uzasadnionych przypadkach, Rada ds. Taryfikacji może podjąć decyzję na przykład o zastosowaniu współczynników korygujących wysokość taryf, obejmujących określone grupy świadczeniodawców, świadczenia lub grupy pacjentów.

W celu uwzględnienia zmian w czasie kosztów operacyjnych działalności podmiotów leczniczych, a także określenia kosztu kapitału niezbędnego do zapewnienia bieżącego i przyszłego zapotrzebowania podmiotów na infrastrukturę oraz usługi, do ustalonej taryfy może zostać doliczony mnożnik zmian kosztów, obliczony na podstawie danych aktualnych na miesiąc przygotowania taryfy świadczeń. Wykorzystanie mnożnika ma na celu uwzględnienie zmian cen towarów/usług w wyniku zmian kosztów ponoszonych przez podmioty działające na rynku opieki zdrowotnej. Szczegółowy opis sposobu ustalania wysokości mnożnika stanowi Załącznik nr 2.

Uzyskanie pożądanego stanu równowagi popytu i podaży może nastąpić w wyniku jednorazowej zmiany wyceny lub iteracyjnie. Podejście iteracyjne umożliwi okresową ocenę skutków zmiany i ewentualne korekty między kolejnymi okresami.

Sposób realizacji technologii określany będzie w oparciu o obowiązujące akty prawne, wiedzę ekspercką oraz na podstawie danych przekazanych przez podmioty objęte współpracą. Natomiast koszty szacowane będą na podstawie posiadanej bazy danych kosztowych związanych z zasobami (tzw. podmiot funkcjonujący optymalnie oraz ocena kosztów zmiennych).

4.3. Grupa B – świadczenia prawdopodobnie przeszacowane

Grupa B obejmuje technologie medyczne, których wycena jest prawdopodobnie zbyt wysoka.

Tabela 3.

Lp	Kryterium	Sposób ujęcia danych	Główne źródła danych
1	Budget impact	Identyfikacja świadczeń pochłaniających najwięcej środków w budżecie płatnika publicznego	<ul style="list-style-type: none"> dane NFZ o świadczeniach, regularnie aktualizowane
2	Wysoki koszt jednostkowy	Identyfikacja świadczeń najdroższych jeśli chodzi o koszt jednostkowej procedury, miesięcznego leczenia lub całej terapii	<ul style="list-style-type: none"> katalogi świadczeń NFZ dane NFZ o realizacji świadczeń, regularnie aktualizowane

Lp	Kryterium	Sposób ujęcia danych	Główne źródła danych
3	Świadczenia realizowane przez podmioty <i>for-profit</i>	Identyfikacja świadczeń najliczniej realizowanych przez podmioty komercyjne	<ul style="list-style-type: none"> dane NFZ o świadczeniach, regularnie aktualizowane własna baza podmiotów <i>for-profit</i>, stworzona w oparciu o informacje dot. formy prawnej, sprawozdań finansowych i aktywności promocyjnych
4	Świadczenia, w których kosztach szczególnie wysoki udział mają koszty leków lub wyrobów medycznych	Identyfikacja świadczeń wymagających zastosowania leków bądź wyrobów medycznych o dużej wartości	<ul style="list-style-type: none"> analiza cenników leków i wyrobów medycznych dostępnych na stronach internetowych wiedza ekspercka
5	Informacje od uczestników rynku	Identyfikacja przeszacowanych świadczeń metodą ekspercką	<ul style="list-style-type: none"> dane przekazane przez interesariuszy rynku świadczeń zdrowotnych świadczenia wskazane przez ekspertów informacje przekazane przez OW NFZ
6	Ocena ryzyka nadpodaży	Ocena hazardu moralnego i ryzyka nadużyć ze strony świadczeniodawców	<ul style="list-style-type: none"> wiedza ekspercka identyfikacja alternatywnych technologii medycznych/ sposobów realizacji świadczeń
7	Ocena rentowności świadczeniodawców	Określenie zakresów świadczeń o najwyższej rentowności	<ul style="list-style-type: none"> dane NFZ na temat wykonania kontraktów z poszczególnych obszarów; docelowo dane na temat przychodów przekazane przez świadczeniodawców informacje o kosztach komórek organizacyjnych przekazane przez świadczeniodawców

