



Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

Wydział Taryfikacji

Świadczenia gwarantowane obejmujące zabiegi w obrębie układu mięśniowo-szkieletowego lub tkanek miękkich finansowane w ramach JGP: H81–H84

Raport w sprawie ustalenia taryfy świadczeń

nr WT.521.19.2016

data ukończenia 5.10.2017

Objaśnienia skrótów

Agencja/AOTMiT	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
bd.	brak danych
CPL	względne poziomy cen (ang. <i>comparative price levels</i>)
ICD-9 PL/ICD-9	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
MZ	Ministerstwo Zdrowia
nd.	nie dotyczy
NLPZ	niesteroidowe leki przeciwzapalne
NFZ/Płatnik	Narodowy Fundusz Zdrowia
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 świadczenie.....	9
2.1. Charakterystyka świadczenia	9
2.2. Aktualny stan finansowania w Polsce	13
2.3. Analiza popytu i podaży.....	21
2.4. Stan finansowania w innych krajach	76
2.5. Cenniki komercyjne	110
3. Projekt taryfy.....	112
3.1. Pozyskanie danych.....	112
3.2. Analiza danych.....	119
3.1. Projekt taryfy.....	161
4. Analiza wpływu na system opieki zdrowotnej	163
4.1. Analiza wpływu na budżet płatnika publicznego	163
4.2. Analiza wpływu na organizację systemu opieki zdrowotnej	165
5. Najważniejsze informacje i wnioski.....	170
6. Bibliografia	178
7. Spis tabel i rycin	179
8. Załączniki.....	187

1. Problem decyzyjny

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

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

Przedmiotem opracowania 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	Zabiegi na nerwach czaszkowych i obwodowych	04.3, 04.499, 04.51, 04.52, 04.74, 04.76, 04.91
	Wycięcie martwaka	77.01, 77.02, 77.03, 77.04, 77.05, 77.06, 77.07, 77.08, 77.091, 77.092, 77.093
	Inne nacięcie kości bez rozdzielenia	77.11, 77.12, 77.13, 77.14, 77.15, 77.16, 77.17, 77.18, 77.191, 77.192, 77.193
	Inne rozdzielenie kości	77.31, 77.32, 77.33, 77.34, 77.35, 77.36, 77.37, 77.38, 77.391, 77.392, 77.393
	Biopsja kości	77.41, 77.42, 77.43, 77.44, 77.45, 77.46, 77.47, 77.48, 77.491, 77.492, 77.493
	Nacięcie, wycięcie i rozdzielenie innych kości	77.53, 77.562, 77.571, 77.572, 77.573, 77.574
	Miejscowe wycięcie zmiany lub tkanki kości	77.62, 77.63, 77.64, 77.65, 77.66, 77.67, 77.68, 77.691, 77.692, 77.693
	Inne częściowe wycięcie kości	77.81, 77.82, 77.83, 77.84, 77.85, 77.86, 77.87, 77.88, 77.891, 77.892, 77.893
	Przeszczep kostny (autogeny) (heterogeny)	78.020, 78.021, 78.022, 78.023, 78.024, 78.025, 78.026, 78.027, 78.028, 78.029
	Zabiegi skracania kości	78.229, 78.230, 78.239
	Inne zabiegi naprawcze kości	78.412, 78.413, 78.415, 78.417, 78.418
	Zabieg naprawczy złęgo zrostu lub braku zrostu:	78.421, 78.422, 78.423, 78.424, 78.425, 78.426, 78.427, 78.428, 78.429
	Usunięcie mechanicznych implantów z kości	78.611, 78.612, 78.613, 78.614, 78.615, 78.617, 78.618, 78.631, 78.632, 78.633, 78.634, 78.635, 78.636, 78.637, 78.638
	Artrotomia celem usunięcia protezy	80.09
	Inna artrotomia	80.11, 80.12, 80.13, 80.14, 80.15, 80.16, 80.17, 80.18, 80.191, 80.192, 80.193, 80.194, 80.195, 80.196, 80.197, 80.198, 80.199
	Biopsja stawu	80.39
	Uwolnienie przerośniętej lub zaciskającej torebki stawowej	80.431, 80.432, 80.433, 80.434, 80.435, 80.436, 80.437, 80.438, 80.439
	Uwolnienie stawu	80.441, 80.442, 80.443, 80.444, 80.445, 80.446, 80.447, 80.448, 80.449
	Uwolnienie więzadła	80.451, 80.452, 80.453, 80.454, 80.455, 80.456, 80.457, 80.458, 80.459
	Wycięcie łąkotki kolana (meniscektomia)	80.6
	Inne wycięcie tkanek stawu	80.91, 80.92, 80.93, 80.94, 80.95, 80.96, 80.97, 80.98
	Inne miejscowe wycięcie lub zniszczenie zmiany stawu	80.81, 80.82, 80.83, 80.84, 80.85, 80.86, 80.87, 80.88, 80.89
	Inne wycięcie tkanek stawu	80.91, 80.92, 80.93, 80.94, 80.95, 80.96, 80.97, 80.98
	Artrodeza i operacyjne ograniczenie ruchomości stopy i stawu skokowego	81.28

	Inne zabiegi naprawcze w zakresie stawów kończyny dolnej	81.42, 81.43, 81.44, 81.45, 81.46, 81.47, 81.49
	Inne zabiegi w zakresie stawów	81.93, 81.94, 81.95
	Zabiegi w zakresie mięśni, ścięgien i powięzi ręki	82.011, 82.012, 82.013, 82.02, 82.03, 82.04, 82.11, 82.12, 82.19, 82.211, 82.22, 82.29, 82.31, 82.32, 82.331, 82.339, 82.34, 82.351, 82.359, 82.36, 82.39, 82.41, 82.42, 82.43, 82.44, 82.45, 82.46, 82.51, 82.52, 82.53, 82.54, 82.55, 82.56, 82.57, 82.58, 82.59, 82.711, 82.719, 82.851, 82.859, 82.861, 82.869, 82.891, 82.892, 82.899, 82.911, 82.919, 82.99
	Zabiegi w zakresie mięśni, ścięgien, powięzi i kaletki, z wyjątkiem ręki	83.011, 83.012, 83.019, 83.02, 83.031, 83.039, 83.09, 83.12, 83.132, 83.133, 83.134, 83.141, 83.142, 83.143, 83.144, 83.149, 83.191, 83.192, 83.311, 83.312, 83.322, 83.323, 83.329, 83.391, 83.399, 83.41, 83.43, 83.44, 83.5, 83.61, 83.62, 83.641, 83.649, 83.659, 83.71, 83.72, 83.73, 83.74, 83.75, 83.76, 83.771, 83.81, 83.82, 83.83, 83.853, 83.86, 83.87, 83.881, 83.882, 83.883, 83.884, 83.91, 83.999
	Amputacje	84.002, 84.003, 84.004, 84.03, 84.05, 84.101, 84.102, 84.103, 84.104, 84.121, 84.122, 84.123, 84.124, 84.125, 84.129, 84.151
	Rewizja kikuta po amputacji	84.33
	Zabiegi w zakresie skóry i tkanki podskórnej	86.03, 86.04, 86.051, 86.052, 86.053, 86.21, 86.221, 86.222, 86.223, 86.229, 86.271, 86.272, 86.281, 86.282, 86.283, 86.284, 86.601, 86.602, 86.603, 86.609, 86.61, 86.62, 86.63, 86.71, 86.72, 86.73, 86.741, 86.742, 86.743, 86.744, 86.745, 86.746, 86.751, 86.752, 86.79, 86.89, 86.91
	Usunięcie zespolenia zewnętrznego	97.171, 97.172, 97.173, 97.174, 97.175, 97.176, 97.177
Kod ICD-10	Zakażenia przenoszone głównie drogą płciową	A52.7, A54.4
	Nowotwór złośliwy kości i chrząstki stawowej	C40.0, C40.1, C40.2, C40.3, C40.8, C40.9, C41.2, C41.3, C41.4, C41.8, C41.9
	Nowotwory złośliwe mezotelium i tkanek miękkich	C49.1, C49.2, C49.3, C49.4, C49.5, C49.6, C49.8, C49.9
	Nowotwory złośliwe niedokładnie określone, wtórne i o nieokreślonym umiejscowieniu	C79.5
	Nowotwory niezłośliwe	D16.0, D16.1, D16.2, D16.3, D16.6, D16.7, D16.8, D16.9, D21.1, D21.2, D21.3, D21.5, D21.6, D21.9
	Cukrzyca	E10.5, E11.5, E12.5, E13.5, E14.5
	Mononeuropatie kończyny górnej	G56.0, G56.2, G56.3, G56.8
	Choroby tętnic, tętniczek i naczyń włosowatych	I70.2, I73.1, I74.2, I74.3
	Zakażenia skóry i tkanki podskórnej	L02.0, L02.1, L02.2, L02.3, L02.4, L02.8, L03.1, L03.2, L03.3, L03.8, L08.0, L08.9
	Choroby przydatków skóry	L60.0, L60.1
	Inne choroby skóry i tkanki podskórnej	L88, L89, L97, L98.0, L98.1, L98.2, L98.3, L98.4, L98.5, L98.6, L98.8, L98.9
	Artropatie związane z zakażeniami	M00.0, M00.1, M00.2, M00.8, M00.9
	Artropatie wielostawowe zapalne	M05.0, M05.3, M05.8, M05.9, M06.0, M06.1, M06.2, M06.3, M06.4, M10.0, M10.1, M10.2, M10.3, M10.4, M10.9, M11.0, M11.1, M11.2, M11.8, M11.9, M12.0, M12.1, M12.2, M12.3, M12.4, M12.5, M12.8, M13.0, M13.1, M13.8, M14.0, M14.1, M14.2, M14.3, M14.4, M14.5, M14.6, M14.8
	Choroby zwyrodnieniowe stawów	M15.0, M15.1, M15.2, M15.3, M15.4, M15.8, M16.0, M16.1, M16.2, M16.3, M16.4, M16.5, M16.6, M16.7, M17.0, M17.1, M17.2, M17.3, M17.4, M17.5, M18.0, M18.1, M18.2, M18.3, M18.4, M18.5, M19.0, M19.1, M19.2, M19.8
	Inne choroby stawów	M20.0, M20.1, M20.2, M20.3, M20.4, M20.5, M21.0, M21.1, M21.2, M21.3, M21.4, M21.5, M21.6, M21.7, M21.8, M22.0, M22.1, M22.2, M22.3, M22.4, M22.8, M23.0, M23.1, M23.2, M23.3, M23.4, M23.5, M23.6, M23.8, M24.0, M24.1, M24.2

		M24.3, M24.4, M24.5, M24.6, M24.7, M24.8, M25.0, M25.1, M25.2, M25.3, M25.4, M25.5, M25.6, M25.7, M25.8
	Układowe choroby tkanki łącznej	M32.0, M32.1, M32.8, M32.9, M35.4, M35.5, M36.1, M36.2, M36.3, M36.4
	Zniekształcające choroby grzbietu	M40.0, M40.1, M40.2, M40.3, M40.4, M41.0, M41.1, M41.2, M41.3, M41.4, M41.5, M41.8, M42.0, M42.1, M42.9, M43.0, M43.1, M43.2, M43.3, M43.4, M43.5, M43.6, M43.8, M43.9
	Choroby kręgosłupa	M45, M46.0, M46.1, M46.2, M46.3, M46.4, M46.5, M46.8, M47.0, M47.1, M47.2, M47.8, M48.0, M48.1, M48.2, M48.3, M48.4, M48.5, M48.8,
	Inne choroby grzbietu	M50.0, M50.1, M50.2, M50.3, M50.8, M51.0, M51.1, M51.2, M51.3, M51.4, M51.8, M53.0, M53.1, M53.2, M53.3
	Choroby tkanek miękkich	M60.0, M60.1, M60.2, M60.8, M60.9, M61.0, M61.1, M61.2, M61.3, M61.4, M61.5, M62.0, M62.1, M62.4, M65.0, M65.1, M65.2, M65.3, M65.4, M65.8, M65.9, M66.0, M66.1, M66.2, M66.3, M66.4, M67.0, M67.1, M67.2, M67.3, M67.4, M67.8, M70.0, M70.1, M70.2, M70.3, M70.4, M70.5, M70.6, M70.7, M70.8, M71.0, M71.1, M71.2, M71.3, M71.4, M71.5, M71.8, M71.9, M72.0, M72.1, M72.2, M72.3, M72.4, M72.5, M72.8, M75.0, M75.1, M75.2, M75.3, M75.4, M75.5, M75.8, M76.0, M76.1, M76.2, M76.3, M76.4, M76.5, M76.6, M76.7, M76.8, M77.0, M77.1, M77.2, M77.3, M77.4, M77.5, M79.5
	Choroby tkanki kostnej i chrzęstnej	M80.0, M80.1, M80.2, M80.3, M80.4, M80.5, M80.8, M84.0, M84.1, M84.2, M84.3, M84.4, M84.8, M85.0, M85.1, M85.2, M85.3, M85.4, M85.5, M85.6, M85.8, M85.9, M86.0, M86.1, M86.2, M86.3, M86.4, M86.5, M86.6, M86.8, M87.0, M87.1, M87.2, M87.3, M87.8, M88.8, M89.0, M89.1, M89.2, M89.3, M89.4, M89.5, M89.6, M89.8, M91.0, M91.1, M91.8, M92.0, M92.1, M92.2, M92.3, M92.4, M92.5, M92.6, M92.7, M92.8, M93.0, M93.1, M93.2, M93.8, M94.0, M94.1, M94.2, M94.3, M94.8, M94.9
	Choroby tkanki kostnej i chrzęstnej	M86.0, M86.1, M86.2, M86.3, M86.4, M86.5, M86.6, M86.8,
	Inne choroby układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej	M95.0, M95.1, M95.2, M95.3, M95.4, M95.5, M95.8, M96.0, M96.1, M96.2, M96.3, M96.4, M96.5, M96.6, M96.8, M96.9, M99.0, M99.1, M99.2, M99.3, M99.4, M99.5, M99.6, M99.7, M99.8, M99.9
	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, Q67.1, Q67.2, Q67.3, Q67.4, Q67.6, Q67.7, Q68.0, Q68.1, Q68.2, Q68.3, Q68.4, Q68.5, Q68.8, Q69.0, Q69.1, Q69.2, Q69.9, Q70.0, Q70.1, Q70.2, Q70.3, Q70.4, 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, Q77.0, Q77.3, Q77.4, Q77.5, Q77.6, Q77.7, Q77.8, Q77.9, Q78.0, Q78.1, Q78.2, Q78.3, Q78.5, Q78.6, Q78.8, Q78.9, Q79.8, Q79.9
	Inne określone zespoły wrodzonych wad rozwojowych dotyczące wielu układów	Q87.5
	Biodro trzaskające	R29.4
	Urazy szyi	S12.0, S12.1, S12.2, S12.7, S12.8, S12.9, S13.0, S13.1, S13.2, S13.3, S13.4, S13.5, S13.6, S19.7, S19.8, S19.9
	Urazy klatki piersiowej	S20.2, S20.3, S20.4, S20.7, S20.8, S21.1, S21.2, S21.7, S21.8, S21.9, S22.0, S22.1, S22.2, S22.3, S22.4, S22.8, S22.9, S23.0, S23.1, S23.2, S23.3, S23.4, S23.5, S24.0, S24.1, S24.2, S27.0, S27.1, S27.2, S27.3, S27.6, S27.7, S28.0, S28.1, S29.0, S29.7, S29.8, S29.9
	Urazy brzucha, dolnej części grzbietu, kręgosłupa lędźwiowego i miednicy	S30.7, S31.0, S32.0, S32.1, S32.2, S32.3, S32.4, S32.5, S32.7, S32.8, S33.0, S33.1, S33.2, S33.3, S33.4, S33.6, S33.7, S39.0, S39.6, S39.7, S39.8, S39.9

	Urazy barku i ramienia	S40.0, S40.7, S40.8, S41.0, S41.1, S41.7, S41.8 S42.0, S42.1, S42.2, S42.3, S42.4, S42.7, S42.8, S42.9, S43.0, S43.1, S43.2, S43.3, S43.4, S43.5, S43.6, S43.7, S46.0, S46.1, S46.2, S46.3, S46.7, S46.8, S46.9, S48.0, S48.1, S48.9, S49.7, S49.8, S49.9
	Urazy łokcia i przedramienia	S50.0, S50.1, S50.7, S50.8, S51.0 S51.7, S51.8, S51.9, S52.0, S52.1, S52.2, S52.3, S52.4, S52.5, S52.6, S52.7, S52.8, S52.9 S53.0, S53.1, S53.2, S53.3, S53.4, S56.0, S56.1, S56.2, S56.3, S56.4, S56.5, S56.7, S56.8, S57.0, S57.8, S57.9 S58.0, S58.1, S58.9, S59.7, S59.8, S59.9
	Urazy nadgarstka i ręki	S60.1, S60.7, S61.0, S61.1, S61.7, S61.8, S61.9, S62.0, S62.1, S62.2, S62.3, S62.4, S62.5, S62.6, S62.7, S62.8, S63.0, S63.1, S63.2, S63.3, S63.4, S63.5, S63.6, S63.7, S66.0, S66.1, S66.2, S66.3, S66.4, S66.5, S66.6, S66.7, S66.8, S66.9, S67.0, S67.8, S68.0, S68.1, S68.2, S68.3, S68.4, S68.8, S68.9, S69.7, S69.8, S69.9
	Urazy biodra i uda	S70.0, S70.1, S70.7, S70.8, S70.9, S71.0, S71.1, S71.7, S71.8, S72.0, S72.1, S72.2, S72.3, S72.4, S72.7, S72.8, S72.9, S73.0, S73.1, S76.0, S76.1, S76.2, S76.3, S76.4, S76.7, S77.0, S77.1, S77.2, S78.0, S78.1, S78.9, S79.7, S79.8, S79.9
	Urazy kolana i podudzia	S80.7, S81.0, S81.7, S81.8, S81.9, S82.0, S82.1, S82.2, S82.3, S82.4, S82.5, S82.6, S82.7, S82.8, S82.9, S83.0, S83.1, S83.2, S83.3, S83.4, S83.5, S83.6, S83.7, S86.0, S86.1, S86.2, S86.3, S86.7, S86.8, S86.9, S87.0, S87.8, S88.0, S88.1, S88.9, S89.7, S89.8, S89.9
	Urazy stawu skokowego i stopy	S90.2, S90.7, S91.0, S91.1, S91.2, S91.3, S91.7, S92.0, S92.1, S92.2, S92.3, S92.4, S92.5, S92.7, S93.0, S93.1, S93.2, S93.3, S93.4, S93.5, S93.6, S96.0, S96.1, S96.2, S96.7, S96.8, S96.9, S97.0, S97.1, S97.8, S98.0, S98.1, S98.2, S98.3, S98.4, S99.7, S99.8, S99.9
	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, T01.6, T01.8, T01.9, T02.0, T02.1, T02.2, T02.3, T02.4, T02.5, T02.6, T02.7, T02.8, T03.0, T03.1, T03.2, T03.3, T03.4, T03.8, T04.0, T04.1, T04.2, T04.3, T04.4, T04.7, T04.8, T04.9, T05.0, T05.1, T05.2, T05.3, T05.4, T05.5, T05.6, T05.8, T05.9, T06.4,
	Urazy nieokreślonych części tułowia, kończyn i okolicy ciała	T09.1, T11.1, T13.1
	Powikłania wewnętrznych protez, implantów i przeszczepów ortopedycznych	T84.0, T84.1, T84.2, T84.3, T84.4, T84.5, T84.7
	Powikłanie związane z ponownym przyrośnięciem i amputacją	T87.0, T87.1, T87.2, T87.3, T87.4, T87.5
	Następstwa urazów głowy	T90.0, T90.1, T90.8, T90.9
	Następstwa urazów szyi i tułowia	T91.0, T91.1, T91.2, T91.8, T91.9
	Następstwa urazów kończyny górnej	T92.0, T92.1, T92.2, T92.3, T92.4, T92.5, 92.6, T92.8, T92.9
	Następstwa urazów kończyny dolnej	T93.0, T93.1, T93.2, T93.3, T93.4, T93.5, T93.6, T93.8

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

5.51.01.0008081 – JGP H81 – Kompleksowe zabiegi w chorobach infekcyjnych, nowotworowych kości, stawów i tkanki łącznej > 10 dni

5.51.01.0008082 – JGP H82 – Duże zabiegi w chorobach infekcyjnych, nowotworowych kości, stawów, tkanki łącznej

5.51.01.0008083 – JGP H83 – Średnie zabiegi na tkankach miękkich

5.51.01.0008084 – JGP H84 – Mniejsze zabiegi w obrębie układu mięśniowo-szkieletowego lub tkanek miękkich

zwane dalej: świadczeniami gwarantowanymi finansowanymi w ramach JGP: H81–H84.

2. Taryfikowane świadczenie

2.1. Charakterystyka świadczenia

Wycięcie martwaka

Leczenie przewlekłego zapalenia kości i szpiku wymaga wielokierunkowego podejścia. Oprócz antybiotykoterapii, chirurgicznego oczyszczenia ogniska zapalnego i rekonstrukcji należy uwzględnić inne wymagające leczenia choroby pacjenta, na przykład wyrównać glikemię u pacjentów z cukrzycą, zalecić zaprzestanie palenia papierosów czy leczyć niewydolność wątroby i nerek. Ogólnie przyjmuje się, że przewlekłego zapalenia kości i szpiku nie można wyleczyć bez interwencji chirurgicznej. Leczenie operacyjne przewlekłego zapalenia kości i szpiku polega na wycięciu martwaka oraz resekcji zmienionych bliznowato, zakażonych kości i tkanek miękkich. Po radykalnym oczyszczeniu ogniska zapalnego i tkanek miękkich na kończynę zakłada się pierścieniowy stabilizator zewnętrzny. Rozległa resekcja zniszczonych tkanek najczęściej powoduje powstanie dużej przestrzeni martwej, wywołującej niestabilności kości. W takiej sytuacji konieczna jest kompleksowa rekonstrukcja tkanek miękkich i kości, często ma ona charakter wieloetapowy (Cleveland, 2015, str. 720).

Przeszczep kostny autogeniczny

Przeszczepy kości korowej wykorzystuje się jako wsparcie strukturalne, natomiast kości gąbczastej w celu osteogenezy. Obie funkcje można połączyć, co jest zaletą wykorzystywania przeszczepów. Gdy przeszczepy kostne pochodzą od tego samego pacjenta, pobiera się je z kości piszczelowej, strzałkowej lub biodrowej. Mogą być one źródłem przeszczepów kości korowej, kości gąbczastej oraz bloczków kostnych. Rzadko nadaje się do tego usunięte żebro (Crenshaw, 2015, str. 12).

Amputacje w przypadku nowotworów

Amputacja z powodu nowotworu złośliwego może być trudna technicznie i często wymaga zastosowania niestandardowych płatów, przeszczepów kości lub rozbudowanej protezy w celu uzyskania bardziej funkcjonalnego kikuta. Jednak ratowanie kończyny wiąże się z większą śmiertelnością okołoperacyjną w porównaniu z amputacją. Stanowi bardziej rozległy zabieg chirurgiczny i jest obarczone większym ryzykiem zakażenia, rozejścia się rany, martwicy płata, utraty krwi i zakrzepicy żył głębokich. Długoterminowe powikłania różnią się w zależności od rodzaju rekonstrukcji i obejmują: złamania okołoprotezowe, obluzowania lub zwichnięcia protez, brak wygojenia zastosowanych przeszczepów, złamania przeszczepu, nierówne długości kończyn i późne infekcje. Pacjenci z uratowaną kończyną częściej wymagają kilku kolejnych zabiegów związanych z leczeniem powikłań. Po wstępnej udanej operacji ratowania kończyny i po jej długoterminowym przeżyciu ostatecznie w jednej trzeciej przypadków trzeba wykonać amputację.

Niekiedy amputacja może być stosowana jako zabieg paliatywny u pacjenta z chorobą przerzutową i bólem, który jest oporny na standardowe leczenie chirurgiczne, radioterapię, chemioterapię i opioidowe leczenie bólu.

Większość chorych na kostniakomięsaka okolicy stawu kolanowego leczy się za pomocą jednej z trzech procedur chirurgicznych:

- szerokiego wycięcia z protezowaniem stawu kolanowego,
- szerokiego wycięcia z artrodezą z przeszczepem alogenicznym,
- amputacji na wysokości uda (Toy, 2015, strony 595–596).

Artrotomia

Artrotomia to operacyjne otwarcie stawu (Kusz, 2009, str. 134). Chirurgiczna artrotomia z założeniem drenażu otwartego jest alternatywą artroskopii w septycznym zapaleniu stawu (Zimmermann-Górska, 2016).

Przeszczep skóry pośredniej, pełnej grubości oraz przeszczep skórno-tłuszczowy

Przeszczepem skóry nazywa się jej fragment całkowicie oddzielony od podłoża (a przez to pozbawiony jakiegokolwiek ukrwienia), przeniesiony z odległego anatomicznie miejsca i wszyty w miejsce ubytku. W zależności od tego, czy przeszczep obejmuje całą grubość skóry, czy też tylko jej zewnętrzną warstwę (naskórek i część skóry właściwej), przeszczepy skóry dzieli się na pełnej i pośredniej grubości. Wśród przeszczepów skóry pośredniej grubości zwykle wyróżnia się dodatkowo przeszczepy cienkie, średnie i grube, co zależy od grubości ściętej warstwy skóry użytej jako przeszczep (Trybus, 2016).

Największymi zaletami przeszczepów skóry pośredniej grubości są: łatwość pobierania z możliwością uzyskania przeszczepów o dużych powierzchniach oraz łatwość wgajania w miejscu ubytku (Trybus, 2016).

Niewątpliwie przeszczepy skóry pełnej grubości są najbardziej wartościowym rodzajem przeszczepów skóry. Co prawda ich pobieranie jest nieco bardziej uciążliwe, a wgajanie trudniejsze aniżeli przeszczepów skóry pośredniej grubości, to jednak wszystkie pozostałe cechy decydują o przewadze tych pierwszych. Przeszczepy skóry pełnej grubości znajdują zastosowanie przede wszystkim w pokrywaniu ubytków pooperacyjnych w obrębie twarzy, a także w okolicach stawów i miejscach oporowych (dłonie, podeszwy powierzchni stóp). Ze względu na to, iż ich wgajanie przebiega trudniej i wolniej, wymagają one odpowiedniego podłoża, a także unieruchomienia względem niego po ich wszyciu w brzegi ubytku. Nie mają one jednak tendencji do wtórnego obkurczania się po wgojeniu – dlatego zwykle nie powodują przykurczów bliznowatych oraz utrzymują pierwotne zabarwienie, co ma niebagatelne znaczenie w uzupełnianiu ubytków w obrębie twarzy. Są również wytrzymałe mechanicznie, a z racji powrotu czynności gruczołów skórnych nie wymagają długotrwałego natłuszczania w okresie pooperacyjnym. Ranę po ich pobraniu zamyka się pierwotnie warstwowo, co – niestety – ogranicza rozmiary możliwych do uzyskania przeszczepów; służą więc one zwykle do pokrywania niewielkich ubytków (Trybus, 2016).

Przeszczep skórno-tłuszczowy i przeszczepienie płata uszypułowanego

W celu pokrycia rozległych, głębokich ubytków tkankowych w obrębie rąk sporadycznie używa się dwu- i wieloszypułowych płatów skórno-tłuszczowych. Są one lepiej ukrwione niż płaty jednoszypułowe, co umożliwia (do pewnego stopnia) bezpieczne modelowanie tych pierwszych w razie konieczności jednoczasowego pokrycia złożonych ubytków tkankowych. Miejsce uniesienia płata (ubytek wtórny) zamyka się pierwotnie lub pokrywa przeszczepem skóry pośredniej grubości. (Trybus, 2016).

Wycięcie skóry do przeszczepu

Istnieje tylko kilka okolic anatomicznych, z których można pobrać przeszczepy skóry pełnej grubości. W obrębie głowy jest to okolica zauszna. W wyjątkowych przypadkach (szczególnie u chorych w średnim i podeszłym wieku) można wykorzystać niewielkich rozmiarów przeszczepy skóry pobrane z powieki górnej. Przeszczepy skóry pełnej grubości można również uzyskać z przyśrodkowej powierzchni ramienia, układając oś długą pobieranego wrzeciona skórno równoległe do linii Langer'a.

Najbardziej popularnym miejscem pobierania przeszczepów skóry pełnej grubości jest okolica pachwinowa. Ze względu na jej specyfikę możliwe jest uzyskanie znacznych rozmiarów przeszczepów; ranę po ich pobraniu zamyka się pierwotnie, po uprzednim (niekiedy rozległym) podpreparowaniu jej brzegów. Najprostszym sposobem pobrania odpowiedniej wielkości przeszczepu jest wykonanie "odbitki" ubytku i przeniesienie jej w miejsce pobrania. Zwykle uzyskuje się ją, przykładając kawałek płótna z kompresu operacyjnego do ubytku i nieco go uciskając. Uzyskany krwisty odcisk na kompresie w przybliżeniu odpowiada wielkości ubytku. Po odcięciu niezabarwionego nadmiaru płótna, ponownie porównuje się rozmiary uzyskanej odbitki z ubytkiem, ewentualnie jeszcze ją docinając. Kolejnym krokiem jest przeniesienie odbitki w wybrane miejsce pobrania przeszczepu i znaczenie jej konturu (Trybus, 2016).

Przeszczepy skóry pośredniej grubości można pobierać z większości okolic ciała, z wyjątkiem twarzy, okolic stawów, okolicy krocza, powierzchni dłoniowych rąk i powierzchni podeszwowych stóp, najczęściej jednak wykorzystuje się w tym celu przednie i przednio-boczne powierzchnie ud oraz pośladki, aby blizny w miejscach ich pobrania mogły pozostać ukryte pod bielizną lub ubraniem (Trybus, 2016).

Przeszczep nerwu obwodowego

Naprawa i rekonstrukcja nerwów obwodowych pozostaje jednym z trudniejszych problemów rekonstrukcyjnych. Nawet drobne urazy z towarzyszącym uszkodzeniem nerwów obwodowych powodują istotne zaburzenia motoryczne, czucia oraz dolegliwości bólowe (nerwiaki). Złotym standardem w rekonstrukcji niewielkich ubytków nerwów obwodowych jest pierwotne zeszcycie lub rekonstrukcja z wykorzystaniem autologicznego przeszczepu nerwu. Najczęściej pobieranym nerwem do przeszczepu nerwu jest nerw łydkowy (Kulicki i Jethon, 2009, strony 673–677).

Przeszczep nerwu czaszkowego

W przypadkach rozległego uszkodzenia nerwu z ubytkiem przekraczającym możliwości zbliżenia kikutów najczęściej wykonuje się autologiczny przeszczep jednego z mniej znaczących nerwów czuciowych (np. nerw uszny wielki, nerw łydkowy). I chociaż metoda ta daje doskonale wyniki jeżeli chodzi o reinerwację mięśni mimicznych twarzy (doskonale napięcie mięśniowe i symetria twarzy w spoczynku), posiada jednak wiele wad: zniesienie czucia okolicy unerwianej przez donora przeszczepu, dodatkowa rana i blizna, przedłużony czas zabiegu, często nieodpowiedni wymiar przekroju przeszczepu wymagający stosowania techniki "kablowej", a przede wszystkim dwa miejsca zespolenia nerwów utrudniające odtworzenie obwodowego odcinka neuronu). Najlepsze wyniki osiąga się w przypadku ubytków wewnątrzskroniowych. Niestety im większa mobilizacja nerwów, im dłuższy przeszczep i więcej zespolień, tym bardziej niekompletny jest powrót czynności twarzy i częstsze występowanie współruchów, co powoduje, iż metoda ta przestaje być konkurencyjna dla pozostałych procedur rekonstrukcyjnych (Szwedowicz, 1997, str. 277).

Operacja naprawcza urazowego uszkodzenia nerwu czaszkowego

Bezpośrednia rekonstrukcja przerwanego nerwu twarzowego jest bez wątpienia najskuteczniejszą metodą pierwotnego zespolenia koniec-do-końca. Jest to szczególnie prawdziwe w przypadku dystalnych gałęzi nerwu. Niestety zespolenie koniec-do-końca możliwe jest do wykonania tylko u nielicznych pacjentów z uszkodzeniem nerwu twarzowego (mała rozległość uszkodzenia, dostępne oba końce przerwanego nerwu, krótki czas trwania porażenia – optymalny 3–4 tygodnie). Jedynie u 6% pacjentów z całkowitym przerwaniem głównego pnia nerwu twarzowego i u 12% z przerwana dystalną

gałęzią możliwe jest bezpośrednie zespolenie. Odsetek ten może nieznacznie wzrosnąć przy zastosowaniu techniki *rerouting*, czyli przez skrócenie drogi przebiegu nerwu. Jednak wciąż znaczna większość uszkodzeń nerwu twarzowego wymaga innych metod rekonstrukcji (Szwedowicz, 1997, strony 276–277).

Wycięcie kaletki palucha

Kaletki maziowe generalnie stanowią ochronę okolic narażonych na urazy i przeciążenia. Ich stany zapalne zwykle mają charakter zapalenia jałowego, to znaczy powstają na skutek urazów lub przeciążeń okolic, w których znajdują się kaletki. Do okolic predysponowanych należą łokcie, okolice krętarza większego oraz kolana. Tylko w nielicznych przypadkach przewlekłego stanu zapalnego i powtarzania się wysięków w kaletce maziowej rozważa się leczenie operacyjne polegające na jej całkowitym wycięciu (Sułko, 2016).

Uwolnienie torebki stawowej – bark

W zespole zamrożonego barku postępowanie może być zachowawcze lub chirurgiczne. U pacjenta, który jest w stanie poradzić sobie z czynnościami dnia codziennego, konieczne mogą być jedynie: fizjoterapia, podanie NLPZ i wstrzyknięcie steroidów. U pacjentów, którzy nie dają sobie rady z czynnościami dnia codziennego, dostępne opcje terapeutyczne obejmują manipulację w znieczuleniu ogólnym lub artroskopowe uwolnienie torebki stawowej (tę ostatnią metodę zwykle preferuje się w przypadku pacjentów z cukrzycą) (Barnes, 2016).

Uwolnienie stawu – kolano

Przykurcz zgięciowy jest częstym następstwem procesu chorobowego toczącego się w stawie. Powstaje, gdy staw jest wypełniony płynem wysiękowym, przerośniętą błoną maziową i ziarniną zapalną. W utrwalonym przykurczu rozwiązanie stanowi leczenie chirurgiczne, którego celem jest uzyskanie wyprostu i zwiększenie zakresu ruchu stawu. Zabieg polega na przecięciu ścięgien zginaczy grupy bocznej i przysródkowej oraz przecięciu torebki w dole podkolanowym (Śmiłowicz, 2009, str. 395).

Uwolnienie przykurczu Dupuytrena

W chorobie tej dochodzi do pogrubienia błony znajdującej się tuż pod skórą dłoni (tzw. rozciągnięta dłoniowego), co doprowadza do stopniowego przykurczu palców i braku możliwości pełnego otwarcia dłoni; najczęściej występuje u mężczyzn po 50. roku życia (zwłaszcza robotników narażonych na wibracje) i u osób chorych na cukrzycę (Guła i Korkosz, 2016). Powierzchowe bliznowacenia rozciągnięta dłoniowego (przykurcz Dupuytrena) lub powięzi podeszwowej (choroba Lederhosa) są często spotykane w praktyce ortopedycznej. Naturalny przebieg nieleczzonej choroby jest nieprzewidywalny. Guz powoli, ale stale rośnie, naciekając sąsiednie struktury. Większość ośrodków sugeruje obecnie wyłącznie szeroką resekcję zmiany lub resekcję brzeżną z radioterapią uzupełniającą. Jeśli resekcja guza wiązałaby się ze zbyt wysokim ryzykiem, można wdrożyć izolowaną radioterapię. Inne opcje leczenia o udowodnionej skuteczności to systemowe stosowanie leków takich jak tamoksifen, niesteroidowe leki przeciwzapalne i środki cytotoksyczne w małych dawkach (Toy, 2015, str. 944).

Biopsja kości

Wskazaniem do wykonania biopsji jest obecność guza z radiologicznymi cechami złośliwości. Właściwie przeprowadzona biopsja jest decydującym etapem postępowania klinicznego. Pozwala uzyskać rozpoznanie i ocenić stopień złośliwości histologicznej. Biopsje otwarte są preferowane w przypadkach

mięsaków kości. Przebieg cięcia powinien być wzdłuż osi długiej kończyny. Biopsje otwarte umożliwiają pobranie większej próbki zmiany nowotworowej do oceny oraz dokładniejszą kontrolę krwawienia po operacji. Każde usunięcie mięsaka kości bez wcześniejszej biopsji jest błędem i uniemożliwia optymalne postępowanie lecznicze w tej grupie chorych (Ługowska, 2016).

Usunięcie zewnętrznego – inwazyjnego stabilizatora kości

Zastosowanie stabilizatorów zewnętrznych pozwoliło uzyskać kompresję fragmentów kostnych w miejscu osteotomii. Zazwyczaj stabilizator usuwano 6 tyg. po zabiegu, a operowaną kończynę unieruchamiano w gipsie na okres 3 miesięcy. Wyniki tego leczenia były niezadowolające, jednak metoda ta jest nadal użyteczna w specyficznych sytuacjach, np. w przypadku zakażenia lub towarzyszących rozległych uszkodzeń tkanek miękkich (Throckmorton, 2015, str. 575).

2.2. Aktualny stan finansowania w Polsce

Rozporządzenie koszykowe

Świadczenia gwarantowane finansowane w ramach grup rozliczeniowych JGP H81–H84 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 do Rozporządzenia za pomocą kodów procedur (ICD-9) oraz kodów rozpoznań (ICD-10) wskazano świadczenia gwarantowane, w tym rozliczane w ramach JGP H81–84. W załączniku nr 3 do Rozporządzenia określono warunki szczegółowe jakie powinni spełnić świadczeniodawcy przy udzielaniu świadczeń gwarantowanych w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej:

- lp. 5, 6, 9, 10, 35 do ww. rozporządzenia określono warunki szczegółowe, jakie powinni spełniać świadczeniodawcy przy udzielaniu świadczeń gwarantowanych w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej rozliczanej w ramach grupy H81 na oddziale: chirurgii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu/ortopedii i traumatologii narządu ruchu dla dzieci, chirurgii klatki piersiowej/chirurgii klatki piersiowej dla dzieci, chirurgii ogólnej oraz chirurgii onkologicznej/chirurgii onkologicznej dla dzieci;
- lp. 5, 6, 9, 10, 12, 35 do ww. rozporządzenia określono warunki szczegółowe, jakie powinni spełniać świadczeniodawcy przy udzielaniu świadczeń gwarantowanych w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej rozliczanej w ramach grupy H82 na oddziale: chirurgii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu/ortopedii i traumatologii narządu ruchu dla dzieci, chirurgii klatki piersiowej/chirurgii klatki piersiowej dla dzieci, chirurgii ogólnej, chirurgii onkologicznej/chirurgii onkologicznej dla dzieci oraz chirurgii szczękowo-twarzowej/chirurgii szczękowo-twarzowej dla dzieci;
- lp. 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 29, 30, 35 do ww. rozporządzenia określono warunki szczegółowe, jakie powinni spełniać świadczeniodawcy przy udzielaniu świadczeń gwarantowanych w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej rozliczanej w ramach grupy H83 na oddziale: chirurgii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu/ortopedii i traumatologii narządu ruchu dla dzieci, chirurgii klatki piersiowej/chirurgii klatki piersiowej dla dzieci, chirurgii ogólnej, chirurgii onkologicznej/chirurgii onkologicznej dla dzieci, chirurgii szczękowo-twarzowej/chirurgii szczękowo-twarzowej dla dzieci, chirurgii naczyniowej – drugi poziom referencyjny, chirurgii plastycznej/chirurgii plastycznej dla dzieci, neurochirurgii/neurochirurgii dla dzieci oraz neurologii/neurologii dla dzieci;

- lp. 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 29, 30, 35 do ww. rozporządzenia określono warunki szczegółowe, jakie powinni spełniać świadczeniodawcy przy udzielaniu świadczeń gwarantowanych w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej rozliczanej w ramach grupy H84 na oddziale: chirurgii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu/ortopedii i traumatologii narządu ruchu dla dzieci, chirurgii klatki piersiowej/chirurgii klatki piersiowej dla dzieci, chirurgii ogólnej, chirurgii onkologicznej/chirurgii onkologicznej dla dzieci, chirurgii szczękowo-twarzowej/chirurgii szczękowo-twarzowej dla dzieci, chirurgii naczyniowej – drugi poziom referencyjny, chirurgii plastycznej/chirurgii plastycznej dla dzieci, neurochirurgii/neurochirurgii dla dzieci, neurologii/neurologii dla dzieci.

Szczegółowe warunki udzielania świadczeń w ramach JGP H81–H84 znajdują się w załączniku nr 1.

Zarządzenie Prezesa NFZ

Świadczenia gwarantowane finansowane w ramach grup H81–H84 finansowane są w ramach umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia. Zasady kontraktowania i rozliczania świadczeń określone zostały w *Zarządzeniu nr 71/2016 DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne* oraz w Zarządzeniach zmieniających¹.

Szczegółowe informacje dotyczące grup H81–H84 zebrano w poniższej tabeli. Charakterystyki grup przedstawiono w załączniku nr 2.

Świadczenia rozliczane JGP: H81, H82 lub H84 służą również leczeniu onkologicznemu – szczegóły określono w w zał. nr 3b do *zarządzenia nr 71/2016/DSOZ, Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 czerwca 2016 r.* a także przedstawiono w załączniku nr 3 do niniejszego raportu.

Zarządzenia: nr 57/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 26 lipca 2017 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz nr 73/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 22 sierpnia 2017 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne wprowadziły istotne zmiany w zakresie punktowej wyceny świadczeń:

1. dokonano „(...) zmiany w wycenie punktowej świadczeń w związku z ponoszonymi przez świadczeniodawców rosnącymi kosztami, będącymi pochodną wzrostu ogólnych kosztów udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, których wyceny nie były kompleksowo podnoszone od 2011 r. Zmiana powyższa jest spowodowana między innymi ustawą z dnia 8 czerwca o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody

¹ Zarządzenie nr 117/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 1 grudnia 2016 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określania warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne

Zarządzenie nr 129/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 grudnia 2016 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określania warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne

Zarządzenie 1/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 2 stycznia 2017 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określania warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne

Zarządzenie nr 57/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 26 lipca 2017 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określania warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne

Zarządzenie nr 73/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 22 sierpnia 2017 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określania warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne

medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz podpisanym porozumieniem z dnia 18 lipca 2017 roku pomiędzy Ministerstwem Zdrowia i ratownikami medycznymi”².

2. ujednolicono „(...) wartości punktowe jednostek rozliczeniowych pomiędzy leczeniem szpitalnym a ambulatoryjną opieką specjalistyczną, w związku z wejściem w życie ustawy z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. poz. 844) wprowadzającej regulacje dotyczące systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.

Konieczność ujednolicenia jednostek sprawozdawczych w tych zakresach świadczeń, które będą służyć do wyliczenia wartości ryczału systemu zabezpieczenia na dany okres rozliczeniowy, jest niezbędna z uwagi, iż dotychczasowe wartości punktowe i ceny punktów dla produktów rozliczeniowych określonych w poszczególnych zarządzeniach Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, określających warunki zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzajach świadczeń mających stanowić system szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej nie są jednolite dla omawianych świadczeń.”²

W praktyce oznacza to, że od 1 lipca br. nastąpiło zwiększenie taryf o 2% wartości pkt w katalogu, a od 1 października 4% w stosunku do wartości obowiązujących do 30 czerwca. Jednocześnie, od 1 października br., nastąpi zmiana wartości 1 punktu tak, że 1 punkt = 1 zł.

² OSR do Zarządzenia nr 57/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 26 lipca 2017 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne

Tabela 1 Katalog świadczeń szpitalnych dotyczący grup H81–H84

Kod grupy	Kod produktu	Nazwa grupy	Wartość punktowa – hospitalizacja	Wartość punktowa - hospitalizacja planowa	Wartość punktowa – „leczenie jednego dnia”	Wartość punktowa hospitalizacji < 3 dni – typ umowy hospitalizacja/hospitalizacja planowa	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą - typ umowy hospitalizacja	Liczba dni pobytu finansowana grupą - typ umowy hospitalizacja	Zakresy świadczeń											
									Chirurgia dziecięca	Chirurgia klatki piersiowej / chirurgia klatki piersiowej dla dzieci	Chirurgia naczyniowa/chirurgia naczyniowa drugi poziom ref.	Chirurgia ogólna	Chirurgia onkologiczna /chirurgia onkologiczna dla dzieci	Chirurgia plastyczna/ chirurgia plastyczna dla dzieci	Neurochirurgia/ neurochirurgia dla dzieci	Neurologia/ neurologia dla dzieci	Neurologia specjalistyczna	Neurologia dla dzieci specjalistyczna	Chirurgia szczękowo-twarzowa/chirurgia szczękowo-twarzowa dla dzieci	Ortopedia i traumat. narz. ruchu / ortopedia i traumat. narz. ruchu dla dzieci
H81	5.51.01.0008081	Kompleksowe zabiegi w chorobach infekcyjnych, nowotworowych kości, stawów, tkanki łącznej > 10 dni *	198 (10 296 zł)* 201,96 (10 501,92 zł)# 10 708 (10 708 zł)^	188 (9 776 zł)* 191,86 (9 976,72 zł)# 9 851 (9 851 zł)^			5 (260 zł)* 5,10 (265,2 zł)# 270 (270 zł)^	57* 57# 57^	x	x		x	x							x
H82	5.51.01.0008082	Duże zabiegi w chorobach infekcyjnych, nowotworowych kości, stawów, tkanki łącznej	64 (3 328 zł)* 65,28 (3 394,56 zł)# 3 461 (3 461 zł)^	61 (3 172 zł)* 62,02 (3 225,04 zł)# 3 184 (3 184 zł)^		58 (3 016 zł)*& 58,75 (3 055 zł)# & 3 184 (3 184 zł)^	4 (208 zł)* 4,08 (212,16 zł)# 216 (216 zł)^	21* 21# 21^	x	x		x	x						x	x
H83	5.51.01.0008083	Średnie zabiegi na tkankach miękkich	38 (1 976 zł)* 38,76 (2 015,52 zł)# 2 055 (2 055 zł)^	36 (1 872 zł)* 36,82 (1 914,64 zł)# 1 891 (1 891 zł)^	34 (1 768 zł)* 34,88 (1 813,76 zł)# 1 747 (1 747 zł)^	34 (1 768 zł)*& 34,88 (1 813,76 zł)# &			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	

Kod grupy	Kod produktu	Nazwa grupy	Wartość punktowa – hospitalizacja	Wartość punktowa - hospitalizacja planowa	Wartość punktowa – „leczenie jednego dnia”	Wartość punktowa hospitalizacji < 3 dni – typ umowy hospitalizacja/hospitalizacja planowa	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą - typ umowy hospitalizacja	Liczba dni pobytu finansowana grupą - typ umowy hospitalizacja	Zakresy świadczeń											
									Chirurgia dziecięca	Chirurgia klatki piersiowej / chirurgia klatki piersiowej dla dzieci	Chirurgia naczyniowa/chirurgia naczyniowa drugi poziom ref.	Chirurgia ogólna	Chirurgia onkologiczna /chirurgia onkologiczna dla dzieci	Chirurgia plastyczna/ chirurgia plastyczna dla dzieci	Neurochirurgia/ neurochirurgia dla dzieci	Neurologia/ neurologia dla dzieci	Neurologia specjalistyczna	Neurologia dla dzieci specjalistyczna	Chirurgia szczękowo-twarzowa/chirurgia szczękowo-twarzowa dla dzieci	Ortopedia i traumat. narz. ruchu / ortopedia i traumat. narz. ruchu dla dzieci
						1 891 (1 891 zł)^														
H84	5.51.01.0008084	Mniejsze zabiegi w obrębie układu mięśniowo-szkieletowego lub tkanek miękkich	12 (624 zł)* 12,24 (636,48 zł)^# 649 (649 zł)^	11 (572 zł)* 11,63 (604,76 zł)^# 597 (597 zł)^	10 (520 zł)* 11,02 (582,4 zł)^# 551 (551 zł)^	10 (520 zł)^*& 11,02 (582,4 zł)^#& 597 (597 zł)^			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

* - taryfa obowiązująca od 30 czerwca 2017r.; wartość punktu = 52 zł; # - taryfa obowiązująca w okresie 1 lipca -30 września 2017 r.; wartość punktu = 52 zł; ^ - taryfa obowiązująca od 1 października 2017 r.; wartość punktu = 1 zł; & - wartość punktowa dla hospitalizacji < 2 dni

W katalogu 1c wskazano następujące produkty do sumowania, które można dosumować do świadczeń rozliczanych grupą H84: Znieczulenie ogólne lub dożylnie u dziecka (5.53.01.0001473).

Należy również nadmienić, że *Zarządzenie nr 57/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 26 lipca 2017 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne* wprowadza współczynnik o wartości 1,2, który koryguje wartości produktów rozliczeniowych (z katalogu dotyczącego leczenia szpitalnego) dla świadczeniodawców udzielających świadczeń świadczeniobiorcom poniżej 18 roku życia, w zakresach:

- neurochirurgia dla dzieci,
- ortopedia i traumatologia narządu ruchu dla dzieci,
- onkologia i hematologia dziecięca.

Dodatkowo dla świadczeniodawców udzielających świadczeń dzieciom i młodzieży poniżej 18 roku życia w zakresie chirurgii dziecięcej, wprowadzono współczynnik o wartości 1,2, który koryguje wartości produktów rozliczeniowych (z katalogu dotyczącego leczenia szpitalnego). Dotyczy to:

- podmiotów leczniczych utworzonych przez ministra lub centralny organ administracji rządowej, publiczną uczelnię medyczną lub publiczną uczelnię prowadzącą działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych; lub
- instytutów badawczych wykonujących działalność leczniczą; albo
- podmiotów leczniczych udostępniających uczelni medycznej jednostki organizacyjne do prowadzenia kształcenia przeddyplomowego w zawodach medycznych, na podstawie umowy, o której mowa w art. 89 ust. 4 *Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej* (Dz. U. z 2016 r. poz. 1638, 1948 i 2260).

W 2013 roku obowiązywało *Zarządzenie nr 90/2012/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 grudnia 2012 r.*, w 2014 roku obowiązywało *Zarządzenie nr 89/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 grudnia 2013 r.*, zaś w 2015 roku *Zarządzenie 23/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 kwietnia 2014 r.* W 2017 roku weszło w życie *Zarządzenie Nr 57/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 26 lipca 2017 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne* oraz *Zarządzenie Nr 73/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 22 sierpnia 2017 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne*.

Ze względu na fakt zbierania danych historycznych (za lata 2013–2014), a także korzystania z danych NFZ za 2015 rok, w poniższej tabeli przedstawiono najważniejsze zmiany dotyczące przedmiotowych grup. Ostatnie zmiany w charakterystyce grup odbyły się w 2016 roku.

Tabela 2 Najważniejsze zmiany w zarządzeniach Prezesa NFZ (opracowanie własne)

Grupa JGP	Rok 2013 (różnice względem 2016)			2014 (zmiany względem 2013)			2016 (zmiany względem 2014)		
	Warunek	ICD-10	ICD-9	Warunek	ICD-10	ICD-9	Warunek	ICD-10	ICD-9
H81		Były dodatkowe rozpoznania: L03.1 L03.3 L03.8	Były dodatkowe procedury kierunkowe: 80.431 80.432 80.433 80.434 80.435 80.436 80.437 80.438 80.439 84.001		Były dodatkowe rozpoznania: L03.1 L03.3 L03.8	Były dodatkowe procedury kierunkowe: 80.431 80.432 80.433 80.434 80.435 80.436 80.437 80.438 80.439 84.001		Usunięto rozpoznania: L03.1 L03.3 L03.8	Usunięto procedury: 80.431 80.432 80.433 80.434 80.435 80.436 80.437 80.438 80.439 84.001
H82			Były dodatkowe procedury kierunkowe: 83.09 83.659			Były dodatkowe procedury kierunkowe: 83.659 Usunięto procedurę: 83.09			Usunięto procedurę: 83.659 Pojawiła się możliwość rozliczania hospitalizacji 2-dniowej
H83	Nie było wymagane wskazanie procedury 04.99, była ona wymieniona jako jedna z procedur kierunkowych.		Były dodatkowe procedury: 04.491, 04.499, 04.99, 83.399.	Nie było wymagane wskazanie procedury 04.99, była ona wymieniona jako jedna z procedur kierunkowych		Były dodatkowe procedury: 04.499, 04.99. Usunięto procedurę: 04.491. Dodano procedurę 83.09 (w 2013 roku była sprawozdawana w grupie H82).	Wymagane jest wskazanie procedury 04.99 Operacje nerwów obwodowych inne (wcześniej jako jedna z procedur kierunkowych).		Usunięto procedury: 04.499, 04.99.

Grupa JGP	Rok 2013 (różnice względem 2016)			2014 (zmiany względem 2013)			2016 (zmiany względem 2014)		
	Warunek	ICD-10	ICD-9	Warunek	ICD-10	ICD-9	Warunek	ICD-10	ICD-9
						Usunięto procedurę 83.399.			
H84						Dodano procedurę 83.399 (w 2013 roku była w grupie H83)			Dodano procedurę: 04.499 (w 2013 i w 2014 sprawozdawana w ramach grupy H83). Dodano procedurę: 84.33.

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 powinna 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.

Od strony podaży, oszacowanie potencjału do realizacji taryfikowanych świadczeń opiera się o analizę liczby podmiotów realizujących dane świadczenie oraz liczbę świadczeniodawców.

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

Ze względu na fakt, że świadczenia rozliczane w ramach JGP: H81–H84 są bardzo zróżnicowane i mogą być wykonywane na wielu oddziałach o różnych profilach, przez lekarzy różnych specjalności, ogólne informacje na temat liczby oddziałów poszczególnych rodzajów, liczby lekarzy poszczególnych specjalności czy w końcu liczby łóżek nie pozwalają na przybliżenie sytuacji popytowo-podażowej. Z tego samego względu informacje o czasie oczekiwania do konkretnej komórki organizacyjnej są niemiarodajne. Z tego względu zdecydowano się jedynie na szczegółowe przedstawienie danych związanych z udzielaniem świadczeń rozliczanych w ramach JGP: H81–H84 na przestrzeni lat 2009–2016.

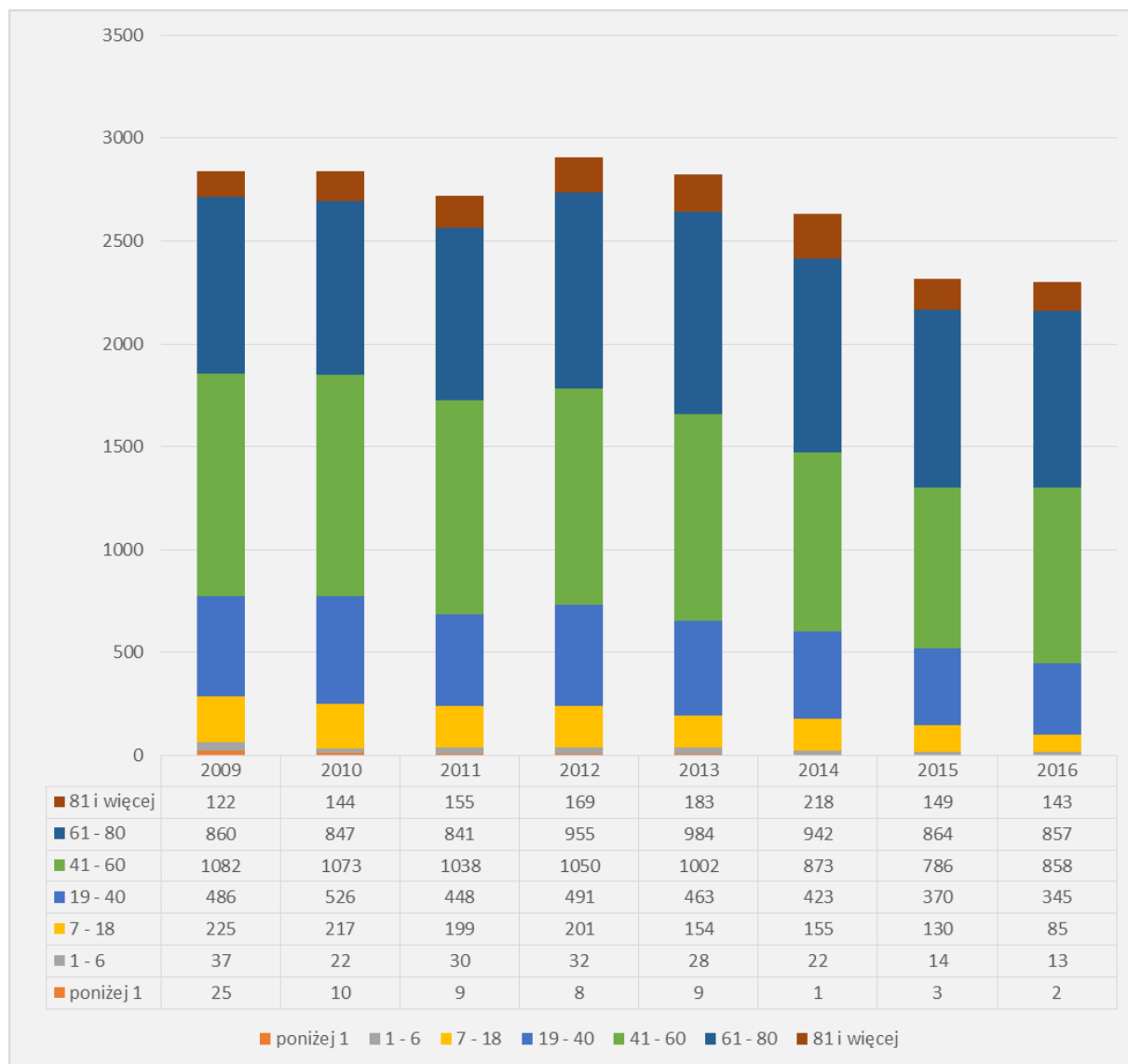
Liczba i koszty realizacji świadczeń, aktualna wycena

JGP H81

Poniżej przedstawiono analizę danych dotyczących grupy H81, pochodzących ze statystyk JGP NFZ za lata 2009–2016 (NFZ, 2017).

W 2016 roku NFZ rozliczył 2 303 hospitalizacje grupą H81. W porównaniu do 2009 roku liczba hospitalizacji rozliczanych tą grupą spadła w przybliżeniu o 19%. Jednocześnie na przestrzeni analizowanych lat (2009–2016) obserwuje się spadek liczby hospitalizacji rozliczanych przedmiotową grupą w prawie wszystkich grupach wiekowych (poniżej 1 roku życia – o około 92%, w przedziale wiekowym od 1 do 6 roku życia o około 65%, w przedziale wiekowym od 7 do 18 roku życia o około

62%, w przedziale wiekowym od 19 do 40 roku życia o około 29%, w przedziale wiekowym od 41 do 60 roku życia o około 21%) Liczba hospitalizacji osób w przedziale wiekowym od 61 do 80 roku życia w 2016 roku pozostawała na takim samym poziomie jak w 2009 roku, należy jednak podkreślić, że w latach 2009–2015 występowała tendencja wzrostowa i dopiero w 2016 roku liczba hospitalizacji zmniejszyła się. Liczba hospitalizacji w grupie wiekowej osób powyżej 81 roku życia wzrosła w przybliżeniu o 17%. Szczegółowe dane przedstawiono na poniższym wykresie.

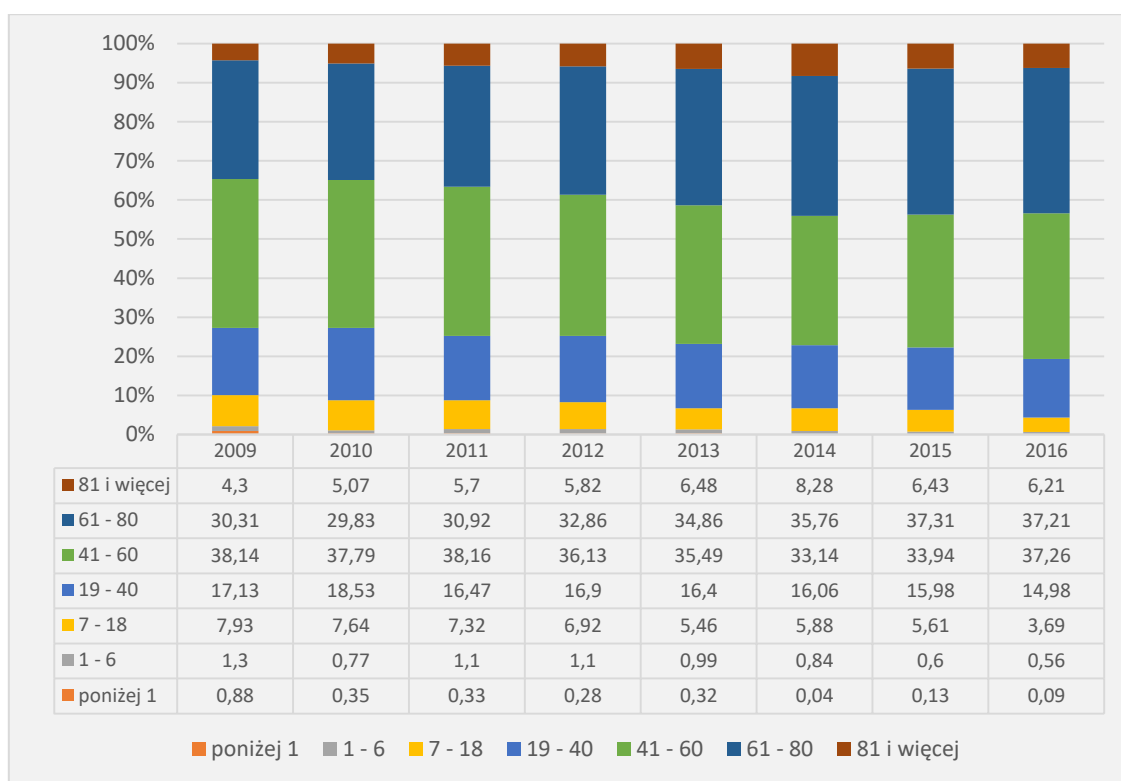


Rycina 1. Liczba hospitalizacji rozliczonych grupą H81 – analiza przekrojowa danych dotyczących świadczeń zrealizowanych w systemie JGP w latach 2009–2016 (NFZ, 2017)

Należy zauważyć, że odsetek hospitalizacji w analizowanym przedziale czasu:

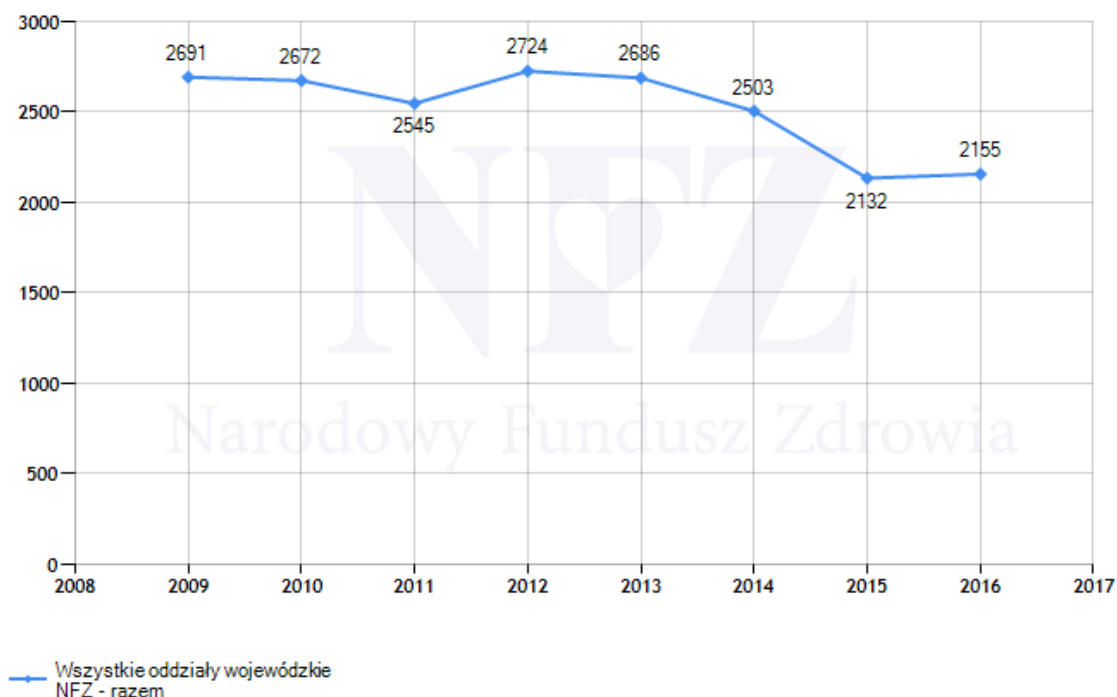
- dzieci poniżej 1 roku życia utrzymywał się na poziomie nieprzekraczającym 1% wszystkich hospitalizacji;
- dzieci w wieku 1–6 stanowiły od ok. 0,3% do ok. 1,6% wszystkich hospitalizacji;
- dzieci w wieku 7–18 lat stanowiły od ok. 6% do ok. 8% wszystkich hospitalizacji;
- osób w wieku 19–40 lat stanowiły od ok. 15% do 19% wszystkich hospitalizacji;
- osób w wieku 41–60 lat stanowiły od 33% do 37% wszystkich hospitalizacji;
- osób w wieku 61–80 stanowiły od 30% do 37% wszystkich hospitalizacji;
- osób powyżej 81 roku życia stanowiły od 4,3 do 6,4% wszystkich hospitalizacji.

