



Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

Wydział Taryfikacji

Świadczenia gwarantowane obejmujące leczenie dzieci, finansowane w ramach JGP sekcji P: Choroby dzieci

Raport w sprawie ustalenia taryfy świadczeń

nr WT.521.1.2017

data ukończenia 12.06.2017

Objaśnienia skrótów

Agencja/AOTMiT	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
bd.	brak danych
CPL	względne poziomy cen (ang. <i>comparative price levels</i>)
HEPA	wysokosprawny filtr powietrza (ang. <i>high efficiency particulate air filter</i>)
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
Metodyka	proces gromadzenia oraz przetwarzania danych niezbędnych do realizacji zadań związanych z ustaleniem taryfy świadczeń, jak również rodzaj i zakres gromadzonych informacji, opisany w dokumencie porządkowanym przez Agencję
MZ	Ministerstwo Zdrowia
nd.	nie dotyczy
NFZ/Płatnik	Narodowy Fundusz Zdrowia
NSP	Narodowy Spis Powszechny
OECD	Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (ang. <i>Organization for Economic Co-operation and Development</i>)
PKB	produkt krajowy brutto
PL	produkt leczniczy
PPP	parytet siły nabywczej (ang. <i>purchasing power parity</i>)
Ustawa o świadczeniach	ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2016 r., poz. 1793 z późn. zm.)
WHO	Światowa Organizacja Zdrowia (ang. <i>World Health Organization</i>)
WM	wyrób medyczny

Spis treści

1. Problem decyzyjny	4
2. Taryfikowane świadczenia.....	10
2.1. Problem zdrowotny	10
2.2. Aktualny stan finansowania w Polsce	16
2.3. Analiza popytu i podaży.....	23
2.4. Sposób finansowania świadczeń pediatrycznych w innych krajach.....	79
2.5. Cenniki komercyjne	80
3. Projekt taryfy.....	81
3.1. Pozyskanie danych.....	81
3.2. Analiza danych.....	82
3.3. Projekt taryfy.....	91
4. Analiza wpływu na system opieki zdrowotnej	93
4.1. Analiza wpływu na budżet płatnika publicznego	93
4.2. Analiza wpływu na organizację systemu opieki zdrowotnej	96
5. Najważniejsze informacje i wnioski.....	97
6. Bibliografia	101
7. Spis tabel i rysunków	102
8. Załączniki.....	105

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 2017, zatwierdzony przez Ministra Zdrowia 29.06.2016 r., w punkcie: Choroby dzieci oraz grupy dedykowane pacjentom poniżej 18 r.ż.

Przedmiotem raportu są:

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

Kod ICD-9 PL

Badania rtg tkanek miękkich twarzy, głowy i szyi: 87.030, 87.031, 87.032, 87.036, 87.037, 87.038, 87.039, 87.049,
Inne metody obrazowania diagnostycznego: 88.911, 88.912,
Anatomiczne i fizjologiczne pomiary i badania manualne układu nerwowego i narządów zmysłów: 89.142, 89.192.

Kod ICD-10

Choroby zakaźne jelit: A00.0, A00.1, A00.9, A01.0, A01.1, A01.2, A01.3, A01.4, A02.0, A02.1, A02.2, A02.8, A02.9, A03.0, A03.1, A03.2, A03.3, A03.8, A03.9, A04.0, A04.1, A04.2, A04.3, A04.4, A04.5, A04.6, A04.7, A04.8, A04.9, A05.0, A05.1, A05.2, A05.3, A05.4, A05.8, A05.9, A06.0, A06.1, A06.2, A06.3, A06.8, A06.9, A07.0, A07.1, A07.2, A07.3, A07.8, A07.9, A08.0, A08.1, A08.2, A08.3, A08.4, A08.5, A09,
Gruźlica: A15.9, A16.7, A16.9, A18.2,
Wybrane bakteryjne choroby odzwierzęce: A22.2,
Inne choroby bakteryjne: A31.9, A37.0, A37.9, A38, A39.0, A39.2, A39.3, A39.4, A40.0, A40.1, A40.2, A40.3, A40.8, A40.9, A41.0, A41.1, A41.2, A41.3, A41.5, A41.8, A41.9, A42.1, A49.0, A49.1, A49.2, A49.3, A49.8, A49.9,
Zakażenia przenoszone głównie drogą płciową: A50.0,
Inne choroby wywołane przez krętki: A69.9,
Inne choroby wywołane przez Chlamydia: A74.8, A74.9,
Wirusowe zakażenia ośrodkowego układu nerwowego: A81.1, A88.1, A89,
Zakażenia wirusowe charakteryzujące się uszkodzeniem skóry i błon śluzowych: B00.0, B00.2, B00.3, B00.4, B00.5, B00.9, B01.0, B01.1, B01.2, B01.8, B01.9, B02.0, B02.9, B04, B05.9, B06.9, B07, B08.2, B08.3, B08.4, B08.5, B08.8, B09,
Wirusowe zapalenie wątroby: B15.9, B19.9,
Inne choroby wirusowe: B25.0, B26.9, B27.0, B27.1, B27.8, B27.9, B30.9, B34.0, B34.1, B34.2, B34.3, B34.4, B34.8, B34.9,
Grzybice: B37.0, B37.4, B37.9, B40.0, B40.1, B40.2, B40.3, B40.7, B40.8, B40.9, B44.0, B44.1, B44.7, B48.3, B48.7,
Choroby wywołane przez pierwotniaki: B54, B58.0, B58.1, B58.2, B58.3, B58.8, B58.9,
Robaczyce: B65.1, B65.9, B68.0, B68.1, B68.9, B69.8, B69.9, B70.0, B70.1, B71.0, B71.1, B71.8, B71.9, B76.0, B76.1, B76.8, B76.9, B77.0, B77.8, B77.9, B78.0, B78.1, B78.7, B78.9, B79, B80, B81.0, B81.1, B81.2, B81.3, B81.4, B81.8, B82.0, B82.9, B83.0, B83.1, B83.2, B83.3, B83.4, B83.8, B83.9,
Wszawica, akarioza i inne infestacje pasożytnicze: B86, B88.9,
Nowotwory złośliwe wargi, jamy ustnej i gardła: C07, C08.0, C08.1, C08.8, C08.9, C11.0, C11.1, C11.2, C11.3, C11.8, C11.9, C14.0, C14.2, C14.8,
Nowotwory złośliwe narządów układu pokarmowego: C17.0, C17.1, C17.2, C17.3, C17.8, C17.9, C18.0, C18.1, C18.2, C18.3, C18.4, C18.5, C18.6, C18.7, C18.8, C18.9, C22.0, C22.2, C22.3, C22.4, C22.7, C25.0, C25.1, C25.2, C25.3, C25.4, C25.7, C25.8, C25.9,
Nowotwór złośliwy kości i chrząstki stawowej: C40.0, C40.1, C40.2, C40.3, C40.8, C40.9, C41.0, C41.1, C41.2, C41.3, C41.4, C41.8, C41.9,
Czerniak i inne nowotwory złośliwe skóry: C43.0, C43.1, C43.2, C43.3, C43.4, C43.5, C43.6, C43.7, C43.8, C43.9,
Nowotwory złośliwe mezotelium i tkanek miękkich: C46.0, C46.1, C46.2, C46.3, C46.7, C46.8, C46.9, C47.0, C47.1, C47.2, C47.4, C47.5, C47.6, C47.8, C47.9, C48.0, C48.1, C48.2, C48.8, C49.0, C49.2, C49.3, C49.5, C49.9,
Nowotwory złośliwe żeńskich narządów płciowych: C56, C57.0, C57.1, C57.2, C57.3, C57.4, C57.8, C57.9,
Nowotwory złośliwe męskich narządów płciowych: C62.0, C62.1, C62.9, C63.0, C63.1, C63.2, C63.7, C63.8, C63.9,
Nowotwory złośliwe układu moczowego: C64,

Nowotwory złośliwe oka, mózgu i innych części ośrodkowego układu nerwowego: C69.2, C69.6, C70.0, C70.1, C70.9, C71.0, C71.1, C71.2, C71.3, C71.4, C71.5, C71.6, C71.7, C71.8, C71.9, C72.0, C72.1, C72.2, C72.3, C72.4, C72.5, C72.8, C72.9,

Nowotwory złośliwe tarczycy i innych gruczołów wydzielania wewnętrznego: C73, C74.0, C74.1, C74.9,

Nowotwory złośliwe niedokładnie określone, wtórne i o nieokreślonym umiejscowieniu: C76.1, C76.2,

Nowotwory złośliwe, o potwierdzonym lub przypuszczalnym pierwotnym charakterze, tkanki limfatycznej, układu krwiotwórczego i tkanek pokrewnych: C81.0, C81.1, C81.2, C81.3, C81.7, C81.9, C82.0, C82.1, C82.3, C82.7, C82.9, C83.0, C83.1, C83.2, C83.4, C83.5, C83.6, C83.7, C83.8, C83.9, C84.0, C84.1, C84.2, C84.3, C84.4, C84.5, C85.0, C85.1, C85.7, C85.9, C91.0, C91.9, C92.0, C92.1, C92.3, C92.9, C95.0, C95.9, C96.0, C96.1, C96.2, C96.3, C96.7,

Nowotwory niezłośliwe: D12.0, D12.1, D12.2, D12.3, D12.4, D12.5, D12.6, D18.0, D18.1, D22.4, D22.5, D22.9, D23.4, D23.5, D23.9, D33.0, D33.1, D33.2,

Nowotwory o niepewnym lub nieznanym charakterze: D42.0, D42.1, D42.9, D43.0, D43.1, D43.2, D43.3, D43.4, D43.7, D43.9, D44.3, D44.4, D45, D46.0, D46.1, D46.2, D46.3, D46.4, D47.1, D47.9, D48.7,

Niedokrwiistości z niedoborów pokarmowych: D50.0, D50.1, D50.8, D50.9, D51.0, D51.1, D52.1, D53.0, D53.3, D53.8, D53.9,

Niedokrwiistości hemolityczne: D55.0, D55.1, D55.2, D56.0, D56.1, D56.2, D56.3, D56.4, D56.8, D56.9, D57.0, D57.1, D57.2, D57.3, D57.8, D58.0, D58.2, D58.9, D59.0, D59.1, D59.2, D59.3, D59.4,

Niedokrwiistości aplastyczne i inne: D60.0, D60.1, D60.8, D60.9, D61.0, D61.1, D61.2, D61.3, D61.8, D61.9, D63.0, D64.0, D64.1, D64.2, D64.3, D64.4, D64.8,

Zaburzenia krzepnięcia, plamice i inne skazy krwotoczne: D66, D67, D68.0, D68.2, D69.0, D69.2, D69.3, D69.4, D69.5, D69.6,

Inne choroby krwi i narządów krwiotwórczych: D70, D71, D72.8, D75.1, D75.2, D75.8, D76.0, D76.1, D76.2, D76.3,

Wybrane choroby dotyczące mechanizmów immunologicznych: D80.0, D80.1, D80.2, D80.3, D80.4, D80.5, D80.6, D80.7, D80.8, D80.9, D81.0, D81.1, D81.2, D81.3, D81.4, D81.5, D81.6, D81.7, D81.8, D81.9, D82.0, D82.1, D82.2, D82.3, D82.4, D82.8, D82.9, D83.0, D83.1, D83.2, D83.8, D83.9, D84.0, D84.1, D84.8, D84.9, D86.3, D89.0, D89.1, D89.2, D89.8, D89.9,

Choroby tarczycy: E00.0, E00.1, E00.2, E00.9, E03.0, E03.1, E03.9, E05.5, E05.9,

Cukrzyca: E10.0, E10.1, E10.2, E10.3, E10.4, E10.5, E10.6, E10.7, E10.8, E10.9, E11.0, E11.1, E11.2, E11.3, E11.4, E11.5, E11.6, E11.7, E11.8, E11.9, E12.0, E12.1, E12.2, E12.3, E12.4, E12.5, E12.6, E12.7, E12.8, E12.9, E13.0, E13.1, E13.2, E13.3, E13.4, E13.5, E13.6, E13.7, E13.8, E13.9, E14.0, E14.1, E14.2, E14.3, E14.4, E14.5, E14.6, E14.7, E14.8, E14.9,

Zaburzenia innych gruczołów wydzielania wewnętrznego: E20.0, E20.1, E20.8, E20.9, E21.0, E21.1, E21.2, E21.3, E21.4, E21.5, E22.0, E22.1, E22.2, E22.8, E22.9, E23.0, E23.1, E23.2, E23.3, E23.6, E24.0, E24.1, E24.2, E24.3, E24.4, E24.8, E24.9, E25.0, E25.8, E25.9, E26.0, E26.1, E26.8, E26.9, E27.0, E27.1, E27.2, E27.3, E27.4, E27.5, E27.8, E27.9, E28.0, E28.1, E28.2, E28.3, E28.8, E28.9, E29.0, E29.1, E29.8, E29.9, E30.0, E30.1, E30.8, E30.9, E31.0, E31.1, E31.8, E31.9, E32.0, E32.1, E32.8, E32.9, E34.0, E34.1, E34.2, E34.3, E34.4, E34.5, E34.8, E34.9, E35.0, E35.1, E35.8,

Niedożywienie: E41, E42,

Inne niedobory pokarmowe: E55.0,

Otyłość i inne zespoły z hiperalimentacji: E66.0, E66.1, E66.8, E66.9,

Choroby metaboliczne: E70.0, E70.1, E71.0, E71.1, E71.2, E71.3, E72.0, E72.2, E72.3, E72.4, E73.0, E73.1, E73.8, E73.9, E74.0, E74.3, E75.0, E75.2, E75.4, E76.0, E76.1, E76.2, E76.3, E76.8, E76.9, E77.0, E77.1, E77.8, E77.9, E79.0, E79.1, E79.8, E79.9, E80.3, E80.4, E80.5, E80.6, E80.7, E83.0, E83.5, E85.0, E85.1, E85.2, E85.3, E85.4, E85.8, E85.9, E86, E87.2, E88.0, E88.8, E88.9,

Zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną: F40.0, F40.1, F40.2, F40.8, F40.9, F41.0, F41.1, F41.3, F41.8, F41.9, F44.0, F44.1, F44.2, F44.3, F44.4, F44.5, F44.6, F44.7, F44.8, F44.9, F48.9,

Zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi: F50.0, F50.1, F50.2, F50.3, F50.4, F50.5, F50.8, F50.9, F51.0, F51.1, F51.2, F51.3, F51.4, F51.5, F51.8, F51.9,

Zaburzenia rozwoju psychologicznego: F84.0, F84.1, F84.2, F89,

Zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym: F90.0, F91.0, F91.1, F91.3, F91.8, F91.9, F93.9, F95.0, F95.1, F95.2, F95.8, F95.9, F98.0, F98.1, F98.2, F98.3, F98.9,

Nieokreślone zaburzenia psychiczne: F99,

Choroby zapalne ośrodkowego układu nerwowego: G00.0, G00.1, G00.2, G00.8, G00.9, G02.1, G03.8, G03.9, G04.1, G04.9,

Układowe zaniki pierwotnie zajmujące ośrodkowy układ nerwowy: G11.0, G11.3, G11.8,

Zaburzenia pozapiramidowe i zaburzenia czynności ruchowych: G24.0, G24.1, G24.2, G24.8, G24.9, G25.3, G25.4, G25.5, G25.8, G25.9,

Inne choroby zwyrodnieniowe układu nerwowego: G31.8, G31.9,

Choroby demielinizacyjne ośrodkowego układu nerwowego: G37.3,

Zaburzenia okresowe i napadowe: G40.0, G40.1, G40.2, G40.3, G40.4, G40.5, G40.6, G40.7, G40.8, G40.9, G41.0, G41.1, G41.2, G41.8, G41.9, G43.0, G43.1, G43.2, G43.3, G43.8, G43.9, G44.0, G44.1, G44.2, G44.3, G44.4, G44.8, G47.1,

Zaburzenia obejmujące nerwy, korzenie nerwów rdzeniowych i sploty nerwowe: G51.0,

Polineuropatie i inne zaburzenia obwodowego układu nerwowego: G60.9, G61.0,
Choroby połączeń nerwowo-mięśniowych i mięśni: G70.0, G70.2, G70.8, G71.0, G71.1, G71.2, G71.9, G72.9,
Mózgowe porażenie dziecięce i inne zespoły porażenne: G80.1, G80.2, G81.9, G82.3, G82.4, G82.5, G83.8,
Inne zaburzenia układu nerwowego: G91.0, G91.1, G91.2, G91.3, G91.8, G91.9, G93.0, G93.1, G93.2, G93.3, G93.4, G93.7, G93.8, G97.0,
Choroby ucha zewnętrznego: H62.2,
Choroby ucha środkowego i wyrostka sutkowatego: H66.0, H66.9,
Ostra choroba reumatyczna: I00,
Przewlekła choroba reumatyczna serca: I08.9, I09.0,
Nadciśnienie tętnicze: I10, I11.0, I11.9, I12.0, I12.9, I13.0, I13.1, I13.2, I13.9, I15.0, I15.1, I15.2, I15.8, I15.9,
Zespół sercowo-płucny i choroby krążenia płucnego: I27.0,
Inne choroby serca: I33.0, I35.0, I35.1, I35.2, I35.8, I35.9, I38, I40.0, I40.1, I40.8, I40.9, I42.0, I42.2, I42.4, I42.5, I47.0, I47.1, I49.4, I49.8, I49.9, I50.0, I50.1, I50.9,
Choroby naczyń mózgowych: I60.0, I60.1, I60.2, I60.3, I60.4, I60.5, I60.6, I60.7, I60.8, I60.9, I61.0, I61.1, I61.2, I61.3, I61.4, I61.5, I61.6, I61.8, I61.9, I64, I67.4,
Choroby tętnic, tętniczek i naczyń włosowatych: I77.6,
Choroby żył, naczyń limfatycznych i węzłów chłonnych, niesklasyfikowane gdzie indziej: I85.9, I88.0, I88.8, I88.9,
Ostre zakażenia górnych dróg oddechowych: J00, J02.0, J02.8, J02.9, J03.0, J03.8, J03.9, J04.0, J04.1, J04.2, J05.0, J05.1, J06.0, J06.8, J06.9,
Grypa i zapalenie płuc: J10.0, J10.1, J10.8, J11.0, J11.1, J12.0, J12.1, J12.2, J12.9, J13, J14, J15.0, J15.1, J15.2, J15.3, J15.4, J15.5, J15.6, J15.7, J15.8, J15.9, J16.0, J16.8, J17.2, J17.3, J17.8, J18.2, J18.8,
Inne ostre zakażenia dolnych dróg oddechowych: J20.0, J20.1, J20.2, J20.3, J20.4, J20.5, J20.6, J20.7, J20.8, J21.0, J21.8,
Inne choroby górnych dróg oddechowych: J30.0, J30.4, J31.0, J32.0, J32.9, J35.1, J35.2, J35.3, J35.9,
Przewlekłe choroby dolnych dróg oddechowych: J41.0, J41.8, J44.0, J44.1, J45.0, J45.1, J45.8, J45.9, J46,
Choroby płuc wywołane przez czynniki zewnętrzne: J69.0,
Inne choroby układu oddechowego: J96.0, J96.1, J98.1, J98.8, J98.9, J99.1,
Choroby jamy ustnej, gruczołów ślinowych, żuchwy i szczęk: K00.6, K00.7, K01.0, K01.1, K02.0, K02.1, K02.2, K02.3, K02.4, K02.8, K02.9, K04.7, K05.1, K11.2, K11.3, K12.0, K12.1, K13.1, K13.4, K13.6, K13.7,
Choroby przełyku, żołądka i dwunastnicy: K20, K21.0, K21.9, K22.2, K22.6, K22.8, K29.0, K29.1, K29.3, K29.7, K29.9, K30,
Choroby wyrostka robaczkowego: K35.0, K35.1, K35.9, K37, K38.0, K38.1, K38.2, K38.3, K38.8, K38.9,
Przepuklina: K40.0, K40.2, K40.3, K40.9, K42.9, K44.9,
Niezażne zapalenie jelita cienkiego i grubego: K50.0, K50.1, K50.9, K51.0, K51.1, K51.2, K51.3, K51.4, K51.5, K51.8, K51.9, K52.0, K52.1, K52.2, K52.8, K52.9,
Inne choroby jelit: K56.1, K56.2, K56.3, K56.4, K56.5, K56.6, K56.7, K58.0, K58.9, K59.0, K59.1, K59.2, K59.8, K59.9, K60.0, K60.1, K60.2, K61.0, K61.1, K61.2, K61.3, K61.4, K62.2, K62.3, K62.4, K62.5, K62.6, K62.7, K62.8, K62.9, K63.0, K63.1, K63.2, K63.3, K63.4, K63.8, K63.9,
Choroby wątroby: K71.0, K71.1, K71.2, K71.3, K71.4, K71.5, K71.6, K71.7, K71.8, K71.9, K72.0, K72.1, K73.0, K73.1, K73.2, K73.8, K73.9, K74.6, K75.2, K75.9, K76.9,
Choroby pęcherzyka żółciowego, dróg żółciowych i trzustki: K83.0, K85,
Inne choroby układu pokarmowego: K90.0, K90.4, K90.8, K90.9, K92.0, K92.1, K92.2, K92.8, K92.9,
Zakażenia skóry i tkanki podskórnej L00, L01.0, L01.1, L03.0, L03.1, L03.2, L03.3, L03.8, L03.9, L04.0, L04.1, L04.2, L04.3, L04.8, L04.9, L05.9, L08.0, L08.9,
Choroby pęcherzowe: L12.3,
Zapalenie skóry i wyprysk: L20.0, L20.8, L20.9, L21.0, L21.1, L21.8, L21.9, L22, L26, L27.0, L27.1, L27.2, L30.2, L30.3, L30.4,
Choroby grudkowo-złuszczające: L44.4,
Pokrzywka i rumień: L50.0, L50.6, L50.8, L50.9, L51.0, L51.1, L51.2, L51.8, L51.9, L52, L53.0, L53.1, L53.2, L53.3, L53.8, L53.9,
Choroby skóry i tkanki podskórnej związane z promieniowaniem: L57.3, L59.8, L59.9,
Choroby przydatków skóry: L72.0, L72.1, L72.2, L72.8, L72.9, L74.0, L74.1, L74.2, L74.3,
Inne choroby skóry i tkanki podskórnej: L80, L81.0, L81.1, L90.9, L91.9, L92.0, L94.0, L94.1, L94.4, L94.8, L94.9, L95.1, L98.3, L98.6, L98.8, L98.9,
Artropatie związane z zakażeniami: M00.0, M00.1, M00.2, M00.8, M00.9, M01.0, M01.1, M01.2, M01.3, M01.4, M01.5, M01.6, M01.8, M02.2,
Artropatie wielostawowe zapalne: M08.0, M08.1, M08.2, M08.3, M08.4, M08.8, M09.1, M09.8,

Układowe choroby tkanki łącznej: M30.3, M32.0, M32.1, M32.8, M32.9, M33.0, M33.1, M33.2, M33.9, M34.0, M34.1, M34.2, M34.8, M34.9, M36.0, M36.2, M36.4,
Inne choroby kości: M86.9,
Choroby kłębuszków nerkowych: N00.9, N04.0, N04.9, N05.2, N05.3, N05.4, N05.9, N07.0, N07.1, N07.2, N07.3, N07.4, N07.5, N07.6, N07.7, N07.8, N07.9,
Choroby cewkowo-śródmiąższowe nerek: N10, N11.0, N11.1, N11.8, N11.9, N13.0, N13.1, N13.2, N13.3,
Niewydolność nerek: N17.0, N17.1, N17.2, N17.9, N18.0, N18.8, N18.9, N19,
Kamica moczowa: N20.0, N20.2, N23,
Inne zaburzenia nerki i moczowodu: N25.8, N25.9,
Inne choroby układu moczowego: N30.9, N36.9, N39.0, N39.1, N39.2, N39.4,
Choroby męskich narządów płciowych: N43.3, N44, N45.9, N47, N48.1, N48.2, N48.5, N48.6, N49.1, N49.2, N49.8, N49.9, N50.1, N50.8, N50.9,
Choroby zapalne narządów miednicy u kobiet: N76.0, N76.1, N76.2,
Niezapalne choroby żeńskiego układu rozrodczego: N89.8,
Inne choroby układu moczowo-płciowego: N99.0,
Wrodzone wady rozwojowe układu nerwowego: Q01.0, Q01.1, Q01.2, Q01.8, Q01.9, Q02, Q03.0, Q03.1, Q03.8, Q03.9, Q04.0, Q04.1, Q04.2, Q04.3, Q04.4, Q04.5, Q04.6, Q04.8, Q04.9, Q05.0, Q05.1, Q05.2, Q05.3, Q05.4, Q05.5, Q05.6, Q05.7, Q05.8, Q05.9, Q06.9, Q07.0, Q07.9,
Wrodzone wady rozwojowe oka, ucha, twarzy i szyi: Q10.0, Q10.1, Q10.2, Q10.3, Q10.4, Q10.5, Q10.6, Q10.7, Q12.0, Q12.1, Q12.2, Q12.3, Q12.4, Q12.8, Q12.9, Q15.9, Q18.0, Q18.1, Q18.2, Q18.9,
Wrodzone wady rozwojowe układu krążenia: Q25.8, Q25.9, Q27.0, Q27.1, Q27.2, Q27.3, Q27.4, Q27.8, Q27.9, Q28.0, Q28.1, Q28.2, Q28.3, Q28.8,
Wrodzone wady rozwojowe układu oddechowego: Q30.0, Q31.1, Q31.2, Q31.3, Q31.4, Q31.8, Q31.9, Q32.0, Q32.1, Q32.2, Q32.3, Q32.4, Q33.2, Q33.3, Q33.5, Q33.8, Q33.9, Q34.0, Q34.1, Q34.8,
Rozszczep wargi i podniebienia: Q35.1, Q35.3, Q35.5, Q35.6, Q35.7, Q35.9, Q36.0, Q36.1, Q36.9, Q37.0, Q37.1, Q37.2, Q37.3, Q37.8, Q37.9,
Inne wrodzone wady rozwojowe układu pokarmowego: Q38.0, Q38.1, Q38.2, Q38.3, Q38.4, Q38.5, Q38.6, Q38.7, Q38.8, Q39.0, Q39.1, Q39.2, Q39.3, Q39.4, Q40.0, Q40.1, Q40.9, Q41.0, Q41.1, Q41.2, Q41.8, Q41.9, Q42.0, Q42.1, Q42.2, Q42.3, Q42.8, Q42.9, Q43.0, Q43.1, Q43.2, Q43.3, Q43.4, Q43.5, Q43.6, Q43.7, Q43.8, Q43.9, Q44.0, Q44.1, Q44.2, Q44.3, Q44.4, Q44.5, Q44.6, Q44.7,
Wrodzone wady rozwojowe narządów płciowych: Q51.5, Q51.6, Q51.9, Q52.0, Q52.1, Q52.2, Q52.3, Q52.4, Q52.5, Q52.6, Q52.7, Q52.8, Q52.9, Q53.0, Q53.1, Q53.2, Q53.9, Q54.0, Q54.1, Q54.2, Q54.3, Q54.4, Q54.8, Q54.9, Q55.0, Q55.1, Q55.2, Q55.3, Q55.4, Q55.5, Q55.6, Q55.8, Q55.9,
Wrodzone wady rozwojowe układu moczowego: Q60.0, Q60.1, Q60.2, Q60.3, Q60.4, Q60.5, Q60.6, Q61.0, Q61.1, Q61.2, Q61.3, Q61.4, Q61.8, Q61.9, Q62.0, Q62.1, Q62.2, Q62.3, Q63.0, Q63.1, Q63.2, Q63.3, Q63.8, Q63.9, Q64.0, Q64.1, Q64.2, Q64.3, Q64.5, Q64.6, Q64.7, Q64.8, Q64.9,
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, Q67.0, Q67.1, Q67.2, Q67.3, Q67.4, Q67.5, Q67.6, Q67.7, Q68.0, Q68.1, Q68.8, Q69.0, Q69.1, Q69.2, Q69.9, Q70.0, Q70.1, Q70.2, Q70.3, Q70.4, Q70.9, 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, Q73.0, Q73.1, Q73.8, Q74.0, Q74.1, Q74.2, Q74.3, Q74.8, Q75.0, Q75.1, Q75.2, Q75.3, Q75.4, Q75.5, Q75.8, Q75.9, Q76.0, Q76.1, Q76.2, Q76.3, Q76.4, Q77.0, Q77.1, Q77.2, Q77.3, Q77.4, Q77.5, Q77.6, Q77.7, Q77.8, Q77.9, Q78.0, Q78.1, Q78.2, Q78.3, Q78.4, Q78.6, Q78.8, Q78.9, Q79.0, Q79.1, Q79.2, Q79.3, Q79.4, Q79.5, Q79.6, Q79.8, Q79.9,
Inne wrodzone wady rozwojowe: Q80.0, Q80.1, Q80.2, Q80.3, Q80.4, Q80.8, Q80.9, Q81.0, Q81.1, Q81.2, Q81.8, Q81.9, Q82.1, Q82.2, Q82.3, Q82.4, Q82.5, Q82.8, Q83.0, Q83.1, Q83.2, Q83.3, Q83.8, Q83.9, Q84.8, Q84.9, Q85.0, Q85.1, Q85.8, Q85.9, Q87.0, Q87.1, Q87.2, Q87.3, Q87.4, Q87.5, Q87.8, Q89.1, Q89.2, Q89.7,
Aberracje chromosomowe, niesklasyfikowane gdzie indziej: Q90.0, Q90.1, Q90.2, Q90.9, Q91.0, Q91.1, Q91.2, Q91.3, Q91.4, Q91.5, Q91.6, Q91.7, Q92.0, Q92.1, Q92.2, Q92.3, Q92.4, Q92.5, Q92.6, Q92.7, Q92.8, Q92.9, Q93.0, Q93.1, Q93.2, Q93.3, Q93.4, Q93.5, Q93.6, Q93.7, Q93.8, Q93.9, Q96.0, Q96.1, Q96.2, Q96.3, Q96.4, Q96.8, Q96.9, Q99.0, Q99.8, Q99.9,
Objawy i cechy chorobowe dotyczące układu krążenia i układu oddechowego R00.0, R01.0, R06.1, R06.8,
Objawy i cechy chorobowe dotyczące układu pokarmowego i jamy brzusznej: R10.0, R10.1, R10.2, R10.3, R10.4, R11, R16.0, R16.2, R17, R18, R19.0, R19.8,
Objawy i cechy chorobowe dotyczące skóry i tkanki podskórnej: R20.0, R20.1, R20.2, R20.3, R20.8, R21, R23.3,
Objawy i cechy chorobowe dotyczące układu nerwowego i mięśniowo-szkieletowego: R29.4,
Objawy i cechy chorobowe dotyczące układu moczowego: R30.0, R30.1, R30.9, R31, R32, R33, R35, R39.1, R39.2, R39.8,

Objawy i cechy chorobowe ogólne: R56.0, R56.8, R59.0, R59.1, R59.9, R60.0, R60.1, R60.9, R62.0, R62.8, R62.9, R63.0, R63.1, R63.2, R63.3, R63.4, R63.5, R63.8, R64,
Nieprawidłowe wyniki badań krwi, bez rozpoznania: R72, R73.0, R73.9, R78.8, R79.0, R79.8, R79.9,
Nieprawidłowe wyniki badań moczu, bez rozpoznania: R80, R81,
Niedokładnie określone lub nieznanne przyczyny zgonu: R95,
Urazy głowy: S00.0, S00.3, S00.4, S00.5, S00.7, S00.8, S00.9, S01.0, S01.2, S01.4, S01.5, S01.7, S01.8, S01.9, S02.0, S02.1, S02.2, S02.5, S02.7, S02.9, S05.0, S05.1, S06.0, S06.1, S06.2, S06.3, S06.4, S06.5, S06.6, S06.7, S06.8, S06.9, S07.1, S07.8, S07.9, S08.0, S09.1,
Urazy szyi: S10.0, S10.1, S10.7, S10.8, S10.9, S13.6, S16, S19.7, S19.8, S19.9,
Urazy klatki piersiowej: S20.1, S20.2, S20.3, S20.4, S20.7, S20.8, S22.2, S22.3, S22.4, S29.0, S29.7, S29.8, S29.9,
Urazy brzucha, dolnej części grzbietu, kręgosłupa lędźwiowego i miednicy: S30.0, S30.1, S30.2, S30.7, S30.8, S30.9, S31.2, S31.4, S31.7, S38.2, S39.0, S39.8, S39.9,
Urazy barku i ramienia: S40.0, S40.7, S42.0, S42.2, S42.3, S42.4,
Urazy łokcia i przedramienia: S50.0, S50.1, S50.7, S51.0, S51.7, S51.8, S51.9, S52.0, S52.1, S52.2, S52.3, S52.4, S52.5, S52.6, S52.8, S52.9, S53.0, S53.1, S59.7,
Urazy nadgarstka i ręki: S61.0, S61.1, S62.0, S62.1, S62.5, S62.6, S67.0,
Urazy biodra i uda: S70.0, S70.1, S70.7, S79.7, S79.8, S79.9,
Urazy kolana i podudzia: S80.0, S80.1, S80.7, S81.0, S81.8, S82.1, S82.4, S82.9, S86.0, S89.8,
Urazy stawu skokowego i stopy: S90.7, S91.0, S92.1, S92.2, S92.3, S93.2, S93.3, S93.4, S96.0, S96.1, S96.2, S96.7, S96.8, S96.9,
Urazy obejmujące liczne okolice ciała: T00.0, T00.1, T00.2, T00.3, T00.6, T00.8, T00.9, T01.0, T01.1, T01.2, T01.3, T01.9, T02.0, T03.0, T03.3, T05.8, T05.9, T07,
Urazy nieokreślonych części tułowia, kończyn i okolicy ciała: T09.0, T09.1, T09.6, T09.8, T09.9, T11.8, T11.9, T13.8, T13.9, T14.0, T14.1, T14.9,
Skutki działania ciała obcego wnikaćcego drogą naturalnych otworów ciała: T16, T17.0, T17.1, T17.2, T17.3, T17.5, T17.9, T18.0, T18.1, T18.2, T18.8, T18.9, T19.2,
Inne i nieokreślone skutki działania czynników zewnętrznych: T68, T71, T74.1, T74.2, T74.8, T75.1, T78.0, T78.1, T78.2, T78.3, T78.4,
Określone wczesne powikłania urazu: T79.3,
Powikłania opieki chirurgicznej i medycznej, niesklasyfikowane gdzie indziej: T80.2, T80.5, T80.6, T81.4, T88.0, T88.1, T88.6,
Osoby stykające się ze służbą zdrowia w związku z badaniami lekarskimi i dodatkowymi: Z00.2,
Osoby stykające się ze służbą zdrowia w celu zabiegów specjalnych oraz pielęgnacji: Z51.6,

identyfikowane produktami rozliczeniowymi Narodowego Funduszu Zdrowia w rodzaju: leczenia szpitalnego, określonymi w załączniku 1a do Zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne:

- P01 Astma lub trudności w oddychaniu,
- P03 Choroby górnego odcinka dróg oddechowych,
- P04 Choroby dolnych dróg oddechowych,
- P05 Główne infekcje (w tym choroby immunologiczne),
- P06 Mniejsze infekcje (w tym choroby immunologiczne),
- P07 Nowotwory,
- P08 Drgawki gorączkowe,
- P09 Choroby układu nerwowego,
- P10 Choroby endokrynologiczne (bez cukrzycy),
- P11 Poważne choroby żołądkowo-jelitowe i metaboliczne,
- P12 Inne zaburzenia żołądkowo-jelitowe i metaboliczne,
- P13 Alergie,
- P14 Pourazowe uszkodzenia poza uszkodzeniem mózgu,
- P15 Zaburzenia zachowania,
- P16 Poważne schorzenia uwarunkowane genetycznie i inne choroby wrodzone,
- P17 Choroby układu moczowo-płciowego,

-
- P18 Choroby nerek z niewydolnością nerkową,
 - P19 Choroby krwi,
 - P20 Choroby skóry, układu mięśniowo-kostnego lub tkanki łącznej,
 - P21 Choroby układu krążenia,
 - P22 Infekcyjne i nieinfekcyjne zapalenie żołądka i jelit,
 - P23 Padaczka,
 - P24 Cukrzyca,
 - P25 Uraz głowy z urazem mózgu,
 - P26 Leczenie nowotworów z pw > 7 dni,
 - P27 Guzy łagodne układu nerwowego,
 - P28 Guzy łagodne narządów, tkanek i innych układów,
 - P29 Bóle głowy – diagnostyka i leczenie > 3 dni.
-

zwane dalej: zachowawczym leczeniem szpitalnym dzieci.

2. Taryfikowane świadczenia

2.1.Problem zdrowotny

Wstęp

Opieka medyczna nad dziećmi i młodzieżą stanowi jeden z priorytetów zdrowotnych państwa. Dzieci i młodzież do 18. r.ż. mogą korzystać ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych niezależnie od ich osobistej sytuacji, na podstawie przepisów Ustawy o świadczeniach. Świadczenia zdrowotne są udzielane dzieciom do ukończenia 18 r.ż. bezpłatnie, niezależnie od uprawnień wynikających z tytułu podlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu. Osoby do 18 r.ż. mają kilka potencjalnych tytułów do ubezpieczenia. Żadne dziecko nie powinno być nieubezpieczone. Jeżeli nie podlega ono ubezpieczeniu jako członek rodziny lub podopieczny np. placówki opiekuńczo-wychowawczej, to podlega ubezpieczeniu jako uczeń. Jeśli dziecko nie ma żadnego z wymienionych tytułów do ubezpieczenia, posiada ono prawo do świadczeń, a dokumentem je potwierdzającym jest dokument potwierdzający tożsamość albo skrócony odpis aktu urodzenia. Uprawnienie obejmuje wszystkie świadczenia medyczne, w tym również leczenie ambulatoryjne i szpitalne.

Opracowanie dotyczy subpopulacji dzieci i młodzieży. Do kategorii dzieci zostały zaliczone osoby w wieku 0-14 lat. Młodzież definiowana jest jako osoby w okresie przejściowym, pomiędzy zakończeniem dzieciństwa a uzyskaniem pełnej dojrzałości biologicznej i społecznej. Powszechnie za młodzież uważa się osoby w wieku 15-24 lata (Zdrowie, GUS 2015), jednak ze względu na ograniczenia wynikające z konstrukcji produktów rozliczeniowych i ich realizacji w warunkach określonych przez przepisy prawa, do analizy przyjęto zakres wieku 15-18 lat.

Problem zdrowotny

Przedmiotem opracowania są świadczenia zdrowotne udzielane dzieciom i młodzieży do 18 r.ż. w ramach hospitalizacji niezabiegowych.

Zgodnie z definicją, świadczenie zdrowotne jest działaniem służącym zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia oraz innym działaniem medycznym wynikającym z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady jego wykonywania, w szczególności związanym z:

- badaniem i poradą lekarską,
- leczeniem,
- badaniem i terapią psychiczną,
- rehabilitacją leczniczą,
- opieką nad kobietą ciężarną i jej płodem, porodem, pościem oraz nad noworodkiem,
- opieką nad zdrowym dzieckiem,
- badaniem diagnostycznym, w tym z analityką medyczną,
- pielęgnacją chorych,
- pielęgnacją niepełnosprawnych i opieką nad nimi,
- opieką paliatywno-hospicyjną,
- orzekaniem i opiniowaniem o stanie zdrowia,
- zapobieganiem powstawaniu urazów i chorób poprzez działania profilaktyczne oraz
- szczepienia ochronne,

- czynnościami technicznymi z zakresu protetyki i ortodoncji,
- czynnościami z zakresu zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze zgodnie z ustawą.

Świadczenia szpitalne to wykonywane całą dobę kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych.

O ile w przypadku osób dorosłych większość wymienionych w definicji świadczeń może być realizowana w warunkach ambulatoryjnych, to w przypadku dzieci, szczególnie tych najmłodszych, duża ich część musi być wykonywana w warunkach hospitalizacji. Dotyczy to między innymi diagnostyki i leczenia schorzeń, których przebieg u osób dorosłych jest przewidywalny i niepowikłany, natomiast u dzieci może zakończyć się gwałtownym pogorszeniem stanu zdrowia.

