



Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



**Rzeczpospolita
Polska**

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Rodzaje danych udostępnianych Agencji przez świadczeniodawców oraz formy ich przekazywania, spójność/kompletność, najczęściej popełniane błędy oraz występujące braki.

Types of data transfer to the Agency by service providers: the forms of their transmission, consistency / completeness, the most common mistakes and deficiencies.

Jacek Przepióra¹, Natalia Fedoryszak-Kuśka¹, Ewa Stal¹

¹Wydział Taryfikacji, Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji;

Warszawa, sierpień 2019

Rodzaje danych udostępnianych Agencji przez świadczeniodawców oraz formy ich przekazywania, spójność/kompletność, najczęściej popełniane błędy oraz występujące braki.

Spis treści

1. Abstrakt	3
2. Wstęp	4
3. Rodzaje danych udostępnianych Agencji przez świadczeniodawców	5
3.1. Dane szczegółowe	5
3.1.1. Formy przekazywania danych	6
3.1.2. Spójność / kompletność	6
3.1.3. Najczęściej popełniane błędy oraz występujące braki.....	8
3.2. Karta JGP	8
3.2.1. Formy przekazywania danych	9
3.2.2. Spójność / kompletność	9
3.2.3. Najczęściej popełniane błędy oraz występujące braki.....	10
3.3. Karty kosztorysowe	11
3.3.1. Formy przekazywania danych	11
3.3.2. Spójność / kompletność	12
3.3.3. Najczęściej popełniane błędy oraz występujące braki.....	12
3.4. Własna kalkulacja kosztów (WKK)	13
3.4.1. Formy przekazywania danych	13
3.4.2. Spójność / kompletność	14
Podsumowanie	15
4. Bibliografia	16

Rodzaje danych udostępnianych Agencji przez świadczeniodawców oraz formy ich przekazywania, spójność/kompletność, najczęściej popełniane błędy oraz występujące braki.

1. Abstrakt

Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) jest państwową jednostką budżetową podległą ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, pełniącą funkcję doradczą. Rola Agencji w systemie ochrony zdrowia w Polsce uwidacznia się między innymi w procesie taryfikacji świadczeń zdrowotnych, która przeprowadzana jest na historycznych rzeczywistych danych kliniczno-kosztowych i finansowo-księgowych. Dane niezbędne do oszacowania taryfy są pozyskiwane w ramach przeprowadzanych przez Wydział Taryfikacji AOTMiT postępowań. W zależności od specyfiki wycenianego świadczenia oraz stopnia z informatyzowania świadczeniodawców możliwe jest przekazanie wymaganych danych medyczno-kosztowych za pomocą danych szczegółowych, KartyJGP, karty kosztorysowej czy własnej kalkulacji kosztów. Wskazany przez AOTMiT rodzaj udostępnianych danych jest ściśle związany z formą ich przekazania, weryfikacji oraz rodzajem najczęściej spotykanych błędów. Dane szczegółowe są najbardziej rozbudowanym rodzajem danych, co w przypadku przygotowywania danych dla dużej liczby świadczeń jest rozwiązaniem dedykowanym do podmiotów leczniczych przetwarzających dane w postaci baz danych. Proces ich weryfikacji jest również najbardziej rozbudowany. KartaJGP oraz karty kosztorysowe wychodzą naprzeciw pozostałym świadczeniodawcom, którzy ze względu na niewystarczający poziom informatyzacji są zmuszeni wprowadzać wymagane przez AOTMiT informacje manualnie. Natomiast własna kalkulacja kosztów jest nieobowiązkowym rodzajem przekazywania danych o uproszczonej konstrukcji.

słowa kluczowe: rodzaje danych, dane szczegółowe, KartaJGP, karta kosztorysowa, własna kalkulacja kosztów.

Abstract

The Agency for Health Technology Assessment and Tariff System is national institution supervised by Minister of Health and funded by government. Agency is an advisory body in the reimbursement and tariffication process. The second process is conducted by Tariff Department through proceedings in which this Agency department collects necessary data in order to estimate costs of health care services provided for patients. based on analysed homogeneous patient groups (JGP – which is short cut from polish - *Jednorodne Grupy Pacjentów*). Depending on the specifics of the service being assessed and degree of the entity's IT system, providers have possibility to select the type of transmission of required data. There are three options of data transfer: detailed data, JGPcard, cost estimate card. Optionally to the previously mentioned three methods service providers can transfer own cost calculation card. All of listed sorts of data have individual form and format of data presentation, way of transfer and verification. The detailed data option is the most extensive one in relation to sort of transfer and verification process. Therefore only a few service providers are able to prepare this type of data. The JGPcard and cost estimate card are more common sort of data transfer and meet the expectations of remaining service providers, while own cost calculation card is an optional type of data transfer. The last one is the least popular sort of data, because is not obligatory and brings only additional information about costs to other sorts of data.

key words: types of data transmission, detailed data, JGPcard, cost estimate card, own cost calculation card.

Rodzaje danych udostępnianych Agencji przez świadczeniodawców oraz formy ich przekazywania, spójność/kompletność, najczęściej popełniane błędy oraz występujące braki.

2. Wstęp

System Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP), jako metoda finansowania przez płatnika publicznego gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej, powstał w celu zrationalizowania finansowania leczenia szpitalnego. Dzięki wdrożeniu JGP w sposobie rozliczania świadczeń uwzględnia się koszty hospitalizacji pacjenta z konkretnym schorzeniem, w konkretnej sytuacji oraz uwzględnieniem chorób współistniejących czy powikłań. Dlatego pacjenci z różnymi dolegliwościami zostali połączeni w grupy o podobnym podejściu diagnostyczno-leczniczym oraz pochłaniającym porównywalne zasoby finansowe (1). Zatem pierwszym krokiem do wprowadzenia w 2008 roku w Polsce systemu JGP było wyodrębnienie odpowiednich grup pacjentów i opracowanie zasad kwalifikacji pacjentów do odpowiedniej JGP. Działanie to było możliwe dzięki dostosowaniu katalogu świadczeń lecznictwa szpitalnego z roku 2007 do definicji i opisu poszczególnych JGP. W kolejnym etapie oszacowano wartości nowych taryf rozumianych jako iloczyn wartości punktowych hospitalizacji i wartości punktu (2). Do wyceny grupy wykorzystywano (1):

1. średnią wartość grup rozumianą jako średnia ważona liczbą wystąpień grupy świadczeń przypisanych do poszczególnych JGP w ciągu rocznego okresu rozliczeniowego,
2. porównanie otrzymanej wartości do wartości danej grupy w układzie relacji brytyjskich,
3. ocenę jednorodności taryf nowych JGP w stosunku do elementów składowych,
4. specyfikę polskiego systemu opieki zdrowotnej, tzn. kosztów intensywnej terapii przy zabiegach złożonych czy zastosowania kosztochłonnych wyrobów medycznych.

Zaproponowane taryfy zostały dostosowane do przewidywanego poziomu finansowania w 2008 roku. Kolejne lata funkcjonowania systemu JGP w Polsce wymuszały uaktualnienia taryf.

W wyniku zmiany Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych od 1 stycznia 2015 roku do głównych zadań Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT/Agencja), określonych w artykule 31n dodano zadania związane z określeniem taryfy świadczeń w danym zakresie lub rodzaju (3). Wycena (taryfikacja) świadczeń finansowanych ze środków publicznych powinna uwzględniać racjonalność w gospodarowaniu ograniczonymi zasobami finansowymi na ochronę zdrowia (4). Zatem najlepszą podstawą do wyceny świadczeń stanowią informacje o elementach składowych udzielanego świadczenia oraz związanymi z nimi kosztami.