Sytuacja w poszczególnych latach została zobrazowana na poniższym wykresie.



Rycina 2. Odsetek hospitalizacji odzwierciedlający udział poszczególnych kategorii wiekowych w całkowitej liczbie hospitalizacji rozliczonych grupą H81 – analiza przekrojowa danych dotyczących świadczeń zrealizowanych w systemie JGP w latach 2009–2016 (NFZ, 2017)

W 2016 roku leczeniem, które zostało rozliczone z płatnikiem grupą H81, objęto 2 155 pacjentów. W porównaniu z rokiem 2009 liczba ta spadła o 20% (2 691 pacjentów w 2009 roku). Zmiana liczby pacjentów w analizowanym okresie (2009–2016) została przedstawiona na poniższym wykresie.



Rycina 3. Liczba pacjentów, których hospitalizacja została rozliczona grupą H81 – analiza przekrojowa danych dotyczących świadczeń zrealizowanych w systemie JGP w latach 2009–2016 (NFZ, 2017)

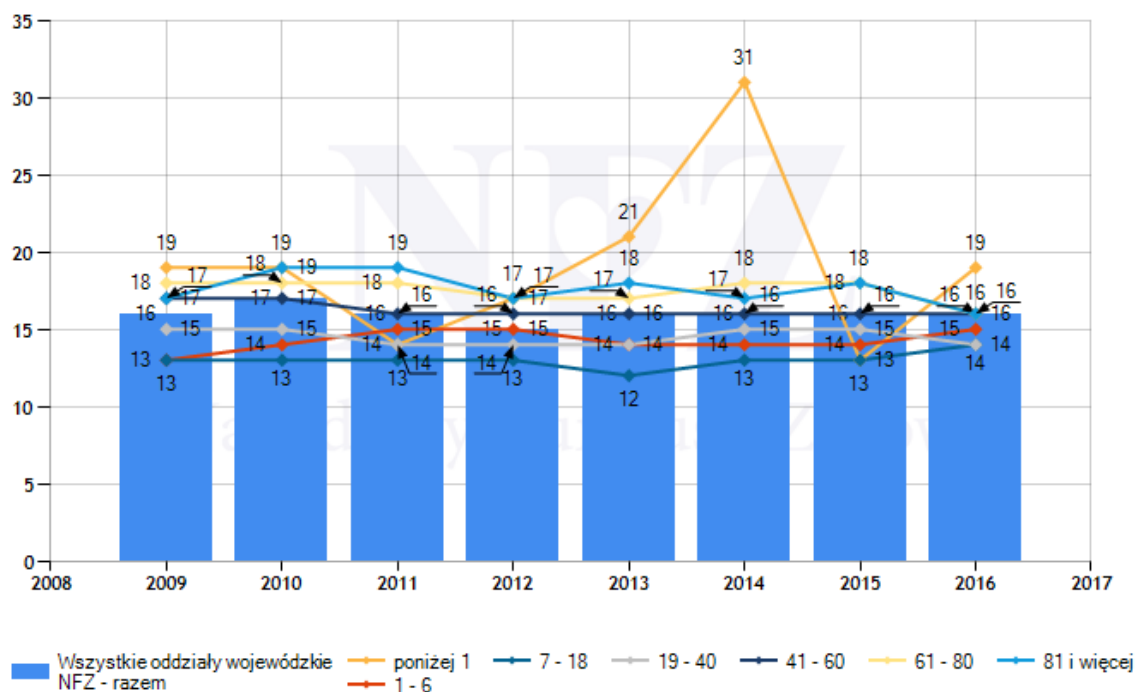
Liczba hospitalizacji w każdym z analizowanych lat przewyższa liczbę pacjentów. W poniższej tabeli przedstawiono współczynniki rehospitalizacji w latach 2009–2016.

Tabela 3 Współczynnik rehospitalizacji w latach 2009–2016 (NFZ, 2017)

Rok	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Współczynnik rehospitalizacji	1,05	1,06	1,07	1,07	1,05	1,05	1,09	1,07

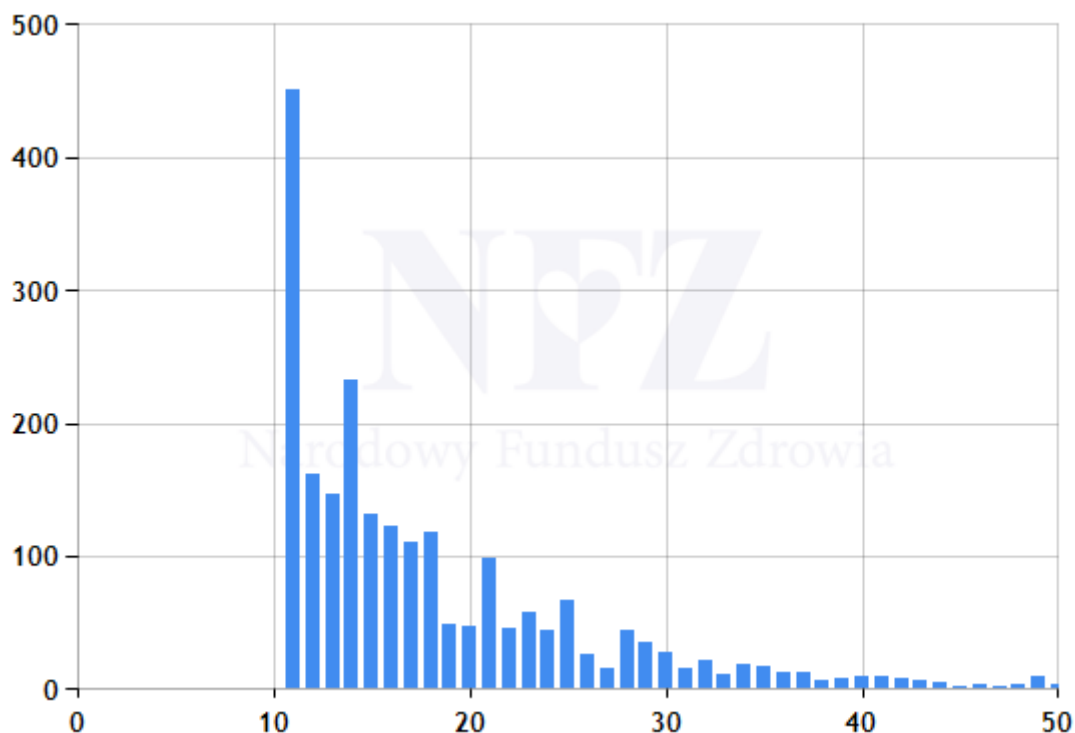
W analizowanym okresie współczynnik rehospitalizacji pozostawał na podobnym poziomie. Największy wzrost rehospitalizacji nastąpił z 2014 na 2015 r. – o 4%.

Mediana czasu pobytu utrzymuje się na zbliżonym poziomie (15–16 dni) na przestrzeni analizowanych lat – zarówno w całej grupie, jak i w poszczególnych grupach wiekowych. Należy jednak zwrócić szczególną uwagę na grupę pacjentów poniżej 1 roku życia, gdzie mediana długości pobytu wynosiła 21 dni w 2013 roku i 31 dni w 2014 roku. Szczegółowe dane zaprezentowano na poniższym wykresie.



Rycina 4. Długość hospitalizacji (mediana) rozliczanych grupą H81 na przestrzeni lat 2009–2016 (NFZ, 2017)

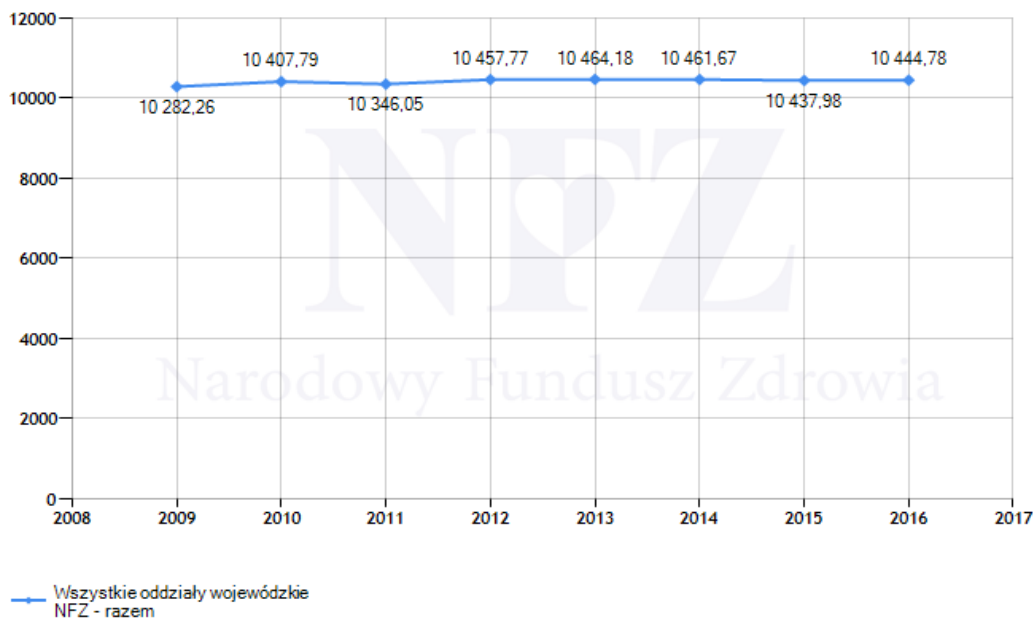
Dodatkowo, na poniższym wykresie przedstawiono histogram czasu pobytu w 2016 r. Liczba dni pobytu finansowanych grupą wynosi zgodnie z obowiązującym Zarządzeniem Prezesa NFZ 57 dni. Z poniższego histogramu wynika, że najczęściej jest hospitalizacji 11-dniowych, a w drugiej kolejności hospitalizacji 14-dniowych.



Rycina 5. Histogram czasu pobytu dla grupy H81 w 2016 r. (NFZ, 2017)

W 2016 roku wartość świadczeń sfinansowanych przez Płatnika wyniosła 23 247 511,76 zł, zaś wartość świadczeń sprawozdanych była wyższa i wyniosła 24 173 479,20 zł.

Średnia wartość grupy (ok. 10 400 zł) pozostawała na podobnym poziomie na przestrzeni lat objętych analizą. Średnia wartość grupy oscylowała wokół 10 400 zł osiągając wartość minimalną 10 282 zł w 2009 roku i maksymalną 10 464 zł w 2013 r. Szczegółowe dane zaprezentowano na poniższym wykresie.



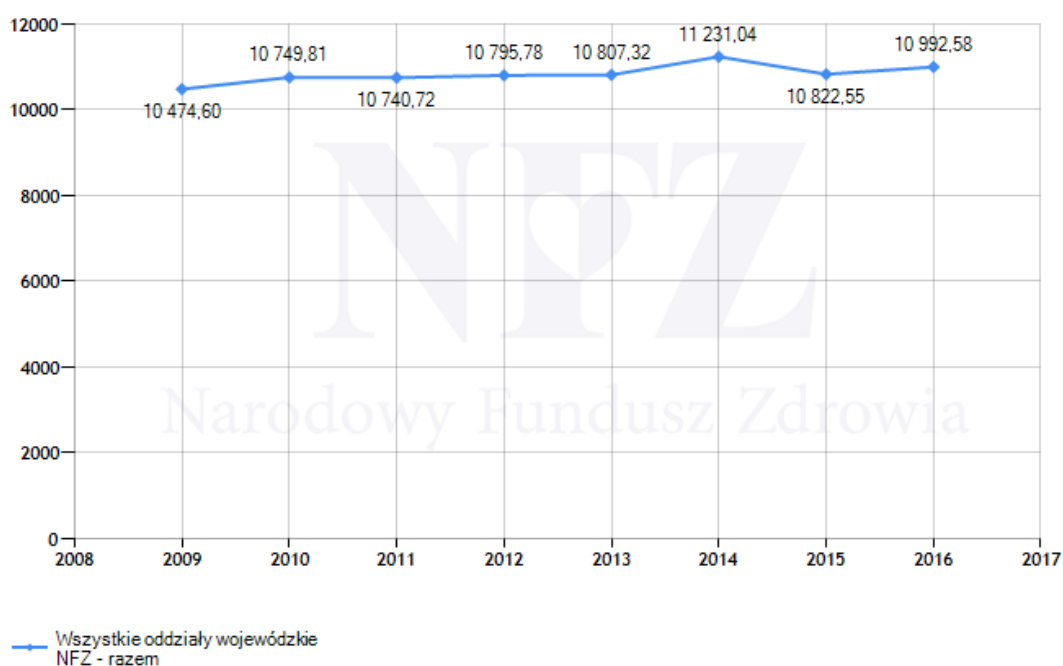
Rycina 6. Średnia wartość grupy H81 na przestrzeni lat 2009–2016 (NFZ, 2017)

Na poniższym wykresie przedstawiono również średnią wartość grupy w latach 2009–2016 w podziale na poszczególne typy świadczeniodawców. Najwyższa średnia wartość grupy dotyczyła szpitali wojewódzkich w latach: 2009, 2013–2016, szpitali innych w latach: 2010–2011 oraz szpitali gminnych, powiatowych, miejskich w 2012 roku. Największa różnica w średniej wartości pomiędzy różnymi typami świadczeniodawców dotyczyła szpitali innych i klinicznych w 2010 roku i wynosiła 714,86 zł.

Tabela 4 Średnia wartość grupy H81 w latach 2009–2016 w podziale na poszczególne typy świadczeniodawców (NFZ, 2017)

Typ szpitala/Rok	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Gminny, powiatowy, miejski	10 336,54 zł	10 352,84 zł	10 411,70 zł	10 584,77 zł	10 525,28 zł	10 479,19 zł	10 442,71 zł	10 402,86 zł
Niepubliczny	10 249,80 zł	10 732,84 zł	10 062,84 zł	10 266,56 zł	10 336,99 zł	10 207,89 zł	10 279,44 zł	10 158,21 zł
Kliniczny	10 162,97 zł	10 176,66 zł	10 316,25 zł	10 377,27 zł	10 368,41 zł	10 338,58 zł	10 352,73 zł	10 429,34 zł
Wojewódzki	10 410,23 zł	10 668,74 zł	10 364,85 zł	10 489,09 zł	10 571,22 zł	10 637,92 zł	10 551,69 zł	10 559,63 zł
Inny	10 053,74 zł	10 891,52 zł	10 445,23 zł	10 522,01 zł	10 289,71 zł	10 657,74 zł	10 441,29 zł	10 277,43 zł
Wszystkie	10 282,26 zł	10 407,79 zł	10 346,05 zł	10 457,77 zł	10 464,18 zł	10 461,67 zł	10 437,98 zł	10 444,78 zł
Maksimum	10 410,23 zł	10 891,52 zł	10 445,23 zł	10 584,77 zł	10 571,22 zł	10 657,74 zł	10 551,69 zł	10 559,63 zł
Minimum	10 053,74 zł	10 176,66 zł	10 062,84 zł	10 266,56 zł	10 289,71 zł	10 207,89 zł	10 279,44 zł	10 158,21 zł
Różnica	356,49 zł	714,86 zł	382,39 zł	318,21 zł	281,51 zł	449,85 zł	272,25 zł	401,42 zł

Średnia wartość hospitalizacji była wyższa w 2009 roku od średniej wartości grupy o 192,34 PLN, zaś w 2016 r. o 547,8 PLN. Obserwuje się tendencję wzrostową w przypadku średniej wartości hospitalizacji na przestrzeni analizowanych lat. Szczegółowe dane zaprezentowano na poniższym wykresie.



Rycina 7. Średnia wartość hospitalizacji rozliczanych w ramach grupy H81 na przestrzeni lat 2009–2016 (NFZ, 2017)

W poniższej tabeli przedstawiono kategorie produktów sumowanych do grupy H81 w 2016 r. Najwięcej udzielono świadczeń związanych z przetoczeniem preparatów krwi i innych substancji, zaś najmniej wykonano dializ. Z kolei najwięcej wydatków poniósł Płatnik w związku z udzielaniem pozostałych świadczeń do sumowania, zaś najmniej w związku z prowadzeniem leczenia żywieniowego.

Tabela 5 Kategorie produktów do sumowania powiększających wartość hospitalizacji rozliczanych w ramach grupy H81 w 2016 r.

Kategoria produktów	Lb. hospitalizacji	Udział (%) w liczbie hospitalizacji	Wartość (PLN)	Udział (%) w wartości produktów dosumowanych
Pozostałe świadczenia	88	3,82	577 229,00	45,75
Przetoczenie preparatów krwi i innych substancji	443	19,24	340 411,00	26,98
Dializy	6	0,26	172 224,00	13,65
Pobyt w OAiT	12	0,52	153 330,00	12,15
Leczenie żywieniowe	9	0,39	18 380,00	1,46

Dodatkowo w poniższej tabeli wykresie przedstawiono średnie wartości hospitalizacji rozliczanych w ramach grupy H81 w latach 2009–2016 w podziale na typy świadczeniodawców. Najwyższa średnia wartość hospitalizacji dotyczyła szpitali wojewódzkich w latach: 2009, 2013–2016, szpitali innych w latach: 2010–2011 i szpitali gminnych, powiatowych i miejskich w 2012 r. Największa różnica w średniej wartości hospitalizacji pomiędzy różnymi typami świadczeniodawców dotyczyła szpitali innych i niepublicznych w 2011 roku i wynosiła 2 421,97 zł.

Tabela 6 Średnia wartość hospitalizacji rozliczanych w ramach grupy H81 na przestrzeni lat 2009–2016, w podziale na typy świadczeniodawców (NFZ, 2017)

Typ szpitala/Rok	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Gminny, powiatowy, miejski	10 613,41 zł	10 579,51 zł	10 956,52 zł	11 022,64 zł	10 900,30 zł	11 056,13 zł	10 713,14 zł	10 914,08 zł
Niepubliczny	10 415,66 zł	10 963,40 zł	10 226,93 zł	10 538,67 zł	10 929,60 zł	11 444,15 zł	10 588,00 zł	10 684,43 zł
Kliniczny	10 268,16 zł	10 546,12 zł	10 584,47 zł	10 724,61 zł	10 524,56 zł	10 956,87 zł	10 752,94 zł	10 572,25 zł
Wojewódzki	10 623,12 zł	10 950,41 zł	10 579,04 zł	10 733,68 zł	11 007,97 zł	11 681,47 zł	11 019,40 zł	11 630,63 zł
Inny	10 220,13 zł	12 638,50 zł	12 648,90 zł	10 765,05 zł	10 970,17 zł	10 934,63 zł	10 825,90 zł	10 545,15 zł
Wszystkie	10 474,60 zł	10 749,81 zł	10 740,72 zł	10 795,78 zł	10 807,32 zł	11 231,04 zł	10 822,55 zł	10 992,58 zł
Maksimum	10 623,12 zł	12 638,50 zł	12 648,90 zł	11 022,64 zł	11 007,97 zł	11 681,47 zł	11 019,40 zł	11 630,63 zł
Minimum	10 220,13 zł	10 546,12 zł	10 226,93 zł	10 538,67 zł	10 524,56 zł	10 934,63 zł	10 588,00 zł	10 545,15 zł
Różnica	402,99 zł	2 092,38 zł	2 421,97 zł	483,97 zł	483,41 zł	746,84 zł	431,40 zł	1 085,48 zł

Tryb przyjęcia pacjenta

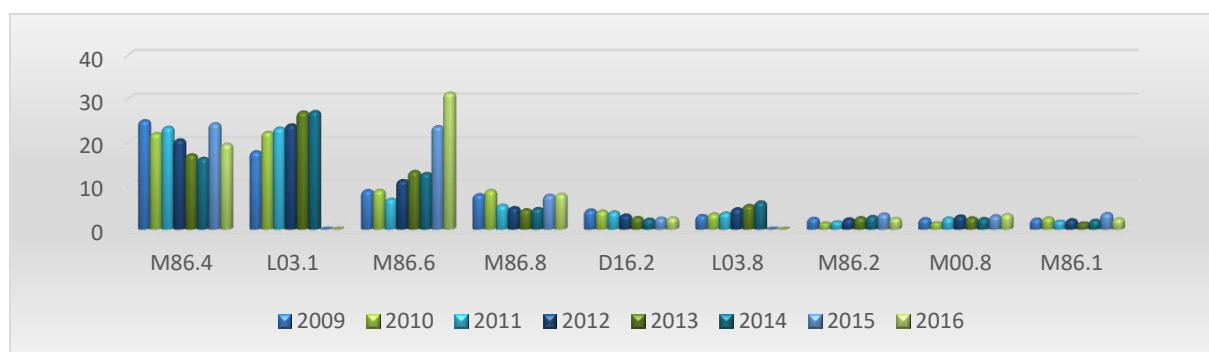
W poniższej tabeli przedstawiono dane dotyczące trybu przyjęcia pacjentów do szpitala w 2016 roku. Najwięcej hospitalizacji wiązało się z planowym przyjęciem do szpitala (ok. 50%), należy jednak zauważyć, że przyjęcia w trybie nagłym stanowiły również znaczny odsetek (ok. 48%). Ponadto mediana czasu pobytu była dłuższa w przypadku pacjentów przyjętych w trybie nagłym (zwłaszcza pacjentów przyjętych w wyniku przekazania przez zespół ratownictwa medycznego) w porównaniu z pacjentami przyjmowanymi w trybie planowym.

Tabela 7 Tryb przyjęcia pacjentów, których hospitalizacje rozliczono grupą H81, do szpitala w 2016 r.

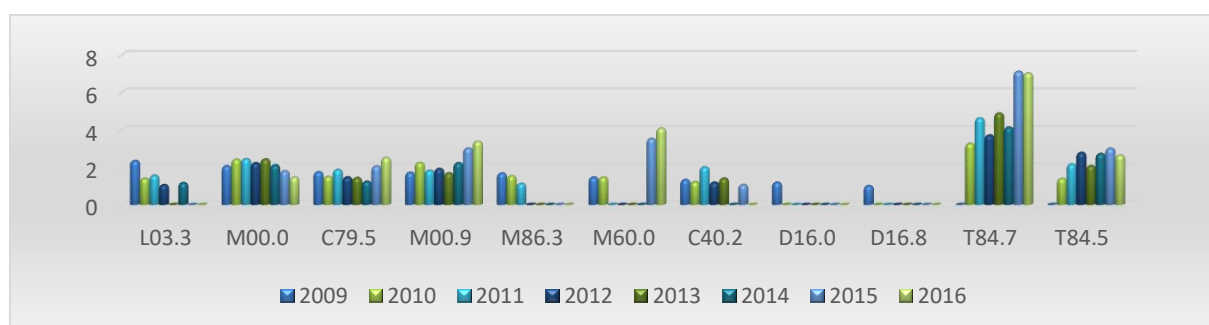
Tryb przyjęcia	Lb. hospitalizacji	Udział (%)	Mediana czasu pobytu (dni)
Przyjęcie w trybie nagłym w wyniku przekazania przez zespół ratownictwa medycznego	95	4,13	22
Przyjęcie w trybie nagłym - inne przypadki	1004	43,60	17
Przyjęcie noworodka w wyniku porodu w tym szpitalu	0	0,00	0
Przyjęcie planowe na podstawie skierowania	1158	50,28	14
Przyjęcie planowe osoby, która skorzystała ze świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością, zgodnie z uprawnieniami przysługującymi jej na podstawie ustawy	0	0,00	0
Przeniesienie z innego szpitala	37	1,61	20
Przyjęcie osoby podlegającej obowiązkowemu leczeniu	0	0,00	0
Przyjęcie przymusowe	0	0,00	0
Przyjęcie na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego	9	0,39	16

Rozpoznania

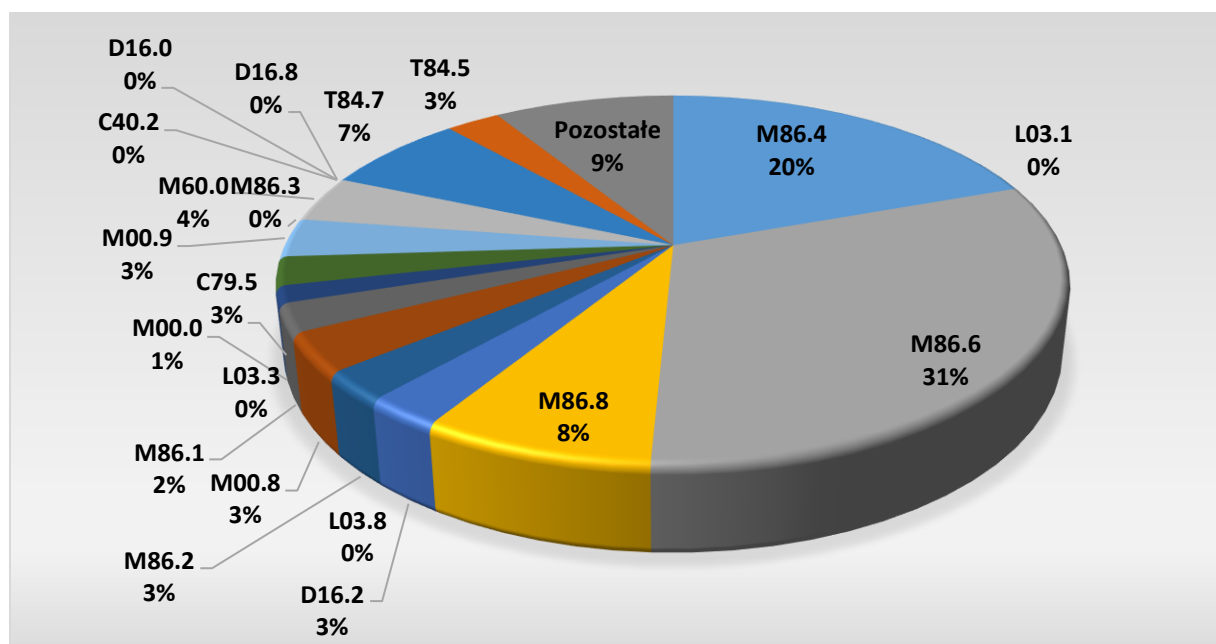
Na poniższych wykresach zaprezentowano udział procentowy poszczególnych rozpoznań będących przyczyną hospitalizacji rozliczanych JGP H81 w latach 2009–2016.



Rycina 8. Udział poszczególnych rozpoznań [ICD-10: M86.4 (przewlekłe zapalenie kości i szpiku z drenującą zatoką), L03.1 (zapalenie tkanki łącznej innych części kończyny), M86.6 (inne przewlekłe zapalenie kości i szpiku), M86.8 (inne zapalenie kości i szpiku), D16.2 (kości długie kończyny dolnej), L03.8 (zapalenie tkanki łącznej o innej lokalizacji), M86.2 (podostre zapalenie kości i szpiku), M00.8 (inne bakteryjne zapalenia jedno- lub wielostawowe), M86.1 (inne ostre zapalenie kości i szpiku)] będących przyczyną hospitalizacji rozliczanych grupą H81 w latach 2009–2016 (opracowanie własne na podstawie danych NFZ – statystyka JGP (NFZ, 2017))



Rycina 9. Udział poszczególnych rozpoznań [ICD-10: L03.3 (zapalenie tkanki łącznej innych części kończyny), M00.0 (gronkowcowe zapalenie jedno- lub wielostawowe), C79.5 (wtórny nowotwór złośliwy kości i szpiku kostnego), M00.9 (ropne zapalenia stawów, nie określone), M86.3 (przewlekłe wieloogniskowe zapalenie kości i szpiku), M60.0 (infekcyjne zapalenie mięśni), C40.2 (kości długie kończyny dolnej), D16.0 (nowotwór niezłośliwy (łopatka i kości długie kończyny górnej), D16.8 (nowotwór niezłośliwy - kości miednicy, kość krzyżowa i guziczna), T84.7 (zakażenie i odczyn zapalny spowodowany innymi wewnętrznymi wszczepami i przeszczepami), T84.5 (zakażenie i odczyn zapalny spowodowany wewnętrzną protezą stawu)] będących przyczyną hospitalizacji rozliczanych grupą H81 w latach 2009–2016 (opracowanie własne na podstawie danych NFZ – statystyka JGP (NFZ, 2017))



Rycina 10. Udział procentowy poszczególnych rozpoznaw będących przyczyną hospitalizacji rozliczanych grupą H81 w 2016 roku (opracowanie własne na podstawie danych NFZ – statystyka JGP (NFZ, 2017))

Najwięcej hospitalizacji wiązało się z następującymi rozpoznaniem: M86.4, L03.1, M86.6, M86.8, przy czym:

- W 2009 roku najwięcej hospitalizacji było związanych z rozpoznaniem M86.4 (25%), L03.1 (18%), M86.6 (9%), M86.8 (8%), zaś pozostałe rozpoznania stanowiły mniej niż 5% wszystkich hospitalizacji w grupie H81.
- W 2010 roku najwięcej hospitalizacji było związanych z M86.4 (22%), L03.1 (22%), M86.6 (9%), M86.8 (9%), zaś pozostałe rozpoznania stanowiły mniej niż 5% wszystkich hospitalizacji w grupie H81.
- W 2011 roku najwięcej hospitalizacji było związanych z rozpoznaniem M86.4 (23%), L03.1 (23%), M86.6 (7%), M86.8 (6%), zaś pozostałe rozpoznania stanowiły mniej niż 5% wszystkich hospitalizacji w grupie H81.
- W 2012 roku najwięcej hospitalizacji było związanych z rozpoznaniem M86.4 (21%), L03.1 (24%), M86.6 (11%), M86.8 (5%), zaś pozostałe rozpoznania stanowiły mniej niż 5% wszystkich hospitalizacji w grupie H81.
- W 2013 roku najwięcej hospitalizacji było związanych z rozpoznaniem M86.4 (17%), L03.1 (27%), M86.6 (13%), L03.8 (6%), zaś pozostałe rozpoznania stanowiły mniej niż 5% wszystkich hospitalizacji w grupie H81.

Rozpoznania

- C40.2 - Kości długie kończyny dolnej
- C79.5 - Wtórny nowotwór złośliwy kości i szpiku kostnego
- D16.0 - Łopatka i kości długie kończyny górnej
- D16.2 - Kości długie kończyny dolnej
- D16.8 - Kości miednicy, kość krzyżowa i guziczna
- L03.1 - Zapalenie tkanki łącznej innych części kończyny
- L03.3 - Zapalenie tkanki łącznej tułowia
- L03.8 - Zapalenie tkanki łącznej o innej lokalizacji
- M00.0 - Gronkowcowe zapalenie jedno- lub wielostawowe
- M00.8 - Inne bakteryjne zapalenia jedno- lub wielostawowe
- M00.9 - Ropne zapalenia stawów, nieokreślone
- M60.0 - Infekcyjne zapalenie mięśni
- M86.1 - Inne ostre zapalenie kości i szpiku
- M86.2 - Podostre zapalenie kości i szpiku
- M86.3 - Przewlekłe wieloogniskowe zapalenie kości i szpiku
- M86.4 - Przewlekłe zapalenie kości i szpiku z drenującą zatoką
- M86.6 - Inne przewlekłe zapalenie kości i szpiku
- M86.8 - Inne zapalenie kości i szpiku
- T84.5 - Zakażenie i odczyn zapalny spowodowany wewnętrzną protezą stawu
- T84.7 - Zakażenie i odczyn zapalny spowodowany innymi wewnętrznymi wszczepami i przeszczepami

Procedury kierunkowe

77.02 - Wycięcie martwaka - kość ramienna
 77.03 - Wycięcie martwaka - kość promieniowa/kość łokciowa
 77.05 - Wycięcie martwaka - kość udowa
 77.07 - Wycięcie martwaka - kość piszczelowa/kość strzałkowa
 77.08 - Wycięcie martwaka - kości stępu/kości śródstopia
 77.091 - Wycięcie martwaka - inne kości (miednica)
 77.092 - Wycięcie martwaka - inne kości (palciki palców stopy/ ręki)
 77.15 - Inne nacięcie kości bez rozdzielenia - kość udowa
 77.62 - Miejscowe wycięcie zmiany lub tkanki kości - kość ramienna
 77.63 - Miejscowe wycięcie zmiany lub tkanki kości - kość promieniowa/kość łokciowa
 77.65 - Miejscowe wycięcie zmiany lub tkanki kości - kość udowa
 77.67 - Miejscowe wycięcie zmiany lub tkanki kości - kość piszczelowa/kość strzałkowa
 77.68 - Miejscowe wycięcie zmiany lub tkanki kości - kości stępu/kości śródstopia
 77.691 - Miejscowe wycięcie zmiany lub tkanki kości - inne kości (miednica)
 77.692 - Miejscowe wycięcie zmiany lub tkanki kości - inne kości (palciki palców stopy/ ręki)
 77.693 - Miejscowe wycięcie zmiany lub tkanki kości - inne kości (kręgi)
 78.415 - Inne zabiegi naprawcze kości - kość udowa/ miednica
 78.417 - Inne zabiegi naprawcze kości - kość piszczelowa/kość strzałkowa
 78.425 - Zabieg naprawczy złego zrostu lub braku zrostu - kość udowa/ miednica
 78.427 - Zabieg naprawczy złego zrostu lub braku zrostu - kość piszczelowa/kość strzałkowa
 80.432 - Uwolnienie przerośniętej lub zaciskającej torebki stawowej - łokieć
 80.436 - Uwolnienie przerośniętej lub zaciskającej torebki stawowej - kolano
 84.101 - Amputacja kończyny dolnej z pokryciem kikuta płatem
 84.102 - Amputacja kineplastyczna kończyny dolnej
 84.103 - Otwarta lub gilotynowa amputacja kończyny dolnej
 84.121 - Amputacja przedniej części stopy
 84.122 - Amputacja przez śródstopie
 84.124 - Amputacja w środkowym śródstopiu
 84.129 - Amputacja w zakresie stopy - inne
 84.151 - Amputacja nogi na wysokości kości piszczelowej i strzałkowej - nieokreślona inaczej
 86.71 - Preparowanie płata uszypułowanego
 86.72 - Przeniesienie płata uszypułowanego
 86.745 - Umocowanie przez przesunięty płat

- W 2014 roku najwięcej hospitalizacji było związanych z rozpoznaniem M86.4 (16%), L03.1 (27%), M86.6 (13%), L03.8 (6%), zaś pozostałe rozpoznania stanowiły mniej niż 5% wszystkich hospitalizacji w grupie H81.

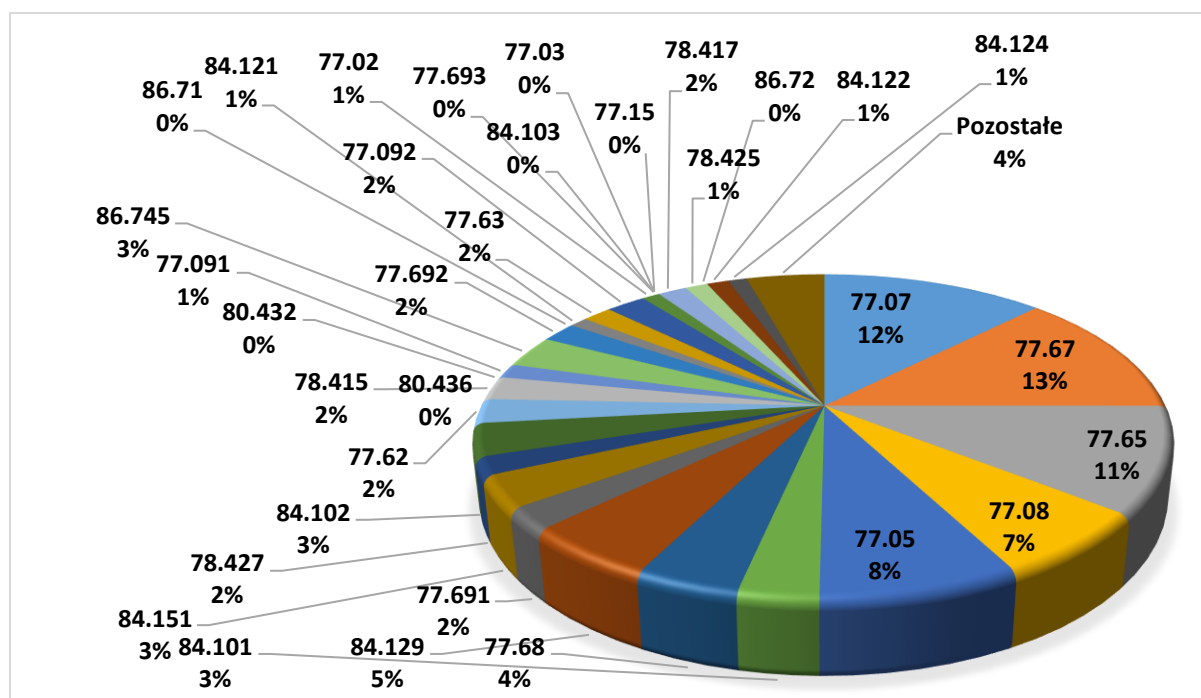
- W 2015 roku najwięcej hospitalizacji było związanych z rozpoznaniem M86.4 (24%), M86.6 (24%), M86.8 (8%), T84.7 (7%), zaś pozostałe rozpoznania stanowiły mniej niż 5% wszystkich hospitalizacji w grupie H81. Dodatkowo podkreślenia wymaga fakt, że w 2015 roku z charakterystyki grupy zniknęły rozpoznania L03.1, L03.3, L03.8, które we wcześniejszych latach stanowiły przyczynę znacznego odsetka hospitalizacji (L03.1 – od ok. 18% do ok. 27%; L03.8 – od ok. 3% do ok. 6%, L03.3 – od ok. 2% do ok. 4%).

- w 2016 roku najwięcej hospitalizacji było związanych z rozpoznaniem M86.6 (31%), M86.4 (19,5%), M86.8 (8,08%), T84.7 (7,03%), zaś pozostałe rozpoznania stanowiły mniej niż 5% wszystkich hospitalizacji w grupie H81.

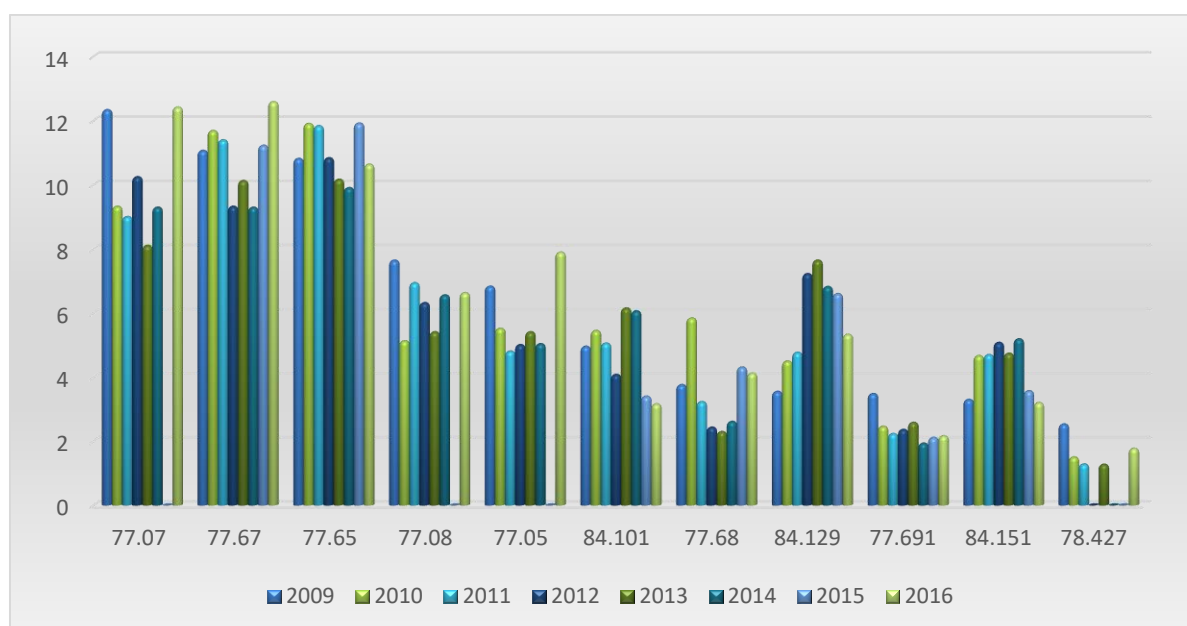
Najdłuższe czasy pobytu (mediana >20 dni) na przestrzeni analizowanych lat były związane z następującymi rozpoznaniem: L03.3 (zapalenie tkanki łącznej tułowia), T84.7 (zakażenie i odczyn zapalny spowodowany innymi wewnętrznymi wszczepami i przeszczepami), L03.8 (Zapalenie tkanki łącznej o innej lokalizacji), M00.8 (inne bakteryjne zapalenia jedno- lub wielostawowe), M00.0 (gronkowcowe zapalenie jedno- lub wielostawowe), M00.9 (ropne zapalenia stawów, nie określone) oraz T84.5 (zakażenie i odczyn zapalny spowodowany wewnętrzną protezą stawu). Hospitalizacje związane z wymienionymi powyżej rozpoznaniem stanowiły ok. 20% wszystkich hospitalizacji w analizowanym okresie.

Procedury kierunkowe

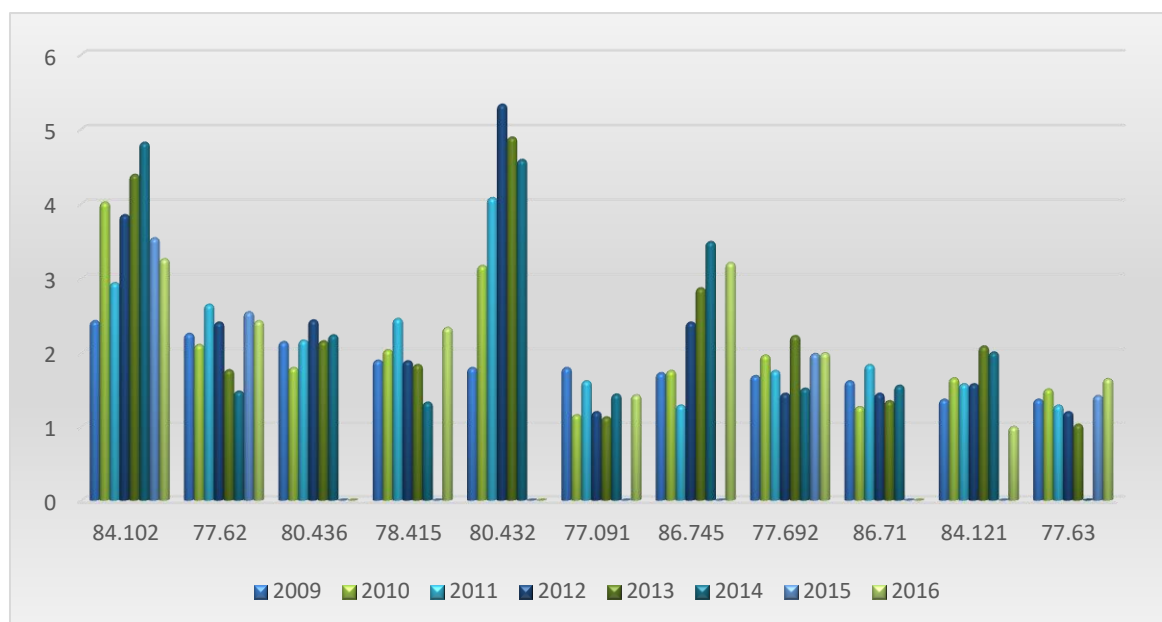
Na poniższych wykresach zaprezentowano udział procentowy poszczególnych procedur kierunkowych wykonywanych w trakcie hospitalizacji rozliczanych grupą H81 w latach 2009–2016.



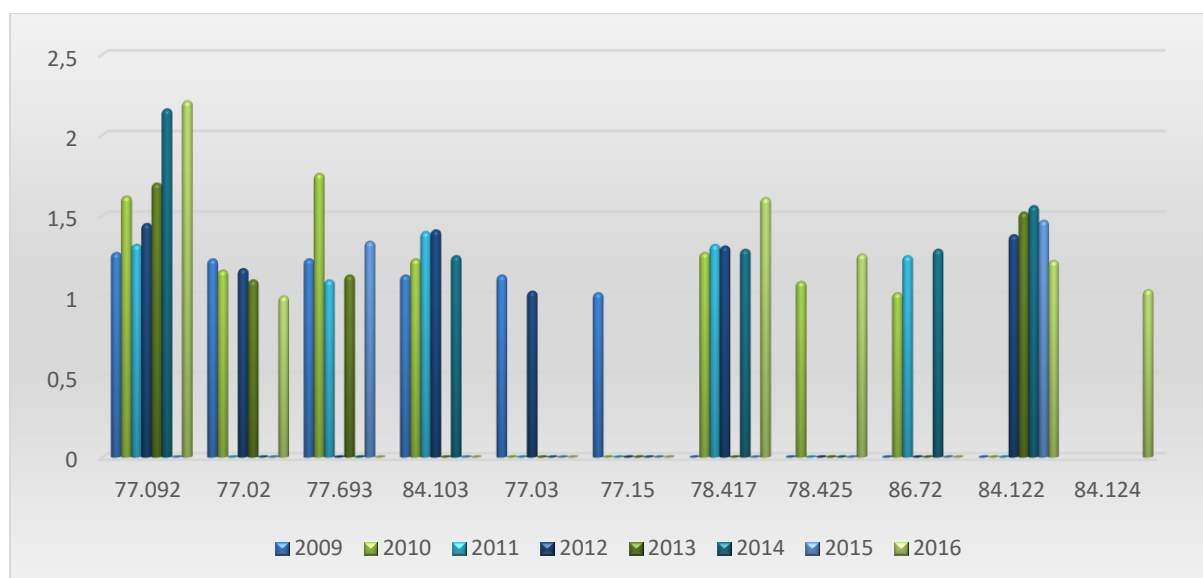
Rycina 11. Udział procentowy poszczególnych procedur kierunkowych wykonywanych w trakcie hospitalizacji rozliczanych grupą H81 w 2016 roku (opracowanie własne na podstawie danych NFZ – statystyka JGP (NFZ, 2017))



Rycina 12. Udział procentowy poszczególnych procedur kierunkowych [ICD-9: 77.07 (wycięcie martwaka - kość piszczelowa/ kość strzałkowa), 77.67 (miejscowe wycięcie zmiany lub tkanki kości - kość piszczelowa/ kość strzałkowa), 77.65 (miejscowe wycięcie zmiany lub tkanki kości - kość udowa), 77.08 (wycięcie martwaka - kości stępu/ kości śródstopia), 77.05 (wycięcie martwaka - kość udowa), 84.101 (amputacja kończyny dolnej z pokryciem kikuta płatem), 77.68 (miejscowe wycięcie zmiany lub tkanki kości - kości stępu/ kości śródstopia), 84.129 (amputacja w zakresie stopy - inne), 77.691 (miejscowe wycięcie zmiany lub tkanki kości - inne kości (miednica)), 84.151 (amputacja nogi na wysokości kości piszczelowej i strzałkowej - nie określona inaczej), 78.427 (zabieg naprawczy złego zrostu lub braku zrostu - kość piszczelowa/ kość strzałkowa)] wykonywanych w trakcie hospitalizacji rozliczanych grupą H81 w latach 2009–2016 (opracowanie własne na podstawie danych NFZ – statystyka JGP (NFZ, 2017))



Rycina 13. Udział procentowy poszczególnych procedur kierunkowych [ICD-9: 84.102 (amputacja kineplastyczna kończyny dolnej), 77.62 (miejscowe wycięcie zmiany lub tkanki kości - kość ramienna), 80.436 (uwolnienie przerośniętej lub zaciskającej torebki stawowej - kolano), 78.415 (inne zabiegi naprawcze kości - kość udowa/ miednica), 80.432 (uwolnienie przerośniętej lub zaciskającej torebki stawowej - łokieć), 77.091 (wycięcie martwaka - inne kości (miednica), 86.745 (umocowanie przez przesunięty płat), 77.692 (miejscowe wycięcie zmiany lub tkanki kości - inne kości (palciki palców stopy/ ręki), 86.71 (preparowanie płata uszypułowanego), 84.121 (amputacja przedniej części stopy), 77.63 (miejscowe wycięcie zmiany lub tkanki kości - kość promieniowa/ kość łokciowa)] wykonywanych w trakcie hospitalizacji rozliczanych grupą H81 w latach 2009–2016 (opracowanie własne na podstawie danych NFZ – statystyka JGP (NFZ, 2017)



Rycina 14. Udział procentowy poszczególnych procedur kierunkowych [ICD-9: 77.092 (wycięcie martwaka - inne kości (palciki palców stopy/ ręki), 77.02 (wycięcie martwaka - kość ramienna), 77.693 (miejscowe wycięcie zmiany lub tkanki kości - inne kości (kręgi), 84.103 (otwarta lub gilotynowa amputacja kończyny dolnej), 77.03 (wycięcie martwaka - kość promieniowa/ kość łokciowa), 77.15 (inne nacięcie kości bez rozdzielania - kość udowa), 78.417 (inne zabiegi naprawcze kości - kość piszczelowa/ kość strzałkowa), 78.425 (zabieg naprawczy złego zrostu lub braku zrostu - kość udowa/ miednica), 86.72 (przeniesienie płata uszypułowanego), 84.122 (amputacja przez śródstopie), 84.124 (amputacja w środkowym śródstopie)] wykonywanych w trakcie hospitalizacji rozliczanych grupą H81 w latach 2009–2016 (opracowanie własne na podstawie danych NFZ – statystyka JGP (NFZ, 2017)

Do najczęściej wykonywanych procedur kierunkowych w latach 2009–2016 należą: 77.07 (wycięcie martwaka - kość piszczelowa/ kość strzałkowa), 77.67 (miejscowe wycięcie zmiany lub tkanki kości - kość piszczelowa/ kość strzałkowa), 77.65 (miejscowe wycięcie zmiany lub tkanki kości - kość udowa), 77.08 (wycięcie martwaka - kości stępu/ kości śródstopia) przy czym:

- w 2009 roku największy odsetek hospitalizacji był związany z wykonywaniem procedur kierunkowych 77.07 (12,34%), 77.67 (11,07%), 77.65 (10,82%), 77.08 (7,65%), 77.05 (6,84%), zaś pozostałe procedury stanowiły mniej niż 5% wszystkich hospitalizacji rozliczanych grupą H81;
- W 2010 roku największy odsetek hospitalizacji był związany z wykonywaniem procedur kierunkowych 77.07 (9,33%), 77.67 (11,69%), 77.65 (11,91%), 77.08 (5,14%), 77.05 (5,53%), 84.101(5,46%), 77.68 (5,85%), zaś pozostałe procedury stanowiły mniej niż 5% wszystkich hospitalizacji rozliczanych grupą H81.
- w 2011 roku największy odsetek hospitalizacji był związany z wykonywaniem procedur kierunkowych 77.07 (9,01%), 77.67 (11,4%), 77.65 (11,84%), 77.08 (6,95%), 84.101 (5,07%), zaś pozostałe procedury stanowiły mniej niż 5% wszystkich hospitalizacji rozliczanych grupą H81;
- w 2012 roku największy odsetek hospitalizacji był związany z wykonywaniem procedur kierunkowych 77.07 (10,25%), 77.67 (9,33%), 77.65 (10,84%), 77.08 (6,33%), 77.05 (5,02%), 84.129 (7,23%), 84.151 (5,09%), 80.432 (5,33%), zaś pozostałe procedury stanowiły mniej niż 5% wszystkich hospitalizacji rozliczanych grupą H81;
- w 2013 roku największy odsetek hospitalizacji był związany z wykonywaniem procedur kierunkowych 77.07 (8,11%), 77.67 (10,13%), 77.65 (10,17%), 77.08 (5,42%), 77.05 (5,42%), 84.101 (6,16%), 84.129(7,65%), zaś pozostałe procedury stanowiły mniej niż 5% wszystkich hospitalizacji rozliczanych grupą H81;
- w 2014 roku największy odsetek hospitalizacji był związany z wykonywaniem procedur kierunkowych 77.07 (9,3%), 77.67 (9,3%), 77.65 (9,91%), 77.08 (6,57%), 77.05 (5,05%), 84.101 (6,07%), 84.129(6,83%), 84.151(5,2%), zaś pozostałe procedury stanowiły mniej niż 5% wszystkich hospitalizacji rozliczanych grupą H81;
- w 2015 roku największy odsetek hospitalizacji był związany z wykonywaniem procedur kierunkowych 77.67 (11,23%), 77.65 (11,92%), 84.129 (6,61%), zaś pozostałe procedury stanowiły mniej niż 5% wszystkich hospitalizacji rozliczanych grupą H81;
- w 2016 roku największy odsetek hospitalizacji był związany w wykonywaniem procedur kierunkowych 77.67 (12,59%), 77.07 (12,42%), 77.65 (10,64%), 77.05 (7,9%), 77.08 (6,64%).

Procedury kierunkowe

77.07 - Wycięcie martwaka - kość piszczelowa/ kość strzałkowa

77.67 - Miejscowe wycięcie zmiany lub tkanki kości - kość piszczelowa/ kość strzałkowa

77.65 - Miejscowe wycięcie zmiany lub tkanki kości - kość udowa

77.08 - Wycięcie martwaka - kości stępu/ kości śródstopia

77.05 - Wycięcie martwaka - kość udowa

84.101 - Amputacja kończyny dolnej z pokryciem kikuta płatem

77.68 - Miejscowe wycięcie zmiany lub tkanki kości - kości stępu/ kości śródstopia

84.129 - Amputacja w zakresie stopy - inne

77.691 - Miejscowe wycięcie zmiany lub tkanki kości - inne kości (miednica)

84.151 - Amputacja nogi na wysokości kości piszczelowej i strzałkowej nieokreślona inaczej

Procedury kierunkowe, dla których mediana czasu pobytu jest wyższa lub równa medianie czasu pobytu dla całej grupy H81 (w 2016 roku 17 dni) obejmują: 77.05 (7,8% wszystkich hospitalizacji), 84.101 (3,17%), 84.151 (3,21%), 86.745 (3,21%), 84.121 (1%), 77.02 (1%), 84.122 (1,22%), 84.124

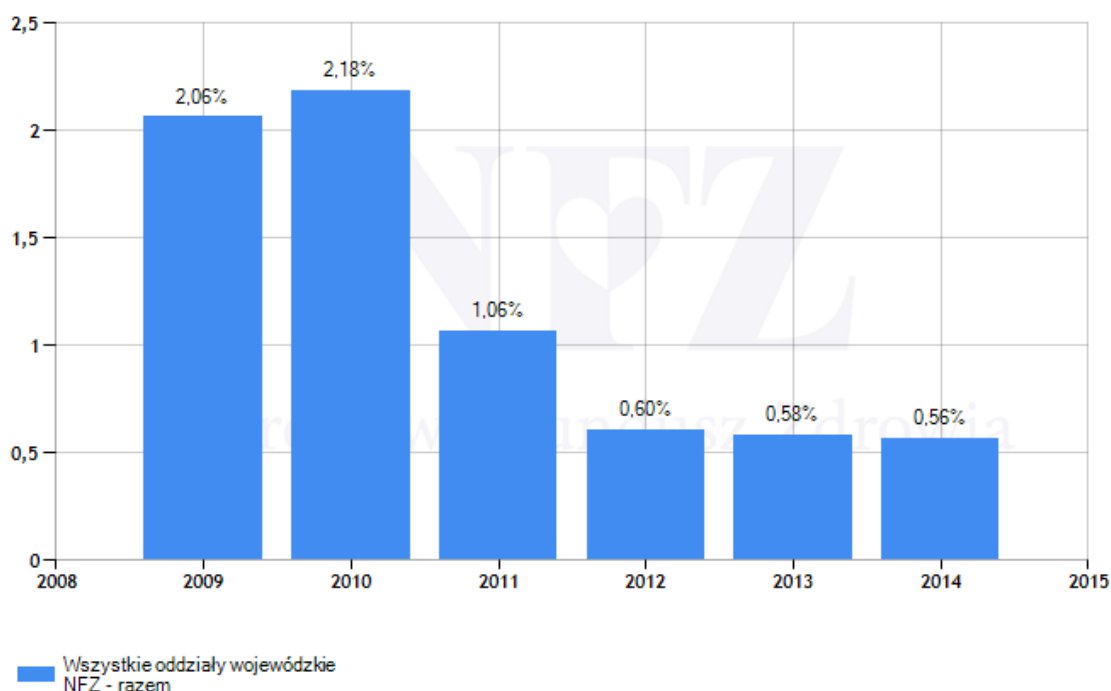
(1,04). Wykonywanie tych procedur kierunkowych wiązało się z długimi czasami pobytu również we wcześniejszych latach objętych analizą.

Szczegółowe dane dotyczące wykonywania procedur kierunkowych z grupy H81 na przestrzeni lat 2009–2016 znajdują się w załączniku nr 4.

JGP H82

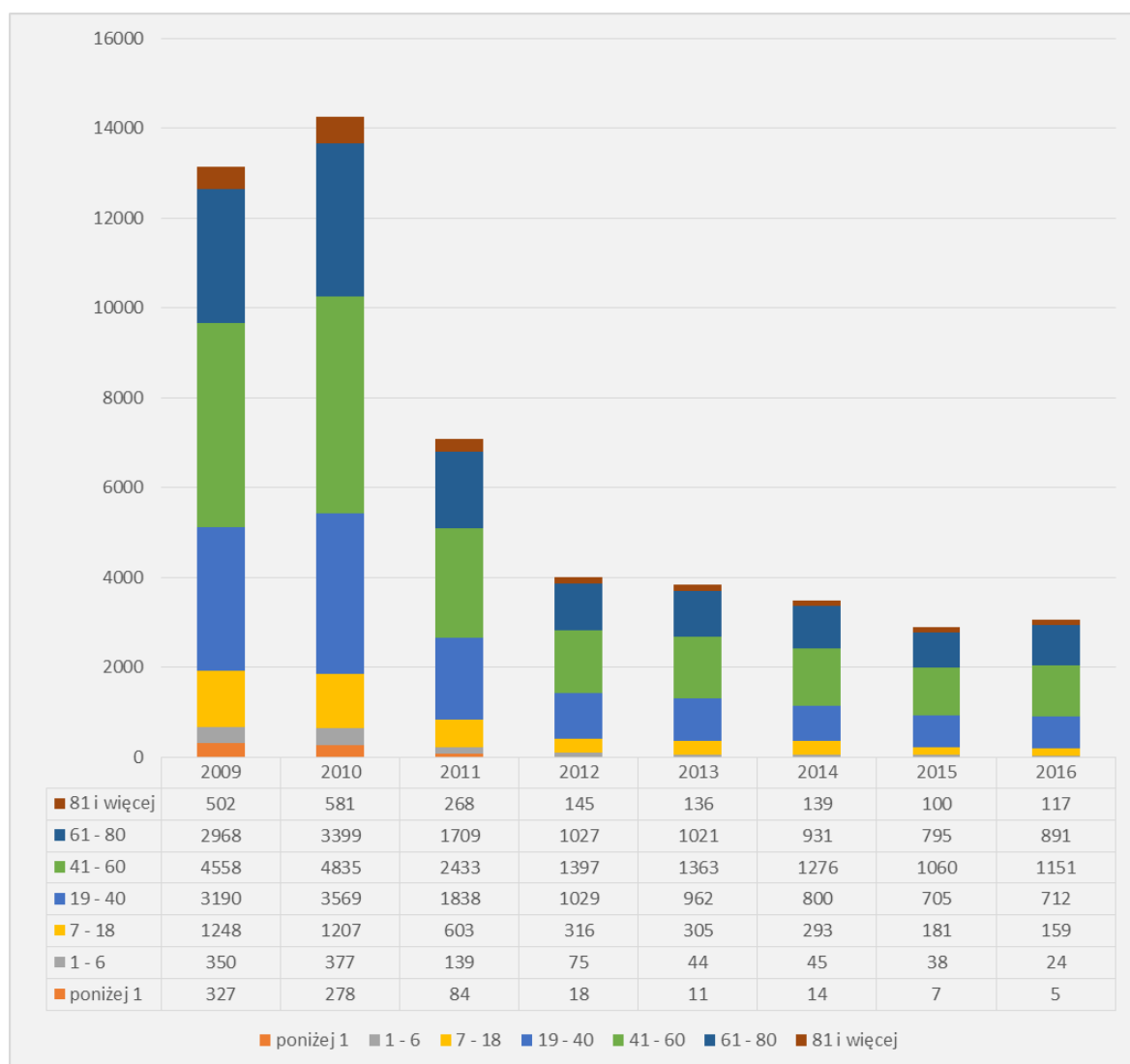
Poniżej przedstawiono analizę danych dotyczących grupy H82, pochodzących ze statystyk JGP NFZ za lata 2009–2016 (NFZ, 2017).

Na poniższym wykresie przedstawiono udział JGP H82 w całej sekcji H na przestrzeni analizowanych lat. Udział ten wahał się w zakresie od ok. 0,5% do ok. 2%.



Rycina 15. Udział JGP H82 w całej sekcji H na przestrzeni lat 2009–2016 (NFZ, 2017)

W 2016 roku NFZ rozliczył 3 059 hospitalizacji grupą H82. W porównaniu do 2009 roku liczba hospitalizacji rozliczanych tą grupą spadła w przybliżeniu o 77%. W 2010 roku nastąpił niewielki wzrost liczby hospitalizacji (o ok. 8%), zaś w 2011 roku nastąpił gwałtowny spadek (o ok. 46% względem roku 2009). Jednocześnie na przestrzeni analizowanych lat (2009–2016) obserwuje się spadek liczby hospitalizacji rozliczanych przedmiotową grupą we wszystkich grupach wiekowych (poniżej 1 roku życia – o około 99%, w przedziale wiekowym od 1 do 6 roku życia o około 93%, w przedziale wiekowym od 7 do 18 roku życia o około 87%, w przedziale wiekowym od 19 do 40 roku życia o około 78%, w przedziale wiekowym od 41 do 60 roku życia o około 75%, w przedziale wiekowym od 61 do 80 roku życia o około 70%, a u osób powyżej 81 roku życia o w przybliżeniu o 77%). Szczegółowe dane przedstawiono na poniższym wykresie.

