



I etap prac taryfikacyjnych w zakresie świadczeń internistycznych oraz SOR/IP i NIŚOZ

nr WT.5403.29.2022.01

data ukończenia 20.09.2022 r.

Spis treści

1. Wstęp.....	3
2. Opis metodyki dla współczynników korygujących w zakresie chorób wewnętrznych oraz JGP z obszaru chorób układu moczowo-płciowego.....	4
3. Opis metodyki nowych wycen w odniesieniu do świadczeń udzielanych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym, Izbie Przyjęć, w ramach Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej	6
4. Podsumowanie	10

1. Wstęp

Dokument przedstawia wyniki analiz kosztowych i propozycji nowych wycen w odniesieniu do świadczeń udzielanych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym, Izbie Przyjęć, w ramach Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej, a także w związku z potrzebą opracowania rozwiązania pomostowego dla świadczeń podlegających taryfikacji w ramach obszaru choroby wewnętrzne i w obszarze chorób układu moczowo-płciowego.

Prace analityczne w obszarze oszacowania kosztów świadczeń udzielanych w szpitalnych oddziałach ratunkowych, izbach przyjęć oraz w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, zostały podzielone na dwa etapy obejmujące:

- I. Aktualizację wycen elementów mających wpływ na część ryczałtu za funkcję/liczbę zrealizowanych porad.
- II. Modyfikacje zasad finansowania w celu poprawy ich atrakcyjności, ujednoczenia zasad oraz wycen na poziomie kraju lub osiągnięcia określonych wskaźników jakościowych.

W odniesieniu do świadczeń z zakresu chorób wewnętrznych opracowanie rozwiązania pomostowego obejmowało:

- I. Badanie poziomu niedoszacowania grup na podstawie analizy porównawczej obowiązujących taryf i kalkulacji kosztów realizacji poszczególnych świadczeń.
- II. Opracowanie współczynników korygujących do czasu ustalenia taryf przedmiotowych świadczeń.

2. Opis metodyki dla współczynników korygujących w zakresie chorób wewnętrznych oraz JGP z obszaru chorób układu moczowo-płciowego

Koszty realizacji poszczególnych grup JGP objętych analizą skalkulowano zgodnie z metodyką taryfikacji świadczeń opieki zdrowotnej przyjętą w AOTMiT.

Na podstawie danych finansowo–księgowych za lata 2018 – 2020 obliczono koszt osobodnia dla poszczególnych JGP w projekcie. Dane pomnożono mnożnikiem zmian wielkości kosztów do roku 2023, a w analizach uwzględniono zapisy nowelizacji o minimalnym wynagrodzeniu.

W celu kalkulacji kosztu pobytu na oddziałach obliczono średni czas hospitalizacji, po odjęciu wartości odstających, dla poszczególnych grup JGP, na podstawie danych o realizacji świadczeń zawartych w bazie NFZ za rok 2019. Dodatkowo przeprowadzono analizę realizowanych świadczeń na poziomie miejsca realizacji świadczeń, zgodnie z kodem resortowym ujętym w zakresie, z którego rozliczono świadczenia.

Koszty zmienne takie jak: leki, wyroby i procedury zostały oszacowane na podstawie danych szczegółowych za lata 2017–2019. Analizy przeprowadzono z zastosowaniem średniej po odcięciach dla poszczególnych grup JGP. Koszty leków i wyrobów analizowano w ujęciu dziennym, natomiast koszty procedur medycznych w przeliczeniu na hospitalizację.

Oszacowane w oparciu o opisaną wyżej metodykę koszty porównano z obecnym poziomem finansowania świadczeń przez NFZ, uwzględniając obowiązującą cenę za punkt w PSZ, tj. 1,62 zł. Wynik przeprowadzonych analiz wskazuje na zróżnicowanie w zakresie relacji kosztów i obowiązujących wycen. W odniesieniu do 25 taryf wynik analizy kosztów jest wyższy aniżeli obecne finansowanie, w zakresie od 2% do 190 %.

Ze względu na fakt, iż projekt jest w trakcie prac analitycznych i przewiduje się możliwe zmiany w charakterystyce grup a także w ostatecznych wartościach kosztowych, przedstawione wyliczenia mają charakter oszacowań wstępnych i nie należy uznawać ich za równoważne z taryfami. Mając na uwadze sytuację podmiotów w kontekście rosnących kosztów realizacji świadczeń opracowano propozycję rozwiązania pomostowego, polegającego na nałożeniu współczynników na grupy JGP objęte taryfikacją w ramach projektu choroby wewnętrzne oraz projektu choroby układu moczowo-płciowego, których wynik analizy kosztów wskazuje na niedoszacowanie taryf. Proponowane rozwiązania w postaci współczynników 1,1-1,3 powinny być utrzymane do momentu wydania i wdrożenia taryf dla tego obszaru świadczeń, co planowane jest na 1 stycznia 2023 r.

