



Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

Wydział Taryfikacji

Świadczenia gwarantowane – zabiegi rekonstrukcyjne deformacji układu kostno- stawowego < 18 r.ż. – finansowane w ramach produktu rozliczeniowego NFZ z katalogu leczenie szpitalne: H92

Raport w sprawie ustalenia taryfy świadczeń

nr WT.521.23.2016

data ukończenia 2.12.2016

Objaśnienia skrótów

| | |
|-------------------------------|---|
| Agencja/AOTMiT | Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji |
| bd. | brak danych |
| CSIOZ | Centrum Systemów Informatycznych w Ochronie Zdrowia |
| ICD-9 PL | międzynarodowa klasyfikacja procedur medycznych – wersja polska (ang. <i>International Classification System for Surgical, Diagnostic and Therapeutic Procedures</i>) |
| ICD-10 | międzynarodowa statystyczna klasyfikacja chorób i problemów zdrowotnych (ang. <i>International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems</i>) |
| JGP | jednorodne grupy pacjentów |
| KTS | Zespół Klippela-Trénaunay’a |
| MZ | Ministerstwo Zdrowia |
| nd. | nie dotyczy |
| NFZ/Płatnik | Narodowy Fundusz Zdrowia |
| NIL | Naczelna Izba Lekarska |
| NLP | niesteroidowe leki przeciwzapalne |
| OECD | Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (ang. <i>Organization for Economic Co-operation and Development</i>) |
| PETS | przezskórna epifizjodeza z użyciem śrub przezchrząstkowych |
| PKB | produkt krajowy brutto |
| PPP | parytet siły nabywczej (ang. <i>purchasing power parity</i>) |
| PWS | Zespół Parkes-Weber |
| Ustawa o świadczeniach | Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2015 r., poz. 581, z późn. zm.) |
| WHO | Światowa Organizacja Zdrowia (ang. <i>World Health Organization</i>) |

Spis treści

| | |
|--|-----------|
| 1. Problem decyzyjny | 4 |
| 2. Taryfikowane świadczenie | 6 |
| 2.1. Charakterystyka świadczenia | 6 |
| 2.2. Aktualny stan finansowania w Polsce | 10 |
| 2.3. Analiza popytu i podaży..... | 12 |
| 2.4. Taryfy w innych krajach..... | 47 |
| 2.5. Cenniki komercyjne | 59 |
| 3. Projekt taryfy..... | 61 |
| 3.1. Pozyskanie danych | 61 |
| 3.2. Analiza danych..... | 63 |
| 3.3. Projekt taryfy..... | 71 |
| 4. Analiza wpływu na system opieki zdrowotnej..... | 72 |
| 4.1. Analiza wpływu na budżet płatnika publicznego | 72 |
| 4.2. Analiza wpływu na organizację systemu opieki zdrowotnej | 73 |
| 5. Najważniejsze informacje i wnioski | 74 |
| 6. Bibliografia | 77 |
| 7. Spis tabel i rycin | 79 |
| 8. Załączniki..... | 82 |

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 Plan Taryfikacji na rok 2016 zatwierdzony przez Ministra Zdrowia 21.07.2015 r., w punkcie 1b *Choroby układu mięśniowo-szkieletowego*.

Przedmiotem raportu jest

świadczenie gwarantowane z zakresu leczenia szpitalnego, zgodnie z art. 15 Ustawy o świadczeniach, scharakteryzowane następującymi procedurami medycznymi (kod ICD-9) i rozpoznaniem (kod ICD-10):

| | | |
|------------|--|--|
| Kod ICD-9 | Otwarta epifizjodeza: | 78.222, 78.223, 78.224, 78.225, 78.227, 78.228 |
| | Przezskórna epifizjodeza: | 78.232, 78.233, 78.234, 78.235, 78.237, 78.238 |
| | Przeszczep kostny z lub bez unieruchomienia wewnętrznego lub osteotomii: | 78.312, 78.313, 78.314, 78.315, 78.317, 78.318 |
| | Metoda rozciągania z lub bez korytkotomii: | 78.323, 78.325, 78.327, 78.329 |
| | Zabieg naprawczy złego zrostu lub braku zrostu: | 78.422, 78.423, 78.425, 78.427, 78.428 |
| | Założenie zewnętrznego urządzenia stabilizującego, system pierścieniowo-prętowy - system typu Ilizarowa: | 84.721 |
| | Założenie zewnętrznego urządzenia stabilizującego - system wielopłaszczyznowy: | 84.74 |
| | Rekonstrukcja pierwotna wrodzonych i nabytych deformacji: | 84.811, 84.871, 84.941, 84.951, 84.961, 84.971, 84.981 |
| | Rekonstrukcja wtórna wrodzonych i nabytych deformacji: | 84.942, 84.952, 84.962, 84.972, 84.982 |
| Kod ICD-10 | Mózgowe porażenie dziecięce i inne zespoły porażenne | G80.0, G80.1, G82.0, G82.1 |
| | Artropatie – inne choroby stawów | M21.0, M21.1, M21.2, M21.3, M21.4, M21.5, M21.6, M21.7, M21.8 |
| | Choroby tkanki kostnej i chrzęstnej – zaburzenia mineralizacji i struktury kości | M84.0, M84.1, M84.2, M84.8, M84.9, M85.0, M85.1, M85.2, M85.3, M85.4, M85.5, M85.6, M85.8, M85.9 |
| | Choroby tkanki kostnej i chrzęstnej – inne choroby kości | M87.0, M87.1, M87.2, M87.3, M87.8, M87.9, M89.3 |
| | Choroby tkanki kostnej i chrzęstnej – choroby tkanki chrzęstnej | M91.0, M91.1, M91.2, M91.3, M91.8, M91.9, M92.0, M92.1, M92.2, M92.3, M92.4, M92.5, M92.6, M92.7, M92.8, M92.9, M93.0 |
| | Inne choroby układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej | M95.4, M95.5, M95.8 |
| | Wrodzone wady rozwojowe układu nerwowego | Q05.2 |
| | Wrodzone wady rozwojowe i zniekształcenia układu mięśniowo-szkieletowego | Q65.0, Q65.1, Q65.2, Q65.3, Q65.4, Q65.5, Q65.6, Q65.8, Q65.9, Q66.0, Q66.1, Q66.2, Q66.3, Q66.4, Q66.5, Q66.6, Q66.7, Q66.8, Q68.0, Q68.1, Q68.2, Q68.3, Q68.4, Q68.5, Q68.8, Q71.0, Q71.1, Q71.2, Q71.3, Q71.4, Q71.5, Q71.6, Q71.8, Q71.9, Q72.0, Q72.1, Q72.2, Q72.3, Q72.4, Q72.5, Q72.6, Q72.7, Q72.8, Q72.9, Q74.0, Q74.1, Q74.2, Q74.3, Q74.8, Q77.3, Q77.4, Q77.5, Q77.6, Q77.7, Q77.8, Q77.9 |

| | | |
|--|---|---|
| | | Q78.0, Q78.1, Q78.2, Q78.3, Q78.4, Q78.5, Q78.6, Q78.8, Q78.9, Q79.8, Q79.9 |
| | Inne wrodzone wady rozwojowe | Q87.5 |
| | Objawy i cechy chorobowe dotyczące układu nerwowego i mięśniowo-szkieletowego | R29.4 |
| | Urazy barku i ramienia | S42.1, S42.2, S42.3, S42.4, S42.7, S42.8, S42.9, S43.4, S43.5, S43.6, S43.7 |
| | Urazy łokcia i przedramienia | S52.0, S52.1, S52.2, S52.3, S52.4, S52.5, S52.6, S52.7, S52.8, S52.9, S53.0, S53.1, S53.2, S53.3, S53.4 |
| | Urazy nadgarstka i ręki | S62.2, S62.3, S62.4, S62.5, S62.7, S62.8, S63.0, S63.3, S63.4, S63.5, S63.6, S63.7 |
| | Urazy biodra i uda | S72.0, S72.1, S72.2, S72.3, S72.4, S72.7, S72.8, S72.9, S73.0, S73.1 |
| | Urazy kolana i podudzia | S82.1, S82.2, S82.3, S82.4, S82.5, S82.6, S82.7, S82.8, S82.9, S83.1 |
| | Urazy stawu skokowego i stopy | S92.0, S92.1, S92.2, S92.3, S92.4, S92.7, S93.0 |

identyfikowane produktem rozliczeniowym Narodowego Funduszu Zdrowia z rodzaju leczenie szpitalne, zgodnie z art. 16 ust. 2 ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, określonymi w załączniku 1a do Zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne:

H92 Zabiegi rekonstrukcyjne deformacji układu kostno-stawowego < 18 r.ż. – kod produktu: 5.51.01.0008092

zwane w dalszej części raportu świadczeniami zdrowotnymi rozliczanymi w ramach grupy H92.

2. Taryfikowane świadczenie

2.1. Charakterystyka świadczenia

Epifizjodeza

Nierówność kończyn stanowi przede wszystkim problem funkcjonalny, a nie kosmetyczny. Skrócenie kończyny powoduje utykanie, zwiększa wydatek energetyczny z powodu pionowych ruchów miednicy i jest przyczyną skoliozy z bólami części lędźwiowej. Jedną z metod leczenia jest epifizjodeza, czyli zablokowanie wzrostu szybciej rosnącej kości (zablokowanie chrząstki wzrostowej). Jest stosowana u rosnących dzieci i pozwala na wyrównanie asymetrii długości kończyn do 5 cm. Wymaga starannego planowania w celu oszacowania potencjału wzrostowego kości metodą Moseleya (Wojciechowski, 2009, s. 57; *European Society for Vascular Surgery* [ESVS], 2015, ss. 110–113).

Przezskórna epifizjodeza z użyciem śrub przezchrząstkowych (PETS) jest stosowana w celu leczenia asymetrii kończyn dolnych w celu zastąpienia tradycyjnych otwartych procedur (Ilharreborde, 2012).

Epifizjodeza jest stosowana, u osób z łączonymi malformacjami naczyniowymi (Zespół Klippela-Trénaunay'a (KTS) i Zespół Parkes-Weber (PWS) – u pacjentów z tymi schorzeniami zaobserwować można triadę następujących objawów klinicznych: znamię o charakterze *port wine*, żyłaki oraz przerost tkanek miękkich i/lub kości), które nie kwalifikują się do leczenia zachowawczego.

Przeszczep kostny

Przeszczepy kostne wykorzystuje się podczas:

- uzupełniania jam i ubytków kostnych spowodowanych m.in. torbielami, guzami,
- artrodez stawów,
- łączenia dużych ubytków lub zapewniania ciągłości długich kości,
- zapewniania bloków kostnych ograniczających ruchomość stawów,
- osiągnięcia zrostu w stawach rzekomych,
- wspomagania zrostu lub uzupełniania ubytków w zaburzeniach zrostu, zrostach opóźnionych, świeżych złamaniach i osteotomiach.

Przeszczepy kości korowej wykorzystuje się jako wsparcie strukturalne, natomiast kości gąbczastej w celu osteogenezy. Obie funkcje można połączyć, co jest zaletą wykorzystywania przeszczepów. Jednym z kryteriów klasyfikacji jest podział przeszczepów kostnych pod względem źródeł. Do najczęściej stosowanych należą przeszczepy autogeniczne, które pochodzą od tego samego pacjenta, a także przeszczepy allogeniczne uzyskiwane od innej osoby (Andrew, 2015, s. 12).

Osteotomia

Niektóre przeszczepy kostne wykonuje się wraz z osteotomią. U pacjentów młodych i aktywnych fizycznie, którzy nie kwalifikują się jeszcze do endoprotezoplastyki stawu, można rozważyć osteotomię korekcyjną. Koryguje ona oś kończyny dolnej i obciążenie chrząstki stawowej, a w rezultacie zmniejsza ból i poprawia zdolność do poruszania się oraz może zapobiec postępowi choroby zwyrodnieniowej stawów (Klimiuk, 2011, s. 289).

Metoda rozciągania kości

Nierówność kończyn może być wrodzona, pourazowa, pozapalna (zmniejszenie lub zwiększenie ukrwienia chrząstek wzrostowych), występować w zmianach nowotworowych, schorzeniach układowych i neurologicznych. Leczenie musi być zindywidualizowane i uwzględniać potencjał wzrostowy, przewidywany końcowy wzrost, stan funkcjonalny stawów oraz warunki socjalne i rodzinne dziecka. Celem jest wyrównanie długości kończyn i wyprostowanie kręgosłupa z poziomym ustawieniem miednicy. Skrócenie 2–4 cm można skutecznie wyrównać obuwem ortopedycznym, a od 5 do 10 cm ewentualnie zaprotezować. Większe ubytki długości, gdy wydłużenie jest przeciwwskazane, leczone są amputacją kończyny na poziomie zapewniającym funkcjonalne zaopatrzenie ortopedyczne. Wydłużenie kończyny jednoczesne z osteotomią kości miednicznej Saltera możliwa jest tylko do około 2,5 cm. W celu zablokowania wzrostu szybciej rosnącej kości stosowana jest epifizjodeza. Stopniowa elongacja następuje poprzez rozciąganie chrząstki wzrostowej lub kostniny w miejscu przecięcia kości długiej. Klasyczną metodą jest sposób Ilizarowa (Kusz, 2009, ss. 56–58).

Założenie zewnętrznego urządzenia stabilizującego

System typu Ilizarowa

Problem nierówności kończyn był rozwiązywany metodami operacyjnymi i zachowawczymi. Najlepsze wyniki daje metoda wydłużania kończyn z jednoczesną możliwością korekcji zniekształceń kątowych i rotacyjnych opracowana przez Ilizarowa. Jest to obecnie najszerzej stosowany sposób takiego leczenia na świecie. Wprowadzenie tej metody do leczenia w znaczący sposób obniżyło liczbę powikłań i zwiększyło komfort dla chorego (zmniejszenie liczby operacji, większa stabilność aparatu). Koncepcja tej metody polega na prowadzeniu dystrakcji z korekcją deformacji liniowych i kątowych bez czynnego udziału chorego oraz opiekuna. Wymaga to wprowadzenia procedur, które pozwalają na w pełni automatyczną realizację cyklu wydłużania. Poszczególne kroki wydłużania wykonywane są przez aktulatory liniowe oparte na silnikach krokowych w technologii hybrydowej, zapewniające uzyskanie wymaganej siły rozciągania aparatu. Lekarz prowadzący ma możliwości zadawania indywidualnego przebiegu terapii na początku cyklu oraz korekty nastaw w trakcie leczenia. Aparat Ilizarowa jest to przestrzenny stabilizator typu cyrkularnego, wykorzystujący wszczepy w postaci drutów Kirschnera. Stabilizator Ilizarowa należy do grupy stabilizatorów podatnych, w których pożądaną charakterystykę można uzyskać poprzez zmianę wartości siły naciągu wstępnego wszczepów. Konstrukcja zewnętrzna stabilizatora Ilizarowa składa się z kilku podstawowych, występujących w typoszeręgach wymiarowych, elementów (Mazurkiewicz, 2014, ss. 157–158).

Rekonstrukcja wtórna i pierwotna wrodzonych i nabytych deformacji

U osób poniżej 18 roku życia wyróżnia się szereg zniekształceń wrodzonych i nabytych. Mogą one być leczone zachowawczo, jednak gdy taka forma leczenia nie przynosi rezultatów lub dana osoba się do niej nie kwalifikuje, stosuje się leczenie operacyjne.

Kość udowa

W chorobie Perthesa dochodzi do martwicy w obrębie głowy kości udowej. Założeniem leczenia jest uzyskanie w procesie regeneracji nasady jak najbardziej zbliżonego do prawidłowego kształtu głowy kości udowej. Wybór metody zależy od wieku dziecka i stopnia zaawansowania choroby, określanego rozległością zmian rtg nasady. U dzieci młodszych (6 r.ż.), ze słabo zaznaczoną deformacją nasady, zaleca się leczenie zachowawcze. Podstawową zasadą jest utrzymanie głowy kości udowej w takim ustawieniu w stawie biodrowym, aby była w pełni pokryta przez panewkę. Dobre pokrycie zapewnia

ustawienie ud w odwiedzeniu, nieznacznym zgięciu i rotacji wewnętrznej w ortezach (np. szyna Atlanta) bądź opatrunkach gipsowych ćwiczebnych. W bardziej zaawansowanych zmianach i u starszych dzieci stosuje się leczenie operacyjne (te same zasady). Osiągnięcie dobrego pokrycia głowy można uzyskać przez osteotomię kości biodrowej bądź kości udowej, zmniejszającą kąt szyjkowo-trzonowy (tzw. szpotawiącą). W późniejszym okresie wykonuje się zabiegi wydłużające panewkę ponad ekstruzyjną, zlateralizowaną głowę, tzw. plastyki dachu (Cholewiński, 2009, ss. 62–65).

W przypadku oddzielającej martwicy chrzęstno-kostnej dochodzi do powolnej separacji fragmentu chrząstki wraz z podchrzęstną warstwą kostną od głębiej leżącej tkanki kostnej. Najczęściej spotykana jest w kolanie na powierzchni kłykci kości udowej, a także w głowie kości udowej, kości skokowej i główce kości ramiennej. W początkowym stadium istotne jest ograniczenie aktywności fizycznej i obserwacja. Ponadto stosuje się artroskopowe, wielomiejscowe nawiercenia aż do zdrowej kości gąbczastej, w celu pobudzenia ukrwienia i wgajania się, ufiksowanie za pomocą śruby, drutów Kirschnera lub biowchłaniających implantów (np. tzw. strzałek) oddzielających się bądź oddzielonych większych fragmentów oraz usunięcie małych ciał wolnych. W przypadku dużych ubytków znajdują zastosowanie przeszczepy chrzęstno-kostne z nieobciążanych części stawu lub przeszczepy autogenne hodowanych wcześniej chondrocytów.

W przypadku młodzieńczego złuszczenia głowy kości udowej dochodzi do brzuszego i dogłowego przemieszczenia przynasady względem nasady bliższego końca kości udowej w obrębie chrząstki wzrostowej leczenie jest wyłącznie operacyjne. W przewlekłych stanach, z niewielkim przemieszczeniem, wykonuje się wczesne zespolenie szyjki z głową, najlepiej za pomocą tzw. śruby kaniulowanej, w celu zapobieżenia dalszemu ześlizgowi. Ze względu na wzrostowe procesy adaptacyjne nie stosuje się repozycji. W ostrych, przemieszczonych złuszczeniach nastawia się odłamy i zespala (Cholewiński, 2009, ss. 73–74).

Kość piszczelowa

W chorobie Blounta obserwuje się deformację szpotawą i wewnętrzną rotację bliższego końca piszczeli. We wczesnych postaciach (<4 r.ż.) stosuje się ortezы korygujące szpotawość oraz rotację wewnętrzną piszczeli, zakładane w ciągu dnia do chodzenia. W razie braku poprawy, w okresie pomiędzy 4–5 r.ż., należy rozważyć leczenie operacyjne (osteotomia korekcyjna kości piszczelowej, usunięcie mostków kostnych hamujących wzrost chrząstki nasadowej, a u starszych dzieci zablokowanie chrząstki wzrostowej) (Cholewiński, 2009, ss. 67–68).

Do choroby Osgooda-Schlattera nazywanej także jałową martwicą guzowatości kości piszczelowej dochodzi wskutek przewlekłych mikrourazów spowodowanych pociąganiem guzowatości przez więzadło rzepki. W leczeniu zaleca się ograniczenie aktywności fizycznej dziecka, a w znacznym nasileniu dolegliwości unieruchamia się kończynę w ortezie tutorowej przez 2 tygodnie. Wspomagająco stosuje się fizykoterapię. Leczenie operacyjne stosowane jest rzadko i to po zakończeniu wzrostu, ze względu na możliwość uszkodzenia chrząstki wzrostowej (plastyka zniekształconej guzowatości, usunięcie wyrosła drażniących więzadło, niekiedy wycięcie kaletki podrzpekowej głębokiej) (Cholewiński, 2009, ss. 67–68).

Stopa

Choroba Iselina wywołuje dolegliwości bólowe bocznego brzegu stopy, związane z zaburzeniami wzrostu i fragmentacją nasady w obrębie guzowatości kości śródstopia. Konieczne jest ograniczenie aktywności

fizycznej. W okresach zaostrzeń stosuje się ortezę unieruchamiającą stopę i staw skokowy. Objawowo stosuje się NLP i fizykoterapię przeciwbólową (Cholewiński, 2009, s. 69).

W chorobie Freiberga dochodzi do fragmentacji głowy II kości śródstopia (sporadycznie III-V) z wytworzeniem ciał wolnych, wskutek powtarzających się mikrourazów, zaburzających ukrwienie nasady. Poza ograniczeniem chodzenia wprowadza się wkładki odciążające, a okresowo nawet ortezę. W wyniku choroby może dojść do deformacji stawu z wtórnymi zmianami zwyrodnieniowymi. Wówczas operacyjnie usuwa się wolne ciała kostne oraz wykonuje plastykę lub resekcję zniekształconej głowy (Cholewiński, 2009, s. 70).

Leczenie złego zrostu lub braku zrostu

Nieprawidłowy zrost

Najczęściej cytowanym w literaturze wskazaniem do interwencji operacyjnej w przypadkach nieprawidłowego zrostu złamania jest upośledzenie czynności kończyny. W przypadku nieprawidłowego zrostu odcinków w obrębie kończyny górnej wskazania do interwencji chirurgicznej zależą od tego, czy pacjent jest w stanie wykonywać potrzebne mu ruchy ręką – głównym wskazaniem będzie deformacja umożliwiająca samodzielne wykonywanie podstawowych codziennych czynności. Chęć wykonywania przez pacjenta czynności, których nie może wykonywać ze względu na deformację, stanowi wskazanie względne. W przypadku zaburzeń osi dużych stawów podporowych, nieprawidłowy zrost złamania w obrębie kończyny powoduje przewlekłe przeciążenie stawów.

- Leczenie nieprawidłowego zrostu za pomocą wewnętrznego zespolenia kości - Zgodnie z ogólnie przyjętymi zasadami osteosyntezy złamania w obrębie nasady stabilizuje się śrubami, złamania przynasadowe płytkami, zaś złamania trzonów za pomocą gwoździ lub prętów. Chociaż zasady te są słuszne w przypadku leczenia świeżych złamań, to w leczeniu zaburzeń zrostu fundamentalne znaczenie ma odpowiedni docisk międzyodłamowy. Zespolenie służące do stabilizacji miejsca osteotomii lub do leczenia braku zrostu musi przede wszystkim wywierać docisk w poprzek płaszczyzny przecięcia lub ubytku kości. Wyjątkiem są stawy rzekome kości udowej oraz (niektóre) kości piszczelowej leczone gwoździowaniem śródszpikowym z rozwierceniem kanału szpikowego. Większość przypadków braku zrostu lub zrostu w nieprawidłowym ustawieniu odcinków wymaga jednak zespolenia kompresyjnego za pomocą śruby ciągnącej (założone przez płytkę) lub stabilizatora zewnętrznego.
- Osteotomie wykorzystywane do korekcji nieprawidłowego zrostu - Korekcja zrostu w nieprawidłowym ustawieniu odcinków za pomocą osteotomii wymaga dobrej znajomości zalet i wad wszystkich rodzajów osteotomii. O ile to możliwe należy wybierać taki typ osteotomii, który umożliwia uzyskanie stabilności kostnej w miejscu zespolenia, co zapobiega jego destabilizacji. W leczeniu znajduje zastosowanie osteotomia poprzeczna, skośna, schodkowa (*step-cut*), kinowa otwierająca (osteotomia „plus”).
- Inne metody korekcji nieprawidłowego zrostu złamania - Jednym z rozwiązań stosowanych do korekcji złożonych deformacji jest rama przestrzenna Taylora, umożliwiająca korekcję zniekształceń we wszystkich trzech płaszczyznach.

Stawy rzekome

Podstawowym celem leczenia chirurgicznego jest przywrócenie warunków sprzyjających wygojeniu złamania. Niemal wszystkie stawy rzekome należy leczyć w taki sposób, aby uzyskać docisk pomiędzy fragmentami kości w miejscu stawu rzekomego. Do wyleczenia stawu rzekomego wystarcza zwykle

stabilne zespolenie złamania, niepowodujące dodatkowych zaburzeń ukrwienia. Bardzo dobrym rozwiązaniem w takim przypadku jest pośrednie nastawienie złamania oraz stabilizacja metalową płytką działającą na zasadzie poprzęgu i śrubami łączącymi ze sobą odłamki. W przypadku stawów rzekomych atroficznym usuwa się zrewitalizowaną tkankę kostną, odłamki ściska się, a potem okłada przeszczepami kostnymi. Jeżeli okolica stawu rzekomego otoczona jest tkankami o słabym ukrwieniu, to konieczne może być wykonanie przeszczepu tkanek miękkich. Brak zrostu z towarzyszącym ubytkiem kości wymaga zastosowania przeszczepów kostnych Webera i Cecha lub techniki transportu kostnego. Dodatkowo należy wykonać dekortykację kości. W tym celu oprócz klasycznej dekortykacji, można wykonać zabiegi typu obciosywania (*shingling*) lub odtuszczania płatków (*petaling*) z kości. Do zespolenia wykorzystuje się płytkę mostującą, mającą łukowate wygięcie w części centralnej. W przypadku braku zrostu z zachowanym dobrym unaczynieniem kości zaleca się leczenie z zastosowaniem pola elektromagnetycznego lub ultradźwiękowych stymulatorów zrostu. Stawy rzekome w obrębie trzonu kości piszczelowej, udowej i ramiennej można leczyć za pomocą gwoździ śródstżpkowych. Sprawdzonej metodą w leczeniu stawów rzekomych szyjki kości udowej jest osteotomia międzykrętarzowa, opisana przez Pauwelsa. Zastosowanie przeszczepów kostnych lub ich substytutów w celu mechanicznego wzmocnienia zespolenia lub pobudzenia procesów gojenia kości jest integralną częścią leczenia zaburzeń zrostu. Przeszczepy autologiczne pozostają nadal złotym standardem terapeutycznym, z którym porównuje się inne metody. Pomimo to istnieją sytuacje kliniczne, w których odpowiednie użycie przeszczepów alogenicznych lub substytutów kostnych może uchronić pacjenta przed potencjalnymi powikłaniami związanymi z pobraniem przeszczepu kości własnej (Miranda, Moon, 2010, ss. 98–125).

2.2. Aktualny stan finansowania w Polsce

Rozporządzenie koszykowe

Świadczenia gwarantowane finansowane w ramach grupy rozliczeniowej JGP H92 określa *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (tekst jedn. Dz.U. z 2016 r., poz. 694 z późn zm.)*. W załączniku nr 3 do Rozporządzenia określono warunki szczegółowe jakie powinni spełnić świadczeniodawcy przy udzielaniu świadczeń gwarantowanych w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej. W załączniku nr 1 za pomocą kodów procedur (ICD-9) oraz kodów rozpoznań (ICD-10) wskazano świadczenia gwarantowane, w tym rozliczane w ramach grupy H92.

W załączniku nr 3 lp. 5, 35 do ww. rozporządzenia określono warunki szczegółowe, jakie powinni spełniać świadczeniodawcy przy udzielaniu świadczeń gwarantowanych w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej na oddziale: chirurgii dziecięcej oraz ortopedii i traumatologii narządu ruchu/ortopedii i traumatologii narządu ruchu dla dzieci.

W poniższej tabeli przedstawiono warunki udzielania przedmiotowych świadczeń.

Tabela 1 Warunki, które powinni spełnić świadczeniodawcy przy udzielaniu świadczeń gwarantowanych w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej na oddziale chirurgii dziecięcej oraz ortopedii i traumatologii narządu ruchu/ortopedii i traumatologii narządu ruchu dla dzieci

| Profil lub rodzaj komórki organizacyjnej | Warunki realizacji świadczenia | Hospitalizacja | Hospitalizacja planowa |
|---|---|--|--|
| 5. Chirurgia dziecięca | Lekarze | Równoważnik co najmniej 2 etatów (nie dotyczy dyżuru medycznego) – specjalista w dziedzinie chirurgii dziecięcej. | Równoważnik co najmniej 1 etatu (nie dotyczy dyżuru medycznego) – specjalista w dziedzinie chirurgii dziecięcej. |
| | Organizacja udzielania świadczeń | Zapewnienie całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia (nie może być łączona z innymi oddziałami). | Zapewnienie całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia (nie może być łączona z innymi oddziałami). |
| | Wypożyczenie w sprzęt i aparaturę medyczną | 1) inkubator (w przypadku realizacji świadczeń w zakresie chirurgii noworodka), 2) kardiomonitor – w miejscu udzielania świadczeń. | 1) inkubator (w przypadku realizacji świadczeń w zakresie chirurgii noworodka), 2) kardiomonitor – w miejscu udzielania świadczeń. |
| | Zapewnienie realizacji badań | Histopatologicznych śródoperacyjnych – dostęp. | Histopatologicznych śródoperacyjnych – dostęp. |
| | Pozostałe wymagania | 1) gabinet diagnostyczno-zabiegowy – w miejscu udzielania świadczeń; 2) blok operacyjny – w lokalizacji. | 1) gabinet diagnostyczno-zabiegowy – w miejscu udzielania świadczeń; 2) blok operacyjny – w lokalizacji. |
| 35. Ortopedia i traumatologia narządu ruchu / Ortopedia i traumatologia narządu ruchu dla dzieci | Lekarze | 1) równoważnik co najmniej 2 etatów (nie dotyczy dyżuru medycznego) – specjalista w dziedzinie chirurgii ortopedycznej lub chirurgii urazowo-ortopedycznej, lub ortopedii i traumatologii, lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu, albo 2) równoważnik co najmniej 1 etatu – specjalista w dziedzinie chirurgii ortopedycznej lub chirurgii urazowo-ortopedycznej, lub ortopedii i traumatologii, lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu oraz równoważnik co najmniej 1 etatu – lekarz z I stopniem specjalizacji z doświadczeniem. | Równoważnik co najmniej 1 etatu (nie dotyczy dyżuru medycznego) – specjalista w dziedzinie chirurgii ortopedycznej lub chirurgii urazowo-ortopedycznej, lub ortopedii i traumatologii, lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu. |
| | Organizacja udzielania świadczeń | 1) zapewnienie całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia (może być łączona z innymi oddziałami o profilu zabiegowym); 2) zapewnienie kontynuacji procesu leczniczego przez procedury rehabilitacji narządu ruchu; 3) w przypadku udzielania świadczeń dla dzieci – udokumentowany dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie chirurgii dziecięcej lub pediatrii. | 1) zapewnienie całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia (może być łączona z innymi oddziałami o profilu zabiegowym); 2) w przypadku ortopedii i traumatologii narządu ruchu dla dzieci – udokumentowany dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie chirurgii dziecięcej lub pediatrii. |
| | Wypożyczenie w sprzęt i aparaturę medyczną | 1) kardiomonitor – w miejscu udzielania świadczeń; | 1) aparat RTG; 2) artroskop diagnostyczno-terapeutyczny – w lokalizacji. |

| | | | |
|--|-------------------------------------|---|---|
| | | 2) artroskop diagnostyczno-terapeutyczny – w lokalizacji. | |
| | Zapewnienie realizacji badań | Histopatologicznych śródoperacyjnych – dostęp. | Histopatologicznych śródoperacyjnych – dostęp. |
| | Pozostałe wymagania | 1) gabinet diagnostyczno-zabiegowy – w miejscu udzielania świadczeń; 2) blok operacyjny – w lokalizacji. | 1) gabinet diagnostyczno-zabiegowy – w miejscu udzielania świadczeń; 2) blok operacyjny – w lokalizacji. |

Zarządzenie Prezesa NFZ

Świadczenia gwarantowane finansowane w ramach grupy H92 finansowane są w ramach umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia. Zasady kontraktowania i rozliczania świadczeń określone zostały w *Zarządzeniu nr 71/2016DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne*.

Zgodnie z załącznikiem nr 1a do ww. Zarządzenia Prezesa NFZ świadczeń, które są rozliczane grupą H92, można udzielać w ramach następujących zakresów świadczeń: chirurgia dziecięca, ortopedia i traumatologia narządu ruchu/ortopedia i traumatologia narządu ruchu dla dzieci (charakterystyka grupy H92 znajduje się w załączniku nr 1 do niniejszego raportu).

Tabela 2 Katalog świadczeń szpitalnych dotyczący grupy H92

| Kod grupy | Kod produktu | Nazwa grupy | Wartość punktowa – hospitalizacja* | Wartość punktowa – hospitalizacja planowa* | Liczba dni pobytu finansowana grupą - typ umowy hospitalizacja* | Wartość punktowa hospitalizacji < 2 dni - typ umowy hospitalizacja/ hospitalizacja planowa* | Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą - typ umowy hospitalizacja* | Zakresy świadczeń | |
|------------|-----------------|--|------------------------------------|--|---|---|--|---------------------|--|
| | | | | | | | | chirurgia dziecięca | ortopedia i traumatologia narządu ruchu / ortopedia i traumatologia narządu ruchu dla dzieci |
| H92 | 5.51.01.0008092 | Zabiegi rekonstrukcyjne deformacji układu kostno-stawowego < 18 r.ż. | 172 | 163 | 17 | 155 | 6 | X | X |

*Wartość 1 pkt – 52 PLN

Ponadto w katalogu 1c wskazano następujące produkty do sumowania, które można dosumować do świadczeń rozliczanych grupą H92:

- Wyrób medyczny nie zawarty w kosztach świadczenia (5.53.01.0001435) – przedmioty ortopedyczne stosowane w leczeniu dzieci z rozpoznaniem Q74.3.

Do 30 czerwca 2016 roku, obowiązywało *Zarządzenie Nr 89/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 grudnia 2013 roku*, wraz z zarządzeniami zmieniającymi. Warunki realizacji świadczeń do dnia 30 czerwca 2016 roku określał załącznik nr 3 do ww. Zarządzenia.

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, co w przypadku rynku świadczeń opieki zdrowotnej oznacza likwidację lub zmniejszenie kolejek do świadczeń. Ocena taka musi identyfikować przyczyny niezaspokojonego popytu i niedostatecznej podaży (możliwość wpływania wyceną), a także odnosić się do istotności świadczenia (zasadność wpływania ceną).

Przez popyt rozumiana jest głównie liczba osób oczekujących na udzielenie świadczenia oraz czas oczekiwania na jego udzielenie.

Podaż zaś definiowana jest poprzez poziom realizacji danego świadczenia przez podmioty lecznicze, wynikający z potencjału do realizacji tych świadczeń wyrażony wielkością posiadanej infrastruktury i zatrudnionego personelu, a także z wielkości środków finansowych przeznaczanych na ten cel.

W odniesieniu do wielkości popytu, podstawowym źródłem informacji dotyczących dostępności do świadczeń były dane o liczbie osób oczekujących oraz średnim czasie oczekiwania na udzielenie świadczenia, publikowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia w „Ogólnopolskim Informatorze o Czasie Oczekiwania na Świadczenia Medyczne”. Lista oczekujących prowadzona jest zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych. Należy jednak mieć na względzie fakt, iż listy oczekujących prowadzone są, poza kilkoma wyjątkami, do komórki organizacyjnej (oddziału, pracowni), a nie do konkretnego świadczenia. Dlatego też uzyskanie dokładnych i miarodajnych informacji w tym zakresie jest niemożliwe.

Mając na uwadze powyższe, w celu najlepszego przybliżenia poziomu dostępności do świadczeń, pod uwagę wzięte zostały dane ze wszystkich komórek organizacyjnych realizujących taryfikowane świadczenie, w proporcji odpowiadającej udziałowi w realizacji świadczeń wg statystyk Narodowego Funduszu Zdrowia.

Dodatkowym źródłem informacji o dostępności do świadczeń medycznych jest zestawienie tworzone cyklicznie raz na cztery miesiące przez Fundację Watch Health Care (WHC). Publikowane dane dotyczą 43 dziedzin medycyny, w obrębie których wyszczególniono wybrane świadczenia, które w opinii autorów są ważne z punktu widzenia zdrowotności społeczeństwa.