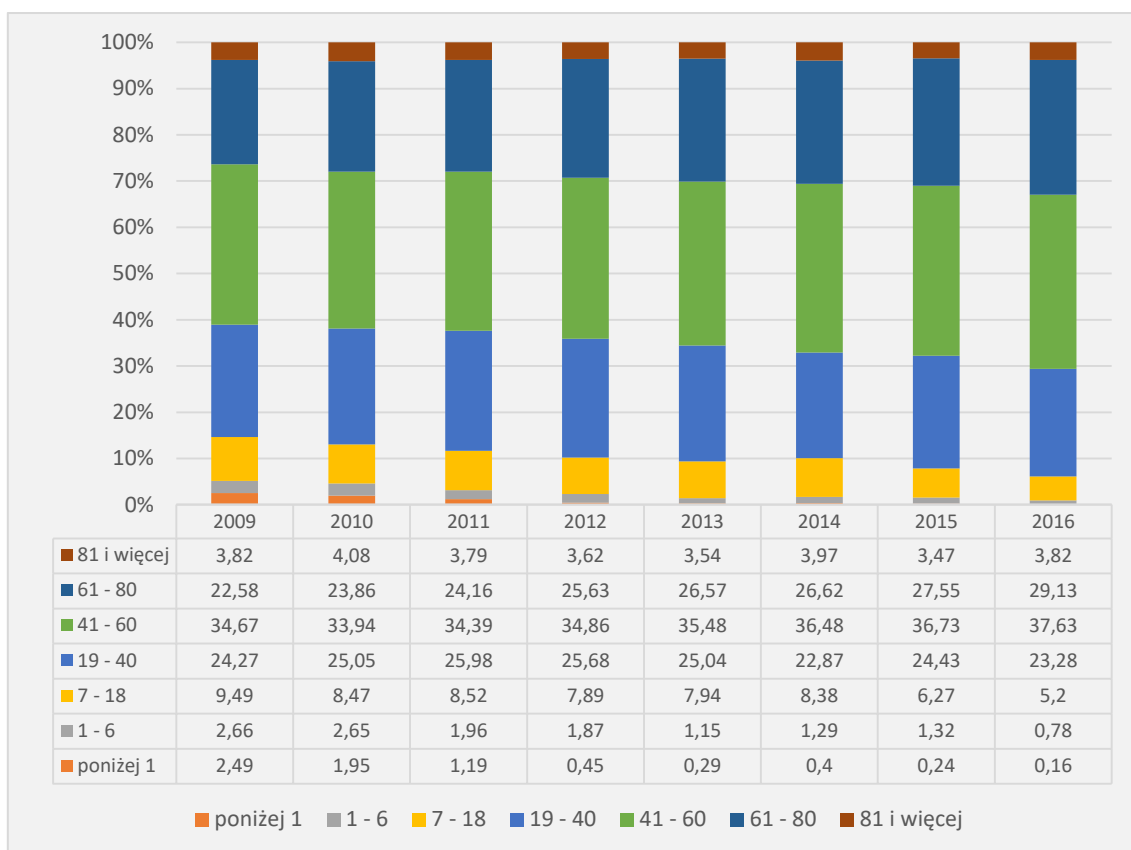


Rycina 16. Liczba hospitalizacji rozliczonych grupą H82 – analiza przekrojowa danych dotyczących świadczeń zrealizowanych w systemie JGP w latach 2009–2016 (NFZ, 2017)

Należy zauważyć, że w analizowanym przedziale czasu odsetek hospitalizacji:

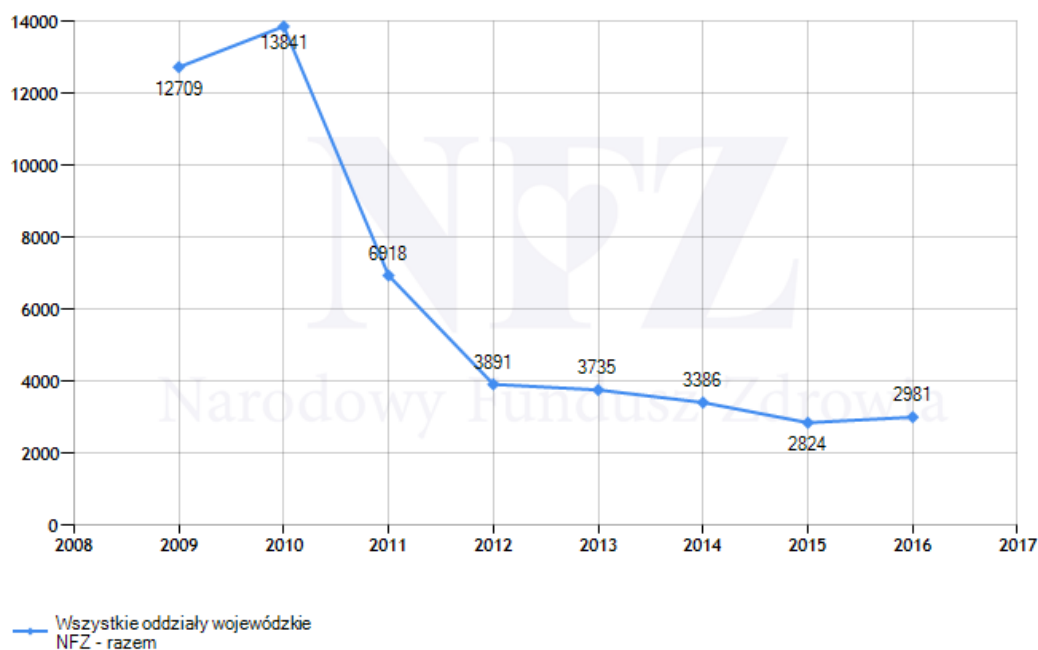
- dzieci poniżej 1 roku życia utrzymywał się na poziomie nieprzekraczającym 2,5% wszystkich hospitalizacji;
- dzieci w wieku 1–6 stanowiły od ok. 0,8 % do ok. 2,7 % wszystkich hospitalizacji;
- dzieci w wieku 7–18 lat stanowiły od ok. 5,2 % do ok. 9,5% wszystkich hospitalizacji;
- osób w wieku 19-40 lat stanowiły ok. 24% wszystkich hospitalizacji;
- osób w wieku 41–60 lat stanowiły od 35% do 38% wszystkich hospitalizacji;
- osób w wieku 61–80 stanowiły od 23% do 29% wszystkich hospitalizacji;
- osób powyżej 81 roku życia stanowiły od 3% do 4% wszystkich hospitalizacji.

Sytuacja w poszczególnych latach została zobrazowana na poniższym wykresie.



Rycina 17. Odsetek hospitalizacji odzwierciedlający udział poszczególnych kategorii wiekowych w całkowitej liczbie hospitalizacji rozliczonych grupą H82 – analiza przekrojowa danych dotyczących świadczeń zrealizowanych w systemie JGP w latach 2009–2016 (NFZ, 2017)

W 2016 roku leczeniem, które zostało rozliczone z płatnikiem grupą H82, objęto 2 981 pacjentów. W porównaniu z rokiem 2009 liczba ta spadła o ok. 77% (12 709 pacjentów w 2009 roku). Zmiana liczby pacjentów w analizowanym okresie (2009–2015) została przedstawiona na poniższym wykresie.



Rycina 18. Liczba pacjentów, których hospitalizacja została rozliczona grupą H82 – analiza przekrojowa danych dotyczących świadczeń zrealizowanych w systemie JGP w latach 2009–2016 (NFZ, 2017)

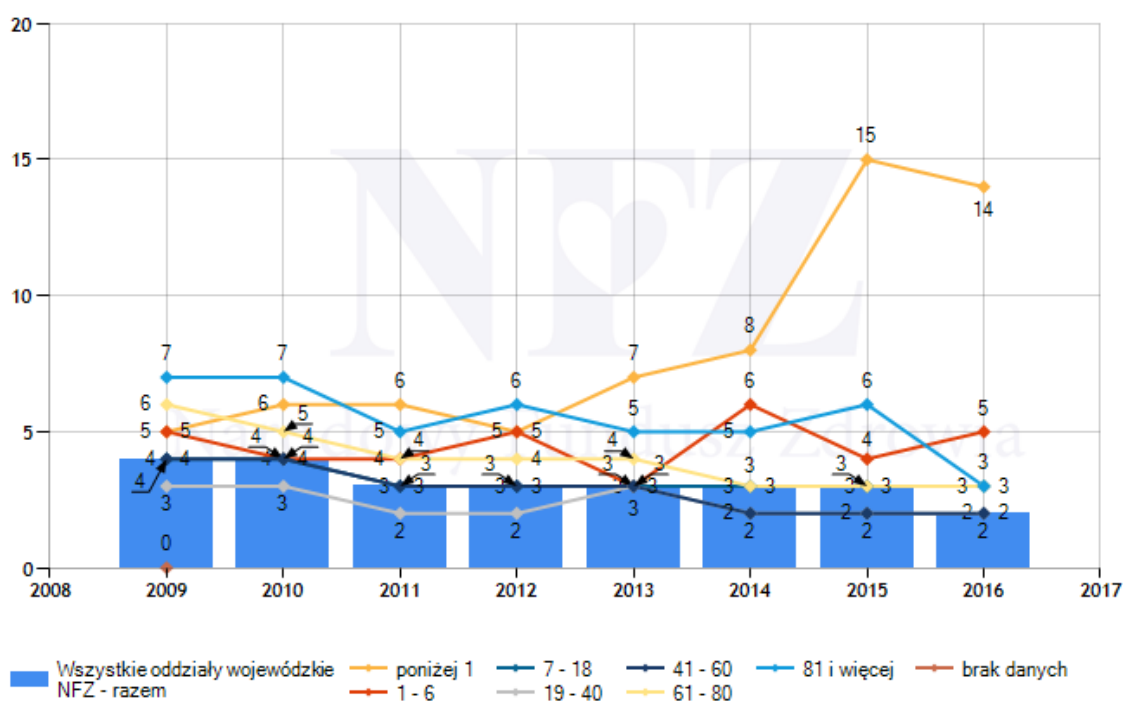
Liczba hospitalizacji w każdym z analizowanych lat przewyższa liczbę pacjentów. W poniższej tabeli przedstawiono współczynniki rehospitalizacji w latach 2009–2016.

Tabela 8 Współczynnik rehospitalizacji w latach 2009–2016 (NFZ, 2017)

Rok	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Współczynnik rehospitalizacji	1,05	1,03	1,02	1,03	1,03	1,03	1,02	1,03

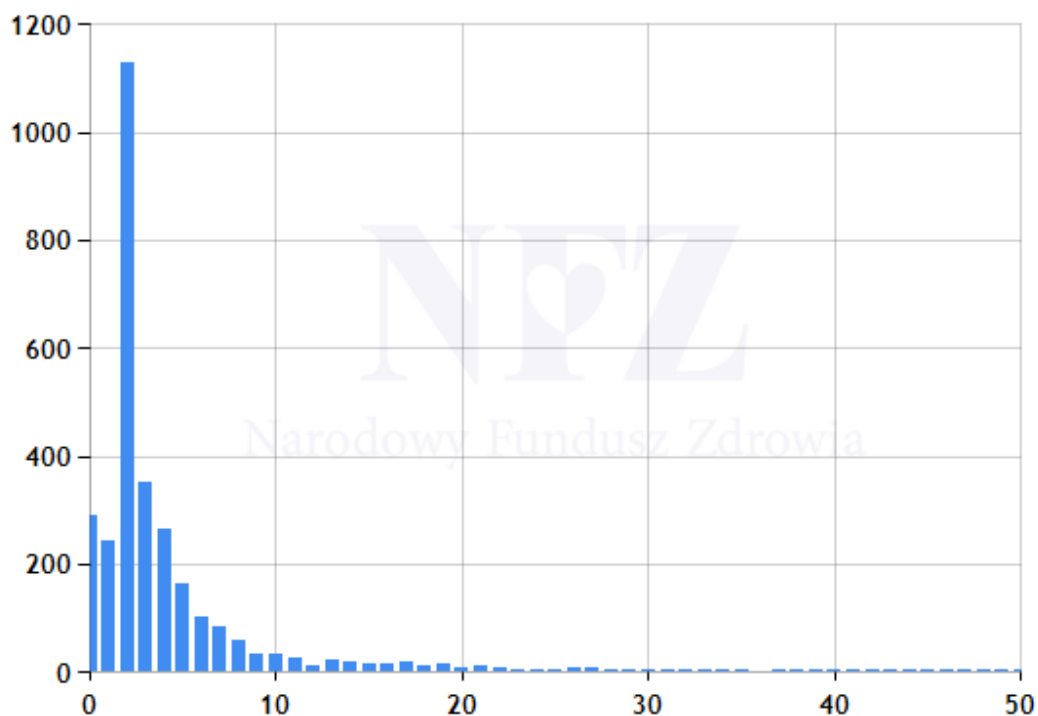
W analizowanym okresie współczynnik rehospitalizacji pozostawał na podobnym poziomie.

Natomiast na przestrzeni lat skróceniu uległa długość hospitalizacji (mediana) z 4 do 2 dni. Długość hospitalizacji (mediana) uległa skróceniu lub utrzymywała się na zbliżonym poziomie we wszystkich grupach wiekowych, poza grupą dzieci poniżej 1 roku życia, gdzie mediana długości hospitalizacji uległa wydłużeniu z 5 dni w 2009 roku do 14 dni w 2016 roku. Najdłuższe pobyty (w 2016 roku) dotyczą grupy wiekowej dzieci poniżej 1 roku życia, następnie grupy wiekowej dzieci od 1 do 6 roku życia oraz osób powyżej 81 roku życia. Szczegółowe dane zaprezentowano na poniższym wykresie.



Rycina 19. Długość hospitalizacji (mediana) rozliczanych grupą H82 na przestrzeni lat 2009–2016 (NFZ, 2017)

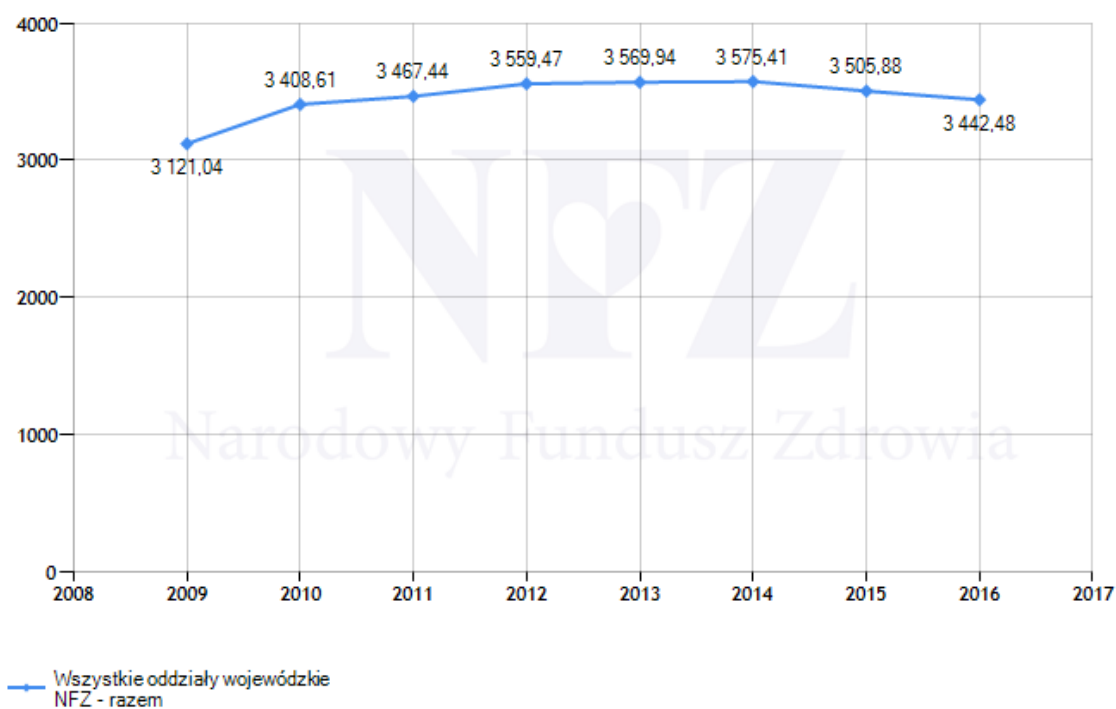
Dodatkowo, na poniższym wykresie przedstawiono histogram czasu pobytu. Liczba dni pobytu finansowanych grupą, zgodnie z obowiązującym Zarządzeniem Prezesa NFZ, wynosi 21 dni. Z poniższego histogramu wynika, że w 2016 r. najwięcej było hospitalizacji 3-dniowych, a następnie 4-dniowych.



Rycina 20. Histogram czasu pobytu dla grupy H82 w 2016 r. (NFZ, 2017)

W 2016 roku wartość świadczeń sfinansowanych przez Płatnika wyniosła 9 683 968,34 zł, zaś wartość świadczeń sprawozdanych była wyższa i wyniosła 10 572 553 zł.

Średnia wartość grupy (ok. 3 500 zł) pozostawała na podobnym poziomie na przestrzeni lat objętych analizą. Średnia wartość grupy oscylowała wokół 3 458 zł osiągając wartość minimalną 3 121 zł w 2009 roku i maksymalną 3 575 zł w 2014 r. Szczegółowe dane zaprezentowano na poniższym wykresie.



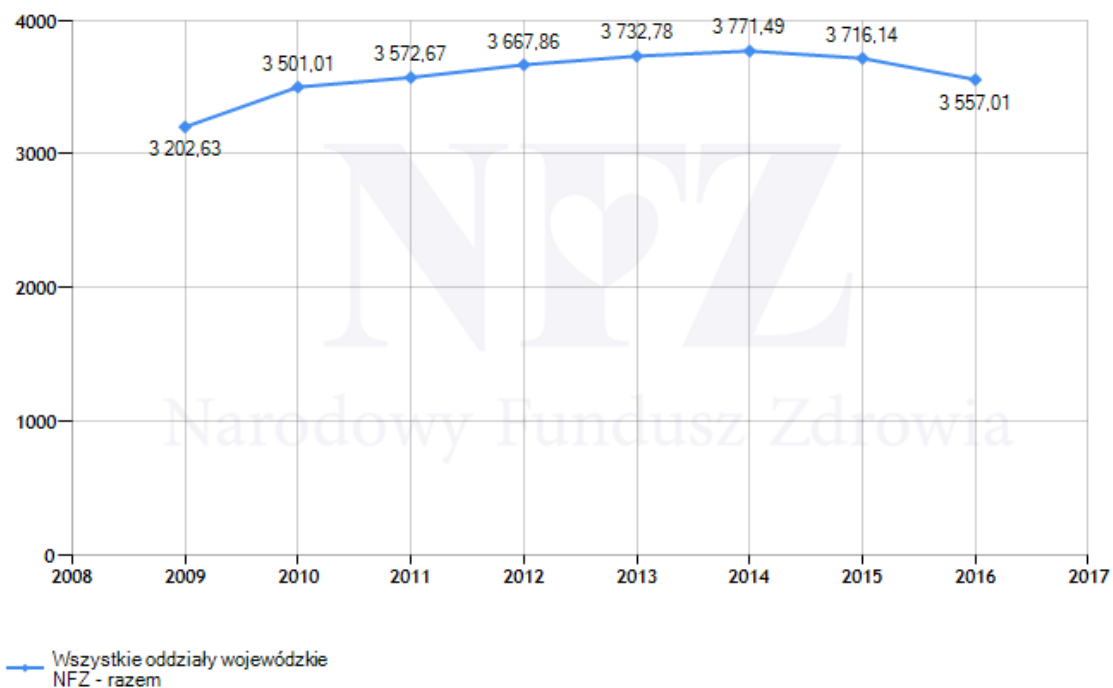
Rycina 21. Średnia wartość grupy H82 na przestrzeni lat 2009–2016 (NFZ, 2017)

W poniższej tabeli przedstawiono również średnią wartość grupy w latach 2009–2016 w podziale na poszczególne typy świadczeniodawców. Najwyższa średnia wartość grupy w całym analizowanym okresie dotyczyła szpitali wojewódzkich, zaś najniższa szpitali niepublicznych i innych. Największa różnica średniej wartości grupy pomiędzy różnymi typami szpitali dotyczyła szpitali wojewódzkich i niepublicznych w 2014 roku i wynosiła 428,74 zł.

Tabela 9 Średnia wartość grupy H82 na przestrzeni lat 2009–2016, w podziale na typy świadczeniodawców (NFZ, 2017)

Typ szpitala/Rok	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Gminny, powiatowy, miejski	3 146,13 zł	3 379,06 zł	3 430,30 zł	3 510,57 zł	3 531,43 zł	3 575,66 zł	3 502,69 zł	3 404,59 zł
Niepubliczny	2 860,74 zł	3 352,19 zł	3 371,41 zł	3 421,91 zł	3 415,32 zł	3 332,99 zł	3 420,01 zł	3 405,79 zł
Kliniczny	3 048,79 zł	3 383,70 zł	3 504,23 zł	3 544,81 zł	3 499,12 zł	3 507,74 zł	3 433,17 zł	3 363,40 zł
Wojewódzki	3 181,52 zł	3 485,20 zł	3 597,83 zł	3 784,96 zł	3 792,18 zł	3 761,73 zł	3 644,59 zł	3 603,69 zł
Inny	3 037,94 zł	3 332,34 zł	3 319,38 zł	3 426,94 zł	3 364,83 zł	3 469,88 zł	3 356,77 zł	3 311,36 zł
Wszystkie	3 121,04 zł	3 408,61 zł	3 467,44 zł	3 559,47 zł	3 569,94 zł	3 575,41 zł	3 505,88 zł	3 442,48 zł
Maksimum	3 181,52 zł	3 485,20 zł	3 597,83 zł	3 784,96 zł	3 792,18 zł	3 761,73 zł	3 644,59 zł	3 603,69 zł
Minimum	2 860,74 zł	3 332,34 zł	3 319,38 zł	3 421,91 zł	3 364,83 zł	3 332,99 zł	3 356,77 zł	3 311,36 zł
Różnica	320,78 zł	152,86 zł	278,45 zł	363,05 zł	427,35 zł	428,74 zł	287,82 zł	292,33 zł

Średnia wartość hospitalizacji jest wyższa od średniej wartości grupy i była wyższa o ok. 82 PLN w 2009 r. i o ok. 115 PLN w 2016 r.



Rycina 22. Średnia wartość hospitalizacji rozliczanych w ramach grupy H82 na przestrzeni lat 2009–2016 (NFZ, 2017)

W poniższej tabeli przedstawiono kategorie produktów sumowanych do grupy H82 w 2016 r. Najwięcej udzielono świadczeń związanych z przetoczeniem preparatów krwi i innych substancji, zaś najmniejszy odsetek świadczeń do sumowania stanowiły dializy i leczenie żywieniowe. Z kolei najwięcej wydatków

poniósł Płatnik w związku z udzielaniem pozostałych świadczeń do sumowania, zaś najmniej w związku z prowadzeniem leczenia żywieniowego.

Tabela 10 Kategorie produktów do sumowania powiększających wartość hospitalizacji rozliczonych w ramach grupy H82 w 2016 r.

Kategoria produktów	Lb. hospitalizacji	Udział (%) w liczbie hospitalizacji	Wartość	Udział (%) w wartości produktów dosumowanych
Pozostałe świadczenia	78	2,55	222 479,00	63,50
Przetoczenie preparatów krwi i innych substancji	103	3,37	95 027,00	27,12
Pobyt w OAIiT	4	0,13	17 229,00	4,92
Dializy	2	0,07	11 232,00	3,21
Leczenie żywieniowe	2	0,07	4 368,00	1,25

Dodatkowo w poniższej tabeli przedstawiono średnie wartości hospitalizacji rozliczanych w ramach grupy H82 w latach 2009–2016 w podziale na świadczeniodawców. Najwyższe wartości hospitalizacji najczęściej dotyczyły szpitali wojewódzkich – lata: 2009–2010, 2012–2014, 2016, w roku 2011 szpitali klinicznych, a w roku 2015 innych szpitali. Najniższe wartość zaś szpitali niepublicznych lub innych. Największa różnica pomiędzy wartością hospitalizacji dotyczyła szpitali innych i niepublicznych w 2015 roku i wyniosła aż 2 008,65 zł.

Tabela 11 Średnia wartość hospitalizacji rozliczanych w ramach grupy H82 na przestrzeni lat 2009–2016, w podziale na typy świadczeniodawców (NFZ, 2017)

Typ szpitala/Rok	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Gminny, powiatowy, miejski	3 200,54 zł	3 457,82 zł	3 495,68 zł	3 629,74 zł	3 703,63 zł	3 691,31 zł	3 668,66 zł	3 548,16 zł
Niepubliczny	2 871,16 zł	3 465,71 zł	3 394,09 zł	3 489,26 zł	3 501,13 zł	3 430,41 zł	3 442,64 zł	3 454,22 zł
Kliniczny	3 208,80 zł	3 456,02 zł	3 811,99 zł	3 657,72 zł	3 822,13 zł	3 658,63 zł	3 563,49 zł	3 476,05 zł
Wojewódzki	3 277,83 zł	3 607,33 zł	3 725,06 zł	3 899,54 zł	3 881,71 zł	4 177,12 zł	3 940,12 zł	3 698,91 zł
Inny	3 125,07 zł	3 351,23 zł	3 325,29 zł	3 499,49 zł	3 428,91 zł	3 507,55 zł	5 451,29 zł	3 488,38 zł
Wszystkie	3 202,63 zł	3 501,01 zł	3 572,67 zł	3 667,86 zł	3 732,78 zł	3 771,49 zł	3 716,14 zł	3 557,01 zł
Maksimum	3 277,83 zł	3 607,33 zł	3 811,99 zł	3 899,54 zł	3 881,71 zł	4 177,12 zł	5 451,29 zł	3 698,91 zł
Minimum	2 871,16 zł	3 351,23 zł	3 325,29 zł	3 489,26 zł	3 428,91 zł	3 430,41 zł	3 442,64 zł	3 454,22 zł
Różnica	406,67 zł	256,10 zł	486,70 zł	410,28 zł	452,80 zł	746,71 zł	2 008,65 zł	244,69 zł

Tryb przyjęcia pacjenta

W poniższej tabeli przedstawiono dane dotyczące trybu przyjęcia pacjentów do szpitala w 2016 roku. Najwięcej hospitalizacji wiązało się z planowym przyjęciem do szpitala (ok. 75%). Przyjęcia w trybie nagłym stanowiły ok. 16%. Należy zauważyć, że mediana czasu pobytu była dłuższa w przypadku pacjentów przyjętych w trybie nagłym (zwłaszcza pacjentów przyjętych w wyniku przekazania przez zespół ratownictwa medycznego) w porównaniu z pacjentami przyjmowanymi w trybie planowym.

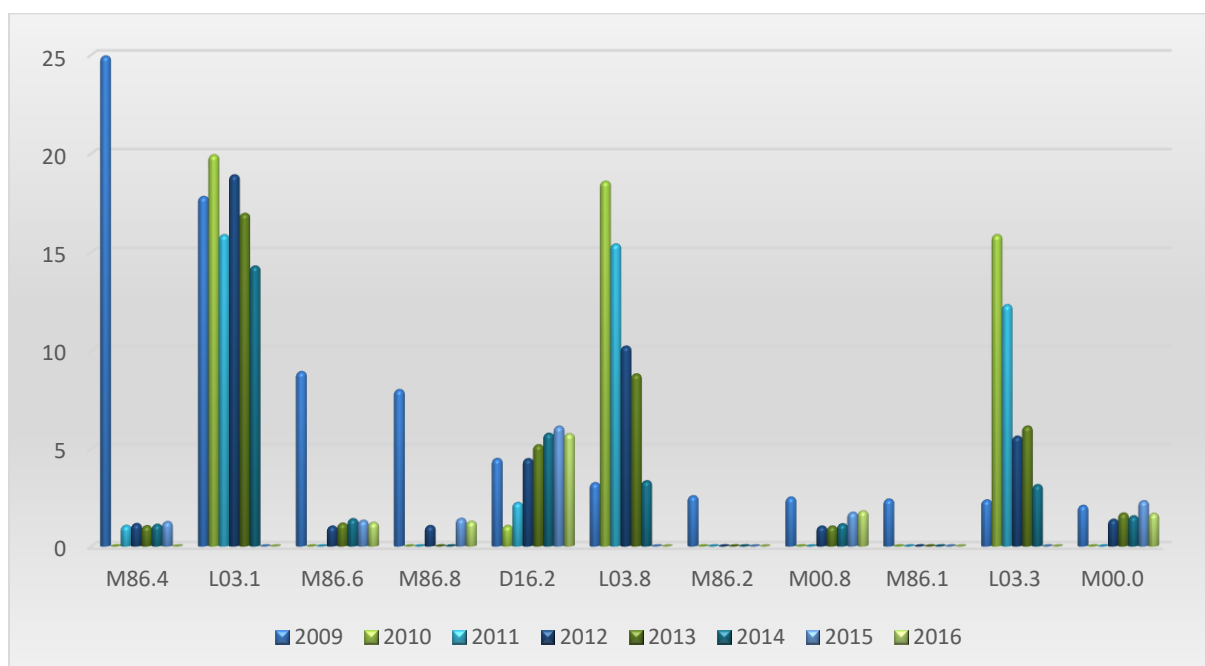
Tabela 12 Tryb przyjęcia pacjentów, których hospitalizacje rozliczono grupą H82, do szpitala w 2016 r.

Tryb przyjęcia	Lb. hospitalizacji	Udział (%)	Mediana czasu pobytu (dni)
Przyjęcie w trybie nagłym w wyniku przekazania przez zespół ratownictwa medycznego	32	1,05	19
Przyjęcie w trybie nagłym - inne przypadki	457	14,94	7
Przyjęcie noworodka w wyniku porodu w tym szpitalu	0	0,00	0
Przyjęcie planowe na podstawie skierowania	2300	75,19	2

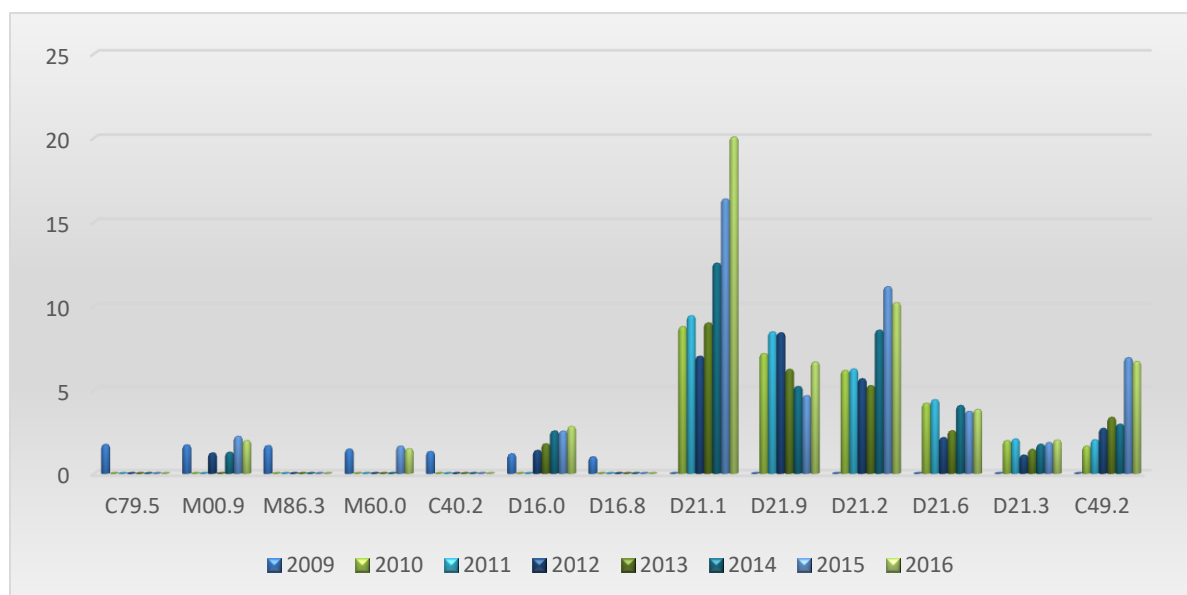
Tryb przyjęcia	Lb. hospitalizacji	Udział (%)	Mediana czasu pobytu (dni)
Przyjęcie planowe osoby, która skorzystała ze świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością, zgodnie z uprawnieniami przysługującymi jej na podstawie ustawy	0	0,00	0
Przeniesienie z innego szpitala	6	0,20	13
Przyjęcie osoby podlegającej obowiązkowemu leczeniu	0	0,00	0
Przyjęcie przymusowe	0	0,00	0
Przyjęcie na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego	264	8,63	4

Rozpoznania

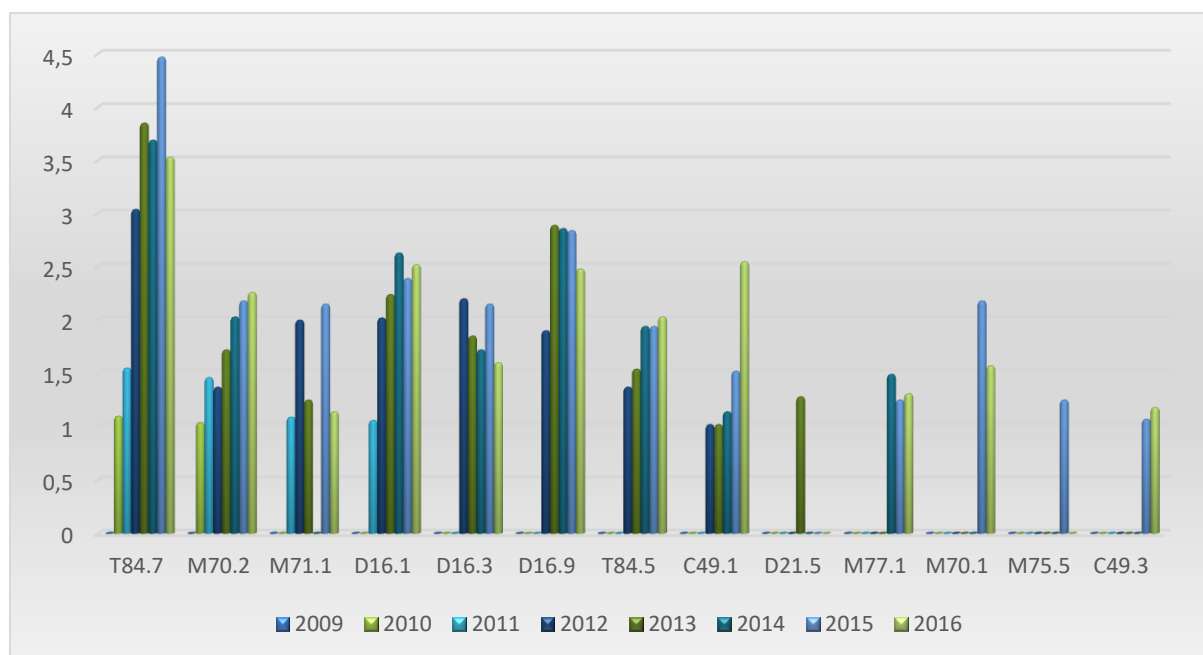
Na poniższych wykresach zaprezentowano udział procentowy poszczególnych rozpoznań będących przyczyną hospitalizacji rozliczanej grupą H82 w latach 2009–2016.



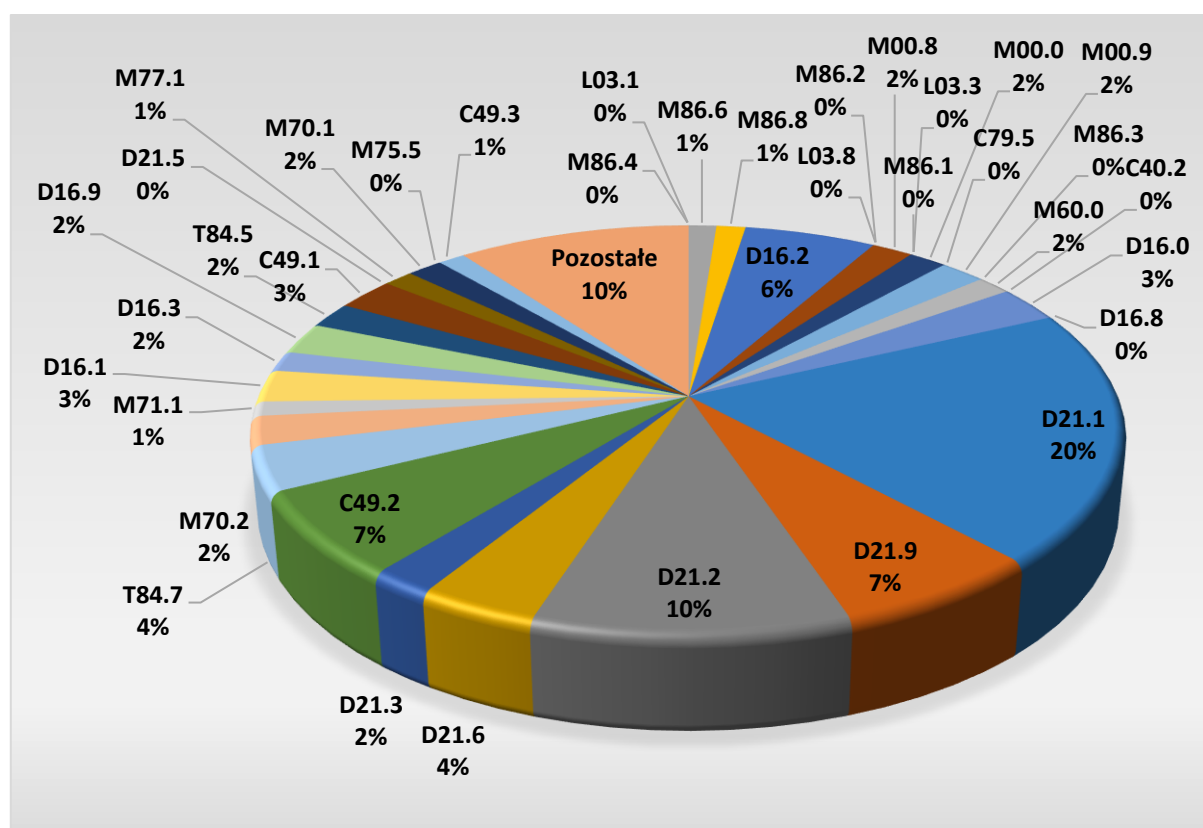
Rycina 23. Udział poszczególnych rozpoznań [ICD-10: M86.4 (przewlekłe zapalenie kości i szpiku z drenującą zatoką), L03.1 (zapalenie tkanki łącznej innych części kończyny), M86.6 (inne przewlekłe zapalenie kości i szpiku), M86.8 (inne zapalenie kości i szpiku), D16.2 (kości długie kończyny dolnej), L03.8 (zapalenie tkanki łącznej o innej lokalizacji), M86.2 (podostre zapalenie kości i szpiku), M00.8 (inne bakteryjne zapalenia jedno- lub wielostawowe), M86.1 (inne ostre zapalenie kości i szpiku), L03.3 (zapalenie tkanki łącznej tułowia), M00.0 (gronkowcowe zapalenie jedno- lub wielostawowe)] będących przyczyną hospitalizacji rozliczanych grupą H82 w latach 2009–2016 (opracowanie własne na podstawie danych NFZ – statystyka JGP (NFZ, 2017))



Rycina 24. Udział poszczególnych rozpoznań [ICD-10: C79.5 (wtórny nowotwór złośliwy kości i szpiku kostnego), M00.9 (ropne zapalenia stawów, nie określone), M86.3 (przewlekłe wieloogniskowe zapalenie kości i szpiku), M60.0 (infekcyjne zapalenie mięśni), C40.2 (kości długie kończyny dolnej), D16.0 (łopatką i kości długie kończyny górnej), D16.8 (nowotwór niezłośliwy (kości miednicy, kość krzyżowa i guziczna), D21.1 (tkanka łączna i inne tkanki miękkie kończyny górnej, łącznie z barkiem), D21.9 (tkanka łączna i inne tkanki miękkie, nie określone), D21.2 (tkanka łączna i inne tkanki miękkie kończyny dolnej, łącznie z biodrem), D21.6 (tkanka łączna i inne tkanki miękkie tułowia, nie określone), D21.3 (tkanka łączna i inne tkanki miękkie klatki piersiowej), C49.2 (tkanka łączna i tkanka miękka kończyny dolnej łącznie z biodrem)] będących przyczyną hospitalizacji rozliczanych grupą H82 w latach 2009–2016 (opracowanie własne na podstawie danych NFZ – statystyka JGP (NFZ, 2017)



Rycina 25. Udział poszczególnych rozpoznań (ICD-10: T84.7 (wtórny nowotwór złośliwy kości i szpiku kostnego), M70.2 (zapalenie kaletki maziowej wyrostka łokciowego), M71.1 (inne infekcyjne zapalenia kaletki maziowej), D16.1 (Kości krótkie kończyny górnej), D16.3 (kości krótkie kończyny dolnej), D16.9 (kości i chrząstki stawowe, nie określone), T84.5 (zakażenie i odczyn zapalny spowodowany wewnętrzną protezą stawu), C49.1 (tkanka łączna i tkanka miękka kończyny górnej łącznie z barkiem), D21.5 (tkanka łączna i inne tkanki miękkie miednicy), M77.1 (zapalenie nadkłykcia bocznego), M70.1 (zapalenie kaletki maziowej w obrębie ręki), M75.5 (zapalenie kałek maziowych stawu ramennego), C49.3 (tkanka łączna i tkanka miękka klatki piersiowej)) będących przyczyną hospitalizacji rozliczanych grupą H82 w latach 2009–2016 (opracowanie własne na podstawie danych NFZ – statystyka JGP (NFZ, 2017)



Rycina 26. Udział procentowy poszczególnych rozpoznaw będących przyczyną hospitalizacji rozliczanych grupą H82 w 2016 roku (opracowanie własne na podstawie danych NFZ – statystyka JGP (NFZ, 2017))

Najwięcej hospitalizacji wiązało się z następującymi rozpoznaniem:

- w 2009 roku najwięcej hospitalizacji było związanych z rozpoznaniem M86.4 (24,92%), L03.1 (17,8%), M86.6 (8,92%), M86.8 (8%), zaś pozostałe rozpoznania stanowiły mniej niż 5% wszystkich hospitalizacji w grupie H82;
- w 2010 roku najwięcej hospitalizacji było związanych z rozpoznaniem L03.1 (19,91%), L03.8 (18,57%), L03.3 (15,86%), D21.1 (8,81%), D21.9 (7,2%), D21.2 (6,19%), zaś pozostałe rozpoznania stanowiły mniej niż 5% wszystkich hospitalizacji w grupie H82;
- w 2011 roku najwięcej hospitalizacji było związanych z rozpoznaniem L03.1 (15,86%), L03.8 (15,39%), L03.3

Rozpoznania

C49.1 - Tkanka łączna i tkanka miękka kończyny górnej łącznie z barkiem
 C49.3 - Tkanka łączna i tkanka miękka klatki piersiowej
 D16.0 - Łopatka i kości długie kończyny górnej
 D16.1 - Kości krótkie kończyny górnej
 D16.3 - Kości krótkie kończyny dolnej
 D16.9 - Kości i chrząstki stawowe, nieokreślone
 D21.3 - Tkanka łączna i inne tkanki miękkie klatki piersiowej
 D21.6 - Tkanka łączna i inne tkanki miękkie tułowia, nieokreślone
 M00.9 - Ropne zapalenia stawów, nieokreślone
 M70.1 - Zapalenie kaletki maziowej w obrębie ręki
 M70.2 - Zapalenie kaletki maziowej wyrostka łokciowego
 M71.1 - Inne infekcyjne zapalenia kaletki maziowej
 M77.1 - Zapalenie nadkłykcia boczego
 T84.7 - Zakażenie i odczyn zapalny spowodowany innymi wewnętrznymi wszczepami i przeszczepami

Rozpoznania

C49.2 – Nowotwór złośliwy (tkanka łączna i tkanka miękka kończyny dolnej łącznie z biodrem)

D16.2 – Nowotwór niezłośliwy (kości długie kończyny dolnej)

D21.1 – Nowotwór niezłośliwy (tkanka łączna i inne tkanki miękkie kończyny górnej, łącznie z barkiem)

D21.2 – Nowotwór niezłośliwy (tkanka łączna i inne tkanki miękkie kończyny dolnej, łącznie z biodrem)

D21.9 – Tkanka łączna i inne tkanki miękkie, nieokreślone

L03.1 – Zapalenie tkanki łącznej innych części kończyny

L03.3 – Zapalenie tkanki łącznej innych części kończyny

L03.8 – Zapalenie tkanki łącznej o innej lokalizacji

M86.4 – Przewlekłe zapalenie kości i szpiku z drenującą zatoką

M86.6 – Inne przewlekłe zapalenie kości i szpiku

M86.8 – Inne zapalenie kości i szpiku

M00.0 – Gronkowcowe zapalenie jedno- lub wielostawowe

M00.8 – Inne bakteryjne zapalenia jedno- lub wielostawowe

M00.9 – Ropne zapalenia stawów, nieokreślone

M60.0 – Infekcyjne zapalenie mięśni

T84.5 – Zakażenie i odczyn zapalny spowodowany wewnętrzną protezą stawu

(12,31%), D21.1 (9,46%), D21.9 (8,5%), D21.2 (6,28%), zaś pozostałe rozpoznania stanowiły mniej niż 5% wszystkich hospitalizacji w grupie H82;

- w 2012 roku najwięcej hospitalizacji było związanych z rozpoznaniem L03.1 (18,89%), L03.8 (10,21%), L03.3 (5,62%), D21.1 (7,04%), D21.9 (8,44%), D21.2 (5,69%), zaś pozostałe rozpoznania stanowiły mniej niż 5% wszystkich hospitalizacji w grupie H82;

- w 2013 roku najwięcej hospitalizacji było związanych z rozpoznaniem L03.1 (16,94%), D16.2 (5,18%), L03.8 (8,8%), L03.3 (6,14%), D21.1 (9,03%), D21.9 (6,25%), D21.2 (5,28%), zaś pozostałe rozpoznania stanowiły mniej niż 5% wszystkich hospitalizacji w grupie H82;

- w 2014 roku najwięcej hospitalizacji było związanych z rozpoznaniem L03.1 (14%), D16.2 (6%), D21.1 (13%), D21.9 (5%), D21.2 (9%), zaś pozostałe rozpoznania stanowiły mniej niż 5% wszystkich hospitalizacji w grupie H82;

- w 2015 roku najwięcej hospitalizacji było związanych z rozpoznaniem D21.1 (16%), D21.2 (11%), D16.2 (6%), C49.2 (7%) zaś pozostałe rozpoznania stanowiły mniej niż 5% wszystkich hospitalizacji w grupie H82;

- w 2016 roku najwięcej hospitalizacji było związanych z rozpoznaniem D21.1 (20,07%), D21.2 (10,23%), C49.2 (6,73%), D16.2 (5,75%) zaś pozostałe rozpoznania stanowiły mniej niż 5% wszystkich hospitalizacji w grupie H82.

Najdłuższe czasy pobytu w analizowanym okresie (mediana ≥ 11 dni) były związane z następującymi rozpoznaniem: M00.8 (inne bakteryjne zapalenia jedno- lub wielostawowe), M00.9 (ropne zapalenia stawów), M00.0 (ropne zapalenie stawów), M60.0 (infekcyjne zapalenie mięśni), T84.5 (zakażenie i odczyn zapalny spowodowany wewnętrzną protezą stawu).

Rozpoznania te stanowią jednak niewielki odsetek hospitalizacji rozliczanych grupą H82.

Procedury kierunkowe

Poniżej zaprezentowano najczęściej wykonywane procedury na przestrzeni lat 2009–2016.

- W 2009 roku największy odsetek hospitalizacji był związany z wykonywaniem procedur kierunkowych 86.04 (44,99%), 83.399 (26,1%), 86.229 (19,29%), zaś pozostałe procedury stanowiły mniej niż 5% wszystkich hospitalizacji rozliczanych grupą H82.
- W 2010 roku największy odsetek hospitalizacji był związany z wykonywaniem procedur kierunkowych 86.04 (39,14%), 83.399 (34,29%), 86.229 (18,06%), zaś pozostałe procedury stanowiły mniej niż 5% wszystkich hospitalizacji rozliczanych grupą H82.
- W 2011 roku największy odsetek hospitalizacji był związany z wykonywaniem procedury kierunkowej 83.09 (22,79%) zaś pozostałe procedury stanowiły mniej niż 5% wszystkich

hospitalizacji rozliczanych grupą H82. Procedury, które stanowiły największy odsetek wykonywanych procedur w latach 2009–2010, tj. 86.04, 83.399, 86.229, przestały być sprawozdawane.

- W 2012 roku największy odsetek hospitalizacji był związany z wykonywaniem procedur kierunkowych 83.09 (48,27%), 83.659 (6,41%), zaś pozostałe procedury stanowiły mniej niż 5% wszystkich hospitalizacji rozliczanych grupą H82.
- W 2013 roku największy odsetek hospitalizacji był związany z wykonywaniem procedur kierunkowych 83.09 (44,22%), 80.93 (6,61%), 83.659 (9,21%), zaś pozostałe procedury stanowiły mniej niż 5% wszystkich hospitalizacji rozliczanych grupą H82.
- W 2014 roku największy odsetek hospitalizacji był związany z wykonywaniem procedur kierunkowych 83.659 (19,24%), 83.191 (14,49%), 77.892 (5,26%), 80.93 (8,6%), 80.96 (5,8%), 80.94 (5,69%), zaś pozostałe procedury stanowiły mniej niż 5% wszystkich hospitalizacji rozliczanych grupą H82. Procedura, która była najczęściej sprawozdawana w latach 2011–2013, tj. 83.09, zniknęła z charakterystyki grupy³.
- W 2015 roku największy odsetek hospitalizacji był związany z wykonywaniem procedur kierunkowych 83.191 (25,64%), 80.93 (5,61%), 83.659 (10,81%), 80.96 (6,65%), 80.94 (7,21%), 83.192 (7,03, %), zaś pozostałe procedury stanowiły mniej niż 5% wszystkich hospitalizacji rozliczanych grupą H82. Procedura, która była jedną z najczęściej sprawozdawanych w 2014 roku, tj. 83.659, zniknęła z charakterystyki grupy⁴.

Procedury kierunkowe

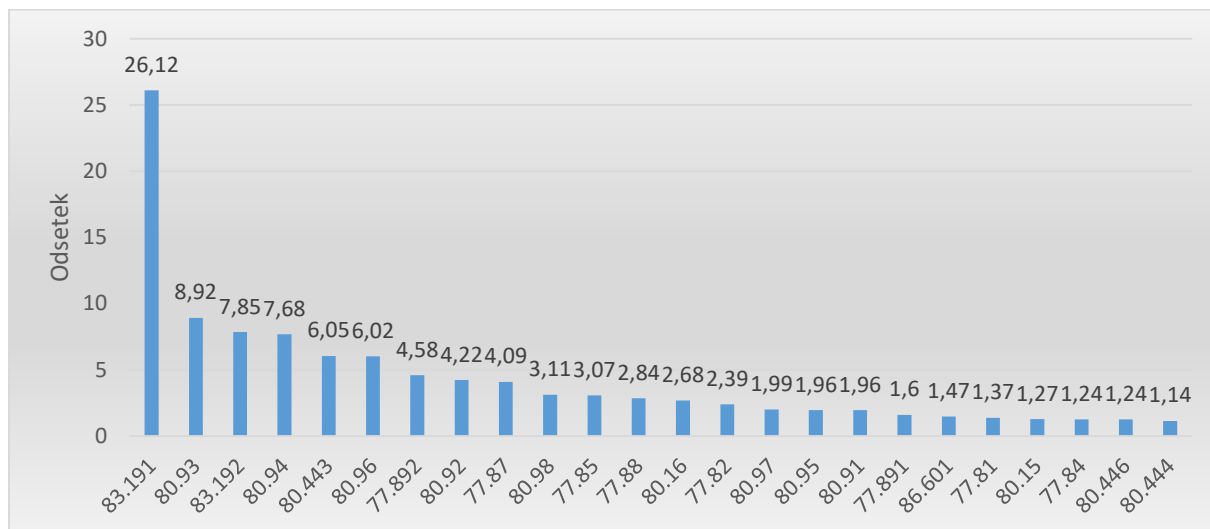
77.81 - Inne częściowe wycięcie kości - kość promieniowa/ kość łokciowa
 77.82 - Inne częściowe wycięcie kości - kości nadgarstka/ śródreżcza
 77.83 - Inne częściowe wycięcie kości - inne kości (kręgi)
 77.84 - Inne częściowe wycięcie kości - łopatką, obojczyk, klatka piersiowa (żebra i mostek)
 77.85 - Uwolnienie stawu - nadgarstek
 77.87 - Przeszczep wolny skóry niepełnej grubości
 77.88 - Inne wycięcie tkanek stawu - łokieć
 77.891 - Inne wycięcie tkanek stawu - kostka
 77.892 - Inne wycięcie tkanek stawu - nadgarstek
 77.893 - Inna artrotomia - biodro
 80.11 - Uwolnienie stawu - kolano
 80.13 - Inne wycięcie tkanek stawu - ręką i palce
 80.14 - Inne wycięcie tkanek stawu - biodro
 80.15 - Inna artrotomia - bark
 80.16 - Uwolnienie stawu - ręką i palce
 80.443 - Przeszczep uszypułowany/płat - inne
 80.444 - Inna artrotomia - ręką i palce
 80.446 - Uwolnienie stawu - ręką i palce
 80.91 - Inne częściowe wycięcie kości - inne kości (miednica)
 80.92 - Inne częściowe wycięcie kości - kość udowa
 80.93 - Szycie mięśnia/ powięzi - inne
 80.94 - Rozdzielenie mięśnia
 80.95 - Uwolnienie mięśnia
 80.96 - Inne wycięcie tkanek stawu - stopa i palce
 80.97 - Inne częściowe wycięcie kości - kość ramienna
 80.98 - Inne częściowe wycięcie kości - kość piszczelowa/ kość strzałkowa
 82.29 - Nacięcie mięśni, ścięgna, powięzi i kaletki - inne
 83.09 - Inne częściowe wycięcie kości - inne kości (paliczki palców stopy/ ręki)
 83.191 - Inna artrotomia - kolano
 83.192 - Inne wycięcie tkanek stawu - bark
 83.399 - Oczyszczenie (wycięcie) rany, zakażenia, oparzenia - inne
 83.659 - Inne wycięcie tkanek stawu - kolano
 86.04 - Wycięcie zmiany tkanek miękkich - inne
 86.229 - Wycięcie zmiany tkanek miękkich ręki - inne
 86.601 - Inne częściowe wycięcie kości - kości stępu/ kości śródstopia
 86.79 - Inna artrotomia - nadgarstek

³ Obecnie procedurę tę można rozliczyć w ramach JGP H83.

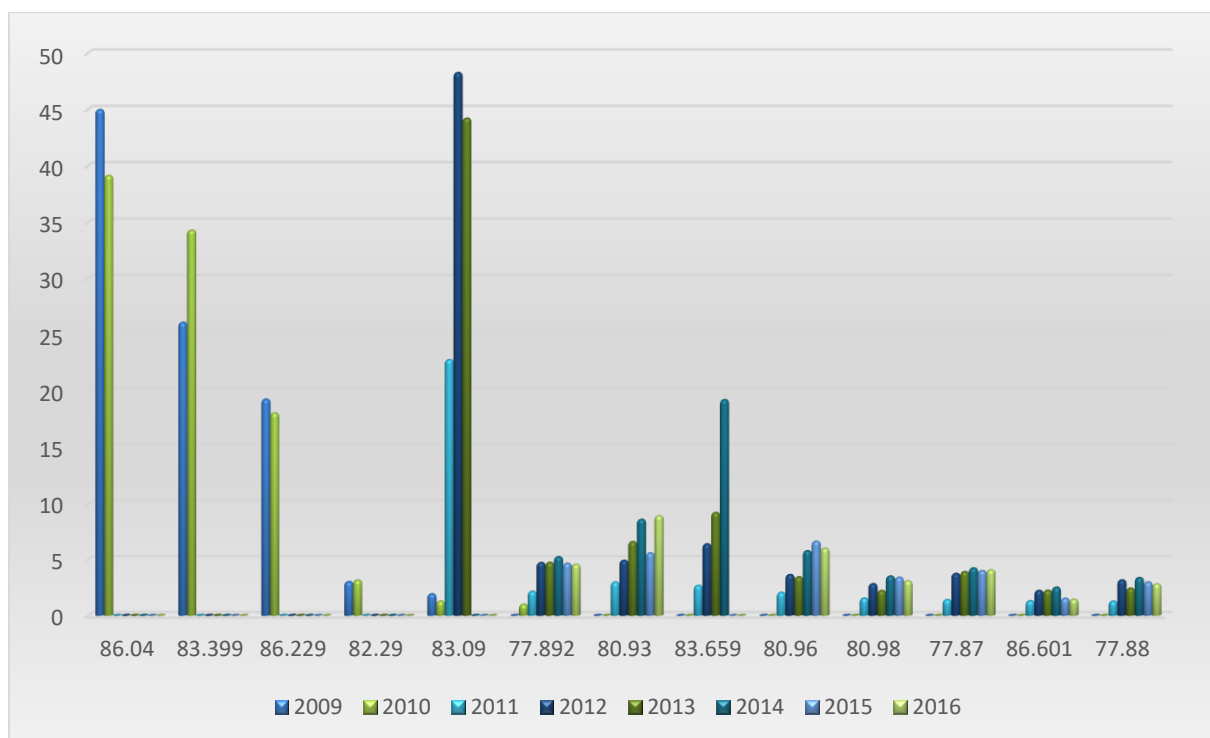
⁴ Obecnie procedurę tę można rozliczyć w ramach JGP H84.

- W 2016 roku największy odsetek hospitalizacji był związany z wykonywaniem procedur kierunkowych: 83.191 (26,12%), 80.93 (8,92%), 80.94 (7,68%), 80,443 (6,05%), 80.96 (6,02%).

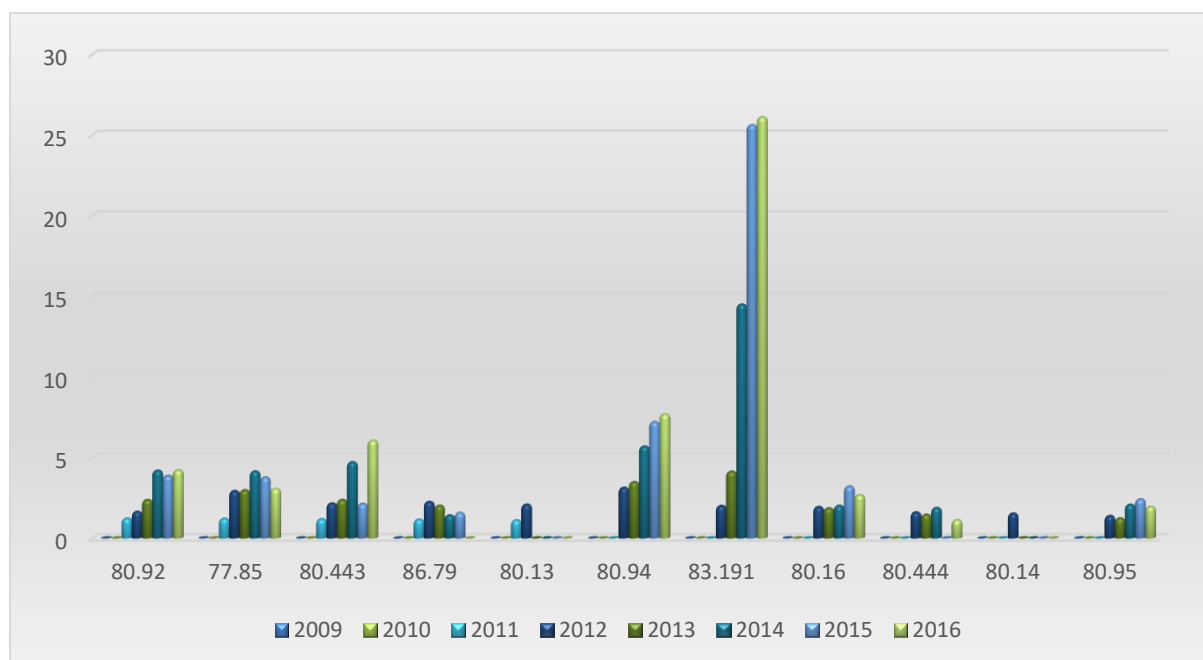
Szczegółowe dane zaprezentowano na poniższych wykresach – udział procentowy poszczególnych procedur kierunkowych wykonywanych w trakcie hospitalizacji rozliczanych grupą H82 w latach 2009–2016.



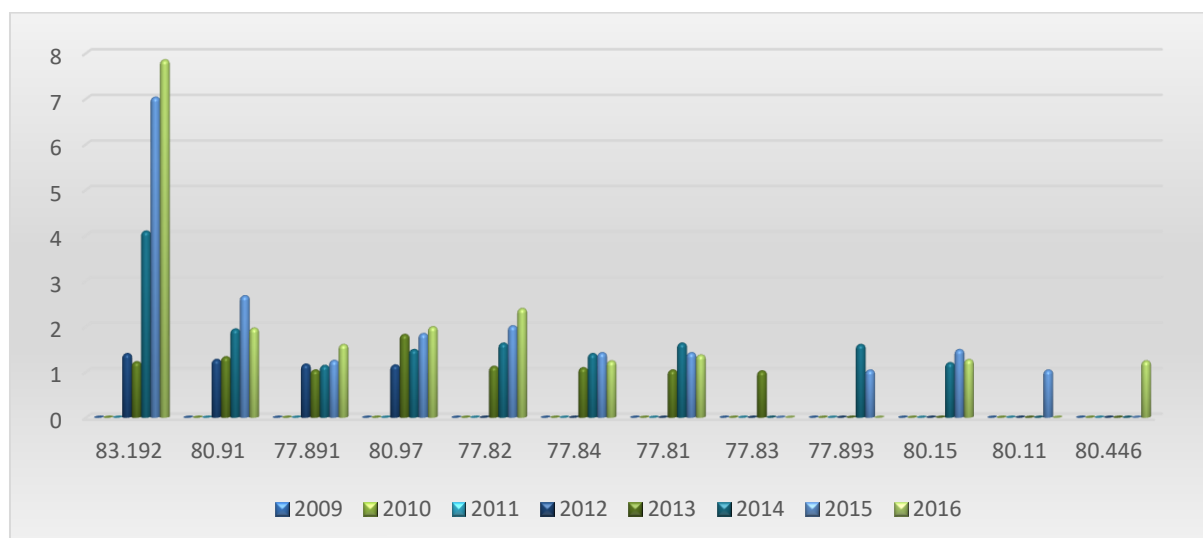
Rycina 27. Udział realizacji poszczególnych procedur kierunkowych z grupy H82 w 2016 r. (NFZ, 2017)



Rycina 28. Udział procentowy poszczególnych procedur kierunkowych (ICD-9: 86.04, 83.399, 86.229, 82.29, 83.09, 77.892, 80.93, 83.659, 80.96, 80.98, 77.87, 86.601, 77.88) wykonywanych w trakcie hospitalizacji rozliczanych grupą H82 w latach 2009–2016 (opracowanie własne na podstawie danych NFZ – statystyka JGP (NFZ, 2017)



Rycina 29. Udział procentowy poszczególnych procedur kierunkowych (ICD-9: 80.92, 77.85, 80.443, 86.79, 80.13, 80.94, 83.191, 80.16, 80.444, 80.14, 80.95) wykonywanych w trakcie hospitalizacji rozliczanych grupą H82 w latach 2009–2016 (opracowanie własne na podstawie danych NFZ – statystyka JGP (NFZ, 2017))



Rycina 30. Udział procentowy poszczególnych procedur kierunkowych (ICD-9: 83.192, 80.91, 77.891, 80.97, 77.82, 77.84, 77.81, 77.83, 77.893, 80.15, 80.11, 80.446) wykonywanych w trakcie hospitalizacji rozliczanej grupą H82 w latach 2009–2016 (opracowanie własne na podstawie danych NFZ – statystyka JGP (NFZ, 2017))

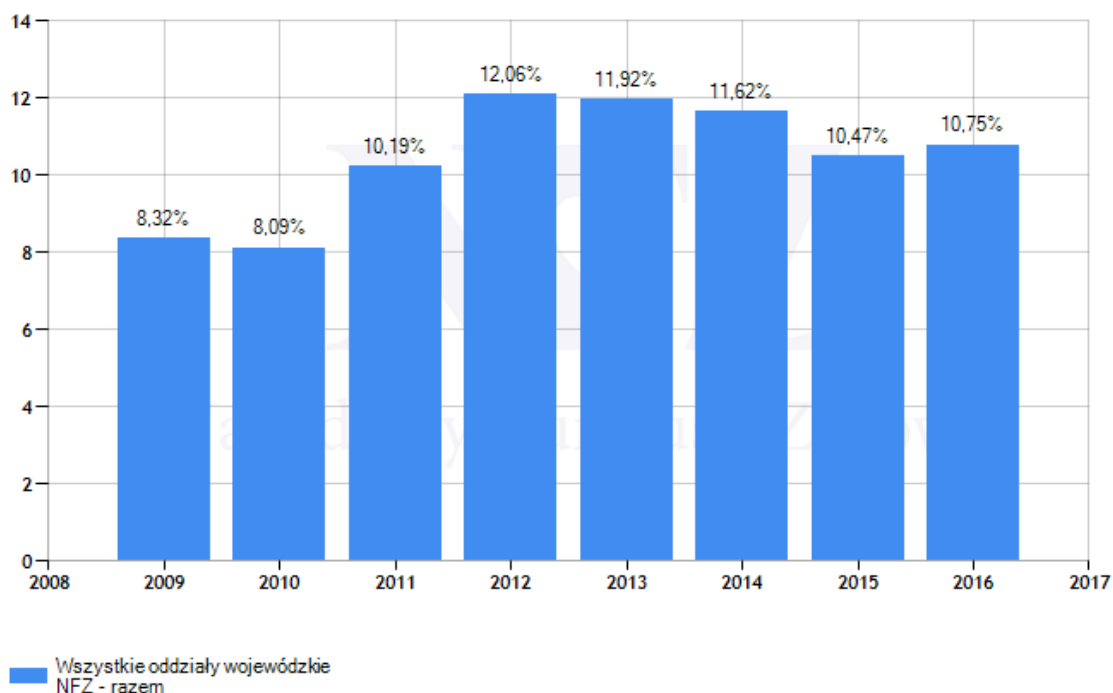
Procedury takie jak 86.601 (przeszczep wolny skóry niepełnej grubości), 80.95 (inne wycięcie tkanek stawu – biodro), 80.15 (inna artrotomia – biodro), 80.16 (inna artrotomia – kolano) zdecydowanie przekraczają medianę czasu hospitalizacji (dla konkretnego roku) we wszystkich analizowanych latach.

Szczegółowe dane dotyczące wykonywania procedur kierunkowych z grupy H82 na przestrzeni lat 2009–2016 znajdują się w załączniku nr 5.

