

Plan Taryfikacji na 2018 r.

I. Leczenie szpitalne i ambulatoryjna opieka specjalistyczna

1	Świadczenia gwarantowane zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. 2016, poz. 694)
1a	Świadczenia wymienione w załączniku nr 1 do rozporządzenia (w zakresie zbierania danych kosztowych).
1b	Świadczenia wymienione w załączniku nr 1 do rozporządzenia, w obszarze: Choroby układu moczowo-płciowego (w zakresie ustalenia taryfy).
1c	Świadczenia wymienione w załączniku nr 1 do rozporządzenia, w obszarze: Choroby nowotworowe (w zakresie ustalenia taryfy)
2	Świadczenia gwarantowane zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. 2016, poz. 357)
2a	Świadczenia wymienione w załączniku nr 1 do rozporządzenia (w zakresie zbierania danych kosztowych).
2b	Wybrane procedury realizowane w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, z zakresu chorób układu moczowo-płciowego zgodnie z załącznikiem do niniejszego Planu Taryfikacji (w zakresie ustalenia taryfy).
2c	Świadczenia wymienione w załączniku nr 1 do rozporządzenia, w obszarze: Choroby nowotworowe (w zakresie ustalenia taryfy)

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

Uzasadnienie wyboru wskazanych obszarów świadczeń zostało przedstawione w załączniku.

Sporządził: **PODSEKRETARZ STANU**
w Ministerstwie Zdrowia

2017-07-10

Zbigniew J. Król

(data, pieczęć i podpis)

Załącznik nr 1 do Planu Taryfikacji na rok 2018

- 57.32 Cystoskopia przezcewkowa
- 58.22 Inna uretroskopia
- 60.111 Biopsja stercza przezodbytnicza wielomiejscowa
- 60.113 Przeskórna biopsja stercza (nakłucie przez krocze)
- 64.0 Operacja stulejki
- 64.21 Wycięcie lub biopsja i zniszczenie zmiany skóry prącia
- 64.41 Szycie rany prącia

Uzasadnienie

Decyzja o umieszczeniu danej grupy świadczeń w Planie Taryfikacji na dany rok podejmowana jest przy uwzględnieniu obiektywnych kryteriów, do których należą: sytuacja epidemiologiczna i procesy demograficzne zachodzące w Polsce, szczególne potrzeby wybranych grup pacjentów, znaczenie finansowe dla systemu ochrony zdrowia, koszty społeczne oraz istotność z punktu widzenia priorytetów polityki zdrowotnej państwa.

Kierując się powyższymi kryteriami do planu taryfikacji na rok 2018 włączono obszar świadczeń w lecznictwie szpitalnym dotyczący leczenia i diagnostyki chorób nowotworowych oraz chorób układu moczowo-płciowego.

Poniżej przedstawiono dane oraz argumenty, które zostały uwzględnione przy podejmowaniu decyzji odnośnie wyboru taryfikowanej dziedziny.

Diagnostyka i leczenie chorób nowotworowych

Świadczenia w obszarze chorób nowotworowych są realizowane w ponad 800 szpitalach oraz w ponad 4 600 podmiotach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w Polsce, przyjmując, diagnozując i lecząc co roku ponad 150 tys. pacjentów.¹

Wg stanu na dzień 19.06.2017 wydano dotychczas 520 699 kart diagnostyki i leczenia onkologicznego, wykonano 101 057 wstępnych badań diagnostycznych oraz 176 007 pogłębionych badań diagnostycznych.

Prognozuje się, że wzrośnie w kolejnych latach zapotrzebowanie na świadczenia szpitalne oraz ambulatoryjne z obszaru chorób nowotworowych. Przy uwzględnieniu wyłącznie zmian demograficznych, szacuje się, że w okresie kolejnych 15 lat liczba zachorowań wzrośnie do 213 tys. W związku z czym zasadnym jest weryfikacja taryf świadczeń gwarantowanych z tego obszaru, aby dostosować realizację świadczeń do potrzeb zdrowotnych pacjentów.

Leczenie chorób układu moczowo-płciowego w ramach lecznictwa szpitalnego

Świadczenia w obszarze chorób układu moczowo-płciowego obejmują 49 grup z sekcji L Choroby układu moczowo-płciowego, co stanowi 8,7% wszystkich grup z katalogu JGP. Sekcja L skupia łącznie ponad 4,7% wydatków ponoszonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia na realizację świadczeń określonych w katalogu grup JGP w rodzaju leczenie szpitalne oraz stanowi 6,3% liczby wszystkich hospitalizacji zrealizowanych w ramach katalogu JGP.

