



Agencja Oceny Technologii
Medycznych i Taryfikacji
Wydział Taryfikacji

Raport w sprawie ustalenia taryfy świadczeń

DAiR.521.4.2025

**Świadczenia gwarantowane obejmujące
implementację **standardu żywienia**
w podmiotach leczniczych dla wszystkich
świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych
w ramach leczenia szpitalnego**

Objaśnienia skrótów

Agencja/AOTMiT	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
DRG	jednorodne grupy pacjentów (ang. <i>Diagnosis Related Groups</i>)
HACCP	Hazard Analysis and Critical Control Points - Analiza Zagrożeń i Krytyczne Punkty Kontrolne
ICD-9 PL	międzynarodowa klasyfikacja procedur medycznych – wersja polska (ang. <i>International Classification System for Surgical, Diagnostic and Therapeutic Procedures</i>)
IDDSI	International Dysphagia Diet Standardisation Initiative - Międzynarodowa Inicjatywa Standaryzacji Diety w Dysfagii.
JGP	jednorodne grupy pacjentów
Metodyka	proces gromadzenia oraz przetwarzania danych niezbędnych do realizacji zadań związanych z ustaleniem taryfy świadczeń, jak również rodzaj i zakres gromadzonych informacji, opisany w dokumencie sporządzonym przez Agencję
MZ	Ministerstwo Zdrowia
NFZ/Płatnik	Narodowy Fundusz Zdrowia
NIZP PZH–PIB	Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy
OPK	ośrodek powstawania kosztów
Pilotaż Dobry posiłek w szpitalu	rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 września 2023 r. w sprawie programu pilotażowego w zakresie edukacji żywieniowej oraz poprawy jakości żywienia w szpitalach - "Dobry posiłek w szpitalu"(Dz. U. z 2023 poz. 2021 z późn. zm.).
PSZ	Podstawowy Szpitalny System Zabezpieczenia Świadczeń Opieki Zdrowotnej
RKP	raport kadrowo-płacowy
Standard organizacyjny żywienia	projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 listopada 2025 r. w sprawie standardu organizacyjnego żywienia w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne
TISS-28	Therapeutic Intervention Scoring System - Terapeutyczna Skala Interwencji Medycznych
Ustawa o świadczeniach	ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2025 poz. 1461)
OAIiT	oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii
NIK	Najwyższa Izba Kontroli
WHO	Światowa Organizacja Zdrowia

Spis treści

1. Problem decyzyjny	4
2. Taryfikowane świadczenie.....	5
2.1. Charakterystyka świadczenia	5
2.2. Aktualny stan finansowania w Polsce	6
2.3. Analiza popytu i podaży	9
2.4. Stan finansowania w innych krajach	12
3. Projekt taryfy.....	15
3.1. Pozyskanie danych	15
3.2. Analiza danych	15
3.3. Projekt taryfy	17
4. Produkty rozliczeniowe objęte wyceną (poza procesem taryfikacji)	45
5. Analiza wpływu na system opieki zdrowotnej	69
5.1. Analiza wpływu na budżet płatnika publicznego	69
5.2. Analiza wpływu na organizację systemu opieki zdrowotnej.....	70
6. Najważniejsze informacje i wnioski.....	73
7. Bibliografia	74
8. Załączniki.....	76

1. Problem decyzyjny

Celem niniejszego raportu jest dokumentacja procesu przygotowania projektu taryfy świadczenia gwarantowanego opieki zdrowotnej w oparciu o przyjętą metodykę taryfikacji świadczeń.

Podstawę podjęcia przedmiotowych prac stanowi zlecenie Ministra Zdrowia z dnia 17.11.2025 r. odnoszące się do Planu Taryfikacji na rok 2025 w punkcie: IV - Inne zadania w zakresie taryfikacji świadczeń, szczególnie istotne dla bieżącego funkcjonowania systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

Przygotowanie taryf świadczeń gwarantowanych dotyczy implementacji standardu żywienia w podmiotach leczniczych, dla wydanych dotychczas taryf świadczeń odnoszących się do wszystkich świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w ramach leczenia szpitalnego (z wyłączeniem neonatologii), psychiatrii i rehabilitacji leczniczej (w szpitalach), z wyłączeniem świadczeń realizowanych z zamiarem ich zakończenia w okresie nieprzekraczającym 24 godzin – w części dotyczącej żywienia zbiorowego pacjentów.

Model żywienia analizowany w niniejszym raporcie został całościowo określony w projekcie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14.11.2025 r. w sprawie standardu organizacyjnego żywienia w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne.

Przedmiotem raportu są:

świadczenia gwarantowane z zakresu: leczenia szpitalnego, opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, rehabilitacji leczniczej, świadczeń wysokospecjalistycznych, zgodnie z art. 15 ustawy o świadczeniach (w zakresie wydanych dotychczas taryf świadczeń)

stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne identyfikowane produktami rozliczeniowymi realizowanymi w ramach umów zawartych z NFZ w rodzaju:

- leczenie szpitalne oraz świadczenia wysokospecjalistyczne, określonymi w zarządzeniu nr 37/2024/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 marca 2024 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne - świadczenia wysokospecjalistyczne z późn. zm.;
 - chemioterapia, określonymi w zarządzeniu nr 72/2021/DGL Prezesa NFZ z dnia 21 kwietnia 2021 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapia z późn. zm.;
 - opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, określonymi w zarządzeniu nr 18/2025/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 17 marca 2025 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień;
 - rehabilitacja lecznicza, określonymi w zarządzeniu nr 195/2020/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 11 grudnia 2020 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką z późn. zm.
-

zwane dalej: produktami rozliczeniowymi związanymi z realizacją standardu organizacyjnego żywienia w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne, które stanowią **załącznik nr 1** do niniejszego raportu.

Zagadnienie żywienia w szpitalu było już przedmiotem prac Agencji, prowadzonych na podstawie zlecenia Ministra Zdrowia z dnia 15.09.2023 r. dotyczącego dokonania oceny propozycji wyceny świadczeń udzielanych w ramach projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego w zakresie edukacji żywieniowej oraz poprawy jakości żywienia w szpitalach – „Dobry posiłek w szpitalu” (projekt z dnia 14.09.2023 r.).

W ramach aktualnie prowadzonych prac podjęto współpracę z NFZ w celu zidentyfikowania produktów rozliczeniowych, które powinny być objęte dodatkiem z tytułu implementacji standardu żywienia. Ponadto, przedmiotem niniejszego raportu są te produkty, które dotychczas były objęte pracami taryfikacyjnymi. Pozostałe świadczenia procedowane są w innym trybie przewidzianym w ustawie o świadczeniach, natomiast w celu zachowania spójności oraz przejrzystości, wyceny tych produktów zostały przedstawione w rozdziale 4.

Zidentyfikowano 960 produktów wymagających wyceny, z czego 480 zostało objętych pracami taryfikacyjnymi, w tym:

- 421 produktów z leczenia szpitalnego (w tym 395 produkty stanowiły świadczenia JGP),
- 32 produkty z opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień,
- 27 produktów z rehabilitacji leczniczej.

2. Taryfikowane świadczenie

2.1. Charakterystyka świadczenia

Standard organizacyjny dotyczący żywienia zbiorowego w szpitalach (świadczenia szpitalne) został określony w projekcie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14.11.2025 r. wydanym na podstawie art. 22 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 450 z późn. zm.). Obejmuje wszystkie podmioty lecznicze udzielające świadczeń szpitalnych finansowanych ze środków publicznych, z wyłączeniem: świadczeń krótszych niż 24 godziny, pacjentów żywionych wyłącznie dojelitowo lub pozajelitowo, niemowląt karmionych wyłącznie mlekiem matki lub preparatami początkowymi, świadczeń udzielanych poza szpitalem oraz świadczeń niefinansowanych w ramach umów z NFZ.

Celem świadczenia jest ustandaryzowanie oraz poprawa jakości żywienia szpitalnego jako integralnej części procesu leczenia - przez zapewnienie żywienia odpowiedniego do stanu zdrowia pacjenta, opartego na jednolitych kodach i nomenklaturze diet szpitalnych oraz szczegółowych charakterystykach diet dla dorosłych, kobiet w ciąży i w okresie laktacji oraz dzieci i młodzieży (w tym zakres wartości energetycznej, makroskładników, produktów zalecanych i przeciwwskazanych). Standard opiera się na aktualnych normach żywienia dla populacji Polski, zaleceniach NIZP PZH-PIB oraz wytycznych towarzystw naukowych i WHO.

Populację objętą świadczeniem stanowią wszyscy pacjenci hospitalizowani, których stan kliniczny pozwala na żywienie doustne lub wymaga żywienia z modyfikowaną konsystencją posiłku (wg IDDSI), z uwzględnieniem indywidualnych potrzeb wynikających z chorób, stanu odżywienia, możliwości połykania, a także preferencji kulturowych, religijnych i światopoglądowych (o ile nie są sprzeczne z bezpieczeństwem zdrowotnym pacjenta). O rodzaju diety, czasie jej trwania i ewentualnych modyfikacjach decyduje lekarz, który może konsultować się z dietetykiem, bazując na ocenie stanu odżywienia oraz - w razie potrzeby - ocenie połykania wykonanej przez logopedę.

Zakres interwencji organizacyjnej obejmuje: obowiązek opracowywania przez dietetyka co najmniej 10-dniowych jadłospisów dla poszczególnych diet (z wyszczególnieniem składu posiłków, wartości energetycznej, zawartości głównych makroskładników, sposobu obróbki kulinarnej oraz alergenów), archiwizację jadłospisów przez minimum rok, zapewnienie regularności posiłków z przerwą nocną nie dłuższą niż 13 godzin oraz stały dostęp pacjentów do wody pitnej w każdym oddziale. Dopuszcza się wymianę produktów na równoważne pod względem energetycznym i odżywczym w uzasadnionych przypadkach.

Standard wprowadza również system wewnętrznej kontroli jakości żywienia, obejmujący: codzienną weryfikację zgodności posiłków z jadłospisem i ocenę organoleptyczną (świeżość, temperatura, zapach, wygląd, konsystencja) w odniesieniu do co najmniej 1/3 rodzajów diet; codzienną kontrolę gramatury wybranych posiłków oraz coroczne badania laboratoryjne całodziennych zestawów żywieniowych, wykonywane w akredytowanych laboratoriach, celem potwierdzenia zgodności rzeczywistej wartości energetycznej i odżywczej z deklarowaną w jadłospisach. Równolegle szpital ma obowiązek systematycznego badania opinii pacjentów na temat posiłków za pomocą anonimowych uwag zbieranych przez stronę internetową i ankiety w oddziałach szpitalnych.

Istotnym elementem świadczenia jest komponent edukacyjno-informacyjny. Szpital jest zobligowany prowadzić na swojej stronie internetowej zakładkę „żywienie dla zdrowia”, w której publikuje stosowane jadłospisy (z wyłączeniem diet o zmienionej konsystencji wg IDDSI i diet indywidualnych), wyniki badań laboratoryjnych z odniesieniem do konkretnych pozycji z jadłospisu oraz materiały edukacyjne z zakresu żywienia oparte na wiarygodnych dowodach naukowych lub linki do takich materiałów; w tej zakładce udostępniany jest również kanał zgłaszania anonimowych uwag pacjentów dotyczących posiłków.

Projektowane rozporządzenie przewiduje wejście standardu w życie z dniem 1 stycznia 2026 r., z okresem dostosowawczym do 1 września 2026 r., co ma umożliwić szpitalom reorganizację systemu żywienia, aktualizację umów z firmami cateringowymi oraz wdrożenie nowych wymagań bez zakłócania ciągłości świadczeń szpitalnych. W perspektywie systemowej świadczenie to ma charakter organizacyjnej interwencji jakościowej, która przez lepsze, znormalizowane żywienie - powinna przyczynić się do skrócenia czasu hospitalizacji, redukcji powikłań i poprawy wyników zdrowotnych, a tym samym do bardziej efektywnego wykorzystania zasobów ochrony zdrowia.

2.2. Aktualny stan finansowania w Polsce

Zgodnie z polskim prawem wyżywienie pacjentów hospitalizowanych jest elementem tzw. świadczenia gwarantowanego. Ma ono charakter świadczenia towarzyszącego - oznacza to, że w ramach pobytu w szpitalu pacjentowi przysługuje zakwaterowanie oraz odpowiednie do stanu zdrowia wyżywienie. Obecnie brak jest jednolitych oraz obligatoryjnych przepisów określających standard żywienia (np. minimalną kaloryczność czy skład posiłków) we wszystkich szpitalach.

Mimo braku szczegółowych standardów, każdy szpital ma obowiązek zapewnić pacjentom wyżywienie w ramach leczenia. Wymóg ten wynika z umowy zawieranej przez szpital z NFZ, realizując kontrakt, placówka musi dbać o bezpieczeństwo i jakość opieki, w tym żywienie dostosowane do stanu zdrowia chorego.

Finansowanie żywienia pacjentów odbywa się w ramach ogólnego finansowania leczenia szpitalnego przez NFZ. Płatnik rozlicza hospitalizacje na zasadzie ryczałtowej, zazwyczaj przez system JGP, czyli opłaty za cały pobyt pacjenta w zależności od rozpoznania i procedur. Wycenie każdego przypadku

JGP uwzględnione są wszystkie koszty związane z hospitalizacją, zarówno świadczenia medyczne (badania, zabiegi, leki, opieka personelu), jak i świadczenia towarzyszące, czyli m.in. zakwaterowanie i wyżywienie pacjenta. Szacunkowe koszty wyżywienia stanowią składową stawki za hospitalizację. Szpital otrzymuje od NFZ zapłatę za przypadek lub za osobodzień opieki, z której to puli pokrywa również posiłki dla pacjenta. Nie ma odrębnej refundacji za posiłki; płatnik publiczny nie finansuje wyżywienia osobno.

Powyższa zasada dotyczy nie tylko standardowych oddziałów szpitalnych, ale także innych rodzajów opieki stacjonarnej. W psychiatrii i rehabilitacji, gdzie stosuje się często finansowanie w formie stawki za osobodzień pobytu, również ujęto koszty wyżywienia. NFZ kontraktując te świadczenia wymaga od placówki zapewnienia pacjentom pełnego utrzymania (łącznie z posiłkami) podczas leczenia.

Wnioski z raportu NIK - Żywnienie pacjentów w szpitalach z 15.02.2018 r.¹, w którym wskazano m.in. na brak norm żywieniowych, bardzo niskie nakłady na wyżywienie pacjentów, stały się bezpośrednim impulsem do przygotowania działań naprawczych w obszarze żywienia szpitalnego. W odpowiedzi Minister Zdrowia we współpracy z NFZ uruchomił dwa programy pilotażowe:

- Standard szpitalnego żywienia kobiet w ciąży i w okresie poporodowym - Dieta Mamy, wprowadzony rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 9 sierpnia 2019 r. w sprawie programu pilotażowego "Standard szpitalnego żywienia kobiet w ciąży i w okresie poporodowym - Dieta Mamy" (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 329 z późn. zm.) oraz
- szerszy program: pilotaż Dobry posiłek w szpitalu, wprowadzony rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 25 września 2023 r. w sprawie programu pilotażowego w zakresie edukacji żywieniowej oraz poprawy jakości żywienia w szpitalach - "Dobry posiłek w szpitalu" (Dz. U. z 2023 poz. 2021 z późn. zm.).

Program pilotażowy „Standard szpitalnego żywienia kobiet w ciąży i w okresie poporodowym – Dieta Mamy” dotyczył wdrożenia modelu szpitalnego żywienia kobiet w ciąży i połogu, opartego na 5 zbilansowanych posiłkach dziennie, przygotowywanych zgodnie z zaleceniami Instytutu Żywności i Żywienia, pod stałym nadzorem dietetyka i przy spełnieniu wymogów sanitarnych (m.in. HACCP, kontrola jakości i badania żywności).

Program obejmował także konsultacje i edukację dietetyczną w trakcie hospitalizacji i po wypisie, a jego celem było podniesienie jakości żywienia, zwiększenie satysfakcji pacjentek oraz kształtowanie prawidłowych nawyków żywieniowych u kobiet ciężarnych i karmiących.

Pierwsze umowy pilotażowe zawarto 15.10.2019 r., a realizację ostatniej umowy zakończono 31.05.2022 r. W programie wzięło udział łącznie 115 szpitali w całej Polsce, a łączna wartość sfinansowanych przez NFZ świadczeń wyniosła około 24,7 mln zł. Wyniki pilotażu zostały podsumowane w raporcie końcowym NFZ, opublikowanym w czerwcu 2023 r. na stronie Płatnika².

¹ Zob. Raport NIK dotyczący żywienia pacjentów w szpitalach z 15.02.2018 r. (<https://www.nik.gov.pl/najnowsze-informacje-o-wynikach-kontroli/nik-o-zywieniu-w-szpitalach.html>), dostęp dnia: 1.12.2025 r.

² Zob. Raport końcowy NFZ z programu pilotażowego „Standard szpitalnego żywienia kobiet w ciąży i w okresie poporodowym - Dieta Mamy” (<https://www.nfz.gov.pl/o-nfz/programy-i-projekty/programy/program-pilotazowy-dieta-mamy/>), dostęp dnia: 1.12.2025 r.

Tabela 1 Katalog produktów rozliczeniowych programu pilotażowego "Dieta mamy"

Kod produktów rozliczeniowych	Nazwa produktów rozliczeniowych	jednostka rozliczeniowa	wartość	Uwagi odnoszące się do zasad rozliczania i finansowania
5.59.01.0184450	świadczenie zdrowotne - "Standard szpitalnego żywienia kobiet w ciąży i w okresie poporodowym - Dieta Mamy"	zł	18,20 zł	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie załącznika nr 2 do zarządzenia Nr 116/2019/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 2 września 2019 r. w sprawie umów o realizację programu pilotażowego "Standard szpitalnego żywienia kobiet w ciąży i w okresie poporodowym - Dieta Mamy".

Program pilotażowy Dobry posiłek w szpitalu wszedł w życie 27 września 2023 r. Po kilku nowelizacjach etap realizacji programu został wydłużony - obecnie ma on trwać do 31 grudnia 2025 r., a etap ewaluacji programu (oceny wyników przez NFZ i przekazania ich do MZ) do 31 marca 2026 r.

Główne cele pilotażu to: zwiększenie dostępności porad żywieniowych w szpitalach oraz wdrożenie optymalnego modelu żywienia pacjentów hospitalizowanych. Program obejmuje świadczenie zdrowotne w postaci porady żywieniowej oraz towarzyszące mu świadczenie wyżywienia - dodatkowo finansowane przez NFZ w wysokości 25,62 zł za osobodzień pobytu pacjenta zakwalifikowanego do programu, jako uzupełnienie dotychczasowych środków na żywienie.

Tabela 2 Katalog produktów rozliczeniowych programu pilotażowego "Dobry posiłek w szpitalu"

Kod produktów rozliczeniowych	Nazwa produktów rozliczeniowych	jednostka rozliczeniowa	wartość punktowa	Uwagi odnoszące się do zasad rozliczania i finansowania
5.59.01.0180000	świadczenie zdrowotne "Dobry posiłek w szpitalu"	punkt	25,62	zgodnie z zasadami określonymi § 11 ust.1 rozporządzenia pilotażowego "Dobry posiłek w szpitalu", stawka w wysokości 25,62 zł za osobodzień pobytu na oddziale
5.59.01.0181000	porada żywieniowa	produkt statystyczny	0	zgodnie z zasadami określonymi w rozporządzeniu pilotażowym "Dobry posiłek w szpitalu", produkt sprawozdawany wraz z ICD-9- Konsultacja dietetyczna o kodzie 89.011

Źródło: Opracowanie własne na podstawie załącznika nr 2 do zarządzenia Nr 140/2023/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 27 września 2023 r. w sprawie umów o realizację programu pilotażowego w zakresie edukacji żywieniowej oraz poprawy jakości żywienia w szpitalach – "Dobry posiłek w szpitalu".

Realizatorami pilotażu są szpitale mające umowę z NFZ na leczenie stacjonarne, które zawarły osobną umowę z NFZ na podstawie zarządzenia nr 140/2023/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 27 września 2023 r. w sprawie umów o realizację programu pilotażowego w zakresie edukacji żywieniowej oraz poprawy jakości żywienia w szpitalach - "Dobry posiłek w szpitalu" (określającego tryb zawierania umów, katalog produktów rozliczeniowych i zasady sprawozdawczości). Warunkiem udziału jest m.in. zapewnienie co najmniej 0,5 etatu osoby planującej dietę, udzielanie porad żywieniowych na zlecenie lekarza, planowanie 7-dniowych jadłospisów zgodnych z zaleceniami żywieniowymi MZ, regularna ocena jakości posiłków oraz codzienna publikacja jadłospisów i zdjęć posiłków na stronie internetowej szpitala. Program obejmuje pacjentów hospitalizowanych (z wyłączeniem żywionych wyłącznie dojelitowo oraz pozajelitowo i przebywających w OAIiT), którzy zostają do niego włączeni przy przyjęciu do szpitala.

Zgodnie z aktualnymi danymi sprawozdawczymi NFZ, w 2024 r. do programu pilotażowego „Dobry posiłek w szpitalu” przystąpiły 582 podmioty lecznicze. Łączna kwota zobowiązań NFZ wynikających

z zawartych umów na realizację tego pilotażu wynosiła w 2024 roku 864,9 mln zł. Dane te pokazują, że program został wdrożony na szeroką skalę w całym kraju, a Płatnik zabezpieczył środki finansowe na poprawę jakości żywienia i edukacji żywieniowej pacjentów hospitalizowanych do końca 2025 r.

2.3. Analiza popytu i podaży

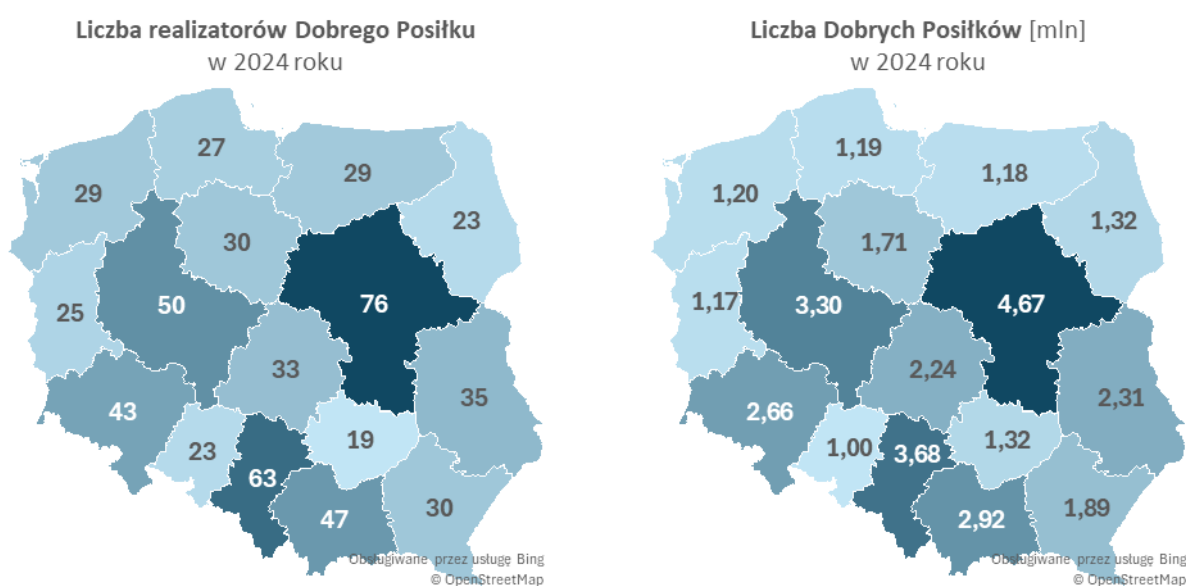
Celem analizy popytu i podaży jest ocena zasadności oraz możliwości wpływania wartości wyceny świadczenia na jego podaż tak, by zaspokoić popyt. Specyfika świadczeń związanych z żywieniem pacjentów, odmienna od świadczeń medycznych, sprawia, że analiza w większym stopniu obejmuje podaż niż popyt. Jest to uzasadnione tym, że zapotrzebowanie na żywienie jest względnie stałe, natomiast dostępność realizatorów i ich możliwości operacyjne stanowią główny element wpływający na realizację świadczeń.

Podstawowym źródłem danych do analiz przedstawionych w niniejszym rozdziale były informacje pochodzące z NFZ, dotyczące realizacji świadczeń.

Liczba i wartość świadczeń

Dobry posiłek

W 2024 roku łącznie 582 świadczeniodawców sprawozdało świadczenie zdrowotne – „Dobry posiłek w szpitalu” na rzecz 3,72 mln pacjentów. W województwie mazowieckim w 2024 roku zrealizowano najwięcej świadczeń Dobry Posiłek – 539 887 pacjentów otrzymało 4 667 538 świadczeń na łączną wartość 119 578 967 zł.



Rysunek 1 Liczba realizatorów oraz liczba zrealizowanych świadczeń „Dobry posiłek w szpitalu” w 2024 roku.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

łącznie w 2024 roku sprawozdano 33,76 mln świadczeń w pilotażu Dobry Posiłek z czego 6,95 mln świadczeń zostało zrealizowanych przez 217 świadczeniodawców I poziomu w sieci szpitali (PSZ), co stanowi 37% wszystkich realizatorów programu w 2024 roku.

Tabela 3 Struktura realizatorów, liczby pacjentów oraz liczby i wartości świadczeń "Dobry posiłek w szpitalu" w podziale na poziomy szpitali w sieci PSZ w 2024 roku.

Poziom PSZ	Liczba świadczeniodawców	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Wartość świadczeń [zł]
I Poziom	217	988 395	6 953 000	178 136 329
II Poziom	90	842 309	6 239 016	159 835 955
III Poziom	60	919 029	6 506 230	166 685 129
Ogólnopolski	80	910 979	6 294 783	161 269 012
Onkologiczny	14	96 099	815 254	20 886 807
Pediatryczny	6	61 628	389 625	9 982 193
Poza siecią	97	234 269	5 665 281	145 144 499
Pulmonologiczny	18	76 078	894 640	22 920 891
Razem	582	3 716 887	33 757 829	864 860 816

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

W 2024 roku łączna wartość zrealizowanych świadczeń Dobry Posiłek wyniosła 864,86 mln zł, gdzie 36% stanowiły szpitale wojewódzkie (312,2 mln zł). Jednakże szpitale powiatowe, gminne i miejskie stanowiły większość pod kątem liczby realizatorów Dobrego Posiłku w 2024 roku (40%).

Tabela 4 Struktura realizatorów, liczby pacjentów oraz liczby i wartości świadczeń "Dobry posiłek w szpitalu" w podziale na kategorie szpitali w 2024 roku.

Kategoria	Liczba świadczeniodawców	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Wartość świadczeń [zł]
Powiatowy, gminny, miejski	235	1 448 210	10 294 747	263 748 121
Niepubliczny	147	467 229	5 123 200	131 255 974
Kliniczny	53	778 623	5 353 927	137 164 444
Wojewódzki	121	1 270 407	12 185 005	312 172 100
Inny (MSWiA, wojskowy)	26	124 567	800 950	20 520 177
Razem	582	3 716 887	33 757 829	864 860 816

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

W zakresie produktu kontraktowego świadczenie zdrowotne – „Dobry posiłek w szpitalu” świadczeniodawcy sprawozdawali również produkt statystyczny *Porada żywieniowa*. W 2024 roku 472 szpitale sprawozdały Poradę żywieniową na rzecz 667,7 tys. pacjentów. Poniższa tabela przedstawia podział struktury świadczeń i realizatorów Porady żywieniowej ze względu na kategorię szpitala.

Tabela 5 Struktura realizatorów, liczby pacjentów oraz liczby świadczeń "Porada żywieniowa" w podziale na kategorie szpitali w 2024 roku.

Kategoria	Liczba świadczeniodawców	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń
Powiatowy, gminny, miejski	189	224 751	275 619
Niepubliczny	110	80 498	96 957
Kliniczny	46	146 763	195 427
Wojewódzki	106	208 025	281 912
Inny (MSWiA, wojskowy)	21	20 913	24 588
Razem	472	667 741	874 503

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Produkty do implementacji standardu żywienia

Zgodnie z danymi sprawozdawczymi NFZ z 2024 roku wszystkie produkty rozliczeniowe, które powinny być objęte dodatkiem z tytułu implementacji standardu żywienia obejmują 1 109 realizatorów, 26,6 mln produktów i 43,5 mln dni żywienia pacjentów. Wartość świadczeń przed dodaniem dodatku za wdrożenie standardu żywienia wyniosła 71,4 mld zł. Skala ta jednoznacznie potwierdza, że implementacja standardu żywienia ma charakter systemowy, obejmując zarówno podstawowe, jak i wysoko specjalistyczne obszary opieki zdrowotnej. Szczegółowe informacje zawarte są na poniższym rysunku.

Świadczenia objęte dodatkiem z tytułu implementacji standardu żywienia

Dane NFZ za rok 2024. Ceny jednostek rozliczeniowych od lipca 2025 r.

Rodzaj świadczeń	Liczba realizatorów	Liczba produktów	Liczba dni żywienia	Wartość świadczeń
03 LECZENIE SZPITALNE	852	9 509 405	26 403 602	63 609 142 766
Kompleksowa opieka onkologiczna	20	425	884	10 908 662
Leczenie szpitalne - anestezjologia i intensywna terapia	419	867 090	867 090	4 079 790 093
Leczenie szpitalne - chemioterapia	159	686 867	686 867	877 665 653
Leczenie szpitalne - jednorodne grupy pacjentów	848	6 649 837	23 497 913	56 728 808 179
Leczenie szpitalne - oddziały szpitalne	592	668 881	704 574	1 083 655 258
Leczenie szpitalne - programy lekowe	228	200 636	200 636	190 589 043
Leczenie szpitalne - świadczenia wysokospecjalistyczne	16	1 081	11 050	337 960 946
Leczenie szpitalne - teleradioterapia, brachyterapia, terapia izotopowa, terapia protonowa	67	434 588	434 588	299 764 933
04 OPIEKA PSYCHIATRYCZNA I LECZENIE UZALEŻNIEŃ	283	10 714 588	10 714 588	4 541 750 682
Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	283	10 714 588	10 714 588	4 541 750 682
05 REHABILITACJA LECZNICZA	436	6 402 955	6 402 955	3 218 332 366
Kompleksowa opieka onkologiczna	2	3 591	3 591	1 790 602
Leczenie szpitalne - świadczenia kompleksowe	85	202 977	202 977	88 392 073
Rehabilitacja lecznicza	405	6 196 387	6 196 387	3 128 149 690
11 ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE KONTRAKTOWANE ODREBNI	29	2 381	2 499	10 168 354
Świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie - Teleradioterapia stereotaktyczna	11	570	2 449	7 852 273
Świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie-pompa baklofenowa	19	1 811	50	2 316 081
18 PROGRAMY PILOTAŻOWE	15	1 484	2 019	23 112 638
Oddziaływania terapeutyczne skierowane do osób z doświadczeniem traum	1	702	702	496 651
Program pilotażowy KOS-BAR	15	782	1 317	22 615 987
Suma	1 109	26 630 813	43 525 663	71 402 506 807

Rysunek 2 Liczba i wartość świadczeń rozliczonych produktami do implementacji standardu żywienia.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Analiza zaprezentowanych danych dotyczących realizacji świadczeń wskazuje, że największy obszar stanowi leczenie szpitalne, w którym 852 realizatorów wykonało ponad 9,5 mln produktów, generujących 26,4 mln dni do objęcia standardem żywienia, o łącznej wartości 63,6 mld zł (wartość sprzed uwzględnienia dodatku za implementację standardu żywienia). Najwyższy udział mają jednorodne grupy pacjentów – odpowiadające za 6,65 mln produktów i 23,5 mln dni żywienia – co przekłada się na ponad 56,7 mld zł wartości świadczeń. Dane te jednoznacznie potwierdzają, że to właśnie w obszarze hospitalizacji konieczność zapewnienia prawidłowego żywienia pacjentów jest najbardziej powszechna i najbardziej obciążająca systemowo. Znaczące są również świadczenia intensywnej terapii, oddziałów szpitalnych, chemioterapii, programów lekowych i świadczeń wysokospecjalistycznych, w których skala udzielanych świadczeń, a tym samym zapewniania żywienia pacjentom, także pozostaje bardzo duża.