Agencja pozyskuje informacje niezbędne do wyceny świadczeń w drodze postępowań ogłaszanych przez Prezesa AOTMiT. Uczestniczący w postępowaniach świadczeniodawcy przekazują historyczne dane finansowo-księgowe i kliniczno-kosztowe na podstawie warunków określonych we Wniosku o udostępnienie Danych oraz podpisanego oświadczenia Podmiotu. Ze względu na specyfikę świadczeń oraz bazę informatyczną podmiotów biorących udział w postępowaniach, w AOTMiT wypracowano kilka podstawowych rodzajów zbierania danych kliniczno-kosztowych: dane szczegółowe, KartaJGP, karty kosztorysowe oraz własna kalkulacja kosztów. W poniższych rozdziałach przedstawiono szczegółowy opis rodzaju danych, form ich przekazywania, analizy spójności i kompletności oraz najczęściej popełniane błędy.

Rodzaje danych udostępnianych Agencji przez świadczeniodawców oraz formy ich przekazywania, spójność/kompletność, najczęściej popełniane błędy oraz występujące braki.

3. Rodzaje danych udostępnianych Agencji przez świadczeniodawców

3.1. Dane szczegółowe

Dane szczegółowe standardowo zawarte są w ośmiu plikach i zawierają wszelkie informacje związane z zasobami wykorzystanymi do udzielonych świadczeń oraz dodatkowe informacje dotyczące cennika procedur i obrotu magazynowego u danego świadczeniodawcy. Dane przekazywane są dla wszystkich lub dla określonej próby pacjentów wskazanych we Wniosku o udostępnienie Danych.

Poniżej przykładowy komplet danych szczegółowych, na który składają się pliki:

- **OG – Informacje ogólne** – plik (tabela 1) zawiera informacje pozwalające dokładnie scharakteryzować świadczeniobiorcę. Dla każdej hospitalizacji danego świadczeniobiorcy, ma zostać zawarty w pliku jeden rekord opisujący to świadczenie.

Tabela 1. Struktura pliku OG

NR_KS	KSIEGA_ROK	KSIEGA_NR	KSIEGA_POZ	KSIEGA_NR_DZIECKA	ID_PACJENTA	DATA_PRZYJ	DATA_ZAK	TR_PRZYJ	TR_WYP
-------	------------	-----------	------------	-------------------	-------------	------------	----------	----------	--------

Źródło: Zarządzenie Prezesa AOTMiT nr 39/2018 z dnia 19 czerwca 2018 r.

- **SM – Świadczenia medyczne** – plik (tabela 2) zawiera informacje na temat świadczeń opieki zdrowotnej, udzielanych świadczeniobiorcy. Dla każdego świadczenia, pobytu ma zostać zawarty w pliku jeden rekord opisujący to świadczenie. W przypadku, gdy w trakcie trwania świadczenia nastąpi zmiana kodu zakresu świadczeń wg katalogu płatnika lub kodu świadczenia z katalogu płatnika (produktu rozliczeniowego lub ośrodka powstawania kosztów należy dla każdej zmiany przekazać odrębny rekord opisujący świadczenie.

Tabela 2. Struktura pliku SM

NR_OPK_SM	NR_KS	DATA_ROZP_PROD	DATA_ROZP_PROD	GODZ_ROZP_PROD	GODZ_ZAK_PROD	KOD_ZAKRESU	KOD_PROD	ROZP_GL	ROZP_WSP	ROZP_POW	ILOSC_SM
-----------	-------	----------------	----------------	----------------	---------------	-------------	----------	---------	----------	----------	----------

Źródło: Zarządzenie Prezesa AOTMiT nr 39/2018 z dnia 19 czerwca 2018 r.

- **PL – Produkty lecznicze** – plik (tabela 3) zawiera informacje pozwalające dokładnie określić produkty lecznicze, jakie otrzymał pacjent podczas hospitalizacji, zarówno podczas pobytu na oddziale jak i w trakcie realizacji zabiegów i diagnostyki.

Tabela 3. Struktura pliku PL

INDEKS_MAT_PL	NR_OPK_PL	NR_KS	DATA_WYK	NAZWA_PL	JEDN_MIARY_PL	LICZBA_PODANYCH_JEDN_MIARY	KOSZT_JEDNOSTKI
---------------	-----------	-------	----------	----------	---------------	----------------------------	-----------------

Źródło: Zarządzenie Prezesa AOTMiT nr 39/2018 z dnia 19 czerwca 2018 r.

- **WM – Wyroby medyczne** – plik (tabela 4) zawiera informacje pozwalające dokładnie określić jednorazowe wyroby medyczne, środki pomocnicze, jakie otrzymał pacjent zarówno podczas pobytu na oddziale jak i w trakcie realizacji zabiegów i diagnostyki.

Tabela 4. Struktura pliku WM

INDEKS_MAT_WM	NR_OPK_WM	NR_KS	DATA_WYK	NAZWA_WM	JEDN_MIARY_WM	LICZBA_ZUZYTYCH_JEDN_MIARY	KOSZT_JEDNOSTKI
---------------	-----------	-------	----------	----------	---------------	----------------------------	-----------------

Źródło: Zarządzenie Prezesa AOTMiT nr 39/2018 z dnia 19 czerwca 2018 r.

- **PR – Procedury medyczne** – plik (tabela 5) zawiera informacje pozwalające dokładnie określić procedury medyczne (terapeutyczne, diagnostyczne, zabiegowe itd.), jakie wykonano na rzecz pacjenta. W przypadku stosowania procedur złożonych, każdą z procedur składowych należy wykazać w osobnym rekordzie z uzupełnionym wpisem dotyczącym numeru książki zabiegowej/ sali operacyjnej.

Tabela 5. Struktura pliku PR

NR_KS	NR_OPK_ZLEC	NR_OPK_PR	NR_KS_PR	DATA_WYK	ICD-9	NAZWA_PR	ILOSC_PR	CZAS_PR
-------	-------------	-----------	----------	----------	-------	----------	----------	---------

Źródło: Zarządzenie Prezesa AOTMiT nr 39/2018 z dnia 19 czerwca 2018 r.

Rodzaje danych udostępnianych Agencji przez świadczeniodawców oraz formy ich przekazywania, spójność/kompletność, najczęściej popełniane błędy oraz występujące braki.

- PR_HR – *Procedury (personel medyczny)* – plik (tabela 6) zawiera informacje pozwalające dokładnie określić zaangażowanie personelu medycznego w wykonanie poszczególnych procedur medycznych. Wykaz procedur dla których wymagane jest wskazanie personelu zaangażowanego w realizację procedur zawarty jest w odrębnym pliku „słownik procedur ICD-9 z kategoriami” i dostępny na stronie dane-kosztowe@aotm.gov.pl.

Tabela 6. Struktura pliku PR_HR

NR_KS	NR_KS_PR	DATA_WYK	ICD-9	NAZWA_PR	NR_OPK_HR	NAZWA_HR	ILOSC_HR	CZAS_JEDNEGO_HR
-------	----------	----------	-------	----------	-----------	----------	----------	-----------------

Źródło: Zarządzenie Prezesa AOTMiT nr 39/2018 z dnia 19 czerwca 2018 r.

- CP – *Cennik procedur medycznych* – plik (tabela 7) zawiera informacje na temat cen i liczby zrealizowanych procedur w danym ośrodku powstawania kosztów.

Tabela 7. Struktura pliku CP

NR_OPK_PR	ROK	MIESIACE	ICD-9	NAZWA_PR	KOSZT_PR	ILOSC_PR
-----------	-----	----------	-------	----------	----------	----------

Źródło: Zarządzenie Prezesa AOTMiT nr 39/2018 z dnia 19 czerwca 2018 r.

- OM – *Obrót przychodu magazynowego* – plik (tabela 8) zawiera informacje na temat obrotu przychodu produktów leczniczych oraz wyrobów medycznych wraz z ich stanem we wszystkich magazynach (w tym magazynów oddziałowych) na koniec roku poprzedniego do roku za który zbierane są dane o wskazanych świadczeniodawcy hospitalizacjach.