Każde ze świadczeń zostanie ocenione w skali od 1 do 10 zgodnie z powyższymi kryteriami. Suma punktów ze wszystkich z kryteriów zostanie podzielona przez liczbę kryteriów i na podstawie tak uzyskanego wskaźnika utworzona zostanie lista świadczeń, uszeregowana malejąco względem wspomnianego wskaźnika (oznaczającego kolejność dalszej analizy 4.4. Analiza zasadności zmiany taryfy i określenie propozycji nowej wyceny świadczeń z grupy B

Ustalenie nowego poziomu ceny obejmuje postępowanie w następujących etapach:

Tabela 4.

Lp.	Etap	Opis	Główne źródła danych
1	Analiza kosztów świadczeń	Kalkulacja kosztów świadczeń stanowiących sumę: - kosztów leków i wyrobów medycznych - kosztów procedur medycznych - kosztów hospitalizacji	<ul style="list-style-type: none"> Dane szczegółowe o kosztach, docelowo pozyskiwane od 20 świadczeniodawców Dane o uśrednionym przebiegu świadczeń gromadzone w uzasadnionych przypadkach w postaci kosztorysów Dane o przebiegu świadczeń uzyskane w uzasadnionych przypadkach od ekspertów
2	Analiza cen świadczeń realizowanych komercyjnie oraz w ramach podwykonawstwa w Polsce	Porównanie nominalnych cen świadczeń realizowanych przez podmioty <i>for-profit</i> oraz podmioty publiczne, całkowicie płatnych przez świadczeniobiorcę, a także świadczeń realizowanych w ramach podwykonawstwa na rzecz podmiotów posiadających umowę z NFZ	<ul style="list-style-type: none"> informacje na temat cenników podmiotów <i>for-profit</i> i podmiotów publicznych, zamieszczone na stronach internetowych i pozyskiwane w drodze rozmów telefonicznych baza cen świadczeń realizowanych przez podwykonawców, utworzona na podstawie danych przekazywanych przez świadczeniodawców
3	Analiza cenników wewnętrznych	Analiza funkcjonujących u świadczeniodawców cenników wewnętrznych	<ul style="list-style-type: none"> baza kosztów ogólnych zasobów, utworzona w oparciu o dane przekazywane przez świadczeniodawców
4	Analiza cen świadczeń w innych krajach (podmiotów <i>for-profit</i> i <i>non-profit</i>)	Porównanie nominalnych i relatywnych cen w innych krajach (za punkt odniesienia można uznać ceny świadczeń porównywanych w ramach projektu EuroDRG)	<ul style="list-style-type: none"> katalogi świadczeń wraz z cenami, pozyskane z instytucji finansujących świadczenia w innych krajach, regularnie aktualizowane
5	Analiza zmian cen wyrobów medycznych i leków	Ocena erozji cenowej lub wzrostu cen w danym segmencie wyrobów medycznych i leków używanych w realizacji świadczeń	<ul style="list-style-type: none"> informacje pozyskiwane od świadczeniodawców (m.in. baza kosztów ogólnych zasobów) informacje pozyskane od producentów wyrobów medycznych

