

## Plan Taryfikacji na 2015 r.

### I. Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień

l.p.	Świadczenia gwarantowane zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. poz. 1386)	Termin rozpoczęcia prac	Planowany termin zakończenia prac analitycznych
1	Świadczenia gwarantowane realizowane w warunkach stacjonarnych psychiatrycznych	Styczeń 2015	Maj 2015
2	Świadczenia gwarantowane realizowane w warunkach stacjonarnych leczenia uzależnień	Styczeń 2015	Maj 2015
3	Świadczenia gwarantowane realizowane w warunkach stacjonarnych w izbie przyjęć	Styczeń 2015	Maj 2015
4	Świadczenia gwarantowane realizowane w warunkach dziennych psychiatrycznych	Styczeń 2015	Maj 2015
5	Świadczenia gwarantowane realizowane w warunkach dziennych leczenia uzależnień	Styczeń 2015	Maj 2015
6	Świadczenia gwarantowane realizowane w warunkach ambulatoryjnych psychiatrycznych i leczenia środowiskowego (domowego)	Styczeń 2015	Maj 2015
7	Świadczenia gwarantowane realizowane w warunkach ambulatoryjnych leczenia uzależnień	Styczeń 2015	Maj 2015

### II. Opieka paliatywna i hospicyjna

l.p.	Świadczenia gwarantowane zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. U. poz. 1347)	Planowany termin rozpoczęcia prac	Planowany termin zakończenia prac analitycznych
1	Świadczenia realizowane w warunkach stacjonarnych	Kwiecień/ maj 2015	Wrzesień 2015
2	Świadczenia realizowane w warunkach domowych	Kwiecień/ maj 2015	Wrzesień 2015
3	Świadczenia realizowane w warunkach ambulatoryjnych	Kwiecień/ maj 2015	Wrzesień 2015

### III. Świadczenia wysokospecjalistyczne

l.p.	Świadczenia gwarantowane zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń wysokospecjalistycznych (Dz. U. poz. 1445), z ograniczeniem do populacji < 18 r.ż. w zakresie:	Planowany termin rozpoczęcia prac	Planowany termin zakończenia prac analitycznych
1	Operacje wad wrodzonych serca i wielkich naczyń u dzieci do ukończenia 1. roku życia, z wyłączeniem operacji izolowanych przewodów tętniczych	Maj/ czerwiec 2015	Listopad 2015
2	Operacje wad serca i aorty piersiowej w krążeniu pozaustrojowym	Maj/ czerwiec 2015	Listopad 2015
3	Przezskórne lub z innego dostępu wszczepianie zastawek serca	Maj/ czerwiec 2015	Listopad 2015
4	Kardiologiczne zabiegi interwencyjne u dzieci do lat 18, w tym przezskórne zamykanie przecieków z użyciem zestawów zamykających	Maj/ czerwiec 2015	Listopad 2015
5	Mechaniczne, pozaustrojowe wspomaganie serca sztucznymi komorami	Maj/ czerwiec 2015	Listopad 2015

### IV. Leczenie szpitalne

l.p.	Świadczenia gwarantowane zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. poz. 1520 z późn. zm.)	Planowany termin rozpoczęcia prac	Planowany termin zakończenia prac analitycznych
1	Świadczenia wymienione w załączniku nr 1 do rozporządzenia	Lipiec/sierpień 2015	Od 2016

#### V. Świadczenia w szpitalnym oddziale ratunkowym

l.p.	Świadczenia gwarantowane zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. poz. 1520 z późn. zm.)	Planowany termin rozpoczęcia prac	Planowany termin zakończenia prac analitycznych
1	Świadczenia udzielane w szpitalnym oddziale ratunkowym	Październik 2015	2016

#### VI. Inne zadania w zakresie taryfikacji świadczeń, szczególnie istotne dla bieżącego funkcjonowania systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

##### Uzasadnienie wyboru wskazanych zakresów.

Zapobieganie, leczenie i rehabilitacja zaburzeń psychicznych stanowi jeden z czołowych priorytetów zdrowotnych określonych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. O tym, że jest to istotny problem społeczny w Polsce świadczą obiektywne wskaźniki.