Tabela 8. Struktura pliku OM

INDEKS_MAT	EAN	SUBST_CZYNNA RODZAJ_WM	ZAWARTOSC_SUBST CZYNNEJ	NAZWA	JEDN_MIARY	LICZBA JEDN_MIARY	JEDN_MIARY OPAK	LICZBA ZAKUP_OPAK	WARTOSC
------------	-----	---------------------------	----------------------------	-------	------------	----------------------	--------------------	----------------------	---------

Źródło: Zarządzenie Prezesa AOTMiT nr 39/2018 z dnia 19 czerwca 2018 r.

W zależności od postępowania, Agencja, w celu ułatwienia przygotowania i przekazania danych może odstąpić od zbierania pełnego kompletu danych, np. pomijając informacje z plików CP, PR_HR, OM.

3.1.1. Formy przekazywania danych

Świadczeniodawcom są udostępniane wzory plików w formacie Microsoft Excel w celu przygotowania danych, natomiast finalnie dane muszą zostać zapisane w postaci plików CSV. Po przygotowaniu poszczególnych plików świadczeniodawcy importują pliki CSV poprzez stronę <https://dane-kosztowe.aotm.gov.pl>, w ramach indywidualnego konta świadczeniodawcy. Po imporcie plików uruchamiana jest walidacja i dane są weryfikowane pod względem technicznym (spójności i kompletności plików). Szczegółowe zasady walidacji opisano w podrozdziale 3.1.2 *Spójność/kompletność*.

Świadczeniodawcom jest również udostępniany protokół transmisji danych FTP (ang. *File Transfer Protocol*). Jest to narzędzie, które umożliwia dwustronne przesyłanie plików pomiędzy Agencją, a świadczeniodawcą (<https://ftptaryfikacja.aotm.gov.pl>). FTP spełnia wymogi bezpieczeństwa na poziomie wysokim i wykorzystywany jest do wysyłania na serwer plików oraz ich pobierania. Za pomocą tego narzędzia do świadczeniodawców przesyłane są m.in. pliki z informacjami o wskazanych przez Agencję świadczeniach do przekazania, raporty błędów z weryfikacji, słowniki itp. Sam proces przesyłania i pobierania plików za pomocą serwera FTP jest bardzo prosty dla użytkowników i korzysta się z niego intuicyjnie poprzez wykorzystanie możliwości „przeciągnij i upuść” (ang. drag and drop). Przesłanie pliku przez świadczeniodawcę powoduje automatyczne wysłanie wiadomości mailowej na adres: taryfikacja@aotm.gov.pl, z informacją, iż dany użytkownik wgrał plik na serwer FTP.

3.1.2. Spójność / kompletność

Wszelkie wymagania techniczne, m.in. formaty plików, struktura plików, typy danych w kolumnach poszczególnych plików oraz relacje pomiędzy plikami, zawarte są w Zarządzeniach Prezesa AOTMiT w sprawie zasad przekazywania danych w danym postępowaniu (np. *Zarządzenie Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 39/2018 z dnia 19 czerwca 2018 r. w sprawie zasad udostępnienia przez świadczeniodawców danych niezbędnych do ustalenia taryfy świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych dotyczących świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w obszarze: choroby nowotworowe (5)* lub *Zarządzenie Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 16/2019 z dnia 3 kwietnia 2019 r. w sprawie zasad udostępnienia przez świadczeniodawców danych medyczno-kosztowych niezbędnych do ustalenia taryfy świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (6)*).

Proces weryfikacji danych szczegółowych odbywa się na dwóch etapach, które mogą występować kilka razy po sobie, aż do uzyskania spójnych i kompletnych danych:

Rodzaje danych udostępnianych Agencji przez świadczeniodawców oraz formy ich przekazywania, spójność/kompletność, najczęściej popełniane błędy oraz występujące braki.

1. weryfikacji technicznej,
2. weryfikacji jakościowej.

Weryfikacja techniczna dokonywana jest przez świadczeniodawcę w momencie rozpoczęcia importu danych, dzięki algorytmom sprawdzającym, zaimplementowanym do aplikacji. Obejmuje ona analizę prawidłowości, spójności i kompletności przekazywanych danych. Weryfikacja techniczna dokonywana jest automatycznie, przy każdorazowym wgraniu kompletu wcześniej przygotowanych plików CSV oraz po każdym wprowadzeniu przez świadczeniodawcę poprawek, uzupełnień.

Po zakończeniu weryfikacji, dla świadczeniodawcy generowany jest raport w postaci pliku Microsoft Excel, z arkuszami zawierającymi rekordy z opisami błędów technicznych, braków w danych dla poszczególnych plików. Następnie świadczeniodawca dokonuje aktualizacji plików poprzez wprowadzenie poprawek, uzupełnień na wcześniej przygotowanych plikach i ponownie importuje je w aplikacji. Te czynności powtarzane są przez świadczeniodawcę do momentu wygenerowania raportu, który nie wykazuje błędów technicznych. Po zakończeniu wprowadzania wszystkich wskazanych poprawek, uzupełnień i przeprowadzeniu ostatecznej weryfikacji prawidłowości przygotowanych danych, świadczeniodawca akceptuje przekazanie danych do Agencji poprzez kliknięcie przycisku „wgraj do bazy”. Akceptacja danych powoduje automatyczne wygenerowanie wiadomości mailowej na adres: taryfikacja@aotm.gov.pl, z informacją o świadczeniodawcy, który przekazał dane w postępowaniu poprzez portal *dane-kosztowe* do kolejnego etapu weryfikacji. Dodatkowo wysyłane jest także potwierdzenie do świadczeniodawcy o przesłaniu danych. Wgranie plików do bazy powoduje zablokowanie dostępu świadczeniodawcy do możliwości edycji danych. W celu przekazania przez świadczeniodawcę danych w terminie wyznaczonym przez Agencję, pierwsze przekazanie danych musi nastąpić nie później niż wyznaczony termin udostępnienia danych zawarty we Wniosku o udostępnienie Danych. Warunek terminowego przekazania danych jest wymagany w procesie porównywania ofert w toku postępowań w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń przez NFZ. Przekazanie danych po weryfikacji technicznej jest momentem, w którym rozpoczyna się drugi etap weryfikacji, a mianowicie weryfikacja jakościowa przekazanych danych.

Weryfikacja jakościowa obejmuje analizę przekazanych danych pod względem jakości, zawartości, rzetelności danych, które powinny w pełni odzwierciedlać przebieg realizacji całego udzielonego świadczenia. Przeprowadzana jest na danych, które zostały pozytywnie zweryfikowane pod względem technicznym. W celu dostosowania procesu do rodzaju świadczeń, którego dane są przekazywane, zakres weryfikacji dostosowywany jest do każdego postępowania poprzez dodawanie nowych zakresów i modyfikacje już istniejących.

Weryfikacja jakościowa dokonywana jest w następujących po sobie etapach. W pierwszej kolejności weryfikowane są braki w przekazanych danych, następnie błędy jakościowe, natomiast na ostatnim etapie kompletność i ich spójność. Weryfikacja jakościowa dokonywana jest za pomocą programu SAS Enterprise Guide, a także za pomocą programu Microsoft Excel. Poszczególne zakresy weryfikacji i wynikające z nich raporty przygotowywane są równocześnie przez wielu pracowników Agencji.

Wynik wszystkich etapów weryfikacji jakościowej łączony jest w raport, zawierający opisy poszczególnych uwag, a następnie przekazywany jest świadczeniodawcy za pomocą serwera FTP. Powiadomienie o przygotowaniu raportu przekazywane jest świadczeniodawcy wiadomością mailową, w której znajduje się informacja o umieszczeniu pliku na serwerze i wyznaczonym terminie do ponownego przekazania plików uwzględniających wyjaśnienia i poprawę danych.