JGP H83

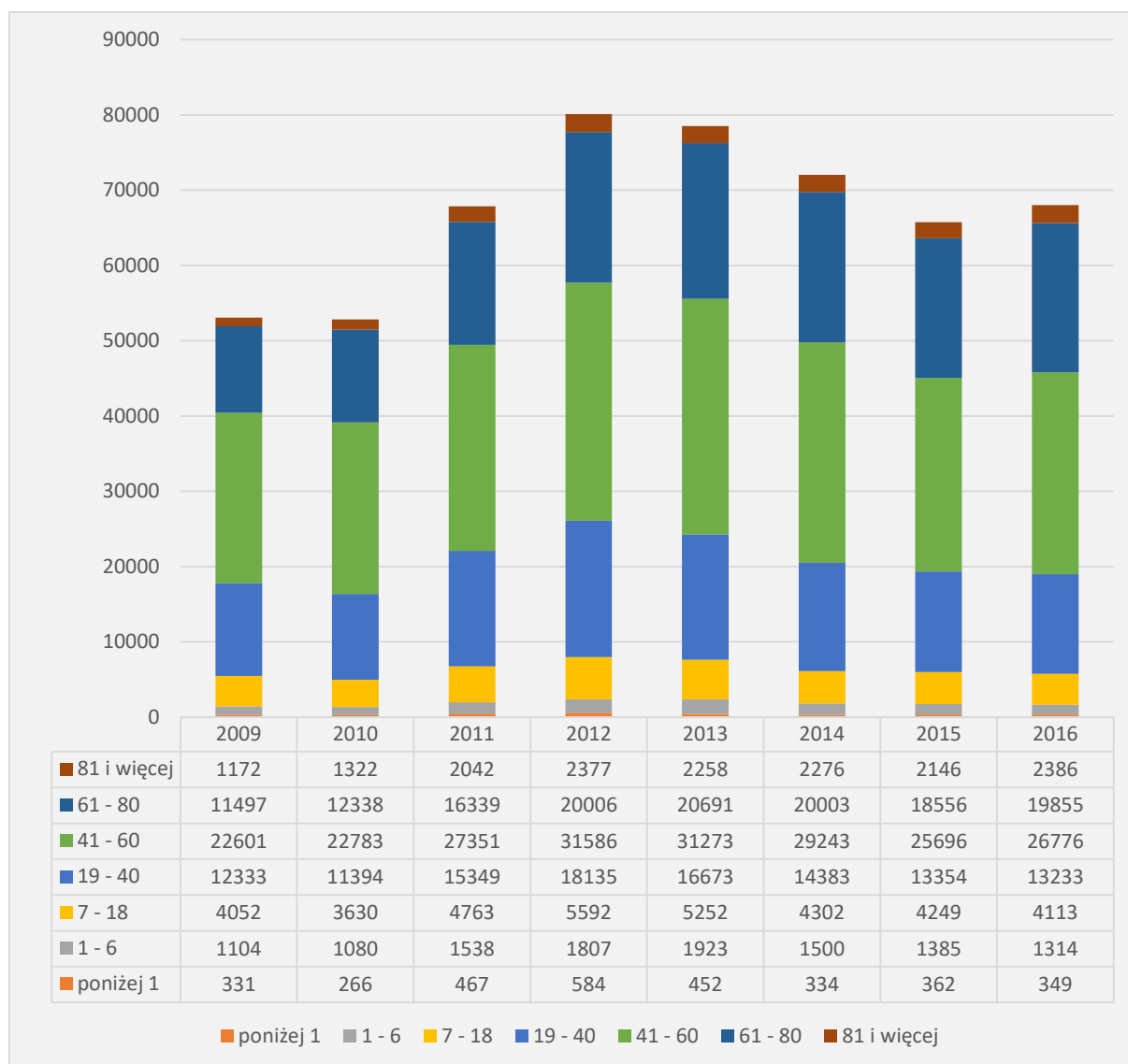
Poniżej przedstawiono analizę danych dotyczących grupy H83, pochodzących ze statystyk JGP NFZ za lata 2009–2016 (NFZ, 2017).

Na poniższym wykresie przedstawiono udział JGP H83 w całej sekcji H na przestrzeni analizowanych lat. Udział ten wahał się w zakresie od ok. 8% do ok. 12%.



Rycina 31. Udział JGP H83 w całej sekcji H na przestrzeni lat 2009–2016 (NFZ, 2017)

W 2016 roku NFZ rozliczył 68 026 hospitalizacji grupą H83. W porównaniu do 2009 roku liczba hospitalizacji rozliczanych tą grupą wzrosła w przybliżeniu o 28%. Najwięcej hospitalizacji rozliczono JGP H83 w 2012 roku (80 089). Jednocześnie na przestrzeni analizowanych lat (2009–2015) obserwuje się wzrost liczby hospitalizacji rozliczanych przedmiotową grupą w prawie wszystkich grupach wiekowych (poniżej 1 roku życia o około 5%, w przedziale wiekowym od 1 do 6 roku życia o około 19%, w przedziale wiekowym od 7 do 18 roku życia o około 2%, w przedziale wiekowym od 19 do 40 roku życia o około 7%, w przedziale wiekowym od 41 do 60 roku życia o około 19%, w przedziale wiekowym od 61 do 80 roku życia o około 61%, a u osób powyżej 81 roku życia o w przybliżeniu o 73%). Szczegółowe dane przedstawiono na poniższym wykresie.

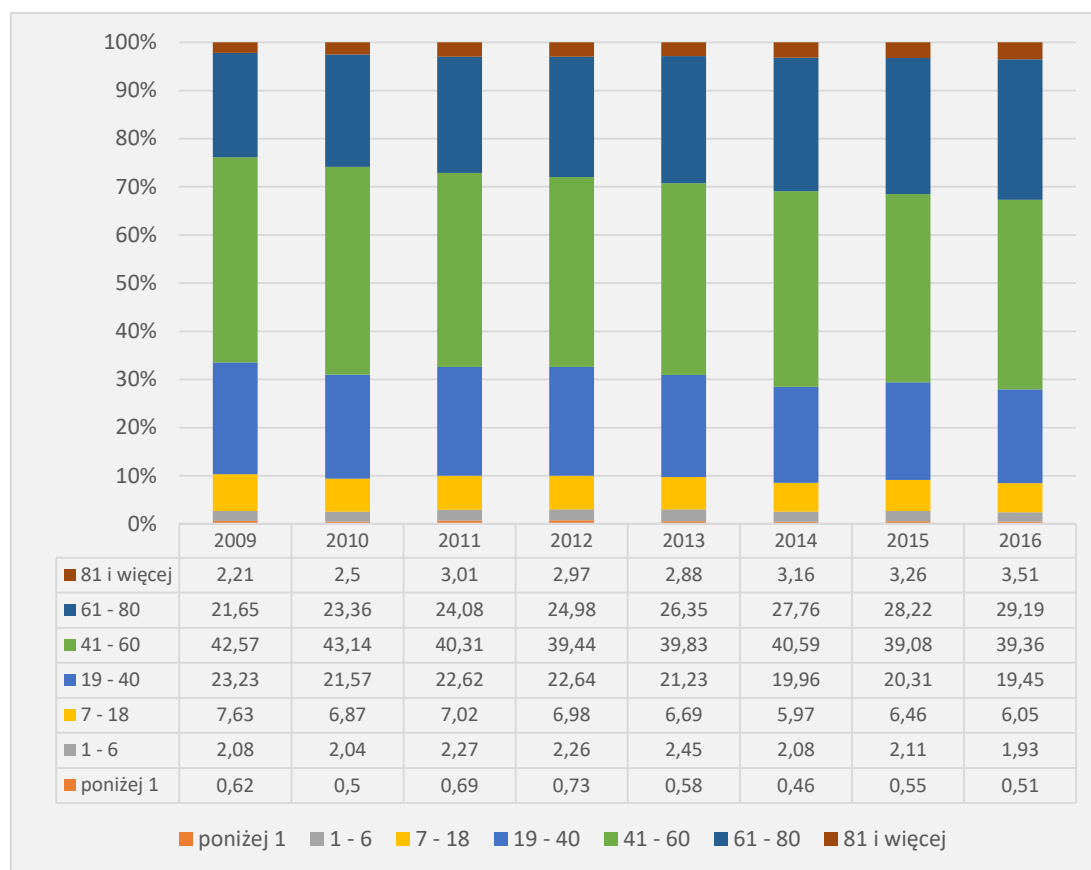


Rycina 32. Liczba hospitalizacji rozliczonych grupą H83 – analiza przekrojowa danych dotyczących świadczeń zrealizowanych w systemie JGP w latach 2009–2016 (NFZ, 2017)

Należy zauważyć, że w analizowanym przedziale czasu odsetek hospitalizacji:

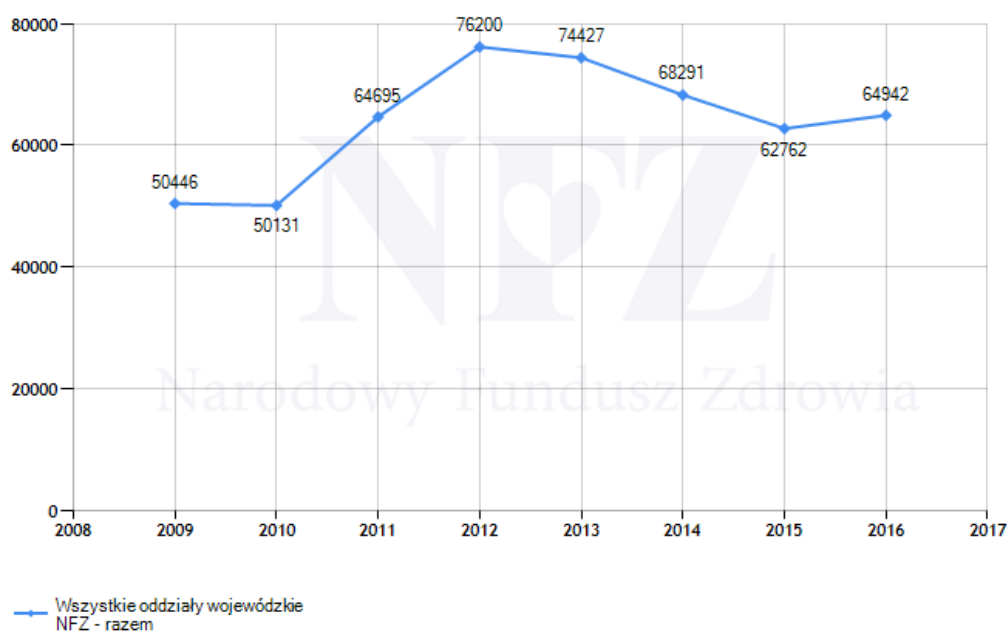
- dzieci poniżej 1 roku życia utrzymywał się na poziomie nieprzekraczającym 1% wszystkich hospitalizacji;
- dzieci w wieku 1–6 stanowiły ok. 2 % wszystkich hospitalizacji;
- dzieci w wieku 7–18 lat stanowił od ok. 6 % do ok. 8% wszystkich hospitalizacji;
- osób w wieku 19–40 lat stanowił od ok. 20% do 23% wszystkich hospitalizacji;
- osób w wieku 41–60 lat stanowił od 39% do 43% wszystkich hospitalizacji;
- osób w wieku 61–80 stanowił od 22% do 29% wszystkich hospitalizacji;
- osób powyżej 81 roku życia stanowił od 2% do 4% wszystkich hospitalizacji.

Sytuacja w poszczególnych latach została zobrazowana na poniższym wykresie.



Rycina 33. Odsetek hospitalizacji odzwierciedlający udział poszczególnych kategorii wiekowych w całkowitej liczbie hospitalizacji rozliczonych grupą H83 – analiza przekrojowa danych dotyczących świadczeń zrealizowanych w systemie JGP w latach 2009-2015 (NFZ, 2017)

W 2016 roku leczeniem, które zostało rozliczone z płatnikiem grupą H83, objęto 64 942 pacjentów. W porównaniu z rokiem 2009 liczba ta wzrosła o 29 % (50 446 pacjentów w 2009 roku). Zmiana liczby pacjentów w analizowanym okresie (2009–2016) została przedstawiona na poniższym wykresie.



Rycina 34. Liczba pacjentów, których hospitalizacja została rozliczona grupą H83 – analiza przekrojowa danych dotyczących świadczeń zrealizowanych w systemie JGP w latach 2009–2016 (NFZ, 2017)

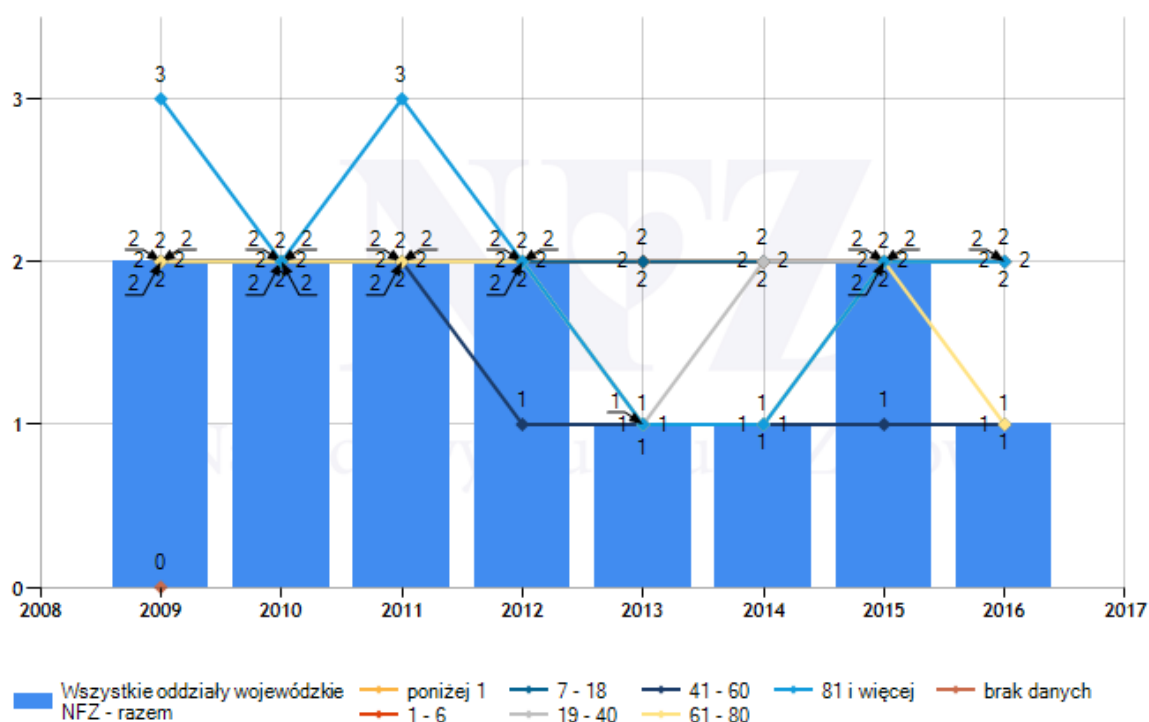
Liczba hospitalizacji w każdym z analizowanych lat przewyższa liczbę pacjentów. W poniższej tabeli przedstawiono współczynniki rehospitalizacji w latach 2009–2016.

Tabela 13 Współczynnik rehospitalizacji w latach 2009–2016 (NFZ, 2017)

Rok	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Współczynnik rehospitalizacji	1,05	1,05	1,05	1,05	1,06	1,06	1,05	1,05

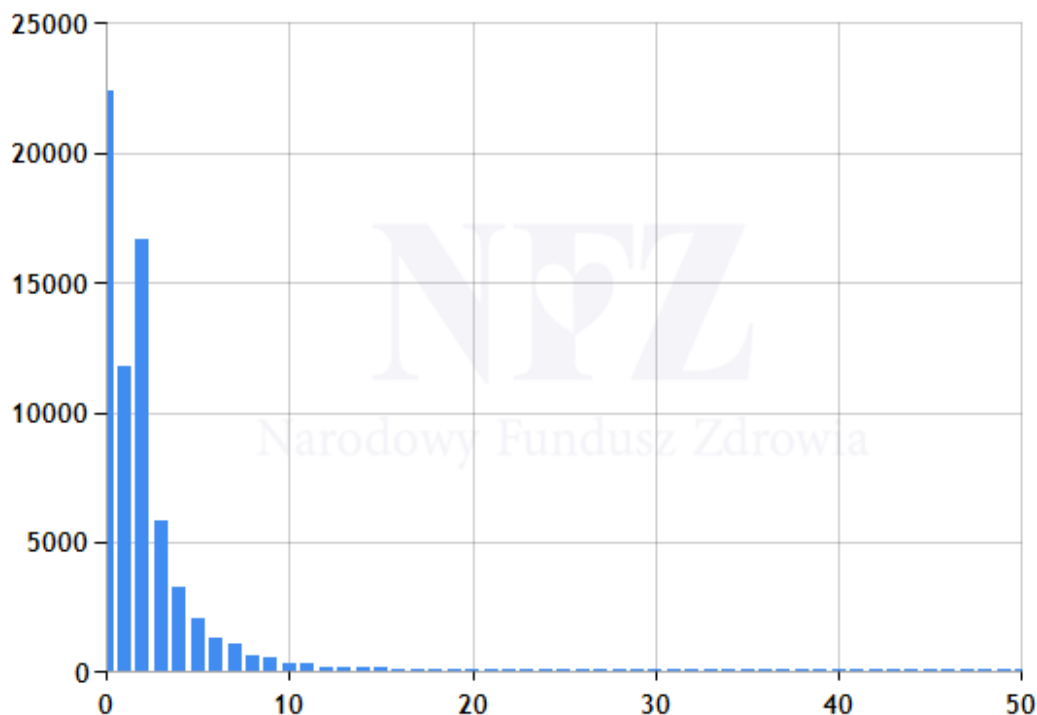
W analizowanym okresie współczynnik rehospitalizacji pozostawał na podobnym poziomie.

Na przestrzeni lat skróceniu uległa długość hospitalizacji (mediana) z 2 do 1 dni. W poszczególnych grupach wiekowych, w analizowanym okresie, waha się od 1 do 3 dni. Szczegółowe dane zaprezentowano na poniższym wykresie.



Rycina 35. Długość hospitalizacji (mediana) rozliczanych grupą H83 na przestrzeni lat 2009–2016 (NFZ, 2017)

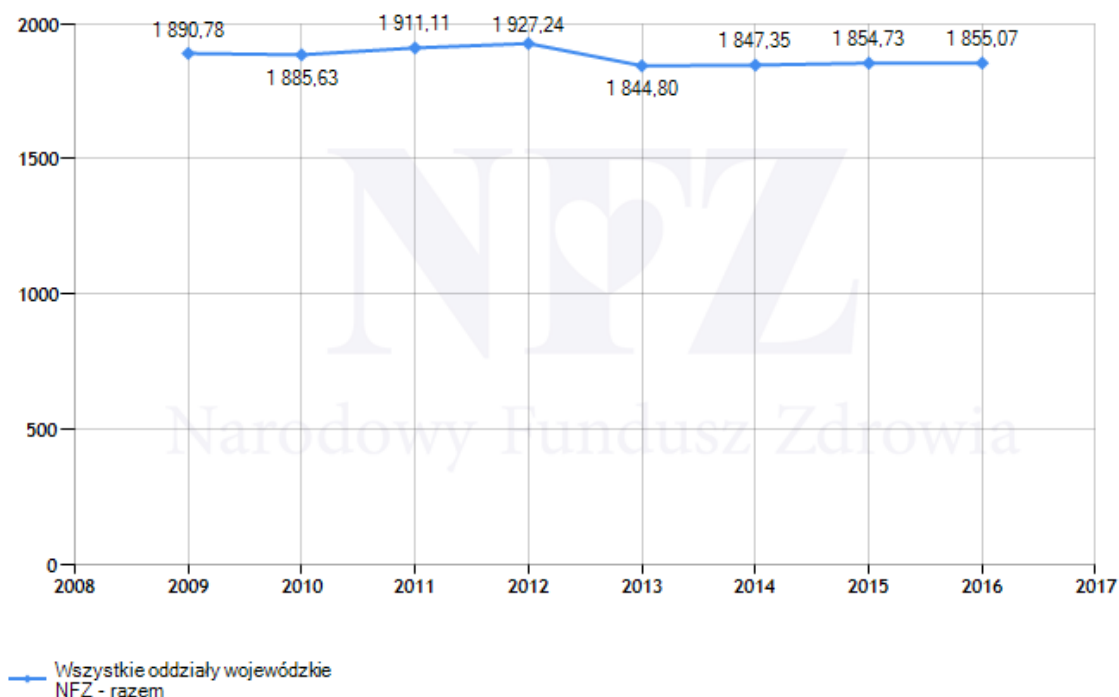
Na poniższym wykresie przedstawiono histogram czasu pobytu w 2016 r. Największa liczba hospitalizacji kończy się w pierwszej dobie, na drugim miejscu pod względem liczebności znajdują się hospitalizacje 2-dniowe, zaś na 3 miejscu hospitalizacje 1-dniowe.



Rycina 36. Histogram czasu pobytu dla grupy H83 w 2016 r. (NFZ, 2017)

W 2016 roku wartość świadczeń sfinansowanych przez Płatnika wyniosła 119 877 877,23 zł, zaś wartość świadczeń sprawozdanych była wyższa i wyniosła 126 435 395.54 zł.

Średnia wartość grupy pozostawała na podobnym poziomie na przestrzeni lat objętych analizą. Średnia wartość grupy oscylowała wokół 1 878 zł, osiągając wartość minimalną 1 844 zł w 2013 roku i maksymalną 1 927 zł w 2012 r. Szczegółowe dane zaprezentowano na poniższym wykresie.



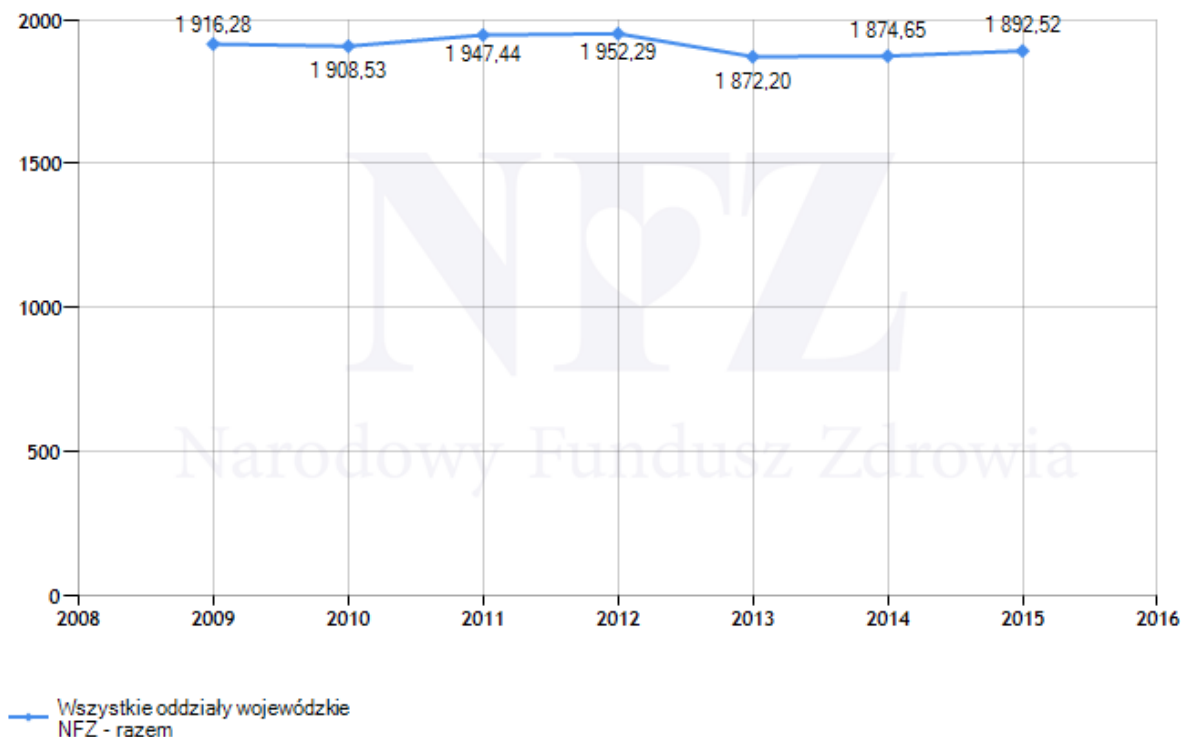
Rycina 37. Średnia wartość grupy H83 na przestrzeni lat 2009–2016 (NFZ, 2017)

W poniższej tabeli przedstawiono również średnią wartość grupy w latach 2009–2016 w podziale na poszczególne typy świadczeniodawców. Najniższa wartość grupy w każdym z analizowanych lat dotyczyła szpitali niepublicznych, zaś najwyższa szpitali wojewódzkich w latach: 2009, 2011, 2013–2016 oraz klinicznych w latach: 2010 i 2012. Od 2013 roku wyższa wartość dotyczy szpitali wojewódzkich. W 2016 roku różnica w średniej wartości grupy pomiędzy tymi 2 typami szpitali wyniosła 23,97 zł. Największa różnica pomiędzy różnymi typami szpitali dotyczyła szpitali wojewódzkich i niepublicznych w 2016 roku i wyniosła 172,83 zł.

Tabela 14 Średnia wartość grupy H83 na przestrzeni lat 2009–2016, w podziale na typy świadczeniodawców (NFZ, 2017)

Typ szpitala/rok	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Gminny, powiatowy, miejski	1 904,93 zł	1 896,53 zł	1 931,99 zł	1 967,45 zł	1 884,39 zł	1 888,38 zł	1 891,34 zł	1 889,24 zł
Niepubliczny	1 799,05 zł	1 804,80 zł	1 830,17 zł	1 810,20 zł	1 740,00 zł	1 739,01 zł	1 743,22 zł	1 743,94 zł
Kliniczny	1 926,99 zł	1 937,48 zł	1 938,59 zł	1 977,10 zł	1 881,18 zł	1 882,98 zł	1 889,50 zł	1 892,80 zł
Wojewódzki	1 928,83 zł	1 919,19 zł	1 939,87 zł	1 970,93 zł	1 902,11 zł	1 906,33 zł	1 913,98 zł	1 916,77 zł
Inny	1 895,66 zł	1 881,80 zł	1 904,81 zł	1 934,60 zł	1 845,51 zł	1 853,11 zł	1 847,20 zł	1 853,98 zł
Wszystkie	1 890,78 zł	1 885,63 zł	1 911,11 zł	1 927,24 zł	1 844,80 zł	1 847,35 zł	1 854,73 zł	1 855,07 zł
Maksimum	1 928,83 zł	1 937,48 zł	1 939,87 zł	1 977,10 zł	1 902,11 zł	1 906,33 zł	1 913,98 zł	1 916,77 zł
Minimum	1 799,05 zł	1 804,80 zł	1 830,17 zł	1 810,20 zł	1 740,00 zł	1 739,01 zł	1 743,22 zł	1 743,94 zł
Różnica	129,78 zł	132,68 zł	109,70 zł	166,90 zł	162,11 zł	167,32 zł	170,76 zł	172,83 zł

Średnia wartość hospitalizacji jest wyższa od średniej wartości grupy H83. W 2009 roku średnia wartość hospitalizacji była wyższa o ok. 26 PLN, zaś w 2016 r. o ok. 37 PLN.



Rycina 38. Średnia wartość hospitalizacji rozliczanych w ramach grupy H83 na przestrzeni lat 2009–2016 (NFZ, 2017)

W poniższej tabeli przedstawiono kategorie produktów sumowanych do grupy H83 w 2016 r. Najwięcej udzielono świadczeń związanych z przetoczeniem preparatów krwi i innych substancji, zaś najmniejszy odsetek świadczeń do sumowania stanowiły dializy. Z kolei najwięcej wydatków poniósł Płatnik w związku z udzielaniem pozostałych świadczeń do sumowania, zaś najmniej w związku z prowadzeniem leczenia żywieniowego.

Tabela 15 Kategorie produktów do sumowania powiększających wartość hospitalizacji rozliczonych w ramach grupy H83 w 2016 r.

Kategoria produktów	Lb. hospitalizacji	Udział (%) w liczbie hospitalizacji	Wartość (PLN)	Udział (%) w wartości produktów dosumowanych
Pozostałe świadczenia	375	0,55	1 718 300,00	67,87
Przetoczenie preparatów krwi i innych substancji	455	0,67	309 108,00	12,21
Pobyt w OAiIT	22	0,03	250 085,00	9,88
Dializy	10	0,01	220 272,00	8,70
Leczenie żywieniowe	19	0,03	34 016,00	1,34

Dodatkowo w poniższej tabeli przedstawiono średnie wartości hospitalizacji rozliczanych w ramach grupy H83 w latach 2009–2016 w podziale na świadczeniodawców. W każdym z analizowanych lat najniższe wartości hospitalizacji dotyczyły szpitali niepublicznych. Zaś najwyższe średnie wartości hospitalizacji w latach 2009, 2012–2015 dotyczyły szpitali wojewódzkich, zaś w latach 2010–2011 oraz 2016 szpitali klinicznych. Największa różnica pomiędzy średnią wartością hospitalizacji pomiędzy szpitalami wojewódzkimi i niepublicznymi dotyczyła 2013 roku i wyniosła 226,88 zł.

Tabela 16 Średnia wartość hospitalizacji rozliczanych w ramach grupy H83 na przestrzeni lat 2009–2016, w podziale na typy świadczeniodawców (NFZ, 2017)

Typ szpitala/Rok	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Gminny, powiatowy, miejski	1 931,33 zł	1 923,25 zł	1 982,50 zł	1 991,37 zł	1 912,13 zł	1 925,17 zł	1 928,29 zł	1 935,14 zł
Niepubliczny	1 805,78 zł	1 807,03 zł	1 834,54 zł	1 830,48 zł	1 745,33 zł	1 750,69 zł	1 760,48 zł	1 750,27 zł
Kliniczny	1 942,31 zł	1 981,50 zł	1 989,81 zł	2 003,80 zł	1 896,21 zł	1 907,27 zł	1 946,59 zł	1 963,85 zł
Wojewódzki	1 978,21 zł	1 948,20 zł	1 979,44 zł	2 004,02 zł	1 972,21 zł	1 942,04 zł	1 973,63 zł	1 963,49 zł
Inny	1 898,86 zł	1 883,32 zł	1 907,68 zł	1 954,20 zł	1 847,85 zł	1 867,11 zł	1 857,44 zł	1 859,68 zł
Wszystkie	1 916,28 zł	1 908,53 zł	1 947,44 zł	1 952,29 zł	1 872,20 zł	1 874,65 zł	1 892,52 zł	1 892,29 zł
Maksimum	1 978,21 zł	1 981,50 zł	1 989,81 zł	2 004,02 zł	1 972,21 zł	1 942,04 zł	1 973,63 zł	1 963,85 zł
Minimum	1 805,78 zł	1 807,03 zł	1 834,54 zł	1 830,48 zł	1 745,33 zł	1 750,69 zł	1 760,48 zł	1 750,27 zł
Różnica	172,43 zł	174,47 zł	155,27 zł	173,54 zł	226,88 zł	191,35 zł	213,15 zł	213,58 zł

Tryb przyjęcia pacjenta

W poniższej tabeli przedstawiono dane dotyczące trybu przyjęcia pacjentów do szpitala w 2016 roku. Najwięcej hospitalizacji wiązało się z planowym przyjęciem do szpitala (ok. 75%). Przyjęcia w trybie nagłym stanowiły ok. 25%. Należy zauważyć, że mediana czasu pobytu była dłuższa w przypadku pacjentów przyjętych w trybie nagłym (zwłaszcza pacjentów przyjętych w wyniku przekazania przez zespół ratownictwa medycznego) w porównaniu z pacjentami przyjmowanymi w trybie planowym.

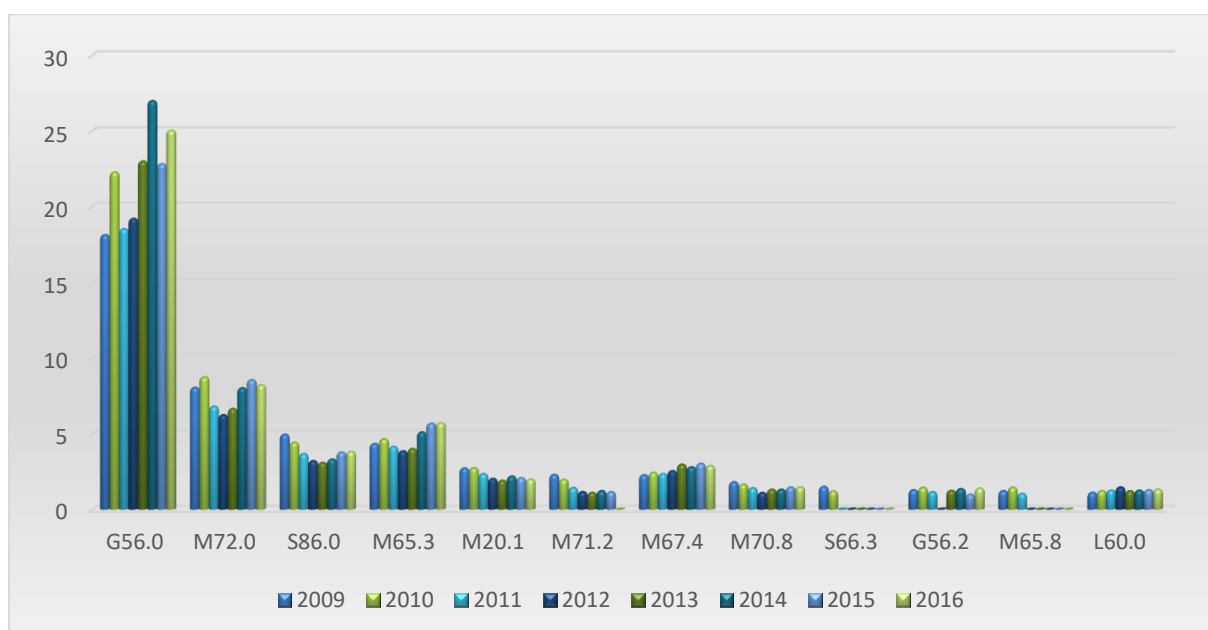
Tabela 17 Tryb przyjęcia pacjentów, których hospitalizacje rozliczono grupą H83, do szpitala w 2016 r.

Tryb przyjęcia	Lb. hospitalizacji	Udział (%)	Mediana czasu pobytu (dni)
Przyjęcie w trybie nagłym w wyniku przekazania przez zespół ratownictwa medycznego	1668	2,45	3
Przyjęcie w trybie nagłym - inne przypadki	14952	21,98	2

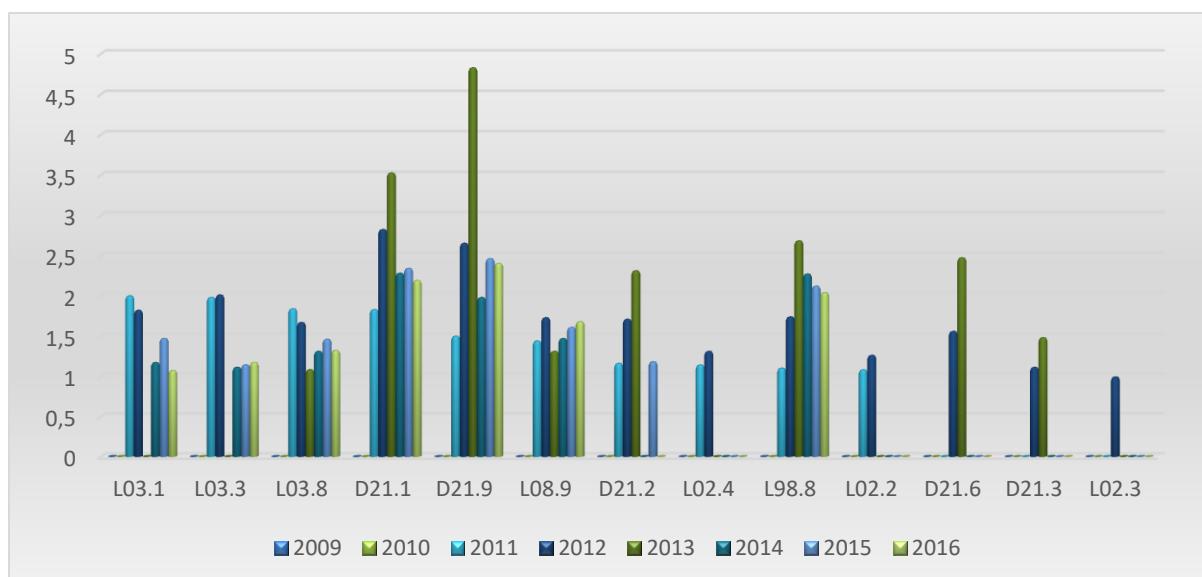
Tryb przyjęcia	Lb. hospitalizacji	Udział (%)	Mediana czasu pobytu (dni)
Przyjęcie noworodka w wyniku porodu w tym szpitalu	0	0,00	0
Przyjęcie planowe na podstawie skierowania	51319	75,44	1
Przyjęcie planowe osoby, która skorzystała ze świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością, zgodnie z uprawnieniami przysługującymi jej na podstawie ustawy	20	0,03	2
Przeniesienie z innego szpitala	38	0,06	6
Przyjęcie osoby podlegającej obowiązkowemu leczeniu	2	0,00	0
Przyjęcie przymusowe	10	0,01	0
Przyjęcie na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego	17	0,02	4

Rozpoznania

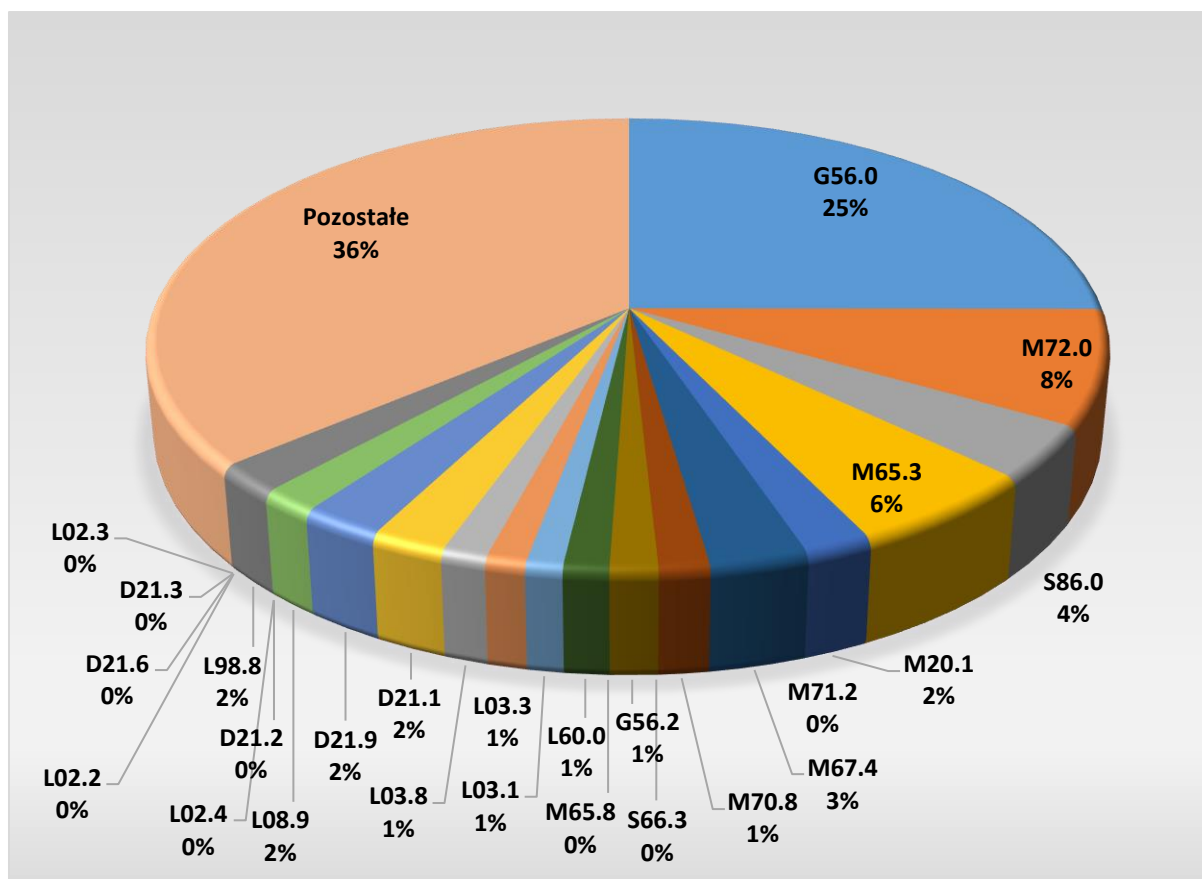
Na poniższych wykresach zaprezentowano udział procentowy poszczególnych rozpoznań będących przyczyną hospitalizacji rozliczanej grupą H83 w latach 2009–2016.



Rycina 39. Udział poszczególnych rozpoznań [ICD-10: G56.0 (zespół cieśni nadgarstka), M72.0 (przykurcz rozciągnięta dłoniowego - przykurcz Dupuytrena), S86.0 (uraz ścięgna Achillesa), M65.3 (palec "zatraskujący"), M20.1 (paluch koślawy (hallux valgus) (nabyty), M71.2 (cysta podkolanowa (torbiel Bakera), M67.4 (ganglion), M70.8 (inne choroby tkanek miękkich związane z ich używaniem, przeciążeniem i uciskiem), S66.3 (uraz mięśnia i ścięgna prostownika innego palca na poziomie nadgarstka i ręki), G56.2 (uszkodzenie nerwu łokciowego), M65.8 (inne zapalenia błony maziowej i pochewki ścięgna), L60.0 (wrastający paznokieć)] będących przyczyną hospitalizacji rozliczanych grupą H83 w latach 2009–2016 (opracowanie własne na podstawie danych NFZ – statystyka JGP (NFZ, 2017)



Rycina 40. Udział poszczególnych rozpoznaw [ICD-10: L03.1 (zapalenie tkanki łącznej innych części kończyny), L03.3 (zapalenie tkanki łącznej tułowia), L03.8 (zapalenie tkanki łącznej o innej lokalizacji), D21.1 (tkanka łączna i inne tkanki miękkie kończyny górnej, łącznie z barkiem), D21.9 (tkanka łączna i inne tkanki miękkie, nie określone), L08.9 (miejscowe zakażenia skóry i tkanki podskórnej, nie określone), D21.2 (nowotwór niezłośliwy (tkanka łączna i inne tkanki miękkie kończyny dolnej, łącznie z biodrem), L02.4 (ropień skóry, czyrak, czyrak gromadny kończyny), L98.8 (inne określone schorzenia skóry i tkanki podskórnej), L02.2 (ropień skóry, czyrak, czyrak gromadny tułowia), D21.6 (nowotwór niezłośliwy (tkanka łączna i inne tkanki miękkie tułowia, nieokreślone), D21.3 (nowotwór niezłośliwy (tkanka łączna i inne tkanki miękkie klatki piersiowej), L02.3 (ropień skóry, czyrak, czyrak gromadny pośladka)] będących przyczyną hospitalizacji rozliczanych grupą H83 w latach 2009–2016 (opracowanie własne na podstawie danych NFZ – statystyka JGP (NFZ, 2017)



Rycina 41. Udział procentowy poszczególnych rozpoznaw będących przyczyną hospitalizacji rozliczanych grupą H83 w 2016 roku (opracowanie własne na podstawie danych NFZ – statystyka JGP (NFZ, 2017)

Najwięcej hospitalizacji wiązało się z następującymi rozpoznaniem: G56.0, M72.0 i M65.3 przy czym:

- w 2009 roku najwięcej hospitalizacji było związanych z rozpoznaniem G56.0 (18,14%) i M72.0 (8,06%), zaś pozostałe rozpoznania stanowiły mniej niż 5% wszystkich hospitalizacji w grupie H83;
- w 2010 roku najwięcej hospitalizacji było związanych z rozpoznaniem G56.0 (22,28%) i M72.0 (8,75%) zaś pozostałe rozpoznania stanowiły mniej niż 5% wszystkich hospitalizacji w grupie H83;
- w 2011 roku najwięcej hospitalizacji było związanych z rozpoznaniem G56.0 (18,54%) i M72.0 (6,81%), zaś pozostałe rozpoznania stanowiły mniej niż 5% wszystkich hospitalizacji w grupie H83;
- w 2012 roku najwięcej hospitalizacji było związanych z rozpoznaniem G56.0 (19,22%) i M72.0 (6,25%), zaś pozostałe rozpoznania stanowiły mniej niż 5% wszystkich hospitalizacji w grupie H83;
- w 2013 roku najwięcej hospitalizacji było związanych z rozpoznaniem G56.0 (23,01%) i M72.0 (6,66%), zaś pozostałe rozpoznania stanowiły mniej niż 5% wszystkich hospitalizacji w grupie H83;
- w 2014 roku najwięcej hospitalizacji było związanych z rozpoznaniem G56.0 (27%), M72.0 (8,03%), M65.3 (5,11%), zaś pozostałe rozpoznania stanowiły mniej niż 5% wszystkich hospitalizacji w grupie H83;
- w 2015 roku najwięcej hospitalizacji było związanych z rozpoznaniem G56.0 (22,83%), M72.0 (8,56%), M65.3 (5,69%), zaś pozostałe rozpoznania stanowiły mniej niż 5% wszystkich hospitalizacji w grupie H83;
- w 2016 roku najwięcej hospitalizacji było związanych z rozpoznaniem G56.0 (25,04%), M72.0 (8,23%), M65.3 (5,71%) zaś pozostałe rozpoznania stanowiły mniej niż 5% wszystkich hospitalizacji w grupie H83.

Rozpoznanie

G56.0 - Zespół cieśni nadgarstka
M72.0 - Przykurcz rozciągną dłoniowego [przykurcz Dupuytren'a]
M65.3 - Palec "zatraskujący"
S86.0 - Uraz ścięgna Achillesa
M67.4 - Ganglion
D21.9 - Tkanka łączna i inne tkanki miękkie, nieokreślone
D21.1 - Tkanka łączna i inne tkanki miękkie kończyny górnej, łącznie z barkiem
L98.8 - Inne określone schorzenia skóry i tkanki podskórnej
M20.1 - Paluch koślawy [Hallux valgus] (nabyty)
L08.9 - Miejscowe zakażenia skóry i tkanki podskórnej, nieokreślone
M70.8 - Inne choroby tkanek miękkich związane z ich użytkowaniem, przeciążeniem i uciskiem
G56.2 - Uszkodzenie nerwu łokciowego
L03.8 - Zapalenie tkanki łącznej o innej lokalizacji
L60.0 - Wrastający paznokieć
L03.3 - Zapalenie tkanki łącznej tułowia
L03.1 - Zapalenie tkanki łącznej innych części kończyny

Najdłuższe czasy pobytu w 2016 roku (mediana ≥ 3 dni) były związane z następującymi rozpoznaniem: S86.0 (uraz ścięgna Achillesa), L03.1 (zapalenie tkanki łącznej innych części kończyny), L03.3 (zapalenie tkanki łącznej tułowia) L08.9 (miejscowe zakażenia skóry i tkanki podskórnej, nie określone). Rozpoznanie te stanowią jednak niewielki odsetek hospitalizacji rozliczanych grupą H83.

Procedury kierunkowe

Poniżej zaprezentowano najczęściej wykonywane procedury na przestrzeni lat 2009–2016.

- W 2009 roku największy odsetek hospitalizacji był związany z wykonywaniem procedur kierunkowych 04.499 (11,93%), 82.351 (8,14%), 86.221 (7,99%), 83.999 (7,84%), 04.491 (5,47%), 86.222 (5,12%), zaś pozostałe procedury stanowiły mniej niż 5% wszystkich hospitalizacji w grupie H83.
- W 2010 roku największy odsetek hospitalizacji był związany z wykonywaniem procedur kierunkowych 04.499 (13,62%), 82.351 (8,86%), 86.221 (7,34%), 83.999 (8,43%), 04.491

Procedury kierunkowe

04.491 - *Neuroliza nerwu obwodowego - nie określona inaczej*

04.499 - *Odbarczenie albo uwolnienie zrostów nerwu obwodowego lub zwoju nerwowego - inne*

04.99 - *Operacje nerwów obwodowych - inne*

86.229 - *Oczyszczenie (wycięcie) rany, zakażenia, oparzenia - inne*

83.999 - *Operacje mięśni/ ścięgien/ powięzi/ kałek - inne*

82.351 - *Uwolnienie przykurczu Dupuytren'a*

86.89 - *Rekonstrukcja/plastyka skóry i kanki podskórnej - inne*

82.911 - *Uwolnienie zrostów powięzi, mięśni lub ścięgien ręki*

80.453 - *Uwolnienie więzadła - nadgarstek*

83.853 - *Plastyka ścięgna Achillesa*

82.29 - *Wycięcie zmiany tkanek miękkich ręki - inne*

83.91 - *Uwolnienie zrostów mięśni/ ścięgien/ powięzi i kałek*

83.09 - *Nacięcie mięśni, ścięgna, powięzi i kałek - inne*

82.39 - *Wycięcie tkanek miękkich ręki - inne*

77.53 - *Wycięcie kałki palucha/ korekcja tkanek miękkich - inne*

82.331 - *Wycięcie ścięgna i torebki maziowej*

80.454 - *Uwolnienie więzadła - ręka i palce*

83.391 - *Wycięcie cysty Bakera*

83.999 - *Operacje mięśni/ ścięgien/ powięzi/ kałek - inne*

86.04 - *Nacięcie/ drenaż skóry/ tkanki podskórnej - inne*

86.221 - *Oczyszczenie przez wycięcie zdeitalizowanej tkanki*

86.222 - *Wycięcie martwiczej tkanki*

86.229 - *Oczyszczenie (wycięcie) rany, zakażenia, oparzenia - inne*

86.89 - *Rekonstrukcja/plastyka skóry i tkanki podskórnej - inne*

(7,17%), 86.222 (5,31%) zaś pozostałe procedury stanowiły mniej niż 5% wszystkich hospitalizacji w grupie H83.

- W 2011 roku największy odsetek hospitalizacji był związany z wykonywaniem procedur kierunkowych 04.499 (11,51%), 86.04 (9,79%), 82.351 (6,77%), 86.221 (5,32%), 83.999 (6,84%), 04.491 (6,01%), 86.229 (6,57%), 83.399 (6,4%), zaś pozostałe procedury stanowiły mniej niż 5% wszystkich hospitalizacji w grupie H83.

- W 2012 roku największy odsetek hospitalizacji był związany z wykonywaniem procedur kierunkowych 04.499 (11,47%), 83.399 (11,06%), 82.351 (6,11%), 83.999 (5,64%), 04.491 (6,83%), 86.04 (11,61%), 86.229 (6,78%), zaś pozostałe procedury stanowiły mniej niż 5% wszystkich hospitalizacji w grupie H83.

- W 2013 roku największy odsetek hospitalizacji był związany z wykonywaniem procedur kierunkowych 04.499 (14,2%), 82.351 (6,38%), 83.999 (5,87%), 04.491 (7,44%), 86.229 (11,82%), 83.399 (18,52%), zaś pozostałe procedury stanowiły mniej niż 5% wszystkich hospitalizacji w grupie H83.

- W 2014 roku najwięcej hospitalizacji było związanych z 04.499 (23,64%), 86.229 (16,02%), 82.351 (7,72%), 83.999 (7,25%), 86.89 (5,7%), zaś pozostałe procedury stanowiły mniej niż 5% wszystkich hospitalizacji w grupie H83. W 2014 roku przestano sprawozdawać procedurę 83.399, która w poprzednich latach miała dość wysoki odsetek realizacji w grupie⁵.

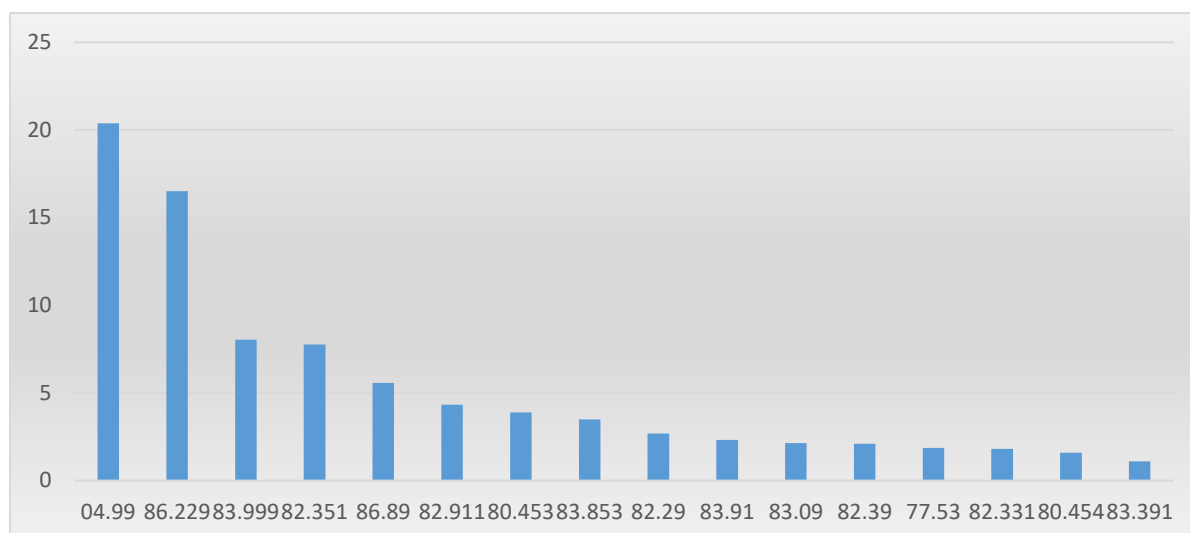
- W 2015 roku największy odsetek hospitalizacji był związany z wykonywaniem procedur kierunkowych 04.99 (18,4%), 86.229 (17,11%), 82.351 (8,1%), 83.999 (8,01%), 86.89 (6,12%), zaś pozostałe procedury stanowiły mniej niż 5% wszystkich hospitalizacji w grupie H83. W 2015 roku nie sprawozdawano już procedury 04.499, która w poprzednich latach miała wysoki odsetek realizacji w grupie⁶.

- W 2016 największy odsetek hospitalizacji był związany z wykonywaniem procedur kierunkowych 04.99 (20,4%), 86.229 (16,5%), 83.999 (8,04%), 82.351 (7,76%), 86.89 (5,58%) zaś pozostałe procedury stanowiły mniej niż 5% wszystkich hospitalizacji w grupie H83.

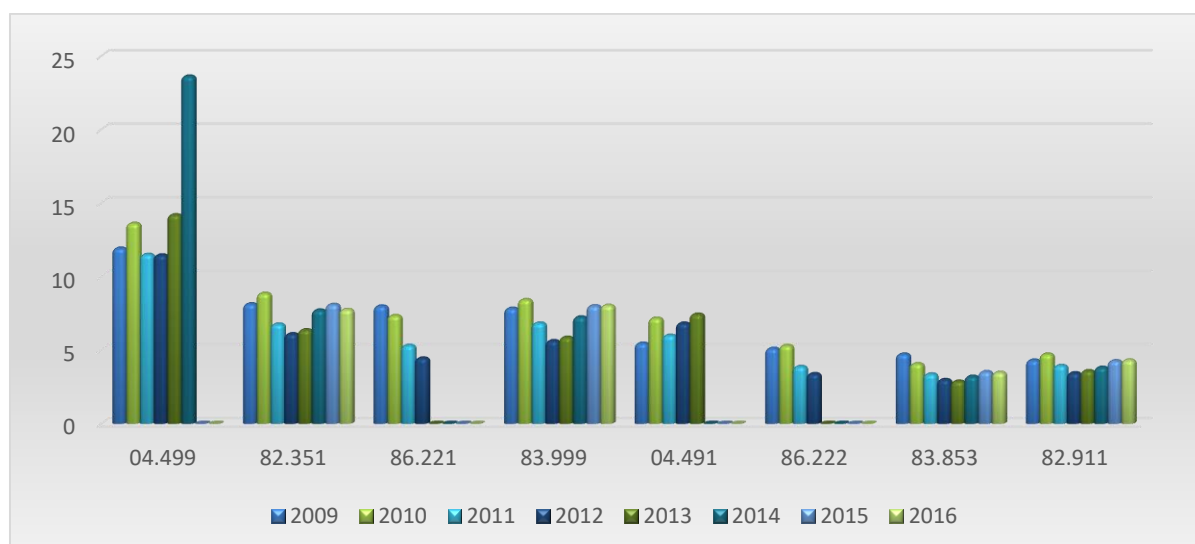
Na poniższych wykresach zaprezentowano udział procentowy poszczególnych procedur kierunkowych wykonywanych w trakcie hospitalizacji rozliczanych grupą H83 w latach 2009–2016.

⁵ Aktualnie procedura ta znajduje się w charakterystyce JGP H84 oraz H22.

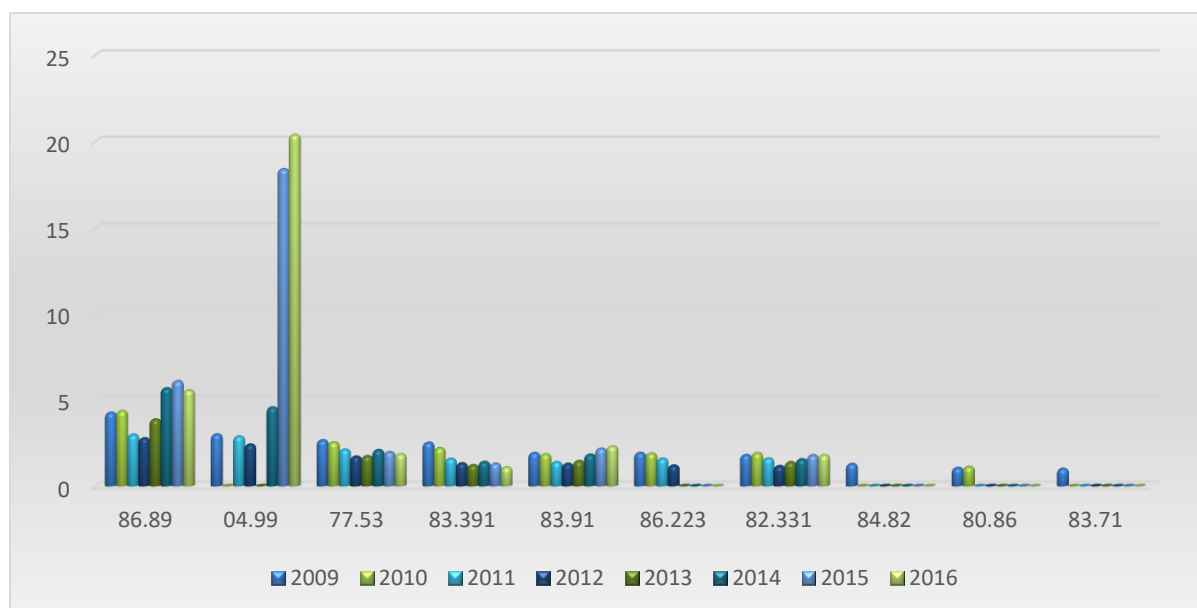
⁶ Aktualnie procedura ta znajduje się w charakterystyce JGP H84, a także N26.



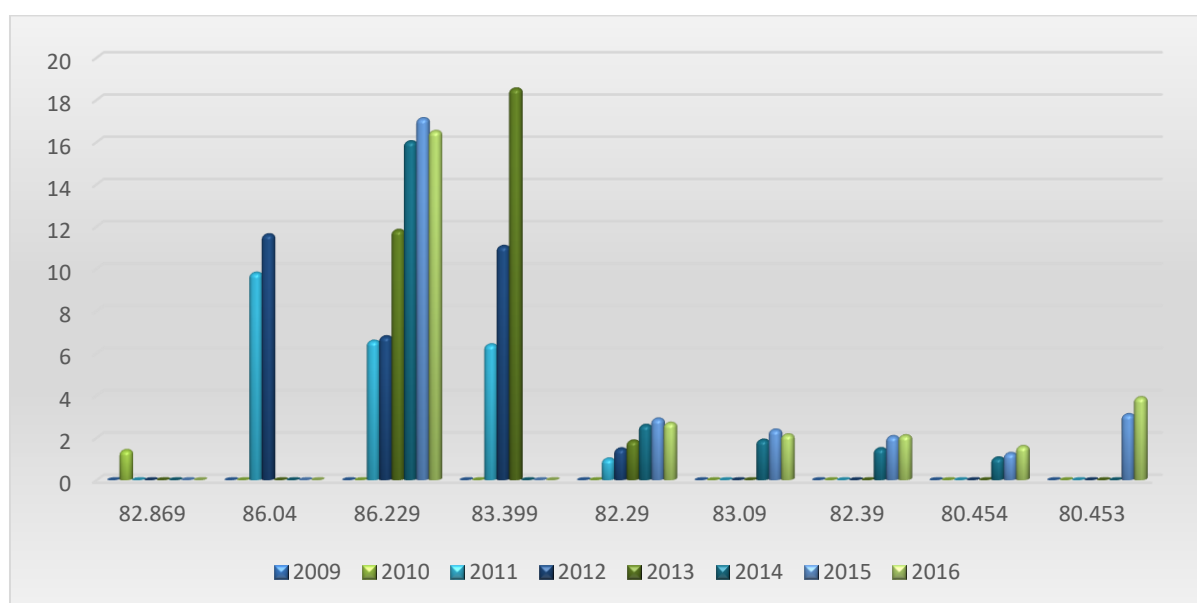
Rycina 42. Udział procentowy poszczególnych procedur kierunkowych wykonywanych w trakcie hospitalizacji rozliczanej grupą H83 w 2016 roku (opracowanie własne na podstawie danych NFZ – statystyka JGP (NFZ, 2017))



Rycina 43. Udział procentowy poszczególnych procedur kierunkowych [ICD-9: 04.499 (odbarczenie albo uwolnienie zrostów nerwu obwodowego lub zwoju nerwowego - inne), 82.351 (uwolnienie przykurczu Dupuytrena), 86.221 (oczyszczenie przez wycięcie zdewitalizowanej tkanki), 83.999 (operacje mięśni/ ścięgien/ powięzi/ kaletek - inne), 04.491 (neuroлиза nerwu obwodowego - nie określona inaczej), 86.222 (wycięcie martwiczej tkanki), 83.853 (plastyka ścięgna Achillesa), 82.911 (uwolnienie zrostów powięzi, mięśni lub ścięgien ręki)] wykonywanych w trakcie hospitalizacji rozliczanej grupą H83 w latach 2009-2016 roku (opracowanie własne na podstawie danych NFZ – statystyka JGP (NFZ, 2017))



Rycina 44. Udział procentowy poszczególnych procedur kierunkowych [ICD-9: 86.89 (rekonstrukcja/plastyka skóry i tkanki podskórnej - inne), 04.99 (operacje nerwów obwodowych - inne), 77.53 (wycięcie kaletki palucha/ korekcja tkanek miękkich - inne), 83.391 (wycięcie cysty Bakera), 83.91 (uwolnienie zrostów mięśni/ ścięgien/ powięzi i kaletki), 86.223 (wycięcie wilgotnej tkanki martwiczej), 82.331 (wycięcie ścięgna i torebki maziowej), 84.82 (rekonstrukcja pierwotna prostowników/ zginaczy palców ręki), 80.86 (inne miejscowe wycięcie lub zniszczenie zmiany stawu - kolano), 83.71 (wydłużenie ścięgna)] wykonywanych w trakcie hospitalizacji rozliczanej grupą H83 w latach 2009–2016 (opracowanie własne na podstawie danych NFZ – statystyka JGP (NFZ, 2017))



Rycina 45. Udział procentowy poszczególnych procedur kierunkowych [ICD-9: 82.869 (plastyka ścięgna ręki - inne), 86.04 (nacięcie/ drenaż skóry/ tkanki podskórnej - inne), 86.229 (oczyszczenie (wycięcie) rany, zakażenia, oparzenia - inne), 83.399 (wycięcie zmiany tkanek miękkich - inne), 82.29 (wycięcie zmiany tkanek miękkich ręki - inne), 83.09 (nacięcie mięśni, ścięgna, powięzi i kaletki - inne), 82.39 (wycięcie tkanek miękkich ręki - inne), 80.454 (uwolnienie więzadła - ręką i palce), 80.453 (uwolnienie więzadła - nadgarstek)] wykonywanych w trakcie hospitalizacji rozliczanej grupą H83 w latach 2009–2016 (opracowanie własne na podstawie danych NFZ – statystyka JGP (NFZ, 2017))

Hospitalizacje związane z wykonywaniem procedur takich jak 83.853 (plastyka ścięgna Achillesa), 86.222 (wycięcie martwiczej tkanki), 80.86 (inne miejscowe wycięcie lub zniszczenie zmiany stawu – kolano), 86.04 (nacięcie/ drenaż skóry/ tkanki podskórnej – inne) zdecydowanie przekraczają medianę czasu pobytu (dla konkretnego roku) we wszystkich analizowanych latach.

Szczegółowe dane dotyczące wykonywania procedur kierunkowych z grupy H83 na przestrzeni lat 2009–2016 znajdują się w załączniku nr 6.

