

שלום לכולם,

לקראת הדיונים בתת-וועדת תמחור בבקשה מידע על שיטת מחירים אחידים לכל בית חולים ("all-payer system") הנהוגה במדינת מרילנד בארה"ב וייתכן במדינות נוספות.

כפי שתראו למטה המדינה מתמחרת מחיר לכל מקרה (עם ארבע דרגות חומרה) לא כולל שכר הרופא (המחושב בנפרד).

למדריך התמחור:

http://184.80.193.37/consumerinfo/hospitalguide/hospital_guide/docs/pricing_guide.pdf

לאתר של אגף התמחור של

מרילנד:

http://184.80.193.37/consumerinfo/hospitalguide/hospital_guide/cost_report.html

לאתר וועדת המחירים של מרילנד: <http://www.hsrc.state.md.us>

למטה קישורים גם לכמה מאמרים מדעיים בנושא.

סיכום השיטה מתוך המדריך לעיל:

All Payer Rate Setting System

The Health Services Cost Review Commission ("HSCRC" or "commission") was established by the General Assembly in 1971. The Commission's mandate includes reviewing and approving rates that Maryland hospitals can charge for their services and making Maryland hospitals' financial information available to the public. The HSCRC sets rates for all payers including private insurance companies, HMOs, MCOs, Medicare and Medicaid. This system is referred to as the "all-payer" system, in which all payers pay their fair share of hospital costs.

In establishing the HSCRC, the Maryland General Assembly set out to accomplish the following objectives:

- keep hospital services affordable;
- expand access to hospital care for those without insurance; and
- provide accountability for hospital performance to the public and state government

As part of its rate-setting activities, the HSCRC collects data from hospitals, which are used to monitor hospital utilization and charges, as well as to set inpatient rates. These data are used to generate the statistics reported in this guide.

Methodology

Each hospital admission is grouped into one of 320 “All Patient Refined Diagnosis Related Groups” (APR-DRGs) that classify patients into clinically cohesive categories based on their medical condition and the severity of their illness. The 320 APR-DRGs are separated into four “severity of illness” levels. This guide provides information on the 15 most frequent APR-DRGs as reported in aggregate by Maryland hospitals from July 1, 2010 through June 30, 2012. The number of cases (discharges) is used to determine the 15 most common APR-DRGs. Hospitals’ data with fewer than six cases within an APR-DRG are not reported. The 15 most frequent

APR-DRGs for all Maryland hospitals combined may or may not be commonly encountered at any particular hospital.

Within the 15 APR-DRGs, the number of cases, the average charge per case, and the average charge per day by Maryland acute hospitals are listed. “Average Charge per Case” is the average charge for cases in the APR-DRG at each hospital after the charge has been weighted by the statewide severity distribution for the APR-DRG (this creates a severity-adjusted average charge). This average charge does not include physician fees. “Average Charge per Day” is the severity adjusted average charge divided by the average length of stay for patients in an APR-DRG at each hospital. Each hospital’s average charge can be affected by a number of factors, including:

Patients’ severity of illness

Wage levels and the price of goods and services in its locality

The amount of teaching it does

The amount of uncompensated care it provides to patients

The above factors are reflected in the amount that Maryland hospitals are allowed to charge for services. In addition, the average charge for each APR-DRG is weighted by the statewide severity distribution for that category. For example, within APR-DRG 127, cases statewide are distributed as follows:

Level 1 – 15%

Level 2 – 30%

Level 3 – 30%

Level 4 – 25%

At “Hospital A,” average charge for each severity level is illustrated weighted by the statewide distribution as follows:

Level 1 - $\$6,000 * 15\% = \$ 900$

Level 2 - $\$6,500 * 30\% = \$1,950$

Level 3 - $\$7,200 * 30\% = \$2,160$

Level 4 - $\$8,000 * 25\% = \$2,000$

Total: $\$7,010 =$ weighted average charge for APR-DRG 127

Note: The charges provided are to be used as a guide only. Your hospital bill may differ from the charges shown in these tables. These charges reflect annual averages. Your bill reflects

קישור למאמרים מדעיים:

1. Setting Hospital Rates To Control Costs And Boost Quality:
The Maryland

Experience <http://content.healthaffairs.org/content/28/5/1395.long>

2. comparison of hospital performance under the partial-payer Medicare PPS and state all-payer rate-setting systems <http://dev.europepmc.org/abstract/MED/2523344/reload=0;jsessionid=MU0SKVbiC6ug8l15oOSh.0>

3. All-Payer Rate-Setting and the Provision of Hospital Care to the Uninsured: The New Jersey

Experience <http://jhpl.dukejournals.org/content/15/4/815.short>

4. The Many Different Prices Paid To Providers And The Flawed Theory Of Cost Shifting: Is It Time For A More Rational All-Payer System? <http://content.healthaffairs.org/content/30/11/2125.short>

להתראות, שולי

שלום לכולם

ראשית תודה לשולי על החומר המעניין והחשוב.
בגלל התחייבויות קודמות, לא אוכל להשתתף בישיבה מחר.
תרשו לי להעלות מספר נקודות שלדעתי חשוב לומר אותם במסגרת דיון חשוב זה:

1. כללי ההתחשבות במערכת מהווים מרכיב מרכזי בתמריצים הפועלים על השחקנים השונים ועל כן הם משפיעים מאד על היעילות, האיכות והשוויוניות שלה.

