

Plan Taryfikacji na 2019 r.

I. Leczenie szpitalne

l.p.	Świadczenia gwarantowane zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. poz. 1520 z późn. zm.)
1	Świadczenia wymienione w załączniku nr 1 do rozporządzenia (w zakresie zbierania danych kosztowych)
2	Świadczenia wymienione w załączniku nr 1 do rozporządzenia, w obszarze: Choroby układu krwiotwórczego, zatrucia i choroby zakaźne (w zakresie wydania taryf)

II. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

l.p.	Świadczenia gwarantowane zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. poz. 1413 z późn. zm.)
1	Świadczenia wymienione w załączniku nr 2 do rozporządzenia (w zakresie zbierania danych kosztowych)

III. 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: Z upoważnienia Prezesa

Dyrektor
Wydziału Taryfikacji

16.06.18, *G. Sujkowska*
.....
(data, pieczęć i podpis)

Zatwierdził:

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
.....
(data, pieczęć i podpis)
2018-06-26
Zbigniew J. Król

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 2019 włączono obszar świadczeń w leczeniu szpitalnym dotyczący leczenia chorób układu krwiotwórczego, zatrucia i choroby zakaźne. Wybrany obszar świadczeń, obejmuje 32 grupy z sekcji S „Choroby układu krwiotwórczego, zatrucia i choroby zakaźne”, co stanowi 5,5% wszystkich grup z katalogu JGP. Sekcja S skupia łącznie ponad 4% wydatków ponoszonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia na realizację świadczeń określonych w katalogu grup JGP w rodzaju leczenie szpitalne oraz stanowi 3,2% liczby wszystkich hospitalizacji zrealizowanych w ramach katalogu JGP.

W 2019 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: 35 mld zł w 2016 r. (49,2 % kosztów świadczeń zdrowotnych). Dane pochodzące od świadczeniodawców odgrywają kluczową rolę w procesie weryfikacji rzeczywistych kosztów udzielanych świadczeń, służących ustaleniu taryf. Dodatkowo Agencja planuje rozpocząć pozyskanie danych w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, której koszty w 2016 r. wyniosły 5,6 mld zł (8,3 % kosztów świadczeń zdrowotnych). Pozyskanie danych z ambulatoryjnej opieki specjalistycznej umożliwi porównanie kosztów świadczeń realizowanych w trybie ambulatorium oraz szpitalnym.

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.

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

Leczenie chorób układu krwiotwórczego, zatrucia i choroby zakaźne w ramach leczenia szpitalnego.

Taryfikacja świadczeń z zakresu chorób układu krwiotwórczego, zatrucia i choroby zakaźne 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 16,4% (rok 2016)¹. Jednocześnie Polska jest jednym z szybciej starzejących się społeczeństw w państwach

¹ Główny Urząd Statystyczny. Struktura ludności według wieku w latach 1970-2050.

należących do OECD. Prognozy dla kolejnych 40 lat wskazują, że udział osób w wieku > 65 lat zwiększy się w Polsce do 30%.² Odsetek osób powyżej 61 roku życia wśród pacjentów z chorobami układu krwiotwórczego, zatrucia i choroby zakaźne wzrósł z 32,8% (rok 2009) do 45,1% (rok 2016).

W 2016 roku w sekcji „Choroby układu krwiotwórczego, zatrucia i choroby zakaźne” pacjenci posiadający rozpoznania z zakresu „choroby krwi i narządów krwiotwórczych” oraz „chorób nowotworowych” stanowili 50% hospitalizacji. Mając na uwadze powyższe oraz zakres planu taryfikacji 2018, w którym został ujęty obszar chorób nowotworowych, taryfikacja świadczeń chorób układu krwiotwórczego, zatrucia i choroby zakaźne 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 krwiotwórczego, zatrucia i choroby zakaźne wyniosły w 2016 roku 1 009 mln zł, co stanowi wzrost wydatków w stosunku do roku 2009 o 350 mln zł.

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

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.

Prace w zakresie zbierania danych kosztowych o świadczeniach leczenia szpitalnego oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej mają na celu harmonizację wycen świadczeń, z szczególnym uwzględnieniem analizy kosztów świadczeń realizowanych w trybie ambulatorium oraz szpitalnym.

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>