JGP H84

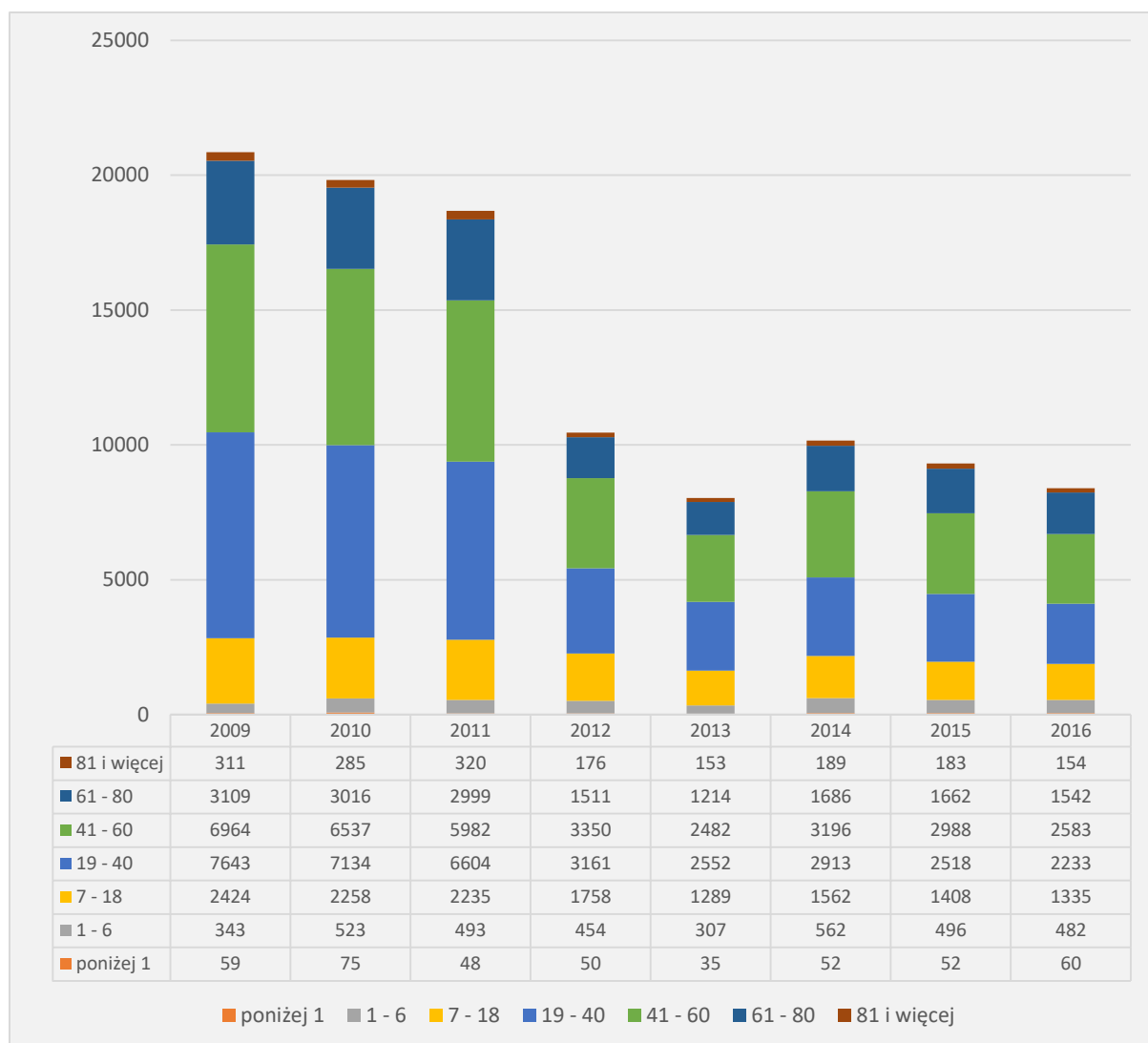
Poniżej przedstawiono analizę danych dotyczących grupy H84, pochodzących ze statystyk JGP NFZ za lata 2009–2016 (NFZ, 2017).

Na poniższym wykresie przedstawiono udział JGP H84 w całej sekcji H na przestrzeni analizowanych lat. Udział ten wahał się w zakresie od ok. 2% do ok. 3%.



Rycina 46. Udział JGP H84 w całej sekcji H na przestrzeni lat 2009–2016 (NFZ, 2017)

W 2016 roku NFZ rozliczył 8 389 hospitalizacji grupą H84. W porównaniu do 2009 roku liczba hospitalizacji rozliczanych tą grupą spadła w przybliżeniu o 60%. Jednocześnie na przestrzeni analizowanych lat (2009–2016) obserwuje się spadek liczby hospitalizacji rozliczanych przedmiotową grupą we wszystkich grupach wiekowych, poza grupą wiekową dzieci od 1 do 6 roku życia, w której liczba hospitalizacji utrzymuje się na zbliżonym poziomie. Szczegółowe dane przedstawiono na poniższym wykresie.

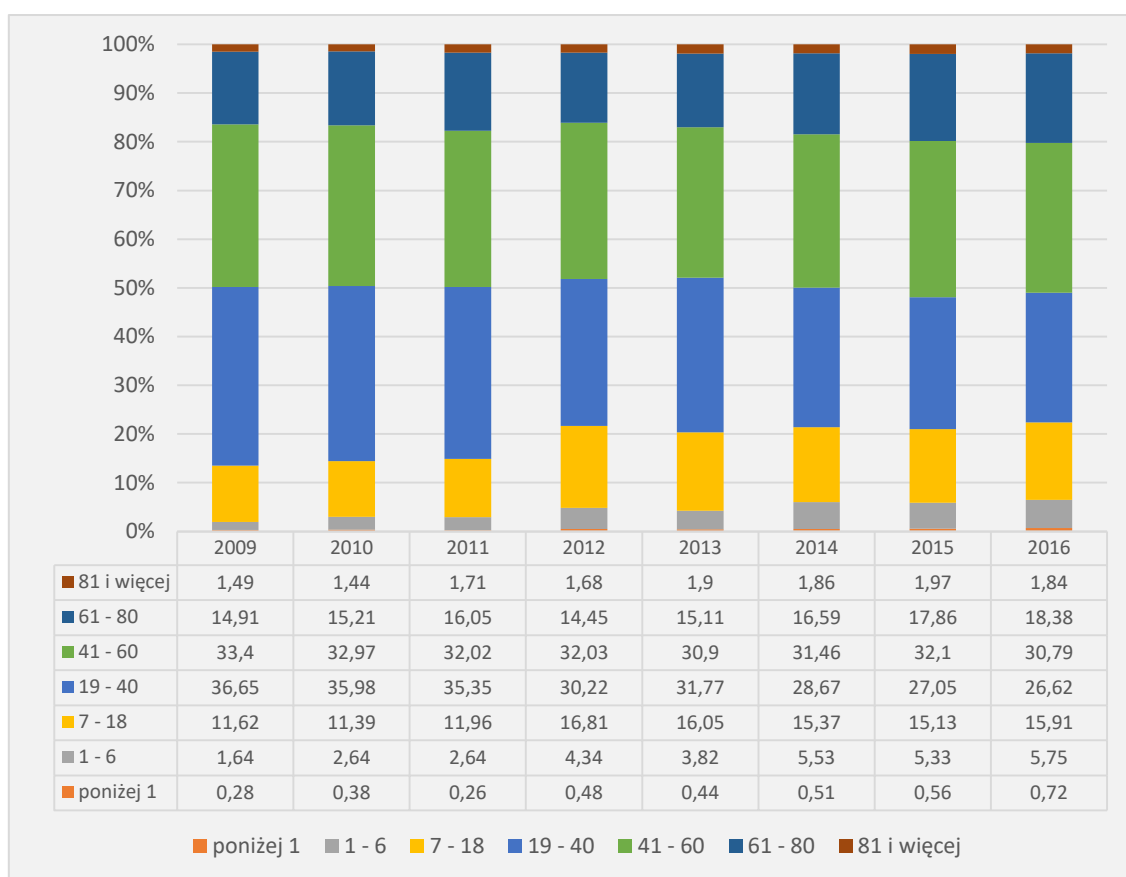


Rycina 47. Liczba hospitalizacji rozliczonych grupą H84 – analiza przekrojowa danych dotyczących świadczeń zrealizowanych w systemie JGP w latach 2009–2016 (NFZ, 2017)

Należy zauważyć, że w analizowanym przedziale czasu odsetek hospitalizacji:

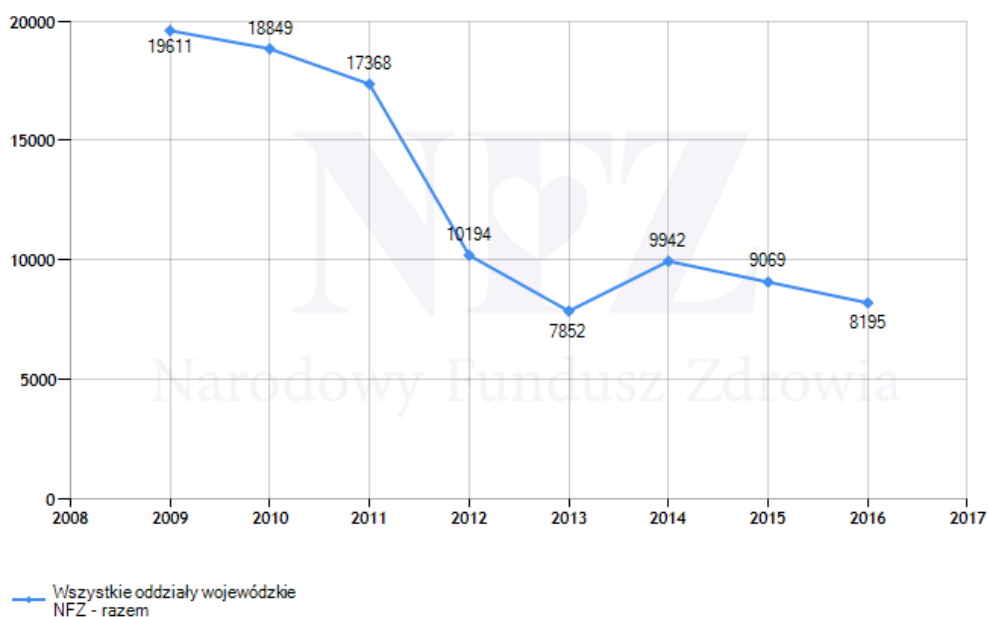
- dzieci poniżej 1 roku życia utrzymywał się na poziomie nieprzekraczającym 1% wszystkich hospitalizacji;
- dzieci w wieku 1–6 stanowił od ok. 2% do 6% wszystkich hospitalizacji;
- dzieci w wieku 7–18 lat stanowił od ok. 12% do ok. 16% wszystkich hospitalizacji;
- osób w wieku 19–40 lat stanowił od ok. 27% do 36% wszystkich hospitalizacji;
- osób w wieku 41–60 lat stanowił od 31% do 33% wszystkich hospitalizacji;
- osób w wieku 61–80 stanowił od 15% do 18% wszystkich hospitalizacji;
- osób powyżej 81 roku życia stanowił od 1% do 2% wszystkich hospitalizacji.

Sytuacja w poszczególnych latach została zobrazowana na poniższym wykresie.



Rycina 48. Odsetek hospitalizacji odzwierciedlający udział poszczególnych kategorii wiekowych w całkowitej liczbie hospitalizacji rozliczonych grupą H84 – analiza przekrojowa danych dotyczących świadczeń zrealizowanych w systemie JGP w latach 2009-2016 (NFZ, 2017)

W 2016 roku leczeniem, które zostało rozliczone z płatnikiem grupą H84, objęto 8 195 pacjentów. W porównaniu z rokiem 2009 liczba ta spadła o 58% (19 611 pacjentów w 2009 roku). Zmiana liczby pacjentów w analizowanym okresie (2009–2016) została przedstawiona na poniższym wykresie.



Rycina 49. Liczba pacjentów, których hospitalizacja została rozliczona grupą H84 – analiza przekrojowa danych dotyczących świadczeń zrealizowanych w systemie JGP w latach 2009–2016 (NFZ, 2017)

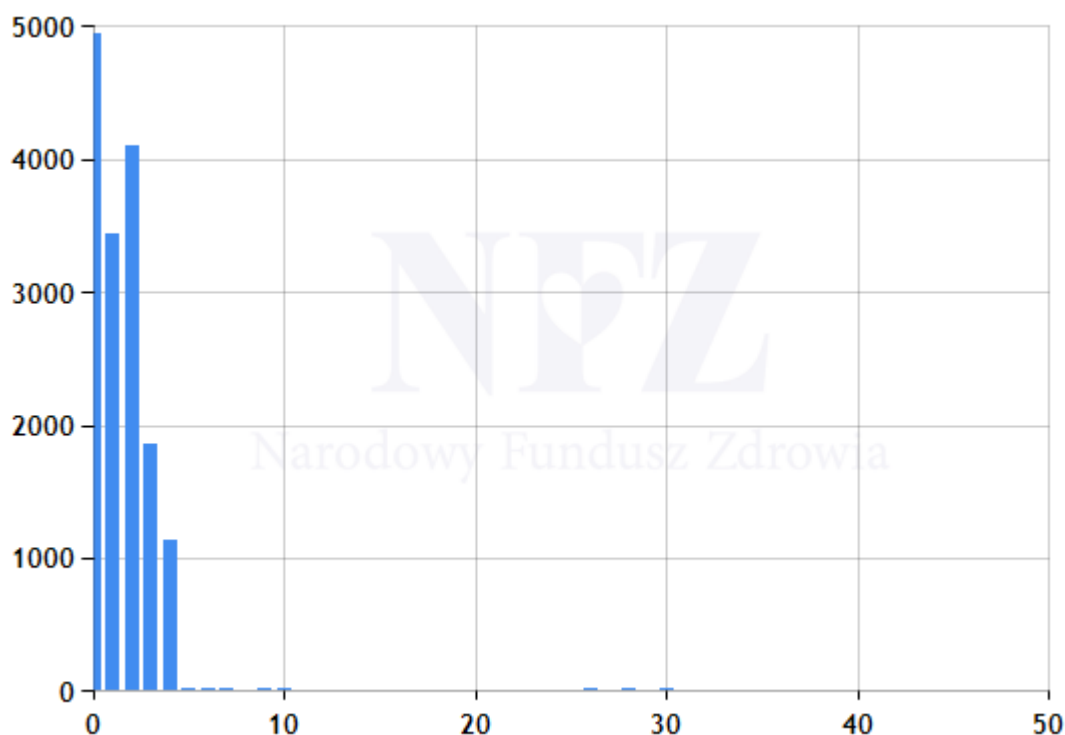
Liczba hospitalizacji w każdym z analizowanych lat przewyższa liczbę pacjentów. W poniższej tabeli przedstawiono współczynniki rehospitalizacji w latach 2009–2016.

Tabela 18 Współczynnik rehospitalizacji w latach 2009–2016 (NFZ, 2017)

Rok	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Współczynnik rehospitalizacji	1,06	1,05	1,08	1,03	1,02	1,02	1,03	1,02

W analizowanym okresie współczynnik rehospitalizacji wahał się w początkowych latach, największy wzrost nastąpił z 2010 na 2011 rok – 0 3%, od 2012 r. współczynnik rehospitalizacji pozostawał na podobnym poziomie 1,02–1,03.

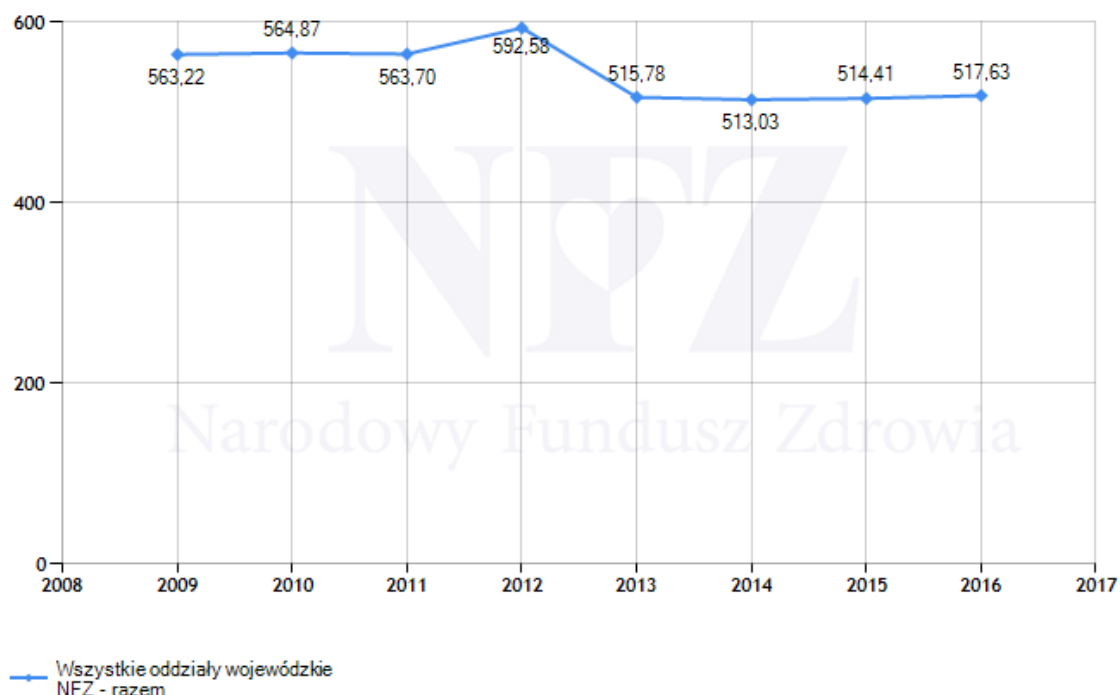
W analizowanym okresie długość hospitalizacji (mediana) wynosiła maksymalnie 1 dzień. Na poniższym wykresie przedstawiono histogram czasu pobytu. W 2016 r. było najwięcej hospitalizacji, które kończyły się w pierwszej dobie pobytu, na drugim miejscu pod względem liczebności znajdowały się hospitalizacje 2-dniowe, zaś na trzecim miejscu hospitalizacje 1-dniowe.



Rycina 50. Histogram czasu pobytu dla grupy H84 w 2016 r. (NFZ, 2017)

W 2016 roku wartość świadczeń sfinansowanych przez Płatnika wyniosła 8 390 419,96 zł, zaś wartość świadczeń sprawozdanych była wyższa i wyniosła 8 814 575,96 zł.

Średnia wartość grupy pozostawała na podobnym poziomie na przestrzeni lat objętych analizą. Średnia wartość grupy oscylowała wokół 554 zł, osiągając wartość minimalną 513 zł w 2014 roku i maksymalną 592 zł w 2012 r. Szczegółowe dane zaprezentowano na poniższym wykresie.



Rycina 51. Średnia wartość grupy H84 na przestrzeni lat 2009–2016 (NFZ, 2017)

W poniższej tabeli przedstawiono również średnią wartość grupy w latach 2009–2016 w podziale na poszczególne typy świadczeniodawców. W latach 2009–2012 oraz 2016 najwyższa wartość grupy dotyczyła szpitali klinicznych, w latach 2013–2015 najwyższa wartość grupy dotyczyła szpitali innych i wojewódzkich, należy jednak podkreślić, że średnia wartość grupy dla szpitali klinicznych była w tym czasie zaledwie o kilkadziesiąt groszy niższa. Najmniejsza wartość grupy w każdym z analizowanych lat dotyczyła szpitali niepublicznych.

Tabela 19 Średnia wartość grupy H84 na przestrzeni lat 2009–2016, w podziale na typy świadczeniodawców (NFZ, 2017)

Typ szpitala/Rok	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Gminny, powiatowy, miejski	590,57 zł	583,96 zł	597,50 zł	608,10 zł	518,32 zł	514,45 zł	514,55 zł	514,08 zł
Niepubliczny	526,36 zł	529,92 zł	519,07 zł	541,18 zł	505,24 zł	500,42 zł	502,60 zł	500,58 zł
Kliniczny	608,35 zł	611,26 zł	611,98 zł	625,28 zł	516,14 zł	518,46 zł	519,27 zł	536,81 zł
Wojewódzki	592,18 zł	591,18 zł	608,88 zł	621,71 zł	519,67 zł	517,98 zł	519,78 zł	526,93 zł
Inny	591,50 zł	580,92 zł	585,51 zł	605,78 zł	519,85 zł	519,76 zł	519,83 zł	520,33 zł
Wszystkie	563,22 zł	564,87 zł	563,70 zł	592,58 zł	515,78 zł	513,03 zł	514,41 zł	517,63 zł
Maksimum	608,35 zł	611,26 zł	611,98 zł	625,28 zł	519,85 zł	519,76 zł	519,83 zł	536,81 zł
Minimum	526,36 zł	529,92 zł	519,07 zł	541,18 zł	505,24 zł	500,42 zł	502,60 zł	500,58 zł
Różnica	81,99 zł	81,34 zł	92,91 zł	84,10 zł	14,61 zł	19,34 zł	17,23 zł	36,23 zł

Średnia wartość hospitalizacji w analizowanym okresie przewyższa średnią wartość grupy. W 2009 roku średnia wartość hospitalizacji była wyższa od średniej wartości grupy o ok. 4 PLN, zaś w 2016 roku o ok. 15 zł.



Rycina 52. Średnia wartość hospitalizacji rozliczanych w ramach grupy H84 na przestrzeni lat 2009–2016 (NFZ, 2017)

W poniższej tabeli przedstawiono kategorie produktów sumowanych do grupy H84 w 2016 r. Najwięcej udzielono pozostałych świadczeń do sumowania i jednocześnie świadczenia te stanowiły największe obciążenie dla Płatnika. Najmniejszy odsetek świadczeń do sumowania stanowiły świadczenia związane z pobytem w OAiIT oraz z prowadzeniem leczenia żywieniowego. Najmniejsze wydatki Płatnik poniósł w związku z prowadzeniem leczenia żywieniowego.

Tabela 20 Kategorie produktów do sumowania powiększających wartość hospitalizacji rozliczonych w ramach grupy H82 w 2016 r.

Kategoria produktów	Lb. hospitalizacji	Udział (%) w liczbie hospitalizacji	Wartość (PLN)	Udział (%) w wartości produktów dosumowanych
Pozostałe świadczenia	706	8,42	178 766,00	96,93
Przetoczenie preparatów krwi i innych substancji	7	0,08	3 501,00	1,90
Pobyt w OAiIT	1	0,01	1 948,00	1,06
Leczenie żywieniowe	1	0,01	208,00	0,11

Dodatkowo w poniższej tabeli przedstawiono średnie wartości hospitalizacji rozliczanych w ramach grupy H84 w latach 2009–2016 w podziale na świadczeniodawców. W każdym z analizowanych lat najwyższe wartości hospitalizacji dotyczą szpitali klinicznych, zaś najniższe szpitali niepublicznych. Największa różnica w średniej wartości hospitalizacji dotyczy szpitali klinicznych i niepublicznych w 2012 roku. Średnia wartość hospitalizacji w szpitalach klinicznych była wyższa o 138,13 zł w porównaniu ze średnią wartością hospitalizacji w szpitalach niepublicznych.

Tabela 21 Średnia wartość hospitalizacji rozliczanych w ramach grupy H84 na przestrzeni lat 2009–2016, w podziale na typy świadczeniodawców (NFZ, 2017)

Typ szpitala/Rok	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Gminny, powiatowy, miejski	591,37 zł	584,63 zł	598,17 zł	608,89 zł	521,36 zł	522,66 zł	521,11 zł	528,05 zł

Typ szpitala/Rok	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Niepubliczny	528,43 zł	532,35 zł	520,71 zł	548,54 zł	514,33 zł	512,00 zł	512,87 zł	514,65 zł
Kliniczny	619,28 zł	628,16 zł	629,02 zł	686,67 zł	547,70 zł	585,04 zł	581,64 zł	593,66 zł
Wojewódzki	604,97 zł	603,46 zł	625,22 zł	644,19 zł	527,71 zł	547,83 zł	548,56 zł	555,09 zł
Inny	591,50 zł	580,92 zł	585,51 zł	605,78 zł	519,85 zł	519,76 zł	519,83 zł	520,33 zł
Wszystkie	566,87 zł	569,20 zł	567,92 zł	604,44 zł	523,04 zł	532,35 zł	532,66 zł	539,61 zł
Maksimum	619,28 zł	628,16 zł	629,02 zł	686,67 zł	547,70 zł	585,04 zł	581,64 zł	593,66 zł
Minimum	528,43 zł	532,35 zł	520,71 zł	548,54 zł	514,33 zł	512,00 zł	512,87 zł	514,65 zł
Różnica	90,85 zł	95,81 zł	108,31 zł	138,13 zł	33,37 zł	73,04 zł	68,77 zł	79,01 zł

Tryb przyjęcia pacjenta

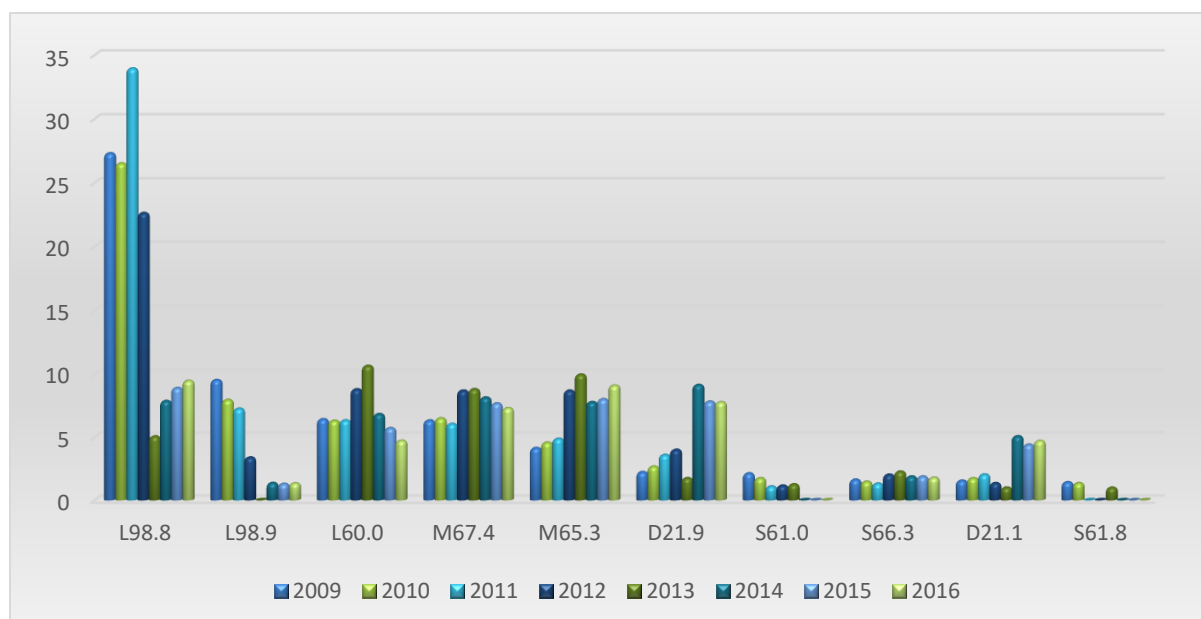
W poniższej tabeli przedstawiono dane dotyczące trybu przyjęcia pacjentów do szpitala w 2016 roku. Najwięcej hospitalizacji wiązało się z planowym przyjęciem do szpitala (ok. 72%). Przyjęcia w trybie nagłym stanowiły ok. 28%. Należy zauważyć, że mediana czasu pobytu była dłuższa w przypadku pacjentów przyjętych w trybie nagłym (zwłaszcza pacjentów przyjętych w wyniku przekazania przez zespół ratownictwa medycznego) w porównaniu z pacjentami przyjmowanymi w trybie planowym.

Tabela 22 Tryb przyjęcia pacjentów, których hospitalizacje rozliczono grupą H82, do szpitala w 2016 r.

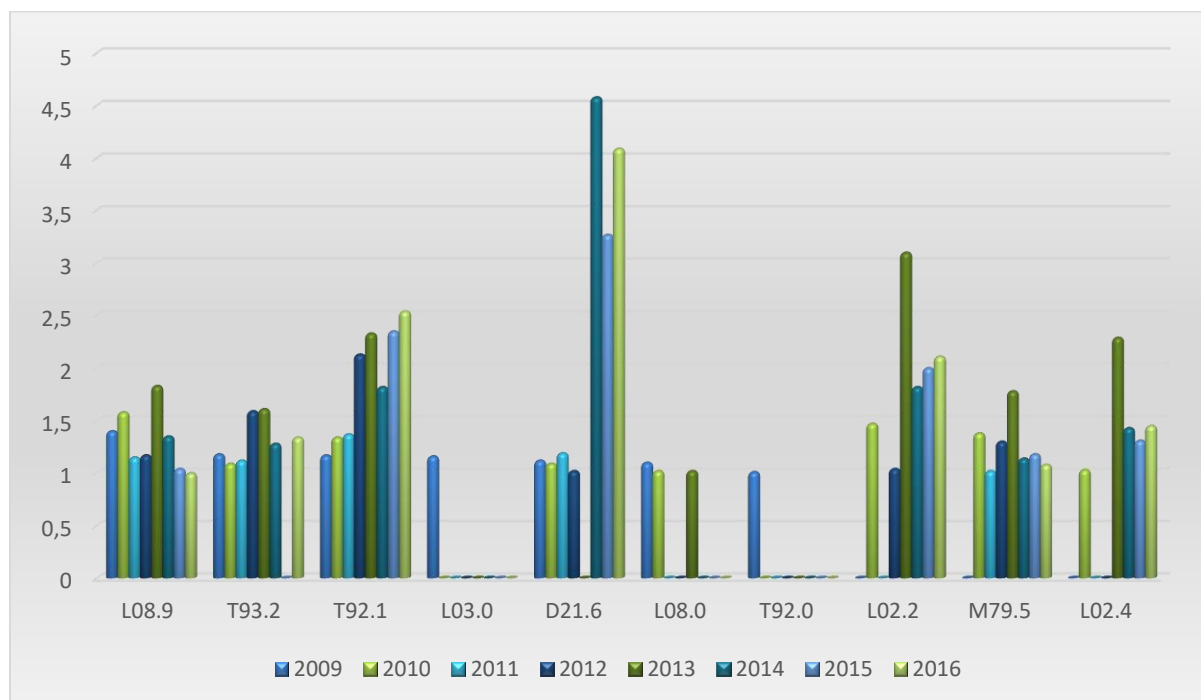
Tryb przyjęcia	Lb. hospitalizacji	Udział (%)	Mediana czasu pobytu (dni)
Przyjęcie w trybie nagłym w wyniku przekazania przez zespół ratownictwa medycznego	120	1,43	1
Przyjęcie w trybie nagłym - inne przypadki	2204	26,27	1
Przyjęcie noworodka w wyniku porodu w tym szpitalu	0	0,00	0
Przyjęcie planowe na podstawie skierowania	6059	72,23	0
Przyjęcie planowe osoby, która skorzystała ze świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością, zgodnie z uprawnieniami przysługującymi jej na podstawie ustawy	0	0,00	0
Przeniesienie z innego szpitala	2	0,02	1
Przyjęcie osoby podlegającej obowiązkowemu leczeniu	0	0,00	0
Przyjęcie przymusowe	0	0,00	0
Przyjęcie na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego	4	0,05	0

Rozpoznania

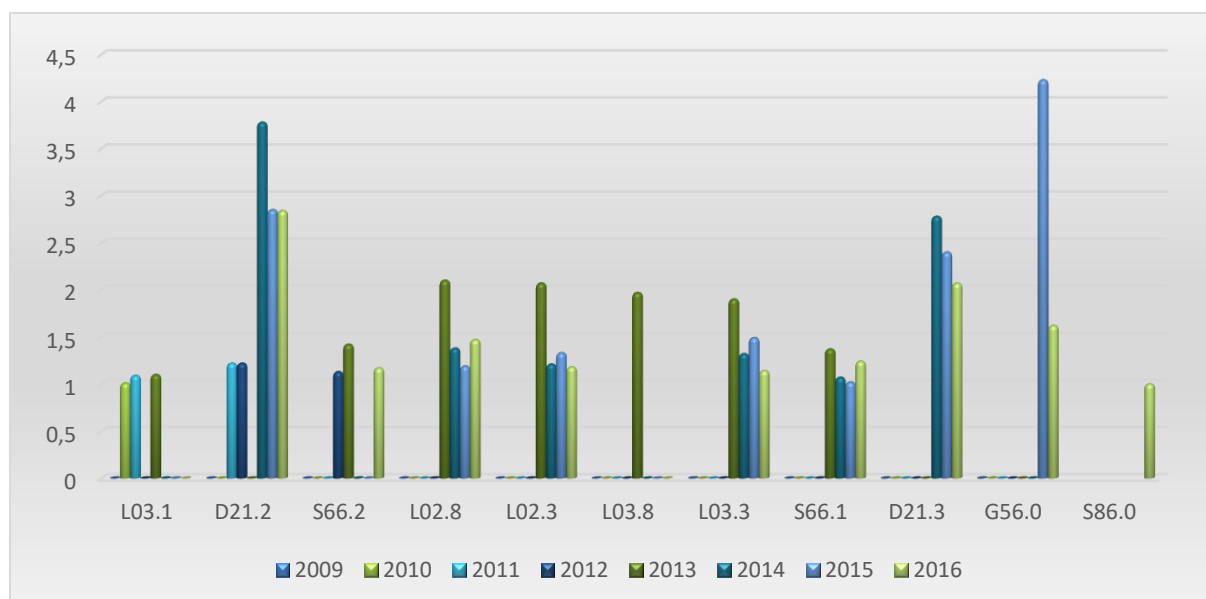
Na poniższych wykresach zaprezentowano udział procentowy poszczególnych rozpoznań będących przyczyną hospitalizacji rozliczanej grupą H84 w latach 2009–2016.



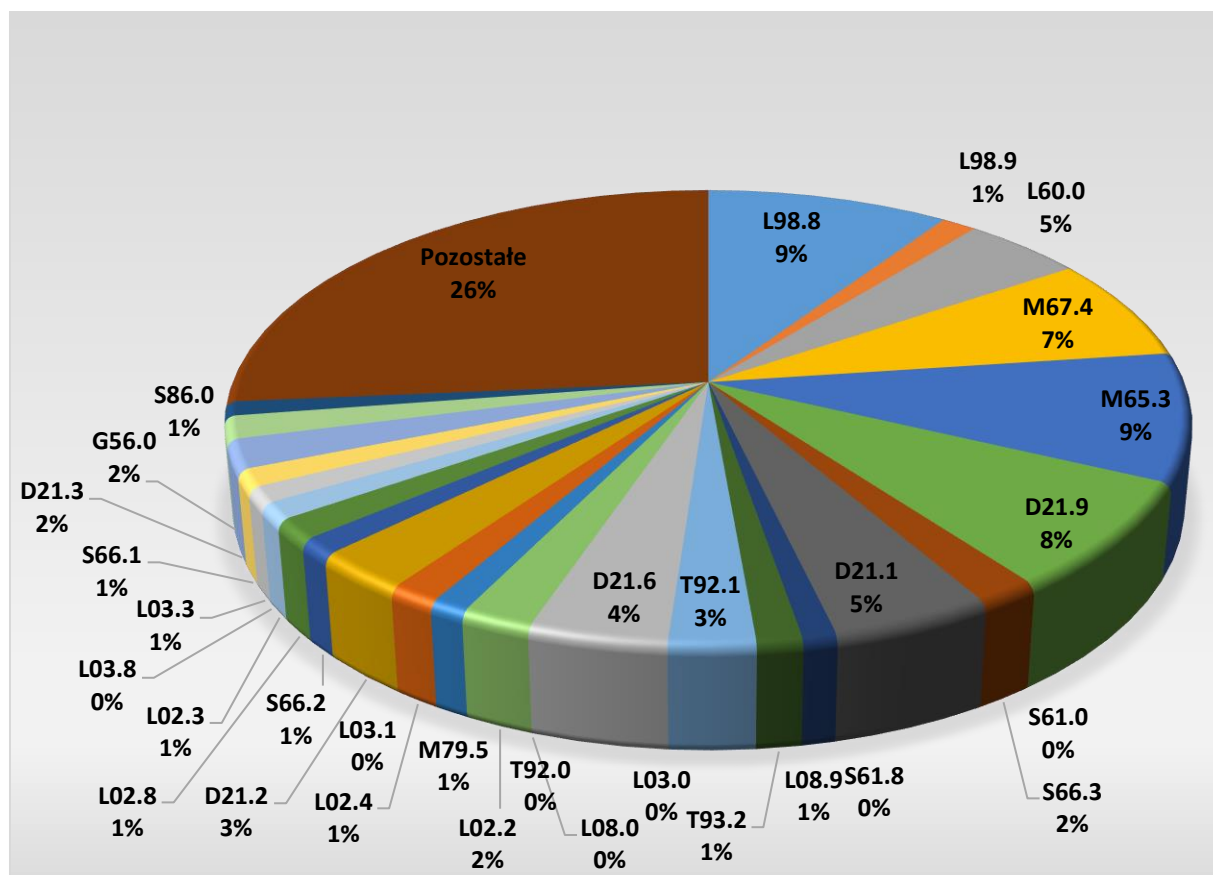
Rycina 53. Udział poszczególnych rozpoznań [ICD-10: L98.8 (inne określone schorzenia skóry i tkanki podskórnej), L98.9 (nieokreślone schorzenia skóry i tkanki podskórnej), L60.0 (wrastający paznokieć), M67.4 (ganglion), M65.3 (palec "zatrzaskujący"), D21.9 (tkanka łączna i inne tkanki miękkie, nie określone), S61.0 (otwarta rana palca (palców) bez uszkodzenia paznokcia), S66.3 (uraz mięśnia i ścięgna prostownika innego palca na poziomie nadgarstka i ręki), D21.1 (tkanka łączna i inne tkanki miękkie kończyny górnej, łącznie z barkiem), S61.8 (otwarta rana innych części nadgarstka i ręki)] będących przyczyną hospitalizacji rozliczanych grupą H84 w latach 2009–2016 (opracowanie własne na podstawie danych NFZ – statystyka JGP (NFZ, 2017))



Rycina 54. Udział poszczególnych rozpoznań [ICD-10: L08.9 (miejscowe zakażenia skóry i tkanki podskórnej, nie określone), T93.2 (następstwa innych złamań kończyny dolnej), T92.1 (następstwa złamania kończyny górnej), L03.0 (zapalenie tkanki podskórnej palca ręki i stopy), D21.6 (tkanka łączna i inne tkanki miękkie tułowia, nie określone), L08.0 (ropne zapalenie skóry), T92.0 (następstwa otwartej rany kończyny górnej), L02.2 (ropień skóry, czyrak, czyrak gromadny tułowia), M79.5 (ciało obce pozostałe w tkankach miękkich), L02.4 (ropień skóry, czyrak, czyrak gromadny kończyny)] będących przyczyną hospitalizacji rozliczanych grupą H84 w latach 2009–2016 (opracowanie własne na podstawie danych NFZ – statystyka JGP (NFZ, 2017))



Rycina 55. Udział poszczególnych rozpoznaw [ICD-10: L03.1 (zapalenie tkanki łącznej innych części kończyny), D21.2 (tkanka łączna i inne tkanki miękkie kończyny dolnej, łącznie z biodrem), S66.2 (uraz mięśnia i ścięgna prostownika kciuka na poziomie nadgarstka i ręki), L02.8 (ropień skóry, czyrak, czyrak gromadny o innej lokalizacji), L02.3 (ropień skóry, czyrak, czyrak gromadny pośladka), L03.8 (zapalenie tkanki łącznej o innej lokalizacji), L03.3 (zapalenie tkanki łącznej tułowia), S66.1 (uraz mięśnia i ścięgna zginacza innego palca na poziomie nadgarstka i ręki), D21.3 (tkanka łączna i inne tkanki miękkie klatki piersiowej), G56.0 (zespół cieśni nadgarstka), S86.0 (uraz ścięgna Achillesa)] będących przyczyną hospitalizacji rozliczanych grupą H84 w latach 2009–2016 (opracowanie własne na podstawie danych NFZ – statystyka JGP (NFZ, 2017))



Rycina 56. Udział procentowy poszczególnych rozpoznaw będących przyczyną hospitalizacji rozliczanych grupą H84 w 2016 roku (opracowanie własne na podstawie danych NFZ – statystyka JGP (NFZ, 2017))

Najwięcej hospitalizacji wiązało się z następującymi rozpoznaniem:

- w 2009 roku najwięcej hospitalizacji było związanych z rozpoznaniem L98.8 (27,32%), L98.9 (9,54%), L60.0 (6,43%), M67.4 (6,33%), zaś pozostałe rozpoznania stanowiły mniej niż 5% wszystkich hospitalizacji w grupie H84;
- w 2010 roku najwięcej hospitalizacji było związanych z rozpoznaniem L98.8 (26,53%), L98.9 (7,96%), L60.0 (6,31%), M67.4 (6,5%) zaś pozostałe rozpoznania stanowiły mniej niż 5% wszystkich hospitalizacji w grupie H84;
- w 2011 roku najwięcej hospitalizacji było związanych z rozpoznaniem L98.8 (33,96%), L98.9 (7,27%), L60.0 (6,34%), M67.4 (6,06%), zaś pozostałe rozpoznania stanowiły mniej niż 5% wszystkich hospitalizacji w grupie H84;
- w 2012 roku najwięcej hospitalizacji było związanych z rozpoznaniem L98.8 (22,64%), L60.0 (8,8%), M67.4 (8,7%), M65.3 (8,7%), zaś pozostałe rozpoznania stanowiły mniej niż 5% wszystkich hospitalizacji w grupie H84;
- w 2013 roku najwięcej hospitalizacji było związanych z rozpoznaniem L98.8 (5,07%), L60.0 (10,66%), M67.4 (8,81%), M65.3 (9,97%), zaś pozostałe rozpoznania stanowiły mniej niż 5% wszystkich hospitalizacji w grupie H84;
- w 2014 roku najwięcej hospitalizacji było związanych z rozpoznaniem L98.8 (7,88%), L60.0 (6,84%), M67.4 (8,15%), M65.3 (7,79%), D21.9 (9,15%), D21.1 (5,08%), zaś pozostałe rozpoznania stanowiły mniej niż 5% wszystkich hospitalizacji w grupie H84;
- w 2015 roku najwięcej hospitalizacji było związanych z rozpoznaniem L98.8 (8,91%), L60.0 (5,73%), M67.4 (7,69%), M65.3 (8,02%), D21.9 (7,83%), zaś pozostałe rozpoznania stanowiły mniej niż 5% wszystkich hospitalizacji w grupie H84;
- w 2016 roku najwięcej hospitalizacji było związanych z rozpoznaniem L98.8 (9,48%), M65.3 (9,1%), D21.9 (7,78%), M67.4 (7,31%), zaś pozostałe rozpoznania stanowiły mniej niż 5% wszystkich hospitalizacji w grupie H84.

Rozpoznanie

D21.1 - Tkanka łączna i inne tkanki miękkie kończyny górnej, łącznie z barkiem

D21.2 - Tkanka łączna i inne tkanki miękkie kończyny dolnej, łącznie z biodrem

D21.3 - Tkanka łączna i inne tkanki miękkie klatki piersiowej

D21.6 - Tkanka łączna i inne tkanki miękkie tułowia, nieokreślone

D21.9 - Tkanka łączna i inne tkanki miękkie, nieokreślone

G56.0 - Zespół cieśni nadgarstka

L02.2 - Ropień skóry, czyrak, czyrak gromadny tułowia

L02.3 - Ropień skóry, czyrak, czyrak gromadny pośladka

L02.4 - Ropień skóry, czyrak, czyrak gromadny kończyny

L02.8 - Ropień skóry, czyrak, czyrak gromadny o innej lokalizacji

L03.3 - Zapalenie tkanki łącznej tułowia

L08.9 - Miejscowe zakażenia skóry i tkanki podskórnej, nieokreślone

L60.0 - Wrastający paznokieć

L98.8 - Inne określone schorzenia skóry i tkanki podskórnej

L98.9 - Nieokreślone schorzenia skóry i tkanki podskórnej

M65.3 - Palec "zatraskujący"

M67.4 - Ganglion

M79.5 - Ciało obce pozostałe w tkankach miękkich

S66.1 - Uraz mięśnia i ścięgna zginacza innego palca na poziomie nadgarstka i ręki

S66.2 - Uraz mięśnia i ścięgna prostownika kciuka na poziomie nadgarstka i ręki

S66.3 - Uraz mięśnia i ścięgna prostownika innego palca na poziomie nadgarstka i ręki

S86.0 - Uraz ścięgna Achillesa

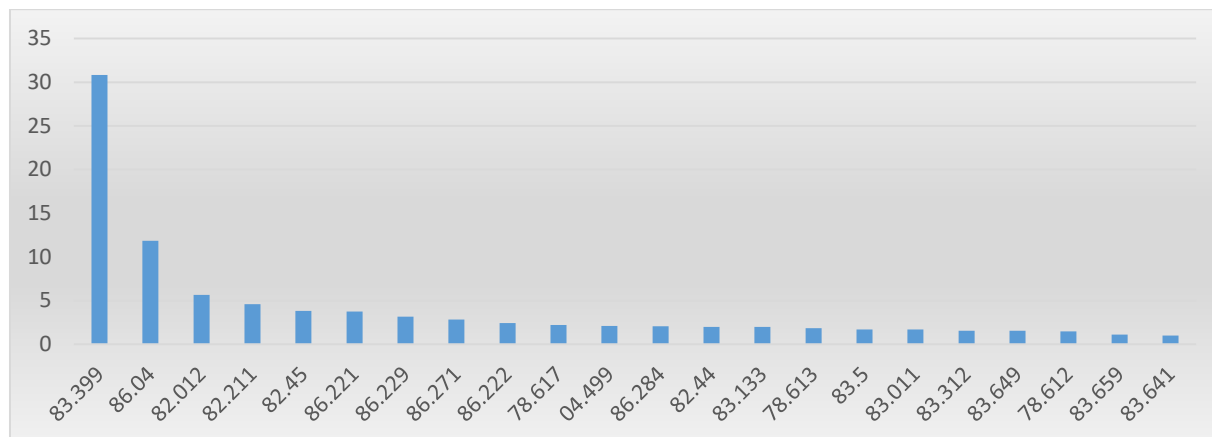
T92.1 - Następstwa złamania kończyny górnej

T93.2 - Następstwa innych złamań kończyny dolnej

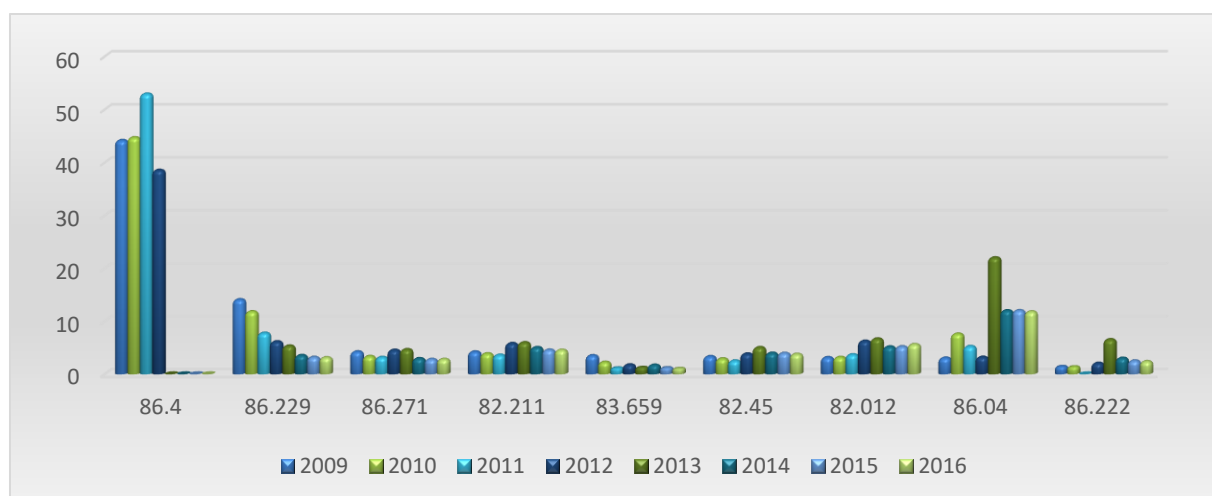
Większość rozpoznań wiązała się z hospitalizacją nieprzekraczającą jednego dnia pobytu pacjenta w placówce. We wszystkich analizowanych latach najdłuższy czas pobytu (mediana) wynosił jeden dzień.

Procedury kierunkowe

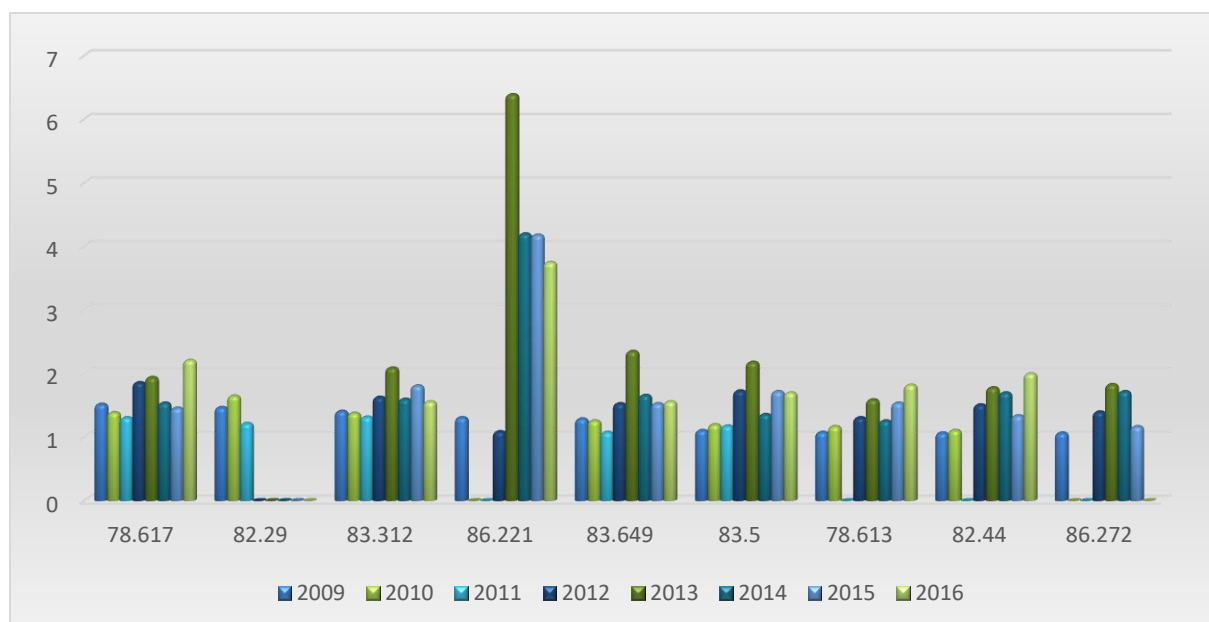
Na poniższych wykresach zaprezentowano udział procentowy poszczególnych procedur kierunkowych wykonywanych w trakcie hospitalizacji rozliczanej grupą H84 w latach 2009–2016.



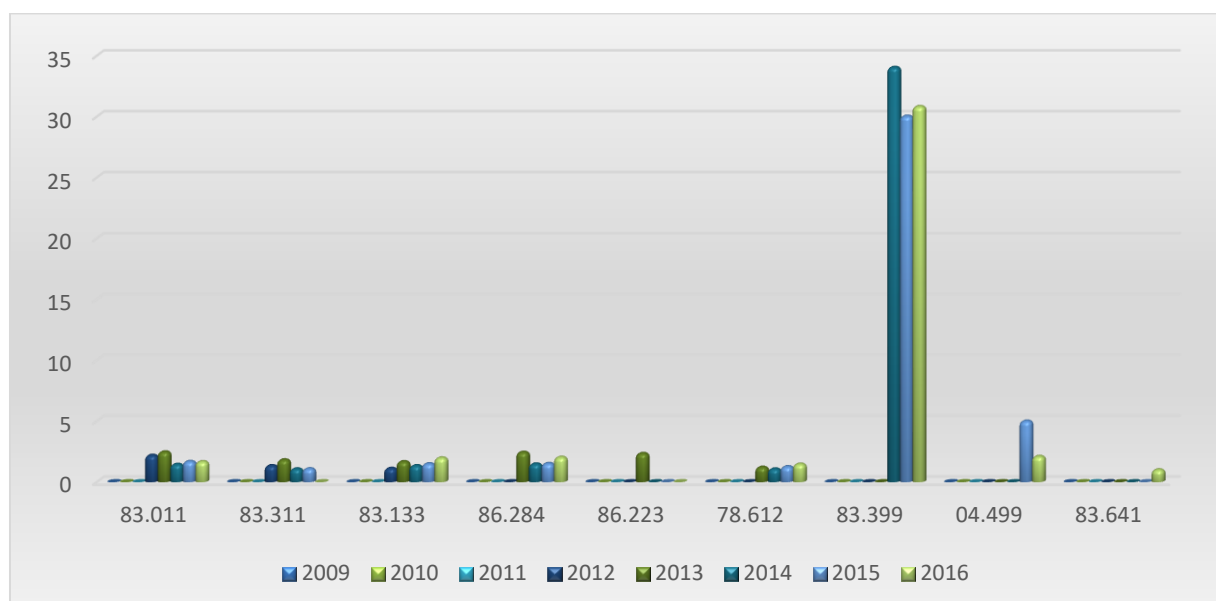
Rycina 57. Udział procentowy poszczególnych procedur kierunkowych wykonywanych w trakcie hospitalizacji rozliczanych grupą H84 w 2016 roku (opracowanie własne na podstawie danych NFZ – statystyka JGP (NFZ, 2017))



Rycina 58. Udział procentowy poszczególnych procedur kierunkowych [ICD-9: 86.4 (radikalne wycięcie zmiany skóry), 86.229 (oczyszczenie (wycięcie) rany, zakażenia, oparzenia - inne), 86.271 (usunięcie tkanki martwiczej), 82.211 (wycięcie torbieli gąłaretowatej pochewki ścięgna ręki (nadgarstek), 83.659 (szycie mięśnia/ powięzi - inne), 82.45 (szycie ścięgna ręki - inne), 82.012 (nacięcie pochewki ścięgnistej na rękę), 86.04 (nacięcie/ drenaż skóry/ tkanki podskórnej - inne), 86.222 (wycięcie martwiczej tkanki)] wykonywanych w trakcie hospitalizacji rozliczanych grupą H84 w latach 2009-2016 (opracowanie własne na podstawie danych NFZ – statystyka JGP (NFZ, 2017))



Rycina 59. Udział procentowy poszczególnych procedur kierunkowych [ICD-9: 78.617 (usunięcie zewnętrznego stabilizatora kości - kość piszczelowa/ kość strzałkowa), 82.29 (wycięcie zmiany tkanek miękkich ręki - inne), 83.312 (wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna, z wyjątkiem ręki), 86.221 (oczyszczenie przez wycięcie zdewitalizowanej tkanki), 83.649 (szycie ścięgna - inne), 83.5 (wycięcie kaletki), 78.613 (usunięcie zewnętrznego stabilizatora kości - kość promieniowa/ kość łokciowa), 82.44 (szycie ścięgna zginacza ręki - inne), 86.272 (usunięcie wilgotnej tkanki martwiczej)] wykonywanych w trakcie hospitalizacji rozliczanych grupą H84 w latach 2009–2016 (opracowanie własne na podstawie danych NFZ – statystyka JGP (NFZ, 2017))



Rycina 60. Udział procentowy poszczególnych procedur kierunkowych [ICD-9: 83.011 (nacięcie pochewki ścięgna), 83.311 (wycięcie zmiany pochewki ścięgna), 83.133 (uwolnienie ścięgna), 86.284 (usunięcie zdewitalizowanej tkanki, martwicy lub wilgotnej tkanki martwiczej przez przemycie), 86.223 (wycięcie wilgotnej tkanki martwiczej), 78.612 (usunięcie zewnętrznego stabilizatora kości - kość ramienna), 83.399 (wycięcie zmiany tkanek miękkich - inne), 04.499 (odbarczenie albo uwolnienie zrostów nerwu obwodowego lub zwoju nerwowego - inne), 83.641 (zeszycie ścięgna Achillesa)] wykonywanych w trakcie hospitalizacji rozliczanych grupą H84 w latach 2009–2016 (opracowanie własne na podstawie danych NFZ – statystyka JGP (NFZ, 2017))

Poniżej przedstawiono najczęściej wykonywane procedury kierunkowe na przestrzeni lat 2009–2016.

- W 2009 roku największy odsetek hospitalizacji był związany z wykonywaniem procedur kierunkowych 86.4 (44,2%) i 86.229 (14,12%), zaś pozostałe procedury stanowiły mniej niż 5% wszystkich hospitalizacji w grupie H84.
- W 2010 roku największy odsetek hospitalizacji był związany z wykonywaniem procedur kierunkowych 86.4 (44,73%), 86.229 (11,85%), 86.04 (7,63%) zaś pozostałe procedury stanowiły mniej niż 5% wszystkich hospitalizacji w grupie H84.
- W 2011 roku największy odsetek hospitalizacji był związany z wykonywaniem procedur kierunkowych 86.4 (52,96%), 86.229 (7,79%), 86.04 (5,27%), zaś pozostałe procedury stanowiły mniej niż 5% wszystkich hospitalizacji w grupie H84.
- W 2012 roku największy odsetek hospitalizacji był związany z wykonywaniem procedur kierunkowych 86.4 (38,6%), 82.12 (6,27%), 86.229 (6,16%), 82.211 (5,83%) zaś pozostałe procedury stanowiły mniej niż 5% wszystkich hospitalizacji w grupie H84.
- W 2013 roku największy odsetek hospitalizacji był związany z wykonywaniem procedur kierunkowych 86.229 (5,35%), 82.211 (5,99%), 82.45 (5,07%), 82.012 (6,69%), 86.04 (22,05%), 86.222 (6,56%), 86.221 (6,39%), zaś pozostałe procedury stanowiły mniej niż 5% wszystkich hospitalizacji w grupie H84. Od 2013 roku przestała być sprawozdawana procedura 86.4, która w poprzednich latach stanowiła znaczny odsetek procedur rozliczanych w ramach grupy H84.
- W 2014 roku najwięcej hospitalizacji było związanych z 82.211 (5,07%), 82.012 (5,2%), 86.04 (12,04%), 83.399 (34,05%), zaś pozostałe procedury stanowiły mniej niż 5% wszystkich hospitalizacji w grupie H84. Od 2014 roku rozpoczęto rozliczanie procedury 83.399 w ramach grupy H84, która wcześniej była rozliczana w ramach grupy H83.
- W 2015 roku największy odsetek hospitalizacji był związany z wykonywaniem procedur kierunkowych 82.012 (5,22%), 86.04 (12,06%), 83.399 (30,05%), 04.499 (5,01%), zaś pozostałe procedury stanowiły mniej niż 5% wszystkich hospitalizacji w grupie H84. Od 2015 roku rozpoczęto rozliczanie procedury 04.499 w ramach grupy H84, która wcześniej była rozliczana w ramach grupy H83.

Procedury kierunkowe

04.499 – Odbarczenie albo uwolnienie zrostów nerwu obwodowego lub zwoju nerwowego – inne

78.612 - Usunięcie zewnętrznego stabilizatora kości - kość ramienna

78.613 - Usunięcie zewnętrznego stabilizatora kości - kość promieniowa/ kość łokciowa

78.617 - Usunięcie zewnętrznego stabilizatora kości - kość piszczelowa/ kość strzałkowa

82.012 – Nacięcie pochewki ścięgna na rękę

82.211 - Wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna ręki (nadgarstek)

82.12 – Nacięcie powięzi ręki

82.44 - Szycie ścięgna zginacza ręki – inne

82.45 – Szycie ścięgna ręki – inne

83.011 - Nacięcie pochewki ścięgna

83.133 - Uwolnienie ścięgna

83.312 - Wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna, z wyjątkiem ręki

83.399 – Wycięcie zmiany tkanek miękkich – inne

83.5 - Wycięcie kaletki

83.641 - Zeszycie ścięgna Achillesa

83.649 - Szycie ścięgna - inne

83.659 - Szycie mięśnia/ powięzi - inne

86.04 – Nacięcie/drenaż skóry/ tkanki podskórnej - inne

86.221 – Oczyszczenie przez wycięcie zdewitalizowanej tkanki

86.222 – Wycięcie martwiczej tkanki

86.229 – Oczyszczenie (wycięcie) rany, zakażenia, oparzenia – inne

86.271 - Usunięcie tkanki martwiczej

86.284 - Usunięcie zdewitalizowanej tkanki, martwicy lub wilgotnej tkanki martwiczej przez przemycie

86.4 – Radykalne wycięcie zmiany skóry

- W 2016 roku największy odsetek hospitalizacji był związany z wykonywaniem procedur kierunkowych 82.012 (5,64%), 86.04 (11,8%), 83.399 (30,8%), zaś pozostałe procedury stanowiły mniej niż 5% wszystkich hospitalizacji w grupie H84.

Procedury z grupy H84 nie przekraczają mediany czasu hospitalizacji w wysokości 1 dnia we wszystkich analizowanych latach.

Szczegółowe dane dotyczące wykonywania procedur kierunkowych z grupy H84 na przestrzeni lat 2009–2016 znajdują się w załączniku nr 7.

W poniższej tabeli przedstawiono przeliczenie liczby pacjentów, których hospitalizacje rozliczono w 2016 r. JGP H81–H84, na 10 tys. mieszkańców w danym województwie (na podstawie danych GUS na dzień 31.12.2015 r.).

Tabela 23 Liczba pacjentów, których hospitalizacja została rozliczona grupami H81–H84 w podziale na województwa w 2016 r. wraz z przeliczeniem na 10 tys. mieszkańców (źródło: opracowanie własne na podstawie danych z NFZ i GUS)

Województwo	Liczba pacjentów				Liczba pacjentów na 10 tys. mieszkańców			
	H81	H82	H83	H84	H81	H82	H83	H84
Dolnośląskie	209	197	5923	553	0,72	0,68	20,39	1,90
Kujawsko-Pomorskie	40	122	2619	441	0,19	0,58	12,55	2,11
Lubelskie	165	182	3251	370	0,77	0,85	15,19	1,73
Lubuskie	32	42	1647	242	0,31	0,41	16,18	2,38
Łódzkie	79	147	3848	483	0,32	0,59	15,43	1,94
Małopolskie	99	251	4586	844	0,29	0,74	13,60	2,50
Mazowieckie	608	825	9518	906	1,14	1,54	17,79	1,69
Opolskie	13	20	1181	220	0,13	0,20	11,86	2,21
Podkarpackie	44	221	3446	286	0,21	1,04	16,20	1,34
Podlaskie	59	58	2107	415	0,50	0,49	17,72	3,49
Pomorskie	109	264	5020	499	0,47	1,14	21,75	2,16
Śląskie	358	185	8621	1262	0,78	0,40	18,86	2,76
Świętokrzyskie	26	30	2345	441	0,21	0,24	18,65	3,51
Warmińsko-Mazurskie	71	143	2726	291	0,49	0,99	18,93	2,02
Wielkopolskie	148	199	4790	542	0,43	0,57	13,78	1,56
Zachodniopomorskie	100	99	3348	400	0,58	0,58	19,57	2,34

Z danych zamieszczonych w powyższej tabeli wynika, że w grupie H81 i H82 najwięcej pacjentów na 10 tys. mieszkańców przypadało w województwie mazowieckim, w grupie H83 – w pomorskim, natomiast H84 – w świętokrzyskim. Ogółem w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców najwięcej pacjentów przypadało na osoby hospitalizowane w ramach grupy H83. Należy nadmienić, iż w przypadku tej grupy liczba pacjentów przypadająca na 10 tys. mieszkańców w jednym z województw przekraczała 21 osób. Wartość ta była nawet dwudziestokrotnie wyższa niż w przypadku liczby pacjentów rozliczanych grupą H81 czy H82 przypadającej na 10 tys. mieszkańców w niektórych województwach. Można więc zaobserwować największe zapotrzebowanie na świadczenia realizowane w ramach grupy H83.

W poniższej tabeli przedstawiono przeliczenie liczby świadczeń rozliczonych w ramach grup H81–H84 na 10 tys. mieszkańców w danym województwie (na podstawie danych GUS na dzień 31.12.2015 r.).

