



Lek. med. Krzysztof Łanda

---

# **Agencja Taryfikacji – dlaczego w modelu popytowo-podażowym**



# Podstawowe narzędzia regulacyjne systemu ochrony zdrowia

---

- Zawartość koszyka
- Wycena świadczeń  
(taryfikacja, limity, warunki kontraktowania, „konkurs” ofert + pierwszeństwo kontraktowania dla świadczeń I i II poziomu referencyjnego, czyli świadczeń o najlepszym stosunku kosztu do uzyskiwanego efektu)
- Wielkość środków na realizację koszyka
- Jakość świadczeń  
(wskaźniki jakościowe, RUM i inne rejestry zgodne z GRP, realne płacenie za DRG/JGP itd.)



# Rachunek kosztów świadczeń zdrowotnych

---

TRZEBA ZDAWAĆ SOBIE SPRAWĘ Z JAKĄ MATERIĄ MA SIĘ DO CZYNIENIA:

- Liczba świadczeń w koszyku gwarantowanym,
- Zmienność zawartości koszyka oraz
- Zmienności kosztów świadczeń w czasie, a co za tym idzie zmienność wzajemnych relacji kosztów świadczeń zdrowotnych



**ZDJĘCIE /PHOTO/ KOSZTÓW WSZYSTKICH  
ŚWIADCZEŃ W KOSZYKU NIE JEST MOŻLIWE (i nie  
jest potrzebne do wyceny)!**

---

- Ponad **100 000** technologii medycznych w koszyku (25-30 tys. elementów w bazie Religi)
- Czas, ludzie, koszty badania kosztów, to ważne, ale .... **PO CO TO WSZYSTKO????**



# PO CO TO WSZYSTKO?! – case 1 (wycena powyżej kosztów)

Procedury w <b>JEDNEJ GRUPIE</b> np. JGP (tych procedur jest w niektórych grupach setki)	Szpitale różnych poziomów referencyjnych – KOSZTY /wyniki oceny metodą mikrokosztów/				
	Kliniczny X	Kliniczny Y	Wojewódzki Z	MSW alfa	Rejonowy P
A	<b>1900</b>	1850	1700	<b>1400</b>	1550
B	1400	1400	<b>1500</b>	1450	<b>1300</b>
C	1750	1700	<b>1800</b>	<b>1400</b>	1450
D	1300	<b>1200</b>	1250	1300	<b>1350</b>
E	1750	1850	<b>1900</b>	1700	<b>1600</b>

**Dziś NFZ płaci  
2000 i nie ma  
limitu, ale  
kolejka do tych  
ważnych  
świadczeń  
wynosi 9  
miesięcy!**

– A WIĘC CO  
WYNIKA Z  
ZEBRANYCH  
DANYCH NA  
RZECZ WYCENY?



# PO CO TO WSZYSTKO?! - case 2 (wycena poniżej kosztów)

Procedury w <b>JEDNEJ GRUPIE</b> np. JGP (tych procedur jest w niektórych grupach setki)	Szpitale różnych poziomów referencyjnych – KOSZTY /wyniki oceny metodą mikrokosztów/				
	Kliniczny X	Kliniczny Y	Wojewódzki Z	MSW alfa	Rejonowy P
A	<b>2900</b>	2850	2700	<b>2400</b>	2550
B	2400	2400	<b>2500</b>	2450	<b>2300</b>
C	2750	2700	<b>2800</b>	<b>2400</b>	2450
D	2300	<b>2200</b>	2250	2300	<b>2350</b>
E	2750	2850	<b>2900</b>	2700	<b>2600</b>

**Dziś NFZ płaci  
2000 i nie ma  
limitu, ale  
kolejka do tych  
ważnych  
świadczeń  
wynosi 9  
miesięcy!**

**– należy podnieść  
wycenę NFZ inaczej  
świadczeniodawcy  
będą generować  
dług i odsyłać  
chorych, ale czy do  
tego potrzebna  
analiza kosztów?!**



# PO CO TO WSZYSTKO?!

## – bliższe rzeczywistości / case 3

Procedury w <b>JEDNEJ GRUPIE</b> np. JGP (tych procedur jest w niektórych grupach setki)	Szpitale różnych poziomów referencyjnych – KOSZTY /wyniki oceny metodą mikrokosztów/				
	Kliniczny X	Kliniczny Y	Wojewódzki Z	MSW alfa	Rejonowy P
A	<b>2900</b>	2850	1600	<b>800</b>	950
B	2400	2800	<b>3100</b>	1450	<b>1300</b>
C	2750	2700	<b>3800</b>	<b>1400</b>	1550
D	2300	<b>2200</b>	2250	2300	<b>3350</b>
E	2750	2850	<b>2900</b>	700	<b>600</b>

Dziś NFZ płaci 2000 i nie ma limitu, ale kolejka do tych ważnych świadczeń wynosi 9 miesięcy!