W celu naniesienia poprawek, uzupełnień lub przesłaniu odpowiednich wyjaśnień, świadczeniodawcom odblokowywana jest sesja weryfikacyjna na portalu *dane-kosztowe*, co umożliwia dokonanie ponownej weryfikacji technicznej przez świadczeniodawcę poprawionych danych, aż do momentu ponownego kliknięcia przycisku „wgraj do bazy” i tym samym akceptacji przekazanych poprawek. Poprawa danych jest przekazana łącznie z danymi które nie zawierają błędów, co oznacza że świadczeniodawca za każdym razem przekazuje pełny komplet danych.

Weryfikacja jakościowa obejmuje również także weryfikację poprzez algorytm JGP („gruper”), czyli sprawdzane jest wykazanie minimum procedur oraz rozpoznania wymaganych do rozliczenia hospitalizacji daną grupą JGP. Dodatkowo prowadzona jest weryfikacja pliku OM pod względem prawidłowości wypełnienia kolumn dotyczących nazwy substancji czynnej, zawartości substancji czynnej czy jednostki miary. Analiza weryfikacyjna obejmuje wykorzystanie zasobów w procesie realizacji świadczenia: liczba podanych produktów leczniczych w pliku PL, liczba zużytych wyrobów medycznych na pacjenta w WM, weryfikacja wykazania procedur dotyczących znieczulenia przy zabiegach operacyjnych, personelu anestetycznego oraz produktów leczniczych, czy wyrobów medycznych potrzebnych do realizacji tych procedur, a także weryfikację wykazania dedykowanych wyrobów medycznych dla danej procedury.

Rodzaje danych udostępnianych Agencji przez świadczeniodawców oraz formy ich przekazywania, spójność/kompletność, najczęściej popełniane błędy oraz występujące braki.

3.1.3. Najczęściej popełniane błędy oraz występujące braki

Jak już wspomniano, świadczeniodawcy już w momencie przygotowywania plików w formacie CSV mają możliwość weryfikacji plików poprzez aplikację internetową *dane-kosztowe*. Na tym etapie weryfikacji najczęściej można zauważyć błędy dotyczące:

- formatów poszczególnych wpisów, np. dat, gdzie zastosowany jest inny separator, czasu, gdzie wykazywane są dodatkowo sekundy, itp.,
- braku pełnej „ścieżki pacjenta”, czyli np. brak informacji o podanych produktach leczniczych czy zużytych wyrobach medycznych dla danego numeru książki pacjenta,
- nieprawidłowości związanych z niepełnym wykazaniem rekordów pobytowych pacjentów „migrujących”, czyli przebywających podczas hospitalizacji na kilku oddziałach, brakiem ciągłości hospitalizacji, przerw między pobytami, oraz brak uwzględniania przyjęcia pacjenta do szpitala poprzez Szpitalny Oddział Ratunkowy (SOR) czy Izbę Przyjęć,
- braku spójności informacji pomiędzy zasobami wskazanymi w plikach PL, WM, a plikiem OM wynikający z wykazaniem różnych jednostek miary w poszczególnych plikach,
- stosowania kodów własnych w przypadku procedur zrealizowanych na rzecz pacjenta (niezgodnych ze słownikiem kodów procedur ICD-9),
- braków w wykazaniu personelu medycznego zaangażowanego w realizację poszczególnych procedur.

Powyższe przykłady błędów powinny być uzupełnione przez świadczeniodawcę jeszcze przed przekazaniem danych do Agencji w trakcie weryfikacji technicznej, natomiast już po przekazaniu danych, pracownicy Wydziału Taryfikacji Agencji, dokonują ponownego sprawdzenia technicznego przed wgraniem danych do bazy danych prowadzonej w programie SAS, w celu zapewnienia spójności danych w bazie. Po przekazaniu przez świadczeniodawcę danych rozpoczyna się drugi etap weryfikacji. Na tym etapie duża liczba błędów związana jest z brakami w wykazaniu niezbędnych procedur dotyczących znieczulenia, brakami personelu i leków anestetycznych. Wykazywane są także częste błędy w sprawozdanych wyrobach medycznych pod względem zrealizowanych procedur wymagających zastosowania dedykowanych wyrobów medycznych. Agencja bardzo często zwraca się do świadczeniodawców z prośbą o sprawdzenie dawkowania produktów leczniczych bądź liczby zużytych wyrobów medycznych (biorąc pod uwagę m.in. długość danej hospitalizacji), ponieważ zdarzają się błędy osób przygotowujących dane w przeliczeniach zużytych zasobów. Zakres zbieranych danych oraz poszczególnych weryfikacji są dostosowywane w zależności od potrzeb analitycznych oraz specyfiki klinicznej danego postępowania. Zasady przekazywania danych mogą nie obejmować wszystkich plików (np. OM), a co za tym idzie, zmianie ulega również zakres weryfikacji technicznej, jak i jakościowej prowadzonej na drugim etapie. Zawsze natomiast weryfikowane są wymagania techniczne, relacje, jakość oraz zawartość przekazanych danych.

Po naniesieniu wszelkich poprawek, uzupełnień, udzieleniu wyjaśnień oraz potwierdzeniu świadczeniodawcy, iż dane są ostateczne, dane te zostają przegrane do oddzielnej bazy danych Agencji i przekazane do pracowników Działu Statystyki i Analiz w celu weryfikacji merytorycznej i dokonania odpowiednich wyliczeń niezbędnych do ustalenia taryfy.

3.2. Karta JGP

Najnowszą formą przekazywania danych zastosowaną w Agencji od 2018 roku jest KartaJGP. Przekazywanie danych odbywa się za pomocą specjalnie stworzonej do tego aplikacji KartaJGP znajdującej się na serwerze AOTMiT (<https://kartajgp.aotm.eu>). Z tej formy przekazywania danych korzystają świadczeniodawcy posiadający dane wyłącznie w formie papierowej, nieposiadający możliwości przygotowania zestawień i raportów z posiadanych systemów informatycznych.

Dane w aplikacji są podzielone na poszczególne etapy świadczenia:

- HOSP – zdarzenia medyczne związane z hospitalizacją,
- ZB – ZB_7 – zdarzenia medyczne związane z zabiegiem wykonywanym w trakcie hospitalizacji,
- ZYW – zdarzenia związane z żywieniem dojelitowym lub pozajelitowym (mające związek z hospitalizacją),
- OIT – zdarzenia medyczne występujące na Oddziale Intensywnej Terapii,
- POR – zdarzenia medyczne występujące w poradni (mające związek z hospitalizacją),
- DIAL – zdarzenia związane z dializą (mające związek z hospitalizacją).

Rodzaje danych udostępnianych Agencji przez świadczeniodawców oraz formy ich przekazywania, spójność/kompletność, najczęściej popełniane błędy oraz występujące braki.

Aplikacja dopuszcza także możliwość modyfikacji lub utworzenia innych etapów świadczenia, w zależności od świadczeniodawcy.

Do powyższych etapów świadczeniodawca przypisuje dane o wykorzystanych zasobach będących składowymi świadczenia takich jak:

- produkty lecznicze wykazane w zakładce Środki farmaceutyczne (odpowiednik PL z Danych Szczegółowych),
- wyroby medyczne wykazane w zakładce Materiały/wyroby medyczne (odpowiednik WM z Danych Szczegółowych),
- wykonane procedury medyczne słownikowe (wybrane ze słownika świadczeniodawcy) lub niesłownikowe oraz czas trwania procedury zabiegowej w zakładce Procedury i Procedury niesłownikowe (odpowiednik PR z Danych Szczegółowych),
- personel zaangażowany w realizację danej procedury zabiegowej w zakładce Personel (odpowiednik PR_HR z Danych Szczegółowych).