Projekt EZOP był pierwszym w Polsce badaniem stanu zdrowia psychicznego Polaków. Stwierdzono, że w badanej populacji przynajmniej jedno zaburzenie – z 18 definiowanych w klasyfikacjach (ICD-10 i DSM-IV) – można rozpoznać w ciągu życia u 23,4% osób. Po ekstrapolacji na populację generalną daje to ponad sześć milionów mieszkańców Polski w wieku produkcyjnym. Wśród nich co czwarta osoba doświadczała więcej niż jednego z badanych zaburzeń, a co dwudziesta piąta – trzech i więcej. Liczbę tych ostatnich, mających doświadczenia z kilkoma zaburzeniami, szacować można na blisko ćwierć miliona osób.

Do najczęstszych należały zaburzenia związane z używaniem substancji (12,8%), w tym nadużywanie i uzależnienie od alkoholu (11,9%) oraz nadużywanie i uzależnienie od narkotyków (1,4%). Ekstrapolacja tych danych na populację ogólną pozwala przyjąć, iż nadużywanie substancji, w tym alkoholu dotyczy ponad 3 milionów, a uzależnienie – około 700 tysięcy osób w wieku produkcyjnym.

Kolejna grupa zaburzeń pod względem rozpowszechnienia to zaburzenia nerwicowe, wśród których do najczęstszych należą fobie specyficzne (4,3%) i fobie społeczne (1,8%). Ogółem wszystkie postacie zaburzeń nerwicowych dotyczą około 10% badanej populacji. Ekstrapolacja danych na populację polską pozwala oszacować liczbę osób dotkniętych tymi zaburzeniami na 2,5 mln.

Zaburzenia nastroju takie jak depresja, dystymia i mania, łącznie rozpoznawano u 3,5% respondentów, co przy ekstrapolacji wyników umożliwia oszacowanie liczby osób dotkniętych tymi problemami na blisko 1 milion. Depresja, niezależnie od stopnia jej ciężkości, zgłaszana była przez 3% badanych.

Impulsywne zaburzenia zachowania (zaburzenia opozycyjno-buntownicze, zachowania i eksplozywne), które mogą sygnalizować lub poprzedzać szereg innych stanów klinicznych, rozpoznawano u 3,5% respondentów. Ekstrapolacja wyników na populację Polaków pozwala oszacować liczbę osób dotkniętych tymi zaburzeniami także na blisko 1 milion.

Raporty: EuroPoPP-MH z 2013 (Mental health Systems in the European Union Member States, Status of Mental Health in Populations and Benefits to be Expected from Investments into Mental Health. European profile of prevention and promotion of mental health) oraz WHO z 2014 (Preventing suicide. A global imperative) wskazują także, że Polska znajduje się w czołówce europejskich państw pod względem liczby samobójstw (>15/100 000 ludności), którą można uznać za wyznacznik jakości opieki psychiatrycznej w danym kraju. Standaryzowany współczynnik samobójstw w Polsce w 2012 roku oszacowano na 16,6 / 100 000 ludności; wyższy odnotowano jedynie w Ukrainie (16,8), Białorusi (18,3), Węgrzech (19,1), Rosji (19,5), Litwie (28,2). W pozostałych krajach ościennych, podobnie jak w reszcie Europy (w tym w krajach skandynawskich), współczynnik ten nie przekracza 10-15, a nawet 5 (Włochy – 4,7).

W celu określenia rzeczywistej potrzeby wykonania rzetelnej i przejrzystej wyceny świadczeń z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia szpitalnego, wykonano ponadto analizę porównawczą dotyczącą leczenia psychiatrycznego w Polsce oraz w innych krajach europejskich. Bazując na europejskim raporcie dotyczącym zdrowia psychicznego populacji w krajach europejskich oraz funkcjonowania systemów opieki zdrowotnej w tym zakresie (EuroPoPP-MH) z 2013 r. wykazano, że Polska plasuje się poniżej średniej europejskiej, w obrębie większości analizowanych wskaźników. Na podstawie powyższego raportu dowiedziono, że na 23 oceniane kraje, Polska znajduje się na 18 miejscu pod względem nakładów ponoszonych na ochronę zdrowia. Za Polską znajdują się jedynie: Bułgaria, Cypr, Czechy, Finlandia, Grecja. Wydatki na ochronę zdrowia psychicznego stanowią 5,08% całkowitego budżetu przeznaczanego na finansowanie ochrony zdrowia (MZ i NFZ), podczas gdy w Szwecji, Wielkiej Brytanii, Niemczech, Francji, Holandii, Norwegii i Luxemburgu finansowanie wynosi >10%. Największe koszty generują świadczenia z zakresu leczenia szpitalnego (ok. 73%). Obserwuje się również niski odsetek programów zapobiegania oraz promocji zdrowia psychicznego.