Konieczność leczenia szpitalnego oraz zakres hospitalizacji wynikają bezpośrednio ze stanu zdrowia populacji. Monitorowanie i analizowanie stanu zdrowia populacji oraz jego uwarunkowań jest jednym z ważniejszych zadań instytucji państwowych. Pozwala na przewidywanie pewnych zjawisk i dostosowywanie działań, także w zakresie planowania opieki zdrowotnej, do zmieniających się potrzeb populacyjnych. W przypadku pojęcia zdrowia, poza badaniami ilościowymi ważne są także badania jakościowe, ponieważ zdrowie jest bardzo często wartością subiektywną. Monitorowanie zdrowia populacji prowadzone jest między innymi poprzez realizowanie badań ankietowych, kierowanych bezpośrednio do ludności, wśród których kluczowe miejsce zajmuje Europejskie Ankiety Badanie Zdrowia (European Health Interview Survey – EHIS) przeprowadzane cyklicznie w krajach UE. Wyniki tego badania, którego zakres w Polsce został wzbogacony o dodatkowy moduł dotyczący zdrowia dzieci i młodzieży w wieku do lat 15, umożliwiają analizę wybranych aspektów związanych ze zdrowiem młodej populacji w powiązaniu z charakterystyką demograficzno-społeczną oraz miejscem zamieszkania. W przypadku dzieci stan zdrowia oceniany jest przez rodziców bądź opiekunów, natomiast młodzież odpowiada na pytania ankietowe samodzielnie. (Zdrowie, GUS 2015)

Subiektywna ocena zdrowia

W kolejnych edycjach badania stanu zdrowia, zdrowie dzieci jest coraz lepiej oceniane. W 2014 r. prawie połowa dzieci uzyskała bardzo dobrą ocenę stanu zdrowia, natomiast odsetek ocen dobrych wyniósł 41,5% . W 2009 r. bardzo dobre i dobre oceny stanowiły odpowiednio: 47,9% i 44,3%, a w 2004 r. – 37,7% i 53,3%. Uwagę zwraca częstsze przyznawanie ocen bardzo dobrych (wzrost o 12,1 p. proc. w stosunku do 2004 r.), kosztem redukcji ocen dobrych (spadek o 11,9 p. proc.). Odsetek ocen złych i bardzo złych utrzymywał się przez wszystkie edycje badania na niezmiennym, niskim poziomie 1,3%.

W porównaniu do 2009 r., wzrostu najlepszych ocen stanu zdrowia nie odnotowano tylko w przypadku najmłodszych dzieci w wieku 0-4 lat, grupę tę charakteryzował jednak najwyższy odsetek ocen bardzo dobrych (54,4%). Dla pozostałych grup wieku: 5-9 lat i 10-14 lat odsetki ocen bardzo dobrych wzrosły i wyniosły odpowiednio 47,9% oraz 46,9%.

Stan zdrowia chłopców w wieku poniżej 15 lat był nieznacznie lepiej oceniany w 2009 r. (91,6% ocen najwyższych) niż w 2014 r. (89,9%). Stan zdrowia dziewczynek oceniono lepiej niż chłopców, przy czym odsetek ocen bardzo dobrych i dobrych był zbliżony do poprzedniej edycji badania i wyniósł prawie 93%. Stan zdrowia dzieci najlepiej oceniano w województwach podlaskim, wielkopolskim

i małopolskim – odpowiednio: 94,9%; 94,4%; 94,1% ocen dobrych i bardzo dobrych. Najniżej ocenione zostały dzieci z województw łódzkiego i zachodniopomorskiego 86,1% i 84%.

Młodzież częściej niż w poprzednich badaniach oceniała swój stan zdrowia jako bardzo dobry. Uwagę zwraca wzrost odsetka najwyższych ocen zarówno w grupie wieku 15-19 lat (z 37,6% w 2004 r. do 55,1% w 2014 r.). Stan zdrowia oceniany jako zły lub bardzo zły utrzymywał się na stałym poziomie 1,5%. W 2014 r. najlepiej oceniali stan zdrowia mieszkańcy województw świętokrzyskiego, wielkopolskiego i małopolskiego – odpowiednio: 94,9%; 94,7% i 94,0%, a najniżej województw: pomorskiego, podlaskiego i zachodniopomorskiego (87,8%, 86,8% i 85,6%). (Zdrowie, GUS 2015)

Długotrwałe problemy zdrowotne

Deklarowane długotrwałe problemy zdrowotne mogły być następstwem choroby przewlekłej, złego samopoczucia, niesprawności lub kalectwa. Głównym kryterium zakwalifikowania problemów jako długotrwałych był wymóg ich trwania lub przewidywanego trwania wynoszący co najmniej 6 miesięcy.

W 2014 r. długotrwałe problemy zdrowotne wystąpiły u 26,1% dzieci w wieku 0-14 lat. W porównaniu z wynikami poprzednich badań stanu zdrowia odnotowano wzrost częstości występowania takich problemów (w 2004 r. odsetek ten stanowił 16,3%). Istnienie długotrwałych problemów zdrowotnych zdecydowanie częściej zgłaszali rodzice dzieci w wieku 10-14 lat (31,2%, o 12,9 p. proc. więcej niż w 2004 r.). W młodszych grupach wieku odnotowano: wśród najmłodszych – 19,4%, a wśród dzieci 5-9 letnich – 28,0%. Występowanie długotrwałych problemów zdrowotnych częściej stwierdzano u chłopców (29,4%) niż wśród dziewcząt (22,6%).

Długotrwałe problemy zdrowotne wskazywane były częściej u dzieci zamieszkujących miasta (29,4%) niż wieś (21,9%). Największy odsetek dzieci z długotrwałymi problemami odnotowano w województwach łódzkim, zachodniopomorskim, śląskim oraz dolnośląskim (powyżej 30%). Rządziej długotrwałe problemy zdrowotne dotyczyły dzieci z województw podkarpackiego i warmińsko-mazurskiego (mniej niż 20%).

W 2014 r. długotrwałe problemy zdrowotne w grupie wieku 15-29 lat były częściej deklarowane przez kobiety niż mężczyzn (odpowiednio 31,0% i 22,6%). Różnica dotyczyła obu grup wieku, przy czym wśród dwudziestolatków była stosunkowo większa (8,7 p. proc.). Młodzież mieszkająca w miastach częściej miała problemy zdrowotne. W porównaniu do poprzednich edycji badania odsetek młodzieży z długotrwałymi problemami zdrowotnymi w mieście zwiększył się prawie dwukrotnie.

Województwami, których młodzi mieszkańcy najczęściej deklarowali występowanie długotrwałych problemów zdrowotnych w 2014 r. były: pomorskie (36,4%), śląskie (32,9%), zachodniopomorskie (32,7%) i kujawsko-pomorskie (32,2%). Najmniejszy odsetek młodzieży z długotrwałymi problemami zdrowotnymi odnotowano w województwach: świętokrzyskim (12,9%) i warmińsko-mazurskim (14,0%). (Zdrowie, GUS 2015)

Choroby i dolegliwości przewlekłe

W trakcie badań stanu zdrowia dzieci, wskazywane były te choroby, które wystąpiły u dzieci w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie, a następnie deklarowano, czy choroba była stwierdzona przez lekarza. W analizie uwzględniono tylko te choroby i dolegliwości, które miały potwierdzoną diagnozę lekarską.

W przypadku dzieci w wieku 0-14 lat lista schorzeń objęła 6 pozycji:

- alergię bez astmy alergicznej (np. nieżyt nosa, zapalenie skóry);
- astmę (łącznie z astmą o podłożu alergicznym);
- choroby oka;
- choroby kręgosłupa;
- częste bóle głowy;
- inne choroby.

W 2014 r. dzieci najczęściej chorowały na alergię, a w dalszej kolejności – inne choroby, choroby oka oraz astmę. Choroby i dolegliwości przewlekłe częściej dotyczyły chłopców niż dziewcząt, z wyjątkiem chorób kręgosłupa oraz częstych bólów głowy. Biorąc pod uwagę poszczególne grupy wieku najniższą częstość występowania chorób i dolegliwości odnotowano wśród najmłodszych dzieci.

Alergia była najczęściej wskazywaną chorobą wśród dzieci w województwie dolnośląskim (17,6%), łódzkim (16,6%), śląskim (16,4%) i lubuskim (16,0%), a najrzadziej występowała u dzieci w województwie małopolskim (8,8%) oraz warmińsko-mazurskim (8,4%). Choroby oka najczęściej pojawiały się w województwach małopolskim i opolskim (powyżej 6%), a najrzadziej zachodniopomorskim (trzykrotnie rzadziej). Na astmę najwięcej dzieci (ponad 6%) chorowało w województwach zachodniopomorskim i śląskim. Najniższy odsetek dzieci z astmą odnotowano w województwie podlaskim. Najczęściej choroby kręgosłupa wystąpiły wśród dzieci w województwie śląskim (powyżej 4%). Odsetek powyżej średniej był także województwach: świętokrzyskim (2,5%), lubelskim (2,5%), warmińsko-mazurskim (2,4%), łódzkim (2,3%) oraz lubuskim (1,8%). Najwyższe odsetki dzieci cierpiących na częste bóle głowy odnotowano w województwach opolskim i lubuskim (powyżej 3%), mazowieckim i warmińsko-mazurskim (powyżej 2%), łódzkim (1,8%) oraz zachodniopomorskim (1,6%).

W przypadku młodzieży lista przewlekłych chorób i dolegliwości zdrowotnych objęła 21 pozycji. Najczęściej występującą w 2014 r. chorobą lub dolegliwością przewlekłą, potwierdzoną przez lekarza, była w tej grupie alergię i astmę. Kolejną, znacznie rzadziej zgłaszaną dolegliwością były bóle dolnej partii pleców lub inne przewlekłe dolegliwości pleców. Województwami, w których odsetki osób chorujących na alergię osiągnęły wartości powyżej średniej, były: pomorskie (12,4%), łódzkie (11,5%), kujawsko-pomorskie (11,3%), zachodniopomorskie (10,3%), śląskie (9,9%), dolnośląskie (9,4%), mazowieckie (8,9%) i opolskie (8,7%). Najrzadziej na alergię chorowano w świętokrzyskim (4,0%) i warmińsko-mazurskim (4,4%). Największe odsetki chorujących na astmę (łącznie z astmą alergiczną) odnotowano w województwach zachodniopomorskim (4,9%), łódzkim (4,7%), dolnośląskim (3,7%), i opolskim (3,6%), a najniższe w podlaskim i świętokrzyskim (poniżej 1%). (Zdrowie, GUS 2015)

Niepełnosprawność

Niepełnosprawność to kolejny obserwowany aspekt stanu zdrowia. Analiza tego zagadnienia jest złożona ze względu na występowanie różnych definicji niepełnosprawności. Stosowana w statystyce GUS definicja obejmuje zarówno osoby niepełnosprawne biologicznie, jak i prawnie. Niepełnosprawność biologiczna dotyczy osób, które bez względu na posiadanie lub nie orzeczenia o niepełnosprawności deklarują występowanie ograniczeń w wykonywaniu pewnych czynności. Niepełnosprawność prawna, wynikająca z przepisów prawa, odnosi się do osób, które posiadają wydane orzeczenie o niepełnosprawności.

Przyjmując kryterium statystyczne niepełnosprawności, w 2014 r. 3,7% dzieci w wieku poniżej 15 lat było niepełnosprawnych. W porównaniu do poprzednich edycji badania sukcesywnie wzrastał odsetek

dzieci posiadających tylko prawne orzeczenie o niepełnosprawności: w 2004 r. wynosił 1,4%, w 2009 r. – 2,1%, a w 2014 r. – 2,2%. Występowanie niepełnosprawności zarówno prawnej, jak i biologicznej w 2014 r. deklarowano dla 1% dzieci, natomiast odsetek dzieci niepełnosprawnych tylko biologicznie, czyli dzieci z poważnymi ograniczeniami w wykonywaniu zwykłych czynności, wyniósł 0,5%.

W 2014 r. odsetek niepełnosprawnych dzieci osiągnął najwyższą wartość w województwie zachodniopomorskim – 8%, w którym odnotowano największy wzrost w porównaniu do poprzedniej edycji badania. Odsetek niepełnosprawnych dzieci powyżej 5% wystąpił w województwach lubelskim i lubuskim, podczas gdy najmniej liczne były populacje dzieci niepełnosprawnych w małopolskim i podlaskim (po 1,4%). (Zdrowie, GUS 2015)

Według NSP, w 2011 r. liczba niepełnosprawnych dzieci w wieku 0-15 lat wyniosła 184,8 tys. Stanowiły one 3,0% ogółu dzieci w tym wieku. Udział chłopców wynosił 3,4%, a dziewczynek – 2,4%. W przypadku ponad 80% dzieci przyczyną niepełnosprawności było jedno schorzenie. Ponad 13% wskazywało dwa i trzy schorzenia. Wśród dzieci posiadających jedno schorzenie najczęściej wskazywane było schorzenie określane jako „inne” (ponad 46% dzieci niepełnosprawnych). W pozostałych przypadkach deklarowano występowanie następujących rodzajów schorzeń:

- chorób typu neurologicznego (20% wskazań),
- chorób związanych z dysfunkcją ruchu (prawie 14%),
- dysfunkcji wzroku (prawie 8%),
- dysfunkcji słuchu (prawie 6%),
- chorób układu krążenia (5,5%).

Najwyższy odsetek dzieci niepełnosprawnych w stosunku do ogółu dzieci w wieku 0- 15 lat w danym województwie notowano w województwach: lubuskim i warmińsko-mazurskim (po ok. 4,3%) i kujawsko-pomorskim (4,1%). Najmniejszy odsetek dzieci niepełnosprawnych odnotowano w województwach: małopolskim (2%), podlaskim i mazowieckim (po 2,3%). Dla przypomnienia wskaźnik ogólnopolski wynosi 3%. (Dzieci w Polsce w 2014 r., GUS 2015)

Wypadki

Wypadki skutkujące powstaniem urazu, które wystąpiły w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie EHIC, dotyczyły co dwudziestego dziecka (5,7%). Częstość ulegania wypadkom rosła wraz z wiekiem dzieci – od 3,4 % dla najmłodszych do 8,2% dla najstarszych dzieci. Spośród dzieci, które uległy wypadkom 6,3% uległo wypadkom drogowym. Pomocy medycznej w związku z takim wypadkiem potrzebowało 64,6% poszkodowanych dzieci.

Hospitalizacji wymagały najczęściej dzieci poszkodowane w wypadkach mających miejsce w domu (18,6%), środowisku szkolnym (20,3%) oraz czasie wolnym (25,9%), a najrzadziej poszkodowane w wypadkach drogowych (5,9%). W przypadku populacji młodzieży w wieku 15-19 lat, odsetek osób które uległy wypadkom wyniósł 7,1%.

Choroby zakaźne

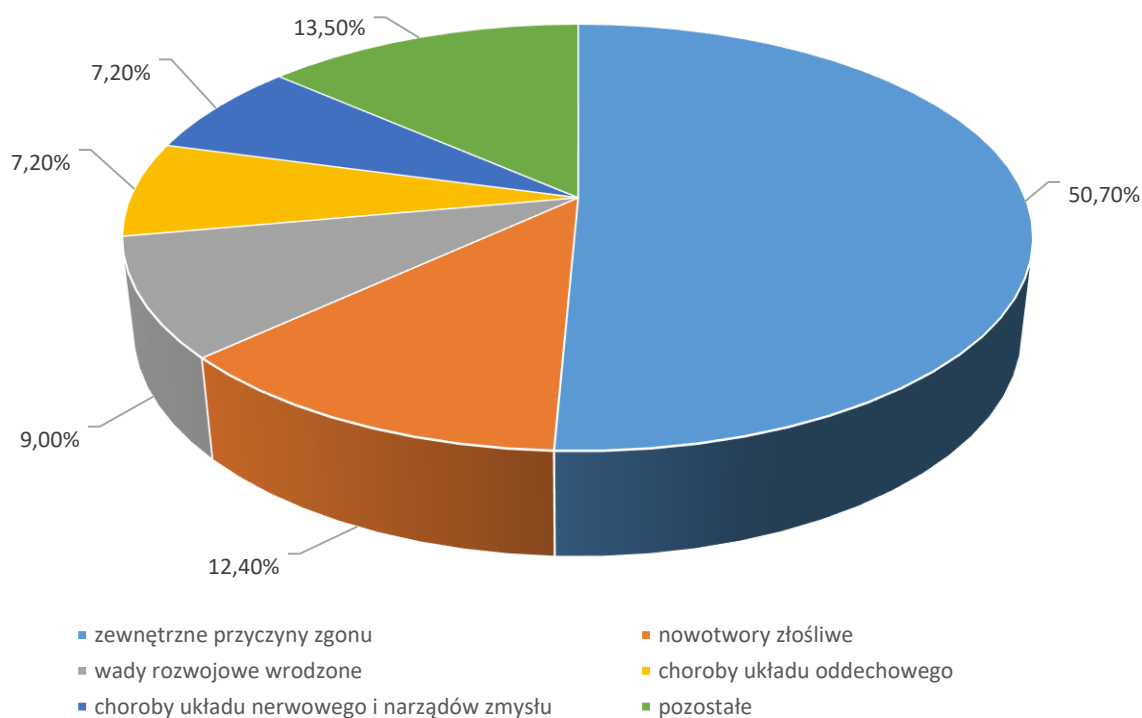
W 2015 r. odnotowano pozytywne tendencje w zakresie występowania niektórych chorób zakaźnych układu pokarmowego, za wyjątkiem biegunek u dzieci do lat dwóch i salmonelloz. W grupie najmłodszych odnotowano aż 593 biegunki na 10 tys. dzieci do lat 2, podczas gdy w poprzednim roku tylko 562. W ciągu całego 2015 roku zarejestrowano ponad 43 tys. przypadków biegunek u dzieci do

lat dwóch. Najliczniej występowały one u małych dzieci mieszkających w województwie pomorskim – ponad prawie 820 przypadków na 10 tys., zatem o prawie 40% częściej niż w całej Polsce.

Od 2001 r. do 2015 r. nie stwierdzono zachorowań na błonicę oraz na porażenie dziecięce nagminne wywołane dzikim szczepem wirusa polio. Ponad dwukrotnie zwiększyła się natomiast liczba zachorowań na krztusiec – wykryto prawie 5,0 tys. przypadków. W 2015 r. wyraźnie spadła liczba zachorowań na odrę – stwierdzono 48 przypadków (110 w 2014 r.). W ciągu całego 2015 roku zarejestrowano 2,0 tys. przypadków zachorowań na różyczkę, tj. 2/3 mniej niż przed rokiem.

Przyczyny zgonów

W 2014 r. głównymi przyczynami zgonów w grupie 1-14 r.ż. były nowotwory złośliwe (ponad 16% wszystkich zgonów), choroby układu oddechowego (11%) oraz choroby układu nerwowego i narządów zmysłu (prawie 10%), a także wady rozwojowe wrodzone (szczególnie w grupie 1-4 lata). Wśród dzieci i młodzieży (w wieku 5-19 lat) najczęstszymi przyczynami umieralności stanowiącymi ponad połowę wszystkich zgonów są urazy i zatrucia. Niepokojącym zjawiskiem jest rosnąca liczba samobójstw wśród nastolatków. Na początku lat 90. samobójstwa stanowiły ok. 10% wszystkich zgonów w tej grupie wieku, w 2000 r. ponad 16%, a w 2013 r. prawie 20% zgonów.



Wykres 1. Zgony osób w wieku 1-19 lat w 2013 r. wg przyczyn (źródło: Dzieci w Polsce w 2014 roku, GUS 2015)

W 2014 r. zarejestrowano 1,6 tys. zgonów dzieci w wieku poniżej 1 r.ż. (o ponad 100 mniej niż przed rokiem). Współczynnik wyrażający liczbę zgonów niemowląt na 1000 urodzeń żywych wyniósł 4,2‰.

Okolo 70% niemowląt umiera przed ukończeniem pierwszego miesiąca życia (w okresie noworodkowym), w tym blisko połowa w okresie pierwszego tygodnia życia. Przyczyną prawie połowy zgonów niemowląt są choroby i stany okresu okołoporodowego, a 37% – wady rozwojowe wrodzone. Pozostałe zgony są powodowane chorobami nabytymi w okresie niemowlęcym lub urazami. Współczynnik umieralności okołoporodowej (urodzenia martwe i zgony niemowląt w wieku 0-6 dni na

1000 urodzeń żywych i martwych) w 2014 r. kształtował się na poziomie 5,6‰. Na początku tego stulecia wynosił prawie 10‰.

Pomimo stałej poprawy w zakresie umieralności niemowląt w Polsce, współczynnik częstości zgonów jest w dalszym ciągu stosunkowo wysoki w odniesieniu do innych krajów europejskich. Najniższy odnotowuje się w Islandii – tylko 1 zgon dziecka w wieku poniżej 1 r.ż. na 1000 urodzeń żywych, a w Szwecji, Finlandii i Włoszech – niespełna 3. (dane dotyczą 2013 roku). (Dzieci w Polsce w 2014 roku Charakterystyka demograficzna, GUS 2015)

Przyczyny leczenia szpitalnego dzieci i młodzieży

Głównymi przyczynami hospitalizacji niezabiegowych w grupach pediatrycznych są:

- zakażenia dolnych dróg oddechowych;
- biegunki i zaburzenia żołądkowo-jelitowe;
- zakażenie górnych dróg oddechowych;
- zakażenia układu moczowego;
- nudności i wymioty;
- urazy głowy;
- padaczka;
- cukrzyca;
- odwodnienie;
- alergie;
- zaburzenia rozwoju fizycznego;
- nadciśnienie tętnicze;
- zakażenia wirusowe;
- bóle głowy.

Wśród hospitalizacji związanych z leczeniem chorób nowotworowych u dzieci dominują pobyty z powodu ostrej białaczki limfoblastycznej.

2.2. Aktualny stan finansowania w Polsce

Rozporządzenie Ministra Zdrowia

Świadczenia gwarantowane finansowane w ramach grup P01–P29 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 1 za pomocą kodów procedur (ICD-9) oraz kodów rozpoznań (ICD-10) wskazano świadczenia gwarantowane, w tym rozliczane w ramach przedmiotowych grup.

W załączniku nr 3 do Rozporządzenia określono warunki szczegółowe jakie powinni spełnić świadczeniodawcy przy udzielaniu świadczeń gwarantowanych w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej na oddziale: alergologii, alergologii dla dzieci, chirurgii dziecięcej, chorób płuc, chorób płuc dla dzieci, chorób zakaźnych, chorób zakaźnych dla dzieci, dermatologii i wenerologii, dermatologii i wenerologii dla dzieci, endokrynologii, endokrynologii dla dzieci, gastroenterologii, gastroenterologii dla dzieci, immunologii klinicznej, immunologii klinicznej dla dzieci, kardiologii, kardiologii dla dzieci, nefrologii, nefrologii dla dzieci, neurologii, neurologii dla dzieci, okulistyki, okulistyki dla dzieci, onkologii i hematologii dziecięcej, otorynolaryngologii, otorynolaryngologii dla dzieci, audiologii

i foniatrii, audiologii i foniatrii dla dzieci, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, ortopedii i traumatologii narządu ruchu dla dzieci, pediatrii, położnictwa i ginekologii, położnictwa i ginekologii – drugi poziom referencyjny, położnictwa i ginekologii – trzeci poziom referencyjny, ginekologii onkologicznej, urologii, urologii dla dzieci. Zestawiono je w załączniku nr 1 do raportu.

Zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

Świadczenia gwarantowane z sekcji P finansowane są w ramach umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia. Zasady kontraktowania i rozliczania świadczeń zostały określone w Zarządzeniu nr 129/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 grudnia 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne. Natomiast Zarządzenie nr 1/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 2 stycznia 2017 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne wprowadziło zmiany w załączniku nr 1 do ww. zarządzenia.

Zgodnie z załącznikiem nr 1 do Zarządzenia nr 1/2017/DSOZ Prezesa NFZ świadczenia z sekcji P można realizować w ramach następujących zakresów świadczeń: alergologia/ alergologia dla dzieci, audiologia i foniatria/ audiologia i foniatria dla dzieci, chirurgia dziecięca, choroby płuc/ choroby płuc dla dzieci, choroby zakaźne/ choroby zakaźne dla dzieci, dermatologia i wenerologia/ dermatologia i wenerologia dla dzieci, endokrynologia/ endokrynologia dla dzieci, gastroenterologia/ gastroenterologia dla dzieci, ginekologia onkologiczna, immunologia kliniczna/ immunologia kliniczna dla dzieci, kardiologia, kardiologia dla dzieci, nefrologia/ nefrologia dla dzieci, neurologia/ neurologia dla dzieci, okulistyka/ okulistyka dla dzieci, onkologia i hematologia dziecięca, ortopedia i traumatologia narządu ruchu/ ortopedia i traumatologia narządu ruchu dla dzieci, otorynolaryngologia/ otorynolaryngologia dla dzieci, pediatria, położnictwo i ginekologia, położnictwo i ginekologia – drugi poziom referencyjny, położnictwo i ginekologia – trzeci poziom referencyjny, reumatologia/ reumatologia dla dzieci, urologia/ urologia dla dzieci.

Tabela 1 Zakresy świadczeń sekcji P (źródło: Załącznik nr 1 do Zarządzenia nr 1/2017/DSOZ Prezesa NFZ)

Kod grupy	Kod produktu	Zakresy świadczeń																						
Nazwa grupy		alergologia/ alergologia dla dzieci	audiologia i foniatria/ audiologia i foniatria dla dzieci	chirurgia dziecięca	choroby płuc/ choroby płuc dla dzieci	choroby zakaźne/ choroby zakaźne dla dzieci	dermatologia i wenerologia/ dermatologia i wenerologia dla dzieci	endokrynologia/ endokrynologia dla dzieci	gastroenterologia/ gastroenterologia dla dzieci	ginekologia onkologiczna	immunologia kliniczna/ immunologia kliniczna dla dzieci	kardiologia	kardiologia dla dzieci	nefrologia/ nefrologia dla dzieci	neurologia/ neurologia dla dzieci	okulistyka/ okulistyka dla dzieci	onkologia i hematologia dziecięca	ortopedia i traumat narz ruchu/ ortopedia i traumat narz ruchu dla dzieci	otorynolaryngologia/ otorynolaryngologia dla dzieci	pediatria	położnictwo i ginekologia/ pol. i gin. - drugi p. ref./ pol. i gin.	reumatologia/ reumatologia dla dzieci	urologia/ urologia dla dzieci	
P01	5.51.01.0014001	X			X																X			
Asthma lub trudności w oddychaniu																								
P03	5.51.01.0014003	X	X		X																X			
Choroby górnego odcinka dróg oddechowych																								
P04	5.51.01.0014004	X			X												X				X			
Choroby dolnych dróg oddechowych																								

Kod grupy	Kod produktu	Zakresy świadczeń																						
Nazwa grupy		alergologia/	audiologia i foniatrya/	chirurgia dziecięca	choroby zakaźne/	dermatologia i wenerologia/	endokrynologia/	gastroenterologia/	ginekologia onkologiczna	immunologia kliniczna/	kardiologia	kardiologia dla dzieci	nefrologia/	neurologia/	okulistyka/	onkologia i hematologia dziecięca	ortopedia i traumat narz ruchu/	otorynolaryngologia/	pediatria	położnictwo i ginekologia/	reumatologia/	urologia/		
		alergologia dla dzieci	audiologia i foniatrya dla dzieci	choroby płuc/ choroby płuc dla dzieci	choroby zakaźne dla dzieci	dermatologia i wenerologia dla dzieci	endokrynologia dla dzieci	gastroenterologia dla dzieci		immunologia kliniczna dla dzieci				nefrologia dla dzieci	neurologia dla dzieci	okulistyka dla dzieci		ortopedia i traumat narz ruchu dla dzieci	otorynolaryngologia dla dzieci		pot. i gin. - drugi p. ref. i gin.	reumatologia dla dzieci	urologia dla dzieci	
P05	5.51.01.0014005				X				X							X			X					
Główne infekcje (w tym choroby immunologiczne)										X						X								
P06	5.51.01.0014006				X				X							X			X					
Mniejsze infekcje (w tym choroby immunologiczne)																X								
P07	5.51.01.0014007			X												X			X					
Nowotwory ¹																X								
P08	5.51.01.0014008													X		X			X					
Drgawki gorączkowe														X		X								
P09	5.51.01.0014009		X											X		X			X					
Choroby układu nerwowego														X		X								
P10	5.51.01.0014010						X												X					
Choroby endokrynologiczne (bez cukrzycy)								X																
P11	5.51.01.0014011																							
Poważne choroby żołądkowo-jelitowe i metaboliczne				X	X		X	X								X			X					
P12	5.51.01.0014012			X	X		X	X								X			X					
Inne zaburzenia żołądkowo-jelitowe i metaboliczne																X								
P13	5.51.01.0014013	X		X		X										X			X					
Alergie																X								
P14	5.51.01.0014014			X											X		X	X	X	X				
Pourazowe uszkodzenia poza uszkodzeniem mózgu															X		X	X						
P15	5.51.01.0014015													X					X					
Zaburzenia zachowania																								
P16	5.51.01.0014016		X	X	X	X		X	X				X	X	X		X	X	X	X		X		
Poważne schorzenia uwarunkowane genetycznie i inne choroby wrodzone																	X	X						
P17	5.51.01.0014017			X									X			X			X			X		
Choroby układu moczowo - płciowego																X								
P18	5.51.01.0014018			X									X			X			X			X		
Choroby nerek z niewydolnością nerkową																X								
P19	5.51.01.0014019			X					X							X			X					
Choroby krwi																X								
P20	5.51.01.0014020	X		X		X			X							X	X		X		X			
Choroby skóry, układu mięśniowo-kostnego lub tkanki łącznej																X	X							
P21	5.51.01.0014021									X	X	X				X			X					
Choroby układu krążenia																X								
P22	5.51.01.0014022			X	X		X									X			X					
Infekcyjne i nieinfekcyjne zapalenie żołądka i jelit																								
P23	5.51.01.0014023													X					X					
Padaczka																								

¹ - nie obejmuje leczenia anomalii naczyniowych laserem pulsacyjno-barwnikowym

- zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. nr 3b

Kod grupy	Kod produktu	Zakresy świadczeń																						
Nazwa grupy		alergologia/ alergologia dla dzieci	audiologia i foniatrya/ audiologia i foniatrya dla dzieci	chirurgia dziecięca	choroby płuc/ choroby płuc dla dzieci	choroby zakaźne/ choroby zakaźne dla dzieci	dermatologia i wenerologia/ dermatologia i wenerologia dla dzieci	endokrynologia/ endokrynologia dla dzieci	gastroenterologia/ gastroenterologia dla dzieci	ginekologia onkologiczna	immunologia kliniczna/ immunologia kliniczna dla dzieci	kardiologia	kardiologia dla dzieci	nefrologia/ nefrologia dla dzieci	neurologia/ neurologia dla dzieci	okulistyka/ okulistyka dla dzieci	onkologia i hematologia dziecięca	ortopedia i traumat narz ruchu/ ortopedia i traumat narz ruchu dla dzieci	otorynolaryngologia/ otorynolaryngologia dla dzieci	pediatria	położnictwo i ginekologia/ pol. i gin. - drugi p. ref. / pol. i gin.	reumatologia/ reumatologia dla dzieci	urologia/ urologia dla dzieci	
P24	5.51.01.0014024							X												X				
Cukrzyca																								
P25	5.51.01.0014025			X														X		X				
Uraz głowy z urazem mózgu																								
P26	5.51.01.0014026																X							
Leczenie nowotworów z pw > 7 dni ²																								
P27	5.51.01.0014027																X							
Guzy łite układu nerwowego ⁴																								
P28	5.51.01.0014028																X							
Guzy łite narządów, tkanek i innych układów ⁴																								
P29	5.51.01.0014029															X				X				
Bóle głowy - diagnostyka i leczenie > 3 dni																								

W poniższej tabeli przedstawiono katalog świadczeń opieki szpitalnej, dla świadczeń z sekcji P dla grup P01–P29 przedstawionych w ww. załączniku. Obecnie wartość punktu w leczeniu szpitalnym wynosi 52 zł.

Załącznik nr 6 do Zarządzenia nr 129/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 grudnia 2016 r. zawiera charakterystykę JGP P01–P29 obejmującą parametry służące do wyznaczenia grupy, w tym rozpoznania według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych – Rewizja Dziesiąta (ICD-10) oraz procedury medyczne według wskazanej przez NFZ wersji Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych (ICD-9 CM). Szczegółowy wykaz procedur medycznych i rozpoznań, definiujący daną grupę, zawarty w charakterystyce JGP znajduje się w załączniku nr 2 do raportu.

² - w przypadku leczenia onkologicznego zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. nr 3b

Tabela 2 Katalog świadczeń szpitalnych sekcji P wraz z wartością pieniężną (źródło: Załącznik nr 1 do Zarządzenia nr 1/2017/DSOZ Prezesa NFZ)

Kod grupy	Kod produktu	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
	Nazwa grupy					
P01	5.51.01.0014001	38	36	13	11	4
	Astma lub trudności w oddychaniu	1 976 PLN	1 872 PLN		572 PLN	208 PLN
P03	5.51.01.0014003	26	25	13	8	2
	Choroby górnego odcinka dróg oddechowych	1 352 PLN	1 300 PLN		416 PLN	104 PLN
P04	5.51.01.0014004	60	57	17	18	3
	Choroby dolnych dróg oddechowych	3 120 PLN	2 964 PLN		936 PLN	156 PLN
P05	5.51.01.0014005	95	—	27	29	5
	Główne infekcje (w tym choroby immunologiczne)	4 940 PLN			1 508 PLN	260 PLN
P06	5.51.01.0014006	42	40	16	13	3
	Mniejsze infekcje (w tym choroby immunologiczne)	2 184 PLN	2 080 PLN		676 PLN	156 PLN
P07	5.51.01.0014007	52	—	19	16	4
	Nowotwory ³	2 704 PLN			832 PLN	208 PLN
P08	5.51.01.0014008	17	16	—	5	—
	Drgawki gorączkowe	884 PLN	832 PLN		260 PLN	
P09	5.51.01.0014009	22	—	—	7	—
	Choroby układu nerwowego	1 144 PLN			364 PLN	
P10	5.51.01.0014010	58	—	7	17	6
	Choroby endokrynologiczne (bez cukrzycy)	3 016 PLN			884 PLN	312 PLN
P11	5.51.01.0014011	51	—	15	15	4
	Poważne choroby żołądkowo-jelitowe i metaboliczne	2 652 PLN			780 PLN	208 PLN
P12	5.51.01.0014012	30	29	10	9	3
	Inne zaburzenia żołądkowo-jelitowe i metaboliczne	1 560 PLN	1 508 PLN		468 PLN	156 PLN
P13	5.51.01.0014013	52	49	6	16	6
	Alergie	2 704 PLN	2 548 PLN		832 PLN	312 PLN
P14	5.51.01.0014014	24	23	—	7	—
	Pourazowe uszkodzenia poza uszkodzeniem mózgu	1 248 PLN	1 196 PLN		364 PLN	

³ - nie obejmuje leczenia anomalii naczyniowych laserem pulsacyjno-barwnikowym

- zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. nr 3b

Kod grupy	Kod produktu	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
	Nazwa grupy					
P15	5.51.01.0014015	41	—	—	12	—
	Zaburzenia zachowania	2 132 PLN			624 PLN	
P16	5.51.01.0014016	35	—	9	11	6
	Poważne schorzenia uwarunkowane genetycznie i inne choroby wrodzone	1 820 PLN			572 PLN	312 PLN
P17	5.51.01.0014017	30	29	9	9	3
	Choroby układu moczowo - pęciowego	1 560 PLN	1 508 PLN		468 PLN	156 PLN
P18	5.51.01.0014018	80	—	32	24	3
	Choroby nerek z niewydolnością nerkową	4 160 PLN			1 248 PLN	156 PLN
P19	5.51.01.0014019	35	33	15	11	4
	Choroby krwi	1 820 PLN	1 716 PLN		572 PLN	208 PLN
P20	5.51.01.0014020	41	39	12	12	5
	Choroby skóry, układu mięśniowo-kostnego lub tkanki łącznej	2 132 PLN	2 028 PLN		624 PLN	260 PLN
P21	5.51.01.0014021	53	50	12	16	6
	Choroby układu krążenia	2 756 PLN	2 600 PLN		832 PLN	312 PLN
P22	5.51.01.0014022	48	46	10	14	4
	Infekcyjne i nieinfekcyjne zapalenie żołądka i jelit	2 496 PLN	2 392 PLN		728 PLN	208 PLN
P23	5.51.01.0014023	60	—	12	18	6
	Padaczka	3 120 PLN			936 PLN	312 PLN
P24	5.51.01.0014024	68	65	20	20	6
	Cukrzyca	3 536 PLN	3 380 PLN		1 040 PLN	312 PLN
P25	5.51.01.0014025	23	—	10	7	3
	Uraz głowy z urazem mózgu	1 196 PLN			364 PLN	156 PLN
P26	5.51.01.0014026	101	—	10	—	15
	Leczenie nowotworów z pw > 7 dni ⁴	5 252 PLN				780 PLN
P27	5.51.01.0014027	67	—	7	20	15
	Guzy łagodne układu nerwowego ⁴	3 484 PLN			1 040 PLN	780 PLN
P28	5.51.01.0014028	58	—	6	17	15
	Guzy łagodne narządów, tkanek i innych układów ⁴	3 016 PLN			884 PLN	780 PLN

⁴ - w przypadku leczenia onkologicznego zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. nr 3b

Kod grupy	Kod produktu	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
Nazwa grupy						
P29	5.51.01.0014029	49	—	—	—	—
Bóle głowy - diagnostyka i leczenie > 3 dni		2 548 PLN				

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 na świadczenia 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 na świadczenia, podstawowym źródłem informacji dotyczących dostępności do świadczeń były dane statystyczne NFZ, GUS, CSIOZ oraz MZ. Posiłkowano się także informacjami 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, że 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.

W raporcie wykorzystano także informacje dotyczące aktualnego, przeciętnego czasu oczekiwania na wybrane, wskaźnikowe świadczenia zdrowotne monitorowane w ramach Barometru WHC, publikowane na stronie Fundacji Watch Health Care <http://www.korektorzdrowia.pl/barometr/>.

Demografia

Analizując świadczenia związane ze szpitalnym leczeniem dzieci i młodzieży należy mieć na uwadze, że struktura populacji dzieci i młodzieży ulega nieustannym zmianom i wahaniom.

Według danych GUS populacja dzieci i młodzieży od 0. do 18. roku życia liczyła w 2016 r. 7 286 480 osób, co stanowiło ok. 19% całej populacji Polski. W porównaniu z 2009 r. odnotowano spadek liczebności tej grupy o 6,16%, a w stosunku do 2004 r. aż o 16,25%.

W 2016 r. urodziło się 382 257 żywych dzieci. W porównaniu z 2009 r. nastąpił spadek urodzeń o 35 332, tj. o 8,46%, a w stosunku do 2004 r. obserwowany był wzrost liczby urodzeń o 26 126, tj. o 7,34%.

W 2016 r. najwięcej dzieci urodziło się w województwach: mazowieckim (59 586), śląskim (42 742) i wielkopolskim (38 237). Najmniej w województwach opolskim (8 634) i lubuskim (9 734). Współczynnik urodzeń na 1 000 mieszkańców wahał się od 8,458 w województwie świętokrzyskim do 11,190 w województwie pomorskim.

Łącznie w 2016 r. odnotowano o 10 185 urodzeń chłopców więcej niż narodzin dziewcząt.

Tabela 3 Urodzenia w Polsce w 2016 r. (Demografia GUS, 2017)

Województwo	Ogółem	Chłopcy	Dziewczynki	Ogółem	Chłopcy	Dziewczynki
	Liczby bezwzględne			Na 1 000 ludności		
Dolnośląskie	27 452	14 146	13 306	9,454	10,133	8,825
Kujawsko-pomorski	19 840	10 118	9 722	9,518	10,017	9,049
Lubelskie	19 666	9 982	9 684	9,208	9,645	8,797
Lubuskie	9 734	4 988	4 746	9,567	10,072	9,088
Łódzkie	22 794	11 769	11 025	9,160	9,926	8,463
Małopolskie	36 331	18 713	17 618	10,761	11,420	10,138
Mazowieckie	59 586	30 477	29 109	11,123	11,892	10,418
Opolskie	8 634	4 429	4 205	8,682	9,205	8,191
Podkarpackie	20 262	10 407	9 855	9,527	9,993	9,080
Podlaskie	11 373	5 839	5 534	9,577	10,087	9,091
Pomorskie	25 865	13 304	12 561	11,190	11,815	10,596
Śląskie	42 742	22 012	20 730	9,364	9,998	8,774
Świętokrzyskie	10 610	5 434	5 176	8,458	8,881	8,055
Warmińsko-mazurskie	13 443	6 846	6 597	9,350	9,726	8,989
Wielkopolskie	38 237	19 713	18 524	10,995	11,649	10,374
Zachodniopomorskie	15 688	8 044	7 644	9,180	9,677	8,710
Łącznie	382 257	196 221	186 036	9,948	10,554	9,379

Struktura populacji dzieci i młodzieży w ostatnich latach ulegała nieznacznym zmianom i wahaniom. Na początku XXI wieku zauważalny był systematyczny spadek liczby dzieci starszych i młodzieży związany z przemieszczającym się wyżem demograficznym, który miał miejsce w latach 80. XX wieku i następującym po nim niżem z lat 90 i początku obecnego stulecia (depresja z lat 2003-2004, widoczna obecnie w populacji 12- i 13-latków). W populacji 9- i 10-latków widoczne są skutki niewielkiego wzrostu demograficznego, który miał miejsce w latach 2008-2010 r. Od tego czasu następował stały i powolny spadek narodzin, który został zahamowany w 2016 r.