Struktura danych przekazywanych przez świadczeniodawcę w ramach aplikacji KartaJGP jest bardziej uproszczona w porównaniu z Danymi Szczegółowymi. Przekazywane dane stanowią niezbędne minimum do wyliczenia taryfy świadczeń. Ze względu na ręczne wprowadzanie danych do aplikacji konieczne było ograniczenie przez Agencję zakresu danych, celem ułatwienia i przyspieszenia procesu przekazywania danych.

3.2.1. Formy przekazywania danych

W aplikacji KartaJGP, w ramach indywidualnego konta, świadczeniodawca ma możliwość wprowadzenia danych dla określonej próby hospitalizacji wskazanych we Wniosku o udostępnienie Danych w ramach poszczególnych grup JGP. Zasady udostępnienia danych oraz strukturę danych w tej formie określa *Zarządzenie Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 62/2018 z dnia 4 października 2018 roku w sprawie zasad udostępnienia przez świadczeniodawców danych niezbędnych do ustalenia taryfy świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w formie danych kliniczno-kosztowych poprzez aplikację kartaJGP (7).*

Do aplikacji pracownicy Agencji importują podstawowe informacje umożliwiające identyfikację pacjentów (numer księgi głównej, numer PESEL) oraz dane rozliczeniowe pozyskane od Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) w zakresie czasu pobytu, grup JGP sprawozdanych do NFZ, produktów do sumowania itd. Dodatkowo istnieje możliwość zacytowania do aplikacji baz danych o określonych przez AOTMiT parametrach, zawierających ceny procedur, produktów leczniczych i wyrobów medycznych. Bazy danych są generowane z systemów informatycznych świadczeniodawcy i pełnią w aplikacji funkcję słowników, które znacznie przyspieszają i ułatwiają proces ręcznego wprowadzania danych do narzędzia.

3.2.2. Spójność / kompletność

Dane przekazywane przez świadczeniodawców w ramach aplikacji KartaJGP, są poddawane każdorazowo weryfikacji technicznej (np. braki danych, błędny format) oraz merytorycznej (np. „nierealność” danych, nieodpowiednie zakwalifikowanie kosztów do etapów), które weryfikują pracownicy AOTMiT.

W ramach weryfikacji technicznej następuje wygenerowanie raportu błędów w dedykowanym narzędziu analitycznym AOTMiT w oparciu o kilkadziesiąt parametrów sprawdzających poprawność danych. Dodatkowo na tym etapie dokonywana jest wstępna ocena merytoryczna obejmująca sprawdzenie:

- liczby jednostek podanych produktów leczniczych, wyrobów medycznych w odniesieniu do czasu trwania hospitalizacji oraz rodzaju wykonanych procedur zabiegowych
- wykazania procedur zabiegowych (w ramach grup zabiegowych), procedur kierunkowych koniecznych do wyznaczenia grupy JGP
- czasu trwania procedury zabiegowej (jeśli dotyczy)
- liczby personelu zaangażowanego w realizację procedury zabiegowej wraz z czasem jego zaangażowania
- kosztu procedur innych niż zabiegowe
- odpowiedniego przypisania danego rodzaju asortymentu do wyrobów medycznych lub produktów leczniczych

W podrozdziale 3.2.3 *Najczęściej popełniane błędy oraz występujące braki* opisano przykładowe błędy i braki, pojawiające się na etapie weryfikacji danych.

Rodzaje danych udostępnianych Agencji przez świadczeniodawców oraz formy ich przekazywania, spójność/kompletność, najczęściej popełniane błędy oraz występujące braki.

Przesłanie błędnych pozycji, po zanonimizowaniu danych, następuje za pomocą poczty elektronicznej wraz ze wskazaniem terminu odesłania poprawek. Świadczeniodawca informuje AOTMiT mailowo o dokonaniu poprawek w aplikacji. Następnie analityk AOTMiT generuje kolejny raport sprawdzający poprawność danych w narzędziu analitycznym oraz dokonuje pełnej weryfikacji merytorycznej mającej na celu sprawdzenie danych pod względem poprawności i rzetelności danych, odbywającej się w oparciu o wyżej wymienione parametry sprawdzające. Poprawne dane powinny w pełni odzwierciedlać przebieg udzielonego świadczenia medycznego. Poszczególne etapy weryfikacji są powtarzane do momentu ostatecznej poprawy danych przez świadczeniodawcę i akceptacji danych przez analityka AOTMiT.

Poprawność weryfikacji umożliwia wykonanie analiz w oparciu o najlepszej jakości dane, co daje możliwość uwzględnienia wszystkich elementów świadczenia i prowadzi do wykonania najbardziej rzetelnych obliczeń.

3.2.3. Najczęściej popełniane błędy oraz występujące braki

W aplikacji KartaJGP najczęściej występujące braki danych obejmują:

- brak przypisania etapów świadczenia do poszczególnych danych (leków, wyrobów, procedur, personelu),
- brak wprowadzenia nazwy zabiegu lub nieprecyzyjny opis zabiegu,
- brak wykazania wszystkich zrealizowanych procedur (np. znieczulenie do zabiegu),
- brak wykazania wszystkich zużytych produktów leczniczych oraz wyrobów medycznych,
- brak liczby jednostek miary produktów leczniczych podanych pacjentowi,
- brak wykazania kompletnego personelu medycznego zaangażowanego w realizację procedury zabiegowej (operator, anestezjolog, pielęgniarki, instrumentariuszki, położne),
- brak przypisania czasu pracy personelu zaangażowanego w procedurę zabiegową.

Braki danych mogą wynikać z różnych przyczyn. Główny problem stanowi brak wdrożenia elektronicznej dokumentacji u świadczeniodawców, jak również braku ewidencji niektórych zdarzeń medycznych (np. brak ewidencji czasu pracy personelu medycznego). Większość szpitali posiada w wersji elektronicznej jedynie dane sprawozdawcze, służące do rozliczeń realizacji świadczeń z NFZ. Szczegółowe dane kliniczno-kosztowe są jedynie w wersji papierowej, których przekazywanie jest możliwe jedynie poprzez ręczne wprowadzanie przez personel szpitala danych do formularzy lub aplikacji Agencji. W czasie ręcznego wprowadzania danych niemożliwe jest wyeliminowanie tzw. błędu ludzkiego, który prowadzi do pojawienia się braków w danych.

Dodatkowy problem stanowi brak jednolitej szczegółowości danych kliniczno-kosztowych. Część świadczeniodawców nie posiada szczegółowej ewidencji produktów leczniczych i wyrobów medycznych zastosowanych u danego pacjenta lub ewidencje te są częściowe. Dla części świadczeniodawców problem stanowi podanie szczegółowych parametrów dotyczących zabiegu takich jak: czas trwania procedury zabiegowej czy personel zaangażowany w realizację procedury zabiegowej (operator, anestezjolog, pielęgniarki, pozostały personel) wraz z jednostkowym czasem pracy, który może być różny w zależności od typu personelu.

Identyfikuje się różnorodne błędy w przekazywanych danych popełniane przez świadczeniodawców:

- podanie nieprawidłowej historii hospitalizacji (np. wykazywanie świadczeń do sumowania jako ruch międzyoddziałowy),
- błędne daty wykonania zabiegu, niezgodne z danymi w dokumentacji medycznej pacjenta i terminem pobytu w szpitalu,
- nazwa zabiegu niedefiniująca wykonanej procedury (nieokreślająca procedury kierunkowej w ramach, której dokonane zostało rozliczenie grupą JGP),
- dublowanie informacji (np. procedura zabiegowa wykazana w etapie świadczenia jako zabieg oraz dodatkowo w procedurach słownikowych lub niesłownikowych, powielenie procedur, zdublowanie produktów leczniczych, wyrobów medycznych, personelu),
- wykazywanie procedur słownikowych jako procedury niesłownikowe (wskazane było korzystanie z procedur określonych w słowniku przez świadczeniodawcę; pozostałe procedury wykazywane były jako procedury niesłownikowe),
- nieprawidłowa liczba procedur oraz niewłaściwy etap świadczenia (np. procedura zabiegowa wykazana z etapem HOSP, kilkukrotne wykazanie tej samej procedury),

Rodzaje danych udostępnianych Agencji przez świadczeniodawców oraz formy ich przekazywania, spójność/kompletność, najczęściej popełniane błędy oraz występujące braki.