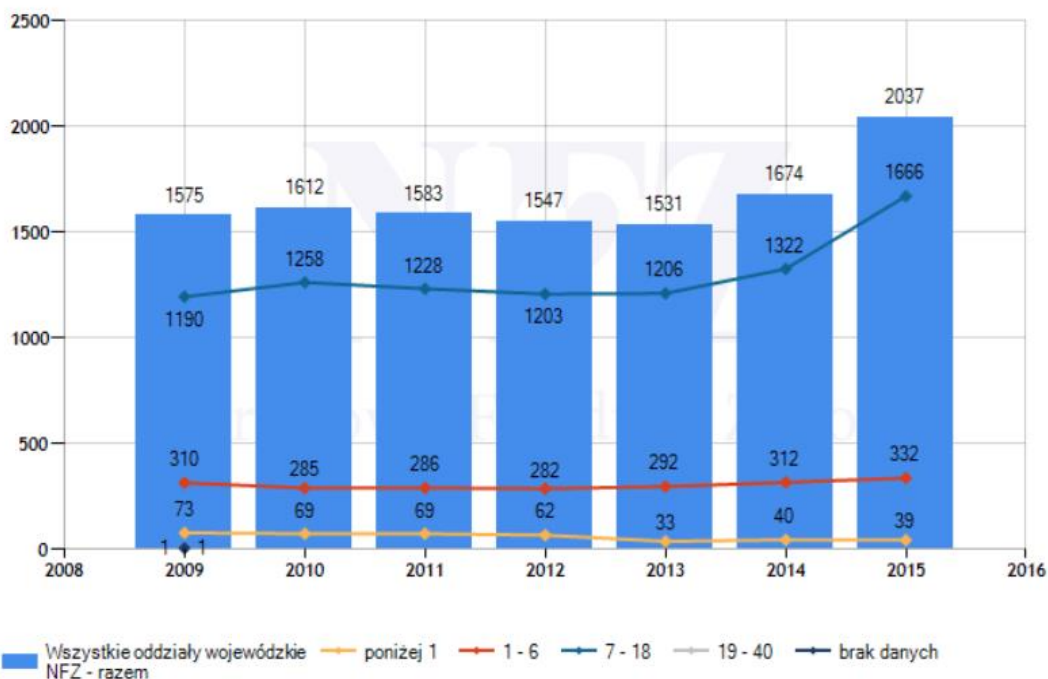
Od strony podaży, oszacowanie potencjału do realizacji taryfikowanych świadczeń zostało oparte o analizę liczby podmiotów realizujących dane świadczenie oraz liczbę świadczeniobiorców. Korzystano z publicznie dostępnych źródeł informacji, takich jak sprawozdania podmiotów medycznych gromadzone przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ) oraz dane Narodowego Funduszu Zdrowia.

Liczba i koszty realizacji świadczeń, aktualna wycena

Poniżej przedstawiono analizę danych dotyczących grupy H92, pochodzących ze statystyk JGP NFZ za lata 2009–2015 (Narodowy Fundusz Zdrowia [NFZ], 2016).

W 2015 roku NFZ rozliczył 2 037 hospitalizacji grupą H92. W porównaniu do 2009 roku liczba hospitalizacji rozliczanych tą grupą wzrosła w przybliżeniu o 29%, przy czym największy wzrost nastąpił z 2014 na 2015 rok. Jednocześnie, na przestrzeni analizowanych lat (2009–2015) obserwuje się spadek liczby hospitalizacji rozliczanych przedmiotową grupą u dzieci poniżej 1 roku życia (w przybliżeniu o 53%) i wzrost liczby hospitalizacji u dzieci w wieku 7–18 lat (w przybliżeniu o 40%). Liczba

hospitalizacji dzieci w wieku od 1 do 6 roku życia pozostaje na podobnym poziomie w całym analizowanym okresie. Szczegółowe dane przedstawiono na poniższym wykresie.

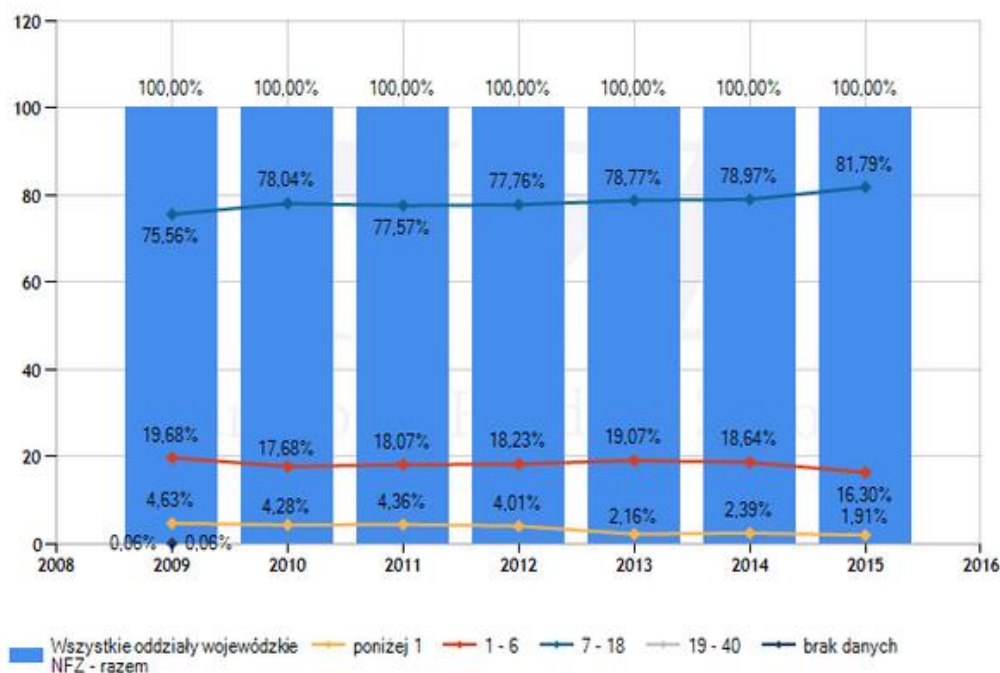


Rycina 1. Liczba hospitalizacji rozliczonych grupą H92 – analiza przekrojowa danych dotyczących świadczeń zrealizowanych w systemie JGP w latach 2009-2015 (NFZ, 2016)

Należy zauważyć, że odsetek hospitalizacji:

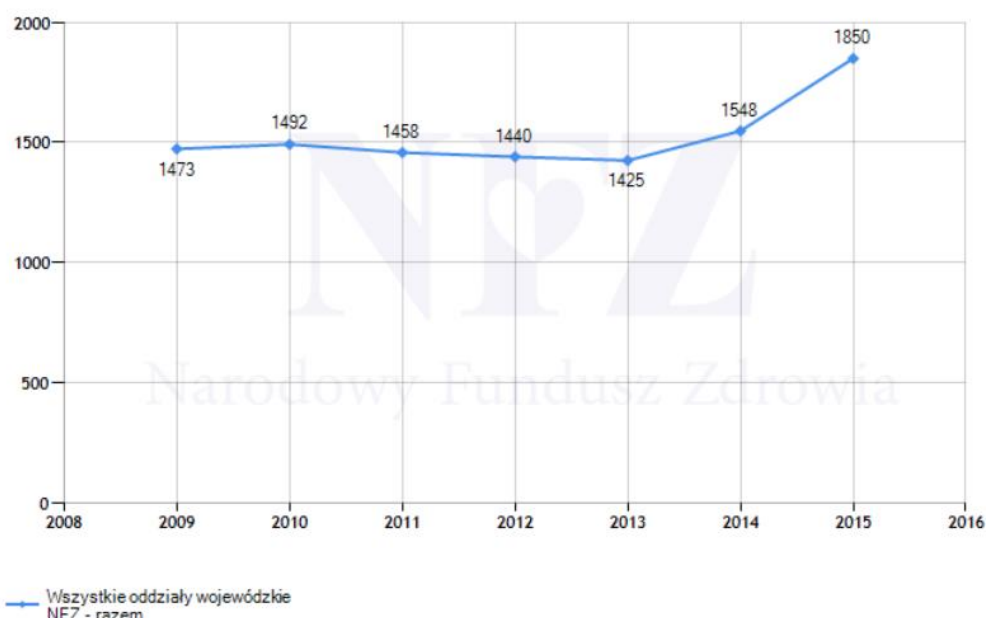
- dzieci poniżej 1 roku życia w analizowanym przedziale czasu stanowił mniej więcej od ok. 5% do ok. 2% wszystkich hospitalizacji;
- dzieci w wieku 1–6 stanowił od ok. 20% do ok. 16% wszystkich hospitalizacji;
- dzieci w wieku 7–18 lat stanowił od ok. 76% do ok. 82% wszystkich hospitalizacji.

Sytuacja w poszczególnych latach została zobrazowana na poniższym wykresie.



Rycina 2. Odsetek hospitalizacji odzwierciedlający udział poszczególnych kategorii wiekowych w całkowitej liczbie hospitalizacji rozliczonych grupą H92 – analiza przekrojowa danych dotyczących świadczeń zrealizowanych w systemie JGP w latach 2009-2015 (NFZ, 2016)

W 2015 roku leczeniem, które zostało rozliczone z płatnikiem grupą H92, objęto 1 850 pacjentów. W porównaniu z rokiem 2009 liczba ta wzrosła o 25% (1 473 pacjentów w 2009 roku). Zmiana liczby pacjentów w analizowanym okresie (2009–2015) została przedstawiona na poniższym wykresie.



Rycina 3. Liczba pacjentów, których hospitalizacja została rozliczona grupą H92 – analiza przekrojowa danych dotyczących świadczeń zrealizowanych w systemie JGP w latach 2009-2015 (NFZ, 2016)

Liczba hospitalizacji w każdym z analizowanych lat przewyższa liczbę pacjentów. W poniższej tabeli przedstawiono współczynniki rehospitalizacji w latach 2009–2015.

Tabela 3 Współczynnik rehospitalizacji w latach 2009-2015 (opracowanie własne na podstawie danych NFZ (NFZ, 2016)

| Rok | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|-------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|
| Współczynnik rehospitalizacji | 1,07 | 1,08 | 1,09 | 1,07 | 1,07 | 1,08 | 1,10 |

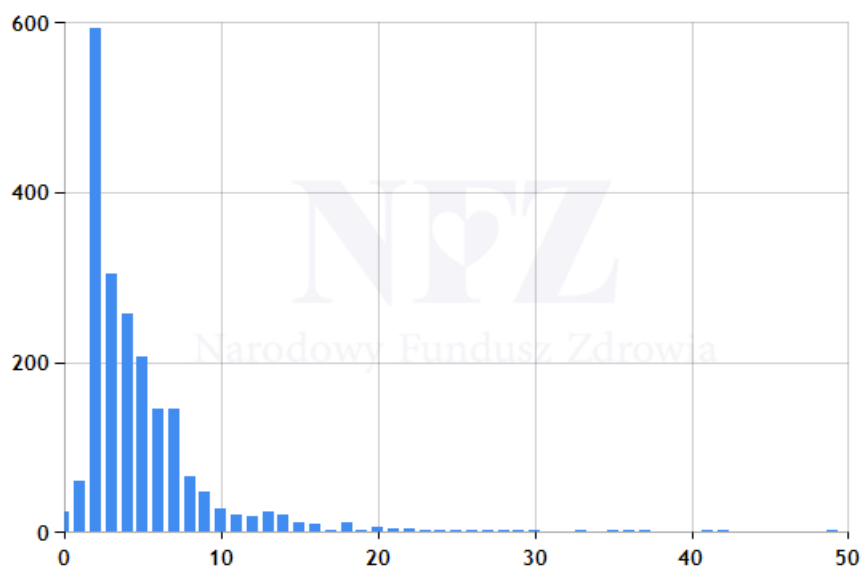
W analizowanym okresie współczynnik rehospitalizacji pozostawał na podobnym poziomie.

Natomiast na przestrzeni lat, skróceniu uległa długość hospitalizacji (mediana) z 7 do 4 dni (z 4 do 2 dni w przypadku dzieci poniżej 1 roku życia, z 6 do 3 dni w przypadku dzieci w wieku od 1 do 6 roku życia oraz z 7 do 4 dni w przypadku dzieci i młodzieży w wieku 7–18). Szczegółowe dane zaprezentowano na poniższym wykresie.



Rycina 4. Długość hospitalizacji (mediana) rozliczanych grupą H92 na przestrzeni lat 2009–2015 (NFZ, 2016)

Dodatkowo, na poniższym wykresie przedstawiono histogram czasu pobytu. Liczba dni pobytu finansowanych grupą wynosi zgodnie z obowiązującym Zarządzeniem 17 dni. Z poniższego histogramu wynika, że dla znacznej części hospitalizacji czas pobytu mieści się w limicie finansowanym grupą. Najwięcej jest hospitalizacji 2-dniowych.

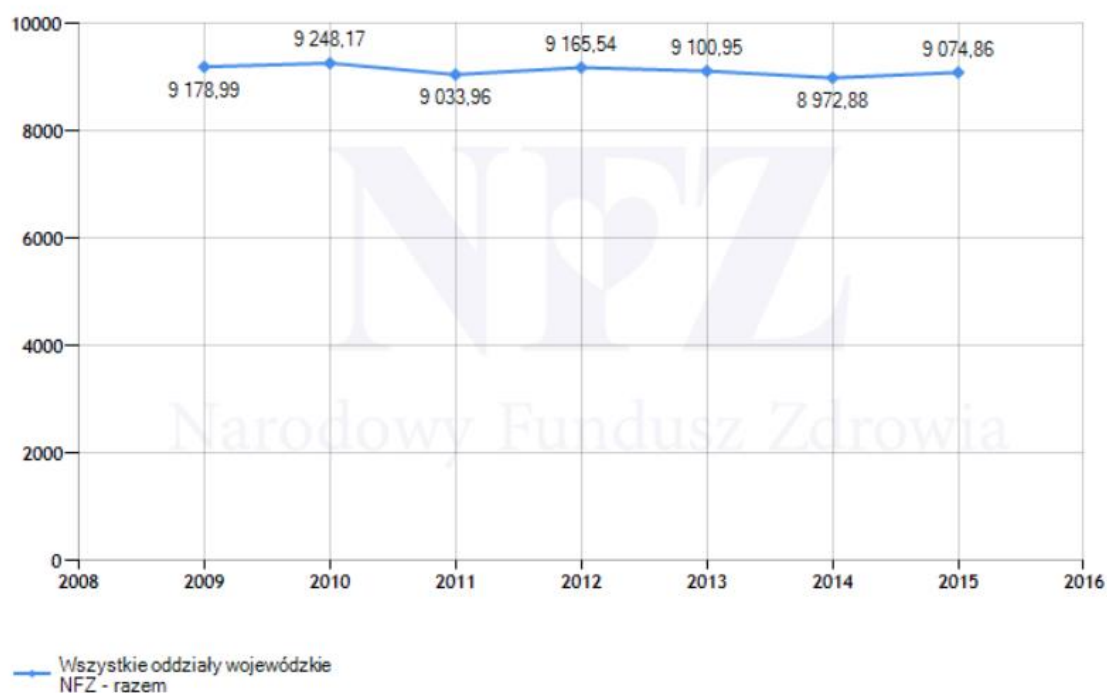


Rycina 5. Histogram czasu pobytu dla grupy H92 w 2015 r. (NFZ, 2016)

Średnia wartość grupy (ok. 9 000 PLN) pozostawała na podobnym poziomie na przestrzeni lat objętych analizą. Średnia wartość grupy oscylowała wokół 9 000 PLN osiągając wartość minimalną 8 972 PLN w 2014 roku i maksymalną 9 248 PLN w 2009 r. Szczegółowe dane zaprezentowano na poniższych wykresach.



Rycina 6. Średnia wartość grupy H92 na przestrzeni lat 2009–2015 (NFZ, 2016)



Rycina 7. Średnia wartość hospitalizacji rozliczanej w ramach grupy H92 na przestrzeni lat 2009–2015 (NFZ, 2016)

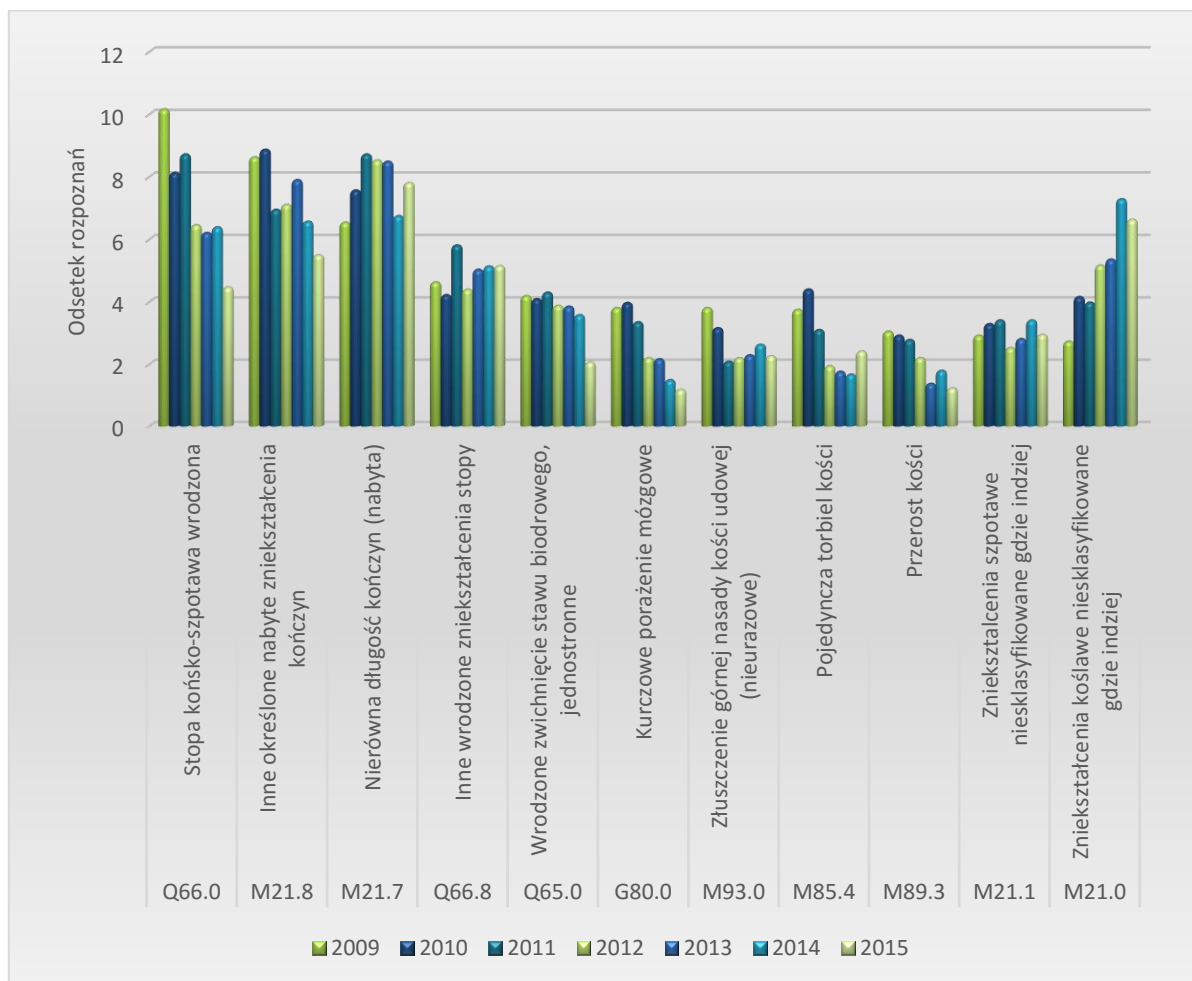
Podobnie, jeśli chodzi o średnią wartość hospitalizacji, na przestrzeni lat pozostawała ona na podobnym poziomie (patrz powyższa rycina). Średnia wartość hospitalizacji nie różniła się również znacząco pomiędzy poszczególnymi typami świadczeniodawców.

Tryb przyjęcia pacjenta

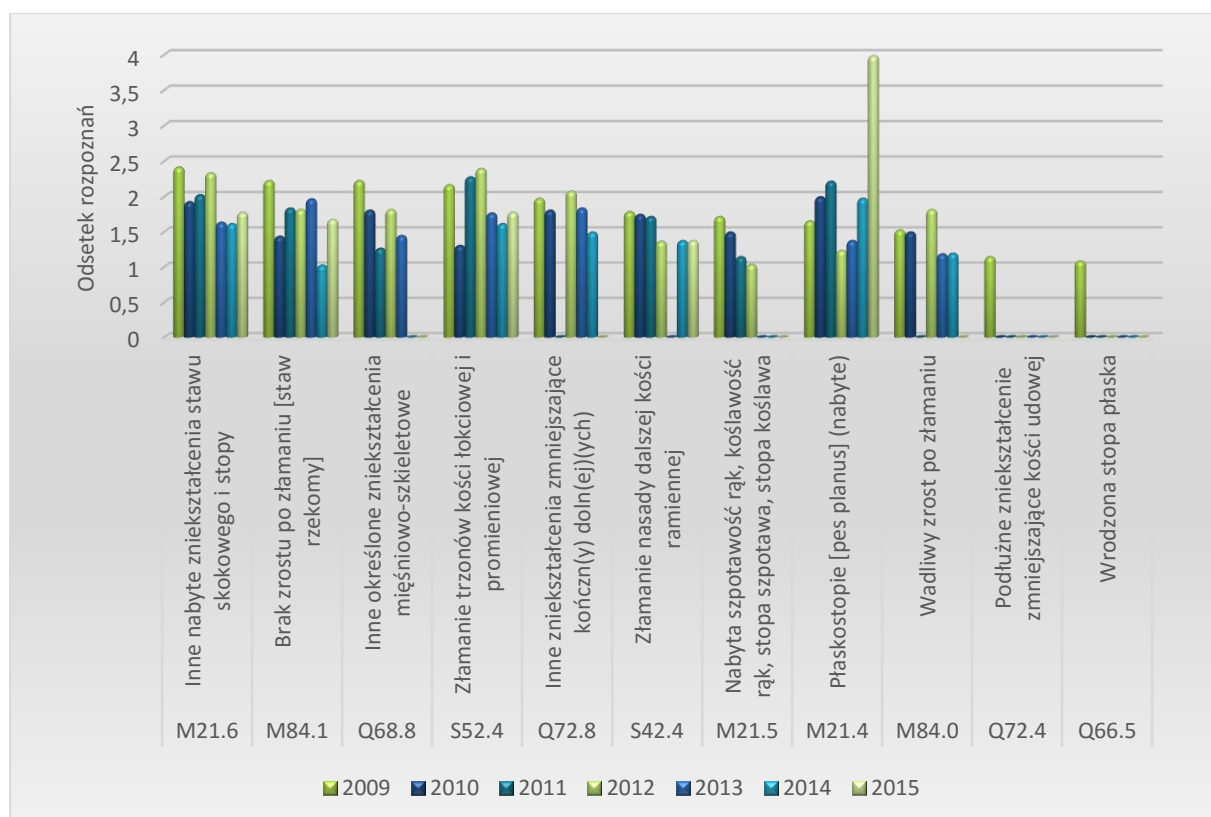
Najwięcej hospitalizacji w 2015 roku było związanych z trybem planowym (ok. 90%). Ok. 10% stanowią hospitalizacje, do których pacjenci przyjmowani byli w trybie nagłym. Przeniesienie z innego szpitala stanowiło mniej niż 1% wszystkich hospitalizacji rozliczanych grupą H92 w 2015 roku.

Rozpoznanie kierunkowe

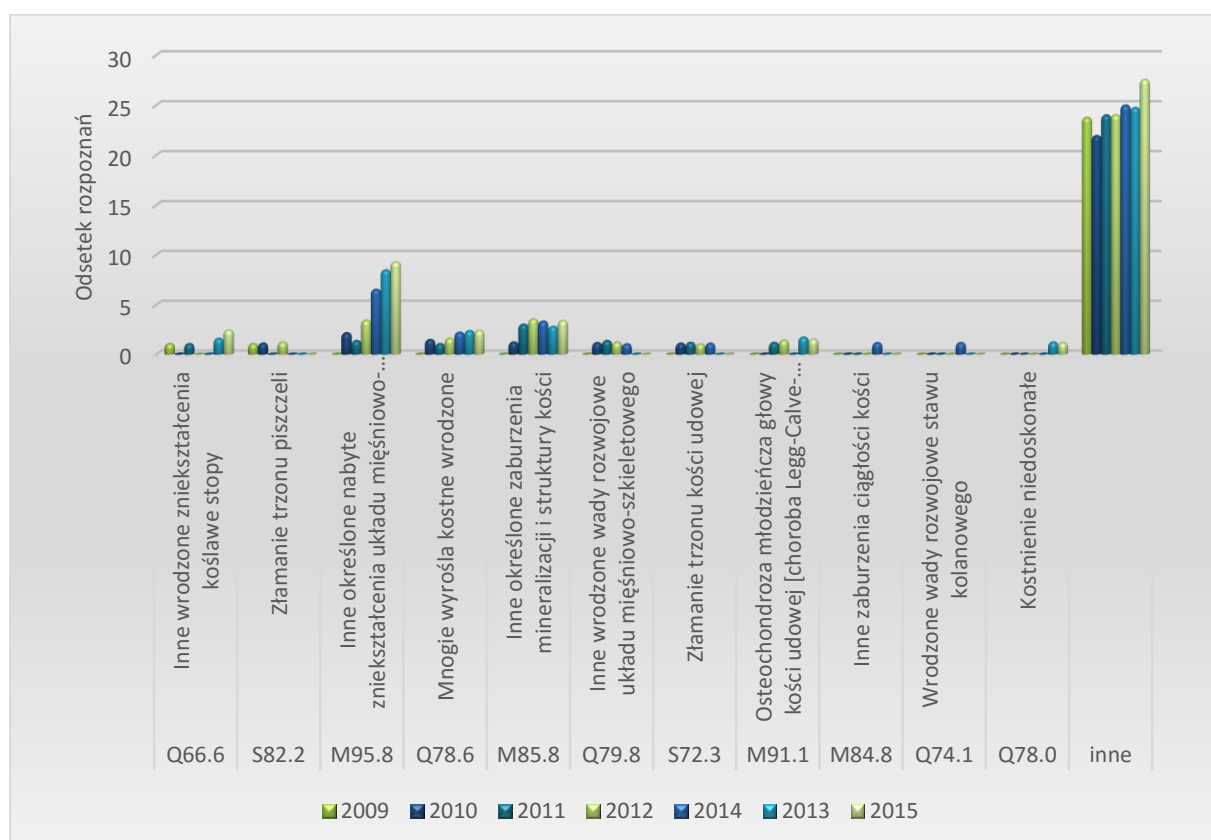
Na poniższych wykresach zaprezentowano udział procentowy poszczególnych rozpoznaw będących przyczyną hospitalizacji rozliczanej grupą H92 w latach 2009–2015.



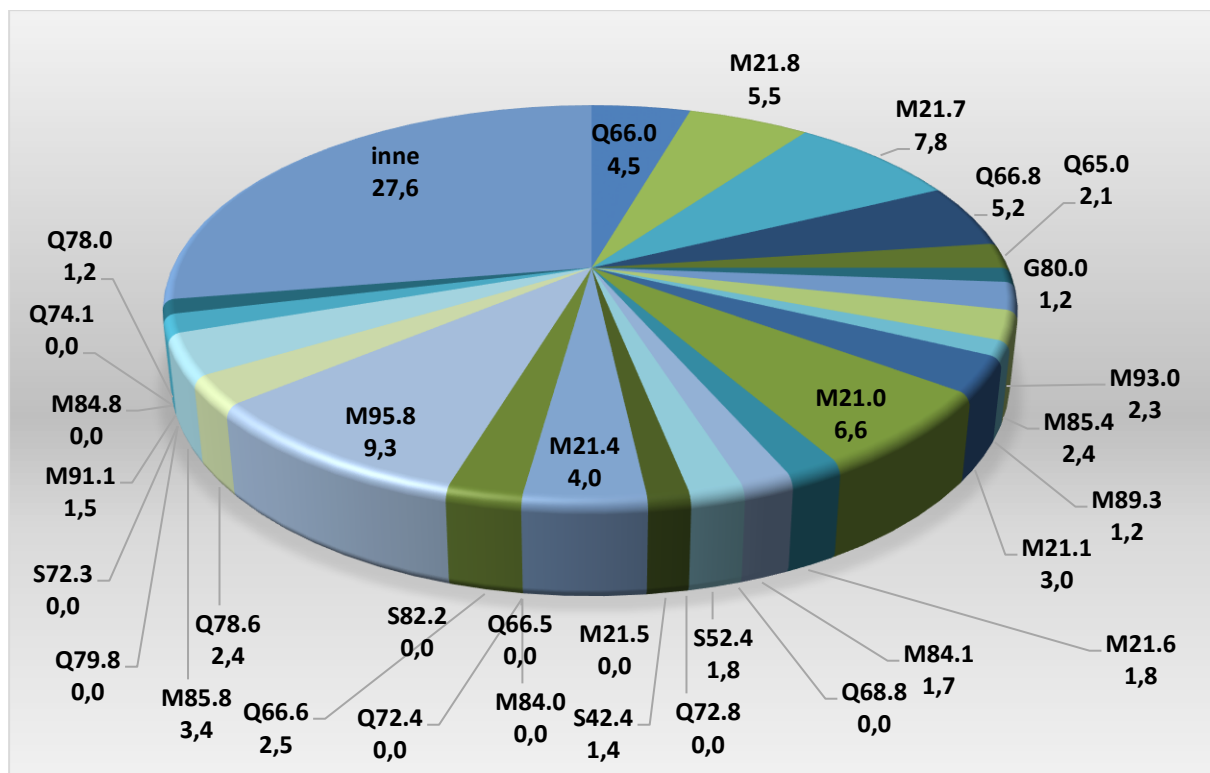
Rycina 8. Udział poszczególnych rozpoznaw (Q66.0, M21.8, M21.7, Q66.8, G80.0, M93.0, M85.4, M89.3, M21.2, M21.0) będących przyczyną hospitalizacji rozliczanej grupą H92 w latach 2009–2015 (opracowanie własne na podstawie danych NFZ (NFZ, 2016))



Rycina 9. Udział poszczególnych rozpoznań (M21.6, M84.1, Q68.8, S52.4, Q72.8, S42.4, M21.5, M21.4, M84.0, Q72.4, Q66.5) będących przyczyną hospitalizacji rozliczanej grupą H92 w latach 2009–2015 (opracowanie własne na podstawie danych NFZ – statystyka JGP)



Rycina 10. Udział procentowy poszczególnych rozpoznań (Q66.6, S82.2, M95.8, Q78.6, M85.8, Q79.8, S72.3, M91.1, M84.8, Q74.1, Q78.0, inne) będących przyczyną hospitalizacji rozliczanej grupą H92 w latach 2009–2015 (opracowanie własne na podstawie danych NFZ – statystyka JGP)



Rycina 11. Udział procentowy poszczególnych rozpoznań będących przyczyną hospitalizacji rozliczanej grupą H92 w 2015 roku (opracowanie własne na podstawie danych NFZ (NFZ, 2016)

Najwięcej hospitalizacji wiązało się z następującymi rozpoznaniem: M95.8, M21.7, M21.0, M21.8, Q66.8, Q66.0, przy czym:

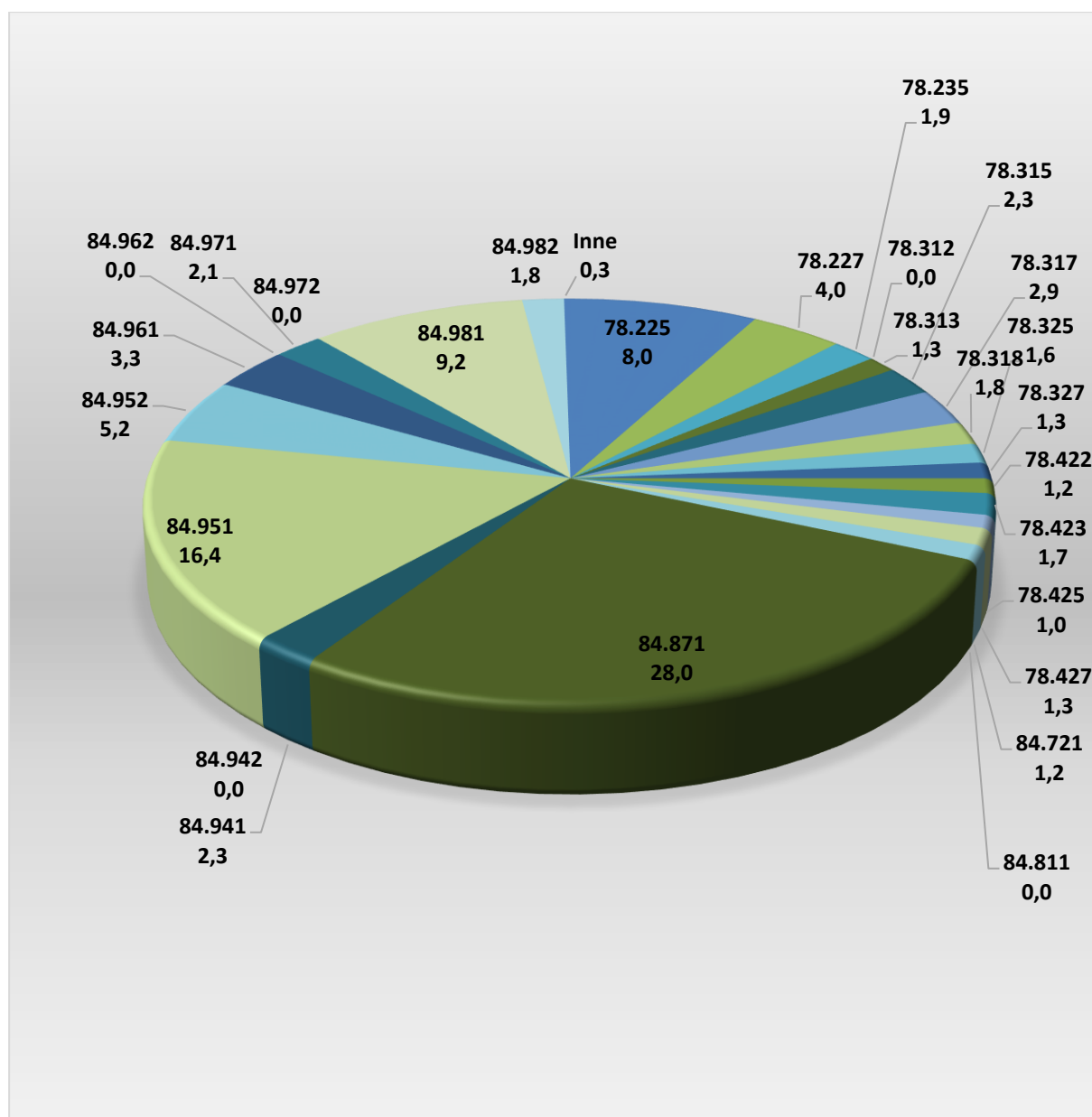
- w 2009 roku najwięcej hospitalizacji było związanych z rozpoznaniem Q66.0 (10%), M21.8 (9%), M21.7 (7%), Q66.8 (6%), zaś pozostałe rozpoznania stanowiły mniej niż 5% wszystkich hospitalizacji w grupie H92;
- w 2010 roku najwięcej hospitalizacji było związanych z rozpoznaniem M21.8 (9%), Q66.0 (8%), M21.7 (8%), zaś pozostałe rozpoznania stanowiły mniej niż 5% wszystkich hospitalizacji w grupie H92;
- w 2011 roku najwięcej hospitalizacji było związanych z rozpoznaniem Q66.0 (9%), M21.7 (9%), M21.8 (7%), Q66.8 (6%), zaś pozostałe rozpoznania stanowiły mniej niż 5% wszystkich hospitalizacji w grupie H92;
- w 2012 roku najwięcej hospitalizacji było związanych z rozpoznaniem M21.7 (9%), M21.8 (7%), Q66.0 (7%), M21.0 (5%), Q66.8 (5%), zaś pozostałe rozpoznania stanowiły mniej niż 5% wszystkich hospitalizacji w grupie H92;
- w 2013 roku najwięcej hospitalizacji było związanych z rozpoznaniem M21.7 (9%), M21.8 (8%), M95.8 (7%), Q66.0 (6%), M21.0 (5%), Q66.8 (5%), zaś pozostałe rozpoznania stanowiły mniej niż 5% wszystkich hospitalizacji w grupie H92;
- w 2014 roku najwięcej hospitalizacji było związanych z rozpoznaniem M95.8 (8%), M21.0 (7%), M21.7 (7%), M21.8 (7%), Q66.0 (6%), Q66.8 (5%), zaś pozostałe rozpoznania stanowiły mniej niż 5% wszystkich hospitalizacji w grupie H92;
- w 2015 roku najwięcej hospitalizacji było związanych z rozpoznaniem M95.8 (9%), M21.7 (8%), M21.0 (7%), M21.8 (6%), Q66.8 (5%), Q66.0 (5%), zaś pozostałe rozpoznania stanowiły mniej niż 5% wszystkich hospitalizacji w grupie H92.