Wydatki ponoszone na promocję i prewencję zdrowia psychicznego lokują Polskę znacznie poniżej średniej europejskiej. Jak podkreślają autorzy raportu kwota przeznaczona na realizację celów Narodowego Programu Ochrony Zdrowia psychicznego jest niewystarczająca (ok. 4 mln euro), ponadto w rzeczywistości kwota ta nie jest dostępna. Wskaźnik przeciętnej liczby personelu medycznego zatrudnionego w sektorze opieki psychiatrycznej na 100 tys. mieszkańców umieszcza Polskę w dolnej granicy zestawienia wszystkich krajów, poniżej znajdują się tylko dwa kraje: Szwecja oraz Malta. Należy jednak zaznaczyć, że Polska w stosunku do innych krajów dominuje pod względem liczby terapeutów zajęciowych (jako jeden z nielicznych krajów). Pod względem liczby łóżek na 100 tys. mieszkańców natomiast, Polska (63 łóżka) znajduje się powyżej średniej UE (61 łóżek). Ponadto, przeciętna długość pobytu w szpitalach znacznie przewyższa średnią europejską (61,37 vs 38,50).

Można zaryzykować stwierdzenie, że Polska w sferze psychiatrii na tle innych krajów europejskich wypada niekorzystnie szczególnie w zakresie: nakładów ponoszonych na ochronę zdrowia psychicznego, wydatków i liczby programów prewencji i promocji zdrowia psychicznego oraz liczby personelu medycznego na 100 tys. mieszkańców. Alarmujący jest również zaobserwowany trend spadkowy, widoczny w rocznych planach finansowanych NFZ dotyczących wydatków ponoszonych na opiekę psychiatryczną. Powyższe znajduje odzwierciedlenie w doniesieniach medialnych i wypowiedziach ekspertów klinicznych na temat niedofinansowania opieki psychiatrycznej w Polsce (ocenia się, że na poziomie ok. 20%) przejawiającego się bardzo dużymi kolejkami do świadczeń, przepelnieniem stacjonarnych ośrodków psychiatrycznych i fatalnymi warunkami bytowymi w tych ośrodkach.

W odniesieniu do kolejnego obszaru ujętego w planie taryfikacji, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. (Dz.U. 2013 poz. 1347) w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, świadczenia z tego zakresu obejmują wszechstronną, całościową opiekę i leczenie objawowe świadczeniobiorców chorujących na nieuleczalne, niepoddające się leczeniu przyczynowemu, postępujące, ograniczające życie choroby, ukierunkowaną na poprawę jakości życia, zapobieganie bólowi i innym objawom somatycznym i ich uśmierzanie, łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i socjalnych. Opieka paliatywna i hospicyjna skierowana jest do pacjentów z określonymi w Rozporządzeniu jednostkami chorobowymi, nierokującymi nadziei na wyleczenie. W przypadku dorosłych są to oprócz nowotworów także niektóre choroby nienowotworowe (np. kardiomiopatia, niewydolność oddechowa, następstwa chorób OUN, AIDS, owrzodzenia odleżynowe), przy czym te pierwsze obejmują ok. 70-90% pacjentów. W odniesieniu do dzieci katalog chorób jest szerszy, a nowotwory stanowią zaledwie ok. 11% rozpoznań wśród pacjentów objętych opieką hospicyjną i paliatywną.

Na przestrzeni lat obserwuje się znaczący wzrost zarówno zachorowań, jak i zgonów z powodu chorób nowotworowych. W Krajowym Rejestrze Nowotworów odnotowano w 2012 roku 152 855 nowe zachorowania i 94 740 zgonów z powodu nowotworów złośliwych, w porównaniu do 114 871 i 84 559, odpowiednio, w 2000 roku oraz 83 377 i 72 913 w 1990 roku.