Tabela 24 Liczba świadczeń rozliczonych grupami H81-H84 w podziale na województwa w 2016 r. wraz z przeliczeniem na 10 tys. mieszkańców (źródło: opracowanie własne na podstawie danych z NFZ i GUS)

Województwo	Liczba świadczeń				Liczba świadczeń na 10 tys. mieszkańców			
	H81	H82	H83	H84	H81	H82	H83	H84
Dolnośląskie	224	198	6271	563	0,77	0,68	0,77	1,94
Kujawsko-Pomorskie	42	123	2749	451	0,20	0,59	0,20	2,16
Lubelskie	175	188	3393	375	0,82	0,88	0,82	1,75
Lubuskie	32	43	1704	247	0,31	0,42	0,31	2,43
Łódzkie	82	147	4018	485	0,33	0,59	0,33	1,94
Małopolskie	103	256	4757	873	0,31	0,76	0,31	2,59
Mazowieckie	639	854	9958	921	1,19	1,60	1,19	1,72
Opolskie	14	20	1239	224	0,14	0,20	0,14	2,25
Podkarpackie	44	234	3598	294	0,21	1,10	0,21	1,38
Podlaskie	66	58	2183	421	0,56	0,49	0,56	3,54
Pomorskie	115	269	5288	506	0,50	1,17	0,50	2,19
Śląskie	402	191	9026	1314	0,88	0,42	0,88	2,87
Świętokrzyskie	30	30	2426	447	0,24	0,24	0,24	3,56
Warmińsko-Mazurskie	76	143	2850	301	0,53	0,99	0,53	2,09
Wielkopolskie	153	203	5042	555	0,44	0,58	0,44	1,60
Zachodniopomorskie	106	102	3524	412	0,62	0,60	0,62	2,41

Z informacji zamieszczonych w powyższej tabeli wynika, że w grupie H81, H82 i H83 najwięcej świadczeń na 10 tys. mieszkańców przypadało w województwie mazowieckim, natomiast w grupie H84 – w świętokrzyskim. Ogółem w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców najwięcej świadczeń przypadało na hospitalizacje rozliczane w ramach grupy H84.

W poniższej tabeli przedstawiono przeliczenie liczby świadczeniodawców wykonujących świadczenia w ramach grup H81–84 na 10 tys. mieszkańców w danym województwie (na podstawie danych GUS na dzień 31.12.2015 r.).

Tabela 25 Liczba świadczeniodawców wykonujących świadczenia w ramach grup H81-H84 w podziale na województwa w 2016 r. wraz z przeliczeniem na 10 tys. mieszkańców (źródło: opracowanie własne na podstawie danych z NFZ i GUS)

Województwo	Liczba świadczeniodawców				Liczba świadczeniodawców na 10 tys. mieszkańców			
	H81	H82	H83	H84	H81	H82	H83	H84
Dolnośląskie	21	21	53	41	0,07	0,07	0,18	0,14
Kujawsko-Pomorskie	8	19	40	36	0,04	0,09	0,19	0,17
Lubelskie	17	18	36	33	0,08	0,08	0,17	0,15
Lubuskie	6	12	18	16	0,06	0,12	0,18	0,16
Łódzkie	18	21	43	32	0,07	0,08	0,17	0,13
Małopolskie	23	28	44	36	0,07	0,08	0,13	0,11
Mazowieckie	33	40	84	76	0,06	0,07	0,16	0,14
Opolskie	6	10	18	18	0,06	0,10	0,18	0,18

Województwo	Liczba świadczeniodawców				Liczba świadczeniodawców na 10 tys. mieszkańców			
	H81	H82	H83	H84	H81	H82	H83	H84
Podkarpackie	13	19	32	28	0,06	0,09	0,15	0,13
Podlaskie	12	15	20	19	0,10	0,13	0,17	0,16
Pomorskie	12	18	29	28	0,05	0,08	0,13	0,12
Śląskie	27	39	86	76	0,06	0,09	0,19	0,17
Świętokrzyskie	8	10	20	19	0,06	0,08	0,16	0,15
Warmińsko-Mazurskie	13	17	35	29	0,09	0,12	0,24	0,20
Wielkopolskie	26	32	60	47	0,07	0,09	0,17	0,14
Zachodniopomorskie	16	14	31	29	0,09	0,08	0,18	0,17

Z danych zamieszczonych w powyższej tabeli wynika, że najwięcej świadczeniodawców realizujących świadczenia w ramach grup H81 i H82 na 10 tys. mieszkańców przypadało w województwie mazowieckim, w ramach grupy H83 – w pomorskim, natomiast w ramach grupy H84 – w świętokrzyskim. Ogółem w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców najwięcej świadczeniodawców realizowało świadczenia rozliczane w ramach grupy H84.

2.4.Stan finansowania w innych krajach

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

Wyszukiwanie prowadzono w okresie od grudnia 2016 roku do marca 2017 roku.

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

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

Dodatkowo w analizie zostały przedstawione informacje dotyczące parytetu siły nabywczej (ang. *Purchasing Power Parities* - PPP)⁷. PPP służy do przeliczania walut w taki sposób, by wyeliminować różnice w poziomie cen pomiędzy krajami oraz pozwala ustalić rzeczywistą siłę nabywczą danej waluty. Różni się od kursu walutowego, może być od niego wyższy lub niższy. Głównymi przyczynami zróżnicowania kursu walutowego i wartości waluty według parytetu siły nabywczej są:

- różnice cen towarów i usług w porównywanych krajach, wyrażające różnice kosztów poszczególnych czynników wytwórczych, w tym kosztów pracy,
- polityka kursu walutowego w porównywanych krajach (celowe zawyżanie lub zaniżanie kursu),

⁷ <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=CPL> data dostępu 20.09.2016

- różnice kosztu dóbr publicznych i zakresu korzystania z nich⁸.

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

W literaturze przedmiotu parytet siły nabywczej (PPP) może być definiowany przy pomocy kilku wskaźników. Dla celów porównawczych wykorzystano wskaźnik CPL (ang. comparative price levels) - względny poziom cen. Wskaźnik ten (CPL) wyraża siłę nabywczą danego kraju w odniesieniu do średniej dla krajów OECD (OECD=100).

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

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

⁸ Błaszczczyński A. Słownik pojęć ekonomicznych Glossary of Economic Terms, Szkoła Zarządzania Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1995. Słownik ekonomiczny dla przedsiębiorcy w warunkach rynkowych, Wyd. IV, Znicz, Szczecin 1994.

Tabela 26 Wycena świadczeń zdrowotnych rozliczanych w Polsce⁹ za pomocą grupy H81-H84 w innych krajach

Kraj – charakterystyka ¹⁰		Informacje o zasadach finansowania ochrony zdrowia	Cena świadczenia			
Anglia i Szkocja		<p>Angielski Departament Zdrowia (<i>Department of Health</i>) publikuje ogólnokrajowe taryfy w oparciu o HRG (<i>Healthcare Resource Group</i>) oraz dokonuje badania kosztów, na podstawie których corocznie modyfikuje taryfy oraz sam system grupowania. Departament Zdrowia określa taryfy dla grup HRG z wyprzedzeniem rocznym.</p> <p>Taryfy są ustalane / zależą od średnich kosztów świadczenia w kraju (wszyscy świadczeniodawcy są zobowiązani raportować wysokość poniesionych kosztów), po dostosowaniu/ uwzględnieniu zmiany kosztów w czasie wynikającej z takich czynników jak pojawienie się lub zmiana technologii w czasie oraz m.in. różnice w kosztach pomiędzy poszczególnymi obszarami kraju.</p>	W poniższej tabeli przedstawiono taryfę dla świadczeń z stanowiących odpowiedniki polskiej grupy H81-H84 w Szkocji.			
Waluta			GBP			
Kurs PLN			5,295			
PKB per capita (USD)			43 734,0			
PKB per capita PPP (USD)			41 324,6			
CPL			119			
CPL/CPL PL			2,224			
Kod HRG	Nazwa świadczenia		Koszt przyjęcia planowego (PLN)*	Koszt przyjęcia nieplanowego (PLN)*		
HB11A	Duże zabiegi na biodrze, nieurazowe, kategoria 2 z poważnymi chorobami współistniejącymi	78 000,65	413 013,42			
HB11B	Duże zabiegi na biodrze, nieurazowe, kategoria 2 z chorobami współistniejącymi	54 877,38	290 575,73			
HB11C	Duże zabiegi na biodrze, nieurazowe, kategoria 2 bez chorób współistniejących	48 872,85	258 781,74			
HB12A	Duże zabiegi na biodrze, nieurazowe, kategoria 1 z poważnymi chorobami współistniejącymi	55 613,39	294 472,87			
HB12B	Duże zabiegi na biodrze, nieurazowe, kategoria 1 z chorobami współistniejącymi	43 604,33	230 884,90			
HB12C	Duże zabiegi na biodrze, nieurazowe, kategoria 1 bez chorób współistniejących	38 547,60	204 109,54			
HB13Z	Średnie zabiegi na biodrze, nieurazowe, kategoria 2	29 270,76	154 988,67			
HB14B	Średnie zabiegi na biodrze, nieurazowe, kategoria 1 z chorobami współistniejącymi	37 139,13	196 651,69			
HB14C	Średnie zabiegi na biodrze, nieurazowe, kategoria 1 bez chorób współistniejących	16 488,63	87 307,30			
HB15D	Małe zabiegi na biodrze, nieurazowe, kategoria 2, powyżej 19 lat, z chorobami współistniejącymi	36 657,29	194 100,32			

9

Polska	
Waluta	PLN
PKB per capita (USD)	14 581
PKB per capita PPP (USD)	24 836
CPL	53
CPL/CPL PL	1

Kurs waluty – <http://www.nbp.pl/>; (dostęp w dniu 30.03.2017 r.)<https://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=60702> (dostęp w dniu 03.04.2017 r.)CPL – <http://stats.oecd.org/>; (dostęp w dniu 30.03.2017 r.)¹⁰ Pozyskano z: <http://stats.oecd.org/> (20.03.2017 r.)

<p>Taryfy obejmują wszystkie koszty (koszt procedury, a także koszt hospitalizacji, leków i badań diagnostycznych). Szczególnie kosztochłonne procedury/świadczenia są wyodrębnione i rozliczane dodatkowo (w tych przypadkach do głównej grupy HRG można dodać kod dodatkowej grupy). Dla wybranych świadczeń brak taryfy ogólnokrajowej i wskazane są taryfy nieobowiązkowe (cena świadczenia może być negocjowana lokalnie).</p> <p>Wysokość taryfy za grupę może się różnić w zależności od wieku pacjenta (dorośli / dzieci w różnym wieku), występowania chorób współistniejących (<i>with CC / without CC</i>) oraz ciężkości chorób współistniejących. Przy kodowaniu stosuje się odpowiednie rozszerzenie (piąty element kodu grupy – odpowiedni symbol literowy)¹¹.</p> <p>Szkocja</p> <p><i>Scottish National Tariff</i> powstała w wyniku współpracy <i>Information Services Division (ISD) of National Health Services Scotland</i> oraz <i>Scottish Government Health Directorate</i>. Projekt uruchomiony został w 2005 roku a jego celem było wskazanie średnich kosztów, generowanych przez poszczególne procedury medyczne sklasyfikowane wzorem Anglii w systemie HRG. Wykaz taryf</p>	HB15E	Małe zabiegi na biodrze, nieurazowe, kategoria 2, powyżej 19 r.ż., bez chorób współistniejących	12 861,56	68 101,93
	HB16B	Małe zabiegi na biodrze, nieurazowe, kategoria 1 z chorobami współistniejącymi	13 872,90	73 457,01
	HB16C	Małe zabiegi na biodrze, nieurazowe, kategoria 1 bez chorób współistniejących	5 708,01	30 223,91
	HB21A	Duże zabiegi kolana, nieurazowe, kategoria 2 z poważnymi chorobami współistniejącymi	59 409,90	314 575,42
	HB21B	Duże zabiegi kolana, nieurazowe, kategoria 2 z chorobami współistniejącymi	42 153,50	223 202,76
	HB21C	Duże zabiegi kolana, nieurazowe, kategoria 2 bez chorób współistniejących	39 500,70	209 156,21
	HB22B	Duże zabiegi kolana, nieurazowe, kategoria 1 z chorobami współistniejącymi	41 030,96	217 258,91
	HB22C	Duże zabiegi kolana, nieurazowe, kategoria 1 bez chorób współistniejących	13 428,12	71 101,90
	HB23B	Średnie zabiegi kolana, nieurazowe, z chorobami współistniejącymi	25 776,06	136 484,24
	HB23C	Średnie zabiegi kolana, nieurazowe, bez chorób współistniejących	11 987,88	63 475,82
	HB24B	Małe zabiegi kolana, nieurazowe, kategoria 2 z chorobami współistniejącymi	24 838,85	131 521,68
	HB24C	Małe zabiegi kolana, nieurazowe, kategoria 2 bez chorób współistniejących	9 504,53	50 326,46
	HB25D	Małe zabiegi kolana, nieurazowe, kategoria 1, powyżej 19 lat z poważnymi chorobami współistniejącymi	21 084,69	111 643,43
	HB25E	Małe zabiegi kolana, nieurazowe, kategoria 1, powyżej 19 lat z chorobami współistniejącymi	10 441,74	55 289,01
	HB25F	Małe zabiegi kolana, nieurazowe, kategoria 1, powyżej 19 lat bez chorób współistniejących	7 518,90	39 812,58
	HB31Z	Duże zabiegi na stopie, nieurazowe	20 798,76	110 129,43
	HB32A	Średnie zabiegi na stopie, nieurazowe, kategoria 2, powyżej 19 lat	15 826,76	83 802,67
	HB33D	Średnie zabiegi na stopie, nieurazowe, kategoria 1, powyżej 19 r.ż., z chorobami współistniejącymi	20 973,50	111 054,66
	HB33E	Średnie zabiegi na stopie, nieurazowe, kategoria 1, powyżej 19 r.ż., bez chorób współistniejących	10 944,77	57 952,53

¹¹ Opracowanie wykonano z wykorzystaniem grupera świadczeń, opierając się na ogólnokrajowych taryfach na lata 2016/17 (*NHS National Tariff Payment System 2016/17*) - <https://www.gov.uk/government/publications/nhs-national-tariff-payment-system-201617> (https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/509698/Annex_A_national_prices_and_national_tariff_workbook.xlsx), data dostępu: 16.09.2016 r.

<p>miął stanowić wsparcie dla poszczególnych oddziałów terytorialnych NHS w zakresie rozliczania świadczeń dla pacjentów zamieszkających na terenie jednego oddziału a leczonych na terytorium innego (ang. <i>Cross Boundary Flow Activity</i>).</p> <p><i>Scottish National Tariff</i> w wersji ostatecznej jest listą standardowych średnich cen świadczeń. Przy jej opracowywaniu korzystano z danych pochodzących ze szkockiej <i>Cost Book</i>, zbierającej dane kosztowe NHS Scotland dla pacjentów hospitalizowanych w podziale na tryb hospitalizacji oraz określone specjalizacje, w ramach których realizowane były świadczenia (np. chirurgia serca czy dermatologia) w danym roku. W ramach <i>Cost Book</i> jednak koszty za leczony przypadek w ramach danej specjalizacji podane są w wartościach uśrednionych, uwzględniających przypadki o wszystkich stopniach ciężkości, podczas gdy realne koszty hospitalizacji pacjenta będą różniły się w zależności od stopnia ciężkości przypadku oraz dedykowanych mu procedur medycznych, stąd niemożliwym było bezpośrednio wykorzystanie danych z <i>Cost Book</i> do rozliczania szczegółowych procedur między regionalnymi oddziałami NHS. W tym celu <i>Scottish National Tariff</i> wykorzystuje system wzorowany na angielskich <i>Healthcare Resource Group</i>. Stopień szczegółowości poszczególnych grup w SNT nie jest jednak tak duży jak w przypadku angielskich HRG, na których się wzorowano. W przypadku bardziej szczegółowego poziomu klasyfikacji oraz rozliczeń zakłada się, że różnica w wykorzystaniu zasobów dla dwóch</p>	HB34D	Małe zabiegi na stopie, nieurazowe, kategoria 2, powyżej 19 r.ż., z chorobami współistniejącymi	17388,78	92073,59
	HB34E	Małe zabiegi na stopie, nieurazowe, kategoria 2, powyżej 19 r.ż., bez chorób współistniejących	9403,92	49793,76
	HB35B	Małe zabiegi na stopie, nieurazowe, kategoria 1 z chorobami współistniejącymi	10987,13	58176,83
	HB35C	Małe zabiegi na stopie, nieurazowe, kategoria 1 bez chorób współistniejących	7746,59	41018,17
	HB51Z	Duże zabiegi dłoni, nieurazowe, kategoria 2	13179,26	69784,16
	HB52B	Duże zabiegi dłoni, nieurazowe, kategoria 1 z chorobami współistniejącymi	21116,46	111811,66
	HB52C	Duże zabiegi dłoni, nieurazowe, kategoria 1 bez chorób współistniejących	15058,98	79737,30
	HB53Z	Średnie zabiegi dłoni, nieurazowe, kategoria 2	11479,56	60784,27
	HB54B	Średnie zabiegi dłoni, nieurazowe, kategoria 1 z chorobami współistniejącymi	17097,56	90531,55
	HB54C	Średnie zabiegi dłoni, nieurazowe, kategoria 1 bez chorób współistniejących	9906,95	52457,27
	HB55B	Małe zabiegi dłoni, nieurazowe, kategoria 2 z chorobami współistniejącymi	9213,30	48784,42
	HB55C	Małe zabiegi dłoni, nieurazowe, kategoria 2 bez chorób współistniejących	6904,68	36560,28
	HB56B	Małe zabiegi dłoni, nieurazowe, kategoria 1 z chorobami współistniejącymi	22964,42	121596,58
	HB56C	Małe zabiegi dłoni, nieurazowe, kategoria 1 bez chorób współistniejących	4405,44	23326,80
	HB61B	Duże zabiegi ramienia, nieurazowe, z chorobami współistniejącymi	24092,25	127568,46
	HB61C	Duże zabiegi ramienia, nieurazowe, bez chorób współistniejących	16027,97	84868,07
	HB62B	Średnie zabiegi ramienia, nieurazowe, z chorobami współistniejącymi	16234,47	85961,52
	HB62C	Średnie zabiegi ramienia, nieurazowe, bez chorób współistniejących	10219,35	54111,46
	HB63Z	Małe zabiegi ramienia, nieurazowe,	10574,12	55989,94
	HB71B	Duże zabiegi łokcia i przedramienia, nieurazowe, z chorobami współistniejącymi	29948,52	158577,41
	HB71C	Duże zabiegi łokcia i przedramienia, nieurazowe, bez chorób współistniejących	18400,13	97428,66
	HB72Z	Średnie zabiegi łokcia i przedramienia, nieurazowe	10939,47	57924,49
	HB73Z	Małe zabiegi łokcia i przedramienia, nieurazowe	8869,13	46962,02

<p>procedur pomiędzy Szkocją a Anglią jest analogiczna (np. jeśli wymiana stawu biodrowego kosztuje 4 razy więcej niż artroskopia w Anglii to zakłada się, że analogiczna sytuacja będzie miała miejsce w Szkocji).</p> <p>Taryfy świadczeń po raz ostatni były w pełni przeliczane w latach 2011/2012. W kolejnych latach były określane z wykorzystaniem już obliczonych kosztów HRG poprzez podniesienie ich o 1%. Ostatnia opublikowana lista taryf dotyczy lat 2013/2014. Podane wartości taryf dotyczą regionalnego przepływu pacjentów leczonych w trybie hospitalizacji oraz przypadków hospitalizacji jednodniowej.</p> <p><i>Scottish National Tariff</i> bazuje na koszcie pacjenta hospitalizowanego w ramach jednej specjalizacji („<i>spells of care within the same speciality</i>”) w zależności od trybu przyjęcia pacjenta – hospitalizacja w trybie planowym i nagłym. Koszt podany jest dla pojedynczej hospitalizacji, która dotyczyć może jednego lub kilku epizodów danego zdarzenia (np. w przypadku hospitalizacji z powodu zawału mięśnia sercowego, pacjent pierwotnie przyjęty do szpitala z tym rozpoznaniem może w trakcie tej samej hospitalizacji mieć więcej niż jeden epizod).</p> <p>Podany w <i>Scottish National Tariff</i> koszt grupy dotyczy całkowitego pobytu pacjenta w ramach jednej specjalizacji, w przeciwieństwie do taryf angielskich nie są podane koszty za dodatkowe dni hospitalizacji powyżej przewidzianego maksymalnego czasu hospitalizacji (tzw. trim-point). Taryfy SNT nie uwzględniają możliwości redukcji</p>	<p>* według aktualnego kursu waluty 1 GBP= 5,0056 (kurs NBP z dn. 13.04.2017 r.)</p> <p>W poniższej tabeli przedstawiono taryfę dla świadczeń z stanowiących odpowiedniki polskiej grupy H81–84 w Anglii.</p> <table> <tr> <th>Kod HRG</th><th>Nazwa świadczenia</th><th>Taryfa zabiegów ambulatoryjnych (PLN)*</th><th>Koszt przyjęcia planowego (PLN)*</th><th>Osobodzeń (przyjęcie planowe) (PLN)*</th><th>Standardowa taryfa przyjęć planowych (PLN)*</th><th>Standardowy czas pobytu w przyjęciu planowym (dni)</th><th>Taryfa przyjęć nieplanowych (PLN)*</th><th>Standardowy czas pobytu w przyjęciu nieplanowym (dni)</th></tr> <tr> <td>HB11A</td><td>Duże zabiegi na biodrze, nieurazowe, kategoria 2, z poważnymi chorobami współistniejącymi</td><td>-</td><td>43943,2</td><td>-</td><td>-</td><td>68</td><td>232,68</td><td>68</td></tr> <tr> <td>HB11B</td><td>Duże zabiegi na biodrze, nieurazowe, kategoria 2, z umiarkowanymi chorobami współistniejącymi</td><td>-</td><td>31457,6</td><td>-</td><td>-</td><td>15</td><td>166,57</td><td>15</td></tr> <tr> <td>HB11C</td><td>Duże zabiegi na biodrze, nieurazowe, kategoria 2, bez chorób współistniejących</td><td>-</td><td>29916,8</td><td>-</td><td>-</td><td>10</td><td>158,41</td><td>10</td></tr> <tr> <td>HB12A</td><td>Duże zabiegi na biodrze, nieurazowe, kategoria 1, z poważnymi chorobami współistniejącymi</td><td>-</td><td>37128,5</td><td>-</td><td>-</td><td>31</td><td>196,6</td><td>31</td></tr> </table>								Kod HRG	Nazwa świadczenia	Taryfa zabiegów ambulatoryjnych (PLN)*	Koszt przyjęcia planowego (PLN)*	Osobodzeń (przyjęcie planowe) (PLN)*	Standardowa taryfa przyjęć planowych (PLN)*	Standardowy czas pobytu w przyjęciu planowym (dni)	Taryfa przyjęć nieplanowych (PLN)*	Standardowy czas pobytu w przyjęciu nieplanowym (dni)	HB11A	Duże zabiegi na biodrze, nieurazowe, kategoria 2, z poważnymi chorobami współistniejącymi	-	43943,2	-	-	68	232,68	68	HB11B	Duże zabiegi na biodrze, nieurazowe, kategoria 2, z umiarkowanymi chorobami współistniejącymi	-	31457,6	-	-	15	166,57	15	HB11C	Duże zabiegi na biodrze, nieurazowe, kategoria 2, bez chorób współistniejących	-	29916,8	-	-	10	158,41	10	HB12A	Duże zabiegi na biodrze, nieurazowe, kategoria 1, z poważnymi chorobami współistniejącymi	-	37128,5	-	-	31	196,6	31
Kod HRG	Nazwa świadczenia	Taryfa zabiegów ambulatoryjnych (PLN)*	Koszt przyjęcia planowego (PLN)*	Osobodzeń (przyjęcie planowe) (PLN)*	Standardowa taryfa przyjęć planowych (PLN)*	Standardowy czas pobytu w przyjęciu planowym (dni)	Taryfa przyjęć nieplanowych (PLN)*	Standardowy czas pobytu w przyjęciu nieplanowym (dni)																																													
HB11A	Duże zabiegi na biodrze, nieurazowe, kategoria 2, z poważnymi chorobami współistniejącymi	-	43943,2	-	-	68	232,68	68																																													
HB11B	Duże zabiegi na biodrze, nieurazowe, kategoria 2, z umiarkowanymi chorobami współistniejącymi	-	31457,6	-	-	15	166,57	15																																													
HB11C	Duże zabiegi na biodrze, nieurazowe, kategoria 2, bez chorób współistniejących	-	29916,8	-	-	10	158,41	10																																													
HB12A	Duże zabiegi na biodrze, nieurazowe, kategoria 1, z poważnymi chorobami współistniejącymi	-	37128,5	-	-	31	196,6	31																																													

<p>kosztów z powodu hospitalizacji jednodniowej („<i>short-stay emergency admissions</i>”) ani podwyższenia kosztu grupy dla świadczeń pediatrycznych/specjalistycznych.</p> <p>Podczas kalkulacji ostatniej wersji <i>Scottish National Tariff</i> następujące kategorie i koszty nie zostały uwzględnione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - aktywność oraz koszty <i>Golden Jubilee National Hospital</i>, - aktywność oraz koszty świadczeń finansowanych przez <i>National Services Division</i>, - wszczepienie rozrusznika serca, - koszty jednodniowych pobytów przed diagnozą na oddziałach ortopedycznych oraz otolaryngologicznych w regionie <i>Fife</i>, - pacjentów leczonych na oddziałach innych niż NHS, - pacjentów płacących za świadczenia we własnym zakresie. <p>Regulator podaje, że podana lista taryf powinna być traktowana jedynie jako wytyczna do rozliczania świadczeń między poszczególnymi jednostkami NHS. Ze szczególną ostrożnością powinny być traktowane koszty procedur przeprowadzanych rzadko, które ze względu na częstość ich przeprowadzania mogą być niedoszacowane lub przeszacowane.</p>	HB12B	Duże zabiegi na biodrze, nieurazowe, kategoria 1, z umiarkowanymi chorobami współistniejącymi	-	30552,2	-	-	14	161,77	14
	HB12C	Duże zabiegi na biodrze, nieurazowe, kategoria 1, bez chorób współistniejących	-	26745	-	-	9	141,62	9
	HB13Z	Średnie zabiegi na biodrze, nieurazowe, kategoria 2	-	23223,9	-	-	16	122,97	16
	HB14B	Średnie zabiegi na biodrze, nieurazowe, kategoria 1, z chorobami współistniejącymi	-	15689,1	-	-	35	83,074	35
	HB14C	Średnie zabiegi na biodrze, nieurazowe, kategoria 1, bez chorób współistniejących	-	9610,43	-	-	6	50,887	6
	HB15D	Małe zabiegi na biodrze, nieurazowe, kategoria 2, powyżej 19 r.ż., z chorobami współistniejącymi	-	7677,75	-	-	40	40,654	40
	HB15E	Małe zabiegi na biodrze, nieurazowe, kategoria 2, powyżej 19 r.ż., bez chorób współistniejących	-	6539,33	-	-	5	34,626	5

		HB16B	Małe zabiegi na biodrze, nieurazowe, kategoria 1, z chorobami współistniejącymi	-	5316,18	-	-	25	28,149	25
		HB16C	Małe zabiegi na biodrze, nieurazowe, kategoria 1, bez chorób współistniejących	-	4066,56	-	-	5	21532	5
		HB19Z	Drobne zabiegi na biodrze, nieurazowe, długość pobytu 1 dzień lub krócej	-	3394,1	-	-	5	17972	5
		HB21A	Duże zabiegi kolana, nieurazowe, kategoria 2, z poważnymi chorobami współistniejącymi	-	39040	-	-	24	206,72	24
		HB21B	Duże zabiegi kolana, nieurazowe, kategoria 2, z chorobami współistniejącymi	-	32442,5	-	-	11	171,78	11
		HB21C	Duże zabiegi kolana, nieurazowe, kategoria 2, bez chorób współistniejących	-	28905,4	-	-	9	153,05	9
		HB22B	Duże zabiegi kolana, nieurazowe, kategoria 1, z chorobami współistniejącymi	-	17229,9	-	-	42	91,232	42
		HB22C	Duże zabiegi kolana, nieurazowe,	-	12273,8	-	-	5	64,99	5

			kategoria 1, bez chorób współistniejących								
		HB23B	Średnie zabiegi kolana, nieurazowe, z chorobami współistniejącymi	-	11770,8	-	-	26	62,326	26	
		HB23C	Średnie zabiegi kolana, nieurazowe, bez chorób współistniejących	-	8472	-	-	5	44,859	5	
		HB24B	Małe zabiegi kolana, nieurazowe, kategoria 2, z chorobami współistniejącymi	-	8043,11	-	-	35	42,588	35	
		HB24C	Małe zabiegi kolana, nieurazowe, kategoria 2, bez chorób współistniejących	-	5596,82	-	-	5	29,635	5	
		HB25D	Małe zabiegi kolana, nieurazowe, kategoria 1, powyżej 19 r.ż., z poważnymi chorobami współistniejącymi	-	5231,46	-	-	42	27701	42	
		HB25E	Małe zabiegi kolana, nieurazowe, kategoria 1, powyżej 19 r.ż., z miarkowanie poważnymi chorobami współistniejącymi	-	4791,98	-	-	5	25374	5	
		HB25F	Małe zabiegi kolana, nieurazowe,	3505	4458,39	-	-	5	23607	5	

			kategoria 1, powyżej 19 r.ż., bez chorób współistniejących								
		HB29Z	Drobne zabiegi kolana, nieurazowe, długość pobytu 1 dzień lub krócej	9785	1847,96	-	-	5	9784,9	5	
		HB31Z	Duże zabiegi na stopie, nieurazowe	-	-	84,5	135	6	134,77	6	
		HB32A	Średnie zabiegi na stopie, nieurazowe, kategoria 2, powyżej 19 r.ż.	-	15111,9	-	-	5	80,018	5	
		HB33D	Średnie zabiegi na stopie, nieurazowe, kategoria 1, powyżej 19 r.ż., z chorobami współistniejącymi	-	12882,7	-	-	20	68,214	20	
		HB33E	Średnie zabiegi na stopie, nieurazowe, kategoria 1, powyżej 19 r.ż., bez chorób współistniejących	-	8646,74	-	-	5	45,784	5	
		HB34D	Małe zabiegi na stopie, nieurazowe, kategoria 2, powyżej 19 r.ż., z chorobami współistniejącymi	-	9509,82	-	-	17	50,354	17	
		HB34E	Małe zabiegi na stopie, nieurazowe, kategoria 2, powyżej 19 r.ż., bez chorób współistniejących	-	6131,61	-	-	5	32,467	5	

		HB35B	Małe zabiegi na stopie, nieurazowe, kategoria 1, z chorobami współlistniejącymi	-	6248,1	-	-	28	33,084	28
		HB35C	Małe zabiegi na stopie, nieurazowe, kategoria 1, bez chorób współlistniejących	7065	4214,82	-	-	5	22317	5
		HB39Z	Drobne zabiegi na stopie, nieurazowe, długość pobytu 1 dzień lub krócej	6252	3489,41	-	-	5	18476	5
		HB51Z	Duże zabiegi dłoni, nieurazowe, kategoria 2	-	24627	-	-	5	130,4	5
		HB52B	Duże zabiegi dłoni, nieurazowe, kategoria 1, z chorobami współlistniejącymi	-	21550,7	-	-	11	114,11	11
		HB52C	Duże zabiegi dłoni, nieurazowe, kategoria 1, bez chorób współlistniejących	-	17748,8	-	-	5	93,98	5
		HB53Z	Średnie zabiegi dłoni, nieurazowe, kategoria 2	-	12559,7	-	-	5	66,504	5
		HB54B	Średnie zabiegi dłoni, nieurazowe, kategoria 1, z chorobami współlistniejącymi	-	7354,76	-	-	14	38,943	14
		HB54C	Średnie zabiegi dłoni, nieurazowe, kategoria 1, bez chorób współlistniejących	-	5734,49	-	-	5	30,364	5

		HB55B	Małe zabiegi dłoni, nieurazowe, kategoria 2, z chorobami współistniejącymi	-	4617,24	-	-	5	24448	5
		HB55C	Małe zabiegi dłoni, nieurazowe, kategoria 2, bez chorób współistniejących	-	4236	-	-	5	22430	5
		HB56B	Małe zabiegi dłoni, nieurazowe, kategoria 1, z chorobami współistniejącymi	-	3770,04	-	-	15	19962	15
		HB56C	Małe zabiegi dłoni, nieurazowe, kategoria 1, bez chorób współistniejących	6252	3690,62	-	-	5	19542	5
		HB59Z	Drobne zabiegi dłoni, nieurazowe, długość pobytu 1 dzień lub krócej	-	2891,07	-	-	5	15308	5
		HB61B	Duże zabiegi ramienia, nieurazowe, z chorobami współistniejącymi	-	28127	-	-	13	148,93	13
		HB61C	Duże zabiegi ramienia, nieurazowe, bez chorób współistniejących	-	-	99,3	139	5	138,78	5
		HB62B	Średnie zabiegi ramienia, nieurazowe, z chorobami współistniejącymi	-	16065	-	-	16	85,064	16
		HB62C	Średnie zabiegi ramienia, nieurazowe, bez	-	13142,2	-	-	5	69,588	5

			chorób współistniejących											
		HB63Z	Małe zabiegi ramienia, nieurazowe	-	5268,53	-	-	5	27897	5				
		HB69Z	Drobne zabiegi ramienia, nieurazowe, długość pobytu 1 dzień lub krócej	7766	1466,72	-	-	5	7766,3	5				
		HB71B	Duże zabiegi łokcia i przedramienia, nieurazowe, z chorobami współistniejącymi	-	27444	-	-	18	145,32	18				
		HB71C	Duże zabiegi łokcia i przedramienia, nieurazowe, bez chorób współistniejących	-	-	73,3	137	5	136,51	5				
		HB72Z	Średnie zabiegi łokcia i przedramienia, nieurazowe	-	12395,6	-	-	5	65,635	5				
		HB73Z	Małe zabiegi łokcia i przedramienia, nieurazowe	-	5739,78	-	-	5	30,392	5				
		HB79Z	Małe zabiegi łokcia i przedramienia, nieurazowe, długość pobytu 1 dzień lub krócej	7374	1392,59	-	-	5	7373,7	5				
* według aktualnego kursu waluty 1 GBP= 5,0056 (kurs NBP z dn. 13.04.2017 r.)														
<table><tr><th colspan="2">Australia</th></tr><tr><td>Waluta</td><td>AUD</td></tr></table>		Australia		Waluta	AUD	Świadczenia realizowane w ramach hospitalizacji rozliczane są w ramach systemu finansowania opartego na grupach DRG – zwanych w tym kraju grupami DRG v8.0 (każda grupa ma	W poniższej tabeli przedstawiono taryfę dla świadczeń z stanowiących odpowiedniki polskiej grupy H81–84.							
Australia														
Waluta	AUD													

Kurs PLN	3,0767	przypisaną odpowiednią wagę, którą należy przemnożyć przez wycenę wagi; aktualna wartość jednego punktu wynosi 4 883,00 \$AU). System australijski opiera się na: klasyfikacji ICD-10, ACHI (australijskiej klasyfikacji interwencji) oraz ASC (australijskim standardzie kodowania) (ACCD 2016). Przy opracowaniu niniejszego zestawienia wykorzystano z kalkulatorów: NWA U calculator for acute activity 2016–17. Ograniczenie poniższej analizy stanowi brak ogólnodostępnych informacji dotyczących procedur medycznych wykonywanych w ramach poszczególnych grup DRG.
PKB per capita (USD)	51 659,6	
PKB per capita PPP (dolar międzynar.)	47 017	
CPL	125	
CPL/CPL PL	2,358	

Kod grupy	Nazwa grupy PL	Liczba dni hosp.		Waga punktu			Wycena (\$AUD]	Wycena([PLN]) *
		Dolna granica	Górna granica	Hospitalizacja krótsza – redukcja/ dzień	Bazowa	Hospitalizacja dłuższa – zwiększenie/dzień		
I12A	Inne procedury mięśniowo-szkieletowe w przypadku zakażenia/zapalenia kości/stawów, wysoka złożoność	16	37	0,4384	7,7101	0,2048	7676	23616,75
I12B	Inne procedury mięśniowo-szkieletowe w przypadku zakażenia/zapalenia kości/stawów, umiarkowana złożoność	3	36	1,0424	3,652	0,1781	12743	39206,39
I12C	Inne procedury mięśniowo-szkieletowe w przypadku zakażenia/zapalenia kości/stawów, niewielka złożoność	1	13	-	1,4329	0,2032	6997	21527,67
I64A	Zapalenie szpiku kostnego, wysoka złożoność	6	55	0,7291	4,3749	0,1665	7120	21906,1

		I64B	Zapalenie szpiku kostnego, niewielka złożoność	3	32	0,7601	2,2803	0,1126	7423	22838,34
		I76A	Inne schorzenia mięśniowo-szkieletowe, wysoka złożoność	4	41	0,8329	3,3318	0,1836	8134	25025,88
		I76B	Inne schorzenia mięśniowo-szkieletowe, umiarkowana złożoność	1	17	-	1,2972	0,1967	6334	19487,82
		I76C	Inne schorzenia mięśniowo-szkieletowe, niewielka złożoność	1	7	-	0,52	0,2204	2539	7811,741
		I27A	Procedury tkanki miękkiej, wysoka złożoność	3	34	1,2434	4,3103	0,2439	14976	46076,66
		I27B	Procedury tkanki miękkiej, niewielka złożoność	1	7	-	1,2223	0,2654	5968	18361,75

		I72A	Specyficzne schorzenia układu mięśniowo-szkieletowego, wysoka złożoność	2	27	1,0654	2,1309	0,2147	10405	32013,06						
		I72B	Specyficzne schorzenia układu mięśniowo-szkieletowego, niewielka złożoność	1	9	-	0,6545	0,1947	3196	9833,133						
		I76A	Inne schorzenia mięśniowo-szkieletowe, wysoka złożoność	4	41	0,8329	3,3318	0,1836	8134	25025,88						
		I76B	Inne schorzenia mięśniowo-szkieletowe, umiarkowana złożoność	1	17	-	1,2972	0,1967	6334	19487,82						
		I76C	Inne schorzenia mięśniowo-szkieletowe, niewielka złożoność	1	7	-	0,52	0,2204	2539	7811,741						
		* według aktualnego kursu waluty 1 AUD= 3,0767 (kurs NBP z dn. 22.11.2016 r.)														
<table><tr><td colspan="2">Chorwacja</td></tr><tr><td>Waluta</td><td>HRK</td></tr><tr><td>Kurs PLN</td><td>0,5891</td></tr></table>	Chorwacja		Waluta	HRK	Kurs PLN	0,5891	W Chorwacji zabiegi ortopedyczne (realizowane w ramach hospitalizacji) są rozliczane w ramach systemu finansowania opartego na grupach AR-DRG. Do ustalenia jaką grupą zostanie rozliczona hospitalizacja wymagana jest informacja nie tylko o rozpoznaniach i przeprowadzonych									
Chorwacja																
Waluta	HRK															
Kurs PLN	0,5891															
W poniższej tabeli przedstawiono taryfę dla świadczeń z stanowiących odpowiedniki polskiej grupy H81-H84.																
Kod DTS	Nazwa DTS	Współczynnik	Cena*/**	Dzień "Trim dan"	Cena (PLN)#											

PKB per capita (USD)	brak danych	<p>procedurach ale także o chorobach współistniejących i powikłaniach.</p> <p>W ramach publicznego systemu pacjenci są zobowiązani do pokrycia 25% wartości świadczeń udzielanych w ramach hospitalizacji oraz 40% wartości świadczeń udzielanych ambulatoryjnie.</p> <p>Plik z informacjami jakie procedury medyczne i rozpoznania należą do danej grupy rozliczeniowej nie jest ogólnodostępny. Przyporządkowanie polskich grup JGP do odpowiadających im chorwackich grup DRG odbyło się na podstawie nazw grup.</p> <p>Ceny świadczeń ustalanych przez Hrvatski Zavod za Zdravstvo Osiguranje nie obejmują kosztów utrzymania infrastruktury i nakładów inwestycyjnych.</p>	F11A	Amputacja z powodu zaburzeń układu krwionośnego, oprócz kończyny górnej i palca nogi, z bardzo ciężkimi chorobami współistniejącymi	4,44	83 250,00	49	49042,57
PKB per capita PPP (dolar międzynar.)	brak danych		F11B	Amputacja z powodu zaburzeń układu krwionośnego, oprócz kończyny górnej i palca nogi, bez bardzo ciężkich chorób współistniejących	2,2	41 250,00	39	24300,37
CPL	brak danych		F13Z	Amputacja kończyny górnej i palca nogi z powodu zaburzeń układu krwionośnego	1,72	32 250,00	31	18998,47
CPL/CPL PL	brak danych		I12A	Infekcja/zapalenie kości i stawów z różnymi zabiegami na układzie mięśniowym i tkance łącznej z bardzo ciężkimi chorobami współistniejącymi	3,58	67 125,00	30	39543,34
			I12B	Infekcja/zapalenie kości i stawów z różnymi zabiegami na układzie mięśniowym i tkance łącznej z ciężkimi chorobami współistniejącymi	2,11	39 562,50	43	23306,27
			I12C	Infekcja/zapalenie kości i stawów z różnymi zabiegami na układzie mięśniowym i tkance łącznej bez bardzo ciężkich lub ciężkich	1,15	21 562,50	36	12702,47

			chorób współistniejących				
		I02A	Mikronaczyniowe przeniesienie tkanek lub transplantatu skóry, włączając w to rękę (manus), z bardzo ciężkimi lub ciężkimi chorobami współistniejącymi ¹	7,76	145 500,00	91	85714,05
		I02B	Transplantat skóry, włączając w to rękę (manus). bez bardzo ciężkich lub ciężkich chorób współistniejących	2,49	46 687,50	30	27503,61
		I27A	Zabiegi na tkance miękkiej z bardzo ciężkimi lub ciężkimi chorobami współistniejącymi	1,29	24 187,50	24	14248,86
		I27B	Zabiegi na tkance miękkiej bez bardzo ciężkich lub ciężkich chorób współistniejących	0,54	10 125,00	14	5964,64
		I28A	Pozostałe zabiegi na tkance łącznej z chorobami współistniejącymi	1,72	32 250,00	32	18998,47
		I28B	Pozostałe zabiegi na tkance łącznej bez chorób współistniejących	0,72	13 500,00	14	7952,85
		I65A	Choroba nowotworowa tkanki łącznej, włączając złamanie patologiczne, z bardzo ciężkimi lub ciężkimi chorobami współistniejącymi	4,28	80 250,00	33	47275,27

		I65B	Choroba nowotworowa tkanki łącznej, włączając złamanie patologiczne, bez bardzo ciężkich lub ciężkich chorób współistniejących	2,42	45 375,00	18	26730,41																																													
		I66A	Zapalne zaburzenia mięśniowo-szkieletowe z bardzo ciężkimi lub ciężkimi chorobami współistniejącymi	1,75	32 812,50	38	19329,84																																													
		I66B	Zapalne zaburzenia mięśniowo-szkieletowe bez bardzo ciężkich lub ciężkich CC	0,7	13 125,00	27	7731,94																																													
		<i>* Cenę wyliczoną na podstawie wartości współczynnika dla grup diagnostyczno-leczniczych z kolumny 4, którą Zakład płaci za szpitalną opiekę zdrowotną osób ubezpieczonych w Zakładzie, pomniejsza się o 60%.</i> <i>** Jeśli sposobem wypisu ze szpitala jest przemieszczenie do innego szpitala ostrych przypadków o wyższej kategorii, wówczas współczynnik pomniejsza się o 50%.</i> <i># według aktualnego kursu waluty 1 HRK= 0,5891 (kurs NBP z dn. 9.12.2016 r.)</i>																																																		
<table><tr><th colspan="2">Francja</th></tr><tr><td>Waluta</td><td>EUR</td></tr><tr><td>Kurs PLN</td><td>4,4022</td></tr><tr><td>PKB per capita (USD)</td><td>36 372,9</td></tr><tr><td>PKB per capita PPP (USD)</td><td>41 005</td></tr><tr><td>CPL</td><td>102</td></tr></table>		Francja		Waluta	EUR	Kurs PLN	4,4022	PKB per capita (USD)	36 372,9	PKB per capita PPP (USD)	41 005	CPL	102	<p>Leczenie ortopedyczne finansowane jest w oparciu o francuski system jednorodnych grup pacjentów – GHM (Groupes Homogène de Malades).</p> <p>Pierwsza wersja GHM została wdrożona w szpitalach publicznych w latach 1990-1993. GHM był implementowany we Francji przez wiele lat stopniowo zwiększając swój zakres zastosowania. Ważną zmianą wprowadzoną w 2009 roku ramach wersji 11 GHM był podział podstawowych GHM na cztery poziomy z uwagi na ciężkość stanu pacjenta. Poziomy te są definiowane w oparciu o długość pobytu</p>																																						
Francja																																																				
Waluta	EUR																																																			
Kurs PLN	4,4022																																																			
PKB per capita (USD)	36 372,9																																																			
PKB per capita PPP (USD)	41 005																																																			
CPL	102																																																			
		<p>W poniższej tabeli przedstawiono wartość grup stanowiących odpowiednik polskich grup H81-H84.</p> <table><tr><th>Kod GHS/GHM</th><th>Kod ghm v2016</th><th>Nazwa</th><th>Taryfa 2016 (EUR)</th><th>Taryfa 2016 (PLN*)</th></tr><tr><td>275108C061</td><td>08C061</td><td>Amputacje w leczeniu układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej, poziom 1</td><td>5243,16</td><td>23081,44</td></tr><tr><td>275208C062</td><td>08C062</td><td>Amputacje w leczeniu układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej, poziom 2</td><td>9598,01</td><td>42252,36</td></tr><tr><td>275308C063</td><td>08C063</td><td>Amputacje w leczeniu układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej, poziom 3</td><td>14033,04</td><td>61776,25</td></tr><tr><td>275408C064</td><td>08C064</td><td>Amputacje w leczeniu układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej, poziom 4</td><td>24602,73</td><td>108306,14</td></tr><tr><td>295208C621</td><td>08C621</td><td>Inne zabiegi w infekcjach kostno-stawowych, poziom 1*</td><td>2235,56</td><td>9841,37</td></tr><tr><td>295308C622</td><td>08C622</td><td>Inne zabiegi w infekcjach kostno-stawowych, poziom 2*</td><td>4760,74</td><td>20957,72</td></tr><tr><td>295408C623</td><td>08C623</td><td>Inne zabiegi w infekcjach kostno-stawowych, poziom 3*</td><td>7769,29</td><td>34201,96</td></tr><tr><td>287608C461</td><td>08C461</td><td>Inne zabiegi w obrębie tkanek miękkich, poziom 1</td><td>1089,74</td><td>4797,25</td></tr></table>						Kod GHS/GHM	Kod ghm v2016	Nazwa	Taryfa 2016 (EUR)	Taryfa 2016 (PLN*)	275108C061	08C061	Amputacje w leczeniu układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej, poziom 1	5243,16	23081,44	275208C062	08C062	Amputacje w leczeniu układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej, poziom 2	9598,01	42252,36	275308C063	08C063	Amputacje w leczeniu układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej, poziom 3	14033,04	61776,25	275408C064	08C064	Amputacje w leczeniu układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej, poziom 4	24602,73	108306,14	295208C621	08C621	Inne zabiegi w infekcjach kostno-stawowych, poziom 1*	2235,56	9841,37	295308C622	08C622	Inne zabiegi w infekcjach kostno-stawowych, poziom 2*	4760,74	20957,72	295408C623	08C623	Inne zabiegi w infekcjach kostno-stawowych, poziom 3*	7769,29	34201,96	287608C461	08C461	Inne zabiegi w obrębie tkanek miękkich, poziom 1	1089,74	4797,25
Kod GHS/GHM	Kod ghm v2016	Nazwa	Taryfa 2016 (EUR)	Taryfa 2016 (PLN*)																																																
275108C061	08C061	Amputacje w leczeniu układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej, poziom 1	5243,16	23081,44																																																
275208C062	08C062	Amputacje w leczeniu układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej, poziom 2	9598,01	42252,36																																																
275308C063	08C063	Amputacje w leczeniu układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej, poziom 3	14033,04	61776,25																																																
275408C064	08C064	Amputacje w leczeniu układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej, poziom 4	24602,73	108306,14																																																
295208C621	08C621	Inne zabiegi w infekcjach kostno-stawowych, poziom 1*	2235,56	9841,37																																																
295308C622	08C622	Inne zabiegi w infekcjach kostno-stawowych, poziom 2*	4760,74	20957,72																																																
295408C623	08C623	Inne zabiegi w infekcjach kostno-stawowych, poziom 3*	7769,29	34201,96																																																
287608C461	08C461	Inne zabiegi w obrębie tkanek miękkich, poziom 1	1089,74	4797,25																																																

CPL/CPL PL	1,92	w szpitalu, wiek pacjenta i rozpoznania drugorzędne dotyczące powikłań i schorzeń współistniejących (CC). Zostały stworzone listy rozpoznań drugorzędnych, które opisują poziom ich złożoności (poziomy od 2 do 4) i określają warunki stanowiące podstawę do wykluczenia (Busse, Geissler i Quentin, 2011, str. 260). W 2016 roku w systemie francuskim używanych było 2187 grup. Płatności na rzecz szpitali koryguje się o przypadki nietypowe. W odniesieniu do każdej grupy DRG jest obliczony górny i dolny próg, co umożliwia wykrycie przypadków o wyjątkowo długim bądź krótkim czasie pobytu w szpitalu. Standardowe stawki taryfowe GHM mają zastosowanie w odniesieniu do hospitalizacji, w przypadku których długość pobytu mieści się między wspomnianymi wartościami granicznymi (wartości typowe). W sytuacji gdy hospitalizacja trwa wyjątkowo długo, szpital uzyskuje dodatkowe środki za każdy dzień pobytu pacjenta powyżej górnego progu długości pobytu, przy czym wartości dopłat jest inna dla każdej GHM (stawki taryfowe EXH). Podobnie, jeżeli pacjent zostaje wypisany wcześniej niż przewiduje dolny próg długości pobytu, opłatę DRG redukuje się o wysokość odliczeń dokonywanych w oparciu o osobodni (stawki taryfowe EXB). Dolny próg jest używany w celu zniechęcania świadczeniodawców do	287708C462	08C462	Inne zabiegi w obrębie tkanek miękkich, poziom 2	4007,29	17640,89
			287808C463	08C463	Inne zabiegi w obrębie tkanek miękkich, poziom 3	6863,29	30213,58
			287908C464	08C464	Inne zabiegi w obrębie tkanek miękkich, poziom 4	12359,93	54410,88
			294808C611	08C611	Większe zabiegi w infekcjach kostno-stawowych, poziom 1*	6346,84	27940,04
			294908C612	08C612	Większe zabiegi w infekcjach kostno-stawowych, poziom 2*	9513,30	41879,46
			295008C613	08C613	Większe zabiegi w infekcjach kostno-stawowych, poziom 3*	12406,85	54617,42
			295108C614	08C614	Większe zabiegi w infekcjach kostno-stawowych, poziom 4*	17628,48	77604,07
			285608C421	08C421	Zabiegi nie małe w obrębie tkanek miękkich, poziom 1	1866,92	8218,56
			285708C422	08C422	Zabiegi nie małe w obrębie tkanek miękkich, poziom 2	3809,26	16769,12
			285808C423	08C423	Zabiegi nie małe w obrębie tkanek miękkich, poziom 3	5631,29	24790,06
			279908C291	08C291	Zabiegi w obrębie guzów złośliwych tkanek miękkich, poziom 1	2378,28	10469,66
			280008C292	08C292	Zabiegi w obrębie guzów złośliwych tkanek miękkich, poziom 2	8049,25	35434,41
			280108C293	08C293	Zabiegi w obrębie guzów złośliwych tkanek miękkich, poziom 3	11797,87	51936,58

*według aktualnego kursu waluty 1 EUR= 4,4089 (kurs NBP z dn. 27.12.2016 r.)

	wcześniejszego wypisywania pacjentów, niż jest to wskazane ze względów medycznych (Busse, Geissler i Quentin, 2011, str. 265).																			
<table><tr><th colspan="2">Grecja</th></tr><tr><td>Waluta</td><td>EUR</td></tr><tr><td>Kurs PLN</td><td>4,4199</td></tr><tr><td>PKB per capita (USD)</td><td>17 946,2</td></tr><tr><td>PKB per capita PPP (USD)</td><td>26 680</td></tr><tr><td>CPL</td><td>75</td></tr><tr><td>CPL/CPL PL</td><td>1,415</td></tr></table>	Grecja		Waluta	EUR	Kurs PLN	4,4199	PKB per capita (USD)	17 946,2	PKB per capita PPP (USD)	26 680	CPL	75	CPL/CPL PL	1,415	<p>Przed 2011 metody płatności opierały się głównie na retrospektywnym zwrocie kosztów świadczonych usług. Brak realnych zachęt dla szpitali, opóźnienia w zwrocie przez fundusz ubezpieczeń społecznych, a także niskie opłaty ustawowe w zakresie usług szpitalnych, w stosunku do rzeczywistych kosztów spowodowały w szpitalach publicznych powstanie deficytów. W 2011 roku opracowano nowy system płatności tzw. KEN-DRG opierający się na niemieckim systemie klasyfikacji. Nowy system płatności został wdrożony w bardzo krótkim czasie (jeden rok), i w efekcie wycena KEN-DRG nie opiera się na rzeczywistych kosztach i protokołach klinicznych, ale na połączeniu kosztorysów z wybranych szpitali publicznych oraz "importowanej" wagi kosztów. Ponadto, koszty wynagrodzenia osób zatrudnionych w szpitalach nie są wliczone w taryfę.</p>	W poniższej tabeli przedstawiono taryfę dla świadczeń z stanowiących odpowiedniki polskiej grup H81-H84.				
	Grecja																			
	Waluta	EUR																		
	Kurs PLN	4,4199																		
	PKB per capita (USD)	17 946,2																		
	PKB per capita PPP (USD)	26 680																		
	CPL	75																		
	CPL/CPL PL	1,415																		
KOD Stałych Greckich Kosztów Hospitalizacji (KEN)	Opis według Stałych Greckich Kosztów Hospitalizacji (KEN)	Średni czas hospitalizacji (MDN)	Koszt (EUR)	Cena (PLN)*																
M12Ma	Zakażenie / zapalenie kości i stawu z różnymi zabiegami układu szkieletowo-mięśniowego z bardzo poważnymi (układowymi) współistniejącymi schorzeniami-powikłaniami	24	4980	22011,1																
M12Mb	Zakażenie / zapalenie kości i stawu z różnymi zabiegami układu szkieletowo-mięśniowego z poważnymi lub średnio poważnymi współistniejącymi schorzeniami-powikłaniami	14	2993	13228,76																
M12X	Zakażenie / zapalenie kości i stawu z różnymi zabiegami układu szkieletowo-mięśniowego bez współistniejących schorzeń - powikłań	6	1514	6691,73																
M64M	Zapalenie kości i szpiku z bardzo poważnymi (układowymi) lub poważnymi współistniejącymi schorzeniami-powikłaniami	15	2427	10727,1																
M27M	Zabiegi struktur miękkich ze współistniejącymi schorzeniami - powikłaniami	8	1981	8755,82																
M76X	Inne schorzenia układu szkieletowo-mięśniowego bez bardzo poważnych (układowych) lub poważnych współistniejących schorzeń-powikłań	2	389	1719,34																
M64X	Zapalenie kości i szpiku bez bardzo poważnych (układowych) lub poważnych współistniejących schorzeń-powikłań	8	1068	4720,45																
M76M	Inne schorzenia układu szkieletowo-mięśniowego z poważnymi (układowymi) współistniejącymi schorzeniami-powikłaniami	7	1174	5188,96																
M27X	Zabiegi struktur miękkich bez współistniejących schorzeń - powikłań	2	820	3624,32																
M76M	Inne schorzenia układu szkieletowo-mięśniowego z poważnymi (układowymi) współistniejącymi schorzeniami-powikłaniami	7	1174	5188,96																
M72M	Specjalne schorzenia mięśni-ścięgien z bardzo poważnymi (układowymi) lub poważnymi współistniejącymi schorzeniami-powikłaniami	9	1528	6753,61																

		<table><tr><td>M72X</td><td>Specjalne schorzenia mięśni-sięgien bez bardzo poważnych (układowych) lub poważnych współistniejących schorzeń-powikłań</td><td>3</td><td>490</td><td>2165,75</td></tr><tr><td>M76X</td><td>Inne schorzenia układu szkieletowo-mięśniowego bez bardzo poważnych (układowych) lub poważnych współistniejących schorzeń-powikłań</td><td>2</td><td>389</td><td>1719,34</td></tr></table> <p><i>* według aktualnego kursu waluty 1 EUR= 4,4199 (kurs NBP z dn. 22.11.2016 r.)</i></p>	M72X	Specjalne schorzenia mięśni-sięgien bez bardzo poważnych (układowych) lub poważnych współistniejących schorzeń-powikłań	3	490	2165,75	M76X	Inne schorzenia układu szkieletowo-mięśniowego bez bardzo poważnych (układowych) lub poważnych współistniejących schorzeń-powikłań	2	389	1719,34																																																						
M72X	Specjalne schorzenia mięśni-sięgien bez bardzo poważnych (układowych) lub poważnych współistniejących schorzeń-powikłań	3	490	2165,75																																																														
M76X	Inne schorzenia układu szkieletowo-mięśniowego bez bardzo poważnych (układowych) lub poważnych współistniejących schorzeń-powikłań	2	389	1719,34																																																														
<table><tr><th colspan="2">Niemcy</th></tr><tr><td>Waluta</td><td>EUR</td></tr><tr><td>Kurs PLN</td><td>4,4022</td></tr><tr><td>PKB per capita (USD)</td><td>41 176,7</td></tr><tr><td>PKB per capita PPP (USD)</td><td>47 999</td></tr><tr><td>CPL</td><td>97</td></tr><tr><td>CPL/CPL PL</td><td>1,830</td></tr></table>	Niemcy		Waluta	EUR	Kurs PLN	4,4022	PKB per capita (USD)	41 176,7	PKB per capita PPP (USD)	47 999	CPL	97	CPL/CPL PL	1,830	<p>Świadczenia realizowane w szpitalach rozliczane są w systemie G-DRG, którego podstawą jest system australijski. Każda grupa ma przypisaną wagę w punktach, który należy przemnożyć przez koszt punktu. Aktualna średnia wartość jednego punktu wynosi ok. 3311,98 €. Grupy świadczeń w niemieckim systemie DRG uwzględniają kompleksowość zabiegów, obecność powikłań i chorób współistniejących. Prezentowane taryfy dotyczą grup bazowych.</p>	<p>W poniższej tabeli przedstawiono wartość grup stanowiących odpowiednik polskich grup H81-H84.</p> <table><tr><th>Kod grupy</th><th>Nazwa grupy</th><th>Waga</th><th>Taryfa (EUR)</th><th>Taryfa (PLN)*</th></tr><tr><td>I27A</td><td>Zabiegi na tkankach miękkich lub niewielkoobszarowa transplantacja tkanek z ustalonym rozpoznaniem i określoną interwencją, lub ze szczególnie ciężkimi powikłaniami lub chorobą nowotworową i ciężkimi powikłaniami i ustalonym rozpoznaniem oraz złożoną interwencją</td><td>4,19</td><td>13870,57</td><td>61061,03</td></tr><tr><td>I27B</td><td>Zabiegi na tkankach miękkich lub niewielkoobszarowa transplantacja tkanek bez ustalonego rozpoznania i określonej interwencji, lub ze szczególnie ciężkimi powikłaniami lub w chorobie nowotworowej i ciężkimi powikłaniami, bez ustalonego rozpoznania oraz złożonej interwencji</td><td>3,20</td><td>10611,58</td><td>46714,31</td></tr><tr><td>I27C</td><td>Zabiegi na tkankach miękkich lub niewielkoobszarowa transplantacja tkanek bez ustalonego rozpoznania i określonej interwencji, bez szczególnie ciężkich powikłań, z ciężkimi powikłaniami lub w chorobie nowotworowej lub z określonym zabiegiem na tkankach miękkich, więcej niż jeden dzień pobytu</td><td>1,57</td><td>5186,56</td><td>22832,28</td></tr><tr><td>I27D</td><td>Zabiegi na tkankach miękkich lub niewielkoobszarowa transplantacja tkanek bez ustalonego rozpoznania i określonej interwencji, bez szczególnie ciężkich powikłań, bez ciężkich powikłań, z wyjątkiem choroby nowotworowej, bez określonego zabiegu na tkankach miękkich lub jeden dzień pobytu</td><td>0,94</td><td>3109,95</td><td>13690,62</td></tr><tr><td>I28A</td><td>Złożone zabiegi na tkance łącznej</td><td>1,85</td><td>6127,16</td><td>26973,00</td></tr><tr><td>I28B</td><td>Umiarkowane złożone zabiegi na tkance łącznej, więcej niż jeden dzień pobytu</td><td>1,42</td><td>4716,26</td><td>20761,92</td></tr><tr><td>I28C</td><td>Inne zabiegi na tkance łącznej lub jeden dzień pobytu</td><td>0,91</td><td>3010,59</td><td>13253,22</td></tr><tr><td>J03Z</td><td>Zabiegi na skórze kończyny dolnej w owrzodzeniu lub zakażeniu/ zapaleniu</td><td>1,35</td><td>4477,80</td><td>19712,16</td></tr><tr><td>J04Z</td><td>Zabiegi na skórze kończyny dolnej z wyjątkiem owrzodzenia lub zakażenia/ zapalenia</td><td>0,80</td><td>2656,21</td><td>11693,16</td></tr></table> <p><i>* według aktualnego kursu waluty 1 EUR= 4,4022 (kurs NBP z dn. 27.12.2016 r.)</i></p>	Kod grupy	Nazwa grupy	Waga	Taryfa (EUR)	Taryfa (PLN)*	I27A	Zabiegi na tkankach miękkich lub niewielkoobszarowa transplantacja tkanek z ustalonym rozpoznaniem i określoną interwencją, lub ze szczególnie ciężkimi powikłaniami lub chorobą nowotworową i ciężkimi powikłaniami i ustalonym rozpoznaniem oraz złożoną interwencją	4,19	13870,57	61061,03	I27B	Zabiegi na tkankach miękkich lub niewielkoobszarowa transplantacja tkanek bez ustalonego rozpoznania i określonej interwencji, lub ze szczególnie ciężkimi powikłaniami lub w chorobie nowotworowej i ciężkimi powikłaniami, bez ustalonego rozpoznania oraz złożonej interwencji	3,20	10611,58	46714,31	I27C	Zabiegi na tkankach miękkich lub niewielkoobszarowa transplantacja tkanek bez ustalonego rozpoznania i określonej interwencji, bez szczególnie ciężkich powikłań, z ciężkimi powikłaniami lub w chorobie nowotworowej lub z określonym zabiegiem na tkankach miękkich, więcej niż jeden dzień pobytu	1,57	5186,56	22832,28	I27D	Zabiegi na tkankach miękkich lub niewielkoobszarowa transplantacja tkanek bez ustalonego rozpoznania i określonej interwencji, bez szczególnie ciężkich powikłań, bez ciężkich powikłań, z wyjątkiem choroby nowotworowej, bez określonego zabiegu na tkankach miękkich lub jeden dzień pobytu	0,94	3109,95	13690,62	I28A	Złożone zabiegi na tkance łącznej	1,85	6127,16	26973,00	I28B	Umiarkowane złożone zabiegi na tkance łącznej, więcej niż jeden dzień pobytu	1,42	4716,26	20761,92	I28C	Inne zabiegi na tkance łącznej lub jeden dzień pobytu	0,91	3010,59	13253,22	J03Z	Zabiegi na skórze kończyny dolnej w owrzodzeniu lub zakażeniu/ zapaleniu	1,35	4477,80	19712,16	J04Z	Zabiegi na skórze kończyny dolnej z wyjątkiem owrzodzenia lub zakażenia/ zapalenia	0,80	2656,21	11693,16
Niemcy																																																																		
Waluta	EUR																																																																	
Kurs PLN	4,4022																																																																	
PKB per capita (USD)	41 176,7																																																																	
PKB per capita PPP (USD)	47 999																																																																	
CPL	97																																																																	
CPL/CPL PL	1,830																																																																	
Kod grupy	Nazwa grupy	Waga	Taryfa (EUR)	Taryfa (PLN)*																																																														
I27A	Zabiegi na tkankach miękkich lub niewielkoobszarowa transplantacja tkanek z ustalonym rozpoznaniem i określoną interwencją, lub ze szczególnie ciężkimi powikłaniami lub chorobą nowotworową i ciężkimi powikłaniami i ustalonym rozpoznaniem oraz złożoną interwencją	4,19	13870,57	61061,03																																																														
I27B	Zabiegi na tkankach miękkich lub niewielkoobszarowa transplantacja tkanek bez ustalonego rozpoznania i określonej interwencji, lub ze szczególnie ciężkimi powikłaniami lub w chorobie nowotworowej i ciężkimi powikłaniami, bez ustalonego rozpoznania oraz złożonej interwencji	3,20	10611,58	46714,31																																																														
I27C	Zabiegi na tkankach miękkich lub niewielkoobszarowa transplantacja tkanek bez ustalonego rozpoznania i określonej interwencji, bez szczególnie ciężkich powikłań, z ciężkimi powikłaniami lub w chorobie nowotworowej lub z określonym zabiegiem na tkankach miękkich, więcej niż jeden dzień pobytu	1,57	5186,56	22832,28																																																														
I27D	Zabiegi na tkankach miękkich lub niewielkoobszarowa transplantacja tkanek bez ustalonego rozpoznania i określonej interwencji, bez szczególnie ciężkich powikłań, bez ciężkich powikłań, z wyjątkiem choroby nowotworowej, bez określonego zabiegu na tkankach miękkich lub jeden dzień pobytu	0,94	3109,95	13690,62																																																														
I28A	Złożone zabiegi na tkance łącznej	1,85	6127,16	26973,00																																																														
I28B	Umiarkowane złożone zabiegi na tkance łącznej, więcej niż jeden dzień pobytu	1,42	4716,26	20761,92																																																														
I28C	Inne zabiegi na tkance łącznej lub jeden dzień pobytu	0,91	3010,59	13253,22																																																														
J03Z	Zabiegi na skórze kończyny dolnej w owrzodzeniu lub zakażeniu/ zapaleniu	1,35	4477,80	19712,16																																																														
J04Z	Zabiegi na skórze kończyny dolnej z wyjątkiem owrzodzenia lub zakażenia/ zapalenia	0,80	2656,21	11693,16																																																														