W każdym z analizowanych lat najwięcej hospitalizacji udzielono pacjentom z rozpoznaniem, które łącznie stanowiły ponad 20% hospitalizacji każdego roku, ale osobno mniej niż 1 % wszystkich hospitalizacji rozliczanych przedmiotową grupą.

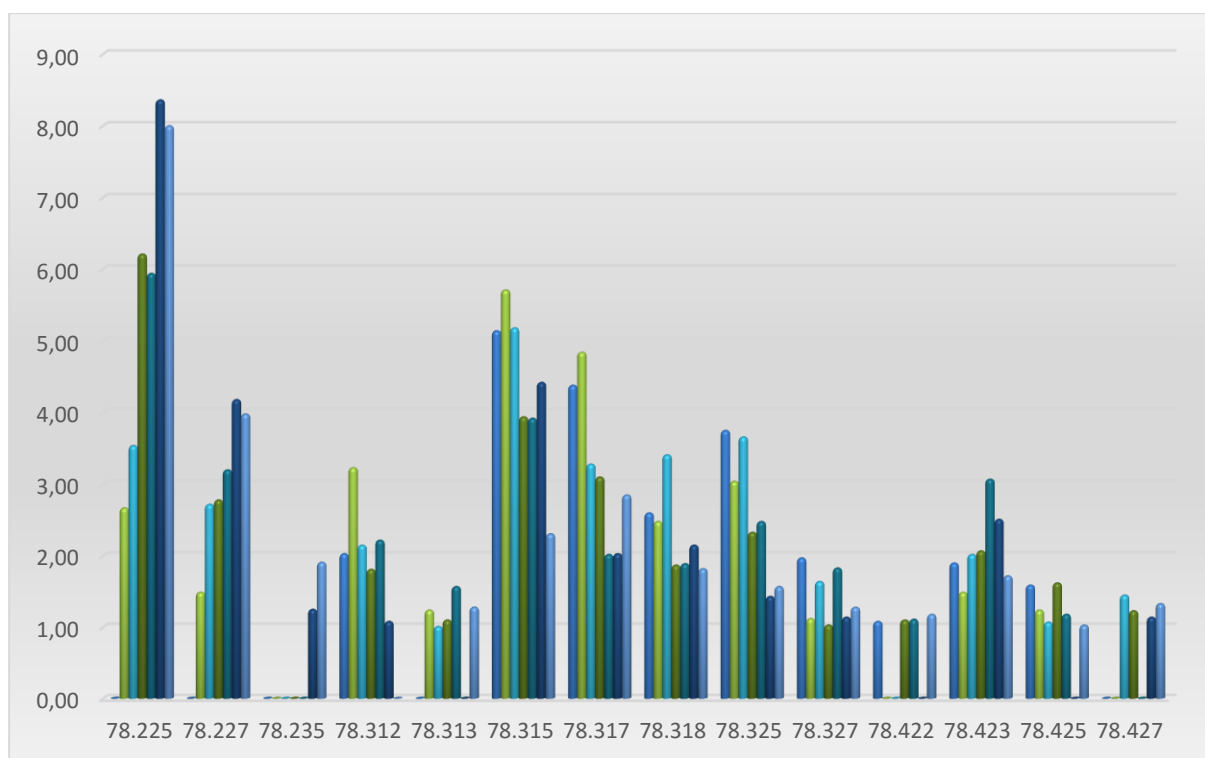
Najdłuższe czasy pobytu były związane z następującymi rozpoznaniem: Q72.8 (inne zniekształcenia zmniejszające kończyny dolnej), S72.3 (złamanie trzonu kości udowej), S82.2 (złamanie trzonu piszczeli), Q72.4 (podłużne zniekształcenie zmniejszające kości udowej). Rozpoznanie te stanowi jednak niewielki odsetek hospitalizacji rozliczanych grupą H92.

Procedury kierunkowe

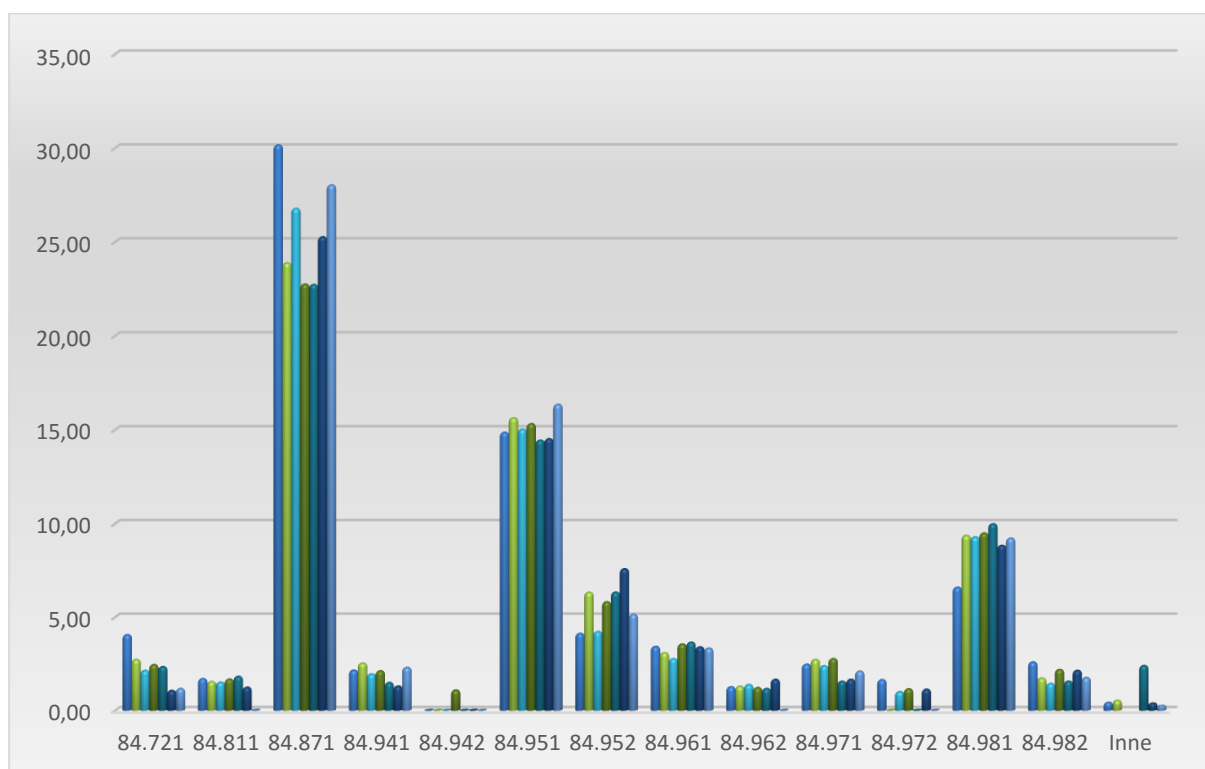
Na poniższych wykresach zaprezentowano udział procentowy poszczególnych procedur kierunkowych wykonywanych w trakcie hospitalizacji rozliczanej grupą H92 w latach 2009–2015.



Rycina 12. Udział procentowy poszczególnych procedur kierunkowych wykonywanych w trakcie hospitalizacji rozliczanej grupą H92 w 2015 roku (opracowanie własne na podstawie danych NFZ (NFZ, 2016))



Rycina 13. Udział procentowy poszczególnych procedur kierunkowych (78.225, 78.227, 78.235, 78.312, 78.313, 78.315, 78.317, 78.318, 78.325, 78.327, 78.422, 78.423, 78.425, 78.427) wykonywanych w trakcie hospitalizacji rozliczanej grupą H92 w latach 2009–2015 (opracowanie własne na podstawie danych NFZ (NFZ, 2016))



Rycina 14. Udział procentowy poszczególnych procedur kierunkowych (78.225, 78.227, 78.235, 78.312, 78.313, 78.315, 78.317, 78.318, 78.325, 78.327, 78.422, 78.423, 78.425, 78.427) wykonywanych w trakcie hospitalizacji rozliczanej grupą H92 w latach 2009–2015 (opracowanie własne na podstawie danych NFZ (NFZ, 2016))

W poniższej tabeli przedstawiono szczegółowe dane dotyczące wykonywania procedur kierunkowych z grupy H92 na przestrzeni lat 2009–2015.

Tabela 4 Struktura grupy H92 w odniesieniu do procedur kierunkowych na przestrzeni lat 2009–2015 (opracowanie własne na podstawie danych NFZ (NFZ 2016))

| ICD 9 | Nazwa | Liczba hospitalizacji | | | | | | | Udział (%) | | | | | | | Długość hospitalizacji (mediana) | | | | | | |
|--------|---|-----------------------|------|------|------|------|------|------|------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|----------------------------------|------|------|------|------|------|------|
| | | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
| 84.871 | Rekonstrukcja pierwotna wrodzonych i nabytych deformacji stopy | 475 | 385 | 424 | 352 | 348 | 423 | 571 | 30,16 | 23,88 | 26,78 | 22,75 | 22,73 | 25,27 | 28,03 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 3 | 3 |
| 84.951 | Rekonstrukcja pierwotna wrodzonych i nabytych deformacji – kości (ramienna, udowa) | 234 | 252 | 238 | 237 | 221 | 243 | 333 | 14,86 | 15,63 | 15,03 | 15,32 | 14,44 | 14,52 | 16,35 | 8 | 8 | 7 | 7 | 7 | 6 | 5 |
| 84.981 | Rekonstrukcja pierwotna wrodzonych i nabytych deformacji – kości (piszczelowa i strzałkowa) | 104 | 151 | 147 | 147 | 153 | 148 | 188 | 6,6 | 9,37 | 9,29 | 9,5 | 9,99 | 8,84 | 9,23 | 7 | 6 | 6 | 5 | 5 | 5 | 4 |
| 78.315 | Przeszczep kostny z lub bez unieruchomienia wewnętrznego lub osteotomii – kość udowa/ miednica | 81 | 92 | 82 | 61 | 60 | 74 | 47 | 5,14 | 5,71 | 5,18 | 3,94 | 3,92 | 4,42 | 2,31 | 6 | 6 | 6 | 4 | 3 | 3 | 4 |
| 78.317 | Przeszczep kostny z lub bez unieruchomienia wewnętrznego lub osteotomii – kość piszczelowa/ kość strzałkowa | 69 | 78 | 52 | 48 | 31 | 34 | 58 | 4,38 | 4,84 | 3,28 | 3,1 | 2,02 | 2,03 | 2,85 | 5 | 4 | 4 | 3 | 2 | 2 | 2 |
| 84.952 | Rekonstrukcja wtórna wrodzonych i nabytych deformacji - kości (ramienna, udowa) | 65 | 102 | 67 | 90 | 97 | 127 | 105 | 4,13 | 6,33 | 4,23 | 5,82 | 6,34 | 7,59 | 5,15 | 7 | 7 | 7 | 6 | 6 | 6 | 6 |
| 84.721 | Założenie zewnętrznego urządzenia stabilizującego, system pierścieniowo-prętowy – system typu Ilizarowa | 64 | 44 | 34 | 38 | 36 | 18 | 24 | 4,06 | 2,73 | 2,15 | 2,46 | 2,35 | 1,08 | 1,18 | 17 | 13 | 9 | 9 | 10 | 8 | 12 |
| 78.325 | Metoda rozciągania z lub bez korytkotomii/ostotomii – kość udowa/ miednica | 59 | 49 | 58 | 36 | 38 | 24 | 32 | 3,75 | 3,04 | 3,66 | 2,33 | 2,48 | 1,43 | 1,57 | 14 | 12 | 10 | 8 | 11 | 9 | 7 |
| 84.961 | Rekonstrukcja pierwotna wrodzonych i nabytych deformacji – kości (promieniowa i łokciowa) | 54 | 50 | 44 | 55 | 56 | 57 | 68 | 3,43 | 3,1 | 2,78 | 3,56 | 3,66 | 3,41 | 3,34 | 6 | 6 | 6 | 5 | 4 | 4 | 3 |
| 78.318 | Przeszczep kostny z lub bez unieruchomienia wewnętrznego lub osteotomii – kości stępu/kości śródstopia/paliczki (stopy) | 41 | 40 | 54 | 29 | 29 | 36 | 37 | 2,6 | 2,48 | 3,41 | 1,87 | 1,89 | 2,15 | 1,82 | 4 | 5 | 6 | 6 | 6 | 4 | 5 |

| ICD 9 | Nazwa | Liczba hospitalizacji | | | | | | | Udział (%) | | | | | | | Długość hospitalizacji (mediana) | | | | | | |
|--------|---|-----------------------|------|------|------|------|------|------|------------|------|------|------|------|------|------|----------------------------------|------|------|------|------|------|------|
| | | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
| 84.982 | Rekonstrukcja wtórna wrodzonych i nabytych deformacji – kości (piszczelowa i strzałkowa) | 41 | 28 | 23 | 34 | 24 | 36 | 36 | 2,6 | 1,74 | 1,45 | 2,2 | 1,57 | 2,15 | 1,77 | 8 | 6 | 7 | 5 | 5 | 4 | 4 |
| 84.971 | Rekonstrukcja pierwotna wrodzonych i nabytych deformacji - kości miednicy | 39 | 44 | 38 | 43 | 24 | 28 | 43 | 2,48 | 2,73 | 2,4 | 2,78 | 1,57 | 1,67 | 2,11 | 7 | 7 | 7 | 7 | 6 | 5 | 4 |
| 84.941 | Rekonstrukcja pierwotna wrodzonych i nabytych deformacji – klatka piersiowa (żebra, mostek) | 34 | 41 | 31 | 33 | 23 | 22 | 47 | 2,16 | 2,54 | 1,96 | 2,13 | 1,5 | 1,31 | 2,31 | 8 | 7 | 6 | 7 | 6 | 6 | 6 |
| 78.312 | Przeszczep kostny z lub bez unieruchomienia wewnętrznego lub osteotomii – kość ramienna | 32 | 52 | 34 | 28 | 34 | 18 | 0 | 2,03 | 3,23 | 2,15 | 1,81 | 2,22 | 1,08 | 0 | 2 | 3 | 2 | 2 | 4 | 2 | 0 |
| 78.327 | Metoda rozciągania z lub bez korytkotomii/ostotomii – kość piszczelowa/kość strzałkowa | 31 | 18 | 26 | 16 | 28 | 19 | 26 | 1,97 | 1,12 | 1,64 | 1,03 | 1,83 | 1,14 | 1,28 | 11 | 12 | 14 | 10 | 10 | 8 | 10 |
| 78.423 | Zabieg naprawczy złego zrostu lub braku zrostu – kość promieniowa/kość łokciowa | 30 | 24 | 32 | 32 | 47 | 42 | 35 | 1,9 | 1,49 | 2,02 | 2,07 | 3,07 | 2,51 | 1,72 | 5 | 4 | 4 | 3 | 4 | 3 | 2 |
| 84.811 | Rekonstrukcja pierwotna wrodzonych i nabytych deformacji ręki | 27 | 25 | 24 | 26 | 28 | 21 | 0 | 1,71 | 1,55 | 1,52 | 1,68 | 1,83 | 1,25 | 0 | 5 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 0 |
| 84.972 | Rekonstrukcja wtórna wrodzonych i nabytych deformacji – kości miednicy | 26 | 0 | 16 | 18 | 0 | 19 | 0 | 1,65 | 0 | 1,01 | 1,16 | 0 | 1,14 | 0 | 7 | 0 | 2 | 3 | 0 | 4 | 0 |
| 78.425 | Zabieg naprawczy złego zrostu lub braku zrostu – kość udowa/miednica | 25 | 20 | 17 | 25 | 18 | 0 | 21 | 1,59 | 1,24 | 1,07 | 1,62 | 1,18 | 0 | 1,03 | 9 | 6 | 8 | 6 | 7 | 0 | 5 |
| 84.962 | Rekonstrukcja wtórna wrodzonych i nabytych deformacji – kości (promieniowa i łokciowa) | 20 | 21 | 22 | 19 | 18 | 28 | 0 | 1,27 | 1,3 | 1,39 | 1,23 | 1,18 | 1,67 | 0 | 7 | 7 | 4 | 4 | 3 | 3 | 0 |
| 78.422 | Zabieg naprawczy złego zrostu lub braku zrostu – kość ramienna | 17 | 0 | 0 | 17 | 17 | 0 | 24 | 1,08 | 0 | 0 | 1,1 | 1,11 | 0 | 1,18 | 6 | 0 | 0 | 6 | 4 | 0 | 3 |
| 78.225 | Otwarta epifizjodeza – kość udowa/miednica | 0 | 43 | 56 | 96 | 91 | 140 | 163 | 0 | 2,67 | 3,54 | 6,21 | 5,94 | 8,36 | 8 | 0 | 5 | 4 | 4 | 3 | 3 | 3 |
| 78.227 | Otwarta epifizjodeza – kość piszczelowa/kość strzałkowa | 0 | 24 | 43 | 43 | 49 | 70 | 81 | 0 | 1,49 | 2,72 | 2,78 | 3,2 | 4,18 | 3,98 | 0 | 6 | 5 | 5 | 4 | 4 | 4 |

| ICD 9 | Nazwa | Liczba hospitalizacji | | | | | | | Udział (%) | | | | | | | Długość hospitalizacji (mediana) | | | | | | |
|--------|--|-----------------------|------|------|------|------|------|------|------------|------|------|------|------|------|------|----------------------------------|------|------|------|------|------|------|
| | | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
| 78.313 | Przeszczep kostny z lub bez unieruchomienia wewnętrznego lub osteotomii – kość promieniowa/kość łokciowa | 0 | 20 | 16 | 17 | 24 | 0 | 26 | 0 | 1,24 | 1,01 | 1,1 | 1,57 | 0 | 1,28 | 0 | 5 | 3 | 2 | 2 | 0 | 2 |
| 78.427 | Zabieg naprawczy złego zrostu lub braku zrostu – kość piszczelowa/kość strzałkowa | 0 | 0 | 23 | 19 | 0 | 19 | 27 | 0 | 0 | 1,45 | 1,23 | 0 | 1,14 | 1,33 | 0 | 0 | 7 | 5 | 0 | 5 | 2 |
| 84.942 | Rekonstrukcja wtórna wrodzonych i nabytych deformacji – klatka piersiowa (żebra, mostek) | 0 | 0 | 0 | 17 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1,1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 | 0 | 0 | 0 |
| 78.235 | Przezskórna epifizjodeza – kość udowa/miednica | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 21 | 39 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1,25 | 1,91 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 3 |

Do najczęściej wykonywanych procedur kierunkowych w latach 2009–2015 należą: 84.871 (rekonstrukcja pierwotna wrodzonych i nabytych deformacji stopy), 84.951 (rekonstrukcja pierwotna wrodzonych i nabytych deformacji - kości (ramienna, udowa), 84.981 (rekonstrukcja pierwotna wrodzonych i nabytych deformacji - kości (piszczelowa i strzałkowa), 78.225 (otwarta epifizjodeza - kość udowa/miednica), 84.952 (rekonstrukcja wtórna wrodzonych i nabytych deformacji - kości (ramienna, udowa), 78.315 (przeszczep kostny z lub bez unieruchomienia wewnętrznego lub osteotomii - kość udowa/ miednica) przy czym:

- w 2009 roku największy odsetek hospitalizacji był związany z wykonywaniem procedur kierunkowych 84.871 (30%), 84.951 (15%), 84.981 (7%), 78.315 (5%), zaś pozostałe procedury stanowiły mniej niż 5% wszystkich hospitalizacji rozliczanych grupą H92.

W 2010 roku największy odsetek hospitalizacji był związany z wykonywaniem procedur kierunkowych 84.871 (24%), 84.951 (16%), 84.981 (9%), 84.952 (6%) 78.315 (6%), zaś pozostałe procedury stanowiły mniej niż 5% wszystkich hospitalizacji rozliczanych grupą H92.

- w 2011 roku największy odsetek hospitalizacji był związany z wykonywaniem procedur kierunkowych 84.871 (27%), 84.951 (15%), 84.981 (9%), 78.315 (5%), zaś pozostałe procedury stanowiły mniej niż 5% wszystkich hospitalizacji rozliczanych grupą H92.
- w 2012 roku największy odsetek hospitalizacji był związany z wykonywaniem procedur kierunkowych 84.871 (23%), 84.951 (15%), 84.981 (9%), 78.225 (6%) 84.952 (6%), zaś pozostałe procedury stanowiły mniej niż 5% wszystkich hospitalizacji rozliczanych grupą H92.
- w 2013 roku największy odsetek hospitalizacji był związany z wykonywaniem procedur kierunkowych 84.871 (23%), 84.951 (15%), 84.981 (9%), 78.225 (6%) 84.952 (6%), zaś pozostałe procedury stanowiły mniej niż 5% wszystkich hospitalizacji rozliczanych grupą H92.
- w 2014 roku największy odsetek hospitalizacji był związany z wykonywaniem procedur kierunkowych 84.871 (26%), 84.951 (15%), 84.981 (9%), 78.225 (9%), 84.952 (8%) 78.315 (5%), zaś pozostałe procedury stanowiły mniej niż 5% wszystkich hospitalizacji rozliczanych grupą H92.
- w 2015 roku największy odsetek hospitalizacji był związany z wykonywaniem procedur kierunkowych 84.871 (28%), 84.951 (16%), 84.981 (9%), 78.225 (8%), 84.952 (5%), zaś pozostałe procedury stanowiły mniej niż 5% wszystkich hospitalizacji rozliczanych grupą H92.

Ze względu na skrócenie długości hospitalizacji na przestrzeni lat, trudno stwierdzić jednoznacznie czy jakaś procedura różni się istotnie od mediany hospitalizacji. Można jednak dostrzec, że procedury takie jak 84.721 (założenie zewnętrznego urządzenia stabilizującego, system pierścieniowo-prętowy - system typu Ilizarowa), 78.325 (metoda rozciągania z lub bez kortykotomii/ostotomii – kość udowa/ miednica) oraz 78.327 (metoda rozciągania z lub bez kortykotomii/ostotomii – kość piszczelowa/kość strzałkowa) zdecydowanie przekraczają medianę czasu hospitalizacji(dla konkretnego roku) we wszystkich analizowanych latach.

W poniższej tabeli przedstawiono szczegółowe dane dotyczące wykonywania procedur dodatkowych z listy H9.

Tabela 5 Struktura grupy H92 w odniesieniu do procedur dodatkowych na przestrzeni lat 2009–2015 (opracowanie własne na podstawie danych NFZ (NFZ, 2016))

| ICD-9 | Nazwa | Liczba hospitalizacji | | | | | | | Udział (%) | | | | | | | Długość hospitalizacji (mediana) | | | | | | |
|--------|---|-----------------------|------|------|------|------|------|------|------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|----------------------------------|------|------|------|------|------|------|
| | | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
| 77.23 | Osteotomia klinowa - kość promieniowa/ kość łokciowa | 0 | 0 | 0 | 0 | 17 | 19 | 0 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 1,11 | 1,14 | 0,00 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 | 5 | 0 |
| 77.25 | Osteotomia klinowa - kość udowa | 82 | 92 | 91 | 108 | 112 | 115 | 101 | 5,21 | 5,71 | 5,75 | 6,98 | 7,32 | 6,87 | 4,96 | 8 | 9 | 8 | 7 | 7 | 7 | 6 |
| 77.27 | Osteotomia klinowa - kość piszczelowa/kość strzałkowa | 44 | 47 | 50 | 47 | 52 | 61 | 65 | 2,79 | 2,92 | 3,16 | 3,04 | 3,40 | 3,64 | 3,19 | 7 | 8 | 7 | 6 | 6 | 5 | 5 |
| 77.291 | Osteotomia klinowa - inne kości (miednica) | 24 | 20 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1,52 | 1,24 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 7 | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 78.411 | Inne zabiegi naprawcze kości - łopatka, obojczyk, klatka piersiowa (żebra i mostek) | 39 | 43 | 34 | 45 | 35 | 36 | 58 | 2,48 | 2,67 | 2,15 | 2,91 | 2,29 | 2,15 | 2,85 | 8 | 7 | 5 | 6 | 5 | 5 | 5 |
| 78.412 | Inne zabiegi naprawcze kości - kość ramienna | 86 | 98 | 87 | 84 | 73 | 72 | 96 | 5,46 | 6,08 | 5,50 | 5,43 | 4,77 | 4,30 | 4,71 | 4 | 5 | 4 | 5 | 3 | 4 | 3 |
| 78.413 | Inne zabiegi naprawcze kości - kość promieniowa/kość łokciowa | 87 | 91 | 92 | 89 | 122 | 99 | 119 | 5,52 | 5,65 | 5,81 | 5,75 | 7,97 | 5,91 | 5,84 | 6 | 5 | 4 | 4 | 4 | 3 | 3 |
| 78.415 | Inne zabiegi naprawcze kości - kość udowa/miednica | 295 | 335 | 291 | 293 | 286 | 355 | 410 | 18,73 | 20,78 | 18,38 | 18,94 | 18,68 | 21,21 | 20,13 | 7 | 7 | 6 | 5 | 4 | 4 | 4 |
| 78.417 | Inne zabiegi naprawcze kości - kość piszczelowa/kość strzałkowa | 201 | 215 | 176 | 176 | 176 | 192 | 246 | 12,76 | 13,34 | 11,12 | 11,38 | 11,50 | 11,47 | 12,08 | 6 | 5 | 5 | 4 | 4 | 4 | 3 |
| 78.419 | Inne zabiegi naprawcze kości - inne (kręgi) | 95 | 78 | 95 | 74 | 38 | 26 | 0 | 6,03 | 4,84 | 6,00 | 4,78 | 2,48 | 1,55 | 0,00 | 4 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2 | 0 |
| 78.72 | Chirurgiczne złamanie kości - kość ramienna | 21 | 27 | 18 | 34 | 23 | 19 | 0 | 1,33 | 1,67 | 1,14 | 2,20 | 1,50 | 1,14 | 0,00 | 6 | 8 | 8 | 5 | 7 | 4 | 0 |
| 78.73 | Chirurgiczne złamanie kości - kość promieniowa/ kość łokciowa | 34 | 18 | 26 | 42 | 28 | 28 | 34 | 2,16 | 1,12 | 1,64 | 2,71 | 1,83 | 1,67 | 1,67 | 6 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 |
| 78.75 | Chirurgiczne złamanie kości - kość udowa | 120 | 131 | 139 | 145 | 139 | 149 | 189 | 7,62 | 8,13 | 8,78 | 9,37 | 9,08 | 8,90 | 9,28 | 11 | 8 | 8 | 7 | 7 | 7 | 6 |
| 78.77 | Chirurgiczne złamanie kości - kość piszczelowa/kość strzałkowa | 73 | 104 | 108 | 107 | 112 | 118 | 145 | 4,63 | 6,45 | 6,82 | 6,92 | 7,32 | 7,05 | 7,12 | 9 | 7 | 6 | 6 | 6 | 6 | 4 |
| 78.78 | Chirurgiczne złamanie kości - kości stępu/kości śródstopia | 389 | 339 | 385 | 312 | 349 | 435 | 590 | 24,70 | 21,03 | 24,32 | 20,17 | 22,80 | 25,99 | 28,96 | 5 | 6 | 5 | 5 | 4 | 3 | 3 |

Niezależnie od roku (2009–2015), najczęściej wykonywaną procedurą dodatkową z listy H9 były następujące procedury:

- o kodzie 78.78 (chirurgiczne złamanie kości – kości stępu/kości śródstopia) stanowiące od 20% do 29% wszystkich wykonanych procedur dodatkowych;
- o kodzie 78.415 (inne zabiegi naprawcze kości – kość udowa/miednica) stanowiące od 19% do 21% wszystkich wykonanych procedur dodatkowych;
- o kodzie 78.417 (inne zabiegi naprawcze kości – kość piszczelowa/kość strzałkowa) stanowiące od 11% do 13% wszystkich wykonanych procedur dodatkowych;
- o kodzie 78.75 (chirurgiczne złamanie kości – kość udowa) stanowiące od 8% do 9% wszystkich procedur dodatkowych;
- o kodzie 78.77 (chirurgiczne złamanie kości – kość piszczelowa/kość strzałkowa) stanowiące od 5% do 7% wszystkich wykonanych procedur dodatkowych;
- o kodzie 77.25 (osteotomia klinowa – kość udowa) stanowiące od 5% do 7% wszystkich wykonanych procedur dodatkowych;
- o kodzie 78.413 (inne zabiegi naprawcze kości – kość promieniowa/kość łokciowa) stanowiące od 6% do 7% wszystkich wykonanych procedur dodatkowych;
- o kodzie 78.412 (inne zabiegi naprawcze kości – kość ramienna) stanowiąc od 4% do 6% wszystkich wykonanych procedur dodatkowych.

Realizacja pozostałych procedur dodatkowych nie przekraczała 5%.

Produkty do sumowania

W poniższej tabeli przedstawiono produkty do sumowania, które w 2015 roku doliczano do hospitalizacji rozliczanych grupą H92.

Tabela 6 Produkty dosumowane do hospitalizacji rozliczanych grupą H92 w 2015 (NFZ, 2016)

| Kategoria produktów | Lb. hospitalizacji | Udział (%) w liczbie hospitalizacji | Wartość | Udział (%) w wartości produktów dosumowanych |
|--|--------------------|-------------------------------------|-----------|--|
| Pobyt w OAiIT | 13 | 0,64 | 60 702,00 | 58,78 |
| Przetoczenie preparatów krwi i innych substancji | 63 | 3,09 | 27 338,00 | 26,47 |
| Rehabilitacja | 1 | 0,05 | 9 600,00 | 9,30 |
| Pozostałe świadczenia | 11 | 0,54 | 5 624,00 | 5,45 |

Najczęściej doliczanym produktem do sumowania było przetoczenie preparatów krwi i innych substancji (3% wszystkich hospitalizacji), zaś najbardziej kosztowym był pobyt w OAiIT – ok. 59% wartości wszystkich produktów do sumowania, choć stanowił on niecały 1% wszystkich hospitalizacji.

Miejsce udzielania świadczeń

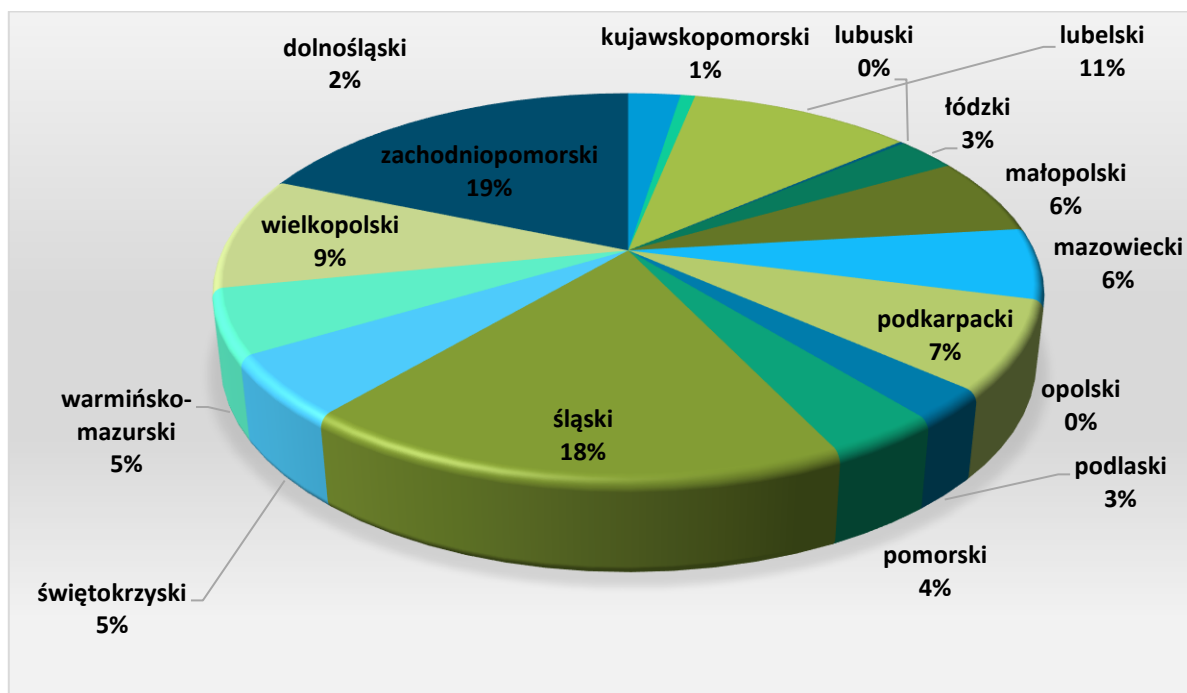
Świadczenia rozliczane grupą H92 w 2015 roku były najczęściej udzielane w dziecięcym oddziale ortopedii i traumatologii narządu ruchu (ponad 70% wszystkich hospitalizacji). Szczegółowe dane znajdują się w poniższej tabeli.

Tabela 7 Miejsce udzielania świadczeń – 2015 r. (NFZ, 2016)

| Zakres świadczeń | Lb. hospitalizacji | Udział (%) | Mediana czasu pobytu (dni) |
|---|--------------------|------------|----------------------------|
| 03.4581.030.02 – ortopedia i traumatologia narządu ruchu dziecięca – hospitalizacja | 1436 | 70,50 | 4 |
| 03.4501.030.02 – chirurgia dziecięca – hospitalizacja | 355 | 17,43 | 2 |
| 03.4580.030.02 – ortopedia i traumatologia narządu ruchu – hospitalizacja | 209 | 10,26 | 4 |

Różnice pomiędzy województwami

Analizując dane NFZ w podziale na poszczególne województwa, nie obserwuje się znaczących różnic pomiędzy województwami w odniesieniu do średniej wartości grupy i średniej wartości hospitalizacji. Obserwuje się natomiast różnice dotyczące liczby hospitalizacji w poszczególnych województwach. Szczegółowe dane zaprezentowano na poniższych wykresach.