Ze względu na konieczność rozwiązania systemowego, stosunkowo łatwo wdrażalnego, zaproponowano współczynniki 1,1, 1,2 i 1,3, których wysokość uzależniona jest od wyniku analizy kosztów i relacji z taryfą bazową. Zastosowanie współczynnika na maksymalnym poziomie 1,3 ma na celu uniknięcie sytuacji, w której ostatecznie ustalone taryfy byłyby niższe, aniżeli przychód z tytułu zastosowanych współczynników.

Zgodnie z opisanymi założeniami, współczynnikiem zostanie objętych 25 grup, w wysokości zgodnej z poniższą tabelą

Na podstawie danych o realizacji świadczeń za okres styczeń–maj 2022, dla świadczeń z projektu choroby wewnętrzne oraz danych o realizacji świadczeń za 2019 rok w zakresie świadczeń z obszaru

chorób układu moczowo-płciowego, dokonano oszacowania wpływu na budżet płatnika. W obliczeniach uwzględniono symulowaną liczbę świadczeń na rok, na podstawie realizacji w okresie 5 miesięcy, a wartość zrealizowanych świadczeń oszacowano z uwzględnieniem obowiązującej ceny za punkt. Wpływ na budżet płatnika zaproponowanych zmian w ujęciu rocznym wynosi 321,8 mln złotych.

Tabela 1. Grupy JGP objęte współczynnikiem

Kod i nazwa JGP	Wysokość proponowanego współczynnika	BIA
A45 Choroby Naczyń Mózgowych - Leczenie Zachowawcze	1,10	11 222 985
A87 Inne Choroby Układu Nerwowego	1,30	26 503 357
E53G Niewydolność Krążenia	1,10	80 534 276
E56 Choroba Niedokrwienności Serca > 69 r. r.ż lub z pw	1,20	9 571 345
E61 Zaburzenia Rytmu Serca > 69 r. ż. lub z pw	1,10	6 873 387
E62 Zaburzenia Rytmu Serca > 17 r. ż. < 70 r. ż. bez pw	1,20	7 323 500
E71 Omdlenie I Zapaść	1,20	2 027 418
E73 Choroby Zastawek Serca > 17 R. Ż.	1,10	6 398 475
E77 Inne Choroby Układu Krążenia > 17 R. Ż.	1,20	12 537 285
E88 Nadciśnienie Tętnicze > 17 R. Ż.	1,30	12 040 493
E89 Kompleksowa Diagnostyka Kardiologiczna	1,20	40 761
F16E Choroby Żołądka I Dwunastnicy > 65 r. ż.	1,10	5 289 896
F16F Choroby Żołądka I Dwunastnicy < 66 r. ż.	1,10	4 563 124
F46 Choroby Jamy Brzuszej	1,20	24 596 276
G37 Ostre Zapalenie Trzustki	1,10	8 383 194
K26 Zaburzenia Wodno-Elektrolitowe	1,30	4 934 688
K35 Cukrzyca Z Powikłaniami I Inne Stany Hipoglikemiczne	1,30	14 402 660
K37 Cukrzyca Ze Stanami Hiperglikemicznymi	1,20	3 102 708
K59 Inne Choroby Układu Wydzielania Wewnętrznego	1,10	3 047 353
Q66 Choroby Naczyń	1,10	10 688 967
T07 Leczenie Zachowawcze Urazów	1,30	25 647 235
L07 Zakażenia nerek lub dróg moczowych	1,10	3 969 302
L82 Ostra niewydolność nerek	1,10	31 198 604
L83 Przewlekła niewydolność nerek	1,10	5 358 619
L85 Kamica moczowa	1,10	1 549 084
Suma		321 804 992

Źródło: Opracowanie własne

3. Opis metodyki nowych wycen w odniesieniu do świadczeń udzielanych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym, Izbie Przyjęć, w ramach Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej

W ramach przedmiotowych prac zaktualizowano wartość wag pacjentów, odnoszących się do poszczególnych kategorii stanu zdrowia pacjentów, z uwzględnieniem kosztów:

- procedur medycznych (diagnostycznych, laboratoryjnych, zabiegowych) obejmujących m.in. koszty wynagrodzeń personelu niezbędnego do ich wykonania, a także pozostałe elementy, takie jak leki i wyroby medyczne,
- leków oraz wyrobów medycznych nieprzypisanych do pacjentów (tzw. leki i wyroby medyczne niskocenne),
- amortyzacji sprzętu wykorzystywanego do udzielania świadczeń.

