



AGENCJA OCENY TECHNOLOGII MEDYCZNYCH I TARYFIKACJI

Proces taryfikacji świadczeń opieki zdrowotnej

USTAWA z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej (...)

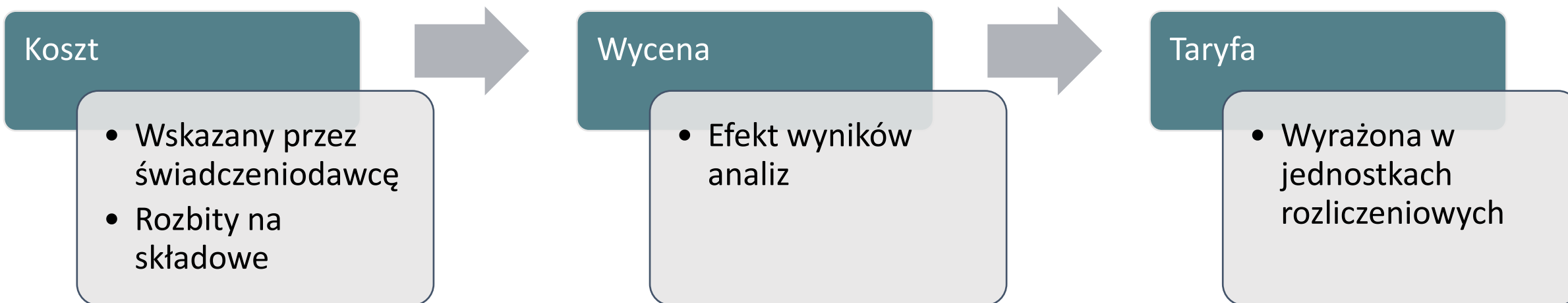
*„W celu **zagwarantowania prawidłowości finansowania świadczeń (...)**
 , taryfikacja (...) powinna zostać powierzona samodzielnej, umocowanej
 w ustawie jednostce, która przeprowadzałaby **ją w sposób niezależny**,
 opierając się na kryteriach fachowych, z uwzględnieniem doświadczeń
 krajowych, jak również dorobku państw członkowskich Unii
 Europejskiej”.*

Zadania w zakresie taryfikacji



-  Ustalanie taryfy świadczeń na podstawie Planu Taryfikacji na dany rok, zatwierdzanego przez Ministra Zdrowia
-  Realizacja zleceń ministra właściwego do spraw zdrowia w zakresie wyceny świadczeń
-  Przygotowywanie Rekomendacji w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej w związku z nadzwyczajnym wzrostem kosztów udzielania tych świadczeń
-  Opracowywanie i aktualizacja propozycji zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów w podmiotach leczniczych
-  Obliczanie wysokości ryczałtów dla KOM i WOM w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej oraz dla ośrodka koordynującego w ramach Krajowej Sieci Kardiologicznej
-  Prowadzenie, na zlecenie Ministra Zdrowia, analiz programów naprawczych sporządzonych przez podmioty lecznicze oraz ich realizacji

Zestawienie świadczeń gwarantowanych wraz z przypisanymi im wartościami względnymi, z wyłączeniem świadczeń gwarantowanych, których zasady finansowania określa ustawa o refundacji.

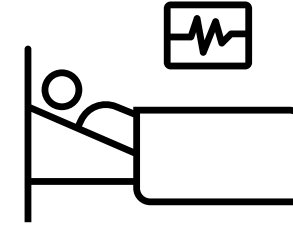


- ☐ Ustalenie wzajemnych relacji pomiędzy świadczeniami
- ☐ Adekwatność finansowania (w stosunku do kosztów)
- ☐ Zrównoważenie systemu opieki zdrowotnej
- ☐ Informacja o rzeczywiście ponoszonych kosztach
- ☐ Podstawa do rekomendacji odnośnie zmian w zakresie świadczeń (zmiana między JGP, zmiana wymagań itp.)
- ☐ Efektywne wykorzystanie środków publicznych
- ☐ Narzędzie do kreowania polityki zdrowotnej państwa
- ☐ Narzędzie do realizacji priorytetów Ministra Zdrowia

Interesariusze/uczestnicy taryfikacji

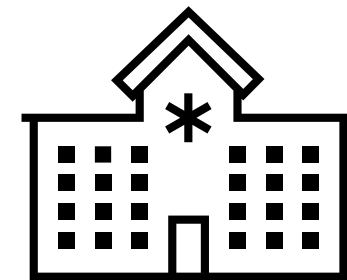
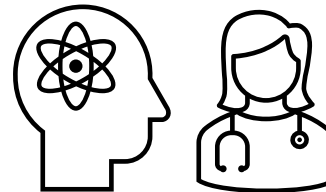


