

Formularz zgłaszania uwag do raportu

w sprawie ustalenia taryfy świadczeń¹



Prześlij formularz

Numer raportu:

Tytuł raportu:

Uwagi, oprócz przesłania drogą elektroniczną, należy wraz z wypełnionym i własnoręcznie podpisanym Oświadczeniem o Konflikcie Interesów złożyć w siedzibie Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, ul. Przeskok 2, 00-032 Warszawa, bądź przesłać przesyłką kurierską lub pocztową na adres siedziby Agencji.

Uwagi można zgłaszać w terminie 7 dni od dnia opublikowania raportu w sprawie ustalenia taryfy świadczeń w Biuletynie Informacji Publicznej (BIP). Uwagi dostarczone do siedziby AOTMiT po upływie tego terminu nie będą rozpatrywane.

UWAGA! Zgłoszone uwagi i oświadczenie dotyczące konfliktu interesów będą publikowane w BIP AOTMiT.²

OŚWIADCZENIE O KONFLIKCIE INTERESÓW³ (OKI)

Imię i nazwisko osoby składającej OKI⁴:

Dotyczy wniosku/ów mającego/ych być przedmiotem obrad Rady do spraw Taryfikacji:

Czego dotyczy OKI⁵:

- ☐ Przygotowanie ekspertyzy/opracowania w formie pisemnej lub ustnej dla Rady do spraw Taryfikacji dotyczącego:
-
- ☐ Udział w posiedzeniu Rady do spraw Taryfikacji eksperta z dziedziny medycyny, której dotyczą omawiane na posiedzeniu wnioski lub informacje, osoby uczestniczącej w konsultacjach w dniu
-
- ☐ Udział w posiedzeniu Rady do spraw Taryfikacji innej osoby zaproszonej przez przewodniczącego Rady, w dniu
-

¹ zgodnie z art. 311b ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r., poz. 1510 z późn. zm.)

² zgodnie z art. 311b ust. 6 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r., poz. 1510 z późn. zm.)

³ o której mowa w art. 31sa ust. 10 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r., poz. 1510 z późn. zm.)

⁴ Niniejsze dane podlegają ochronie, zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. U. UE.L. z 2016 r.119.1)

⁵ zaznaczyć tylko 1 pole



Złożenie uwag do opublikowanego raportu w sprawie ustalenia taryfy świadczeń

Numer raportu:

8/2021

Tytuł raportu:

ŚWIADCZENIA GWARANTOWANE ZWIĄZANE Z PODANIEM CHEMII

Oświadczam, że w stosunku do mnie mojego małżonka/mojej małżonki, mojego zstępnego lub wstępnego w linii prostej, osoby, z którą/osób, z którymi pozostaję we wspólnym pożyciu :



nie zachodzą okoliczności określone w art. 31sa ust. 8 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r., poz. 1510 z późn. zm.),



zachodzą okoliczności określone w art. 31sa ust. 8 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r., poz. 1510 z późn. zm.), tj.:



pełnienie funkcji członka organów lub przedstawiciela przedsiębiorcy wykonującego działalność gospodarczą w zakresie doradztwa związanego z taryfikacją lub rozliczaniem świadczeń opieki zdrowotnej;



posiadanie akcji lub udziałów w podmiotach wykonujących działalność gospodarczą w zakresie doradztwa związanego z taryfikacją lub rozliczaniem świadczeń opieki zdrowotnej;



wykonywanie działalności gospodarczej w zakresie doradztwa związanego z taryfikacją oraz rozliczaniem świadczeń opieki zdrowotnej;



wykonywanie zajęć zarobkowych w zakresie doradztwa związanego z taryfikacją oraz rozliczaniem świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie umów z podmiotami wykonującymi działalność gospodarczą w zakresie doradztwa związanego z taryfikacją lub rozliczaniem świadczeń opieki zdrowotnej.

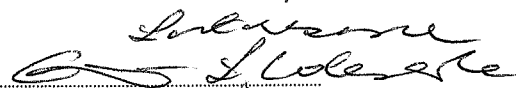
Proszę podać szczegóły, które Pani/Pan uzna za niezbędne, oraz nazwy podmiotów, z którymi wiąże Panią/Pana (małżonka/małżonkę, zstępnych lub wstępnych w linii prostej lub osoby z którymi pozostaje Pan/Pani we wspólnym pożyciu) relacje powodujące konflikt interesów. Opis powinien być możliwie zwięzły.

Jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.


Wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i udostępnianie danych osobowych zawartych w OKI których podstawa przetwarzania nie wynika z wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na AOTMiT w celu identyfikacji konfliktu interesów zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. U. UE.L. z 2016 r.119.1).

Data składania i podpis osoby składającej OKI

09.06.21



Uwagi do raportu w sprawie ustalenia taryfy świadczeń

Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Uwagi
str. 54	Obniżenie obecnie obowiązujących współczynników korygujących nie znajduje uzasadnienia w rzeczywistości ponoszonych kosztach przez Szpital i doprowadzi do pogorszenia już trudnej sytuacji finansowej Kliniki Hematologii i Onkologii Dziecięcej, która jest wynikiem wieloletniego niedoszacowania procedur realizowanych w ramach umów z NFZ. Proponowana obniżka taryfy w skali roku pogłębi stratę Kliniki o 18%. W załączeniu przekazuję kalkulacje kosztowe. 