W 2013 r. baza stacjonarna opieki paliatywnej i hospicyjnej wynosiła 935 miejsc w oddziałach opieki paliatywnej oraz 1307 miejsc w hospicjach (biuletyn statystyczny CSIOZ z 2014 za 2013 rok). Ogółem liczba świadczeniodawców w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna, zgodnie ze sprawozdaniem z działalności NFZ za 2013 r., wyniosła 452 dla roku 2013 i 453 dla roku 2012. Opieką objętych było w 2013 r. – 14 723 pacjentów w oddziałach oraz 16 527 pacjentów w hospicjach stacjonarnych. W ramach wszystkich zakresów (opieka stacjonarna, domowa i ambulatoryjna), Prezes NFZ wskazuje, że rocznie Fundusz finansuje świadczenia udzielane na rzecz 100 tys. pacjentów korzystających z opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Wyceny świadczeń w opiece paliatywnej i hospicyjnej pozostają niezmiennie od 2009 r. i istotnie różnią się w poszczególnych województwach i u poszczególnych świadczeniodawców. Prezes NFZ zwraca uwagę na stałe zjawisko przekraczania przez świadczeniodawców określonych w umowie limitów przyjęć, co świadczy o dużym zapotrzebowaniu na tego typu świadczenia. Z uwagi na powyższe istnieje zatem realna potrzeba rzetelnej wyceny na podstawie rzeczywiście ponoszonych kosztów.

Jednocześnie należy mieć na uwadze, że medycyna paliatywna nie ogranicza się do samej tylko opieki. W celu poprawy jakości życia poprzez zmniejszenie dolegliwości lub zapobieganie ich wystąpieniu, stosuje się szereg procedur z innych rodzajów świadczeń, takich jak: chirurgia paliatywna, radioterapia paliatywna czy chemioterapia paliatywna. Szczególnie w przypadku radioterapii paliatywnej, środowisko onkologów zwraca uwagę na potrzebę zweryfikowania wyceny świadczenia, z uwzględnieniem precyzyjnego rachunku kosztów zawierającego m.in. amortyzację sprzętu, konieczność jego unowocześniania i wymiany. Podkreśla wymaga fakt, iż teleradioterapia paliatywna jest wyceniona 3-6 krotnie niżej od teleradioterapii radykalnej.

W przypadku świadczeń wysokospecjalistycznych w kardiologii dziecięcej, do końca 2014 r. ze środków Ministerstwa Zdrowia finansowanych było 12 procedur, z których 6 stanowiły świadczenia z zakresu kardiologii i kardiologii, zgodnie z załącznikiem do Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń wysokospecjalistycznych oraz warunków ich realizacji (Dz.U.13.1445). Procedury z zakresu kardiologii dziecięcej obejmowały następujące świadczenia, z ograniczeniem do populacji < 18 r.ż.: operacje wad wrodzonych serca i wielkich naczyń u dzieci do ukończenia 1. roku życia,



z wyłączeniem operacji izolowanych przewodów tętniczych, operacje wad serca i aorty piersiowej w krążeniu pozaustrojowym, przezskórne lub z innego dostępu wszczepianie zastawek serca, kardiologiczne zabiegi interwencyjne u dzieci do lat 18, w tym przezskórne zamykanie przecieków z użyciem zestawów zamykających oraz mechaniczne, pozaustrojowe wspomaganie serca sztucznymi komorami.

Z dniem 1 stycznia 2015 r. Ministerstwo Zdrowia przekazało w kompetencje NFZ proces zawierania i rozliczania umów na świadczenia wysokospecjalistyczne, a zakresy świadczeń zostały szczegółowo opisane w Zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr 72/2014/DSOZ z dnia 18.11.2014 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne - świadczenia wysokospecjalistyczne. Należy podkreślić, iż świadczenia te pozostaną finansowane ze środków pozostających w dyspozycji Ministra Zdrowia. Powyższe działanie ma na celu wykorzystanie doświadczenia płatnika publicznego w zawieraniu umów ze świadczeniodawcami i kontroli realizacji świadczeń oraz wyeliminowanie ewentualnego podwójnego ich finansowania.

Przejęcie przez NFZ kontraktowania i rozliczania tych świadczeń skutkowało podpisaniem na rok 2015 r. umów przez 8 świadczeniodawców na udzielanie świadczeń wysokospecjalistycznych z zakresu kardiologii dziecięcej na łączną kwotę blisko 60 mln zł. Dodatkowo obecnie obowiązujące Zarządzenie prezesa NFZ przewiduje że w przypadku, gdy koszty udzielenia świadczenia znacząco przekraczają typowe, zryczałtowane koszty, istnieje możliwość rozliczenia świadczenia produktem "rozliczenie za zgodą płatnika".