Istotny udział w całości danych stanowi również opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, w ramach których 283 realizatorów wykonało 10,7 mln produktów – odpowiadających tej samej liczbie dni żywienia – o wartości 4,54 mld zł. Warto podkreślić, że kategoria ta obejmuje także świadczenia realizowane w ramach pilotażu Centrów Zdrowia Psychicznego, co dodatkowo zwiększa zakres populacji pacjentów objętych obowiązkiem stosowania standardu żywienia. Charakterystyka

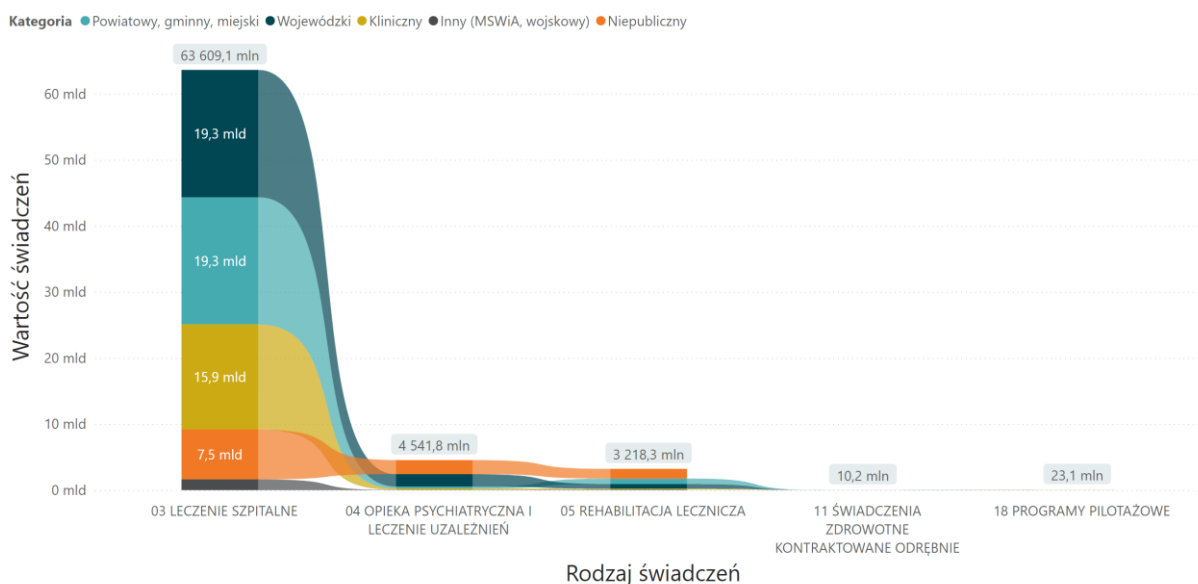
świadczeń psychiatrycznych sprawia, że żywienie jest integralną częścią całodobowej opieki i odzwierciedla się bezpośrednio w liczbie dni pobytu.

Znaczący wkład obserwuje się również w rehabilitacji leczniczej. W tej grupie 436 świadczeniodawców udzieliło 6,4 mln świadczeń o wartości 3,22 mld zł. W pozostałych zakresach, takich jak świadczenia kontraktowane odrębnie, również odnotowano konieczność realizacji żywienia zgodnie ze standardem. Choć liczba produktów (2 381) i dni żywienia (2 499) jest relatywnie niewielka na tle leczenia szpitalnego, ich wartość przekracza 10 mln zł i dotyczy wyspecjalizowanych procedur, w których prawidłowe żywienie stanowi element bezpieczeństwa klinicznego. Podobnie w programach pilotażowych – głównie programie KOS-BAR – zrealizowano 1 484 produkty oraz 2 019 dni żywienia o wartości 23,1 mln zł, co pokazuje istotny koszt i znaczenie żywienia w kontekście leczenia otyłości i opieki kompleksowej.

Analiza wartości świadczeń według kategorii podmiotów wskazuje na dominującą rolę podmiotów publicznych – zarówno powiatowych, jak i wojewódzkich – w realizacji świadczeń wymagających implementacji standardu żywienia pacjentom. Jednocześnie w niektórych zakresach, takich jak rehabilitacja czy opieka psychiatryczna, istotny udział mają również podmioty niepubliczne. Zróżnicowanie wartości świadczeń pomiędzy kategoriami placówek odzwierciedla ich profil działalności, poziom specjalizacji oraz zakres populacji objętej opieką.

Świadczenia objęte dodatkiem z tytułu implementacji standardu żywienia

Dane NFZ za rok 2024. Ceny jednostek rozliczeniowych od lipca 2025 r.



Rysunek 3 Wartość świadczeń rozliczonych produktami do implementacji standardu żywienia.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

2.4.Stan finansowania w innych krajach

Niemcy

Wyżywienie pacjenta jest częścią gwarantowanych świadczeń szpitalnych - pacjent nie ponosi bezpośredniej opłaty za posiłki (poza ustawową dopłatą 10 euro/42,39 zł³ za każdy dzień hospitalizacji). Koszty wyżywienia pokrywane są przez ubezpieczyciela w ramach ogólnej zapłaty za leczenie (ryczałt

³ Stawki euro oraz dolara kanadyjskiego zostały przeliczone na złotówki wg aktualnego średniego kursu NBP na dzień: 2.12.2025 r.

DRG za pobyt), brak odrębnego wystandaryzowanego modelu finansowania żywienia pacjentów w szpitalach. Planowaniem diet zajmują się szpitalni dietetycy, a zalecenia opierają się m.in. na standardach opracowanych przez Niemieckie Towarzystwo Żywnościowe (DGE) - np. DGE-Qualitätsstandard definiuje kryteria pełnowartościowej diety dla pacjentów.

Nie istnieją jednak prawnie wiążące normy jakości posiłków, a wydatki na żywienie są niskie - szpitale przeznaczają średnio ok. 5,1 euro/21,62 zł na pacjenta na dzień co ogranicza jakość dań.⁴ W 2024 r. powstała koalicja organizacji zdrowotnych na rzecz poprawy jakości i zrównoważenia żywienia szpitalnego. Eksperti apelują o wprowadzenie obowiązujących standardów żywieniowych oraz lepsze finansowanie żywienia pacjentów (np. kontrakty jakościowe z kasami chorych finansujące zespoły żywieniowe) w celu zwalczania niedożywienia pacjentów.

Królestwo Niderlandów

Wyżywienie w szpitalu jest wliczone w podstawowe świadczenia medyczne finansowane przez obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne - pacjent nie płaci osobno za posiłki w trakcie pobytu (koszty pokrywa ubezpieczyciel jako część ryczałtu za hospitalizację).⁵ W holenderskich szpitalach dietetycy kliniczni opracowują jadłospisy dla chorych; od 2007 r. wszystkie placówki mają obowiązek przesiewowego badania pacjentów pod kątem niedożywienia przy przyjęciu - w razie stwierdzenia ryzyka do leczenia włącza się dietetyka i wdraża wielodyscyplinarny plan żywieniowy.⁶

Funkcjonują ogólne wytyczne jakości (np. krajowe Richtlijnen Goede Voeding stanowią bazę dla diet szpitalnych), choć brak osobnej regulacji prawnej dotyczącej rodzajów diet w szpitalach. Średnie nakłady na wyżywienie wynoszą ok. 7-12 euro/29,67-50,87 zł na pacjenta dziennie.⁷

Rząd kładzie jednak rosnący nacisk na poprawę jakości żywienia pacjentów w szpitalach, postuluje się, aby do 2030 r. wszystkie szpitale oferowały zdrową żywność (do 2025 r. połowa placówek miała spełniać te wymogi).⁸

Kanada

W Kanadzie wyżywienie jest integralną częścią opieki szpitalnej finansowanej ze środków publicznych, posiłki dla pacjenta są zapewniane bez dodatkowych opłat w ramach publicznego ubezpieczenia zdrowotnego (standardowo pokrywane są koszty pobytu wraz z wyżywieniem). Szpitale otrzymują globalne budżety lub stawki za leczenie od prowincji, z których pokrywają wszystkie koszty działalności (personel, leki, sprzęt i żywienie).⁹

Nad jakością diet czuwają wykwalifikowani dietetycy - w typowym dużym szpitalu opracowuje się dziesiątki rodzajów diet (np. około 97 diet w zależności od potrzeb klinicznych), a wszystkie posiłki podlegają analizie wartości odżywczych i ocenie smakowej, aby zapewnić zgodność z wymogami żywieniowymi różnych pacjentów. Na same produkty żywnościowe szpitale wydają średnio ok.

⁴ Zob. <https://www.apotheken-umschau.de/gesund-bleiben/ernaehrung/ernaehrung-in-kliniken-buendnis-fuer-besseres-essen-in-krankenhaeusern-1081759.html>, dostęp dnia: 2.12.2025 r.

⁵ Zob. <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/kwaliteit-van-de-zorg/prestatiebekostiging-ziekenhuizen>, dostęp dnia: 2.12.2025 r.

⁶ Zob. <https://www.ntvg.nl/artikelen/gepersonaliseerde-voedingszorg-standaardzorg>, dostęp dnia: 2.12.2025.

⁷ Zob. <https://www.skipt.nl/nieuws/patient-die-voldoende-eiwitten-eet-ligt-minder-lang-in-ziekenhuis/>, dostęp dnia: 2.12.2025 r.

⁸ Zob. <https://nvz-ziekenhuizen.nl/actualiteit-en-opinie/zorgsector-zet-grote-stap-naar-gezond-voedingsaanbod-goed-op-koers-naar-2030>, dostęp dnia: 2.12.2025 r.

⁹ Zob. <https://healthydebate.ca/2012/05/topic/cost-of-care/hospital-food/>, dostęp dnia: 2.12.2025 r.

8 dolarów kanadyjskich/20,81 zł dziennie na pacjenta (bez kosztów pracy kuchni), dlatego od lat pojawiają się głosy krytyki, że jedzenie bywa monotonne i ubogie w świeże składniki.¹⁰

Brak jest ogólnokrajowych regulacji prawnych dotyczących posiłków, choć istnieją inicjatywy poprawy jakości np. ogólnokanadyjski standard żywienia klinicznego CAN/HSO 5066:2021 zaleca obowiązkowe screeningi stanu odżywienia, indywidualne plany żywienia i podawanie pacjentom pełnowartościowych, kulturowo odpowiednich posiłków podczas hospitalizacji. Ponadto niektóre programy (często na szczeblu prowincji lub organizacji non-profit) promują zdrowszą żywność w szpitalach.¹¹

¹⁰ Zob. <https://www.policyalternatives.ca/news-research/revolutionizing-hospital-food-for-a-healthier-inclusive-economy/>, dostęp dnia: 2.12. 2025 r.

¹¹ Zob. <https://healthstandards.org/standard/malnutrition-prevention-detection-and-treatment/>, dostęp dnia: 2.12.2025 r.

3. Projekt taryfy

3.1. Pozyskanie danych

W niniejszych pracach taryfikacyjnych posłużono się danymi z Raportu Kadrowo-Płacowego (RKP), obejmującymi wyłącznie sprawozdane przez świadczeniodawców informacje o kosztach żywienia pacjentów oraz wysokości wynagrodzeń pracowników w podmiotach leczniczych. Dane pochodziły z postępowania nr 85 Wynagrodzenia osób zatrudnionych w podmiotach leczniczych (z września 2025 r.).

Do prac taryfikacyjnych wykorzystano dane dotyczące kosztów wyżywienia pacjentów z uwzględnieniem struktury kosztów żywienia w szpitalach, które brały udział w pilotażu programu „Dobry posiłek w szpitalu”.

Dane z RKP wykorzystano również do oszacowania kosztów wynagrodzeń personelu medycznego. Pozyskane dane obejmowały zanonimizowane informacje dotyczące wartości wynagrodzeń osób zatrudnionych na podstawie umów o pracę lub umów cywilnoprawnych, wymiaru zatrudnienia, poszczególnych składowych wynagrodzenia oraz kosztów ponoszonych przez pracodawcę.

W analizach uwzględniono stawki wynagrodzeń tzw. brutto-brutto (z uwzględnieniem kosztów pracodawcy) personelu medycznego zatrudnionego lub udzielającego świadczeń w analizowanych komórkach organizacyjnych.

3.2. Analiza danych

Dodatek do osobodnia żywienia

W celu określenia dodatku do osobodnia żywienia dokonano analizy struktury kosztów żywienia w szpitalach prowadzących zarówno kuchnie we własnym zakresie, jak i korzystających z usług cateringowych, rozdzielając wydatki na artykuły żywnościowe oraz pozostałe koszty związane z przygotowaniem posiłków. Średni udział kosztów artykułów żywnościowych kształtuje się na poziomie około 40% średniego dziennego kosztu wyżywienia pacjenta. Analiza danych została przeprowadzona z wykorzystaniem metody odcięć wartości skrajnych box-plot w oparciu o dane ze 181 podmiotów.

Do wyliczenia dziennej stawki dodatku związanego ze standardem żywienia wykorzystano następujące składowe:

- koszt artykułów żywnościowych po uwzględnieniu mnożnika wynikającego z inflacji;
- wynagrodzenie dietetyka zważone udziałem Porady żywieniowej w programie „Dobry Posiłek w szpitalu”;
- szacunkowe koszty wynagrodzenia logopedy;
- koszty związane z dostępem do wody pitnej.

Średni koszt stawki dodatku do żywienia po zsumowaniu wszystkich składowych wyniósł **20,90 zł**.

Biorąc pod uwagę:

- specyfikę żywienia dzieci i młodzieży, w tym obserwowane trudności w spożywaniu pełnych porcji posiłków, co skutkuje stratami żywności,

- maksymalne wartości energetyczne diet i liczbę posiłków określonych w Standardzie organizacyjnym żywienia,

przyjęto wyliczoną stawkę zarówno dla pacjentów dorosłych, jak i dla dzieci.

Z uwagi na zwiększone zapotrzebowanie energetyczne kobiet w ciąży lub w okresie laktacji część kosztów stawki dodatku związana z artykułami żywnościowymi została omnożnikowana współczynnikiem wynikającym ze zwiększonej kaloryczności posiłków. W związku z powyższym koszt stawki dodatku do żywienia dla tej grupy pacjentek wyniósł **23,50 zł**.

Tabela 6 Wartości dziennych stawek dodatku do żywienia.

Populacja pacjentów	Wartość stawki dodatku do żywienia [zł]
Dorośli	20,90
Dzieci i młodzież	20,90
Kobiety w okresie ciąży lub laktacji	23,50

Źródło: Opracowanie własne.

Metoda oszacowania wzrostu taryf i wycen

Proces oszacowania wzrostu taryf i wycen świadczeń wynikających z implementacji standardu żywienia oparto na szczegółowej analizie struktury oraz sposobu realizacji świadczeń szpitalnych. Kluczowym elementem było ustalenie, w jakim zakresie poszczególne produkty rozliczeniowe obejmują dni pobytu pacjenta, które zgodnie ze standardem powinny zostać objęte dodatkiem na finansowanie żywienia. Do ustalonej liczby dni pobytu doliczano następnie odpowiednią dzienną stawkę żywieniową dla danej kategorii pacjenta, uzyskując w ten sposób koszt żywienia w ramach danego świadczenia.

Zgodnie z założeniami standardu żywienia, świadczenia udzielane w trybie jednodniowym - czyli hospitalizacje planowane z założeniem wypisu pacjenta w czasie nieprzekraczającym 24 godzin - zostały wyłączone z kalkulacji. Wyłączenie to objęło zarówno świadczenia formalnie sklasyfikowane jako zakresy jednodniowe, jak i te hospitalizacje realizowane w ramach innych produktów rozliczeniowych (w tym jednorodnych grup pacjentów - JGP), które w praktyce również kończą się wypisem w ciągu doby. Aby odzwierciedlić rzeczywistą skalę takich świadczeń, zastosowano ważenie częstością występowania hospitalizacji jednodniowych w ramach poszczególnych produktów rozliczeniowych. Pozwoliło to na proporcjonalne ograniczenie liczby dni pobytu objętych dodatkiem, zgodnie z faktycznym przebiegiem leczenia.

Nie uwzględniono również świadczeń udzielanych niemowlętom karmionym wyłącznie mlekiem matki lub preparatami do początkowego żywienia, pacjentów żywionych dietą przemysłową oraz świadczeń, których miejsce udzielania jest poza szpitalem czy też na podstawie odrębnych regulacji koszt żywienia pokrywany jest przez pacjentów.

W pierwszym etapie obliczono łączną liczbę dni hospitalizacji objętych standardem żywienia, po uwzględnieniu powyższych wyłączeń i korekt. Dodatkowym elementem analizy był sposób postępowania w tych grupach JGP, w których określony jest limit dni finansowanych grupą. W takich przypadkach do obliczenia długości pobytu przyjmowano wartość nieprzekraczającą limitu, natomiast każdy osobodzień ponad limit kalkulowano odrębnie, nadając mu indywidualną wartość punktową wynikającą z wysokości dodatku do żywienia.

Jednocześnie uwzględniono, że żywieniem kuchennym objęta jest część pacjentów hospitalizowanych w oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii. Dotyczy to przede wszystkim pacjentów z niższą

punktacją w skali TISS-28, których stan kliniczny umożliwia stosowanie diet kuchennych. Częstość żywienia tych pacjentów ustalono na podstawie danych statystycznych sprawozdawanych do NFZ, odnoszących się do poszczególnych składowych punktacji TISS-28 w danym dniu hospitalizacji. Natomiast dla pacjentów z najwyższą punktacją przyjęto, że nie są oni żywieni dietą kuchenną, a wyłącznie dietami przemysłowymi (żywienie dojelitowe lub pozajelitowe).

Po określeniu liczby osobodni objętych standardem oraz dodaniu stawki dodatku do żywienia obliczono koszt żywienia pacjenta dla każdego produktu rozliczeniowego. Otrzymane wartości kosztowe przeliczono następnie na punkty, z wykorzystaniem obowiązującej od lipca 2025 r. ceny jednostki rozliczeniowej właściwej dla danego świadczeniodawcy i zakresu realizowanych świadczeń.

W kolejnym etapie obliczone wartości punktowe zostały uśrednione w ramach każdego produktu rozliczeniowego, co pozwoliło na określenie przeciętnej wartości dodatku przypadającej na realizację danego świadczenia. W przypadku JGP wartość punktowa została określona oddzielnie dla świadczeń mieszczących się w limicie dni finansowanych grupą oraz dla każdego osobodnia ponad limit. Natomiast dla produktów rozliczanych w przeliczeniu na dzień lub osobodzień pobytu ustalono jedną dodatkową wartość punktową przypisaną do danego produktu w sposób jednolity.

Po wyliczeniu wartości punktowej dodatku dla każdego produktu rozliczeniowego, wynikające z kalkulacji wartości punktowe zostały następnie doliczone do obowiązującej taryfy lub wyceny świadczenia. W ten sposób otrzymano ostateczną wartość produktu rozliczeniowego, w pełni uwzględniającą koszt realizacji standardu żywienia w podmiotach leczniczych. Takie podejście zapewnia, że wysokość finansowania świadczeń odzwierciedla zarówno ich dotychczasową wycenę, jak i dodatkowe koszty związane z organizacją, przygotowaniem i monitorowaniem żywienia zgodnie z przyjętym standardem.

Efektem przeprowadzonej analizy jest kompletny zestaw średnich ważonych wartości punktowych wynikających z dodatku na implementację standardu żywienia dla wszystkich produktów rozliczeniowych objętych dodatkowym finansowaniem. Uzyskane wartości stanowią podstawę do określenia ostatecznych poziomów taryf i wycen, uwzględniających rzeczywistą długość pobytu pacjentów, zróżnicowanie struktury świadczeń oraz obowiązujące zasady żywienia w poszczególnych zakresach opieki szpitalnej.

3.3. Projekt taryfy

W poniższych tabelach przedstawiono propozycje taryf wynikające ze zwiększenia środków przeznaczonych na implementację standardu organizacyjnego żywienia w szpitalach. Zaprezentowane wyniki obejmują wyłącznie te produkty rozliczeniowe, dla których w latach ubiegłych zostały już określone taryfy świadczeń, oraz które spełniają wymagania standardu żywienia przedstawione w rozdziale 1. niniejszego raportu.

Produkty rozliczeniowe, dla których dotychczas nie ustalono taryf świadczeń, zostały omówione odrębnie w rozdziale 4. niniejszego opracowania.



Ujęty w projektach taryf dodatek nie zastępuje obecnego finansowania żywienia, lecz je uzupełnia – jego celem jest zapewnienie odpowiednich środków na realizację standardu żywienia w różnych typach świadczeń opieki zdrowotnej.

Ponadto, z uwagi na to, że część ostatnio taryfikowanych świadczeń jest dopiero w procedurze implementacji przez NFZ (projekt zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne (projekt z 4 grudnia 2025 r.), w projektach taryf uwzględniono nową charakterystykę JGP. Z uwagi na specyfikę świadczeń produkty objęte procesem taryfikacyjnym zostały podzielone na dwie części – tabela 7 zawiera projekt taryf dla świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, z kolei w tabeli 8 zaprezentowano wyniki dla pozostałych przedmiotowych świadczeń.

Tabela 7 Projekt taryfy - świadczenia w rodzaju: opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień

Nazwa produktu kontraktowego	Nazwa produktu jednostkowego	Aktualna wycena [pkt]	Dodatek do taryfy [pkt]	Projekt taryfy [pkt]
KRÓTKOTERMINOWE ŚWIADCZENIA TERAPII UZALEŻNIEŃ OD SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH	OSOBODZIEŃ W ODDZIALE/OŚRODKU TERAPII UZALEŻNIEŃ OD SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH	12,00	0,74	12,74
LECZENIE ALKOHOLOWYCH ZESPOŁÓW ABSTYNENCYJNYCH (DETOKSYKACJA)	OSOBODZIEŃ W ODDZIALE/OŚRODKU LECZENIA ALKOHOLOWYCH ZESPOŁÓW ABSTYNENCYJNYCH (DETOKSYKACJI)	19,00	0,73	19,73
LECZENIE UZALEŻNIEŃ STACJONARNE	OSOBODZIEŃ W ODDZIALE/OŚRODKU LECZENIA UZALEŻNIEŃ	13,00	0,74	13,74
LECZENIE ZABURZEŃ NERWICOWYCH DLA DOROSŁYCH	OSOBODZIEŃ W ODDZIALE LECZENIA ZABURZEŃ NERWICOWYCH	13,00	0,73	13,73
	TURNUS REHABILITACYJNY DLA OSÓB Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI, NERWICOWYMI	13,00	0,70	13,70
LECZENIE ZABURZEŃ NERWICOWYCH DLA DZIECI I MŁODZIEŻY.	OSOBODZIEŃ W ODDZIALE LECZENIA ZABURZEŃ NERWICOWYCH DLA DZIECI I MŁODZIEŻY	22,38	0,77	23,15
LECZENIE ZESPOŁÓW ABSTYNENCYJNYCH PO SUBSTANCJACH PSYCHOAKTYWNYCH (DETOKSYKACJA)	OSOBODZIEŃ W ODDZIALE/OŚRODKU LECZENIA ZESPOŁÓW ABSTYNENCYJNYCH PO SUBSTANCJACH PSYCHOAKTYWNYCH (DETOKSYKACJI)	19,00	0,73	19,73
OŚRODEK WYSOKOSPECJALISTYCZNEJ CAŁODOBOWEJ OPIEKI PSYCHIATRYCZNEJ - III POZIOM REFERENCYJNY	ŚWIADCZENIA PSYCHIATRYCZNE DLA DZIECI I MŁODZIEŻY - III POZIOM REFERENCYJNY	51,24	1,18	52,42
ŚWIADCZENIA ODWYKOWE W WARUNKACH WZMOCNIONEGO ZABEZPIECZENIA	OSOBODZIEŃ W ODDZIALE ODWYKOWYM O WZMOCNIONYM ZABEZPIECZENIU	18,00	0,51	18,51
ŚWIADCZENIA ODWYKOWE W WARUNKACH WZMOCNIONEGO ZABEZPIECZENIA DLA NIELETNICH	OSOBODZIEŃ W ODDZIALE ODWYKOWYM O WZMOCNIONYM ZABEZPIECZENIU DLA MŁODZIEŻY	18,00	0,51	18,51
ŚWIADCZENIA OPIEKUŃCZO-LECZNICZE PSYCHIATRYCZNE DLA DOROSŁYCH	OSOBODZIEŃ W ZAKŁADZIE / ODDZIALE OPIEKUŃCZO - LECZNICZYM PSYCHIATRYCZNYM	10,00	0,72	10,72
ŚWIADCZENIA OPIEKUŃCZO-LECZNICZE PSYCHIATRYCZNE DLA DZIECI I MŁODZIEŻY.	OSOBODZIEŃ W ZAKŁADZIE / ODDZIALE OPIEKUŃCZO - LECZNICZYM PSYCHIATRYCZNYM DLA DZIECI I MŁODZIEŻY	13,20	0,71	13,91
ŚWIADCZENIA PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZE PSYCHIATRYCZNE DLA DOROSŁYCH	OSOBODZIEŃ W ZAKŁADZIE / ODDZIALE PIELĘGNACYJNO - OPIEKUŃCZYM PSYCHIATRYCZNYM	10,00	0,72	10,72
ŚWIADCZENIA PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZE PSYCHIATRYCZNE DLA DZIECI I MŁODZIEŻY	OSOBODZIEŃ W ZAKŁADZIE / ODDZIALE PIELĘGNACYJNO - OPIEKUŃCZYM PSYCHIATRYCZNYM DLA DZIECI I MŁODZIEŻY	13,59	0,69	14,28
ŚWIADCZENIA PSYCHIATRYCZNE DLA CHORYCH SOMATYCZNIE	OSOBODZIEŃ W ODDZIALE PSYCHIATRYCZNYM DLA CHORYCH SOMATYCZNIE	15,00	0,73	15,73

Nazwa produktu kontraktowego	Nazwa produktu jednostkowego	Aktualna wycena [pkt]	Dodatek do taryfy [pkt]	Projekt taryfy [pkt]
ŚWIADCZENIA PSYCHIATRYCZNE DLA DOROSŁYCH	OSOBODZIEN W ODDZIALE PSYCHIATRYCZNYM DLA DOROSŁYCH	15,00	0,73	15,73
	TURNUS REHABILITACYJNY DLA OSÓB Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI	15,00	0,74	15,74
ŚWIADCZENIA PSYCHIATRYCZNE DLA DZIECI I MŁODZIEŻY	OSOBODZIEN W ODDZIALE PSYCHIATRYCZNYM DLA DZIECI I MŁODZIEŻY	18,00	0,77	18,77
ŚWIADCZENIA PSYCHIATRYCZNE DLA PRZEWLEKLE CHORYCH	OSOBODZIEN W ODDZIALE PSYCHIATRYCZNYM DLA PRZEWLEKLE CHORYCH	10,00	0,73	10,73
ŚWIADCZENIA PSYCHOGERIATRYCZNE	OSOBODZIEN W ODDZIALE PSYCHOGERIATRYCZNYM	16,00	0,73	16,73
ŚWIADCZENIA REHABILITACJI DLA UZALEŻNIONYCH OD SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH ZE WSPÓLISTNIEJĄCYMI INNYMI ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI GŁÓWNIE PSYCHOTYCZNYMI (PODWÓJNA DIAGNOZA)	OSOBODZIEN W ODDZIALE/OŚRODKU REHABILITACJI DLA OSÓB Z UZALEŻNIENIEM OD SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH ZE WSPÓLISTNIEJĄCYMI ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI	13,00	0,68	13,68
	TURNUS REHABILITACYJNY DLA OSÓB UZALEŻNIONYCH OD SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH ZE WSPÓLISTNIEJĄCYMI INNYMI ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI, GŁÓWNIE PSYCHOTYCZNYMI (PODWÓJNA DIAGNOZA)	13,00	0,66	13,66
ŚWIADCZENIA REHABILITACJI PSYCHIATRYCZNEJ	OSOBODZIEN W ODDZIALE REHABILITACJI PSYCHIATRYCZNEJ	14,00	0,76	14,76
ŚWIADCZENIA REHABILITACYJNE DLA DZIECI I MŁODZIEŻY UZALEŻNIONYCH OD SUBSTACJI PSYCHOAKTYWNYCH	OSOBODZIEN W ODDZIALE/OŚRODKU REHABILITACJI	10,00	0,72	10,72
ŚWIADCZENIA REHABILITACYJNE DLA UZALEŻNIENIONYCH OD SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH	OSOBODZIEN W ODDZIALE/OŚRODKU REHABILITACJI DLA OSÓB Z UZALEŻNIENIEM OD SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH	10,00	0,74	10,74
	TURNUS REHABILITACYJNY DLA OSÓB UZALEŻNIONYCH OD SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH	10,00	0,74	10,74
ŚWIADCZENIA TERAPII DLA UZALEŻNIONYCH OD SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH Z WSPÓLISTNIEJĄCYMI ZABURZENIAMI PSYCHOTYCZNYMI (PODWÓJNA DIAGNOZA)	OSOBODZIEN W ODDZIALE/OŚRODKU TERAPII DLA UZALEŻNIONYCH OD SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH ZE WSPÓLISTNIEJĄCYMI ZABURZENIAMI PSYCHOTYCZNYMI	13,00	0,74	13,74
ŚWIADCZENIA TERAPII UZALEŻNIENIA OD ALKOHOLU STACJONARNE	OSOBODZIEN W ODDZIALE/OŚRODKU TERAPII UZALEŻNIEŃ OD ALKOHOLU	13,00	0,74	13,74
ŚWIADCZENIA W PSYCHIATRII SĄDOWEJ W WARUNKACH PODSTAWOWEGO ZABEZPIECZENIA	OSOBODZIEN W ODDZIALE PSYCHIATRII SĄDOWEJ	16,00	0,66	16,66
ŚWIADCZENIA W PSYCHIATRII SĄDOWEJ W WARUNKACH WZMOCNIONEGO ZABEZPIECZENIA	OSOBODZIEN W ODDZIALE PSYCHIATRII SĄDOWEJ O WZMOCNIONYM ZABEZPIECZENIU	18,00	0,50	18,50

Nazwa produktu kontraktowego	Nazwa produktu jednostkowego	Aktualna wycena [pkt]	Dodatek do taryfy [pkt]	Projekt taryfy [pkt]
ŚWIADCZENIA W PSYCHIATRII SĄDOWEJ W WARUNKACH WZMOCNIONEGO ZABEZPIECZENIA DLA NIELETNICH	OSOBODZIEN W ODDZIALE PSYCHIATRII SĄDOWEJ O WZMOCNIONYM ZABEZPIECZENIU DLA MŁODZIEŻY	23,76	0,51	24,27
ŚWIADCZENIE TERAPII DLA UZALEŻNIONYCH OD ALKOHOLU ZE WSPÓŁISTNIEJĄCYMI INNYMI ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI (PODWÓJNA DIAGNOZA)	OSOBODZIEN W ODDZIALE/OŚRODKU LECZENIA UZALEŻNIEŃ OD ALKOHOLU	13,00	0,74	13,74

Źródło: Opracowanie własne

Tabela 8 Projekt taryfy - pozostałe świadczenia

Nazwa produktu jednostkowego	Aktualna wycena [pkt]	Dodatek do taryfy [pkt]	Projekt taryfy [pkt]	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowa ny grupą - aktualna	Dodatek do osobodnia ponad ryczałt finansowa ny grupą [pkt]	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowa ny grupą - projekt
A01 ZABIEGI WEWNĄTRZASZKOWE Z POWODU POWAŻNEGO URAZU*	13 507	79	13 586	629	12	641
A02 ZABIEGI WEWNĄTRZASZKOWE Z POWODU URAZU*	11 053	84	11 137	627	13	640
A03 WSZCZEPIENIE STYMULATORA STRUKTUR GŁĘBOKICH MÓZGU/STYMULATORA NERWU BŁĘDNEGO*	49 837	50	49 887	-	-	-
A11 KOMPLEKSOWE ZABIEGI WEWNĄTRZASZKOWE*	17 202	91	17 293	650	12	662
A11O KOMPLEKSOWE ZABIEGI WEWNĄTRZASZKOWE W ROZPOZNANIACH NOWOTWORÓW ZŁOŚLIWYCH *	22 500	88	22 588	334	11	345
A12 DUŻE ZABIEGI WEWNĄTRZASZKOWE*	16 445	94	16 539	640	12	652
A13 ŚREDNIE ZABIEGI WEWNĄTRZASZKOWE*	11 893	66	11 959	615	12	627
A14 MAŁE ZABIEGI WEWNĄTRZASZKOWE*	5 364	33	5 397	644	12	656
A30 KOMPLEKSOWA DIAGNOSTYKA POLINEUROPATII I CHOROÓB MIĘŚNI	5 528	84	5 612	-	-	-
A31 CHOROBY NERWÓW OBWODOWYCH	3 677	59	3 736	537	12	549
A32E CHOROBY MIĘŚNI > 65 R.Ż.	5 159	79	5 238	515	13	528