Lp.	Etap	Opis	Główne źródła danych
6	Analiza statystyczna struktury świadczeń	Ocena realizowanych świadczeń pod kątem: - najczęściej sprawozdawanych rozpoznań - najczęściej sprawozdawanych procedur zabiegowych - świadczeń najczęściej realizowanych przez poszczególne typy świadczeniodawców	<ul style="list-style-type: none"> • dane NFZ o realizowanych świadczeniach, regularnie aktualizowane
7	Analiza zachowań na rynku świadczeń	Analiza zmienności podaży na przestrzeni kilku poprzednich lat w porównaniu z ewentualnymi zmianami wysokości taryf, limitów, sposobów finansowania i innych istotnych cech w segmencie rynku	<ul style="list-style-type: none"> • dane NFZ o realizacji świadczeń i poziomie finansowania, regularnie aktualizowane
8	Ocena wpływu jednostki chorobowej, której dotyczy świadczenie, na zdrowie publiczne	Ocena: - jednostki chorobowej pod kątem chorobowości, - zapadalności, - zakaźności, - konieczności opieki ze strony osób trzecich (w skali od 1 do 10)	<ul style="list-style-type: none"> • wiedza ekspercka
9	Ocena wpływu jednostki chorobowej, której dotyczy świadczenie, na zdrowie pacjenta	Ocena jednostki chorobowej pod kątem: - stopnia śmiertelności, - stopnia trwałych ubytków zdrowia, - jakości i długości życia (w skali od 1 do 10).	<ul style="list-style-type: none"> • wiedza ekspercka • analiza wytycznych i standardów postępowania dla chorób powszechnie występujących oraz innych źródeł (np. podręczników medycyny)
10	Ocena inkrementalnej efektywności klinicznej/siły interwencji świadczenia względem innych dostępnych opcji postępowania w danej chorobie czy wskazaniu medycznym	Ocena efektywności zastosowania danej technologii w porównaniu z zastosowaniem innego najbardziej skutecznego alternatywnego rozwiązania (w skali od 1 do 10)	<ul style="list-style-type: none"> • wiedza ekspercka

Lp.	Etap	Opis	Główne źródła danych
11	Ocena inkrementalnej opłacalności względem innej najskuteczniejszej dostępnej alternatywy	Ocena opłacalności zastosowania danej technologii w porównaniu z zastosowaniem innego najbardziej skutecznego alternatywnego rozwiązania (w skali od 1 do 10)	<ul style="list-style-type: none"> wiedza ekspercka
12	Ocena niepewności oszacowań opłacalności	Ocena stopnia niepewności oszacowań opłacalności zastosowania danej technologii względem innego najbardziej skutecznego alternatywnego rozwiązania (w skali od 0 do 1)	<ul style="list-style-type: none"> wiedza ekspercka
13	Ocena oczekiwanego wpływu zmiany wyceny na podaż świadczenia	Określenie stopnia zaspokojenia popytu na świadczenie po obniżeniu jego wyceny, umożliwiającym realizację większej liczby tych świadczeń w ramach stałego budżetu (wzrost podaży) (w skali od 1 do 10)	<ul style="list-style-type: none"> dane NFZ o kolejkach, regularnie aktualizowane dane NFZ o liczbie realizowanych świadczeń, regularnie aktualizowane analiza nadwykonań
14	Ocena stopnia uciążliwości ograniczenia dostępu do danego świadczenia	Ocena stopnia uciążliwości ograniczenia dostępu do danej technologii dla pacjenta (w skali od 1 do 10)	<ul style="list-style-type: none"> wiedza ekspercka
15	Ocena dostępności zasobów na rynku	Ocena potencjału dostępnych zasobów i bieżącego stopnia ich wykorzystania; ocena możliwości realizacji większej liczby świadczeń w przypadku obniżenia wyceny	<ul style="list-style-type: none"> mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie dostępności zasobów uwzględniające dostępność zasobów u wszystkich obecnych świadczeniodawców (posiadających kontrakt z NFZ i pozostałych)
16	Ocena ryzyka nadużyć po stronie świadczeniodawców w przypadku teoretycznego objęcia świadczenia f4s	Ocena potencjalnych nadużyć po stronie świadczeniodawców (skala 1-10)	<ul style="list-style-type: none"> dane przekazane od podmiotów objętych stałą współpracą wiedza ekspercka
17	Ocena hazardu moralnego	Ocena indukcji podaży przez postawy roszczeniowe ubezpieczonych, którzy nie mają wskazań medycznych do udzielenia im świadczenia (skala 1-10)	<ul style="list-style-type: none"> dane przekazane od podmiotów objętych stałą współpracą wiedza ekspercka