Świadczenia kardiologiczne dla dzieci należą do jednych z najbardziej kosztownych procedur i często stanowią kluczowy element długiego procesu leczenia i rehabilitacji pacjentów. Zgonie z danymi Krajowego Rejestru Operacji Kardiologicznych (KROK) w 2012 r. sfinansowano świadczenia kardiologiczne dla dzieci na łączną sumę 18,3 mln zł, co stanowiło około 4% łącznych kosztów operacji kardiologicznych wynoszących 419,3 mln zł. Według danych rejestrów medycznych, rocznie wykonuje się około 2,7 tysiąca procedur z zakresu kardiologii dziecięcej oraz około 1,5 tysiąca procedur kardiologii interwencyjnej u dzieci co stanowi znaczącą liczbę w porównaniu do 6,2 tysiąca zabiegów kardiologicznych u dorosłych. Mając na uwadze obszerną listę rozpoznań wg kodów ICD-10 przypisanych do poszczególnym zakresów procedur oraz przyjętą przez NFZ wycenę punktową tych zakresów na podstawie danych historycznych, należy wziąć pod uwagę potrzebę wyceny rzeczywistych kosztów leczenia kardiologicznego dzieci. W związku z przejęciem od 2015 r. przez AOTMiT zadań związanych z wyceną kosztową świadczeń opieki zdrowotnej wydaje się celowe podjęcie kroków mających na celu wycenę kosztową z powyższego zakresu.

W odniesieniu do świadczeń udzielanych w szpitalnych oddziałach ratunkowych (SOR) zauważyć należy, iż oddziały te stanowią końcową jednostkę w łańcuchu procesu udzielania pomocy nagłej w systemie Państwowego Ratownictwa Medycznego, a ich praca ukierunkowana jest na udzielaniu świadczeń diagnostycznych oraz wstępnym leczeniu poszkodowanych w stanie zagrożenia życia. Podstawę prawną dla funkcjonowania SOR stanowi Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 stycznia 2007 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego. SOR zwykle stanowi wydzieloną jednostkę organizacyjną szpitala wieloprofilowego.

W latach 2009–2011 liczba szpitalnych oddziałów ratunkowych na terenie kraju wzrosła z 221 do 235 (tj. o 6,3%). Zgodnie z danymi zamieszczonymi na stronie Ministerstwa Zdrowia (data dostępu 28.01.2015 r.) obecnie funkcjonuje około 261 SOR, natomiast według systemu ZIP - zintegrowany informator pacjenta (data dostępu 28.01.2015 r.) liczba SOR dostępnych dla chorych na terenie kraju wynosi 171 placówek.

W ostatnich latach, w związku reformą systemu ochrony zdrowia, wystąpiło znaczne obciążenie SOR udzielaniem świadczeń zdrowotnych pacjentom, którzy nie znajdowali się w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, głównie z powodu utrudnionego dostępu do ambulatoryjnej opieki medycznej. Problem ten szczególnie wpłynął na funkcjonowanie SOR, które odgrywają kluczową rolę w systemie ratownictwa medycznego. Należy mieć na uwadze, że nie ma możliwości ograniczenia napływu pacjentów do tych oddziałów, w związku z czym opisane powyżej zjawisko to będzie narastać, gdyż na podstawie dostępnej wiedzy medycznej aktualnie nie można precyzyjnie wyjaśnić odmowy udzielenia świadczeń pacjentowi zgłaszającemu się na SOR. Ilość zaangażowanego czasu na udokumentowanie odmowy, potencjalne następstwa prawne oraz jednoosobowa odpowiedzialność powodują, że SOR oprócz dedykowanej funkcji ratującej życie spełnia też rolę pomocy nagłej i doraźnej.

Niezależnie od wypełniania ambulatoryjnej roli szpitalnych oddziałów ratunkowych, napływ pacjentów spełniających kryteria stanu bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia będzie stopniowo wzrastał. Jeżeli konieczna jest akceptacja wzrostu obciążenia, należy zastanowić się nad mechanizmami optymalizacji takiej formy systemu oraz ponowną wyceną kosztów rzeczywistych ponoszonych przez SOR.