Nazwa produktu jednostkowego	Aktualna wycena [pkt]	Dodatek do taryfy [pkt]	Projekt taryfy [pkt]	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowa ny grupą - aktualna	Dodatek do osobodnia ponad ryczałt finansowa ny grupą [pkt]	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowa ny grupą - projekt
A32F CHOROBY MIĘŚNI < 66 R.Ż.	3 879	51	3 930	562	12	574
A33 ZABURZENIA RÓWNOWAGI	3 525	56	3 581	-	-	-
A34C GUZY MÓZGU I RDZENIA KRĘGOWEGO	2 797	35	2 832	-	-	-
A34D GUZY MÓZGU I RDZENIA KRĘGOWEGO>3 DNI	6 443	96	6 539	520	12	532
A35C CHOROBY ZWYRODNIENIOWE OUN	4 341	67	4 408	547	12	559
A35D CHOROBY ZWYRODNIENIOWE OUN >1 DNIA	5 095	76	5 171	531	13	544
A36 CHOROBY DEMIELINIZACYJNE	3 922	54	3 976	556	12	568
A45 CHOROBY NACZYŃ MÓZGOWYCH - LECZENIE ZACHOWAWCZE	4 013	75	4 088	236	12	248
A46 PRZEMIJAJĄCE NIEDOKRWIENIE MÓZGU	2 604	63	2 667	518	13	531
A47 PRZEMIJAJĄCE NIEDOKRWIENIE MÓZGU - ROZSZERZONA DIAGNOSTYKA	4 607	70	4 677	523	12	535
A48 KOMPLEKSOWE LECZENIE UDARÓW MÓZGU > 7 DNI W ODDZIALE UDAROWYM	9 195	119	9 314	573	11	584
A48T KOMPLEKSOWE LECZENIE UDARÓW MÓZGU > 3 DNI < 8 DNI W ODDZIALE UDAROWYM	4 666	77	4 743	-	-	-
A49 UDAR MÓZGU - LECZENIE > 3 DNI	6 283	98	6 381	529	13	542
A50 UDAR MÓZGU - LECZENIE	2 604	32	2 636	563	12	575
A56 CHOROBY NERWÓW CZASZKOWYCH	4 413	65	4 478	541	12	553
A58 ENCEFALOPATIA	7 728	111	7 839	518	12	530
A59 BÓLE GŁOWY	3 302	48	3 350	-	-	-
A66 PADACZKA - DIAGNOSTYKA I LECZENIE	4 059	58	4 117	-	-	-
A67 PADACZKA - DIAGNOSTYKA I LECZENIE > 3 DNI	5 630	82	5 712	573	12	585
A76 URAZY GŁOWY Z ISTOTNYM USZKODZENIEM MÓZGU LECZONE ZACHOWAWCZO	3 126	45	3 171	562	13	575
A77 URAZY GŁOWY BEZ ISTOTNEGO USZKODZENIA MÓZGU LECZONE ZACHOWAWCZO	1 730	24	1 754	-	-	-

Nazwa produktu jednostkowego	Aktualna wycena [pkt]	Dodatek do taryfy [pkt]	Projekt taryfy [pkt]	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowa ny grupą - aktualna	Dodatek do osobodnia ponad ryczałt finansowa ny grupą [pkt]	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowa ny grupą - projekt
A86 CHOROBY NEURONU RUCHOWEGO	4 370	58	4 428	565	12	577
A87 INNE CHOROBY UKŁADU NERWOWEGO	3 554	61	3 615	236	12	248
B07 PROTEZOWANIE ROGÓWKI*	20 074	58	20 132	-	-	-
B16 ZABIEGI Z WYKONANIEM WITREKTOMII Z UŻYCIEM OLEJU SILIKONOWEGO LUB DEKALINY, W TYM WIELOPROCEDURALNE*	8 171	16	8 187	-	-	-
B16G ZABIEGI Z WYKONANIEM FAKOWITREKTOMII Z UŻYCIEM OLEJU SILIKONOWEGO LUB DEKALINY, W TYM WIELOPROCEDURALNE*	9 079	20	9 099	-	-	-
B17 ZABIEGI Z WYKONANIEM WITREKTOMII, W TYM WIELOPROCEDURALNE*	7 018	13	7 031	-	-	-
B17G ZABIEGI Z WYKONANIEM FAKOWITREKTOMII, W TYM WIELOPROCEDURALNE*	7 798	10	7 808	-	-	-
C05G LECZENIE ZABURZEŃ SŁUCHU ZA POMOCĄ IMPLANTÓW ŚLIMAKOWYCH*	114 246	54	114 300	-	-	-
C05H LECZENIE ZABURZEŃ SŁUCHU ZA POMOCĄ IMPLANTÓW PNIOWYCH*	143 378	361	143 739	-	-	-
C06G LECZENIE ZABURZEŃ SŁUCHU ZA POMOCĄ IMPLANTÓW UCHA ŚRODKOWEGO*	38 546	45	38 591	-	-	-
C06H LECZENIE ZABURZEŃ SŁUCHU ZA POMOCĄ INNYCH WSZCZEPIALNYCH ELEKTRONICZNYCH PROTEZ SŁUCHU*	26 737	32	26 769	-	-	-
C07G WYMIANA PROCESORA MOWY IMPLANTÓW ŚLIMAKOWYCH I DO PNIA MÓZGU*	38 323	-	38 323	-	-	-
C07H WYMIANA PROCESORA MOWY IMPLANTÓW UCHA ŚRODKOWEGO*	34 201	-	34 201	-	-	-
C07I WYMIANA PRZETWORNICA MOWY IMPLANTÓW NA PRZEWODNICTWO KOSTNE*	12 255	-	12 255	-	-	-
C11O KOMPLEKSOWE ZABIEGI JAMY USTNEJ, GARDŁA I KRTANI W ROZPOZNANIACH NOWOTWORÓW ZŁOŚLIWYCH*	13 510	72	13 582	353	11	364
D45 LECZENIE NIEWYDOLNOŚCI ODDYCHANIA PRZY ZASTOSOWANIU NIEINWAZYJNEJ WENTYLACJI MECHANICZNEJ (NWM) >17R.Ż.	13 083	120	13 203	167	12	179
E04 POMOSTOWANIE NACZYŃ WIEŃCOWYCH Z PLASTYKĄ*	42 057	57	42 114	334	12	346
E05G POMOSTOWANIE NACZYŃ WIEŃCOWYCH Z PW >=2*	34 570	49	34 619	334	12	346

Nazwa produktu jednostkowego	Aktualna wycena [pkt]	Dodatek do taryfy [pkt]	Projekt taryfy [pkt]	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowa ny grupą - aktualna	Dodatek do osobodnia ponad ryczałt finansowa ny grupą [pkt]	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowa ny grupą - projekt
E06G POMOSTOWANIE NACZYŃ WIEŃCOWYCH BEZ PW *	29 504	58	29 562	334	12	346
E10 OZW- DIAGNOSTYKA INWAZYJNA*	4 161	59	4 220	-	-	-
E11 OZW - LECZENIE INWAZYJNE DWUETAPOWE > 3 DNI*	15 735	71	15 806	334	12	346
E12G OZW - LECZENIE INWAZYJNE*	9 898	55	9 953	-	-	-
E15 OZW - LECZENIE INWAZYJNE > 7 DNI Z PW*	13 742	134	13 876	-	-	-
E16 OZW > 69 R.Ż. LUB Z PW	3 400	54	3 454	222	12	234
E17G OZW - LECZENIE ZACHOWAWCZE	2 941	38	2 979	-	-	-
E21 PRZEZSKÓRNE ZAMKNIĘCIE NIEPRAWIDŁOWYCH POŁĄCZEŃ WEWNĄTRZSERCOWYCH I ZEWNĄTRZSERCOWYCH > 17 R.Ż. *	30 692	32	30 724	334	12	346
E22E PRZEZSKÓRNE WALWULOPLASTYKI > 65 R.Ż. *	27 350	70	27 420	334	12	346
E22F PRZEZSKÓRNE WALWULOPLASTYKI > 17 R.Ż. I < 66 R.Ż. *	26 347	42	26 389	334	12	346
E23G ANGIOPLASTYKA WIEŃCOWA Z IMPLANTACJĄ JEDNEGO STENTU*	5 245	25	5 270	-	-	-
E24G ANGIOPLASTYKA WIEŃCOWA Z IMPLANTACJĄ NIE MNIEJ NIŻ 2 STENTÓW LUB WIELONACZYNIOWA*	7 718	30	7 748	-	-	-
E26 ANGIOPLASTYKA WIEŃCOWA BALONOWA*	4 459	28	4 487	-	-	-
E27 KORONAROGRAFIA I INNE ZABIEGI INWAZYJNE*	2 419	17	2 436	-	-	-
E29 ANGIOPLASTYKA WIEŃCOWA BALONOWA (DEB) *	6 682	25	6 707	-	-	-
E31 WSZCZEPNIENIE/ WYMIANA ROZRUSZNIKA JEDNOJAMOWEGO*	8 014	39	8 053	-	-	-
E32 WSZCZEPNIENIE/ WYMIANA ROZRUSZNIKA DWUJAMOWEGO*	9 797	39	9 836	-	-	-
E33 WSZCZEPNIENIE/ WYMIANA UKŁADU Z FUNKCJĄ RESYNCHRONIZUJĄCĄ SERCA (CRT)*	18 103	47	18 150	-	-	-
E34 WSZCZEPNIENIE/ WYMIANA KARDIOWERTERA-DEFIBRYLATORA JEDNO-/ DWUJAMOWEGO*	21 896	44	21 940	-	-	-

Nazwa produktu jednostkowego	Aktualna wycena [pkt]	Dodatek do taryfy [pkt]	Projekt taryfy [pkt]	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowa ny grupą - aktualna	Dodatek do osobodnia ponad ryczałt finansowa ny grupą [pkt]	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowa ny grupą - projekt
E34G WSZCZEPIENIE LUB WYMIANA CAŁKOWICIE PODSKÓRNEGO KARDIOWERTERA-DEFIBRYLATORA *	90 841	52	90 893	439	12	451
E36 WSZCZEPIENIE/ WYMIANA CRT-D > 17 R.Ż.*	34 844	46	34 890	-	-	-
E37 REPERACJA/ REPOZYCJA/ REWIZJA/ WYMIANA ELEKTRODY/ UKŁADU STYMULUJĄCEGO/ KARDIOWERTERA-DEFIBRYLATORA*	4 944	53	4 997	-	-	-
E37G WYMIANA ELEKTROD DO CAŁKOWITEGO AUTOMATYCZNEGO SYSTEMU DO KARDIOWERSJI LUB DEFIBRYLACJI [ICD])- JEDNOJAMOWEGO LUB DWUJAMOWEGO*	8 697	48	8 745	-	-	-
E37H WYMIANA ELEKTROD DO CAŁKOWITEGO AUTOMATYCZNEGO SYSTEMU DO KARDIOWERSJI LUB DEFIBRYLACJI Z FUNKCJĄ RESYNCHRONIZACJI [CRT-D]*	13 627	53	13 680	-	-	-
E43 ABLACJA ZABURZEŃ RYTMU*	14 170	28	14 198	-	-	-
E44 DIAGNOSTYKA INWAZYJNA ZABURZEŃ RYTMU SERCA*	7 241	22	7 263	-	-	-
E46 ABLACJA (PROSTA) ZABURZEŃ RYTMU Z WYKORZYSTANIEM SYSTEMU ELEKTROANATOMICZNEGO 3D *	19 233	28	19 261	-	-	-
E47 ABLACJA (ZŁOŻONA) ZABURZEŃ RYTMU Z WYKORZYSTANIEM SYSTEMU ELEKTROANATOMICZNEGO 3D*	29 350	32	29 382	-	-	-
E48 ABLACJA MIGOTANIA PRZEDSIONKÓW - IZOLACJA ŻYŁ PŁUCNYCH*	28 015	30	28 045	-	-	-
E50 OSTRA LUB ZDEKOMPENSOWANA NIEWYDOLNOŚĆ KRAŻENIA - LECZENIE W OINK	17 000	119	17 119	-	-	-
E51 ZAPALENIE WSIEDZIA	13 943	227	14 170	334	12	346
E52 ZAAWANSOWANA NIEWYDOLNOŚĆ KRAŻENIA	5 593	94	5 687	334	12	346
E53G NIEWYDOLNOŚĆ KRAŻENIA	4 184	79	4 263	-	-	-
E55 ZAKRZEPICA ŻYŁ GŁĘBOKICH	2 802	60	2 862	167	12	179
E56 CHOROBA NIEDOKRWIENNA SERCA > 69 R.Ż. LUB Z PW	3 453	50	3 503	-	-	-
E57 CHOROBA NIEDOKRWIENNA SERCA > 17 R.Ż. < 70 R.Ż. BEZ PW	2 952	37	2 989	-	-	-
E59 NAGŁE ZATRZYMANIE KRAŻENIA	1 946	42	1 988	-	-	-

Nazwa produktu jednostkowego	Aktualna wycena [pkt]	Dodatek do taryfy [pkt]	Projekt taryfy [pkt]	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowa ny grupą - aktualna	Dodatek do osobodnia ponad ryczałt finansowa ny grupą [pkt]	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowa ny grupą - projekt
E61 ZABURZENIA RYTMU SERCA > 69 R.Ż. LUB Z PW	2 303	30	2 333	111	12	123
E62 ZABURZENIA RYTMU SERCA > 17 R.Ż. < 70 R.Ż. BEZ PW	1 857	23	1 880	167	12	179
E71 OMDLENIE I ZAPASĆ	2 428	39	2 467	167	12	179
E72 NIEINWAZYJNA DIAGNOSTYKA BÓLU W KLATCE PIERSIOWEJ >17 R.Ż.	1 666	27	1 693	167	12	179
E73 CHOROBY ZASTAWEK SERCA > 17 R.Ż.	3 402	50	3 452	-	-	-
E77 INNE CHOROBY UKŁADU KRAŻENIA > 17 R.Ż.	3 898	53	3 951	222	12	234
E86 NADCIŚNIENIE TĘTNICZE OPORNE I WTÓRNE	5 612	113	5 725	334	12	346
E87 CIĘŻKIE NADCIŚNIENIE TĘTNICZE > 17 R.Ż.	3 786	50	3 836	278	12	290
E88 NADCIŚNIENIE TĘTNICZE > 17 R.Ż.	2 867	44	2 911	167	12	179
E89 KOMPLEKSOWA DIAGNOSTYKA KARDIOLOGICZNA	817	10	827	-	-	-
F01 KOMPLEKSOWE ZABIEGI PRZEŁYKU*	17 142	86	17 228	576	11	587
F02 DUŻE ZABIEGI PRZEŁYKU, W TYM PROTEZOWANIE*	9 560	42	9 602	576	12	588
F03 ŚREDNIE I ENDOSKOPOWE ZABIEGI PRZEŁYKU*	3 799	25	3 824	-	-	-
F05 DIAGNOSTYCZNE I MAŁE ZABIEGI GÓRNEGO ODCINKA PRZEWODU POKARMOWEGO*	1 566	14	1 580	-	-	-
F06 ŚREDNIE I ENDOSKOPOWE ZABIEGI GÓRNEGO ODCINKA PRZEWODU POKARMOWEGO*	3 754	53	3 807	-	-	-
F07E CHOROBY PRZEŁYKU > 65 R.Ż.	3 682	47	3 729	-	-	-
F07F CHOROBY PRZEŁYKU < 66 R.Ż.	2 985	31	3 016	-	-	-
F11E KOMPLEKSOWE ZABIEGI ŻOŁĄDKA I DWUNASTNICY > 65 R.Ż. *	17 736	124	17 860	576	11	587
F11F KOMPLEKSOWE ZABIEGI ŻOŁĄDKA I DWUNASTNICY < 66 R.Ż. *	14 690	103	14 793	576	12	588
F12 DUŻE ZABIEGI ŻOŁĄDKA I DWUNASTNICY*	7 534	68	7 602	576	12	588
F14 CHIRURGICZNE LECZENIE OTYŁOŚCI*	11 723	32	11 755	-	-	-

Nazwa produktu jednostkowego	Aktualna wycena [pkt]	Dodatek do taryfy [pkt]	Projekt taryfy [pkt]	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowa ny grupą - aktualna	Dodatek do osobodnia ponad ryczałt finansowa ny grupą [pkt]	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowa ny grupą - projekt
F16E CHOROBY ŻOŁĄDKA I DWUNASTNICY > 65 R.Ż.	3 668	46	3 714	-	-	-
F16F CHOROBY ŻOŁĄDKA I DWUNASTNICY < 66 R.Ż.	2 873	32	2 905	-	-	-
F21 KOMPLEKSOWE ZABIEGI JELITA CIENKIEGO*	12 273	114	12 387	576	12	588
F22 DUŻE I ENDOSKOPOWE ZABIEGI JELITA CIENKIEGO*	10 931	76	11 007	-	-	-
F26E CHOROBY JELITA CIENKIEGO (BEZ CHORÓB ZAPALNYCH) > 65 R.Ż.	4 608	60	4 668	576	12	588
F26F CHOROBY JELITA CIENKIEGO (BEZ CHORÓB ZAPALNYCH) < 66 R.Ż.	3 493	47	3 540	576	12	588
F30 KOMPLEKSOWE I DUŻE ZABIEGI JELITA GRUBEGO*	13 566	90	13 656	576	11	587
F32O DUŻE I ENDOSKOPOWE ZABIEGI JELITA GRUBEGO W ROZPOZNANIACH NOWOTWORÓW ZŁOŚLIWYCH*	13 436	55	13 491	576	11	587
F36 CHOROBY JELITA GRUBEGO	3 105	36	3 141	-	-	-
F37 DIAGNOSTYCZNE I MAŁE ZABIEGI DOLNEGO ODCINKA PRZEWODU POKARMOWEGO*	1 793	12	1 805	-	-	-
F38 ŚREDNIE I ENDOSKOPOWE ZABIEGI DOLNEGO ODCINKA PRZEWODU POKARMOWEGO*	3 037	18	3 055	-	-	-
F42 DUŻE ZABIEGI JAMY BRZUSZNEJ*	7 640	55	7 695	576	12	588
F42O DUŻE ZABIEGI JAMY BRZUSZNEJ W ROZPOZNANIACH NOWOTWORÓW ZŁOŚLIWYCH*	16 225	97	16 322	576	11	587
F43E ŚREDNIE I ENDOSKOPOWE LECZNICZE ZABIEGI JAMY BRZUSZNEJ > 65 R.Ż.*	5 927	73	6 000	576	12	588
F43F ŚREDNIE I ENDOSKOPOWE LECZNICZE ZABIEGI JAMY BRZUSZNEJ < 66 R.Ż.*	4 989	50	5 039	576	12	588
F44 DIAGNOSTYCZNE I LECZNICZE ZABIEGI JAMY BRZUSZNEJ*	1 845	17	1 862	-	-	-
F45R LECZENIE CHIRURGICZNE NOWOTWORU ZŁOŚLIWEGO JELITA GRUBEGO Z ZASTOSOWANIEM SYSTEMU ROBOTOWEGO*	22 954	89	23 043	-	-	-
F46 CHOROBY JAMY BRZUSZNEJ	2 415	37	2 452	576	12	588
F47E CHOROBY INFEKCYJNE JELIT > 65 R.Ż.	5 940	81	6 021	576	12	588
F47F CHOROBY INFEKCYJNE JELIT < 66 R.Ż.	3 695	45	3 740	576	11	587

Nazwa produktu jednostkowego	Aktualna wycena [pkt]	Dodatek do taryfy [pkt]	Projekt taryfy [pkt]	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowa ny grupą - aktualna	Dodatek do osobodnia ponad ryczałt finansowa ny grupą [pkt]	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowa ny grupą - projekt
F51 KOMPLEKSOWE ZABIEGI W CHOROBY ZAPALNYCH JELIT*	16 820	111	16 931	576	11	587
F52 DUŻE I ENDOSKOPOWE ZABIEGI W CHOROBY ZAPALNYCH JELIT*	6 016	45	6 061	576	12	588
F58E CHOROBY ZAPALNE JELIT > 65 R.Ż	7 074	105	7 179	576	12	588
F58F CHOROBY ZAPALNE JELIT < 66 R.Ż.	4 847	54	4 901	576	12	588
F61 KOMPLEKSOWE ZABIEGI W KRWAWIENIACH Z PRZEWODU POKARMOWEGO*	9 763	112	9 875	576	12	588
F62 DUŻE I ENDOSKOPOWE LECZNICZE ZABIEGI W KRWAWIENIACH Z PRZEWODU POKARMOWEGO*	4 557	57	4 614	576	12	588
F66 KRWAWIENIA Z PRZEWODU POKARMOWEGO - LECZENIE ZACHOWAWCZE	3 600	52	3 652	576	12	588
F72 OPERACJE PRZEPUKLIN JAMY BRZUSZNEJ Z WSZCZEPEN*	4 038	29	4 067	-	-	-
F73 OPERACJE PRZEPUKLIN BRZUSZNYCH*	3 400	31	3 431	-	-	-
F82 WYCIĘCIE WYROSTKA ROBACZKOWEGO Z POWIKŁANIAM*	5 411	53	5 464	576	12	588
F83 WYCIĘCIE WYROSTKA ROBACZKOWEGO*	4 644	37	4 681	576	12	588
F86E CHOROBY WYROSTKA ROBACZKOWEGO > 65 R.Ż.	4 567	67	4 634	-	-	-
F86F CHOROBY WYROSTKA ROBACZKOWEGO < 66 R.Ż.	3 686	49	3 735	-	-	-
F93 ŚREDNIE ZABIEGI ODBYTU*	3 408	28	3 436	-	-	-
F94 MAŁE ZABIEGI ODBYTU I ODBYTNICY*	2 566	21	2 587	-	-	-
F96 CHOROBY ODBYTU	3 971	54	4 025	576	12	588
G01 ROZLEGŁE ZABIEGI WĄTROBY*	16 716	76	16 792	579	11	590
G11 KOMPLEKSOWE ZABIEGI WĄTROBY*	9 789	58	9 847	579	11	590
G14 MAŁE ZABIEGI WĄTROBY*	1 677	14	1 691	-	-	-
G15 DUŻE I ŚREDNIE ZABIEGI WĄTROBY*	7 301	63	7 364	-	-	-
G16 OSTRE CHOROBY WĄTROBY	4 605	57	4 662	579	12	591

Nazwa produktu jednostkowego	Aktualna wycena [pkt]	Dodatek do taryfy [pkt]	Projekt taryfy [pkt]	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowa ny grupą - aktualna	Dodatek do osobodnia ponad ryczałt finansowa ny grupą [pkt]	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowa ny grupą - projekt
G17 PRZEWLEKŁE CHOROBY WĄTROBY Z PW >5 DNI	7 454	108	7 562	579	12	591
G18 PRZEWLEKŁE CHOROBY WĄTROBY BEZ PW	3 536	47	3 583	579	12	591
G21 KOMPLEKSOWE ZABIEGI PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH*	17 749	130	17 879	579	12	591
G22 DUŻE ZABIEGI PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH*	9 686	63	9 749	579	12	591
G25E WYCIĘCIE PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO > 65 R.Ż.*	4 860	45	4 905	-	-	-
G25F WYCIĘCIE PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO < 66 R.Ż.*	3 979	33	4 012	-	-	-
G26E CHOROBY DRÓG ŻÓŁCIOWYCH > 65 R.Ż.	4 204	60	4 264	579	12	591
G26F CHOROBY DRÓG ŻÓŁCIOWYCH < 66 R.Ż.	3 146	42	3 188	579	12	591
G28 NOWOTWORY DRÓG ŻÓŁCIOWYCH	4 207	53	4 260	579	12	591
G31G RESEKCJE TRZUSTKI BEZ ZABIEGÓW REKONSTRUKCYJNYCH*	12 871	100	12 971	579	11	590
G31H KOMPLEKSOWE ZABIEGI TRZUSTKI Z REKONSTRUKCJĄ (PANKREATODUODENECTOMIE)*	19 806	132	19 938	579	11	590
G31O KOMPLEKSOWE ZABIEGI TRZUSTKI Z REKONSTRUKCJĄ (PANKREATODUODENECTOMIE) W ROZPOZNANIACH NOWOTWORÓW ZŁOŚLIWYCH*	27 105	124	27 229	446	11	457
G32 DUŻE ZABIEGI TRZUSTKI*	10 002	93	10 095	579	12	591
G33 ZABIEGI ENDOSKOPOWE I PRZEZSKÓRNE DRÓG ŻÓŁCIOWYCH I TRZUSTKI Z WPROWADZENIEM PROTEZY SAMOROZPRĘŻALNEJ*	9 449	69	9 518	-	-	-
G34 ZABIEGI ENDOSKOPOWE I PRZEZSKÓRNE DRÓG ŻÓŁCIOWYCH I TRZUSTKI*	5 576	51	5 627	-	-	-
G35 INNE ZABIEGI DRÓG ŻÓŁCIOWYCH I TRZUSTKI*	3 167	10	3 177	-	-	-
G36 OSTRE ZAPALENIE TRZUSTKI O CIĘŻKIM PRZEBIEGU	13 513	121	13 634	579	12	591
G37 OSTRE ZAPALENIE TRZUSTKI	4 995	78	5 073	579	12	591
G38 PRZEWLEKŁE CHOROBY TRZUSTKI	4 182	54	4 236	579	12	591
G42 ZABIEGI ŚLEDZIONY*	9 217	73	9 290	579	12	591

Nazwa produktu jednostkowego	Aktualna wycena [pkt]	Dodatek do taryfy [pkt]	Projekt taryfy [pkt]	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowa ny grupą - aktualna	Dodatek do osobodnia ponad ryczałt finansowa ny grupą [pkt]	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowa ny grupą - projekt
H01 ENDOPROTEZOPLASTYKA ŁOKCIA, BARKU, NADGARSTKA, STAWU SKOKOWO-GOLENIOWEGO, PIERWOTNA CZĘŚCIOWA KOLANA*	8 308	57	8 365	278	13	291
H02 ENDOPROTEZOPLASTYKA PIERWOTNA CZĘŚCIOWA STAWU BIODROWEGO*	5 626	110	5 736	222	15	237
H09 ZABIEGI OPERACYJNE - REWIZYJNE Z POWODU ASEPTYCZNEGO OBLUZOWANIA LUB Z TOWARZYSZĄCYM ZŁAMANIEM "OKOŁOPROTEZOWYM" *	12 556	161	12 717	222	15	237
H10 ZABIEGI OPERACYJNE - REWIZYJNE W PRZYPADKACH INFЕКCJI WOKÓŁ PROTEZY *	14 500	258	14 758	334	15	349
H11 ZABIEGI RESEKCYJNE ZMIAN NOWOTWOROWYCH LUB GUZOWATYCH Z ENDOPROTEZOPLASTYKĄ LUB ZABIEG REWIZYJNY Z UŻYCIEM PROTEZ PORESEKCYJNYCH *	13 703	146	13 849	334	14	348
H12 CZASOWE IMPLANTY UWALNIAJĄCE ANTIBIOTYKI W LECZENIU INFЕКCJI OKOŁOPROTEZOWYCH *	16 633	202	16 835	334	12	346
H13 ENDOPROTEZOPLASTYKA PIERWOTNA CAŁKOWITA BIODRA*	11 124	110	11 234	-	-	-
H14 ENDOPROTEZOPLASTYKA PIERWOTNA CAŁKOWITA BIODRA Z REKONSTRUKCJĄ KOSTNĄ, ENDOPROTEZOPLASTYKA STAWU BIODROWEGO Z ZASTOSOWANIEM TRZPIENIA PRZYNASADOWEGO, KAPOPLASTYKA STAWU BIODROWEGO*	13 934	81	14 015	-	-	-
H15 ENDOPROTEZOPLASTYKA PIERWOTNA CAŁKOWITA KOLANA*	12 811	79	12 890	-	-	-
H16 ENDOPROTEZOPLASTYKA REWIZYJNA CZĘŚCIOWA BIODRA*	11 763	143	11 906	-	-	-
H17 ENDOPROTEZOPLASTYKA REWIZYJNA CAŁKOWITA BIODRA*	14 413	134	14 547	-	-	-
H18 ENDOPROTEZOPLASTYKA REWIZYJNA CZĘŚCIOWA KOLANA*	16 749	113	16 862	-	-	-
H19 ENDOPROTEZOPLASTYKA REWIZYJNA CAŁKOWITA KOLANA*	19 232	113	19 345	-	-	-
H21 ARTROSKOPOWA REKONSTRUKCJA Z UŻYCIEM IMPLANTÓW MOCUJĄCYCH*	3 949	25	3 974	-	-	-
H22 ARTROSKOPIA LECZNICZA*	2 161	24	2 185	-	-	-
H23 ARTROSKOPIA DIAGNOSTYCZNO - LECZNICZA*	1 712	30	1 742	-	-	-
H31E KOMPLEKSOWE ZABIEGI W ZAKRESIE KOŃCZYNY DOLNEJ I MIEDNICY > 65 R.Ż.*	15 647	55	15 702	353	12	365
H31F KOMPLEKSOWE ZABIEGI W ZAKRESIE KOŃCZYNY DOLNEJ I MIEDNICY < 66 R.Ż.*	14 584	31	14 615	353	12	365

Nazwa produktu jednostkowego	Aktualna wycena [pkt]	Dodatek do taryfy [pkt]	Projekt taryfy [pkt]	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowa ny grupą - aktualna	Dodatek do osobodnia ponad ryczałt finansowa ny grupą [pkt]	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowa ny grupą - projekt
H32 DUŻE ZABIEGI W ZAKRESIE KOŃCZYNY DOLNEJ I MIEDNICY*	5 266	24	5 290	353	12	365
H33 ŚREDNIE ZABIEGI NA KOŃCZYNIE DOLNEJ*	4 135	23	4 158	-	-	-
H40 REPLANTACJA KOŃCZYNY GÓRNEJ *	13 552	96	13 648	353	12	365
H41 REKONSTRUKCJA FUNKCJI RĘKI, W TYM MIKROCHIRURGICZNA *	12 695	29	12 724	353	12	365
H42 DUŻE ZABIEGI NA KOŃCZYNIE GÓRNEJ*	5 745	23	5 768	353	12	365
H43 ŚREDNIE ZABIEGI NA KOŃCZYNIE GÓRNEJ*	2 474	8	2 482	-	-	-
H60 REKONSTRUKCJA ZŁAMAŃ W OBRĘBIE MIEDNICY Z PW*	20 109	132	20 241	334	12	346
H61 REKONSTRUKCJA ZŁAMAŃ W OBRĘBIE MIEDNICY BEZ PW*	14 641	117	14 758	334	12	346
H62E ZŁAMANIA LUB ZWICHNIĘCIA W OBRĘBIE MIEDNICY LUB KOŃCZYNY DOLNEJ > 65 R.Ż.*	8 563	84	8 647	278	12	290
H62F ZŁAMANIA LUB ZWICHNIĘCIA W OBRĘBIE MIEDNICY LUB KOŃCZYNY DOLNEJ < 66 R.Ż.*	5 485	60	5 545	278	12	290
H63 ZŁAMANIA LUB ZWICHNIĘCIA W OBRĘBIE KOŃCZYNY GÓRNEJ*	3 957	34	3 991	334	12	346
H64 MNIEJSZE ZŁAMANIA LUB ZWICHNIĘCIA*	1 743	22	1 765	-	-	-
H67 CZYNNOŚCIOWE LECZENIE ZŁAMAŃ KOŚCI DŁUGICH, STAWOWYCH, MIEDNICY, KRĘGOSŁUPA	4 906	86	4 992	-	-	-
H72 AMPUTACJE ROZLEGŁE I DUŻE*	7 027	123	7 150	177	12	189
H74E MNIEJSZE AMPUTACJE > 65 R.Ż.*	2 185	70	2 255	-	-	-
H74F MNIEJSZE AMPUTACJE < 66 R.Ż.*	1 476	46	1 522	-	-	-
H80 ARTROTOMIE W CHOROBAH INFEKCYJNYCH, NOWOTWOROWYCH KOŚCI, STAWÓW, TKANKI ŁĄCZNEJ *	10 996	49	11 045	-	-	-
H81 KOMPLEKSOWE ZABIEGI W CHOROBAH INFEKCYJNYCH, NOWOTWOROWYCH KOŚCI, STAWÓW, TKANKI ŁĄCZNEJ > 10 DNI*	11 792	209	12 001	278	12	290
H82 DUŻE ZABIEGI W CHOROBAH INFEKCYJNYCH, NOWOTWOROWYCH KOŚCI, STAWÓW, TKANKI ŁĄCZNEJ*	3 565	35	3 600	222	12	234