* Umożliwiający identyfikację fragmentu raportu, do którego odnoszą się wniesione uwagi; nie dotyczy w przypadku uwag ogólnych.

W przypadku zgłoszonych w uwagach zarzutów względem wysokości lub zasad ustalania taryfy, zwracamy się z prośbą o przedstawienie informacji, jaki według Państwa wiedzy jest rzeczywisty koszt realizacji danego świadczenia, wraz z kalkulacją.

Ewentualne dodatkowe pliki należy załączyć do wiadomości e-mail wygenerowanej dla przesłania formularza z uwagami.

Prześlij formularz

KOD PRODUKTU	nazwa produktu jednostkowego	obecna wycena katalogowa za 1 osobodzień pobytu wraz z obecnie obowiązującym współczynnikiem 1,2	obecna wycena katalogowa za 1 osobodzień pobytu wraz z obecnie obowiązującym współczynnikiem 1,2	średni czas pobytu
5.08.05.0000174	HOSPITALIZACJA HEMATOONKOLOGICZA U DZIECI/ZAKWATEROWANIE	1 069,20 zł	1 002,00 zł	5,2

KOD PRODUKTU	nazwa produktu jednostkowego	PROJEKT NOWEJ TARYFY za 1 osobodzień pobytu wraz z OBNIZONYM współczynnikiem DO 1,18	PROJEKT NOWEJ TARYFY za 1 osobodzień pobytu wraz z OBNIZONYM współczynnikiem DO 1,18
5.08.05.0000174	HOSPITALIZACJA HEMATOONKOLOGICZA U DZIECI/ZAKWATEROWANIE	1 051,38 zł	985,30 zł

średni koszt opieki na oddziale (I kwartał 2021 r.)	659,00 zł
średni koszt osobodnia pobytu (I kwartał 2021 r.)	309,31 zł
średni koszt diagnostyki na leczonem - wyliczony w oparciu o zakodowane procedury diagnostyczne dla pacjentów hospitalizowanych w ramach produktu 5.08.05.0000174	685,85 zł

obłożenie łóżek I kwartał 2021

96%

Średni przychód za 1 świadczenie przy 5 osobodniach pobytu wg projektu nowej taryfy	Średni koszt hospitalizacji w ramach produktu 5.08.05.0000174	Wynik na 1 świadczeniu z obecnym współczynnikiem	Wynik na 1 świadczeniu z planowaną nową taryfą	POGŁĘBIENIE STRATY NA 1 HOSPITALIZACJI O:
5 124,74 zł	5 681,45 zł	- 469,85 zł	- 556,71 zł	- 86,86 zł



w skali roku

liczba hospitalizacji w 2019 r.

symulacja wyniku na działalności w skali roku	1101	5 17 305,75 zł	6 12 938,61 zł	95 632,86 zł
---	------	----------------	----------------	--------------

średni czas pobytu
1,0

KOD PRODUKTU	nazwa produktu jednostkowego	obecna wycena katalogowa z obecnie obowiązującymi współczynnikami 1,2 i 1,2 i 3 osobodzień
5.08.05.00000175	HOSPITALIZACJA JEDNEGO DNIA ZWIĄZANA Z PODANIEM LEKU Z CZĘŚCI A KATALOGU LEKÓW	468,00 zł

KOD PRODUKTU	nazwa produktu jednostkowego	PROJEKT NOWEJ TARYFY za 1 osobodzień pobytu wraz z OBNIŻONYM współczynnikiem DO 1,18
5.08.05.00000175	HOSPITALIZACJA JEDNEGO DNIA ZWIĄZANA Z PODANIEM LEKU Z CZĘŚCI A KATALOGU LEKÓW	460,00 zł

Średni koszt opieki na oddziale (I kwartał 2021 r.)	659,00 zł
Średni koszt osobodnia pobytu (I kwartał 2021 r.)	309,31 zł
Średni koszt diagnostyki na leczonego - wyliczony w oparciu o zakodowane procedury diagnostyczne dla pacjentów hospitalizowanych w ramach produktu 5.08.05.00000174	50,47 zł

obłożenie łóżek I kwartał 2021 96%

Średni przychód za 1 świadczenie przy 5 osobodniach pobytu wg obecnego katalogu i współczynnika 1,2	Średni przychód za 1 świadczenie przy 5 osobodniach pobytu wg projektu nowej taryfy	Średni koszt hospitalizacji w ramach produktu 5.08.05.00000175	Wynik na 1 świadczeniu z obecnym współczynnikiem	Wynik na 1 świadczeniu z planowaną nową taryfą	POGŁĘBIENIE STRATY NA 1 HOSPITALIZACJI O:
468,00 zł	460,00 zł	1 018,78 zł -	550,78 zł -	558,78 zł	8,00 zł

→
w skali roku

symulacja wyniku na działalności w skali roku	136 -	74 905,70 zł -	75 993,70 zł	1 088,00 zł
---	-------	----------------	--------------	-------------

Uniwersytecki Szpital Dziecięcy
w Krakowie
30-663 Kraków, ul. Wielicka 265
REGON 351375886 NIP 679-25-25-795
14