Świadczenia udzielane w SOR finansowane są według dobowej stawki ryczałtowej, której wysokość wyliczana jest indywidualnie dla każdego świadczeniodawcy. Na wysokość tej stawki wpływa m.in. średnia dobowo liczba pacjentów zaopatrzonych w SOR oraz średnia waga punktowa wykonanych czynności, na podstawie danych z poprzedniego okresu sprawozdawczego. W latach 2009-2011 w poszczególnych województwach stawki te wahały się od 2 550 zł do 13 821 zł – w 2009 r., od 2 400 zł do 15 537 zł – w 2010 r. i od 2 400 zł do 20 132 zł – w 2011 r. (wg danych z raportu NIK z 2012 r. "funkcjonowanie systemu ratownictwa medycznego"; 149/2012/P11094/KZD). Pomimo stałego



wzrostu stawki dobowej środowisko medyczne oraz media podnoszą kwestie niedofinansowania SOR, a także niejasnych zasad rozdziału środków finansowych na świadczenia z zakresu ratownictwa medycznego.

Świadczeniodawcy, w celu bilansowania kosztów działania tych oddziałów, o ile to możliwe przenoszą koszty generowane przez chorych wymagających udzielenia dalszej pomocy na oddziały szpitalne na które trafiają pacjenci z SOR. Natomiast koszty diagnostyki i leczenia chorych wypisywanych w trybie ambulatoryjnym zazwyczaj ponosi sam SOR.

Narodowy Fundusz Zdrowia stoi na stanowisku, że obecne regulacje prawne nie przesądzają, że każda komórka organizacyjna podmiotu leczniczego powinna być dochodowa. Szpital jako całość powinien bilansować swoją działalność, ale bez konieczności bilansowania poszczególnych jednostek organizacyjnych. Jednakże na wynik takiego bilansu kluczowy wpływ mają warunki finansowania świadczeń, które są w niej realizowane. Trwała deficytowość niektórych obszarów działalności szpitala, związana z niewystarczającą wyceną, utrudnia racjonalne gospodarowanie zasobami przez osoby zarządzające daną jednostką. Sytuacja ta stwarza także zagrożenie dla pacjentów, którzy faktycznie potrzebują pomocy ze strony SOR i grozi likwidacją tych oddziałów w sytuacji, gdy na skutek wzrostu kosztów stają się deficytowe dla szpitali, które nie chcą generować zadłużenia.

W przypadku pozostałych świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego pragnę poinformować, iż rozpoczęcie zbierania danych kosztowych od świadczeniodawców zaplanowane zostało na okres lipiec/ sierpień 2015 roku.

Z uwagi na to, że prace analityczne w celu ustalenia taryf dla poszczególnych JGP przewidziane są w kolejnym roku, szczegółowy wykaz świadczeń według kolejności ich wyceny ujęty zostanie w planie taryfikacji na rok 2016. Wybór grup taryfikowanych w pierwszej kolejności nastąpi zgodnie z kryterium istotności dla funkcjonowania systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, po konsultacjach z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia oraz ekspertami w poszczególnych dziedzinach medycyny.

Jednocześnie, z uwagi na fakt iż w planie taryfikacji na rok 2015 ujęte zostały świadczenia z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, do obszaru tego zostanie włączona także radioterapia paliatywna, w odniesieniu do której planowane jest przeprowadzenie procesu taryfikacji w okresie kwiecień/maj 2015 – październik 2015.

W roku 2015 AOTMiT planuje rozpocząć proces związany z gromadzeniem danych kosztowych w następujących obszarach:

- świadczenia gwarantowane udzielane w szpitalnych oddziałach ratunkowych,
- świadczenia gwarantowane w rodzaju leczenia szpitalne, ze szczególnym uwzględnieniem Jednorodnych Grup Pacjentów
- świadczenia towarzyszące do programów lekowych.

Sporządził

PREZES

24.02.2015 *Matusewicz W*  
.....dr. n. med. Wojciech J. Matusewicz.....  
(data, pieczęć i podpis)

Zatwierdził

Z upoważnienia  
MINISTRA ZDROWIA  
SEKRETARZ STANU

2015 -03- 10

*Sławomir Neumann*  
.....  
(data, pieczęć i podpis)