

# Zasady ustalania taryfy świadczeń opieki zdrowotnej



---

Aleksandra Świdarska  
Wydział Taryfikacji  
Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

## **Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2017 r., poz. 1938)**

### ZADANIA:

- realizacja zadań związanych z określeniem taryf świadczeń w zakresie:
  - określania taryfy świadczeń,
  - opracowywania raportów w sprawie ustalenia taryfy świadczeń
- opracowywanie propozycji zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów,
- opracowywanie, weryfikacja, gromadzenie, udostępnianie i upowszechnianie informacji o zasadach określania taryfy świadczeń

**Wybór świadczeń do wyceny**

**Wybór i wezwanie świadczeniodawców**

**Udostępnienie danych**

**Analiza danych, raport i projekt taryfy**

**Konsultacje taryfy + stanowisko RdsT+  
stanowisko MZ**

**TARYFA**



- Analiza struktury realizacji świadczeń
- Istotność z punktu widzenia systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego
- Udział w ogólnych wydatkach płatnika
- Czas oczekiwania na udzielenie świadczenia
- Szacowany popyt na świadczenie
- Aktualna podaż
- Głos środowiska
- Priorytety Ministra Zdrowia



- Plan taryfikacji na dany rok
- Zlecenia Ministra Zdrowia

- **Podstawowe źródło informacji – dane podmiotów posiadających umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,**
- Podmioty zobowiązane do finansowania świadczeń ze środków publicznych (NFZ, MZ),
- Eksperci,
- Wyceny analogicznych świadczeń w innych krajach,
- Ceny świadczeń na rynku komercyjnym.



- **Obowiązek udostępniania danych.**
- Badanie możliwości świadczeniodawców w zakresie przygotowania danych.
- Wezwania świadczeniodawców.
- Udostępnienie danych wyłącznie w formacie określonym przez Agencję.
- Wielokrotne wezwania do poprawy i uzupełnienia danych.

- dane finansowo-księgowe
- wybrane uzupełniające dane niefinansowe
- w odniesieniu do poszczególnych ośrodków powstawania kosztów



## koszty stałe świadczenia:

- zasobów ludzkich
- zakupu, odtworzenia i utrzymania urządzeń oraz pomieszczeń
- pozostałe koszty związane z funkcjonowaniem podmiotu (zarządu, ogólnozakładowe)

- dane szczegółowe o pojedynczych świadczeniach opieki zdrowotnej
- prospektywne/ retrospektywne karty kosztowe o danym świadczeniu



## koszty zmienne świadczenia:

- zużytych leków
- zastosowanych wyrobów medycznych
- zrealizowanych procedur



Dane o kosztach stałych (największe koszty świadczenia):

- próba świadczeniodawców;
- docelowo – od wszystkich świadczeniodawców.

Dane o kosztach zmiennych:

- badanie ankietowe na temat poziomu informatyzacji i możliwości szpitali w zakresie przekazania danych;
- losowanie puli świadczeń u wybranych świadczeniodawców.

Współpraca bieżąca:

- 19 szpitali przekazujących dane FK oraz szczegółowe dane kliniczne i kosztowe.

Zakres gromadzonych informacji:

Hospitalizacja:

- Długość trwania
- Ruch międzyoddziałowy
- Tryb przyjęcia i wypisu

Produkty lecznicze:

- Data podania
- Rodzaj/ nazwa
- Dawka/ podana ilość
- Koszt jednostkowy

Wyroby medyczne:

- Data użycia
- Rodzaj/ nazwa
- Jednostka miary/ użyta ilość
- Koszt jednostkowy

Zakres gromadzonych informacji:

Obrót magazynowo-apteczny

Procedury diagnostyczne i zabiegowe:

- Data wykonania
- Czas trwania
- Liczba wykonanych
- Cena jednostkowa

Personel:

- Kategoria personelu
- Miejsce zatrudnienia
- Czas zaangażowania w realizację procedury

- Incydentalnie albo w przypadku świadczeń w rodzaju innym niż leczenie szpitalne.
- Inny, uproszczony układ danych.
- Dane uśrednione dla wszystkich świadczeń u danego świadczeniodawcy.
- Niewspółmierność porównań danych.
- Brak możliwości dokładnej weryfikacji.

- Rzeczywiste dane o przychodach i kosztach odrębnie dla każdego OPK.
- W układzie określonym przez Agencję.
- Dane weryfikowane przez Agencję i poprawiane/ uzupełniane przez świadczeniodawców.
- Uśrednione stawki godzinowe personelu wynikające z tych danych.
- Rzeczywiste obłożenie/ czas pracy bloku albo przyjęte wskaźniki zakładające efektywne funkcjonowanie podmiotów:
  - dla oddziału szpitalnego - obłożenie na poziomie 85% wykorzystania łóżek w dni robocze i 50% w dni wolne od pracy (średnio 74% w skali roku),
  - dla bloku operacyjnego albo pracowni zabiegowej: założona liczba (8/10/12/16) godzin realizacji świadczeń w dni robocze.
- W przypadku środków trwałych całkowicie zamortyzowanych – wliczana amortyzacja odtworzeniowa.
- Jednostka optymalna – założenie optymalnego wykorzystania wszystkich zasobów (kapitał ludzki, infrastruktura) przy określonych, ustalonych metodą ekspercką parametrach takich jak obłożenie, czas pracy, normy zatrudnienia personelu czy niezbędne wyposażenie.