– ROZRZUT

-NIEPEWNOŚĆ  
OSZACOWAŃ

--> JAKI WTEDY SENS  
ANALIZY KOSZTÓW?

--> konieczność  
STANDARYZACJI? (warto  
przypomnieć efekty  
„standardów produktu” z  
roku 2000!)



# PO CO TO WSZYSTKO?!

## – REALITY case 4

Procedury w <u>JEDNEJ</u> GRUPIE np. JGP	Szpitale różnych poziomów referencyjnych – KOSZTY /wyniki oceny metodą mikrokosztów/								
	Kliniczny X	Kliniczn y Y	Woj.. Z	MSW alfa	KL b	KL c	W3	W7	R9
A	<u>1300</u>	+100	+200	+300	+400	+500	+600	+700	+800
B	-100	<u>1500</u>	+100	+200	+300	+400	+700	-200	-400
C	-200	-50	<u>1600</u>	+100	+200	+300	+400	-300	-500
D	-100	-200	-300	<u>1700</u>	+100	+200	+300	+400	-250
E	-300	-100	-200	-300	<u>1800</u>	+100	+200	+300	+400
F	+400	+1000	+1200	+800	-200	<u>1900</u>	+100	+200	+300
G	+500	-100	+300	+100	-100	-50	<u>2000</u>	+200	+300
H	+600	+700	+250	+100	-250	-100	+150	<u>2100</u>	+300
I	+800	+700	+250	+100	-250	-100	+150	-150	<u>2300</u>
J	+800	+700	+250	+100	-250	-100	+150	<u>2500</u>	-150
ITD	ItD..	ItD..	itd	itd	itd	itd	itd	itd	itd

Dziś NFZ płaci 2000 i nie ma limitu,  
ale kolejka do tych ważnych  
świadczeń wynosi 9 miesięcy!

– ROZRZUT

-NIEPEWNOŚĆ OSZACOWAŃ

--> JAKI WTEDY SENS ANALIZY  
KOSZTÓW?

--> a co gdy nie ma  
konkurencji dla  
poszczególnych  
szpitali w regionie?!





# Ile kosztuje wyprodukowanie jaja? Jak ten koszt wpływa na jego **CENĘ**?

Co przekupki biorą pod uwagę ustalając cenę jaja?