Lp.	Etap	Opis	Główne źródła danych
18	Identyfikacja i ocena wpływu opcjonalnych metod oddziaływania na podaż świadczeń	Identyfikacja innych niż taryfikacja możliwych rozwiązań organizacyjno-prawnych, które mogą wpłynąć na poziom wydatków płatnika (np. doprecyzowanie warunków realizacji, kryteriów kwalifikacji, przeniesienie świadczenia do innego produktu, zakresu albo rodzaju, łączenie świadczeń w produkty kompleksowe, zmiana poziomu finansowania - limitów)	<ul style="list-style-type: none"> wiedza ekspercka dane NFZ o realizowanych świadczeniach regularnie aktualizowane propozycje rozwiązań zgłaszane przez interesariuszy rynku świadczeń zdrowotnych (w tym OW NFZ) rozwiązania zastosowane zagranicą opracowania eksperckie
19	Ocena zasadności zmiany wyceny	Ocena zasadności i przygotowanie propozycji taryfy na podstawie poprzednich etapów	<ul style="list-style-type: none"> wnioski sformułowane na podstawie poprzednich etapów analizy
20	Ocena skutków zmiany wyceny	Szacunkowa analiza wpływu zmiany wyceny na budżet płatnika oraz na realizację innych świadczeń finansowanych ze środków publicznych.	<ul style="list-style-type: none"> wnioski sformułowane na podstawie poprzednich etapów analizy

Analizy przeprowadzone według przedstawionych kryteriów oraz propozycje taryf opracowane na ich podstawie powinny być punktem wyjścia do prowadzenia konsultacji z zainteresowanymi organizacjami przez Radę ds. Taryfikacji. Rada ds. Taryfikacji jest ciałem doradczym i ma za zadanie, na podstawie informacji przygotowanych przez Agencję, proponować kierunki zmian taryf i opiniować ich wysokość. Oprócz informacji kosztowych, które stanowią punkt wyjścia do ustalenia poziomu taryfy, Rada ds. Taryfikacji powinna kierować się pozostałymi przesłankami, w szczególności analizą popytu i podaży. Taryfikacja jest narzędziem polityki zdrowotnej, w związku z czym w uzasadnionych przypadkach Rada może zastosować odstępstwo od propozycji taryfy wynikającej bezpośrednio z analizy kosztów i położyć większą wagę na pozostałe czynniki w celu sterowania podażą świadczeń – zwiększania poziomu realizacji określonych technologii medycznych i zmniejszenia innych. W tym celu, w uzasadnionych przypadkach, Rada ds. Taryfikacji może między innymi podjąć decyzję o zastosowaniu współczynników korygujących wysokość taryf, obejmujących określone grupy świadczeniodawców (przykładowo, podmioty lecznicze prowadzące działalność w zakresie kształcenia kadr medycznych lub gwarantujące kompleksowość realizacji świadczeń), świadczenia lub grupy pacjentów.

Także w przypadku, gdy w trwającym procesie taryfikacji nie zostaną przekazane przez świadczeniodawców żadne dane kosztowe na potrzeby wyceny danego świadczenia, Rada ds. Taryfikacji może podjąć decyzję o zmianie taryfy, kierując się przesłankami wskazanymi powyżej.

