

Plan Taryfikacji na 2020 r.

I. Leczenie szpitalne

I.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 zakresie zbierania danych kosztowych)
2	Świadczenia wymienione w załączniku nr 1 do rozporządzenia, w obszarze: Choroby żeńskiego układu rozrodczego (w zakresie wydania taryf)

II. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

I.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. 2016 poz. 357 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

(data, pieczęć i podpis)

Zatwierdził:

PODSEKRETARZ STANU
w Ministerstwie Zdrowia

(data, pieczęć i podpis)

2019-07-04

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 2020 włączono obszar świadczeń w leczeniu szpitalnym dotyczący leczenia chorób żeńskiego układu rozrodczego. Wybrany obszar świadczeń, obejmuje 23 grupy z sekcji M „Choroby żeńskiego układu rozrodczego”, co stanowi 3,4% wszystkich grup z katalogu JGP. Sekcja M skupia łącznie ponad 3,7% wydatków ponoszonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia na realizację świadczeń określonych w katalogu grup JGP w rodzaju leczenie szpitalne oraz stanowi 7% liczby wszystkich hospitalizacji zrealizowanych w ramach katalogu JGP.

W 2020 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: 38,7 mld zł w 2017 r. (50,7 % 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 2017 r. wyniosły 5,6 mld zł (7,4 % kosztów świadczeń zdrowotnych). Pozyskanie danych z ambulatoryjnej opieki specjalistycznej umożliwi kontynuowanie analiz porównawczych 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 żeńskiego układu rozrodczego w ramach leczenia szpitalnego.

Jednorodne grupy pacjentów określone w sekcji M charakteryzują się najmniejszą zmiennością w przeciągu ostatnich 10 lat obowiązywania systemu JGP w Polsce. Spośród 23 JGP określonych w zarządzeniu nr 24/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 lutego 2019 r., aż 22 grupy istniały w roku 2009 (zarządzenie Nr 69/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 3 listopada 2009 r.).