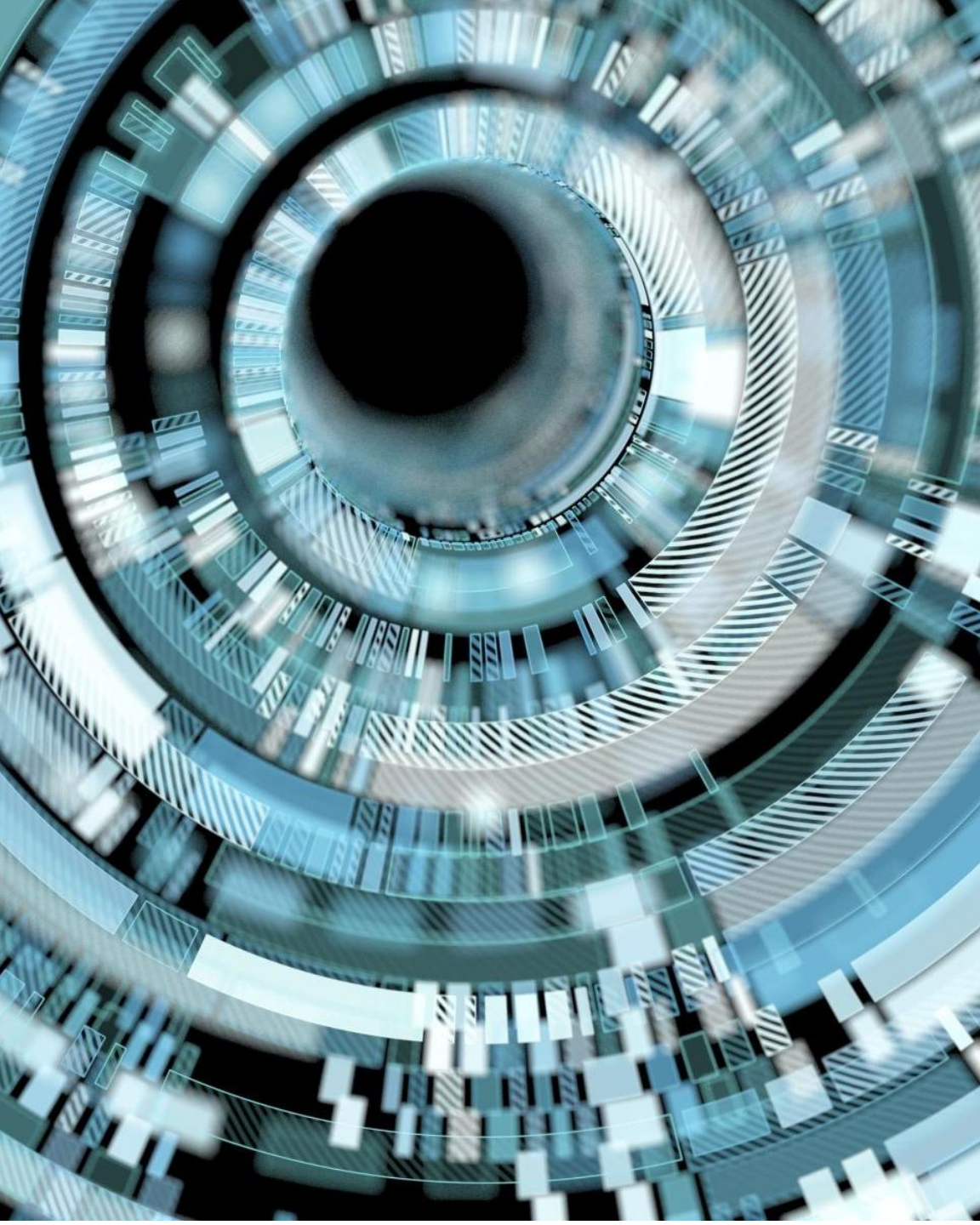
Ministerstwo
Zdrowia



NFZ

Narodowy Fundusz Zdrowia





PROCES TARYFIKACJI

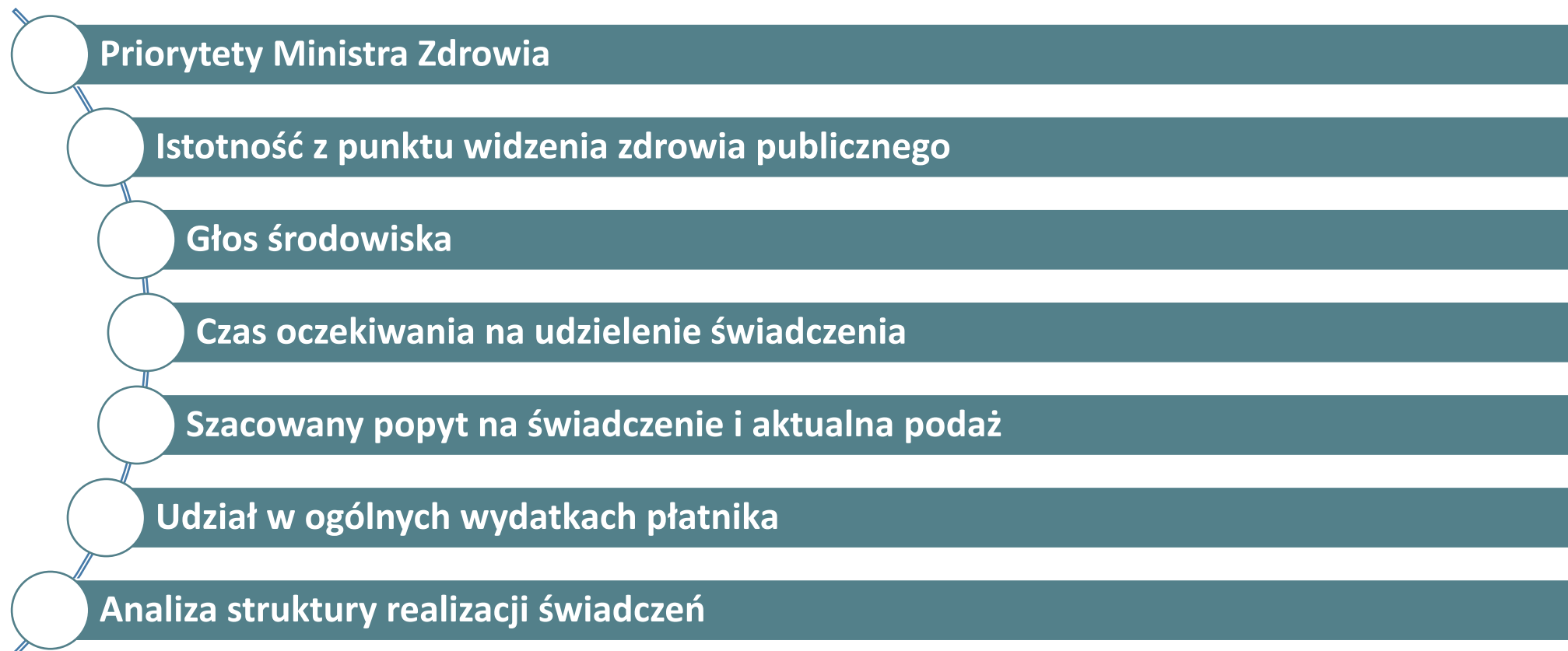
Etapy procesu taryfikacji



Etapy procesu taryfikacji



- ☐ tworzony do 30 czerwca na następny rok
- ☐ opiniowany przez Prezesa NFZ i Radę ds. Taryfikacji
- ☐ zatwierdzany albo zmieniany przez Ministra Zdrowia



Plan taryfikacji



AGENCJA OCENY TECHNOLOGII MEDYCZNYCH I TARYFIKACJI

podstawie zleceń MZ przesłanych przed 31.12.2011

Repozytorium programów polityki zdrowotnej

Praca

Umowy o dzieło i zlecenie

Praktyki

Majątek AOTMiT

Zamówienia Publiczne

Redakcja BIP

Polityka prywatności

Kontrole w AOTMiT

Instrukcja dostępu do informacji publicznej

Taryfikacja Świadczeń

Opiniowanie zaleceń postępowania diagnostyczno-terapeutycznego

System Monitorowania Kosztów Leczenia

Wykaz TLI

Wykaz TLK

[Plan Taryfikacji na rok 2017](#)

[Plan Taryfikacji na rok 2017 - Uzasadnienie](#)

[Plan Taryfikacji na rok 2016](#)

[Plan Taryfikacji na rok 2015](#)

Postępowania

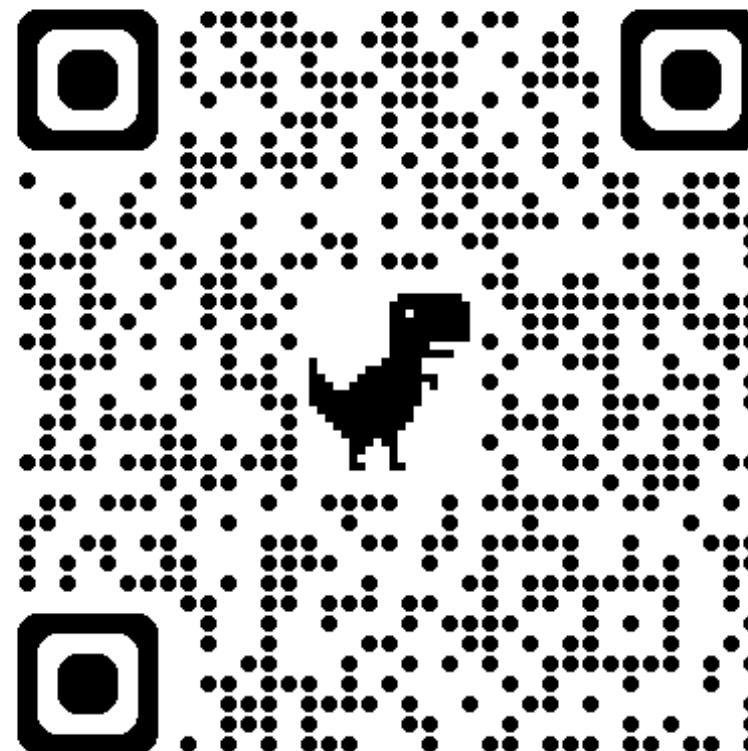
Projekty Taryf do konsultacji

Raporty Taryfikacyjne

Rada Taryfikacji

Uwagi do raportów

Plany Taryfikacji



Zaplanowanie procesu taryfikacji



Zapoznanie się z:

- Rozporządzeniami MZ
- Zarządzeniami NFZ
- Raportami



Analiza danych NFZ o realizacji danego świadczenia



Zebranie uwag środowiska



Informacje o danych i analizach będących w posiadaniu Agencji



Wskazanie i uzasadnienie propozycji sposobu przeprowadzenia procesu analizy kosztów

Plan taryfikacji lub
Zlecenie MZ



Analiza danych i
przygotowanie
raportu



Przedstawienie
Radzie uwag -
wydanie przez Radę
stanowiska



4 miesiące
Wdrożenie taryf
przez NFZ



Pozyskanie danych

Akceptacja Rady ds.
Taryfikacji na
skierowanie raportu
do konsultacji

Zgoda MZ
Wydanie
obwieszczenia
Prezesa AOTMiT

Podmioty zobowiązane do finansowania świadczeń ze środków publicznych (NFZ, MZ)

DANE ŚWIADCZENIODAWCÓW – podstawowe źródło informacji

Ceny świadczeń na rynku komercyjnym

Wyceny analogicznych świadczeń w innych krajach

Wybór świadczeniodawców udostępniających dane



Źródła danych:

- Podmioty finansujące świadczenia ze środków publicznych.
- Świadczeniodawcy z umową na udzielanie świadczeń zdrowotnych.

Kryteria doboru świadczeniodawców:

- Sposób poboru danych.
- Rodzaj świadczeniodawcy (powiatowy, specjalistyczny, kliniczny itp.).
- Wielkość, lokalizacja, liczba realizowanych świadczeń.
- Struktura pacjentów (wiek, długość pobytu, procedury, rozpoznania)



Regulacje:

- Sposób wyboru określają zarządzenia Prezesa AOTMiT.

Forma współpracy:

- Stała lub doraźna - w zależności od zapotrzebowania.
- Dane przekazywane na wniosek Prezesa AOTMiT.

Pozyskanie danych od świadczeniodawców



Ustalenie założeń

Zakres niezbędnych danych

Próba świadczeniodawców

Format danych

Harmonogram postępowania

Wszyscy świadczeniodawcy realizujący świadczenie

Świadczeniodawcy wskazani przez Agencję

Ogłoszenie postępowania

Postępowanie skierowane do wszystkich świadczeniodawców

Postępowanie skierowane do próby świadczeniodawców

- Lista świadczeniodawców
- Projekty dokumentów

- Ankieta zgłoszeniowa
- Lista świadczeniodawców
- Projekty dokumentów

- Wysłanie **wniosek** o udostępnienie danych do świadczeniodawców

Pozyskanie danych od świadczeniodawców

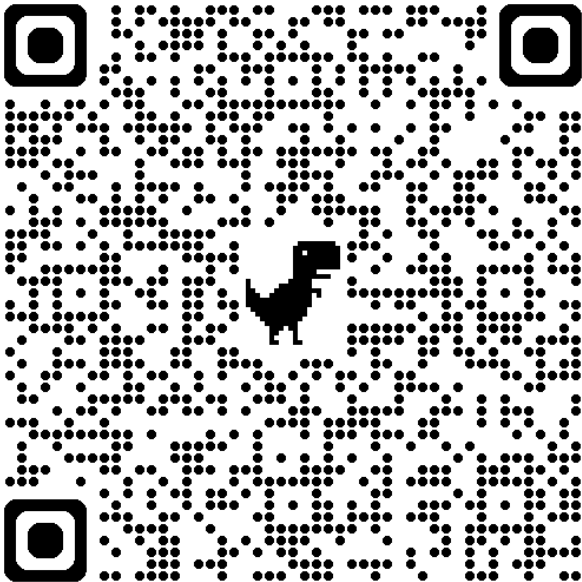


AGENCJA OCENY TECHNOLOGII MEDYCZNYCH I TARYFIKACJI

Szukaj...



