

الأسئلة الشائعة

لمشروع التسعير المرجعي للسوق

Frequently Asked Questions for the Market Reference Price

عربي

ENGLISH



الأسئلة

ما هو التسعير المرجعي للسوق (MRP)؟

يهدف إلى ضمان أسعار عادلة للخدمات الصحية في المستشفيات، بناءً على تعقيد الحالات التي يتم علاجها، ويهدف إلى عكس التكاليف المرتبطة بعلاج الحالات الصحية المختلفة ضمن بيئة المستشفى.

كيف يتم حساب أوزان الموارد النسبية؟

تمثل أوزان الموارد النسبية (RRW) مستوى التعقيد النسبي واستهلاك الموارد لأنواع مختلفة من الحالات، ويتم احتسابها بالاعتماد على نظام التصنيف الأسترالي المحسن للحزم التشخيصية (AR-DRG).

ما البيانات التي تم استخدامها لحساب السعر المرجعي وأوزان الموارد النسبية؟

تم استخدام بيانات المطالبات من نظام «نفيس»، بناءً على الرسوم المحلية، لحساب السعر المرجعي، بما يضمن عكسه للأسعار في سوق الرعاية الصحية السعودي. وتشمل البيانات الرسوم وتدمج الخصومات إلى الحد الذي يتم تمثيلها فيه ضمن «نفيس».

هل يؤثر الاعتماد على بيانات نفيس المبكرة على دقة السعر المرجعي؟ نعم، سيؤثر ذلك، إلا أن هذه البيانات هي الأفضل حالياً. وسيستمر تحسين السعر المرجعي مع إدخال بيانات جديدة إلى «نفيس»، بما يشمل تحسينات في الترميز الطبي والمتغيرات الأساسية الأخرى التي تؤثر في تصنيف AR-DRG والرسوم.

هل يتضمن السعر المرجعي تعديلات لحالات الإقامة الطويلة؟ نعم. تم تحديد هذه التعديلات وفق معدلات هامشية، لضمان عدم تحفيز المستشفيات على إبقاء المرضى لفترات أطول من اللازم، وفي الوقت نفسه تغطية تكاليف الإقامة الإضافية أو غير المتوقعة.

هل يمكن أن تتحول حزمة AR-DRG منخفضة التكلفة إلى حزمة مرتفعة التكلفة بسبب الإقامة الطويلة؟ تم تصميم تعديلات الدفع المرتبطة بمدة الإقامة لتحقيق توازن في المخاطر بين مقدمي الخدمة والممولين. وبالنسبة للحالات الاستثنائية ذات الإقامة الطويلة، تم تحديد نقاط القطع ضمن كل AR-DRG عند مستويات قد تتكبد فيها المستشفيات خسائر مالية إذا بقي المرضى في المستشفى أطول من اللازم سريريًا. ويخلق هذا حافزًا لتسريع خروج المرضى عند توفر الأمان السريري. ولا يتم تفعيل مدفوعات الإقامة الطويلة إلا عندما تتجاوز مدة الإقامة التوقعات بشكل كبير لأسباب سريرية، وليس بسبب عدم الكفاءة أو استغلال النظام. وفي مثل هذه الحالات، يكون التعويض الأعلى مبرراً لأن المستشفى استخدم موارد أكثر بكثير مما كان متوقعًا عند دخول المريض. بالإضافة إلى ذلك، يتم استخدام مبدأ «التصاعدية» عند احتساب أوزان الموارد، ما يعني أن الحزم الأقل تعقيدًا لا يمكن أن تحصل على وزن أعلى من الحزم الأكثر تعقيدًا.

هل تشمل أوزان الموارد النسبية الأجهزة التعويضية والأدوية؟ تم استبعاد رسوم بعض الأجهزة التعويضية والأدوية المختارة من السعر الأساسي وأوزان الموارد النسبية. ويشمل ذلك العلاج الكيميائي في حزمة Z) 63 R الخاصة بالعلاج الكيميائي، بالإضافة إلى الأدوية مرتفعة التكلفة لحزم زراعة الأعضاء، والأجهزة في حزم مختارة ذات تكلفة عالية للأجهزة التعويضية. ويجب إدراج تكاليف هذه العناصر كبنود منفصلة في المطالبة.



لا يفترض أن يبنى السعر المرجعي وأوزان الموارد النسبية على التكاليف بدلاً من الرسوم؟ من المثالي استخدام التكاليف لحساب السعر المرجعي وأوزان الموارد النسبية. ومع ذلك، ونظرًا لعدم توفر بيانات التكاليف حاليًا، تم استخدام الرسوم كبديل. وتُعد الرسوم مؤشرًا جيدًا للتكاليف، لأنها تعكس أسعار السوق الحالية للخدمات المقدمة. كما يُستخدم هذا النهج في أسواق أخرى لا تتوفر فيها بيانات التكاليف الفعلية.