<table><tr><th colspan="2">Nowa Zelandia</th></tr><tr><td>Waluta</td><td>NZD</td></tr><tr><td>Kurs PLN</td><td>2,9379</td></tr><tr><td>PKB per capita (USD)</td><td>37 570,3</td></tr><tr><td>PKB per capita PPP (USD)</td><td>37 322</td></tr><tr><td>CPL</td><td>114</td></tr><tr><td>CPL/CPL PL</td><td>2,151</td></tr></table>		Nowa Zelandia		Waluta	NZD	Kurs PLN	2,9379	PKB per capita (USD)	37 570,3	PKB per capita PPP (USD)	37 322	CPL	114	CPL/CPL PL	2,151	<p>Świadczenia realizowane w ramach hospitalizacji rozliczane są w ramach systemu finansowania opartego na grupach DRG – zwanych w tym kraju grupami nzdr60x (każda grupa ma przypisaną odpowiednią wagę, którą należy przemnożyć przez wycenę wagi; aktualna wartość jednego punktu = 4 751,58 \$NZ; WIESNZ15 cost weights - <i>The New Zealand Casemix Framework for Publicly Funded Hospitals</i>. Ograniczenie poniższej analizy stanowi brak ogólnodostępnych informacji dotyczących procedur medycznych wykonywanych w ramach poszczególnych grup DRG.</p>	W poniższej tabeli przedstawiono wartość grup stanowiących odpowiednik polskich grup H81-H84.							
Nowa Zelandia																								
Waluta	NZD																							
Kurs PLN	2,9379																							
PKB per capita (USD)	37 570,3																							
PKB per capita PPP (USD)	37 322																							
CPL	114																							
CPL/CPL PL	2,151																							
Kod grupy	Nazwa grupy PL	lb	hb	alos	Waga	Wycena punktu	Wycena (\$NDZ)	Taryfa (PLN)*																
I12A	Inne procedury mięśniowo-szkieletowe w przypadku zakażenia/zapalenia kości/stawów z krytycznymi towarzyszącymi chorobami lub powikłaniami	9	21	13,94366	4,462755	4751,58	21205,14	62298,58																
I12B	Inne procedury mięśniowo-szkieletowe w przypadku zakażenia/zapalenia kości/stawów z krytycznymi towarzyszącymi chorobami lub powikłaniami	5	12	8,079137	2,695588	4751,58	12808,3	37629,51																
I12C	Inne procedury mięśniowo-szkieletowe w przypadku zakażenia/zapalenia kości/stawów bez towarzyszących chorób lub powikłań	2	19	6,565495	2,364311	4751,58	11234,22	33005																
I64A	Zapalenie szpiku kostnego z krytycznymi lub ciężkimi towarzyszącymi chorobami lub powikłaniami	5	12	8,263158	2,073071	4751,58	9850,364	28939,39																
I64B	Zapalenie szpiku kostnego bez krytycznych lub ciężkich towarzyszących chorób lub powikłań	1	14	4,203065	1,182717	4751,58	5619,774	16510,33																
I76A	Inne schorzenia mięśniowo-szkieletowe z krytycznymi lub ciężkimi towarzyszącymi chorobami lub powikłaniami	2	22	7,159292	1,661823	4751,58	7896,284	23198,49																
I76B	Inne schorzenia mięśniowo-szkieletowe bez krytycznych lub ciężkich towarzyszących chorób lub powikłań	0	7	1,923218	0,589079	4751,58	2799,054	8223,341																
I27A	Procedury tkanki miękkiej z towarzyszącymi chorobami lub powikłaniami	1	17	4,694737	1,862341	4751,58	8849,061	25997,66																

		I27B	Procedury tkanki miękkiej bez towarzyszących chorób lub powikłań	0	6	1,99556	1,174557	4751,58	5581,002	16396,42
		I72A	Specyficzne schorzenia układu mięśniowo-szkieletowego z krytycznymi lub ciężkimi towarzyszącymi chorobami lub powikłaniami	1	17	5,259259	1,242044	4751,58	5901,671	17338,52
		I72B	Specyficzne schorzenia układu mięśniowo-szkieletowego bez krytycznych lub ciężkich towarzyszących chorób lub powikłań	0	7	2,3003	0,564916	4751,58	2684,243	7886,039
		I76A	Inne schorzenia mięśniowo-szkieletowe z krytycznymi lub ciężkimi towarzyszącymi chorobami lub powikłaniami	2	22	7,159292	1,661823	4751,58	7896,284	23198,49
		I76B	Inne schorzenia mięśniowo-szkieletowe bez krytycznych lub ciężkich towarzyszących chorób lub powikłań	0	7	1,923218	0,589079	4751,58	2799,054	8223,341
		* według aktualnego kursu waluty 1 NZD= 2,9379 (kurs NBP z dn. 18.11.2016)								
		System DRG został wdrożony w Słowenii w 2004 roku (version of Australian Refined AR-DRG 4.2). Model płatności oparty na DRG został wprowadzony na pełną skalę 1 kwietnia 2004 roku. Ostatecznie płatności dla szpitali zostały wycenione na podstawie Australijskich wag kosztowych. Do tej pory nie podjęto na Słowenii żadnych prac nad wyceną grup DRG.								
		W 2004 roku wprowadzono również oddzielny budżet na finansowanie hospitalizacji nieodbywającej się w trybie nagłym oraz świadczenia wysokospecjalistyczne. W przypadku hospitalizacji nieodbywającej się								
Słowenia		W poniższej tabeli przedstawiono wartość grup stanowiących odpowiednik polskiej grupy H81-H84.								
Waluta	EUR	Kod grupy	Nazwa grupy	Waga punktowa		Wartość (€)		Wartość (PLN)*		
Kurs PLN	4,4089	I01Z	Dwustronne lub liczne interwencje na dużą skalę w kończynach dolnych	12,36		14039,72		61899,74		
PKB per capita (USD)	20 732,2	I02B	Przeszczep skóry bez katastrofalnych lub poważnych stanów chorobowych towarzyszących lub powikłań, oprócz dłoni	3,99		4532,24		19982,20		
PKB per capita PPP (USD)	31 968	I07Z	Amputacja	7,97		9053,12		39914,31		
		I12A	Zakażenia lub zapalenia stawów i kości z wieloma operacjami układu mięśniowego i tkanki łącznej z katastrofalnymi towarzyszącymi schorzeniami lub powikłaniami	6,8		7724,12		34054,87		
		I12B	Zakażenia lub zapalenia stawów i kości z wieloma operacjami układu mięśniowego i tkanki łącznej z poważnymi schorzeniami towarzyszącymi lub powikłaniami	3,12		3544,01		15625,18		

CPL	73	<p>w trybie nagłym, która jest finansowana na podstawie liczby dni w szpitalu, pacjenci są przyjmowani po wypisie z hospitalizacji w trybie nagłym lub gdy potrzebują oni dalszej opieki, rehabilitacji, opieki pielęgniarstwa lub paliatywnej.</p> <p>Od 2005 roku klasyfikacja DRG zawiera 653 DRG (z wyłączeniem grup DRG odnoszących się do dializ i programu transplantacyjnego, które są refundowane w oparciu o inny model).</p> <p>W 2016 roku wartość punktu dla ostrego leczenia szpitalnego została ustalona na 1 135,9 €. Świadczeniodawcom, którzy wykonują działalność trzeciorzędową (na najwyższym poziomie referencyjnym) przysługuje dodatek do wag cenowych.</p> <p>Przy określaniu wartości programów i cen usług zdrowotnych uwzględnia się następujące elementy: płace, koszty materiałowe, amortyzację, inne świadczenia pracownicze zgodnie z układem zbiorowym, ustawowe obowiązki świadczeniodawców programów. Oprócz kosztów materiałowych, które są ujęte w kosztach świadczeń zdrowotnych, istnieją integralne części materiałów i usług wartości programów, które usługodawcy będą Zakładowi naliczali oddzielnie (np. standardowe elementy metalowe do wytwarzania stałych zębów mostków protez stomatologicznych</p>	I12C	Zakażenia lub zapalenia stawów i kości z wieloma operacjami układu mięśniowego i tkanki łącznej bez katastrofalnych lub poważnych stanów chorobowych towarzyszących lub powikłań	1,68	1908,31	8413,56
CPL/CPL PL	1,40		I13A	Interwencje na kości ramiennej, kości piszczelowej, miednicy i stawie skokowym z towarzyszącymi katastrofalnymi lub poważnymi schorzeniami lub powikłaniami	4,9	5565,91	24539,54
			I13B	Interwencje na kości ramiennej, kości piszczelowej, miednicy i stawie skokowym Wiek >59 bez katastrofalnych lub poważnych stanów chorobowych towarzyszących lub powikłań	2,42	2748,88	12119,53
			I13C	Interwencje na kości ramiennej, kości piszczelowej, miednicy i stawie skokowym Wiek <60 bez katastrofalnych lub poważnych stanów chorobowych towarzyszących lub powikłań	1,85	2101,42	9264,93
			I14Z	Przegląd kikuta	1,84	2090,06	9214,85
			I20Z	Interwencje na stopie	1,07	1215,41	5358,63
			I22Z	Większe interwencje na nadgarstku, dłoni i kciuku	1,07	1215,41	5358,63
			I26Z	Inne interwencje w obrębie nadgarstka i ręki	0,78	886,00	3906,29
			I02B	Przeszczep skóry bez katastrofalnych lub poważnych stanów chorobowych towarzyszących lub powikłań, oprócz dłoni	3,99	4532,24	19982,20
			I13A	Interwencje na kości ramiennej, kości piszczelowej, miednicy i stawie skokowym z towarzyszącymi katastrofalnymi lub poważnymi schorzeniami lub powikłaniami	4,9	5565,91	24539,54
			I13B	Interwencje na kości ramiennej, kości piszczelowej, miednicy i stawie skokowym Wiek >59 bez katastrofalnych lub poważnych stanów chorobowych towarzyszących lub powikłań	2,42	2748,88	12119,53
			I13C	Interwencje na kości ramiennej, kości piszczelowej, miednicy i stawie skokowym Wiek <60 bez katastrofalnych lub poważnych stanów chorobowych towarzyszących lub powikłań	1,85	2101,42	9264,93
			I20Z	Interwencje na stopie	1,07	1215,41	5358,63
			I22Z	Większe interwencje na nadgarstku, dłoni i kciuku	1,07	1215,41	5358,63
			I26Z	Inne interwencje w obrębie nadgarstka i ręki	0,78	886,00	3906,29
			I02B	Przeszczep skóry bez katastrofalnych lub poważnych stanów chorobowych towarzyszących lub powikłań, oprócz dłoni	3,99	4532,24	19982,20
			I27Z	Interwencje na miękkich tkankach	1,1	1249,49	5508,88

	<p>w ilości 2 g metalowych elementów, na wkład, powłokę, człon w standardowej cenie ustalonej przez Zakład, badanie cytologiczne dla kobiet).</p> <p>Przy porównywaniu taryf polskich ze słoweńskimi, w odniesieniu do poszczególnych grup DRG, należy mieć świadomość, że do ustalenia jaką grupą zostanie rozliczona hospitalizacja wymagana jest informacja nie tylko o rozpoznaniach i przeprowadzonych procedurach ale także o chorobach współistniejących i powikłaniach. Dokładne przyporządkowanie słoweńskich grup do polskich jest bardzo trudne ze względu na brak ogólnego dostępu do grupeń przypisujących rozpoznania i procedury do konkretnych grup. Przedstawione poniżej grupy słoweńskie zostały przyporządkowane do polskich grup jedynie w oparciu o nazwę grupy.</p>	I28A	Inne interwencje na tkance łącznej z towarzyszącym schorzeniami lub powikłaniami	3,49	3964,29	17478,16
		I28B	Inne interwencje na tkance łącznej bez towarzyszących stanów chorobowych lub powikłań	1,18	1340,36	5909,52
		I66A	Inne uszkodzenia tkanki łącznej (Wiek <65 z towarzyszącymi katastrofalnymi lub poważnymi schorzeniami) lub Wiek >64	1,68	1908,31	8413,56
		I66B	Inne uszkodzenia tkanki łącznej Wiek <65 bez katastrofalnych lub poważnych stanów chorobowych towarzyszących lub powikłań	0,65	738,34	3255,25
		I71A	Uszkodzenie mięśni i ścięgien Wiek >69 z towarzyszącymi schorzeniami lub powikłaniami	1,38	1567,54	6911,14
		I71B	Uszkodzenie mięśni i ścięgien (Wiek <70 z towarzyszącymi schorzeniami lub powikłaniami) lub (Wiek >69 bez towarzyszących stanów chorobowych lub powikłań)	0,65	738,34	3255,25
		I71C	Uszkodzenie mięśni i ścięgien Wiek <70 bez towarzyszących stanów chorobowych lub powikłań	0,41	465,72	2053,31
		I27Z	Interwencje na miękkich tkankach	1,1	1249,49	5508,88
		I28A	Inne interwencje na tkance łącznej z towarzyszącym schorzeniami lub powikłaniami	3,49	3964,29	17478,16
		I28B	Inne interwencje na tkance łącznej bez towarzyszących stanów chorobowych lub powikłań	1,18	1340,36	5909,52
		I66A	Inne uszkodzenia tkanki łącznej (Wiek <65 z towarzyszącymi katastrofalnymi lub poważnymi schorzeniami) lub Wiek >64	1,68	1908,31	8413,56
		I66B	Inne uszkodzenia tkanki łącznej Wiek <65 bez katastrofalnych lub poważnych stanów chorobowych towarzyszących lub powikłań	0,65	738,34	3255,25
		I71A	Uszkodzenie mięśni i ścięgien Wiek >69 z towarzyszącymi schorzeniami lub powikłaniami	1,38	1567,54	6911,14
		I71B	Uszkodzenie mięśni i ścięgien (Wiek <70 z towarzyszącymi schorzeniami lub powikłaniami) lub (Wiek >69 bez towarzyszących stanów chorobowych lub powikłań)	0,65	738,34	3255,25
		I71C	Uszkodzenie mięśni i ścięgien Wiek <70 bez towarzyszących stanów chorobowych lub powikłań	0,41	465,72	2053,31
		I25Z	Zabiegi diagnostyczne na kości i stawie biodrowym, w tym biopsja	2,18	2476,26	10917,59
		* według aktualnego kursu waluty 1 EUR= 4,4089 (kurs NBP z dn. 22.12.2016)				
Szwajcaria	Każdej grupie DRG przypisana jest waga kosztów, która odpowiada średniej wartości kosztów przypadających na daną grupę. Aby	W poniższej tabeli przedstawiono ceny świadczeń zdrowotnych w Szwajcarii będących odpowiednikami świadczeń polskiej grupy H81-H84 (opracowanie własne na podstawie katalogu taryf SwissDRG wersja 6.0)				

Waluta	CHF	<p>ustalić cenę hospitalizacji, wagę kosztu mnoży się przez podstawową stawkę w CHF, zwaną stawką bazową. Jest ona ustalana z ubezpieczycielem raz do roku dla każdego szpitala. Na stronach internetowych poszczególnych szpitali publikowane są stawki bazowe w rozróżnieniu na ubezpieczycieli. Najwyższe stawki bazowe otrzymują szpitale dziecięce i uniwersyteckie.</p> <p>Stawki zawarte w poniższej tabeli odnoszą się do przykładowego Szpitala Uniwersyteckiego w Zurychu. W przeliczeniu na wartości uwzględniono zakres cen uwarunkowany wyborem ubezpieczyciela. Na potrzeby analizy wybrano ubezpieczycieli Tarifsuisse AG i CSS oferujących najwyższą stawkę bazową (11 400 CHF) oraz ubezpieczyciela Assura/Supra, który zaoferował najniższą stawkę bazową wynoszącą 11 300 CHF.</p> <p>Na obliczanie ceny świadczenia ma wpływ również czas hospitalizacji. Z tego względu w katalogu zawierający wagi kosztów wskazano zakresy czasowe warunkujące wysokość zniżki lub dopłaty.</p> <p>Przykładowo jeśli pierwszy dzień ze zniżką stanowi pierwszy dzień hospitalizacji, zaś pierwszy dzień z dopłatą to piąty dzień hospitalizacji,</p>
Kurs PLN	4,11	
PKB per capita (USD)	80 989,8	
PKB per capita PPP (USD)	56 066	
CPL	148	
CPL/CPL PL	2,792	

DRG	Nazwa	Waga kosztów	Wartość PLN ^{13*}	Średni czas hospitalizacji	Zakres od			Zakres do			Zewnętrzna dopłata za przesunięcie (za dzień)	Wartość PLN *
					Pierwszy osobdzień, od którego stosuje się	Wysokość zniżki (za dzień)	Wartość PLN*	Pierwszy osobdzień, do którego dolicza się	Wysokość dopłaty (za dzień)	Wartość PLN*		
F13A	Amputacja górnej kończyny i palców w chorobach układu krążenia z ciężkimi chorobami współistniejącymi lub kompleksową artrodezą stopy z licznymi rewizjami i rekonstrukcjami lub interwencją w obrębie naczyń	3,702	171931,98 - 173453,51	26	8	0,364	16905,252 - 17054,856	44	0,13	5619,603 - 6091,02	0,121	5619,6 - 5669,33
F13B	Amputacja górnej kończyny i palców w chorobach układu krążenia ze szczególnie ciężkimi chorobami współistniejącymi lub kompleksową artrodezą stopy	2,006	93164,65 - 93989,12	15,6	4	0,352	16347,936 - 16492,608	31	0,117	4922,958 - 5481,918	0,106	4922,96 - 4966,52

¹³ Zakres wartości wskazano na podstawie stawek bazowych zawartych w *Przeglądzie taryf w zakresie leczenia stacjonarnego oraz położnictwa w kantonie Zurych* na z 23 września 2016 r. (źródło: http://www.gd.zh.ch/dam/gesundheitsdirektion/direktion/themen/behoerden/spitalfinanzierung/uebersicht_stationaere_tarife/uebersicht_tarife_2016_23_09_16.pdf, data dostępu: 25.11.2016 r.)

a czas hospitalizacji danego pacjenta wynosi od 2 do 5 dni, wówczas waga kosztu nie ulega zmianie. Jeśli natomiast granica jest przekroczona w górę lub w dół, stosuje się dopłatę lub zniżkę za każdy dzień. Ponadto dzień przyjęcia i wypisu uznawany jest za jeden dzień rozliczeniowy. Dodatkowo w katalogu jest podawana zewnętrzna opłata za przesunięcie. Sprawia ona, że wynagrodzenie otrzymywane za pacjenta, który jest leczony w wielu ośrodkach, łącznie nie jest wyższe niż wynagrodzenie za leczenie w jednej instytucji. ¹²	F13C	Amputacja górnej kończyny i palców w chorobach układu krążenia lub interwencje w przypadku cukrzycy z powikłaniami	1,49	69200,07 - 69812,46	12,2	3	0,322	14954,646 - 15086,988	26	0,11	4504,971 - 5153,94	0,097	4504,97 - 4544,84
	F28A	Amputacja w chorobach układu krążenia z wyłączeniem kończyny górnej i palców z interwencją w obrębie naczyń lub przeszczepem skóry i z ciężkimi chorobami współistniejącymi	4,911	228081,57 - 230099,99	31,4	9	0,413	19180,959 - 19350,702	49	0,152	5944,704 - 7121,808	0,128	5944,7 - 5997,31
	F28B	Amputacja w chorobach układu krążenia z wyłączeniem kończyny górnej i palców, z ciężkimi chorobami współistniejącymi	3,188	148060,28 - 149370,55	23,6	7	0,347	16115,721 - 16258,338	42	0,131	5248,059 - 6137,874	0,113	5248,06 - 5294,5

¹² Opracowanie wykonano na podstawie broszury dotyczącej taryf stacjonarnych i leczenia szpitalnego wydanej przez MALK MEDIZIN CONTROLLING AG. (pозyskano z: https://spitaluster.ch/uploads/File/PDF-Dokumente_Patienten/Patientenbroschuere_Fallpauschalen.pdf (22.11.2016 r.))

			F28C	Amputacja w chorobach układu krążenia z wyłączeniem kończyny górnej i palców	2,703	125535,43 - 126646,36	24,5	7	0,292	13561,356 - 13681,368	42	0,073	4272,756 - 3420,342	0,092	4272,76 - 4310,57
			I07A	Amputacja ze szczególnie ciężkimi chorobami współistniejącymi	3,767	174950,78 - 176499,02	28	8	0,361	16765,923 - 16914,294	46	0,092	5201,616 - 4310,568	0,112	5201,62 - 5247,65
			I07B	Amputacja	2,56	118894,08 - 119946,24	16	4	0,395	18344,985 - 18507,33	31	0,09	5387,388 - 4216,86	0,116	5387,38 - 5435,06
			I72Z	Zapalenie ścięgien, mięśni lub kaletki maziowej lub złamanie kości trzonu kości udowej z ciężkimi chorobami współistniejącymi, wiek > 2 r.ż.	1,084	50344,21 - 50789,74	9,4	2	0,343	15929,949 - 16070,922	21	0,081	4597,857 - 3795,174	0,099	4597,86 - 4638,55

			I73A	Leczenie uzupełniające (pooperacyjne) chorób tkanki łącznej, ze szczególnie ciężkimi chorobami współistniejącymi lub założeniem protezy	2,125	98691,37 - 99564,75	17,1	5	0,345	16022,835 - 16164,63	35	0,085	5340,945 - 3982,59	0,115	5340,94 - 5388,21
			I73B	Leczenie uzupełniające (pooperacyjne) chorób tkanki łącznej	0,671	31163,25 - 31439,03	5,9	1	0,392	18205,656 - 18366,768	15	0,077	3994,098 - 3607,758	0,086	3994,09 - 4029,44
			I65B	Nowotwór złośliwy tkanki łącznej, w tym patologiczne złamania, wiek > 16 r.ż.	0,771	35807,55 - 36124,43	6	1	0,46	21363,78 - 21552,84	15	0,134	4876,515 - 6278,436	0,105	4876,515 - 4919,67
			I66A	Inne choroby tkanki łącznej ze szczególnie ciężkimi chorobami współistniejącymi	1,967	91353,38 - 92161,82	14,3	4	0,386	17926,998 - 18085,644	29	0,098	5851,818 - 4591,692	0,126	5851,82 - 5903,6

Raport w sprawie ustalenia taryfy świadczeń Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji 106/187

<p>dostawcami opieki zdrowotnej w węgierskim systemie ochrony zdrowia. System DRG (GYO GYINFOK) został wprowadzony na Węgrzech w 1993 r. na bazie systemu AP-DRG. Było to poprzedzone sześciolatnim projektem pilotażowym, mającym na celu zebranie danych o kosztach leczenia szpitalnego. Obecna wersja nosi nazwę HDG 5.0 i weszła w życie 1 lutego 2004 r. Wielokrotnie zmieniane rozporządzenie ministra zdrowia opisuje strukturę funkcjonującego systemu HDG, wprowadzając pewne parametry decydujące o wysokości i rodzaju finansowania poszczególnych świadczeń (Kozierkiewicz 2009).</p> <p>Dla każdej kategorii DRG ministerstwo określiło progowe (dolne i górne) wartości czasu trwania hospitalizacji oraz ustaliło przeciętną długość pobytu. Szpital otrzymuje pełną stawkę przewidzianą w cenniku, jeżeli długość pobytu zawiera się w określonym przedziale (tzw. normalne przypadki). Za długie hospitalizacje szpital otrzymuje normalną stawkę plus 75% dziennej stawki bazowej za każdy dzień powyżej górnego progu. Za hospitalizacje krótkie i pacjentów przeniesionych płatność oblicza się, mnożąc liczbę dni hospitalizacji, przez stawkę przypisaną do danego DRG podzieloną przez średnią długość pobytu. Dla hospitalizacji jednodniowych dolny próg ustalono na 0 dni. Stawka bazowa dla całego</p>	08P	3930	1	26	4	0,6524	0,10895	97860	16342,5	1351,936	225,7716	Amputacja palców rąk i nóg z powodu chorób układu mięśniowo-szkieletowego, tkanki łącznej	Amputacja palców rąk i nóg z powodu chorób układu mięśniowo-szkieletowego, tkanki łącznej
	08P	3950	2	26	11	2,5226	0,48836	378390	73254	5227,458	1012,004	Przeszczep skóry uszypułowany w przypadku otwartej rany mięśni, tkanki łącznej	Przeszczep skóry uszypułowany w przypadku otwartej rany mięśni, tkanki łącznej
	08M	4090	3	35	10	1,00518	0,03864	150777	5796	2082,984	80,07174	Septyczne zapalenia stawów	Zapalenia stawów z zakażeniem
	08M	405A	4	45	13	2,02017	0,19094	303025,5	28641	4186,297	395,6754	Osteomyelitis	Zapalenie kości i szpiku
	09P	4970	2	29	5	0,52823	0,11044	79234,5	16566	1094,625	228,8593	Zabiegi w zakresie torbieli i zatok pilonidalnych	Zabiegi usunięcia ropnych cyst tkanki podskórnej

*Według aktualnego kursu waluty 100 HUF = 1,3815 PLN (kurs NBP z dn. 21.03.2017 r.)

	<p>kraju ustalana jest od 1998 r. Pewne odstępstwa występują, jako tzw. budżet rozwojowy, który służy promocji pewnych usług w pewnych regionach kraju. Nie może on jednak przekraczać 2,5% sumy przeznaczanej przez HIF rocznie na lecznictwo szpitalne. Stawka bazowa dla całego kraju dotyczy wszystkich szpitali i jest ustalana sukcesywnie od 1998 r. Początkowo stawka bazowa była ustalana osobno dla każdego szpitala na podstawie wysokości budżetu z lat poprzednich i aktywności leczniczej. Różnice pomiędzy tymi wartościami stopniowo zmniejszano, aż do ich całkowitego zniwelowania w 1998 r. Podstawa płatności dla szpitala to suma wskaźników wagowych wypracowanych przez szpital. Całkowity przychód szpitala to suma wskaźników pomnożona przez wartość pieniężną krajowej stawki bazowej. Szpitale otrzymują środki, co trzy miesiące, płacone z dołu. W przypadku ryzyka przekroczenia sumy planowanego rocznego budżetu na opiekę zamkniętą i wyczerpania rezerw budżetowych stawkę bazową przelicza się na nowo, dzieląc dostępne środki przez liczbę wypracowanych punktów HDG, czyli następuje obniżenie stawki bazowej (Kozierkiewicz 2009).</p> <p>Na Węgrzech świadczenia/procedury realizowane w ramach hospitalizacji rozliczane są w ramach systemu finansowania opartego na grupach DRG – zwanych w tym kraju grupami</p>	
--	---	--

	<p>HBC (<i>Homogén betegségszoptok</i>) (każda grupa ma przypisaną odpowiednią wagę, którą należy przemnożyć przez wycenę wagi; aktualna wartość jednego punktu = 150 tys. HUF; <i>Országos Egészségbiztosítási Pénztár, Homogén Betegségszoptok (HBCs)</i> natomiast świadczenia udzielane ambulatoryjnie / ambulatoryjna opieka specjalistyczna finansowane są w ramach systemu <i>fee-for-service</i> point system (system oparty na niemieckim systemie punktowym; dla każdego ze świadczeń przypisano odpowiednią liczbę punktów; obecne finansowanie: 1 punkt = 1,5 HUF; <i>Szabálykönyv a járóbeteg-szakellátás tevékenységi kódlistájának alkalmazásáról. 31/2015.(VI.12.) EMMI rendelet</i>), a opieka długoterminowa – na podstawie ustalonej stawki za osobodzień.</p> <p>Kosztochłonne protezy, implanty lub inne wyroby medyczne takie jak np. rozrusznik serca są finansowane czasami osobno, podczas gdy pozostałe koszty świadczenia zawierają się w taryfie danej grupy HBC. Dotyczy to również niektórych drogich procedur lub leków (w tym np. transplantacje, przeszczepy szpiku kostnego, leki onkologiczne i dializy pozaustrojowe), które są rozliczane indywidualnie (Podstawa prawna 1993).</p>	
--	--	--

W trakcie poszukiwania informacji o taryfach zagranicznych dla świadczeń zdrowotnych, które są w Polsce rozliczane w ramach grup H81–H84 odnaleziono informacje o sposobie finansowania przedmiotowych świadczeń w 7 krajach:

- W Anglii zidentyfikowano 58 grup, a w Szkocji 52 grupy, którymi można rozliczyć przedmiotowe świadczenia zdrowotne, a ich wartość w przeliczeniu na PLN waha się w zakresie 28–13 013,42.
- W Australii zidentyfikowano 15 grup, którymi można rozliczyć przedmiotowe świadczenia zdrowotne, a ich wartość w przeliczeniu na PLN waha się w zakresie 7 811,74–46 076,66.
- W Chorwacji zidentyfikowano 16 grup, którymi można rozliczyć przedmiotowe świadczenia, a ich wartość w przeliczeniu na PLN waha się w zakresie 5 964,64–85 714,05.
- W Grecji zidentyfikowano 13 grup, którymi można rozliczyć przedmiotowe świadczenia, a ich wartość w przeliczeniu na PLN mieści się w zakresie 1 719,34–22 011,1.
- W Nowej Zelandii zidentyfikowano 13 grup, którymi można rozliczyć przedmiotowe świadczenia, a ich wartość w przeliczeniu na PLN mieści się w zakresie 7 886,04–62 298,6.
- W Słowenii zidentyfikowano 38 grup, którymi mogą być rozliczane przedmiotowe świadczenia, a ich wartość w przeliczeniu na PLN waha się w zakresie 2053,31–61899,74.
- W Szwajcarii zidentyfikowano 15 grup, którymi mogą być rozliczane przedmiotowe świadczenia, a ich wartość w przeliczeniu na PLN waha się w zakresie 3 994,09–5 997,3.

Podsumowując, odnalezione taryfy dla przedmiotowych świadczeń w przeliczeniu na PLN mieszczą się w zakresie 28–413 013,42.

Należy zaznaczyć, że wnioskowanie na podstawie odnalezionych taryf wiąże się z pewnymi ograniczeniami. Systemy DRG/opieki zdrowotnej w poszczególnych krajach nie są jednorodne. Klasyfikacja jednorodnych grup pacjentów oraz sposoby płatności różnią się pomiędzy krajami w całej Europie. Podobnie liczba, cechy pacjentów, czas hospitalizacji oraz rodzaj leczenia, które są uwzględnione przez klasyfikację DRG.

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

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

2.5.Cenniki komercyjne

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

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

Przeanalizowano informacje od 19 świadczeniodawców, którzy udostępnili cenniki na swojej stronie internetowej. Łącznie pozyskano 45 cen. Zakres cen dla poszczególnych procedur zabiegowych wchodzących w skład grup H81–84 oraz średnie ceny obliczone na podstawie dostępnych informacji

zamieszczono w poniższej tabeli (szczegółowe informacje znajdują się w załączniku nr 8. Poszczególne ceny danego świadczenia znacznie różniły się w obrębie jednego świadczeniodawcy (zakres cen), a także pomiędzy świadczeniodawcami. Ceny niektórych świadczeń takich jak otwarta lub gilotynowa amputacja kończyny górnej czy kineplastyczna amputacja kończyny górnej nie były opublikowane w ogólnodostępnych cennikach.

Tabela 27 Cenniki komercyjne poszczególnych procedur zabiegowych wchodzących w skład grup H81–H84 (zakres, średnia)

Świadczenie	Cena od	Cena do	Średnia
Usunięcie, wycięcie tkanki martwiczej	50,00 zł	80,00 zł	65,00 zł
Opóźniony zrost, staw rzekomy kończyny górnej / dolnej	6 500,00 zł	9 000,00 zł	7 750,00 zł
Operacyjna: tenotomia, wydłużenie ścięgna, nacięcie torebki stawowej, uwolnienie przykurczu, redresja stawu, zabiegi na mięśniach i ścięgnach	2 700,00 zł	2 700,00 zł	2 700,00 zł
Rewizja operacyjna kikuta po amputacji	3 300,00 zł	3 300,00 zł	3 300,00 zł
Operacja jałowej martwicy kości – operacja nawiercanie (forage)	3 800,00 zł	3 800,00 zł	3 800,00 zł
Uwolnienie przykurczu Dupuytrena	1 300,00 zł	6 900,00 zł	4 100,00 zł
Wydłużenie ścięgna piętowego	1 150,00 zł	1 150,00 zł	1 150,00 zł
Uwolnienie przykurczów, zrostów i ograniczeń ruchów - staw łokciowy	4 370,00 zł	4 370,00 zł	4 370,00 zł
Amputacje i wyluszczenia w stawach kończyny dolnej i górnej	575,00 zł	2 875,00 zł	1 725,00 zł
Przeszczep ścięgna w obrębie ręki	2 000,00 zł	8 320,00 zł	5 160,00 zł
Szycie ścięgna w obrębie ręki	4 500,00 zł	9 000,00 zł	6 750,00 zł
Usunięcie materiału zespalającego kości (w zależności od okolicy i znieczulenia)	400,00 zł	10 000,00 zł	5 200,00 zł
Wycięcie powięzi ręki - inne	2 000,00 zł	2 000,00 zł	2 000,00 zł
Przeszczep kostny (autogenny) (heterogenny) - kość udowa/ miednica	2 600,00 zł	2 600,00 zł	2 600,00 zł
Miotomia	2 000,00 zł	2 000,00 zł	2 000,00 zł
Wycięcie cysty Bakera	1 700,00 zł	3 500,00 zł	2 600,00 zł
Artrotomia	3 500,00 zł	6 000,00 zł	4 750,00 zł
Rekonstrukcja ścięgna Achillesa	2 500	4 650,00 zł	4 650,00 zł
Zeszywanie ścięgna Achillesa/Zeszywanie rozciągniętego/Pierwotne szycie ścięgna Achillesa	3 200,00 zł	4 000,00 zł	3 600,00 zł
Plastyka ścięgna Achillesa	3 000,00 zł	7 800,00 zł	5 400,00 zł

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

Ze względu na niewielką ilość dostępnych cen, odstąpiono od obliczenia 10 percentyla. Odnalezione ceny wahały się w zakresie 50 PLN–10 000 PLN.

3. Projekt taryfy

3.1. Pozyskanie danych

W celu pozyskania danych o kosztach realizacji świadczeń opieki zdrowotnej, Agencja prowadziła postępowania mające na celu wyłonienie podmiotów, z którymi zawarte zostały umowy dotyczące przygotowania i przekazywania Agencji danych niezbędnych do ustalenia taryfy świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Podstawą prawną dla przeprowadzonego postępowania jest art. 31lc ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2016 r., poz. 1793 z późn. zm.). Zasady postępowania Agencji zostały określone w stosownych Zarządzeniach Prezesa AOTMiT tj. 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* oraz w *Zarządzeniu Nr 29/2016 Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 29 czerwca 2016 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 współpracy bieżącej w zakresie przygotowywania i przekazywania danych, niezbędnych do ustalania taryfy świadczeń oraz postępowania z tymi umowami*.

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

Każde postępowanie przebiegało w następujących etapach:

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

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

Dane niezbędne do ustalenia taryfy świadczeń zbierane były za pomocą plików szczegółowych i kart kosztowych.

Aby pozyskać dane szczegółowe prowadzono postępowania w 2015 (sekcje EHN) i 2016 roku (tzw. współpraca bieżąca).

W 2015 roku dla leczenia szpitalnego sekcji EHN zbierano roczne pliki:

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

W przypadku braku możliwości sprawozdawania tak szczegółowych danych oraz w przypadku pozostałych grup JGP oraz szpitalnych oddziałów ratunkowych zbierane były podstawowe dane tj.: pliki OG, FK, CP, OM. Dane dotyczyły świadczeń zrealizowanych w roku 2013 i 2014.

Umowę dotyczącą przekazania danych podpisało 58 świadczeniodawców realizujących świadczenie z grup H co stanowi 7,76% wszystkich świadczeniodawców wykonujących świadczenia w 2015 roku. Ostatecznie dane przekazało 56 świadczeniodawców co stanowi 7,5% ogółu. Szczegółowy wykaz umów zawartych ze świadczeniodawcami, którzy przekazali dane ogólnie z sekcji H zawiera załącznik nr 9.

Szczegóły postępowania przedstawia poniższa tabela.

Tabela 28 Statystyka prowadzonego postępowania odnoszącego się do sekcji H

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

**zgodnie z bazą teleadresową przekazaną przez NFZ*

Dane z sekcji H, grup H81–H84, których dotyczy przedmiotowe opracowanie przekazało 48 świadczeniodawców. Szczegółowy wykaz umów zawartych ze świadczeniodawcami, którzy przekazali dane szczegółowe dla świadczeń z grup H81–H84 znajduje się w załączniku nr 10.

Tabela 29 Liczba świadczeniodawców, którzy przekazali dane z grup H81-84

Grupa	Liczba świadczeniodawców, którzy przekazali dane
H81	33
H82	39
H83	48
H84	46

W celu pozyskania większej liczby dobrej jakości danych do ustalenia taryfy świadczeń, podjęto decyzję o ich uzupełnieniu poprzez zebranie kart kosztowych, tj. formularza służącego zebraniu informacji na temat przebiegu i kosztów świadczenia u danego świadczeniodawcy.

Postępowania mające na celu wyłonienie świadczeniodawców z realizujących świadczenia z grup H81-84 Agencja przeprowadzała dwukrotnie tj. 27.01.2017 i 16.02.2017 r. (powtórne zaproszenie 3.03.2017).

W postępowaniach prowadzonych w roku 2017 Agencja gromadziła karty dotyczące danych o:

- średnich kosztach realizacji danego świadczenia w roku 2015, a w przypadku niektórych świadczeń z II połowy roku 2016 (ze względu na zmiany w wykazie świadczeń gwarantowanych)
- poszczególnych świadczeń dla każdego pojedynczego, wylosowanego i wskazanego przez Agencję pacjenta. Dane dotyczyły lat 2015 i 2016.

Powyższe informacje zebrano łącznie, bez podziału na procedury, w tabeli poniżej. Natomiast szczegółowy wykaz zawartych umów zawiera załącznik nr 11.

Tabela 30 Informacje dotyczące liczba deklaracji świadczeniodawców oraz świadczeniodawców, którzy przekazali dane

Data postępowania	Metoda gromadzenia danych	Liczba wyłonionych podmiotów, które zadeklarowały przekazanie danych	Liczba podmiotów, które przekazały dane
H81			
27.01.2017	średnie koszty świadczenia	6	1
	wylosowana próba		
16.02., 3.03.2017	średnie koszty świadczenia	4	4
	wylosowana próba		
H82			
27.01.2017	średnie koszty świadczenia	8	5
	wylosowana próba		
16.02., 3.03.2017	średnie koszty świadczenia	3	0
	wylosowana próba		
H83			
27.01.2017	średnie koszty świadczenia	27	18
	wylosowana próba		
16.02., 3.03.2017	średnie koszty świadczenia	14	9
	wylosowana próba		
H84			
27.01.2017	średnie koszty świadczenia	21	12
	wylosowana próba		
16.02., 3.03.2017	średnie koszty świadczenia	7	3
	wylosowana próba		

Ponieważ wzory kart służące do przekazywania danych były różne w roku 2016 i 2017 to w poniższej tabeli pomimo, tego że zbierane dane dotyczyły średniego kosztu świadczenia rozdzielono rok 2016 i 2017.

Tabela 31 Zestawienie dotyczące zadeklarowanej liczby świadczeń

Nazwa produktu/Świadczenie rozliczone z NFZ	Liczba zadeklarowanych świadczeń – wszystkie realizowane świadczenia (2017)	Liczba zadeklarowanych świadczeń – wylosowane świadczenia (2017)
H81 Kompleksowe zabiegi w chorobach infekcyjnych, nowotworowych kości, stawów, tkanki łącznej > 10 dni	278	10
77.02 Wycięcie martwaka - kość ramienna	0	0
77.05 Wycięcie martwaka - kość udowa	11	0
77.07 Wycięcie martwaka - kość piszczelowa/ kość strzałkowa	17	0
77.08 Wycięcie martwaka - kości stępu/ kości śródstopia	12	0
77.091 Wycięcie martwaka - inne kości (miednica)	0	0
77.092 Wycięcie martwaka - inne kości (paliczki palców stopy/ ręki)	0	0
77.17 Inne nacięcie kości bez rozdzielenia - kość piszczelowa/ kość strzałkowa	0	0
77.38 Inne rozdzielenie kości - kości stępu/ kości śródstopia	0	0
77.62 Miejscowe wycięcie zmiany lub tkanki kości - kość ramienna	15	0
77.63 Miejscowe wycięcie zmiany lub tkanki kości - kość promieniowa/ kość łokciowa	18	0
77.65 Miejscowe wycięcie zmiany lub tkanki kości - kość udowa	86	0
77.67 Miejscowe wycięcie zmiany lub tkanki kości - kość piszczelowa/ kość strzałkowa	77	2
77.68 Miejscowe wycięcie zmiany lub tkanki kości - kości stępu/ kości śródstopia	32	0
77.691 Miejscowe wycięcie zmiany lub tkanki kości - inne kości (miednica)	0	0
77.692 Miejscowe wycięcie zmiany lub tkanki kości - inne kości (paliczki palców stopy/ ręki)	0	0
77.693 Miejscowe wycięcie zmiany lub tkanki kości - inne kości (kręgi)	10	0
78.415 Inne zabiegi naprawcze kości - kość udowa/ miednica	0	0
78.417 Inne zabiegi naprawcze kości - kość piszczelowa/ kość strzałkowa	0	0
78.425 Zabieg naprawczy złego zrostu lub braku zrostu - kość udowa/ miednica	0	0
78.427 Zabieg naprawczy złego zrostu lub braku zrostu - kość piszczelowa/ kość strzałkowa	0	0
84.101 Amputacja kończyny dolnej z pokryciem kikuta płatem	0	3
84.102 Amputacja kineplastyczna kończyny dolnej	0	3
84.122 Amputacja przez śródstopie	0	0
84.125 Amputacja przez śródstopie (w tym wszystkich palców u stopy)	0	0
84.129 Amputacja w zakresie stopy - inne	0	2
84.151 Amputacja nogi na wysokości kości piszczelowej i strzałkowej – nieokreślona inaczej	0	0
86.72 Przeniesienie płata uszypułowanego	0	0
86.743 Umocowanie przez uszypułowany płat	0	0
86.745 Umocowanie przez przesunięty płat	0	0
H82 Duże zabiegi w chorobach infekcyjnych, nowotworowych kości, stawów, tkanki łącznej	14	4

Nazwa produktu/Świadczenie rozliczone z NFZ	Liczba zadeklarowanych świadczeń – wszystkie realizowane świadczenia (2017)	Liczba zadeklarowanych świadczeń – wylosowane świadczenia (2017)
77.81 Inne częściowe wycięcie kości - łopatka, obojczyk, klatka piersiowa (żebra i mostek)	0	0
77.82 Inne częściowe wycięcie kości - kość ramienna	0	0
77.84 Inne częściowe wycięcie kości - kości nadgarstka/śródręcza	1	0
77.85 Inne częściowe wycięcie kości - kość udowa	0	0
77.87 Inne częściowe wycięcie kości - kość piszczelowa/kość strzałkowa	0	1
77.88 Inne częściowe wycięcie kości - kości stępu/ kości śródstopia	2	0
77.891 Inne częściowe wycięcie kości - inne kości (miednica)	0	0
77.892 Inne częściowe wycięcie kości - inne kości (paliczki palców stopy/ ręki)	0	0
77.893 Inne częściowe wycięcie kości - inne kości (kręgi)	0	0
80.11 Inna artrotomia - bark	0	0
80.15 Inna artrotomia - biodro	0	0
80.16 Inna artrotomia - kolano	0	0
80.17 Inna artrotomia - kostka	0	0
80.442 Uwolnienie stawu - łokieć	0	0
80.443 Uwolnienie stawu - nadgarstek	0	0
80.91 Inne wycięcie tkanek stawu - bark	1	0
80.92 Inne wycięcie tkanek stawu - łokieć	0	0
80.93 Inne wycięcie tkanek stawu - nadgarstek	0	0
80.94 Inne wycięcie tkanek stawu - ręka i palce	0	0
80.95 Inne wycięcie tkanek stawu - biodro	1	0
80.96 Inne wycięcie tkanek stawu - kolano	5	0
80.97 Inne wycięcie tkanek stawu - kostka	1	0
80.98 Inne wycięcie tkanek stawu - stopa i palce	2	0
83.191 Rozdzielenie mięśnia	1	3
83.192 Uwolnienie mięśnia	0	0
86.601 Przeszczep wolny skóry pośredniej grubości	0	0
86.79 Przeszczep uszypułowany/płat - inne	0	0
H83 Średnie zabiegi na tkankach miękkich	1136	309
04.51 Przeszczep nerwu czaszkowego	0	0
04.99 Operacje nerwów obwodowych - inne	182	25
77.53 Wycięcie kaletki palucha/ korekcja tkanek miękkich - inne	46	27
80.16 Inna artrotomia - kolano	1	0
80.453 Uwolnienie więzadła - nadgarstek	0	2
80.454 Uwolnienie więzadła - ręka i palce	0	0
80.86 Inne miejscowe wycięcie lub zniszczenie zmiany stawu - kolano	6	2
80.88 Inne miejscowe wycięcie lub zniszczenie zmiany stawu - stopa i palce	5	2
80.96 Inne wycięcie tkanek stawu - kolano	16	0
80.98 Inne wycięcie tkanek stawu - stopa i palce	24	1
81.95 Szybie torebki stawowej/ więzadeł nogi - inne	5	1
82.29 Wycięcie zmiany tkanek miękkich ręki - inne	11	8
82.331 Wycięcie ścięgna i torebki maziowej	0	0
82.351 Uwolnienie przykurczu Dupuytren'a	118	13
82.39 Wycięcie tkanek miękkich ręki - inne	12	8
82.43 Odroczone szycie ścięgna ręki - inne	4	0

Nazwa produktu/Świadczenie rozliczone z NFZ	Liczba zadeklarowanych świadczeń – wszystkie realizowane świadczenia (2017)	Liczba zadeklarowanych świadczeń – wylosowane świadczenia (2017)
82.911 Uwolnienie zrostów powięzi, mięśni lub ścięgien ręki	51	9
83.09 Nacięcie mięśni, ścięgna, powięzi i kaletki - inne	109	7
83.142 Rozdzielenie pasma biodrowo-piszczelowego	0	6
83.192 Uwolnienie mięśnia	0	1
83.391 Wycięcie cysty Bakera	7	5
83.71 Wydłużenie ścięgna	56	0
83.73 Powtórne przytwierdzenie ścięgna	2	0
83.853 Plastyka ścięgna Achillesa	70	12
83.86 Plastyka mięśnia czworogłowego	5	4
83.881 Plastyka ścięgna i mięśnia	2	0
83.884 Plastyka ścięgna	7	4
83.91 Uwolnienie zrostów mięśni/ ścięgien/ powięzi i kaletki	19	3
83.999 Operacje mięśni/ ścięgien/ powięzi/ kałek - inne	67	14
86.229 Oczyszczenie (wycięcie) rany, zakażenia, oparzenia - inne	273	101
86.601 Przeszczep skóry pośredniej grubości	3	3
86.609 Przeszczep wolny skóry – inny	0	0
86.89 Rekonstrukcja/plastyka skóry i tkanki podskórnej - inne	35	51
H84 Mniejsze zabiegi w obrębie układu mięśniowo-szkieletowego lub tkanek miękkich	227	42
04.499 Odbarczenie albo uwolnienie zrostów nerwu obwodowego lub zwoju nerwowego - inne	1	3
78.612 Usunięcie zewnętrznego stabilizatora kości - kość ramienna	0	0
78.613 Usunięcie zewnętrznego stabilizatora kości - kość promieniowa/ kość łokciowa	0	2
78.615 Usunięcie zewnętrznego – inwazyjnego stabilizatora kości – kość udowa/ miednica	18	0
78.617 Usunięcie zewnętrznego stabilizatora kości - kość piszczelowa/ kość strzałkowa	30	0
82.011 Nacięcie ścięgna ręki	0	0
82.012 Nacięcie pochewki ścięgnistej na rękę	12	0
82.211 Wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna ręki (nadgarstek)	17	3
82.44 Szycie ścięgna zginacza ręki - inne	6	3
82.45 Szycie ścięgna ręki - inne	29	5
83.011 Nacięcie pochewki ścięgna	8	0
83.133 Uwolnienie ścięgna	0	0
83.311 Wycięcie zmiany pochewki ścięgna	1	0
83.312 Wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna, z wyjątkiem ręki	0	0
83.399 Wycięcie zmiany tkanek miękkich - inne	22	14
83.5 Wycięcie kaletki	10	0
83.641 Zeszywanie ścięgna Achillesa	19	0
83.649 Szycie ścięgna - inne	22	2
83.659 Szycie mięśnia/ powięzi - inne	2	1
86.04 Nacięcie/ drenaż skóry/ tkanki podskórnej - inne	23	6

Nazwa produktu/Świadczenie rozliczone z NFZ	Liczba zadeklarowanych świadczeń – wszystkie realizowane świadczenia (2017)	Liczba zadeklarowanych świadczeń – wylosowane świadczenia (2017)
86.221 Oczyszczenie przez wycięcie zdewitalizowanej tkanki	6	2
86.222 Wycięcie martwiczej tkanki	1	1
86.229 Oczyszczenie (wycięcie) rany, zakażenia, oparzenia - inne	0	0
86.271 Usunięcie tkanki martwiczej	0	0
86.272 Usunięcie wilgotnej tkanki martwiczej	0	0
86.284 Usunięcie zdewitalizowanej tkanki, martwicy lub wilgotnej tkanki martwiczej przez przemycie	0	0

Do obliczenia kosztów świadczeń wykorzystano również dane przekazane przez świadczeniodawców w ramach tzw. współpracy bieżącej (przekazanie danych szczegółowych dotyczących świadczeń zrealizowanych w 2016 roku w szczególności odpowiadającej każdemu świadczeniobiorcy).

W postępowaniu tym gromadzono dane w postaci plików:

- OG - zawierających informacje ogólne pozwalające dokładnie scharakteryzować świadczenie opieki zdrowotnej,
- SM - zawierających informacje na temat świadczeń opieki zdrowotnej/produktu udzielanego świadczeniobiorcy,
- PL - zawierających dane dotyczące produktów leczniczych,
- WM - zawierających dane dotyczące wyrobów medycznych,
- PR - zawierających informacje pozwalające dokładnie określić procedury (terapeutyczne, diagnostyczne, zabiegowe, pielęgnacyjne itd.), jakie wykonano na rzecz pacjenta.
- PR_HR - zawierających informacje pozwalające dokładnie określić zaangażowanie personelu medycznego w wykonanie poszczególnych procedur (terapeutyczne, diagnostyczne, zabiegowe, pielęgnacyjne itd.), jakie wykonano na rzecz pacjenta.
- CP - zawierających dane obejmujące cennik procedur,
- FK - zawierających dane kosztowe w zakresie informacji statystycznych, finansowo-księgowych oraz o zatrudnieniu,
- OM - zawierających informacje na temat obrotu przychodu we wszystkich magazynach (w tym magazynów oddziałowych) produktów leczniczych oraz wyrobów medycznych.

Dane z grup H81–H84 przekazało 13 świadczeniodawców. Szczegóły znajdują się w załączniku nr 12.

Tabela 32 Liczba świadczeniodawców, którzy przekazali dane z grup H81–H84 w ramach współpracy bieżącej

Grupa	Liczba świadczeniodawców, którzy przekazali dane
H81	5
H82	7
H83	13
H84	12

W poniższej tabeli zestawiono łącznie reprezentatywność na poziomie szpitali oraz liczby świadczeniodawców ze wszystkich postępowań.

Tabela 33 Wielkość pozyskanej próby

Rodzaj danych	H81	H82	H83	H84
Liczba świadczeniodawców realizujących świadczenia z danej grupy w 2016 roku	259	333	651	564
Liczba świadczeniodawców, którzy przekazali dane szczegółowe	33	39	48	46
[%] świadczeniodawców pozyskanych do próby	12,74	11,71	7,37	8,16
Liczba świadczeniodawców, którzy przekazali dane w kartach kosztowych	4	5	15	15
[%] świadczeniodawców pozyskanych do próby	1,54	1,50	2,30	2,66
Liczba świadczeń zrealizowanych w 2016 roku (statystyki JGP NFZ)	2 303	3 059	68 026	8 389
Liczba świadczeń sprawozdanych w danych szczegółowych	348	541	2 868	2 760
[%] świadczeń pozyskanych do próby	15,1	17,68	4,22	32,9
Liczba świadczeń sprawozdanych w kartach kosztorysowych	11	18	946	119
[%] świadczeń pozyskanych do próby	0,47	0,59	1,42	1,42
Liczba świadczeń sprawozdanych w danych bieżących	39	36	1 331	142
[%] świadczeń pozyskanych do próby	1,69	1,14	1,96	1,69

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

3.2. Analiza danych

Analiza danych szczegółowych przekazanych przez świadczeniodawców przeprowadzona została zgodnie z *Metodyką taryfikacji świadczeń opieki zdrowotnej w AOTMiT*, która opublikowana jest na stronie internetowej Agencji.¹⁴ W uzasadnionych przypadkach, które zostały wskazane w dalszej części dokumentu, zastosowano odstępstwa od metodyki.

Analiza danych szczegółowych

Do oszacowania kosztów świadczeń zdrowotnych wykorzystano dane pochodzące od:

- od 15 świadczeniodawców (dane o 102 hospitalizacjach) – dla świadczeń zdrowotnych rozliczanych w ramach JGP H81,
- od 18 świadczeniodawców (dane o 99 hospitalizacjach) – dla świadczeń zdrowotnych rozliczanych w ramach JGP H82,
- od 27 świadczeniodawców (dane o 3 329 hospitalizacji) – dla świadczeń zdrowotnych rozliczanych w ramach JGP H83,
- oraz 25 świadczeniodawców (dane o 1 702 hospitalizacjach) – dla świadczeń zdrowotnych rozliczanych w ramach JGP H84.

Poniżej przedstawiono główne informacje o sposobie obliczeń podstawowych składowych kosztu świadczenia, tj. czasu hospitalizacji, kosztu osobodnia, kosztu personelu, kosztów oraz zużycia leków i wyrobów medycznych oraz kosztów wykonywanych procedur.

¹⁴ Pozyskano z: <http://www.aotm.gov.pl/www/taryfikacja/metodyka-taryfikacji/> (28.10.2016 r.)

Dane analizowano w obrębie poszczególnych procedur kierunkowych mieszczących się w charakterystyce odpowiednich grup. Do wyliczenia kosztów w obrębie poszczególnych grup przyjęto dane dla najczęściej wykonywanych procedur kierunkowych (według danych NFZ za 2016 rok) o znacznej reprezentatywności danych szczegółowych przekazanych przez świadczeniodawców. Nie rozpatrywano procedur, dla których liczba hospitalizacji w przekazanych przez świadczeniodawców danych szczegółowych wyniosła 1–2 (dla grup H81 oraz H82) lub poniżej 10 hospitalizacji (dla grup H82 oraz H84). Ponadto podjęto decyzję o wyłączeniu danej procedury z analizy tam gdzie brakowało danych nt. kosztów zmiennych (leki, wyroby medyczne oraz procedury) lub były to dane o niskiej jakości (brak przynajmniej 2 rodzajów kosztów zmiennych np. produkty lecznicze oraz wyroby medyczne lub produkty lecznicze oraz procedury medyczne).

Poniższa tabela przedstawia liczbę przypadków wykorzystanych do analizy.

Tabela 34 Liczba danych szczegółowych, które sprawozdano do Agencji i wykorzystano do analizy kosztów

Grupa JGP	Liczba świadczeniodawców	Liczba hospitalizacji	Udział wszystkich zrealizowanych świadczeń w 2016 r.
H81	15	102	4,43%
H82	18	99	3,24%
H83	27	3 329	4,89%
H84	25	1 702	10,97%

Czas hospitalizacji

W celu ustalenia czasu hospitalizacji potrzebnego do wyliczenia taryf świadczeń przeanalizowano rozkłady długości pobytów na podstawie danych Narodowego Funduszu Zdrowia dla wszystkich świadczeń zrealizowanych w ramach wybranych procedur w JGP H81–H84 w roku 2016 i na tej podstawie, po odcięciu wartości skrajnych (metodą *box plot*), obliczone zostały średnie oraz mediana.

W poniższych tabelach wskazane zostały długości hospitalizacji przyjęte do wyliczenia kosztów pobytu pacjenta na oddziale, w podziale na poszczególne procedury kierunkowe.

Tabela 35 Długości hospitalizacji z uwzględnieniem podziału na poszczególne procedury kierunkowe z JGP H81 (średnia oraz mediana po odcięciach)

ICD-9	Procedura	Długość pobytu w dniach (średnia)	Długość pobytu w dniach (mediana)
77.07	Wycięcie martwaka - kość piszczelowa/ kość strzałkowa	16,56	15,00
77.65	Miejscowe wycięcie zmiany lub tkanki kości - kość udowa	17,74	16,00
77.67	Miejscowe wycięcie zmiany lub tkanki kości - kość piszczelowa/ kość strzałkowa	15,51	14,00
77.05	Wycięcie martwaka - kość udowa	18,16	17,00
77.08	Wycięcie martwaka - kości stępu/ kości śródstopia	17,32	15,00
84.129	Amputacja w zakresie stopy - inne	17,21	15,00
84.151	Amputacja nogi na wysokości kości piszczelowej i strzałkowej - nie określona inaczej	19,87	17,00
77.092	Wycięcie martwaka - inne kości (palczki palców stopy/ ręki)	16,78	14,00
77.692	Miejscowe wycięcie zmiany lub tkanki kości - inne kości (palczki palców stopy/ ręki)	14,66	14,00
78.415	Inne zabiegi naprawcze kości - kość udowa/ miednica	14,10	12,50
78.427	Zabieg naprawczy złego zrostu lub braku zrostu - kość piszczelowa/ kość strzałkowa	17,25	16,00

ICD-9	Procedura	Długość pobytu w dniach (średnia)	Długość pobytu w dniach (mediana)
77.17	Inne nacięcie kości bez rozdzielenia - kość piszczelowa/ kość strzałkowa	17,80	16,00
84.125	Amputacja przez śródstopie (w tym wszystkich palców u stopy)	22,50	22,50
77.38	Inne rozdzielenie kości - kości stępu/ kości śródstopia	23,00	23,00

Tabela 36 Długości hospitalizacji z uwzględnieniem podziału na poszczególne procedury kierunkowe z JGP H82 (średnia oraz mediana po odcięciach)

ICD-9	Procedura	Długość pobytu w dniach (średnia)	Długość pobytu w dniach (mediana)
77.81	Inne częściowe wycięcie kości - łopatka, obojczyk, klatka piersiowa (żebra i mostek)	4,29	3,00
77.82	Inne częściowe wycięcie kości - kość ramienna	2,56	2,00
77.85	Inne częściowe wycięcie kości - kość udowa	3,54	3,00
77.87	Inne częściowe wycięcie kości - kość piszczelowa/ kość strzałkowa	3,28	3,00
77.88	Inne częściowe wycięcie kości - kości stępu/ kości śródstopia	3,31	3,00
77.892	Inne częściowe wycięcie kości - inne kości (palciki palców stopy/ ręki)	2,21	2,00
80.15	Inna artrotomia - biodro	17,79	16,00
80.16	Inna artrotomia - kolano	14,56	11,00
80.442	Uwolnienie stawu - łokieć	2,00	2,00
80.92	Inne wycięcie tkanek stawu - łokieć	1,98	2,00
80.95	Inne wycięcie tkanek stawu - biodro	9,18	5,00
80.96	Inne wycięcie tkanek stawu - kolano	5,43	4,00
80.97	Inne wycięcie tkanek stawu - kostka	2,77	2,00
80.98	Inne wycięcie tkanek stawu - stopa i palce	2,32	2,00
83.191	Rozdzielenie mięśnia	2,67	2,00
83.192	Uwolnienie mięśnia	3,00	2,00

Tabela 37 Długości hospitalizacji z uwzględnieniem podziału na poszczególne procedury kierunkowe z JGP H83 (średnia oraz mediana po odcięciach)

ICD-9	Procedura	Długość pobytu w dniach (średnia)	Długość pobytu w dniach (mediana)
04.51	Przeszczep nerwu czaszkowego	1,00	0,50*
77.53	Wycięcie kaletki palucha/ korekcja tkanek miękkich - inne	1,85	2,00
80.16	Inna artrotomia- kolano	4,87	4,00
80.86	Inne miejscowe wycięcie lub zniszczenie zmiany stawu - kolano	2,85	2,00
80.88	Inne miejscowe wycięcie lub zniszczenie zmiany stawu - stopa i palce	1,49	2,00
80.96	Inne wycięcie tkanek stawu - kolano	2,52	2,00
80.98	Inne wycięcie tkanek stawu - stopa i palce	1,17	1,00
81.95	Szycie torebki stawowej/ więzadeł nogi - inne	3,46	3,00
82.29	Wycięcie zmiany tkanek miękkich ręki - inne	1,31	1,00
82.351	Uwolnienie przykurczu Dupuytren'a	1,84	2,00
82.39	Wycięcie tkanek miękkich ręki - inne	0,90	1,00
82.43	Odroczone szycie ścięgna ręki - inne	1,66	2,00
82.911	Uwolnienie zrostów powięzi, mięśni lub ścięgien ręki	0,79	0,50*
83.09	Nacięcie mięśni, ścięgna, powięzi i kaletki - inne	2,14	2,00
83.142	Rozdzielenie pasma biodrowo-piszczelowego	3,06	3,00
83.192	Uwolnienie mięśnia	3,61	3,00
83.391	Wycięcie cysty Bakera	2,47	2,00
83.71	Wydłużenie ścięgna	2,28	2,00
83.73	Powtórne przytwierdzenie ścięgna	3,32	3,00

ICD-9	Procedura	Długość pobytu w dniach (średnia)	Długość pobytu w dniach (mediana)
83.853	Plastyka ścięgna Achillesa	2,83	3,00
83.86	Plastyka mięśnia czworogłowego	4,76	4,00
83.881	Plastyka ścięgna i mięśnia	2,22	2,00
83.884	Plastyka ścięgna	2,11	2,00
83.91	Uwolnienie zrostów mięśni/ ścięgien/ powięzi i kaletki	1,00	1,00
83.999	Operacje mięśni/ ścięgien/ powięzi/ kałek - inne	1,80	2,00
86.229	Oczyszczenie (wycięcie) rany, zakażenia, oparzenia - inne	3,11	2,00
86.601	Przeszczep skóry pośredniej grubości	13,36	10,00
86.609	Przeszczep wolny skóry - inny	7,59	4,50
86.89	Rekonstrukcja/plastyka skóry i tkanki podskórnej - inne	0,99	0,50*

* mediana po odcięciach wyniosła 0,00 dnia stąd w takich przypadkach przyjęto arbitralnie 0,50 dnia

Tabela 38 Długości hospitalizacji z uwzględnieniem podziału na poszczególne procedury kierunkowe z JGP H84 (średnia oraz mediana po odcięciach)

ICD-9	Procedura	Długość pobytu w dniach (średnia)	Długość pobytu w dniach (mediana)
78.613	Usunięcie zewnętrznego stabilizatora kości - kość promieniowa/ kość łokciowa	0,51	0,50*
78.615	Usunięcie zewnętrznego stabilizatora kości - miednica	1,59	2,00
78.617	Usunięcie zewnętrznego stabilizatora kości - kość piszczelowa/ kość strzałkowa	1,35	1,00
82.011	Eksploracja pochewki ścięgna na rękę - inna	1,24	1,00
82.012	Nacięcie pochewki ścięgna na rękę	0,92	1,00
82.211	Wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna ręki (nadgarstek)	1,11	1,00
82.44	Szycie ścięgna zginacza ręki - inne	1,87	2,00
82.45	Szycie ścięgna ręki - inne	1,51	1,00
83.011	Nacięcie pochewki ścięgna	1,20	1,00
83.133	Uwolnienie ścięgna	0,91	1,00
83.311	Wycięcie zmiany pochewki ścięgna	1,24	1,00
83.312	Wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna, z wyjątkiem ręki	1,49	2,00
83.399	Wycięcie zmiany tkanek miękkich - inne	0,98	0,50
83.5	Wycięcie kaletki	1,81	2,00
83.641	Zeszywanie ścięgna Achillesa	2,45	2,00
83.649	Szycie ścięgna - inne	2,05	2,00
83.659	Szycie mięśnia/ powięzi - inne	2,20	2,00
86.04	Nacięcie/ drenaż skóry/ tkanki podskórnej - inne	1,95	2,00
86.221	Oczyszczenie przez wycięcie zdewitalizowanej tkanki	1,43	1,00
86.222	Wycięcie martwiczej tkanki	1,56	1,00
86.229	Oczyszczenie (wycięcie) rany, zakażenia, oparzenia - inne	0,50^	0,50*
86.271	Usunięcie tkanki martwiczej	0,50^	0,50*
86.272	Usunięcie wilgotnej tkanki martwiczej	0,92	0,50*
86.284	Usunięcie zdewitalizowanej tkanki, martwicy lub wilgotnej tkanki martwiczej przez przemycie	1,11	1,00

* mediana po odcięciach wyniosła 0,00 dnia stąd w takich przypadkach przyjęto arbitralnie 0,50 dnia; ^ średnia po odcięciach wartości odstających wynosiła poniżej 0,50 dnia w takich przypadkach przyjęto do analizy 0,50 dnia

Osobodzień

Do obliczenia średniego kosztu osobodnia na oddziale posłużyły dane finansowo-księgowe przekazane przez świadczeniodawców, które przeważono częstością wykonywania świadczeń rozliczanych w ramach poszczególnych JGP na poszczególnych rodzajach oddziałów wg statystyk NFZ z 2016 r. Dane finansowo-księgowe pochodzą z lat 2015–2016 (dane z 2015 roku zostały zaktualizowane do 2016 r.

przy zastosowaniu odpowiedniego mnożnika) z oddziałów, na których udzielane są świadczenia rozliczane w ramach poszczególnych JGP.