Praca	78.	Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	zakończone
Umowy o dzieło i zlecenie	77.	Choroby naczyń (JGP -sekcja Q)	zakończone
Praktyki	76.	Rehabilitacja lecznicza	zakończone
Majątek AOTMiT	75.	Wynagrodzenia osób zatrudnionych w podmiotach leczniczych	zakończone
Zamówienia Publiczne	74.	Wynagrodzenia osób zatrudnionych w podmiotach leczniczych	zakończone
Redakcja BIP	73.	Dane finansowo-księgowe za 2022 rok	zakończone
Polityka prywatności	72.	Leczenie szpitalne – kontynuacja współpracy (WB22)	w trakcie
Kontrola w AOTMiT	71.	Choroby kręgosłupa	zakończone
Instrukcja dostępu do informacji publicznej			
Taryfikacja Świadczeń		Wynagrodzenia osób zatrudnionych w podmiotach leczniczych	zakończone
Opiniowanie zaleceń postępowania diagnostyczno-terapeutycznego		Opieka paliatywna i hospicyjna	zakończone
System Monitorowania Kosztów Leczenia		Choroby układu nerwowego	zakończone
Wykaz TLI		Leczenie szpitalne – kontynuacja współpracy (WB21)	zakończone
Wykaz TLK		Dane o wynagrodzeniach osób zatrudnionych w podmiotach leczniczych	zakończone
	65.	Biopsja szpiku kostnego (AOS)	zakończone
	64.	Choroby układu oddechowego	zakończone



SZCZEGÓŁOWOŚĆ DANYCH	SZYBKOŚĆ I ŁATWOŚĆ POZYSKANIA	Szczegółowe dane medyczno-kosztowe dane w ujęciu na pojedynczą hospitalizację, tj. identyfikujące świadczenie, ruch międzyoddziałowy, podane produkty lecznicze, zużyte wyroby medyczne, wykonane procedury medyczne, zaangażowanie personelu medycznego w procedurę medyczną oraz dane dotyczące obrotu przychodu we wszystkich magazynach (w tym magazynach oddziałowych) produktów leczniczych oraz wyrobów medycznych
		Karty dotyczące danych pojedynczego pacjenta własna kalkulacja kosztów, karta kosztorysowa, wnioski o rozliczenie za zgodą płatnika
		Karty dotyczące świadczenia własna kalkulacja kosztów, karta kosztorysowa, karta organizacji udzielania świadczeń
		Zapytania mailowe, pisemne, ankiety

**Liczne kanały
dotarcia (maile,
strona AOTMiT,
NFZ, MZ, eksperci)**

**Spotkania
informacyjne**

**Stąła współpraca
ze szpitalami**

Wizytacje

**Wsparcie w
przygotowaniu i
przekazywaniu
danych**

Plan taryfikacji lub
Zlecenie MZ



Analiza danych i
przygotowanie
raportu



7 dni na uwagi



Akceptacja Rady ds.
Taryfikacji na
skierowanie raportu
do konsultacji



Przedstawienie
Radzie uwag -
wydanie przez Radę
stanowiska



Zgoda MZ
Wydanie
obwieszczenia
Prezesa AOTMiT



4 miesiące
Wdrożenie taryf
przez NFZ



DANE Z POZIOMU PODMIOTU (OPK)

1. **dane finansowo-księgowe** z poszczególnych ośrodków powstawania kosztów (OPK) (koszty amortyzacji, koszty osobowe, pozostałe koszty funkcjonowania),
2. uzupełniające **dane niefinansowe** (m.in. liczba i rodzaj personelu, wymiar zatrudnienia, liczba łóżek, wyposażenie),
3. **cenniki** wewnętrzne procedur, **obróty magazynowy leków i wyrobów medycznych**.

DANE Z POZIOMU PACJENTA (DSZ)

1. **dane kliniczno-kosztowe** o pojedynczych świadczeniach opieki zdrowotnej
 - zużyte leki,
 - zastosowane wyroby medyczne,
 - zrealizowane procedury (diagnostyczne i zabiegowe),
 - długość świadczenia (hospitalizacji, porady itd.)
2. **własna kalkulacja kosztów** - uśredniony koszt świadczenia obliczony przez świadczeniodawcę dla grupy pacjentów
3. **zapytania** mailowe, pisemne, ankiety, konsultacje z ekspertami

Analizy wewnętrzne

- Na poziomie aplikacji – pierwsza kontrola poprawności
- Kompatybilność i rzetelność danych
- Analizy krzyżowe danych finansowych i niefinansowych
- Porównania między podmiotami
- Korekty i uzupełnienia przez podmioty

Eksperti

- Czas trwania procedury
- Liczba personelu
- Częstość występowania procedur
- Rodzaj i wielkość zużycia leków i wyrobów medycznych

Dane rynkowe

- Jednostkowy koszt leków, wyrobów medycznych i procedur
- Na podstawie informacji o kosztach pozyskanych od czołowych producentów, dystrybutorów, realizatorów, z cenników komercyjnych i danych przetargowych

Standardy i zalecenia

- Częstość występowania leków, wyrobów medycznych oraz procedur w zbiorze świadczeń
- Czas trwania procedury
- Liczba i rodzaj zaangażowanego personelu

Eksperci

- Konsultanci Krajowi w poszczególnych dziedzinach medycyny
- członkowie Towarzystw Naukowych
- praktycy kliniczni

Zakres współpracy

- wsparcie w ocenie jakości i kompletności danych udostępnionych przez świadczeniodawców
- konsultacje w zakresie rodzaju oraz częstości i wielkości zużycia poszczególnych zasobów (leki, wyroby medyczne, procedury) w realizacji świadczenia
- określenie parametrów dla jednostki optymalnej (obciążenie, czas pracy, normy zatrudnienia personelu, niezbędne wyposażenie)
- uwagi oraz sugestie dotyczące zmian w obrębie danego świadczenia/ grupy świadczeń (zakres świadczenia, warunki realizacji itp.)

Podjęcie współpracy

- Ze wskazania KK lub towarzystwa

3. Raport w sprawie ustalenia taryfy świadczeń zawiera:

- 1) opis świadczenia opieki zdrowotnej podlegającego taryfikacji, ze szczególnym uwzględnieniem:
 - a) wpływu świadczenia opieki zdrowotnej na stan zdrowia obywateli, w tym zapadalności, chorobowości, umieralności lub śmiertelności,
 - b) skutków następstw choroby lub stanu zdrowia;
- 2) analizę popytu oraz aktualnej i pożądanej podaży świadczenia opieki zdrowotnej podlegającego taryfikacji;
- 3) opis sposobu i poziomu finansowania świadczenia opieki zdrowotnej podlegającego taryfikacji w innych krajach;
- 4) analizę danych kosztowych pozyskanych od świadczeniodawców, jeżeli miały wpływ na ustalenie taryfy świadczeń;
- 5) projekt taryfy świadczeń;
- 6) analizę skutków finansowych dla systemu ochrony zdrowia, w tym dla podmiotów zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych;
- 7) inne dostępne dane niezbędne do ustalenia taryfy świadczeń.

Ustawa o świadczeniach
opieki zdrowotnej
finansowanych ze środków
publicznych

Plan taryfikacji lub
Zlecenie MZ

Analiza danych i
przygotowanie
raportu

Przedstawienie
Radzie uwag -
wydanie przez Radę
stanowiska

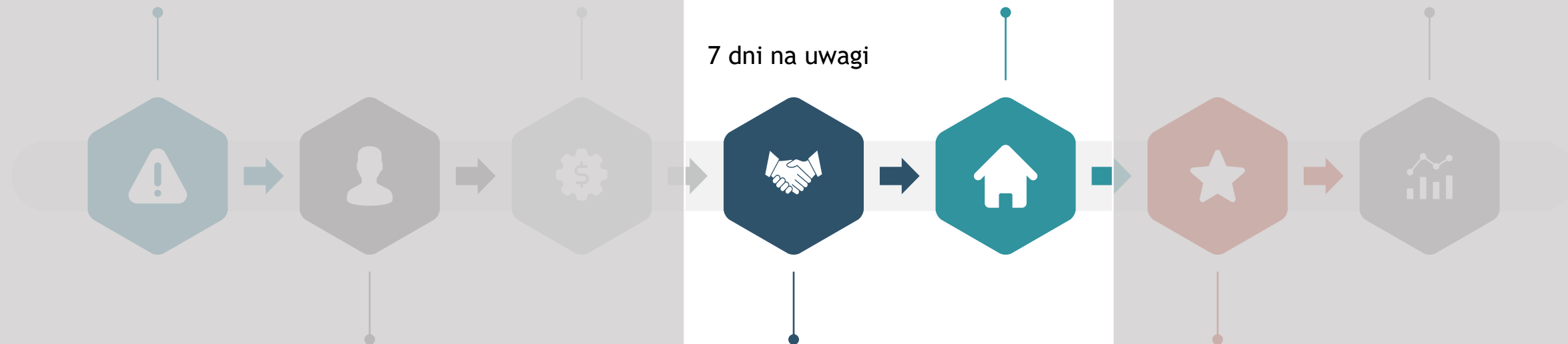
4 miesiące
Wdrożenie taryf
przez NFZ

7 dni na uwagi

Pozyskanie danych

Akceptacja Rady ds.
Taryfikacji na
skierowanie raportu
do konsultacji

Zgoda MZ
Wydanie
obwieszczenia
Prezesa AOTMiT



Stanowisko Rady publikowane w BIP

Zakres opiniowania:

- Plan taryfikacji opracowany przez Agencję
- Metodologia ustalania taryf dla świadczeń zdrowotnych.
- Ustalanie taryf świadczeń zdrowotnych

Aktywny udział w procesie taryfikacji

- Przegląd raportów
- Przekazywanie uwag i opinii
- Dyskusja, pytania, propozycje



Konsultacje z ekspertami

- Konsultanci krajowi
- Przedstawiciele towarzystw naukowych
- Organizacje świadczeniodawców
- Organizacje pacjenckie
- Inne podmioty wskazane przez Radę ds. Taryfikacji

- Członkowie powoływani i odwoływanych przez Ministra Zdrowia
- 10 członków, w tym przedstawiciele **Ministerstwa Zdrowia**, **Narodowego Funduszu Zdrowia**, świadczeniodawców

Uwagi do raportu



- ☐ 7 dni na zgłaszanie uwag
- ☐ Uwagi publikowane przez 6 miesięcy



bip
AGENCJA OCENY TECHNOLOGII MEDYCZNYCH I TARYFIKACJI

Szukaj...