W tym celu, pacjentom, zakwalifikowanym do poszczególnych kategorii stanu zdrowia, przypisano koszty procedur medycznych ICD-9, wykazanych do NFZ za rok 2021. Wartości te zostały dodatkowo zwiększone o część związaną z przypadającymi na nie kosztami leków oraz wyrobów medycznych niskocennych a także amortyzacji infrastruktury z uwzględnieniem:

- odsetka pacjentów, którzy zostali zaopatrzeni ambulatoryjnie (pacjenci niehospitalizowani),
- proporcji nakładów ponoszonych na udzielanie świadczeń, w ramach poszczególnych wag pacjentów. W tym celu użyto klucza wynikającego z wartości wykonanych procedur.

Dodatkowo w odniesieniu do świadczeń udzielanych w Izbach przyjęć dokonano oszacowania wartości stawki bazowej, obejmującej koszty wynagrodzenia podstawowego personelu medycznego pozostającego w gotowości do udzielania świadczeń w omawianej komórce organizacyjnej. Oszacowania wartości stawki bazowej dokonano przy założeniu, że lekarz nie jest obecny na izbie przyjęć i w razie konieczności schodzi z oddziału, natomiast czas jego pracy uwzględniony jest w wycenie wag pacjentów. Natomiast, dla pozostałego personelu, dobowy czas pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń wynosi:

- 24 godziny, dla pielęgniarki,
- 24 godziny, dla pozostałego personelu medycznego,
- 12 godzin, dla pozostałego personelu niemedycznego (okres największego obciążenia izby przyjęć).

Oszacowanie kosztów świadczeń udzielanych w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej obejmowało aktualizację wartości kosztów porady lekarskiej oraz wizyty pielęgniarskiej, przy założeniu, że średni czas udzielania świadczeń (wraz z wypełnieniem niezbędnej dokumentacji) wynosi:

- 30 minut, dla porady lekarza,
- 20 minut, dla porady pielęgniarki.

W wyniku przeprowadzonych analiz proponuje się poniższe wartości wag kategorii stanu zdrowia pacjenta oszacowane dla świadczeń udzielanych w Szpitalnych Oddziałach Ratunkowych. Wynik analizy

kosztów dla wagi kategorii 2. stanu zdrowia pacjenta wynosi 263 zł i jest niższy niż aktualna wartość według katalogu NFZ. Jednocześnie, w związku z planowanymi kolejnymi pracami analitycznymi obejmującymi między innymi weryfikację metody kwalifikacji pacjentów do poszczególnych kategorii sugeruje się utrzymanie jej okresowo na dotychczasowym poziomie. W przypadku pozostałych kategorii nowe wartości wag są zgodne z wynikami analizy kosztów.

Tabela 1. Szpitalny Oddział Ratunkowy – propozycja wyceny wag kategorii stanu zdrowia pacjenta

Kategoria stanu zdrowia pacjenta	Wartość katalogowa NFZ (zł)	Propozycja wyceny (zł)	Różnica (zł)	Różnica %
Kategoria 1	118	183	65	55%
Kategoria 2	314	314	-	-
Kategoria 3	433	555	122	28%
Kategoria 4	682	1 016	334	49%
Kategoria 5	1 096	1 356	260	24%
Kategoria 6	1 280	2 863	1 583	124%

Źródło: opracowanie własne

W wyniku przeprowadzonych analiz proponuje się poniższe wartości wag kategorii stanu zdrowia pacjenta oszacowane dla świadczeń udzielanych w Izbach Przyjęć. Wycena wag kategorii stanu zdrowia pacjenta jest wyższa od wartości katalogowej NFZ.

Tabela 2. Izba Przyjęć – propozycja wyceny wag kategorii stanu zdrowia pacjenta

Kategoria stanu zdrowia pacjenta	Wartość katalogowa NFZ (zł)	Propozycja wyceny (zł)	Różnica (zł)	Różnica %
Kategoria 1	80	166	86	107%
Kategoria 2	200	217	17	8%
Kategoria 3	401	496	95	24%
Kategoria 4	523	818	295	56%

Źródło: opracowanie własne

W odniesieniu do ustalenia wysokości stawki bazowej dla izby przyjęć proponuje się ustalenie jej w wysokości nie niższej niż wskazana w poniższej tabeli.

Tabela 3. Izba przyjęć – propozycja wyceny stawki bazowej

Stawka	Propozycja wyceny (zł)	Średnia aktualna wartość (zł)	Różnica (zł)	Różnica %
Stawka bazowa	3 746	2 631	1 115	42%

Źródło: opracowanie własne

W wyniku przeprowadzonych analiz proponuje się poniższe wartości porad lekarskich oraz wizyt pielęgniarskich dla świadczeń udzielanych w ramach Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej.