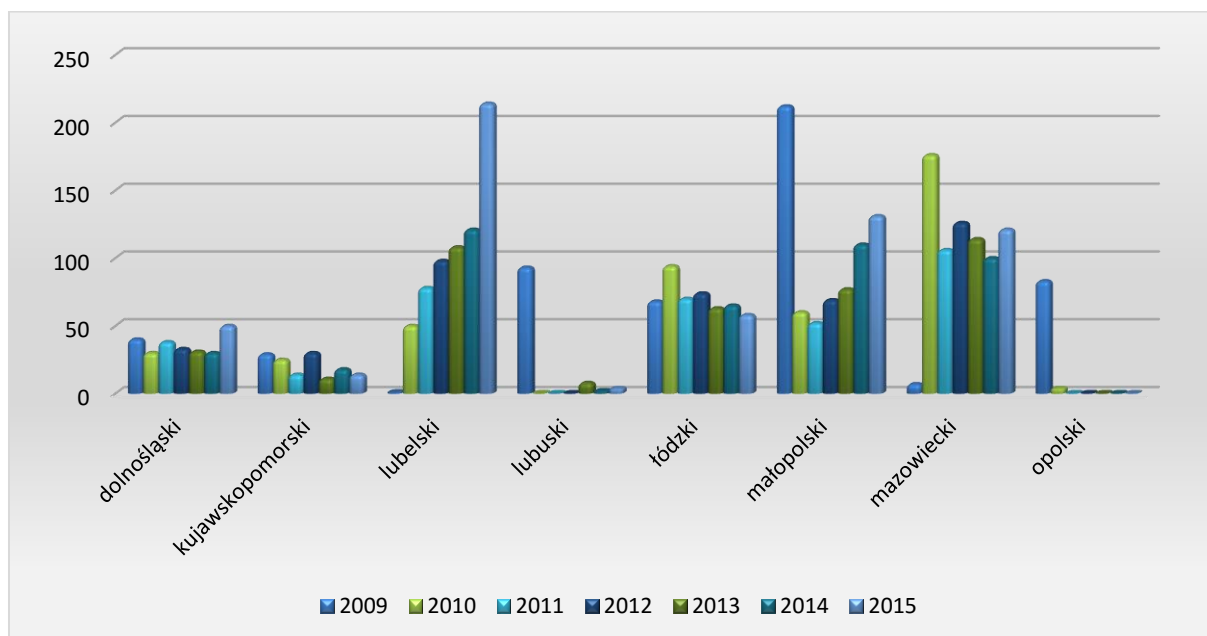
Rycina 15. Wykonanie świadczeń finansowanych w ramach grupy H92 w 2015 roku w podziale na województwa (opracowanie własne na podstawie danych NFZ (NFZ, 2016))

Najwięcej świadczeń zdrowotnych rozliczanych grupą H92 w 2015 roku wykonano w województwie zachodniopomorskim (380 hospitalizacji), śląskim (374 hospitalizacje), lubelskim (241 hospitalizacji). W województwie małopolskim, mazowieckim, podkarpackim, świętokrzyskim, warmińsko-mazurskim, wielkopolskim liczba hospitalizacji mieści się w zakresie 100–200. W województwie dolnośląskim, kujawsko-pomorskim, lubuskim, łódzkim, podlaskim i pomorskim liczba hospitalizacji nie przekracza 100, przy czym podkreślić należy, że:

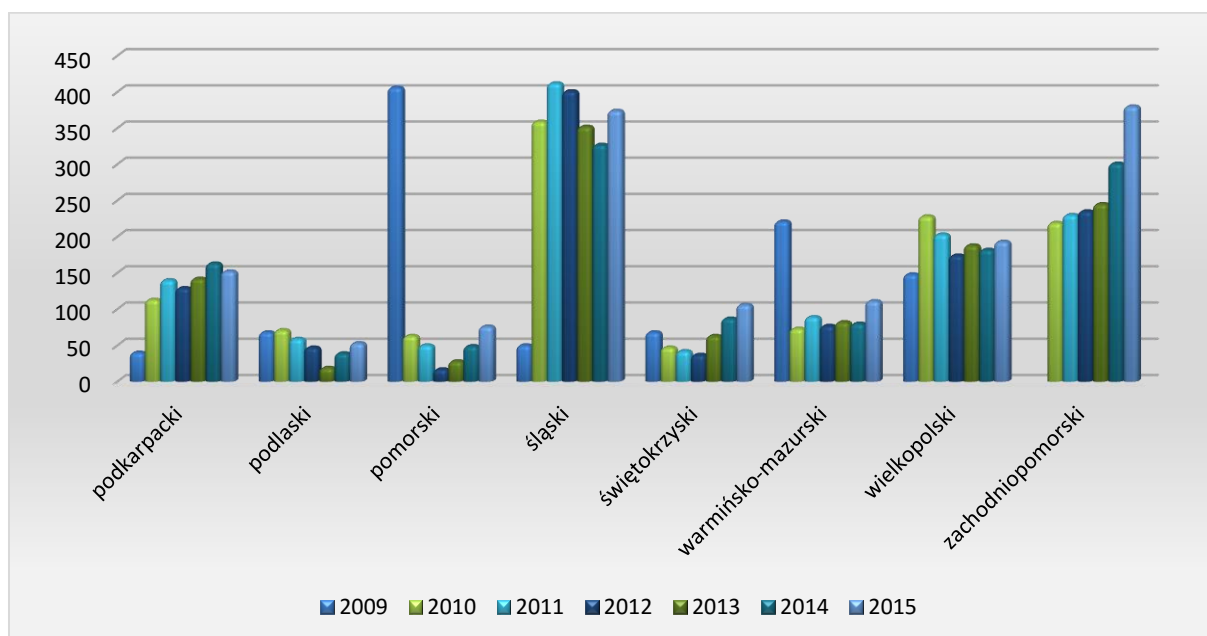
- w województwie lubuskim liczba hospitalizacji rozliczonych grupą H92 wyniosła w 2015 roku 4, najwięcej procedur rozliczono grupą H92 w 2013 roku (8), w latach 2010–2012 nie rozliczono żadnej procedury grupą H92;

- w województwie opolskim w latach 2011– 2015 nie rozliczono żadnej procedury w ramach grupy H92, maksymalnie rozliczono 7 hospitalizacji w roku 2009.

Liczbę hospitalizacji rozliczanych grupą H92 w podziale na województwa w latach 2009–2015 zaprezentowano na poniższych wykresach. Nie obserwuje się znaczących zmian w udzielaniu świadczeń zdrowotnych rozliczanych grupą H92 na przestrzeni analizowanych lat.



Rycina 16. Liczba hospitalizacji rozliczanych grupą H92 w województwie dolnośląskim, kujawsko-pomorskim, lubelskim, lubuskim, łódzkim, małopolskim, mazowieckim i opolskim, w latach 2009–2015 (opracowanie własne na podstawie danych NFZ (NFZ, 2016)



Rycina 17. Liczba hospitalizacji rozliczanych grupą H92 w województwie podkarpackim, podlaskim, pomorskim, śląskim, świętokrzyskim, warmińsko-mazurskim, wielkopolskim, zachodniopomorskim, w latach 2009–2015 (opracowanie własne na podstawie danych NFZ (NFZ, 2016)

Kolejka oczekujących

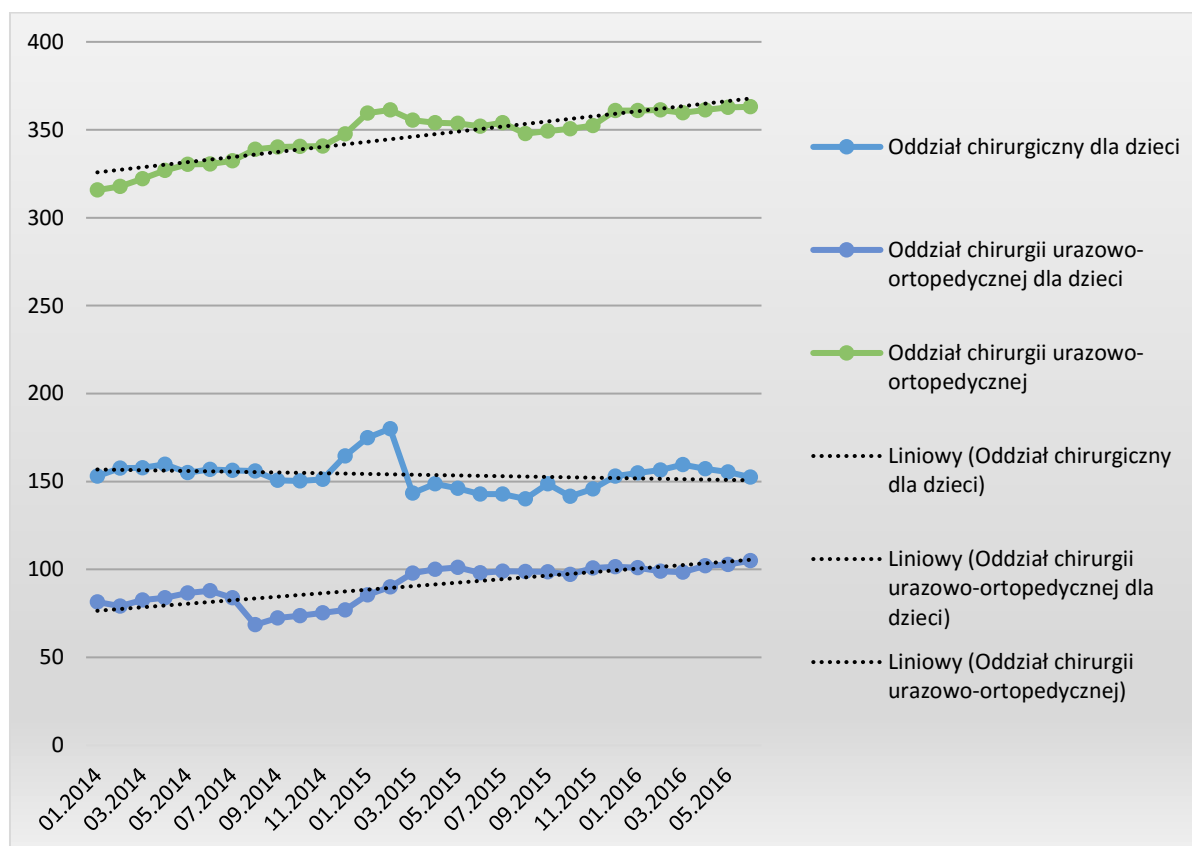
Na poniższych rycinach przedstawiono informacje o liczbie osób oczekujących, średnim czasie oczekiwania oraz o łącznej liczbie osób oczekujących do oddziału chirurgicznego dla dzieci, oddziału chirurgii urazowo-ortopedycznej i oddziału chirurgii urazowo-ortopedycznej dla dzieci, w latach 2014–2016, pochodzące z Ogólnopolskiego Informatora o Czasie Oczekiwania na Świadczenia Medyczne NFZ, w podziale na przypadki stabilne oraz przypadki pilne.

Przypadki stabilne

Średnia liczba osób oczekujących do oddziału chirurgii dziecięcej wynosi obecnie¹ w przybliżeniu 153 osób. Na początku 2014 roku średnia liczba osób oczekujących do oddziału chirurgii dziecięcej wynosiła w przybliżeniu również 153 osoby. Oznacza to utrzymywanie się średniej liczby osób oczekujących na tym samym poziomie.

Średnia liczba osób oczekujących do oddziału chirurgii urazowo-ortopedycznej dla dzieci wynosi obecnie w przybliżeniu 105 osób. Na początku 2014 roku średnia liczba osób oczekujących do oddziału chirurgii urazowo ortopedycznej dla dzieci wynosiła w przybliżeniu 82 osób. Oznacza to wzrost średniej liczby osób oczekujących względem 2014 roku o 28%.

Średnia liczba osób oczekujących do oddziału chirurgii urazowo-ortopedycznej wynosi obecnie w przybliżeniu 363 osoby. Na początku 2014 roku średnia liczba osób oczekujących do oddziału chirurgii urazowo ortopedycznej wynosiła w przybliżeniu 316 osób. Oznacza to wzrost średniej liczby osób oczekujących względem 2014 roku o 14%.



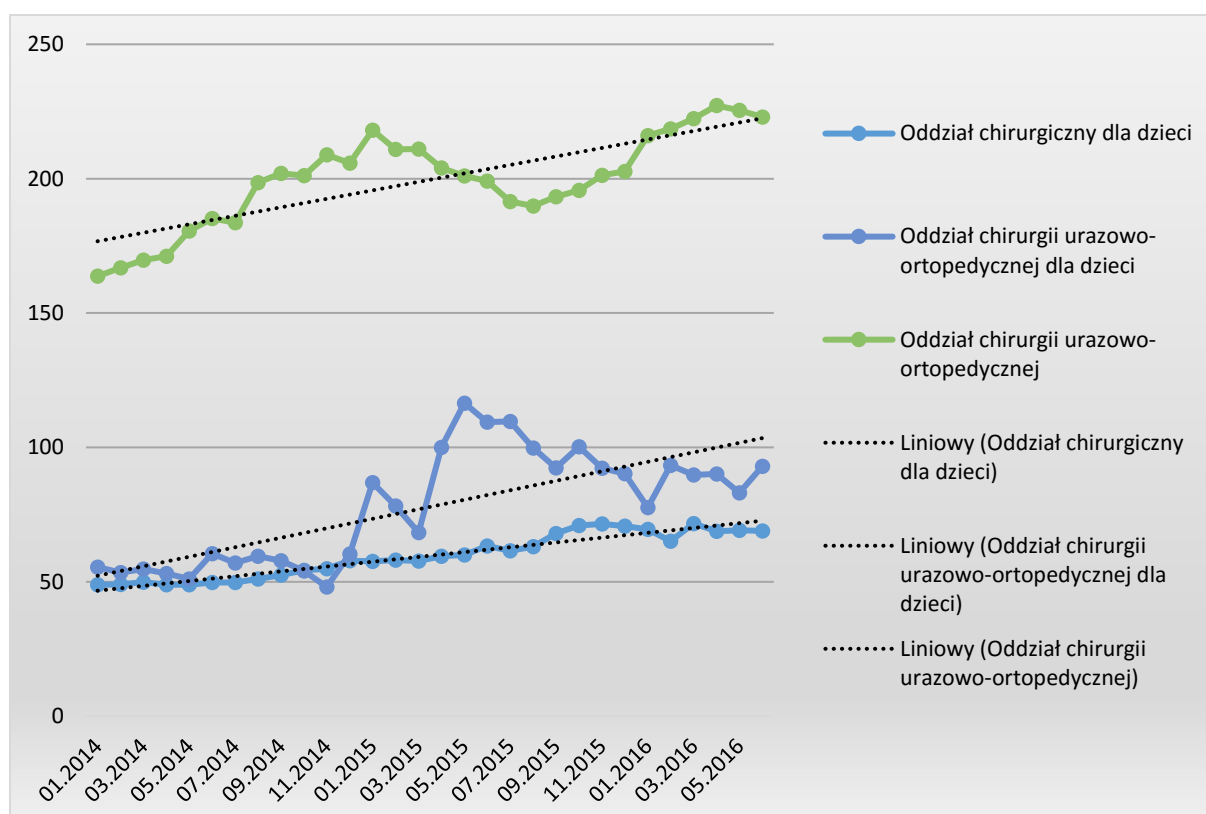
Rycina 18. Średnia liczba osób oczekujących – przypadki stabilne (opracowanie własne na podstawie danych NFZ – Ogólnopolski Informator o Czasie Oczekiwania na Świadczenia Medyczne)

¹ Najbardziej aktualne dane dotyczą maja 2016 r.

Średni czas oczekiwania do oddziału chirurgii dziecięcej wynosi obecnie w przybliżeniu 69 dni. Na początku 2014 roku średni czas oczekiwania wynosił w przybliżeniu 49 dni. Oznacza to wzrost średniego czasu oczekiwania względem 2014 roku o 41%.

Średni czas oczekiwania do oddziału chirurgii urazowo-ortopedycznej dla dzieci wynosi obecnie w przybliżeniu 93 dni. Na początku 2014 roku średni czas oczekiwania do oddziału chirurgii urazowo-ortopedycznej dla dzieci wynosił 55 dni. Oznacza to wydłużenie średniego czasu oczekiwania względem 2014 roku o 69%.

Średni czas oczekiwania do oddziału chirurgii urazowo-ortopedycznej wynosi obecnie 223 dni. Na początku 2014 roku średni czas oczekiwania wynosił 164 dni. Oznacza to wzrost średniego czasu oczekiwania względem 2014 roku o 36%.

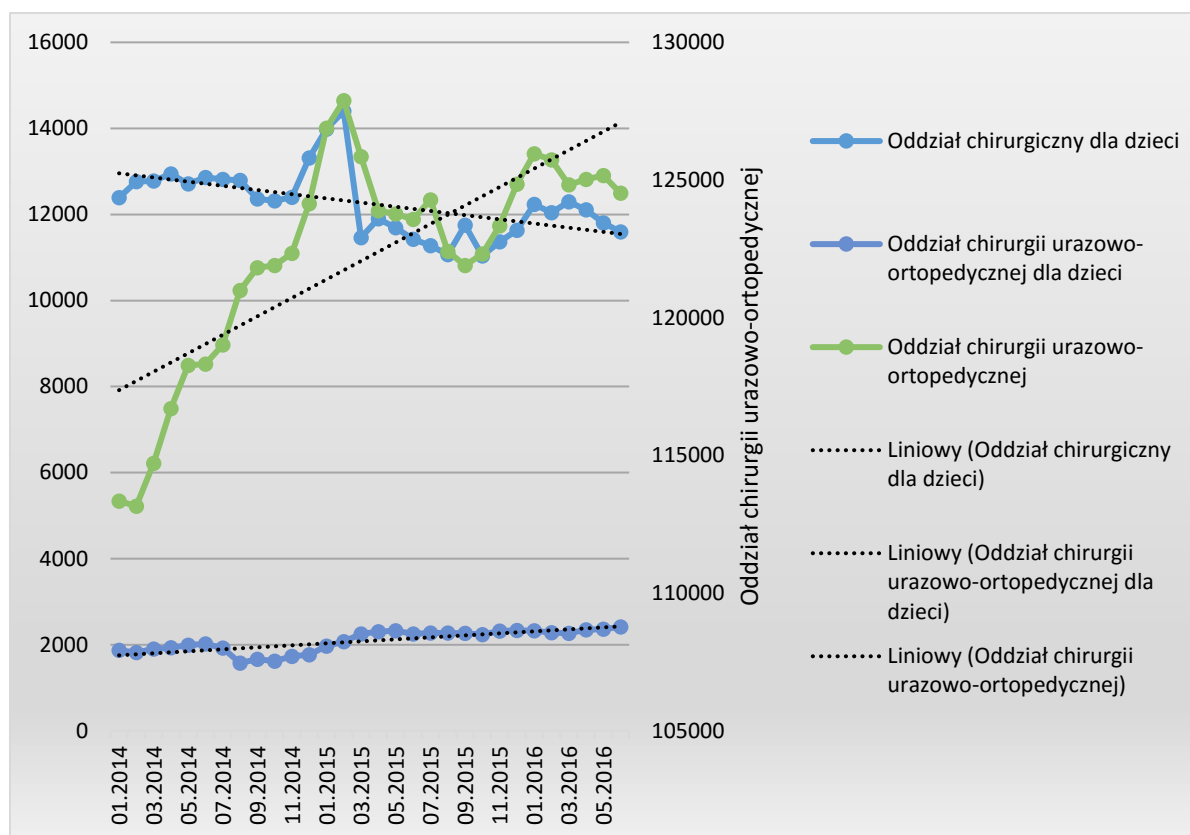


Rycina 19. Średni czas oczekiwania (w dniach) – przypadki stabilne (opracowanie własne na podstawie danych NFZ – Ogólnopolski Informator o Czasie Oczekiwania na Świadczenia Medyczne)

Łączna liczba osób oczekujących do oddziału chirurgii dziecięcej wynosi obecnie 11 595 osób. Na początku 2014 roku łączna liczba osób oczekujących do oddziału chirurgii dziecięcej wynosiła 12 394 osób. Oznacza to spadek łącznej liczby osób oczekujących względem 2014 roku o 7%.

Łączna liczba osób oczekujących do oddziału chirurgii urazowo-ortopedycznej dla dzieci wynosi obecnie 2 413 osób. Na początku 2014 roku łączna liczba osób oczekujących wynosiła 1 874 osób. Oznacza to wzrost łącznej liczby osób oczekujących względem 2014 roku o 29%.

Łączna liczba osób oczekujących do oddziału chirurgii urazowo-ortopedycznej wypis obecnie 124 531 osób. Na początku 2014 roku wynosiła 113 345 osób. Oznacza to wzrost łącznej liczby osób oczekujących względem 2014 roku o 10%.



Rycina 20. Łączna liczba osób oczekujących – przypadki stabilne (opracowanie własne na podstawie danych NFZ – Ogólnopolski Informator o Czasie Oczekiwania na Świadczenia Medyczne)

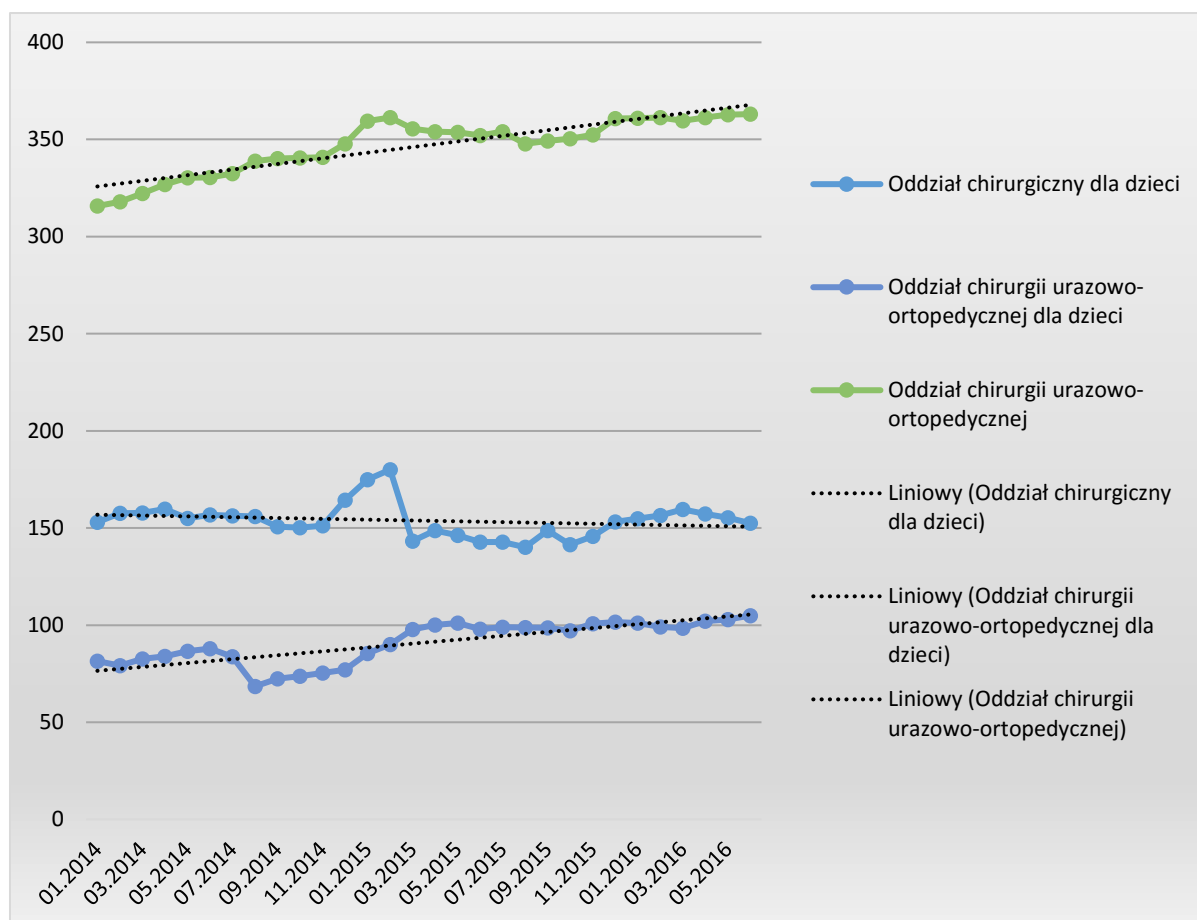
Przypadki pilne

Średnia liczba osób oczekujących do oddziału chirurgii dziecięcej wynosi obecnie² w przybliżeniu 16 osób. Na początku 2014 roku średnia liczba osób oczekujących do oddziału chirurgii dziecięcej wynosiła w przybliżeniu 6 osób. Oznacza to wzrost średniej liczby osób oczekujących względem 2014 roku o 167%.

Średnia liczba osób oczekujących do oddziału chirurgii urazowo-ortopedycznej dla dzieci wynosi obecnie w przybliżeniu 5 osób. Na początku 2014 roku średnia liczba osób oczekujących do oddziału chirurgii urazowo ortopedycznej dla dzieci wynosiła w przybliżeniu 13 osób. Oznacza to spadek średniej liczby osób oczekujących względem 2014 roku o 61%.

Średnia liczba osób oczekujących do oddziału chirurgii urazowo-ortopedycznej wynosi obecnie w przybliżeniu 54 osoby. Na początku 2014 roku średnia liczba osób oczekujących do oddziału chirurgii urazowo ortopedycznej wynosiła w przybliżeniu 31 osób. Oznacza to wzrost średniej liczby osób oczekujących względem 2014 roku o 74%.

² Najbardziej aktualne dane dotyczą maja 2016 r.

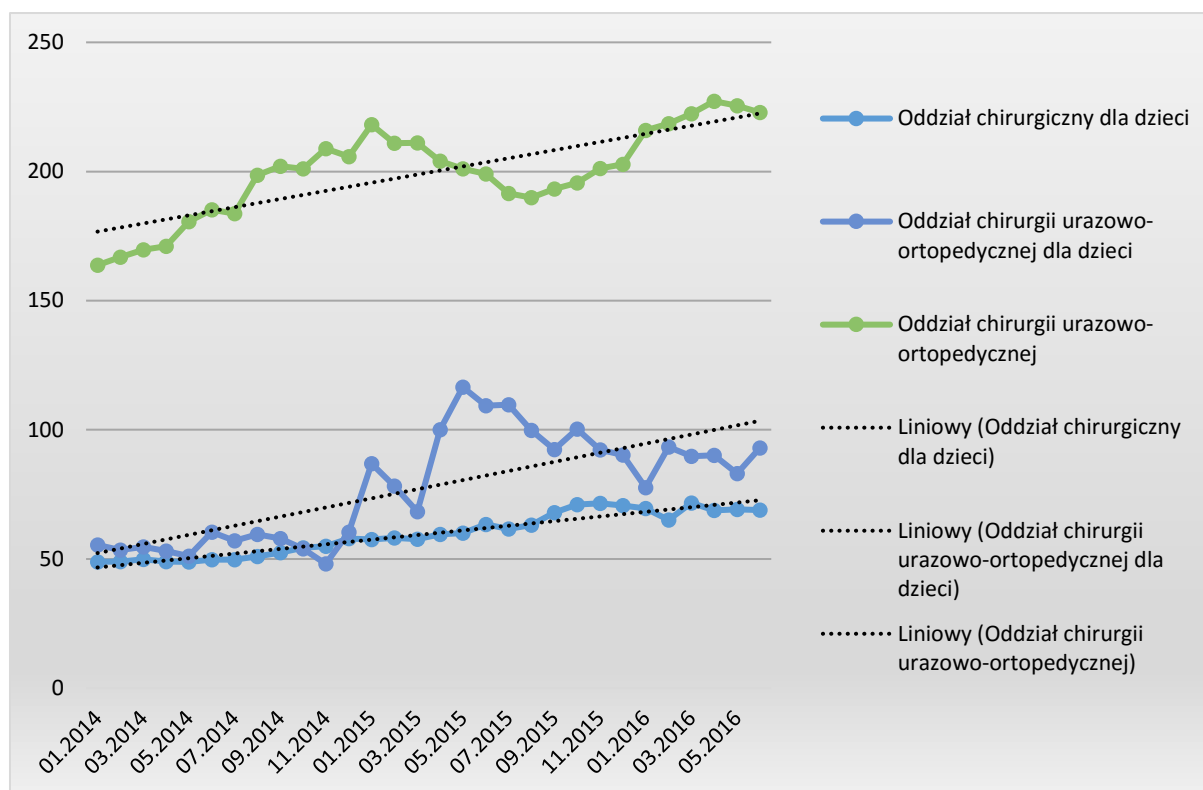


Rycina 21. Średnia liczba osób oczekujących – przypadki pilne (opracowanie własne na podstawie danych NFZ – Ogólnopolski Informator o Czasie Oczekiwania na Świadczenia Medyczne)

Średni czas oczekiwania do oddziału chirurgii dziecięcej wynosi obecnie w przybliżeniu 12 dni. Na początku 2014 roku średni czas oczekiwania wynosił w przybliżeniu 7 dni. Oznacza to wzrost średniego czasu oczekiwania o 71%.

Średni czas oczekiwania do oddziału chirurgii urazowo-ortopedycznej dla dzieci wynosi obecnie w przybliżeniu 10 dni. Na początku 2014 roku średni czas oczekiwania do oddziału chirurgii urazowo-ortopedycznej dla dzieci wynosił 21 dni. Oznacza to skrócenie średniego czasu oczekiwania o 52%.

Średni czas oczekiwania do oddziału chirurgii urazowo-ortopedycznej wynosi obecnie 47 dni. Na początku 2014 roku średni czas oczekiwania wynosił 37 dni. Oznacza to wzrost średniego czasu oczekiwania o 27%.

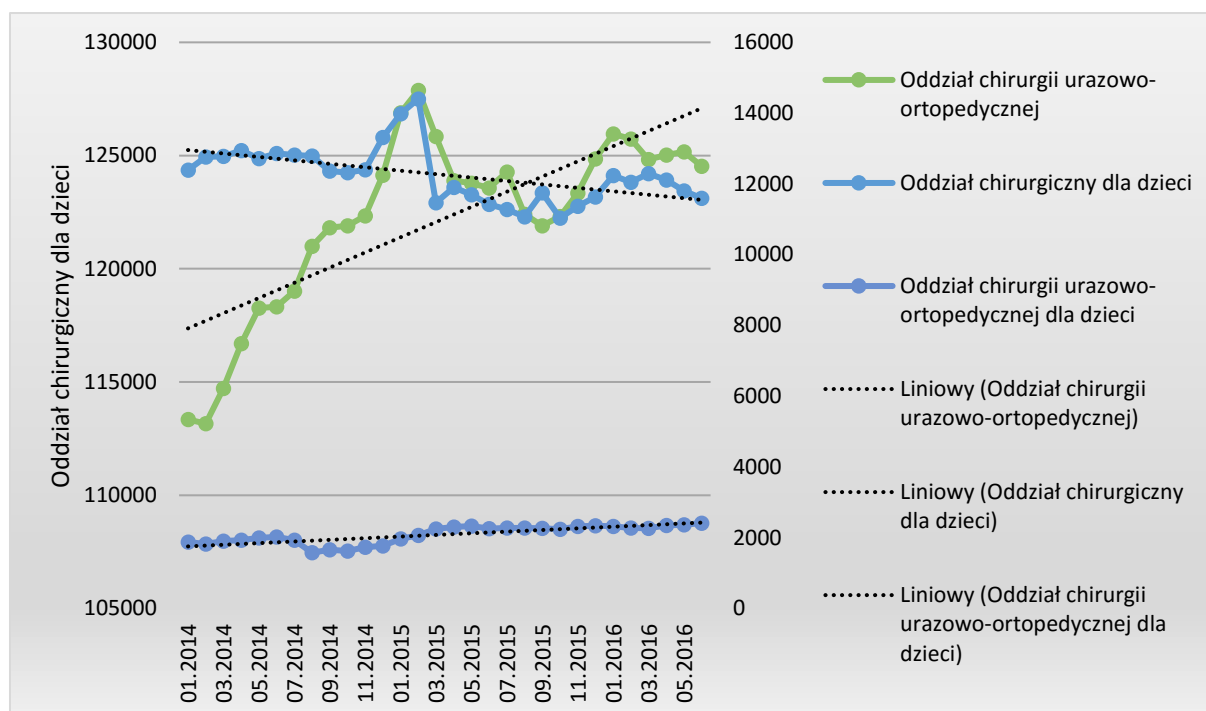


Rycina 22. Średni czas oczekiwania (w dniach) – przypadki pilne (opracowanie własne na podstawie danych NFZ – Ogólnopolski Informator o Czasie Oczekiwania na Świadczenia Medyczne)

Łączna liczba osób oczekujących do oddziału chirurgii dziecięcej wynosi obecnie 1 228 osób. Na początku 2014 roku łączna liczba osób oczekujących do oddziału chirurgii dziecięcej wynosiła 460 osób. Oznacza to wzrost łącznej liczby osób oczekujących względem 2014 roku o 167%.

Łączna liczba osób oczekujących do oddziału chirurgii urazowo-ortopedycznej dla dzieci wynosi obecnie 111 osób. Na początku 2014 roku łączna liczba osób oczekujących wynosiła 318 osób. Oznacza to spadek łącznej liczby osób oczekujących względem 2014 roku o 187%.

Łączna liczba osób oczekujących do oddziału chirurgii urazowo-ortopedycznej wypis obecnie 18 421 osób. Na początku 2014 roku wynosiła 11 079 osób. Oznacza to wzrost łącznej liczby osób oczekujących względem 2014 roku o 66%.

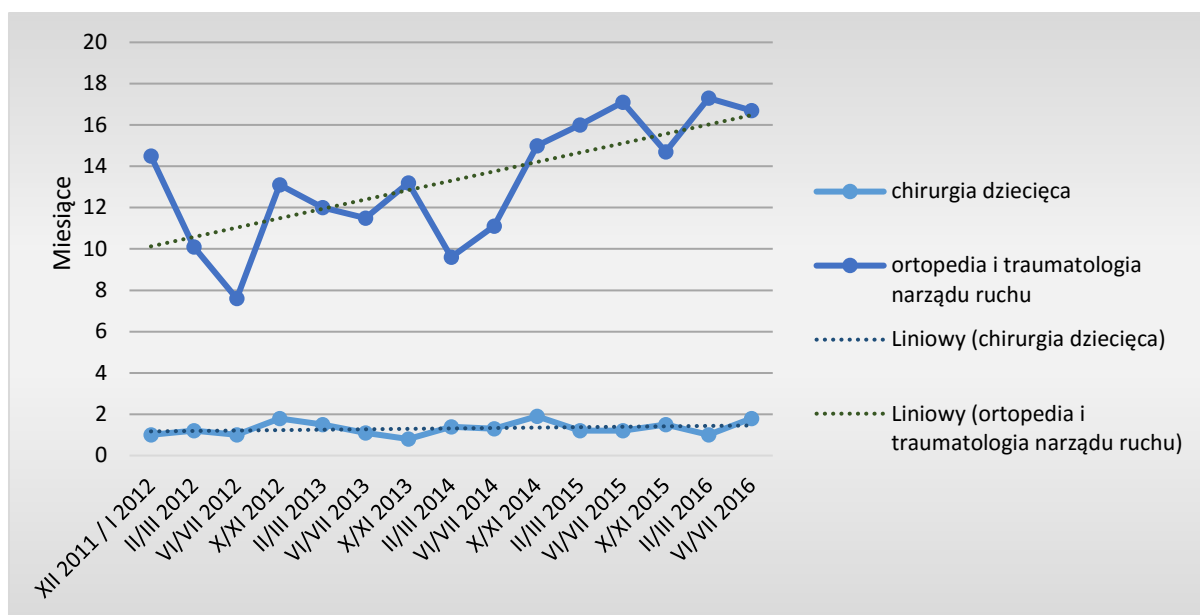


Rycina 23. łączna liczba osób oczekujących – przypadki pilne (opracowanie własne na podstawie danych NFZ –Ogólnopolski Informator o Czasie Oczekiwania na Świadczenia Medyczne)

W raportach WHC (Watch Health Care [WHC], 2012a, 2012b, 2012c, 2013a, 2013b, 2013c, 2014a, 2014b, 2014c, 2015a, 2015b, 2015c, 2016a, 2016b) przedstawiono informacje o czasie oczekiwania na wybrane świadczenia w oddziale chirurgii dziecięcej oraz oddziale ortopedii i traumatologii narządu ruchu na przestrzeni lat 2011–2016. O ile w przypadku świadczeń wykonywanych w ramach ortopedii i traumatologii narządu ruchu obserwuje się trend wzrostowy, a obecny czas oczekiwania wynosi około 17 miesięcy, o tyle w przypadku świadczeń wykonywanych w ramach chirurgii dziecięcej czas oczekiwania na przestrzeni lat utrzymuje się na tym samym poziomie i oscyluje między 1 a 2 miesiącami. Szczegółowe dane znajdują się w poniższej tabeli oraz na poniższym wykresie.