---





# Główne mechanizmy regulacji rynku świadczeń zdrowotnych

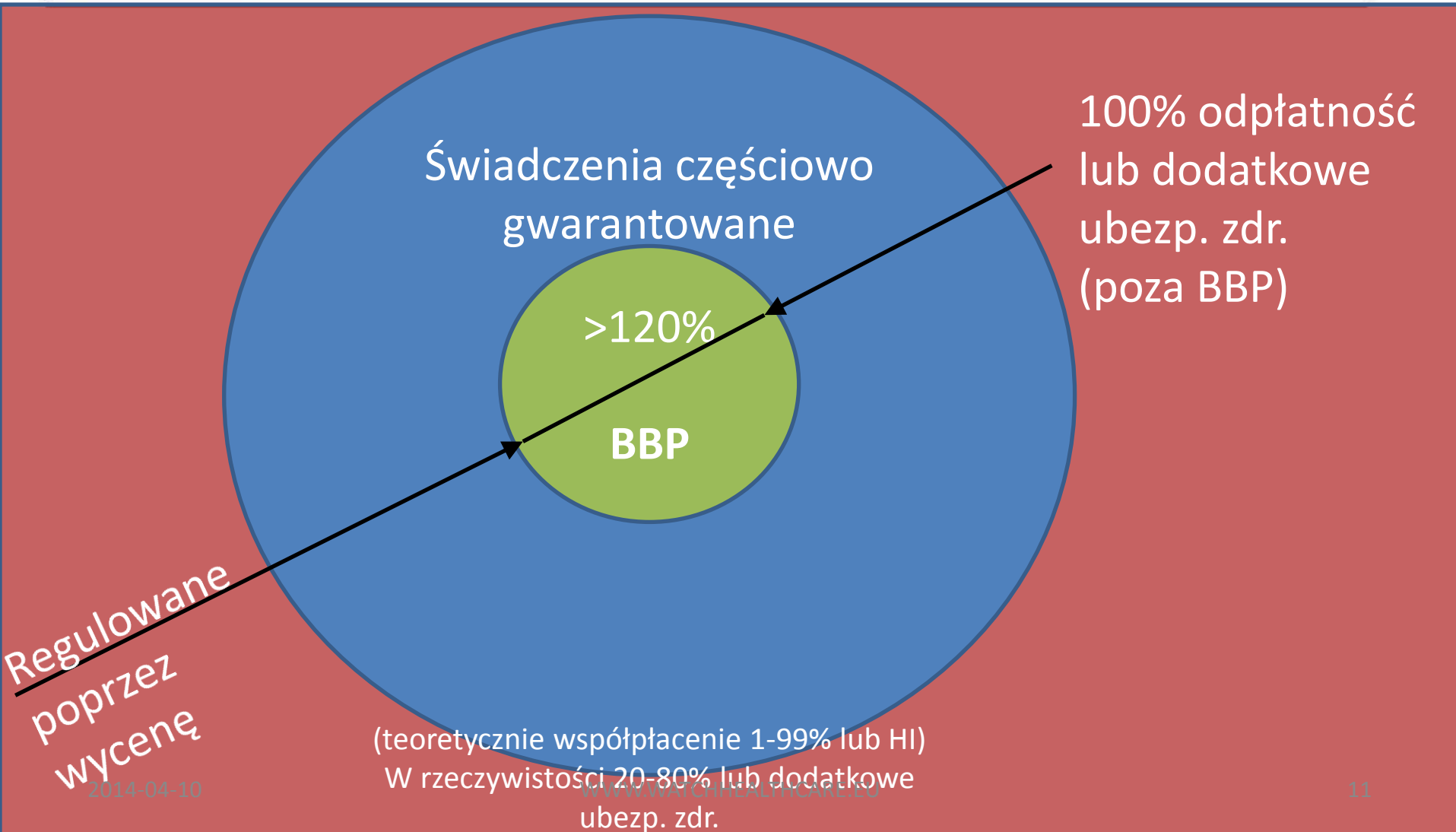
---

- decyzje **refundacyjne** (włączenie do koszyka świadczeń gwarantowanych),
- **decyzje cenowe** (zasadniczo wpływają na podaż świadczeń włączonych do koszyka) oraz
- decyzje **polityczne dotyczące wielkości środków** przeznaczanych na finansowanie świadczeń zdrowotnych.



# Wycena

– najważniejszy mechanizm regulacji ubezpieczeń zdrowotnych i podaży świadczeń





# Ilu dziś się modli?!

Wielu świadczeniodawców/producentów/specjalistów dziś „**MODLI SIĘ**”, żeby nikt nie zmienił obowiązującej wyceny, gdyż świetnie dzięki niej zarabiają! Nikt nie monitoruje erozji cen i nie dokonuje porównania cen na rynku polskim i cen w innych krajach!

- > Potencjał oszczędności w zakresie świadczeń nielekowych (w tym również, ale NIE TYLKO w DRG/JGP) jest prawdopodobnie znacznie większy niż w lekach!
- > Innym pytaniem jest na co oszczędności zostaną wydatkowane (vide: prawie 2 mld oszczędności na lekach w 2012 r. dzięki działalności KE)



# Czym jest i czemu służy wycena świadczeń?

**ocena kosztów świadczeń ≠ wycena**

Wycena jest zawsze umowna. Ceny umożliwiają lub uniemożliwiają transakcje. W zamian za zapłatę ktoś zrzeka się praw do określonego dobra lub wykonuje usługi.