Tabela 4. Nocna i Świąteczna Opieka Zdrowotna – propozycja wyceny porady lekarskiej i wizyty pielęgniarskiej

Składowa ryczałtu za liczbę udzielonych porad	Wartość katalogowa NFZ (zł)	Propozycja wyceny (zł)	Różnica (zł)	Różnica %
Porada lekarska	41,34	71,54	30,2	73%
Wizyta pielęgniarska	16,80	20,96	4,16	25%

Źródło: opracowanie własne

Proponowane powyżej zmiany w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej odnoszą się tylko do ryczałtów miesięcznych kalkulowanych na podstawie wzoru. Jednocześnie, w odniesieniu do podmiotów, których ryczałt miesięczny ustalany jest na podstawie decyzji Dyrektora OW NFZ, zauważyć można zróżnicowanie kwot przeznaczanych na finansowanie przedmiotowych świadczeń pomiędzy poszczególnymi województwami.

Mając powyższe na względzie, w ramach pierwszego etapu prowadzonych prac, proponuje się mechanizm częściowego niwelowania różnic pomiędzy wysokościami ryczałtów miesięcznych polegający na zwiększeniu o 10% wartości ryczałtów miesięcznych niższych od średniej – w poszczególnych zakresach i obszarach zabezpieczenia.

Tabela 5. Nocna i Świąteczna Opieka Zdrowotna – wysokość średniej dla wartości ryczałtu miesięcznego ustalanego na podstawie decyzji Dyrektora OW, w poszczególnych zakresach

Kod zakresu	Zakres (skrót)	Wartość średniej
01.0000.159.16	Do 50 tys. – podstawowy	85 803
01.0000.160.16	Do 50 tys. – uzupełniony	112 395
01.0000.161.16	Powyżej 50 tys. – podstawowy	152 699
01.0000.162.16	Powyżej 50 tys. – uzupełniony	203 180

Źródło: opracowanie własne

Oczekuje się, że efektami wprowadzenia przedmiotowych zmian w obszarze świadczeń udzielanych w szpitalnych oddziałach ratunkowych, izbach przyjęć oraz nocnej i świątecznej opiece zdrowotnej będą:

- premiowanie podmiotów aktywnych wynikające z aktualizacji wycen elementów mających wpływ na część ryczałtu za funkcję/liczbę zrealizowanych porad,
- zwiększenie atrakcyjności finansowej do udzielania świadczeń w izbach przyjęć oraz nocnej i świątecznej opiece zdrowotnej względem szpitalnych oddziałów ratunkowych, co powinno przełożyć się na odciążenie tych ostatnich,
- zmniejszenie różnic regionalnych na poziomie OW NFZ obserwowanych dla stawek bazowych w Izbach Przyjęć
- zmniejszenie różnic w wartościach ryczałtu dobowego podmiotów NiSOZ do czasu opracowania rozwiązania docelowego obejmującego ustalenie wartości ryczałtu dobowego na podstawie wzoru dla wszystkich podmiotów; rozwiązanie to wymaga przeprowadzenia dodatkowych analiz dla określenia wysokości stawek ryczałtu bazowego pozwalających na uwzględnienie elementów takich jak gęstość zaludnienia, monoprofilowość świadczeń, dodatkowe miejsca udzielania świadczeń,

- stworzenie podstaw do realizacji drugiego etapu zmian w analizowanym obszarze mającym na celu między innymi promowanie aktywności oraz jakości udzielania świadczeń przez podmioty lecznicze, w tym osiągnięcia określonych wskaźników jakościowych.

Docelowym działaniem w przedmiotowym zakresie powinno być opracowanie nowego modelu kompleksowej opieki doraźnej uwzględniającej SOR/IP/NIŚOZ i ujednoczenie zasad oraz wycen na poziomie kraju, w tym wprowadzenie dla NIŚOZ powszechnego mieszanego modelu finansowania – składowa stała plus zmienna za udzielone świadczenia.

4. Podsumowanie

Wprowadzenie w życie proponowanych wycen będzie wiązało się z dodatkowymi wydatkami netto po stronie płatnika publicznego w wysokości 880,2 mln zł, na które składają się:

- 242,8 mln zł, w obszarze Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych, co odpowiada zwiększeniu ponoszonych kosztów o 9,8%,
- 249,5 mln zł, w obszarze Izb Przyjęć, co odpowiada zwiększeniu ponoszonych kosztów o 35,4%,
- 66,1 mln zł, w obszarze Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej, co odpowiada zwiększeniu ponoszonych kosztów o 6,2%.
- 279,7 mln, w obszarze chorób wewnętrznych, co odpowiada zwiększeniu ponoszonych kosztów o 8,9%,
- 42,1 mln, w obszarze chorób układu moczowo-płciowego co odpowiada zwiększeniu ponoszonych kosztów o 10%.