Tabela 8 Czas oczekiwania na wybrane świadczenia w poszczególnych dziedzinach medycyny (w miesiącach) (opracowanie własne na podstawie danych WHC (WHC, 2012a, 2012b, 2012c, 2013a, 2013b, 2013c, 2014a, 2014b, 2014c, 2015a, 2015b, 2015c, 2016a, 2016b)

| Dziedzina medycyny | XII 2011 / I 2012 | II/III 2012 | VI/VII 2012 | X/XI 2012 | II/III 2013 | VI/VII 2013 | X/XI 2013 | II/III 2014 | VI/VII 2014 | X/XI 2014 | II/III 2015 | VI/VII 2015 | X/XI 2015 | II/III 2016 | VI/VII 2016 |
|---|-------------------|-------------|-------------|-----------|-------------|-------------|-----------|-------------|-------------|-----------|-------------|-------------|-----------|-------------|-------------|
| Chirurgia dziecięca | 1 | 1,2 | 1 | 1,8 | 1,5 | 1,1 | 0,8 | 1,4 | 1,3 | 1,9 | 1,2 | 1,2 | 1,5 | 1 | 1,8 |
| Ortopedia i traumatologia narządu ruchu | 14,5 | 10,1 | 7,6 | 13,1 | 12 | 11,5 | 13,2 | 9,6 | 11,1 | 15 | 16 | 17,1 | 14,7 | 17,3 | 16,7 |



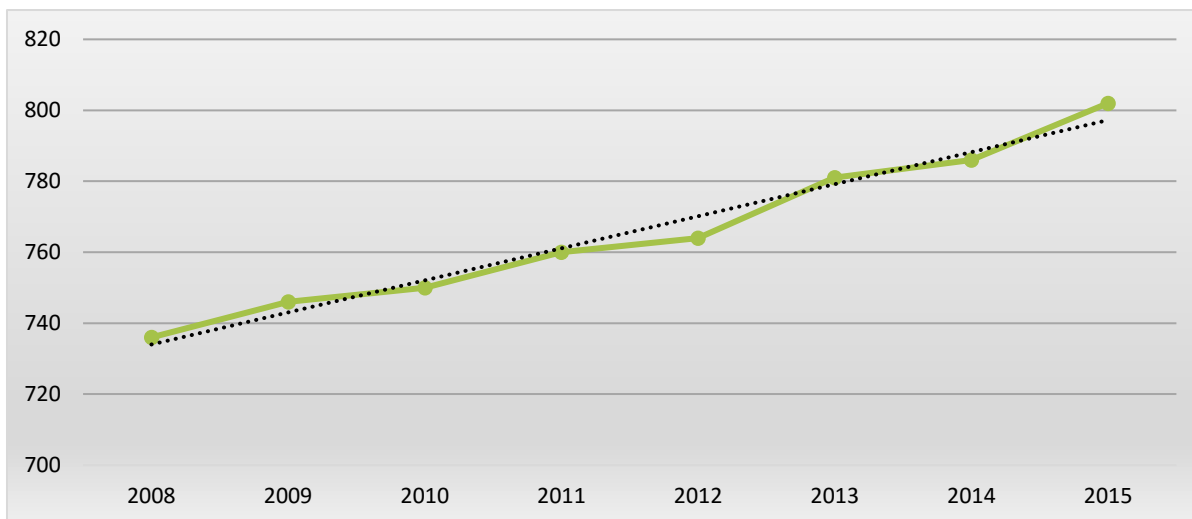
Rycina 24. Czas oczekiwania na wybrane świadczenia w poszczególnych dziedzinach medycyny (w miesiącach) (opracowanie własne na podstawie danych WHC (WHC, 2012a, 2012b, 2012c, 2013a, 2013b, 2013c, 2014a, 2014b, 2014c, 2015a, 2015b, 2015c, 2016a, 2016b))

Liczba lekarzy

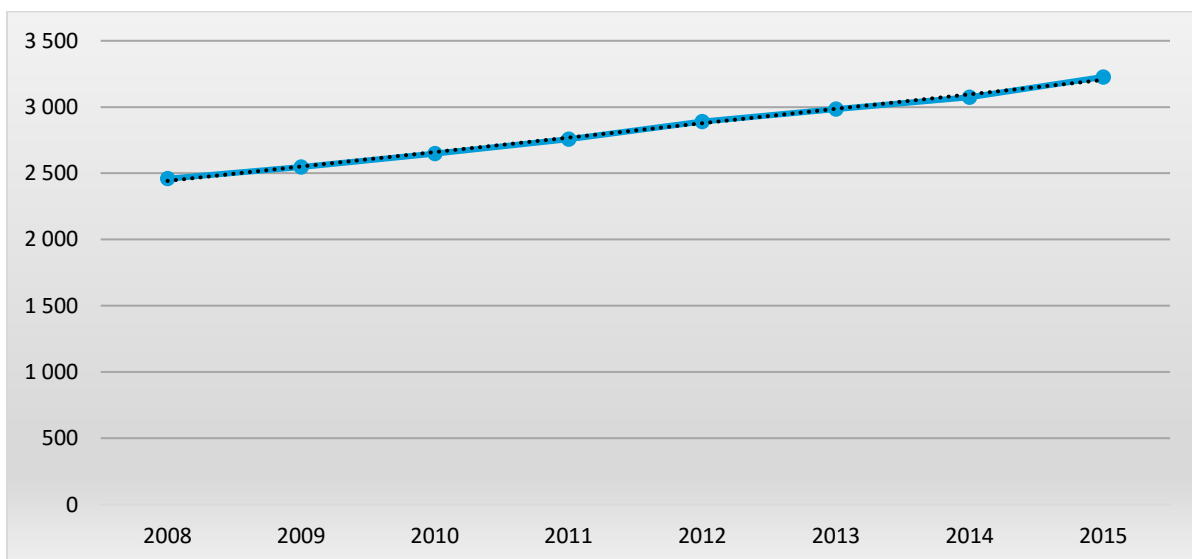
W poniższej tabeli, a także na poniższych rycinach przedstawiono informacje dotyczące liczby lekarzy specjalistów wykonujących zawód w specjalizacji chirurgia dziecięca oraz ortopedia i traumatologia ruchu na przestrzeni lat 2008–2015.

Tabela 9 Liczba lekarzy wybranych specjalności w latach 2008–2014 (opracowanie własne na podstawie danych NIL (Naczelna Izba Lekarska [NIL], 2016))

| Liczba lekarzy wg dziedziny specjalizacji zarejestrowanych w okręgowych rejestrach lekarzy: | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | stopa zmian |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------------|
| Chirurgia dziecięca | 736 | 746 | 750 | 760 | 764 | 781 | 786 | 802 | 1,23% |
| Ortopedia i traumatologia narządu ruchu | 2 459 | 2 548 | 2 649 | 2 757 | 2 889 | 2 984 | 3 074 | 3 227 | 3,96% |



Rycina 25. Liczba lekarzy-specjalistów wykonujących zawód w specjalizacji chirurgii dziecięcej na przestrzeni lat 2008–2015 (opracowanie własne na podstawie danych NIL (NIL, 2016))



Rycina 26. Liczba lekarzy-specjalistów wykonujących zawód w specjalizacji ortopedia i traumatologia narządu ruchu na przestrzeni lat 2008–2015 (opracowanie własne na podstawie danych NIL (NIL, 2016))

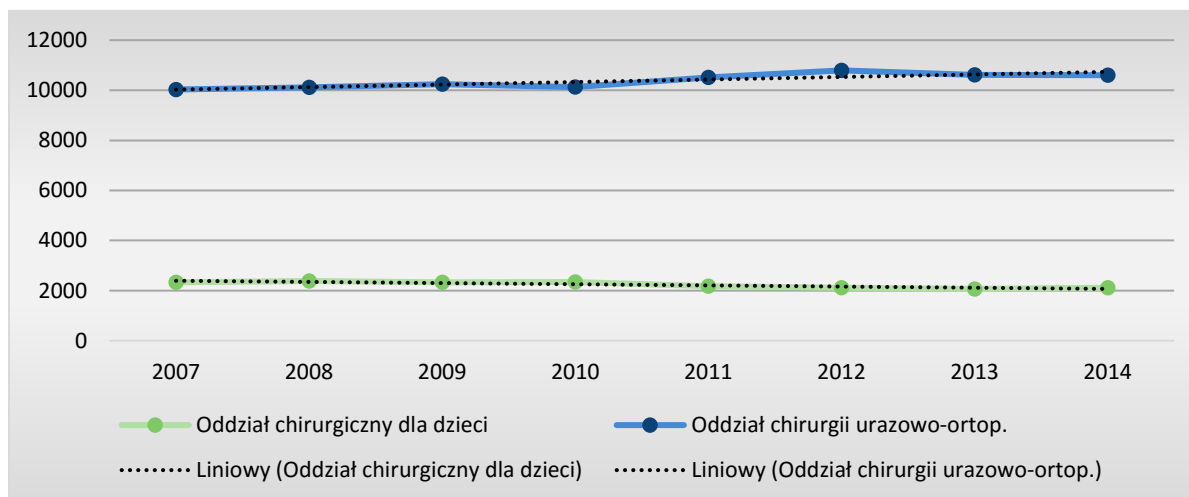
Na przestrzeni analizowanych lat obserwuje się powolny wzrost liczby lekarzy wykonujących zawód w specjalizacji chirurgii dziecięcej (stopa zmian – 1,23%) oraz wzrost liczby lekarzy wykonujących zawód w specjalizacji ortopedia i traumatologia narządu ruchu (stopa zmian – 3,96%).

Łóżka szpitalne

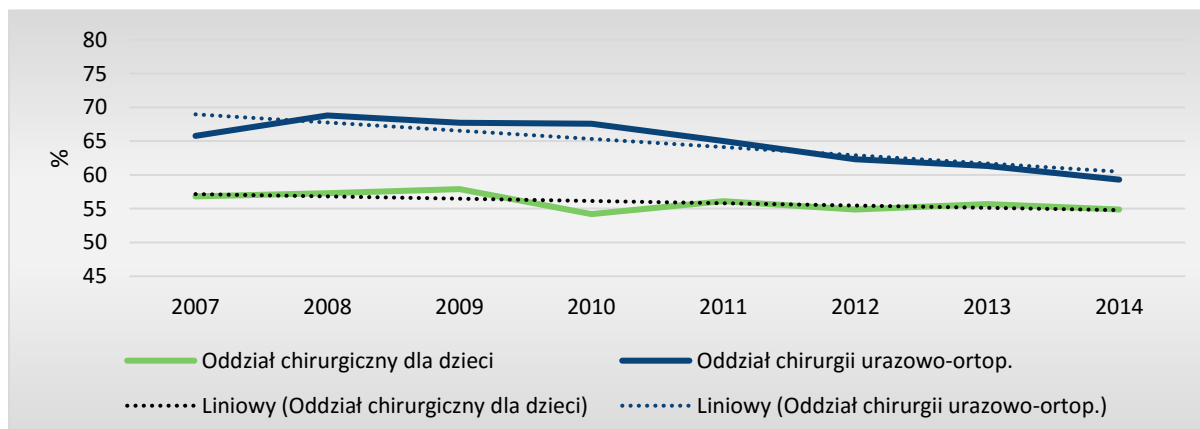
W oparciu o dane CSIOZ obserwuje się niewielki wzrost liczby łóżek na oddziałach chirurgii urazowo-ortopedycznej (w przybliżeniu 6%) oraz spadek liczby łóżek na oddziałach chirurgicznych dla dzieci (w przybliżeniu 9%) na przestrzeni lat 2007–2014. Wraz ze wzrostem liczby łóżek na oddziałach chirurgii urazowo ortopedycznej obserwuje się zmniejszenie wykorzystania łóżek szpitalnych (o około 7%) na przestrzeni lat 2007–2014. Obserwuje się również zmniejszenie wykorzystania łóżek szpitalnych na oddziałach chirurgii dziecięcej (o około 2 %). Szczegółowe dane zostały przedstawione w poniższych tabelach i na poniższych wykresach.

Tabela 10 Liczba łóżek na wybranych oddziałach w latach 2007–2014 (opracowanie własne na podstawie danych CSIOZ (Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia [CSIOZ], 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014))

| Działalność szpitali stacjonarnych ogólnych: liczba bezwzględna łóżek na oddziale: | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Oddział chirurgiczny dla dzieci | 2330 | 2383 | 2329 | 2339 | 2182 | 2111 | 2069 | 2114 |
| Oddział chirurgii urazowo-ortop. | 10032 | 10115 | 10243 | 10130 | 10511 | 10794 | 10614 | 10596 |

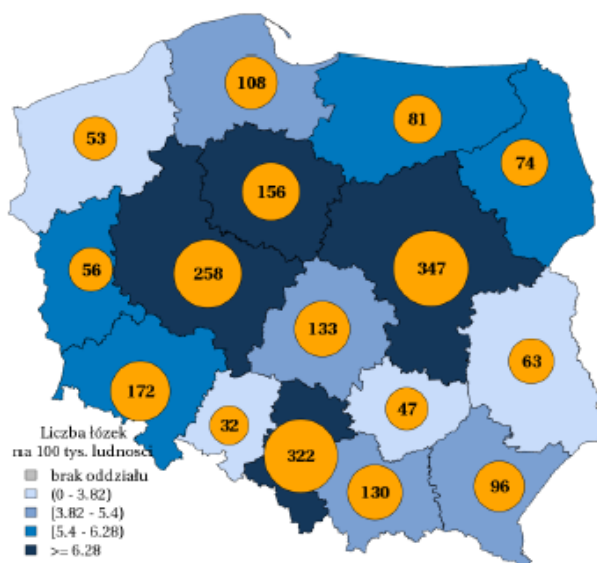
**Rycina 27. Liczba łóżek na wybranych oddziałach w latach 2007–2014 (opracowanie własne na podstawie danych CSIOZ (CSIOZ, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014))****Tabela 11 Wykorzystanie łóżek na wybranych oddziałach w latach 2007–2014 (opracowanie własne na podstawie danych CSIOZ (CSIOZ, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014))**

| Działalność szpitali stacjonarnych ogólnych: wykorzystanie łóżek (w %) na oddziale: | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|---|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Oddział chirurgiczny dla dzieci | 56,8 | 57,3 | 57,9 | 54,2 | 56,1 | 54,9 | 55,7 | 54,9 |
| Oddział chirurgii urazowo-ortop. | 65,8 | 68,8 | 67,7 | 67,6 | 65 | 62,3 | 61,3 | 59,3 |

**Rycina 28. Wykorzystanie łóżek na wybranych oddziałach w latach 2007–2014 (opracowanie własne na podstawie danych CSIOZ (CSIOZ, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014))**

Z informacji zawartych w opracowaniu dotyczącym map potrzeb zdrowotnych wynika, że 6% łóżek szpitalnych na chirurgii dziecięcej znajduje się u świadczeniodawców, którzy nie mają kontraktu z NFZ. Należy zauważyć, że województwa różnią się między sobą pod względem liczby łóżek. Średnio, najwięcej łóżek znajduje się w województwie mazowieckim (6,5 na 100 tys. ludności), zaś najmniej

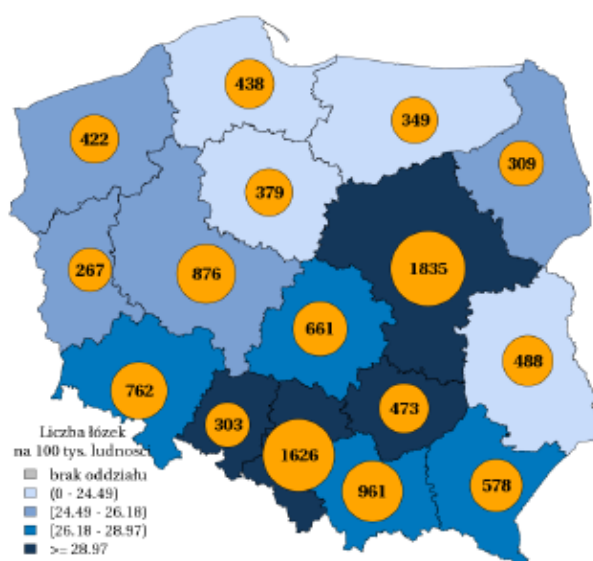
w województwie opolskim (3,2 na 100 tys. ludności) (Ministerstwo Zdrowia [MZ], 2015a). Szczegółowe dane znajdują się na poniższej rycinie.



Rycina 29. Liczba łóżek na oddziałach chirurgii dziecięcej w 2014 roku (MZ, 2015a)

Jeśli chodzi o liczbę łóżek na dziecięcych oddziałach chirurgii urazowo-ortopedycznej, to podkreślić należy, że w 2014 roku 21% z nich znajdowało się u świadczeniodawców nieudzielających świadczeń w ramach umowy z NFZ. Badane oddziały różniły się od siebie liczbą łóżek. Najmniejszy miał 1 łóżko, a największy 40 łóżek (średnio 16 łóżek na oddział) (MZ, 2015a).

W odniesieniu do pozostałych oddziałów urazowo ortopedycznych, należy zauważyć, że w 2014 roku 7% łóżek znajdowało się u świadczeniodawców nieudzielających świadczeń w ramach umowy z NFZ. Województwa różnią się między sobą pod względem liczby łóżek. Średnio, najwięcej łóżek znajduje się w województwie mazowieckim (34,4 na 100 tys. ludności), zaś najmniej w województwie lubuskim (26,17 na 100 tys. ludności) (MZ, 2015a). Szczegółowe dane przedstawiono na poniższej rycinie.

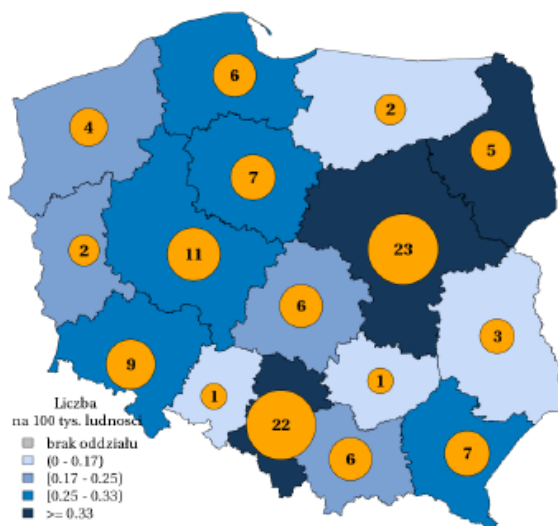


Rycina 30. Liczba łóżek na oddziałach chirurgii urazowo-ortopedycznej w 2014 roku (MZ, 2015a)

Liczba placówek

Mapy potrzeb zdrowotnych – oddziały chirurgii dziecięcej

W roku 2014, w Polsce w analizowanych rejestrach zostało wykazanych 115 oddziałów analizowanej specjalności, z czego w przypadku 81 oddziałów sprawozdano świadczenia do NFZ. Na poniższej rycinie przedstawiono liczbę oddziałów w 2014 roku (MZ, 2015a).



Rycina 31. Liczba świadczeniodawców z oddziałem chirurgicznym dla dzieci w 2014 roku (MZ, 2015a)

Analiza świadczeń w oparciu o Jednorodne Grupy Pacjentów wykazała, że w 12 (14,8 %) z analizowanych 81 oddziałów świadczenia zabiegowe stanowiły więcej niż 75% rozliczanych świadczeń (wskaźnik operatywy przyjął wartość wyższą niż 75%). Najwyższy wskaźnik operatywy w Polsce (100%) zanotowano dla oddziału szpitala: Szpital Specjalistyczny Ortovitan w województwie podkarpackim, najniższy (0%) dla oddziału szpitala: Szpital Wielospecjalistyczny w Jaworznie w województwie śląskim. Zaobserwowano oddział, gdzie kompleksowe i duże zabiegi stanowiły istotną (tj. 85%) część realizowanych świadczeń zabiegowych. 1 oddział funkcjonował w województwie mazowieckim. Spośród wszystkich oddziałów omawianego typu realizujących procedury zabiegowe 37 (45,7%) realizowało mniej niż 60 zabiegów kompleksowych. 12 oddziałów funkcjonowało w województwie śląskim - była to największa liczba tych oddziałów spośród wszystkich województw. Wśród analizowanych oddziałów, 33 (41%) zakwalifikowano jako oddziały o charakterze niezabiegowym, ponieważ realizowano tam w większości świadczenia, o charakterze zachowawczym (stanowiły one więcej niż 50% udzielonych świadczeń) (MZ, 2015a).

Najczęstszą przyczyną hospitalizacji w Polsce na omawianym typie oddziału były urazy, zatrucia. Były to wiodące przyczyny hospitalizacji we wszystkich województwach. Drugą najczęstszą przyczyną hospitalizacji były choroby układu trawiennego (MZ, 2015a).

W 2014 roku odnotowano 12 oddziałów, w których odsetek hospitalizacji z grup zakwalifikowanych jako przedłużone³ wyniósł 50% lub więcej (MZ, 2015a).

³ Dla porównania czasu pobytu pacjentów w poszczególnych oddziałach, obliczono statystykę mającą na celu zdefiniowanie odsetka hospitalizacji w ramach Jednorodnych Grup Pacjentów (dalej: JGP), które dany świadczeniodawca realizował dłużej niż wartość środkowa w Polsce. Jeżeli mediana czasu pobytu dla danego JGP w danym oddziale była wyższa niż mediana czasu pobytu dla tego JGP w Polsce, to uznawano, że ta grupa JGP jest przedłużona. Jako wagę tej grupy w łącznej ocenie wykorzystano liczbę hospitalizacji, sprawozdanych z tą grupą JGP (MZ, 2015a).

Ważną grupą oddziałów pod względem statystyki opisującej długość kolejki względem średniego obłożenia, stanowią oddziały o wyższej niż w Polsce kolejce pacjentów i niższym wykorzystaniu łóżek (81 oddziałów). Istnieje podejrzenie, że niska wartość obłożenia na tych oddziałach wynika z ograniczeń poza oddziałowych (np. ograniczenia finansowe, sprzętowe, dostępny zasób kadrowy). Świadczy o tym relatywnie długa kolejka (zainteresowanie pacjentów danym świadczeniodawcą) (MZ, 2015a).

Porównanie ponownych hospitalizacji w ciągu 30 dni ze średnim czasem pobytu wskazuje, że 30 oddziałów ma względnie niski udział ponownych hospitalizacji (tj. mniejszym niż w Polsce) oraz względnie niski średni czas pobytu. 11 oddziałów mimo względnie niskiego średniego czasu pobytu cechuje się względnie wysokim współczynnikiem ponownych hospitalizacji pacjentów.) Równocześnie 13 oddziałów cechowało się wyższymi wartościami analizowanych zmiennych niż wartości dla Polski (długie pobyty z jednocześnie wysokim współczynnikiem ponownych hospitalizacji w ciągu 30 dni). Wnioskowanie o przyczynach tego stanu rzeczy wymaga pogłębionej analizy z wykorzystaniem informacji o stanie i strukturze wiekowej pacjentów. Zaobserwowano 35 (43%) oddziałów charakteryzujących się względnie wysokim (wyższym niż w Polsce) odsetkiem hospitalizacji, po których nastąpiła wizyta w poradni i jednocześnie względnie niskim odsetkiem ponownych hospitalizacji w ciągu 30 dni. Jednocześnie w przypadku 14 (17%) oddziałów zaobserwowano niższy odsetek hospitalizacji zakończonych wizytą w poradni oraz wyższy niż w Polsce współczynnik powtórnych hospitalizacji. Zaobserwowano również odsetek oddziałów (12%), dla których analizowane statystyki przyjęły wartości wyższe niż wartość dla województwa. Analiza przyczyn tego stanu rzeczy (tj. ponownych hospitalizacji, mimo opieki pohospitalizacyjnej) wymaga uwzględnienia innych czynników (np. stan pacjenta, charakter przeprowadzonych zabiegów) (MZ, 2015a).

Mapy potrzeb zdrowotnych – oddziały chirurgii urazowo-ortopedycznej dla dzieci

W roku 2014, w analizowanych rejestrach zostało wykazanych 35 oddziałów analizowanej specjalności, z czego w przypadku 13 oddziałów nie sprawozdano świadczeń do NFZ. Należy przy tym podkreślić, że oddział o tej specjalności nie występował w każdym województwie (MZ, 2015a).

Dla 22 oddziałów świadczenia zabiegowe stanowiły więcej niż 75% rozliczanych świadczeń (wskaźnik operatywy przyjął wartość wyższą niż 75%).

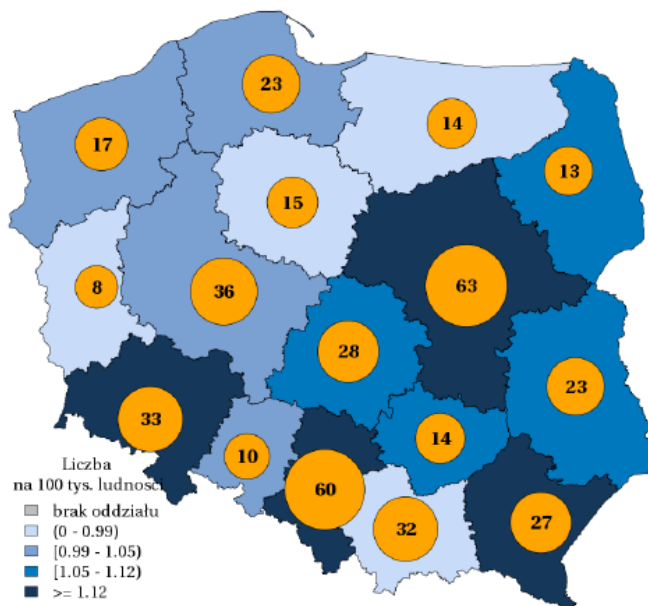
Zaobserwowano 1 oddział, w których kompleksowe i duże zabiegi stanowiły istotna (tj. 85 %) część realizowanych świadczeń zabiegowych. Żaden z analizowanych oddziałów nie został zakwalifikowany jako oddział o charakterze niezabiegowym, czyli taki, na którym realizowano w większości świadczenia o charakterze zachowawczym (stanowiły one więcej niż 50% udzielonych świadczeń). 6 oddziałów charakteryzowało się wskaźnikiem operatywy niższym niż 75%, z czego 6 plasowało się na poziomie 50%-75%. Pośród wszystkich szpitali realizujących procedury zabiegowe, w których znajdował się oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej dla dzieci, 6 realizowało mniej niż 60 zabiegów kompleksowych. Najczęstsza przyczyna hospitalizacji w analizowanym oddziale w Polsce były urazy, zatrucia. Druga najczęstsza przyczyna były choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej, które były dominującym rozpoznaniem w przypadku 10 świadczeniodawców (MZ, 2015a).

W 2014 roku były 4 oddziały, w których odsetek hospitalizacji z grup zakwalifikowanych jako przedłużone wyniósł 50% lub więcej (MZ, 2015a).

W dokumencie MZ dotyczącym leczenia szpitalnego w ujęciu ogólnopolskim znajdują się wnioski i rekomendacje dla szpitalnictwa. Analiza funkcjonowania oddziałów chirurgii urazowo-ortopedycznej wykazała, że należy zastanowić się nad zasadnością istnienia obecnej ich liczby (MZ, 2015b).

Mapy potrzeb zdrowotnych – oddziały chirurgii urazowo-ortopedycznej

W roku 2014, w Polsce w analizowanych rejestrach zostało wykazanych 418 oddziałów analizowanej specjalności, z czego w przypadku 332 oddziałów sprawozdano świadczenia do NFZ (MZ, 2015a).



Rycina 32. Liczba świadczeniodawców z oddziałem chirurgii urazowo-ortopedycznej w 2014 roku (MZ, 2015a)

Analiza świadczeń w oparciu o Jednorodne Grupy Pacjentów wykazała, że w 299 (90,1%) z analizowanych 332 oddziałów świadczenia zabiegowe stanowiły więcej niż 75% rozliczanych świadczeń (wskaźnik operatywy przyjął wartość wyższą niż 75%). Najwyższy wskaźnik operatywy w Polsce (100%) zanotowano dla oddziału szpitala: Polskie Centrum Zdrowia Instytut Medyczny Sp. z o.o. w województwie dolnośląskim, najniższy (0%) dla oddziału szpitala: Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Żywcu w województwie śląskim. Zaobserwowano 5 oddziałów gdzie kompleksowe i duże zabiegi stanowiły istotną (tj. 85%) część realizowanych świadczeń zabiegowych. 4 oddziały funkcjonowały w województwie mazowieckim, 1 oddział funkcjonował w województwie lubelskim. Spośród wszystkich oddziałów omawianego typu realizujących procedury zabiegowe 67 (20,2%) realizowało mniej niż 60 zabiegów kompleksowych. 15 oddziałów funkcjonowało w województwie śląskim – była to największa liczba tych oddziałów spośród wszystkich województw. Wśród analizowanych oddziałów, 3 (1%) zakwalifikowano jako oddziały o charakterze niezabiegowym, ponieważ realizowano tam w większości świadczenia, o charakterze zachowawczym (stanowiły one więcej niż 50% udzielonych świadczeń) (MZ, 2015a).

Najczęstszą przyczyną hospitalizacji w Polsce na omawianym typie oddziału były urazy, zatrucia. Były to wiodące przyczyny hospitalizacji w 15 województwach. Druga najczęstsza przyczyna hospitalizacji były choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej (MZ, 2015a).

W 2014 roku odnotowano 117 oddziałów, w których odsetek hospitalizacji z grup zakwalifikowanych jako przedłużone wyniósł 50% lub więcej (MZ, 2015a).

Ważną grupą oddziałów pod względem statystyki opisującej długość kolejki względem średniego obłożenia, stanowią oddziały o wyższej niż w Polsce kolejce pacjentów i niższym wykorzystaniu łóżek (334 oddziały). Istnieje podejrzenie, że niska wartość obłożenia na tych oddziałach wynika z ograniczeń poza oddziałowych (np. ograniczenia finansowe, sprzętowe, dostępny zasób kadrowy). Świadczy o tym relatywnie długa kolejka (zainteresowanie pacjentów danym świadczeniodawcą).

Porównanie ponownych hospitalizacji w ciągu 30 dni ze średnim czasem pobytu, wskazuje że 135 oddziałów ma względnie niski udział ponownych hospitalizacji (tj. mniejszym niż w Polsce) oraz względnie niski średni czas pobytu. 56 oddziałów mimo względnie niskiego średniego czasu pobytu cechuje się względnie wysokim współczynnikiem ponownych hospitalizacji pacjentów.) Równocześnie 70 oddziałów cechowało się wyższymi wartościami analizowanych zmiennych niż wartości dla Polski (długie pobyty z jednocześnie wysokim współczynnikiem ponownych hospitalizacji w ciągu 30 dni). Wnioskowanie o przyczynach tego stanu rzeczy wymaga pogłębionej analizy z wykorzystaniem informacji o stanie i strukturze wiekowej pacjentów (MZ, 2015a).

Podsumowanie

W 2015 roku NFZ rozliczył 2 037 hospitalizacji grupą H92. W porównaniu do 2009 roku liczba hospitalizacji rozliczanych tą grupą wzrosła w przybliżeniu o 29%, przy czym największy wzrost nastąpił z 2014 na 2015 rok. Jednocześnie, na przestrzeni analizowanych lat (2009–2015) obserwuje się spadek liczby hospitalizacji rozliczanych przedmiotową grupą u dzieci poniżej 1 roku życia (w przybliżeniu o 53%) i wzrost liczby hospitalizacji u dzieci w wieku 7–18 lat (w przybliżeniu o 40%). Liczba hospitalizacji dzieci w wieku od 1 do 6 roku życia pozostaje na podobnym poziomie w całym analizowanym okresie. Jednocześnie należy zauważyć, że grupa dzieci w wieku 7-18 lat stanowi najliczniejszą grupę pacjentów (76–82% wszystkich hospitalizacji w zależności od roku).

Średnia wartość grupy (ok. 9 000 PLN) pozostawała na podobnym poziomie na przestrzeni lat objętych analizą. Średnia wartość grupy oscylowała wokół 9 000 PLN osiągając wartość minimalną 8 972 PLN w 2014 roku i maksymalną 9 248 PLN w 2009 r. Podobną tendencję obserwuje się w przypadku wartości hospitalizacji. Wartość hospitalizacji jest nieznacznie wyższa od wartości grupy. W 2015 roku najczęściej doliczanym produktem do sumowania było przetoczenie preparatów krwi i innych substancji (3% wszystkich hospitalizacji), zaś najbardziej kosztowym był pobyt w OAIIT – ok. 59% wartości wszystkich produktów do sumowania, choć stanowił on niecały 1% wszystkich hospitalizacji.

Niezależnie od analizowanego roku, najwięcej hospitalizacji udzielono pacjentom z rozpoznaniem, które łącznie stanowiły ponad 20% hospitalizacji każdego roku, ale osobno mniej niż 1 % wszystkich hospitalizacji rozliczanych przedmiotową grupą. Poza tym najwięcej hospitalizacji wiązało się z następującymi rozpoznaniem: M95.8, M21.7, M21.0, M21.8, Q66.8, Q66.0.

Do najczęściej wykonywanych procedur kierunkowych w latach 2009–2015 należą: 84.871 (rekonstrukcja pierwotna wrodzonych i nabytych deformacji stopy), 84.951 (rekonstrukcja pierwotna wrodzonych i nabytych deformacji - kości (ramienna, udowa), 84.981 (rekonstrukcja pierwotna wrodzonych i nabytych deformacji - kości (piszczelowa i strzałkowa), 78.225 (otwarta epifizjodeza - kość udowa/miednica), 84.952 (rekonstrukcja wtórna wrodzonych i nabytych deformacji - kości (ramienna, udowa), 78.315 (przeszczep kostny z lub bez unieruchomienia wewnętrznego lub osteotomii - kość udowa/ miednica).

Na przestrzeni lat (2009–2015) obserwuje się skrócenie czasu hospitalizacji (mediana) z 7 do 4 dni. Tendencja ta dotyczy wszystkich kierunkowych procedur zabiegowych. W 2015 roku najwięcej było 2-

dniowych hospitalizacji. Należy również zauważyć, że dla znamiennej części hospitalizacji czas pobytu mieści się w limicie finansowanym grupą.

Najdłuższe czasy pobytu (mediana > 9 dni) były związane z następującymi rozpoznaniem: Q72.8 (inne zniekształcenia zmniejszające kończyny dolnej), S72.3 (złamanie trzonu kości udowej), S82.2 (złamanie trzonu piszczeli), Q72.4 (podłużne zniekształcenie zmniejszające kości udowej). Rozpoznanie te stanowią jednak niewielki odsetek hospitalizacji rozliczanych grupą H92.

Ze względu na skrócenie długości hospitalizacji na przestrzeni lat (zarówno dla całej grupy H92, jak również przy poszczególnych procedurach), trudno stwierdzić jednoznacznie czy jakaś procedura różni się istotnie od mediany hospitalizacji. Można jednak dostrzec, że procedury takie jak 84.721 (założenie zewnętrznego urządzenia stabilizującego, system pierścieniowo-prętowy - system typu Ilizarowa), 78.325 (metoda rozciągania z lub bez kortykotomii/ostotomii – kość udowa/ miednica) oraz 78.327 (metoda rozciągania z lub bez kortykotomii/ostotomii – kość piszczelowa/kość strzałkowa) zdecydowanie przekraczają medianę czasu hospitalizacji (dla konkretnego roku) we wszystkich analizowanych latach.

Analizując dane NFZ w podziale na poszczególne województwa, nie obserwuje się znaczących różnic pomiędzy województwami w odniesieniu do średniej wartości grupy i średniej wartości hospitalizacji. Obserwuje się natomiast różnice dotyczące liczby hospitalizacji w poszczególnych województwach. Najwięcej świadczeń zdrowotnych rozliczanych grupą H92 w 2015 roku wykonano w województwie zachodniopomorskim, śląskim i lubelskim. W niektórych województwach (lubuskie, opolskie) na przestrzeni lat (2009–2015) w ogóle nie udzielano świadczeń rozliczanych w ramach grupy H92 lub rozliczono tylko kilka hospitalizacji.

Z danych NFZ wynika, że średnia liczba osób oczekujących do oddziału chirurgii dziecięcej, zakwalifikowanych jako przypadki stabilne, utrzymuje się od początku 2014 roku w miarę na stałym poziomie i wynosi obecnie 153 osoby. Wzrosła natomiast średnia liczba osób oczekujących do oddziału chirurgii dziecięcej, zakwalifikowanych jako przypadki pilne. Równocześnie zmniejszeniu uległa również łączna liczba osób oczekujących zakwalifikowanych jako przypadki stabilne (11 595), zaś zwiększeniu łączna liczba osób oczekujących zakwalifikowanych jako przypadki pilne (1 228 osób). Wydłużeniu uległ średni czas oczekiwania do oddziału, zarówno jeśli chodzi o przypadki pilne (około 12 dni) jak i o przypadki stabilne (około 2 miesięcy).

Średnia liczba osób oczekujących do oddziału chirurgii urazowo-ortopedycznej dla dzieci, zakwalifikowanych jako przypadki stabilne, uległa zwiększeniu względem 2014 roku i wynosi obecnie około 105 osób, zmniejszeniu natomiast uległa średnia liczba osób oczekujących do oddziału, zakwalifikowanych jako przypadki pilne i wynosi obecnie 5 osób. Równocześnie zwiększeniu uległa również łączna liczba osób oczekujących do oddziału, zakwalifikowanych jako przypadki stabilne (obecnie 2 413 osób), zaś zmniejszeniu łączna liczba osób oczekujących do oddziału, zakwalifikowanych jako przypadki pilne (obecnie 111 osób). Wydłużeniu uległ również średni czas oczekiwania do oddziału dla osób zakwalifikowanych jako przypadki stabilne (obecnie 93 dni), zaś skróceniu uległ średni czas oczekiwania do oddziału dla osób zakwalifikowanych jako przypadki pilne (obecnie około 21 dni).

