

Plan Taryfikacji na 2021 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. z 2017 poz. 2295 z późn. zm.)
1	Świadczenia wymienione w załączniku nr 1 do rozporządzenia, w obszarze: Choroby przewodu pokarmowego (w zakresie wydania taryf)
2	Świadczenia wymienione w załączniku nr 1 do rozporządzenia, w obszarze: Choroby wątroby, dróg żółciowych, trzustki i śledziony (w zakresie wydania taryf)

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.

(data, pieczęć i podpis)

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. Minister Zdrowia dokonując wyboru grupy świadczeń kierował się również:

1. kryterium wartości bezwzględnej świadczeń zrealizowanych w 2018 i 2019 roku (a nie jedynie zmiany w zakresie liczby i wartości zrealizowanych świadczeń w poszczególnych sekcjach),
2. kryterium udziału taryfikowanych świadczeń gwarantowanych lub świadczeń dla których przeprowadzono analizę kosztów, do wszystkich świadczeń w poszczególnych sekcjach z katalogu 1a (katalog grup), z uwzględnieniem okresu, który upłynął od procesu taryfikacji (np. im starsze lub brak tym wyższa waga);
3. kryterium zasięgu potencjalnych zmian tj. zakresu wpływu na sytuację świadczeniodawców (w zależności od liczby świadczeniodawców, których wycena może dotyczyć);
4. kryterium celowości, zważywszy na priorytety Ministra Zdrowia wynikające np. z harmonogramu Narodowej Strategii Onkologicznej, uwzględniającego wdrożenie modeli opieki kompleksowej dot. świadczeń onkologicznych: nowotwór złośliwy płuca, nowotwór złośliwy jelita grubego, nowotwory złośliwe z zakresu uroonkologii i ginekologii onkologicznej.

Z powyższych względów do planu taryfikacji na rok 2021 włączono obszary świadczeń w leczeniu szpitalnym, obejmujące choroby przewodu pokarmowego. Wybrane obszary świadczeń, obejmują 44 grupy z sekcji F Choroby przewodu pokarmowego, 26 grup z sekcji G Choroby wątroby, dróg żółciowych, trzustki i śledziona. Łączna kwota wydatków na świadczenia z zakresu sekcji F Choroby przewodu pokarmowego stanowi 7,8% wartości oraz 9,0% liczby wszystkich świadczeń JGP, w przypadku sekcji G wartości te wynoszą odpowiednio 4,3% oraz 3,8%.

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.

W 2021 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: 42,5 mld zł w 2018 r. (52,4 % kosztów świadczeń zdrowotnych). Dane pochodzące od świadczeniodawców odgrywają kluczową rolę w procesie weryfikacji rzeczywistych kosztów udzielanych świadczeń, służących ustaleniu taryf. Dodatkowo Agencja planuje pozyskanie danych w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, której koszty w 2018 r. wyniosły 4,6 mld zł (5,7 % kosztów świadczeń zdrowotnych). Pozyskanie danych z ambulatoryjnej opieki specjalistycznej umożliwi kontynuowanie analiz porównawczych kosztów świadczeń realizowanych w trybie ambulatorium oraz szpitalnym.