- nieprecyzyjna nazwa procedur niesłownikowych, jak również ich liczba, cena oraz etap świadczenia,
- zawyżone lub zaniżone zużycie produktu leczniczego, nieadekwatne do czasu pobytu pacjenta/ wieku/ wagi itp.,
- brak spójności pomiędzy dawką preparatu wynikającą z Charakterystyki Produktu Leczniczego (CHPL) a jednostką miary zużycia,
- niewłaściwy etap świadczenia przypisany do produktu leczniczego,
- nieprawidłowa liczba zużycia wyrobów oraz nieprawidłowy etap świadczenia (np. wyroby medyczne zastosowane przy zabiegu wykazane z etapem HOSP),
- nieprawidłowa liczba personelu, nieadekwatna do rodzaju zrealizowanego zabiegu,
- nieprawidłowy czas zaangażowania personelu (zawyżony, zaniżony bądź niespójny z czasem trwania zabiegu),
- nieprawidłowo zidentyfikowany etap świadczenia personelu (przypisywanie etapu HOSP dla personelu realizującego zabieg).

Wiele z powyższych błędów pojawiających się na etapie przekazywania danych wynika z pojawiających się w dokumentacji medycznej błędów ludzkich lub błędów przy ręcznym wprowadzaniu danych do aplikacji. Dodatkowo ważnym czynnikiem mającym wpływ na jakość danych jest brak możliwości określenia wszystkich składowych kosztów świadczeń medycznych lub brak przypisania ich do poszczególnych etapów świadczenia (HOSP/ZB). Często u świadczeniodawców występują kłopoty z określeniem wysokości wszystkich kosztów zabiegu lub kosztów pobytu na Oddziale Intensywnej Terapii, który błędnie zaliczany jest do kosztów hospitalizacji (jako etap HOSP).

Proces ręcznego wprowadzania danych do aplikacji daje świadczeniodawcom dowolność opisu przekazywanych danych, co często powoduje jednak trudności w interpretacji i konsolidacji danych na etapie weryfikacji, np. procedury zabiegowe opisane są w mało precyzyjny sposób (jako „Zabieg operacyjny”).

3.3. Karty kosztorysowe

Karta kosztorysowa (KK) jest uproszczonym narzędziem wykorzystywanym przez AOTMiT do pozyskiwania informacji o danych kliniczno-kosztowych (koszty zmienne). Zawiera ona wykaz istotnych elementów kosztowych świadczenia uwzględniając jego specyfikę, które są dostosowane do realizowanych zadań AOTMiT. Zatem za pomocą KK pozyskiwane są informacje umożliwiające: identyfikację pacjentów (odpowiednik OG z Danych Szczegółowych), weryfikację poprawności procesu terapeutycznego oraz uzyskanie danych dotyczących kluczowych zasobów wykorzystywanych w realizacji danego świadczenia, tzn. produktów leczniczych (odpowiednik PL z Danych Szczegółowych), wyrobów medycznych (odpowiednik WM z Danych Szczegółowych), procedur medycznych (odpowiednik PR z Danych Szczegółowych) oraz, jeżeli dotyczy, zaangażowanego w ich realizację personelu (odpowiednik PR_HR). Natomiast zakres danych przekazywanych w karcie kosztorysowej uwzględnia ograniczenia zasobów informatycznych i osobowych po stronie świadczeniodawców, ponieważ ta forma przekazania danych kliniczno-kosztowych przez świadczeniodawców dotyczy ściśle określonej populacji pacjentów wskazanej we Wniosku (np.: wszystkich pacjentów, którzy byli rozliczeni analizowaną grupą JGP lub wylosowanej grupy pacjentów). Informacje o kosztach związanych z procedurami laboratoryjnymi lub diagnostycznymi podmioty medyczne nie przekazują w oddzielnym pliku, jak ma to miejsce w Danych Szczegółowych, tylko zamieszczają razem z informacją o procedurach. Dodatkowo świadczeniodawcy nie przygotowują odpowiednika pliku OM z Danych Szczegółowych. Wymienione powyżej informacje świadczeniodawca przekazuje w jednym pliku Microsoft Excel, a nie w oddzielnych jak w przypadku DSz.

Do końca 2018 roku w 28 z 45 postępowań ogłoszonych przez AOTMiT świadczeniodawcy mieli możliwość przekazania danych za pomocą kart kosztorysowych. Wytyczne dotyczące zasad przekazywanych regulują odpowiednie Zarządzenia Prezesa AOTMiT, które ulegały modyfikacjom w kolejnych postępowaniach. Przykład kart kosztorysowych, który zawiera instrukcję wyjaśniającą jakie dane powinny być wprowadzone, w której kolumnie poszczególnych zakładek powinny być wprowadzone przez świadczeniodawców, zawarto w *Zarządzeniu Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 50/2018 z dnia 23 sierpnia 2018 r. w sprawie zasad udostępnienia przez świadczeniodawców danych niezbędnych do ustalenia taryfy świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w formie karty kosztorysowej* (8). Odstępstwa od metodyki pozyskiwania danych opisano w oddzielnej publikacji: *Odstępstwa od standardowej formy zbierania danych wynikające ze specyfiki świadczenia i odmiennego podejścia do kalkulacji kosztów* (9).

3.3.1. Formy przekazywania danych

Karta kosztorysowa jest plikiem w formacie arkusza kalkulacyjnego Microsoft Excel, w którym świadczeniodawca zamieszcza dane w zakresie oraz formacie określonym w zasadach przekazania danych przygotowanych przez AOTMiT

Rodzaje danych udostępnianych Agencji przez świadczeniodawców oraz formy ich przekazywania, spójność/kompletność, najczęściej popełniane błędy oraz występujące braki.

wskazanego świadczenia. Następnie plik przekazywany jest do AOTMiT poprzez narzędzie FTP umożliwiające dwustronne przesyłanie plików pomiędzy Agencją, a świadczeniodawcą (<https://ftptaryfikacja.aotm.gov.pl>).

3.3.2. Spójność / kompletność

W pierwszym etapie weryfikacji karta kosztorysowa jest poddawana sprawdzeniu pod względem technicznym, który obejmuje kontrolę poprawności następujących informacji ogólnych: kod świadczeniodawcy, kod oddziału wojewódzkiego NFZ, nazwa podmiotu, liczba przysłanych hospitalizacji, identyfikator pacjenta, kod produktu, kod procedury, kod zakresu (jeśli dotyczy).