Zlecenia MZ 2021

Zlecenia MZ 2020

Zlecenia MZ 2019

Zlecenia MZ 2018

Zlecenia MZ 2012-2017

Zlecenia MZ 2009-2011

Uwagi do analiz

Petycje

Stanowiska i rekomendacje wydane na podstawie zleceń MZ przesłanych przed 31.12.2011

Repozytorium programów polityki zdrowotnej

Umowy o dzieło i zlecenie

Praktyki

Majątek AOTMiT

Zamówienia Publiczne

Redakcja BIP

Polityka prywatności

Kontrole w AOTMiT

Instrukcja dostępu do informacji publicznej

Taryfikacja Świadczeń

Opiniowanie zaleceń postępowania diagnostyczno-terapeutycznego

System Monitorowania Kosztów Leczenia

2025

Data publikacji	Nr raportu	Zakres taryfikowanych świadczeń	Termin składania uwag	Uwagi do raportu	Stanowisko/Opinia RdsT	Obwieszczenia
2025.01.23	1/2025	Świadczenia gwarantowane obejmujące leczenie chorób układu nerwowego	2025.01.30			
2025.05.14	2/2025	Świadczenia gwarantowane z zakresu leczenia szpitalnego obejmujące choroby żeńskiego układu rozrodczego	2025.05.21			
2025.05.14	3/2025	Świadczenia gwarantowane obejmujące stacjonarną rehabilitację leczniczą	2025.05.21			
2025.07.22	4/2025	Świadczenia gwarantowane z zakresu leczenia szpitalnego obejmujące leczenie chorób kręgosłupa	2025.07.29			
2025.09.22	5/2025	Świadczenia gwarantowane z zakresu leczenia szpitalnego obejmujące ablacje zaburzeń rytmu serca	2025.09.29			
2025.09.22	6/2025	Świadczenia gwarantowane obejmujące badania tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego	2025.09.29			

Postępowania

Projekt Taryf do konsultacji

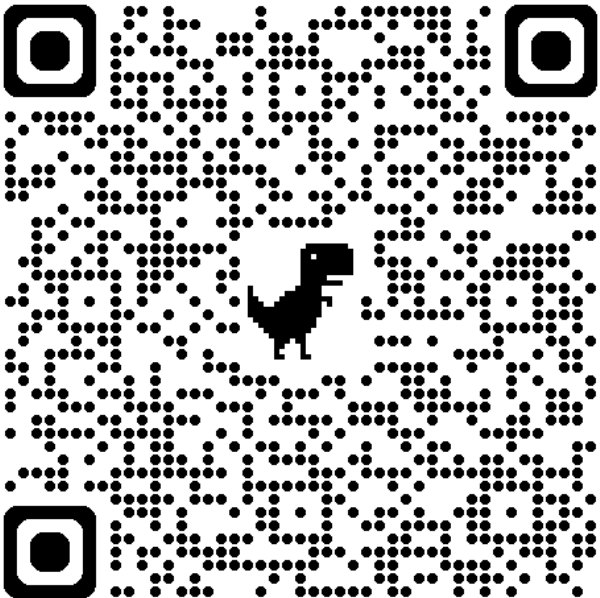
Raporty Taryfikacyjne

Rada Taryfikacji

Przejdź do: Raporty Taryfikacyjne

pnanych świadczeń

Termin składania uwag	Uwagi do raportu	Stanowisko/Opinia RdsT	Obwieszczenia
-----------------------	------------------	------------------------	---------------



Plan taryfikacji lub
Zlecenie MZ



Analiza danych i
przygotowanie
raportu

Przedstawienie
Radzie uwag -
wydanie przez Radę
stanowiska

7 dni na uwagi

4 miesiące
Wdrożenie taryf
przez NFZ

Pozyskanie danych

Akceptacja Rady ds.
Taryfikacji na
skierowanie raportu
do konsultacji

Zgoda MZ
Wydanie
obwieszczenia
Prezesa AOTMiT

Obwieszczenie Prezesa AOTMiT



Taryfy świadczeń gwarantowanych w zakresie leczenia szpitalnego

Załącznik do Obwieszczenia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 3 kwietnia 2024 r.

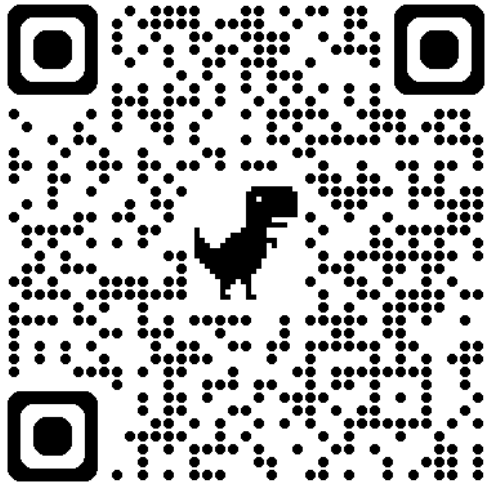
Taryfy świadczeń gwarantowanych w zakresie leczenia szpitalnego
w obszarze chorób zakaźnych i alergii

ŚWIADCZENIE GWARANTOWANE*	NAZWA ŚWIADCZENIA JEDNOSTKOWEGO	TARYFA (PKT)
leczenie szpitalne w obszarze chorób zakaźnych i alergii	S51C AIDS - leczenie choroby pełnoobjawowej < 5 dni	1 729
	S51D AIDS - leczenie choroby pełnoobjawowej >5 dni	8 911
	S52 Niedobory odporności inne niż HIV/AIDS	1 789
	S55E Gorączka niejasnego pochodzenia > 65 r.ż.	4 406
	S55F Gorączka niejasnego pochodzenia < 66 r.ż.	2 011
	S56 Posocznica	8 266
	S57 Inne choroby wirusowe	4 040
	S60 Choroby zakaźne niewirusowe	3 749
	S34 Ciężkie alergie i powikłania > 17 r.ż.	2 438
	S33 Choroby alergiczne > 17 r.ż.	742

* zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2023 r. poz. 870 z późn. zm.)

Taryfy zostały ustalone w odniesieniu do wartości punktu ustalonego w umowach z NFZ z rodzaju leczenie szpitalne.

PREZES
Daniel Rutkowski
/dokument podpisany elektronicznie/



Ustawa o świadczeniach opieki
zdrowotnej finansowanych ze środków
publicznych

Art. 31n
pkt 1a)



Art. 31n
pkt 5

Plan taryfikacji

Realizacja zadań związanych z określeniem taryf świadczeń w zakresie:

- określania taryfy świadczeń,
- opracowywania raportów w sprawie ustalenia taryfy świadczeń.

Procedura postępowania wskazana w ustawie

Po publikacji obwieszczenia NFZ zobowiązany do wdrożenia z mocy ustawy

Zlecenia MZ

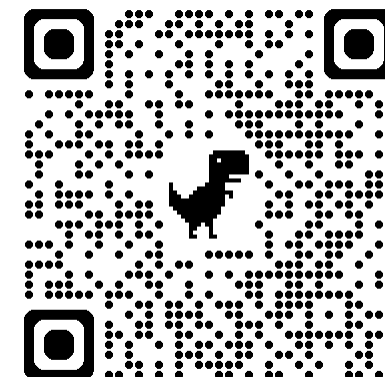
Realizacja innych zadań zleconych przez ministra właściwego do spraw zdrowia

ANALIZA DANYCH I USTALENIE KOSZTU ŚWIADCZENIA

Metodyka taryfikacji świadczeń opieki zdrowotnej **określa podejście do wyceny świadczeń oraz wykorzystywanych narzędzi**. Wypracowując podejście do wyceny świadczeń AOTMiT czerpie z wielu źródeł:

- ☐ rozwiązań przyjętych w krajach posiadających wieloletnie doświadczenie w analizie mikrokosztów;
- ☐ wiedzy uznanych w kraju ekonomistów zajmujących się tematyką kosztów świadczeń opieki zdrowotnej;
- ☐ współpracy z towarzystwami naukowymi oraz ekspertami z różnych dziedzin medycyny;
- ☐ współpracy ze świadczeniodawcami,
- ☐ doświadczeń własnych.

Schemat modelu wyliczeń kosztów świadczeń



Ustalanie kosztu świadczenia



Hospitalizacja/porada

KOSZTY OSOBOWE

KOSZT INFRASTRUKTURY



DŁUGOŚĆ POBYTU/CZAS TRWANIA PORADY



WYROBY MEDYCZNE

PRODUKTY LECZNICZE

PROCEDURY



NARZUT (mnożnik zmian wielkości kosztów świadczeń)



KOSZT ŚWIADCZENIA



TARYFA

Ustalanie kosztu świadczenia



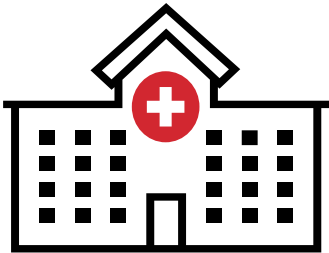
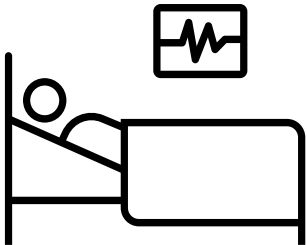
Dane z poziomu pacjenta

Dane z poziomu podmiotu (OPK)

Zużycie zasobów

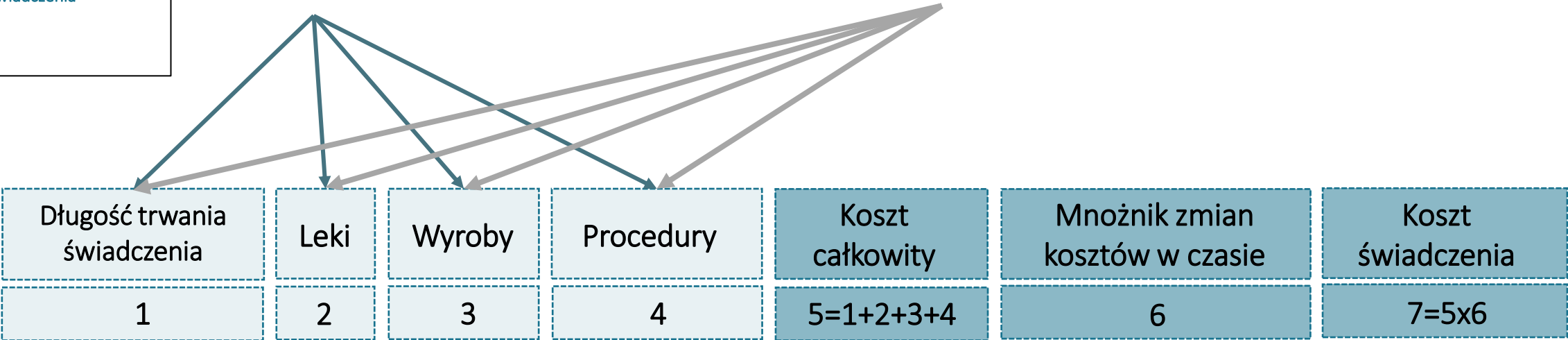
- leki
- wyroby medyczne
- procedury

Długość trwania świadczenia



Koszty zasobów

- infrastruktury (osobdzień, porada)
- blok operacyjny/ pracownia zabiegowa (zł/h)
- wynagrodzenia personelu zabiegowego (zł/h)
- produkty lecznicze/ wyroby medyczne (koszty jednostkowe)