Nazwa produktu jednostkowego	Aktualna wycena [pkt]	Dodatek do taryfy [pkt]	Projekt taryfy [pkt]	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowa ny grupą - aktualna	Dodatek do osobodnia ponad ryczałt finansowa ny grupą [pkt]	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowa ny grupą - projekt
H83 ŚREDNIE ZABIEGI NA TKANKACH MIĘKKICH*	2 325	23	2 348	-	-	-
H83O ŚREDNIE ZABIEGI NA TKANKACH MIĘKKICH W ROZPOZNANIACH NOWOTWORÓW ZŁOŚLIWYCH*	5 487	47	5 534	-	-	-
H84 MNIEJSZE ZABIEGI W OBRĘBIE UKŁADU MIĘŚNIOWO-SZKIELETOWEGO LUB TKANEK MIĘKKICH*	1 667	14	1 681	-	-	-
H84O MNIEJSZE ZABIEGI W OBRĘBIE UKŁADU MIĘŚNIOWO-SZKIELETOWEGO LUB TKANEK MIĘKKICH W ROZPOZNANIACH NOWOTWORÓW ZŁOŚLIWYCH*	4 017	22	4 039	-	-	-
H85E POURAZOWE USZKODZENIA POZA USZKODZENIEM MÓZGU > 65 R.Ż.	2 715	25	2 740	-	-	-
H85F POURAZOWE USZKODZENIA POZA USZKODZENIEM MÓZGU > 17 R.Ż. I < 66 R.Ż.	1 757	15	1 772	-	-	-
H86 CHOROBY TKANEK MIĘKKICH	2 787	28	2 815	117	12	129
H87 CHOROBY ZAPALNE STAWÓW I TKANKI ŁĄCZNEJ	3 737	60	3 797	295	12	307
H88 CHOROBY INFEKCYJNE KOŚCI I STAWÓW	5 246	94	5 340	236	11	247
H89 CHOROBY NIEZAPALNE KOŚCI I STAWÓW	3 182	40	3 222	117	12	129
H90 ZAPALENIA STAWÓW, UKŁADOWE CHOROBY TKANKI ŁĄCZNEJ ORAZ CHOROBY INFEKCYJNE KOŚCI I STAWÓW WYMAGAJĄCE INTENSYWNEGO LECZENIA > 10 DNI	11 583	182	11 765	334	12	346
H95 KOMPLEKSOWA DIAGNOSTYKA CHOROÓB REUMATOLOGICZNYCH	1 778	13	1 791	-	-	-
H96C UKŁADOWE CHOROBY TKANKI ŁĄCZNEJ	2 717	32	2 749	-	-	-
H96D UKŁADOWE CHOROBY TKANKI ŁĄCZNEJ > 3 DNI	5 326	84	5 410	295	12	307
H98 KRYSTALOPATIE	3 453	67	3 520	117	12	129
HK01A KOMPLEKSOWE ZABIEGI KOREKCYJNE KRĘGOSŁUPA NA 4 I WIĘCEJ POZIOMACH >65 R.Ż. *	27 072	82	27 154	651	13	664
HK01B KOMPLEKSOWE ZABIEGI KOREKCYJNE KRĘGOSŁUPA NA 4 I WIĘCEJ POZIOMACH <66 R.Ż. *	26 347	63	26 410	651	12	663
HK02A ZABIEGI NA KRĘGOSŁUPIE Z ZASTOSOWANIEM IMPLANTÓW NA 2-3 POZIOMACH LUB NA JEDNYM POZIOMIE WIELOSTRONNEGO DOSTĘPU >65 R.Ż. *	21 132	66	21 198	651	12	663

Nazwa produktu jednostkowego	Aktualna wycena [pkt]	Dodatek do taryfy [pkt]	Projekt taryfy [pkt]	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowa ny grupą - aktualna	Dodatek do osobodnia ponad ryczałt finansowa ny grupą [pkt]	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowa ny grupą - projekt
HK02B ZABIEGI NA KRĘGOSŁUPIE Z ZASTOSOWANIEM IMPLANTÓW NA 2-3 POZIOMACH LUB NA JEDNYM POZIOMIE WIELOSTRONNEGO DOSTĘPU <66 R.Ż. *	18 217	53	18 270	651	12	663
HK03 ZABIEGI NA KRĘGOSŁUPIE Z ZASTOSOWANIEM IMPLANTÓW NA 1 POZIOMIE *	14 881	45	14 926	651	13	664
HK04A KOMPLEKSOWE LECZENIE KRĘGOSŁUPA NA 4 I WIĘCEJ POZIOMACH W PRZEBIEGU CHOROBY NOWOTWOROWEJ >65 R.Ż. *	40 091	102	40 193	651	11	662
HK04B KOMPLEKSOWE LECZENIE KRĘGOSŁUPA NA 4 I WIĘCEJ POZIOMACH W PRZEBIEGU CHOROBY NOWOTWOROWEJ <66 R.Ż. *	40 509	105	40 614	651	12	663
HK05A LECZENIE KRĘGOSŁUPA NA 2-3 POZIOMACH W PRZEBIEGU CHOROBY NOWOTWOROWEJ >65 R.Ż. *	36 862	90	36 952	651	11	662
HK05B LECZENIE KRĘGOSŁUPA NA 2-3 POZIOMACH W PRZEBIEGU CHOROBY NOWOTWOROWEJ <66 R.Ż. *	36 554	68	36 622	651	11	662
HK06 LECZENIE NOWOTWORÓW STRUKTUR KANAŁU KRĘGOWEGO (RDZENIA, OPON I KORZENI NERWOWYCH) *	16 811	85	16 896	651	12	663
HK07 AUGMENTACJA STRUKTUR KRĘGOSŁUPA *	6 003	30	6 033	651	13	664
HK08 ZABIEGI NA KRĘGOSŁUPIE BEZ ZASTOSOWANIA IMPLANTÓW *	7 306	46	7 352	651	12	663
HK10 ZABIEGI NA STRUKTURACH NERWOWYCH KANAŁU KRĘGOWEGO BEZ ZASTOSOWANIA IMPLANTÓW *	8 695	49	8 744	651	12	663
HK11 WSZCZEPNIENIE/WYMIANA STYMULATORA RDZENIA KRĘGOWEGO, STYMULATORA NERWU OBWODOWEGO *	29 094	29	29 123	-	-	-
HK11A STYMULACJA CZASOWA RDZENIA KRĘGOWEGO/NERWU OBWODOWEGO *	10 084	42	10 126	-	-	-
HK12 ZABIEGI NA NERWACH OBWODOWYCH I KORZENIACH NERWOWYCH *	5 088	35	5 123	-	-	-
HK13 ŚREDNIE ZABIEGI NA RDZENIU KRĘGOWYM *	5 425	44	5 469	-	-	-
HK14 ABLACYJNE ZABIEGI PRZECIWBÓLOWE NA STRUKTURACH NERWÓW OBWODOWYCH *	2 505	7	2 512	-	-	-
HK15 ZESPOŁY BÓLOWE KRĘGOSŁUPA	2 282	48	2 330	515	12	527
HK16 INNE MAŁE ZABIEGI *	1 742	11	1 753	-	-	-

Nazwa produktu jednostkowego	Aktualna wycena [pkt]	Dodatek do taryfy [pkt]	Projekt taryfy [pkt]	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowa ny grupą - aktualna	Dodatek do osobodnia ponad ryczałt finansowa ny grupą [pkt]	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowa ny grupą - projekt
J030 DUŻE ZABIEGI W OBRĘBIE PIERSI < 66 R.Ż. W ROZPOZNANIACH NOWOTWORÓW ZŁOŚLIWYCH*	5 719	38	5 757	-	-	-
J31 - ZABIEGI ZWIĄZANE Z PRZESZCZEPAMI SKÓRY *	6 931	50	6 981	-	-	-
J34 LECZENIE CHIRURGICZNE ZMIAN TROFICZNYCH STOPY*	4 624	85	4 709	334	12	346
K25 ZABURZENIA WODNO-ELEKTROLITOWE I ZABURZENIA ODŻYWIANIA	2 957	48	3 005	236	12	248
K28E WRODZONE WADY METABOLICZNE > 65 R.Ż.	3 221	34	3 255	245	12	257
K28F WRODZONE WADY METABOLICZNE > 17 R.Ż. < 66 R.Ż.	2 411	19	2 430	236	12	248
K34 CUKRZYCA BEZ POWIKŁAŃ	3 099	55	3 154	-	-	-
K40 CUKRZYCA Z POWIKŁANIAM I INNE STANY ZABURZEŃ GLIKEMII9	3 467	67	3 534	295	12	307
K59 INNE CHOROBY UKŁADU WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO	1 595	18	1 613	236	11	247
L09 MAŁE ZABIEGI NEREK*	2 200	6	2 206	-	-	-
L104 INNE PROCEDURY W ZAKRESIE UKŁADU MOCZOWO - PŁCIOWEGO*	689	6	695	-	-	-
L26 ŚREDNIE ZABIEGI ENDOSKOPOWE NA PĘCHERZU MOCZOWYM*	5 020	31	5 051	-	-	-
L30 MAŁE ZABIEGI PĘCHERZA MOCZOWEGO*	2 508	8	2 516	-	-	-
L31L RADYKALNA PROSTATEKTOMIA - ZABIEG LAPAROSKOPOWY*	13 463	51	13 514	-	-	-
L31R RADYKALNA PROSTATEKTOMIA Z ZASTOSOWANIEM SYSTEMU ROBOTOWEGO*	17 028	47	17 075	-	-	-
L45 ENDOSKOPOWE ZABIEGI GRUCZOŁU KROKOWEGO LUB PĘCHERZA MOCZOWEGO*	2 135	16	2 151	-	-	-
L47 MAŁE ZABIEGI GRUCZOŁU KROKOWEGO LUB PĘCHERZA MOCZOWEGO*	1 110	4	1 114	-	-	-
L94 PRZESZCZEPIONIE NERKI > 17 R.Ż.*	45 589	128	45 717	557	12	569
L97 PRZESZCZEPIONIE NERKI I TRZUSTKI*	105 456	233	105 689	557	12	569
M01 KOMPLEKSOWE ZABIEGI DOLNEJ CZĘŚCI UKŁADU ROZRODCZEGO BEZ PW*	13 052	96	13 148	491	12	503
M02 DUŻE ZABIEGI DOLNEJ CZĘŚCI UKŁADU ROZRODCZEGO*	5 532	44	5 576	491	12	503

Nazwa produktu jednostkowego	Aktualna wycena [pkt]	Dodatek do taryfy [pkt]	Projekt taryfy [pkt]	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowa ny grupą - aktualna	Dodatek do osobodnia ponad ryczałt finansowa ny grupą [pkt]	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowa ny grupą - projekt
M03 ŚREDNIE ZABIEGI DOLNEJ CZĘŚCI UKŁADU ROZRODCZEGO*	2 559	17	2 576	-	-	-
M04 MAŁE ZABIEGI DOLNEJ CZĘŚCI UKŁADU ROZRODCZEGO*	1 146	4	1 150	-	-	-
M05 ZABIEGI W NIETRZYMANIU MOCZU*	4 543	31	4 574	491	13	504
M06 KOMPLEKSOWE ZABIEGI DOLNEJ CZĘŚCI UKŁADU ROZRODCZEGO Z PW*	18 180	159	18 339	491	11	502
M11 KOMPLEKSOWE ZABIEGI GÓRNEJ CZĘŚCI UKŁADU ROZRODCZEGO BEZ PW*	12 885	66	12 951	491	11	502
M12 BARDZO DUŻE ZABIEGI GÓRNEJ CZĘŚCI UKŁADU ROZRODCZEGO BEZ PW*	9 191	63	9 254	491	11	502
M13 DUŻE ZABIEGI GÓRNEJ CZĘŚCI UKŁADU ROZRODCZEGO*	6 317	44	6 361	491	12	503
M14 ŚREDNIE ZABIEGI GÓRNEJ CZĘŚCI UKŁADU ROZRODCZEGO*	3 135	12	3 147	491	12	503
M15 MAŁE ZABIEGI GÓRNEJ CZĘŚCI UKŁADU ROZRODCZEGO*	1 233	4	1 237	-	-	-
M16 ZAGRAŻAJĄCE LUB DOKONANE PORONIENIE, ZAKOŃCZENIE CIĄŻY OBUMARŁEJ*	2 396	24	2 420	-	-	-
M17 INDUKCJA PORONIENIA	2 688	25	2 713	-	-	-
M18 LECZENIE ZACHOWAWCZE DOLNEJ CZĘŚCI UKŁADU ROZRODCZEGO	2 216	25	2 241	491	12	503
M19 LECZENIE ZACHOWAWCZE ZABURZEŃ STATYKI NARZĄDU RODNEGO	1 986	19	2 005	491	13	504
M20 KOMPLEKSOWE ZABIEGI GÓRNEJ CZĘŚCI UKŁADU ROZRODCZEGO Z PW*	13 845	69	13 914	491	11	502
M21 BARDZO DUŻE ZABIEGI GÓRNEJ CZĘŚCI UKŁADU ROZRODCZEGO Z PW*	11 734	85	11 819	491	11	502
M22R LECZENIE CHIRURGICZNE NOWOTWORU ZŁOŚLIWEGO MACICY Z ZASTOSOWANIEM SYSTEMU ROBOTOWEGO*	20 314	53	20 367	-	-	-
M26 LECZENIE ZACHOWAWCZE GÓRNEJ CZĘŚCI UKŁADU ROZRODCZEGO	1 669	16	1 685	491	12	503
M27 LECZENIE ZACHOWAWCZE JAJNIKÓW, JAJOWODÓW I MIEDNICY MNIEJSZEJ	3 774	54	3 828	491	12	503
M28 LECZENIE ZACHOWAWCZE NOWOTWORÓW ZŁOŚLIWYCH UKŁADU ROZRODCZEGO Z PW > 4 DNI	8 737	102	8 839	491	11	502
M29 LECZENIE ZACHOWAWCZE NOWOTWORÓW ZŁOŚLIWYCH UKŁADU ROZRODCZEGO BEZ PW	2 642	25	2 667	491	11	502

Nazwa produktu jednostkowego	Aktualna wycena [pkt]	Dodatek do taryfy [pkt]	Projekt taryfy [pkt]	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowa ny grupą - aktualna	Dodatek do osobodnia ponad ryczałt finansowa ny grupą [pkt]	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowa ny grupą - projekt
M30 LECZENIE ZACHOWAWCZE W INNYCH CHOROBYCH UKŁADU ROZRODCZEGO	2 046	21	2 067	491	12	503
M31 LECZENIE NIEPŁODNOŚCI ŻEŃSKIEJ	1 122	6	1 128	-	-	-
N01 PORÓD*	1 950	44	1 994	-	-	-
N02 PORÓD MNOGI LUB PRZEDWCZESNY*	2 563	52	2 615	222	12	234
N03 PATOLOGIA CIĄŻY LUB PŁODU Z PORODEM > 5 DNI*	3 119	93	3 212	334	12	346
N06 PATOLOGIA CIĄŻY I POŁOGU- DIAGNOSTYKA, LECZENIE - > 11 DNI	3 565	229	3 794	167	13	180
N07C CIĘŻKA PATOLOGIA CIĄŻY-DIAGNOSTYKA ROZSZERZONA, LECZENIE KOMPLEKSOWE < 5 DNI	1 950	24	1 974	-	-	-
N07D CIĘŻKA PATOLOGIA CIĄŻY-DIAGNOSTYKA ROZSZERZONA, LECZENIE KOMPLEKSOWE > 4 DNI	4 178	98	4 276	-	-	-
N08 CIĘŻKA PATOLOGIA PŁODU - DIAGNOSTYKA, LECZENIE	3 509	20	3 529	-	-	-
N09 CIĘŻKA PATOLOGIA CIĄŻY Z PORODEM - DIAGNOSTYKA ROZSZERZONA, LECZENIE KOMPLEKSOWE > 6 DNI*	7 353	111	7 464	334	12	346
N11 CIĘŻKA PATOLOGIA CIĄŻY Z PORODEM -DIAGNOSTYKA ROZSZERZONA, LECZENIE KOMPLEKSOWE > 10 DNI Z PW*	9 135	171	9 306	334	12	346
N12 PATOLOGIA CIĄŻY I POŁOGU-DIAGNOSTYKA, OBSERWACJA, LECZENIE <12 DNI	502	12	514	278	13	291
N13 CIĘŻKA PATOLOGIA CIĄŻY ZAKOŃCZONA PORODEM ZABIEGOWYM > 3 DNI*	6 127	52	6 179	-	-	-
P01 ASTMA LUB TRUDNOŚCI W ODDYCHANIU	2 201	8	2 209	-	-	-
P03 CHOROBY GÓRNEGO ODCINKA DRÓG ODDECHOWYCH	1 506	22	1 528	-	-	-
P04 CHOROBY DOLNYCH DRÓG ODDECHOWYCH	3 476	47	3 523	-	-	-
P05 DUŻE INFЕКCJE (W TYM CHOROBY IMMUNOLOGICZNE)	5 503	63	5 566	-	-	-
P06 MAŁE INFЕКCJE (W TYM CHOROBY IMMUNOLOGICZNE)	2 433	26	2 459	-	-	-
P07 NOWOTWORY	3 013	9	3 022	-	-	-
P08 DRGAWKI GORĄCZKOWE	985	24	1 009	-	-	-

Nazwa produktu jednostkowego	Aktualna wycena [pkt]	Dodatek do taryfy [pkt]	Projekt taryfy [pkt]	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowa ny grupą - aktualna	Dodatek do osobodnia ponad ryczałt finansowa ny grupą [pkt]	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowa ny grupą - projekt
P10 CHOROBY ENDOKRYNOLOGICZNE (BEZ CUKRZYCY)	3 360	20	3 380	-	-	-
P11 POWAŻNE CHOROBY ŻOŁĄDKOWO-JELITOWE I METABOLICZNE	2 954	15	2 969	-	-	-
P12 INNE ZABURZENIA ŻOŁĄDKOWO-JELITOWE I METABOLICZNE	1 738	19	1 757	-	-	-
P15 ZABURZENIA ZACHOWANIA	2 375	20	2 395	-	-	-
P16 POWAŻNE SCHORZENIA UWARUNKOWANE GENETYCZNIE I INNE CHOROBY WRODZONE	2 028	11	2 039	-	-	-
P17 CHOROBY UKŁADU MOCZOWO-PŁCIOWEGO	1 738	18	1 756	-	-	-
P18 CHOROBY NEREK Z NIEWYDOLNOŚCIĄ NERKOWĄ	4 634	24	4 658	-	-	-
P19 CHOROBY KRWI	2 028	3	2 031	-	-	-
P20 CHOROBY SKÓRY, UKŁADU MIĘŚNIOWO-KOSTNEGO LUB TKANKI ŁĄCZNEJ	2 375	17	2 392	-	-	-
P21 CHOROBY UKŁADU KRAŻENIA	3 070	24	3 094	-	-	-
P22 INFEKCYJNE I NIEINFEKCYJNE ZAPALENIE ŻOŁĄDKA I JELIT	2 781	28	2 809	-	-	-
P23 PADACZKA	3 476	26	3 502	-	-	-
P26 LECZENIE NOWOTWORÓW Z PW > 7 DNI	5 851	133	5 984	-	-	-
P27 GUZY LITE UKŁADU NERWOWEGO	3 881	14	3 895	-	-	-
P28 GUZY LITE NARZĄDÓW, TKANEK I INNYCH UKŁADÓW	3 360	4	3 364	-	-	-
P29 BÓLE GŁOWY - DIAGNOSTYKA I LECZENIE	2 839	34	2 873	-	-	-
P40 INNE CHOROBY UKŁADU KRAŻENIA < 1 R.Ż. ALBO < 18 R.Ż. Z PW	13 090	46	13 136	-	-	-
P52 WRODZONE WADY METABOLICZNE < 18 R.Ż.	5 078	18	5 096	236	11	247
PZA01 KOMPLEKSOWE ZABIEGI WEWNĄTRZCZASZKOWE < 18 R.Ż. *	22 442	58	22 500	798	10	808
PZA02 DUŻE ZABIEGI WEWNĄTRZCZASZKOWE < 18 R.Ż. *	14 986	71	15 057	810	11	821
PZA03 ŚREDNIE ZABIEGI WEWNĄTRZCZASZKOWE < 18 R.Ż. *	11 533	51	11 584	757	10	767

Nazwa produktu jednostkowego	Aktualna wycena [pkt]	Dodatek do taryfy [pkt]	Projekt taryfy [pkt]	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowa ny grupą - aktualna	Dodatek do osobodnia ponad ryczałt finansowa ny grupą [pkt]	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowa ny grupą - projekt
PZF01 ŚREDNIE I ENDOSKOPOWE ZABIEGI PRZEŁYKU < 18 R.Ż. *	4 356	26	4 382	-	-	-
PZF02 ZABIEGI LECZNICZE ŻOŁĄDKA I DWUNASTNICY < 18 R.Ż. *	4 606	28	4 634	-	-	-
PZF03 KOMPLEKSOWE ZABIEGI JELITA CIENKIEGO < 18 R.Ż. *	13 865	86	13 951	576	10	586
PZF05 DUŻE I ENDOSKOPOWE ZABIEGI JELITA CIENKIEGO < 18 R.Ż. *	9 972	71	10 043	-	-	-
PZF06 ŚREDNIE I ENDOSKOPOWE ZABIEGI PRZEWODU POKARMOWEGO < 18 R.Ż. *	4 118	20	4 138	-	-	-
PZF07 DUŻE ZABIEGI JAMY BRZUSZNEJ < 18 R.Ż. *	8 235	60	8 295	576	11	587
PZF08 ŚREDNIE I ENDOSKOPOWE LECZNICZE ZABIEGI JAMY BRZUSZNEJ < 18 R.Ż. *	4 991	35	5 026	-	-	-
PZF09 OPERACJE PRZEPUKLIN JAMY BRZUSZNEJ Z WSZCZEPEM < 18 R.Ż. *	3 580	18	3 598	-	-	-
PZF10 OPERACJE PRZEPUKLIN BRZUSZNYCH < 18 R.Ż. *	2 728	11	2 739	-	-	-
PZF11 WYCIĘCIE WYROSTKA ROBACZKOWEGO < 18 R.Ż. *	6 840	54	6 894	576	11	587
PZF12 ŚREDNIE ZABIEGI ODBYTU < 18 R.Ż. *	4 381	28	4 409	576	11	587
PZF13 KOMPLEKSOWE I DUŻE ZABIEGI JELITA GRUBEGO < 18 R.Ż. *	14 519	81	14 600	576	11	587
PZG01 WYCIĘCIE PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO < 18 R.Ż. *	5 761	38	5 799	-	-	-
PZG02 ZABIEGI ŚLEDZIONY < 18 R.Ż. *	9 856	61	9 917	579	11	590
PZH03 KOMPLEKSOWE ZABIEGI W ZAKRESIE KOŃCZYN DOLNEJ I MIEDNICY < 18 R.Ż. *	16 511	40	16 551	401	11	412
PZH04 DUŻE ZABIEGI W ZAKRESIE KOŃCZYN DOLNEJ I MIEDNICY < 18 R.Ż. *	6 375	23	6 398	401	11	412
PZH05 ŚREDNIE ZABIEGI NA KOŃCZYNIE DOLNEJ < 18 R.Ż. *	4 027	19	4 046	-	-	-
PZH06 DUŻE ZABIEGI NA KOŃCZYNIE GÓRNEJ < 18 R.Ż. *	7 141	23	7 164	401	11	412
PZH07 ŚREDNIE ZABIEGI NA KOŃCZYNIE GÓRNEJ < 18 R.Ż. *	3 238	11	3 249	-	-	-
PZH08 KOMPLEKSOWE ZABIEGI KOREKCYJNE KRĘGOSŁUPA < 18 R.Ż. *	33 217	74	33 291	703	11	714
PZH14 ZABIEGI REKONSTRUKCYJNE DEFORMACJI UKŁADU KOSTNO-STAWOWEGO < 18 R.Ż. *	11 497	26	11 523	401	11	412

Nazwa produktu jednostkowego	Aktualna wycena [pkt]	Dodatek do taryfy [pkt]	Projekt taryfy [pkt]	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowa ny grupą - aktualna	Dodatek do osobodnia ponad ryczałt finansowa ny grupą [pkt]	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowa ny grupą - projekt
PZL12 PRZESZCZEPIONIE NERKI < 18 R.Ż. *	50 348	124	50 472	670	11	681
PZN01 KOMPLEKSOWE ZABIEGI CHIRURGII NOWORODKA I NIEMOWLĘCIA*	29 725	54	29 779	401	9	410
PZN02 DUŻE ZABIEGI CHIRURGII NOWORODKA I NIEMOWLĘCIA *	19 614	51	19 665	401	10	411
PZN03 ŚREDNIE ZABIEGI CHIRURGII NOWORODKA I NIEMOWLĘCIA *	7 457	18	7 475	401	10	411
PZN04 MAŁE ZABIEGI CHIRURGII NOWORODKA I NIEMOWLĘCIA *	5 734	26	5 760	-	-	-
PZS01 PRZESZCZEPIONIE AUTOLOGICZNYCH KOMÓREK KRWIOTWÓRCZYCH< 18 R.Ż *	55 702	288	55 990	835	11	846
PZS02 PRZESZCZEPIONIE ALLOGENICZNYCH KOMÓREK KRWIOTWÓRCZYCH OD RODZENSTWA IDENTYCZNEGO W HLA< 18 R.Ż *	131 068	308	131 376	835	11	846
PZS03 PRZESZCZEPIONIE ALLOGENICZNYCH KOMÓREK KRWIOTWÓRCZYCH OD DAWCY ALTERNATYWNEGO< 18 R.Ż *	262 079	304	262 383	835	11	846
Q01 ENDOWASKULARNE ZAOPATRZENIE TĘTNIAKA AORTY*	47 592	62	47 654	-	-	-
Q31 CHOROBY KRWOTOCZNE NACZYŃ MÓZGOWYCH - REMODELING NACZYŃ Z ZASTOSOWANIEM STENTU *	53 248	51	53 299	-	-	-
Q32 CHOROBY KROWOTOCZNE NACZYŃ MÓZGOWYCH - DUŻY ENDOWASKULARNY ZABIEG NAPRAWCZY *	40 381	63	40 444	-	-	-
Q33 CHOROBY KRWOTOCZNE NACZYŃ MÓZGOWYCH - ŚREDNI ENDOWASKULARNY ZABIEG NAPRAWCZY *	27 807	57	27 864	-	-	-
Q41 ZABIEGI ENDOWASKULARNE - 1. GRUPA *	5 348	33	5 381	-	-	-
Q42G ZABIEGI ENDOWASKULARNE - 2. I 3. GRUPA *	6 934	35	6 969	-	-	-
Q44 ZABIEGI ENDOWASKULARNE - 4. GRUPA *	8 596	38	8 634	-	-	-
Q45 ZABIEGI ENDOWASKULARNE - 5. GRUPA *	9 724	29	9 753	-	-	-
Q46 ZABIEGI ENDOWASKULARNE - 6. GRUPA *	15 433	44	15 477	-	-	-
Q47 ZABIEGI ENDOWASKULARNE - 7. GRUPA *	12 859	39	12 898	-	-	-

Nazwa produktu jednostkowego	Aktualna wycena [pkt]	Dodatek do taryfy [pkt]	Projekt taryfy [pkt]	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowa ny grupą - aktualna	Dodatek do osobodnia ponad ryczałt finansowa ny grupą [pkt]	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowa ny grupą - projekt
Q66 CHOROBY NACZYŃ	3 154	55	3 209	177	12	189
S01 INTENSYWNE LECZENIE OSTRYCH BIAŁACZEK > 17 R.Ż	36 153	315	36 468	668	11	679
S02 CHOROBY UKŁADU KRWIOTWÓRCZEGO I ODPORNOŚCIOWEGO > 10 DNI	18 399	159	18 558	835	11	846
S03 CHOROBY UKŁADU KRWIOTWÓRCZEGO I ODPORNOŚCIOWEGO > 1 DNIA	3 825	37	3 862	886	11	897
S04 CHOROBY UKŁADU KRWIOTWÓRCZEGO I ODPORNOŚCIOWEGO < 2 DNI	1 195	1	1 196	-	-	-
S05 ZABURZENIA KRZEPLIWOŚCI, INNE CHOROBY KRWI I ŚLEDZIONY > 10 DNI	9 862	186	10 048	-	-	-
S06 ZABURZENIA KRZEPLIWOŚCI, INNE CHOROBY KRWI I ŚLEDZIONY > 1 DNIA	2 988	52	3 040	-	-	-
S07 ZABURZENIA KRZEPLIWOŚCI, INNE CHOROBY KRWI I ŚLEDZIONY < 2 DNI	417	2	419	-	-	-
S11 OKOŁOURAZOWE LUB OKOŁOZABIEGOWE LECZENIE SKAZ KRWOTOCZNYCH	17 135	113	17 248	762	11	773
S12 OKOŁOURAZOWE LECZENIE SKAZ KRWOTOCZNYCH	7 704	36	7 740	439	11	450
S13 SKAZY KRWOTOCZNE - KOMPLEKSOWA OCENA STANU ZDROWIA >1 DNIA	4 132	22	4 154	-	-	-
S16 SKAZY KRWOTOCZNE - OCENA STANU ZDROWIA < 2 DNI	643	-	643	-	-	-
S21 PRZESZCZEPIONIE AUTOLOGICZNYCH KOMÓREK KRWIOTWÓRCZYCH *	55 702	266	55 968	835	12	847
S22 PRZESZCZEPIONIE ALLOGENICZNYCH KOMÓREK KRWIOTWÓRCZYCH OD RODZENSTWA IDENTYCZNEGO W HLA *	131 068	343	131 411	835	12	847
S23 PRZESZCZEPIONIE ALLOGENICZNYCH KOMÓREK KRWIOTWÓRCZYCH OD DAWCY ALTERNATYWNEGO *	262 079	345	262 424	835	12	847
S33 CHOROBY ALERGICZNE >17 R.Ż.	742	3	745	-	-	-
S34 CIĘŻKIE ALERGIE I POWIKŁANIA > 17 R.Ż.	2 438	15	2 453	487	11	498
S40 INTENSYWNE LECZENIE ZATRUĆ	21 451	120	21 571	-	-	-
S41E ZATRUCIE CIĘŻKIE > 65 R.Ż.	11 369	85	11 454	377	12	389
S41F ZATRUCIE CIĘŻKIE < 66 R.Ż.	8 170	43	8 213	377	12	389

Nazwa produktu jednostkowego	Aktualna wycena [pkt]	Dodatek do taryfy [pkt]	Projekt taryfy [pkt]	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowa ny grupą - aktualna	Dodatek do osobodnia ponad ryczałt finansowa ny grupą [pkt]	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowa ny grupą - projekt
S42E ZATRUCIE ŚREDNIE > 65 R.Ż.	8 841	72	8 913	392	12	404
S42F ZATRUCIE ŚREDNIE < 66 R.Ż.	6 602	36	6 638	377	12	389
S43 ZATRUCIE LEKKIE	2 054	21	2 075	-	-	-
S44 INNE STANY W TOKSYKOLOGII	10 579	68	10 647	-	-	-
S51C AIDS - LECZENIE CHOROBY PEŁNOOBJAWOWEJ < 6 DNI	1 729	17	1 746	-	-	-
S51D AIDS - LECZENIE CHOROBY PEŁNOOBJAWOWEJ > 5 DNI	8 911	139	9 050	487	11	498
S52 NIEDOBORY ODPORNOŚCI INNE NIŻ HIV/ AIDS	1 789	18	1 807	573	12	585
S55E GORĄCZKA NIEJASNEGO POCHODZENIA > 65 R.Ż.	4 406	83	4 489	449	12	461
S55F GORĄCZKA NIEJASNEGO POCHODZENIA < 66 R.Ż.	2 011	40	2 051	449	11	460
S56 POSOCZNICA	8 266	136	8 402	449	12	461
S57 INNE CHOROBY WIRUSOWE	4 040	66	4 106	449	11	460
S60 CHOROBY ZAKAŻNE NIEWIRUSOWE	3 749	63	3 812	449	11	460
T07 LECZENIE ZACHOWAWCZE URAZÓW	1 650	31	1 681	236	12	248
CHEMIOTERAPIA DOOTRZEWNOWA W HIPERTERMII (HIPEC)	26 515,00	43,78	26 558,78	-	-	-
CIĘŻKA NIEWYDOLNOŚĆ SERCA - KWALIFIKACJA DO PRZESZCZEPU SERCA/PŁUCA/SERCA I PŁUC	7 353,00	57,54	7 410,54	-	-	-
GRUŻLICA - LECZENIE DŁUGOTERMINOWE.	449,65	11,72	461,37	-	-	-
GRUŻLICA WIELOLEKOOPORNA- LECZENIE DŁUGOTERMINOWE	543,00	11,78	554,78	-	-	-
KWALIFIKACJA DO PRZESZCZEPU NERKI - BADANIE WSTĘPNE	2 395,00	25,33	2 420,33	-	-	-
KWALIFIKACJA DO PRZESZCZEPU NERKI I TRZUSTKI.	2 674,00	38,33	2 712,33	-	-	-
KWALIFIKACJA DO PRZESZCZEPU NERKI I/LUB TRZUSTKI - BADANIE KONTROLNE	278,00	14,42	292,42	-	-	-
KWALIFIKACJA DO WSZCZEPIENIA STYMULATORA STRUKTUR GŁĘBOKICH (DBS)	3 284,00	51,00	3 335,00	-	-	-