Obecnie obserwowany jest trend wzrostowy, co potwierdzają ostatnie dane GUS dotyczące narodzin w 2016 i 2017 r. Liczba urodzeń w okresie styczeń–marzec 2016 wyniosła 92 700, a w analogicznym okresie 2017 r. – 100 000 (10,4‰).

Jeżeli trend populacyjny zostanie utrzymany w najbliższych latach, populacja dzieci i młodzieży do 18 r.ż. powinna utrzymywać się na porównywalnym, stałym poziomie. Ewentualny skutek większej liczby narodzin może być widoczny dopiero za kilka lat, co może powodować większe zapotrzebowanie na świadczenia z zakresu leczenia dzieci.

Szczegółowe dane zestawiono w tabelach 4., 5. i 6. oraz na wykresach 2., 3. i 4.

Tabela 4 Grupy wiekowe dzieci i młodzieży ogółem w latach 2004-2016 (demografia GUS, 2017)

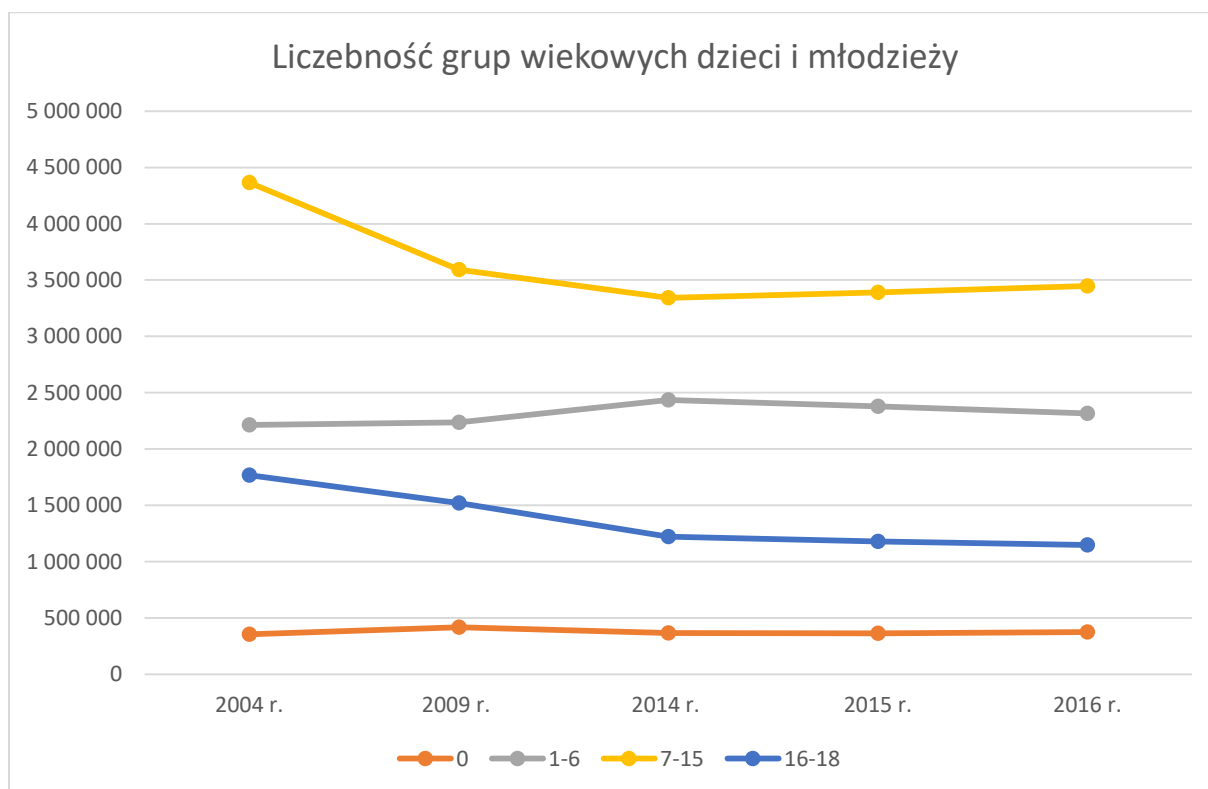
Ogółem	2004 r.	2009 r.	2014 r.	2015 r.	2016 r.
0	354 174	416 830	366 672	362 130	375 349
1-6	2 212 733	2 237 654	2 434 634	2 377 203	2 316 502
7-15	4 365 936	3 591 142	3 342 922	3 391 849	3 447 986
16-18	1 767 552	1 519 230	1 222 838	1 177 819	1 146 643
łącznie	8 700 395	7 764 856	7 367 066	7 309 001	7 286 480

Tabela 5 Grupy wiekowe dzieci i młodzieży płci męskiej, w latach 2004-2016 (demografia GUS, 2017)

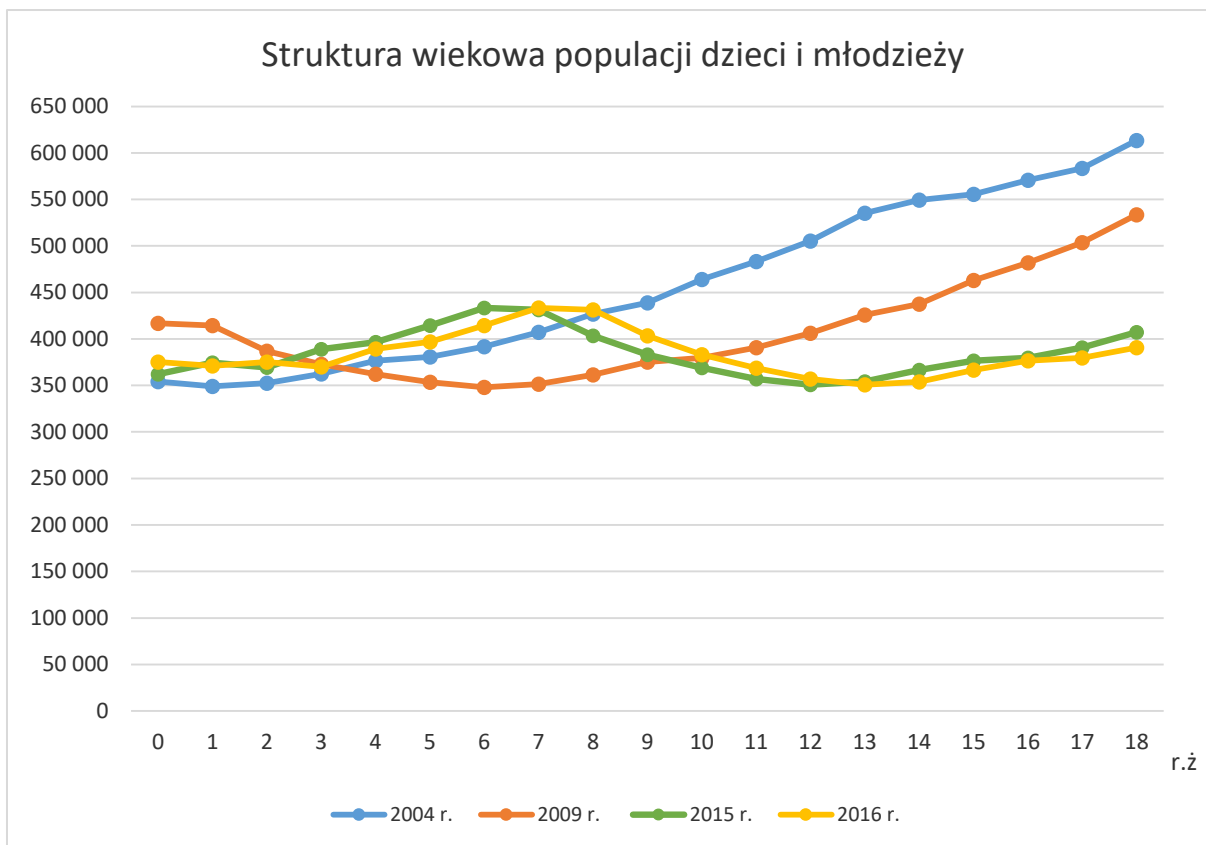
Chłopcy	2004 r.	2009 r.	2014 r.	2015 r.	2016 r.
0	182 294	214 417	188 626	185 992	192 600
1-6	1 135 793	1 149 969	1 249 934	1 221 317	1 190 693
7-15	2 233 847	1 839 651	1 714 512	1 739 347	1 767 769
16-18	904 060	776 782	626 955	603 694	587 981

Tabela 6 Grupy wiekowe dzieci i młodzieży płci żeńskiej, w latach 2004-2016 (demografia GUS, 2017)

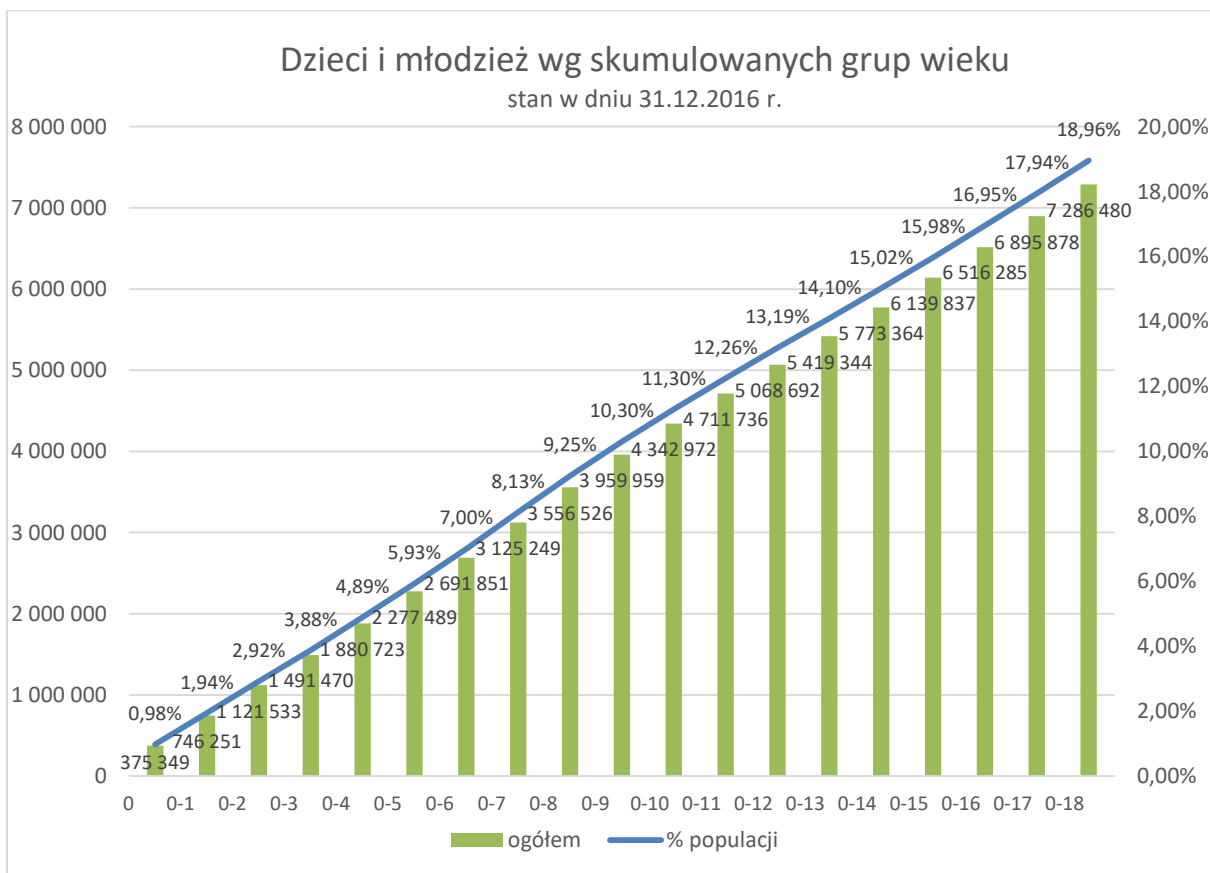
Dziewczęta	2004 r.	2009 r.	2014 r.	2015 r.	2016 r.
0	171 880	202 413	178 046	176 138	182 749
1-6	1 076 940	1 087 685	1 184 700	1 155 886	1 125 809
7-15	2 132 089	1 751 491	1 628 410	1 652 502	1 680 217
16-18	863 492	742 448	595 883	574 125	558 662



Wykres 2. Liczebność grup wiekowych dzieci i młodzieży w latach 2004-2016 (Demografia GUS, 2017)



Wykres 3 Zmiany w populacji dzieci i młodzieży w latach 2004-2016 (demografia GUS, 2017)

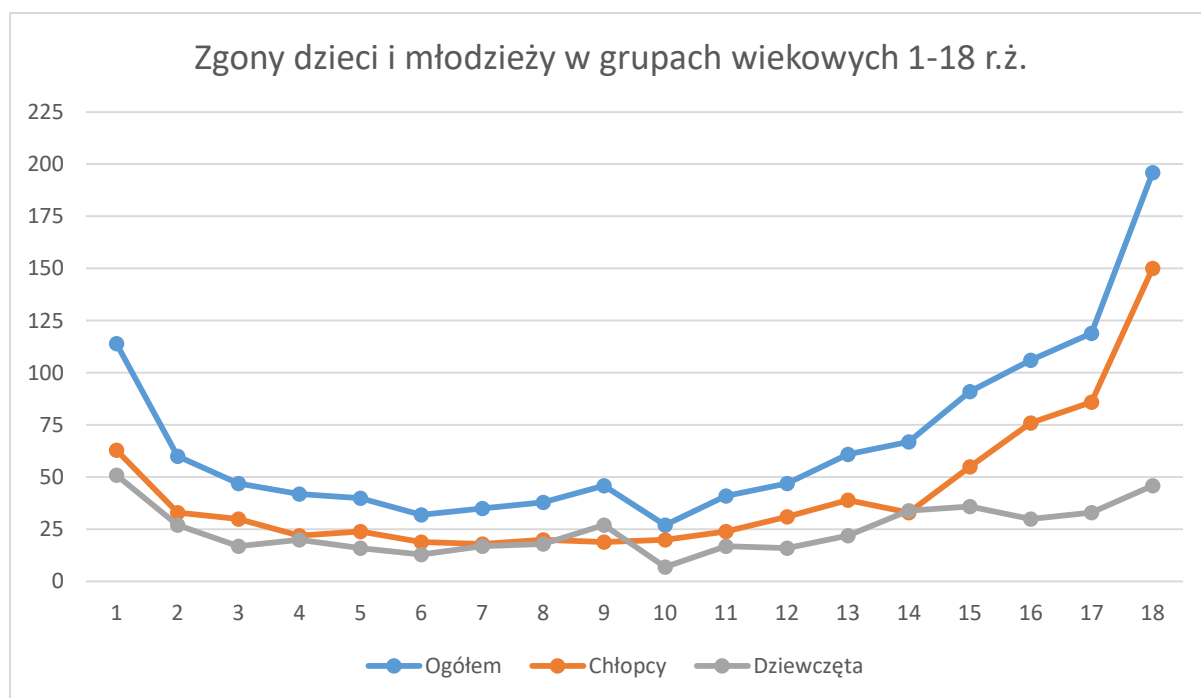


Wykres 4. Dzieci i młodzież według skumulowanych grup wieku, stan w dniu 31.12.2016 r. (Demografia GUS, 2017)

Liczba zgonów w populacji dzieci i młodzieży do 18. r.ż. w 2015 r. wyniosła 2 685, w tym najwięcej w grupie dzieci poniżej 1 r.ż. – 1 476 zgonów. W populacji dzieci starszych najwięcej zgonów było w grupie 17- i 18-latków (315 przypadków). Ogółem zgony w grupie wiekowej 0-18 r.ż. stanowiły w 2015 r. około 0,68% wszystkich zgonów. Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 7. i na wykresie 5.

Tabela 7 Zgony w grupie wiekowej 0-18 r.ż. w 2015 r. (demografia GUS, 2017)

Wiek zmarłych	Ogółem		Chłopcy		Dziewczęta	
	zgony	udział w grupie wiekowej 0-18 [%]	zgony	udział w grupie wiekowej 0-18 [%]	zgony	udział w grupie wiekowej 0-18 [%]
0	1 476	54,97	830	30,91	646	24,06
1	114	4,25	63	2,35	51	1,90
2	60	2,23	33	1,23	27	1,01
3	47	1,75	30	1,12	17	0,63
4	42	1,56	22	0,82	20	0,74
5	40	1,49	24	0,89	16	0,60
6	32	1,19	19	0,71	13	0,48
7	35	1,30	18	0,67	17	0,63
8	38	1,42	20	0,74	18	0,67
9	46	1,71	19	0,71	27	1,01
10	27	1,01	20	0,74	7	0,26
11	41	1,53	24	0,89	17	0,63
12	47	1,75	31	1,15	16	0,60
13	61	2,27	39	1,45	22	0,82
14	67	2,50	33	1,23	34	1,27
15	91	3,39	55	2,05	36	1,34
16	106	3,95	76	2,83	30	1,12
17	119	4,43	86	3,20	33	1,23
18	196	7,30	150	5,59	46	1,71
łącznie	2 685	100,00	1 592	59,29	1 093	40,71



Wykres 5. Zgony w populacji 1-18 r.ż. w 2015 r.

Prognoza demograficzna

Wyniki opublikowanej w październiku 2014 r. prognozy ludności Polski wskazują na istotne przemiany w strukturze ludności, jakich można oczekiwać w perspektywie do 2050 r. Poza systematycznym zmniejszaniem się liczby ludności kraju, przewiduje się postępujący proces starzenia społeczeństwa. Oznacza to istotne zmiany struktury populacji według wieku – wzrost udziału generacji w wieku poprodukcyjnym przy jednoczesnym obniżaniu odsetka dzieci i młodzieży.

Bardzo niski poziom urodzeń z przeszłości będzie przyczyną zmniejszającej się liczby dzieci i młodzieży. Podczas gdy w 2013 r. liczba osób w wieku 0-17 lata wynosiła prawie 7 mln osób, w 2050 r. będzie o 2 mln mniejsza. Oznacza to, w końcu horyzontu prognozy osoby w wieku przedprodukcyjnym będą stanowiły 71% stanu z 2013 r.

Na przestrzeni lat 2013-2050 liczba dzieci w wieku poniżej 7 lat będzie maleć i w końcu prognozowanego okresu będzie o 33,5% niższa niż w 2013 r. Zmniejszy się również o 27% liczba dzieci i młodzieży w wieku 7-18 lat. Odsetek dzieci w wieku 0-6 lat w omawianej zbiorowości w zasadzie nie ulegnie zmianie, natomiast dzieci i młodzieży w wieku nauki szkolnej (7-18 lat) zwiększy się. (Dzieci w Polsce, GUS 2015).

Zasoby medyczne

Według danych Głównego Urzędu Statystycznego w Polsce było w 2014 r. 141 390 lekarzy posiadających prawo wykonywania zawodu. W podmiotach objętych sprawozdawczością Ministerstwa Zdrowia (publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej oraz praktyki) pracowało 88 437 lekarzy. Wśród lekarzy specjalistów było 3 378 pediatrów (2015).

W placówkach stacjonarnych odnotowano 31 239 łóżek szpitalnych przeznaczonych dla osób poniżej 18 r.ż.; najwięcej w oddziałach pediatrycznych – 9 881 łóżek, neonatologicznych – 9 227 łóżek i chirurgii dziecięcej – 2 099 łóżek.

W 2015 r. na wszystkich oddziałach przebywało ponad 1 441 tys. dzieci i młodzieży. Najwięcej hospitalizowanych było w oddziałach pediatrycznych – 454,4 tys. pacjentów, neonatologicznych – 372,0 tys. pacjentów i chirurgii dziecięcej – 138,2 tys. chorych.

Szczegółowe dane przedstawiono w tabelach 8.-13.

Tabela 8 Pracownicy medyczni posiadający prawo wykonywania zawodu medycznego, wg. województw, stan na 31.12.2014 r. (Zdrowie GUS, 2017)

Województwo	Lekarze	Pielęgniarki ⁵	Położne ⁶
Dolnośląskie	11 730	23 535	2 547
Kujawsko-pomorski	6 313	14 154	1 846
Lubelskie	8 370	17 088	2 291
Lubuskie	2 444	6 637	856
Łódzkie	11 186	17 626	2 480
Małopolskie	12 445	24 722	3 099
Mazowieckie	25 815	40 779	4 570
Opolskie	2 589	7 456	838
Podkarpackie	5 588	17 616	2 540
Podlaskie	5 141	9 555	1 327
Pomorskie	9 088	14 762	1 815
Śląskie	17 366	37 782	4 460
Świętokrzyskie	3 745	10 445	1 292
Warmińsko-mazurskie	3 784	9 619	1 115
Wielkopolskie	11 075	22 532	3 593
Zachodniopomorskie	6 283	11 123	1 434
łącznie	141 390	282 472	35 468

Tabela 9 Pracownicy medyczni pracujący w podmiotach (publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej oraz praktyki) objętych sprawozdawczością Ministerstwa Zdrowia, wg. województw, stan na 31.12.2015 r. (Zdrowie GUS, 2017)

Województwo	Lekarze	Pielęgniarki ⁷	Położne ⁸
Dolnośląskie	6 540	14 799	1 475
Kujawsko-pomorski	4 813	10 690	1 245
Lubelskie	5 319	12 785	1 486
Lubuskie	2 035	4 823	573
Łódzkie	6 676	12 319	1 528
Małopolskie	7 668	18 214	1 955
Mazowieckie	14 497	28 624	3 085
Opolskie	1 946	4 927	485
Podkarpackie	4 467	12 400	1 574
Podlaskie	3 011	6 595	769
Pomorskie	5 142	10 120	1 179
Śląskie	11 077	25 674	2 629
Świętokrzyskie	2 916	7 437	787
Warmińsko-mazurskie	2 983	6 782	768
Wielkopolskie	5 231	13 441	2 084

⁵ W tym pielęgniarki z wyższym wykształceniem oraz magistrzy pielęgniarstwa.

⁶ W tym położne z wyższym wykształceniem oraz magistrzy położnictwa.

⁷ W tym pielęgniarki z wyższym wykształceniem oraz magistrzy pielęgniarstwa.

⁸ W tym położne z wyższym wykształceniem oraz magistrzy położnictwa.

Województwo	Lekarze	Pielęgniarki ⁷	Położne ⁸
Zachodniopomorskie	4 116	7 751	842
Łącznie	88 437	197 381	22 464

Tabela 10 Lekarze ze specjalizacją II stopnia i z tytułem specjalisty (łącznie ze specjalistami dziecięcymi), stan na 31.12.2015 r. (Zdrowie GUS, 2017)

Lekarze specjaliści	
Anestezjologii i intensywnej terapii	3 710
Chirurgii	8 498
Chorób płuc	1 387
Chorób wewnętrznych	6 707
Dermatologii i wenerologii	905
Kardiologii	2 719
Medycyny rodzinnej	6 655
Medycyny pracy	742
Neurologii	2 398
Okulistyki	2 021
Onkologii	683
Otolaryngologii	1 303
Pediatrici	3 378
Położnictwa i ginekologii	3 827
Psychiatrii	2 498
Radiodiagnostyki	2 320

Tabela 11 Wybrane oddziały stacjonarne w szpitalach ogólnych, bez szpitali prowadzących wyłącznie działalność dzienną, stan na 31.12.2015 r. (Zdrowie GUS, 2017)

Oddziały ⁹		Łóżka			Łóżka na 10 tys. ludności	Łóżka do lat 18 na 10 tys. 0-18 r.ż.
		ogółem	w tym			
			do lat 18	udostępnione klinikom		
Ogółem, w tym:	6 978	186 994	31 239	17 951	48,65	42,74
Chirurgiczny dla dzieci	88	2 108	2 099	356	0,55	2,87
Chirurgii urazowo-ortopedyczny	397	10 527	704	698	2,74	0,96
Chorób wewnętrznych	619	24 946	410	914	6,49	0,56
Chorób zakaźnych	55	1 560	230	537	0,41	0,31
Dermatologiczny	73	1 612	96	263	0,42	0,13
Endokrynologiczny	67	1 443	297	463	0,38	0,41
Gastrologiczny	74	1 717	352	501	0,45	0,48
Hematologiczny	42	1 354	137	435	0,35	0,19
Intensywnej terapii	478	3 617	453	451	0,94	0,62
Kardiologiczny	337	9 047	376	1 314	2,35	0,51
Nefrologiczny	90	1 900	303	506	0,49	0,41
Neonatologiczny	386	9 277	9 227	799	2,41	12,62
Neurologiczny	314	8 069	470	646	2,10	0,64
Obserwacyjno-zakaźny	64	1 649	413	203	0,43	0,57
Okulistyczny	187	3 331	267	309	0,87	0,37

⁹ Wyłącznie oddziały które dysponowały łóżkami opieki stacjonarnej i które wykazały działalność

Oddziały ⁹		Łóżka			Łóżka na 10 tys. ludności	Łóżka do lat 18 na 10 tys. 0-18 r.ż.
		ogółem	w tym			
			do lat 18	udostępnione klinikom		
Onkologiczny	195	5 985	421	1 039	1,56	0,58
Otolaryngologiczny	216	3 985	610	635	1,04	0,83
Pediatryczny	388	9 985	9 881	509	2,60	13,52
Reumatologiczny	81	2 365	89	90	0,62	0,12
Toksykologiczny	10	256	0	24	0,07	0,00
Leczenia jednego dnia	26	75	7	0	0,02	0,01

Tabela 12 Działalność wybranych oddziałów stacjonarnych w szpitalach ogólnych, bez szpitali prowadzących wyłącznie działalność dzienną, stan na 31.12.2015 r. (Zdrowie GUS, 2017)

Wyszczególnienie	Leczeni w trybie stacjonarnym ¹⁰				Średni pobyt chorego (dni)	Wykorzy- stanie łóżek (dni)	Osobodni	Leczeni w trybie dziennym
	ogółem	w tym dzieci do lat 18	na 10 tys. ludności	na jedno łóżko				
Ogółem, w tym:	8 397,5	1 441,4	2 183,7	44,9	5,4	243	45 407,4	2 346,0
Chirurgiczny dla dzieci	138,5	138,2	36,0	65,3	3,0	196	414,9	7,2
Chirurgii urazowo- ortopedyczny	455,1	34,0	118,3	43,3	5,0	216	2 272,8	8,8
Chorób wewnętrznych	1 078,3	26,0	280,4	43,1	6,3	272	6 821,7	26,2
Chorób zakaźnych	67,6	10,8	17,6	43,3	5,5	240	374,3	3,9
Dermatologiczny	61,1	3,9	15,9	38,1	6,1	232	372,7	3,3
Endokrynologiczny	91,8	25,5	23,9	63,6	4,1	260	375,4	8,9
Gastrologiczny	108,3	24,5	28,2	62,3	4,4	273	474,9	12,5
Hematologiczny	70,6	6,9	18,3	52,7	6,2	325	435,5	64,5
Intensywnej terapii	105,2	9,1	27,4	29,4	8,5	251	898,5	1,5
Kardiologiczny	587,1	20,1	152,7	64,8	4,1	263	2 380,8	9,2
Nefrologiczny	86,4	19,2	22,5	45,6	6,0	276	521,9	3,9
Neonatologiczny	372,5	372,0	96,9	40,4	4,5	183	1 689,4	0,4
Neurologiczny	330,8	24,3	86,0	40,8	6,8	277	2 248,4	9,9
Obserwacyjno-zakaźny	64,6	21,2	16,8	39,0	5,7	223	370,0	1,7
Okulistyczny	269,0	18,0	70,0	81,7	1,9	157	516,5	46,0
Onkologiczny	365,7	18,2	95,1	61,1	4,3	261	1 561,2	264,5
Otolaryngologiczny	253,8	81,1	66,0	63,0	3,0	191	769,3	11,7
Pediatryczny	456,8	454,4	118,8	45,5	4,1	187	1 873,4	12,2
Reumatologiczny	81,0	3,3	21,1	34,3	7,1	243	573,2	3,5
Toksykologiczny	13,4	0,6	3,5	52,2	4,3	222	56,9	1,1
Leczenia jednego dnia	0,9	0,4	0,2	48,9	1,0	49	0,0	14,1

¹⁰ Łącznie z ruchem międzyoddziałowym.

Tabela 13 Dzieci i młodzież leczeni w wybranych oddziałach stacjonarnych w szpitalach ogólnych, stan na 31.12.2015 r. (opracowanie własne na podstawie: Zdrowie GUS, 2017)

Wyszczególnienie	Leczeni do 18 r.ż. (w tys)	Leczeni do 18 r.ż. na 10 tys. 0-18 r.ż.	Leczeni do 18 r.ż. na jedno łóżko do 18 r.ż.
Oddziały ogółem, w tym:	1 441,4	1 972,1	46,14
Chirurgiczny dla dzieci	138,2	189,1	65,84
Chirurgii urazowo-ortopedyczny	34,0	46,5	48,30
Chorób wewnętrznych	26,0	35,6	63,41
Chorób zakaźnych	10,8	14,8	46,96
Dermatologiczny	3,9	5,3	40,63
Endokrynologiczny	25,5	34,9	85,86
Gastrologiczny	24,5	33,5	69,60
Hematologiczny	6,9	9,4	50,36
Intensywnej terapii	9,1	12,5	20,09
Kardiologiczny	20,1	27,5	53,46
Nefrologiczny	19,2	26,3	63,37
Neonatologiczny	372,0	509,0	40,32
Neurologiczny	24,3	33,2	51,70
Obserwacyjno-zakaźny	21,2	29,0	51,33
Okulistyczny	18,0	24,6	67,42
Onkologiczny	18,2	24,9	43,23
Otolaryngologiczny	81,1	111,0	132,95
Pediatryczny	454,4	621,7	45,99
Reumatologiczny	3,3	4,5	37,08
Toksykologiczny	0,6	0,8	-
Leczenia jednego dnia	0,4	0,5	57,14

Czas oczekiwania na świadczenia pediatryczne

Dostęp do świadczeń zdrowotnych dla dzieci i młodzieży w wybranych dziedzinach medycyny definiowany jest czasem oczekiwania na świadczenie lub jego etapy.

Na przestrzeni lat 2014–2017 średnia liczba osób oczekujących do oddziałów pediatrycznych i innych oddziałów dziecięcych była zróżnicowana. Z przedstawionej analizy wynika, że w latach 2014-2017 średni czas oczekiwania do oddziałów szpitalnych wydłużał się. Najdłuższy średni czas oczekiwania w roku 2017 do oddziału pediatrycznego (przypadki stabilne) wyniósł 10 dni. Przypadki pilne były przyjmowane na bieżąco.

Szczegółowe informacje znajdują się w poniższych tabelach.

Tabela 14 Kolejki osób oczekujących na przyjęcie do oddziałów szpitalnych – przypadki stabilne

Nazwa oddziału szpitalnego/poradni	01.2014	01.2015	01.2016	01.2017
Średnia liczba osób oczekujących				
Oddział hematologiczny dla dzieci	0	0	0,8	0,7
Oddział onkologii i hematologii dziecięcej	0	1	3	5
Oddział pediatryczny	9	11	9	10
Średni czas oczekiwania (w dniach)				

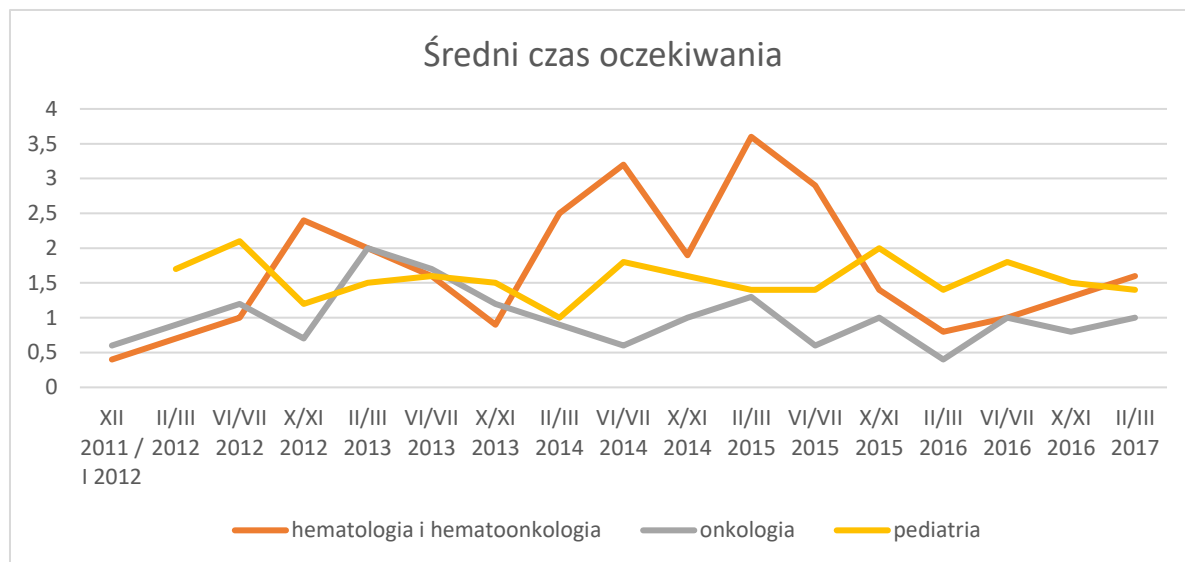
Nazwa oddziału szpitalnego/poradni	01.2014	01.2015	01.2016	01.2017
Oddział hematologiczny dla dzieci	5	0	3	6
Oddział onkologii i hematologii dziecięcej	0	1	3	5
Oddział pediatryczny	6	7	7	6
Średnia liczba osobodni (iloczyn)				
Oddział hematologiczny dla dzieci	0	0	11	18
Oddział onkologii i hematologii dziecięcej	0	3	33	108
Oddział pediatryczny	528	1129	487	592
Suma liczby osób oczekujących				
Oddział hematologiczny dla dzieci	0	0	4	3
Oddział onkologii i hematologii dziecięcej	1	8	36	65
Oddział pediatryczny	3 521	3 905	3 317	3 558
Liczba komórek organizacyjnych, z których została przekazana informacja o liście osób oczekujących				
Oddział hematologiczny dla dzieci	5	4	5	4
Oddział onkologii i hematologii dziecięcej	9	11	13	13
Oddział pediatryczny	372	368	375	371

Źródło: opracowanie własne na podstawie Ogólnopolskiego Informatora o Czasie Oczekiwania na Świadczenia Medyczne

Tabela 15 Kolejki osób oczekujących na przyjęcie do oddziałów szpitalnych – przypadki pilne (opracowanie własne na podstawie Ogólnopolskiego Informatora o Czasie Oczekiwania na Świadczenia Medyczne)

Nazwa oddziału szpitalnego/poradni	01.2014	01.2015	01.2016	01.2017
Średnia liczba osób oczekujących				
Oddział hematologiczny dla dzieci	0	0	0	0
Oddział onkologii i hematologii dziecięcej	0	0	0	0
Oddział pediatryczny	0	0	0	0
Średni czas oczekiwania (w dniach)				
Oddział hematologiczny dla dzieci	0	0	0	0
Oddział onkologii i hematologii dziecięcej	0	0	0	0
Oddział pediatryczny	0	0	1	1
Średnia liczba osobodni (iloczyn)				
Oddział hematologiczny dla dzieci	0	0	0	0
Oddział onkologii i hematologii dziecięcej	0	0	0	0
Oddział pediatryczny	0	0	0	1
Suma liczby osób oczekujących				
Oddział hematologiczny dla dzieci	0	0	0	0
Oddział onkologii i hematologii dziecięcej	0	0	0	0
Oddział pediatryczny	6	7	12	16
Liczba komórek organizacyjnych, z których została przekazana informacja o liście osób oczekujących				
Oddział hematologiczny dla dzieci	5	4	5	4
Oddział onkologii i hematologii dziecięcej	9	11	13	13
Oddział pediatryczny	372	368	375	371

Według Barometru Fundacji Watch Health Care w okresie od grudnia 2011 r. do stycznia 2017 r. najdłuższy średni czas oczekiwania odnotowano na świadczenia wykonywane w ramach hematologii i hematoonkologii – średnio 3,6 miesiąca (II/III 2015). Najkrócej pacjenci oczekiwali na świadczenia z onkologii – 0,4 miesiąca (II/III 2016). Średni czas oczekiwania do oddziału pediatrycznego w ostatnim roku wahał się od 1,4 do 1,8 miesiąca.



Wykres 6. Średni czas oczekiwania (w miesiącach) na przyjęcie do oddziału szpitalnego (Barometr WHC. Raport na temat zmian w dostępności do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w Polsce za okres 2012-2017. Fundacja Watch Health Care)

Średni czas oczekiwania na świadczenia pediatryczne w I kwartale 2017 r. wyniósł:

- otolaryngologia dziecięca – 4,1 mies.,
- kardiologia dziecięca – 3 mies.
- urologia dziecięca – 2,9 mies.
- chirurgia dziecięca 1,4 mc.
- pediatria 1,4 mc
- neonatologia – około 8-9 dni. (Barometr WHC, 2017)

Średni czas oczekiwania do specjalistów dziecięcych

Tak jak w przypadku dorosłych, również w przypadku dzieci odnotowuje się ograniczenia w dostępności do świadczeń. W przypadku potrzeby wizyty u specjalisty: laryngologa, chirurga dziecięcego, alergologa, hematologa, ortopedy, neurologa, urologa, okulisty, kardiologa, czy reumatologa wymagane jest uprzednio skierowanie od pediatry. Średni czas oczekiwania na wizytę u specjalisty dziecięcego przedstawiono poniżej.



Wykres 7. Średni czas oczekiwania na wizytę u specjalisty w lutym i marcu 2017 r. (Barometr Fundacji Watch Health Care nr 16/1/04/2017, www.korektorzdrowia.pl)

Realizacja pediatrycznych świadczeń zachowawczych w 2016 r.

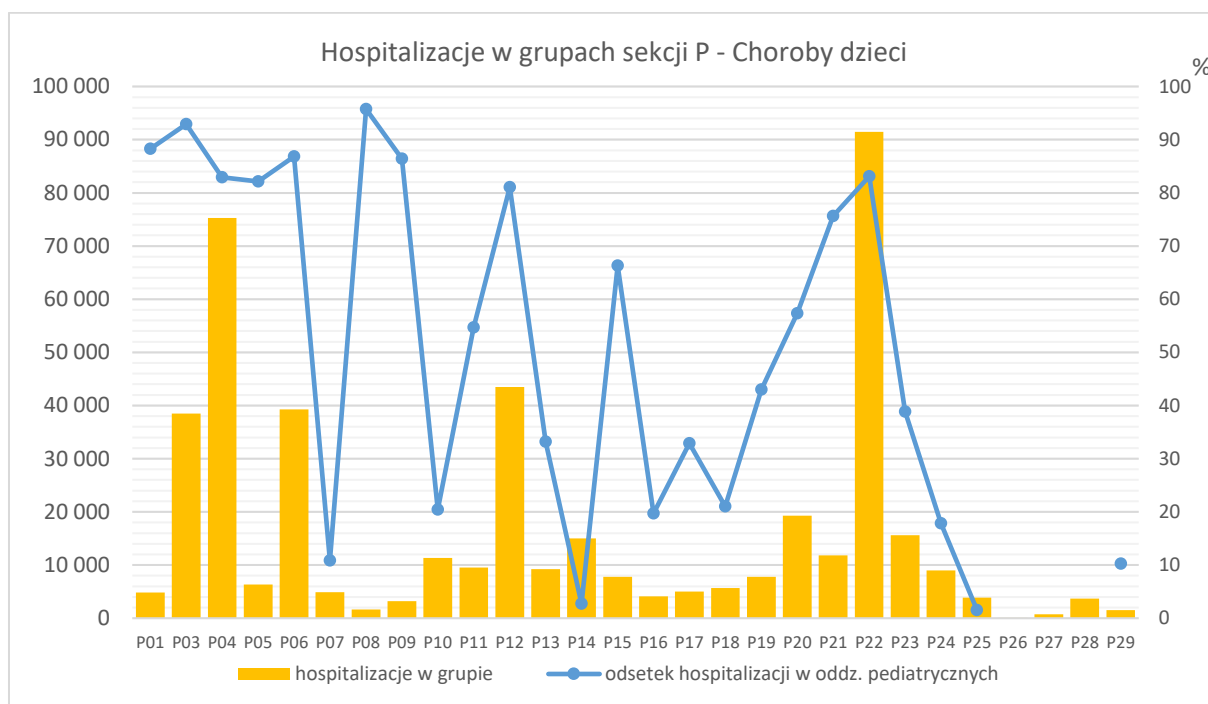
Niezabiegowe leczenie szpitalne dzieci w 2016 r. było realizowane we wszystkich grupach pediatrycznych z sekcji P – Choroby dzieci. Łącznie leczonych w ramach pobytu w szpitalu było 412 073 małych pacjentów. Świadczeniodawcy sprawozdali 449 809 hospitalizacji o łącznej wartości ponad 1 026 mln zł. Współczynnik rehospitalizacji dla całej sekcji P wyniósł około 1,092. Najwięcej hospitalizacji w 2016 r. zrealizowano w grupie P22 Infekcyjne i nieinfekcyjne zapalenie żołądka i jelit – 20,34% wszystkich sprawozdanych świadczeń. Drugą w kolejności była grupa P04 Choroby dolnych dróg oddechowych, której udział wyniósł 16,74%. Tylko w tych dwóch grupach sprawozdano łącznie 166 771 hospitalizacji.