Średnia liczba osób oczekujących do oddziału chirurgii urazowo-ortopedycznej, zakwalifikowanych jako przypadki stabilne, uległa zwiększeniu względem 2014 roku i wynosi obecnie w przybliżeniu 316 osób. Podobnie – średnia liczba osób zakwalifikowanych jako przypadki pilne, która wynosi obecnie około 54 osób. Równocześnie zwiększeniu uległa łączna liczba osób oczekujących do oddziału, zakwalifikowanych jako przypadki stabilne (obecnie wynosi około 124 531 osób), a także jako przypadki

pilne (obecnie wynosi 18 421 osób).Wydłużeniu uległ również średni czas oczekiwania do oddziału dla pacjentów zakwalifikowanych jako przypadki stabilne (obecnie wynosi 164 dni) oraz jako przypadki pilne (obecnie wynosi około 47 dni).

Z danych Fundacji WHC wynika, że o ile w przypadku świadczeń wykonywanych w ramach ortopedii i traumatologii narządu ruchu obserwuje się trend wzrostowy, a obecny czas oczekiwania wynosi około 17 miesięcy, o tyle w przypadku świadczeń wykonywanych w ramach chirurgii dziecięcej czas oczekiwania na przestrzeni lat (2012–2016) utrzymuje się na tym samym poziomie i oscyluje między 1 a 2 miesiącami. Należy podkreślić, że dane Fundacji WHC nie różnicują pacjentów na przypadki stabilne i przypadki pilne, nie różnicują również oddziałów ortopedii i traumatologii narządu ruchu na te dla tylko dzieci lub te dla dzieci i dorosłych.

Na przestrzeni analizowanych lat obserwuje się powolny wzrost liczby lekarzy wykonujących zawód w specjalizacji chirurgia dziecięca (stopa zmian – 1,23%) oraz wzrost liczby lekarzy wykonujących zawód w specjalizacji ortopedia i traumatologia narządu ruchu (stopa zmian – 3,96%).

W oparciu o dane CSIOZ obserwuje się niewielki wzrost liczby łóżek na oddziałach chirurgii urazowo-ortopedycznej (w przybliżeniu 6%) oraz spadek liczby łóżek na oddziałach chirurgicznych dla dzieci (w przybliżeniu 9%) na przestrzeni lat 2007–2014. Wraz ze wzrostem liczby łóżek na oddziałach chirurgii urazowo ortopedycznej obserwuje się zmniejszenie wykorzystania łóżek szpitalnych (o około 7%) na przestrzeni lat 2007–2014. Obserwuje się również zmniejszenie wykorzystania łóżek szpitalnych na oddziałach chirurgii dziecięcej (o około 2 %).

Zgromadzone informacje pokrywają się z tymi zawartymi w mapach potrzeb zdrowotnych. Zarówno dla oddziałów ortopedii i traumatologii narządu ruchu, jak i chirurgii dziecięcej obserwuje się spadek wykorzystania łóżek szpitalnych i kolejkę. Istnieje podejrzenie, że niska wartość obłożenia na tych oddziałach wynika z ograniczeń poza oddziałowych (np. ograniczenia finansowe, sprzętowe, dostępny zasób kadrowy). Należy przy tym zauważyć, że w niewielkim stopniu, ale z roku na rok wzrasta liczba lekarzy pracujących w specjalizacji chirurgia dziecięca oraz ortopedia i traumatologia narządu ruchu.

2.4.Taryfy w innych krajach

W celu porównania sposobu i poziomu finansowania taryfikowanych świadczeń z ich odpowiednikami w innych krajach, odnaleziono i zestawiono informacje o wycenach świadczeń w Polsce i za granicą.

W pierwszej kolejności poszukiwano informacji o innych krajach europejskich, zwłaszcza o zbliżonym do Polski PKB per capita, ale także Australii, Nowej Zelandii czy Kanady, jeśli takie informacje były dostępne. W celu odnalezienia informacji przeszukiwano strony internetowe podmiotów zajmujących się oceną technologii medycznych oraz taryfikacją świadczeń, a także nawiązywano bezpośredni kontakt z instytucjami.

Odnalezione informacje zestawiono w poniższej tabeli. Tam, gdzie było to możliwe, wykazano poszczególne składowe kategorii kosztowych. Koszty i ceny podane w innych walutach zostały przeliczone na PLN, zgodnie z aktualnymi kursami walut, opublikowanymi na stronie internetowej Narodowego Banku Polskiego.

Dodatkowo w analizie zostały przedstawione informacje dotyczące parytetu siły nabywczej (ang. *Purchasing Power Parities*, PPP)⁴. PPP służy do przeliczania walut w taki sposób, by wyeliminować

⁴ Pozyskano z: <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=CPL> (20.09.2016)

różnice w poziomie cen pomiędzy krajami oraz pozwala ustalić rzeczywistą siłę nabywczą danej waluty. Różni się od kursu walutowego, może być od niego wyższy lub niższy. Głównymi przyczynami zróżnicowania kursu walutowego i wartości waluty według parytetu siły nabywczej są:

- różnice cen towarów i usług w porównywanych krajach, wyrażające różnice kosztów poszczególnych czynników wytwórczych, w tym kosztów pracy,
- polityka kursu walutowego w porównywanych krajach (celowe zawyżanie lub zaniżanie kursu),
- różnice kosztu dóbr publicznych i zakresu korzystania z nich⁵.

Parytety PPP są średnimi ważonymi relacji cen, ustalonymi dla krajów OECD. W bazie danych OECD te relacje cenowe są przekształcane w taki sposób, by wyrażały siłę nabywczą poszczególnych krajów, tj. aby dana suma pieniędzy w dolarach USA po zamianie na różne waluty w jednostkach parytetu siły nabywczej tworzyła ten sam koszyk dóbr i usług.

Należy zaznaczyć, że wnioskowanie na podstawie odnalezionych taryf wiąże się z pewnymi ograniczeniami. Klasyfikacja jednorodnych grup pacjentów oraz sposoby płatności różnią się pomiędzy krajami. Podobnie, liczba, cechy pacjentów, czas hospitalizacji oraz rodzaj leczenia, które są uwzględnione przez klasyfikację DRG może być zróżnicowany pomiędzy krajami.

Ze względu na różnice w systemach ubezpieczeń zdrowotnych oraz w konstrukcji systemów DRG w omawianych krajach, niemożliwe jest przedstawienie ostatecznych kosztów analizowanych procedur. Jeżeli nie zaznaczono inaczej, w zestawieniu ujęto koszty finansowania grup podobnych do polskich JGP, wynikające bezpośrednio z katalogu DRG, bez uwzględnienia dodatkowych innych opłat, np. ponoszonych przez pacjenta, czy też naliczanych przez szpitale na podstawie obowiązujących w danym kraju przepisów prawa.

⁵ Źródło: Błaszczczyński A. Słownik pojęć ekonomicznych Glossary of Economic Terms, Szkoła Zarządzania Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1995. Słownik ekonomiczny dla przedsiębiorcy w warunkach rynkowych, Wyd. IV, Znicz, Szczecin 1994.

Tabela 12 Wycena świadczeń zdrowotnych rozliczanych w Polsce⁶ za pomocą grupy H92 w innych krajach

| Kraj – charakterystyka ⁷⁸ | | Informacje o zasadach finansowania ochrony zdrowia | Cena świadczenia | | | | | | | |
|---|---|--|---|--|--|---|--------|--|----------------|---------------|
| Australia <i>Waluta</i> AUD <i>Kurs PLN</i> 3,0767 <i>PKB per capita (USD)</i> 56 327,7 <i>PKB per capita PPP (dolar międzynar.)</i> 45 514,2 <i>CPL</i> 125 <i>CPL/CPL PL</i> 2,358 | | Świadczenia realizowane w ramach hospitalizacji rozliczane są w ramach systemu finansowania opartego na grupach DRG – zwanych w tym kraju grupami DRG v8.0 (każda grupa ma przypisaną odpowiednią wagę, którą należy przemnożyć przez wycenę wagi; aktualna wartość jednego punktu wynosi 4 883,00 \$AU). System australijski opiera się na: klasyfikacji ICD-10, ACHI (australijskiej klasyfikacji interwencji) oraz ASC (australijskim standardzie kodowania) (ACCD 2016). Przy opracowaniu niniejszego zestawienia korzystano z kalkulatorów: <i>NWA U calculator for acute activity 2016-17</i> . Ograniczenie poniższej analizy stanowi brak ogólnodostępnych informacji dotyczących procedur medycznych wykonywanych w ramach poszczególnych grup DRG. | W poniższej tabeli przedstawiono taryfę dla świadczeń z stanowiących odpowiedniki polskiej grupy H92. | | | | | | | |
| Kod grupy | Nazwa grupy PL | Liczba dni hosp. | | Waga punktu przy hospitalizacji 1-dnia | Minimalna waga punktu przy krótszej hospitalizacji | Waga punktu | | | Wycena (\$AUD] | Wycena([PLN)* |
| | | Dolna granica | Górna granica | | | Hospitalizacja krótsza – redukcja/dzień | Bazowa | Hospitalizacja dłuższa – zwiększenie/dzień | | |
| I76A | Inne schorzenia mięśniowo-szkieletowe, wysoka złożoność | 4 | 41 | | | 0,8329 | 3,3318 | 0,1836 | 8134 | 25 025,878 |

6

| | |
|---------------------------------|----------|
| Polska | |
| <i>Waluta</i> | PLN |
| <i>Kurs PLN (20.09.2016)</i> | 1 |
| <i>PKB per capita (USD)</i> | 12 494,5 |
| <i>PKB per capita PPP (USD)</i> | 24 836 |
| <i>CPL</i> | 53 |
| <i>CPL/CPL PL</i> | 1 |

⁷ Pozyskano z: <http://databank.worldbank.org> (21.11.2016 r.)⁸ Pozyskano z: <http://stats.oecd.org> (21.11.2016 r.)

| | | <table><tr><td>I76B</td><td>Inne schorzenia mięśniowo-szkieletowe, umiarkowana złożoność</td><td>1</td><td>17</td><td></td><td></td><td>-</td><td>1,2972</td><td>0,1967</td><td>6334</td><td>19 487,818</td></tr><tr><td>I76C</td><td>Inne schorzenia mięśniowo-szkieletowe, niewielka złożoność</td><td>1</td><td>7</td><td></td><td></td><td>-</td><td>0,52</td><td>0,2204</td><td>2539</td><td>7 811,7413</td></tr></table> | I76B | Inne schorzenia mięśniowo-szkieletowe, umiarkowana złożoność | 1 | 17 | | | - | 1,2972 | 0,1967 | 6334 | 19 487,818 | I76C | Inne schorzenia mięśniowo-szkieletowe, niewielka złożoność | 1 | 7 | | | - | 0,52 | 0,2204 | 2539 | 7 811,7413 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|----------------------------------|--|-----------|--------------------------|-------------|---------------------------------|----------|---------------------------------------|----------|----------|-------------|--------------|--|--|----------|--------------------------|-------------|---------------------------------|------|------------------------------|------|------------|----|-----------|-----------|----------|-----------|------|---|------|---|----|-----------|---|-----------|---|------|---|------|---|----|-----------|---|-----------|---|------|-------------------------------|------|---|----|-----------|---|----------|---|
| I76B | Inne schorzenia mięśniowo-szkieletowe, umiarkowana złożoność | 1 | 17 | | | - | 1,2972 | 0,1967 | 6334 | 19 487,818 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| I76C | Inne schorzenia mięśniowo-szkieletowe, niewielka złożoność | 1 | 7 | | | - | 0,52 | 0,2204 | 2539 | 7 811,7413 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | * według aktualnego kursu waluty 1 AUD= 3,0767 (kurs NBP z dn. 22.11.2016 r.) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table><tr><td colspan="2">Chorwacja</td></tr><tr><td>Waluta</td><td>HRK</td></tr><tr><td>Kurs PLN</td><td>0,5878</td></tr><tr><td>PKB per capita (USD)</td><td>11 535,8</td></tr><tr><td>PKB per capita PPP (dolar międzynar.)</td><td>21 880,5</td></tr><tr><td>CPL</td><td>brak danych</td></tr><tr><td>CPL/CPL PL</td><td>brak danych</td></tr></table> | | Chorwacja | | Waluta | HRK | Kurs PLN | 0,5878 | PKB per capita (USD) | 11 535,8 | PKB per capita PPP (dolar międzynar.) | 21 880,5 | CPL | brak danych | CPL/CPL PL | brak danych | <p>W Chorwacji zabiegi ortopedyczne (realizowane w ramach hospitalizacji) są rozliczane w ramach systemu finansowania opartego na grupach AR-DRG. Do ustalenia jaką grupą zostanie rozliczona hospitalizacja wymagana jest informacja nie tylko o rozpoznaniach i przeprowadzonych procedurach ale także o chorobach współistniejących i powikłaniach.</p> <p>W ramach publicznego systemu pacjenci są zobowiązani do pokrycia 25% wartości świadczeń udzielanych w ramach hospitalizacji oraz 40% wartości świadczeń udzielanych ambulatoryjnie.</p> <p>Plik z informacjami jakie procedury medyczne i rozpoznania należą do danej grupy rozliczeniowej nie jest ogólnodostępny. Przyporządkowanie polskich grup JGP do odpowiadających im chorwackich grup DRG odbyło się na podstawie nazw grup.</p> <p>Ceny świadczeń ustalanych przez <i>Hrvatski Zavod za Zdravstveno Osiguranje</i> nie obejmują kosztów utrzymania infrastruktury i nakładów inwestycyjnych.</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Chorwacja | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Waluta | HRK | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kurs PLN | 0,5878 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PKB per capita (USD) | 11 535,8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PKB per capita PPP (dolar międzynar.) | 21 880,5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CPL | brak danych | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CPL/CPL PL | brak danych | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | <p>W poniższej tabeli przedstawiono taryfę dla świadczeń z stanowiących odpowiedniki polskiej grupy H92.</p> <table><tr><th>Kod DTS-</th><th>Nazwa DTS-a</th><th>Współczynnik</th><th>Współczynnik - dzieci do 12 r.ż.</th><th>Dzień "Trim dan"</th><th>Cena*/**</th><th>Cena - dzieci do 12 r.ż.</th><th>Cena (PLN)#</th><th>Cena - dzieci do 12 r.ż. [PLN]#</th></tr><tr><td>I11Z</td><td>Zabiegi przedłużenia kończyn</td><td>0,78</td><td>0,936</td><td>13</td><td>14 625,00</td><td>17 550,00</td><td>8 596,58</td><td>10 315,89</td></tr><tr><td>I13A</td><td>Zabiegi na kości ramiennej, kości piszczelowej i kostce z bardzo ciężkimi lub ciężkimi CC</td><td>2,29</td><td>-</td><td>45</td><td>42 937,50</td><td>-</td><td>25 238,66</td><td>-</td></tr><tr><td>I13C</td><td>Zabiegi na kości ramiennej, kości piszczelowej i kostce, wiek <60 lat bez bardzo ciężkich lub ciężkich CC</td><td>0,93</td><td>-</td><td>20</td><td>17 437,50</td><td>-</td><td>10 249,76</td><td>-</td></tr><tr><td>I16Z</td><td>Pozostałe zabiegi na ramieniu</td><td>0,83</td><td>-</td><td>12</td><td>15 562,50</td><td>-</td><td>9 147,64</td><td>-</td></tr></table> | | | | | | | | | | Kod DTS- | Nazwa DTS-a | Współczynnik | Współczynnik - dzieci do 12 r.ż. | Dzień "Trim dan" | Cena*/** | Cena - dzieci do 12 r.ż. | Cena (PLN)# | Cena - dzieci do 12 r.ż. [PLN]# | I11Z | Zabiegi przedłużenia kończyn | 0,78 | 0,936 | 13 | 14 625,00 | 17 550,00 | 8 596,58 | 10 315,89 | I13A | Zabiegi na kości ramiennej, kości piszczelowej i kostce z bardzo ciężkimi lub ciężkimi CC | 2,29 | - | 45 | 42 937,50 | - | 25 238,66 | - | I13C | Zabiegi na kości ramiennej, kości piszczelowej i kostce, wiek <60 lat bez bardzo ciężkich lub ciężkich CC | 0,93 | - | 20 | 17 437,50 | - | 10 249,76 | - | I16Z | Pozostałe zabiegi na ramieniu | 0,83 | - | 12 | 15 562,50 | - | 9 147,64 | - |
| Kod DTS- | Nazwa DTS-a | Współczynnik | Współczynnik - dzieci do 12 r.ż. | Dzień "Trim dan" | Cena*/** | Cena - dzieci do 12 r.ż. | Cena (PLN)# | Cena - dzieci do 12 r.ż. [PLN]# | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| I11Z | Zabiegi przedłużenia kończyn | 0,78 | 0,936 | 13 | 14 625,00 | 17 550,00 | 8 596,58 | 10 315,89 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| I13A | Zabiegi na kości ramiennej, kości piszczelowej i kostce z bardzo ciężkimi lub ciężkimi CC | 2,29 | - | 45 | 42 937,50 | - | 25 238,66 | - | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| I13C | Zabiegi na kości ramiennej, kości piszczelowej i kostce, wiek <60 lat bez bardzo ciężkich lub ciężkich CC | 0,93 | - | 20 | 17 437,50 | - | 10 249,76 | - | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| I16Z | Pozostałe zabiegi na ramieniu | 0,83 | - | 12 | 15 562,50 | - | 9 147,64 | - | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | I19Z | Pozostałe zabiegi na łokciu i przedramieniu | 0,97 | - | 16 | 18 187,50 | - | 10 690,61 | - | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|---|----------------------|-------|----|-----------|-----------|-----------|----------|---|---|----------------------------------|--------------------|-------------------|----------------------|--|---|--|-----------|--------|----------|
| | | | I20Z | Pozostałe zabiegi na stopie | 0,57 | 0,684 | 11 | 10 687,50 | 12 825,00 | 6 282,11 | 7 538,54 | | | | | | | | | | | | |
| | | | <p><i>* Cenę wyliczoną na podstawie wartości współczynnika dla grup diagnostyczno-leczniczych z kolumny 4, którą Zakład płaci za szpitalną opiekę zdrowotną osób ubezpieczonych w Zakładzie, pomniejsza się o 60%.</i></p> <p><i>** Jeśli sposobem wypisu ze szpitala jest przemieszczenie do innego szpitala ostrych przypadków o wyższej kategorii, wówczas współczynnik pomniejsza się o 50%.</i></p> <p><i># według aktualnego kursu waluty 1 HRK= 0,5878 (kurs NBP z dn. 22.11.2016 r.)</i></p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | <p>W poniższej tabeli przedstawiono taryfę dla świadczeń z stanowiących odpowiedniki polskiej grupy H92.</p> <table><tr><th>KOD Stałych Greckich Kosztów Hospitalizacji (KEN)</th><th>Opis według Stałych Greckich Kosztów Hospitalizacji (KEN)</th><th>Średni czas hospitalizacji (MDN)</th><th>Koszt (EUR)</th><th>Cena (PLN)</th></tr><tr><td>M76X</td><td>Inne schorzenia układu szkieletowo-mięśniowego bez bardzo poważnych (układowych) lub poważnych współistniejących schorzeń-powikłań</td><td>2</td><td>389</td><td>1 719,341</td></tr></table> <p><i>* według aktualnego kursu waluty 1 EUR= 4,4199 (kurs NBP z dn. 22.11.2016 r.)</i></p> | | | | | | | | | KOD Stałych Greckich Kosztów Hospitalizacji (KEN) | Opis według Stałych Greckich Kosztów Hospitalizacji (KEN) | Średni czas hospitalizacji (MDN) | Koszt (EUR) | Cena (PLN) | M76X | Inne schorzenia układu szkieletowo-mięśniowego bez bardzo poważnych (układowych) lub poważnych współistniejących schorzeń-powikłań | 2 | 389 | 1 719,341 | | |
| KOD Stałych Greckich Kosztów Hospitalizacji (KEN) | Opis według Stałych Greckich Kosztów Hospitalizacji (KEN) | Średni czas hospitalizacji (MDN) | Koszt (EUR) | Cena (PLN) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| M76X | Inne schorzenia układu szkieletowo-mięśniowego bez bardzo poważnych (układowych) lub poważnych współistniejących schorzeń-powikłań | 2 | 389 | 1 719,341 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | <p>W poniższej tabeli przedstawiono taryfę dla świadczeń z stanowiących odpowiedniki polskiej grupy H92.</p> <table><tr><th>Grupa</th><th>Dziedzina (O – operacyjna)</th><th>Nazwa świadczenia</th><th>Mnożnik podstawowy</th><th>Wartość grupy (€)</th><th>Wartość grupy (PLN)*</th></tr><tr><td>I32A</td><td>O</td><td>Zabiegi na stawach dłoni i dłoni z wieloczasową kompleksową lub umiarkowanie kompleksową</td><td>2,355</td><td>799,71</td><td>3 534,64</td></tr></table> | | | | | | | | | Grupa | Dziedzina (O – operacyjna) | Nazwa świadczenia | Mnożnik podstawowy | Wartość grupy (€) | Wartość grupy (PLN)* | I32A | O | Zabiegi na stawach dłoni i dłoni z wieloczasową kompleksową lub umiarkowanie kompleksową | 2,355 | 799,71 | 3 534,64 |
| Grupa | Dziedzina (O – operacyjna) | Nazwa świadczenia | Mnożnik podstawowy | Wartość grupy (€) | Wartość grupy (PLN)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| I32A | O | Zabiegi na stawach dłoni i dłoni z wieloczasową kompleksową lub umiarkowanie kompleksową | 2,355 | 799,71 | 3 534,64 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | |
|---------------------------------------|----------|
| Grecja | |
| Waluta | EUR |
| Kurs PLN | 4,4199 |
| PKB per capita (USD) | 18 035,6 |
| PKB per capita PPP (dolar międzynar.) | 26 680,1 |
| CPL | 75 |
| CPL/CPL PL | 1,415 |

Przed 2011 metody płatności opierały się głównie na retrospektywnym zwrocie kosztów świadczonych usług. Brak realnych zachęt dla szpitali, opóźnienia w zwrocie przez fundusz ubezpieczeń społecznych, a także niskie opłaty ustawowe w zakresie usług szpitalnych, w stosunku do rzeczywistych kosztów spowodowały w szpitalach publicznych powstanie deficytów. W 2011 roku opracowano nowy system płatności tzw. KEN-DRG opierający się na niemieckim systemie klasyfikacji. Nowy system płatności został wdrożony w bardzo krótkim czasie (jeden rok), i w efekcie wycena KEN-DRG nie opiera się na rzeczywistych kosztach i protokołach klinicznych, ale na połączeniu kosztorysów z wybranych szpitali publicznych oraz "importowanej" wagi kosztów. Ponadto, koszty wynagrodzenia osób zatrudnionych w szpitalach nie są wliczone w taryfę.

 || **Niemcy** | |
| Waluta | EUR |
| Kurs PLN | 4,4199 |

W Niemczech hospitalizacje finansowane są na podstawie systemu G-DRG. Każda grupa ma przypisaną wagę w punktach, który należy przemnożyć przez koszt 1 punktu. Aktualna średnia wartość jednego punktu wynosi ok. 3311,98 €. Należy mieć na uwadze, że poniższe kalkulacje mogą nie odzwierciedlać całkowitego kosztu świadczenia, ponieważ wycena określonych, kosztochłonnych lub szczególnie zaawansowanych procedur jest

 |

| | | | | | | | | |
|---------------------------------------|--------|---|------|---|---|-------|--------|----------|
| PKB per capita (USD) | 41 219 | dodatkowo ustalana w drodze negocjacji, odrębnie dla każdego ze świadczeniodawców. Obowiązuje także współpłacenie za każdy dzień hospitalizacji (10€ /dzień max 28 dni w roku). | | | interwencją lub z postępowaniem kompleksowym w zakresie dłoni lub ze złożonym postępowaniem rekonstrukcyjnym we wrodzonych wadach dłoni lub określonym postępowaniu w stawach rzekomych dłoni | | | |
| PKB per capita PPP (dolar międzynar.) | 47 268 | | | | | | | |
| CPL | 97 | | | | | | | |
| CPL/CPL PL | 1,83 | | | | | | | |
| | | | I32C | O | Zabiegi na stawach dłoni i dłoni bez wieloczasowych interwencji, bez postępowania kompleksowego w zakresie dłoni, ze skomplikowaną interwencją lub przy wrodzonym zniekształceniu dłoni lub stawie rzekomym dłoni, wiek powyżej 5 r.ż. lub bez skomplikowanej interwencji przy wrodzonym zniekształceniu dłoni i wiek poniżej <16 r.ż, z określonymi zabiegami lub kompleksową diagnostyką. | 1,719 | 693,29 | 3 064,27 |
| | | | I33Z | O | Rekonstrukcja deformacji kończyn | 2,652 | 783,37 | 3 462,42 |

* według aktualnego kursu walut 1 EUR= 4.4199 (kurs NBP z dn. 22.11.2016 r.)

* według aktualnego kursu waluty 1 EUR= 4,4199 (kurs NBP z dn. 22.11.2016 r.)

| | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|----------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | <p>Świadczenia realizowane w ramach hospitalizacji rozliczane są w ramach systemu finansowania opartego na grupach DRG – zwanych w tym kraju grupami nzdr60x (każda grupa ma przypisaną odpowiednią wagę, którą należy przemnożyć przez wycenę wagi; aktualna wartość jednego punktu = 4 751,58 \$NZ; WIESNZ15 cost weights - <i>The New Zealand Casemix Framework for Publicly Funded Hospitals</i>. Ograniczenie poniższej analizy stanowi brak ogólnodostępnych informacji dotyczących procedur medycznych wykonywanych w ramach poszczególnych grup DRG.</p> | | W poniższej tabeli przedstawiono wartość grup stanowiących odpowiednik polskiej grupy H92. | | | | | |
| Nowa Zelandia | | | | | | | | | |
| Waluta | NZD | | | | | | | | |
| Kurs PLN | 2,9379 | | | | | | | | |
| PKB per capita (USD) | 37 808,0 | | | | | | | | |
| PKB per capita PPP (dolar międzynar.) | 36 982,3 | | | | | | | | |
| CPL | 114 | | | | | | | | |
| CPL/CPL PL | 2,151 | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------|---|--|---|-----------------|-----------------------|------|----------|-----------------|------|---|------|----------|-----------------|------|--|------|--------|-----------------|
| CPL/CPL PL | 1,40 | <p>Od 2005 roku klasyfikacja DRG zawiera 653 DRG (z wyłączeniem grup DRG odnoszących się do dializ i programu transplantacyjnego, które są refundowane w oparciu o inny model).</p> <p>W 2016 roku wartość punktu dla ostrego leczenia szpitalnego została ustalona na 1 135,9 €. Świadczeniodawcom, którzy wykonują działalność trzeciorzędową (na najwyższym poziomie referencyjnym) przysługuje dodatek do wag cenowych.</p> <p>Przy określaniu wartości programów i cen usług zdrowotnych uwzględnia się następujące elementy: płace, koszty materiałowe, amortyzację, inne świadczenia pracownicze zgodnie z układem zbiorowym, ustawowe obowiązki świadczeniodawców programów. Oprócz kosztów materiałowych, które są ujęte w kosztach świadczeń zdrowotnych, istnieją integralne części materiałów i usług wartości programów, które usługodawcy będą Zakładowi naliczali oddzielnie (np. standardowe elementy metalowe do wytwarzania stałych zębówych mostków protez stomatologicznych w ilości 2 g metalowych elementów, na wkład, powłokę, człon w standardowej cenie ustalonej przez Zakład, badanie cytologiczne dla kobiet).</p> <p>Przy porównywaniu taryf polskich ze słoweńskimi, w odniesieniu do poszczególnych grup DRG, należy mieć świadomość, że do ustalenia jaką grupą zostanie rozliczona hospitalizacja wymagana jest informacja nie tylko o rozpoznaniach i przeprowadzonych procedurach ale także o chorobach współistniejących i powikłaniach. Dokładne przyporządkowanie słoweńskich grup do polskich jest bardzo trudne ze względu na brak ogólnego dostępu do gruperów przypisujących rozpoznania i procedury do konkretnych grup. Przedstawione poniżej grupy słoweńskie zostały przyporządkowane do polskich grup jedynie w oparciu o nazwę grupy.</p> | <table><tr><td>I20Z</td><td>Interwencje na stopie</td><td>1,07</td><td>1 215,41</td><td>5 379.53</td></tr><tr><td>I22Z</td><td>Większe interwencje na nadgarstku, dłoni i kciuku</td><td>1,07</td><td>1 215,41</td><td>5 379.53</td></tr><tr><td>I26Z</td><td>Inne interwencje w obrębie nadgarstka i ręki</td><td>0,78</td><td>886,00</td><td>3 921,53</td></tr></table> <p><i>* według aktualnego kursu waluty 1 NZD= 2,9379 (kurs NBP z dn. 22.11.2016)</i></p> | I20Z | Interwencje na stopie | 1,07 | 1 215,41 | 5 379.53 | I22Z | Większe interwencje na nadgarstku, dłoni i kciuku | 1,07 | 1 215,41 | 5 379.53 | I26Z | Inne interwencje w obrębie nadgarstka i ręki | 0,78 | 886,00 | 3 921,53 |
| I20Z | Interwencje na stopie | 1,07 | 1 215,41 | 5 379.53 | | | | | | | | | | | | | | |
| I22Z | Większe interwencje na nadgarstku, dłoni i kciuku | 1,07 | 1 215,41 | 5 379.53 | | | | | | | | | | | | | | |
| I26Z | Inne interwencje w obrębie nadgarstka i ręki | 0,78 | 886,00 | 3 921,53 | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|----------|---|--|--|--------------|-----------------------------|----------------------------|--|----------------------------|-----------------------------|---|-----------------------------|---------------------------|---|---------------------------|
| Szwajcaria | | <p>Każdej grupie DRG przypisana jest waga kosztów, która odpowiada średniej wartości kosztów przypadających na daną grupę. Aby ustalić cenę hospitalizacji, wagę kosztu mnoży się przez podstawową stawkę w CHF, zwaną stawką bazową. Jest ona ustalana z ubezpieczycielem raz do roku dla każdego szpitala. Na stronach internetowych poszczególnych szpitali publikowane są stawki bazowe w rozróżnieniu na ubezpieczycieli. Najwyższe stawki bazowe otrzymują szpitale dziecięce i uniwersyteckie.</p> <p>Stawki zawarte w poniższej tabeli odnoszą się do przykładowego szpitala dziecięcego Kinderspital Zürich. W przeliczeniu na wartości uwzględniono zakres cen uwarunkowany wyborem ubezpieczyciela. Na potrzeby analizy wybrano ubezpieczyciela Tarifsuisse AG oferującego najniższą stawkę bazową (11 125 CHF) oraz ubezpieczycieli Einkaufsgemeinschaft HSK, Assura/ Supra i CSS, którzy zaoferowali najwyższą stawkę bazową wynoszącą 12 800 CHF.</p> <p>Na obliczanie ceny świadczenia ma wpływ również czas hospitalizacji. Z tego względu w katalogu zawierający wagi kosztów wskazano zakresy czasowe warunkujące wysokość zniżki lub dopłaty.</p> <p>Przykładowo jeśli pierwszy dzień ze zniżką stanowi pierwszy dzień hospitalizacji, zaś pierwszy dzień z dopłatą to piąty dzień hospitalizacji, a czas hospitalizacji danego pacjenta wynosi od 2 do 5 dni, wówczas waga kosztu nie ulega zmianie. Jeśli natomiast granica jest przekroczona w górę lub w dół, stosuje się dopłatę lub zniżkę za każdy dzień. Ponadto dzień przyjęcia i wypisu uznawany jest za jeden dzień rozliczeniowy. Dodatkowo w katalogu jest podawana</p> | W poniższej tabeli przedstawiono ceny świadczeń zdrowotnych w Szwajcarii będących odpowiednikami świadczeń polskiej grupy H92 (opracowanie własne na podstawie katalogu taryf SwissDRG wersja 6.0) | | | | | | | | | | | | |
| Waluta | CHF | | DRG | Nazwa | Waga kosztów | Wartość PLN ^{10*} | Średni czas hospitalizacji | Zakres od | | | Zakres do | | | Zewnętrzna dopłata za przesunięcie (za dzień) | Wartość PLN* |
| Kurs PLN | 4,11 | | | | | | | Pierwszy osobodzień, od którego stosuje się zniżkę | Wysokość zniżki (za dzień) | Wartość PLN* | Pierwszy osobodzień, do którego dolicza się dopłatę | Wysokość dopłaty (za dzień) | Wartość PLN* | | |
| PKB per capita (USD) | 80 214,7 | | I20B | Złożone zabiegi operacyjne stóp < 16 r.ż. | 1,268 | 57 977,72 – 66 706,94 | 4,7 | 1 | 0,398 | 18 198,05 – 20 937,98 | 11 | 0,128 | 5 852,64 – 6 733,82 | 0,141 | 6 447,05 – 7 417,73 |
| PKB per capita PPP (dolar międzynar.) | 61,930 | | I20C | Złożone zabiegi operacyjne stóp > 15 r.ż. lub złożone zabiegi/rozpoznanie lub przeszczep szpiku lub zapalenie stawów < 16 r.ż. | 1,134 | 51 850,73 – 59 657,47 | 6,7 | 1 | 0,621 | 28 394,45 – 32 669,56 | 17 | 0,09 | 4 115,14 – 4 734,72 | 0,098 | 4 480,93 – 5 155,59 |
| CPL | 148 | | | | | | | | | | | | | | |
| CPL/CPL PL | 2,792 | | | | | | | | | | | | | | |

¹⁰ Zakres wartości wskazano na podstawie stawek bazowych zawartych w *Przeglądzie taryf w zakresie leczenia stacjonarnego oraz położnictwa w kantonie Zurych* na z 23 września 2016 r. (źródło: http://www.gd.zh.ch/dam/gesundheitsdirektion/direktion/themen/behoerden/spitalfinanzierung/uebersicht_stationaere_tarife/uebersicht_tarife_2016_23_09_16.pdf, data dostępu: 25.11.2016 r.)