2. אני משוכנע שכללי ההתחשבות הקיימים היום, על פיהם המחירים בפועל נקבעים על ידי מנגנון השוק (כלומר במשא ומתן בין הקופות לבתי החולים) הם רעים מאד ולא מביאים לתוצאה יעילה ולא מיטיבים עם החולים הנדרשים לשירותי בתי חולים.

3. המחירים צריכים להיקבע על ידי גוף מקצועי ובמקרים חריגים יש לאפשר משא ומתן בין קופה לבית חולים.

4. המחירים אותם משלמות הקופות בגין פרוצדורה מסוימת אינם חייבים להיות זהים למחיר אותו מקבל בית החולים בגין אותה הפרוצדורה. בהחלט ניתן לחשוב על מצבים בהם המדינה מוסיפה או גורעת מהתשלום אותו משלמת הקופה. לדוגמא, ניתן לחשוב על מצב בו הקופה משלמת בגין פרוצדורה מחיר גבוה במעט מהעלות השולית של בית החולים לביצוע

אותה הפרוצדורה, וזאת מתוך כוונה להקטין את התמריץ של הקופה להפנות לבית החולים חולים שניתן ורצוי לטפל בהם בקהילה, אך בית החולים יקבל רק חלק מתשלום זה, מתוך כוונה להקטין את התמריץ של בית החולים ליצור ביקושים.

5. בדרך כלל (למעט חריגים כמו האמור לעיל), המחיר אותו משלמת הקופה לבית החולים, בגין כל פרוצדורה (או דיאגנוזה), צריך להיות קרוב להוצאה **השולית** האמתית שלוקחת בחשבון את כל ההוצאות הרלבנטיות לפרוצדורה. כדאי לשים לב שבבתי החולים בישראל עיקר ההוצאות הן קבועות (כולל ששכר הרופאים-אלא אם מדובר בתשלום על ססיות) ועל כן התשלום אותו תשלמנה הקופות עשוי להיות נמוך משמעותית מהמחירים היום. אני סבור שהמחיר אותו משלמות הקופות והמחיר השולי אותו מקבל בית החולים לא צריך להחיל את ההוצאות הקבועות.

6. מעבר לתיגמול מקופות החולים בתי החולים יקבלו יתוגמלו מהמקורות הבאים:

- **תיגמול מהמדינה.** המדינה תתגמל את בתי החולים לצורך כיסוי עיקר ההוצאות הקבועות. התשלום על ההוצאות הקבועות יכול להתבצע על ידי תשלום בחלקים ואפילו תוספת תשלום לכל פרוצדורה עד שבית החולים מגיע לקפ שמכסה את מלוא ההוצאות הקבועות (בניגוד למצב היום קפ זה לא יהיה אל מול כל קופת חולים בנפרד, אלא לכלל הפעולות של בית החולים). צריך לשים לב שבמקרה כזה כאשר בית החולים מגיע לקפ, משם והלאה התיגמול שלו בגין פרוצדורה הוא בגובה ההוצאה השולית שלו או קרוב אליו. בנוסף המדינה תשלם לבית החולים עבור פרויקטים ושירותים אותם המדינה רוצה לעודד (כמו לדוגמא תשלום סובסידיה לבית חולים בפריפריה). וכן תגמול לצורך פיתוח וחידוש תשתיות בית החולים. במסגרת זו ניתן לשיקול גם תגמול נוסף על פי מדדי איכות מסויימים.

- **תגמול מהות"ת או האוניברסיטאות בגין ההוראה והמחקר המתבצעים בבתי החולים.** בתי החולים צריכים להיות מתוגמלים בגים העבודה האקדמית המתבצעת במסגרתם ועל ידי אנשי הסגל שלהם. בעניין זה ראה דו"ח גלזר-ישראלי.

- **שירותי רפואה פרטיים ותיירות מרפא.** בהמשך נאמר בפרקים הקודמים אנו סבורים שחלק מהכנסות בתי החולים צריך להגיע מהספקת שירותים מחוץ לסל בצורה של שירותי רפואה פרטיים ותיירות מרפא. בנושא זה נרחיב נעת בהמשך.

- **תרומות.** חלק מהכנסות בתי החולים יגיעו מתרומות.

7. ככלל, המחיר אותו משלמת הקופה בגין פרוצדורה מסויימת, צריך להיות זהה לכל בתי החולים כך שלא יהיה לה תמריץ כספי להפנות את החולים לבתי החולים הזולים יותר. אם ישנן סיבות אובייקטיביות שבגללן העלות בבית חולים אחד גבוהה מהעלות השולית בבית חולים אחר, הרי המדינה צריכה להשלים את הפער.

8. תהליך השינוי למודל החדש צריך להיות הדרגתי, תוך לקיחה בחשבון של נקודת ההתחלה. אני מאמין שתהליך המעבר צריך לקחת בסביבות 3-5 שנים.

9. למרות החשיבות העצומה שאני מייחס למנגנון המחירים, עלינו להיזהר מצעדים חפוזים. אני חושב שבישיבה מחר ניתן לחשוב על מספר עקרונות וקווים מנחים כלליים מאד, אבל את המודל עצמו יש לגבש על ידי צוות מיקצועי ובמשך יותר ממספר ימים. מצד שני, חשוב מאד שתתקבל החלטה עקרונית ללכת על מודל שונה מזה הנהוג היום.

תודה

קובי