W celu uwzględnienia zmian w czasie kosztów operacyjnych działalności podmiotów leczniczych, a także określenia kosztu kapitału niezbędnego do zapewnienia bieżącego i przyszłego zapotrzebowania podmiotów na infrastrukturę oraz usługi, do ustalonej taryfy może zostać doliczony mnożnik zmian

kosztów, obliczony na podstawie danych aktualnych na miesiąc przygotowania taryfy świadczeń. Wykorzystanie mnożnika ma na celu uwzględnienie zmian cen towarów/usług w wyniku zmian kosztów ponoszonych przez podmioty działające na rynku opieki zdrowotnej. Szczegółowy opis sposobu ustalania wysokości mnożnika stanowi Załącznik nr 2.

Uzyskanie docelowej wysokości taryfy może nastąpić w wyniku jednorazowej zmiany wyceny lub iteracyjnie. Podejście iteracyjne umożliwi okresową ocenę skutków zmiany i ewentualne korekty wycen.

5. Metody ustalania taryf świadczeń

5.1. Podstawowymi metodami ustalenia taryf będą:

- metoda analizy kosztów,
- metoda popytowo-podażowa; na podstawie analiz względem kryteriów przedstawionych wyżej, zmiany cen skorelowane będą z ciągłą obserwacją reakcji na rynku w odpowiedzi na zmiany taryf.

5.2. Analiza kosztów

Dane kosztowe przypisane do poszczególnych świadczeń będą analizowane w rozbiciu na:

- Koszty stałe – głównie informacje o rodzaju i wielkości zasobów ludzkich oraz infrastruktury zaangażowanych w realizację świadczenia.
- Koszty zmienne – głównie informacje o rodzaju i wielkości zużycia leków i wyrobów medycznych w ramach świadczenia.

Przy ustalaniu poziomu kosztów stałych przypadających na jedno świadczenie zostaną przyjęte założenia o efektywnym działaniu podmiotu, tj. minimalnym poziomie efektywności świadczeniodawcy generującego określone koszty stałe. Na podstawie danych empirycznych oraz dodatkowych założeń przyjętych metodą ekspercką zbudowany zostanie model tzw. „szpitala podmiotu funkcjonującego optymalnie”, czyli wzorcowego podmiotu leczniczego, działającego na założonym poziomie efektywności. Poziom efektywności zostanie opisany na podstawie następujących wskaźników:

- dla oddziału szpitalnego:
 - obłożenie na poziomie 85% wykorzystania łóżek w dni robocze i 50% w dni wolne od pracy, przy czym w uzasadnionych przypadkach na wniosek Rady ds. Taryfikacji, Prezesa Agencji bądź Ministra Zdrowia, wskaźnik ten może zostać zmieniony,
 - ilość personelu przypadająca na jeden osobodzień,
 - liczba łóżek,
- dla bloku operacyjnego:
 - założona liczba 10 godzin realizacji zabiegów operacyjnych w dni robocze,
 - poziom wykorzystania infrastruktury specjalistycznej,
 - ilość personelu pomocniczego przypadającego na godzinę pracy sali operacyjnej,
 - jednostkowe wynagrodzenia personelu (na jednostkę czasu pracy),
 - jednostkowy koszt infrastruktury.
- dla ośrodka innego niż blok operacyjny:
 - wzorcowe ceny procedur,
 - założona liczba 10 godzin realizacji świadczeń w dni robocze dla pracowni hemodynamicznej.

Konkretne wskaźniki efektywności zostaną określone oddzielnie dla różnych ośrodków powstawania kosztów (OPK), a także w uzasadnionych przypadkach, dla różnych typów podmiotów leczniczych na

podstawie danych rzeczywistych, danych rynkowych i wiedzy eksperckiej na temat docelowego oczekiwanego poziomu efektywności podmiotów.

Koszty stałe zostaną przypisane oddzielnie dla każdego OPK zaangażowanego w realizację świadczenia na podstawie następujących kluczy podziałowych:

- dla oddziału szpitalnego – liczba osobodni
- dla bloku operacyjnego – zaangażowanie poszczególnych zasobów w procedurę
- dla ośrodka realizującego procedury innego niż blok operacyjny – ceny procedur.