لماذا لا يعكس السعر المرجعي بعض الخصومات المقدمة للممولين؟ الخصومات التجارية (مثل خصومات الكميات) لا تنعكس في بيانات «نفيس»، كما أن العديد من خصومات التسوية التجارية تتم خارج نظام «نفيس»، إلا أن بعض الخصومات بين القيمة الإجمالية والصافية يتم تمثيلها ضمن «نفيس».

هل الترميز الطبي مهم في تطوير السعر المرجعي؟ نعم، يلعب الترميز الطبي دوراً مهماً، لا سيما في تخصيص مستويات التعقيد للحالات وتصنيفها ضمن نظام AR-DRG، ومع ذلك، قد تؤثر محدودية الترميز في البيانات التاريخية على السعر المرجعي. وستنعكس المبادرات مثل تدريب المتخصصين الطبيين وإجراء التدقيقات لتعزيز دقة الترميز في تحسين جودة النسخ المستقبلية من السعر المرجعي.

ما التدابير المتخذة لتحسين التصنيف حسب AR-DRG في المملكة؟ فرض مجلس الضمان الصحي توثيق البيانات الأساسية المطلوبة، مثل عدد ساعات التهوية الميكانيكية ووزن المواليد، ضمن مجموعة البيانات الأساسية (MDS)، ابتداءً من أكتوبر 2024. وسيضمن ذلك تصنيفاً دقيقاً.

هل توجد سوابق لاستخدام السعر المرجعي للسوق في أسواق التأمين الصحي

الخاص؟ نعم، توجد أمثلة مثل إمارة أبو ظبي حيث تم تطبيق نظام مماثل بشكل إلزامي، وأستراليا التي استخدمت السعر المرجعي كمرجع لتسعير التأمين الصحي الخاص.

هل سيقبل نظام الحزم التشخيصية AR-DRG رموز نظام الفوترة السعودي (SBS) ؟

سيقوم مجلس الضمان الصحي باعتماد أدوات التصنيف لتقبل رموز نظام الفوترة السعودي (SBS) كمدخلات في أدوات التصنيف. وبالتالي، لن يحتاج مقدمو الخدمة إلى تطبيق نظامي تصنيف مختلفين .

لماذا لا يتم تضمين تعديلات مرتبطة بانخفاض جودة الرعاية ضمن السعر المرجعي

وأوزان الموارد النسبية، رغم توفر أنظمة قادرة على تحديد هذا النوع من الرعاية مثل نظام تصنيف التشخيصات المكتسبة في المستشفيات (CHADx) ونظام المضاعفات المكتسبة في المستشفيات (HACs)؟ تعتمد هذه الأنظمة على «مؤشر توقيت ظهور الحالة»، وهو علم يُستخدم من قبل المتخصصين الطبيين لتحديد ما إذا كان التشخيص، بما في ذلك التشخيص الرئيسي، موجودًا عند دخول المريض إلى المستشفى أم أنه ظهر أثناء الإقامة. وسيبدأ جمع هذا المؤشر ضمن نظام «نفيس» في أواخر عام 2024، إلا أن الإبلاغ عنه بشكل دقيق ومتسق سيتطلب وقتًا إضافيًا. وبناءً عليه، لا يمكن تطبيق تعديلات مرتبطة بجودة الرعاية في هذه المرحلة. ومع ذلك، من المخطط إدراجها مستقبلاً عند توفر البيانات اللازمة بشكل موثوق ومنظم .

هل يساعد السعر المرجعي في الحد من الإجراءات الطبية غير المبررة؟ يركز السعر

المرجعي على تسعير الخدمات الصحية بناءً على درجة تعقيد الحالة. أما تحديد مدى ضرورة الإجراءات الطبية، فيخضع لأنظمة وسياسات تنظيمية أخرى تقع خارج نطاق السعر المرجعي.

من سيكون مسؤولاً عن إدارة نظام السعر المرجعي في المستقبل؟ مجلس الضمان

الصحي هو الجهة المسؤولة عن إدارة النظام والإشراف على تطبيقه وتحديثه.



هل يمكن لمقدمي الخدمة والممولين التفاوض على السعر الأساسي أو أوزان

الموارد النسبية؟ يمكن التفاوض على السعر الأساسي، إلا أن أوزان الموارد النسبية التي تعكس شدة استخدام الموارد في كل حالة تظل ثابتة لضمان توزيع عادل للمدفوعات استنادًا إلى درجة تعقيد الحالة.