Pod względem wartości hospitalizacji najwyższy udział w kosztach miały także wspomniane wyżej grupy. 22,51% wszystkich wydatków na świadczenia pediatryczne pochłonęła grupa P04 Choroby dolnych dróg oddechowych, a 21,27% grupa P22 Infekcyjne i nieinfekcyjne zapalenie żołądka i jelit.

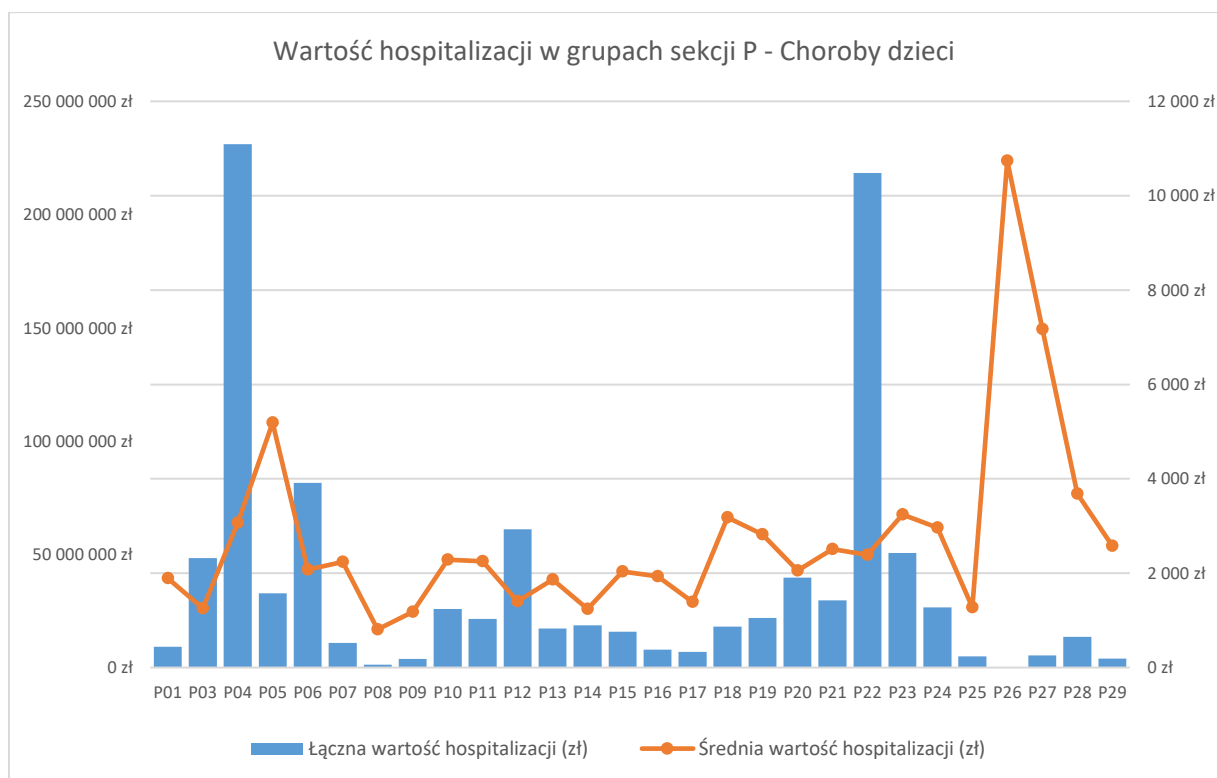
Największy odsetek hospitalizacji (powyżej 80%) w zakresie: pediatria obserwowany był w grupach:

- P08 Drgawki gorączkowe – 95,75%;
- P03 Choroby górnego odcinka dróg oddechowych – 92,93%;
- P01 Astma lub trudności w oddychaniu – 88,26%;
- P06 Mniejsze infekcje (w tym choroby immunologiczne) – 86,84%;
- P09 Choroby układu nerwowego – 86,39%;
- P22 Infekcyjne i nieinfekcyjne zapalenie żołądka i jelit – 83,10%;
- P04 Choroby dolnych dróg oddechowych – 82,93%;
- P05 Główne infekcje (w tym choroby immunologiczne) – 82,13%;

- P12 Inne zaburzenia żołądkowo-jelitowe i metaboliczne – 81,05%.



Wykres 8. Hospitalizacje w grupach sekcji P – Choroby dzieci oraz udział hospitalizacji w oddziałach pediatrycznych w 2016 r.



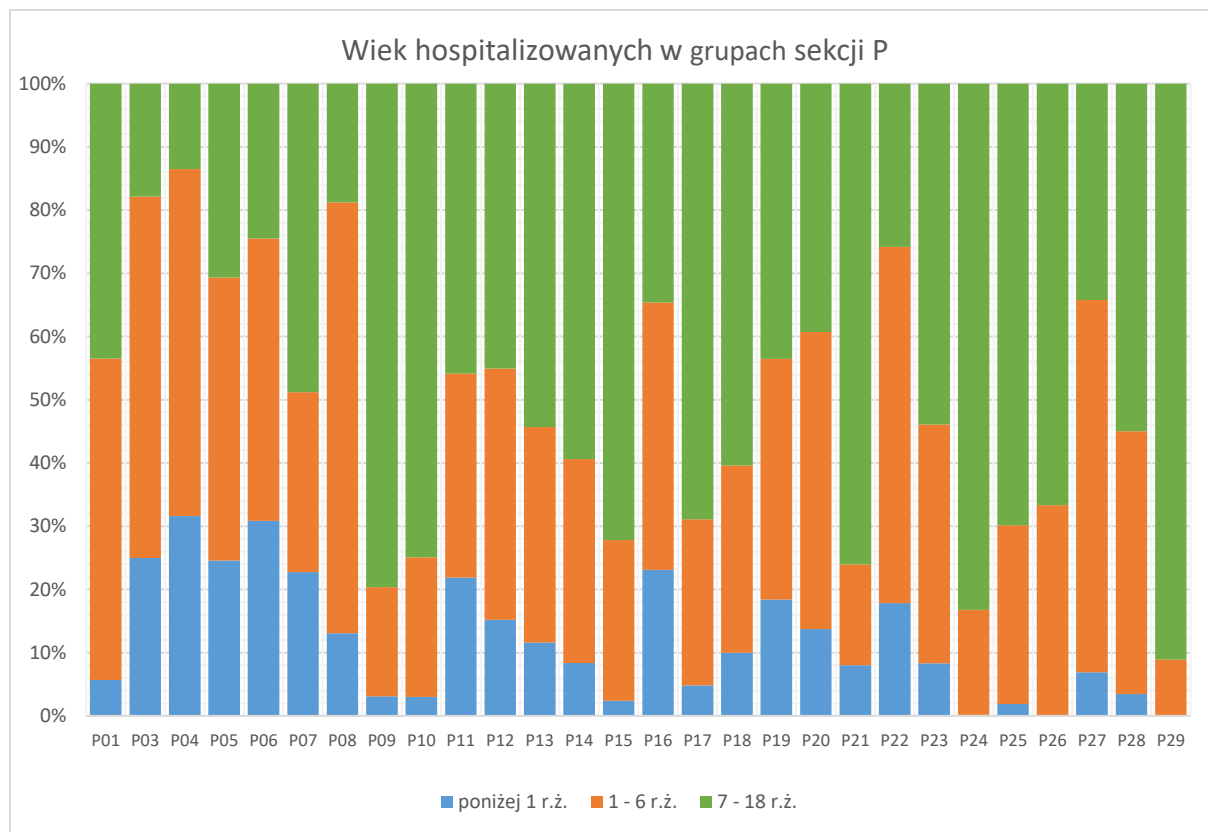
Wykres 9. Wartość hospitalizacji zrealizowanych w grupach sekcji P – Choroby dzieci w 2016 r.

Największy udział najmłodszych pacjentów, poniżej 1. r.ż., obserwowany był w grupach:

- P04 Choroby dolnych dróg oddechowych – 31,61%;
- P06 Mniejsze infekcje (w tym choroby immunologiczne) – 30,82%.

Najwięcej (w wartościach względnych) pacjentów z najstarszej grupy wiekowej 7-18 r.ż. odnotowano w grupach:

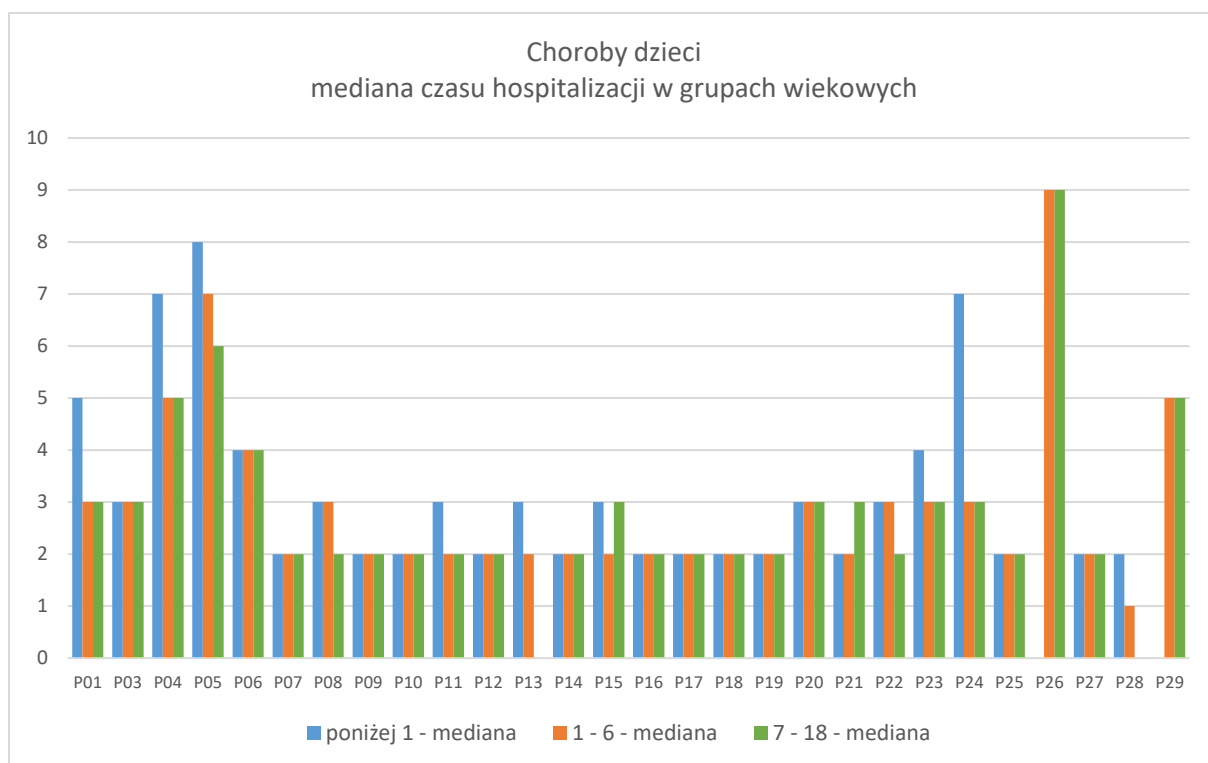
- P29 Bóle głowy - diagnostyka i leczenie > 3 dni – 91,1%;
- P24 Cukrzyca – 83,24%.



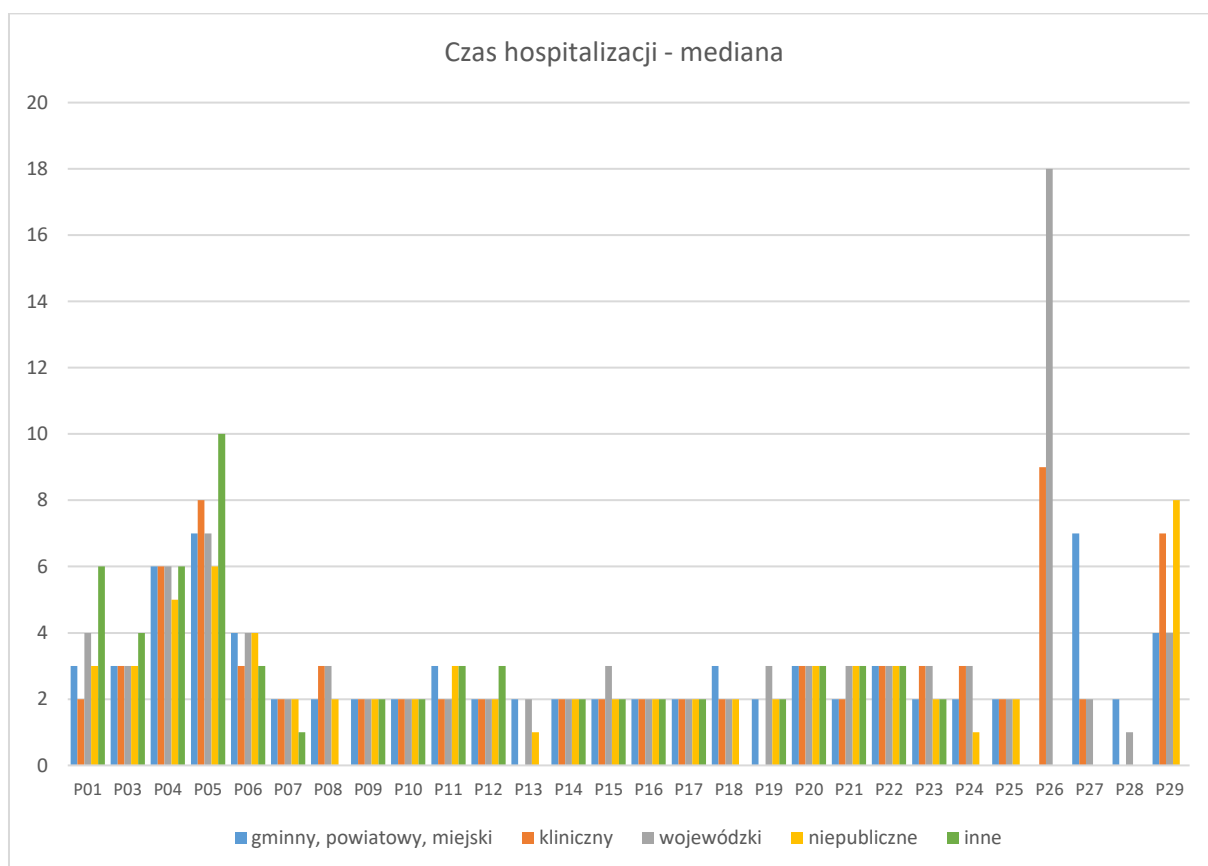
Wykres 10. Struktura wieku pacjentów hospitalizowanych w grupach sekcji P – Choroby dzieci w 2016 r.

Czas hospitalizacji we wszystkich grupach sekcji P – Choroby dzieci był relatywnie krótki. W większości grup i typu szpitala realizującego świadczenie, mediana czasu pobytu wynosiła 2-3 dni. Dłuższe czasy obserwowano w grupach: P04 Choroby dolnych dróg oddechowych, P05 Główne infekcje (w tym choroby immunologiczne), P06 Mniejsze infekcje (w tym choroby immunologiczne), P26 Leczenie nowotworów z pw > 7 dni i P29 Bóle głowy - diagnostyka i leczenie > 3 dni.

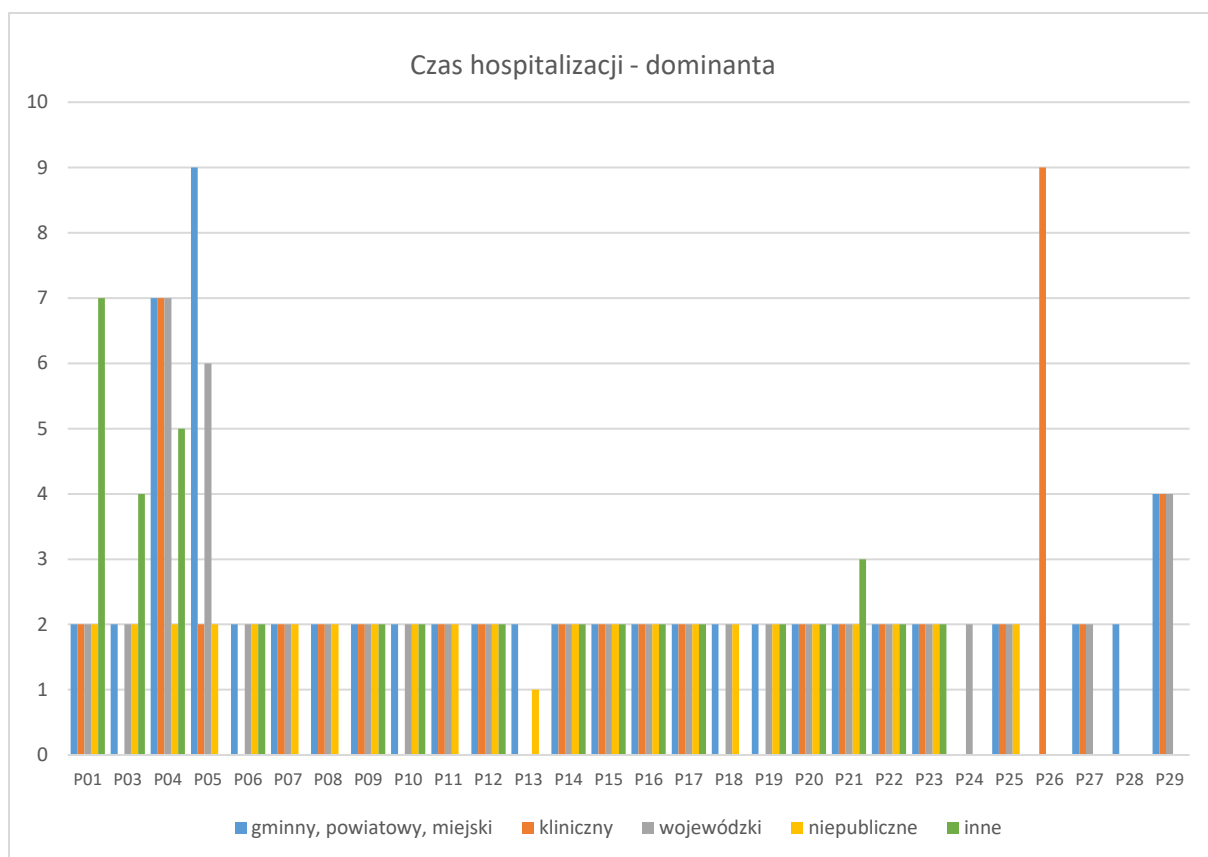
Dłuższe czasy odnotowano jedynie dla hospitalizacji pacjentów poniżej 1. r.ż. hospitalizacji. W grupie P24 Cukrzyca najmłodszy pacjenci leczeni byli przeciętnie 4 dni dłużej (mediana pobytu 7 dni), a w grupach P01 Astma lub trudności w oddychaniu i P04 Choroby dolnych dróg oddechowych – 2 dni (mediana pobytu odpowiednio 5 i 7 dni).



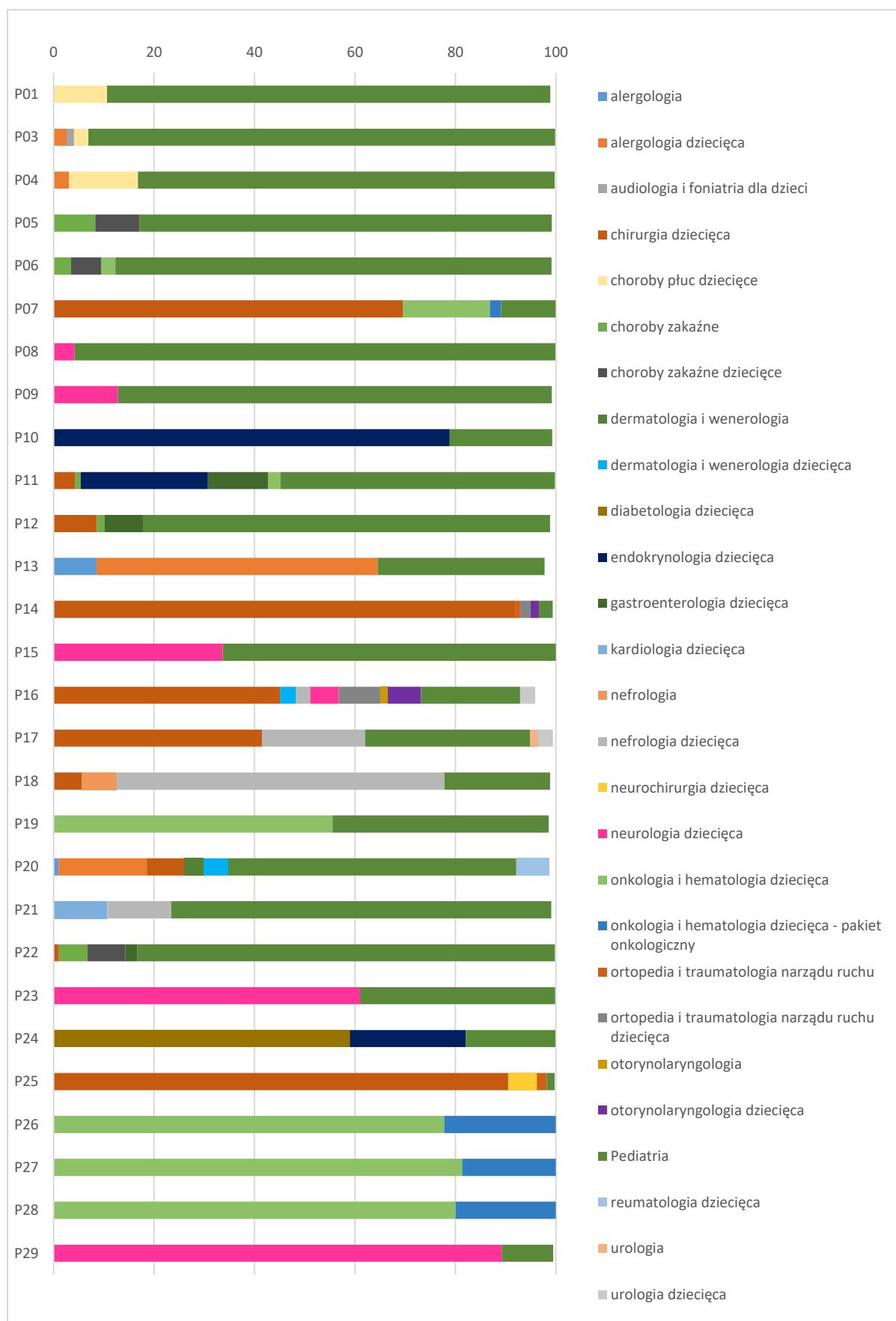
Wykres 11. Czas hospitalizacji w zależności od wieku pacjenta, w grupach sekcji P – Choroby dzieci w 2016 r.



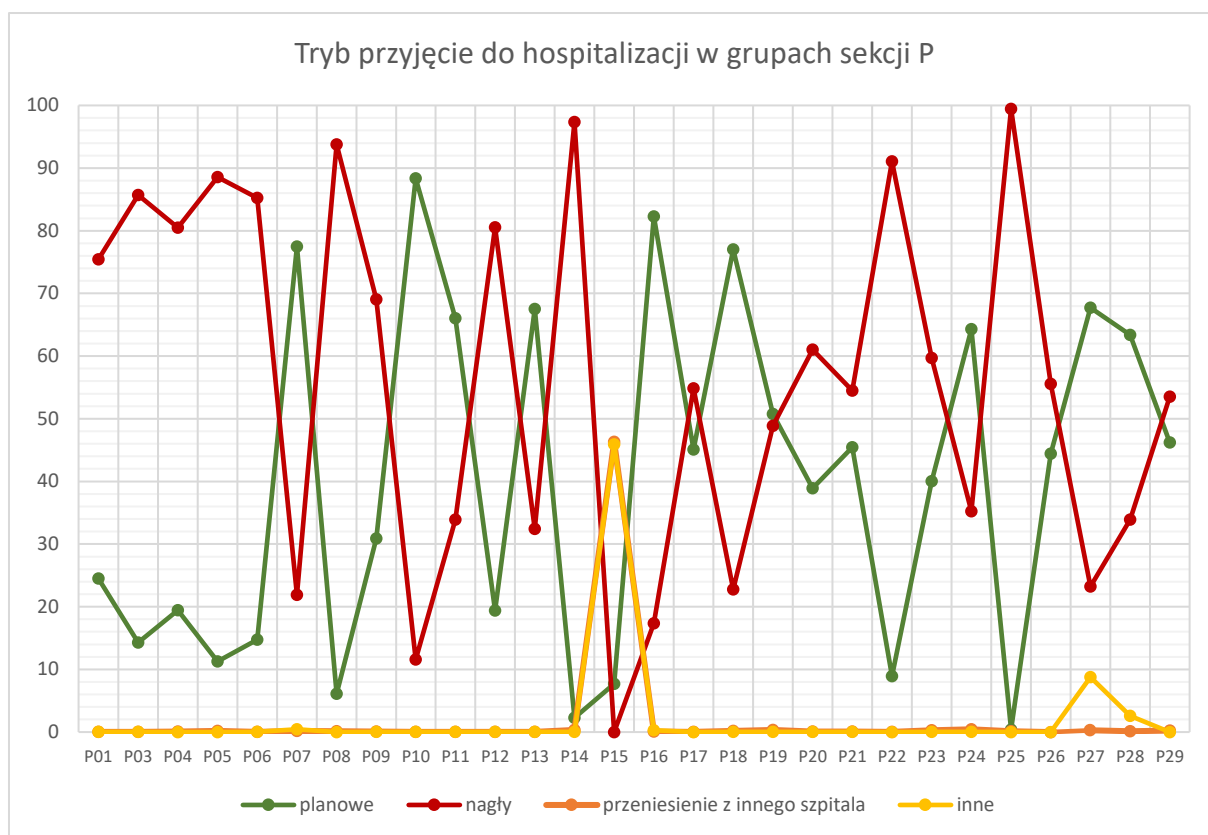
Wykres 12. Mediana czasu hospitalizacji w poszczególnych typach szpitali w grupach sekcji P – Choroby dzieci w 2016 r.



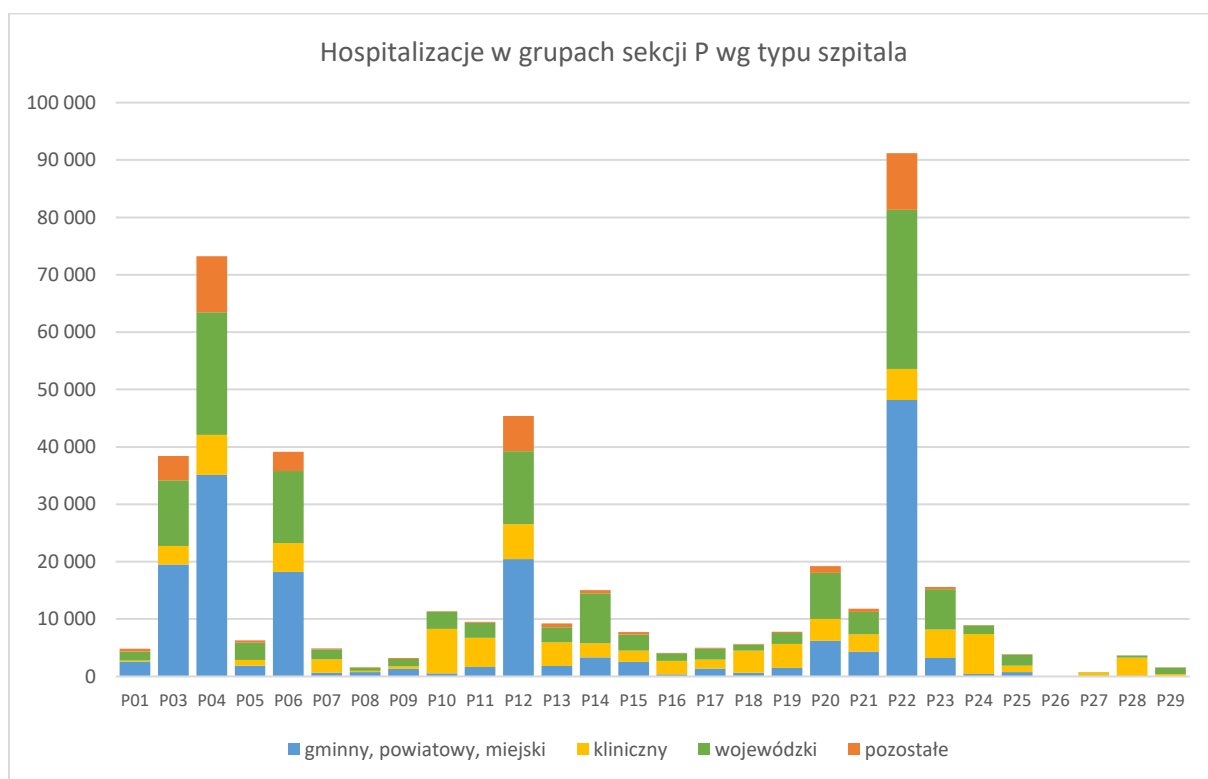
Wykres 13. Dominanta czasu hospitalizacji w poszczególnych typach szpitali w grupach sekcji P – Choroby dzieci w 2016 r.



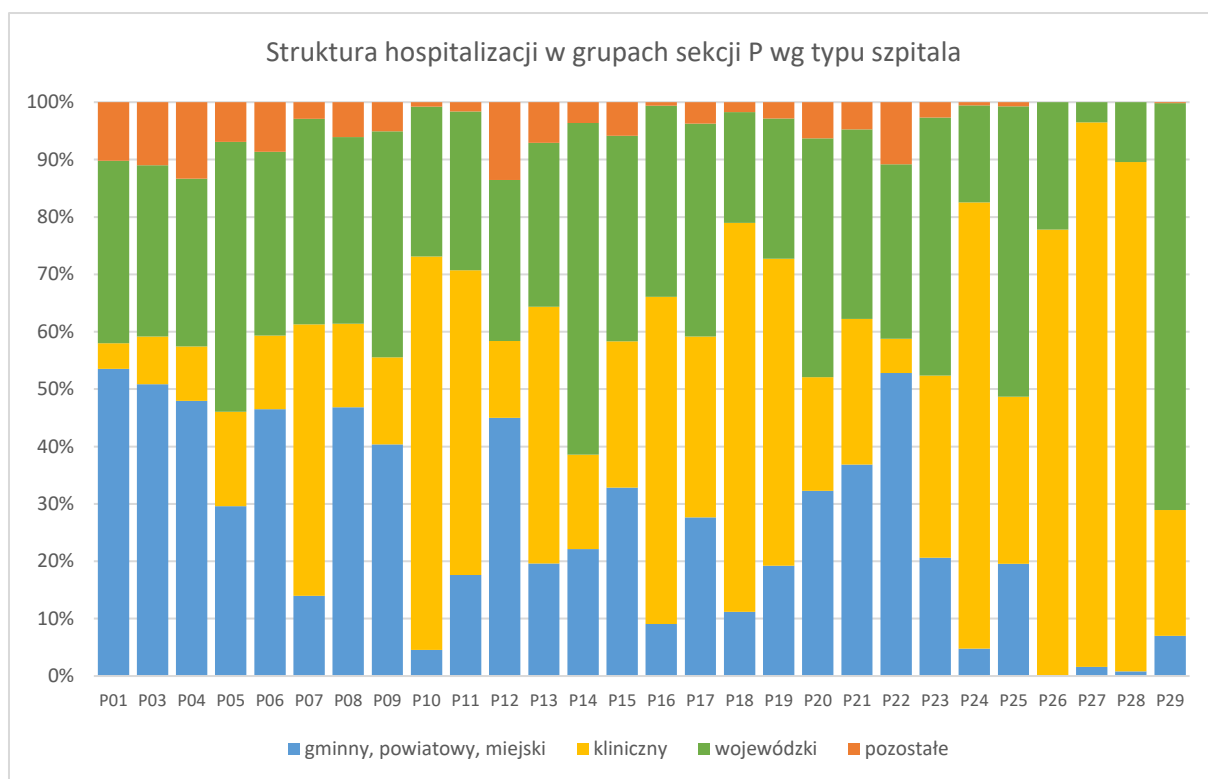
Wykres 14. Struktura hospitalizacji w grupach sekcji P – Choroby dzieci w 2016 r., wg zakresów świadczeń



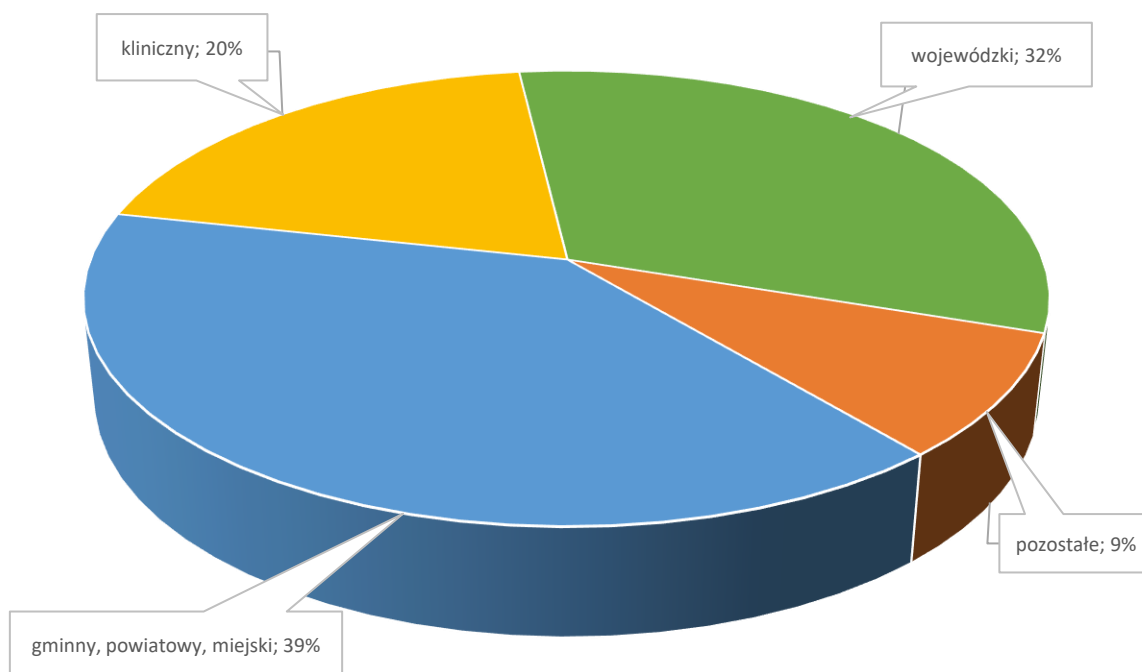
Wykres 15. Tryb przyjęcia w grupach sekcji P – Choroby dzieci w 2016 r.



Wykres 16. Hospitalizacje w grupach sekcji P – Choroby dzieci w 2016 r. wg typu szpitala



Wykres 17. Struktura hospitalizacji w grupach sekcji P – Choroby dzieci w 2016 r. wg typu szpitala



Wykres 18. Udział hospitalizacji w sekcji P dla poszczególnych typów szpitali

W zakresie: pediatria mogą być realizowane i rozliczane hospitalizacje w 103 JGP:

- w 2 grupach z 42 JGP sekcji A – Choroby układu nerwowego;
- w 2 grupach z 37 JGP sekcji C – Choroby twarzy, jamy ustnej, gardła, krtani, nosa i uszu;
- w 20 grupach z 32 JGP sekcji D – Choroby układu oddechowego;
- w 4 grupach z 54 JGP sekcji E – Choroby układu krążenia;
- w 9 grupach z 43 JGP sekcji F – Choroby przewodu pokarmowego;
- w 4 grupach z 26 JGP sekcji G – Choroby wątroby, dróg żółciowych, trzustki i śledziony;
- w 14 grupach z 56 JGP sekcji H – Choroby układu mięśniowo-szkieletowego;
- w 4 grupach z 25 JGP sekcji K – Choroby układu dokrewnego;
- w 8 grupach z 49 JGP sekcji L – Choroby układu moczowo-płciowego;
- w 25 grupach z 28 JGP sekcji P – Choroby dzieci;
- w 1 grupie z 30 JGP sekcji Q – Choroby naczyń;
- w 9 grupach z 26 JGP sekcji S – Choroby układu krwiotwórczego, zatrucia i choroby zakaźne;
- w 1 grupie z 9 JGP sekcji T – Obrażenia, urazy;

Szczegółowe informacje o grupach przedstawiono w tabeli poniżej.

Tabela 16 Grupy możliwe do realizacji i rozliczenia w zakresie: Pediatria

Kod grupy	Nazwa grupy	Wartość punktowa hospitalizacja	Wartość grupy ¹¹ [PLN]
A59	Bóle głowy	29	1 508
A87B	Inne choroby układu nerwowego < 18 r.ż.	36	1 872
C56B	Poważne choroby gardła, uszu i nosa < 18 r.ż.	50	2 600
C57	Inne choroby gardła, uszu i nosa	22	1 144
D16	Zator płucny	80	4 160
D17	Ropień płuc, ropowica	90	4 680
D18	Zapalenie płuc nietypowe, wirusowe	72	3 744
D19	Rozstrzenie oskrzeli	70	3 640
D20	Gruźlica	33	1 716
D21	Zwłóknienie torbielowate	188	9 776
D26	Wysiękowe zapalenie opłucnej	53	2 756
D28	Choroby nowotworowe układu oddechowego i klatki piersiowej	76	3 952
D36	Zaburzenia oddychania w czasie snu	23	1 196
D37F	Inne choroby układu oddechowego < 66 r.ż.	36	1 872
D38	Obrzęk płuc	47	2 444
D46	POCHP i inne obturacyjne choroby układu oddechowego	36	1 872
D47	Zapalenie płuc z pw	37	1 924
D48	Zapalenie płuc bez pw	25	1 300
D49	Uszkodzenia inhalacyjne płuc	91	4 732
D50	Zwłóknienie i pylica płuc	86	4 472
D51	Odma opłucnowa	46	2 392
D52	Niewydolność oddechowa	48	2 496

¹¹ Dla wartości 1 pkt = 52 PLN.