Następnie poprawne technicznie karty kosztorysowe są poddawane weryfikacji merytorycznej. Etap ten jest najbardziej czasochłonny, ponieważ obejmuje sprawdzenie m.in. następujących informacji:

- liczby jednostek miary podanych produktów leczniczych, która jest odnoszona do czasu hospitalizacji i wieku pacjenta, a następnie porównywana z zalecaną dawką preparatu w CHPL.
- liczby jednostek miary zużytych wyrobów medycznych, która odnoszona jest do czasu hospitalizacji, a następnie konsultowana ekspertem klinicznym lub weryfikowana z zaleceniami odpowiednich towarzystw naukowych np. w sprawie samokontroli glikemii zawarta w zaleceniu klinicznym dotyczącym postępowania u chorych na cukrzycę 2018 (10).
- o zrealizowanych procedurach w grupach zabiegowych, jak również faktu wykazania procedur kierunkowych zgodnie odpowiednim załącznikiem do obowiązującego w danym czasie Zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenia szpitalne oraz leczenia szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne np.: załącznik nr 9 do np. Zarządzenie nr 38/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 marca 2019 (11).
- o czasie trwania zabiegu (jeśli dotyczy), który jest porównywany z informacją o średnim czasie zabiegu wyliczonym na podstawie danych przekazanych przez świadczeniodawców, a także jest weryfikowany przez eksperta klinicznego.
- o liczbie personelu z poszczególnych kategorii personelu zaangażowanego w realizację procedury zabiegowej wraz z czasem jego zaangażowania. Te informacje są zestawiane ze średnią liczbą personelu i jego czasem zaangażowania wyliczaną na podstawie danych będących w posiadaniu AOTMiT oraz wiedzą ekspercką.
- o koszcie procedur, który jest porównywany ze średnim kosztem procedury sprawozdanym przez innych świadczeniodawców lub z cennikami komercyjnymi.
- o poprawności przypisania danego rodzaju asortymentu do wyrobów medycznych lub produktów leczniczych wg. przyjętych w AOTMiT zasad grupowania.

Powyżej wymienione elementy kosztów zmiennych sprawdzane są pod kątem ich realności, tzn. czy nie są zawyżone lub zaniżone. Przy procedurach zabiegowych sprawdzana jest również kompletność przekazanych informacji, jak np. wymagalność procedury znieczulenia oraz uwzględnienie właściwego personelu z przypisanym realnego czasu jego zaangażowania w realizację danej procedury. Weryfikacja dotyczy także sprawdzenia czy ma miejsce sytuacja wykonania procedury, z którą związane jest również podanie konkretnego produktu leczniczego, czy zużycie wyrobu medycznego, np.: sprawozdanie procedury znieczulenia wiąże się z podaniem leku anestetycznego w odpowiedniej dawce, dla którego powinna być wskazana właściwa cena jednostkowa w arkuszu dotyczącym produktów leczniczych.

Proces weryfikacji merytorycznej zakończony jest zatwierdzeniem kart do analizy, a oczyszczone z błędów technicznych i merytorycznych dane stanowią podstawę do wyliczenia taryfy.

3.3.3. Najczęściej popełniane błędy oraz występujące braki

Najczęstszymi błędami technicznymi są braki wynikające z niezastosowania się świadczeniodawcy do wymagalnego zakresu informacji w zasadach przekazywania danych dotyczących określonego postępowania. AOTMiT wymaga kompletności przekazanych danych, co wiąże się z faktem, że część informacji będzie powielana w kolejnych wierszach uzupełnianego arkusza (np.: numer oddział wojewódzki NFZ, kod świadczeniodawcy). Wymienione braki danych analitycy AOTMiT są wstanie uzupełnić po uzyskaniu wyjaśnień świadczeniodawcy, natomiast braki w danych dotyczących bezpośrednio pacjenta, np. brak numeru księgi procedury, brak daty wykonania zabiegu, braki w produktach leczniczych, wyrobach medycznych czy procedurach, muszą zostać uzupełnione przez świadczeniodawców samodzielnie.

Rodzaje danych udostępnianych Agencji przez świadczeniodawców oraz formy ich przekazywania, spójność/kompletność, najczęściej popełniane błędy oraz występujące braki.

Dane kliniczno-kosztowe przekazywane przez świadczeniodawców mogą zawierać szereg błędów merytorycznych, które istotnie wpływają na koszt danego świadczenia. Często świadczeniodawcy przekazują niespójne informacje dotyczące jednostek miary wyrobów medycznych lub produktów leczniczych oraz ceny jednostkowej dla danego rodzaju asortymentu, tzn. cena jednostkowa często dotyczy opakowania, a wykazaną jednostką miary jest np. ml, mg, tabletki, ampułki itp.

3.4. Własna kalkulacja kosztów (WKK)

Własna kalkulacja kosztów jest opcjonalną oraz uproszczoną formą przekazania danych o ponoszonych przez świadczeniodawców kosztach i stanowi informację uzupełniającą do rodzaju danych wskazanych we Wniosku. Kalkulacja jest przygotowywana dla jednostkowego świadczenia, która stanowi sumę takich kategorii kosztowych jak: koszty produktów leczniczych i jednorazowych wyrobów medycznych a także kosztów procedur laboratoryjnych i diagnostycznych, kosztów pobytu na oddziale i innych kosztów (w tym kosztów gotowości). W przypadku, gdy WKK dotyczy świadczeń zabiegowych świadczeniodawca dodatkowo zobowiązany jest do uwzględnienia kosztów związanych z zabiegiem tzn.: zużycie produktów leczniczych i wyrobów medycznych, znieczulenia, personelu realizującego procedurę, infrastrukturę bloku operacyjnego. Wytyczne odnośnie sposobu przygotowania i udostępniania danych przez świadczeniodawców w formie własnej kalkulacji kosztów świadczeń zawarte są między innymi w *Zarządzeniu Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 49/2018 z dnia 23 sierpnia 2018 r. w sprawie zasad udostępnienia przez świadczeniodawców danych niezbędnych do ustalenia taryfy świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w formie własnej kalkulacji kosztów świadczeń* (12).

Świadczeniodawca przekazuje dane w pliku formacie Microsoft Excel, który w większości postępowań składał się z jednego arkusza, w którym wyróżnia się cztery części:

1. Pierwsza zawiera informacje umożliwiające identyfikację świadczeniodawcy (identyfikatora świadczeniodawcy nadawanego przez właściwy Oddział Wojewódzki NFZ).
2. Druga poświęcona jest charakterystyce świadczenia. Świadczeniodawca w tej części przedstawia:
 - okres, którego dotyczy własna kalkulacja kosztów,
 - kody resortowe charakteryzujące specjalność komórki organizacyjnej, stanowiące część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadania (13),
 - kody produktu, z których zostało sprawozdane świadczenie,
 - kod procedury zabiegowej ICD-9 opisującej świadczenie. W przypadku występowania kilku procedur w charakterystyce świadczeniodawca jest proszony o sprawozdanie wszystkich procedur,
 - kod głównych rozpoznań medycznych ICD-10.
3. Trzecia część powinna zawierać informacje o:
 - koszcie pobytu, rozumianego jako liczba dni pobytu pomnożona przez koszt osobodnia,
 - koszcie produktów leczniczych podanych w trakcie hospitalizacji,
 - koszcie wyrobów medycznych zużytych w trakcie hospitalizacji,
 - koszcie procedur diagnostycznych i badań laboratoryjnych,
 - koszcie zabiegu, w którym należy wyróżnić koszty związane z podaniem produktów leczniczych, zużyciem wyrobów medycznych, zajęciem infrastruktury jak również koszty osobowe i koszty znieczulenia,
 - pozostałe koszty, czyli pozycje kosztowe nieujęte w powyższych kategoriach np.: koszty zarządu, jeśli nie są alokowane do ośrodków działalności podstawowej.
4. Czwarta część, w której świadczeniodawca wskazuje rodzaj kosztów wykorzystanych do przygotowania własnej kalkulacji kosztów.

3.4.1. Formy przekazywania danych

W celu przekazania przygotowanych kompletnych danych zawartych w własnej kalkulacji kosztów świadczeniodawcom udostępniany jest dostęp do indywidualnego konta na serwerze FTP (<https://ftptaryfikacja.aotm.gov.pl>). Zgodnie z zapisami

Rodzaje danych udostępnianych Agencji przez świadczeniodawców oraz formy ich przekazywania, spójność/kompletność, najczęściej popełniane błędy oraz występujące braki.

zawartymi we Wniosku o udostępnienie Danych, przekazanie WKK nie jest obowiązkowe, co nie zwalnia świadczeniodawcy z obowiązku realizacji Wniosku.