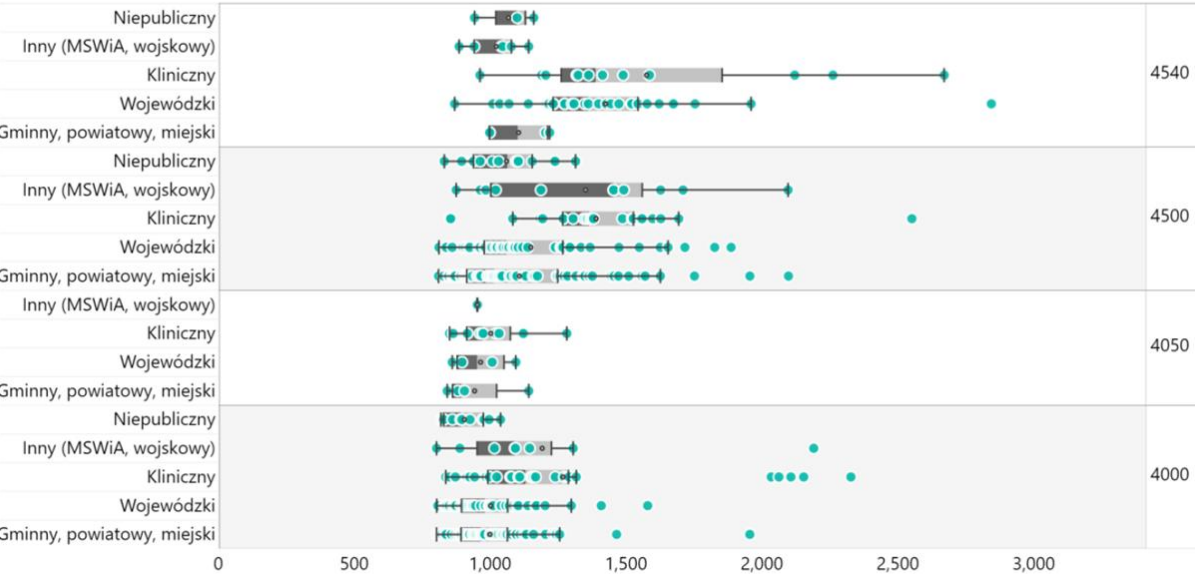


Osobdzień – średni koszt 1 dnia hospitalizacji (1 pacjenta) na określonym oddziale

Elementy świadczenia – osobodzień, koszt ważony



Rozrzut koszt osobodnia w oddziałach odpowiadających za 83% realizacji świadczeń Dane finansowo-księgowe aktualne do 30 czerwca 2024 roku



Źródło: Świadczenia gwarantowane obejmujące leczenie chorób przewodu pokarmowego (identyfikowane produktami rozliczeniowymi NFZ: F01-F96 oraz PZF01-PZF12) Raport w sprawie ustalenia taryfy świadczeń nr WT.521.2.2020

- Poziomy ważenia kosztu:
- udział podmiotu w realizacji w danej kategorii szpitala
 - udział kategorii szpitala w realizacji w danym kodzie resortowym
 - udział kodu resortowego w realizacji danego świadczenia

kategoria szpitala	koszt osobodnia	liczba świadczeń	waga	średni ważony	liczba szpitali	waga	ważony udziałem
1 - gminny, powiatowy, miejski	776,66	2	0,25	1 106,67	8	0,33	1 099,44
1 - gminny, powiatowy, miejski	1 206,39	5	0,625				
1 - gminny, powiatowy, miejski	1 268,12	1	0,125				
2 - niepubliczny	883,93	3	1	883,93	1	0,04	
3 - kliniczny	1 297,51	2	0,057	1 190,01	7	0,29	
3 - kliniczny	2 464,98	1	0,029				
3 - kliniczny	1 240,18	3	0,086				
3 - kliniczny	1 069,95	21	0,600				
3 - kliniczny	1 376,34	3	0,086				
3 - kliniczny	1 102,75	2	0,057				
3 - kliniczny	1 355,42	3	0,086				
4 - wojewódzki	1 380,00	1	0,031	1 039,90	8	0,33	
4 - wojewódzki	1 571,95	3	0,094				
4 - wojewódzki	1 249,70	5	0,156				
4 - wojewódzki	1 424,02	4	0,125				
4 - wojewódzki	544,79	11	0,344				
4 - wojewódzki	1 335,24	3	0,094				
4 - wojewódzki	1 144,60	4	0,125				
4 - wojewódzki	659,70	1	0,031				

Koszty hospitalizacji na oddziałach

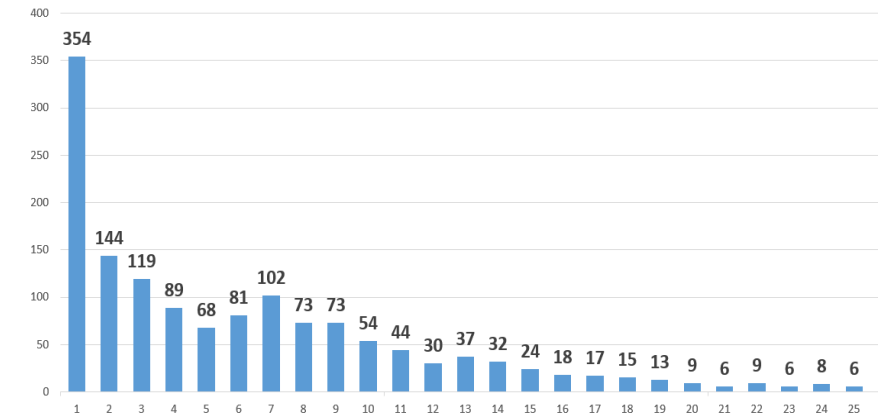
=

Koszt osobodnia

- Oddział Neurologiczny
- Oddział Kardiologiczny
- Oddział Pediatryczny
-
-

x

Długość hospitalizacji



Identyfikacja na podstawie kodów resortowych

Świadczenie zachowawcze



- ☐ Koszt leków uśredniony na osobodzień
- ☐ Koszt wyrobów uśredniony na osobodzień
- ☐ Koszt procedur diagnostycznych uśredniony na świadczenie

Świadczenie zabiegowe



- ☐ Koszt leków uśredniony na świadczenie (JGP)
- ☐ Koszt wyrobów uśredniony na świadczenie (JGP)
- ☐ Koszt procedur diagnostycznych uśredniony na świadczenie
- ☐ Koszt procedur zabiegowych

Elementy świadczenia – procedura zabiegowa



Identyfikacja procedur po kodzie ICD-9 (czasami jeden zabieg opisuje kilka kodów)

Koszt procedury operacyjnej

=

Personel medyczny	Lekarz (operator)
	Lekarz anestezjolog
	Pielęgniarka
	Pielęgniarka anestezjologiczna
	Technik
	
Infrastruktura	bloku/pracowni/gabinetu
	...

x

Koszt pracy za
1 h [PLN]

x

Czas trwania
procedury[h]
powiększony o czas
przygotowania sali

Koszt leków i wyrobów medycznych obliczany odrębnie – uśredniany na świadczenie
Koszty procedur w danym JGP – średnia ważona udziałem w realizacji

Co to jest?



Mnożnik jest średnią ważoną dla kategorii kosztów:

- operacyjnych (wskaźnik zmian cen),
- amortyzacji (średni ważony koszt kapitału),
- wynagrodzeń (wskaźnik zmian wynagrodzeń).

Mnożnik zmian wysokości kosztów

Cele zastosowania mnożnika:

- Aktualizacja taryf na dzień wydania - uwzględnienie w wyliczeniu taryfy zmian kosztów operacyjnych działalności podmiotów opieki zdrowotnej w czasie,
- Premia na rozwój - określenie kosztu kapitału niezbędnego do zapewnienia bieżącego i przyszłego zapotrzebowania podmiotów na infrastrukturę oraz usługi.

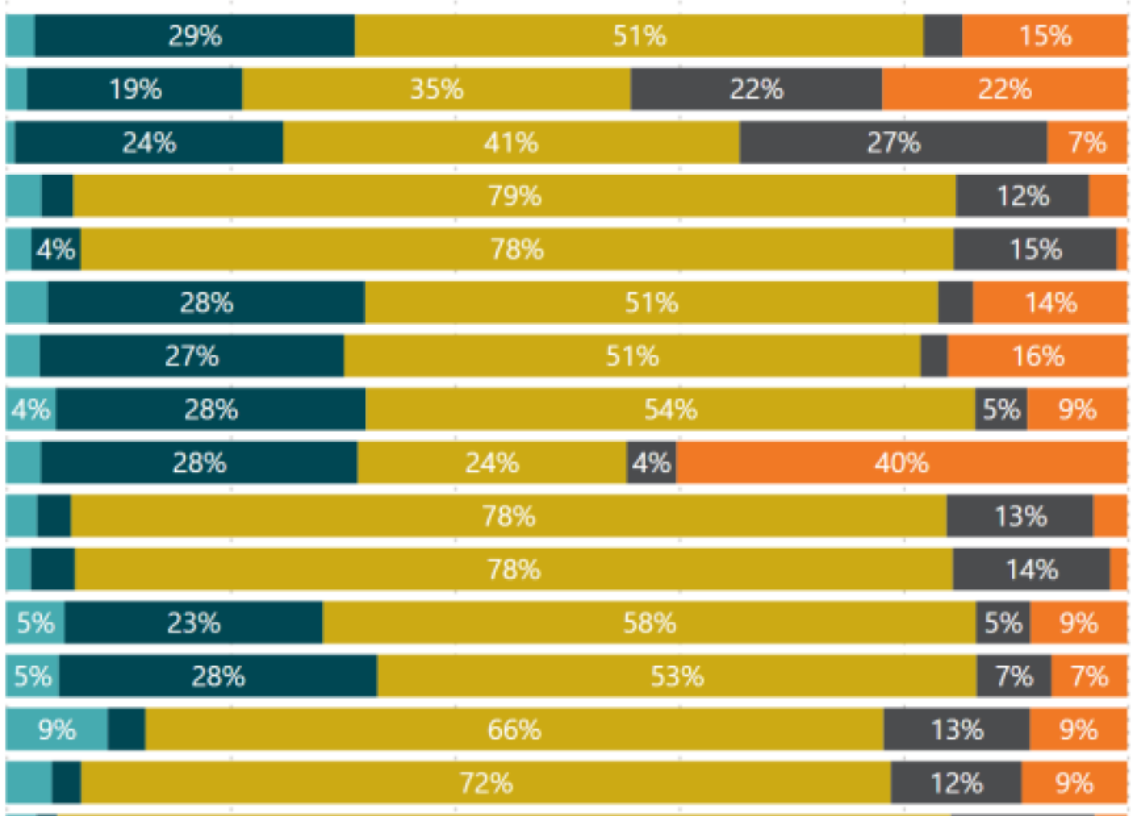


Jaki ma cel?