Kod grupy	Nazwa grupy	Wartość punktowa hospitalizacja	Wartość grupy ¹¹ [PLN]
D54	Zapalenie opłucnej	37	1 924
D55	Ziarniniaki, choroby płuc alergiczne i z autoimmunizacji	95	4 940
E55	Zakrzepica żył głębokich	40	2 080
E59	Nagłe zatrzymanie krążenia	46	2 392
E71	Omdlenie i zapaść	27	1 404
E89	Kompleksowa diagnostyka kardiologiczna	11,07	576
F04	Diagnostyczne i małe zabiegi przewodu pokarmowego *	11	572
F07	Choroby przełyku	45	2 340
F13	Zabiegi lecznicze żołądka i dwunastnicy *	38	1 976
F16F	Choroby żołądka i dwunastnicy < 66 r.ż.	37	1 924
F26F	Choroby jelita cienkiego (bez chorób zapalnych) < 66 r.ż.	57	2 964
F36	Choroby jelita grubego	48	2 496
F46	Choroby jamy brzusznej	31	1 612
F66	Krwawienia z przewodu pokarmowego - leczenie zachowawcze	26	1 352
F96	Choroby odbytu	41	2 132
G14	Małe zabiegi wątroby *	10	520
G18B	Przewlekłe choroby wątroby bez pw < 18 r.ż.	47	2 444
G26F	Choroby dróg żółciowych < 66 r.ż.	30	1 560
G38	Przewlekłe choroby trzustki	55	2 860
H56C	Zespoły bólowe kręgosłupa < 4 dni	12	624
H56D	Zespoły bólowe kręgosłupa > 3 dni	30	1 560
H66	Czynnościowe leczenie złamań kości długich, stawowych, miednicy, kręgosłupa > 10 dni	93	4 836
H67	Czynnościowe leczenie złamań kości długich, stawowych, miednicy, kręgosłupa	46	2 392
H86	Choroby tkanek miękkich	28	1 456
H87C	Choroby zapalne stawów i tkanki łącznej < 4 dni	24	1 248
H87D	Choroby zapalne stawów i tkanki łącznej > 3 dni	68	3 536
H88	Choroby infekcyjne kości i stawów	66	3 432
H89C	Choroby niezapalne kości i stawów < 4 dni	12	624
H89D	Choroby niezapalne kości i stawów > 3 dni	42	2 184
H90	Zapalenia stawów i układowe choroby tkanki łącznej wymagające intensywnego leczenia > 10 dni	120	6 240
H96CF	Układowe choroby tkanki łącznej < 66 r.ż.	30	1 560
H96D	Układowe choroby tkanki łącznej > 3 dni	85	4 420
H98	Krystalopatie	37	1 924
K27B	Zaburzenia odżywienia < 18 r.ż.	53	2 756
K28F	Wrodzone wady metaboliczne < 66 r.ż.	86	4 472
K35	Cukrzyca z powikłaniami i inne stany hipoglikemiczne	44	2 288
K47	Choroby tarczycy	35	1 820
L07	Zakażenia nerek lub dróg moczowych	24	1 248
L29	Choroby pęcherza moczowego i moczowodu	20	1 040
L69	Choroby prącia, jąder, nasieniowodu, moczowodu i cewki moczowej	17	884
L82	Ostra niewydolność nerek	79	4 108

Kod grupy	Nazwa grupy	Wartość punktowa hospitalizacja	Wartość grupy ¹¹ [PLN]
L83	Przewlekła niewydolność nerek	36	1 872
L84F	Inne choroby nerek < 66 r.ż.	61	3 172
L85	Kamica moczowa	17	884
L87	Leczenie powikłań leczenia nerkozastępczego < 18 r.ż.	72	3 744
P01	Astma lub trudności w oddychaniu	38	1 976
P03	Choroby górnego odcinka dróg oddechowych	26	1 352
P04	Choroby dolnych dróg oddechowych	60	3 120
P05	Główne infekcje (w tym choroby immunologiczne)	95	4 940
P06	Mniejsze infekcje (w tym choroby immunologiczne)	42	2 184
P07	Nowotwory	52	2 704
P08	Drgawki gorączkowe	17	884
P09	Choroby układu nerwowego	22	1 144
P10	Choroby endokrynologiczne (bez cukrzycy)	58	3 016
P11	Poważne choroby żołądkowo-jelitowe i metaboliczne	51	2 652
P12	Inne zaburzenia żołądkowo-jelitowe i metaboliczne	30	1 560
P13	Alergie	52	2 704
P14	Pourazowe uszkodzenia poza uszkodzeniem mózgu	24	1 248
P15	Zaburzenia zachowania	41	2 132
P16	Poważne schorzenia uwarunkowane genetycznie i inne choroby wrodzone	35	1 820
P17	Choroby układu moczowo - płciowego	30	1 560
P18	Choroby nerek z niewydolnością nerkową	80	4 160
P19	Choroby krwi	35	1 820
P20	Choroby skóry, układu mięśniowo-kostnego lub tkanki łącznej	41	2 132
P21	Choroby układu krążenia	53	2 756
P22	Infekcyjne i nieinfekcyjne zapalenie żołądka i jelit	48	2 496
P23	Padaczka	60	3 120
P24	Cukrzyca	68	3 536
P25	Uraz głowy z urazem mózgu	23	1 196
P29	Bóle głowy - diagnostyka i leczenie > 3 dni	49	2 548
Q48	Radiologia zabiegowa - zabiegi diagnostyczne *	32	1 664
S05	Zaburzenia krzepliwości, inne choroby krwi i śledziony > 10 dni	65	3 380
S06	Zaburzenia krzepliwości, inne choroby krwi i śledziony > 1 dnia	11	572
S07	Zaburzenia krzepliwości, inne choroby krwi i śledziony < 2 dni	6	312
S42F	Zatrucie średnie < 66 r.ż.	88	4 576
S43	Zatrucie lekkie	42	2 184
S51	AIDS - leczenie choroby pełnoobjawowej	126	6 552
S55F	Gorączka niejasnego pochodzenia < 66 r.ż.	27	1 404
S56	Posocznica o ciężkim przebiegu	140	7 280
S60	Choroby zakaźne niewirusowe	40	2 080
T07	Leczenie zachowawcze urazów	15	780

3 onkologiczne grupy z sekcji P – P26, P27, P28 mogą być realizowane jedynie w zakresie: onkologia i hematologia dziecięca, także w ramach pakietu onkologicznego.

Analiza grup sekcji P

Poniżej przedstawiono analizę zachowawczych grup realizowanych w sekcji P dokonaną pod kątem rozpoznaw ICD-10 możliwych do rozliczenia w ramach innych grup w zakresie: Pediatria oraz rozpoznaw wątpliwych, co do zasadności i obecności w charakterystyce grupy. Przedstawiono także wykonanie grup w 2016 r. sprawozdane do NFZ.

P01 Astma lub trudności w oddychaniu o wartości 38 pkt. (1 976 PLN)

5 rozpoznaw ICD-10.

Wszystkie rozpoznania możliwe do rozliczenia tylko w tej grupie.

Tabela 17 Rozpoznanie sprawozdane do NFZ (powyżej 1% udziału) w grupie P01 w 2016 r. (źródło: statystyka JGP, NFZ 2017)

ICD-10	Liczba hospitalizacji
J45.9 Nieokreślona dychawica oskrzelowa	2 651
J45.0 Dychawica oskrzelowa w głównej mierze z przyczyn uczuleniowych	1 760
J46 Stan astmatyczny	169
J45.8 Dychawica oskrzelowa mieszana	142
J45.1 Dychawica oskrzelowa nieuczuleniowa	100

P03 Choroby górnego odcinka dróg oddechowych o wartości 26 pkt. (1 352 PLN)

35 rozpoznaw ICD-10.

10 rozpoznaw możliwych do rozliczenia tylko w tej grupie.

2 rozpoznania:

J98.9 Nieokreślona choroba układu oddechowego;

R06.1 Stridor;

możliwe do rozliczenia w grupie D37F Inne choroby układu oddechowego < 66 r.ż. o wyższej wartości punktowej = **36 pkt. (1 872 PLN)**

23 rozpoznania możliwe do rozliczenia w grupie C57 Inne choroby gardła, uszu i nosa o niższej wartości punktowej = **22 pkt (1 144 PLN)**

Tabela 18 Rozpoznanie sprawozdane do NFZ (powyżej 1% udziału) w grupie P03 w 2016 r. (źródło: statystyka JGP, NFZ 2017)

ICD-10	Liczba hospitalizacji
J06.9 Nieokreślone ostre zakażenie górnych dróg oddechowych	8 475
J04.0 Ostre zapalenie krtani	5 678
J02.9 Nieokreślone ostre zapalenie gardła	4 886

J03.9 Nieokreślone ostre zapalenie migdałków	3 992
J06.8 Inne ostre zakażenie górnych dróg oddechowych o umiejscowieniu mnogim	2 882
J00 Ostre zapalenie nosa i gardła (przeziębienie)	2 380
R06.8 Inne i nieokreślone zaburzenia oddychania	1 355
H66.0 Ostre ropne zapalenie ucha środkowego	1 199
H66.9 Zapalenie ucha środkowego, nie określone	1 188
J05.0 Ostre krupowe zapalenie krtani	794
J04.2 Ostre zapalenie krtani i tchawicy	762
J35.2 Przerost migdałka gardłowego	611
J10.1 Grypa z innymi objawami ze strony układu oddechowego wywołana zidentyfikowanym wirusem grypy	606
J02.8 Ostre zapalenie gardła spowodowane innymi określonymi drobnoustrojami	455
J06.0 Ostre zapalenie krtani i gardła	425

P04 Choroby dolnych dróg oddechowych o wartości 60 pkt. (3 120 PLN)

40 rozpoznań ICD-10.

7 rozpoznań możliwych do rozliczenia tylko w tej grupie.

1 rozpoznanie:

J69.0 Zapalenie płuc wywołane zachłyśnięciem się pokarmem lub wymiocinami;

możliwe do rozliczenia w grupie *D49 Uszkodzenia inhalacyjne płuc* o wyższej wartości punktowej = **92 pkt. (4 784 PLN)**

10 rozpoznań:

J10.0 Grypa z zapaleniem płuc wywołana zidentyfikowanym wirusem grypy;

J11.0 Grypa z zapaleniem płuc wywołana niezidentyfikowanym wirusem;

J12.1 Zapalenie płuc wywołane wirusem RS;

J13 Zapalenie płuc wywołane paciorkowcami (Streptococcus pneumoniae);

J14 Zapalenie płuc wywołane pałeczką grypy (Haemophilus influenzae);

J15.2 Zapalenie płuc wywołane przez gronkowce;

J15.3 Zapalenie płuc wywołane przez paciorkowce grupy B;

J15.4 Zapalenie płuc wywołane przez inne paciorkowce;

J16.0 Zapalenie płuc wywołane przez chlamydie;

J16.8 Zapalenie płuc wywołane przez inne określone drobnoustroje;

możliwych do rozliczenia w grupie *D18 Zapalenie płuc nietypowe, wirusowe* o wyższej wartości punktowej = **72 pkt. (3 744 PLN)**

3 rozpoznania możliwe do rozliczenia w grupie *D20 Gruźlica* o niższej wartości punktowej = **33 pkt. (1 716 PLN)**

17 rozpoznań możliwych do rozliczenia w grupie *D46 POChP i inne obturacyjne choroby układu oddechowego* o niższej wartości punktowej = **36 pkt. (1 872 PLN)**

2 rozpoznania możliwe do rozliczenia w grupie *D37F Inne choroby układu oddechowego < 66 r.ż.* o niższej wartości punktowej = **36 pkt. (1 872 PLN)**

Tabela 19 Rozpoznanie sprawozdane do NFZ (powyżej 1% udziału) w grupie P04 w 2016 r. (źródło: statystyka JGP, NFZ 2017)

ICD-10	Liczba hospitalizacji
J18.8 Zapalenie płuc wywołane innymi nieokreślonymi drobnoustrojami	36 705
J98.8 Inne określone choroby układu oddechowego	14 340
J20.8 Ostre zapalenie oskrzeli wywołane innym określonym drobnoustrojem	7 836
J15.9 Nieokreślone bakteryjne zapalenie płuc	5 754
J12.9 Nieokreślone wirusowe zapalenie płuc	3 487
J04.1 Ostre zapalenie tchawicy	1 622
J21.0 Ostre zapalenie oskrzelików wywołane wirusem RS	1 394
J20.5 Ostre zapalenie oskrzeli wywołane przez wirus RS	922

P05 Główne infekcje (w tym choroby immunologiczne) o wartości 95 pkt. (4 940 PLN)

51 rozpoznań ICD-10 lub rozpoznanie z listy ogólnej oraz 1 z 4 rozpoznań współistniejących.

21 rozpoznań możliwych do rozliczenia tylko w tej grupie.

W przypadku 14 rozpoznań:

- A39.2 Ostra posocznicza meningokokowa;*
- A39.3 Przewlekła posocznicza meningokokowa;*
- A39.4 Posocznicza meningokokowa, nieokreślona;*
- A40.0 Posocznicza wywołana przez paciorkowce grupy A;*
- A40.1 Posocznicza wywołana przez paciorkowce grupy B;*
- A40.2 Posocznicza wywołana przez paciorkowce grupy D;*
- A40.3 Posocznicza wywołana przez Streptococcus pneumoniae;*
- A40.8 Inne posocznice paciorkowcowe;*
- A40.9 Posocznicza paciorkowcowa, nieokreślona;*
- A41.0 Posocznicza wywołana przez Staphylococcus aureus;*
- A41.1 Posocznicza wywołana przez inne określone gronkowce;*
- A41.2 Posocznicza wywołana przez nieokreślone gronkowce;*
- A41.3 Posocznicza wywołana przez Haemophilus influenzae;*
- A41.5 Posocznicza wywołana przez inne bakterie Gram-ujemne;*

Jeżeli zostanie wykonany 2 x posiew lub posiew i antybiogram można rozliczyć grupę *S56 Posocznica o ciężkim przebiegu* o wyższej wartości punktowej = **140 pkt. (7 280 PLN)**

23 rozpoznania możliwe do rozliczenia w grupie *S60 Choroby zakaźne niewirusowe* o niższej wartości punktowej = **40 pkt. (2 080 PLN)**

1 rozpoznanie możliwe do rozliczenia w grupie *D46 POChP i inne obturacyjne choroby układu oddechowego* o niższej wartości punktowej = **36 pkt. (1 872 PLN)**

1 rozpoznanie możliwe do rozliczenia w grupie *H87D Choroby zapalne stawów i tkanki łącznej > 3 dni* o niższej wartości punktowej = **68 pkt. (3 536 PLN)**

5 rozpoznań możliwych do rozliczenia w grupie *H88 Choroby infekcyjne kości i stawów* o niższej wartości punktowej = **66 pkt. (3 432 PLN)**

Tabela 20 Rozpoznanie sprawozdane do NFZ (powyżej 1% udziału) w grupie P05 w 2016 r. (źródło: statystyka JGP, NFZ 2017)

ICD-10	Liczba hospitalizacji
A41.9 Posocznica, nie określona	1 295
A37.0 Krztusiec wywołany przez pałeczkę krztuśca [Bordetella pertussis]	1 161
L08.0 Ropne zapalenie skóry	809
A41.8 Inna posocznica, nie określona	567
G03.9 Zapalenie opon mózgowych, nie określone	557
A41.5 Posocznica wywołana przez inne bakterie Gram-ujemne	286
A49.0 Zakażenie gronkowcowe, nie określone	196
G03.8 Zapalenie opon mózgowych wywołane przez inne określone czynniki	159
G04.9 Zapalenie mózgu oraz zapalenie mózgu i rdzenia kręgowego, nie określone	136
A89 Wirusowe zakażenie ośrodkowego układu nerwowego, nie określone	123
G00.9 Bakteryjne zapalenie opon mózgowych, nie określone	118
A41.1 Posocznica wywołana przez inne określone gronkowce	113
G00.8 Inne bakteryjne zapalenia opon mózgowych	76
B58.8 Toksoplazmoza z zajęciem innych narządów	72
A31.9 Zakażenie prątkowe, nie określone	69
A41.0 Posocznica wywołana przez Staphylococcus aureus	67

P06 Mniejsze infekcje (w tym choroby immunologiczne) o wartości 42 pkt. (2 184 PLN)

130 rozpoznań ICD-10.

93 rozpoznania możliwe do rozliczenia tylko w tej grupie.

14 rozpoznań możliwych do rozliczenia w grupie *S07 Zaburzenia krzepliwości, inne choroby krwi i śledziony < 2 dni* o niższej wartości punktowej = **6 pkt. (312 PLN)**

1 możliwe do rozliczenia w grupie *D20 Gruźlica* o niższej wartości punktowej = **33 pkt. (1 716 PLN)**

8 rozpoznań możliwych do rozliczenia w grupie *S60 Choroby zakaźne nie wirusowe* o niższej wartości punktowej = **40 pkt. (2 080 PLN)**

Uwaga! U dorosłych część rozpoznań dla niedoborów odporności może być rozliczana w grupie *S52 Niedobory odporności inne niż HIV/ AIDS* o wyższej wartości = **49 pkt. (2 548 PLN)**

Rozpoznanie budzące wątpliwości do zasadności ich obecności w grupie:

B07 Brodawki wirusowe;

K35.0 Ostre zapalenie wyrostka robaczkowego z rozlanym zapaleniem otrzewnej;

K52.0 Zapalenie żołądka, jelit i okrężnicy wywołane promieniowaniem.

Tabela 21 Rozpoznanie sprawozdane do NFZ (powyżej 1% udziału) w grupie P06 w 2016 r. (źródło: statystyka JGP, NFZ 2017)

ICD-10	Liczba hospitalizacji
N39.0 Zakażenie układu moczowego w części nie określonej	9 737
B34.9 Zakażenia wirusowe, nie określone	6 902
N10 Ostre cewkowo-śródmiąższowe zapalenie nerek	2 423
B27.9 Mononukleozę zakaźną, nie określona	2 335
B08.2 Rumień nagły [choroba szóstą]	2 300
A49.9 Zakażenia bakteryjne, nie określone	1 592
R59.0 Lokalnie powiększone węzły chłonne	1 259
L04.0 Ostre zapalenie węzłów chłonnych twarzy, głowy i szyi	1 173
B27.0 Mononukleozę wywołaną przez wirusa opryszczki typ gamma	829
K52.2 Uczuleniowe i związane z działaniem pokarmu zapalenie żołądkowo-jelitowe i jelita grubego	787
B34.8 Inne zakażenia wirusowe o nieustalonym umiejscowieniu	766
B00.2 Opryszczkowe zapalenie dziąseł i jamy ustnej oraz gardła i migdałków	702
B01.8 Ospa wietrzna z innymi powikłaniami	553
A38 Szkarlatyna	475
B01.9 Ospa wietrzna bez powikłań	459
B09 Nieokreślone zakażenia wirusowe charakteryzujące się uszkodzeniem skóry i błon śluzowych	437

P07 Nowotwory o wartości 52 pkt. (2 704 PLN)

85 rozpoznań ICD-10.

59 rozpoznań możliwych do rozliczenia tylko w tej grupie.

1 rozpoznanie:

C46.1 Mięsak Kaposi'ego tkanki miękkiej;

możliwe do rozliczenia w grupie *S51 AIDS - leczenie choroby pełnoobjawowej* o wyższej wartości punktowej = **126 pkt. (6 552 PLN)**

5 rozpoznań możliwych do rozliczenia w grupie *G18B Przewlekłe choroby wątroby bez powikłań i chorób współistniejących < 18 r.ż.* o niższej wartości punktowej = **47 pkt. (2 444 PLN)**

7 rozpoznań możliwych do rozliczenia w grupie *H89D Choroby niezapalne kości i stawów > 3 dni* o niższej wartości punktowej = **42 pkt. (2 184 PLN)**

2 rozpoznania możliwe do rozliczenia w grupie *C56B Poważne choroby gardła, uszu i nosa < 18 r.ż.* o niższej wartości punktowej = **50 pkt (2 600 PLN)**

4 rozpoznania możliwe do rozliczenia w grupie *H86 Choroby tkanek miękkich* o niższej wartości punktowej = **28 pkt. (1 456 PLN)**

7 rozpoznań możliwych do rozliczenia w grupie *F36 Choroby jelita grubego* o niższej wartości punktowej = **48 pkt. (2 496 PLN)**

Rozpoznanie budzące wątpliwości do zasadności ich obecności w grupie:

D22.4 Znamiona melanocytowe skóry owłosionej głowy i szyi;

D22.5 Znamiona melanocytowe tułowia;

D22.9 Znamiona melanocytowe, nieokreślone;

D23.4 Nowotwór niezłośliwy (skóra owłosiona głowy i szyi);

D23.5 Nowotwór niezłośliwy (skóra tułowia);

D23.9 Nowotwór niezłośliwy (skóra, nieokreślona).

Tabela 22 Rozpoznanie sprawozdane do NFZ (powyżej 1% udziału) w grupie P07 w 2016 r. (źródło: statystyka JGP, NFZ 2017)

ICD-10	Liczba hospitalizacji
D18.0 Naczyniak krwionośny jakiegokolwiek umiejscowienia	1 728
D22.5 Znamiona melanocytowe tułowia	657
D48.7 Inne określone umiejscowienie	468
D22.9 Znamiona melanocytowe, nie określone	332
D22.4 Znamiona melanocytowe skóry owłosionej głowy i szyi	279
C91.0 Ostra białaczka limfoblastyczna	251
D18.1 Naczyniak chłonny jakiegokolwiek umiejscowienia	172
C74.1 Rdzeń nadnerczy	157
D33.0 Mózg, nadnamiotowe	68
C81.1 Stwardnienie guzkowe	49

P08 Drgawki gorączkowe o wartości 17 pkt. (884 PLN)

2 rozpoznania ICD-10.

Wszystkie możliwe do rozliczenia tylko w tej grupie.

Rozpoznanie budzące wątpliwości do zasadności ich obecności w grupie:

R56.8 Inne i nieokreślone drgawki.

Uwaga! Grupa S55F Gorączka niejasnego pochodzenia <66 r.ż. zawierająca w charakterystyce rozpoznania:

R50.0 Gorączka z dreszczami;

R50.1 Gorączka ciągła;

R50.9 Gorączka, nieokreślona;

ma wyższą wartość punktową = **27 pkt. (1 404 PLN)**

Tabela 23 Rozpoznania sprawozdane do NFZ (powyżej 1% udziału) w grupie P08 w 2016 r. (źródło: statystyka JGP, NFZ 2017)

ICD-10	Liczba hospitalizacji
R56.0 Drgawki gorączkowe	903
R56.8 Inne i nie określone drgawki	720

P09 Choroby układu nerwowego o wartości 22 pkt. (1 144 PLN)

74 rozpoznania ICD-10.

55 rozpoznań możliwych do rozliczenia tylko w tej grupie.

6 rozpoznań:

G43.0 Migrena bez aury [migrena prosta];

G43.1 Migrena z aurą [migrena klasyczna];

G43.2 Stan migrenowy;

G43.3 Migrena powikłana;

G43.8 Inne migreny;

G44.0 Zespół bólu głowy Hortona [cluster headache syndrome];

możliwych do rozliczenia w grupie A59 Bóle głowy o wyższej wartości punktowej = **29 pkt. (1 508 PLN)**

13 rozpoznań:

G80.1 Kruczowe porażenie obustronne

G80.2 Dziecięce porażenie połowicze

G81.9 Porażenie połowicze, nieokreślone

G82.3 Wiotkie porażenie czterokończynowe

G82.4 Kruczowe porażenie czterokończynowe

G82.5 Porażenie czterokończynowe, nieokreślone

G91.0 Wodogłowie komunikujące

G91.1 Wodogłowie z niedrożności

G91.3 Wodogłowie pourazowe, nieokreślone

G91.8 Inne wodogłowie

G91.9 Wodogłowie, nieokreślone

G93.2 Łagodne nadciśnienie wewnątrzczaszkowe

G93.8 Inne określone zaburzenia mózgu

możliwych do rozliczenia w grupie A87B Inne choroby układu nerwowego < 18 r.ż. o wyższej wartości punktowej = **36 pkt. (1 872 PLN)**

Znaczna część z pozostałych rozpoznań, będąca w charakterystyce grupy P09, jest także obecna w charakterystyce grupy A35D Choroby zwyrodnieniowe OUN > 3 dni (grupa diagnostyczna, wymagająca rozliczenia 5 procedur) o wyższej wartości = **55 pkt. (2 860 PLN)**. Grupy A35D nie można realizować w zakresie pediatrii, ale można w zakresie neurologii dziecięcej.

Tabela 24 Rozpoznania sprawozdane do NFZ (powyżej 1% udziału) w grupie P09 w 2016 r. (źródło: statystyka JGP, NFZ 2017)

ICD-10	Liczba hospitalizacji
G44.2 Ból głowy typu uciskowego	1 337
G43.9 Migrena, nie określona	607
G51.0 "Obwodowe" porażenie nerwu twarzowego [porażenie Bella]	414
R62.0 Opóźnienie etapów rozwoju fizjologicznego	225
G93.4 Encefalopatia, nie określona	145
G93.0 Torbiele mózgu	77
G70.8 Inne określone zaburzenia mięśniowo-nerwowe	76
Q85.0 Nerwiakowłókniakowatość niezłośliwa	60
G71.0 Dystrofia mięśniowa	42
G72.9 Miopatia, nie określona	37

P10 Choroby endokrynologiczne (bez cukrzycy) o wartości 58 pkt. (3 016 PLN)

81 rozpoznań ICD-10 lub rozpoznanie z listy ogólnej oraz 1 z 3 rozpoznań współistniejących.

72 rozpoznania możliwe do rozliczenia tylko w tej grupie.

9 rozpoznań możliwych do rozliczenia w grupie K47 Choroby tarczycy o niższej wartości punktowej = **35 pkt. (1 820 PLN)**

Tabela 25 Rozpoznania sprawozdane do NFZ (powyżej 1% udziału) w grupie P10 w 2016 r. (źródło: statystyka JGP, NFZ 2017)

ICD-10	Liczba hospitalizacji
E34.3 Karłowatość, gdzie indziej niesklasyfikowana	2 643
E23.0 Niedoczynność przysadki	2 488
E34.9 Zaburzenia wewnątrzwydzielnicze, nie określone	992
E03.9 Niedoczynność tarczycy, nie określona	949
E30.1 Przedwczesne pokwitanie	716
E34.8 Inne określone zaburzenia wewnątrzwydzielnicze	484

ICD-10	Liczba hospitalizacji
E30.9 Zaburzenia pokwitania, nie określone	417
E30.8 Inne zaburzenia pokwitania	368
E05.9 Tyreotoksykoza, nie określona	355
E25.0 Wrodzone zespoły nadnerczowo-płciowe związane z niedoborem enzymów	181
E34.4 Konstytucjonalny wysoki wzrost	151
E22.1 Hiperprolaktynemia	144
E28.8 Inne zaburzenia czynności jajników	131
E30.0 Opóźnione pokwitanie	125
E27.9 Choroby nadnerczy, nie określone	124

P11 Poważne choroby żołądkowo-jelitowe i metaboliczne o wartości 51 pkt. (2 652 PLN)

72 rozpoznania ICD-10.

14 rozpoznań możliwych do rozliczenia tylko w tej grupie.

26 rozpoznań:

E71.0 Choroba syropu klonowego;

E71.1 Inne zaburzenia metabolizmu aminokwasów rozgałęzionych;

E71.2 Zaburzenia przemiany aminokwasów rozgałęzionych, nieokreślone;

E71.3 Zaburzenia przemian kwasów tłuszczowych;

E72.0 Zaburzenia transportu aminokwasów;

E72.2 Zaburzenia przemian cyklu mocznikowego;

E72.3 Zaburzenia metabolizmu lizyny i hydroksylizyny;

E72.4 Zaburzenia metabolizmu ornityny;

E73.0 Wrodzony niedobór laktazy

E74.0 Choroba spichrzeniowa glikogenu;

E76.0 Mukopolisacharydoza, typ I;

E76.1 Mukopolisacharydoza, typ II;

E76.2 Inne mukopolisacharydozy;

E76.3 Mukopolisacharozy, nieokreślone;

E76.8 Inne zaburzenia przemiany glikozoaminoglikanów;

E77.0 Zaburzenia post-translacyjnej modyfikacji enzymów lizosomalnych;

E77.1 Zaburzenia degradacji glikoprotein;

E77.8 Inne zaburzenia przemiany glikoprotein;

E77.9 Zaburzenia przemian glikoprotein, nieokreślone;

E79.1 Zespół Lesch-Nyhana;

E79.8 Inne zaburzenia przemian puryn i pirymidyn;

E79.9 Zaburzenia przemiany puryn i pirymidyn, nieokreślone;

E83.0 Zaburzenia przemian miedzi;

E85.0 Skrobiawice układowe dziedziczne lub rodzinne, postać nieneuropatyczna;

E88.0 Zaburzenia przemian białek osocza niesklasyfikowane gdzie indziej;

E88.8 Inne określone zaburzenia metaboliczne;

możliwych do rozliczenia w grupie *K28F Wrodzone wady metaboliczne < 66 r.ż* o wyższej wartości punktowej = **86 pkt. (4 472 PLN)**

Uwaga! 13 rozpoznań możliwych do rozliczenia w ramach zakresu: **Chirurgia dziecięca:**

10 rozpoznań w grupie *F58F Choroby zapalne jelit < 66r.ż.* o wyższej wartości punktowej = **80 pkt. (4 160 PLN)**

3 rozpoznania w grupie *G16 Ostre choroby wątroby* o wyższej wartości punktowej = **58 pkt. (3 016 PLN)**

9 rozpoznań możliwych do rozliczenia w grupie *G18B Przewlekłe choroby wątroby bez powikłań i chorób współistniejących < 18 r.ż.* o niższej wartości punktowej = **47 pkt. (2 444 PLN)**

2 rozpoznania możliwe do rozliczenia w grupie *F07 Choroby przełyku* o niższej wartości punktowej = **45 pkt. (2 340 PLN)**

1 rozpoznanie możliwe do rozliczenia w grupie *F96 Choroby odbytu* o niższej wartości punktowej = **41 pkt. (2 132 PLN)**

6 rozpoznań możliwych do rozliczenia *F46 Choroby jamy brzusznej* o niższej wartości punktowej = **31 pkt. (1 612 PLN)**

Tabela 26 Rozpoznanie sprawozdane do NFZ (powyżej 1% udziału) w grupie P11 w 2016 r. (źródło: statystyka JGP, NFZ 2017)

ICD-10	Liczba hospitalizacji
R62.9 Brak oczekiwanego prawidłowego rozwoju fizycznego, nie określony	3 189
R62.8 Inne braki w porównaniu do oczekiwanego prawidłowego rozwoju fizjologicznego:	3 026
E80.6 Zaburzenia przemian bilirubiny, inne	654
E83.5 Zaburzenia przemian wapnia	518
K56.1 Wgłobienie	319
K73.2 Przewlekłe aktywne zapalenie wątroby niesklasyfikowane gdzie indziej	205
K51.8 Inne wrzodziejące zapalenie jelita grubego	190
K85 Ostre zapalenie trzustki	132
E88.8 Inne określone zaburzenia metaboliczne	125
K51.9 Wrzodziejące zapalenie jelita grubego, nie określone	125
K50.9 Choroba Crohna, nie określona	114

P12 Inne zaburzenia żołądkowo-jelitowe i metaboliczne o wartości 30 pkt. (1 560 PLN)

144 rozpoznania ICD-10.

60 rozpoznań możliwych do rozliczenia tylko w tej grupie.

15 rozpoznań:

- E70.0 Klasyczna fenyloketonuria;*
- E70.1 Inne hyperfenyloalaninemie;*
- E73.1 Wtórny niedobór laktazy;*
- E73.8 Inna nietolerancja laktozy;*
- E73.9 Nietolerancja laktozy, nieokreślona;*
- E74.3 Inne zaburzenia wchłaniania jelitowego węglowodanów;*
- E76.9 Zaburzenia przemiany glikozoaminoglikanów, nieokreślone;*
- E80.3 Defekty katalazy i peroksydazy;*
- E85.1 Skrobiawica układowa dziedziczna lub rodzinna, postać neuropatyczna;*
- E85.2 Skrobiawica układowa dziedziczna lub rodzinna, nieokreślona;*
- E85.3 Wtórne amyloidozy narządowe;*
- E85.4 Zlokalizowane (narządowe) odkładanie się mas skrobiowatych;*
- E85.8 Inne amyloidozy;*
- E85.9 Amyloidoz, nieokreślona;*
- E88.9 Zaburzenia metaboliczne, nieokreślone;*

możliwych do rozliczenia w grupie K28F Wrodzone wady metaboliczne < 66 r.ż o wyższej wartości punktowej = **86 pkt. (4 472 PLN)**

11 rozpoznań:

- E55.0 Krzywica, czynna;*
- E66.0 Otyłość spowodowana nadmierną podażą energii;*
- E66.1 Otyłość polekowa;*
- E66.8 Inne postacie otyłości;*
- E66.9 Otyłość, nieokreślona;*
- R63.0 Anoreksja;*
- R63.2 Polifagia;*
- R63.3 Trudności w karmieniu i nieprawidłowe karmienie;*
- R63.4 Nieprawidłowa utrata ciężaru ciała;*
- R63.5 Nieprawidłowe zwiększenie ciężaru ciała;*
- R63.8 Inne oznaki i objawy dotyczące odżywiania;*

możliwych do rozliczenia w grupie K27B Zaburzenia odżywienia < 18 r.ż. o wyższej wartości punktowej = **53 pkt. (2 756 PLN)**

10 rozpoznań:

E80.4 Zespół Gilberta;

E80.7 Zaburzenia przemian bilirubiny, nieokreślone;

K71.3 Toksyczna choroba wątroby z przewlekłym przetrwałym zapaleniem wątroby;

K71.4 Toksyczna choroba wątroby z przewlekłym zrazikowym zapaleniem wątroby;

K71.5 Toksyczna choroba wątroby z przewlekłym aktywnym zapaleniem wątroby;

K71.6 Toksyczna choroba wątroby z zapaleniem wątroby niesklasyfikowanym gdzie indziej;

K75.2 Nieokreślone odczynowe zapalenie wątroby;

K76.9 Choroba wątroby, nieokreślona;

R16.0 Powiększenie wątroby, gdzie indziej niesklasyfikowane;

R16.2 Powiększenie wątroby i śledziony, gdzie indziej niesklasyfikowane;

możliwych do rozliczenia w grupie G18B Przewlekłe choroby wątroby bez powikłań i chorób współistniejących < 18 r.ż. o wyższej wartości punktowej = **47 pkt. (2 444 PLN)**

17 rozpoznań:

I88.0 Nieokreślone zapalenie węzłów chłonnych krezkowych;

K56.3 Niedrożność wywołana kamieniem żółciowym;

K56.4 Inne postacie zatkania jelita;

K56.6 Inne i nieokreślone postacie niedrożności jelitowej;

K56.7 Niedrożność, nieokreślona;

K59.8 Inne określone czynnościowe zaburzenia jelit;

K63.0 Ropień jelit;

K63.3 Wrzód jelita;

K63.8 Inne określone choroby jelit;

K63.9 Choroba jelita, nieokreślona;

K90.8 Inne nieprawidłowe wchłanianie jelitowe;

R10.0 Ostry brzuch;

R10.1 Ból zlokalizowany w nadbrzuszu;

R10.2 Ból w okolicy miednicy i kroczu;

R10.3 Ból zlokalizowany w innych okolicach podbrzusza;

R18 Wodobrzusze;

R19.8 Inne objawy podmiotowe i przedmiotowe dotyczące przewodu pokarmowego i brzucha;

możliwych do rozliczenia w grupie *F46 Choroby jamy brzusznej* o wyższej wartości punktowej = **31 pkt. (1 612 PLN)**

4 rozpoznania:

K20 Zapalenie przełyku;

K21.0 Zarzucanie (reflaks) żołądkowo-przełykowe z zapaleniem przełyku;

K21.9 Zarzucanie żołądkowo-przełykowe bez zapalenia przełyku;

K22.8 Inne określone choroby przełyku;

możliwe do rozliczenia w grupie *F07 Choroby przełyku* o wyższej wartości punktowej = **45 pkt. (2 340 PLN)**

5 rozpoznań:

K29.1 Inne ostre zapalenie żołądka

K29.3 Przewlekłe powierzchowne zapalenie żołądka

K29.7 Zapalenie żołądka, nieokreślone

K29.9 Zapalenie żołądka i dwunastnicy, nieokreślone;

Q40.0 Wrodzone przerostowe zwężenie odźwiernika;

możliwych do rozliczenia w grupie *F16F Choroby żołądka i dwunastnicy < 66r.ż.* o wyższej wartości punktowej = **37 pkt. (1 924 PLN)**

5 rozpoznań:

K61.0 Ropień odbytu;

K61.1 Ropień odbytniczy;

K61.2 Ropień odbytniczo-odbytowy;

K61.3 Ropień kulszowo-odbytniczy;

K61.4 Ropień wewnątrzzwieraczowy;

możliwych do rozliczenia w grupie *F96 Choroby odbytu* o wyższej wartości punktowej = **41 pkt. (2 132 PLN)**

3 rozpoznania:

K90.0 Choroba trzewna [celiakia];

K90.4 Nieprawidłowe wchłanianie wywołane przez nietolerancję, niesklasyfikowane gdzie indziej;

K90.9 Nieprawidłowe wchłanianie jelitowe, nieokreślone;

możliwe do rozliczenia w grupie *F26F Choroby jelita cienkiego (bez chorób zapalnych) <66r.ż.* o wyższej wartości punktowej = **57 pkt. (2 964 PLN)**

Uwaga! 9 rozpoznań:

K35.1 Ostre zapalenie wyrostka robaczkowego z ropniem otrzewnej;

K35.9 Ostre zapalenie wyrostka robaczkowego, nieokreślone;

K37 Zapalenie wyrostka robaczkowego, nieokreślone;

K38.0 Rozrost wyrostka robaczkowego;

K38.1 Kamienie wyrostkowe;

K38.2 Uchyłek wyrostka robaczkowego;

K38.3 Przetoka wyrostka robaczkowego;

K38.8 Inne określone choroby wyrostka robaczkowego;

K38.9 Choroby wyrostka robaczkowego, nieokreślone;

możliwych do rozliczenia w zakresie: **Chirurgia dziecięca** (także: Choroby wewnętrzne, Geriatria) w grupie *F86F Choroby wyrostka robaczkowego < 66r.ż.* o wyższej wartości punktowej = **32 pkt. (1 664 PLN)**

5 rozpoznań możliwych do rozliczenia w grupie *F66 Krwawienia z przewodu pokarmowego - leczenie zachowawcze* o niższej wartości punktowej = **26 pkt. (1 352 PLN)**

Rozpoznanie budzące wątpliwości do zasadności ich obecności w grupie:

K00.6 Zaburzenia w wyrzynaniu się zębów;

K00.7 Zespół zębokowania;

K01.0 Wtopione zęby;

K01.1 Zaklinowane zęby;

K02.0 Próchnica ograniczona do szkliwa;

K02.1 Próchnica zębiny;

K02.2 Próchnica cementu;

K02.3 Zatrzymana próchnica zębów;

K02.4 Odontoklazja;

K02.8 Inne próchnice zębów;

K02.9 Próchnica zębów, nieokreślona;

K12.0 Nawracające afty jamy ustnej;

K12.1 Inne postacie zapalenia jamy ustnej;

K13.1 Nagryzanie policzka i wargi;

R79.0 Nieprawidłowy poziom składników mineralnych we krwi;

R79.8 Inne określone nieprawidłowości badań biochemicznych krwi;

R79.9 Inne nieprawidłowości badań biochemicznych krwi, nieokreślone;

Z00.2 Badanie w okresie gwałtownego wzrostu w dzieciństwie;

Tabela 27 Rozpoznanie sprawozdane do NFZ (powyżej 1% udziału) w grupie P12 w 2016 r. (źródło: statystyka JGP, NFZ 2017)

ICD-10	Liczba hospitalizacji
R10.4 Inny i nieokreślony ból brzucha	11 222
R11 Nudności i wymioty	8 081
E86 Nadmierna utrata płynów	5 562
K30 Dyspepsja	4 645
K59.0 Zaparcie	3 469
K59.9 Czynnościowe zaburzenia jelit, nie określone	1 926
K12.1 Inne postacie zapalenia jamy ustnej	1 707
R17 Żółtaczka, nie określona	965

P13 Alergie o wartości 52 pkt. (2 704 PLN)

9 rozpoznań ICD-10.

Wszystkie rozpoznania możliwe do rozliczenia tylko w tej grupie.

Tabela 28 Rozpoznanie sprawozdane do NFZ (powyżej 1% udziału) w grupie P13 w 2016 r. (źródło: statystyka JGP, NFZ 2017)

ICD-10	Liczba hospitalizacji
T78.4 Alergia, nie określona	4 603
Z51.6 ODCZULENIE NA ALERGENY	2 758
T78.1 Inna reakcja na pożywienie, niesklasyfikowana gdzie indziej	848
T78.3 Obrzęk naczynionerwowy	622
T78.2 Wstrząs anafilaktyczny, nie określony	246
T78.0 Wstrząs anafilaktyczny wskutek reakcji na pożywienie	119

P14 Pourazowe uszkodzenia poza uszkodzeniem mózgu o wartości 24 pkt. (1 248 PLN)

158 rozpoznań ICD-10.

80 rozpoznań możliwych do rozliczenia tylko w tej grupie.