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|------|---|-----------|-----------------------------|-----|---|-------|-----------------------------|----|-------|---------------------------|-------|--|
| zewnątrzna opłata za przesunięcie. Sprawia ona, że wynagrodzenie otrzymywane za pacjenta, który jest leczony w wielu ośrodkach, łącznie nie jest wyższe niż wynagrodzenie za leczenie w jednej instytucji. ⁹ | I20E | Operacja stóp < 16 r.ż. | 0,74 5 | 34 064,19 – 39 192,96 | 2,8 | 1 | 0,221 | 10 104,95 – 11 626,36 | 6 | 0,122 | 5 578,30 – 6 418,18 | 0,128 | 5 852,64 – 6 733,82 |
| | I20F | Operacja stóp > 15 r.ż. | 0,63 5 | 29 034,58 – 33 406,08 | 2,9 | 1 | 0,217 | 9 922,05 – 11 415,93 | 6 | 0,107 | 4 892,44 – 5 629,06 | 0,108 | 4 938,178 – 5 681,66 |
| | I29A | Złożone zabiegi operacyjne stawu barkowego | 0,99 3 | 45 403,68 – 52 239,74 | 3,3 | 1 | 0,235 | 10 745,08 – 1 362,88 | 6 | 0,128 | 5852,64 – 6733,82 | 0,135 | 6 172,71 – 7 102,08 |
| | I29B | Duże złożone zabiegi operacyjne stawu barkowego | 0,76 9 | 35 161,56 – 40 455,55 | 2,8 | 1 | 0,195 | 8 916,13 – 10 258,56 | 6 | 0,12 | 5486,85 – 6312,96 | 0,121 | 5 532,57 – 6 365,57 |
| | I31Z | Zabiegi operacyjne o wyższym stopniu złożoności stawu łokciowego i przedramienia lub otaczających tkanek w przypadku wrodzonych deformacji ręki | 1,28 7 | 58 846,47 – 67 706,49 | 5,2 | 1 | 0,627 | 28 668,79 – 32 985,21 | 12 | 0,145 | 6 629,94 – 7 628,16 | 0,113 | 5 166,78 – 5 944,70 |

⁹ Opracowanie wykonano na podstawie broszury dotyczących taryf stacjonarnych i leczenia szpitalnego wydanej przez MALK MEDIZIN CONTROLLING AG.
(pozyskano z: https://spitaluster.ch/uploads/File/PDF-Dokumente_Patienten/Patientenbroschuere_Fallpauschalen.pdf (22.11.2016 r.)

| | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|------|---|-----------|-----------------------------|------|---|-------|-----------------------------|----|-------|---------------------------|-------|---|
| | | I32A | Zabiegi nadgarstka i dłoni o umiarkowanym stopniu złożoności | 2,37 7 | 108685,35 – 125049,21 | 13,3 | 3 | 0,381 | 17 420,75 – 20 043,64 | 29 | 0,126 | 5 761,19 – 6 628,61 | 0,107 | 4 892,44 – 5 629,06 |
| | | I32B | Zabiegi nadgarstka i dłoni, < 6 r.ż. lub złożone zabiegi | 0,87 4 | 39 962,55 – 45 979,39 | 2,6 | 1 | 0,253 | 11 568,11 – 13 309,82 | 5 | 0,149 | 6 812,84 – 7 838,59 | 0,145 | 6 629,94 – 7 628,16 |
| | | I32C | Złożone zabiegi nadgarstka i ręki lub wrodzone deformacje ręki > 5 r.ż. | 0,73 3 | 33 515,51 – 38 561,66 | 2,6 | 1 | 0,13 | 5 944,09 – 6 839,04 | 5 | 0,127 | 5 806,92 – 6 681,22 | 0,123 | 5 624,02 – 6 470,78 |
| | | I32D | Zabiegi nadgarstka i ręki o umiarkowanym stopniu złożoności, > 5 r.ż. | 0,71 1 | 32 509,59 – 37 404,29 | 2,8 | 1 | 0,192 | 8 778,96 – 10 100,73 | 6 | 0,117 | 5 349,68 – 6 155,14 | 0,113 | 5 166,78 – 5 944,70 |
| | | I32E | Zabiegi nadgarstka i ręki | 0,66 | 30 177,67 – 34 721,28 | 2,6 | 1 | 0,176 | 8 047,38 – 9 259,01 | 6 | 0,118 | 5 395,40 – 6 207,74 | 0,117 | 5 349,68 – 6 155,14 |
| | | I33Z | Rekonstrukcja deformacji | 1,63 1 | 74 575,44 – 85 803,65 | 4,7 | 1 | 0,46 | 21 032,93 – 24 199,68 | 10 | 0,143 | 6 538,50 – 7 522,94 | 0,16 | 7 315,8 – 8 417,28 |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|----------------------------------|-----------|-----------------------------|-----|---|-------|-----------------------------|---|-------|---------------------------|-------|---------------------------|
| | | I11Z | Zabiegi wydłużenia kończyn | 1,24 7 | 57 017,52 – 65 602,18 | 4,4 | 1 | 0,389 | 17 786,54 – 20 464,51 | 9 | 0,131 | 5 989,81 – 6 891,65 | 0,145 | 6 629,94 – 7 628,16 |
| | | * Według aktualnego kursu waluty 1 CHF = 4,11 PLN (kurs NBP z dn. 22.11.2016 r.) | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |

W trakcie poszukiwania informacji o taryfach zagranicznych dla świadczeń zdrowotnych, które są w Polsce rozliczane w ramach grupy H92 odnaleziono informacje o sposobie finansowania przedmiotowych świadczeń w 7 krajach:

- W Australii zidentyfikowano 3 grupy, którymi można rozliczyć przedmiotowe świadczenia zdrowotne, a ich wartość w przeliczeniu na PLN waha się w zakresie 7 811–25 025.
- W Chorwacji zidentyfikowano 6 grup, którymi można rozliczyć przedmiotowe świadczenia, a ich wartość w przeliczeniu na PLN waha się w zakresie 6 282–25 28. Należy jednak zauważyć, że dla 2 grup (zabiegi przedłużania kończyn; pozostałe zabiegi na stopach) w Chorwacji stosuje się współczynniki dla dzieci poniżej 12 roku życia, które są wyższe niż w przypadku współczynników dla osób dorosłych. Wartość tych dwóch grup w przeliczeniu na PLN mieści się w przedziale 7 538 –10 315.
- W Grecji udało się zidentyfikować tylko 1 grupę, której wartość w przeliczeniu na PLN wynosi 1 719.
- W Niemczech zidentyfikowano 3 grupy, którymi mogą być rozliczane przedmiotowe świadczenia, a ich wartość w przeliczeniu na PLN waha się w zakresie 3 064–3 534.
- W Nowej Zelandii zidentyfikowano 2 grupy, którymi można rozliczyć przedmiotowe świadczenia, a ich wartość w przeliczeniu na PLN mieści się w zakresie 8 223–23 198.
- W Słowenii zidentyfikowano 8 grup, którymi mogą być rozliczane przedmiotowe świadczenia, a ich wartość w przeliczeniu na PLN waha się w zakresie 3 921–24 635.
- W Szwajcarii zidentyfikowano aż 16 grup, którymi mogą być rozliczane przedmiotowe świadczenia, a ich wartość w przeliczeniu na PLN waha się w zakresie 4 480–8 417.

Podsumowując, odnalezione taryfy dla przedmiotowych świadczeń w przeliczeniu na PLN mieszczą się w zakresie 1 719–25 025.

Należy zaznaczyć, że wnioskowanie na podstawie odnalezionych taryf wiąże się z pewnymi ograniczeniami. Systemy DRG/ opieki zdrowotnej w poszczególnych krajach nie są jednorodne. Klasyfikacja jednorodnych grup pacjentów oraz sposoby płatności różnią się pomiędzy krajami w całej Europie. Podobnie liczba, cechy pacjentów, czas hospitalizacji oraz rodzaj leczenia, które są uwzględnione przez klasyfikację DRG. Należy również zauważyć, że w większości krajów brakuje wyodrębnionej grupy pediatrycznej – w tym przypadku jedynie Chorwacja podaje współczynniki stosowane w przypadku dzieci do 12 r.ż., ale tylko dla 2 grup, zaś w Szwajcarii istnieje podział na różne grupy wiekowe (>5 r.ż. i < 6 r.ż., >15 r.ż. i <16 r.ż.).

Ponadto, w przypadku niektórych krajów (np. Słowenia, Chorwacja) brakuje charakterystyk grup i przypisanie danych procedur czy rozpoznań może się odbyć jedynie w oparciu o gruper. Grupy z tych krajów zostały przypasowane na podstawie nazwy.

Biorąc pod uwagę powyższe, taryfy w innych krajach mogą mieć jedynie charakter poglądowy i nie można ich bezpośrednio porównywać z taryfami w Polsce.

2.5.Cenniki komercyjne

W celach porównawczych, a także w ramach analizy popytu i podaży, dokonano badania cen komercyjnych usług medycznych odpowiadających taryfikowanym świadczeniom.

Informacje o cenach komercyjnych poszczególnych świadczeń wyszukiwano za pomocą przeglądarki internetowej. W przypadku części podmiotów cenniki były dostępne bezpośrednio na stronach internetowych z adnotacją, że „Podane ceny usług medycznych są publikowane tylko w celach informacyjnych i nie stanowią oferty handlowej wg art. 66 § 1 Kodeksu Cywilnego (co oznacza, że jest to jedynie zaproszenie do zawarcia umowy wg art. 71 KC). Podane ceny mogą ulec zmianie. Zastrzegamy sobie prawo do zmian”. Z częścią podmiotów konieczny był kontakt bezpośredni.

Przeanalizowano informacje od 21 świadczeniodawców, którzy udostępnili cenniki na swojej stronie internetowej. Łącznie pozyskano 62 ceny. Zakres cen dla poszczególnych procedur zabiegowych wchodzących w skład grupy H92 oraz średnie ceny obliczone na podstawie dostępnych informacji zamieszczono w poniższej tabeli (szczegółowe informacje znajdują się w załączniku nr 2). Poszczególne ceny danego świadczenia znacznie różniły się w obrębie jednego świadczeniodawcy (zakres cen), a także pomiędzy świadczeniodawcami. Ceny niektórych świadczeń takich jak epifizjodeza nie były opublikowane w ogólnodostępnych cennikach. W przypadku tego świadczenia zakres cen podał tylko jeden świadczeniodawca, co stanowi ograniczenie w dokonaniu wiarygodnej i rzetelnej analizy.

Tabela 13 Cenniki komercyjne poszczególnych procedur zabiegowych wchodzących w skład grupy H92 (zakres, średnia)

| Świadczenie | Cena od (PLN) | Cena do (PLN) | Średnia (PLN) |
|--|---------------|---------------|---------------|
| Epifizjodeza /zablokowanie chrząstki wzrostowej w nierównościach kończyn dolnych | 3 400 | 4 500 | 3 950 |
| Deformacje palców stóp | 1 500 | 10 000 | 5 750 |
| Rekonstrukcja deformacji stóp | 2 000 | 13 000 | 7 500 |
| Rekonstrukcja deformacji ręki | 1 800 | 16 000 | 8 900 |
| Rekonstrukcja deformacji kości udowej | 6 400 | 8 500 | 7 450 |
| Rekonstrukcja deformacji klatki piersiowej | 6 400 | 6 400 | 6 400 |
| Operacyjne leczenie złamań | 1 400 | 15 000 | 8 200 |
| Założenie zewnętrznego urządzenia stabilizującego - system typu Ilizarowa | 9 500 | 9 500 | 9 500 |
| Zabieg naprawczy złego zrostu lub braku zrostu | 1 600 | 15 900 | 8 750 |

Poziom szczegółowości dostępnych cenników był niski – w większości przypadków nie podawano, co jest wliczone w cenę świadczenia. Świadczeniodawcy często przedstawiali natomiast zakres cen (od ceny minimalnej do maksymalnej). Znaczna część świadczeniodawców poddanych badaniu deklarowała jednak, że cena zabiegu ustalana jest indywidualnie w przypadku każdego pacjenta. W związku z tym nie opublikowano cen dla tych zabiegów.

Ze względu na niewielką ilość dostępnych cen, odstąpiono od obliczenia 10 percentyla. Odnalezione ceny wahały się w zakresie 1 400 PLN–16 000 PLN.

3. Projekt taryfy

3.1. Pozyskanie danych

W celu pozyskania danych o kosztach realizacji świadczeń opieki zdrowotnej, Agencja przeprowadziła postępowanie mające na celu wyłonienie podmiotów, z którymi zawarte zostały umowy dotyczące przygotowania i przekazywania Agencji danych niezbędnych do ustalenia taryfy świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Podstawą prawną dla przeprowadzonego postępowania jest art. 31lc ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r., poz. 581 z późn. zm.). Zasady postępowania Agencji zostały określone w *Zarządzeniu 51/2015 Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 15 maja 2015 r. w sprawie postępowania dotyczącego wyłaniania przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji podmiotów innych niż podmioty zobowiązane do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych, z którymi zawierane są umowy o pozyskanie danych niezbędnych do ustalania taryfy świadczeń oraz postępowania z tymi umowami.*

Postępowanie prowadzone było w sposób zapewniający poszanowanie zasady przejrzystości i równego traktowania świadczeniodawców.

Postępowanie przebiegało w następujących etapach:

1. ogłoszenie o rozpoczęciu postępowania;
2. zebranie ankiet od świadczeniodawców;
3. wybór świadczeniodawców, z którymi Agencja zawrze umowy;
4. ogłoszenie o rozstrzygnięciu postępowania oraz wyliczenie przez Agencję maksymalnego wynagrodzenia dla każdego z wyłonionych świadczeniodawców, który zadeklaruje zawarcie umowy o odpłatne przekazywanie danych niezbędnych do ustalenia taryfy świadczeń;
5. przygotowanie i zawarcie umów z wyłoniętymi w postępowaniu świadczeniodawcami.

Informacja o ogłoszeniu postępowania została wysłana na adresy mailowe podmiotów realizujących świadczenia w rodzaju leczenie szpitalne (zgodnie z listą z danymi teleadresowymi otrzymanymi z NFZ) oraz ukazała się na stronie internetowej Agencji. Ponadto informację o ogłoszeniu postępowania przesłano do Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia w celu zamieszczenia stosownych informacji na stronach internetowych instytucji oraz z prośbą o przekazanie komunikatu za pośrednictwem Systemu Zarządzania Obiegiem Informacji (SZOI). Prośbę o przekazanie informacji o ogłoszeniu Postępowania wystosowano również do Wojewodów i Marszałków Województw.

Dane kosztowe dla leczenia szpitalnego sekcji EHN zbierane były za pomocą rocznych plików:

- OG - plik zawierający informacje ogólne pozwalające dokładnie scharakteryzować świadczenie opieki zdrowotnej,
- FK – dane kosztowe w zakresie informacji statystycznych, finansowo-księgowych oraz o zatrudnieniu,
- CP – dane obejmujące cennik procedur,
- OM – dane dotyczące obrotu magazynowego z apteki szpitalnej,
- PL – dane dotyczące produktów leczniczych,
- WM – dane dotyczące wyrobów medycznych,
- PR – dane dotyczące procedury,
- SM – dane dotyczące świadczeń medycznych,

- PR_HR – dane dotyczące procedury (personel medyczny).

W przypadku braku możliwości sprawozdawania tak szczegółowych Danych oraz w przypadku pozostałych grup JGP oraz szpitalnych oddziałów ratunkowych zbierane były podstawowe Dane tj.: pliki OG, FK, CP, OM.

Umowę podpisało 58 świadczeniodawców realizujących świadczenie z grup H co stanowi 7,76% wszystkich świadczeniodawców wykonujących świadczenia w 2015 roku. Ostatecznie dane przekazało 56 świadczeniodawców co stanowi 7,5% ogółu. Szczegółowy wykaz zawartych umów ze świadczeniodawcami, którzy przekazali dane zawiera załącznik nr 3.

Szczegóły postępowania przedstawia poniższa tabela.

Tabela 14 Statystyka prowadzonego postępowania odnoszącego się do sekcji H

| | |
|--|-----|
| Liczba świadczeniodawców, realizujących procedurę w ramach finansowania świadczeń ze środków publicznych | 747 |
| Liczba przesłanych ankiet | 65 |
| Liczba świadczeniodawców, którzy zrezygnowali ze współpracy przed podpisaniem umowy | 7 |
| Liczba świadczeniodawców, którzy podpisali umowę (odpłatną, nieodpłatną) | 58 |
| Liczba świadczeniodawców, którzy zrezygnowali ze współpracy po podpisaniu umowy (odpłatna, nieodpłatna) | 2 |
| Liczba świadczeniodawców, którzy przekazali dane (umowa odpłatna, nieodpłatna) | 56 |

*zgodnie z bazą teleadresową przekazaną przez NFZ

Dane z sekcji H, grup H92, których dotyczy przedmiotowe opracowanie przekazało 6 świadczeniodawców.

Z uwagi na to, że dane pozyskane w powyższy sposób były niewystarczające do ustalenia taryfy świadczeń, podjęto decyzję o uzupełnieniu ich poprzez zebranie kart kosztowych, tj. formularza służącego zebraniu informacji na temat średniego przebiegu i kosztów świadczenia u danego świadczeniodawcy.

Postępowania mające na celu wyłonienie świadczeniodawców realizujących świadczenia z grupy H92 Agencja przeprowadzała dwukrotnie tj. 12.07.2016 i 22.09.2016 r. Szczegóły znajdują się w poniższej tabeli.

Tabela 15 Świadczenia z grupy H92 objęte postępowaniami w których zbierano karty kosztowe

| Nazwa produktu | Świadczenie rozliczone z NFZ (poprzez wskazaną procedurę, produkt rozliczeniowy albo we wskazanym rozpoznaniu) |
|--|---|
| H92 Zabiegi rekonstrukcyjne deformacji układu kostno-stawowego < 18 r.ż. | 78.225 Otwarta epifizjodeza - kość udowa/ miednica |
| H92 Zabiegi rekonstrukcyjne deformacji układu kostno-stawowego < 18 r.ż. | 78.227 Otwarta epifizjodeza - kość piszczelowa/ kość strzałkowa |
| H92 Zabiegi rekonstrukcyjne deformacji układu kostno-stawowego < 18 r.ż. | 78.315 Przeszczep kostny z lub bez unieruchomienia wewnętrznego lub osteotomii - kość udowa/ miednica |

| Nazwa produktu | Świadczenie rozliczone z NFZ (poprzez wskazaną procedurę, produkt rozliczeniowy albo we wskazanym rozpoznaniu) |
|--|--|
| H92 Zabiegi rekonstrukcyjne deformacji układu kostno-stawowego < 18 r.ż. | 78.317 Przeszczep kostny z lub bez unieruchomienia wewnętrznego lub osteotomii - kość piszczelowa/ kość strzałkowa |
| H92 Zabiegi rekonstrukcyjne deformacji układu kostno-stawowego < 18 r.ż. | 84.871 Rekonstrukcja pierwotna wrodzonych i nabytych deformacji stopy |
| H92 Zabiegi rekonstrukcyjne deformacji układu kostno-stawowego < 18 r.ż. | 84.941 Rekonstrukcja pierwotna wrodzonych i nabytych deformacji - klatka piersiowa (żebra, mostek) |
| H92 Zabiegi rekonstrukcyjne deformacji układu kostno-stawowego < 18 r.ż. | 84.951 Rekonstrukcja pierwotna wrodzonych i nabytych deformacji - kości (ramienna, udowa) |
| H92 Zabiegi rekonstrukcyjne deformacji układu kostno-stawowego < 18 r.ż. | 84.952 Rekonstrukcja wtórna wrodzonych i nabytych deformacji - kości (ramienna, udowa) |
| H92 Zabiegi rekonstrukcyjne deformacji układu kostno-stawowego < 18 r.ż. | 84.961 Rekonstrukcja pierwotna wrodzonych i nabytych deformacji - kości (promieniowa i łokciowa) |
| H92 Zabiegi rekonstrukcyjne deformacji układu kostno-stawowego < 18 r.ż. | 84.981 Rekonstrukcja pierwotna wrodzonych i nabytych deformacji - kości (piszczelowa i strzałkowa) |

Najwięcej deklaracji dotyczących złożenia kart kosztowych oraz przesłanych kart uzyskano w postępowaniu ogłoszonym w dniu 12.07.2016 r. (16 deklaracji przesłania kart i 15 przesłanych kart).

Podsumowanie postępowań zawiera poniższa tabela.

Tabela 16 Podsumowanie postępowań

| | | |
|-------------------------|----------------------------|----|
| Postępowanie 12.07.2016 | Deklaracje przesłania kart | 16 |
| | Przesłane karty | 15 |
| Postępowanie 22.09.2016 | Deklaracje przesłania kart | 10 |
| | Przesłane karty | 10 |

Wszystkie przesłane karty zostały wykorzystane do ustalenia taryf świadczeń.

Szczegółowy wykaz zawartych umów ze świadczeniodawcami, którzy przekazali dane (karty kosztowe i dane szczegółowe dla grupy H92) zawiera załącznik nr 4.

Do obliczeń wykorzystano również dane z plików finansowo-księgowych uzyskane w trakcie innych postępowań.

3.2. Analiza danych

Z powodu bardzo małej reprezentacji danych szczegółowych (porównaj Tabela 23 *Podsumowanie zebranych danych szczegółowych*) analizę oparto jedynie na kartach kosztowych. Analiza danych przekazanych przez świadczeniodawców przeprowadzona została zgodnie z *Metodyką taryfikacji świadczeń opieki zdrowotnej w AOTMiT*, która opublikowana jest na stronie internetowej Agencji.¹¹ W uzasadnionych przypadkach zastosowane zostały odstępstwa od metodyki, a takie przypadki wskazane zostały w dalszej części dokumentu. Poniżej przedstawiono główne informacje o sposobie

¹¹ Pozyskano z: <http://www.aotm.gov.pl/www/taryfikacja/metodyka-taryfikacji/> (28.10.2016 r.)

obliczeń podstawowych składowych taryfy, tj. czasu hospitalizacji, kosztu osobodnia, kosztu personelu, kosztów oraz zużycia leków i wyrobów medycznych oraz kosztów wykonywanych procedur.

Do wyliczeń kosztów przyjęto dane dla 10 procedur przekazane przez sześciu świadczeniodawców w kartach kosztowych, którzy zrealizowali łącznie 239 świadczeń, co stanowi 13% wszystkich świadczeń w 2015 roku. Liczba świadczeń w rozbiu na poszczególne procedury została przedstawiona w tabeli poniżej.

Tabela 17 Liczba danych dotyczących świadczenia, które sprawozdano do Agencji w rozbiu na poszczególne procedury

| Procedura | Liczba świadczeń (odsetek świadczeń - % NFZ 2015 r.) | Liczba świadczeniodawców |
|-----------|--|--------------------------|
| 78.225 | 5 (3,07%) | 2 |
| 78.227 | 5 (6,17%) | 2 |
| 78.315 | 10 (21,28%) | 2 |
| 78.317 | 22 (37,93%) | 2 |
| 84.871 | 58 (10,16%) | 3 |
| 84.941 | 5 (10,64%) | 3 |
| 84.951 | 62 (18,62%) | 3 |
| 84.952 | 7 (6,67%) | 3 |
| 84.961 | 23 (33,82%) | 2 |
| 84.981 | 42 (22,34%) | 3 |

Czas hospitalizacji

W celu ustalenia czasu hospitalizacji przyjętego do wyliczenia taryfy świadczenia przeanalizowano rozkłady długości pobytów dla poszczególnych procedur na podstawie danych Narodowego Funduszu Zdrowia, dla wszystkich świadczeń zrealizowanych w ramach wybranych procedur w grupie H92 w roku 2015. Obliczone zostały miary takie jak: średnia, mediana oraz dominanta.

W poniższej tabeli wskazane zostały długości hospitalizacji przyjęte do wyliczenia kosztów pobytu na oddziale. Średnia długość hospitalizacji została obliczona po wyłączeniu pacjentów, którzy byli hospitalizowani 1 lub 2 dni. Wynika to z faktu, że w 2016 roku NFZ wprowadził możliwość rozliczania hospitalizacji 2 dniowej, której wycena wynosi 155 punktów (w porównaniu do 172 pkt dla pełnej hospitalizacji).

Tabela 18 Średnia długości pobytu dla poszczególnych procedur

| Procedura | Procedura | Długość pobytu w dniach (średnia) |
|-----------|---|-----------------------------------|
| 78.225 | Otwarta epifizjodeza - kość udowa/ miednica | 5,11 |
| 78.227 | Otwarta epifizjodeza - kość piszczelowa/ kość strzałkowa | 4,82 |
| 78.315 | Przeszczep kostny z lub bez unieruchomienia wewnętrznego lub osteotomii - kość udowa/ miednica | 5,58 |
| 78.317 | Przeszczep kostny z lub bez unieruchomienia wewnętrznego lub osteotomii - kość piszczelowa/ kość strzałkowa | 5,74 |
| 84.871 | Rekonstrukcja pierwotna wrodzonych i nabytych deformacji stopy | 5,17 |
| 84.941 | Rekonstrukcja pierwotna wrodzonych i nabytych deformacji - klatka piersiowa (żebra, mostek) | 6,51 |

| | | |
|--------|---|------|
| 84.951 | Rekonstrukcja pierwotna wrodzonych i nabytych deformacji - kości (ramienna, udowa) | 7,68 |
| 84.952 | Rekonstrukcja wtórna wrodzonych i nabytych deformacji - kości (ramienna, udowa) | 7,14 |
| 84.961 | Rekonstrukcja pierwotna wrodzonych i nabytych deformacji - kości (promieniowa i łokciowa) | 5,46 |
| 84.981 | Rekonstrukcja pierwotna wrodzonych i nabytych deformacji - kości (piszczelowa i strzałkowa) | 6,26 |

Osobodzień

Do obliczenia kosztu osobodnia na oddziale ortopedii dziecięcej posłużyły dane finansowo-księgowe za rok 2015 przekazane przez świadczeniodawców. Do wyliczenia elementów bazowych hospitalizacji tj.: kosztu pracy lekarza, lekarza rezydenta, pielęgniarki, pozostałego personelu medycznego oraz kosztu infrastruktury wykorzystano dane finansowo-księgowe dla trzech oddziałów ortopedii dziecięcej.

Poniższa tabela przedstawia poszczególne składowe osobodnia.

Tabela 19 Średnie koszty elementów składających się na osobodzień w oddziale ortopedii dziecięcej

| Kategoria kosztu | Średnia stawka na godzinę/ osobodzień (PLN) | Średni czas pracy na osobodzień (h) |
|--------------------------------------|--|--|
| Lekarz | 117,10 | 1,59 |
| Lekarz rezydent | 15,92 | 1,19 |
| Pielęgniarka | 177,16 | 4,85 |
| Pozostały/ inny personel | 10,68 | 0,62 |
| Infrastruktura | 195,25 | nd |
| Łącznie koszt osobodnia (PLN) | 516,11 | |

Leki i wyroby medyczne i procedury w hospitalizacji

Koszty leków, wyrobów medycznych oraz procedur oszacowane zostały na podstawie danych przekazanych przez świadczeniodawców w kartach kosztowych, czyli formularzach służących zebraniu informacji na temat kosztów i przebiegu najbardziej przeciętnego sposobu realizacji świadczeń.

Obliczenia dla każdego z elementów kosztów świadczenia dokonywane były na poziomie danych zagregowanych w obrębie danej karty kosztowej, uwzględniających wartość zużytych zasobów oraz częstość ich zużywania w całym zbiorze hospitalizowanych pacjentów. Zastosowane zgodnie z metodyką odcięcia wartości odstających na podstawie analizy wykresów pudełkowych (boxplot), z uwagi na duży rozstęp pomiędzy pierwszym i trzecim kwartylem, nie pozwalały na odrzucenie pozycji o skrajnie niskich wartościach. Dlatego też dla każdego z elementów (leki, wyroby medyczne, procedury) dokonywano indywidualnej korekty odcięć wartości odstających tak, aby średnia liczona była z jak najbardziej homogenego zbioru.

Blok operacyjny

Do obliczenia kosztów pracy instrumentariuszki i infrastruktury bloku operacyjnego posłużyły dane finansowo-księgowe za rok 2015 przekazane przez trzech świadczeniodawców dla bloku operacyjnego na oddziale ortopedii. Natomiast koszt godziny pracy lekarza wzięto z oddziału ortopedii dziecięcej. Do wyliczenia kosztu pracy lekarza anestezjologa i pielęgniarki anestezjologicznej wykorzystano dane

finansowo-księgowe dla zakładów anestezjologii dziecięcej za lata 2013–2015 (8 świadczeniodawców). W 2015 roku dane pochodziły jedynie od 2 świadczeniodawców a koszty znacznie się różniły między sobą. Liczbę poszczególnych osób personelu zaangażowanego w realizację zabiegu przyjęto jako średnią z kart kosztowych przekazanych przez świadczeniodawców.

Poniższa tabela przedstawia poszczególne składowe tych kosztów.

Tabela 20 Średnie koszty elementów składających się na zabieg operacyjny

| Kategoria kosztu | Średnia stawka na godzinę (PLN) | Liczba zaangażowanego personelu |
|--|---------------------------------|---------------------------------|
| Lekarz anestezjolog | 95,07 | 1 |
| Pielęgniarka anestezjologiczna | 26,70 | 1 |
| Lekarz operator oraz lekarz asystujący | 73,76 | 2 |
| Instrumentariuszka | 27,15 | 2 |
| Infrastruktura | 252,37 | nd |

Czasz zaangażowania poszczególnych kategorii personelu biorącego udział w zabiegu (lekarz anestezjolog, pielęgniarka anestezjologiczna, lekarz operator i asysta, pielęgniarka/instrumentariuszka) zostały wyznaczone metodą średniej ważonej. Wagi ustalone zostały na podstawie liczby świadczeń wskazywanych w poszczególnych kartach kosztowych w odniesieniu do danej procedury. Przy czym uwzględniona została korekta danych – przyjęto założenie, że w zabieg zaangażowanych jest zawsze 2 lekarzy (operator + asysta).

Czasz trwania analizowanych zabiegów operacyjnych przyjęto jako średnie ważne czasów przebywania pacjenta na bloku operacyjnym, przekazane przez poszczególnych świadczeniodawców. Wagi ustalone zostały na podstawie liczby świadczeń opisywanych w poszczególnych kartach kosztowych na daną procedurę. Czasz te zostały przedstawione w poniższej tabeli.

Tabela 21 Średnie czasz trwania procedur na podstawie danych przekazanych przez świadczeniodawców ważne liczbą pacjentów w poszczególnych kartach kosztowych

| Kod procedury | Nazwa procedury | Czas przebywania pacjenta na bloku operacyjnym (h) |
|---------------|---|--|
| 78.225 | Otwarta epifizjodeza - kość udowa/ miednica | 2,60 |
| 78.227 | Otwarta epifizjodeza - kość piszczelowa/ kość strzałkowa | 2,70 |
| 78.315 | Przeszczep kostny z lub bez unieruchomienia wewnętrznego lub osteotomii - kość udowa/ miednica | 2,03 |
| 78.317 | Przeszczep kostny z lub bez unieruchomienia wewnętrznego lub osteotomii - kość piszczelowa/ kość strzałkowa | 1,81 |
| 84.871 | Rekonstrukcja pierwotna wrodzonych i nabytych deformacji stopy | 3,17 |
| 84.941 | Rekonstrukcja pierwotna wrodzonych i nabytych deformacji - klatka piersiowa (żebra, mostek) | 2,73 |
| 84.951 | Rekonstrukcja pierwotna wrodzonych i nabytych deformacji - kości (ramienna, udowa) | 4,22 |
| 84.952 | Rekonstrukcja wtórna wrodzonych i nabytych deformacji - kości (ramienna, udowa) | 2,79 |
| 84.961 | Rekonstrukcja pierwotna wrodzonych i nabytych deformacji - kości (promieniowa i łokciowa) | 2,35 |
| 84.981 | Rekonstrukcja pierwotna wrodzonych i nabytych deformacji - kości (piszczelowa i strzałkowa) | 3,00 |

Leki i wyroby medyczne dla zabiegu operacyjnego

Koszty leków i wyrobów medycznych oszacowane zostały na podstawie danych przekazanych przez świadczeniodawców w kartach kosztowych, czyli formularzach służących zebraniu informacji na temat kosztów i przebiegu najbardziej przeciętnego sposobu realizacji świadczeń.

Obliczenia dla każdego z elementów kosztów procedury (leków i wyrobów medycznych) dokonywane były na poziomie danych zagregowanych w obrębie danej karty kosztowej, uwzględniających wartość zużytych zasobów oraz częstość ich zużywania w całym zbiorze pacjentów. Zastosowane zgodnie z metodyką odcięcia wartości odstających na podstawie analizy wykresów pudełkowych (boxplot), z uwagi na duży rozstęp pomiędzy pierwszym i trzecim kwartylem, nie pozwalały na odrzucenie pozycji o skrajnie niskich wartościach. Dlatego też dla każdego z elementów (leki, wyroby medyczne procedury) dokonywano indywidualnej korekty odcięć wartości odstających tak, aby średnia liczona była z jak najbardziej homogennego zbioru.

Przy kalkulacji taryfy nie uwzględniono kosztów procedur z katalogu 1c z Zarządzenia Nr 71/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, które są możliwe do sumowania, a więc dodatkowo refundowane.

Analiza kosztów poszczególnych procedur kierunkowych

Analizę kosztów przeprowadzono w rozbiciu na poszczególne procedury kierunkowe znajdujące się w charakterystyce grupy. W poniższej tabeli przedstawiono koszty poszczególnych procedur kierunkowych wchodzących w skład grupy H92.

Tabela 22 Koszt poszczególnych procedur kierunkowych

| ICD-9 | Procedura | Udział w łącznej liczbie hospitalizacji w 2015 roku | Koszt (PLN) |
|-----------------------------|---|---|-----------------|
| 78.225 | Otwarta epifizjodeza - kość udowa/ miednica | 9,8% | 5 395,31 |
| 78.227 | Otwarta epifizjodeza - kość piszczelowa/ kość strzałkowa | 4,9% | 5 476,05 |
| 78.315 | Przeszczep kostny z lub bez unieruchomienia wewnętrznego lub osteotomii - kość udowa/ miednica | 2,8% | 6 741,93 |
| 78.317 | Przeszczep kostny z lub bez unieruchomienia wewnętrznego lub osteotomii - kość piszczelowa/ kość strzałkowa | 3,5% | 5 820,26 |
| 84.871 | Rekonstrukcja pierwotna wrodzonych i nabytych deformacji stopy | 34,4% | 5 626,39 |
| 84.941 | Rekonstrukcja pierwotna wrodzonych i nabytych deformacji - klatka piersiowa (żebra, mostek) | 2,8% | 7 203,41 |
| 84.951 | Rekonstrukcja pierwotna wrodzonych i nabytych deformacji - kości (ramienna, udowa) | 20,0% | 9 192,77 |
| 84.952 | Rekonstrukcja wtórna wrodzonych i nabytych deformacji - kości (ramienna, udowa) | 6,3% | 8 153,93 |
| 84.961 | Rekonstrukcja pierwotna wrodzonych i nabytych deformacji - kości (promieniowa i łokciowa) | 4,1% | 5 086,38 |
| 84.981 | Rekonstrukcja pierwotna wrodzonych i nabytych deformacji - kości (piszczelowa i strzałkowa) | 11,3% | 9 120,70 |
| Średnia ważona (PLN) | | | 6 927,51 |

W celu oszacowania kosztu świadczeń zdrowotnych wchodzących w skład całej grupy H92, koszt poszczególnych procedur kierunkowych przeważono odsetkiem ich udziału w łącznej liczbie hospitalizacji zrealizowanych w ramach tych procedur. Koszt dla całej grupy H92 oszacowano w ten sposób na 6 927,51 PLN.

Szczegółowe zestawienie składowych kosztów dla poszczególnych procedur znajduje się w załączniku nr 5.

Mnożnik zmian wielkości kosztów świadczeń

Mnożnik zmian wielkości kosztów świadczeń został obliczony w celu uwzględnienia w taryfie zmian kosztów operacyjnych działalności podmiotów opieki zdrowotnej w czasie, a także określenia kosztu kapitału niezbędnego do zapewnienia bieżącego i przyszłego zapotrzebowania podmiotów na infrastrukturę oraz usługi.

Mnożnik ma charakter składany i pełni dwojaką rolę: aktualizacji taryfy na dzień wydania taryfy oraz jednorocznej premii na rozwój. Aktualizacja danych na dzień wydania taryfy ma na celu odzwierciedlenie zmian poziomu kosztów świadczeń w trendzie czasowym. Natomiast premia na rozwój stanowi perspektywną funkcję taryfy polegającą na uwzględnieniu prognozowanych przyszłych zmian poziomu kosztów.

Podejście polegające na zastosowaniu mnożnika do określenia docelowej wysokości taryfy, w oparciu o dane historyczne, obejmuje zmiany kosztów w podziale na trzy kategorie:

1. Wynagrodzenia;
2. Amortyzacja;
3. Koszty operacyjne (bez kosztów amortyzacji i wynagrodzeń).

Wskaźnik zmian wielkości kosztów dla każdego roku, w ramach poszczególnych kategorii, jest obliczany niezależnie, a następnie zostaje złączony w postaci średniej ważonej za jeden rok. Poniżej przedstawiony mnożnik został opracowany w oparciu o dwuokresowe przesunięcie danych kosztowych oraz wydania taryfy.

Tabela 23 Mnożnik zmian wielkości kosztów (opracowanie własne)

| lp. | Nazwa wskaźnika | Wielkość wskaźnika w 2016 | Wielkość wskaźnika w 2017 |
|-----|---|---------------------------|---------------------------|
| 1 | Wskaźnik zmian wynagrodzeń | 2,94% | 1,5% |
| 2 | Średni ważony koszt kapitału | 7,36% | 6,49% |
| 3 | Wskaźnik zmian cen | 1,97% | 2,03% |
| 4 | Mnożnik zmian wielkości kosztów świadczeń | 2,69% | 2,08% |

Do wyliczenia prognozowanej wartości wskaźnika zmian cen wykorzystano analizę szeregu czasowego przeciętnej stopy zmian cen towarów i usług konsumpcyjnych dla koszyka „zdrowie” publikowanej przez Główny Urząd Statystyczny za lata 2006–2015. Za pomocą autoregresyjnego zintegrowanego modelu średniej ruchomej otrzymano wskaźnik w wysokości 1,9% oraz 2,0%. Najmniejsze tempo zmian cen koszyka „zdrowie” miało miejsce w roku 2014 (0,2%), a najwyższe w roku 2011 (4,5%).

W wyniku analiz danych dotyczących przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w gospodarce narodowej w sektorze *opieka zdrowotna i pomoc społeczna* publikowane przez Główny Urząd

Statystyczny za lata 2005-2015 otrzymano wartości 2,91% oraz 1,54%. W powyższym okresie dynamika wynagrodzeń wahała się od 2,3% (rok 2014) do 18,0% (rok 2007).