Taryfikacja świadczeń z zakresu chorób układu moczowo-płciowego wydaje się szczególnie istotna w kontekście zachodzących współcześnie zmian demograficznych i konieczności wspierania dziedzin medycznych, których koszty będą rosły w konsekwencji starzenia się społeczeństwa. Odsetek liczby osób powyżej 65. roku życia w populacji ogólnej Polski na przestrzeni ostatnich 50 lat wzrósł z 7,0% (rok 1965) do 15,8% (rok 2015). Jednocześnie Polska jest jednym z szybciej starzejących się społeczeństw w państwach należących do OECD. Prognozy dla kolejnych 40 lat wskazują, że udział osób w wieku > 65 lat zwiększy się w Polsce

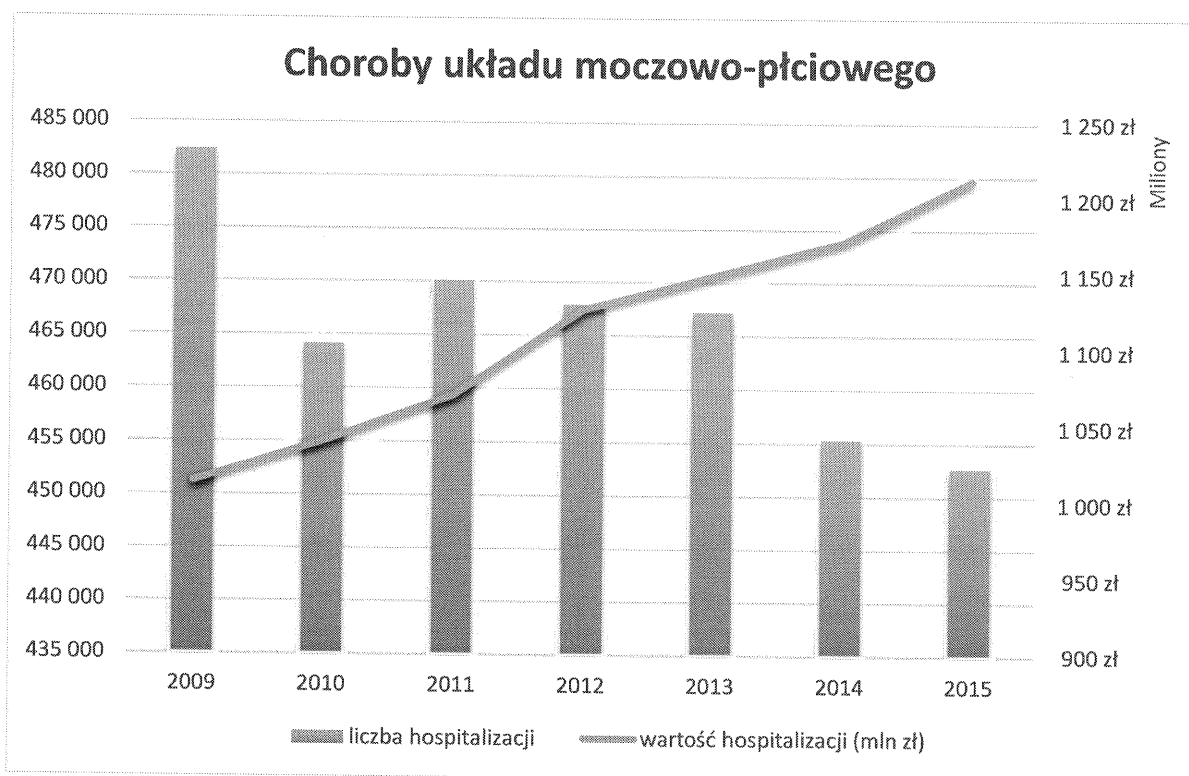
¹ Na podstawie map potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii dla Polski

do 30%.² Odsetek osób powyżej 61 roku życia wśród pacjentów z chorobami układu moczowo-płciowego wzrósł z 45,4% (rok 2009) do 54,4% (rok 2015).

W 2015 roku świadczenia sekcji L realizowane były w większości na rzecz pacjentów z rozpoznaniem chorób układu moczowo-płciowego (ok. 70%) oraz chorobami nowotworowymi (ok. 20%). Mając na uwadze powyższe, taryfikacja świadczeń chorób układu moczowo-płciowego jest szczególnie istotna w odniesieniu do priorytetów wskazanych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz.U. z 2009, Nr 137, poz. 1126): opieka zdrowotna nad osobami chorymi na nowotwory złośliwe.

Wartość hospitalizacji zrealizowanych w ramach świadczeń chorób układu moczowo-płciowego wyniosły w 2015 roku 1 213 mln zł, co stanowi wzrost wydatków w stosunku do roku 2009 o 200 mln zł.

Rycina 1. Liczba i wartość hospitalizacji sekcji L Choroby układu moczowo-płciowego w latach 2009-2015 (opracowanie własne na podstawie danych NFZ).