2 rozpoznania:

T18.8 Ciał obce innej lub mnogich części przewodu pokarmowego;

T18.9 Ciał obce przewodu pokarmowego, część nieokreślona;

możliwe do rozliczenia w grupie *F26F Choroby jelita cienkiego (bez chorób zapalnych) <66 r.ż o wyższej wartości punktowej = 57 pkt. (2 964 PLN)*

1 rozpoznanie:

T18.1 Ciał obce w przełyku;

możliwe do rozliczenia w grupie *F07 Choroby przełyku o wyższej wartości punktowej = 45 pkt. (2 340 PLN)*

Uwaga! T18.1 Ciało obce w przełyku może być również rozliczane na pediatrii w grupie C57 Inne choroby gardła, uszu i nosa o niższej wartości punktowej = **22 pkt. (1 144 PLN)**

1 rozpoznanie:

T03.0 Zwichnięcia, skręcenia i naderwania obejmujące głowę i szyję;

możliwe do rozliczenia w grupie A87B Inne choroby układu nerwowego < 18 r.ż. o wyższej wartości punktowej = **36 pkt. (1 872 PLN)**

68 rozpoznań możliwych do rozliczenia w grupie T07 Leczenie zachowawcze urazów o niższej wartości punktowej = **15 pkt. (780 PLN)**

9 rozpoznań możliwych do rozliczenia w grupie C57 Inne choroby gardła, uszu i nosa o niższej wartości punktowej = **22 pkt. (1 144 PLN)**

1 rozpoznanie możliwe do rozliczenia w grupie L69 Choroby prącia, jąder, nasieniowodu, moczowodu i cewki moczowej o niższej wartości punktowej = **17 pkt. (884 PLN)**

Tabela 29 Rozpoznanie sprawozdane do NFZ (powyżej 1% udziału) w grupie P14 w 2016 r. (źródło: statystyka JGP, NFZ 2017)

ICD-10	Liczba hospitalizacji
S00.0 Powierzchnowy uraz powłok głowy	7 671
T00.8 Powierzchnowe urazy obejmujące inne kombinacje okolic ciała	1 186
T00.9 Liczne powierzchowne urazy, nie określone	475
S30.1 Stłuczenie ściany brzucha	459
S00.8 Powierzchnowy uraz innych części głowy	457
S00.9 Powierzchnowy uraz głowy, część nieokreślona	444
T00.0 Powierzchnowe urazy obejmujące głowę i szyję	338
S01.0 Otwarta rana powłok głowy	293
S30.0 Stłuczenie dolnej części grzbietu i miednicy	247
S02.2 Złamanie kości nosowych	170
S80.0 Stłuczenie kolana	163
S30.9 Powierzchnowy uraz brzucha, dolnej części grzbietu i miednicy, część nieokreślona	157

P15 Zaburzenia zachowania o wartości 41 pkt. (2 132 PLN)

64 rozpoznania ICD-10.

Wszystkie możliwe do rozliczenia tylko w tej grupie.

Tabela 30 Rozpoznanie sprawozdane do NFZ (powyżej 1% udziału) w grupie P15 w 2016 r. (źródło: statystyka JGP, NFZ 2017)

ICD-10	Liczba hospitalizacji
F98.9 Zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie lub w wieku młodzieńczym, nie określone	973
F48.9 Zaburzenia nerwicowe, nie określone	961

ICD-10	Liczba hospitalizacji
F84.0 Autyzm dziecięcy	829
F93.9 Zaburzenie emocjonalne okresu dzieciństwa, nie określone	812
F89 Zaburzenie rozwoju psychicznego (psychologicznego), nie określone	756
F98.0 Moczzenie mimowolne (enuresis) nieorganiczne	588
F91.9 Zaburzenie zachowania, nieokreślone	331
F91.8 Inne zaburzenia zachowania	329
F50.0 Jadłowstręt psychiczny (anorexia nervosa)	206
F90.0 Zaburzenie aktywności i uwagi	187
F95.9 Tiki, nie określone	175
F41.9 Zaburzenia lękowe, nie określone	157
F95.1 Przewlekłe tiki ruchowe lub głosowe (wokalne)	141
F50.9 Zaburzenia odżywiania się, nie określone	133
F44.9 Zaburzenia dysocjacyjne (konwersyjne), nie określone	120
F95.0 Tiki przemijające	108
F44.8 Inne zaburzenia dysocjacyjne (konwersyjne)	91
F84.1 Autyzm atypowy	82

P16 Poważne schorzenia uwarunkowane genetycznie i inne choroby wrodzone o wartości 35 pkt. (1 820 PLN)

386 rozpoznań ICD-10.

141 rozpoznań możliwych do rozliczenia tylko w tej grupie.

35 rozpoznań:

Q01.0 Przepuklina mózgowa czołowa;

Q01.1 Przepuklina mózgowa nosowo-czołowa;

Q01.2 Przepuklina mózgowa potyliczna;

Q01.8 Przepuklina mózgowa w innej lokalizacji;

Q01.9 Przepuklina mózgowa, nieokreślona;

Q02 Małogłowie;

Q03.0 Wady rozwojowe wodociągu mózgu Sylwiusza;

Q03.1 Zarośnięcie otworów Magendiego i Luschki;

Q03.8 Wodogłowie wrodzone inne;

Q03.9 Wodogłowie wrodzone, nieokreślone;

Q04.0 Wrodzone wady rozwojowe spoidła wielkiego;

Q04.1 Brak wędchomózgowia (zespół arinencephalii);

- Q04.2 Przedomózgowie jednokomorowe (holoprosencephalia);*
- Q04.3 Inne wady mózgu z ubytkiem tkanek;*
- Q04.5 Mózg olbrzymi;*
- Q04.6 Wrodzone torbiele mózgu;*
- Q04.8 Inne określone wady rozwojowe mózgu;*
- Q04.9 Wrodzone wady rozwojowe mózgu, nieokreślone;*
- Q06.9 Wrodzone wady rozwojowe rdzenia kręgowego, nieokreślone;*
- Q07.0 Zespół Arnolda-Chiarięgo;*
- Q07.9 Wrodzone wady rozwojowe układu nerwowego, nieokreślone;*
- Q67.5 Wrodzone zniekształcenie kręgosłupa;*
- Q75.0 Przedwczesne skostnienie szwów czaszkowych;*
- Q75.1 Dyzostoza czaszkowo-twarzowa;*
- Q75.2 Szerokie rozstawienie oczodołów;*
- Q75.3 Wielkogłowie;*
- Q75.4 Dyzostoza żuchwowo-twarzowa;*
- Q75.5 Dyzostoza oczno-żuchwowa;*
- Q75.8 Inne określone wrodzone wady rozwojowe kości czaszki i twarzy;*
- Q75.9 Wrodzona wada rozwojowa kości czaszki i twarzy, nieokreślona;*
- Q76.1 Zespół Klippel-Feila;*
- Q76.3 Wrodzone skrzywienie boczne kręgosłupa spowodowane wrodzoną wadą rozwojową kości;*
- Q85.8 Inne fakomatozy niesklasyfikowane gdzie indziej;*
- Q85.9 Fakomatoza, nieokreślona;*
- Q87.0 Zespoły wrodzonych wad rozwojowych dotyczące głównie wyglądu twarzy;*

możliwych do rozliczenia w grupie A87B Inne choroby układu nerwowego < 18 r.ż. o wyższej wartości punktowej = **36 pkt. (1 872 PLN)**

16 rozpoznań:

- Q31.1 Wrodzone zwężenie podgłośniowe;*
- Q31.2 Niedorozwój krtani;*
- Q31.3 Worek powietrzny krtani (laryngocoele);*
- Q31.4 Wrodzony świst krtaniowy;*
- Q32.0 Wrodzone rozmiękanie tchawicy;*
- Q32.1 Inne wrodzone wady rozwojowe tchawicy;*

Q32.2 Wrodzone rozmiękanie oskrzeli;

Q32.3 Wrodzone zwężenie oskrzela;

Q32.4 Inne wrodzone wady rozwojowe oskrzeli;

Q35.1 Rozszczep podniebienia twardego, jednostronny;

Q35.3 Rozszczep podniebienia miękkiego, jednostronny;

Q35.5 Rozszczep podniebienia twardego i miękkiego, jednostronny;

Q35.6 Rozszczep podniebienia pośrodkowy;

Q35.7 Rozszczep języczka podniebienia;

Q38.4 Wrodzone wady rozwojowe gruczołów i przewodów ślinowych;

Q38.7 Kieszonka gardzieli;

możliwe do rozliczenia w grupie C56B Poważne choroby gardła, uszu i nosa < 18 r.ż. o wyższej wartości punktowej = **50 pkt. (2 600 PLN)**

8 rozpoznań:

Q33.2 Oddzielenie się (szczelina) płuca;

Q33.3 Niewytworzenie płuca;

Q33.5 Tkanka ektopiczna w płucach;

Q33.8 Inne wrodzone wady rozwojowe płuc;

Q33.9 Wrodzona wada rozwojowa płuca, nieokreślona;

Q34.0 Wada opłucnej;

Q34.1 Wrodzona torbiel śródpiersia;

Q34.8 Inne określone wady rozwojowe układu oddechowego;

możliwe do rozliczenia w grupie D37F Inne choroby układu oddechowego < 66 r.ż. o wyższej wartości punktowej = **36 pkt. (1 872 PLN)**

6 rozpoznań:

Q39.0 Zarośnięcie przełyku bez przetoki;

Q39.1 Zarośnięcie przełyku z przetoką tchawiczo-przełykową;

Q39.2 Wrodzona przetoka tchawiczo-przełykowa bez zarośnięcia;

Q39.3 Wrodzone zwężenie lub zaciśnięcie przełyku;

Q39.4 Przepona przełyku;

Q40.1 Wrodzona przepuklina rozworu przełykowego przepony;

możliwe do rozliczenia w grupie F07 Choroby przełyku o wyższej wartości punktowej = **45 pkt. (2 340 PLN)**

1 rozpoznanie:

Q40.9 Wrodzona wada rozwojowa górnego odcinka przewodu pokarmowego, nieokreślona;
możliwe do rozliczenia w grupie *F16F Choroby żołądka i dwunastnicy < 66 r.ż. o wyższej wartości punktowej* = **37 pkt. (1 924 PLN)**

11 rozpoznań:

- Q41.0 Wrodzony brak, zarośnięcie lub zwężenie dwunastnicy;*
- Q41.1 Wrodzony brak, zarośnięcie lub zwężenie jelita cienkiego;*
- Q41.2 Wrodzony brak, zarośnięcie lub zwężenie jelita krętego;*
- Q41.8 Wrodzony brak, zarośnięcie lub zwężenie innej określonej części jelita cienkiego;*
- Q41.9 Wrodzony brak, zarośnięcie lub zwężenie nieokreślonej;*
- Q43.0 Uchyłek Meckela;*
- Q43.1 Choroba Hirschsprunga;*
- Q43.3 Wrodzone wady rozwojowe umocowania jelit;*
- Q43.4 Zdwojenie jelita;*
- Q43.8 Inne określone wrodzone wady rozwojowe jelit;*
- Q43.9 Wrodzona wada rozwojowa jelit, nieokreślona;*

możliwych do rozliczenia w grupie *F26F Choroby jelita cienkiego (bez chorób zapalnych) < 66r.ż. o wyższej wartości punktowej* = **57 pkt. (2 964 PLN)**

4 rozpoznania:

- Q42.0 Wrodzony brak, zarośnięcie lub zwężenie odbytnicy z przetoką;*
- Q42.1 Wrodzony brak, zarośnięcie lub zwężenie odbytnicy bez przetoki;*
- Q42.2 Wrodzony brak, zarośnięcie lub zwężenie odbytu z przetoką;*
- Q42.3 Wrodzony brak, zarośnięcie lub zwężenie odbytu bez przetoki;*

możliwe do rozliczenia w grupie *F36 Choroby jelita grubego o wyższej wartości punktowej* = **48 pkt. (2 496 PLN)**

2 rozpoznania:

- Q44.6 Torbielowatość wątroby;*
- Q44.7 Inne wrodzone wady rozwojowe wątroby;*

możliwe do rozliczenia w grupie *G18B Przewlekłe choroby wątroby bez powikłań i chorób współistniejących < 18 r.ż. o wyższej wartości punktowej* = **47 pkt. (2 444 PLN)**

24 rozpoznania:

- Q60.0 Agenezja nerki, jednostronna;*
- Q60.1 Agenezja nerki, obustronna;*
- Q60.2 Agenezja nerki, nieokreślona;*
- Q60.3 Niedorozwój nerki, jednostronny;*

- Q60.4 Niedorozwój nerki, obustronny;*
- Q60.5 Niedorozwój nerek, nieokreślony;*
- Q60.6 Zespół Pottera;*
- Q61.0 Wrodzona torbiel nerki;*
- Q61.1 Wielotorbielowatość nerek, typu dziecięcego;*
- Q61.2 Wielotorbielowatość nerek, typu dorosłego;*
- Q61.3 Wielotorbielowatość nerek, nieokreślona;*
- Q61.4 Dysplazja nerek;*
- Q61.8 Inne torbielowate choroby nerek;*
- Q61.9 Choroba torbielowata nerek, nieokreślona;*
- Q62.0 Wrodzone wodonercze;*
- Q62.1 Zarośnięcie lub zwężenie moczowodu;*
- Q62.2 Wrodzony moczowód olbrzymi;*
- Q62.3 Inne wady miedniczki nerkowej i moczowodu z zastojem moczu;*
- Q63.0 Nerka dodatkowa;*
- Q63.1 Nerka płatowata, podkowiasta lub złączenie nerek;*
- Q63.2 Nerka przemieszczona (ektopowa);*
- Q63.3 Nerka olbrzymia lub hyperplastyczna;*
- Q63.8 Inna określona wada rozwojowa nerki;*
- Q63.9 Wrodzona wada rozwojowa nerki, nieokreślona;*

możliwe do rozliczenia w grupie L84F Inne choroby nerek < 66 r.ż. o wyższej wartości punktowej = **61 pkt. (3 172 PLN)**

83 rozpoznania:

- Q65.0 Wrodzone zwichnięcie stawu biodrowego, jednostronne;*
- Q65.1 Wrodzone zwichnięcie stawu biodrowego, obustronne;*
- Q65.2 Wrodzone zwichnięcie stawu biodrowego, nieokreślone;*
- Q65.3 Wrodzone nadwichnięcie stawu biodrowego, jednostronne;*
- Q65.4 Wrodzone nadwichnięcie stawu biodrowego, obustronne;*
- Q65.5 Wrodzone nadwichnięcie stawu biodrowego, nieokreślone;*
- Q65.6 Staw biodrowy niestabilny;*
- Q65.8 Inne wrodzone zniekształcenia stawu biodrowego;*
- Q65.9 Wrodzone zniekształcenie stawu biodrowego, nieokreślone;*
- Q66.0 Stopa końsko-szpotawa wrodzona;*

- Q66.1 Stopa piętowo-szpotawa wrodzona;
- Q66.2 Szpotawość śródstopia wrodzona;
- Q66.3 Inne wrodzone zniekształcenia szpotawe stopy;
- Q66.4 Stopa piętowo-koślawą wrodzona;
- Q66.5 Wrodzona stopa płaska;
- Q66.6 Inne wrodzone zniekształcenia koślawe stopy;
- Q66.7 Stopa wydrążona;
- Q66.8 Inne wrodzone zniekształcenia stopy;
- Q67.1 Twarz zaciśnięta (compression facies);
- Q67.2 Długogłowie (dolichocephalia);
- Q67.3 Skośnogłowie (plagiocephalia);
- Q67.4 Inne wrodzone zniekształcenia czaszki, twarzy i szczęk;
- Q67.6 Klatka piersiowa szewska;
- Q67.7 Klatka piersiowa kurza;
- Q68.0 Wrodzone zniekształcenie mięśnia mostkowo-obojczykowo-sutkowego;
- Q68.1 Wrodzone zniekształcenie ręki;
- Q68.8 Inne określone zniekształcenia mięśniowo-szkieletowe;
- Q69.0 Dodatkowy(e) palec(ce) rąk;
- Q69.1 Dodatkowy(e) kciuk(i);
- Q69.2 Dodatkowy(e) palec(ce) stóp;
- Q69.9 Palce dodatkowe, nieokreślone;
- Q70.0 Palce rąk splecione;
- Q70.1 Palce rąk zrośnięte;
- Q70.2 Palce stóp splecione;
- Q70.3 Zrost palców stóp;
- Q70.4 Palce dodatkowe ze zrostem palców;
- Q71.0 Wrodzony brak całkowity kończyn(y) górn(ej)(ych);
- Q71.1 Wrodzony brak ramienia i przedramienia z zachowaną dłońią;
- Q71.2 Wrodzony brak przedramienia i dłoni;
- Q71.3 Wrodzony brak dłoni i palców;
- Q71.4 Podłużne zniekształcenie zmniejszające kości promieniowej;
- Q71.5 Podłużne zniekształcenie zmniejszające kości łokciowej;
- Q71.6 Ręka przypominająca szczypce homara;

- Q71.8 Inne zniekształcenia zmniejszające kończyn górnych;
- Q71.9 Zniekształcenie zmniejszające kończyny górnej, nieokreślone;
- Q72.0 Wrodzony brak całkowity kończyn(y) doln(ej)(ych);
- Q72.1 Wrodzony brak uda i podudzia z zachowaną stopą;
- Q72.2 Wrodzony brak podudzia i stopy;
- Q72.3 Wrodzony brak stopy i palców;
- Q72.4 Podłużne zniekształcenie zmniejszające kości udowej;
- Q72.5 Podłużne zniekształcenie zmniejszające kości goleniowej;
- Q72.6 Podłużne zniekształcenie zmniejszające kości strzałkowej;
- Q72.7 Rozszczep stopy;
- Q72.8 Inne zniekształcenia zmniejszające kończyn(y) doln(ej)(ych);
- Q72.9 Zniekształcenie zmniejszające kończyny dolnej, nieokreślone;
- Q73.0 Wrodzony brak kończyn(y), nieokreślonej(ej)(ych);
- Q73.1 Wrodzony brak bliższych części kończyn(y), nieokreślonej(ej)(ych);
- Q73.8 Inne zmniejszające zniekształcenia kończyn(y), nieokreślonej(ej)(ych);
- Q74.0 Inne wrodzone wady rozwojowe kończyn(y) górne(ej)(ych), z włączeniem obręczy barkowej;
- Q74.1 Wrodzone wady rozwojowe stawu kolanowego;
- Q77.2 Zespół krótkiego żebra;
- Q77.3 Chondrodysplazja punktowa;
- Q77.4 Achondroplazja;
- Q77.5 Diastrophic dysplasia;
- Q77.6 Dysplazja chondro-ektodermalna;
- Q77.7 Dysplazja kręgowo-przynasadowa;
- Q77.8 Inne osteochondrodysplazje z upośledzeniem wzrostu kości długich i kręgosłupa;
- Q77.9 Osteochondrodysplazja z upośledzeniem wzrostu kości długich i kręgosłupa, nieokreślona;
- Q78.0 Kostnienie niedoskonałe;
- Q78.1 Uogólnione włóknisto-torbielowate zwyrodnienie kości (polyostotic fibrous dysplasia);
- Q78.2 Marmurowatość kości;
- Q78.3 Postępująca sklerotyzująca dysplazja trzonów kości długich;
- Q78.4 Chrzęstniakowatość śródkostna wrodzona;
- Q78.6 Mnogie wyrośla kostne wrodzone;

Q78.8 Inne określone osteochondrodysplazje;

Q78.9 Osteochondrodysplazja, nieokreślona;

Q74.2 Inne wrodzone wady rozwojowe kończyn(y) doln(ej)(ych), z włączeniem obręczy miednicznej;

Q74.3 Wrodzona sztywność wielostawowa;

Q74.8 Inne określone wrodzone wady rozwojowe kończyn(y);

Q79.8 Inne wrodzone wady rozwojowe układu mięśniowo-szkieletowego;

Q79.9 Wrodzona wada rozwojowa układu mięśniowo-szkieletowego, nieokreślona;

Q87.5 Inne zespoły wrodzonych wad rozwojowych ze zmianami szkieletowymi;

możliwe do rozliczenia w grupie *H89D Choroby niezapalne kości i stawów > 3 dni* o wyższej wartości punktowej = **42 pkt. (2 184 PLN)**

2 rozpoznania:

Q79.8 Inne wrodzone wady rozwojowe układu mięśniowo-szkieletowego;

Q79.9 Wrodzona wada rozwojowa układu mięśniowo-szkieletowego, nieokreślona;

możliwe do rozliczenia w grupie *D37F Inne choroby układu oddechowego < 66 r.ż.* o wyższej wartości punktowej = **42 pkt. (2 184 PLN)**

22 rozpoznania możliwe do rozliczenia w grupie *C57 Inne choroby gardła, uszu i nosa* o niższej wartości punktowej = **22 pkt. (1 144 PLN)**

6 rozpoznań możliwych do rozliczenia w grupie *G26F Choroby dróg żółciowych < 66r.ż.* o niższej wartości punktowej = **30 pkt. (1 560 PLN)**

6 rozpoznań możliwych do rozliczenia w grupie *G26F Choroby dróg żółciowych < 66 r.ż.* o niższej wartości punktowej = **30 pkt. (1 560 PLN)**

15 rozpoznań możliwych do rozliczenia w grupie *L69 Choroby prącia, jąder, nasieniowodu, moczowodu i cewki moczowej* o niższej wartości punktowej = **17 pkt. (884 PLN)**

8 rozpoznań możliwych do rozliczenia w grupie *L29 Choroby pęcherza moczowego i moczowodu* o niższej wartości punktowej = **20 pkt. (1 040 PLN)**

2 rozpoznania możliwe do rozliczenia w grupie *F46 Choroby jamy brzusznej* o niższej wartości punktowej = **31 pkt. (1 612 PLN)**

1 rozpoznanie możliwe do rozliczenia w grupie *H86 Choroby tkanek miękkich* o niższej wartości punktowej = **28 pkt. (1 456 PLN)**

Tabela 31 Rozpoznanie sprawozdane do NFZ (powyżej 1% udziału) w grupie P16 w 2016 r. (źródło: statystyka JGP, NFZ 2017)

ICD-10	Liczba hospitalizacji
Q64.8 Inne określone wady rozwojowe układu moczowego	403
Q62.0 Wrodzone wodonercze	209
Q78.0 Kostnienie niedoskonałe	184

ICD-10	Liczba hospitalizacji
Q85.1 Stwardnienie guzowate	178
Q53.1 Niezstąpienie jąder, jednostronne	157
Q82.5 Wrodzone znamię barwnikowe nie złośliwiejące	133
Q64.2 Wrodzona zastawka cewki tylnej	105
Q82.2 Mastocytoza	105
Q31.8 Inne wrodzone wady rozwojowe krtani	101
Q38.1 Przyrośnięcie języka	96
Q54.1 Spodzieństwo prąciowe	88
Q18.0 Zatoka, przetoka i torbiel szczeliny skrzelowej	79
Q62.2 Wrodzony moczowód olbrzymi	64
Q87.1 Zespoły wrodzonych wad rozwojowych związane głównie z niskim wzrostem	61
Q64.9 Wrodzona wada rozwojowa układu moczowego, nie określona	59
Q18.9 Wrodzona wada rozwojowa twarzy i szyi, nie określona	57
Q05.2 Rozszczep kręgosłupa lędźwiowego ze współistniejącym wodogłowie	53
Q66.0 Stopa końsko-szpotawa wrodzona	52
Q53.2 Niezstąpienie jąder, obustronne	47
Q65.0 Wrodzone zwężenie stawu biodrowego, jednostronne	45
Q38.3 Inne wrodzone wady rozwojowe języka	43
Q62.3 Inne wady miedniczki nerkowej i moczowodu z zastojem moczu	41

P17 Choroby układu moczowo-płciowego o wartości 30 pkt. (1 560 PLN)

35 rozpoznań ICD-10.

16 rozpoznań możliwych do rozliczenia tylko w tej grupie.

3 rozpoznania możliwe do rozliczenia w grupie *L85 Kamica moczowa* o niższej wartości punktowej = **17 pkt. (884 PLN)**

16 rozpoznań możliwych do rozliczenia w grupie *L69 Choroby prącia, jąder, nasieniowodu, moczowodu i cewki moczowej* o niższej wartości punktowej = **17 pkt. (884 PLN)**

Tabela 32 Rozpoznanie sprawozdane do NFZ (powyżej 1% udziału) w grupie P17 w 2016 r. (źródło: statystyka JGP, NFZ 2017)

ICD-10	Liczba hospitalizacji
N20.0 Kamica nerki	956
N23 Nieokreślona kolka nerkowa	588
N47 Nadmiar napletka, stulejka i załupek	580
N39.4 Inne określone nietrzymanie moczu	426

ICD-10	Liczba hospitalizacji
R39.8 Inne i nie określone objawy chorobowe dotyczące układu moczowego	384
R31 Krwiomocz, nie określony	383
N50.8 Inne określone zaburzenia męskich narządów płciowych	331
N45.9 Zapalenie jądra, zapalenie najądrza oraz zapalenie jądra i najądrza bez ropnia	307
N50.9 Zaburzenie męskich narządów płciowych, nie określone	157
N48.1 Zapalenie żołądki prącia i napletka	130
R33 Zatrzymanie moczu	111
N20.2 Kamica nerki z kamicą moczowodu	107
R32 Nietrzymanie moczu, nie określone	96
N44 Skręt jądra	79
N43.3 Wodniak jądra, nie określony	69
N76.2 Ostre zapalenie sromu	67

P18 Choroby nerek z niewydolnością nerkową o wartości 80 pkt. (4 160 PLN)

33 rozpoznania ICD-10.

8 rozpoznań możliwych do rozliczenia tylko w tej grupie.

25 rozpoznań możliwych do rozliczenia w grupie *L84F Inne choroby nerek < 66 r.ż.* o niższej wartości punktowej = **61 pkt. (3 172 PLN)**

Tabela 33 Rozpoznania sprawozdane do NFZ (powyżej 1% udziału) w grupie P18 w 2016 r. (źródło: statystyka JGP, NFZ 2017)

ICD-10	Liczba hospitalizacji
N18.8 Inna przewlekła niewydolność nerek	1 260
N04.9 Zespół nerczycowy (nieokreślone)	956
N18.0 Schyłkowa niewydolność nerek	472
N25.8 Inne zaburzenia wynikające z upośledzonej czynności cewek nerkowych	414
N13.3 Inne i nie określone wodonercze	396
N04.0 Zespół nerczycowy (glomerulopatia submikroskopowa)	379
N13.1 Wodonercze ze zwężeniem moczowodu niesklasyfikowanym gdzie indziej	282
N18.9 Przewlekła niewydolność nerek, nie określona	278
N00.9 Ostry zespół zapalenia nerek (nieokreślone)	228
N13.0 Wodonercze z przeszkodą w połączeniu moczowodowo-miedniczkowym	192
R80 Izolowany białkomocz [proteinuria]	171
N39.1 Białkomocz uporczywy, nie określony	125
N13.2 Wodonercze z przeszkodą spowodowaną kamicą nerek lub moczowodu	114

ICD-10	Liczba hospitalizacji
N17.9 Ostra niewydolność nerek, nie określona	97
I12.9 Choroba nadciśnieniowa z zajęciem nerek, bez niewydolności nerek	93
N25.9 Zaburzenia wynikające z upośledzonej czynności cewek nerkowych, nie określone	79
N39.2 Białkomocz związany z pozycją ciała (ortostatyczny), nie określony	58

P19 Choroby krwi o wartości 35 pkt. (1 820 PLN)

64 rozpoznania ICD-10.

1 rozpoznanie możliwe do rozliczenia wyłącznie w tej grupie.

63 rozpoznania możliwe do rozliczenia w grupie *S07 Zaburzenia krzepliwości, inne choroby krwi i śledziony* < 2 dni o niższej wartości punktowej = **6 pkt. (312 PLN)**

Tabela 34 Rozpoznania sprawozdane do NFZ (powyżej 1% udziału) w grupie P19 w 2016 r. (źródło: statystyka JGP, NFZ 2017)

ICD-10	Liczba hospitalizacji
D50.9 Nieokreślone niedokrwistości z niedoboru żelaza	1 255
D69.3 Samoistna plamica małopłytkowa	1 058
D50.8 Inne niedokrwistości z niedoboru żelaza	659
D66 Dziedziczny niedobór czynnika VIII	609
D69.6 Nieokreślona małopłytkowość	606
D72.8 Inne określone zaburzenia dotyczące krwinek białych	440
D70 Agranulocytoza	400
D58.0 Sferocytoza dziedziczna	389
D64.8 Inne określone niedokrwistości	303
D68.0 Choroba von Willebranda	250
D69.2 Inne skazy niemałopłytkowe	204
D75.8 Inne określone choroby krwi i narządów krwiotwórczych	159
D50.0 Niedokrwistość z niedoboru żelaza spowodowana (przewlekłą) utratą krwi	145
D67 Dziedziczny niedobór czynnika IX	108
D75.2 Nadpłytkowość samoistna	106
R72 Nieprawidłowości krwinek białych gdzie indziej niesklasyfikowane	103
D59.1 Inne niedokrwistości autoimmunohemolityczne	93
D69.4 Inne pierwotne małopłytkowości	89
D68.2 Dziedziczny niedobór innych czynników krzepnięcia	81
D58.9 Nieokreślone dziedziczne niedokrwistości hemolityczne	79

P20 Choroby skóry, układu mięśniowo-kostnego lub tkanki łącznej o wartości 41 pkt. (2 132 PLN)

96 rozpoznań ICD-10 lub rozpoznanie z listy ogólnej i 1 z 10 rozpoznań współistniejących.

86 rozpoznań możliwych do rozliczenia tylko w tej grupie.

10 rozpoznań:

L52 Rumień guzowaty [erythema nodosum];

L94.4 Grudki Gottrona;

M02.2 Poszczepienne zapalenie stawów;

M08.0 Młodzieńcze reumatoidalne zapalenie stawów;

M08.1 Młodzieńcze zeszytniające zapalenie stawów kręgosłupa;

M08.2 Młodzieńcze zapalenie stawów o początku uogólnionym;

M08.3 Młodzieńcze zapalenie wielu stawów (sero-ujemne);

M08.4 Młodzieńcze zapalenie stawów o początku skąpostawowym;

M08.8 Inne młodzieńcze zapalenia stawów;

R29.4 Biodro trzaskające;

możliwych do rozliczenia w grupie *H87D Choroby zapalne stawów i tkanki łącznej > 3 dni o wyższej wartości punktowej = 68 pkt. (3 536 PLN)*

Tabela 35 Rozpoznanie sprawozdane do NFZ (powyżej 1% udziału) w grupie P20 w 2016 r. (źródło: statystyka JGP, NFZ 2017)

ICD-10	Liczba hospitalizacji
L50.9 Nieokreślona pokrzywka	3 818
L20.9 Atopowe zapalenie skóry, nie określone	2 948
L50.0 Pokrzywka alergiczna	2 173
L20.8 Inne atopowe zapalenia skóry	1 269
D69.0 Plamica alergiczna	1 228
L98.8 Inne określone schorzenia skóry i tkanki podskórnej	894
L50.8 Inna pokrzywka	523
L94.0 Twardzina ograniczona [morphea]	490
R60.0 Obrzęk zlokalizowany	450
R21 Rumień i inne nieswoiste wysypki skórne	436
L98.6 Inne naciekowe choroby skóry i tkanki podskórnej	372
M08.8 Inne młodzieńcze zapalenia stawów	353
L20.0 Świerzbiczka skazowa Besniera	305
L80 Bielactwo [vitiligo]	301
M08.4 Młodzieńcze zapalenie stawów o początku skąpostawowym	298
L98.9 Nieokreślone schorzenia skóry i tkanki podskórnej	216
L53.9 Stany rumieniowe, nie określone	204

ICD-10	Liczba hospitalizacji
L51.9 Rumień wielopostaciowy, nie określony	202

P21 Choroby układu krążenia o wartości 53 pkt. (2 756 PLN)

45 rozpoznań ICD-10.

Wszystkie rozpoznania możliwe do rozliczenia wyłącznie w tej grupie.

Tabela 36 Rozpoznania sprawozdane do NFZ (powyżej 1% udziału) w grupie P21 w 2016 r. (źródło: statystyka JGP, NFZ 2017)

ICD-10	Liczba hospitalizacji
I10 Samoistne (pierwotne) nadciśnienie	2 652
I49.9 Zaburzenia rytmu serca, nie określone	2 246
I49.8 Inne określone zaburzenia rytmu serca	1 614
R01.0 Szmer serca niewinne i przygodne	1 352
R00.0 Tachykardia, nie określona	929
Q28.8 Inne określone wady rozwojowe układu krążenia	882
I47.1 Częstoskurcz nadkomorowy	691
I15.9 Nadciśnienie wtórne, nie określone	466
I15.1 Nadciśnienie wtórne do innej patologii nerek	243
I15.8 Inne wtórne nadciśnienie	137

P22 Infekcyjne i nieinfekcyjne zapalenie żołądka i jelit o wartości 48 pkt. (2 496 PLN)

101 rozpoznań ICD-10.

100 rozpoznań możliwych do rozliczenia wyłącznie w tej grupie.

1 rozpoznanie możliwe do rozliczenia w grupie *F46 Choroby jamy brzusznej* o niższej wartości punktowej = **31 pkt. (1 612 PLN)**

Tabela 37 Rozpoznania sprawozdane do NFZ (powyżej 1% udziału) w grupie P22 w 2016 r. (źródło: statystyka JGP, NFZ 2017)

ICD-10	Liczba hospitalizacji
A09 Biegunka i zapalenie żołądkowo-jelitowe o prawdopodobnie zakaźnym pochodzeniu	34 650
A08.0 Nieżyt jelitowy wywołany przez rotawirusy	16 576
K52.9 Niezakaźne zapalenie żołądkowo-jelitowe i jelita grubego, nie określone	14 165
A08.4 Zakażenia wirusowe jelit, nie określone	11 263
A02.0 Zatrucia pokarmowe wywołane przez pałeczki Salmonella	2 796
A08.2 Nieżyt jelitowy wywołany przez adenowirusy	2 431
A08.3 Nieżyt jelitowy wywołany przez inne wirusy	1 514
A08.1 Ostra gastroenteropatia wywołana przez czynnik Norwalk	1 386

ICD-10	Liczba hospitalizacji
A04.5 Zapalenie jelit wywołane przez <i>Campylobacter</i>	1 146
A04.9 Zakażenie bakteryjne jelit, nie określone	1 128

P23 Padaczka o wartości 60 pkt. (3 120 PLN)

16 rozpoznań ICD-10.

Wszystkie rozpoznania możliwe do rozliczenia wyłącznie w tej grupie.

Tabela 38 Rozpoznania sprawozdane do NFZ (powyżej 1% udziału) w grupie P23 w 2016 r. (źródło: statystyka JGP, NFZ 2017)

ICD-10	Liczba hospitalizacji
G40.9 Padaczka, nie określona	7 296
G40.8 Inne padaczki	2 747
G40.2 Padaczka objawowa (ogniskowa) (częściowa) i zespoły padaczkowe ze złożonymi napadami częściowymi	1 749
G40.3 Uogólniona samoistna padaczka i zespoły padaczkowe	1 062
G40.0 Padaczka samoistna (ogniskowa) (częściowa) i zespoły padaczkowe z napadami o zlokalizowanym początku	1 037
G40.4 Inne postacie uogólnionej padaczki i zespołów padaczkowych	660
G40.5 Szczególne zespoły padaczkowe	380
G40.1 Padaczka objawowa (ogniskowa) (częściowa) i zespoły padaczkowe z prostymi napadami częściowymi	195
G41.9 Stan padaczkowy, nie określony	192

P24 Cukrzyca o wartości 68 pkt. (3 536 PLN)

51 rozpoznań ICD-10.

47 rozpoznań możliwych do rozliczenia wyłącznie w tej grupie.

4 rozpoznania możliwe do rozliczenia w grupie *L84F Inne choroby nerek < 66 r.ż.* o niższej wartości punktowej = **61 pkt. (3 172 PLN)**

Tabela 39 Rozpoznania sprawozdane do NFZ (powyżej 1% udziału) w grupie P24 w 2016 r. (źródło: statystyka JGP, NFZ 2017)

ICD-10	Liczba hospitalizacji
E10.9 Cukrzyca insulinozależna (bez powikłań)	6 735
E10.1 Cukrzyca insulinozależna (z kwasicą ketonową)	845
E10.8 Cukrzyca insulinozależna (z nieokreślonymi powikłaniami)	550
R73.0 Nieprawidłowa krzywa cukrowa (test tolerancji glukozy)	222
E14.9 Cukrzyca nieokreślona (bez powikłań)	168

ICD-10	Liczba hospitalizacji
E10.6 Cukrzyca insulinozależna (z innymi określonymi powikłaniami)	153

P25 Uraz głowy z urazem mózgu o wartości 23 pkt. (1 196 PLN)

18 rozpoznań ICD-10.

2 rozpoznania możliwe do rozliczenia wyłącznie w tej grupie.

16 rozpoznań możliwych do rozliczenia w grupie *T07 Leczenie zachowawcze urazów* o niższej wartości punktowej = **15 pkt. (780 PLN)**

Tabela 40 Rozpoznanie sprawozdane do NFZ (powyżej 1% udziału) w grupie P25 w 2016 r. (źródło: statystyka JGP, NFZ 2017)

ICD-10	Liczba hospitalizacji
S06.0 Wstrząśnienie	3 805

P26 Leczenie nowotworów z pw > 7 dni o wartości pkt. (PLN)

39 rozpoznań ICD-10 z listy P27 albo 139 rozpoznań z listy P28 oraz rozpoznanie współistniejące (86 rozpoznań z listy Ppw) .

Brak możliwości rozliczania w zakresie: pediatria.

Tabela 41 Rozpoznanie sprawozdane do NFZ (powyżej 1% udziału) w grupie P26 w 2016 r. (źródło: statystyka JGP, NFZ 2017)

ICD-10	Liczba hospitalizacji
C71.6 Mózdzek	4
C47.8 Zmiana przekraczająca granice nerwów obwodowych i autonomicznego układu nerwowego	1
C48.0 Przestrzeń zaotrzewnowa	1
C56 Nowotwór złośliwy jajnika	1
C71.0 Mózg z wyjątkiem płatów i komór	1
C71.5 Komory mózgowe	1

P27 Guzy łite układu nerwowego o wartości pkt. (PLN)

39 rozpoznań ICD-10.

Brak możliwości rozliczania w zakresie: pediatria.

Tabela 42 Rozpoznanie sprawozdane do NFZ (powyżej 1% udziału) w grupie P27 w 2016 r. (źródło: statystyka JGP, NFZ 2017)

ICD-10	Liczba hospitalizacji
C47.9 Nerwy obwodowe i autonomiczny układ nerwowy, nie określone	218
C71.6 Mózdzek	112

ICD-10	Liczba hospitalizacji
C47.8 Zmiana przekraczająca granice nerwów obwodowych i autonomicznego układu nerwowego	64
C71.9 Mózg, nie określony	56
C71.7 Pień mózgu	50
C47.6 Nerwy obwodowe tułowia, nie określone	41
C71.5 Komory mózgowe	40
C47.5 Nerwy obwodowe miednicy	35
C71.0 Mózg z wyjątkiem płatów i komór	18
C71.2 Płat skroniowy	15
C47.4 Nerwy obwodowe klatki piersiowej	11
C71.3 Płat ciemienowy	11
C71.1 Płat czołowy	10
C72.0 Rdzeń kręgowy	10
C72.3 Nerw wzrokowy	10
C71.8 Zmiana przekraczająca granice mózgu	9

P28 Guzy lite narządów, tkanek i innych układów o wartości pkt. (PLN)

139 rozpoznań ICD-10.

Brak możliwości rozliczania w zakresie: pediatria.

Tabela 43 Rozpoznania sprawozdane do NFZ (powyżej 1% udziału) w grupie P28 w 2016 r. (źródło: statystyka JGP, NFZ 2017)

ICD-10	Liczba hospitalizacji
C91.0 Ostra białaczka limfoblastyczna	1 227
C81.1 Stwardnienie guzkowe	266
C74.9 Nadnercze, nie określone	253
C40.2 Kości długie kończyny dolnej	174
C49.0 Tkanka łączna i inne tkanki miękkie głowy, twarzy i szyi	150
C49.5 Tkanka łączna i tkanka miękka miednicy	128
C69.2 Siatkówka	127
C92.0 Ostra białaczka szpikowa	119
C83.7 Guz (chłoniak) Burkitta	118
C22.2 Wątrobiak zarodkowy (hepatoblastoma)	95
C49.2 Tkanka łączna i tkanka miękka kończyny dolnej łącznie z biodrem	93
C56 Nowotwór złośliwy jajnika	82
C64 Nowotwór złośliwy nerki za wyjątkiem miedniczki nerkowej	75
C48.0 Przestrzeń zaotrzewnowa	74
C83.5 Limfoblastyczny (rozlany)	64

ICD-10	Liczba hospitalizacji
C62.1 Jądro zstąpione	55
C49.3 Tkanka łączna i tkanka miękka klatki piersiowej	44
C40.0 Łopatka i kości długie kończyny górnej	41
C92.1 Przewlekła białaczka szpikowa	39
C41.4 Kości miednicy, kość krzyżowa i guziczna	37

P29 Bóle głowy - diagnostyka i leczenie > 3 dni o wartości 49 pkt. (2 548 PLN)

11 rozpoznań ICD-10 oraz 2 z 12 procedur diagnostycznych ICD-9.