Kosztu kapitału, będący trzecią składową mnożnika, zastosowany jest w celu określenia kapitału niezbędnego do zapewnienia bieżącego i przyszłego zapotrzebowania podmiotów na infrastrukturę oraz usługi, czyli jest mechanizmem brania pod uwagę premii na rozwój. Koszt kapitału (liczony za pomocą średnioważonego kosztu kapitału) został oszacowany na podstawie danych za lata 2011–2015 pochodzące m.in. Ministerstwa Zdrowia, Narodowego Banku Polskiego, GPW. Otrzymano wysokość kosztu kapitału 7,4% oraz 6,5%.

W celu wyznaczenia mnożnika zmian wielkości kosztów świadczeń powyższe wskaźniki zostały ważone poprzez udział poszczególnych kategorii w kosztach ogółem. Struktura kosztów została wyznaczona na podstawie danych finansowo-księgowych szpitalnych oddziałów zabiegowych przekazanych Agencji przez świadczeniodawców. Dane finansowo-księgowe dotyczą kosztów 127 podmiotów w latach 2013-2015. Otrzymano wartość mnożnika 2,7% oraz 2,1%, co w okresie dwuletnim generuje mnożnik w wysokości 4,83%.

Ograniczenia

- Świadczeniodawcy w kartach kosztowych mieli wskazać informacje odnoszące się do przeciętnego sposobu realizacji taryfikowanego świadczenia. Nie można jednak stwierdzić z całkowitą pewnością, że przekazane przez świadczeniodawców informacje odnosiły się do przypadku najbardziej typowego, a nie do wybranego przypadku o kosztach wyższych lub niższych niż przeciętne. W przypadkach, w których bardzo wysokie/niskie koszty leków, wyrobów medycznych albo procedur budziły wątpliwości, były one ponownie analizowane i, w uzasadnionych przypadkach, korygowane.
- Dobrowolność podjęcia współpracy i przekazywania danych przez świadczeniodawców może powodować niemożność uzyskania i zachowania reprezentatywności próby.
- Ze względu na niejednorodność sprawozdawanych informacji w zakresie leków, wyrobów medycznych oraz procedur (różne nazewnictwo, różne jednostki miary itp.) trudności sprawia uśrednianie wartości poszczególnych elementów na poziomie całego zbioru danych. Dlatego też obliczenia dla każdego z elementów kosztów świadczenia dokonywane są na poziomie danych zagregowanych w obrębie danej karty kosztowej, uwzględniających wartość zrealizowanych zasobów oraz częstość ich zużycia w całym zbiorze hospitalizowanych pacjentów, co jest zgodne z zapisami przyjętej metodyki.
- W obrębie świadczeniodawców widoczna była tendencja do sprawozdawania przebiegu referencyjnego a nie rzeczywistych danych odnośnie wyrobów medycznych oraz produktów leczniczych używanych do znieczulenia pacjenta podczas zabiegu.
- Widoczne są znaczne różnice odnośnie do sprawozdawanych specjalistycznych wyrobów medycznych stosowanych w realizacji poszczególnych analizowanych procedur (o znaczących różnicach dla kosztu jednostkowego tych wyrobów), co może wynikać z różnic w praktyce klinicznej pomiędzy świadczeniodawcami lub stanem klinicznym pacjenta.
- Pozostałe procedury, dla których nie zbierano kart kosztowych (osobno stanowią mniej niż 2% wszystkich hospitalizacji rozliczanych grupą H92 w 2015r.) stanowią znaczny odsetek bo 18,45% i prawdopodobnie mogłyby mieć wpływ na wycenę świadczenia.

- Zebrane dane szczegółowe o niskiej jakości, jakie otrzymano od 6 świadczeniodawców (porównaj załącznik nr 4), zawierały niedostateczną ilość informacji nt. leków, wyrobów oraz zaangażowania personelu w procedury zabiegowe. Dlatego też podjęto decyzję o oparciu wyceny o dane z kart kosztowych, które gromadzone były w dodatkowych postępowaniach.
- Jeden ze świadczeniodawców nie był w stanie wyszczególnić pozycji dla jednorazowych wyrobów medycznych, sprawozdano pozycje ogólne tj. opatrunki, dezynfekcja itp.
- Analizując koszty poszczególnych procedur kierunkowych można zauważyć, że dla niektórych koszty są niemalże 2-krotnie wyższe niż dla pozostałych. Różnice te wynikają przede wszystkim z czasu hospitalizacji. Należy przy tym zauważyć, że ze względu na niewielką ilość danych nie było możliwości przeprowadzenia analizy statystycznej pod kątem wydzielenia niektórych procedur kierunkowych i ewentualnego podziału grupy.

3.3.Projekt taryfy

Taryfa w PLN po nałożeniu mnożnika zmian wielkości kosztów (4,83%) została ostatecznie oszacowana na 7 261,91 PLN.

W poniższej tabeli przedstawiono projekt taryfy.

Tabela 24 Projekt taryfy

| Nazwa świadczenia | Cena NFZ | | Średnia cena NFZ 2015 (PLN) | Projekt taryfy | | Różnica w stosunku do wartości katalogowej NFZ (%) |
|---|----------|-------|-----------------------------|----------------|-----------------------|--|
| | pkt | PLN* | | pkt^ | PLN | |
| H92 Zabiegi rekonstrukcyjne deformacji układu kostno-stawowego < 18 r.ż | 172 | 8 944 | 9 024,17 | 139,65 | 7 261,80 [#] | -18,81 |

* obliczona w oparciu o iloczyn liczby punktów (172) i wartości punktu rozliczeniowego dla świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne (1 pkt=52 PLN)

^ obliczona w oparciu o wartość punktu rozliczeniowego dla świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne (1pkt=52 PLN)

różnica wynika z zaokrągleń

W oparciu o wyniki analizy kosztów propozycję taryfy oszacowano na 139,65 punktów. W porównaniu do ceny katalogowej NFZ, cena świadczenia spadnie w przybliżeniu o 19% (o ok. 1 682 PLN).

Szczegółowe wyniki kalkulacji projektu taryfy zawiera załącznik nr 5.

4. Analiza wpływu na system opieki zdrowotnej

4.1. Analiza wpływu na budżet płatnika publicznego

Celem analizy wpływu na budżet jest ocena konsekwencji finansowych podjęcia decyzji o wprowadzeniu w życie nowej wyceny dla świadczeń zdrowotnych rozliczanych w ramach grupy H92. W ramach niniejszej analizy porównano nakłady finansowe z perspektywy płatnika publicznego ponoszone na realizację świadczeń w ramach obowiązującej wyceny (scenariusz istniejący) oraz zmiany wynikające z zastosowania proponowanej taryfy, przy założeniu zachowania liczby realizowanych świadczeń na niezmiennym poziomie (scenariusz nowy).

Analiza wpływu na budżet została przeprowadzona w oparciu o dane Narodowego Funduszu Zdrowia o liczbie i wartości produktów jednostkowych zrealizowanych w roku 2015 oraz średniej cenie punktu w danym rodzaju świadczeń. Należy mieć na uwadze fakt, iż wartość świadczeń zrealizowanych uwzględnia również świadczenia, które nie zostały rozliczone (zapłacone) przez NFZ.

W poniższej tabeli przedstawiono szczegółowe informacje.

Tabela 25 Analiza wpływu na budżet płatnika – JGP H92

| Liczba hospitalizacji w grupie H92 w 2015 r. | | Pierwotna wartość świadczenia | | Łączna wartość świadczenia (PLN) | Wartość świadczenia po zmianach | | Łączna wartość świadczenia po zmianach (PLN) | Różnica (PLN) |
|--|------|-------------------------------|--------|----------------------------------|---------------------------------|-----------|--|---------------|
| | | (pkt) | (PLN)* | | (pkt) | (PLN)* | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5=2*4 | 6 | 7 | 8=2*7 | 9=8-5 |
| Wszystkie rozpoznania | 2037 | 172 | 8 944 | 18 218 928 | 139,24 | 7 240, 48 | 14 792 286,6 | - 3 470 071 |

Wprowadzenie proponowanej taryfy świadczeń będzie wiązało się z oszczędnościami po stronie płatnika publicznego w wysokości 3,47 mln PLN, co odpowiada 19% zmniejszeniu kosztów w sektorze opieki stacjonarnej we wskazanej grupie w stosunku do 2015 r.

Należy zauważyć, że średnia cena świadczenia obliczona na podstawie danych NFZ za 2015 rok jest wyższa niż katalogowa cena świadczenia (co wynika z faktu, że w średniej cenie świadczenia obliczonej na podstawie danych NFZ są uwzględnione hospitalizacje przekraczające limit czasu pobytu finansowany grupą), co w tym przypadku przekłada się na niższą łączną wartość świadczenia w scenariuszu istniejącym (wartość wszystkich świadczeń zrealizowanych w 2015 roku wyniosła 18 382 233,4 PLN). Przyjęcie do analizy w scenariuszu istniejącym łącznej wartości świadczenia w oparciu o iloczyn świadczeń zrealizowanych w 2015 roku i katalogową cenę świadczenia jest w tym wypadku założeniem konserwatywnym i przekłada się na mniejsze oszczędności po stronie płatnika publicznego niż gdyby do analizy przyjąć łączną wartość świadczenia równą wartości wszystkich świadczeń zrealizowanych w 2015 roku.

Wśród ograniczeń analizy wpływu na budżet płatnika należy również wymienić fakt, że w scenariuszu nowym nie wzięto pod uwagę liczby hospitalizacji 2-dniowych, ani hospitalizacji planowych, których cena katalogowa jest niższa niż bazowa wartość punktowa grupy¹².

4.2. Analiza wpływu na organizację systemu opieki zdrowotnej

Obniżenie taryf dla zabiegów rekonstrukcyjnych deformacji układu kostno-stawowego (< 18 r.ż.) może wpłynąć na wzrost liczby wykonywanych świadczeń przy założeniu takiej samej wartości podpisanych umów ze świadczeniodawcami w kolejnych latach. Może to spowodować zmniejszenie liczby osób oczekujących na zabiegi.

¹² w Zarządzeniu Prezesa NFZ określana jako wartość punktowa – hospitalizacja

5. Najważniejsze informacje i wnioski

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 Plan Taryfikacji na rok 2016 zatwierdzony przez Ministra Zdrowia 21.07.2015 r., w punkcie 1b *Choroby układu mięśniowo-szkieletowego*. Przedmiotem raportu są świadczenia gwarantowane z zakresu leczenia szpitalnego obejmujące zabiegi rekonstrukcyjne deformacji układu kostno-stawowego wykonywane u osób poniżej 18 r.ż., rozliczane w ramach grupy H92 (kod produktu: 5.51.01.0008092).

Świadczenia gwarantowane finansowane w ramach grupy rozliczeniowej JGP H92 określa *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (tekst jedn. Dz.U. z 2016 r., poz. 694 z późn zm.)*. Zasady kontraktowania i rozliczania świadczeń określone zostały w *Zarządzeniu nr 71/2016DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenia szpitalne*.

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, co w przypadku rynku świadczeń opieki zdrowotnej oznacza likwidację lub zmniejszenie kolejek do świadczeń.

Ze zgromadzonych danych wynika, że od 2009 roku wzrasta liczba hospitalizacji (a także pacjentów) rozliczanych grupą H92, zwłaszcza w odniesieniu do dzieci i młodzieży w wieku 7–18 lat. W 2015 roku NFZ rozliczył 2 037 hospitalizacji grupą H92.

Średnia wartość grupy (ok. 9 000 PLN) pozostawała na podobnym poziomie na przestrzeni lat objętych analizą, podobnie średnia wartość hospitalizacji, która jest nieznacznie wyższa od średniej wartości grupy. W 2015 roku najczęściej doliczanym produktem do sumowania było przetoczenie preparatów krwi i innych substancji (3% wszystkich hospitalizacji), zaś najbardziej kosztowym był pobyt w OAIIT – ok. 59% wartości wszystkich produktów do sumowania, choć stanowił on niecały 1% wszystkich hospitalizacji.

Struktura rozpoznań stanowiących przyczynę hospitalizacji, a także procedur kierunkowych jest podobna w każdym z analizowanych lat.

Podkreślenia wymaga zjawisko skracania czasu pobytu w szpitalu. W 2009 roku mediana hospitalizacji wynosił 7 dni, w 2015 roku wynosiła już 4 dni. Tendencja ta występuje niezależnie od przyjętego sposobu analizy danych (ze względu na rozpoznania czy procedurę kierunkową).

Analizując dane NFZ w podziale na poszczególne województwa, nie obserwuje się znaczących różnic pomiędzy województwami w odniesieniu do średniej wartości grupy i średniej wartości hospitalizacji. Obserwuje się natomiast różnice dotyczące liczby hospitalizacji w poszczególnych województwach. Najwięcej świadczeń zdrowotnych rozliczanych grupą H92 w 2015 roku wykonano w województwie zachodniopomorskim, śląskim i lubelskim. W niektórych województwach (lubuskie, opolskie) na przestrzeni lat (2009–2015) w ogóle nie udzielano świadczeń rozliczanych w ramach grupy H92 lub rozliczono tylko kilka hospitalizacji.

Z danych NFZ wynika, że na przestrzeni lat (2014–2016) wydłużyła się kolejka do oddziału chirurgii dziecięcej, chirurgii urazowo-ortopedycznej i oddziału chirurgii urazowo ortopedycznej dla dzieci. Należy przy tym podkreślić, że skraca się kolejka do oddziału chirurgii urazowo-ortopedycznej dla dzieci dla przypadków zakwalifikowanych jako pilne.

W oparciu o dane CSIOZ obserwuje się niewielki wzrost liczby łóżek na oddziałach chirurgii urazowo-ortopedycznej oraz spadek liczby łóżek na oddziałach chirurgicznych dla dzieci na przestrzeni lat 2007–2014. Wraz ze wzrostem liczby łóżek na oddziałach chirurgii urazowo ortopedycznej obserwuje się zmniejszenie wykorzystania łóżek szpitalnych na przestrzeni lat 2007–2014. Obserwuje się również zmniejszenie wykorzystania łóżek szpitalnych na oddziałach chirurgii dziecięcej.

Zgromadzone informacje pokrywają się z tymi zawartymi w mapach potrzeb zdrowotnych. Zarówno dla oddziałów ortopedii i traumatologii narządu ruchu, jak i chirurgii dziecięcej obserwuje się spadek wykorzystania łóżek szpitalnych i kolejkę. Istnieje podejrzenie, że niska wartość obłożenia na tych oddziałach wynika z ograniczeń poza oddziałowych (np. ograniczenia finansowe, sprzętowe, dostępny zasób kadrowy). Należy przy tym zauważyć, że w niewielkim stopniu, ale z roku na rok wzrasta liczba lekarzy pracujących w specjalizacji chirurgia dziecięca oraz ortopedia i traumatologia narządu ruchu.

Taryfy w innych krajach

W celu porównania sposobu i poziomu finansowania taryfikowanych świadczeń z ich odpowiednikami w innych krajach, odnaleziono i zestawiono informacje o wycenach świadczeń w Polsce i za granicą.

W trakcie poszukiwania informacji o taryfach zagranicznych dla świadczeń zdrowotnych, które są w Polsce rozliczane w ramach grupy H92 odnaleziono informacje o sposobie finansowania przedmiotowych świadczeń w 7 krajach (Australia, Chorwacja, Grecja, Niemcy, Nowa Zelandia, Słowenia, Szwajcaria).

Podsumowując, odnalezione taryfy dla przedmiotowych świadczeń w przeliczeniu na PLN mieszczą się w zakresie 1 719–25 025.

Biorąc pod uwagę liczne ograniczenia (m. in. różne systemy DRG, brak wyodrębnionych grup pediatrycznych), podkreślić należy, że taryfy w innych krajach mogą mieć jedynie charakter poglądowy i nie można ich bezpośrednio porównywać z taryfami w Polsce.

Cenniki komercyjne

W celach porównawczych, a także w ramach analizy popytu i podaży, dokonano badania cen komercyjnych usług medycznych odpowiadających taryfikowanym świadczeniom. Przeanalizowano informacje od 21 świadczeniodawców, którzy udostępnili cenniki na swojej stronie internetowej. Łącznie pozyskano 62 ceny.

Poziom szczegółowości dostępnych cenników był niski – w większości przypadków nie podawano, co jest wliczone w cenę świadczenia. Ze względu na niewielką ilość dostępnych cen, odstąpiono od obliczenia 10 percentyla. Odnalezione ceny wahały się w zakresie 1 400 PLN–16 000 PLN.

Projekt taryfy

W oparciu o wyniki analizy kosztów propozycję taryfy oszacowano na 139,65 punktów. W porównaniu do ceny katalogowej NFZ, cena świadczenia spadnie w przybliżeniu o 19% (o ok. 1 682 PLN).

Analiza wpływu na system opieki zdrowotnej

Celem analizy wpływu na budżet jest ocena konsekwencji finansowych podjęcia decyzji o wprowadzeniu w życie nowej wyceny dla świadczeń zdrowotnych rozliczanych w ramach grupy H92. 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

Wprowadzenie proponowanej taryfy świadczeń będzie wiązało się z oszczędnościami po stronie płatnika publicznego w wysokości 3,47 mln PLN, co odpowiada 19% zmniejszeniu kosztów w sektorze opieki stacjonarnej w wyżej wymienionej grupie w stosunku do 2015 r.

Ograniczenia

Należy podkreślić, że proponowana taryfa nie jest wolna od ograniczeń. Ograniczenia wynikały przede wszystkim z:

- dobrowolności współpracy z Agencją, co przełożyło się na niewielką liczbę pozyskanych danych, a tym samym na możliwość stosowania konkretnych metod statystycznych,
- brak standardowego rachunku kosztów, co przełożyło się na jakość sprawozdawanych danych,
- brak danych dla procedur kierunkowanych, które w całej grupie H92 stanowiły mniej niż 2% wszystkich hospitalizacji,
- zmian systemowych (np. wprowadzenie możliwości rozliczania 2-dniowych hospitalizacji) i zbierania danych historycznych, które nie uwzględniały jeszcze wprowadzanych zmian.

Ograniczenia te przekładają się również na wyniki analizy wpływu na budżet.

Analiza przeprowadzona dla wybranych procedur pokazała duże zróżnicowanie w kosztach ich realizacji. Dlatego też wskazane byłoby dokonanie szerokiej analizy kosztów realizacji wszystkich procedur wchodzących w skład grupy H92 pod kątem jej ewentualnego podziału.

6. Bibliografia

- Andrew, H. (2015). Techniki chirurgiczne i dostępny operacyjny. W: S. Canale, J. Beaty (red.), *Ortopedia operacyjna*. Warszawa: Medipage.
- Cholewiński, J. i Kusz, D. (2009). Zniekształcenia oraz dysfunkcje wrodzone i nabyte. W: D. Kusz (red.), *Kompendium ortopedii*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- CSIOZ (2007). *Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia 2007*. Warszawa.
- CSIOZ (2008). *Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia 2008*. Warszawa.
- CSIOZ (2009). *Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia 2009*. Warszawa.
- CSIOZ (2010). *Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia 2010*. Warszawa.
- CSIOZ (2011). *Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia 2011*. Warszawa.
- CSIOZ (2012). *Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia 2012*. Warszawa.
- CSIOZ (2013). *Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia 2013*. Warszawa.
- CSIOZ (2014). *Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia 2014*. Warszawa.
- European Society for Vascular Surgery (2015). Przewlekła choroba żylna. Wytyczne postępowania klinicznego Europejskiego Towarzystwa Chirurgii Naczyniowej. *Eur J Vasc Endovasc Surg*, 49, 678–737. Pozyskano z http://ptchn.com.pl/assets_8KDptchn044764ks/uploads/2016/06/Wytyczne-postepowania-klinicznego-Europejskiego-Towarzystwa-Chirurgii-Naczyniowej.pdf0 (13.10.2016 r.).
- Ilharreborde, B., Gaumetou, E. i Souchet, P. (2012). Skuteczność i powikłania późne przezskórnej epifizjodezy z użyciem śrub przezchrząstkowych. *Bone Joint Surg*, 94-B, 270–275. Pozyskano z: <http://www.bjj.boneandjoint.org.uk/content/jbjsbr/94-B/2/270.abstract.pdf.pl> (13.10.2016 r.).
- Klimiuk, P. i Kuryliszyn-Moskal, A. (2011). Choroba zwyrodnieniowa stawów. W: *Wielka Interna. Reumatologia*, Warszawa: Medical Tribune Polska.
- Kusz, D. (2009), *Kompendium ortopedii*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL Warszawa.
- NIL (2016). *Centralny Rejestr Lekarzy*. Pozyskano z: <http://www.nil.org.pl/rejestry/centralny-rejestr-lekarzy> (16.11.2016 r.).
- Mazurkiewicz, S., Juda, Z. i Tutaj, J. (2014). Innowacyjny mechatroniczny system w leczeniu nierówności kończyn u dzieci metodą Ilizarowa. *Problemy Nauk Stosowanych*, 2, 157–164. Pozyskano z: <http://pns.edu.pl/files/9914/3678/4789/PNS-2014-T2-Mazurkiewicz-Tutaj-Juda-Wozny.pdf> (13.10.2016 r.).
- Ministerstwo Zdrowia (2015a). Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego dla Polski. Pozyskano z: http://www.mapypotrzebzdrowotnych.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2016/04/17_polska-1.pdf (24.11.2016 r.).
- Ministerstwo Zdrowia (2015b). Lecznictwo szpitalne w ujęciu ogólnopolskim. Pozyskano z: http://www.mapypotrzebzdrowotnych.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2016/04/17_podsumowanie_polska.pdf (24.11.2016 r.).
- Miranda, M. i Moon, M. (2010). Strategia leczenia zaburzeń zrostu. W: J. Stannard, A. Schmidt, Kregor P. (red.) *Leczenie operacyjne obrażeń narządu ruchu* (Tom 1). Warszawa: Medipage.
- NFZ (2016). Pozyskano z: <https://prog.nfz.gov.pl/app-jgp/Start.aspx> (8.11.2016 r.).
- WHC (2012). *Barometr WHC. Raport na temat zmian w zakresie dostępności do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w Polsce nr 1_1_2012. Stan na luty–marzec 2012 r.* Kraków.
- WHC (2012). *Barometr WHC. Raport na temat zmian w zakresie dostępności do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w Polsce. Kraków.*
- WHC (2012). *Barometr WHC. Raport na temat zmian w zakresie dostępności do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w Polsce nr 3/3/2012. Stan na październik–listopad 2012 r.* Kraków.
- WHC (2013). *Barometr WHC. Raport na temat zmian w zakresie dostępności do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w Polsce nr 4/1/2013. Stan na luty–marzec 2013.* Kraków.
- WHC (2013). *Barometr WHC. Raport na temat zmian w zakresie dostępności do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w Polsce nr 5/2/2013. Stan na czerwiec–lipiec 2013 r.* Kraków.
- WHC (2013). *Barometr WHC. Raport na temat zmian w zakresie dostępności do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w Polsce nr 6/3/2013. Stan na październik–listopad 2013.* Kraków.

WHC (2014). *Barometr WHC. Raport na temat zmian w zakresie dostępności do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w Polsce nr 7/1/2014. Stan na luty/marzec 2014 r.* Kraków.

WHC (2014). *Barometr WHC. Raport na temat zmian w zakresie dostępności do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w Polsce nr 8/2/2014. Stan na czerwiec/lipiec 2014 r.* Kraków.

WHC (2014). *Barometr WHC. Raport na temat zmian w zakresie dostępności do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w Polsce nr 9/3/2014. Stan na październik/listopad 2014 r.* Kraków.

WHC (2015). *Barometr WHC. Raport na temat zmian w zakresie dostępności do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w Polsce nr 10/1/2015. Stan na marzec 2015 r.* Kraków.

WHC (2015). *Barometr WHC. Raport na temat zmian w zakresie dostępności do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w Polsce nr 11/2/08.2015. Stan na czerwiec/lipiec 2015 r.* Kraków.

WHC (2015). *Barometr WHC. Raport na temat zmian w zakresie dostępności do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w Polsce nr 12/3/12/2015. Stan na październik/listopad 2015 r.* Kraków.

WHC (2016). *Barometr WHC. Raport na temat zmian w zakresie dostępności do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w Polsce nr 13/1/04/2016. Stan na luty/marzec 2016 r.* Kraków.

WHC (2016). *Barometr WHC. Raport na temat zmian w zakresie dostępności do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w Polsce nr 14/2/08/2016. Stan na czerwiec/lipiec 2016 r.* Kraków.

Wojciechowski, P. i Kusz, D. (2009). *Wady wrodzone i rozwojowe u dzieci.* W: D. Kusz (red.) *Kompendium ortopedii.* Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

7. Spis tabel i rycin

Spis rycin

| | |
|---|----|
| Rycina 1. Liczba hospitalizacji rozliczonych grupą H92 – analiza przekrojowa danych dotyczących świadczeń zrealizowanych w systemie JGP w latach 2009-2015 (NFZ, 2016) | 14 |
| Rycina 2. Odsetek hospitalizacji odzwierciedlający udział poszczególnych kategorii wiekowych w całkowitej liczbie hospitalizacji rozliczonych grupą H92 – analiza przekrojowa danych dotyczących świadczeń zrealizowanych w systemie JGP w latach 2009-2015 (NFZ, 2016) | 15 |
| Rycina 3. Liczba pacjentów, których hospitalizacja została rozliczona grupą H92 – analiza przekrojowa danych dotyczących świadczeń zrealizowanych w systemie JGP w latach 2009-2015 (NFZ, 2016) | 15 |
| Rycina 4. Długość hospitalizacji (mediana) rozliczanych grupą H92 na przestrzeni lat 2009–2015 (NFZ, 2016) | 16 |
| Rycina 5. Histogram czasu pobytu dla grupy H92 w 2015 r. (NFZ, 2016) | 17 |
| Rycina 6. Średnia wartość grupy H92 na przestrzeni lat 2009–2015 (NFZ, 2016) | 18 |
| Rycina 7. Średnia wartość hospitalizacji rozliczanej w ramach grupy H92 na przestrzeni lat 2009–2015 (NFZ, 2016) | 18 |
| Rycina 8. Udział poszczególnych rozpoznai (Q66.0, M21.8, M21.7, Q66.8, G80.0, M93.0, M85.4, M89.3, M21.2, M21.0) będących przyczyną hospitalizacji rozliczanej grupą H92 w latach 2009–2015 (opracowanie własne na podstawie danych NFZ (NFZ, 2016) | 19 |
| Rycina 9. Udział poszczególnych rozpoznai (M21.6, M84.1, Q68.8, S52.4, Q72.8, S42.4, M21.5, M21.4, M84.0, Q72.4, Q66.5) będących przyczyną hospitalizacji rozliczanej grupą H92 w latach 2009–2015 (opracowanie własne na podstawie danych NFZ – statystyka JGP) | 20 |
| Rycina 10. Udział procentowy poszczególnych rozpoznai (Q66.6, S82.2, M95.8, Q78.6, M85.8, Q79.8, S72.3, M91.1, M84.8, Q74.1, Q78.0, inne) będących przyczyną hospitalizacji rozliczanej grupą H92 w latach 2009–2015 (opracowanie własne na podstawie danych NFZ – statystyka JGP) | 20 |
| Rycina 11. Udział procentowy poszczególnych rozpoznai będących przyczyną hospitalizacji rozliczanej grupą H92 w 2015 roku (opracowanie własne na podstawie danych NFZ (NFZ, 2016) | 21 |
| Rycina 12. Udział procentowy poszczególnych procedur kierunkowych wykonywanych w trakcie hospitalizacji rozliczanej grupą H92 w 2015 roku (opracowanie własne na podstawie danych NFZ (NFZ, 2016) | 22 |
| Rycina 13. Udział procentowy poszczególnych procedur kierunkowych (78.225, 78.227, 78.235, 78.312, 78.313, 78.315, 78.317, 78.318, 78.325, 78.327, 78.422, 78.423, 78.425, 78.427) wykonywanych w trakcie hospitalizacji rozliczanej grupą H92 w latach 2009–2015 (opracowanie własne na podstawie danych NFZ (NFZ, 2016) | 23 |
| Rycina 16. Udział procentowy poszczególnych procedur kierunkowych (78.225, 78.227, 78.235, 78.312, 78.313, 78.315, 78.317, 78.318, 78.325, 78.327, 78.422, 78.423, 78.425, 78.427) wykonywanych w trakcie hospitalizacji rozliczanej grupą H92 w latach 2009–2015 (opracowanie własne na podstawie danych NFZ (NFZ, 2016) | 23 |
| Rycina 17. Wykonanie świadczeń finansowanych w ramach grupy H92 w 2015 roku w podziale na województwa (opracowanie własne na podstawie danych NFZ (NFZ, 2016) | 30 |
| Rycina 18. Liczba hospitalizacji rozliczonych grupą H92 w województwie dolnośląskim, kujawsko-pomorskim, lubelskim, lubuskim, łódzkim, małopolskim, mazowieckim i opolskim, w latach 2009–2015 (opracowanie własne na podstawie danych NFZ (NFZ, 2016) | 31 |
| Rycina 19. Liczba hospitalizacji rozliczonych grupą H92 w województwie podkarpackim, podlaskim, pomorskim, śląskim, świętokrzyskim, warmińsko-mazurskim, wielkopolskim, zachodniopomorskim, w latach 2009–2015 (opracowanie własne na podstawie danych NFZ (NFZ, 2016) | 31 |
| Rycina 18. Średnia liczba osób oczekujących – przypadki stabilne (opracowanie własne na podstawie danych NFZ – Ogólnopolski Informator o Czasie Oczekiwania na Świadczenia Medyczne) | 32 |
| Rycina 19. Średni czas oczekiwania (w dniach) – przypadki stabilne (opracowanie własne na podstawie danych NFZ – Ogólnopolski Informator o Czasie Oczekiwania na Świadczenia Medyczne) | 33 |
| Rycina 20. Łączna liczba osób oczekujących – przypadki stabilne (opracowanie własne na podstawie danych NFZ – Ogólnopolski Informator o Czasie Oczekiwania na Świadczenia Medyczne) | 34 |
| Rycina 21. Średnia liczba osób oczekujących – przypadki pilne (opracowanie własne na podstawie danych NFZ – Ogólnopolski Informator o Czasie Oczekiwania na Świadczenia Medyczne) | 35 |
| Rycina 22. Średni czas oczekiwania (w dniach) – przypadki pilne (opracowanie własne na podstawie danych NFZ – Ogólnopolski Informator o Czasie Oczekiwania na Świadczenia Medyczne) | 36 |
| Rycina 23. Łączna liczba osób oczekujących – przypadki pilne (opracowanie własne na podstawie danych NFZ – Ogólnopolski Informator o Czasie Oczekiwania na Świadczenia Medyczne) | 37 |
| Rycina 24. Czas oczekiwania na wybrane świadczenia w poszczególnych dziedzinach medycyny (w miesiącach) (opracowanie własne na podstawie danych WHC (WHC, 2012a, 2012b, 2012c, 2013a, 2013b, 2013c, 2014a, 2014b, 2014c, 2015a, 2015b, 2015c, 2016a, 2016b) | 38 |
| Rycina 25. Liczba lekarzy-specjalistów wykonujących zawód w specjalizacji chirurgia dziecięca na przestrzeni lat 2008–2015 (opracowanie własne na podstawie danych NIL (NIL, 2016) | 39 |
| Rycina 26. Liczba lekarzy-specjalistów wykonujących zawód w specjalizacji ortopedia i traumatologia narządu ruchu na przestrzeni lat 2008–2015 (opracowanie własne na podstawie danych NIL (NIL, 2016) | 39 |
| Rycina 27. Liczba łóżek na wybranych oddziałach w latach 2007-2014 (opracowanie własne na podstawie danych CSIOZ (CSIOZ, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014) | 40 |

| | |
|---|----|
| Rycina 28. Wykorzystanie łóżek na wybranych oddziałach w latach 2007–2014 (opracowanie własne na podstawie danych CSIOZ (CSIOZ, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014) | 40 |
| Rycina 29. Liczba łóżek na oddziałach chirurgii dziecięcej w 2014 roku (MZ, 2015a)..... | 41 |
| Rycina 32. Liczba łóżek na oddziałach chirurgii urazowo-ortopedycznej w 2014 roku (MZ, 2015a) | 41 |
| Rycina 33. Liczba świadczeniodawców z oddziałem chirurgicznym dla dzieci w 2014 roku (MZ, 2015a) | 42 |
| Rycina 34. Liczba świadczeniodawców z oddziałem chirurgii urazowo-ortopedycznej w 2014 roku (MZ, 2015a)..... | 44 |

Spis tabel

| | |
|---|----|
| Tabela 1 Warunki, które powinni spełnić świadczeniodawcy przy udzielaniu świadczeń gwarantowanych w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej na oddziale chirurgii dziecięcej oraz ortopedii i traumatologii narządu ruchu/ortopedii i traumatologii narządu ruchu dla dzieci..... | 11 |
| Tabela 2 Katalog świadczeń szpitalnych dotyczący grupy H92 | 12 |
| Tabela 3 Współczynnik rehospitalizacji w latach 2009-2015 (opracowanie własne na podstawie danych NFZ (NFZ, 2016) ... | 16 |
| Tabela 4 Struktura grupy H92 w odniesieniu do procedur kierunkowych na przestrzeni lat 2009–2015 (opracowanie własne na podstawie danych NFZ (NFZ 2016) | 24 |
| Tabela 5 Struktura grupy H92 w odniesieniu do procedur dodatkowych na przestrzeni lat 2009–2015 (opracowanie własne na podstawie danych NFZ (NFZ, 2016) | 28 |
| Tabela 6 Produkty dosumowane do hospitalizacji rozliczanych grupą H92 w 2015 (NFZ, 2016) | 29 |
| Tabela 7 Miejsce udzielania świadczeń – 2015 r. (NFZ, 2016)..... | 30 |
| Tabela 8 Czas oczekiwania na wybrane świadczenia w poszczególnych dziedzinach medycyny (w miesiącach) (opracowanie własne na podstawie danych WHC (WHC, 2012a, 2012b, 2012c, 2013a, 2013b, 2013c, 2014a, 2014b, 2014c, 2015a, 2015b, 2015c, 2016a, 2016b) | 37 |
| Tabela 9 Liczba lekarzy wybranych specjalności w latach 2008–2014 (opracowanie własne na podstawie danych NIL (Naczelna Izba Lekarska [NIL], 2016)..... | 38 |
| Tabela 10 Liczba łóżek na wybranych oddziałach w latach 2007–2014 (opracowanie własne na podstawie danych CSIOZ (Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia [CSIOZ], 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014)..... | 40 |
| Tabela 11 Wykorzystanie łóżek na wybranych oddziałach w latach 2007–2014 (opracowanie własne na podstawie danych CSIOZ (CSIOZ, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014) | 40 |
| Tabela 12 Wycena świadczeń zdrowotnych rozliczanych w Polsce za pomocą grupy H92 w innych krajach | 49 |
| Tabela 13 Cenniki komercyjne poszczególnych procedur zabiegowych wchodzących w skład grupy H92 (zakres, średnia) ... | 60 |
| Tabela 14 Statystyka prowadzonego postępowania odnoszącego się do sekcji H | 62 |
| Tabela 15 Świadczenia z grupy H92 objęte postępowaniami w których zbierano karty kosztowe | 62 |
| Tabela 16 Podsumowanie postępowania | 63 |
| Tabela 17 Liczba danych dotyczących świadczenia, które sprawozdano do Agencji w rozbiciu na poszczególne procedury .. | 64 |
| Tabela 18 Średnia długości pobytu dla poszczególnych procedur | 64 |
| Tabela 19 Średnie koszty elementów składających się na osobodzień w oddziale ortopedii dziecięcej | 65 |
| Tabela 20 Średnie koszty elementów składających się na zabieg operacyjny | 66 |
| Tabela 21 Średnie czasy trwania procedur na podstawie danych przekazanych przez świadczeniodawców ważone liczbą pacjentów w poszczególnych kartach kosztowych..... | 66 |
| Tabela 22 Koszt poszczególnych procedur kierunkowych | 67 |
| Tabela 23 Mnożnik zmian wielkości kosztów (opracowanie własne) | 68 |
| Tabela 24 Projekt taryfy | 71 |
| Tabela 25 Analiza wpływu na budżet płatnika – JGP H92..... | 72 |

8. Załączniki

Załącznik nr 1. Charakterystyka grupy H92

Załącznik nr 2. Ceny komercyjne

Załącznik nr 3. Wykaz umów dla sekcji H

Załącznik nr 4. Wykaz świadczeniodawców, których dane wykorzystano do obliczenia taryfy dla grupy H92

Załącznik nr 5. Szczegółowe kalkulacje taryfy