**Wycena może, ale nie musi być dokonywana na podstawie analizy zużycia = analizy kosztów!!! Zużycie bez standaryzacji charakteryzuje się dowolnością i ogromnym rozrzutem. A standaryzacja wszystkiego w medycynie NIE JEST MOŻLIWA!**

Na marginesie: *Analiza kosztów z perspektywy świadczeniodawcy określonego poziomu referencyjnego jest przede wszystkim na rzecz rachunkowości zarządczej => należy ją poprawiać, gdyż daleko do dobrego zarządzania w wielu szpitalach*



# Ocena kosztów technologii medycznych w koszyku

Ile czasu można poświęcić na ocenę kosztów technologii medycznych w koszyku (ktoś jednak chciałby zrobić **bardzo kosztowne zdjęcie kosztów wszystkich świadczeń ocenianych z perspektywy świadczeniodawcy**)?

Jeśli chcielibyśmy mieć aktualne dane kosztowe tylko jeden raz do roku to:

- *ilu ludzi o stosunkowo wysokich kwalifikacjach musiałoby się zajmować taką wyceną, na podstawie kompleksowych analiz kosztów prowadzonych z perspektywy świadczeniodawcy?*



# Jakie powinny być zadania Agencji Taryfikacji?

- **Wycena** świadczeń zdrowotnych i niektórych wyrobów medycznych na podstawie **analizy podaży** świadczeń, analiz ekonomicznych (efektywność kosztowa) i w **nie więcej niż 10-15% przypadków** na podstawie analizy kosztów z perspektywy świadczeniodawcy;
- **Negocjacje z organizacjami społecznymi, związkami zawodowymi i stowarzyszeniami świadczeniodawców;**
- **Ustalanie cen urzędowych** niektórych wyrobów medycznych
- **Monitorowanie wyceny** świadczeń na rynku wewnętrznym i rynkach zewnętrznych
- **Międzynarodowa wymiana informacji** niezbędnych w polityce cenowej
- **Zakupy centralne**
- **Ew. ustalanie stopnia współpłacenia**

*Ewentualnie również:*

- Analiza propozycji i zawieranie **RSS**
- **Monitorowanie wykonywania RSS**



# Zadania KE – ustawa refundacyjna 2011

## Art.18 Zadania Komisji Ekonomicznej

1. Do zadań Komisji należy prowadzenie negocjacji z wnioskodawcą w zakresie:

- 1) **ustalenia urzędowej ceny zbytu;**
- 2) **poziomu odpłatności;**
- 3) **wskazań, w których lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrób medyczny ma być refundowany;**
- 4) instrumentów dzielenia ryzyka, o których mowa w art. 11, *decyzja w sprawie objęcia refundacją*, ust. 5.

2. Do zadań Komisji należy również:

- 1) monitorowanie realizacji całkowitego budżetu na refundację;
- 2) prowadzenie działań mających na celu racjonalizację wydatków związanych z refundacją oraz przedstawianie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia propozycji w tym zakresie;
- 3) monitorowanie realizacji zobowiązania, o którym mowa w art. 25, *wniosek o objęcie refundacją i ustalenie urzędowej ceny zbytu*, pkt 4;
- 4) realizacja innych zadań zleconych przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

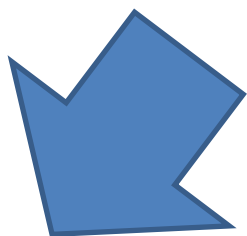
3. **Komisja na podstawie dokumentu stanowiącego wynik negocjacji, podpisanego przez strony negocjacji, przyjmuje stanowisko w drodze uchwały i przedstawia je niezwłocznie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia.**



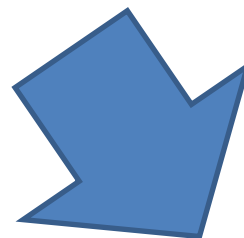


# Projekt ustawy z dnia 15.07.2011 r

o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw - dział VI b, dotyczący taryfikacji świadczeń opieki zdrowotnej



Bardzo **wysokie koszty** po stronie świadczeniodawcy i **mizerny efekt**



Proponowany system jest **korupcjogenny**

Pomimo tego, że Agencja Taryfikacji wydaje się niezbędna, projekt ustawy w ogłoszonym brzmieniu i proponowanej koncepcji zawęży zakres zadań w zakresie wyceny świadczeń poza lekowych AT



## „Wycena kosztów” od lat ... ☹️

warto sprawdzić, czy „eksperci”, którzy pracują nad ustawą to nie są ci sami, którzy od lat opowiadają o „wycenie kosztów” (brr, co za nonsensowna kolokacja słów)

- + wielu innych, którzy pracowali nad bazą świadczeń śp. Prof. Religi,
- + urzędnicy niższego/średniego szczebla, którzy chcą pracować w AT?