لماذا لا يفرض مجلس الضمان الصحي قيمة السعر المرجعي؟ بعض شركات التأمين

الكبرى تحتاج إلى التفاوض مع عدد كبير من مقدمي الخدمات، ما يجعل الإلزام بسعر موحد غير عملي. لا ينظم مجلس الضمان الصحي الأسعار في القطاع الخاص، بل يدعم حرية السوق. ويُشجّع المجلس شركات التأمين على التفاوض المباشر مع مقدمي الخدمة باستخدام السعر المرجعي كمرجع استرشادي، ما يسمح بتطبيق آليات التفاوض المعتادة لدى شركات التأمين والمحافظة على مرونة الترتيبات السعرية.

ماذا يحدث إذا كانت المستشفيات غير فعالة في ظل نظام السعر المرجعي؟ يشجع

نظام السعر المرجعي المستشفيات على مراجعة تكاليفها وتحسين كفاءتها التشغيلية. وفي حال عدم كفاءة بعض المستشفيات، قد تواجه تحديات مالية. ومع ذلك، فإن الهدف من النظام هو دعم تقديم رعاية صحية عادلة ومستدامة وفعالة من حيث التكلفة.

كيف ستؤثر عملية الفوترة التجريبية (Shadow Billing) على تعديلات السعر المرجعي

المستقبلية؟ تُستخدم الفوترة التجريبية كأداة لتحسين السعر الأساسي وأوزان الموارد النسبية، وستسهم نتائجها في تحسين النسخ المستقبلية من نظام التسعير المرجعي.

Frequently Asked Questions



Questions

What is the Market Reference Price (MRP)?

The MRP is designed to ensure fair prices for hospital services based on the complexity of cases treated. It is designed to reflect the costs associated with treating various health conditions within the hospital setting.

How are relative resource weights calculated?

Relative resource weights (RRW) represent the relative complexity and resource use for different case types based on the Australian Refined Diagnosis Related Groups (AR-DRG).

What data was used to calculate the MRP and the relative resource

weights? The claims data from the NPHIES system, using local charges, were used to calculate the MRP, ensuring they reflect the prices within the Saudi healthcare market. The data includes charges and incorporates discounts to the extent they are represented within NPHIES.

Does relying on early NPHIES data affect the accuracy of the MRP?

Yes, it will. However, this is the best data currently available. The MRP will continue to be refined as new data is added to NPHIES, including reflecting improvements in clinical coding and other key variables affecting AR-DRG assignment and charges.

Does the MRP include adjustments for long lengths of stay?

Yes. The adjustments are set at marginal rates, ensuring that hospitals are not incentivized to keep patients longer than necessary but also that costs of additional and unexpected length of stay are covered.

The length of stay adjustments for some AR-DRGs means that a low-

cost AR-DRG will end up being very high cost? The length of stay payment adjustments have been designed to balance risk between providers and payers. For long-stay outliers, the trim points have been set at points within AR-DRGs where hospitals would incur financial losses if patients are kept in hospital longer than clinically necessary. This creates an incentive for hospitals to discharge patients as soon as it is safe to do so. The long-stay outlier payment is only triggered when a patient's stay significantly exceeds expectations due to clinical need, rather than inefficiencies, or gaming to attract a higher payment. In these cases, a higher reimbursement is justified, as the hospital has utilized substantially more resources than anticipated according to the patient's reason for admission. In addition, the principle of "monotonicity" is used to calculate the relative resource weights. This means that the lower-complexity AR-DRGs do not have a higher weight than more complex AR-DRGs.

Are prostheses/devices and medications included in the base price and relative resource weights?

Charges for selected prostheses/devices and medications have been removed from the base price and relative resource weights. These include chemotherapy from the Chemotherapy AR-DRG (R63Z) and other high-cost drugs for organ transplant AR-DRGs, and prostheses and devices for selected AR-DRGs with high prosthesis/device costs. The costs for these items should be added as separate items on the claim.



Shouldn't the MRP and relative resource weights be based on costs

rather than charges? It is ideal to use costs to calculate the MRP and relative resource weights. However, costs are not currently available, and hence charges have been used. Charges are a good proxy for costs, as they represent current market rates for services rendered. This approach is also employed in other markets where actual cost data is unavailable.

Why doesn't the MRP reflect some of the discounts offered to

payers? Commercial discounts, (e.g. volume based discounts) are not reflected in NPHIES data, and many commercial settlement discounts are handled outside of NPHIES. Some discounts between the gross and net amounts are reflected in NPHIES.

Is clinical coding important for MRP development? Yes, clinical coding plays a significant role, especially in assigning complexity levels to episodes and assigning them to AR-DRGs. However, coding limitations in historical data may affect the MRP. Initiatives such as training of clinical coders and audits to enhance coding accuracy will be reflected in improved quality of future iterations of the MRP.