6 rozpoznań możliwych do rozliczenia w grupie P09 Choroby układu nerwowego o niższej wartości punktowej = **22 pkt. (1 144 PLN)**

11 rozpoznań możliwych do rozliczenia w grupie A59 Bóle głowy o niższej wartości punktowej = **29 pkt. (1 508 PLN)**

Tabela 44 Rozpoznania sprawozdane do NFZ (powyżej 1% udziału) w grupie P29 w 2016 r. (źródło: statystyka JGP, NFZ 2017)

ICD-10	Liczba hospitalizacji
G44.8 Inne określone zespoły bólu głowy	1 222
G44.1 Naczyniowy ból głowy niesklasyfikowany gdzie indziej	158
G43.1 Migrena z aurą [migrena klasyczna]	61
G43.0 Migrena bez aury [migrena prosta]	31
G43.8 Inne migreny	21
G44.0 Zespół bólu głowy Hortona [cluster headache syndrome]	20

Podsumowanie

Zwraca uwagę znaczna niejednorodność większości grup sekcji P – Choroby dzieci. Charakterystyka grup umożliwia rozliczanie świadczeń pediatrycznych w innych grupach realizowanych także w zakresie: pediatria, ale o wartości punktowej wyższej niż grupa bazowa. Niejednokrotnie rozpoznania z jednej grupy P kierują do kilku grup o różnej wartości. Często są to rozpoznania z tej samej kategorii dwuznakowej klasyfikacji ICD-10. Obserwowano także rozpoznania wątpliwe pod względem ich zasadności umieszczenia w charakterystyce grup poddanych analizie.

Dokładne badanie produktów realizowanych w całym zakresie: pediatria, będzie przedmiotem dalszych prac Agencji.

2.4.Sposób finansowania świadczeń pediatrycznych w innych krajach

W celu porównania sposobów realizacji i rozliczania niezabiegowych świadczeń szpitalnych udzielanych dzieciom w Polsce i za granicą, dokonano analizy systemów w 12 krajach. Przeanalizowano rozwiązania w 10 państwach europejskich oraz Australii i Nowej Zelandii.

Granica wieku dziecko-dorośli w Niemczech i Słowacji to 15 rok życia, w Anglii, Szkocji i Francji – 18 r.ż., przy czym we Francji część grup dziecięcych jest dedykowana pacjentom powyżej pierwszego roku życia czy poniżej drugiego roku życia (dodatkowo są również grupy dla noworodków). W Szwajcarii w niektórych grupach granica wieku to 1, 2, 3, 6, 16 rok życia lub poniżej 1 roku życia. W Chorwacji granica wiekowa to 11 rok życia.

W większości analizowanych krajów w systemach DRG w różnych sekcjach są grupy z warunkiem wieku – dedykowane dzieciom obok grup dedykowanych dorosłym. W nielicznych krajach (Anglia i Szkocja), analogicznie jak w Polsce, dodatkowo wydzielona jest sekcja P przeznaczona do rozliczenia świadczeń wykonanych u dzieci. Niektóre kraje w ogóle nie mają grup dedykowanych dzieciom albo jest ich bardzo niewiele. Tak jest w Australii, Nowej Zelandii, Grecji, Czechach. W tych ostatnich z dziecięcych grup są jedynie te dedykowane noworodkom. Również w Chorwacji dzieci rozliczane są tymi samymi grupami co dorośli, jednak 234 grupy z 671 mają mnożnik 1,2 dla pacjentów w wieku 0-11. W niektórych krajach dodatkowym czynnikiem modyfikującym wycenę świadczeń realizowanych u dzieci jest wartość punktu - określana w zależności od typu szpitala pozwala na ustalenie wyższej wyceny np. dla szpitali dziecięcych. Poniżej pokrótce opisano schematy rozliczania świadczeń zdrowotnych realizowanych u dzieci w poszczególnych analizowanych krajach.

W **Niemczech** granica dziecko-dorośli to 15 r.ż. Łącznie jest 211 grup DRG dedykowanych dzieciom w 20 sekcjach. Wiek pacjenta jest jednym z kilku kryteriów decydujących o "ciężkości" i wadze grupy. Pozostałe to: obecność powikłań, złożoność procedury, tzw. konstelacja zdarzeń (układ różnych zaistniałych jednocześnie zdarzeń, rozpoznań i procedur), tzw. punkty nakładu (Aufwandspunkte) połączone codzienne SAPS II (bez GCS) i uśrednione kosztowne świadczenia TISS z 10 dni, podczas pobytu w OiT, określone rozpoznania, np. choroba nowotworowa. Niektóre procedury są płatne dodatkowo, wg cen określonych bezpośrednio w załącznikach do katalogu DRG lub na podstawie odrębnych porozumień. Są wśród nich także procedury z warunkiem wieku pacjenta, np. hemodializa, leczenie przewlekłej niewydolności nerek.

Słowacki system DRG bazuje na systemie niemieckim i jest skonstruowany bardzo podobnie. Podobne są granice wieku obowiązujące w grupach i liczba grup z warunkiem wieku - dedykowanych dzieciom. Dodatkowym modyfikującym czynnikiem jest wartość punktu, określana w zależności od typu szpitala. Dla szpitali pediatrycznych wynosi 1 552,74 € (tak jak dla uniwersyteckich). W szpitalach ogólnych 1 002,64 €, w pozostałych szpitalach specjalistycznych od 1 927,19 € do 3 928,45 €.

W **Czechach** dzieci są rozliczane tymi samymi grupami co osoby dorosłe. Jedyne grupy dziecięce, to grupy odpowiadające grupom z sekcji N.

W **Szwajcarii** 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 bazową stawkę w CHF, która jest ustalana z ubezpieczycielem raz do roku dla każdego szpitala. Najwyższe stawki bazowe otrzymują szpitale dziecięce ze względu na strukturę grup DRG (wydzielenie kategorii wiekowych w obrębie grupy dla dorosłych). W przypadku takich grup, w których wprowadza

się podział pod względem wieku, widać dużą różnicę między wagami. W niektórych grupach granica wieku to 1, 2, 3, 6, 16 rok życia lub poniżej 1 roku życia.

We **Francji** z 2187 grup DRG 252 grupy (ponad 11,5 %) są dedykowane dla osób poniżej 18 roku życia, w tym: 42 grupy dla noworodków, 15 grup dla pacjentów powyżej 1 roku, 8 grup dla pacjentów poniżej 2 lat, 157 grupy dla pacjentów poniżej 18 roku życia.

W **Anglii** i **Szkocji** jest wydzielona sekcja P dedykowana dzieciom i noworodkom (w Anglii - 105, w Szkocji -115 grup). Są też pojedyncze grupy w innych sekcjach dedykowane dzieciom poniżej 19 roku życia (w Anglii na 1137 grupy z pozostałych sekcji 146 (12,8%) jest dedykowanych dzieciom, w Szkocji na 1078 grup 76 (7%) jest dedykowanych dzieciom. W Anglii są wdrażane płatności uzupełniające (*top-up payments*) dla dzieci – procentowo określone dla poszczególnych sekcji opłaty, które zwiększają odpowiednio wycenę jeśli nie ma odpowiednika danej grupy dedykowanego dzieciom. Szkocja prawdopodobnie nie ma żadnych dopłat dla dzieci w pozostałych grupach, ale ich taryfy są przeważnie wyższe niż w Anglii.

W **Australii** i **Nowej Zelandii** nie ma wydzielonej sekcji dla dzieci. W 99% grup wiek nie różnicuje taryfy. Jedynie w nielicznych grupach w charakterystyce jest określony wiek pacjenta np. przeszczep szpiku, nerki, zaburzenia psychiczne wieku dziecięcego.

Podobna struktura grup obowiązuje w **Grecji** - dzieci są rozliczane tymi samymi grupami co dorośli, jedynie w nielicznych przypadkach występują grupy dedykowane dzieciom np.: zaburzenia psychiczne wieku dziecięcego, poważne zabiegi naprawy kręgosłupa lub zabiegi naprawy deformacji klatki piersiowej, wiek <16 lat, poważne zabiegi kręgosłupa, odcinka szyjnego, wiek <19 lat.

W **Słowenii** dla dzieci w części świadczeń są wydzielone wiekiem grupy obok grup dedykowanych dorosłym. Jeśli świadczenie nie ma dedykowanej grupy dla dzieci, to jest ono rozliczane tą samą grupą co świadczenie wykonane u osoby dorosłej.

W **Chorwacji** dzieci rozliczane są tymi samymi grupami co dorośli, jednak 234 grupy z 671 mają mnożnik 1,2 dla pacjentów w wieku 0-11.

Należy zaznaczyć, że wnioskowanie na podstawie odnalezionych rozwiązań wiąże się z pewnymi ograniczeniami. Klasyfikacje 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. Bezpośrednie porównanie rozwiązań międzynarodowych jest jednak niemożliwe, ze względu na brak informacji szczegółowych.

2.5.Cenniki komercyjne

Ze względu na bardzo szeroki obszar poddany analizie, zrezygnowano z poszukiwania cenników komercyjnych dla analizowanych świadczeń.

3. Projekt taryfy

3.1. Pozyskanie danych

Dane wykorzystane do ustalenia taryf uzyskano w trakcie trzech prowadzonych postępowań. Dwa z nich dedykowane były ogólnie uzyskaniu plików finansowo-księgowych z podmiotów leczniczych realizujących świadczenia w zakresie leczenia szpitalnego za rok 2015 oraz jedno dedykowane pacjentom poniżej 18 r.ż. w trakcie którego pozyskiwano dane dotyczące świadczeń udzielonych w 2016 r.

Podstawą prawną dla przeprowadzonych postępowań jest art. 31lc ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2016 r., poz. 1793 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 lub/i Zarządzeniu Nr 52/2016, Zarządzeniu Nr 5/2017.*

Postępowania prowadzone były w sposób zapewniający poszanowanie zasady przejrzystości i równego traktowania świadczeniodawców.

Postępowania przebiegały 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 postępowań została wysłana na adresy mailowe podmiotów realizujących świadczenia w rodzaju leczenia szpitalnego (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).

Postępowania ogłoszono w dniach: 11.03.2016, 7.11.2016, 28.02.2017 r.

Poniżej zostanie opisane postępowanie dedykowane populacji pediatrycznej.

Dane kosztowe niezbędne do ustalenia taryfy dla świadczeń gwarantowanych w rodzaju leczenia szpitalnego w obszarze: choroby dzieci oraz grupy dedykowane pacjentom poniżej 18 r.ż. zbierane były za pomocą rocznych plików FK (dane kosztowe w zakresie informacji statystycznych, finansowo-księgowych oraz o zatrudnieniu) i kart kosztorysowych.

Postępowanie dotyczące pozyskania danych niezbędnych do ustalania taryfy świadczeń ogłoszono w dniu 28.02.2017 r.

Szczegóły dotyczące przeprowadzonego postępowania przedstawia poniższa tabela (w postępowaniu wyłoniono świadczeniodawców którzy w rankingu przeprowadzonym na podstawie ankiet uzyskali najwyższą wartość punktową).

Tabela 45 Informacje dotyczące przeprowadzonego postępowania

Data ogłoszenia postępowania	Liczba ankiet	Ankiety odrzucone	Liczba niewyłonionych	Liczba wyłonionych podmiotów	Liczba podpisanych umów
28.02.2017	57	3	2	52	42

Na potrzeby niniejszego raportu wykorzystano dane pochodzące od 26 świadczeniodawców wyłonionych w postępowaniu ogłoszonym 28.02.2017 r.

W dwóch pozostałych postępowaniach dotyczących pozyskania danych za 2015 rok wykorzystano dane od 77 świadczeniodawców. Szczegółowy wykaz wszystkich świadczeniodawców, którzy przekazali dane wraz z podziałem na poszczególne ogłoszenia zawiera załącznik nr 3.

3.2. Analiza danych

W celu wyboru najbardziej optymalnej propozycji taryf dla świadczeń rozliczanych poprzez grupy z sekcji P, przeprowadzono kilka rodzajów analiz, które opisane zostały poniżej.

Analiza 1

Podstawę wyliczeń stanowiła koncepcja, zgodnie z którą założono istnienie różnic w ponoszonych kosztach pomiędzy oddziałami na niższym poziomie referencyjności oraz oddziałami wysoko wyspecjalizowanymi, co może stanowić podstawę do zróżnicowania wycen świadczeń realizowanych w tych oddziałach.

W pierwszym kroku dokonano analizy danych uzyskanych z Narodowego Funduszu Zdrowia, o świadczeniach zrealizowanych w roku 2016 w ramach sekcji P – choroby dzieci. W oparciu o publikowane na stronie NFZ statystyki JGP określono rozkład realizacji poszczególnych grup pomiędzy przyjętymi przez NFZ kategoriami szpitali: gminny, powiatowy, miejski, niepubliczne, kliniczny, wojewódzki, inny. Na podstawie udziału poszczególnych kategorii szpitali w realizacji grup wytypowano świadczenia o największym wolumenie wykonania w jednej z kategorii: szpitale kliniczne, szpitale wojewódzkie oraz szpitale gminne, powiatowe, miejskie (pod uwagę wzięto jedynie te trzy kategorie z uwagi na brak możliwości przyporządkowania do jednej z nich szpitali niepublicznych oraz innych). Ustalono również, w jakich zakresach w największym stopniu realizowana była każda z grup (patrz poniższa tabela).

Tabela 46 Realizacja poszczególnych grup w wybranych kategoriach szpitali

Grupa	Odsetek zrealizowanych świadczeń			Zakres o największej realizacji
	Gminny, powiatowy, miejski	Wojewódzki	Kliniczny	
P01 - Astma lub trudności w oddychaniu	54%	32%	4%	pediatria
P03 - Choroby górnego odcinka dróg oddechowych	51%	30%	8%	pediatria
P04 - Choroby dolnych dróg oddechowych	47%	30%	10%	pediatria

Grupa	Odsetek zrealizowanych świadczeń			Zakres o największej realizacji
	Gminny, powiatowy, miejski	Wojewódzki	Kliniczny	
P05 - Główne infekcje (w tym choroby immunologiczne)	30%	47%	16%	pediatria
P06 - Mniejsze infekcje (w tym choroby immunologiczne)	47%	32%	13%	pediatria
P07 - Nowotwory	14%	36%	47%	chirurgia dziecięca
P08 - Drgawki gorączkowe	47%	33%	15%	pediatria
P09 - Choroby układu nerwowego	40%	39%	15%	pediatria
P10 - Choroby endokrynologiczne (bez cukrzycy)	5%	26%	69%	endokrynologia dziecięca
P11 - Poważne choroby żołądkowo-jelitowe i metaboliczne	18%	28%	53%	pediatria
P12 - Inne zaburzenia żołądkowo-jelitowe i metaboliczne	47%	29%	14%	pediatria
P13 - Alergie	20%	29%	45%	alergologia dziecięca
P14 - Pourazowe uszkodzenia poza uszkodzeniem mózgu	22%	58%	16%	chirurgia dziecięca
P15 - Zaburzenia zachowania	33%	36%	26%	pediatria
P16 - Poważne schorzenia uwarunkowane genetycznie i inne choroby wrodzone	9%	33%	57%	chirurgia dziecięca
P17 - Choroby układu moczowo - płciowego	28%	37%	32%	chirurgia dziecięca
P18 - Choroby nerek z niewydolnością nerkową	11%	19%	68%	nefrologia dziecięca
P19 - Choroby krwi	19%	24%	53%	onkologia i hematologia dziecięca
P20 - Choroby skóry, układu mięśniowo-kostnego lub tkanki łącznej	32%	42%	20%	pediatria
P21 - Choroby układu krążenia	37%	33%	25%	pediatria
P22 - Infekcyjne i nieinfekcyjne zapalenie żołądka i jelit	53%	30%	6%	pediatria
P23 - Padaczka	21%	45%	32%	neurologia dziecięca
P24 - Cukrzyca	5%	17%	78%	diabetologia dziecięca
P25 - Uraz głowy z urazem mózgu	20%	51%	29%	chirurgia dziecięca
P26 - Leczenie nowotworów z pw > 7 dni	0%	22%	78%	onkologia i hematologia dziecięca
P27 - Guzy łagodne układu nerwowego	2%	4%	95%	onkologia i hematologia dziecięca
P28 - Guzy łagodne narządów, tkanek i innych układów	1%	10%	89%	onkologia i hematologia dziecięca
P29 - Bóle głowy - diagnostyka i leczenie > 3 dni	7%	71%	22%	neurologia dziecięca

Źródło: na podstawie Statystyk JGP

W kolejnym kroku, z bazy danych finansowo-księgowych przekazanych przez świadczeniodawców w przeprowadzonych postępowaniach, wybrano ośrodki powstawania kosztów odpowiadające tym kategoriom medycznym, w których najliczniej realizowane były poszczególne grupy z sekcji P: pediatria, chirurgia dziecięca, endokrynologia i diabetologia dziecięca, alergologia dziecięca, neurologia dziecięca, nefrologia dziecięca, onkologia i hematologia dziecięca. Liczbę ośrodków powstawania kosztów przyjętych do analizy przedstawia poniższa tabela .

Tabela 47 Liczba ośrodków powstawania kosztów przyjęta do analizy rentowności

Dziedzina medyczna	Liczba OPK
PediatRIA	105
Chirurgia dziecięca	28
Neurologia dziecięca	8
Onkohematologia dziecięca	6
Endokrynologia i diabetologia dziecięca	5
Alergologia dziecięca	2
Nefrologia dziecięca	8
razem	162

Dla każdego z ośrodka powstawania kosztów obliczono:

- roczny wynik finansowy stanowiący różnicę między łączną sumą przychodów a kosztami całkowitymi,
- rzeczywiste obłożenie będące stosunkiem liczby zrealizowanych osobodni do łącznej liczby osobodni w roku,
- rentowność stanowiącą iloraz wyniku finansowego oraz łącznej sumy przychodów,
- wynik finansowy w odniesieniu wyłącznie do przychodów uzyskanych z NFZ,
- rentowność w odniesieniu wyłącznie do przychodów uzyskanych z NFZ.

Wszystkie wybrane do analizy ośrodki powstawania kosztów podzielono na trzy kategorie: kliniczne, wojewódzkie oraz powiatowe. Dla każdej z kategorii obliczono średni wskaźnik rentowności, który zobrazowany został w poniższej tabeli.

Tabela 48 Średnie wskaźniki rentowności dla poszczególnych kategorii szpitali

Kategoria oddziału	Średni wynik finansowy (wszystkie przychody)	Średnia rentowność (wszystkie przychody)	Średni wynik finansowy (przychody tylko z nfz)	Średnia rentowność (przychody tylko z nfz)	Liczba opk
Klinika	-334 463,93 zł	-7%	-536 452,23 zł	-11%	34
Wojewódzki	7 652,65 zł	-3%	-176 315,03 zł	-8%	69
Powiatowy	66 218,29 zł	-1%	-25 881,01 zł	-5%	59
Średnia łącznie	-42 820,13 zł	-3%	-197 111,68 zł	-8%	162

Z powyższej tabeli wynika, że oddziały zlokalizowane w szpitalach powiatowych są niedofinansowane na poziomie 1%, w szpitalach wojewódzkich na poziomie 3%, natomiast oddziały kliniczne na poziomie 7%.

W oparciu o powyższe wskaźniki należałoby zwiększyć wycenę świadczeń odpowiednio o:

- w przypadku grup realizowanych w przeważającej mierze w oddziałach szpitali powiatowych – zwiększenie wycen o 1%,
- w przypadku grup realizowanych w przeważającej mierze w oddziałach szpitali wojewódzkich – zwiększenie wycen o 3%,
- w przypadku grup realizowanych w przeważającej mierze w oddziałach klinicznych – zwiększenie wycen o 7%.

Wykaz grup wraz z propozycją zwiększenia wyceny przedstawia tabela 48.

Tabela 49 Wykaz grup z sekcji P wraz z propozycją zwiększenia wycen

Grupa	Oddziały o dominującej realizacji	% zmiany
P01 - Astma lub trudności w oddychaniu	powiatowy	1%
P03 - Choroby górnego odcinka dróg oddechowych	powiatowy	1%
P04 - Choroby dolnych dróg oddechowych	powiatowy	1%
P05 - Główne infekcje (w tym choroby immunologiczne)	wojewódzki	3%
P06 - Mniejsze infekcje (w tym choroby immunologiczne)	powiatowy	1%
P07 - Nowotwory	klinika	7%
P08 - Drgawki gorączkowe	powiatowy	1%
P09 - Choroby układu nerwowego	powiatowy	1%
P10 - Choroby endokrynologiczne (bez cukrzycy)	klinika	7%
P11 - Poważne choroby żołądkowo-jelitowe i metaboliczne	klinika	7%
P12 - Inne zaburzenia żołądkowo-jelitowe i metaboliczne	powiatowy	1%
P13 - Alergie	klinika	7%
P14 - Pourazowe uszkodzenia poza uszkodzeniem mózgu	wojewódzki	3%
P15 - Zaburzenia zachowania	wojewódzki	3%
P16 - Poważne schorzenia uwarunkowane genetycznie i inne choroby wrodzone	klinika	7%
P17 - Choroby układu moczowo - pęciowego	wojewódzki	3%
P18 - Choroby nerek z niewydolnością nerkową	klinika	7%
P19 - Choroby krwi	klinika	7%
P20 - Choroby skóry, układu mięśniowo-kostnego lub tkanki łącznej	wojewódzki	3%
P21 - Choroby układu krążenia	powiatowy	1%
P22 - Infekcyjne i nieinfekcyjne zapalenie żołądka i jelit	powiatowy	1%
P23 - Padaczka	wojewódzki	3%
P24 - Cukrzyca	klinika	7%
P25 - Uraz głowy z urazem mózgu	wojewódzki	3%
P26 - Leczenie nowotworów z pw > 7 dni	klinika	7%
P27 - Guzy łagodne układu nerwowego	klinika	7%
P28 - Guzy łagodne narządów, tkanek i innych układów	klinika	7%
P29 - Bóle głowy - diagnostyka i leczenie > 3 dni	wojewódzki	3%

Ograniczenia analizy:

- przewaga realizacji danej grupy w danym typie szpitali nie zawsze jest istotnie duża (patrz tabela 46.),
- grupy z sekcji P nie są jedynymi realizowanymi na analizowanych oddziałach i nie tylko one wpływają na rentowność,
- pobyty, które powinny być rozliczone grupami z sekcji P mogą być rozliczane innymi, lepiej wycenionymi produktami, co może zaburzać statystyki,
- analiza przeprowadzona została na dużym stopniu ogólności.

Analiza 2

Podstawę wyliczeń stanowiło założenie, że taryfa danej grupy powinna pokrywać przynajmniej koszt średniej długości hospitalizacji pacjenta. Postawiono również tezę o istnieniu różnic w dziennym koszcie pobytu pomiędzy obecnymi taryfami a rzeczywistymi kosztami wynikającymi z danych świadczeniodawców oraz z modelu opartego o normy zatrudnienia personelu wskazane przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie pediatrii.

W pierwszym kroku dokonano analizy danych uzyskanych z Narodowego Funduszu Zdrowia, o świadczeniach zrealizowanych w roku 2016 w ramach sekcji P – choroby dzieci. Z uwagi na to, że w grupach tych występuje duży udział hospitalizacji 0 i 1-dniowych (od 3 do 59%, średnio 19%), dla których określone są odrębne taryfy wynoszące 20% wartości grupy, przypadki te zostały wyłączone z analizy. Dla każdej z grup, w odniesieniu do długości hospitalizacji, obliczono podstawowe miary takie jak średnia, mediana oraz dominanta (patrz tabela 50). Do dalszych wyliczeń przyjęto średnią z uwagi na to że, pomimo dużej skośności, rozkłady pozbawione były bardzo długich pobytów, które mogłyby zaburzać wyniki.

Tabela 50 Podstawowe miary dotyczące długości hospitalizacji (z wyłączeniem hospitalizacji 0 i 1- dniowych)

Grupa	Długość hospitalizacji		
	Średnia	Mediana	Dominanta
P01 - Astma lub trudności w oddychaniu	4,07	3,00	2,00
P03 - Choroby górnego odcinka dróg oddechowych	3,80	3,00	2,00
P04 - Choroby dolnych dróg oddechowych	6,08	6,00	7,00
P05 - Główne infekcje (w tym choroby immunologiczne)	8,76	8,00	7,00
P06 - Mniejsze infekcje (w tym choroby immunologiczne)	4,74	4,00	2,00
P07 - Nowotwory	3,05	2,00	2,00
P08 - Drgawki gorączkowe	3,58	3,00	2,00
P09 - Choroby układu nerwowego	3,75	2,00	2,00
P10 - Choroby endokrynologiczne (bez cukrzycy)	3,14	2,00	2,00
P11 - Poważne choroby żołądkowo-jelitowe i metaboliczne	4,16	2,00	2,00
P12 - Inne zaburzenia żołądkowo-jelitowe i metaboliczne	3,22	2,00	2,00
P13 - Alergie	3,39	3,00	2,00
P14 - Pourazowe uszkodzenia poza uszkodzeniem mózgu	2,59	2,00	2,00
P15 - Zaburzenia zachowania	3,64	3,00	2,00
P16 - Poważne schorzenia uwarunkowane genetycznie i inne choroby wrodzone	4,36	2,00	2,00
P17 - Choroby układu moczowo - pęciowego	3,21	2,00	2,00
P18 - Choroby nerek z niewydolnością nerkową	5,32	3,00	2,00
P19 - Choroby krwi	4,25	3,00	2,00
P20 - Choroby skóry, układu mięśniowo-kostnego lub tkanki łącznej	4,00	3,00	2,00
P21 - Choroby układu krążenia	3,75	3,00	2,00
P22 - Infekcyjne i nieinfekcyjne zapalenie żołądka i jelit	3,43	3,00	2,00
P23 - Padaczka	4,68	3,00	2,00
P24 - Cukrzyca	5,58	4,00	2,00
P25 - Uraz głowy z urazem mózgu	2,50	2,00	2,00
P26 - Leczenie nowotworów z pw > 7 dni	10,78	9,00	9,00
P27 - Guzy łagodne układu nerwowego	7,72	3,00	2,00
P28 - Guzy łagodne narządów, tkanek i innych układów	6,47	2,00	2,00

Grupa	Długość hospitalizacji		
	Średnia	Mediana	Dominanta
P29 - Bóle głowy - diagnostyka i leczenie > 3 dni	5,52	5,00	4,00

Źródło: dane NFZ za rok 2016.

W kolejnym kroku, z bazy danych finansowo-księgowych przekazanych przez świadczeniodawców w przeprowadzonych postępowaniach, wybrano ośrodki powstawania kosztów odpowiadające oddziałom pediatrycznym (100 OPK). Skoncentrowano się jedynie na tego typu oddziałach z uwagi na to, że głównie w tym zakresie realizowanych jest większość wspomnianych grup. Dla wybranych ośrodków powstawania kosztów obliczono średni dzienny koszt pobytu, obejmujący również koszty leków, wyrobów medycznych i procedur, a więc całkowite koszty związane z pobytem i procesem leczenia. Koszt ten wyniósł 413,42 zł.

Równolegle zbudowany został model jednostki optymalnej. Jednostka optymalna wyliczona została w dwóch wariantach uwzględniających przyjęcie założeń minimalnych oraz założeń wzorcowych. Wymagania minimalne i wzorcowe funkcjonowania jednostki zdefiniowane zostały ekspercko i obejmowały następujące parametry:

- przeciętne obłożenie, uwzględniające również istotne czynniki wpływające na zróżnicowanie obłożenia w ciągu roku,
- normy dla personelu medycznego i niemedycznego w przeliczeniu na liczbę łóżek w podziale na dni robocze, dni wolne od pracy, dyżury,
- niezbędny sprzęt medyczny wykorzystywany w jednostce.

Tabela 51 Parametry jednostki optymalnej w wariantach minimalnym i wzorcowym

Parametr	Wariant minimalny	Wariant wzorcowy
Obłożenie	80%	80%
Lekarze	1 lekarz/ 10 łóżek 1 lekarz/ 20 łóżek (dyżur)	1 lekarz/ 6 łóżek 1 lekarz/ 20 łóżek (dyżur)
Pielęgniarki	1 pielęgniarka/ 6,5 łóżka	1 pielęgniarka/ 4 łóżka
Psycholog	0,5 etatu/ 20 łóżek	0,5 etatu/ 20 łóżek
Inkubator	1/oddział	1/oddział
Lampa	1/oddział	1/oddział
Kardiomonitor	1/20 łóżek	1/20 łóżek
Echokardiograf	1/od 20 łóżek	1/od 20 łóżek

Źródło: opracowanie własne na podstawie wskazań konsultanta krajowego w dz. pediatrii

Dla każdej n-łóżkowej jednostki wyliczono następnie łączne zapotrzebowanie na personel medyczny i niemedyczny oraz wymaganą ilość sprzętu medycznego przy założonych wymaganiach.

Na zdefiniowane w ten sposób parametry nałożono rzeczywiste jednostkowe koszty zasobów, które wyliczone zostały z danych finansowych oraz innych danych niefinansowych przekazanych przez świadczeniodawców, pochodzących z ośrodków powstawania kosztów odpowiadających oddziałom pediatrycznym. Z uwagi na to, że wykorzystane dane dotyczyły roku 2015, we wszystkich obliczeniach powiększone zostały o mnożnik uwzględniający wzrost kosztów świadczeń w kolejnym roku. Koszty jednostkowe obejmują:

- wynagrodzenia personelu medycznego i niemedycznego w przeliczeniu na 1 etat,
- koszt stały (ogólny) infrastruktury,

- koszt infrastruktury w przeliczeniu na 1 łóżko,
- dodatkowe istotne koszty utrzymania sprzętu medycznego.

Na etapie wyliczania kosztów jednostkowych z analizowanego zbioru danych odrzucone zostały wartości nietypowe, identyfikowane na podstawie analizy wykresów pudełkowych (boxplot) zgodnie ze wzorem: $(Q1 - 1,5(Q3 - Q1)) : Q3 + 1,5(Q3 - Q1)$, gdzie Q1 oznacza pierwszy kwartyl (25 percentyl), a Q3 oznacza trzeci kwartyl (75 percentyl), lub analizy skupień wykorzystując hierarchiczne metody analizy danych.

Tabela 52 Rzeczywiste jednostkowe koszty zasobów wykorzystane w modelu

Kategoria kosztu	Wartość
Wynagrodzenie lekarza	9 357,96 zł/mc
Wynagrodzenie pielęgniarki	4 806,81 zł/mc
Wynagrodzenie psychologa	3 960,79 zł/mc
Wynagrodzenie pozostałego personelu	2 808,07 zł/mc
Koszt stały (ogólny) infrastruktury	34 352,20 zł
Koszt infrastruktury w przeliczeniu na 1 łóżko	27 064,70 zł
Inkubator (koszt roczny utrzymania)	814,44 zł
Lampa (koszt roczny utrzymania)	140,28 zł
Kardiomonitor (koszt roczny utrzymania)	589,08 zł
Echokardiograf (koszt roczny utrzymania)	2 657,76 zł
Koszt leków i wm. na osobodzień	22,09 zł
Koszt procedur na osobodzień	38,18 zł

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych finansowo-księgowych świadczeniodawców

W efekcie uzyskano wyniki obrazujące zmianę całkowitych kosztów przypadających na jeden osobodzień w zależności od liczby łóżek. Model w wersji minimalnej oraz wzorcowej stanowi załącznik nr 4.

Średni dzienny koszt pobytu dla jednostki optymalnej w obu wariantach obliczony został poprzez przypisanie do każdego OPK kosztu osobodnia z modelu, oszacowanego dla liczby łóżek zadeklarowanej w każdym z OPK, a następnie wyliczenie średniej z przypisanych wartości. W przypadku modelu minimalnego średni koszt wyniósł 499,08 zł, a w przypadku modelu wzorcowego – 752,29 zł.

Dla każdej z grup dokonano porównania obecnie obowiązującej taryfy ze średnim kosztem hospitalizacji obliczonym jako iloczyn średniej długości hospitalizacji oraz średniego dziennego kosztu pobytu w trzech wariantach: w oparciu o dane rzeczywiste oraz dla modelu minimalnego i wzorcowego. Uzyskane wyniki przedstawia tabela 53.

Tabela 53 Porównanie aktualnej wyceny z obliczonym średnim kosztem hospitalizacji

Grupa	Aktualna taryfa	Średnia długość hospitalizacji	Średni koszt hospitalizacji		
			Dane rzeczywiste	Model minimalny	Model wzorcowy
P01 - Astma lub trudności w oddychaniu	1 976 zł	4,07	1 682 zł	2 030 zł	3 060 zł
P03 - Choroby górnego odcinka dróg oddechowych	1 352 zł	3,80	1 571 zł	1 896 zł	2 858 zł
P04 - Choroby dolnych dróg oddechowych	3 120 zł	6,08	2 513 zł	3 033 zł	4 573 zł

Grupa	Aktualna taryfa	Średnia długość hospitalizacji	Średni koszt hospitalizacji		
			Dane rzeczywiste	Model minimalny	Model wzorcowy
P05 - Główne infekcje (w tym choroby immunologiczne)	4 940 zł	8,76	3 620 zł	4 370 zł	6 588 zł
P06 - Mniejsze infekcje (w tym choroby immunologiczne)	2 184 zł	4,74	1 960 zł	2 367 zł	3 567 zł
P07 - Nowotwory	2 704 zł	3,05	1 261 zł	1 523 zł	2 295 zł
P08 - Drgawki gorączkowe	884 zł	3,58	1 479 zł	1 785 zł	2 691 zł
P09 - Choroby układu nerwowego	1 144 zł	3,75	1 549 zł	1 870 zł	2 819 zł
P10 - Choroby endokrynologiczne (bez cukrzycy)	3 016 zł	3,14	1 298 zł	1 566 zł	2 361 zł
P11 - Poważne choroby żołądkowo-jelitowe i metaboliczne	2 652 zł	4,16	1 720 zł	2 077 zł	3 130 zł
P12 - Inne zaburzenia żołądkowo-jelitowe i metaboliczne	1 560 zł	3,22	1 331 zł	1 606 zł	2 421 zł
P13 - Alergie	2 704 zł	3,39	1 403 zł	1 694 zł	2 553 zł
P14 - Pourazowe uszkodzenia poza uszkodzeniem mózgu	1 248 zł	2,59	1 069 zł	1 291 zł	1 946 zł
P15 - Zaburzenia zachowania	2 132 zł	3,64	1 504 zł	1 816 zł	2 738 zł
P16 - Poważne schorzenia uwarunkowane genetycznie i inne choroby wrodzone	1 820 zł	4,36	1 803 zł	2 176 zł	3 280 zł
P17 - Choroby układu moczowo - płciowego	1 560 zł	3,21	1 326 zł	1 601 zł	2 413 zł
P18 - Choroby nerek z niewydolnością nerkową	4 160 zł	5,32	2 200 zł	2 655 zł	4 002 zł
P19 - Choroby krwi	1 820 zł	4,25	1 756 zł	2 119 zł	3 195 zł
P20 - Choroby skóry, układu mięśniowo-kostnego lub tkanki łącznej	2 132 zł	4,00	1 654 zł	1 997 zł	3 010 zł
P21 - Choroby układu krążenia	2 756 zł	3,75	1 549 zł	1 870 zł	2 818 zł
P22 - Infekcyjne i nieinfekcyjne zapalenie żołądka i jelit	2 496 zł	3,43	1 418 zł	1 712 zł	2 581 zł
P23 - Padaczka	3 120 zł	4,68	1 936 zł	2 337 zł	3 523 zł
P24 - Cukrzyca	3 536 zł	5,58	2 308 zł	2 787 zł	4 201 zł
P25 - Uraz głowy z urazem mózgu	1 196 zł	2,50	1 034 zł	1 249 zł	1 882 zł
P26 - Leczenie nowotworów z pw > 7 dni	5 252 zł	10,78	4 456 zł	5 379 zł	8 108 zł
P27 - Guzy lite układu nerwowego	3 484 zł	7,72	3 191 zł	3 852 zł	5 806 zł
P28 - Guzy lite narządów, tkanek i innych układów	3 016 zł	6,47	2 677 zł	3 231 zł	4 871 zł
P29 - Bóle głowy - diagnostyka i leczenie > 3 dni	2 548 zł	5,52	2 281 zł	2 753 zł	4 150 zł

Z powyższych danych wynika, że w przypadku części grup aktualnie obowiązująca taryfa nie rekompensuje w całości kosztów średniej długości hospitalizacji w oddziale pediatrycznym.

W oparciu o powyższe, należałoby zwiększyć wycenę wybranych grup w stopniu zobrazowanym w Tabeli 54.

Tabela 54 Wykaz grup z sekcji P wraz z propozycją zwiększenia wycen

Grupa	Aktualna taryfa (pkt)	% zmiany		
		Dane rzeczywiste	Model minimalny	Model wzorcowy
P01 - Astma lub trudności w oddychaniu	38	0%	3%	55%
P03 - Choroby górnego odcinka dróg oddechowych	26	16%	40%	111%

Grupa	Aktualna taryfa (pkt)	% zmiany		
		Dane rzeczywiste	Model minimalny	Model wzorcowy
P04 - Choroby dolnych dróg oddechowych	60	0%	0%	47%
P05 - Główne infekcje (w tym choroby immunologiczne)	95	0%	0%	33%
P06 - Mniejsze infekcje (w tym choroby immunologiczne)	42	0%	8%	63%
P07 - Nowotwory	52	0%	0%	0%
P08 - Drgawki gorączkowe	17	67%	102%	204%
P09 - Choroby układu nerwowego	22	35%	63%	146%
P10 - Choroby endokrynologiczne (bez cukrzycy)	58	0%	0%	0%
P11 - Poważne choroby żołądkowo-jelitowe i metaboliczne	51	0%	0%	18%
P12 - Inne zaburzenia żołądkowo-jelitowe i metaboliczne	30	0%	3%	55%
P13 - Alergie	52	0%	0%	0%
P14 - Pourazowe uszkodzenia poza uszkodzeniem mózgu	24	0%	3%	56%
P15 - Zaburzenia zachowania	41	0%	0%	28%
P16 - Poważne schorzenia uwarunkowane genetycznie i inne choroby wrodzone	35	0%	20%	80%
P17 - Choroby układu moczowo - pęciowego	30	0%	3%	55%
P18 - Choroby nerek z niewydolnością nerkową	80	0%	0%	0%
P19 - Choroby krwi	35	0%	16%	76%
P20 - Choroby skóry, układu mięśniowo-kostnego lub tkanki łącznej	41	0%	0%	41%
P21 - Choroby układu krążenia	53	0%	0%	2%
P22 - Infekcyjne i nieinfekcyjne zapalenie żołądka i jelit	48	0%	0%	3%
P23 - Padaczka	60	0%	0%	13%
P24 - Cukrzyca	68	0%	0%	19%
P25 - Uraz głowy z urazem mózgu	23	0%	4%	57%
P26 - Leczenie nowotworów z pw > 7 dni	101	0%	2%	54%
P27 - Guzy łite układu nerwowego	67	0%	11%	67%
P28 - Guzy łite narządów, tkanek i innych układów	58	0%	7%	61%
P29 - Bóle głowy - diagnostyka i leczenie > 3 dni	49	0%	8%	63%

Ograniczenia wynikające z modelu jednostki optymalnej:

- założono, że oddział szpitalny ma liczyć minimum 10 łóżek, tymczasem są oddziały o mniejszych rozmiarach,
- każde kolejne łóżko poza założoną normę obsady personelu (określanej jako liczba osób na daną liczbę łóżek) powoduje konieczność ujęcia w modelu kolejnej osoby na etat; nie pozwala to na obserwację kształtowania się kosztu osobodnia w sytuacji nadmiernego obciążenia personelu,
- nie uwzględnia się możliwości zatrudnienia personelu w niepełnym wymiarze czasu pracy,
- zakłada się świadczenie pracy przez dany personel jedynie na danym oddziale, co nie uwzględnia dopuszczalnych przez NFZ dyżurów łączonych bądź pracy w poradni,
- przyjęte normy są subiektywne,
- założone normy zatrudnienia powinny być skonfrontowane z dostępnymi zasobami kardy lekarskiej i pielęgniarskiej.