KOSZT GODZINY  
PRACY KATEGORII  
PERSONELU



CZAS PRACY  
PRZYPADAJĄCY NA  
JEDEN OSOBODZIEŃ

KOSZT INFRASTRUKTURY  
NA JEDEN OSOBODZIEŃ

- Dane o każdym pojedynczym udzielonym świadczeniu.
- W układzie określonym przez Agencję.
- Dane weryfikowane przez Agencję i poprawiane/ uzupełniane przez świadczeniodawców.
- Ocena jakości i kompletności przekazanych danych – wsparcie ekspertów, standardy, zalecenia, dostępna literatura.
- Rodzaj oraz ilość poszczególnych leków i wyrobów medycznych + koszt ich zużycia.
- Rodzaj oraz średnia liczba poszczególnych procedur medycznych, czas ich trwania, zaangażowany personel oraz koszty tych procedur.
- Długość pobytu pacjentów w poszczególnych oddziałach szpitalnych/ czas trwania świadczenia.

$$\text{KOSZT ŚWIADCZENIA} = [\text{koszt pobytu (koszt osobodnia} \times \text{długość pobytu)} / \text{koszt osobowy i infrastruktury (świadczenia inne niż szpitalne)} + \text{koszt leków} + \text{koszt wyrobów medycznych} + \text{koszt procedur} + \text{koszt podstawowego zabezpieczenia świadczeń}]$$
  
x mnożnik zmian wielkości kosztów

Brak danych od świadczeniodawców = wykorzystanie innych źródeł:

- ceny komercyjne,
- wyceny obowiązujące w innych krajach.

**Koszt gotowości** = koszt personelu na godzinę x czas trwania zabiegu operacyjnego

- Świadczenia ratujące życie/ realizowane w trybie nagłym.
- Konieczność utrzymania gotowości = dyżuru na bloku operacyjnym oraz pracowniach zabiegowych.
- Koszt wynagrodzenia zespołu instrumentariuszek i anestezyjologicznego (lekarz + pielęgniarka(i)) oraz innego, jeśli jest wymagany (np. perfuzjoniści w przypadku operacji kardiochirurgicznych) za pracę w godzinach popołudniowych i nocnych oraz w dni wolne od pracy w przeliczeniu na godzinę.
- Operator pełni dyżur na oddziale = koszt osobowy w koszcie osobodnia.



- Cel:
  - uwzględnienie w wyliczeniu taryfy zmian kosztów operacyjnych działalności podmiotów opieki zdrowotnej w czasie (aktualizacja taryfy na dzień jej wydania; odzwierciedlenie zmian poziomu kosztów świadczeń w trendzie czasowym),
  - określenie kosztu kapitału niezbędnego do zapewnienia bieżącego i przyszłego zapotrzebowania podmiotów na infrastrukturę oraz usługi (premia na rozwój; służy uwzględnieniu prognozowanych przyszłych zmian poziomu kosztów).
- Obliczany odrębnie dla oddziałów o charakterze zabiegowym i dla oddziałów o charakterze zachowawczym.
- Średnia ważona dla kategorii kosztów:
  - wynagrodzeń (wskaźnik zmian wynagrodzeń),
  - amortyzacji (średni ważony koszt kapitału),
  - koszty operacyjne (wskaźnik zmian cen).

- Cel = zbadanie wpływu niepewnych parametrów na wynik analizy kosztów świadczenia.
  
- Możliwe badane parametry: długość hospitalizacji,
  - czas trwania zabiegu,
  - czas udzielania świadczenia,
  - zaangażowanie personelu,
  - częstość występowania procedur/ leków/ wyrobów medycznych,
  - koszty jednostkowe wysokokosztowych procedur/ leków/ wyrobów medycznych,
  - stawki wynagrodzenia personelu,
  - koszty amortyzacji w OPK,
  - obciążenie oddziału,
  - czas pracy bloku/ pracowni zabiegowej,
  - inne.

## 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 dialogu ze środowiskiem.
- Raport w sprawie ustalenia taryfy świadczeń.
- W Biuletynie Informacji Publicznej AOTMiT.
- Uwagi – 7 dni od publikacji.
- Uwagi upublicznione w BIP na okres 6 miesięcy.



- Powoływana przez Ministra Zdrowia.
- 10 członków: przedstawiciele MZ i NFZ.
- Analiza raportu + zgłoszonych uwag.
- Analiza innych aspektów (potrzeby zdrowotne, ceny zagraniczne, cenniki komercyjne itp.).
- Konsultacje z zaproszonymi interesariuszami.
- Stanowisko RdsT w sprawie ustalenia taryfy publikowane w BIP w oparciu o raport i uwagi



- Raport + uwagi + stanowisko RdsT + projekt obwieszczenia przekazywane Ministrowi Zdrowia.
- Minister zatwierdza albo zmienia taryfę.
- Taryfa = obwieszczenie Prezesa AOTMiT w BIP.
- Prezes NFZ implementuje taryfę w terminie 4 miesięcy od publikacji obwieszczenia.