3.4.2. Spójność / kompletność

Własna kalkulacja kosztów nie podlega weryfikacji technicznej ani merytorycznej. AOTMiT przyjmuje przekazane dane w formie przygotowanej przez świadczeniodawcę. Informacje przekazane w ten sposób przedstawiają przybliżony koszt świadczenia, czego konsekwencją jest brak możliwości weryfikacji alokacji kosztów. Z tego powodu własna kalkulacja kosztów nie jest wykorzystywana w szacowaniu taryfy, jest natomiast dodatkowym źródłem informacji o niezbędnych zasobach oraz zakresie kosztów związanych z realizacją świadczenia. Przekazane za pomocą WKK informacje stanowią wsparcie przy analizie merytorycznej rodzaju danych wskazanych we Wniosku w zakresie potwierdzenia kompletności kosztochłonnych elementów świadczenia.

Rodzaje danych udostępnianych Agencji przez świadczeniodawców oraz formy ich przekazywania, spójność/kompletność, najczęściej popełniane błędy oraz występujące braki.

Podsumowanie

Zgodnie z zaleceniami Unii Europejskiej w większości krajów europejskich został wprowadzony system klasyfikujący pacjentów pod względem problemu zdrowotnego i kosztocłonności ich procesu terapeutycznego, czyli JGP. Oszacowania środków finansowych pochłanianych przez odpowiednie jednorodne grupy we wdrożonych systemach dokonywano w oparciu o wagi kosztowe (określające intensywność wykorzystania zasobów) lub o rzeczywiste przeciętne koszty jednostkowe świadczeń zdrowotnych ustalanych na podstawie indywidualnych kosztów leczenia pacjentów.

W ramach prowadzonego w latach 2007–2013 projektu badawczego *Euro-DRG: Diagnosis-Related Groups In Europe: Towards Efficiency and Quality* (14) wykazano, że w większości krajów europejskich podstawą wyceny grup pacjentów są koszty jednostkowe świadczenia. W Polsce system JGP został wprowadzony w 2008 roku i mimo upływu jedenastu lat jego funkcjonowania proces informatyzacji szpitali nadal postępuje powoli.

Bez względu na przyjęty sposób szacowania kosztów świadczenia relatywna wartość przypisana grupie zwykle jest modyfikowana na podstawie danych kosztowych lub rynkowych. W celu weryfikacji taryfy JGP niezbędne jest pozyskanie informacji o wykorzystywanych zasobach i związanych z nimi kosztami. Dlatego AOTMiT występuje do świadczeniodawców z Wniosekami o udostępnienie Danych niezbędnych do oszacowania taryfy świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Aktualnie wyróżnia się kilka rodzajów przekazywania danych przez świadczeniodawców: dane szczegółowe, KartaJGP, karty kosztorysowe, własna kalkulacja kosztów.

Za pomocą danych szczegółowych zbierane są zbiory danych o dużej liczbie hospitalizacji, nawet do kilkudziesięciu tysięcy hospitalizacji, od świadczeniodawców posiadających dane w systemach informatycznych i mających możliwość wyeksportowania tych danych do plików CSV o wymaganych przez AOTMiT formatach i określonej strukturze. KartaJGP jest aplikacją dla świadczeniodawców, którzy większość informacji muszą wprowadzić manualnie, przepisując je z papierowych historii choroby danego pacjenta. Dane te gromadzone są dla zbiorów danych od kilku do kilkuset hospitalizacji. Podobnie jest w przypadku kart kosztorysowych, gdzie świadczeniodawcy ręcznie uzupełniają dane o wymaganym świadczeniu, procedurze czy wskazanych we Wniosku hospitalizacjach. Własna kalkulacja kosztów jest dobrowolnym rodzajem przekazania danych, który pełni wyłącznie funkcję informacyjną dla analityków AOTMiT. Preferowanym przez AOTMiT rodzajem przekazywania danych są dane szczegółowe. Jednak ze względu na wciąż nie zamknięty proces informatyzacji podmiotów leczniczych oraz brak standardu rachunku kosztów, znaczne grono świadczeniodawców nie jest w stanie przekazać tych danych zgodnie z zasadami przekazywania danych określonymi w Zarządzeniach Prezesa AOTMiT.

Rodzaje danych udostępnianych Agencji przez świadczeniodawców oraz formy ich przekazywania, spójność/kompletność, najczęściej popełniane błędy oraz występujące braki.

4. Bibliografia

1. Paszkiewicz J. Jednorodne Grupy Pacjentów – przewodnik po systemie. Menadżer Zdrowia 2008;4:1-45.
2. Świderek M, Tyszka N, Fedoryszak-Rodź M. Wykorzystanie wycen świadczeń w innych krajach (koszyk świadczeń podstawowych) w procesie taryfikacji.
3. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2019 r., poz. 1373, z późn. zm.).
4. Rabej E. Rachunek kosztów leczenia w aspekcie wyceny świadczeń zdrowotnych. Rzeszów : Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego ; 2013 : 79-88.
5. Zarządzenie Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 39/2018 z dnia 19 czerwca 2018 r. w sprawie zasad udostępnienia przez świadczeniodawców danych niezbędnych do ustalenia taryfy świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych dotyczących świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w obszarze: choroby nowotworowe. https://dane-kosztowe.aotm.gov.pl/media/Zarządzenie_nr_39_2018_DSz_XYpLRyz.pdf
6. Zarządzenie Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 16/2019 z dnia 3 kwietnia 2019 r. w sprawie zasad udostępnienia przez świadczeniodawców danych medyczno-kosztowych niezbędnych do ustalenia taryfy świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. https://dane-kosztowe.aotm.gov.pl/media/2019.04.03_Zarządzenie_16_2019_DSZ.pdf
7. Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 62/2018 z dnia 4 października 2018 roku w sprawie zasad udostępnienia przez świadczeniodawców danych niezbędnych do ustalenia taryfy świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w formie danych kliniczno-kosztowych poprzez aplikację KartaJGP. http://www.aotm.gov.pl/www/wp-content/uploads/taryfikacja/Zarządzenia_prezesa/2018/Zarządzenie_62_2018.pdf
8. Zarządzeniu Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 50/2018 z dnia 23 sierpnia 2018 r. w sprawie zasad udostępnienia przez świadczeniodawców danych niezbędnych do ustalenia taryfy świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w formie karty kosztorysowej. https://dane-kosztowe.aotm.gov.pl/media/Zarządzenie_nr_50_2018_KK_zal_V4umSLR.pdf
9. Luchowska K, Rutkiewicz I, Ząbek K. Odstępstwa od standardowej formy zbierania danych wynikające ze specyfiki świadczenia i odmiennego podejścia do kalkulacji kosztów.
10. Polskie Towarzystwo Diabetologiczne. Zalecenie kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę 2018. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. Diabetologia Praktyczna 2018 ;4 : 1-94.
11. Zarządzenie Nr 38/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 marca 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne. <http://www.nfz.gov.pl/zarządzenia-prezesa/zarządzenia-prezesa-nfz/zarządzenie-nr-382019dsoz.6906.html>
12. Zarządzeniu Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 49/2018 z dnia 23 sierpnia 2018 r. w sprawie zasad udostępnienia przez świadczeniodawców danych niezbędnych do ustalenia taryfy świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w formie własnej kalkulacji kosztów świadczeń. https://dane-kosztowe.aotm.gov.pl/media/Zarządzenie_nr_49_2018_WKK_zal_DsYw6AZ.pdf
13. Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadania (Dz. U. 2019 poz.173)
14. Euro-DRG: Diagnosis-Related Groups In Europe: Towards Efficiency and Quality. www.eurodrgeu