Nazwa produktu jednostkowego	Aktualna wycena [pkt]	Dodatek do taryfy [pkt]	Projekt taryfy [pkt]	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowa ny grupą - aktualna	Dodatek do osobodnia ponad ryczałt finansowa ny grupą [pkt]	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowa ny grupą - projekt
LECZENIE MELFALANEM SIATKÓWCZAKA OKA	26 000,00	21,90	26 021,90	-	-	-
MYKOBAKTARIOZY - LECZENIE DŁUGOTERMINOWE	476,79	11,72	488,51	-	-	-
NEUROMODULACJA KRZYŻOWA - I ETAP - WSZCZEPIENIE ELEKTRODY TESTOWEJ	8 615,00	12,46	8 627,46	-	-	-
PROGRAMOWANIE STYMULATORA STRUKTUR GŁĘBOKICH (DBS)	2 052,00	33,00	2 085,00	-	-	-
WPROWADZENIE PROTEZY METALOWEJ DO CEWKI MOCZOWEJ	4 791,00	27,48	4 818,48	-	-	-
WPROWADZENIE PROTEZY METALOWEJ DO MOCZOWODU	8 042,00	28,99	8 070,99	-	-	-
HOSPITALIZACJA DO BRACHYTERAPII	399,00	12,57	411,57	-	-	-
HOSPITALIZACJA DO CHEMIORADIOTERAPII > 18 R.Ż.	469,00	11,95	480,95	-	-	-
HOSPITALIZACJA DO TELERADIOTERAPII /TERAPII PROTONOWEJ NOWOTWORÓW ZLOKALIZOWANYCH POZA NARZĄDEM WZROKU <18 R.Ż. W ODDZIALE ONKOLOGII I HEMATOLOGII DZIECIĘCEJ	545,00	10,76	555,76	-	-	-
HOSPITALIZACJA DO TELERADIOTERAPII /TERAPII PROTONOWEJ NOWOTWORÓW ZLOKALIZOWANYCH POZA NARZĄDEM WZROKU >17 R.Ż.	352,00	12,23	364,23	-	-	-
HOSPITALIZACJA HEMATOLOGICZNA U DOROSŁYCH	686,00	11,18	697,18	-	-	-
HOSPITALIZACJA HEMATOONKOLOGICZNA U DZIECI	891,00	11,15	902,15	-	-	-
HOSPITALIZACJA ONKOLOGICZNA U DOROSŁYCH	557,00	11,18	568,18	-	-	-
WARIANT 1 - PRZESZCZEPIENIE JEDNEGO PŁUCA	204 638,00	242,25	204 880,25	-	-	-
WARIANT 1 - PRZESZCZEPIENIE KOMÓREK PRZYTARCZYC	29 095,00	118,75	29 213,75	-	-	-
WARIANT 2 - PRZESZCZEPIENIE OBU PŁUC	218 233,00	200,30	218 433,30	-	-	-
WARIANT 3 - PRZESZCZEPIENIE OBU PŁUC U PACJENTA Z MUKOWISCYDOZĄ	325 933,00	172,19	326 105,19	-	-	-
WARIANT 5 - PRZESZCZEPIENIE OBU PŁUC U CHORYCH Z PIERWOTNYM NADCIŚNIENIEM PŁUCNYM	319 120,00	314,69	319 434,69	-	-	-
OSOBODZIEN POKYTY W ŚPIĄCZCE	523,00	7,01	530,01	-	-	-

Nazwa produktu jednostkowego	Aktualna wycena [pkt]	Dodatek do taryfy [pkt]	Projekt taryfy [pkt]	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowa ny grupą - aktualna	Dodatek do osobodnia ponad ryczałt finansowa ny grupą [pkt]	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowa ny grupą - projekt
RKS01 REHABILITACJA KARDIOLOGICZNA Z CHOROBYMI WSPÓŁISTNIEJĄCYMI W SZPITALU	215,00	8,02	223,02	-	-	-
RKS02 REHABILITACJA KARDIOLOGICZNA W SZPITALU - KATEGORIA I	158,00	7,95	165,95	-	-	-
RKS03 REHABILITACJA KARDIOLOGICZNA W SZPITALU - KATEGORIA II	122,00	7,90	129,90	-	-	-
RNDS01 REHABILITACJA NEUROLOGICZNA DZIECIĘCA W SZPITALU - KATEGORIA I	480,00	8,08	488,08	-	-	-
RNDS02 REHABILITACJA NEUROLOGICZNA DZIECIĘCA W SZPITALU - KATEGORIA II	394,00	8,10	402,10	-	-	-
RNDS03 REHABILITACJA NEUROLOGICZNA DZIECIĘCA W SZPITALU - KATEGORIA III	296,00	8,12	304,12	-	-	-
RNMS01 REHABILITACJA NEUROLOGICZNA ZABURZEŃ FUNKCJI MÓZGU Z CHOROBYMI WSPÓŁISTNIEJĄCYMI W SZPITALU - KATEGORIA I	347,00	8,02	355,02	-	-	-
RNMS02 REHABILITACJA NEUROLOGICZNA ZABURZEŃ FUNKCJI MÓZGU W SZPITALU)- KATEGORIA I	312,00	8,04	320,04	-	-	-
RNMS03 REHABILITACJA NEUROLOGICZNA ZABURZEŃ FUNKCJI MÓZGU Z CHOROBYMI WSPÓŁISTNIEJĄCYMI W SZPITALU - KATEGORIA II	228,00	8,07	236,07	-	-	-
RNMS04 REHABILITACJA NEUROLOGICZNA ZABURZEŃ FUNKCJI MÓZGU W SZPITALU - KATEGORIA II	206,00	8,04	214,04	-	-	-
RNOS01 REHABILITACJA NEUROLOGICZNA ZABURZEŃ FUNKCJI OBWODOWEGO UKŁADU NERWOWEGO I DYSTROFIE MIĘŚNIOWE W SZPITALU - KATEGORIA I	269,00	7,98	276,98	-	-	-
RNOS02 REHABILITACJA NEUROLOGICZNA ZABURZEŃ FUNKCJI OBWODOWEGO UKŁADU NERWOWEGO I DYSTROFIE MIĘŚNIOWE W SZPITALU - KATEGORIA II	174,00	8,04	182,04	-	-	-
RNPS01 REHABILITACJA NEUROLOGICZNA PRZEWLEKŁA W SZPITALU	130,00	7,99	137,99	-	-	-
RNRS01 REHABILITACJA NEUROLOGICZNA ZABURZEŃ FUNKCJI RDZENIA KRĘGOWEGO I KORZENI NERWOWYCH Z CHOROBYMI WSPÓŁISTNIEJĄCYMI W SZPITALU - KATEGORIA I	304,00	8,02	312,02	-	-	-
RNRS02 REHABILITACJA NEUROLOGICZNA ZABURZEŃ FUNKCJI RDZENIA KRĘGOWEGO I KORZENI NERWOWYCH W SZPITALU - KATEGORIA I	281,00	8,05	289,05	-	-	-
RNRS03 REHABILITACJA NEUROLOGICZNA ZABURZEŃ FUNKCJI RDZENIA KRĘGOWEGO I KORZENI NERWOWYCH Z CHOROBYMI WSPÓŁISTNIEJĄCYMI W SZPITALU - KATEGORIA II	207,00	8,10	215,10	-	-	-
RNRS04 REHABILITACJA NEUROLOGICZNA ZABURZEŃ FUNKCJI RDZENIA KRĘGOWEGO I KORZENI NERWOWYCH W SZPITALU - KATEGORIA II	183,00	8,06	191,06	-	-	-

Nazwa produktu jednostkowego	Aktualna wycena [pkt]	Dodatek do taryfy [pkt]	Projekt taryfy [pkt]	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowa ny grupą - aktualna	Dodatek do osobodnia ponad ryczałt finansowa ny grupą [pkt]	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowa ny grupą - projekt
ROC01 REHABILITACJA OGÓLNOUSTROJOWA POURAZOWA CIĘŻKA W SZPITALU	280,00	8,00	288,00	-	-	-
RODRS01 REHABILITACJA OGÓLNOUSTROJOWA W CHOROBAH DEMIELIZACYJNYCH I REUMATOIDALNYCH W SZPITALU	144,00	7,99	151,99	-	-	-
RONs01 REHABILITACJA OGÓLNOUSTROJOWA ZABURZEŃ FUNKCJI OŚRODKOWEGO UKŁADU NERWOWEGO W SZPITALU	201,00	7,92	208,92	-	-	-
ROO01 REHABILITACJA OGÓLNOUSTROJOWA NARZĄDU RUCHU PO LECZENIU OPERACYJNYM Z CHOROBAМИ WSPÓŁISTNIEJĄCYMI W SZPITALU	231,00	8,01	239,01	-	-	-
ROO02 REHABILITACJA OGÓLNOUSTROJOWA NARZĄDU RUCHU PO LECZENIU OPERACYJNYM BEZ CHOROBI WSPÓŁISTNIEJĄCYCH W SZPITALU	190,00	8,00	198,00	-	-	-
ROO03 REHABILITACJA OGÓLNOUSTROJOWA PO LECZENIU OPERACYJNYM	229,00	7,97	236,97	-	-	-
ROPS01 REHABILITACJA OGÓLNOUSTROJOWA PRZEWLEKŁA W SZPITALU	105,00	7,96	112,96	-	-	-
ROZS01 REHABILITACJA OGÓLNOUSTROJOWA NARZĄDU RUCHU PO LECZENIU ZACHOWAWCZYM Z CHOROBAМИ WSPÓŁISTNIEJĄCYMI W SZPITALU	163,00	7,94	170,94	-	-	-
ROZS02 REHABILITACJA OGÓLNOUSTROJOWA NARZĄDU RUCHU PO LECZENIU ZACHOWAWCZYM BEZ CHOROBI WSPÓŁISTNIEJĄCYCH W SZPITALU	126,00	8,03	134,03	-	-	-

Źródło: opracowanie własne

4. Produkty rozliczeniowe objęte wyceną (poza procesem taryfikacji)

W poniższej tabeli przedstawiono wyceny świadczeń wynikające z implementacji standardu organizacyjnego żywienia w szpitalach. Zaprezentowane wyniki obejmują produkty rozliczeniowe, dla których dotychczas nie określono taryf świadczeń, a które jednocześnie spełniają wymagania standardu żywienia przedstawione w rozdziale 1 niniejszego raportu. Zostały one wycenione i włączone do niniejszego opracowania na podstawie zlecenia Ministra Zdrowia, wydanego w trybie art. 31n pkt 5 ustawy o świadczeniach (zlecenie nr DLG.6110.5.2025.MT(4) z 17 listopada 2025 r.).

Świadczenia te są objęte obowiązkiem realizacji standardu żywienia i pozostają w bezpośrednim związku z produktami rozliczeniowymi wskazanymi w rozdziale 3.3, dla których taryfy świadczeń zostały już ustalone. Produkty rozliczeniowe ujęte w tabeli nr 9 stanowią zatem uzupełnienie zasadniczego zestawienia taryf, zapewniając pełne odzwierciedlenie zakresu świadczeń wymagających wdrożenia standardu żywienia.

Wyceny tych produktów przygotowano z zastosowaniem metodyki analogicznej do wykorzystanej przy określaniu taryf świadczeń. Dzięki temu przedstawione propozycje wycen pozostają spójne z całościową metodologią opracowania oraz umożliwiają jednolite traktowanie świadczeń objętych standardem żywienia w całym systemie.



Ujęty w wycenach dodatek nie zastępuje obecnego finansowania żywienia, lecz je uzupełnia – jego celem jest zapewnienie odpowiednich środków na realizację standardu żywienia w różnych typach świadczeń opieki zdrowotnej.

Tabela 9 Produkty rozliczeniowe objęte wyceną (poza procesem taryfikacji)

Nazwa produktu jednostkowego	Aktualna wycena [pkt]	Dodatek do taryfy [pkt]	Projekt taryfy [pkt]	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą - aktualna	Dodatek do osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą [pkt]	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą - projekt
A57 CHOROBY ZAPALNE UKŁADU NERWOWEGO	8 088,00	128,00	8 216,00	177	12	189
B03 LECZENIE WERTEPORFINĄ PRZY ZASTOSOWANIU TERAPII FOTODYNAMICZNEJ*	7 687,00	4,00	7 691,00	-	-	-
B04 PRZESZCZEP ROGÓWKI - KATEGORIA I*	7 521,00	46,00	7 567,00	334	11	345
B05 PRZESZCZEP ROGÓWKI - KATEGORIA II*	5 516,00	42,00	5 558,00	334	11	345
B06 PRZESZCZEP ROGÓWKI - KATEGORIA III*	4 067,00	47,00	4 114,00	334	11	345
B11 KOMPLEKSOWE ZABIEGI W ZAĆMIE I JASKRZE*	6 072,00	6,00	6 078,00	-	-	-
B23 ŚREDNIE ZABIEGI NA SOCZEWCE*	1 793,00	8,00	1 801,00	-	-	-
B25 WSZCZEPIENIE WTÓRNE SOCZEWKI*	2 009,00	10,00	2 019,00	-	-	-
B31 DUŻE REKONSTRUKCJE NA APARACIE OCHRONNYM OKA*	5 035,00	12,00	5 047,00	-	-	-
B32 DUŻE ZABIEGI NA APARACIE OCHRONNYM OKA*	1 999,00	2,00	2 001,00	-	-	-
B33 ŚREDNIE ZABIEGI NA APARACIE OCHRONNYM OKA*	769,00	1,00	770,00	-	-	-
B42 DUŻE ZABIEGI NA OCZODOLE I APARACIE ŁZOWYM*	8 507,00	27,00	8 534,00	334	12	346
B43 ŚREDNIE ZABIEGI NA OCZODOLE I APARACIE ŁZOWYM*	2 255,00	6,00	2 261,00	-	-	-
B52 DUŻE ZABIEGI NA ROGÓWCIE I TWARDÓWCIE*	1 793,00	24,00	1 817,00	222	12	234
B53 ŚREDNIE ZABIEGI NA ROGÓWCIE I TWARDÓWCIE*	1 226,00	2,00	1 228,00	-	-	-
B63 ZABIEGI W ZAKRESIE MIĘŚNI OKORUCHOWYCH*	2 358,00	10,00	2 368,00	-	-	-
B72 DUŻE ZABIEGI W JASKRZE I NA NACZYNIÓWCIE*	4 400,00	15,00	4 415,00	334	11	345
B73 ŚREDNIE ZABIEGI W JASKRZE I NA NACZYNIÓWCIE*	2 716,00	9,00	2 725,00	-	-	-
B74 MAŁE ZABIEGI W JASKRZE I NA NACZYNIÓWCIE*	278,00	5,00	283,00	-	-	-
B81 DUŻE ZABIEGI NA SIATKÓWCIE*	5 515,00	31,00	5 546,00	334	12	346
B83 ŚREDNIE ZABIEGI WITREORETINALNE*	2 106,00	31,00	2 137,00	-	-	-
B84 MAŁE ZABIEGI WITREORETINALNE*	724,00	-	724,00	-	-	-
B94 INNE PROCEDURY W ZAKRESIE OKA*	205,00	2,00	207,00	-	-	-
B98A LECZENIE ZACHOWAWCZE OKULISTYCZNE > 17 R.Ż	2 339,00	47,00	2 386,00	-	-	-

Nazwa produktu jednostkowego	Aktualna wycena [pkt]	Dodatek do taryfy [pkt]	Projekt taryfy [pkt]	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą - aktualna	Dodatek do osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą [pkt]	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą - projekt
C01 ROZLEGŁE OPERACJE NOWOTWORÓW JAMY USTNEJ, GARDŁA I KRTANI Z REKONSTRUKCJĄ*	29 857,00	143,00	30 000,00	334	11	345
C11 KOMPLEKSOWE ZABIEGI JAMY USTNEJ, GARDŁA I KRTANI*	12 990,00	44,00	13 034,00	353	12	365
C12 DUŻE ZABIEGI JAMY USTNEJ, GARDŁA I KRTANI*	2 835,00	22,00	2 857,00	-	-	-
C14 ŚREDNIE ZABIEGI JAMY USTNEJ, GARDŁA I KRTANI*	1 400,00	20,00	1 420,00	-	-	-
C15 MAŁE ZABIEGI JAMY USTNEJ, GARDŁA I KRTANI*	353,00	7,00	360,00	-	-	-
C21E KOMPLEKSOWE ZABIEGI SZCZĘKOWO-TWARZOWE > 65 R.Ż.*	20 220,00	84,00	20 304,00	334	12	346
C21F KOMPLEKSOWE ZABIEGI SZCZĘKOWO-TWARZOWE < 66 R.Ż.*	18 883,00	48,00	18 931,00	334	12	346
C22 DUŻE ZABIEGI SZCZĘKOWO-TWARZOWE*	8 801,00	32,00	8 833,00	334	12	346
C23 ŚREDNIE ZABIEGI SZCZĘKOWO-TWARZOWE*	3 398,00	18,00	3 416,00	-	-	-
C24 MAŁE ZABIEGI SZCZĘKOWO-TWARZOWE*	724,00	10,00	734,00	-	-	-
C26 KOMPLEKSOWE ZABIEGI KOREKCYJNE WAD WRODZONYCH TWARZOCZASZKI, JAMY USTNEJ I GARDŁA < 18 R.Ż.*	12 477,00	40,00	12 517,00	-	-	-
C27 DUŻE ZABIEGI KOREKCYJNE WAD WRODZONYCH TWARZOCZASZKI, JAMY USTNEJ I GARDŁA < 18 R.Ż.*	8 022,00	23,00	8 045,00	-	-	-
C28 ŚREDNIE ZABIEGI KOREKCYJNE WAD WRODZONYCH TWARZOCZASZKI, JAMY USTNEJ I GARDŁA < 18 R.Ż.*	3 565,00	36,00	3 601,00	-	-	-
C29 MAŁE ZABIEGI KOREKCYJNE WAD WRODZONYCH TWARZOCZASZKI, JAMY USTNEJ I GARDŁA < 18 R.Ż.*	1 783,00	1,00	1 784,00	-	-	-
C31 KOMPLEKSOWE ZABIEGI USZU*	9 024,00	39,00	9 063,00	334	12	346
C32 DUŻE ZABIEGI USZU*	3 732,00	21,00	3 753,00	334	11	345
C33 ŚREDNIE ZABIEGI USZU*	1 114,00	15,00	1 129,00	-	-	-
C34 MAŁE ZABIEGI USZU*	767,00	8,00	775,00	-	-	-
C41 KOMPLEKSOWE ZABIEGI NOSA*	5 237,00	32,00	5 269,00	334	12	346
C42 DUŻE ZABIEGI NOSA*	3 008,00	27,00	3 035,00	-	-	-
C43 ŚREDNIE ZABIEGI NOSA*	1 830,00	7,00	1 837,00	-	-	-
C44 MAŁE ZABIEGI NOSA*	531,00	6,00	537,00	-	-	-
C56 POWAŻNE CHOROBY GARDŁA, USZU I NOSA	2 507,00	26,00	2 533,00	222	12	234

Nazwa produktu jednostkowego	Aktualna wycena [pkt]	Dodatek do taryfy [pkt]	Projekt taryfy [pkt]	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą - aktualna	Dodatek do osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą [pkt]	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą - projekt
C57 INNE CHOROBY GARDŁA, USZU I NOSA	1 299,00	30,00	1 329,00	-	-	-
C64 INNE PROCEDURY JAMY USTNEJ, GARDŁA, KRTANI, NOSA I USZU*	236,00	11,00	247,00	-	-	-
D01 ZŁOŻONE ZABIEGI KŁATKI PIERSIOWEJ*	23 618,00	85,00	23 703,00	334	11	345
D02 KOMPLEKSOWE ZABIEGI KŁATKI PIERSIOWEJ*	18 954,00	80,00	19 034,00	353	12	365
D03 DUŻE ZABIEGI KŁATKI PIERSIOWEJ*	7 676,00	74,00	7 750,00	353	12	365
D05 BRONCHOSKOPIA*	826,00	17,00	843,00	-	-	-
D06 ŚREDNIE ZABIEGI KŁATKI PIERSIOWEJ*	4 724,00	39,00	4 763,00	295	12	307
D07 MAŁE ZABIEGI KŁATKI PIERSIOWEJ*	1 890,00	20,00	1 910,00	-	-	-
D10E DYCHAWICA OSKRZELOWA > 65 R.Ż.	3 921,00	81,00	4 002,00	306	12	318
D10F DYCHAWICA OSKRZELOWA < 66 R.Ż.	2 893,00	38,00	2 931,00	295	11	306
D16 ZATOR PŁUCNY	4 724,00	91,00	4 815,00	295	12	307
D17 ROPIEŃ PŁUC, ROPOWICA	5 314,00	140,00	5 454,00	177	12	189
D18 ZAPALENIE PŁUC NIETYPOWE	4 252,00	82,00	4 334,00	236	11	247
D19 ROZSTRZENIE OSKRZELI	4 133,00	86,00	4 219,00	295	12	307
D20 GRUŻLICA	1 839,00	53,00	1 892,00	-	-	-
D21 ZWŁÓKNIENIE TORBIELOWATE	10 472,00	31,00	10 503,00	334	11	345
D26 WYSIĘKOWE ZAPALENIE OPŁUCNEJ	3 129,00	85,00	3 214,00	177	12	189
D28 CHOROBY NOWOTWOROWE UKŁADU ODDECHOWEGO I KŁATKI PIERSIOWEJ	4 488,00	65,00	4 553,00	295	12	307
D36 ZABURZENIA ODDYCHANIA W CZASIE SNU	1 359,00	13,00	1 372,00	-	-	-
D37E INNE CHOROBY UKŁADU ODDECHOWEGO > 65 R.Ż.	2 697,00	55,00	2 752,00	245	12	257
D37F INNE CHOROBY UKŁADU ODDECHOWEGO < 66 R.Ż.	2 126,00	43,00	2 169,00	236	12	248
D38 OBRZĘK PŁUC	2 776,00	63,00	2 839,00	177	12	189
D46 POCHP I INNE OBTURACYJNE CHOROBY UKŁADU ODDECHOWEGO	2 306,00	64,00	2 370,00	192	11	203
D48 ZAPALENIE PŁUC	1 602,00	84,00	1 686,00	128	12	140
D49 USZKODZENIA INHALACYJNE PŁUC	5 372,00	81,00	5 453,00	353	11	364
D50 ZWŁÓKNIENIE I PYLICA PŁUC	5 078,00	68,00	5 146,00	353	12	365

Nazwa produktu jednostkowego	Aktualna wycena [pkt]	Dodatek do taryfy [pkt]	Projekt taryfy [pkt]	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą - aktualna	Dodatek do osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą [pkt]	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą - projekt
D51 ODMA OPŁUCNOWA	2 716,00	75,00	2 791,00	117	12	129
D52 NIEWYDOLNOŚĆ ODDECHOWA	2 835,00	81,00	2 916,00	177	12	189
D53 NADCIŚNIENIE PŁUCNE > 17 R.Ż.	5 551,00	60,00	5 611,00	236	12	248
D54 ZAPALENIE OPŁUCNEJ	2 185,00	81,00	2 266,00	177	12	189
D55 ZIARNINIAKI, CHOROBY PŁUC ALERGICZNE I Z AUTOIMMUNIZACJI	5 609,00	45,00	5 654,00	353	12	365
E02 INNE ZABIEGI KARDIOCHIRURGICZNE > 17 R.Ż.*	22 503,00	45,00	22 548,00	334	12	346
E31G WSZCZEPIENIE PRZECZEWNIKOWE/WYMIANA BEZELEKTRODOWEGO SYSTEMU DO STYMULACJI JEDNOJAMOWEJ*	18 225,00	77,00	18 302,00	-	-	-
E74E WRODZONE WADY SERCA > 65 R.Ż.	5 392,00	32,00	5 424,00	-	-	-
E74F WRODZONE WADY SERCA > 17 R.Ż. I < 66 R.Ż.	4 488,00	24,00	4 512,00	-	-	-
G30 PRZESZCZEPIENIE TRZUSTKI*	89 984,00	158,00	90 142,00	590	12	602
J01G RADYKALNE ODJĘCIE PIERSI Z REKONSTRUKCJĄ Z ZASTOSOWANIEM TKANKI WŁASNEJ*	20 076,00	32,00	20 108,00	353	11	364
J01H RADYKALNE ODJĘCIE PIERSI Z REKONSTRUKCJĄ Z ZASTOSOWANIEM PROTEZY/ EKSPANDERA*	10 038,00	46,00	10 084,00	353	11	364
J02 KOMPLEKSOWE ZABIEGI W OBRĘBIE PIERSI*	6 613,00	35,00	6 648,00	353	11	364
J03E DUŻE ZABIEGI W OBRĘBIE PIERSI > 65 R.Ż.*	4 546,00	41,00	4 587,00	-	-	-
J03F DUŻE ZABIEGI W OBRĘBIE PIERSI < 66 R.Ż.*	3 838,00	34,00	3 872,00	-	-	-
J04G ZABIEGI REKONSTRUKCYJNE PIERSI Z ZASTOSOWANIEM TKANKI WŁASNEJ*	11 219,00	45,00	11 264,00	-	-	-
J04H ZABIEGI REKONSTRUKCYJNE PIERSI Z ZASTOSOWANIEM PROTEZY/ EKSPANDERA*	5 609,00	37,00	5 646,00	-	-	-
J05 ŚREDNIA CHIRURGIA PIERSI*	1 417,00	22,00	1 439,00	-	-	-
J06 MAŁA CHIRURGIA PIERSI*	650,00	13,00	663,00	-	-	-
J07 CHOROBY PIERSI ŁAGODNE	1 062,00	21,00	1 083,00	177	12	189
J08 CHOROBY PIERSI ZŁOŚLIWE	2 067,00	18,00	2 085,00	236	11	247
J10 BIOPSJA MAMMOTOMICZNA*	2 362,00	1,00	2 363,00	-	-	-
J22 EKSTREMALNE OPARZENIA Z ZABIEGIEM CHIRURGICZNYM > 15 DNI*	67 133,00	224,00	67 357,00	590	12	602
J23 CIĘŻKIE OPARZENIA Z ZABIEGIEM CHIRURGICZNYM > 10 DNI*	49 715,00	242,00	49 957,00	531	12	543

Nazwa produktu jednostkowego	Aktualna wycena [pkt]	Dodatek do taryfy [pkt]	Projekt taryfy [pkt]	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą - aktualna	Dodatek do osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą [pkt]	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą - projekt
J24 ŚREDNIE OPARZENIA/ODMROŻENIA Z ZABIEGIEM CHIRURGICZNYM > 5 DNI*	37 256,00	148,00	37 404,00	473	12	485
J26 CIĘŻKIE OPARZENIA > 10 DNI	16 237,00	156,00	16 393,00	353	12	365
J27 ŚREDNIE OPARZENIA/ODMROŻENIA > 5 DNI	4 960,00	128,00	5 088,00	295	12	307
J28 LEKKIE OPARZENIA/ODMROŻENIA	2 479,00	48,00	2 527,00	236	12	248
J29 OPARZENIA/ODMROŻENIA PRZED PRZENIESIENIEM DO ODDZIAŁU SPECJALISTYCZNEGO	1 359,00	13,00	1 372,00	-	-	-
J32 DUŻE ZABIEGI SKÓRNE*	3 838,00	13,00	3 851,00	-	-	-
J33 ŚREDNIE ZABIEGI SKÓRNE*	2 067,00	10,00	2 077,00	-	-	-
J37 OWRZODZENIA SKÓRY	3 779,00	102,00	3 881,00	236	12	248
J38 CIĘŻKIE CHOROBY DERMATOLOGICZNE	4 568,00	47,00	4 615,00	334	11	345
J39 DUŻE CHOROBY DERMATOLOGICZNE	1 949,00	40,00	1 989,00	236	12	248
J46 DUŻE CHOROBY INFEKCYJNE SKÓRY	2 362,00	77,00	2 439,00	177	12	189
J47 DUŻE GUZY SKÓRY	3 454,00	16,00	3 470,00	167	12	179
J49 ŁAGODNE CHOROBY DERMATOLOGICZNE	1 594,00	17,00	1 611,00	117	12	129
K01 ZABIEGI RADYKALNE W RAKACH GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH*	18 540,00	38,00	18 578,00	353	11	364
K02 OPERACJA WOLA GUZOWATEGO POWIKŁANEGO*	7 617,00	36,00	7 653,00	353	12	365
K03 ZABIEGI DOTYCZĄCE TARCZYCY I PRZYTARCZYC*	4 311,00	41,00	4 352,00	353	12	365
K04 ZABIEGI DOTYCZĄCE NADNERCZY*	7 676,00	47,00	7 723,00	353	12	365
K05 ZABIEGI DIAGNOSTYCZNE TARCZYCY, PRZYTARCZYC, NADNERCZY*	826,00	1,00	827,00	-	-	-
K06 STANY NAGŁĄCE W ENDOKRYNOLOGII	4 568,00	81,00	4 649,00	334	12	346
K16 CHOROBY PRZYSADKI	2 421,00	30,00	2 451,00	-	-	-
K39 STOPA CUKRZYCOWA	5 317,00	86,00	5 403,00	255	12	267
K47D DIAGNOSTYKA W CELU WYKLUCZENIA LUB POTWIERDZENIA CHOROÓB TARCZYCY	381,00	9,00	390,00	-	-	-
K47L LECZENIE CHOROÓB TARCZYCY	2 730,00	55,00	2 785,00	353	12	365
K48 ORBITOPATIA TARCZYCOWA - TERAPIA PRZECIWZAPALNA I PRZYGOTOWANIE DO RADIOTERAPII I LECZENIA DEKOMPRESYJNEGO	4 456,00	21,00	4 477,00	334	12	346

Nazwa produktu jednostkowego	Aktualna wycena [pkt]	Dodatek do taryfy [pkt]	Projekt taryfy [pkt]	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą - aktualna	Dodatek do osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą [pkt]	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą - projekt
K53E NADCZYNNOSĆ GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH POZA HIPERPROLAKTYNEMIĄ, NADCZYNNOSCIĄ TARCZYCY I GUZAMI NEUROENDOKRYNNYMI PRZEWODU POKARMOWEGO I UKŁADU ODDECHOWEGO > 65 R.Ż.	4 511,00	42,00	4 553,00	222	12	234
K53F NADCZYNNOSĆ GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH POZA HIPERPROLAKTYNEMIĄ, NADCZYNNOSCIĄ TARCZYCY I GUZAMI NEUROENDOKRYNNYMI PRZEWODU POKARMOWEGO I UKŁADU ODDECHOWEGO < 66 R.Ż.	4 066,00	30,00	4 096,00	222	12	234
K54 AUTOIMMUNOLOGICZNE ZESPOŁY WIELOGRUCZOŁOWE	2 451,00	35,00	2 486,00	167	11	178
K57 GUZY NEUROENDOKRYNNE	4 791,00	40,00	4 831,00	222	11	233
K58 NOWOTWORY ENDOKRYNNE POZA PRZYSADKĄ	3 247,00	31,00	3 278,00	353	12	365
K60 NOWOTWORY GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH	3 676,00	32,00	3 708,00	167	11	178
K63 KWALIFIKACJA DO LECZENIA JODEM RADIOAKTYWNYM RAKA TARCZYCY LUB OCENA SKUTECZNOŚCI LECZENIA Z ZASTOSOWANIEM REKOMBINOWANEGO TSH [RHTSH]	10 807,00	45,00	10 852,00	-	-	-
L00 NEFREKTOMIA I INNE DUŻE OTWARTE ZABIEGI NEREK*	8 974,00	68,00	9 042,00	353	11	364
L03 ŚREDNIE OTWARTE ZABIEGI NEREK*	2 716,00	69,00	2 785,00	353	12	365
L05 DUŻE ENDOSKOPOWE ZABIEGI NEREK*	5 904,00	58,00	5 962,00	-	-	-
L06 ŚREDNIE ENDOSKOPOWE ZABIEGI NEREK*	2 362,00	43,00	2 405,00	236	12	248
L07 ZAKAŻENIA NEREK LUB DRÓG MOCZOWYCH	1 417,00	73,00	1 490,00	177	12	189
L08 NOWOTWORY NEREK I DRÓG MOCZOWYCH	3 900,00	30,00	3 930,00	278	11	289
L12 DUŻE OTWARTE ZABIEGI MOCZOWODU*	5 848,00	88,00	5 936,00	278	12	290
L13 ŚREDNIE OTWARTE ZABIEGI MOCZOWODU*	2 730,00	55,00	2 785,00	278	12	290
L15 DUŻE ENDOSKOPOWE ZABIEGI MOCZOWODU*	4 724,00	32,00	4 756,00	-	-	-
L16 ŚREDNIE ENDOSKOPOWE ZABIEGI MOCZOWODU*	2 362,00	31,00	2 393,00	-	-	-
L17 MAŁE ENDOSKOPOWE ZABIEGI MOCZOWODU*	1 476,00	29,00	1 505,00	-	-	-
L21 KOMPLEKSOWE ZABIEGI PĘCHERZA MOCZOWEGO Z WYTWORZENIEM PRZETOKI*	19 780,00	117,00	19 897,00	353	11	364
L22 DUŻE OTWARTE ZABIEGI NA PĘCHERZU MOCZOWYM, W TYM PLASTYKA*	17 949,00	119,00	18 068,00	353	11	364
L23 ŚREDNIE OTWARTE ZABIEGI NA PĘCHERZU MOCZOWYM*	1 949,00	63,00	2 012,00	236	12	248
L24 ZABIEGI W ZAKRESIE PRZETOK ODPROWADZAJĄCYCH MOCZ*	5 137,00	101,00	5 238,00	236	12	248