What measures are being taken to improve AR-DRG grouping in Saudi

Arabia? CHI has mandated all required fields for AR-DRG grouping, such as hours of mechanical ventilation and baby birthweight in the Minimum Data Set (MDS), starting from October 2024. This will ensure accurate grouping.

Will AR-DRG groupers accept Saudi Billing System (SBS) codes? CHI will certify groupers to accept SBS codes as input for the grouper. Providers will not need to maintain both procedures for grouping.

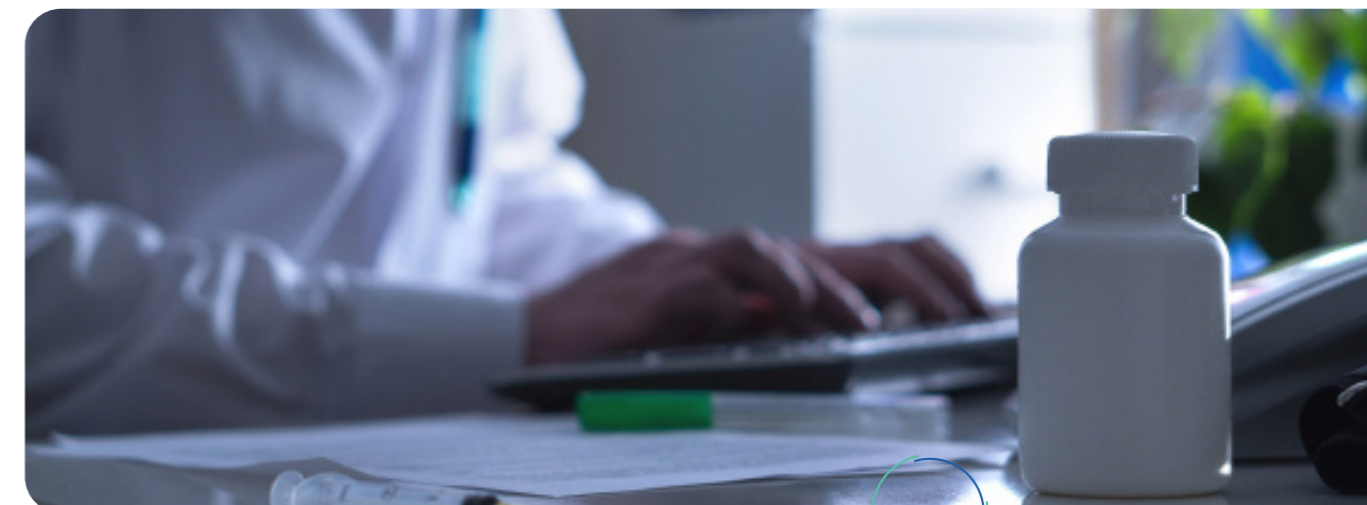
Why aren't adjustments for poor quality care included in the MRP and relative resource weights. Systems are available for identifying poor quality care, such as the Classification of Hospital Acquired Diagnoses (CHADx) and Hospital Acquired Conditions/ Complications (HACs)? These systems rely on the "Condition Onset Flag" flag, which is assigned by clinical coders to each diagnosis in an admitted care episode (including the principal diagnosis) to indicate whether the condition was present at the time of admission or developed during the hospital stay. This flag will start to be collected in NPHIES in late 2024 and will require time before it is consistently and accurately reported. As a result, this adjustment cannot be implemented at this stage. But it is planned for inclusion in the future once the data becomes available and is consistent and reliable.

Does the MRP help reduce medically unnecessary procedures?

The MRP focuses on pricing healthcare services based on case complexity. Determining medical necessity is governed by other policies and regulations outside the scope of the MRP.

Who will be responsible for managing the MRP system in the future?

CHI is the responsible authority.



Can providers and payers negotiate the base price or the relative resource weights? The base price can be negotiated, but the relative resource values, which reflect the resource intensity of cases, remain fixed to ensure fair distribution of payments based on case complexity.

Shouldn't CHI mandate the MRP value? Some larger insurers need to negotiate with a multitude of providers. This is not practical. CHI does not regulate prices in the private sector and supports market freedom. Insurers are encouraged to negotiate directly with providers, using the MRP as a guide. This approach allows insurers to apply their standard negotiation procedures and maintain flexibility in pricing arrangements.

What happens if hospitals operate inefficiently under the MRP system? The MRP system encourages hospitals to closely examine their costs and improve efficiency. Hospitals that are significantly inefficient may face financial challenges, but this system aims to promote fair and cost-effective care.

How will the shadow billing process affect future MRP adjustments? Shadow billing is being used to refine the base price and relative resource weights for future improvements.



If you have any questions or
complaints, you can reach us through

في حال وجود أي استفسار أو
شكوى يمكنك التواصل معنا