Wzrost wydatków na przestrzeni sześciu lat był związany także ze wzrostem wydatków w ujęciu rozpoznań ICD-10: choroby układu moczowo-płciowego (wzrost o 10%) oraz chorób nowotworowych (wzrost o 60%). Wzrost kosztów świadczeń z sekcji L był szczególnie wysoki w wymiarze średniej wartości hospitalizacji, która wzrosła w latach 2009-2015 o 27%. Wartość powyższej zmiany wynika ze spadku liczby hospitalizacji o 6%: do 453 tys. w 2015 roku, jednakże, zgodnie z prognozami Ministerstwa Zdrowia³, spadek może ulec zmianie: liczba

² OECD (2015), Health at a Glance 2015: OECD Indicators, OECD Publishing.

<http://www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance-19991312.htm>

³ Mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego, Ministerstwo Zdrowia.

hospitalizacji na oddziałach urologicznych w latach 2016-2029 wzrośnie o około 18%, oddziałach chorób wewnętrznych 22%, oddziałach nefrologicznych 16%.

Na konieczność taryfikacji świadczeń chorób układu moczowo-płciowego zwracało uwagę Polskie Towarzystwo Urologiczne wskazując obszar zabiegów endoskopowych oraz prostatektomii jako szczególnie niedoszacowany w obecnym kształcie wyceny świadczeń gwarantowanych. Wycena taryf urologicznych nie uwzględnia kapitałochłonności infrastruktury niezbędnej do przeprowadzenia zabiegów oraz zwiększającej się długości hospitalizacji (spośród 17tu sekcji JGP w latach 2009-2015 mediana długości hospitalizacji wzrosła najbardziej w sekcji L: o 0,1 dnia).

Zgodnie z zaleceniami Rady ds. Taryfikacji zawartymi w Opinii nr 13/2017 z dnia 25 maja 2017 r., dotyczącej Planu Taryfikacji na rok 2018 przedmiotem taryfikacji w 2018 roku powinny być, poza świadczeniami uwzględnionymi w projekcie Agencji, analogiczne świadczenia realizowane w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, z zakresu chorób układu moczowo-płciowego, jak również dotyczące zakresów świadczeń, dotychczas opiniowanych przez Radę. W uzasadnieniu Rada wskazuje na zasadność optymalizacji wydatków publicznych przewidzianych na świadczenia realizowane w zakresie leczenia szpitalnego oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, co w konsekwencji ma prowadzić do zwiększenia ich dostępności. Agencja przychylając się do Opinii Rady, uwzględniła w załączniku nr 1 do Planu Taryfikacji na 2018 rok wybrane procedury, które mogą być finansowane zarówno w zakresie leczenia szpitalnego, jak i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, koncentrując się na chorobach układu moczowo-płciowego.

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

Ponadto w 2018 roku Agencja będzie kontynuować prace mające na celu pozyskanie danych w zakresie leczenia szpitalnego, którego koszty stanowią największą część kosztów świadczeń zdrowotnych ponoszonych przez płatnika: 33,2 mld zł w 2015 r. (49,2 % kosztów świadczeń zdrowotnych). Dane pochodzące od świadczeniodawców odgrywają kluczową rolę w procesie weryfikacji rzeczywistych kosztów udzielanych świadczeń, służących ustaleniu taryf.

Prace Agencji będą obejmować także i inne zadania w zakresie taryfikacji świadczeń, szczególnie istotne dla bieżącego funkcjonowania systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, wskazane przez Ministra Zdrowia lub wytypowane przez Agencję na podstawie analizy rynku świadczeń jako te, których wycena powinna zostać zweryfikowana. Szczególnym zainteresowaniem Agencji objęte będą świadczenia istotne z punktu widzenia zdrowia jednostki lub zdrowia publicznego, wykazujące wysoką efektywność kliniczną lub kosztową, do których utrudniony dostęp jest wysoce uciążliwy.

Zadania nieujęte w planie taryfikacji, a szczególnie istotne dla bieżącego funkcjonowania systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, wskazywane będą bezpośrednio poprzez zlecenia Ministra Zdrowia, na podstawie aktualnych potrzeb, lub wynikać będą z zaakceptowanych przez Ministra Zdrowia wyników analizy rynku świadczeń dokonywanej

cyklicznie przez Agencję. Analiza i priorytetyzacja świadczeń, których wycena ma podlegać weryfikacji, dokonywana będzie w oparciu o kryteria określone w procedurze taryfikacji świadczeń, w tym m.in.: istotność z punktu widzenia zdrowia jednostki lub zdrowia publicznego, efektywność kliniczna i kosztowa, stopień uciążliwości ograniczonego dostępu do świadczeń.