Koszt świadczenia



Średnia długość pobytu [dni]	Koszt pobytu [zł]	Koszty zmienne [zł]	Wynik analizy kosztów po odcięciu obserwacji odstających [zł]
11,81	15 234,11	14 823,98	29 141,65
5,41	6 327,46	11 959,64	16 251,49
2,83	3 167,12	4 619,42	6 457,96
4,85	4 924,97	1 334,08	6 259,05
3,68	3 950,20	1 124,59	5 074,78
12,58	15 709,58	15 044,97	30 151,94
10,48	13 008,11	12 305,65	24 972,78
6,29	7 236,41	6 088,55	12 808,60
3,62	4 317,45	13 683,71	18 001,17
4,73	4 866,27	1 368,83	6 235,10



leki, operacja, pobyt, procedury diagnostyczne, wyroby

Źródło: Świadczenia gwarantowane obejmujące leczenie chorób przewodu pokarmowego (identyfikowane produktami rozliczeniowymi NFZ: F01-F96 oraz PZF01-PZF12) Raport w sprawie ustalenia taryfy świadczeń nr WT.521.2.2020

Aktualna Wartość katalogowa	Aktualna Wartość katalogowa	Wynik analizy kosztów po odcięciu obserwacji odstających	Projekt taryfy	Różnica	Różnica
[PKT]	[zł]	[zł]	[PKT]	[PKT]	[%]
22 083	37 541	29 142	17 142	-4 941	-22%
12 990	22 083	16 251	9 560	-3 430	-26%
3 070	5 219	6 458	3 799	729	24%
3 493	5 938	6 259	3 682	189	5%
2 657	4 517	5 075	2 985	328	12%
17 123	29 109	30 152	17 736	613	4%
13 935	23 690	24 973	14 690	755	5%
5 915	10 056	12 809	7 534	1 619	27%
11 723	19 929	18 001	11 723	-	-
2 635	4 480	6 235	3 668	1 033	39%

Nie zawsze

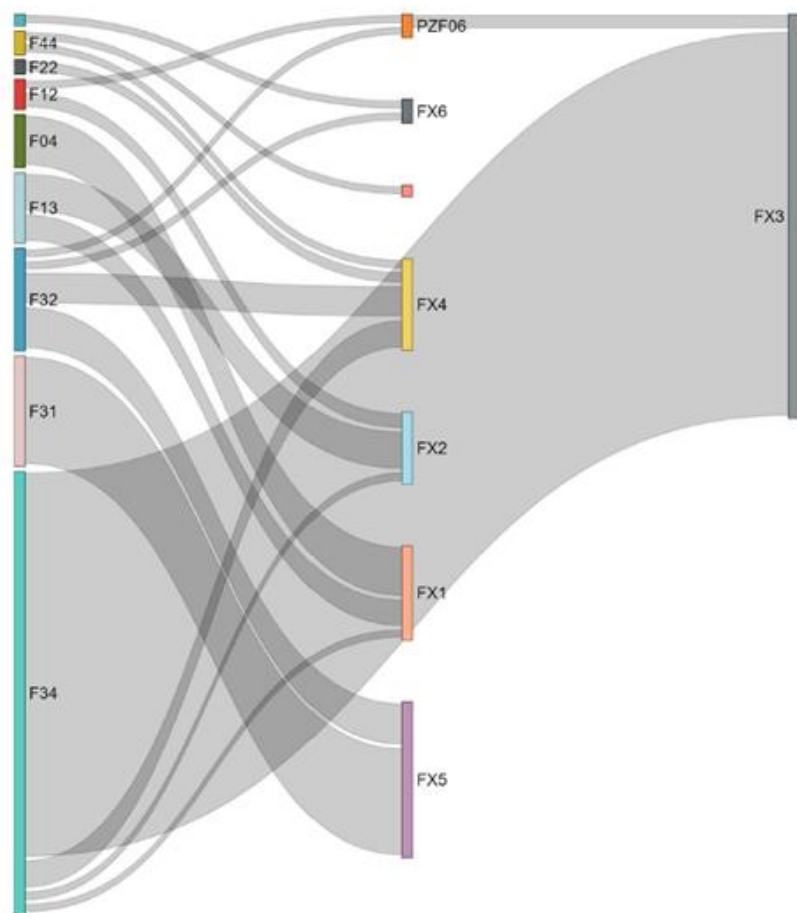
**TARYFA = WYNIK KALKULACJI
KOSZTOW**

Nie tylko analiza kosztów



Przesunięcie procedur ze starych grup do nowych JGP

Schemat (stara grupa -> nowa grupa)



Rysunek 36 Schemat reorganizacji grup.

Źródło: opracowanie własne

Aktualizacja taryf to najlepszy moment na jednocześnie wprowadzanie zmian w kształcie świadczeń a nawet zmian systemowych. Dokonywane są przesunięcia procedur albo rozpoznań pomiędzy grupami, rekomendowane nowe liczby dni finansowanych grupą, tworzone nowe grupy/ świadczenia.

CO MOŻE PÓJŚĆ ŹLE

- ☐ Złe praktyki tworzenia OPK i alokacji kosztów.
- ☐ Błędy w kosztach leków, wyrobów, procedur.
- ☐ Niekompletne dane o składowych świadczenia.
- ☐ „Autorskie” metody kalkulacji kosztów procedur.
- ☐ Błędne kodowanie świadczeń.

Błędy w kosztach leków, wyrobów, procedur



SUMA 1 147,27 zł

Nazwa produktu leczniczego	Jednostka miary	Liczba jednostek	Koszt jednostkowy	Koszt produktu leczniczego
BIOFAZOLIN INJ. IM./IV. (PROSZEK DO P. ROZTWORU) 1000 MG	FIOLKA	3	3,40	10,20
BUPIVACAINUM HYDROCHLORICUM 0,5% INJ DOTKANKOWE (ROZTWÓR) 5 MG/ML	FIOLKA	1	3,97	3,97
CIPROFLOXACIN KABI 400 MG/200 ML INJ. 0,4 G/200 ML	BUTELKA	11	1,98	21,75
CLEXANE INJ. SC. (ROZTWÓR) 40 MG/0,4 ML	AMPUŁKA	3	5,45	16,35
EPHEDRINUM HYDROCHLORICUM INJ. SC./IM. (ROZTWÓR) 25 MG/1 ML	AMPUŁKA	1	2,20	2,20
FENTANYL INJ. (ROZTWÓR) 0,05 MG/ML	AMPUŁKA	5	1,20	6,02
FORMALDEHYD 4% Z BUFOREM FOSFORANOWYM SUROWIEC (ROZTWÓR) (1 OP. 250 ML)	OPAKOWANIE	250	3,73	932,50
HYDROXYZINUM 25 MG	TABLETKA	1	0,14	0,14
KETONAL INJ. (ROZTWÓR) 100 MG/2 ML	AMPUŁKA	1	0,68	0,68
LIGNOCAINUM HYDROCHLORICUM 2% INJ. IV. LUB DOTKANKOWE (ROZTWÓR) 20 MG/ML	AMPUŁKA	11	1,01	11,06
METAMIZOLE KABI ROZTWÓR DO WSTRZYKIWAŃ 0,5G/ML-5ML.	AMPUŁKA	1,4	4,08	5,71
METIBLO (METHYLENBLAU) INJ. 10MG/ML	AMPUŁKA	5	5,96	29,82
METOCLOPRAMIDUM INJ. (ROZTWÓR) 10 MG/2 ML	AMPUŁKA	3	0,87	2,60
METRONIDAZOL 0,5% INJ. IV. (ROZTWÓR) 5 MG/ML (100 ML)	POJEMNIK	7	1,16	8,12
MORPHINI SULFAS INJ. 1 MG/1 ML(SPINAL)	AMPUŁKA	1	2,34	2,34
NATRIUM CHLORATUM 0,9% PŁYN INF. 500 ML ZAKRĘCANE	OPAKOWANIE	2	2,43	4,86
NEOGEL ŻEL 6ML	AMPUŁKO-STRZYKAWKA	3	2,76	8,28
NITRAZEPAM TABL. 5 MG	TABLETKA	5	0,62	3,12
OPTILYTE FK 500 PŁYN INF. 500ML	OPAKOWANIE	9	2,14	19,26
OXYCODONE MOLTENI INJ. 0,01 G/1 ML	AMPUŁKA	2	4,66	9,31
PARACETAMOL TABL. 500 MG	TABLETKA	500	0,10	49,00

Średnia na pacjenta w tym świadczeniu to około 200-250 zł

Błędy w kosztach leków, wyrobów, procedur



Nazwa PL	Jedn. miary	Liczba podanych jedn. miary	Cena jedn.	Wartość PL
FORMALDEHYD 4% Z BUFOREM FOSFORANOWYM SUROWIEC (ROZTWÓR) (1 OP. 250 ML)	op.	250	3,73	932,50



czas_hosp
5 dni



12,5 L/dz

wykorzystywany w procesie medycznej diagnostyki komórek ludzkich, służy do histologicznego utrwalania próbek pochodzenia ludzkiego

Nazwa PL	Jedn. miary	Liczba podanych jedn. miary	Cena jedn.	Wartość PL
FORMALDEHYD 4% Z BUFOREM FOSFORANOWYM SUROWIEC (ROZTWÓR) (1 OP. 250 ML)	op.	1	3,73	3,73