Nazwa produktu jednostkowego	Aktualna wycena [pkt]	Dodatek do taryfy [pkt]	Projekt taryfy [pkt]	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą - aktualna	Dodatek do osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą [pkt]	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą - projekt
L25 DUŻE ENDOSKOPOWE ZABIEGI NA PĘCZERZU MOCZOWYM*	5 078,00	41,00	5 119,00	236	12	248
L27 ZABURZENIA ODPLYWU MOCZU	1 003,00	18,00	1 021,00	117	12	129
L29 CHOROBY PĘCZERZA MOCZOWEGO I MOCZOWODU	1 181,00	21,00	1 202,00	177	12	189
L31 RADYKALNA PROSTATEKTOMIA*	8 913,00	76,00	8 989,00	278	11	289
L32 OTWARTE ZABIEGI GRUCZOŁU KROKOWEGO I SZYI PĘCZERZA MOCZOWEGO*	5 681,00	92,00	5 773,00	278	12	290
L43 PRZEZCEWKOWA RESEKCJA GRUCZOŁU KROKOWEGO*	3 900,00	42,00	3 942,00	-	-	-
L46 CHOROBY GRUCZOŁU KROKOWEGO	668,00	18,00	686,00	111	12	123
L52 DUŻE OTWARTE ZABIEGI CEWKI MOCZOWEJ*	4 791,00	39,00	4 830,00	334	12	346
L53 ŚREDNIE ZABIEGI CEWKI MOCZOWEJ*	1 950,00	28,00	1 978,00	-	-	-
L54 MAŁE ZABIEGI CEWKI MOCZOWEJ*	826,00	14,00	840,00	-	-	-
L62E DUŻE I ŚREDNIE ZABIEGI PRĄCIA > 65 R.Ż.*	4 724,00	47,00	4 771,00	-	-	-
L62F DUŻE I ŚREDNIE ZABIEGI PRĄCIA < 66 R.Ż.*	3 661,00	38,00	3 699,00	-	-	-
L64 MAŁE ZABIEGI PRĄCIA*	767,00	6,00	773,00	-	-	-
L69 CHOROBY PRĄCIA, JĄDER, NASIENIOWODU, MOCZOWODU I CEWKI MOCZOWEJ	1 003,00	28,00	1 031,00	117	12	129
L72 ZABIEGI MOSZNY, JĄDRA, NAJĄDRZA I NASIENIOWODU*	1 830,00	30,00	1 860,00	-	-	-
L81 LECZENIE POWIKŁAŃ LECZENIA NERKOZASTĘPCZEGO > 17 R.Ż	3 425,00	80,00	3 505,00	295	12	307
L82 OSTRA NIEWYDOLNOŚĆ NEREK	4 664,00	90,00	4 754,00	295	12	307
L83 PRZEWLEKŁA NIEWYDOLNOŚĆ NEREK	2 126,00	58,00	2 184,00	177	12	189
L84E INNE CHOROBY NEREK > 65 R.Ż.	4 657,00	72,00	4 729,00	306	12	318
L84F INNE CHOROBY NEREK < 66 R.Ż.	3 602,00	40,00	3 642,00	295	11	306
L85 KAMICA MOCZOWA	1 003,00	25,00	1 028,00	177	12	189
L86 BADANIA W ZAKRESIE DRÓG MOCZOWYCH	650,00	37,00	687,00	-	-	-
L91 IMPLANTACJA LUB WYMIANA HYDRAULICZNEGO ZWIERACZA CEWKI MOCZOWEJ (AUS)*	31 360,00	39,00	31 399,00	-	-	-
L92 ESWL*	1 114,00	1,00	1 115,00	-	-	-
N08A TERAPIA WEWNĄTRZMACICZNA - 1 KATEGORIA*	12 811,00	105,00	12 916,00	-	-	-

Nazwa produktu jednostkowego	Aktualna wycena [pkt]	Dodatek do taryfy [pkt]	Projekt taryfy [pkt]	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą - aktualna	Dodatek do osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą [pkt]	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą - projekt
N08B TERAPIA WEWNĄTRZMACICZNA - 2 KATEGORIA*	7 520,00	85,00	7 605,00	-	-	-
P30 INFЕКCJE WIRUSOWE OKREŚLONE	4 011,00	34,00	4 045,00	-	-	-
P31 ALERGIE - OSTRE STANY ALERGICZNE	3 013,00	15,00	3 028,00	-	-	-
P32 ALERGIE - ODCZULANIE	965,00	-	965,00	-	-	-
P33 CUKRZYCA POWIKŁANA ŚPIĄCZKĄ / KWASICĄ KETONOWĄ	3 940,00	79,00	4 019,00	-	-	-
P34 CUKRZYCA NIE POWIKŁANA ŚPIĄCZKĄ / KWASICĄ KETONOWĄ	3 422,00	29,00	3 451,00	-	-	-
P35 LECZENIE ZACHOWAWCZE URAZÓW < 18 R.Ż.	1 441,00	19,00	1 460,00	267	11	278
P36 POWAŻNE CHOROBY GARDŁA, USZU I NOSA < 18 R.Ż.	3 342,00	9,00	3 351,00	-	-	-
P37 ZABURZENIA RYTMU SERCA < 1 R.Ż. LUB < 18 R.Ż. Z PW	12 700,00	35,00	12 735,00	-	-	-
P38 WRODZONE WADY SERCA < 1 R.Ż. LUB < 18 R.Ż. Z PW	11 809,00	29,00	11 838,00	-	-	-
P39 WRODZONE WADY SERCA > 0 R.Ż. I < 18 R.Ż.	2 896,00	21,00	2 917,00	-	-	-
P41 CHOROBY ZAPALNE JELIT < 18 R.Ż.	4 456,00	18,00	4 474,00	222	11	233
P42 PRZEWLEKŁE CHOROBY WĄTROBY < 18 R.Ż.	2 637,00	16,00	2 653,00	-	-	-
P43 CIĘŻKIE OPARZENIA > 10 DNI < 18 R.Ż.	18 381,00	148,00	18 529,00	334	11	345
P44 ŚREDNIE OPARZENIA/ ODMROŻENIA > 5 DNI < 18 R.Ż.	5 616,00	85,00	5 701,00	278	11	289
P45 LEKKIE OPARZENIA/ ODMROŻENIA < 18 R.Ż.	2 807,00	36,00	2 843,00	222	11	233
P46 DUŻE CHOROBY INFЕКCYJNE SKÓRY < 18 R.Ż.	2 228,00	56,00	2 284,00	167	11	178
P47 ZABURZENIA ODŻYWIENIA < 18 R.Ż.	2 952,00	14,00	2 966,00	-	-	-
P48 INTENSYWNE LECZENIE OSTRYCH BIAŁACZEK < 18 R.Ż.	36 764,00	295,00	37 059,00	835	11	846
P49 LECZENIE ZACHOWAWCZE OKULISTYCZNE < 18 R.Ż.	2 339,00	22,00	2 361,00	-	-	-
P50 DIAGNOSTYKA I LECZENIE CHOROÓB UKŁADU NERWOWEGO	2 005,00	20,00	2 025,00	-	-	-
P51 POSOCZNICA O CIĘŻKIM PRZEBIEGU LECZONA ZACHOWAWCZO	9 359,00	100,00	9 459,00	835	10	845
P99 INNE CHOROBY DZIECI	976,00	14,00	990,00	-	-	-
PZ99 INNE PROCEDURY ZABIEGOWE < 18 R.Ż. *	636,00	16,00	652,00	-	-	-
PZB01 ZABIEGI Z WYKONANIEM FAKOWITREKTOMII <18 R.Ż. *	9 433,00	42,00	9 475,00	-	-	-
PZB02 ZABIEGI Z WYKONANIEM WITREKTOMII <18 R.Ż. *	8 565,00	49,00	8 614,00	-	-	-

Nazwa produktu jednostkowego	Aktualna wycena [pkt]	Dodatek do taryfy [pkt]	Projekt taryfy [pkt]	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą - aktualna	Dodatek do osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą [pkt]	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą - projekt
PZB03 ŚREDNIE ZABIEGI NA OCZODOLE I APARACIE ŁZOWYM < 18 R.Ż. *	2 706,00	22,00	2 728,00	-	-	-
PZB04 ZABIEGI W ZAKRESIE MIĘŚNI OKORUCHOWYCH < 18 R.Ż. *	2 829,00	18,00	2 847,00	-	-	-
PZB05 DUŻE ZABIEGI NA ROGÓWCE I TWARDÓWCE < 18 R.Ż. *	2 152,00	19,00	2 171,00	267	11	278
PZB06 DUŻE ZABIEGI W JASKRZE I NA NACZYNIÓWCE < 18 R.Ż. *	4 857,00	45,00	4 902,00	401	11	412
PZB07 MAŁE ZABIEGI W OBRĘBIE OKA < 18 R.Ż. *	246,00	6,00	252,00	-	-	-
PZC01 KOMPLEKSOWE ZABIEGI JAMY USTNEJ, GARDŁA I KRTANI < 18 R.Ż. *	14 706,00	35,00	14 741,00	401	10	411
PZC02 DUŻE ZABIEGI JAMY USTNEJ, GARDŁA I KRTANI < 18 R.Ż. *	3 208,00	23,00	3 231,00	-	-	-
PZC03 USUNIĘCIE MIGDAŁKÓW I INNE ZABIEGI JAMY USTNEJ, GARDŁA I KRTANI < 18 R.Ż. *	2 835,00	14,00	2 849,00	-	-	-
PZC04 MAŁE ZABIEGI JAMY USTNEJ, GARDŁA I KRTANI < 18 R.Ż. *	401,00	13,00	414,00	-	-	-
PZC05 KOMPLEKSOWE ZABIEGI SZCZĘKOWO-TWARZOWE < 18 R.Ż. *	22 660,00	40,00	22 700,00	401	10	411
PZC06 DUŻE ZABIEGI SZCZĘKOWO-TWARZOWE < 18 R.Ż. *	10 562,00	18,00	10 580,00	401	11	412
PZC07 ŚREDNIE ZABIEGI SZCZĘKOWO-TWARZOWE < 18 R.Ż. *	4 078,00	19,00	4 097,00	-	-	-
PZC08 MAŁE ZABIEGI SZCZĘKOWO-TWARZOWE < 18 R.Ż. *	869,00	11,00	880,00	-	-	-
PZC09 ROZLEGŁE ZABIEGI KOREKCYJNE WAD WRODZONYCH TWARZOCZASZKI, JAMY USTNEJ I GARDŁA < 18 R.Ż. *	18 715,00	37,00	18 752,00	-	-	-
PZC10 KOMPLEKSOWE ZABIEGI KOREKCYJNE WAD WRODZONYCH TWARZOCZASZKI, JAMY USTNEJ I GARDŁA < 18 R.Ż. *	14 973,00	24,00	14 997,00	-	-	-
PZC11 DUŻE ZABIEGI KOREKCYJNE WAD WRODZONYCH TWARZOCZASZKI, JAMY USTNEJ I GARDŁA < 18 R.Ż. *	9 626,00	27,00	9 653,00	-	-	-
PZC12 ŚREDNIE ZABIEGI KOREKCYJNE WAD WRODZONYCH TWARZOCZASZKI, JAMY USTNEJ I GARDŁA < 18 R.Ż. *	4 278,00	23,00	4 301,00	-	-	-
PZC13 MAŁE ZABIEGI KOREKCYJNE WAD WRODZONYCH TWARZOCZASZKI, JAMY USTNEJ I GARDŁA < 18 R.Ż. *	2 139,00	3,00	2 142,00	-	-	-
PZC14 KOMPLEKSOWE ZABIEGI USZU < 18 R.Ż. *	10 828,00	38,00	10 866,00	401	11	412
PZC15 DUŻE ZABIEGI USZU < 18 R.Ż. *	4 478,00	20,00	4 498,00	401	11	412
PZC16 ŚREDNIE ZABIEGI USZU < 18 R.Ż. *	1 337,00	6,00	1 343,00	-	-	-
PZC17 MAŁE ZABIEGI USZU < 18 R.Ż. *	869,00	10,00	879,00	-	-	-

Nazwa produktu jednostkowego	Aktualna wycena [pkt]	Dodatek do taryfy [pkt]	Projekt taryfy [pkt]	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą - aktualna	Dodatek do osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą [pkt]	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą - projekt
PZC18 KOMPLEKSOWE ZABIEGI NOSA < 18 R.Ż. *	6 284,00	34,00	6 318,00	401	11	412
PZC19 DUŻE ZABIEGI NOSA < 18 R.Ż. *	3 609,00	28,00	3 637,00	-	-	-
PZC20 ŚREDNIE ZABIEGI NOSA < 18 R.Ż. *	2 071,00	10,00	2 081,00	-	-	-
PZC21 MAŁE ZABIEGI NOSA < 18 R.Ż. *	602,00	9,00	611,00	-	-	-
PZC22 DUŻE ZABIEGI ENDOSKOPOWE < 18 R.Ż. *	3 811,00	40,00	3 851,00	-	-	-
PZC23 ŚREDNIE ZABIEGI ENDOSKOPOWE < 18 R.Ż. *	2 273,00	4,00	2 277,00	-	-	-
PZD01 KOMPLEKSOWE ZABIEGI KLATKI PIERSIOWEJ < 18 R.Ż. *	21 457,00	48,00	21 505,00	401	11	412
PZD02 DUŻE ZABIEGI KLATKI PIERSIOWEJ < 18 R.Ż. *	8 689,00	50,00	8 739,00	401	11	412
PZD03 BRONCHOSKOPIA < 18 R.Ż. *	935,00	20,00	955,00	-	-	-
PZD04 MAŁE ZABIEGI KLATKI PIERSIOWEJ < 18 R.Ż. *	2 139,00	28,00	2 167,00	201	11	212
PZE01 INNE ZABIEGI KARDIOCHIRURGICZNE < 18 R.Ż. *	22 593,00	38,00	22 631,00	401	11	412
PZE02 LECZENIE ZABIEGOWE ZABURZEŃ RYTMU < 18 R.Ż. *	30 023,00	45,00	30 068,00	401	11	412
PZH01 ARTROSKOPOWA REKONSTRUKCJA Z UŻYCIEM IMPLANTÓW MOCUJĄCYCH < 18 R.Ż. *	4 739,00	28,00	4 767,00	-	-	-
PZH02 ARTROSKOPIA LECZNICZA < 18 R.Ż. *	2 594,00	20,00	2 614,00	-	-	-
PZH09 ZŁAMANIA LUB ZWICHNIĘCIA W OBRĘBIE MIEDNICY LUB KOŃCZYNY DOLNEJ < 18 R.Ż. *	6 582,00	35,00	6 617,00	334	11	345
PZH10 ZŁAMANIA LUB ZWICHNIĘCIA W OBRĘBIE KOŃCZYNY GÓRNEJ < 18 R.Ż. *	4 748,00	19,00	4 767,00	401	11	412
PZH11 MNIEJSZE ZŁAMANIA LUB ZWICHNIĘCIA < 18 R.Ż. *	2 091,00	13,00	2 104,00	-	-	-
PZH12 ŚREDNIE ZABIEGI NA TKANKACH MIĘKKICH < 18 R.Ż. *	2 789,00	20,00	2 809,00	-	-	-
PZH13 MNIEJSZE ZABIEGI W OBRĘBIE UKŁADU MIĘŚNIOWO-SZKIELETOWEGO LUB TKANEK MIĘKKICH < 18 R.Ż. *	2 000,00	8,00	2 008,00	-	-	-
PZJ01 CIĘŻKIE OPARZENIA Z ZABIEGIEM CHIRURGICZNYM > 10 DNI < 18 R.Ż. *	56 281,00	148,00	56 429,00	603	11	614
PZJ02 ŚREDNIE OPARZENIA/ ODMROŻENIA Z ZABIEGIEM CHIRURGICZNYM > 5 DNI < 18 R.Ż. *	42 177,00	95,00	42 272,00	536	11	547
PZJ03 LECZENIE ANOMALII NACZYNIOWYCH LASEREM PULSACYJNO-BARWNIKOWYM < 18 R.Ż. *	2 139,00	2,00	2 141,00	-	-	-
PZJ04 DUŻE ZABIEGI SKÓRNE < 18 R.Ż. *	4 345,00	14,00	4 359,00	-	-	-

Nazwa produktu jednostkowego	Aktualna wycena [pkt]	Dodatek do taryfy [pkt]	Projekt taryfy [pkt]	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą - aktualna	Dodatek do osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą [pkt]	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą - projekt
PZJ05 ZABIEGI SKÓRNE < 18 R.Ż. *	1 958,00	15,00	1 973,00	-	-	-
PZK01 ZABIEGI DIAGNOSTYCZNE TARCZYCY, PRZYTARCZYC, NADNERCZY < 18 R.Ż.*	935,00	2,00	937,00	-	-	-
PZK02 ZABIEGI DOTYCZĄCE TARCZYCY I PRZYTARCZYC *	4 880,00	42,00	4 922,00	401	11	412
PZL01 NEFREKTOMIA I INNE DUŻE OTWARTE ZABIEGI NEREK < 18 R.Ż. *	10 160,00	68,00	10 228,00	401	11	412
PZL02 DUŻE OTWARTE ZABIEGI MOCZOWODU < 18 R.Ż. *	7 018,00	110,00	7 128,00	334	11	345
PZL03 MAŁE ENDOSKOPOWE ZABIEGI MOCZOWODU < 18 R.Ż. *	1 671,00	23,00	1 694,00	-	-	-
PZL04 MAŁE ZABIEGI PĘCHERZA MOCZOWEGO < 18 R.Ż. *	1 337,00	15,00	1 352,00	-	-	-
PZL05 ENDOSKOPOWE ZABIEGI PĘCHERZA MOCZOWEGO LUB MOCZOWODU < 18 R.Ż. *	2 004,00	15,00	2 019,00	-	-	-
PZL06 DUŻE OTWARTE ZABIEGI CEWKI MOCZOWEJ < 18 R.Ż. *	5 748,00	40,00	5 788,00	401	11	412
PZL07 ŚREDNIE ZABIEGI CEWKI MOCZOWEJ < 18 R.Ż. *	2 340,00	24,00	2 364,00	-	-	-
PZL08 DUŻE I ŚREDNIE ZABIEGI PRĄCIA < 18 R.Ż.*	4 145,00	9,00	4 154,00	-	-	-
PZL09 MAŁE ZABIEGI PRĄCIA < 18 R.Ż. *	869,00	11,00	880,00	-	-	-
PZL10 ZABIEGI MOSZNY, JĄDRA, NAJĄDRZA I NASIENIOWODU < 18 R.Ż. *	3 609,00	13,00	3 622,00	-	-	-
PZL11 ESWL < 18 R.Ż.*	3 849,00	25,00	3 874,00	-	-	-
PZL13 PROCEDURY DIAGNOSTYCZNE ZABIEGOWE W ZAKRESIE UKŁADU MOCZOWO - PŁCIOWEGO < 18 R.Ż. *	1 794,00	13,00	1 807,00	-	-	-
PZQ01 INNE ZABIEGI NA NACZYNIACH < 18 R.Ż. *	7 955,00	14,00	7 969,00	-	-	-
Q02 ZABIEGI NACZYNIOWE W OBSZARZE BRZUSZNYM Z PW I REOPERACJE*	15 588,00	73,00	15 661,00	353	12	365
Q03 ZABIEGI NACZYNIOWE W OBSZARZE BRZUSZNYM*	10 215,00	66,00	10 281,00	353	12	365
Q11 ZABIEGI HYBRYDOWE W OBRĘBIE NACZYŃ OBWODOWYCH*	17 770,00	85,00	17 855,00	-	-	-
Q12 ZABIEGI NA TĘTNICACH KOŃCZYN DOLNYCH*	8 680,00	70,00	8 750,00	353	12	365
Q13 POMOSTOWANIE TĘTNIC OBWODOWYCH*	11 986,00	98,00	12 084,00	353	12	365
Q14 POMOSTOWANIE I REKONSTRUCJA NACZYŃ POZACZASZKOWYCH I KOŃCZYN GÓRNYCH*	8 974,00	47,00	9 021,00	353	12	365
Q15 ZABIEGI W ZAKRESIE NACZYŃ POZACZASZKOWYCH I KOŃCZYN GÓRNYCH*	7 321,00	20,00	7 341,00	353	12	365
Q16E INNE ZABIEGI NA NACZYNIACH > 65 R.Ż.*	7 734,00	62,00	7 796,00	-	-	-
Q16F INNE ZABIEGI NA NACZYNIACH < 66 R.Ż.*	7 027,00	40,00	7 067,00	-	-	-

Nazwa produktu jednostkowego	Aktualna wycena [pkt]	Dodatek do taryfy [pkt]	Projekt taryfy [pkt]	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą - aktualna	Dodatek do osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą [pkt]	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą - projekt
Q17 SYMPATEKTOMIA*	3 306,00	42,00	3 348,00	-	-	-
Q18 DUŻE ZABIEGI NA UKŁADZIE LIMFATYCZNYM*	3 896,00	46,00	3 942,00	-	-	-
Q19 ŚREDNIE ZABIEGI NA UKŁADZIE LIMFATYCZNYM*	2 362,00	27,00	2 389,00	-	-	-
Q20 MAŁE ZABIEGI NA UKŁADZIE LIMFATYCZNYM*	709,00	15,00	724,00	-	-	-
Q23 OPERACJE ŻYŁAKÓW Z SAFENEKTOMIĄ*	2 061,00	20,00	2 081,00	-	-	-
Q24 OPERACJE ŻYŁAKÓW BEZ SAFENEKTOMII *	724,00	18,00	742,00	-	-	-
Q48 RADIOLOGIA ZABIEGOWA - ZABIEGI DIAGNOSTYCZNE *	1 890,00	23,00	1 913,00	-	-	-
Q51 DOSTĘP NACZYNIOWY W LECZENIU NERKOZASTĘPCZYM Z WYKORZYSTANIEM PROTEZ NACZYNIOWYCH *	5 904,00	33,00	5 937,00	-	-	-
Q52 DOSTĘP NACZYNIOWY W LECZENIU NERKOZASTĘPCZYM *	2 835,00	29,00	2 864,00	-	-	-
T01 KRANIOTOMIA W OKREŚLONYCH OBRAŻENIACH MNOGICH Z PW *	31 352,00	106,00	31 458,00	236	12	248
T02 KRANIOTOMIA W OKREŚLONYCH OBRAŻENIACH MNOGICH *	27 870,00	76,00	27 946,00	236	12	248
T03 ZAOPATRZENIE MIEDNICY I UDA W OBRAŻENIACH MNOGICH Z PW *	27 337,00	132,00	27 469,00	236	12	248
T04 ZAOPATRZENIE MIEDNICY I UDA W OBRAŻENIACH MNOGICH *	24 268,00	134,00	24 402,00	236	12	248
T05 INNE ZABIEGI W OBRAŻENIACH MNOGICH Z PW *	21 433,00	90,00	21 523,00	236	12	248
T06 INNE ZABIEGI W OBRAŻENIACH MNOGICH *	19 013,00	112,00	19 125,00	236	12	248
T08 LECZENIE ZACHOWAWCZE OBRAŻEŃ MNOGICH Z PW	6 672,00	129,00	6 801,00	236	12	248
T09 LECZENIE ZACHOWAWCZE OBRAŻEŃ MNOGICH	5 904,00	114,00	6 018,00	236	12	248
T11 KOMPLEKSOWE ZABIEGI CHIRURGICZNE W URAZACH WIELONARZĄDOWYCH < 18 R.Ż. *	26 150,00	64,00	26 214,00	278	11	289
T12 DUŻE ZABIEGI CHIRURGICZNE W URAZACH WIELONARZĄDOWYCH < 18 R.Ż. *	24 296,00	57,00	24 353,00	278	11	289
T13 ŚREDNIE ZABIEGI CHIRURGICZNE W URAZACH WIELONARZĄDOWYCH < 18 R.Ż. *	22 126,00	47,00	22 173,00	278	11	289
T14 CIĘŻKIE URAZY WIELONARZĄDOWE LECZONE ZACHOWAWCZO < 18 R.Ż.	19 623,00	80,00	19 703,00	278	11	289
T15 ŚREDNIE URAZY WIELONARZĄDOWE LECZONE ZACHOWAWCZO < 18 R.Ż.	13 398,00	50,00	13 448,00	278	11	289
T16 URAZY WIELONARZĄDOWE LECZONE ZACHOWAWCZO < 18 R.Ż.	10 641,00	45,00	10 686,00	278	11	289
Z01 - KOMPLEKSOWA DIAGNOSTYKA ONKOLOGICZNA	3 517,00	23,00	3 540,00	-	-	-
ABLACJA U CHORYCH Z ROZPOZNANIEM BURZY ELEKTRYCZNEJ	45 265,00	79,01	45 344,01	-	-	-

Nazwa produktu jednostkowego	Aktualna wycena [pkt]	Dodatek do taryfy [pkt]	Projekt taryfy [pkt]	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą - aktualna	Dodatek do osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą [pkt]	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą - projekt
CIĘŻKIE POWIKŁANIA INFEKCYJNE U CHOREGO PO PRZESZCZEPIENIU NARZĄDU LUB SZPIKU, WYMAGAJĄCE INTENSYWNEGO LECZENIA PRZECIWGRZYBICZEGO I/LUB PRZECIWWIRUSOWEGO - DIAGNOSTYKA, LECZENIE PACJENTA OD 31 DNIA PO WYKONANIU PRZESZCZEPU >3 DNI	25 512,00	204,16	25 716,16	-	-	-
DIAGNOSTYKA I LECZENIE CHOREGO Z NIEWYDOLNOŚCIĄ SERCA W OKRESIE KWALIFIKACJI DO PRZESZCZEPU SERCA.	1 615,00	25,49	1 640,49	-	-	-
DIAGNOSTYKA I LECZENIE CHOREGO Z NIEWYDOLNOŚCIĄ WĄTROBY W OKRESIE KWALIFIKACJI DO PRZESZCZEPU WĄTROBY.	4 011,00	52,10	4 063,10	-	-	-
ELEKTROCHEMIOTERAPIA (ECT)	9 650,00	23,60	9 673,60	-	-	-
ENDOWASKULARNE ZAOPATRZENIE TĘTNIAKÓW AORTY OBEJMUJĄCYCH TĘTNICE TRZEWNE I NERKOWE	15 575,00	90,18	15 665,18	-	-	-
HOSPITALIZACJA DO DIALIZY WĄTROBOWEJ	2 055,00	42,14	2 097,14	-	-	-
HOSPITALIZACJA DO KARDIOLOGICZNYCH ZABIEGÓW INTERWENCYJNYCH U DZIECI DO LAT 18	845,00	11,55	856,55	-	-	-
HOSPITALIZACJA DO KARDIOLOGICZNYCH ZABIEGÓW INTERWENCYJNYCH U DZIECI DO LAT 18 Z POWIKŁANIAM I* LUB < 1 R. Ż.	1 394,00	10,82	1 404,82	-	-	-
HOSPITALIZACJA DO OPERACJI WAD SERCA I AORTY PIERSIOWEJ W KRĄŻENIU POZAUSTROJOWYM U DOROSŁYCH	980,00	11,78	991,78	-	-	-
HOSPITALIZACJA DO OPERACJI WAD SERCA I AORTY PIERSIOWEJ W KRĄŻENIU POZAUSTROJOWYM U DOROSŁYCH Z IZW LUB >= 80 LAT	1 039,00	11,75	1 050,75	-	-	-
HOSPITALIZACJA DO OPERACJI WAD SERCA I AORTY PIERSIOWEJ W KRĄŻENIU POZAUSTROJOWYM U DZIECI DO LAT 18	1 478,00	11,56	1 489,56	-	-	-
HOSPITALIZACJA DO OPERACJI WAD SERCA I AORTY PIERSIOWEJ W KRĄŻENIU POZAUSTROJOWYM U DZIECI DO LAT 18 Z IZW	1 559,00	11,61	1 570,61	-	-	-
HOSPITALIZACJA DO OPERACJI WAD WRODZONYCH SERCA I WIELKICH NACZYŃ U DZIECI DO UKOŃCZENIA 1 ROKU ŻYCIA	1 509,00	10,37	1 519,37	-	-	-
HOSPITALIZACJA DO PRZECZEWNIKOWEJ NIEOPERACYJNEJ NAPRAWY ZASTAWEK SERCA U CHORYCH WYSOKIEGO RYZYKA	834,00	11,74	845,74	-	-	-
HOSPITALIZACJA DO PRZECZEWNIKOWEJ NIEOPERACYJNEJ NAPRAWY ZASTAWEK SERCA U CHORYCH WYSOKIEGO RYZYKA Z POWIKŁANIAM I CHOROBIAMI WSPÓŁISTNIEJĄCYMI LUB >=80 LAT	863,00	11,79	874,79	-	-	-

Nazwa produktu jednostkowego	Aktualna wycena [pkt]	Dodatek do taryfy [pkt]	Projekt taryfy [pkt]	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą - aktualna	Dodatek do osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą [pkt]	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą - projekt
HOSPITALIZACJA DO PRZEZSKÓRNEGO LUB Z INNEGO DOSTĘPU WSZCZEPIANIA ZASTAWEK SERCA	998,00	11,85	1 009,85	-	-	-
HOSPITALIZACJA DO PRZEZSKÓRNEGO LUB Z INNEGO DOSTĘPU WSZCZEPIANIA ZASTAWEK SERCA Z POWIKŁANIAM I CHOROBAМИ WSPÓŁISTNIEJĄCYMI LUB >= 80 LAT	1 061,00	11,82	1 072,82	-	-	-
HOSPITALIZACJA DO WIDEOTORAKOSKOPOWEJ ABLACJI W CIĘŻKIM, NIEPODDAJĄCYM SIĘ LECZENIU FARMAKOLOGICZNEMU MIGOTANIU PRZEDSIONKÓW	944,00	11,85	955,85	-	-	-
HOSPITALIZACJA PRZED PRZEKAZANIEM DO OŚRODKA O WYŻSZYM POZIOMIE REFERENCYJNYM.	649,00	12,55	661,55	-	-	-
HOSPITALIZACJA Z PRZYCZYN NIEUJĘTYCH GDZIE INDZIEJ	541,00	12,70	553,70	-	-	-
HOSPITALIZACJA ZWIĄZANA Z GRAFTEKTOMIĄ - DIAGNOSTYKA, LECZENIE PACJENTA OD 31 DNIA PO WYKONANIU PRZESZCZEPU.	6 183,00	90,05	6 273,05	-	-	-
HOSPITALIZACJA ZWIĄZANA Z KWALIFIKACJĄ DO PRZESZCZEPU WĄTROBY, TRZUSTKI, SERCA, PŁUCA, SERCA I PŁUCA	4 846,00	48,63	4 894,63	-	-	-
HOSPITALIZACJA ZWIĄZANA Z LECZENIEM GRUŻLICY WIELOLEKOOPORNEJ WG STANDARDÓW WHO NIEZAWIERAJĄCA KOSZTÓW LEKÓW DEDYKOWANYCH LECZENIU GRUŻLICY	433,02	11,68	444,70	-	-	-
KRIOABLACJA ZMIANY NERKI	7 155,00	23,90	7 178,90	-	-	-
OSTRE ODRZUCANIE PRZESZCZEPU LUB OSTRA CHOROBA PRZESZCZEP PRZECIW GOSPODARZOWI - DIAGNOSTYKA, LECZENIE PACJENTA OD 31 DNIA OD WYKONANIA PRZESZCZEPU	20 610,00	50,53	20 660,53	-	-	-
OSTRE STERYDOOPORNE ODRZUCANIE PRZESZCZEPU LUB OSTRA CHOROBA PRZESZCZEP PRZECIW GOSPODARZOWI - DIAGNOSTYKA, LECZENIE PACJENTA OD 31 DNIA OD WYKONANIA PRZESZCZEPU	24 620,00	95,36	24 715,36	-	-	-
PLAZMAFEREZA LECZNICZA Z HOSPITALIZACJĄ	4 056,00	2,47	4 058,47	-	-	-
POBRANIE NERKI OD DAWCY ŻYWEGO LAPAROSKOPOWO	10 026,00	29,98	10 055,98	-	-	-
POBRANIE NERKI OD DAWCY ŻYWEGO METODĄ OTWARTĄ	9 191,00	47,77	9 238,77	-	-	-
POBYT DIAGNOSTYCZNY DO MONITOROWANIA MINIMALNEJ CHOROBY RESZTKOWEJ (MRD)	551,00	5,33	556,33	-	-	-
POBYT ZWIĄZANY Z LECZENIEM OSTREJ FAZY UDARU NIEDOKRWIENNEGO ZA POMOCĄ PRZECZEWNIKOWEJ TROMBEKTOMII MECHANICZNEJ	1 093,00	31,65	1 124,65	-	-	-