5.3. Rodzaje danych do analizy kosztów

W analizie kosztów wybranych świadczeń zostaną wykorzystane różne źródła informacji. Dane obejmować będą w szczególności:

- Dane szczegółowe dotyczące poszczególnych pacjentów, takie jak istotne kosztowo leki i wyroby medyczne, zrealizowane procedury medyczne, czas pobytu – docelowo pozyskiwane od 20 szpitali objętych stałą współpracą. Informacje o rodzaju i wielkości zużycia zasobów zaangażowanych w świadczenie pozwolą scharakteryzować jego przebieg medyczny.
- Kosztorysy dotyczące poszczególnych świadczeń/ technologii, obejmujące informacje na temat średnich kosztów realizacji procesu leczenia tj.: istotnych kosztowo leków i wyrobów medycznych, zrealizowanych procedur medycznych, czasu pobytu. Informacje o rodzaju i wielkości zużycia zasobów zaangażowanych w świadczenie pozwolą scharakteryzować jego przebieg medyczny. Kosztorysy pozyskiwane są w sytuacji braku dostępnych danych szczegółowych dla danego świadczenia. Minimalna liczba kart kosztorysowych niezbędnych do przeprowadzenia analizy wynosi 4.
- Dane ogólne obejmujące cenniki procedur, leków i wyrobów medycznych pozyskiwane od 20 szpitali objętych stałą współpracą.
- Dane ogólne służące do budowy tzw. „wirtualnego szpitala” zawierające informacje na temat kosztów ośrodków działalności podstawowej w podziale na kategorie kosztów z wyszczególnieniem kosztów stałych i zmiennych, w szczególności o kategoriach zatrudnionego personelu, form oraz wymiaru zatrudnienia, istotnych kosztowo środków trwałych, dostępności najważniejszych zasobów świadczeniodawcy, cen realizowanych procedur medycznych (także tych realizowanych w ramach podwykonawstwa), cen produktów leczniczych i wyrobów medycznych. Dane pozyskiwane są od pozostałych świadczeniodawców

Wybór źródeł danych uzależniony jest od charakteru świadczenia oraz czasu, w jakim mają zostać dokonane analizy i przygotowane propozycje taryf.

Szczegółowe zasady analizy danych opisane zostały w Załączniku nr 1.

6. Procedura wyboru świadczeniodawców

Sposób wyboru świadczeniodawców, z którymi zawierane są umowy o współpracy w zakresie przygotowania i przekazania danych statystyczno-kosztowych, określają zarządzenia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Przekazanie danych możliwe jest w ramach umowy odpłatnej lub nieodpłatnej. AOTMiT może gromadzić dane w ramach współpracy stałej lub doraźnej, w zależności od bieżącego zapotrzebowania na informacje.

Zbiór podmiotów do stałej współpracy będzie liczył około 20 świadczeniodawców, w tym:

- około 3 szpitale powiatowe realizujące jak największą liczbę zakresów, w tym co najmniej cztery zakresy podstawowe (chirurgia ogólna, choroby wewnętrzne, pediatria, ginekologia i położnictwo) oraz deklarujących dostępność wymaganych danych szczegółowych i ogólnych,
- około 12 szpitali specjalistycznych (wojewódzkich) realizujących jak największą liczbę zakresów, pozwalających na zgromadzenie łącznie jak najpełniejszej informacji o wszystkich świadczeniach oraz deklarujących dostępność wymaganych danych szczegółowych i ogólnych,
- około 5 szpitali klinicznych realizujących jak największą liczbę zakresów, pozwalających na zgromadzenie łącznie jak najpełniejszej informacji o wszystkich świadczeniach oraz deklarujących dostępność wymaganych danych szczegółowych i ogólnych.

Powyzsza struktura doboru świadczeniodawców ma na celu zapewnienie pozyskania danych od podmiotów realizujących jak najbardziej różnorodne świadczenia, na wielu poziomach referencyjności, reprezentujących jak najbardziej różnorodny poziom kosztów.