Błędy w kosztach leków, wyrobów, procedur



Nazwa PL	Jedn. miary	Liczba podanych jedn. miary	Cena jedn.	Wartość PL
PARACETAMOL TABL. 500 MG	Tabl.	500	0,10	49,00



czas_hosp
5 dni



100
tabl./dz

Nazwa PL	Jedn. miary	Liczba podanych jedn. miary	Cena jedn.	Wartość PL
PARACETAMOL TABL. 500 MG	tabl.	4	0,10	0,40

Błędy w kosztach leków, wyrobów, procedur



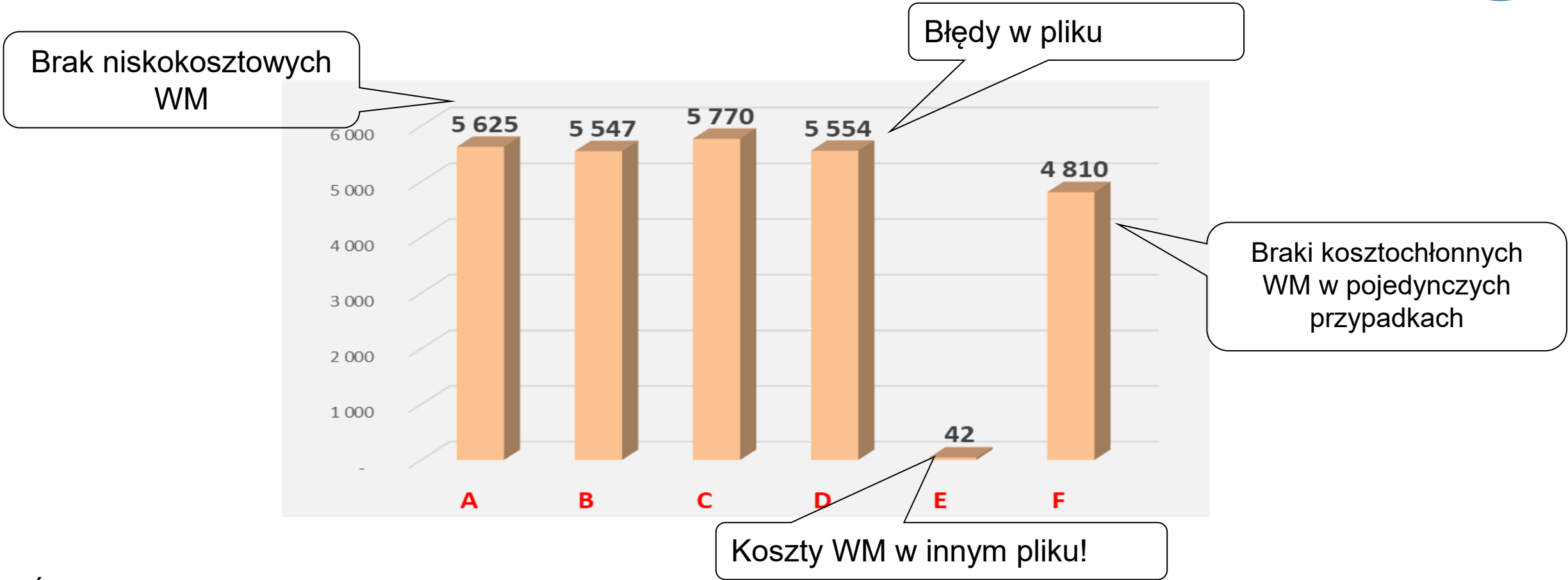
SUMA 1 147,27 zł

Nazwa produktu leczniczego	Jednostka miary	Liczba jednostek	Koszt jednostkowy	Koszt produktu leczniczego
BIOFAZOLIN INJ. IM./IV. (PROSZEK DO P. ROZTWORU) 1000 MG	FIOLKA	3	3,40	10,20
BUPIVACAINUM HYDROCHLORICUM 0,5% INJ DOTKANKOWE (ROZTWÓR) 5 MG/ML	FIOLKA	1	3,97	3,97
CIPROFLOXACIN KABI 400 MG/200 ML INJ. 0,4 G/200 ML	BUTELKA	11	1,98	21,75
CLEXANE INJ. SC. (ROZTWÓR) 40 MG/0,4 ML	AMPUŁKA	3	5,45	16,35
EPHEDRINUM HYDROCHLORICUM INJ. SC./IM. (ROZTWÓR) 25 MG/1 ML	AMPUŁKA	1	2,20	2,20
FENTANYL INJ. (ROZTWÓR) 0,05 MG/ML	AMPUŁKA	5	1,20	6,02
FORMALDEHYD 4% Z BUFOREM FOSFORANOWYM SUROWIEC (ROZTWÓR) (1 OP. 250 ML)	OPAKOWANIE	250	3,73	932,50
HYDROXYZINUM 25 MG	TABLETKA	1	0,14	0,14
KETONAL INJ. (ROZTWÓR) 100 MG/2 ML	AMPUŁKA	1	0,68	0,68
LIGNOCAINUM HYDROCHLORICUM 2% INJ. IV. LUB DOTKANKOWE (ROZTWÓR) 20 MG/ML	AMPUŁKA	11	1,01	11,06
METAMIZOLE KABI ROZTWÓR DO WSTRZYKIWAŃ 0,5G/ML-5ML.	AMPUŁKA	1,4	4,08	5,71
METIBLO (METHYLENBLAU) INJ. 10MG/ML	AMPUŁKA	5	5,96	29,82
METOCLOPRAMIDUM INJ. (ROZTWÓR) 10 MG/2 ML	AMPUŁKA	3	0,87	2,60
METRONIDAZOL 0,5% INJ. IV. (ROZTWÓR) 5 MG/ML (100 ML)	POJEMNIK	7	1,16	8,12
MORPHINI SULFAS INJ. 1 MG/1 ML (SPINAL)	AMPUŁKA	1	2,34	2,34
NATRIUM CHLORATUM 0,9% PŁYN INF. 500 ML ZAKRĘCANE	OPAKOWANIE	2	2,43	4,86
NEOGEL ŻEL 6ML	AMPUŁKO-STRZYKAWKA	3	2,76	8,28
NITRAZEPAM TABL. 5 MG	TABLETKA	5	0,62	3,12
OPTILYTE FK 500 PŁYN INF. 500ML	OPAKOWANIE	9	2,14	19,26
OXYCODONE MOLTENI INJ. 0,01 G/1 ML	AMPUŁKA	2	4,66	9,31
PARACETAMOL TABL. 500 MG	TABLETKA	500	0,10	49,00

SUMA 169,90 zł

Nazwa produktu leczniczego	Jednostka miary	Liczba jednostek	Koszt jednostkowy	Koszt produktu leczniczego
BIOFAZOLIN INJ. IM./IV. (PROSZEK DO P. ROZTWORU) 1000 MG	FIOLKA	3	3,40	10,20
BUPIVACAINUM HYDROCHLORICUM 0,5% INJ DOTKANKOWE (ROZTWÓR) 5 MG/ML	FIOLKA	1	3,97	3,97
CIPROFLOXACIN KABI 400 MG/200 ML INJ. 0,4 G/200 ML	BUTELKA	11	1,98	21,75
CLEXANE INJ. SC. (ROZTWÓR) 40 MG/0,4 ML	AMPUŁKA	3	5,45	16,35
EPHEDRINUM HYDROCHLORICUM INJ. SC./IM. (ROZTWÓR) 25 MG/1 ML	AMPUŁKA	1	2,20	2,20
FENTANYL INJ. (ROZTWÓR) 0,05 MG/ML	AMPUŁKA	5	1,20	6,02
FORMALDEHYD 4% Z BUFOREM FOSFORANOWYM SUROWIEC (ROZTWÓR) (1 OP. 250 ML)	OPAKOWANIE	1	3,73	3,73
HYDROXYZINUM 25 MG	TABLETKA	1	0,14	0,14
KETONAL INJ. (ROZTWÓR) 100 MG/2 ML	AMPUŁKA	1	0,68	0,68
LIGNOCAINUM HYDROCHLORICUM 2% INJ. IV. LUB DOTKANKOWE (ROZTWÓR) 20 MG/ML	AMPUŁKA	11	1,01	11,06
METAMIZOLE KABI ROZTWÓR DO WSTRZYKIWAŃ 0,5G/ML-5ML.	AMPUŁKA	1,4	4,08	5,71
METIBLO (METHYLENBLAU) INJ. 10MG/ML	AMPUŁKA	5	5,96	29,82
METOCLOPRAMIDUM INJ. (ROZTWÓR) 10 MG/2 ML	AMPUŁKA	3	0,87	2,60
METRONIDAZOL 0,5% INJ. IV. (ROZTWÓR) 5 MG/ML (100 ML)	POJEMNIK	7	1,16	8,12
MORPHINI SULFAS INJ. 1 MG/1 ML (SPINAL)	AMPUŁKA	1	2,34	2,34
NATRIUM CHLORATUM 0,9% PŁYN INF. 500 ML ZAKRĘCANE	OPAKOWANIE	2	2,43	4,86
NEOGEL ŻEL 6ML	AMPUŁKO-STRZYKAWKA	3	2,76	8,28
NITRAZEPAM TABL. 5 MG	TABLETKA	5	0,62	3,12
OPTILYTE FK 500 PŁYN INF. 500ML	OPAKOWANIE	9	2,14	19,26
OXYCODONE MOLTENI INJ. 0,01 G/1 ML	AMPUŁKA	2	4,66	9,31
PARACETAMOL TABL. 500 MG	TABLETKA	4	0,10	0,39