Nazwa produktu jednostkowego	Aktualna wycena [pkt]	Dodatek do taryfy [pkt]	Projekt taryfy [pkt]	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą - aktualna	Dodatek do osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą [pkt]	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą - projekt
POGORSZENIE CZYNNOŚCI PRZESZCZEPIONEGO NARZĄDU - DIAGNOSTYKA, LECZENIE OD 31 DNIA PO WYKONANIU PRZESZCZEPU	3 231,00	16,64	3 247,64	-	-	-
POWIKŁANIA INFEKCYJNE U CHOREGO PO PRZESZCZEPNIENIU NARZĄDU LUB SZPIKU - DIAGNOSTYKA, LECZENIE (DIAGNOSTYKA, LECZENIE PACJENTA OD 31 DNIA PO WYKONANIU PRZESZCZEPU) <4 DNI	4 178,00	15,02	4 193,02	-	-	-
POWIKŁANIA INFEKCYJNE U CHOREGO PO PRZESZCZEPNIENIU NARZĄDU LUB SZPIKU - DIAGNOSTYKA, LECZENIE (DIAGNOSTYKA, LECZENIE PACJENTA OD 31 DNIA PO WYKONANIU PRZESZCZEPU) >3 DNI	12 143,00	134,16	12 277,16	-	-	-
POWIKŁANIA NIEINFEKCYJNE U CHOREGO PO PRZESZCZEPNIENIU NARZĄDU LUB SZPIKU - DIAGNOSTYKA, LECZENIE (DIAGNOSTYKA, LECZENIE PACJENTA OD 31 DNIA PO WYKONANIU PRZESZCZEPU) <4 DNI	2 395,00	9,75	2 404,75	-	-	-
POWIKŁANIA NIEINFEKCYJNE U CHOREGO PO PRZESZCZEPNIENIU NARZĄDU LUB SZPIKU - DIAGNOSTYKA, LECZENIE (DIAGNOSTYKA, LECZENIE PACJENTA OD 31 DNIA PO WYKONANIU PRZESZCZEPU) >3 DNI	6 572,00	89,36	6 661,36	-	-	-
PRZEWLEKŁA WENTYLACJA PACJENTA W ODDZIALE.	337,00	11,77	348,77	-	-	-
PRZEWLEKŁE ODRZUCANIE PRZESZCZEPU LUB PRZEWLEKŁA CHOROBA PRZESZCZEP PRZECIW GOSPODARZOWI - DIAGNOSTYKA, LECZENIE (DIAGNOSTYKA, LECZENIE PACJENTA OD 31 DNIA PO WYKONANIU PRZESZCZEPU).	3 342,00	11,59	3 353,59	-	-	-
PRZYMUSOWA HOSPITALIZACJA ZGODNIE Z ART. 34 USTAWY Z DNIA 5 GRUDNIA 2008 R. O ZAPOBIEGANIU ORAZ ZWALCZANIU ZAKAŻEŃ I CHOROBY ZAKAŻNYCH U LUDZI	2 596,00	59,34	2 655,34	-	-	-
TERMOABLACJA ZMIANY NERKI	7 246,00	26,57	7 272,57	-	-	-
TERMOABLACJA ZMIANY WĄTROBY	8 909,00	31,76	8 940,76	-	-	-
USUNIĘCIE STAŁEGO DOSTĘPU NACZYNIOWEGO Z WYTWORZONYM TUNELEM PODSKÓRNYM PRZEZNACZONEGO DO UŻYTKU DŁUGOTERMINOWEGO Z HOSPITALIZACJĄ	1 139,00	1,61	1 140,61	-	-	-
WIELOSPECJALISTYCZNA DIAGNOSTYKA W KIERUNKU WSZCZEPNIENIA IMPLANTU W CAŁKOWITEJ GŁUCHOCIE	1 947,00	1,47	1 948,47	-	-	-
WSTĘPNA DIAGNOSTYKA POTENCJALNEGO DAWCY ŻYWEGO NERKI LUB WĄTROBY.	2 730,00	5,92	2 735,92	-	-	-
WSZCZEPNIENIE REJESTRATORA ZDARZEŃ (ILR) < 18 R.Ż.	3 710,00	4,00	3 714,00	-	-	-
WYTWORZENIE STAŁEGO DOSTĘPU NACZYNIOWEGO Z WYTWORZENIEM TUNELU PODSKÓRNEGO PRZEZNACZONEGO DO UŻYTKU DŁUGOTERMINOWEGO Z HOSPITALIZACJĄ	1 352,00	19,43	1 371,43	-	-	-

Nazwa produktu jednostkowego	Aktualna wycena [pkt]	Dodatek do taryfy [pkt]	Projekt taryfy [pkt]	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą - aktualna	Dodatek do osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą [pkt]	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą - projekt
ZAPALENIE PŁUC U CHOREGO W IMMUNOSUPRESJI - DIAGNOSTYKA (HRCT, BRONCHOSKOPIA, BAKTERIOLOGIA, SEROLOGIA, BIOPSJA), LECZENIE BEZ IMMUNOGLOBULINOTERAPII	5 841,00	91,61	5 932,61	-	-	-
ZGORZEL GAZOWA - KOMPLEKSOWE LECZENIE ZACHOWAWCZE I ZABIEGOWE SKOJARZONE Z TERAPIĄ HIPERBARYCZNĄ	4 056,00	11,71	4 067,71	-	-	-
HOSPITALIZACJA DO TERAPII IZOTOPOWEJ	270,00	12,98	282,98	-	-	-
HOSPITALIZACJA DO TERAPII IZOTOPOWEJ - W ODDZIALE RADIOTERAPII/ONKOLOGII KLINICZNEJ	379,00	12,90	391,90	-	-	-
PRZEDŁUŻONA HOSPITALIZACJA MATKI KARMIĄCEJ PIERSIĄ Z POWODU STANU ZDROWIA DZIECKA - OD 5 DOBY OD PORODU	108,00	10,70	118,70	-	-	-
HOSPITALIZACJA ZWIĄZANA Z PODANIEM NUSINERSENU W ZNIECZULENIU OGÓLNYM I POD KONTROLĄ TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ	900,00	11,18	911,18	-	-	-
HOSPITALIZACJA ZWIĄZANA Z PODANIEM NUSINERSENU W ZNIECZULENIU OGÓLNYM LUB POD KONTROLĄ TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ	678,72	11,13	689,85	-	-	-
HOSPITALIZACJA ZWIĄZANA Z WYKONANIEM PROGRAMU	486,72	11,18	497,90	-	-	-
HOSPITALIZACJA ZWIĄZANA Z WYKONANIEM PROGRAMU U DZIECI	540,80	11,14	551,94	-	-	-
LECZENIE W OAIIT DLA DOROSŁYCH - OCENA WEDŁUG SKALI TISS-28 - 19 PKT	850,68	11,78	862,46	-	-	-
LECZENIE W OAIIT DLA DOROSŁYCH - OCENA WEDŁUG SKALI TISS-28 - 20 PKT	913,95	11,75	925,70	-	-	-
LECZENIE W OAIIT DLA DOROSŁYCH - OCENA WEDŁUG SKALI TISS-28 - 21 PKT	978,31	11,74	990,05	-	-	-
LECZENIE W OAIIT DLA DOROSŁYCH - OCENA WEDŁUG SKALI TISS-28 - 22 PKT	1 044,28	11,75	1 056,03	-	-	-
LECZENIE W OAIIT DLA DOROSŁYCH - OCENA WEDŁUG SKALI TISS-28 - 23 PKT	1 112,43	11,85	1 124,28	-	-	-
LECZENIE W OAIIT DLA DOROSŁYCH - OCENA WEDŁUG SKALI TISS-28 - 24 PKT	1 182,19	11,75	1 193,94	-	-	-
LECZENIE W OAIIT DLA DOROSŁYCH - OCENA WEDŁUG SKALI TISS-28 - 25 PKT	1 254,12	11,74	1 265,86	-	-	-
LECZENIE W OAIIT DLA DOROSŁYCH - OCENA WEDŁUG SKALI TISS-28 - 26 PKT	1 328,20	11,80	1 340,00	-	-	-
LECZENIE W OAIIT DLA DOROSŁYCH - OCENA WEDŁUG SKALI TISS-28 - 27 PKT	1 405,00	11,75	1 416,75	-	-	-
LECZENIE W OAIIT DLA DOROSŁYCH - OCENA WEDŁUG SKALI TISS-28 - 28 PKT	1 483,96	11,75	1 495,71	-	-	-
LECZENIE W OAIIT DLA DOROSŁYCH - OCENA WEDŁUG SKALI TISS-28 - 29 PKT	1 566,16	11,76	1 577,92	-	-	-
LECZENIE W OAIIT DLA DOROSŁYCH - OCENA WEDŁUG SKALI TISS-28 - 30 PKT	1 651,60	11,76	1 663,36	-	-	-
LECZENIE W OAIIT DLA DOROSŁYCH - OCENA WEDŁUG SKALI TISS-28 - 31 PKT	1 739,75	11,75	1 751,50	-	-	-

Nazwa produktu jednostkowego	Aktualna wycena [pkt]	Dodatek do taryfy [pkt]	Projekt taryfy [pkt]	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą - aktualna	Dodatek do osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą [pkt]	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą - projekt
LECZENIE W OAIIT DLA DOROSŁYCH - OCENA WEDŁUG SKALI TISS-28 - 32 PKT	1 831,69	11,74	1 843,43	-	-	-
LECZENIE W OAIIT DLA DOROSŁYCH - OCENA WEDŁUG SKALI TISS-28 - 33 PKT	1 927,41	11,75	1 939,16	-	-	-
LECZENIE W OAIIT DLA DOROSŁYCH - OCENA WEDŁUG SKALI TISS-28 - 34 PKT	2 026,92	11,75	2 038,67	-	-	-
LECZENIE W OAIIT DLA DOROSŁYCH - OCENA WEDŁUG SKALI TISS-28 - 35 PKT	2 130,75	11,74	2 142,49	-	-	-
LECZENIE W OAIIT DLA DOROSŁYCH - OCENA WEDŁUG SKALI TISS-28 - 36 PKT	2 239,45	11,75	2 251,20	-	-	-
LECZENIE W OAIIT DLA DOROSŁYCH - OCENA WEDŁUG SKALI TISS-28 - 37 PKT	2 352,48	11,74	2 364,22	-	-	-
LECZENIE W OAIIT DLA DOROSŁYCH - OCENA WEDŁUG SKALI TISS-28 - 38 PKT	2 470,37	11,73	2 482,10	-	-	-
LECZENIE W OAIIT DLA DOROSŁYCH - OCENA WEDŁUG SKALI TISS-28 - 39 PKT	2 593,68	11,73	2 605,41	-	-	-
LECZENIE W OAIIT DLA DOROSŁYCH - OCENA WEDŁUG SKALI TISS-28 - 40 PKT	2 722,39	11,72	2 734,11	-	-	-
LECZENIE W OAIIT DLA DOROSŁYCH - OCENA WEDŁUG SKALI TISS-28 - 41 PKT	2 856,51	11,71	2 868,22	-	-	-
LECZENIE W OAIIT DLA DOROSŁYCH - OCENA WEDŁUG SKALI TISS-28 - 42 PKT	2 997,65	11,73	3 009,38	-	-	-
LECZENIE W OAIIT DLA DOROSŁYCH - OCENA WEDŁUG SKALI TISS-28 - 43 PKT	3 144,75	11,72	3 156,47	-	-	-
LECZENIE W OAIIT DLA DOROSŁYCH - OCENA WEDŁUG SKALI TISS-28 - 44 PKT	3 298,34	11,66	3 310,00	-	-	-
LECZENIE W OAIIT DLA DOROSŁYCH - OCENA WEDŁUG SKALI TISS-28 - 45 PKT	3 458,96	11,70	3 470,66	-	-	-
LECZENIE W OAIIT DLA DOROSŁYCH - OCENA WEDŁUG SKALI TISS-28 - 46 PKT	3 627,15	11,70	3 638,85	-	-	-
LECZENIE W OAIIT DLA DOROSŁYCH - OCENA WEDŁUG SKALI TISS-28 - 47 PKT	3 803,45	11,68	3 815,13	-	-	-
LECZENIE W OAIIT DLA DOROSŁYCH - OCENA WEDŁUG SKALI TISS-28 - 48 PKT	3 987,32	11,69	3 999,01	-	-	-
LECZENIE W OAIIT DLA DOROSŁYCH - OCENA WEDŁUG SKALI TISS-28 - 49 PKT	4 179,30	11,72	4 191,02	-	-	-
LECZENIE W OAIIT DLA DOROSŁYCH - OCENA WEDŁUG SKALI TISS-28 - 50 PKT	4 380,48	11,71	4 392,19	-	-	-
LECZENIE W OAIIT DLA DOROSŁYCH - OCENA WEDŁUG SKALI TISS-28 - 51 PKT	4 380,48	11,70	4 392,18	-	-	-
LECZENIE W OAIIT DLA DOROSŁYCH - OCENA WEDŁUG SKALI TISS-28 - 52 PKT	4 380,48	11,71	4 392,19	-	-	-
LECZENIE W OAIIT DLA DOROSŁYCH - OCENA WEDŁUG SKALI TISS-28 - 53 PKT	4 380,48	11,72	4 392,20	-	-	-
LECZENIE W OAIIT DLA DOROSŁYCH - OCENA WEDŁUG SKALI TISS-28 - 54 PKT	4 380,48	11,75	4 392,23	-	-	-
LECZENIE W OAIIT DLA DOROSŁYCH - OCENA WEDŁUG SKALI TISS-28 - 55 PKT	4 380,48	11,68	4 392,16	-	-	-
LECZENIE W OAIIT DLA DOROSŁYCH - OCENA WEDŁUG SKALI TISS-28 - 56 PKT	4 380,48	11,72	4 392,20	-	-	-
LECZENIE W OAIIT DLA DOROSŁYCH - OCENA WEDŁUG SKALI TISS-28 - 57 PKT	4 380,48	11,70	4 392,18	-	-	-

Nazwa produktu jednostkowego	Aktualna wycena [pkt]	Dodatek do taryfy [pkt]	Projekt taryfy [pkt]	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą - aktualna	Dodatek do osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą [pkt]	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą - projekt
LECZENIE W OAIIT DLA DOROSŁYCH - OCENA WEDŁUG SKALI TISS-28 - 58 PKT	4 380,48	11,67	4 392,15	-	-	-
LECZENIE W OAIIT DLA DOROSŁYCH - OCENA WEDŁUG SKALI TISS-28 - 59 PKT	4 380,48	11,67	4 392,15	-	-	-
LECZENIE W OAIIT DLA DOROSŁYCH - OCENA WEDŁUG SKALI TISS-28 - 60 PKT	4 380,48	11,62	4 392,10	-	-	-
LECZENIE W OAIIT DLA DOROSŁYCH - OCENA WEDŁUG SKALI TISS-28 - 61 PKT	4 380,48	11,63	4 392,11	-	-	-
LECZENIE W OAIIT DLA DOROSŁYCH - OCENA WEDŁUG SKALI TISS-28 - 62 PKT	4 380,48	11,65	4 392,13	-	-	-
LECZENIE W OAIIT DLA DOROSŁYCH - OCENA WEDŁUG SKALI TISS-28 - 63 PKT	4 380,48	11,81	4 392,29	-	-	-
LECZENIE W OAIIT DLA DOROSŁYCH - OCENA WEDŁUG SKALI TISS-28 - 64 PKT	4 380,48	11,52	4 392,00	-	-	-
LECZENIE W OAIIT DLA DOROSŁYCH - OCENA WEDŁUG SKALI TISS-28 - 65 PKT	4 380,48	11,73	4 392,21	-	-	-
LECZENIE W OAIIT DLA DOROSŁYCH - OCENA WEDŁUG SKALI TISS-28 - 66 PKT	4 380,48	11,99	4 392,47	-	-	-
LECZENIE W OAIIT DLA DOROSŁYCH - OCENA WEDŁUG SKALI TISS-28 - 67 PKT	4 380,48	11,83	4 392,31	-	-	-
LECZENIE W OAIIT DLA DOROSŁYCH - OCENA WEDŁUG SKALI TISS-28 - 68 PKT	4 380,48	11,54	4 392,02	-	-	-
LECZENIE W OAIIT DLA DOROSŁYCH - OCENA WEDŁUG SKALI TISS-28 - 69 PKT	4 380,48	11,36	4 391,84	-	-	-
LECZENIE W OAIIT DLA DOROSŁYCH - OCENA WEDŁUG SKALI TISS-28 - 70 PKT	4 380,48	11,36	4 391,84	-	-	-
LECZENIE W OAIIT DLA DOROSŁYCH - OCENA WEDŁUG SKALI TISS-28 - 71 PKT	4 380,48	11,36	4 391,84	-	-	-
LECZENIE W OAIIT DLA DZIECI - OCENA WEDŁUG SKALI TISS-28 DLA DZIECI - 16 PKT	749,01	9,16	758,17	-	-	-
LECZENIE W OAIIT DLA DZIECI - OCENA WEDŁUG SKALI TISS-28 DLA DZIECI - 17 PKT	815,53	8,04	823,57	-	-	-
LECZENIE W OAIIT DLA DZIECI - OCENA WEDŁUG SKALI TISS-28 DLA DZIECI - 18 PKT	883,67	9,19	892,86	-	-	-
LECZENIE W OAIIT DLA DZIECI/ OAIIT DLA DOROSŁYCH II POZIOMU - OCENA WEDŁUG SKALI TISS-28 ALBO TISS-28 DLA DZIECI - 19 PKT	952,89	11,11	964,00	-	-	-
LECZENIE W OAIIT DLA DZIECI/ OAIIT DLA DOROSŁYCH II POZIOMU - OCENA WEDŁUG SKALI TISS-28 ALBO TISS-28 DLA DZIECI - 20 PKT	1 023,19	10,75	1 033,94	-	-	-
LECZENIE W OAIIT DLA DZIECI/ OAIIT DLA DOROSŁYCH II POZIOMU - OCENA WEDŁUG SKALI TISS-28 ALBO TISS-28 DLA DZIECI - 21 PKT	1 095,66	10,71	1 106,37	-	-	-
LECZENIE W OAIIT DLA DZIECI/ OAIIT DLA DOROSŁYCH II POZIOMU - OCENA WEDŁUG SKALI TISS-28 ALBO TISS-28 DLA DZIECI - 22 PKT	1 169,75	10,64	1 180,39	-	-	-
LECZENIE W OAIIT DLA DZIECI/ OAIIT DLA DOROSŁYCH II POZIOMU - OCENA WEDŁUG SKALI TISS-28 ALBO TISS-28 DLA DZIECI - 23 PKT	1 246,00	10,83	1 256,83	-	-	-

Nazwa produktu jednostkowego	Aktualna wycena [pkt]	Dodatek do taryfy [pkt]	Projekt taryfy [pkt]	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą - aktualna	Dodatek do osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą [pkt]	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą - projekt
LECZENIE W OAIIT DLA DZIECI/ OAIIT DLA DOROSŁYCH II POZIOMU - OCENA WEDŁUG SKALI TISS-28 ALBO TISS-28 DLA DZIECI - 24 PKT	1 323,88	11,11	1 334,99	-	-	-
LECZENIE W OAIIT DLA DZIECI/ OAIIT DLA DOROSŁYCH II POZIOMU - OCENA WEDŁUG SKALI TISS-28 ALBO TISS-28 DLA DZIECI - 25 PKT	1 404,46	10,98	1 415,44	-	-	-
LECZENIE W OAIIT DLA DZIECI/ OAIIT DLA DOROSŁYCH II POZIOMU - OCENA WEDŁUG SKALI TISS-28 ALBO TISS-28 DLA DZIECI - 26 PKT	1 487,74	11,27	1 499,01	-	-	-
LECZENIE W OAIIT DLA DZIECI/ OAIIT DLA DOROSŁYCH II POZIOMU - OCENA WEDŁUG SKALI TISS-28 ALBO TISS-28 DLA DZIECI - 27 PKT	1 573,19	11,21	1 584,40	-	-	-
LECZENIE W OAIIT DLA DZIECI/ OAIIT DLA DOROSŁYCH II POZIOMU - OCENA WEDŁUG SKALI TISS-28 ALBO TISS-28 DLA DZIECI - 28 PKT	1 662,42	11,17	1 673,59	-	-	-
LECZENIE W OAIIT DLA DZIECI/ OAIIT DLA DOROSŁYCH II POZIOMU - OCENA WEDŁUG SKALI TISS-28 ALBO TISS-28 DLA DZIECI - 29 PKT	1 754,36	11,47	1 765,83	-	-	-
LECZENIE W OAIIT DLA DZIECI/ OAIIT DLA DOROSŁYCH II POZIOMU - OCENA WEDŁUG SKALI TISS-28 ALBO TISS-28 DLA DZIECI - 30 PKT	1 849,54	11,41	1 860,95	-	-	-
LECZENIE W OAIIT DLA DZIECI/ OAIIT DLA DOROSŁYCH II POZIOMU - OCENA WEDŁUG SKALI TISS-28 ALBO TISS-28 DLA DZIECI - 31 PKT	1 948,50	11,31	1 959,81	-	-	-
LECZENIE W OAIIT DLA DZIECI/ OAIIT DLA DOROSŁYCH II POZIOMU - OCENA WEDŁUG SKALI TISS-28 ALBO TISS-28 DLA DZIECI - 33 PKT	2 158,87	11,49	2 170,36	-	-	-
LECZENIE W OAIIT DLA DZIECI/ OAIIT DLA DOROSŁYCH II POZIOMU - OCENA WEDŁUG SKALI TISS-28 ALBO TISS-28 DLA DZIECI - 34 PKT	2 270,28	11,46	2 281,74	-	-	-
LECZENIE W OAIIT DLA DZIECI/ OAIIT DLA DOROSŁYCH II POZIOMU - OCENA WEDŁUG SKALI TISS-28 ALBO TISS-28 DLA DZIECI - 35 PKT	2 386,55	11,59	2 398,14	-	-	-
LECZENIE W OAIIT DLA DZIECI/ OAIIT DLA DOROSŁYCH II POZIOMU - OCENA WEDŁUG SKALI TISS-28 ALBO TISS-28 DLA DZIECI - 36 PKT	2 507,69	11,53	2 519,22	-	-	-
LECZENIE W OAIIT DLA DZIECI/ OAIIT DLA DOROSŁYCH II POZIOMU - OCENA WEDŁUG SKALI TISS-28 ALBO TISS-28 DLA DZIECI - 37 PKT	2 634,24	11,46	2 645,70	-	-	-
LECZENIE W OAIIT DLA DZIECI/ OAIIT DLA DOROSŁYCH II POZIOMU - OCENA WEDŁUG SKALI TISS-28 ALBO TISS-28 DLA DZIECI - 38 PKT	2 766,73	11,61	2 778,34	-	-	-
LECZENIE W OAIIT DLA DZIECI/ OAIIT DLA DOROSŁYCH II POZIOMU - OCENA WEDŁUG SKALI TISS-28 ALBO TISS-28 DLA DZIECI - 39 PKT	2 904,64	11,49	2 916,13	-	-	-
LECZENIE W OAIIT DLA DZIECI/ OAIIT DLA DOROSŁYCH II POZIOMU - OCENA WEDŁUG SKALI TISS-28 ALBO TISS-28 DLA DZIECI - 40 PKT	3 049,03	11,52	3 060,55	-	-	-

Nazwa produktu jednostkowego	Aktualna wycena [pkt]	Dodatek do taryfy [pkt]	Projekt taryfy [pkt]	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą - aktualna	Dodatek do osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą [pkt]	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą - projekt
LECZENIE W OAIIT DLA DZIECI/ OAIIT DLA DOROSŁYCH II POZIOMU - OCENA WEDŁUG SKALI TISS-28 ALBO TISS-28 DLA DZIECI - 41 PKT	3 199,37	11,62	3 210,99	-	-	-
LECZENIE W OAIIT DLA DZIECI/ OAIIT DLA DOROSŁYCH II POZIOMU - OCENA WEDŁUG SKALI TISS-28 ALBO TISS-28 DLA DZIECI - 42 PKT	3 357,29	11,49	3 368,78	-	-	-
LECZENIE W OAIIT DLA DZIECI/ OAIIT DLA DOROSŁYCH II POZIOMU - OCENA WEDŁUG SKALI TISS-28 ALBO TISS-28 DLA DZIECI - 43 PKT	3 521,69	11,60	3 533,29	-	-	-
LECZENIE W OAIIT DLA DZIECI/ OAIIT DLA DOROSŁYCH II POZIOMU - OCENA WEDŁUG SKALI TISS-28 ALBO TISS-28 DLA DZIECI - 44 PKT	3 694,20	11,62	3 705,82	-	-	-
LECZENIE W OAIIT DLA DZIECI/ OAIIT DLA DOROSŁYCH II POZIOMU - OCENA WEDŁUG SKALI TISS-28 ALBO TISS-28 DLA DZIECI - 45 PKT	3 874,29	11,61	3 885,90	-	-	-
LECZENIE W OAIIT DLA DZIECI/ OAIIT DLA DOROSŁYCH II POZIOMU - OCENA WEDŁUG SKALI TISS-28 ALBO TISS-28 DLA DZIECI - 46 PKT	4 062,49	11,65	4 074,14	-	-	-
LECZENIE W OAIIT DLA DZIECI/ OAIIT DLA DOROSŁYCH II POZIOMU - OCENA WEDŁUG SKALI TISS-28 ALBO TISS-28 DLA DZIECI - 47 PKT	4 259,88	11,62	4 271,50	-	-	-
LECZENIE W OAIIT DLA DZIECI/ OAIIT DLA DOROSŁYCH II POZIOMU - OCENA WEDŁUG SKALI TISS-28 ALBO TISS-28 DLA DZIECI - 48 PKT	4 465,39	11,62	4 477,01	-	-	-
LECZENIE W OAIIT DLA DZIECI/ OAIIT DLA DOROSŁYCH II POZIOMU - OCENA WEDŁUG SKALI TISS-28 ALBO TISS-28 DLA DZIECI - 49 PKT	4 681,16	11,66	4 692,82	-	-	-
LECZENIE W OAIIT DLA DZIECI/ OAIIT DLA DOROSŁYCH II POZIOMU - OCENA WEDŁUG SKALI TISS-28 ALBO TISS-28 DLA DZIECI - 50 PKT	4 906,14	11,61	4 917,75	-	-	-
LECZENIE W OAIIT DLA DZIECI/ OAIIT DLA DOROSŁYCH II POZIOMU - OCENA WEDŁUG SKALI TISS-28 ALBO TISS-28 DLA DZIECI - 51 PKT	4 906,14	11,62	4 917,76	-	-	-
LECZENIE W OAIIT DLA DZIECI/ OAIIT DLA DOROSŁYCH II POZIOMU - OCENA WEDŁUG SKALI TISS-28 ALBO TISS-28 DLA DZIECI - 52 PKT	4 906,14	11,63	4 917,77	-	-	-
LECZENIE W OAIIT DLA DZIECI/ OAIIT DLA DOROSŁYCH II POZIOMU - OCENA WEDŁUG SKALI TISS-28 ALBO TISS-28 DLA DZIECI - 53 PKT	4 906,14	11,62	4 917,76	-	-	-
LECZENIE W OAIIT DLA DZIECI/ OAIIT DLA DOROSŁYCH II POZIOMU - OCENA WEDŁUG SKALI TISS-28 ALBO TISS-28 DLA DZIECI - 54 PKT	4 906,14	11,64	4 917,78	-	-	-
LECZENIE W OAIIT DLA DZIECI/ OAIIT DLA DOROSŁYCH II POZIOMU - OCENA WEDŁUG SKALI TISS-28 ALBO TISS-28 DLA DZIECI - 55 PKT	4 906,14	11,63	4 917,77	-	-	-
LECZENIE W OAIIT DLA DZIECI/ OAIIT DLA DOROSŁYCH II POZIOMU - OCENA WEDŁUG SKALI TISS-28 ALBO TISS-28 DLA DZIECI - 56 PKT	4 906,14	11,58	4 917,72	-	-	-

Nazwa produktu jednostkowego	Aktualna wycena [pkt]	Dodatek do taryfy [pkt]	Projekt taryfy [pkt]	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą - aktualna	Dodatek do osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą [pkt]	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą - projekt
LECZENIE W OAIIT DLA DZIECI/ OAIIT DLA DOROSŁYCH II POZIOMU - OCENA WEDŁUG SKALI TISS-28 ALBO TISS-28 DLA DZIECI - 57 PKT	4 906,14	11,61	4 917,75	-	-	-
LECZENIE W OAIIT DLA DZIECI/ OAIIT DLA DOROSŁYCH II POZIOMU - OCENA WEDŁUG SKALI TISS-28 ALBO TISS-28 DLA DZIECI - 58 PKT	4 906,14	11,57	4 917,71	-	-	-
LECZENIE W OAIIT DLA DZIECI/ OAIIT DLA DOROSŁYCH II POZIOMU - OCENA WEDŁUG SKALI TISS-28 ALBO TISS-28 DLA DZIECI - 59 PKT	4 906,14	11,59	4 917,73	-	-	-
LECZENIE W OAIIT DLA DZIECI/ OAIIT DLA DOROSŁYCH II POZIOMU - OCENA WEDŁUG SKALI TISS-28 ALBO TISS-28 DLA DZIECI - 60 PKT	4 906,14	11,53	4 917,67	-	-	-
LECZENIE W OAIIT DLA DZIECI/ OAIIT DLA DOROSŁYCH II POZIOMU - OCENA WEDŁUG SKALI TISS-28 ALBO TISS-28 DLA DZIECI - 61 PKT	4 906,14	11,63	4 917,77	-	-	-
LECZENIE W OAIIT DLA DZIECI/ OAIIT DLA DOROSŁYCH II POZIOMU - OCENA WEDŁUG SKALI TISS-28 ALBO TISS-28 DLA DZIECI - 62 PKT	4 906,14	11,59	4 917,73	-	-	-
LECZENIE W OAIIT DLA DZIECI/ OAIIT DLA DOROSŁYCH II POZIOMU - OCENA WEDŁUG SKALI TISS-28 ALBO TISS-28 DLA DZIECI - 63 PKT	4 906,14	11,63	4 917,77	-	-	-
LECZENIE W OAIIT DLA DZIECI/ OAIIT DLA DOROSŁYCH II POZIOMU - OCENA WEDŁUG SKALI TISS-28 ALBO TISS-28 DLA DZIECI - 64 PKT	4 906,14	11,55	4 917,69	-	-	-
LECZENIE W OAIIT DLA DZIECI/ OAIIT DLA DOROSŁYCH II POZIOMU - OCENA WEDŁUG SKALI TISS-28 ALBO TISS-28 DLA DZIECI - 65 PKT	4 906,14	11,44	4 917,58	-	-	-
LECZENIE W OAIIT DLA DZIECI/ OAIIT DLA DOROSŁYCH II POZIOMU - OCENA WEDŁUG SKALI TISS-28 ALBO TISS-28 DLA DZIECI - 66 PKT	4 906,14	11,17	4 917,31	-	-	-
LECZENIE W OAIIT DLA DZIECI/ OAIIT DLA DOROSŁYCH II POZIOMU - OCENA WEDŁUG SKALI TISS-28 ALBO TISS-28 DLA DZIECI - 67 PKT	4 906,14	11,40	4 917,54	-	-	-
LECZENIE W OAIIT DLA DZIECI/ OAIIT DLA DOROSŁYCH II POZIOMU - OCENA WEDŁUG SKALI TISS-28 ALBO TISS-28 DLA DZIECI - 68 PKT	4 906,14	11,48	4 917,62	-	-	-
LECZENIE W OAIIT DLA DZIECI/ OAIIT DLA DOROSŁYCH II POZIOMU - OCENA WEDŁUG SKALI TISS-28 ALBO TISS-28 DLA DZIECI - 69 PKT	4 906,14	12,15	4 918,29	-	-	-
LECZENIE W OAIIT DLA DZIECI/ OAIIT DLA DOROSŁYCH II POZIOMU - OCENA WEDŁUG SKALI TISS-28 ALBO TISS-28 DLA DZIECI - 70 PKT	4 906,14	11,03	4 917,17	-	-	-
LECZENIE W OAIIT DLA DZIECI/ OAIIT DLA DOROSŁYCH II POZIOMU - OCENA WEDŁUG SKALI TISS-28 ALBO TISS-28 DLA DZIECI - 71 PKT	4 906,14	11,76	4 917,90	-	-	-
LECZENIE W OAIIT DLA DZIECI/ OAIIT DLA DOROSŁYCH II POZIOMU - OCENA WEDŁUG SKALI TISS-28 ALBO TISS-28 DLA DZIECI - 72 PKT	4 906,14	12,15	4 918,29	-	-	-