**NIESTETY BARDZO TRUDNO NIEKTÓRYM ODRÓŻNIĆ  
CENĘ OD KOSZTU I WYCENĘ OD ANALIZY KOSZTÓW**



# KE to agencja cen

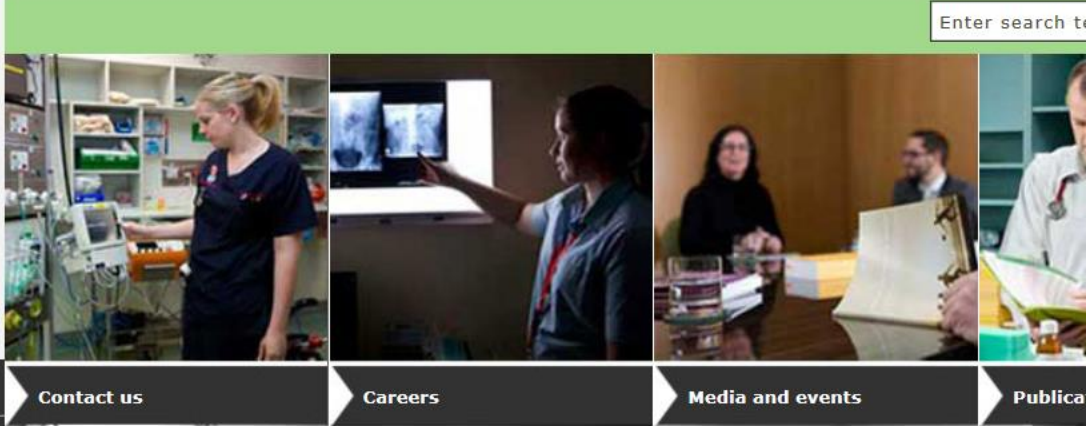
---

KE jest oddzielona od AOTM – zachodzi porównywanie się i patrzeć sobie nawzajem na ręce

Taryfikacja i HTA dla technologii nielekových w AOTM to rozwiązanie korupcjogenne z wielu powodów, m.in.: robią raporty HTA dla TN i równocześnie wyceniają świadczenia, a wartości tej wyceny kształtują wyniki HTA.



- Home
- About Us
- Activity Based Funding
- Data submission portal
- Pricing
- Costing
- Classifications
- Consultation
- FAQs
- Publications



- Contact us
- Careers
- Media and events
- Publications

## Home

The establishment of the Independent Hospital Pricing Authority (IHPA) is a key element of the COAG National Health Reform Agreement (NHA) between all governments on 2 August 2011.

submission: uległość, posłuszeństwo, poddanie się, pokora, teoria przedłożona przez obronę  
[Wyfajcz](#)

**Activity Based Funding Conference 2014**  
 23 - 25 June 2014, Melbourne Convention and Exhibition Centre, Australia  
[www.abfconference.com.au](http://www.abfconference.com.au)



## Welcome

The Independent Hospital Pricing Authority (IHPA) is an independent government agency established in the Commonwealth as part of the *National Health Reform Act 2011*. IHPA was established to contribute to the reforms to improve Australian public hospitals. A major component of these reforms is the implementation of national Activity Based Funding (ABF) for Australian public hospitals. The implementation of ABF provides incentives for efficiency and increases transparency in the delivery and funding of public hospitals in Australia.



IHPA's primary function is to calculate and deliver an annual National Efficient Price (NEP). The NEP is the level of Australian Government funding for public hospital services and provided to public hospitals.



# Wycena a podaż świadczeń zdrowotnych

Na pewno wycena wielu świadczeń **nie ma obecnie nic wspólnego** z podstawową funkcją regulatora jaką jest **zapewnienie wysokiej podaży świadczeń zdrowotnych podstawowych, potrzebnych, efektywnych i najbardziej opłacalnych z opcjonalnych.**

Często można w Polsce łatwo i bez kolejki otrzymać super drogie, wysokospecjalistyczne świadczenie zdrowotne, podczas gdy dostęp do podstawowych świadczeń zdrowotnych jest poważnie ograniczony (vide rankingi na [www.korektorzdrowia.pl](http://www.korektorzdrowia.pl) i [www.barometrwhc.pl](http://www.barometrwhc.pl)).