Niekompletne dane o składowych świadczenia

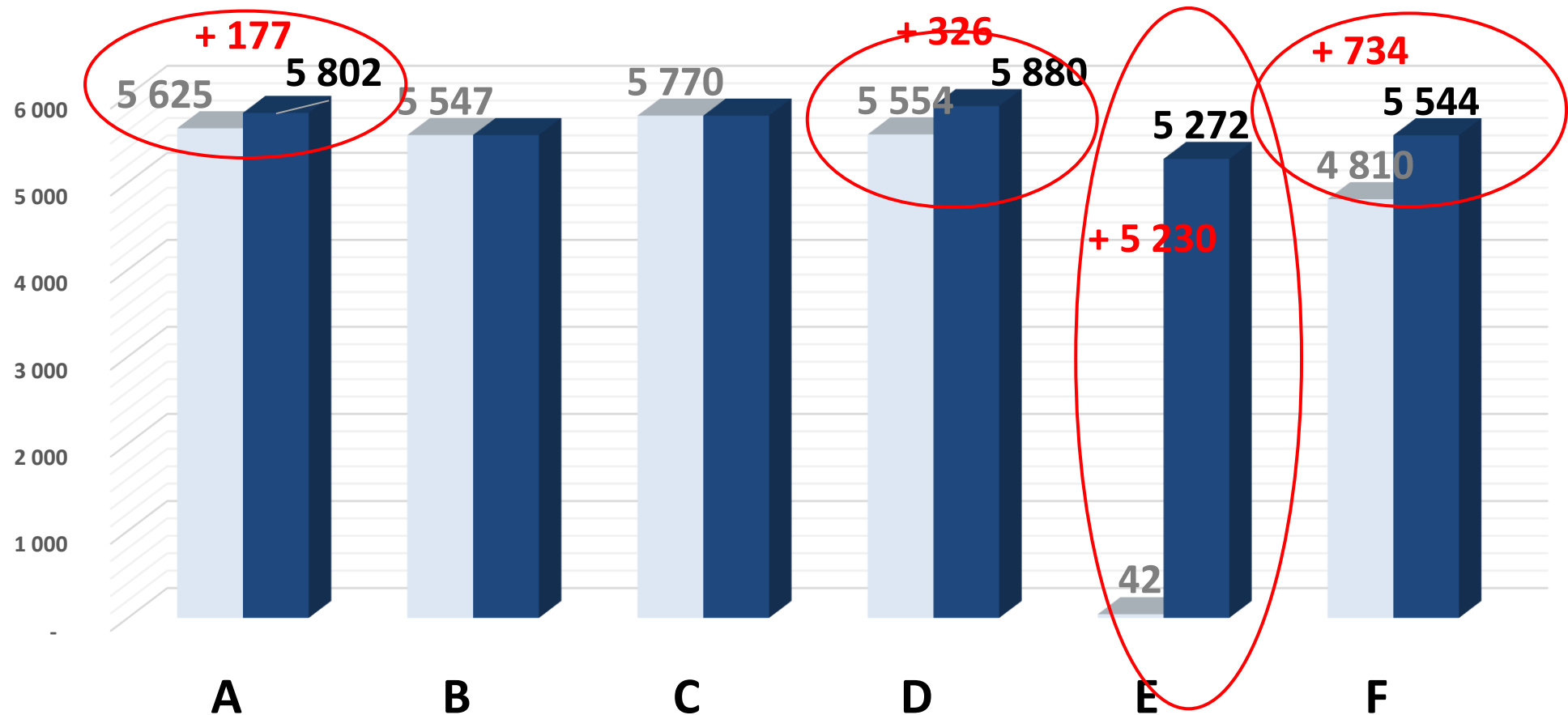


Średnia liczba pozycji przy numerze księgi głównej

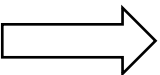
A	B	C	D	E	F
4 (!)	40	35	30	4 (!)	24

Średnia: 4 558 zł

Niekompletne dane o składowych świadczenia



Średnia: 4 558 zł



Średnia: 5 636 zł

(+1 078zł)

Niekompletne dane o składowych świadczenia



Nazwa procedury	Całkowita długość hospitalizacji
USUNIĘCIE SZYJKI MACICY	7

Podmiot sprawozdał wykonanie jednej procedury podczas 7-dniowej hospitalizacji

Nazwa procedury	Liczba wykonań
USUNIĘCIE SZYJKI MACICY	1
ZNIECZULENIE OGÓLNE DOTCHAWICZE Z MONITOROWANIEM ROZSZERZONY	1
CZAS CZĘŚCIOWEJ TROMBOPLASTYNY PO AKTYWACJI (APTT)	1
CZAS PROTROMBINOWY (PT)	1
MORFOLOGIA KRWI, Z PEŁNYM RÓŻNICOWANIEM GRANULOCYTÓW	1
WIRUS ZAPALENIA WĄTROBY TYPU B HBS ANTYPEN	1
KREATYNINA	1
BADANIE HISTOPATOLOGICZNE	1
BIAŁKO C-REAKTYWNE (CRP)	1

Po wezwaniu do korekty uzupełnił pozostałe wykonane procedury

„Autorskie” metody kalkulacji kosztów procedur



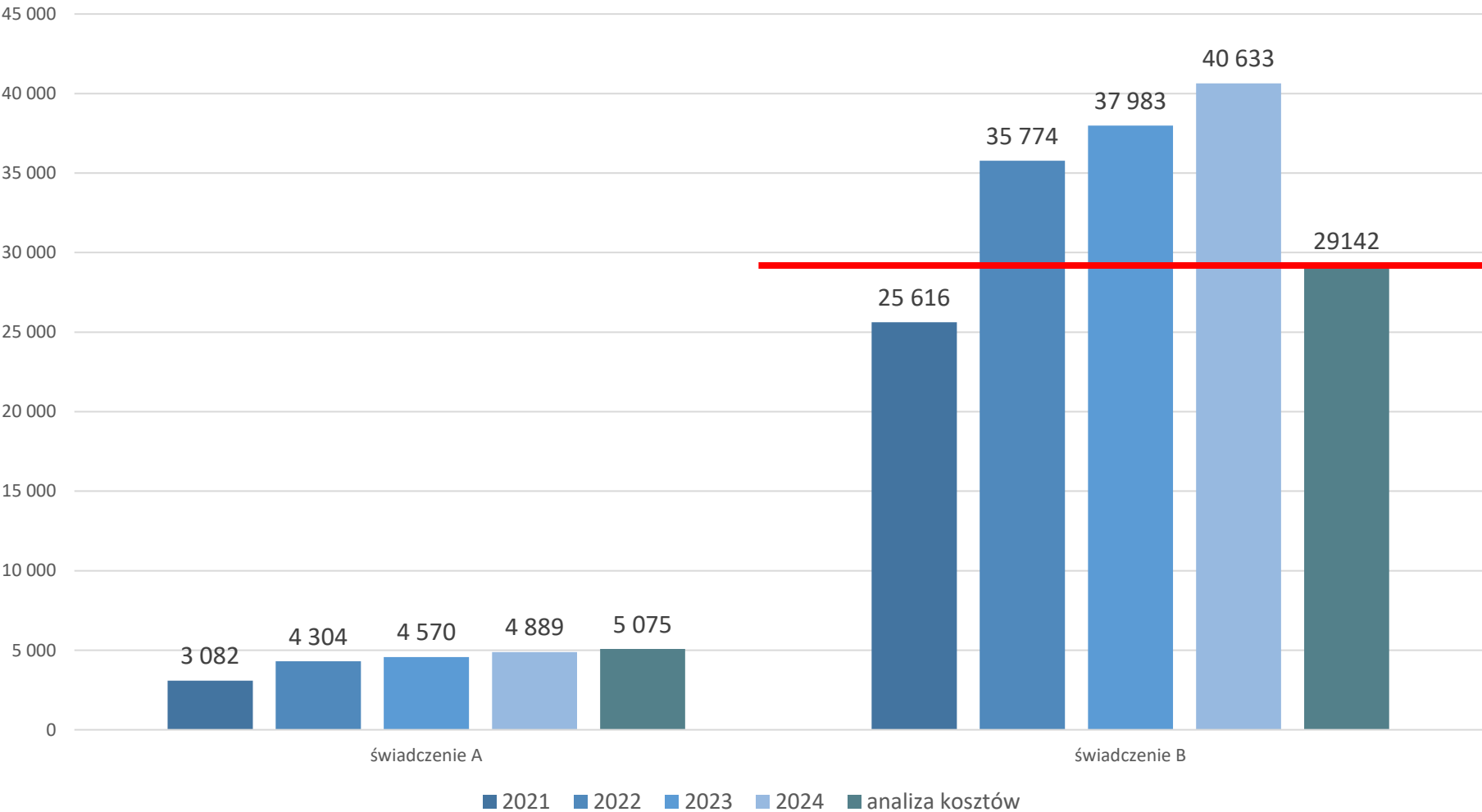
kod	nazwa	ilość wykonanych	jednostkowy koszt wytworzenia
88.761	USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej	323	9,35
88.761	USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej	320	0,01
88.761	USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej	270	1,40
88.761	USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej	141	4 847,16
88.761	USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej	51	8,38
88.761	USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej	43	7,25
88.761	USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej	24	8,81
88.761	USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej	20	1 039,78
88.761	USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej	3	5 013,39
88.761	USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej	1	9,23

kod	nazwa	ilość wykonanych	jednostkowy koszt wytworzenia
L43	Glukoza z krwi żyłnej	616	0,18
L43	Glukoza z krwi żyłnej	739	1,95
L43	Glukoza z krwi żyłnej	6 948	2,00
L43	Glukoza z krwi żyłnej	4 920	2,29
L43	Glukoza z krwi żyłnej	1 764	51,18
L43	Glukoza z krwi żyłnej	1 613	57,44
L43	Glukoza z krwi żyłnej	1 155	57,68
L43	Glukoza z krwi żyłnej	12	69,19
L43	Glukoza z krwi żyłnej	100	77,95
L43	Glukoza z krwi żyłnej	14	110,00

REKOMENDACJA PREZESA AOTMIT W SPRAWIE ZMIANY SPOSOBU LUB POZIOMU FINANSOWANIA ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ

- ☐ Ma związek z nadzwyczajnym wzrostem kosztów udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.
- ☐ Określa kwotę albo procent, o jaki NFZ ma zwiększyć ceny jednostek rozliczeniowych w umowach zawartych ze świadczeniodawcami.
- ☐ Możliwość dodatkowego zwiększenia finansowania obszarów uznanych za wymagające podjęcia pilnej interwencji w tym zakresie.
- ☐ Proponowane dwa albo trzy warianty.
- ☐ Minister Zdrowia akceptuje jeden z wariantów.
- ☐ Wdrażana jest od 1 lipca danego roku.
- ☐ Skutki finansowe szacowane są na okres 12 miesięcy.

Rekomendacja – konsekwencje dla taryfikacji świadczeń



2 657 pkt

22 083 pkt



DZIĘKUJĘ ZA UWAGĘ