

Uzasadnienie

Decyzja o umieszczeniu danej gupy 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 2017 włączono obszar świadczeń w lecznictwie szpitalnym, dotyczących leczenia chorób dzieci. Wybrany obszar świadczeń, obejmujący 28 grup z sekcji P Choroby dzieci oraz 32 grupy w obrębie innych sekcji dedykowane pacjentom poniżej 18 r.ż., skupia łącznie ponad 2% wydatków ponoszonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia na realizację świadczeń w rodzaju leczenia szpitalne oraz stanowi 11% liczby wszystkich JGP.

Dodatkowo, prace Agencji obejmą inne zadania w zakresie taryfikacji świadczeń, szczególnie istotne dla bieżącego funkcjonowania systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, wskazane przez Ministra Zdrowia lub wytypowane w Agencji na podstawie analizy rynku świadczeń (analiza popytu i podaży) 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 taryfikowanych dziedzin.

Leczenie chorób dzieci w ramach lecznictwa szpitalnego

Opieka zdrowotna nad dziećmi stanowi jeden z priorytetów wskazanych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz.U. z 2009, Nr 137, poz. 1126). Wymienia się w nim „poprawę jakości i skuteczności opieki zdrowotnej nad matką, noworodkiem i dzieckiem do lat 3” oraz „zapobieganie najczęstszym problemom zdrowotnym i zaburzeniom rozwoju fizycznego i psychospołecznego dzieci i młodzieży objętych obowiązkiem szkolnym i obowiązkiem nauki oraz kształcących się w szkołach ponadgimnazjalnych do ich ukończenia”.

Objęcie szczególną troską małych dzieci, ale i młodzieży wydaje się niezmiernie istotne zwłaszcza w kontekście zachodzących współcześnie zmian demograficznych i konieczności przeciwdziałania skutkom społecznym starzenia się społeczeństwa. Odsetek liczby osób powyżej 65. roku życia w populacji ogólnej Polski na przestrzeni ostatnich 50 lat wzrósł z 5,8% (rok 1960) do 13,9% (rok 2011). Polska pod tym względem zbliża się do średniej dla państw OECD (15,4%). Jednocześnie Polska jest jednym z szybciej starzejących się społeczeństw w państwach należących do OECD. Prognozy dla kolejnych 40 lat wskazują, że liczba osób w wieku > 65 lat zwiększy się w Polsce ponad dwukrotnie, jednocześnie przewyższając prognozowaną średnią dla krajów OECD.¹

Świadczenia udzielane w warunkach szpitalnych stanowią najbardziej istotną ilościowo i wartościowo formę opieki zdrowotnej nad dziećmi. Zrealizowane hospitalizacje mogą być rozliczane w ramach grup z sekcji P Choroby dzieci, grup z innych sekcji, dedykowanych pacjentom poniżej 18 r.ż., bądź też innych grup, nie posiadających ograniczenia związanego z wiekiem. Wielokrotnie zgłaszane postulaty dotyczące konieczności dokonania zmian w sposobie i poziomie finansowania opieki nad najmłodszymi pacjentami, w tym podnoszona

¹ OECD (2013), Health at a Glance 2013: OECD Indicators, OECD Publishing.
http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en

przez Rzecznika Praw Dziecka propozycja wydzielenia odrębnego katalogu świadczeń dedykowanych dzieciom, wskazały na potrzebę przeanalizowania tego obszaru w pierwszej kolejności. W pierwszym etapie, analizie poddane zostaną rzeczywiste koszty ponoszone przez świadczeniodawców na realizację świadczeń objętych grupami z sekcji P oraz grupami z innych sekcji dedykowanymi pacjentom <18 r.ż., dokonany również zostanie przegląd rozwiązań systemowych w tym zakresie w innych krajach. W ramach dalszych działań, w roku 2018 planowane jest podjęcie prac analitycznych w zakresie pozostałych świadczeń udzielanych pacjentom <18 r.ż.

Zarządzeniem nr 22/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 kwietnia 2016 roku wprowadzono nowy zakres świadczeń: Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży (KOC), dla którego z uwagi na brak wyceny w oparciu o rzeczywiste dane kosztowe pochodzące od podmiotów realizujących świadczenie, została przypisana wartość punktowa w wysokości stanowiącej decyzję Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. W związku z powyższym istnieje potrzeba weryfikacji wyceny przedmiotowego świadczenia na podstawie rzeczywistych danych kosztowych, pozyskanych od świadczeniodawców, a tym samym konieczność włączenia przedmiotowego świadczenia do planu taryfikacji na dany rok. Taryfa w przedmiotowym zakresie zostanie ustalona, w przypadku pozyskania niezbędnych danych od podmiotów realizujących to świadczenie.

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.

W pierwszej połowie 2016 roku inne zadania w zakresie taryfikacji, szczególnie istotne dla bieżącego funkcjonowania systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, stanowiły istotną część prac analitycznych AOTMiT. Zakładając, iż analogiczna sytuacja będzie miała miejsce w roku 2017, w ocenie Agencji zasadnym jest ograniczenie zadań umieszczonych w Planie Taryfikacji do dwóch wskazanych punktów.