# Kolejka do hematologa – jako przykład wpływu wyceny przy braku limitów

- 4 miesiące
  - Dziś wycena np. 20
  - Zwiększenie wyceny do 40 -> kolejka skraca się do 3 miesięcy
  - Zwiększenie wyceny do 50 -> kolejka ani drgnie
  - Zwiększenie wyceny do 60 -> kolejka skróciła się do 2 miesięcy
  - Zwiększenie wyceny do 80 -> kolejka zlikwidowana, hematolodzy z Irlandii i UK zaczynają otwierać swoje gabinety w Polsce; CEL OSIĄGNIĘTY, DOBRY DOSTĘP DO WAŻNEGO ŚWIADCZENIA
- 
- Zmniejszenie wyceny 70, a potem 60 po 2-3 latach utrzymywania wysokiej ceny -> kolejka nie wzrasta!
  - Zmniejszenie wyceny do 50 po kolejnym roku -> pojawiła się kolejka 4 tygodnie
  - Korekta wyceny do 55-60 -> kolejka minimalna lub żadna
  - Kontrola i korekta po pewnym czasie itd.
-



# Wycena świadczeń w kardiologii interwencyjnej – **przejrzystość**

---

## **Obniżka:**

- wszczepiania stentu z uwalniającym się w tętnicy lekiem
- leczenie inwazyjne chorych z zawałem trwającym poniżej czterech dni

## **Wzrost:**

- dwuetapowe leczenie chorego z zawałem
- pomostowanie naczyń wieńcowych z plastyką

## **Nowe świadczenia:**

- badanie zwężeń w tętnicach wieńcowych za pomocą USG wewnątrznaczyniowego
- pomiar gradientu
- wszczepienie jednoczasowe więcej niż jednego stentu uwalniającego lek

Świadczenie	Nazwa grupy	Obecnie <sup>1</sup>	Wcześniej
wszczepienie stentu z uwalniającym się w tętnicy lekiem	Angioplastyka wieńcowa z implantacją jednego stentu DES *	245	321
leczenie inwazyjne chorych z zawałem trwającym poniżej czterech dni	OZW - leczenie inwazyjne < 4 dni	180	197
wszczepienie stentu	Angioplastyka z zastosowaniem jednego stentu i inne zabiegi	124	111
dwuetapowe leczenie chorego z zawałem	OZW - leczenie inwazyjne dwuetapowe > 3 dni	316	274
pomostowanie naczyń wieńcowych z plastyką	Pomostowanie naczyń wieńcowych z plastyką	654	545
badanie zwężeń w tętnicach wieńcowych za pomocą USG wewnątrznacyniowego	IVUS tętnic wieńcowych	75	-
pomiar gradientu	FFR	75	-
wszczepienie jednoczasowe więcej niż jednego stentu uwalniającego lek	Angioplastyka wieńcowa z implantacją nie mniej niż 2 stentów DES	295	-

**Wartość punktu w leczeniu szpitalnym - 51 zł**

<sup>1</sup> Zarządzenie Nr 11/2012/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 lutego 2012 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne





# Inne świadczenia z zakresu kardiologii

Świadczenie	Średni czas oczekiwania w miesiącach <a href="http://www.barometrwhc.pl">www.barometrwhc.pl</a>	Wycena punktowa	Koszt prywatnie
wizyta u kardiologa	3,2 mc	6	100-120 zł
koronarografia – tryb planowy	2 mc	30	ok. 2000 zł
badanie EKG metodą Holtera	2,6 mc	7	80-120 zł
badanie elektrofizjologiczne serca (EPS)	10,6 mc	30	7000-10000 zł



# Wycena w wysiłkowym nietrzymaniu moczu u kobiet

---

Przykład racjonalnej polityki cenowej z roku 2000 – Zachodniopomorska Kasa Chorych / w oparciu o raport HTA i głównie analizę ekonomiczną (obejmującą analizę metodą mikrokosztów z perspektywy świadczeniodawcy)

- Plastyka przedniej ściany pochwy z podszyciem cewki szwami Kellego (plastyka przednia),
- Operacja Marshall-Marchetti-Krantz (MMK),
- Operacja podwieszenia pochwy metodą Burcha (Burch),
- Operacja przy użyciu "Tension-free Vaginal Tape" (TVT).