Pozostałe ograniczenia:

- do porównania przyjęto wartość „nominalną” grup, natomiast średnia wartość hospitalizacji jest niższa od wartości „nominalnej” (iloczynu wyceny punktowej i ceny punktu 52 zł), z uwagi na dużą liczbę niżej wycenionych hospitalizacji < 2 dni; dla zachowania porównywalności wyników, do obliczeń przyjęto średnie długości hospitalizacji wyliczone z wyłączeniem pobytów < 2 dni,
- dane pochodzą z ograniczonej liczby oddziałów z uwagi na dobrowolność przekazywania danych,
- do analizy wzięto jedynie dane z oddziałów pediatrycznych, natomiast grupy te realizowane są również w innych zakresach; wydaje się że na innych oddziałach, bardziej specjalistycznych, koszty osobodnia (a więc i potencjalne różnice w kosztach) mogą być jeszcze większe; dlatego też niezbędne jest dokonanie głębszych analiz; wskazać jednak należy, że grupy z sekcji P co do zasady dedykowane były przede wszystkim dla oddziałów pediatrycznych,
- grupy z sekcji P nie są jedynymi realizowanymi na oddziałach pediatrycznych,
- analiza nie uwzględnia różnic między typami szpitali (powiatowe, wojewódzkie, kliniczne),
- analiza przeprowadzona została na dużym stopniu ogólności.

3.3.Projekt taryfy

Jako podstawę dla projektów taryf wybrano wyniki pierwszej z analiz. Wydaje się, że przedstawione w niej podejście oparte jest na obiektywnych, mierzalnych wskaźnikach i w dobry sposób obrazuje różnice pomiędzy poszczególnymi typami szpitali.

Zwrócić jednak uwagę należy na dwie grupy: P08 Drgawki gorączkowe oraz P09 Choroby układu nerwowego. Drugi sposób analizy pokazał, że są jednymi z nielicznych, w przypadku których aktualna wycena Narodowego Funduszu Zdrowia jest niewystarczająca na zrefundowanie kosztu średniej hospitalizacji nawet przy przyjęciu najniższego, obliczonego na podstawie danych rzeczywistych, dziennego kosztu pobytu pacjenta. Podobnie w toku pierwszych analiz danych szczegółowych o kosztach leczenia każdego z pacjentów okazało się, że koszty związane z realizacją tych grup w bardzo dużym stopniu (50-60%) przekraczają obecnie obowiązującą wycenę. W związku z powyższym, pomimo tego, że grupy te realizowane są najliczniej w szpitalach powiatowych, proponuje się przyjęcie w tym przypadku zwiększenia wysokości taryf w stopniu analogicznym jak dla szpitali klinicznych (7%).

Propozycje taryf przedstawia tabela 55.

Tabela 55 Projekty taryf

Grupa	Oddziały o dominującej realizacji	Aktualna taryfa (pkt)	Projekty taryf (pkt)	% zmiany
P01 - Astma lub trudności w oddychaniu	powiatowy	38	38,38	1%
P03 - Choroby górnego odcinka dróg oddechowych	powiatowy	26	26,26	1%
P04 - Choroby dolnych dróg oddechowych	powiatowy	60	60,6	1%
P05 - Główne infekcje (w tym choroby immunologiczne)	wojewódzki	95	97,85	3%
P06 - Mniejsze infekcje (w tym choroby immunologiczne)	powiatowy	42	42,42	1%
P07 – Nowotwory	klinika	52	55,64	7%
P08 - Drgawki gorączkowe	powiatowy	17	18,19	7%

Grupa	Oddziały o dominującej realizacji	Aktualna taryfa (pkt)	Projekty taryf (pkt)	% zmiany
P09 - Choroby układu nerwowego	powiatowy	22	23,54	7%
P10 - Choroby endokrynologiczne (bez cukrzycy)	klinika	58	62,06	7%
P11 - Poważne choroby żołądkowo-jelitowe i metaboliczne	klinika	51	54,57	7%
P12 - Inne zaburzenia żołądkowo-jelitowe i metaboliczne	powiatowy	30	30,3	1%
P13 – Alergie	klinika	52	55,64	7%
P14 - Pourazowe uszkodzenia poza uszkodzeniem mózgu	wojewódzki	24	24,72	3%
P15 - Zaburzenia zachowania	wojewódzki	41	42,23	3%
P16 - Poważne schorzenia uwarunkowane genetycznie i inne choroby wrodzone	klinika	35	37,45	7%
P17 - Choroby układu moczowo - pęciowego	wojewódzki	30	30,9	3%
P18 - Choroby nerek z niewydolnością nerkową	klinika	80	85,6	7%
P19 - Choroby krwi	klinika	35	37,45	7%
P20 - Choroby skóry, układu mięśniowo-kostnego lub tkanki łącznej	wojewódzki	41	42,23	3%
P21 - Choroby układu krążenia	powiatowy	53	53,53	1%
P22 - Infekcyjne i nieinfekcyjne zapalenie żołądka i jelit	powiatowy	48	48,48	1%
P23 – Padaczka	wojewódzki	60	61,8	3%
P24 – Cukrzyca	klinika	68	72,76	7%
P25 - Uraz głowy z urazem mózgu	wojewódzki	23	23,69	3%
P26 - Leczenie nowotworów z pw > 7 dni	klinika	101	108,07	7%
P27 - Guzy łagodne układu nerwowego	klinika	67	71,69	7%
P28 - Guzy łagodne narządów, tkanek i innych układów	klinika	58	62,06	7%
P29 - Bóle głowy - diagnostyka i leczenie > 3 dni	wojewódzki	49	50,47	3%

Średni wzrost wycen wg powyższej propozycji wyniesie 4%.

Należy podkreślić, że powyższe, dość ogólne propozycje, stanowią dopiero pierwszy etap procesu taryfikacji świadczeń obejmujących leczenie dzieci. Opisane we wcześniejszych rozdziałach zidentyfikowane niedoskonałości konstrukcji grup sekcji P skutkują możliwością rozliczania wielu świadczeń w korzystniej wycenionych grupach z innych sekcji, co wpływa na zaburzenie statystyk i nie w pełni odzwierciedla strukturę realizowanych świadczeń. Niezbędne wydaje się zatem przeprowadzenie dalszych, szczegółowych analiz, obejmujących zarówno charakterystyki grup jak koszty związane z leczeniem pacjentów. Dlatego też kolejne działania obejmą detaliczną analizę danych klinicznych i kosztowych dotyczących świadczeń zrealizowanych w ramach grup z sekcji P oraz grup z pozostałych sekcji a dedykowanych pacjentom poniżej 18 roku życia. Efektem tych prac będą propozycje zarówno w zakresie kształtu grup jak i dotyczące ich wyceny.

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 proponowanych taryf. W ramach niniejszej analizy porównano nakłady finansowe z perspektywy płatnika publicznego ponoszone na realizację świadczeń w ramach obowiązującej wyceny oraz zmiany wynikające z zastosowania proponowanej taryfy, przy założeniu zachowania liczby realizowanych świadczeń na niezmiennym poziomie.

Analiza wpływu na budżet została przeprowadzona w oparciu o dane Narodowego Funduszu Zdrowia o liczbie produktów jednostkowych zrealizowanych w roku 2016 oraz średniej cenie punktu w danym rodzaju świadczeń. Należy mieć na uwadze fakt, że analiza uwzględnia również świadczenia, które nie zostały rozliczone (zapłacone) przez NFZ.

Szczegółowe wyliczenia zawiera poniższa tabela.

Tabela 56 Analiza wpływu na budżet płatnika

Liczba hospitalizacji w 2016 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
P01 Astma lub trudności w oddychaniu	4 822	38	1 976 zł	9 528 272 zł	38,38	1 995,76 zł	9 623 555 zł	95 282,72
P03 Choroby górnego odcinka dróg oddechowych	38 490	26	1 352 zł	52 038 480 zł	26,26	1 365,52 zł	52 558 865 zł	520 384,80
P04 Choroby dolnych dróg oddechowych	75 298	60	3 120 zł	234 929 760 zł	60,6	3 151,20 zł	237 279 058 zł	2 349 297,60
P05 Główne infekcje (w tym choroby immunologiczne)	6 318	95	4 940 zł	31 210 920 zł	97,85	5 088,20 zł	32 147 248 zł	936 327,60
P06 Mniejsze infekcje (w tym choroby immunologiczne)	39 253	42	2 184 zł	85 728 552 zł	42,42	2 205,84 zł	86 585 838 zł	857 285,52
P07 Nowotwory	4 866	52	2 704 zł	13 157 664 zł	55,64	2 893,28 zł	14 078 700 zł	921 036,48
P08 Drgawki gorączkowe	1 623	17	884 zł	1 434 732 zł	18,19	945,88 zł	1 535 163 zł	100 431,24
P09 Choroby układu nerwowego	3 232	22	1 144 zł	3 697 408 zł	23,54	1 224,08 zł	3 956 227 zł	258 818,56
P10 Choroby endokrynologiczne (bez cukrzycy)	11 341	58	3 016 zł	34 204 456 zł	62,06	3 227,12 zł	36 598 768 zł	2 394 311,92
P11 Poważne choroby żołądkowo-jelitowe i metaboliczne	9 511	51	2 652 zł	25 223 172 zł	54,57	2 837,64 zł	26 988 794 zł	1 765 622,04
P12 Inne zaburzenia żołądkowo-jelitowe i metaboliczne	43 461	30	1 560 zł	67 799 160 zł	30,3	1 575,60 zł	68 477 152 zł	677 991,60
P13 Alergie	9 239	52	2 704 zł	24 982 256 zł	55,64	2 893,28 zł	26 731 014 zł	1 748 757,92
P14 Pourazowe uszkodzenia poza uszkodzeniem mózgu	15 029	24	1 248 zł	18 756 192 zł	24,72	1 285,44 zł	19 318 878 zł	562 685,76
P15 Zaburzenia zachowania	7 757	41	2 132 zł	16 537 924 zł	42,23	2 195,96 zł	17 034 062 zł	496 137,72
P16 Poważne schorzenia uwarunkowane genetycznie i inne choroby wrodzone	4 088	35	1 820 zł	7 440 160 zł	37,45	1 947,40 zł	7 960 971 zł	520 811,20
P17 Choroby układu moczowo - pęciowego	5 004	30	1 560 zł	7 806 240 zł	30,9	1 606,80 zł	8 040 427 zł	234 187,20
P18 Choroby nerek z niewydolnością nerkową	5 686	80	4 160 zł	23 653 760 zł	85,6	4 451,20 zł	25 309 523 zł	1 655 763,20
P19 Choroby krwi	7 770	35	1 820 zł	14 141 400 zł	37,45	1 947,40 zł	15 131 298 zł	989 898,00
P20 Choroby skóry, układu mięśniowo-kostnego lub tkanki łącznej	19 302	41	2 132 zł	41 151 864 zł	42,23	2 195,96 zł	42 386 420 zł	1 234 555,92
P21 Choroby układu krążenia	11 814	53	2 756 zł	32 559 384 zł	53,53	2 783,56 zł	32 884 978 zł	325 593,84

Liczba hospitalizacji w 2016 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
P22 Infekcyjne i nieinfekcyjne zapalenie żołądka i jelit	91 473	48	2 496 zł	228 316 608 zł	48,48	2 520,96 zł	230 599 774 zł	2 283 166,08
P23 Padaczka	15 622	60	3 120 zł	48 740 640 zł	61,8	3 213,60 zł	50 202 859 zł	1 462 219,20
P24 Cukrzyca	8 981	68	3 536 zł	31 756 816 zł	72,76	3 783,52 zł	33 979 793 zł	2 222 977,12
P25 Uraz głowy z urazem mózgu	3 870	23	1 196 zł	4 628 520 zł	23,69	1 231,88 zł	4 767 376 zł	138 855,60
P26 Leczenie nowotworów z pw > 7 dni	9	101	5 252 zł	47 268 zł	108,07	5 619,64 zł	50 577 zł	3 308,76
P27 Guzy łagodne układu nerwowego	740	67	3 484 zł	2 578 160 zł	71,69	3 727,88 zł	2 758 631 zł	180 471,20
P28 Guzy łagodne narządów, tkanek i innych układów	3 671	58	3 016 zł	11 071 736 zł	62,06	3 227,12 zł	11 846 758 zł	775 021,52
P29 Bóle głowy - diagnostyka i leczenie > 3 dni	1 539	49	2 548 zł	3 921 372 zł	50,47	2 624,44 zł	4 039 013 zł	117 641,16
RAZEM				1 077 042 876 zł			1 102 871 717 zł	25 828 841,48

* dla wartości 1 pkt = 52 zł

Z powyższych danych wynika, że przyjęcie taryf w proponowanej wysokości będzie wiązało się ze wzrostem wydatków płatnika publicznego o 25,8 mln zł, co stanowi 2,4% wartości zrealizowanych w 2006 roku świadczeń. Należy jednak pamiętać, że istotnym ograniczeniem powyższych wyliczeń jest przyjęcie uproszczonej metody oszacowań. W związku z powyższym rzeczywisty skutek finansowy może być inny. Z uwagi na dużą liczbę hospitalizacji 0 i 1-dniowych, w istotny sposób wpływających na średnią wartość hospitalizacji (w większości przypadków jest niższa od wartości „nominalnej” wynikającej z iloczynu wyceny punktowej i ceny punktu), rzeczywisty skutek finansowy może być inny.

4.2. Analiza wpływu na organizację systemu opieki zdrowotnej

Przedstawione propozycje taryf dla niezabiegowych świadczeń szpitalnych stanowią pierwszy, jednak bardzo istotny etap racjonalizacji i urealnienia realizacji i rozliczeń świadczeń pediatrycznych. Proponowane zmiany pozwolą na stopniową poprawę rentowności oddziałów dziecięcych, zarówno w szpitalach powiatowych, jak też w jednostkach specjalistycznych. Dzięki nim powinien zostać zahamowany proces rozliczania hospitalizacji zachowawczych grupami specjalistycznymi.

W drugim etapie prac przeprowadzone zostaną szczegółowe analizy zidentyfikowanych problemów konstrukcji grup sekcji P, obejmujące zarówno charakterystyki grup, jak i koszty związane z leczeniem pacjentów. Efektem tych prac będą kolejne propozycje – zarówno w zakresie kształtu grup, jak i różnicowania ich wyceny.

Docelowo poprawa rentowności powinna skutkować nie tylko urealnieniem realizacji świadczeń i usprawnieniem rozliczeń, ale także zachęcać lekarzy i pielęgniarki do zajęcia się omawianą dziedziną medycyny.

Efekt, jakim będzie poprawa zdrowia małych pacjentów, powinien procentować w przyszłości lepszym zdrowiem przyszłych, dorosłych pokoleń.

5. Najważniejsze informacje i wnioski

Przedmiotem opracowania są świadczenia gwarantowane z zakresu leczenia szpitalnego identyfikowane produktami rozliczeniowymi Narodowego Funduszu Zdrowia w rodzaju: leczenia szpitalnego, określonymi w załączniku 1a do Zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenia szpitalnego w sekcji P – Choroby dzieci. Sekcja P katalogu JGP obejmuje świadczenia niezabiegowe związane z diagnostyką i zachowawczym leczeniem chorób u dzieci i młodzieży do lat 18.

Opieka medyczna nad dziećmi i młodzieżą stanowi jeden z priorytetów zdrowotnych państwa. Dzieci i młodzież do 18. r.ż. mogą korzystać ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych bezpłatnie, niezależnie od ich osobistej sytuacji, na podstawie przepisów Ustawy o świadczeniach.

Populacja od 0. do 18. roku życia liczyła w 2016 r. 7 286 480 osób, co stanowiło ok. 19% całej populacji Polski. Prognozy ludności Polski wskazują na istotne przemiany w strukturze ludności, jakich można oczekiwać w perspektywie do 2050 r. Na przestrzeni lat 2013-2050 liczba dzieci i młodzieży będzie stopniowo maleć.

Konieczność leczenia szpitalnego dzieci i młodzieży oraz zakres hospitalizacji wynikają bezpośrednio ze stanu zdrowia populacji w omawianej grupie wiekowej.

Stan zdrowia dzieci i młodzieży w Polsce oceniany jest jako dobry. W 2014 r. zdecydowana większość tej grupy wiekowej uzyskała bardzo dobrą ocenę stanu zdrowia lub dobrą ocenę stanu zdrowia.

W przypadku dzieci, szczególnie tych najmłodszych, duża część świadczeń musi być wykonywana w warunkach hospitalizacji, a nie jak w przypadku osób dorosłych, w warunkach ambulatoryjnych.

W 2015 r. na wszystkich oddziałach szpitalnych przebywało ponad 1 441 tys. dzieci i młodzieży, a do ich leczenia przeznaczono 31 239 łóżek.

Wśród przyczyn hospitalizacji niezabiegowych dominowały:

- zakażenia dolnych dróg oddechowych;
- biegunki i zaburzenia żołądkowo-jelitowe;
- zakażenie górnych dróg oddechowych;
- zakażenia układu moczowego;
- nudności i wymioty;
- urazy głowy;
- padaczka;
- cukrzyca;
- odwodnienie;
- alergie;
- zaburzenia rozwoju fizycznego;
- nadciśnienie tętnicze;
- zakażenia wirusowe;
- bóle głowy,

a wśród hospitalizacji związanych z leczeniem chorób nowotworowych – ostra białaczka limfoblastyczna.

Niezabiegowe leczenie szpitalne dzieci w 2016 r. było realizowane we wszystkich grupach pediatrycznych z sekcji P – Choroby dzieci. Łącznie leczonych w ramach pobytu w szpitalu było 412 073 małych pacjentów. Świadczeniodawcy sprawozdali 449 809 hospitalizacji o łącznej wartości ponad 1 026 mln zł.

Współczynnik rehospitalizacji dla całej sekcji P wyniósł około 1,092. Najwięcej hospitalizacji w 2016 r. zrealizowano w grupie P22 Infekcyjne i nieinfekcyjne zapalenie żołądka i jelit – 20,34% wszystkich sprawozdanych świadczeń. Drugą w kolejności była grupa P04 Choroby dolnych dróg oddechowych, której udział wyniósł 16,74%. Tylko w tych dwóch grupach sprawozdano łącznie 166 771 hospitalizacji.

Pod względem wartości hospitalizacji najwyższy udział w kosztach miały także wspomniane wyżej grupy. 22,51% wszystkich wydatków na świadczenia pediatryczne pochłonęła grupa P04 Choroby dolnych dróg oddechowych, a 21,27% grupa P22 Infekcyjne i nieinfekcyjne zapalenie żołądka i jelit.

Największy udział najmłodszych pacjentów, poniżej 1. r.ż., obserwowany był w grupach:

- P04 Choroby dolnych dróg oddechowych – 31,61%;
- P06 Mniejsze infekcje (w tym choroby immunologiczne) – 30,82%.

Najwięcej (w wartościach względnych) pacjentów z najstarszej grupy wiekowej 7-18 r.ż. odnotowano w grupach:

- P29 Bóle głowy - diagnostyka i leczenie > 3 dni – 91,1%;
- P24 Cukrzyca – 83,24%.

Największy odsetek hospitalizacji (powyżej 80%) w oddziałach pediatrycznych obserwowany był w grupach:

- P08 Drgawki gorączkowe – 95,75%;
- P03 Choroby górnego odcinka dróg oddechowych – 92,93%;
- P01 Astma lub trudności w oddychaniu – 88,26%;
- P06 Mniejsze infekcje (w tym choroby immunologiczne) – 86,84%;
- P09 Choroby układu nerwowego – 86,39%;
- P22 Infekcyjne i nieinfekcyjne zapalenie żołądka i jelit – 83,10%;
- P04 Choroby dolnych dróg oddechowych – 82,93%;
- P05 Główne infekcje (w tym choroby immunologiczne) – 82,13%;
- P12 Inne zaburzenia żołądkowo-jelitowe i metaboliczne – 81,05%.

Czas hospitalizacji we wszystkich grupach sekcji P – Choroby dzieci był relatywnie krótki. W większości grup i typu szpitala realizującego świadczenie, mediana czasu pobytu wynosiła 2-3 dni. Dłuższe czasy obserwowano w grupach: P04 Choroby dolnych dróg oddechowych, P05 Główne infekcje (w tym choroby immunologiczne), P06 Mniejsze infekcje (w tym choroby immunologiczne), P26 Leczenie nowotworów z pw > 7 dni i P29 Bóle głowy - diagnostyka i leczenie > 3 dni.

Dłuższe czasy odnotowano jedynie dla hospitalizacji pacjentów poniżej 1. r.ż. hospitalizacji. W grupie P24 Cukrzyca najmłodszy pacjent leczenia byli przeciętnie 4 dni dłużej (mediana pobytu 7 dni), a w grupach P01 Astma lub trudności w oddychaniu i P04 Choroby dolnych dróg oddechowych – 2 dni (mediana pobytu odpowiednio 5 i 7 dni).

Zwraca uwagę znaczna niejednorodność większości grup sekcji P – Choroby dzieci. Charakterystyka grup umożliwia rozliczanie świadczeń pediatrycznych w innych grupach realizowanych także

w zakresie: pediatria, ale o wartości punktowej wyższej niż grupa bazowa. Niejednokrotnie rozpoznania z jednej grupy P kierują do kilku grup o różnej wartości. Często są to rozpoznania z tej samej kategorii dwuznakowej klasyfikacji ICD-10. Obserwowano także rozpoznania wątpliwe pod względem ich zasadności umieszczenia w charakterystyce grup poddanych analizie.

Dokładne badanie produktów realizowanych w całym zakresie: pediatria, będzie przedmiotem dalszych prac Agencji.

W celu porównania sposobów realizacji i rozliczania niezabiegowych świadczeń szpitalnych udzielanych dzieciom w Polsce i za granicą, dokonano analizy systemów w 12 krajach. Przeanalizowano rozwiązania w 10 państwach europejskich oraz Australii i Nowej Zelandii. Ze względu na brak informacji szczegółowych, nie było możliwe bezpośrednie porównanie rozwiązań międzynarodowych.

Nie poszukiwano krajowych i zagranicznych cen komercyjnych.

Do wyliczenia taryf wykorzystano dane zgromadzone w trakcie trzech prowadzonych postępowań. Dwa z nich dedykowane były ogólnie uzyskaniu plików finansowo-księgowych z podmiotów leczniczych realizujących świadczenia w zakresie leczenia szpitalnego za rok 2015 oraz jedno dedykowane pacjentom poniżej 18 r.ż. w trakcie którego pozyskiwano dane dotyczące świadczeń udzielonych w 2016 r.

W celu wyboru najbardziej optymalnej propozycji taryf dla świadczeń rozliczanych poprzez grupy z sekcji P, przeprowadzono kilka rodzajów analiz. Wybrano wariant, którego podstawę stanowiło założenie istnienia różnic w ponoszonych kosztach pomiędzy oddziałami na niższym poziomie referencyjności oraz oddziałami wysoko wyspecjalizowanymi. Przedstawione podejście oparte było o obiektywne, mierzalne wskaźniki i w dobry sposób obrazowało różnice pomiędzy poszczególnymi typami szpitali.

W przypadku dwóch grup: P08 Drgawki gorączkowe oraz P09 Choroby układu nerwowego, drugi sposób analizy pokazał, że są jednymi z nielicznych, w przypadku których aktualna wycena jest niewystarczająca na zrefundowanie kosztu średniej hospitalizacji nawet przy przyjęciu najniższego, obliczonego na podstawie danych rzeczywistych, dziennego kosztu pobytu pacjenta. W związku z powyższym, pomimo tego, że grupy te realizowane są najliczniej w szpitalach powiatowych, proponuje się przyjęcie w tym przypadku zwiększenia wysokości taryf w stopniu analogicznym jak dla szpitali klinicznych (7%).

Propozycje taryf przedstawiają się następująco:

- P01 - Astma lub trudności w oddychaniu – 38,38 pkt., wzrost o 1%;
- P03 - Choroby górnego odcinka dróg oddechowych – 26,26 pkt., wzrost o 1%;
- P04 - Choroby dolnych dróg oddechowych – 60,6 pkt., wzrost o 1%;
- P05 - Główne infekcje (w tym choroby immunologiczne) – 97,85 pkt., wzrost o 3%;
- P06 - Mniejsze infekcje (w tym choroby immunologiczne) – 42,42 pkt., wzrost o 1%;
- P07 – Nowotwory – 55,64 pkt. pkt., wzrost o 7%;
- P08 - Drgawki gorączkowe – 18,19 pkt. pkt., wzrost o 7%;
- P09 - Choroby układu nerwowego – 23,54 pkt., wzrost o 7%;
- P10 - Choroby endokrynologiczne (bez cukrzycy) – 62,06 pkt., wzrost o 7%;
- P11 - Poważne choroby żołądkowo-jelitowe i metaboliczne – 54,57 pkt., wzrost o 7%;
- P12 - Inne zaburzenia żołądkowo-jelitowe i metaboliczne – 30,3 pkt., wzrost o 1%;
- P13 – Alergie – 55,64 pkt., wzrost o 7%;

- P14 - Pourazowe uszkodzenia poza uszkodzeniem mózgu – 24,72 pkt., wzrost o 3%;
- P15 - Zaburzenia zachowania – 42,23 pkt., wzrost o 3%;
- P16 - Poważne schorzenia uwarunkowane genetycznie i inne choroby wrodzone – 37,45 pkt., wzrost o 7%;
- P17 - Choroby układu moczowo - płciowego – 30,9 pkt., wzrost o 3%;
- P18 - Choroby nerek z niewydolnością nerkową – 85,6 pkt., wzrost o 7%;
- P19 - Choroby krwi – 37,45 pkt., wzrost o 7%;
- P20 - Choroby skóry, układu mięśniowo-kostnego lub tkanki łącznej – 42,23 pkt., wzrost o 3%;
- P21 - Choroby układu krążenia powiatowy – 53,53 pkt., wzrost o 1%;
- P22 - Infekcyjne i nieinfekcyjne zapalenie żołądka i jelit powiatowy – 48,48 pkt., wzrost o 1%;
- P23 – Padaczka wojewódzki – 61,8 pkt., wzrost o 3%;
- P24 – Cukrzyca klinika – 72,76 pkt., wzrost o 7%;
- P25 - Uraz głowy z urazem mózgu – 23,69 pkt., wzrost o 3%;
- P26 - Leczenie nowotworów z pw > 7 dni – 108,07 pkt., wzrost o 7%;
- P27 - Guzy lite układu nerwowego – 71,69 pkt., wzrost o 7%;
- P28 - Guzy lite narządów, tkanek i innych układów – 62,06 pkt., wzrost o 7%;
- P29 - Bóle głowy - diagnostyka i leczenie > 3 dni – 50,47 pkt., wzrost o 3%.

Średni wzrost wycen wg powyższej propozycji wyniesie 4%.

Należy podkreślić, że powyższe, dość ogólne propozycje, stanowią dopiero pierwszy etap procesu taryfikacji świadczeń obejmujących leczenie dzieci. Zidentyfikowane niedoskonałości konstrukcji grup sekcji P skutkują możliwością rozliczania wielu świadczeń w korzystniej wycenionych grupach z innych sekcji, co wpływa na zaburzenie statystyk i nie w pełni odzwierciedla strukturę realizowanych świadczeń. Niezbędne jest zatem przeprowadzenie dalszych, szczegółowych analiz, obejmujących zarówno charakterystyki grup, jak i koszty związane z leczeniem pacjentów.

Kolejne działania obejmą detaliczną analizę danych klinicznych i kosztowych dotyczących świadczeń zrealizowanych w ramach grup z sekcji P oraz grup z pozostałych sekcji, dedykowanych pacjentom poniżej 18 roku życia. Efektem tych prac będą propozycje zarówno w zakresie kształtu grup jak i dotyczące ich wyceny.

Przyjęcie taryf w proponowanej wysokości będzie wiązało się ze wzrostem wydatków płatnika publicznego o 25,8 mln zł, co stanowi 2,4% wartości zrealizowanych w 2006 roku świadczeń. Należy jednak pamiętać, że istotnym ograniczeniem powyższych wyliczeń jest przyjęcie uproszczonej metody oszacowań. W związku z powyższym rzeczywisty skutek finansowy może być inny. Z uwagi na dużą liczbę hospitalizacji 0 i 1-dniowych, w istotny sposób wpływających na średnią wartość hospitalizacji (w większości przypadków jest niższa od wartości „nominalnej” wynikającej z iloczynu wyceny punktowej i ceny punktu), rzeczywisty skutek finansowy może być inny.

6. Bibliografia

Demografia GUS, 2017	http://demografia.stat.gov.pl/bazademografia ; dostęp 6.06.2017 r.
Dzieci w Polsce, GUS 2015	Dzieci w Polsce w 2014 roku Charakterystyka demograficzna, GUS 2015
Zdrowie 2015, GUS	Zdrowie i ochrona zdrowia w 2015 roku, Warszawa 2017.
Barometr WHC, 2017	Barometr Fundacji Watch Health Care nr 16/1/04/2017, www.korektorzdrowia.pl , dostęp 8.06.2017

7. Spis tabel i rysunków

Tabele

Tabela 1 Zakresy świadczeń sekcji P (źródło: Załącznik nr 1 do Zarządzenia nr 1/2017/DSOZ Prezesa NFZ).....	17
Tabela 2 Katalog świadczeń szpitalnych sekcji P wraz z wartością pieniężną (źródło: Załącznik nr 1 do Zarządzenia nr 1/2017/DSOZ Prezesa NFZ)	20
Tabela 3 Urodzenia w Polsce w 2016 r. (Demografia GUS, 2017)	24
Tabela 4 Grupy wiekowe dzieci i młodzieży ogółem w latach 2004-2016 (demografia GUS, 2017)	24
Tabela 5 Grupy wiekowe dzieci i młodzieży płci męskiej, w latach 2004-2016 (demografia GUS, 2017).....	25
Tabela 6 Grupy wiekowe dzieci i młodzieży płci żeńskiej, w latach 2004-2016 (demografia GUS, 2017)	25
Tabela 7 Zgony w grupie wiekowej 0-18 r.ż. w 2015 r. (demografia GUS, 2017)	27
Tabela 8 Pracownicy medyczni posiadający prawo wykonywania zawodu medycznego, wg. województw, stan na 31.12.2014 r. (Zdrowie GUS, 2017).....	29
Tabela 9 Pracownicy medyczni pracujący w podmiotach (publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej oraz praktyki) objętych sprawozdawczością Ministerstwa Zdrowia, wg. województw, stan na 31.12.2015 r. (Zdrowie GUS, 2017).....	29
Tabela 10 Lekarze ze specjalizacją II stopnia i z tytułem specjalisty (łącznie ze specjalistami dziecięcymi), stan na 31.12.2015 r. (Zdrowie GUS, 2017).....	30
Tabela 11 Wybrane oddziały stacjonarne w szpitalach ogólnych, bez szpitali prowadzących wyłącznie działalność dzienną, stan na 31.12.2015 r. (Zdrowie GUS, 2017).....	30
Tabela 12 Działalność wybranych oddziałów stacjonarnych w szpitalach ogólnych, bez szpitali prowadzących wyłącznie działalność dzienną, stan na 31.12.2015 r. (Zdrowie GUS, 2017)	31
Tabela 13 Dzieci i młodzież leczeni w wybranych oddziałach stacjonarnych w szpitalach ogólnych, stan na 31.12.2015 r. (opracowanie własne na podstawie: Zdrowie GUS, 2017).....	32
Tabela 14 Kolejki osób oczekujących na przyjęcie do oddziałów szpitalnych – przypadki stabilne	32
Tabela 15 Kolejki osób oczekujących na przyjęcie do oddziałów szpitalnych – przypadki pilne (opracowanie własne na podstawie Ogólnopolskiego Informatora o Czasie Oczekiwania na Świadczenia Medyczne).....	33
Tabela 14 Grupy możliwe do realizacji i rozliczenia w zakresie: Pediatria.....	43
Tabela 15 Rozpoznania sprawozdane do NFZ (powyżej 1% udziału) w grupie P01 w 2016 r. (źródło: statystyka JGP, NFZ 2017)	46
Tabela 16 Rozpoznania sprawozdane do NFZ (powyżej 1% udziału) w grupie P03 w 2016 r. (źródło: statystyka JGP, NFZ 2017)	46
Tabela 17 Rozpoznania sprawozdane do NFZ (powyżej 1% udziału) w grupie P04 w 2016 r. (źródło: statystyka JGP, NFZ 2017)	48
Tabela 18 Rozpoznania sprawozdane do NFZ (powyżej 1% udziału) w grupie P05 w 2016 r. (źródło: statystyka JGP, NFZ 2017)	49
Tabela 19 Rozpoznania sprawozdane do NFZ (powyżej 1% udziału) w grupie P06 w 2016 r. (źródło: statystyka JGP, NFZ 2017)	50
Tabela 20 Rozpoznania sprawozdane do NFZ (powyżej 1% udziału) w grupie P07 w 2016 r. (źródło: statystyka JGP, NFZ 2017)	51
Tabela 21 Rozpoznania sprawozdane do NFZ (powyżej 1% udziału) w grupie P08 w 2016 r. (źródło: statystyka JGP, NFZ 2017)	52
Tabela 22 Rozpoznania sprawozdane do NFZ (powyżej 1% udziału) w grupie P09 w 2016 r. (źródło: statystyka JGP, NFZ 2017)	53
Tabela 23 Rozpoznania sprawozdane do NFZ (powyżej 1% udziału) w grupie P10 w 2016 r. (źródło: statystyka JGP, NFZ 2017)	53
Tabela 24 Rozpoznania sprawozdane do NFZ (powyżej 1% udziału) w grupie P11 w 2016 r. (źródło: statystyka JGP, NFZ 2017)	55
Tabela 25 Rozpoznania sprawozdane do NFZ (powyżej 1% udziału) w grupie P12 w 2016 r. (źródło: statystyka JGP, NFZ 2017)	60
Tabela 26 Rozpoznania sprawozdane do NFZ (powyżej 1% udziału) w grupie P13 w 2016 r. (źródło: statystyka JGP, NFZ 2017)	60
Tabela 27 Rozpoznania sprawozdane do NFZ (powyżej 1% udziału) w grupie P14 w 2016 r. (źródło: statystyka JGP, NFZ 2017)	61
Tabela 28 Rozpoznania sprawozdane do NFZ (powyżej 1% udziału) w grupie P15 w 2016 r. (źródło: statystyka JGP, NFZ 2017)	61
Tabela 29 Rozpoznania sprawozdane do NFZ (powyżej 1% udziału) w grupie P16 w 2016 r. (źródło: statystyka JGP, NFZ 2017)	69
Tabela 30 Rozpoznania sprawozdane do NFZ (powyżej 1% udziału) w grupie P17 w 2016 r. (źródło: statystyka JGP, NFZ 2017)	70
Tabela 31 Rozpoznania sprawozdane do NFZ (powyżej 1% udziału) w grupie P18 w 2016 r. (źródło: statystyka JGP, NFZ 2017)	71
Tabela 32 Rozpoznania sprawozdane do NFZ (powyżej 1% udziału) w grupie P19 w 2016 r. (źródło: statystyka JGP, NFZ 2017)	72
Tabela 33 Rozpoznania sprawozdane do NFZ (powyżej 1% udziału) w grupie P20 w 2016 r. (źródło: statystyka JGP, NFZ 2017)	73
Tabela 34 Rozpoznania sprawozdane do NFZ (powyżej 1% udziału) w grupie P21 w 2016 r. (źródło: statystyka JGP, NFZ 2017)	74
Tabela 35 Rozpoznania sprawozdane do NFZ (powyżej 1% udziału) w grupie P22 w 2016 r. (źródło: statystyka JGP, NFZ 2017)	74
Tabela 36 Rozpoznania sprawozdane do NFZ (powyżej 1% udziału) w grupie P23 w 2016 r. (źródło: statystyka JGP, NFZ 2017)	75
Tabela 37 Rozpoznania sprawozdane do NFZ (powyżej 1% udziału) w grupie P24 w 2016 r. (źródło: statystyka JGP, NFZ 2017)	75

Tabela 38 Rozpoznania sprawozdane do NFZ (powyżej 1% udziału) w grupie P25 w 2016 r. (źródło: statystyka JGP, NFZ 2017)	76
Tabela 39 Rozpoznania sprawozdane do NFZ (powyżej 1% udziału) w grupie P26 w 2016 r. (źródło: statystyka JGP, NFZ 2017)	76
Tabela 40 Rozpoznania sprawozdane do NFZ (powyżej 1% udziału) w grupie P27 w 2016 r. (źródło: statystyka JGP, NFZ 2017)	76
Tabela 41 Rozpoznania sprawozdane do NFZ (powyżej 1% udziału) w grupie P28 w 2016 r. (źródło: statystyka JGP, NFZ 2017)	77
Tabela 42 Rozpoznania sprawozdane do NFZ (powyżej 1% udziału) w grupie P29 w 2016 r. (źródło: statystyka JGP, NFZ 2017)	78
Tabela 45 Informacje dotyczące przeprowadzonego postępowania.....	82
Tabela 46 Realizacja poszczególnych grup w wybranych kategoriach szpitali	82
Tabela 47 Liczba ośrodków powstawania kosztów przyjęta do analizy rentowności	84
Tabela 48 Średnie wskaźniki rentowności dla poszczególnych kategorii szpitali	84
Tabela 49 Wykaz grup z sekcji P wraz z propozycją zwiększenia wycen.....	85
Tabela 50 Podstawowe miary dotyczące długości hospitalizacji (z wyłączeniem hospitalizacji 0 i 1- dniowych)	86
Tabela 51 Parametry jednostki optymalnej w wariancie minimalnym i wzorcowym	87
Tabela 52 Rzeczywiste jednostkowe koszty zasobów wykorzystane w modelu.....	88
Tabela 53 Porównanie aktualnej wyceny z obliczonym średnim kosztem hospitalizacji	88
Tabela 54 Wykaz grup z sekcji P wraz z propozycją zwiększenia wycen.....	89
Tabela 55 Projekty taryf.....	91
Tabela 56 Analiza wpływu na budżet płatnika	94

Wykresy

Wykres 1. Zgony osób w wieku 1-19 lat w 2013 r. wg przyczyn (źródło: Dzieci w Polsce w 2014 roku, GUS 2015)	15
Wykres 2. Liczebność grup wiekowych dzieci i młodzieży w latach 2004-2016 (Demografia GUS, 2017).....	25
Wykres 3 Zmiany w populacji dzieci i młodzieży w latach 2004-2016 (demografia GUS, 2017).....	26
Wykres 4. Dzieci i młodzież według skumulowanych grup wieku, stan w dniu 31.12.2016 r. (Demografia GUS, 2017).....	26
Wykres 5. Zgony w populacji 1-18 r.ż. w 2015 r.	28
Wykres 2. Średni czas oczekiwania (w miesiącach) na przyjęcie do oddziału szpitalnego (Barometr WHC. Raport na temat zmian w dostępności do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w Polsce za okres 2012-2017. Fundacja Watch Health Care).....	34
Wykres 6. Średni czas oczekiwania na wizytę u specjalisty w lutym i marcu 2017 r. (Barometr Fundacji Watch Health Care nr 16/1/04/2017, www.korektorzdrowia.pl)	35
Wykres 7. Hospitalizacje w grupach sekcji P – Choroby dzieci oraz udział hospitalizacji w oddziałach pediatrycznych w 2016 r.....	36
Wykres 8. Wartość hospitalizacji zrealizowanych w grupach sekcji P – Choroby dzieci w 2016 r.....	36
Wykres 9. Struktura wieku pacjentów hospitalizowanych w grupach sekcji P – Choroby dzieci w 2016 r.....	37
Wykres 10. Czas hospitalizacji w zależności od wieku pacjenta, w grupach sekcji P – Choroby dzieci w 2016 r.....	38
Wykres 11. Mediana czasu hospitalizacji w poszczególnych typach szpitali w grupach sekcji P – Choroby dzieci w 2016 r.....	38
Wykres 12. Dominanta czasu hospitalizacji w poszczególnych typach szpitali w grupach sekcji P – Choroby dzieci w 2016 r.....	39
Wykres 13. Struktura hospitalizacji w grupach sekcji P – Choroby dzieci w 2016 r., wg zakresów świadczeń.....	40
Wykres 14. Tryb przyjęcia w grupach sekcji P – Choroby dzieci w 2016 r.....	41
Wykres 15. Hospitalizacje w grupach sekcji P – Choroby dzieci w 2016 r. wg typu szpitala	41
Wykres 16. Struktura hospitalizacji w grupach sekcji P – Choroby dzieci w 2016 r. wg typu szpitala.....	42
Wykres 17. Udział hospitalizacji w sekcji P dla poszczególnych typów szpitali.....	42

8. Załączniki

- Załącznik 1. Warunki realizacji świadczeń obejmujących zachowawcze leczenie szpitalne dzieci
- Załącznik 2. Charakterystyka grup sekcji P
- Załącznik 3. Wykaz świadczeniodawców, którzy przekazali dane kosztowe
- Załącznik 4. Model jednostki optymalnej