Nazwa produktu jednostkowego	Aktualna wycena [pkt]	Dodatek do taryfy [pkt]	Projekt taryfy [pkt]	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą - aktualna	Dodatek do osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą [pkt]	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą - projekt
LECZENIE W OAIIT DLA DZIECI/ OAIIT DLA DOROSŁYCH II POZIOMU - OCENA WEDŁUG SKALI TISS-28 ALBO TISS-28 DLA DZIECI - 73 PKT	4 906,14	12,15	4 918,29	-	-	-
WARIANT 1 - PRZESZCZEPIENIE SERCA	145 259,00	149,98	145 408,98	-	-	-
WARIANT 1 - PRZESZCZEPIENIE WĄTROBY < 18 LAT ZE ZWŁOK	239 196,00	297,50	239 493,50	-	-	-
WARIANT 11 - MECHANICZNE WSPOMAGANIE KRAŻENIA U CHORYCH O WADZE DO 40 KILOGRAMÓW PRZEZ OKRES 30 DNI	75 604,00	130,63	75 734,63	-	-	-
WARIANT 13 - MECHANICZNE WSPOMAGANIE SERCA POMPĄ WSPOMAGAJĄCĄ LEWĄ KOMORĘ SERCA U PACJENTÓW Z CIĘŻKĄ NIEWYDOLNOŚCIĄ SERCA JAKO POMOST DO TRANSPLANTACJI SERCA BTT (LVAD)	91 873,00	170,61	92 043,61	-	-	-
WARIANT 14 - MECHANICZNE WSPOMAGANIE SERCA POMPĄ WSPOMAGAJĄCĄ LEWĄ KOMORĘ SERCA U PACJENTÓW Z CIĘŻKĄ NIEWYDOLNOŚCIĄ SERCA NIEKWALIFIKUJĄCYCH SIĘ DO TRANSPLANTACJI SERCA JAKO TERAPIA DOCELOWA (LVAD)	91 873,00	38,77	91 911,77	-	-	-
WARIANT 2 - PRZESZCZEPIENIE WĄTROBY < 18 LAT OD ŻYWEGO DAWCY	273 645,00	338,16	273 983,16	-	-	-
WARIANT 2 - ZABIEG WSZCZEPIENIA JEDNEJ SZTUCZNEJ KOMORY I WSPOMAGANIE LEWEJ LUB PRAWEJ KOMORY SERCA PRZEZ OKRES 30 DNI	126 601,00	-	126 601,00	-	-	-
WARIANT 3 - PRZESZCZEPIENIE WĄTROBY >= 18 LAT ZE ZWŁOK	204 476,00	59,61	204 535,61	-	-	-
WARIANT 3 - ZABIEG WSZCZEPIENIA DWÓCH SZTUCZNYCH KOMÓR I WSPOMAGANIE OBU KOMÓR SERCA PRZEZ OKRES 30 DNI	134 551,00	-	134 551,00	-	-	-
WARIANT 4 - MECHANICZNE WSPOMAGANIE KRAŻENIA PRZEZ OKRES 30 DNI	72 954,00	215,88	73 169,88	-	-	-
WARIANT 4 - PRZESZCZEPIENIE WĄTROBY >= 18 LAT OD ŻYWEGO DAWCY	227 785,00	41,57	227 826,57	-	-	-
WARIANT 5 - MECHANICZNE WSPOMAGANIE KRAŻENIA PRZEZ OKRES 30 DNI POŁĄCZONE Z WYMIANĄ 1 SZTUCZNEJ KOMORY	103 996,00	-	103 996,00	-	-	-
WARIANT 6 - MECHANICZNE WSPOMAGANIE KRAŻENIA PRZEZ OKRES 30 DNI POŁĄCZONE Z WYMIANĄ 2 SZTUCZNYCH KOMÓR	123 356,00	166,25	123 522,25	-	-	-
WARIANT 8 - ZABIEG WSZCZEPIENIA DWÓCH SZTUCZNYCH KOMÓR I WSPOMAGANIE OBU KOMÓR SERCA U CHORYCH O WADZE DO 40 KILOGRAMÓW PRZEZ OKRES 30 DNI	375 207,00	344,38	375 551,38	-	-	-
REHABILITACJA OGÓLNOUSTROJOWA W RAMACH KOMPLEKSOWEJ OPIEKI NAD ŚWIADCZENIOBIORCĄ Z NOWOTWOREM PIERSI W WARUNKACH STACJONARNYCH	220,00	10,77	230,77	-	-	-
RKZ REHABILITACJA KARDIOLOGICZNA W RAMACH OPIEKI KOMPLEKSOWEJ PO ZAWALE MIĘŚNIA SERCOWEGO W WARUNKACH STACJONARNYCH	351,00	10,77	361,77	-	-	-

Nazwa produktu jednostkowego	Aktualna wycena [pkt]	Dodatek do taryfy [pkt]	Projekt taryfy [pkt]	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą - aktualna	Dodatek do osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą [pkt]	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą - projekt
KLRP-1 ETAP IIB KATEGORIA II	5 501,23	96,16	5 597,39	-	-	-
KLRP-1 ETAP IIB KATEGORIA III	6 954,56	42,05	6 996,61	-	-	-
KLRP-2 ETAP II A	5 600,00	45,65	5 645,65	-	-	-
KLRP-2 ETAP II B	8 600,00	124,01	8 724,01	-	-	-
KOMPLEKSOWE OPERACYJNE LECZENIE WRODZONEJ SZTYWNOŚCI WIELOSTAWOWEJ	13 539,35	39,13	13 578,48	-	-	-
KOMPLEKSOWE ZACHOWAWCZE LECZENIE WRODZONEJ SZTYWNOŚCI WIELOSTAWOWEJ	4 307,46	-	4 307,46	-	-	-
OPERACYJNE LECZENIE WRODZONEJ SZTYWNOŚCI WIELOSTAWOWEJ	4 923,40	38,91	4 962,31	-	-	-
WYMIANA CEWNIKA Z PRZESTRZENI NADTWARDÓWKOWEJ, PODPAJĘCZYNÓWKOWEJ LUB PODTWARDÓWKOWEJ RDZENIA	1 680,96	-	1 680,96	-	-	-
OSOBODZIEŃ NA ODDZIALE STACJONARNYM DLA DOROSŁYCH - PPT	384,50	11,36	395,86	-	-	-
LECZENIE ZABIEGOWE	15 826,00	19,26	15 845,26	-	-	-


Źródło: opracowanie własne

5. Analiza wpływu na system opieki zdrowotnej

5.1. Analiza wpływu na budżet płatnika publicznego

Celem analizy wpływu na budżet jest ocena konsekwencji finansowych podjęcia decyzji o wprowadzeniu w życie proponowanej wyceny dla świadczeń będących przedmiotem raportu. W ramach niniejszej analizy porównano nakłady finansowe z perspektywy płatnika publicznego ponoszone na realizację świadczeń w ramach obowiązującej wyceny oraz zmiany wynikające z zastosowania proponowanej taryfy, przy założeniu zachowania liczby realizowanych świadczeń na niezmiennym poziomie.

Analiza wpływu na budżet została przeprowadzona z wykorzystaniem danych Narodowego Funduszu Zdrowia o liczbie produktów jednostkowych zrealizowanych w roku 2024 oraz średniej cenie punktu w danym zakresie świadczeń. Należy mieć na uwadze fakt, że analiza uwzględnia również świadczenia, które nie zostały rozliczone (zapłacone) przez NFZ.



Ujęty w skutkach finansowych dodatek nie zastępuje obecnego finansowania żywienia, lecz je uzupełnia – jego celem jest zapewnienie odpowiednich środków na realizację standardu żywienia w różnych typach świadczeń opieki zdrowotnej.

Analiza skutków finansowych wynikających z dodatku z tytułu implementacji standardu żywienia w podmiotach leczniczych wskazuje, że łączny wzrost wydatków płatnika wyniesie **895,5 mln zł**, co odpowiada **1,3%** wartości świadczeń objętych analizą. Wzrost ten obejmuje zarówno świadczenia rozliczane w ramach taryf, jak i te rozliczane na podstawie wyceny. Na poniższym rysunku przedstawiono szczegółowe informacje.

Oszacowanie wpływu na budżet Płatnika z tytułu implementacji dodatku do żywienia

Dane NFZ za rok 2024. Ceny jednostek rozliczeniowych od lipca 2025 r.

Podział ze względu na sposób procedowania zmian oraz rodzaj świadczeń						
Sposób realizacji zlecenia	Liczba realizatorów	Liczba dni żywienia	Wartość obecna	Wartość po zmianie	Zmiana	Zmiana %
Taryfa	1 071	34 646 067	52 297 041 633	53 022 768 084	725 726 450	1,4%
03 LECZENIE SZPITALNE	817	18 946 169	44 710 012 962	45 107 617 461	397 604 499	0,9%
04 OPIEKA PSYCHIATRYCZNA I LECZENIE UZALEŻNIEŃ	259	9 777 754	4 541 750 682	4 746 105 154	204 354 471	4,5%
05 REHABILITACJA LECZNICZA	399	5 922 144	3 045 277 989	3 169 045 469	123 767 480	4,1%
Wycena	857	8 879 596	19 105 465 173	19 275 233 156	169 767 983	0,9%
03 LECZENIE SZPITALNE	822	7 457 433	18 899 129 804	19 039 174 612	140 044 809	0,7%
04 OPIEKA PSYCHIATRYCZNA I LECZENIE UZALEŻNIEŃ	84	936 834		19 579 837	19 579 837	
05 REHABILITACJA LECZNICZA	114	480 811	173 054 377	183 103 353	10 048 976	5,8%
11 ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE KONTRAKTOWANE ODREBNE	29	2 499	10 168 354	10 220 521	52 166	0,5%
18 PROGRAMY PILOTAŻOWE	15	2 019	23 112 638	23 154 833	42 195	0,2%
Suma	1 109	43 525 663	71 402 506 807	72 298 001 240	895 494 433	1,3%

Rysunek 4 Oszacowanie wpływu na budżet Płatnika wynikającego z implementacji standardu żywienia.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

W grupie świadczeń finansowanych według **taryfy świadczeń**, łączny koszt zwiększa się o **725,7 mln zł** (+1,4%). Największy udział w tej wartości ma leczenie szpitalne (03), w którym wzrost wynosi 397,6 mln zł, co odpowiada 0,9% aktualnej wartości finansowania. Zmiana w tym zakresie pozostaje relatywnie niewielka ze względu na dużą skalę świadczeń szpitalnych oraz ich znaczną stabilność kosztową. Znacznie większe, relatywne wzrosty odnotowano w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień (04) oraz w rehabilitacji leczniczej (05). W opiece psychiatrycznej wzrost wynosi 204,4 mln zł, co oznacza 4,5% aktualnego poziomu finansowania, natomiast w rehabilitacji – 123,8 mln zł, co stanowi 4,1% wzrostu. Relatywnie wyższe wzrosty procentowe w tych zakresach wynikają z charakteru udzielanych świadczeń, w których — poza podstawowymi kosztami pobytu — nie występują inne,

wysokokosztowe elementy leczenia, takie jak procedury zabiegowe czy zaawansowane technologie medyczne. W efekcie udział kosztów żywienia w strukturze finansowania tych świadczeń jest proporcjonalnie większy, co sprawia, że dodatek za standard żywienia przekłada się na wyższy wzrost wartości świadczeń niż w pozostałych zakresach.

W przypadku świadczeń rozliczanych na podstawie wyceny, łączny wzrost kosztów wynosi **169,8 mln zł** (+0,9%). Największy wpływ ponownie dotyczy leczenia szpitalnego, w którym zmiana wynosi 140,0 mln zł (+0,7%). W rehabilitacji leczniczej wzrost finansowania o 10,0 mln zł przekłada się jednak na zdecydowanie wyższy procentowy wzrost (+5,8%), co potwierdza szczególną wrażliwość tego zakresu na zmiany stawek żywieniowych. Niewielkie kwotowo, lecz istotne systemowo zmiany odnotowano w świadczeniach kontraktowanych odrębnie oraz w programach pilotażowych – odpowiednio 52 tys. zł i 42 tys. zł. W zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, w części rozliczanej według wyceny, wzrost wynosi 19,6 mln zł, co odzwierciedla koszt rozszerzenia standardu żywienia na świadczenia realizowane w tym obszarze.

5.2. Analiza wpływu na organizację systemu opieki zdrowotnej

Analiza wpływu na organizację systemu opieki zdrowotnej ma na celu ocenę, w jaki sposób implementacja standardu żywienia oraz wprowadzenie dodatku na jego realizację wpłynie na funkcjonowanie podmiotów leczniczych udzielających świadczeń szpitalnych. Przeprowadzone oszacowania wskazują, że dodatek ten stanowi uzupełnienie dotychczasowego finansowania żywienia, które już było uwzględnione w wycenie świadczeń. Nowe rozwiązanie ma charakter organizacyjno-finansowy i służy zapewnieniu jednolitego, wysokiego standardu żywienia pacjentów we wszystkich podmiotach wykonujących świadczenia hospitalizacyjne.

Wdrożenie dodatku będzie miało znaczenie nie tylko finansowe – skutki organizacyjne obejmą także sposób zarządzania procesem żywienia pacjentów w szpitalach. Wprowadzenie standardu żywienia w praktyce wymaga uporządkowania i ujednolicenia procedur związanych z planowaniem jadłospisów, przygotowaniem posiłków, koordynacją pracy personelu, a także monitorowaniem jakości i zgodności posiłków ze standardem. Zmiany w wycenie przyczynią się do zwiększenia przejrzystości stosowanych rozwiązań, a także stworzą warunki do realnego podniesienia jakości żywienia, co jest kluczowe z perspektywy bezpieczeństwa pacjenta, wspierania leczenia i budowania pozytywnych doświadczeń zdrowotnych.

W efekcie implementacja standardu żywienia będzie sprzyjać zapewnieniu jednolitego poziomu jakości żywienia pacjentów w całym systemie. Wprowadzenie dodatku umożliwi szpitalom podniesienie jakości i wartości odżywczej posiłków, szersze dostosowanie diet do potrzeb klinicznych pacjentów oraz trwałe uporządkowanie wewnętrznych procesów żywieniowych. W perspektywie systemowej przełoży się to na lepszą spójność opieki, większą równość dostępu do standardowych świadczeń oraz poprawę doświadczeń pacjentów.

Proponowane rozwiązanie, mimo że wiąże się ze wzrostem wydatków płatnika o ok. 895,5 mln zł (tj. o 1,3% wartości obecnego finansowania świadczeń hospitalizacyjnych), stanowi inwestycję w jakość i bezpieczeństwo opieki. Ponadto analiza per saldo pokazuje, że wartość dodatków przewyższa kwotę dotychczasowego pilotażu „Dobry Posiłek w szpitalu” o 30,6 mln zł (+3,5%), co oznacza, że system otrzyma stabilny, wyższy i bardziej równomiernie dystrybuowany strumień finansowania.

Największy szacowany wzrost finansowania obserwuje się w podmiotach powiatowych, gminnych i miejskich, które łącznie generują 247,1 mln zł dodatkowych środków, co stanowi 1,2% ich obecnego budżetu. Najważniejszą rolę odgrywa tu leczenie szpitalne, gdzie wzrost wynosi 195 mln zł, co wynika z dużej skali hospitalizacji w szpitalach powiatowych. Jednocześnie to właśnie w opiece psychiatrycznej (+6,2%) i rehabilitacji leczniczej (+4,1%) notuje się najwyższe wzrosty procentowe, co świadczy o relatywnie większym niedofinansowaniu żywienia w tych zakresach przed wprowadzeniem dodatku.

Podmioty wojewódzkie odpowiadają za wzrost finansowania o 290,6 mln zł (+1,3%). Największy udział ma leczenie szpitalne (176,6 mln zł), choć również tutaj szczególnie wyraźne wzrosty procentowe dotyczą opieki psychiatrycznej (+4,6%) i rehabilitacji (+4,1%). Oznacza to, że dodatek umożliwia poprawę standardu żywienia także w placówkach o profilu wysokospecjalistycznym, gdzie koszty pobytu pacjenta są zróżnicowane, a zapotrzebowanie na zindywidualizowane żywienie jest wysokie.

W podmiotach klinicznych, realizujących świadczenia najbardziej złożone i wysokospecjalistyczne, łączny wzrost wynosi 113,6 mln zł, co odpowiada 0,7% aktualnego poziomu finansowania. W leczeniu szpitalnym wzrost wynosi 98,6 mln zł, natomiast wyższe wzrosty procentowe odnotowano ponownie w opiece psychiatrycznej (+4,3%) i rehabilitacji (+3,6%). Oznacza to, że dodatek wzmacnia finansowanie żywienia również w placówkach o dużym stopniu specjalizacji, gdzie potrzeby żywieniowe pacjentów często są bardziej złożone.

Podmioty resortowe (MSWiA, wojskowe) generują wzrost wartości świadczeń o 16,7 mln zł (+1,0%). Choć ich udział w całkowitej liczbie świadczeń jest mniejszy, to podobnie jak w innych kategoriach, najwyższe wzrosty procentowe dotyczą opieki psychiatrycznej (+4,6%) oraz rehabilitacji (+4,1%). Pokazuje to, że dodatek wyrównuje poziom finansowania żywienia także w mniejszych segmentach systemu ochrony zdrowia.

Oszacowanie wpływu na budżet Płatnika - taryfy i wyceny

Dane NFZ za rok 2024. Ceny jednostek rozliczeniowych od lipca 2025 r.

Podział ze względu na kategorię realizatora oraz rodzaj świadczeń

Kategoria	Liczba realizatorów	Liczba dni żywienia	Wartość obecna	Wartość po zmianie	Zmiana	Zmiana %
Powiatowy, gminny, miejski	286	12 064 324	20 384 417 298	20 631 563 437	247 146 139	1,2%
03 LECZENIE SZPITALNE	285	9 568 709	19 258 052 482	19 453 041 283	194 988 801	1,0%
04 OPIEKA PSYCHIATRYCZNA I LECZENIE UZALEŻNIEŃ	54	867 491	291 434 227	309 564 464	18 130 237	6,2%
05 REHABILITACJA LECZNICZA	148	1 627 368	830 296 525	864 307 826	34 011 300	4,1%
11 ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE KONTRAKTOWANE ODREBNI	6	570	845 453	857 366	11 913	1,4%
18 PROGRAMY PILOTAŻOWE	5	186	3 788 612	3 792 499	3 887	0,1%
Wojewódzki	139	14 103 736	21 858 910 889	22 149 498 486	290 587 597	1,3%
03 LECZENIE SZPITALNE	125	8 650 087	19 275 928 234	19 452 537 656	176 609 422	0,9%
04 OPIEKA PSYCHIATRYCZNA I LECZENIE UZALEŻNIEŃ	44	4 084 141	1 875 832 036	1 961 190 333	85 358 296	4,6%
05 REHABILITACJA LECZNICZA	86	1 367 698	701 509 402	730 091 452	28 582 050	4,1%
11 ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE KONTRAKTOWANE ODREBNI	12	1 695	4 542 231	4 577 656	35 425	0,8%
18 PROGRAMY PILOTAŻOWE	1	115	1 098 987	1 101 390	2 403	0,2%
Kliniczny	59	5 583 210	16 320 575 507	16 434 175 614	113 600 106	0,7%
03 LECZENIE SZPITALNE	58	4 867 297	15 926 447 962	16 025 086 348	98 638 386	0,6%
04 OPIEKA PSYCHIATRYCZNA I LECZENIE UZALEŻNIEŃ	19	454 077	222 350 416	231 840 808	9 490 392	4,3%
05 REHABILITACJA LECZNICZA	32	260 023	150 390 977	155 824 478	5 433 501	3,6%
11 ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE KONTRAKTOWANE ODREBNI	11	234	4 780 671	4 785 499	4 828	0,1%
18 PROGRAMY PILOTAŻOWE	8	1 579	16 605 481	16 638 480	32 999	0,2%
Inny (MSWiA, wojskowy)	30	823 033	1 711 941 970	1 728 666 909	16 724 938	1,0%
03 LECZENIE SZPITALNE	30	660 357	1 632 075 382	1 645 400 281	13 324 899	0,8%
04 OPIEKA PSYCHIATRYCZNA I LECZENIE UZALEŻNIEŃ	4	46 068	20 805 881	21 768 806	962 925	4,6%
05 REHABILITACJA LECZNICZA	13	116 608	59 060 708	61 497 823	2 437 114	4,1%
Niepubliczny	595	10 951 360	11 126 661 142	11 354 096 794	227 435 653	2,0%
03 LECZENIE SZPITALNE	354	2 657 152	7 516 638 707	7 570 726 506	54 087 800	0,7%
04 OPIEKA PSYCHIATRYCZNA I LECZENIE UZALEŻNIEŃ	162	5 262 811	2 131 328 123	2 241 320 581	109 992 458	5,2%
05 REHABILITACJA LECZNICZA	157	3 031 258	1 477 074 753	1 540 427 243	63 352 490	4,3%
18 PROGRAMY PILOTAŻOWE	1	139	1 619 559	1 622 464	2 905	0,2%
Suma	1 109	43 525 663	71 402 506 807	72 298 001 240	895 494 433	1,3%

Rysunek 5 Oszacowanie wpływu na budżet Płatnika wynikającego z implementacji standardu żywienia w podziale na kategorię świadczeniodawcy i rodzaj świadczeń

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Przedstawione na poniższym rysunku dane wskazują, że dotychczas realizowany program pilotażowy „Dobry Posiłek”, który zakończy się wraz z końcem bieżącego roku, generował dla świadczeniodawców przychody na poziomie **864,9 mln zł w skali roku**. Wprowadzenie dodatku z tytułu implementacji

standardu żywienia – włączonego bezpośrednio do produktów rozliczeniowych – będzie natomiast wiązać się z jeszcze większym wsparciem finansowym, którego wartość oszacowano na **895,5 mln zł**. Oznacza to wzrost finansowania o **30,6 mln zł**, czyli **3,5%** w porównaniu z kosztem pilotażu.

Różnica ta odzwierciedla efekty rozszerzenia i ujednolicenia finansowania żywienia w całym systemie, w którym dodatek staje się elementem stałym, a nie odrębnym mechanizmem pilotażowym. Umożliwi pełne wdrożenie standardu żywienia oraz utrzymanie jakości żywienia pacjentów w długiej perspektywie.

Wpływ zmiany sposobu finansowania świadczeń na budżety świadczeniodawców

Dane NFZ za rok 2024. Ceny jednostek rozliczeniowych od lipca 2025 r. Wartość Dobrego Posiłku za rok 2024

Świadczenia	Wartość pilotażu Dobry Posiłek	Wartość dodatków z tytułu implementacji standardu żywienia	Zmiana per saldo	Zmiana per saldo %
Świadczenia opieki zdrowotnej - żywienie w szpitalu	864 860 816	895 494 433	30 633 617	3,5%
Suma	864 860 816	895 494 433	30 633 617	3,5%

Rysunek 6 Wartość świadczeń rozliczonych produktami do implementacji standardu żywienia.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

6. Najważniejsze informacje i wnioski

Wdrożenie standardu żywienia w podmiotach leczniczych należy interpretować jako systemową kontynuację i upowszechnienie rozwiązań wypracowanych w programach pilotażowych, w szczególności - *Dobry posiłek w szpitalu*. Pilotaż ten w latach 2023-2025 pełnił funkcję swego rodzaju narzędzia weryfikacji i optymalizacji dla nowego modelu żywienia, łączącego poradnictwo dietetyczne z dodatkowym finansowaniem osobodnia żywieniowego w wysokości 25,62 zł. Dane NFZ (582 świadczeniodawców, ok. 3,72 mln pacjentów w 2024 r.) potwierdzają zarówno skalę zapotrzebowania, jak i zdolność systemu do wdrażania podwyższonego standardu żywienia przy zapewnieniu odpowiedniego finansowania.

Projektowane taryfy związane ze standardem żywienia mają charakter trwałego uzupełnienia środków przeznaczanych na żywność, a nie jedynie krótkookresowego programu. Oznacza to przejście od czasowo ograniczonego pilotażu - adresowanego do części szpitali - do stałego rozwiązania wbudowanego w system taryf NFZ, obejmującego wszystkie rodzaje świadczeń szpitalnych, psychiatrycznych i rehabilitacyjnych spełniających wymogi standardu.

W praktyce standard zastępuje logikę selektywnego pilotażu logiką powszechnej dostępności. Każdy świadczeniodawca będzie zobligowany do wdrożenia wymagań organizacyjnych oraz jakościowych, co będzie skutkowało dodatkowym finansowaniem na żywienie.

Implementacja standardu ma sprzyjać równości finansowania i równości dostępu. Dzięki ukierunkowaniu środków bezpośrednio na poprawę organizacji i jakości żywienia, projektowana taryfa ma ograniczać dotychczasowe różnice pomiędzy szpitalami, w tym pomiędzy placówkami publicznymi i niepublicznymi - większość tych ostatnich nie była wcześniej objęta pilotażem „Dobry posiłek w szpitalu”. Włączenie ich do systemu taryfowego w oparciu o standard żywienia umożliwi objęcie jednolitymi wymaganiami znacznie szerszej części systemu.

Standard żywienia ma być szeroko dostępny, ogólnosystemowy i na stałe powiązany z finansowaniem świadczeń, podczas gdy pilotaże pełniły rolę etapów przygotowawczych i badawczych. Wdrożenie standardu wraz z dedykowaną taryfą lub wyceną ma:

- podnieść wartość odżywczą i jakość posiłków;
- zapewnić lepsze dopasowanie diet do wieku, stanu klinicznego i sytuacji żywieniowej pacjentów;
- uporządkować i ujednolicić procesy żywieniowe (planowanie, przygotowanie, dystrybucja, kontrola jakości);
- wzmocnić komponent edukacyjny i informacyjny (jadłospisy, wyniki badań, materiały edukacyjne, kanały zgłaszania uwag).

Oczekiwanym efektem, widzianym z poziomu systemu, jest trwała poprawa standardu żywienia jako integralnej części świadczeń szpitalnych, a nie dodatku zależnego od udziału w pilotażu. Propozycja nowych taryf i wycen będzie wiązać się ze wzrostem wydatków płatnika, ale jednocześnie przyczyni się do zwiększenia dostępności i spójności opieki, szczególnie przez objęcie finansowaniem podmiotów, które dotychczas nie uczestniczyły w programach pilotażowych. Tym samym standard żywienia staje się ogólnodostępną formą kontynuacji i rozwinięcia działań na rzecz poprawy żywienia pacjentów w szpitalach, zapoczątkowanych w ramach pilotaży „Dieta Mamy” i „Dobry posiłek w szpitalu”.

7. Bibliografia

1. Raport NIK dotyczący żywienia pacjentów w szpitalach z 15.02.2018 r. (<https://www.nik.gov.pl/najnowsze-informacje-o-wynikach-kontroli/nik-o-zywieniu-w-szpitalach.html>), dostęp dnia: 1.12.2025 r.
2. Raport końcowy NFZ z programu pilotażowego „Standard szpitalnego żywienia kobiet w ciąży i w okresie poporodowym – Dieta Mamy” z 29.05.2023 r. (<https://www.nfz.gov.pl/o-nfz/programy-i-projekty/programy/program-pilotazowy-dieta-mamy/>), dostęp dnia: 1.12.2025 r.
3. <https://www.apotheken-umschau.de/gesund-bleiben/ernaehrung/ernaehrung-in-kliniken-buendnis-fuer-besseres-essen-in-krankenhaeusern-1081759.html>, dostęp dnia: 2.12.2025 r.
4. <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/kwaliteit-van-de-zorg/prestatiebekostiging-ziekenhuizen>, dostęp dnia: 2.12.2025 r.
5. <https://www.ntvg.nl/artikelen/gepersonaliseerde-voedingszorg-standaardzorg>, dostęp dnia: 2.12.2025.
6. <https://www.skipr.nl/nieuws/patient-die-voldoende-eiwitten-eet-ligt-minder-lang-in-ziekenhuis/>, dostęp dnia: 2.12.2025 r.
7. <https://nvz-ziekenhuizen.nl/actualiteit-en-opinie/zorgsector-zet-grote-stap-naar-gezond-voedingsaanbod-goed-op-koers-naar-2030>, dostęp dnia: 2.12.2025 r.
8. <https://healthydebate.ca/2012/05/topic/cost-of-care/hospital-food/>, dostęp dnia: 2.12.2025 r.
9. <https://www.policyalternatives.ca/news-research/revolutionizing-hospital-food-for-a-healthier-inclusive-economy/>, dostęp dnia: 2.12. 2025 r.
10. <https://healthstandards.org/standard/malnutrition-prevention-detection-and-treatment/>, dostęp dnia: 2.12.2025 r.

Spis tabel

Tabela 1 Katalog produktów rozliczeniowych programu pilotażowego "Dieta mamy"	8
Tabela 2 Katalog produktów rozliczeniowych programu pilotażowego "Dobry posiłek w szpitalu"	8
Tabela 3 Struktura realizatorów, liczby pacjentów oraz liczby i wartości świadczeń "Dobry posiłek w szpitalu" w podziale na poziomy szpitali w sieci PSZ w 2024 roku.	10
Tabela 4 Struktura realizatorów, liczby pacjentów oraz liczby i wartości świadczeń "Dobry posiłek w szpitalu" w podziale na kategorie szpitali w 2024 roku.	10
Tabela 5 Struktura realizatorów, liczby pacjentów oraz liczby świadczeń "Porada żywieniowa" w podziale na kategorie szpitali w 2024 roku.	10
Tabela 6 Wartości dziennych stawek dodatku do żywienia.	16
Tabela 7 Projekt taryfy - świadczenia w rodzaju: opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	19
Tabela 8 Projekt taryfy - pozostałe świadczenia	21
Tabela 9 Produkty rozliczeniowe objęte wyceną (poza procesem taryfikacji)	46

Spis rysunków

Rysunek 1 Liczba realizatorów oraz liczba zrealizowanych świadczeń "Dobry posiłek w szpitalu" w 2024 roku. ..	9
Rysunek 2 Liczba i wartość świadczeń rozliczonych produktami do implementacji standardu żywienia.	11
Rysunek 3 Wartość świadczeń rozliczonych produktami do implementacji standardu żywienia.	12
Rysunek 4 Oszacowanie wpływu na budżet Płatnika wynikającego z implementacji standardu żywienia.	69
Rysunek 5 Oszacowanie wpływu na budżet Płatnika wynikającego z implementacji standardu żywienia w podziale na kategorię świadczeniodawcy i rodzaj świadczeń	71
Rysunek 6 Wartość świadczeń rozliczonych produktami do implementacji standardu żywienia.	72

8. Załączniki

Załącznik 1. Produkty rozliczeniowe w sprawie ustalenia taryfy świadczeń