# Wycena alloplastyki cementowej (AC) i bezcementowej (ABC)

- ABC wyceniona dziś niemal **2,5 x wyżej** niż AC – wątpię, żeby to wycena była w oparciu o analizę metodą mikrokosztów ...
  - Alloplastyka uznana przez WHO jako **jedna z najbardziej opłacalnych TM** (wysoce skuteczna i relatywnie niski koszt!)
  - Są PS i metaanalizy wskazujące, że AC i ABC **nie różnią się skutecznością** ani profilem bezpieczeństwa, a nawet przewaga AC u ludzi starszych
  - Na świecie robi się **50% ABC i 50% AC** – **w Polsce 90% to ABC!!!** Dlaczego?
  - **Kolejka w Polsce to średnio 30-40 miesięcy!**
- > Zmieniając wycenę (zwiększając AC i zmniejszając ABC) można zmienić zachowania świadczeniodawców – **W TYM SAMYM BUDŻECIE MOŻNA WYKONAĆ ZNACZNIE WIĘCEJ ALLOPLASTYK**, a w związku z tym **ZMNIEJSZYĆ KOLEJKĘ** i osiągnąć ważny **SUKCES POLITYCZNY**



# Konieczność publikacji danych kosztowych!

## Czynniki do rozważenia:

- Jeśli badamy 10-15% koszty wybranych świadczeń to zwykle możemy **dobrze przeprowadzić badanie** (to ma uzasadnienie, ale w innym celu niż „wycena kosztów” brrr); jeśli natomiast np. wszystkie grupy JGP, to NIE jest możliwe by zrobić to dobrze; **publikacja tych danych to kij w mrowisko i kłopoty**
- **Koszty** badania kosztów – precyzja i niepewność oszacowań + **zdolności** menedżerów szpitali + koszty systemu zbierania danych kosztowych (po co to wszystko? Co to da?)
- Wg Prof. Jonssona (mail z 3.03.2013 a ja w pełni się z tym zgadzam) wycena powinna uwzględniać przede wszystkim wyniki analiz ekonomicznych i inne dane z raportów HTA, ale przede wszystkim opierać się na ocenie podaży i popytu oraz racjonalizować wydatkowanie środków publicznych w sytuacji zmieniającej się rzeczywistości (nowe technologie, erozja cen, zmiany na rynku pracy, itd.). **Wycena wyłącznie na podstawie analiz kosztów to BŁĄD!**



# AT powinna

- Pracować w porozumieniu z AOTM  
(AOTM powinien podjąć HTR i znacznie rozszerzyć działalność w zakresie oceny technologii nielekowych – usuwanie przestarzałych i nieopłacalnych technologii z koszyka, a już na pewno wskazywanie ich do zmiany wyceny, zmiany warunków świadczeń, RSSów i ew. współpłacenia)
- Priorytetem wycena świadczeń i ew. ustalanie współpłacenia:
  - Monitorowanie **kolejek** (= podaży i popytu!) – w wielu przypadkach można dokonać zmian wyceny, podjąć **negocjacje** ze „stakeholders”, dokonać **zakupu centralnego (z konfekcjonowaniem i bez)** i inne, **CEL NADRZĘDNY: zapewnienie dostępu do wysoce opłacalnych, podstawowych i potrzebnych wielu chorym świadczeń zdrowotnych, często możliwe BEZ ZWIĘKSZANIA WYDATKÓW**
  - Innych, mniej niezbędnych dla zdrowotności społeczeństwa – **podejście ukierunkowane na OSZCZĘDNOŚCI (potencjał do obniżek cen / „zgnięte kartofle”)**, bez zwiększania wpływu na budżet, gdzie można zwiększyć dostępność do świadczeń zdrowotnych lub wygenerować oszczędności, głównie:
    - Bardzo drogich, jeśli chodzi o wpływ na budżet (wielu stosujących i stosunkowo wysokie ceny)
    - Bardzo drogich, jeśli chodzi o jednostkowy koszt terapii (na osobę: na podanie, na miesiąc, na rok)



**Dziękuję za uwagę!**  
[landa@korektorzdrowia.pl](mailto:landa@korektorzdrowia.pl)