- 1) Świadczenia rozliczane w ramach JGP H81 udzielane są głównie na dwóch oddziałach – na oddziale ortopedii i traumatologii narządu ruchu (68,65% wszystkich świadczeń) oraz na oddziale chirurgii ogólnej (22,71% wszystkich świadczeń). Pozostałe oddziały to: chirurgia onkologiczna (3,34%) oraz ortopedia dziecięca (2,65%). Ważony koszt osobodnia przyjęty do analizy wyniósł **432,87 zł**.
- 2) Świadczenia rozliczane w ramach JGP H82 udzielane są głównie na trzech oddziałach – na oddziale ortopedii i traumatologii narządu ruchu (41,16% wszystkich świadczeń), na oddziale chirurgii ogólnej (29,64% wszystkich świadczeń) oraz na oddziale chirurgii onkologicznej (26,53% wszystkich świadczeń). Pozostałe oddziały to: ortopedia dziecięca (2,22%), chirurgia dziecięca (1,47%). Ważony koszt osobodnia przyjęty do analizy wyniósł **450,29 zł**.
- 3) Świadczenia rozliczane w ramach JGP H83 udzielane są głównie na dwóch oddziałach – na oddziale ortopedii i traumatologii narządu ruchu (48,98% wszystkich świadczeń) oraz na oddziale chirurgii ogólnej (26,28% wszystkich świadczeń). Pozostałe oddziały to: ortopedia dziecięca (1,48%), chirurgia dziecięca (4,39%), chirurgia plastyczna (1,39%), neurochirurgia (3,17%), a także ortopedia zespół jednego dnia (6,24%) oraz zespół chirurgii jednego dnia (5,29%). Ważony koszt osobodnia przyjęty do analizy wyniósł **443,97 zł**.
- 4) Procedury grupy H84 realizowane są głównie na dwóch oddziałach - na oddziale ortopedii i traumatologii narządu ruchu (31,90% wszystkich świadczeń) oraz na oddziale chirurgii ogólnej (31,76% wszystkich świadczeń). Pozostałe oddziały to: ortopedia dziecięca (3,78%), chirurgia dziecięca (14,49%), chirurgia plastyczna (1,12%), chirurgia onkologiczna (3,28%), a także ortopedia zespół jednego dnia (1,55%) oraz zespół chirurgii jednego dnia (10,06%). Ważony koszt osobodnia przyjęty do analizy wyniósł **444,29 zł**.

W związku z tym do wyliczenia elementów bazowych hospitalizacji wykorzystano dane m.in z 101 oddziałów chirurgii ogólnej, 104 oddziałów ortopedii, z 16 chirurgii onkologicznej, chirurgii dziecięcej (31) oraz ortopedii dziecięcej (6). Poniższe tabele przedstawiają poszczególne składowe osobodnia z oddziałów, które realizowano poszczególne grupy i brały udział do wyliczenia średniej ważonej osobodnia.

Tabela 39 Średnie koszty elementów składających się na osobodzień w oddziale ortopedii (N=104)

Kategoria kosztu	Średnia stawka na godzinę (PLN)	Średni czas pracy na osobodzień (h)
Lekarz	67,39	1,78
Lekarz rezydent	31,19	0,44
Pielęgniarka	29,86	3,74
Inny personel medyczny	20,30	0,34
Pozostały personel	18,85	0,21
Infrastruktura	183,23	nd
Łącznie koszt osobodnia* [PLN]	439,72	

* suma iloczynów stawki godzinowej i średniego czasu pracy personelu oraz infrastruktura na danym oddziale w ramach 1osobodnia

Tabela 40 Średnie koszty składających się na osobodzień w oddziale chirurgii ogólnej (N=101)

Kategoria kosztu	Średnia stawka na godzinę (PLN)	Średni czas pracy na osobodzień (h)
Lekarz	63,89	1,78
Lekarz rezydent	29,24	0,28

Kategoria kosztu	Średnia stawka na godzinę (PLN)	Średni czas pracy na osobodzień (h)
Pielęgniarka	28,75	3,52
Inny personel medyczny	20,05	0,23
Pozostały personel	18,58	0,14
Infrastruktura	168,84	nd
Łącznie koszt osobodnia* [PLN]	399,12	

* suma iloczynów stawki godzinowej i średniego czasu pracy personelu oraz infrastruktura na danym oddziale w ramach 1osobodnia

Tabela 41 Średnie koszty elementów składających się na osobodzień w oddziale chirurgii onkologicznej (N=16)

Kategoria kosztu	Średnia stawka na godzinę (PLN)	Średni czas pracy na osobodzień (h)
Lekarz	66,79	1,66
Lekarz rezydent	35,33	0,07
Pielęgniarka	32,01	3,81
Inny personel medyczny	21,50	0,07
Pozostały personel	22,07	0,11
Infrastruktura	179,83	nd
Łącznie koszt osobodnia* [PLN]	418,86	

* suma iloczynów stawki godzinowej i średniego czasu pracy personelu oraz infrastruktura na danym oddziale w ramach 1osobodnia

Tabela 42 Średnie koszty elementów składających się na osobodzień w oddziale chirurgii plastycznej (N=7)

Kategoria kosztu	Średnia stawka na godzinę (PLN)	Średni czas pracy na osobodzień (h)
Lekarz	54,95	1,30
Lekarz rezydent	25,86	0,34
Pielęgniarka	32,87	3,91
Inny personel medyczny	23,51	0,25
Pozostały personel	18,53	0,00
Infrastruktura	143,05	nd
Łącznie koszt osobodnia* [PLN]	357,79	

* suma iloczynów stawki godzinowej i średniego czasu pracy personelu oraz infrastruktura na danym oddziale w ramach 1osobodnia

Tabela 43 Średnie koszty elementów składających się na osobodzień w oddziale neurochirurgii (N=73)

Kategoria kosztu	Średnia stawka na godzinę (PLN)	Średni czas pracy na osobodzień (h)
Lekarz	63,60	1,75
Lekarz rezydent	27,37	0,24
Pielęgniarka	29,74	4,07
Inny personel medyczny	21,31	0,99
Pozostały personel	18,49	0,22
Infrastruktura	140,75	nd
Łącznie koszt osobodnia* [PLN]	404,62	

* suma iloczynów stawki godzinowej i średniego czasu pracy personelu oraz infrastruktura na danym oddziale w ramach 1osobodnia

Tabela 44 Średnie koszty elementów składających się na osobodzień w oddziale chirurgii dziecięcej (N=31)

Kategoria kosztu	Średnia stawka na godzinę (PLN)	Średni czas pracy na osobodzień (h)
Lekarz	63,78	2,36
Lekarz rezydent	28,04	0,54
Pielęgniarka	31,17	4,60
Inny personel medyczny	19,29	0,13
Pozostały personel	16,83	0,10
Infrastruktura	144,39	nd
Łącznie koszt osobodnia* [PLN]	457,49	

* suma iloczynów stawki godzinowej i średniego czasu pracy personelu oraz infrastruktura na danym oddziale w ramach 1osobodnia

Tabela 45 Średnie koszty elementów składających się na osobodzień w oddziale ortopedia dziecięca (N=6)

Kategoria kosztu	Średnia stawka na godzinę (PLN)	Średni czas pracy na osobodzień (h)
Lekarz	55,27	2,69
Lekarz rezydent	27,99	0,84
Pielęgniarka	41,39	4,51
Inny personel medyczny	20,24	0,26
Pozostały personel	17,05	0,00
Infrastruktura	198,59	nd
Łącznie koszt osobodnia* [PLN]	562,41	

* suma iloczynów stawki godzinowej i średniego czasu pracy personelu oraz infrastruktura na danym oddziale w ramach 1osobodnia

Tabela 46 Średnie koszty elementów składających się na osobodzień w oddziale zespół chirurgii jednego dnia (N=14)

Kategoria kosztu	Średnia stawka na godzinę (PLN)	Średni czas pracy na osobodzień (h)
Lekarz	92,23	3,74
Lekarz rezydent	0,00	0,00
Pielęgniarka	24,93	4,55
Inny personel medyczny	32,68	0,02
Pozostały personel	18,90	0,00
Infrastruktura	97,79	nd
Łącznie koszt osobodnia* [PLN]	556,58	

* suma iloczynów stawki godzinowej i średniego czasu pracy personelu oraz infrastruktura na danym oddziale w ramach 1osobodnia

Tabela 47 Średnie koszty elementów składających się na osobodzień w oddziale ortopedia zespół jednego dnia (N=2)

Kategoria kosztu	Średnia stawka na godzinę (PLN)	Średni czas pracy na osobodzień (h)
Lekarz	267,61	2,11
Lekarz rezydent	0,00	0,00
Pielęgniarka	25,88	2,66
Inny personel medyczny	0,00	0,00
Pozostały personel	0,00	0,00
Infrastruktura	97,03	nd
Łącznie koszt osobodnia* [PLN]	729,67	

* suma iloczynów stawki godzinowej i średniego czasu pracy personelu oraz infrastruktura na danym oddziale w ramach 1osobodnia

Tabela 48 Zestawienie średniego kosztu osobodnia na podstawie udziału zakresu świadczeń analizowanych świadczeń wg danych NFZ 2016 r.

JGP	Osobodzień 2016 (średnia ważona)	Zakres świadczeń	Udział
H81	432,87 zł	Ortopedia	70,52%
		Chirurgia ogólna	23,33%
		Chirurgia onkologiczna	3,43%
		Ortopedia dziecięca	2,72%
H82	450,29 zł	Ortopedia	40,10%
		Chirurgia ogólna	24,39%
		Chirurgia onkologiczna	31,78%
		Ortopedia dziecięca	2,24%
		Chirurgia dziecięca	1,49%
H83	443,97 zł	Ortopedia	57,39%
		Chirurgia ogólna	26,27%
		Chirurgia ogólna – zespół chirurgii jednego dnia	5,50%
		Chirurgia dziecięca	4,56%
		Neurochirurgia	3,29%
		Ortopedia dziecięca	1,54%

JGP	Osobodzień 2016 (średnia ważona)	Zakres świadczeń	Udział
H84	444,29 zł	Chirurgia plastyczna	1,44%
		Chirurgia ogólna	32,43%
		Ortopedia	34,16%
		Chirurgia dziecięca	14,79%
		Chirurgia ogólna – zespół chirurgii jednego dnia	10,27%
		Ortopedia dziecięca	3,86%
		Chirurgia onkologiczna	3,35%
		Chirurgia plastyczna	1,14%

Zaangażowanie zasobów bloku operacyjnego

Czas trwania poszczególnych procedur kierunkowych oraz liczebność poszczególnych kategorii personelu zaangażowanego w ich realizację został określony przez zespół ekspertów.

Tabele poniżej przedstawiają przyjęte czasy trwania poszczególnych procedur.

Tabela 49 Średnie czasy trwania procedur z grupy H81 na podstawie danych eksperckich

ICD-9	Nazwa procedury	Czas trwania zabiegu operacyjnego (bez uwzględnienia przygotowania sali)* [min]
77.05	Wycięcie martwaka - kość udowa	78,64
77.07	Wycięcie martwaka - kość piszczelowa/ kość strzałkowa	59,88
77.08	Wycięcie martwaka - kości stępu/ kości śródstopia	72,92
77.092	Wycięcie martwaka - inne kości (paliczki palców stopy/ ręki)	45,00
77.17	Inne nacięcie kości bez rozdzielenia - kość piszczelowa/ kość strzałkowa	48,33
77.38	Inne rozdzielenie kości - kości stępu/ kości śródstopia	130,00
77.65	Miejscowe wycięcie zmiany lub tkanki kości - kość udowa	90,00
77.67	Miejscowe wycięcie zmiany lub tkanki kości - kość piszczelowa/ kość strzałkowa	105,71
77.692	Miejscowe wycięcie zmiany lub tkanki kości - inne kości (paliczki palców stopy/ ręki)	60,00
78.415	Inne zabiegi naprawcze kości - kość udowa/ miednica	130,00
78.427	Zabieg naprawczy złego zrostu lub braku zrostu - kość piszczelowa/ kość strzałkowa	130,00
84.102	Amputacja kineplastyczna kończyny dolnej	60,00
84.125	Amputacja przez śródstopie (w tym wszystkich palców stopy)	60,00
84.129	Amputacja w zakresie stopy - inne	25,00
84.151	Amputacja nogi na wysokości kości piszczelowej i strzałkowej ☐ nie określona inaczej	180,00

* odpowiednio doliczono czas okołoperacyjny składający się na całkowity czas wykorzystania infrastruktury bloku operacyjnego podczas danej procedury (z uwzględnieniem przygotowania bloku przed operacją jak i po, znieczuleniem pacjenta), wskazany według ekspertów na 60 min.

Tabela 50 Średnie czasy trwania procedur z grupy H82 na podstawie danych eksperckich

ICD-9	Nazwa procedury	Czas trwania zabiegu operacyjnego (bez uwzględnienia przygotowania sali)* [min]
77.81	Inne częściowe wycięcie kości - łopatka, obojczyk, klatka piersiowa (żebra i mostek)	120,00
77.82	Inne częściowe wycięcie kości - kość ramienna	60,00
77.85	Inne częściowe wycięcie kości - kość udowa	70,00
77.87	Inne częściowe wycięcie kości - kość piszczelowa/ kość strzałkowa	25,00
77.88	Inne częściowe wycięcie kości - kości stępu/ kości śródstopia	47,50
77.892	Inne częściowe wycięcie kości - inne kości (paliczki palców stopy/ ręki)	60,00
80.15	Inna artrotomia - biodro	30,00
80.16	Inna artrotomia - kolano	35,00
80.442	Uwolnienie stawu - łokieć	90,00
80.92	Inne wycięcie tkanek stawu - łokieć	90,00

ICD-9	Nazwa procedury	Czas trwania zabiegu operacyjnego (bez uwzględnienia przygotowania sali)* [min]
80.94	Inne wycięcie tkanek stawu - ręka i palce	60,00
80.95	Inne wycięcie tkanek stawu - biodro	90,00
80.96	Inne wycięcie tkanek stawu - kolano	50,00
80.97	Inne wycięcie tkanek stawu - kostka	45,00
80.98	Inne wycięcie tkanek stawu - stopa i palce	45,00
83.191	Rozdzielenie mięśnia	45,00
83.192	Uwolnienie mięśnia	60,00
86.601	Przeszczep wolny skóry niepełnej grubości	67,50

* odpowiednio podczas czas okołoperacyjny składający się na całkowity czas wykorzystania infrastruktury bloku operacyjnego podczas danej procedury (z uwzględnieniem przygotowania bloku przed operacją jak i po, znieczuleniem pacjenta), wskazany według ekspertów – 60 min.

Tabela 51 Średnie czasy trwania procedur z grupy H83 na podstawie danych eksperckich

ICD-9	Nazwa procedury	Czas trwania zabiegu operacyjnego (bez uwzględnienia przygotowania sali)* [min]
04.51	Przeszczep nerwu czaszkowego	85**
77.53	Wycięcie kaletki palucha/ korekcja tkanek miękkich - inne	30,00
80.16	Inna artrotomia- kolano	40,00
80.86	Inne miejscowe wycięcie lub zniszczenie zmiany stawu - kolano	47,00
80.88	Inne miejscowe wycięcie lub zniszczenie zmiany stawu - stopa i palce	40,00
80.96	Inne wycięcie tkanek stawu - kolano	46,25
80.98	Inne wycięcie tkanek stawu - stopa i palce	40,00
81.95	Szycie torebki stawowej/ więzadeł nogi - inne	55,00
82.29	Wycięcie zmiany tkanek miękkich ręki - inne	43,33
82.351	Uwolnienie przykurczu Dupuytren'a	140,00
82.39	Wycięcie tkanek miękkich ręki - inne	60,00
82.43	Odroczone szycie ścięgna ręki - inne	120,00
82.911	Uwolnienie zrostów powięzi, mięśni lub ścięgien ręki	51,25
83.09	Nacięcie mięśni, ścięgna, powięzi i kaletki - inne	21,67
83.142	Rozdzielenie pasma biodrowo-piszczelowego	30,00
83.192	Uwolnienie mięśnia	55,00
83.391	Wycięcie cysty Bakera	67,86
83.71	Wydłużenie ścięgna	20,32
83.73	Powtórne przytwierdzenie ścięgna	71,67
83.853	Plastyka ścięgna Achillesa	76,00
83.86	Plastyka mięśnia czworogłowego	60,00
83.881	Plastyka ścięgna i mięśnia	55,00
83.884	Plastyka ścięgna	33,00
83.91	Uwolnienie zrostów mięśni/ ścięgien/ powięzi i kaletki	33,33
83.999	Operacje mięśni/ ścięgien/ powięzi/ kałek - inne	60,71
86.229	Oczyszczenie (wycięcie) rany, zakażenia, oparzenia - inne	40,71
86.601	Przeszczep skóry pośredniej grubości	97,50
86.609	Przeszczep wolny skóry - inny	60,00
86.89	Rekonstrukcja/plastyka skóry i tkanki podskórnej - inne	98,33

* odpowiednio doliczono czas okołoperacyjny składający się na całkowity czas wykorzystania infrastruktury bloku operacyjnego podczas danej procedury (z uwzględnieniem przygotowania bloku przed operacją jak i po, znieczuleniem pacjenta), wskazany według ekspertów – 60 min; ** przyjęto rzeczywisty czas sprawozdany przez świadczeniodawców dla proc zabiegowej 04.51 (przeszczep nerwu czaszkowego) ponieważ zespół ekspertów z dziedziny ortopedii nie był w stanie oszacować czasu trwania zabiegu dla zabiegu z pogranicza neurochirurgii

Tabela 52 Średnie czasy trwania procedur z grupy H84 na podstawie danych eksperckich

ICD-9	Procedura	Czas trwania zabiegu operacyjnego (bez uwzględnienia przygotowania sali)* [min]
78.613	Usunięcie zewnętrznego stabilizatora kości - kość promieniowa/ kość łokciowa	26,67
78.615	Usunięcie zewnętrznego stabilizatora kości - miednica	40,00

ICD-9	Procedura	Czas trwania zabiegu operacyjnego (bez uwzględnienia przygotowania sali)* [min]
78.617	Usunięcie zewnętrznego stabilizatora kości - kość piszczelowa/kość strzałkowa	30,00
82.011	Eksplozacja pochewki ścięgna na rękę - inna	30,00
82.012	Nacięcie pochewki ścięgna na rękę	30,00
82.211	Wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna ręki (nadgarstek)	45,00
82.44	Szycie ścięgna zginacza ręki - inne	78,57
82.45	Szycie ścięgna ręki - inne	70,00
83.011	Nacięcie pochewki ścięgna	30,00
83.133	Uwolnienie ścięgna	28,57
83.311	Wycięcie zmiany pochewki ścięgna	30,00
83.312	Wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna, z wyjątkiem ręki	60,00
83.399	Wycięcie zmiany tkanek miękkich - inne	62,50
83.5	Wycięcie kaletki	35,00
83.641	Zeszywanie ścięgna Achillesa	62,92
83.649	Szycie ścięgna - inne	53,00
83.659	Szycie mięśnia/ powięzi - inne	30,00
86.04	Nacięcie/ drenaż skóry/ tkanki podskórnej - inne	40,00
86.221	Oczyszczenie przez wycięcie zdewitalizowanej tkanki	45,00
86.222	Wycięcie martwiczej tkanki	45,00
86.229	Oczyszczenie (wycięcie) rany, zakażenia, oparzenia - inne	45,00
86.271	Usunięcie tkanki martwiczej	20,00
86.272	Usunięcie wilgotnej tkanki martwiczej	45,00
86.284	Usunięcie zdewitalizowanej tkanki, martwicy lub wilgotnej tkanki martwiczej przez przemywanie	20,00

* odpowiednio doliczono czas okołoperacyjny składający się na całkowity czas wykorzystania infrastruktury bloku operacyjnego podczas danej procedury (z uwzględnieniem przygotowania bloku przed operacją jak i po, znieczuleniem pacjenta), wskazany według ekspertów – 60 min.

Liczbę osób poszczególnych kategorii personelu oraz ich czas zaangażowania w zabieg przyjęto w oparciu o dane przygotowane przez zespół ekspertów klinicznych. Ponadto do każdej procedury doliczono czas pracy salowej (wynoszący tyle, co całkowity czas wykorzystania infrastruktury bloku operacyjnego). Dodatkowo dla procedur wykonywanych w trakcie hospitalizacji rozliczanych w ramach JGP: H81 oraz H82 w wycenie uwzględniono czas zaangażowania technika RTG, który według opinii ekspertów średnio wyniósł 25 minut. Tabele poniżej przedstawiają przyjęte do analizy czasy zaangażowania poszczególnych kategorii personelu, także liczbę członków zespołu operacyjnego, w rozbiu na poszczególne procedury.

Tabela 53 Czas oraz liczba zaangażowanego personelu dla grupy H81 na podstawie danych eksperckich

ICD-9	Procedura	Lekarz anestezjolog [min]	Pielęgniarka anestezjologiczna [min]	Lekarz operator [min]	Lekarz asysta [min]	Instrumentariuszka [min]
77.05	Wycięcie martwaka - kość udowa	118,64	118,64	98,64	2x99	2x120
77.07	Wycięcie martwaka - kość piszczelowa/ kość strzałkowa	99,88	99,88	79,88	2x80	2x100
77.08	Wycięcie martwaka - kości stępu/ kości śródstopia	112,92	112,92	92,92	2x93	2x113
77.092	Wycięcie martwaka - inne kości (palciki palców stopy/ ręki)	85,00	85,00	65,00	65,0	2x65

ICD-9	Procedura	Lekarz anestezjolog [min]	Pielęgniarka anestezjologiczna [min]	Lekarz operator [min]	Lekarz asysta [min]	Instrumentariuszka [min]
77.17	Inne nacięcie kości bez rozdzielania - kość piszczelowa/ kość strzałkowa	88,33	88,33	68,33	2x70	2x90
77.38	Inne rozdzielanie kości - kości stępu/ kości śródstopia	170,00	170,00	150,00	150,0	2x150
77.65	Miejscowe wycięcie zmiany lub tkanki kości - kość udowa	130,00	130,00	110,00	2x110	2x130
77.67	Miejscowe wycięcie zmiany lub tkanki kości - kość piszczelowa/ kość strzałkowa	145,71	145,71	125,71	2x125	2x145
77.692	Miejscowe wycięcie zmiany lub tkanki kości - inne kości (paliczki palców stopy/ ręki)	100,00	100,00	80,00	2x80	2x100
78.415	Inne zabiegi naprawcze kości - kość udowa/ miednica	170,00	170,00	150,00	150,0	2x150
78.427	Zabieg naprawczy złego zrostu lub braku zrostu - kość piszczelowa/ kość strzałkowa	170,00	170,00	150,00	150,0	2x150
84.102	Amputacja kineplastyczna kończyny dolnej	100,00	100,00	80,00	80,0	2x80
84.125	Amputacja przez śródstopie (w tym wszystkich palców stopy)	100,00	100,00	80,00	80,0	2x80
84.129	Amputacja w zakresie stopy - inne	65,00	65,00	45,00	2x45	2x60
84.151	Amputacja nogi na wysokości kości piszczelowej i strzałkowej nie określona inaczej	220,00	220,00	200,00	2x200	2x220

Tabela 54 Czas oraz liczba zaangażowanego personelu dla grupy H82 na podstawie danych eksperckich

ICD-9	Procedura	Lekarz anestezjolog [min]	Pielęgniarka anestezjologiczna [min]	Lekarz operator [min]	Lekarz asysta [min]	Instrumentariuszka [min]
77.81	Inne częściowe wycięcie kości - łopatka, obojczyk, klatka piersiowa (żebra i mostek)	160,00	160,00	140,00	140,00	2x140
77.82	Inne częściowe wycięcie kości - kość ramienna	100,00	100,00	80,00	-	2x80
77.85	Inne częściowe wycięcie kości - kość udowa	110,00	110,00	90,00	2x90	2x110
77.87	Inne częściowe wycięcie kości - kość piszczelowa/ kość strzałkowa	65,00	65,00	45,00	2x45	2x600

ICD-9	Procedura	Lekarz anestezjolog [min]	Pielęgniarka anestezjologiczna [min]	Lekarz operator [min]	Lekarz asysta [min]	Instrumentariuszka [min]
77.88	Inne częściowe wycięcie kości - kości stępu/kości śródstopia	87,50	87,50	67,50	2x68	2x87
77.892	Inne częściowe wycięcie kości - inne kości (paliczki palców stopy/ręki)	100,00	100,00	80,00	2x80	2x98
80.15	Inna artrotomia - biodro	70,00	70,00	50,00	-	2x50
80.16	Inna artrotomia - kolano	75,00	75,00	55,00	2x55	2x75
80.442	Uwolnienie stawu - łokieć	130,00	130,00	110,00	110	110
80.92	Inne wycięcie tkanek stawu - łokieć	130,00	130,00	110,00	-	2x110
80.94	Inne wycięcie tkanek stawu - ręka i palce	100,00	100,00	80,00	2x80	2x100
80.95	Inne wycięcie tkanek stawu - biodro	130,00	130,00	110,00	110	2x110
80.96	Inne wycięcie tkanek stawu - kolano	90,00	90,00	70,00	2x70	2x90
80.97	Inne wycięcie tkanek stawu - kostka	85,00	85,00	65,00	65,0	2x65
80.98	Inne wycięcie tkanek stawu - stopa i palce	85,00	85,00	65,00	65,0	2x65
83.191	Rozdzielenie mięśnia	85,00	85,00	65,00	65,0	2x65
83.192	Uwolnienie mięśnia	100,00	100,00	80,00	80,0	2x80
86.601	Przeszczep wolny skóry niepełnej grubości	107,50	107,50	87,50	87,5	2x87,5

Tabela 55 Czas oraz liczba zaangażowanego personelu dla grupy H83 na podstawie danych eksperckich

ICD-9	Procedura	Lekarz anestezjolog [min]	Pielęgniarka anestezjologiczna [min]	Lekarz operator [min]	Lekarz asysta [min]	Instrumentariuszka [min]
04.51	Przeszczep nerwu czaszkowego	185,00**	185,00**	165,00**	165,00**	2x165,00**
77.53	Wycięcie kaletki palucha/ korekcja tkanek miękkich - inne	70,00	110,00	50,00	50,00	2x50
80.16	Inna artrotomia- kolano	80,00	80,00	60,00	60,00	2x75
80.86	Inne miejscowe wycięcie lub zniszczenie zmiany stawu - kolano	87,00	87,00	67,00	67,00	2x85
80.88	Inne miejscowe wycięcie lub zniszczenie zmiany stawu - stopa i palce	80,00	80,00	60,00	60,00	2x75
80.96	Inne wycięcie tkanek stawu - kolano	86,25	86,25	66,25	66,25	2x80
80.98	Inne wycięcie tkanek stawu - stopa i palce	80,00	80,00	60,00	60,00	2x75
81.95	Szycie torebki stawowej/ więzadeł nogi - inne	95,00	95,00	75,00	75,00	2x90
82.29	Wycięcie zmiany tkanek miękkich ręki - inne	83,33	83,33	63,33	63,33	2x78
82.351	Uwolnienie przykurczu Dupuytren'a	180,00	180,00	160,00	160,00	2x102

ICD-9	Procedura	Lekarz anestezjolog [min]	Pielęgniarka anestezjologiczna [min]	Lekarz operator [min]	Lekarz asysta [min]	Instrumentariuszka [min]
82.39	Wycięcie tkanek miękkich ręki - inne	100,00	100,00	80,00	80,00	2x100
82.43	Odroczone szycie ścięgna ręki - inne	160,00	160,00	140,00	140,00	2x140
82.911	Uwolnienie zrostów powięzi, mięśni lub ścięgien ręki	91,25	91,25	71,25	71,25	2x90
83.09	Nacięcie mięśni, ścięgna, powięzi i kaletki - inne	61,67	61,67	41,67	41,67	2x60
83.142	Rozdzielenie pasma biodrowo-piszczelowego	70,00	70,00	50,00	50,00	2x50
83.192	Uwolnienie mięśnia	95,00	95,00	75,00	75,00	2x90
83.391	Wycięcie cysty Bakera	107,86	107,86	87,86	87,86	2x100
83.71	Wydłużenie ścięgna	60,32	60,32	40,32	40,32	2x55
83.73	Powtórne przytwierdzenie ścięgna	111,67	111,67	91,67	91,67	2x106
83.853	Plastyka ścięgna Achillesa	116,00	116,00	96,00	96,00	2x110
83.86	Plastyka mięśnia czworogłowego	100,00	100,00	80,00	80,00	2x80
83.881	Plastyka ścięgna i mięśnia	95,00	95,00	75,00	75,00	2x90
83.884	Plastyka ścięgna	73,00	73,00	53,00	53,00	2x73
83.91	Uwolnienie zrostów mięśni/ ścięgien/ powięzi i kaletki	73,33	73,33	53,33	53,33	2x73
83.999	Operacje mięśni/ ścięgien/ powięzi/ kałek - inne	100,71	100,71	80,71	80,71	2x100
86.229	Oczyszczenie (wycięcie) rany, zakażenia, oparzenia - inne	80,71	80,71	60,71	60,71	2x80
86.601	Przeszczep skóry pośredniej grubości	137,50	137,50	117,50	117,50	2x140
86.609	Przeszczep wolny skóry - inny	100,00	100,00	80,00	80,00	2x80
86.89	Rekonstrukcja/plastyka skóry i tkanki podskórnej - inne	138,33	138,33	118,33	118,33	2x140

**** przyjęto rzeczywisty czas sprawozdany przez świadczeniodawców dla procedury zabiegowej 04.51 (przeszczep nerwu czaszkowego) ponieważ zespół ekspertów z dziedziny ortopedii nie był w stanie oszacować czasu oraz liczby zaangażowanego personelu podczas zabiegu z pogranicza neurochirurgii**

Tabela 56 Czas oraz liczba zaangażowanego personelu dla grupy H84 na podstawie danych eksperckich

ICD-9	Procedura	Lekarz anestezjolog [min]	Pielęgniarka anestezjologiczna [min]	Lekarz operator [min]	Lekarz asysta [min]	Instrumentariuszka [min]
78.613	Usunięcie zewnętrznego stabilizatora kości - kość promieniowa/ kość łokciowa	66,67	66,67	46,67	46,67	2x67
78.615	Usunięcie zewnętrznego	80,00	80,00	60,00	60,00	2x80

ICD-9	Procedura	Lekarz anestezjolog [min]	Pielęgniarka anestezjologiczna [min]	Lekarz operator [min]	Lekarz asysta [min]	Instrumentariuszka [min]
	stabilizatora kości - miednica					
78.617	Usunięcie zewnątrznego stabilizatora kości - kość piszczelowa/ kość strzałkowa	70,00	70,00	50,00	50,00	2x50
82.011	Eksploracja pochewki ścięgnistej na ręce - inna	70,00	70,00	50,00	50,00	2x50
82.012	Nacięcie pochewki ścięgnistej na ręce	70,00	70,00	50,00	50,00	2x50
82.211	Wycięcie torbieli gąłaretowatej pochewki ścięgna ręki (nadgarstek)	85,00	85,00	65,00	65,00	2x85
82.44	Szycie ścięgna zginacza ręki - inne	118,57	118,57	98,57	98,57	2x120
82.45	Szycie ścięgna ręki - inne	110,00	110,00	90,00	90,00	2x91
83.011	Nacięcie pochewki ścięgna	70,00	70,00	50,00	50,00	2x50
83.133	Uwolnienie ścięgna	68,57	68,57	48,57	48,57	2x70
83.311	Wycięcie zmiany pochewki ścięgna	70,00	70,00	50,00	50,00	2x50
83.312	Wycięcie torbieli gąłaretowatej pochewki ścięgna, z wyjątkiem ręki	100,00	100,00	80,00	80,00	2x100
83.399	Wycięcie zmiany tkanek miękkich - inne	102,50	102,50	82,50	82,50	2x84
83.5	Wycięcie kaletki	75,00	75,00	55,00	55,00	
83.641	Zeszycie ścięgna Achillesa	102,92	102,92	82,92	82,92	2x103
83.649	Szycie ścięgna - inne	93,00	93,00	73,00	73,00	2x93
83.659	Szycie mięśnia/ powięzi - inne	70,00	70,00	50,00	50,00	2x50
86.04	Nacięcie/ drenaż skóry/ tkanki podskórnej - inne	80,00	80,00	60,00	60,00	2x80
86.221	Oczyszczenie przez wycięcie zdewitalizowanej tkanki	85,00	85,00	65,00	65,00	2x85
86.222	Wycięcie martwiczej tkanki	85,00	85,00	65,00	65,00	2x65
86.229	Oczyszczenie (wycięcie) rany, zakażenia, oparzenia - inne	85,00	85,00	65,00	65,00	2x565
86.271	Usunięcie tkanki martwiczej	60,00	60,00	40,00	40,00	2x60
86.272	Usunięcie wilgotnej tkanki martwiczej	85,00	85,00	65,00	65,00	2x65
86.284	Usunięcie zdewitalizowanej tkanki, martwicy lub wilgotnej tkanki martwiczej przez przemycie	60,00	60,00	40,00	40,00	2x65

Do obliczenia kosztów infrastruktury bloku operacyjnego posłużyły dane finansowo-księgowe za rok 2015 przekazane przez świadczeniodawców. Koszt infrastruktury przypisywano w zależności od miejsca wykonywania zabiegu. Dane pochodziły z następujących ośrodków powstawania kosztów: blok chirurgii ogólnej (n=2), blok ortopedii (n=3), blok neurochirurgii (n=1), blok chirurgii naczyniowej (n=2), blok laryngologii (n=5), blok chirurgii plastycznej (n=3). Do obliczenia kosztów osobowych również posłużyły dane finansowo-księgowe za rok 2015. Koszt godziny pracy lekarza (operator/asysta) brano z oddziału, na którym było realizowane świadczenie. Koszt pracy operatora i lekarza asystującego wykorzystano głównie z oddziału chirurgii ogólnej (n=28) oraz z oddziału ortopedii (n=25), ale również z oddziału chirurgii plastycznej (n=3) czy neurochirurgii (n=9), chirurgii naczyniowej (n=5), onkologii (n=9) oraz laryngologii (n=15). Koszt pracy instrumentariuszki policzono wykorzystując dane dla ogólnego bloku operacyjnego z 30 zakładów. Natomiast do wyliczenia kosztu pracy lekarza anestezjologa i pielęgniarki anestezjologicznej wykorzystano dane finansowo-księgowe z zakładów anestezjologii (odpowiednio n =23 i n=20). Poniższa tabela przedstawia poszczególne składowe tych kosztów.

Tabela 57 Średnie koszty elementów składających się na zabieg operacyjny na bloku

Kategoria kosztu	Średnia stawka godzinowa (PLN)						
	Chirurgia ogólna	Ortopedia	Neurochirurgia	Laryngologia	Chirurgia naczyniowa	Onkologia	Chirurgia plastyczna
Lekarz operator (lekarz asystujący)	75,27	77,91	115,26	70,04	81,62	52,64	119,57
Infrastruktura	174,16	188,92	409,24	113,10	229,97	-	127,18
Instrumentariuszka	30,78						
Lekarz anestezjolog	79,44						
Pielęgniarka anestezjologiczna	28,64						
Pozostały personel medyczny	20,37						

Leki, wyroby medyczne oraz procedury medyczne

Koszty leków, wyrobów medycznych oraz procedur medycznych zostały oszacowane na podstawie danych przekazanych przez świadczeniodawców o pojedynczych świadczeniach opieki zdrowotnej zrealizowanych w latach 2013–2014. Dane te zawierają wszystkie elementy stanowiące koszt hospitalizacji w odniesieniu do pojedynczego pacjenta.

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

Wyniki analizy kosztów

Koszty dla poszczególnych procedur z grup H81–H84 zostały wyliczone poprzez zsumowanie wartości średnich następujących składowych (w przeliczeniu na jednego pacjenta): kosztu pobytu, kosztu procedur zabiegowych, produktów leczniczych, wyrobów medycznych oraz pozostałych procedur medycznych obejmujących m.in. badania laboratoryjne i obrazowe. Obliczenia wykonano w dwóch

wariantach – z zastosowaniem średniej oraz mediany czasu pobytu. Uzyskane wyniki powiększone zostały o mnożnik zmian wielkości kosztów świadczeń.

W poniższych tabelach zestawiono wyników analizy kosztów dla poszczególnych procedur.

Tabela 58 Oszacowanie kosztów dla procedur kierunkowych z JGP H81 na podstawie danych szczegółowych

Kod procedury	Nazwa procedury	Udział wystąpień w JGP (NFZ 2016)	Wynik analizy kosztów – średnia czasu pobytu	Wynik analizy kosztów – mediana czasu pobytu
77.07	Wycięcie martwaka - kość piszczelowa/ kość strzałkowa	18,2%	13 044,47 zł	12 312,84 zł
77.65	Miejscowe wycięcie zmiany lub tkanki kości - kość udowa	15,6%	13 670,70 zł	12 857,52 zł
77.67	Miejscowe wycięcie zmiany lub tkanki kości - kość piszczelowa/ kość strzałkowa	18,5%	11 401,45 zł	10 696,64 zł
77.05	Wycięcie martwaka - kość udowa	11,6%	12 850,04 zł	12 307,48 zł
77.08	Wycięcie martwaka - kości stępu/ kości śródstopia	9,7%	11 450,55 zł	10 366,15 zł
84.129	Amputacja w zakresie stopy - inne	7,8%	9 622,11 zł	8 586,87 zł
84.151	Amputacja nogi na wysokości kości piszczelowej i strzałkowej nie określona inaczej	4,7%	14 169,92 zł	12 827,44 zł
77.092	Wycięcie martwaka - inne kości (palciki palców stopy/ ręki)	3,2%	9 790,80 zł	8 493,17 zł
77.692	Miejscowe wycięcie zmiany lub tkanki kości - inne kości (palciki palców stopy/ ręki)	2,9%	8 721,08 zł	8 413,19 zł
78.415	Inne zabiegi naprawcze kości - kość udowa/ miednica	3,6%	12 485,49 zł	11 739,24 zł
78.427	Zabieg naprawczy złego zrostu lub braku zrostu - kość piszczelowa/ kość strzałkowa	2,6%	15 982,61 zł	15 398,20 zł
77.17	Inne nacięcie kości bez rozdzielenia - kość piszczelowa/ kość strzałkowa	1,0%	11 383,71 zł	10 542,16 zł
84.125	Amputacja przez śródstopie (w tym wszystkich palców u stopy)	0,5%	12 503,05 zł	12 503,05 zł
77.38	Inne rozdzielenie kości - kości stępu/ kości śródstopia	0,1%	13 694,42 zł	13 694,42 zł
Średnia ważona			12 253,10 zł	11 449,28 zł

Tabela 59 Oszacowanie kosztów dla procedur z grupy H82 na podstawie danych szczegółowych

Kod procedury	Nazwa procedury	Udział wystąpień w JGP (NFZ 2016)	Wynik analizy kosztów – średnia czasu pobytu	Wynik analizy kosztów – mediana czasu pobytu
83.191	Rozdzielenie mięśnia	34,9%	2 077,62 zł	1 752,50 zł

Kod procedury	Nazwa procedury	Udział wystąpień w JGP (NFZ 2016)	Wynik analizy kosztów – średnia czasu pobytu	Wynik analizy kosztów – mediana czasu pobytu
83.192	Uwolnienie mięśnia	10,6%	5 393,93 zł	4 905,40 zł
80.96	Inne wycięcie tkanek stawu – kolano	8,1%	5 155,59 zł	4 457,92 zł
77.892	Inne częściowe wycięcie kości – inne kości (palciki palców stopy/ ręki)	6,2%	2 582,07 zł	2 478,12 zł
77.87	Inne częściowe wycięcie kości – kość piszczelowa/ kość strzałkowa	5,6%	4 144,44 zł	4 009,83 zł
80.92	Inne wycięcie tkanek stawu – łokieć	5,7%	2 136,16 zł	2 144,26 zł
77.85	Inne częściowe wycięcie kości – kość udowa	4,1%	3 553,71 zł	3 293,17 zł
80.98	Inne wycięcie tkanek stawu – stopa i palce	4,2%	2 459,00 zł	2 304,25 zł
80.16	Inna artrotomia – kolano	3,6%	12 108,23 zł	10 375,65 zł
77.88	Inne częściowe wycięcie kości – kości stępu/ kości śródstopia	3,9%	2 958,95 zł	2 808,84 zł
80.95	Inne wycięcie tkanek stawu – biodro	2,7%	8 470,85 zł	6 437,07 zł
77.82	Inne częściowe wycięcie kości – kość ramienna	3,2%	3 909,26 zł	3 636,61 zł
80.97	Inne wycięcie tkanek stawu – kostka	2,7%	3 467,90 zł	3 093,79 zł
80.15	Inna artrotomia – biodro	1,7%	12 178,78 zł	11 305,87 zł
77.81	Inne częściowe wycięcie kości – łopatką, obojczyk, klatka piersiowa (żebra i mostek)	1,9%	5 234,03 zł	4 605,35 zł
80.442	Uwolnienie stawu – łokieć	0,8%	2 319,56 zł	2 319,56 zł
Średnia ważona			3 807,91 zł	3 386,37 zł

Tabela 60 Oszacowanie kosztów dla procedur z grupy H83 na podstawie danych szczegółowych

Kod procedury	Nazwa procedury	Udział wystąpień w JGP (NFZ 2016)	Wynik analizy kosztów – średnia czasu pobytu	Wynik analizy kosztów – mediana czasu pobytu
86.229	Oczyszczenie (wycięcie) rany, zakażenia, oparzenia - inne	25,12%	3 016,33 zł	2 484,92 zł
82.351	Uwolnienie przykurczu Dupuytren'a	12,04%	2 795,04 zł	2 872,09 zł
83.999	Operacje mięśni/ ściągien/ powięzi/ kaletek - inne	12,48%	2 130,46 zł	2 224,30 zł

Kod procedury	Nazwa procedury	Udział wystąpień w JGP (NFZ 2016)	Wynik analizy kosztów – średnia czasu pobytu	Wynik analizy kosztów – mediana czasu pobytu
86.89	Rekonstrukcja/plastyka skóry i tkanki podskórnej - inne	8,66%	1 990,22 zł	1 755,18 zł
82.911	Uwolnienie zrostów powięzi, mięśni lub ścięgien ręki	6,73%	1 492,29 zł	1 353,82 zł
83.853	Plastyka ścięgna Achillesa	5,42%	2 924,73 zł	3 006,92 zł
82.29	Wycięcie zmiany tkanek miękkich ręki - inne	4,17%	1 602,83 zł	1 453,45 zł
83.09	Nacięcie mięśni, ścięgna, powięzi i kaletki - inne	3,32%	2 064,37 zł	1 999,10 zł
83.91	Uwolnienie zrostów mięśni/ ścięgien/ powięzi i kaletki	3,61%	1 467,27 zł	1 467,89 zł
82.39	Wycięcie tkanek miękkich ręki - inne	3,25%	1 538,58 zł	1 584,44 zł
77.53	Wycięcie kaletki palucha/ korekcja tkanek miękkich - inne	2,91%	1 974,29 zł	2 048,42 zł
83.391	Wycięcie cysty Bakera	1,71%	2 428,30 zł	2 201,25 zł
80.88	Inne miejscowe wycięcie lub zniszczenie zmiany stawu - stopa i palce	1,31%	2 089,81 zł	2 333,44 zł
83.881	Plastyka ścięgna i mięśnia	1,05%	3 047,51 zł	2 939,87 zł
83.884	Plastyka ścięgna	0,96%	2 474,42 zł	2 421,53 zł
83.71	Wydłużenie ścięgna	0,85%	2 503,86 zł	2 371,96 zł
80.86	Inne miejscowe wycięcie lub zniszczenie zmiany stawu - kolano	0,84%	2 754,22 zł	2 346,84 zł
80.98	Inne wycięcie tkanek stawu - stopa i palce	1,01%	1 983,87 zł	1 902,51 zł
86.601	Przeszczep skóry pośredniej grubości	0,80%	8 709,33 zł	7 100,36 zł
80.96	Inne wycięcie tkanek stawu - kolano	0,50%	2 266,62 zł	2 019,45 zł
83.73	Powtórne przytwierdzenie ścięgna	0,67%	3 684,80 zł	3 530,06 zł
83.86	Plastyka mięśnia czworogłowego	0,55%	3 947,94 zł	3 582,69 zł
81.95	Szycie torebki stawowej/ więzadeł nogi - inne	0,42%	3 619,81 zł	3 398,28 zł
80.16	Inna artrotomia- kolano	0,29%	3 996,53 zł	3 579,03 zł
82.43	Odroczone szycie ścięgna ręki - inne	0,34%	2 840,81 zł	3 003,06 zł

Kod procedury	Nazwa procedury	Udział wystąpień w JGP (NFZ 2016)	Wynik analizy kosztów – średnia czasu pobytu	Wynik analizy kosztów – mediana czasu pobytu
83.192	Uwolnienie mięśnia	0,35%	3 277,03 zł	2 983,02 zł
83.142	Rozdzielenie pasma biodrowo-piszczelowego	0,34%	2 351,17 zł	2 320,78 zł
04.51	Przeszczep nerwu czaszkowego	0,18%	2 157,86 zł	1 918,11 zł
86.609	Przeszczep wolny skóry - inny	0,14%	6 117,14 zł	4 634,21 zł
Średnia ważona			2 471,47 zł	2 299,02 zł

Tabela 61 Oszacowanie kosztów dla procedur z grupy H84 na podstawie danych szczegółowych

Kod procedury	Nazwa procedury	Udział wystąpień w JGP (NFZ 2016)	Wynik analizy kosztów – średnia czasu pobytu	Wynik analizy kosztów – mediana czasu pobytu
83.399	Wycięcie zmiany tkanek miękkich - inne	28,37%	1 443,69 zł	1 210,97 zł
86.04	Nacięcie/ drenaż skóry/ tkanki podskórnej - inne	18,27%	1 971,86 zł	1 996,71 zł
82.45	Szycie ścięgna ręki - inne	4,66%	2 324,10 zł	2 078,55 zł
82.211	Wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna ręki (nadgarstek)	4,51%	1 455,24 zł	1 401,41 zł
82.012	Nacięcie pochewki ścięgnistej na rękę	4,88%	1 307,23 zł	1 346,33 zł
86.221	Oczyszczenie przez wycięcie zdewitalizowanej tkanki	4,02%	2 040,36 zł	1 835,20 zł
83.5	Wycięcie kaletki	2,80%	1 813,27 zł	1 905,03 zł
86.222	Wycięcie martwiczej tkanki	2,74%	1 777,46 zł	1 510,16 zł
83.641	Zeszycie ścięgna Achillesa	3,45%	2 449,98 zł	2 234,70 zł
83.649	Szycie ścięgna - inne	2,75%	2 471,66 zł	2 447,73 zł
86.229	Oczyszczenie (wycięcie) rany, zakażenia, oparzenia - inne	2,18%	1 079,50 zł	1 079,50 zł
83.659	Szycie mięśnia/ powięzi - inne	2,28%	2 158,52 zł	2 062,85 zł
82.44	Szycie ścięgna zginacza ręki - inne	2,82%	2 439,82 zł	2 502,41 zł
78.617	Usunięcie zewnętrznego stabilizatora kości - kość piszczelowa/ kość strzałkowa	2,52%	1 679,36 zł	1 512,52 zł

Kod procedury	Nazwa procedury	Udział wystąpień w JGP (NFZ 2016)	Wynik analizy kosztów – średnia czasu pobytu	Wynik analizy kosztów – mediana czasu pobytu
83.312	Wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna, z wyjątkiem ręki	2,05%	1 806,56 zł	2 051,56 zł
86.271	Usunięcie tkanki martwiczej	2,17%	838,49 zł	838,49 zł
83.011	Nacięcie pochewki ścięgna	1,80%	1 481,32 zł	1 384,96 zł
86.284	Usunięcie zdewitalizowanej tkanki, martwicy lub wilgotnej tkanki martwiczej przez przemycie	1,72%	1 649,19 zł	1 596,77 zł
83.133	Uwolnienie ścięgna	1,66%	1 248,32 zł	1 292,13 zł
78.613	Usunięcie zewnętrznego stabilizatora kości - kość promieniowa/ kość łokciowa	1,42%	1 031,24 zł	1 028,69 zł
83.311	Wycięcie zmiany pochewki ścięgna	0,88%	1 349,77 zł	1 235,70 zł
86.272	Usunięcie wilgotnej tkanki martwiczej	0,66%	1 339,54 zł	1 136,52 zł
78.615	Usunięcie zewnętrznego stabilizatora kości - miednica	0,87%	1 821,01 zł	2 015,55 zł
82.011	Eksploracja pochewki ścięgniastej na ręce - inna	0,53%	1 425,02 zł	1 310,12 zł
Średnia ważona			1 714,97 zł	1 617,63 zł

W powyższych tabelach przedstawiono oszacowanie kosztów zarówno w oparciu o medianę czasu pobytu jak i średnią. Ze względu na lewostronnie skośne rozkłady czasu pobytu należy przyjąć oszacowania oparte o medianę czasu pobytu. Poniżej przedstawiono wyniki analizy kosztów poszczególnych procedur obliczonych w oparciu o medianę czasu pobytu.

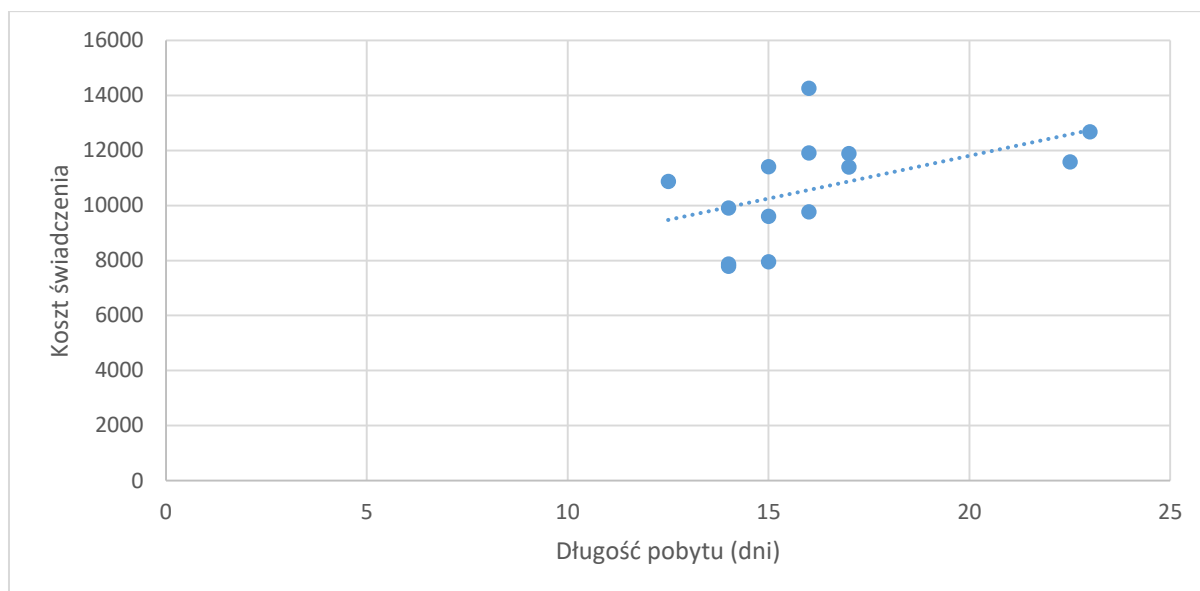
W poniższej tabeli przedstawiono strukturę kosztów poszczególnych procedur kierunkowych rozliczanych w ramach JGP H81. Można zauważyć, że w przypadku niektórych procedur, takich jakich: 84.129, 77.092,, 77.692, 77.17, 84.125, 77.38, koszty pobytu stanowią największą część kosztu. Dla dwóch ostatnich procedur obserwuje się również długie czasu pobytu.

Tabela 62 Struktura kosztów poszczególnych procedur kierunkowych rozliczanych w ramach JGP H81

Kod ICD-9	Nazwa procedury	Koszt proc. zab.	Koszt pozostałych procedur medycznych	Koszt WM	Koszt PL	Koszt pobytu	Mediana pobytu (dni) (NFZ 2016)	Koszt
77.07	Wycięcie martwaka - kość piszczelowa/ kość strzałkowa	16,60%	1,41%	4,00%	21,14%	56,85%	15	11 400,06 zł
77.65	Miejscowe wycięcie zmiany lub tkanki kości - kość udowa	16,36%	4,80%	5,56%	14,93%	58,35%	16	11 904,36 zł
77.67	Miejscowe wycięcie zmiany lub tkanki kości - kość piszczelowa/ kość strzałkowa	22,30%	2,79%	3,72%	9,92%	61,28%	14	9 903,67 zł
77.05	Wycięcie martwaka - kość udowa	15,69%	3,37%	6,17%	10,09%	64,68%	17	11 395,09 zł

Kod ICD-9	Nazwa procedury	Koszt proc. zab.	Koszt pozostałych procedur medycznych	Koszt WM	Koszt PL	Koszt pobytu	Mediana pobytu (dni) (NFZ 2016)	Koszt
77.08	Wycięcie martwaka - kości stępu/ kości śródstopia	13,18%	2,14%	1,26%	15,75%	67,67%	15	9 597,68 zł
84.129	Amputacja w zakresie stopy - inne	11,10%	1,49%	3,21%	2,47%	81,73%	15	7 950,30 zł
84.151	Amputacja nogi na wysokości kości piszczelowej i strzałkowej nie określona inaczej	19,70%	7,45%	2,53%	7,92%	62,40%	17	11 876,51 zł
77.092	Wycięcie martwaka - inne kości (palczki palców stopy/ ręki)	17,71%	0,79%	0,85%	3,57%	77,09%	14	7 863,55 zł
77.692	Miejscowe wycięcie zmiany lub tkanki kości - inne kości (palczki palców stopy/ ręki)	15,72%	1,52%	2,70%	2,19%	77,87%	14	7 789,50 zł
78.415	Inne zabiegi naprawcze kości - kość udowa/ miednica	29,75%	2,51%	16,00%	1,92%	49,81%	12,5	10 868,98 zł
78.427	Zabieg naprawczy złego zrostu lub braku zrostu - kość piszczelowa/ kość strzałkowa	20,03%	2,01%	4,43%	25,05%	48,48%	16	14 256,69 zł
77.17	Inne nacięcie kości bez rozdzielania - kość piszczelowa/ kość strzałkowa	18,21%	3,12%	3,12%	4,44%	71,11%	16	9 760,64 zł
84.125	Amputacja przez śródstopie (w tym wszystkich palców u stopy)	11,15%	2,35%	1,16%	1,05%	84,28%	22,5	11 576,17 zł
77.38	Inne rozdzielenie kości - kości stępu/ kości śródstopia	14,43%	3,68%	1,04%	2,11%	78,75%	23	12 679,22 zł

W związku z tym na poniższym wykresie przedstawiono zależność między kosztem taryfy, a długością pobytu. Nie obserwuje się istotnej zależności pomiędzy kosztem świadczeń związanych z wykonywaniem konkretnych procedur kierunkowych, a czasem pobytu.



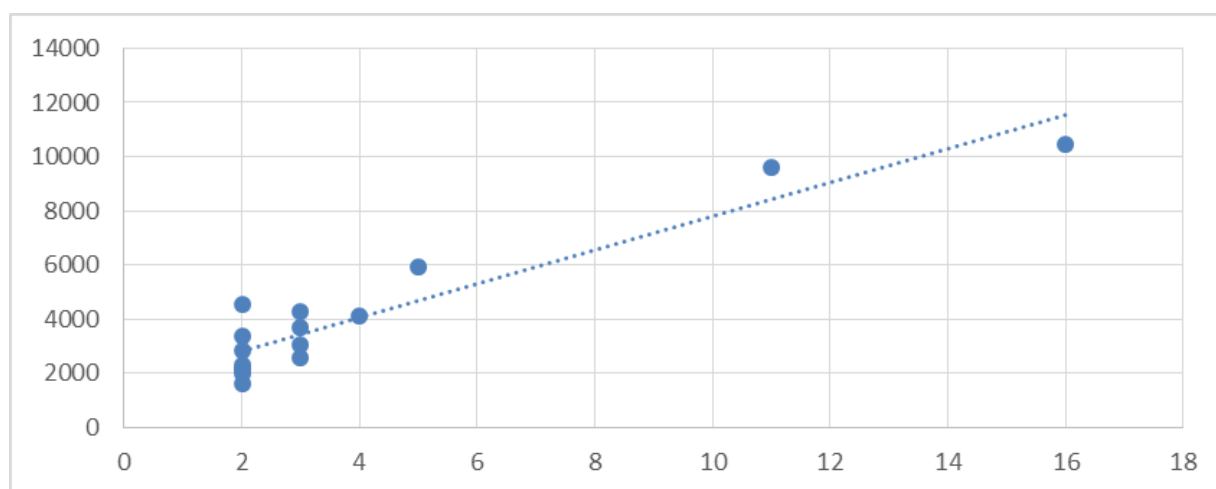
Rycina 61. Zależność pomiędzy kosztem świadczenia związanego z konkretną procedurą z JGP H81 a długością pobytu (mediana)

W poniższej tabeli przedstawiono strukturę kosztów poszczególnych procedur kierunkowych rozliczanych w ramach JGP H82. W przypadku jednej z procedur (80.15) koszty związane z pobytem stanowią największą część kosztów. W przypadku tej procedury obserwuje się również zdecydowanie najdłuższy czas pobytu, a także wysoki całościowy koszt świadczenia. Podobnie w przypadku procedury o kodzie 80.16.

Tabela 63 Struktura kosztów poszczególnych procedur kierunkowych rozliczanych w ramach JGP H82

Kod procedury	Nazwa procedury	Koszt proc. zab.	Koszt pozostałych procedur medycznych	Koszt WM	Koszt PL	Koszt pobytu	Koszt	Mediana pobytu (dni) (NFZ 2016)
83.191	Rozdzielenie mięśnia	38,45%	2,27%	2,26%	1,48%	55,54%	1 622,59 zł	2
83.192	Uwolnienie mięśnia	25,84%	28,16%	6,09%	19,47%	20,43%	4 541,75 zł	2
80.96	Inne wycięcie tkanek stawu - kolano	29,58%	10,66%	3,44%	12,49%	43,82%	4 127,44 zł	4
77.892	Inne częściowe wycięcie kości - inne kości (palciki palców stopy/ ręki)	47,23%	6,76%	4,92%	1,71%	39,39%	2 294,41 zł	2
77.87	Inne częściowe wycięcie kości - kość piszczelowa/ kość strzałkowa	47,31%	6,03%	4,38%	5,80%	36,48%	3 712,57 zł	3
80.92	Inne wycięcie tkanek stawu - łokieć	52,42%	1,24%	0,55%	0,40%	45,39%	1 985,30 zł	2
77.85	Inne częściowe wycięcie kości - kość udowa	43,19%	4,91%	6,93%	0,59%	44,39%	3 049,03 zł	3
80.98	Inne wycięcie tkanek stawu - stopa i palce	38,34%	15,06%	2,37%	1,61%	42,61%	2 133,43 zł	2
80.16	Inna artrotomia - kolano	27,31%	8,83%	2,68%	9,46%	51,72%	9 606,47 zł	11
77.88	Inne częściowe wycięcie kości - kości stępu/ kości śródstopia	38,73%	5,78%	1,57%	1,83%	52,08%	2 600,62 zł	3
80.95	Inne wycięcie tkanek stawu - biodro	32,04%	6,88%	12,41%	10,89%	37,79%	5 959,87 zł	5
77.82	Inne częściowe wycięcie kości - kość ramienna	38,05%	10,55%	12,64%	11,90%	26,85%	3 367,02 zł	2
80.97	Inne wycięcie tkanek stawu - kostka	43,69%	9,64%	5,77%	9,31%	31,60%	2 864,44 zł	2
80.15	Inna artrotomia - biodro	15,70%	3,17%	4,75%	7,57%	68,82%	10 467,73 zł	16
77.81	Inne częściowe wycięcie kości - łopatka, obojczyk, klatka piersiowa (żebra i mostek)	49,17%	5,98%	5,73%	7,37%	31,75%	4 263,94 zł	3
80.442	Uwolnienie stawu - łokieć	55,23%	1,54%	0,50%	0,76%	41,97%	2 147,60 zł	2

W związku z tym na poniższym wykresie przedstawiono zależność między kosztem taryfy, a długością pobytu.



Rycina 62. Zależność pomiędzy kosztem świadczenia związanego z konkretną procedurą z JGP H82 a długością pobytu (mediana)

Można zauważyć, że dwie spośród procedur zdecydowanie odstają od pozostałych zarówno pod względem długości pobytu, jak i kosztu świadczenia. Są to procedury 80.15 (inna artrotomia biodra)

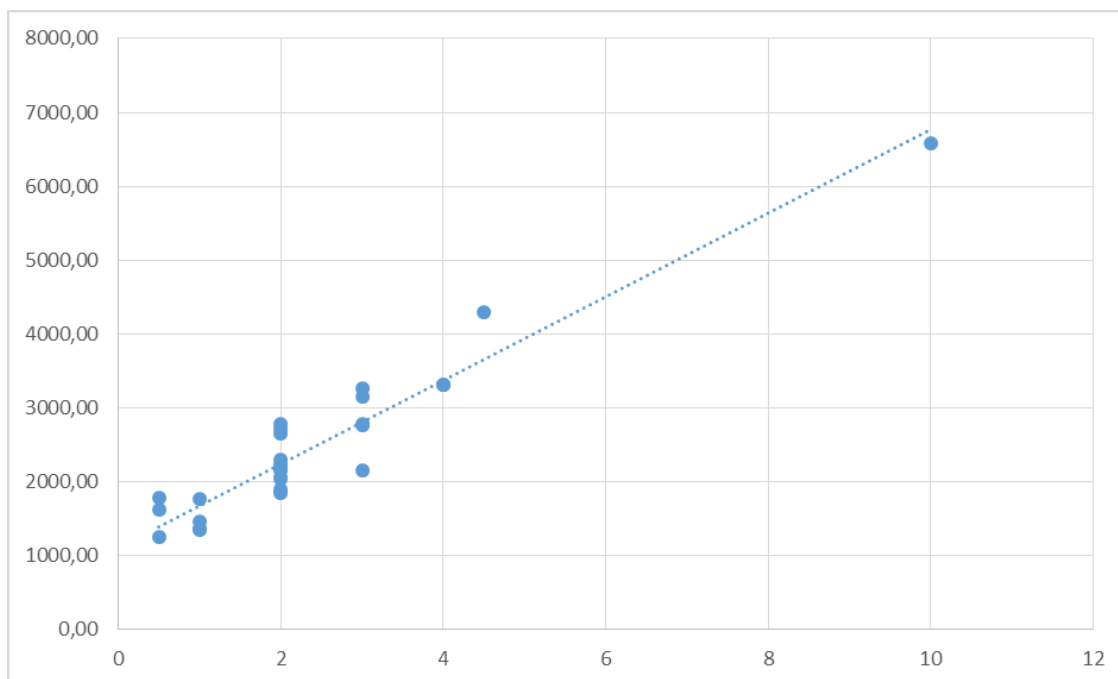
oraz 80.16 (*inna artrotomia-kolana*). Koszty tych procedur te ulegają odcięciu jako wartości odstające przy zastosowaniu metody *box plot*.

W poniższej tabeli przedstawiono strukturę kosztów poszczególnych procedur kierunkowych rozliczanych w ramach JGP H83. W przypadku jednej z procedur (86.601) koszty związane z pobytem stanowią największą część kosztów. W przypadku tej procedury obserwuje się również zdecydowanie najdłuższy czas pobytu, a także wysoki całościowy koszt świadczenia. Wysokie koszty świadczenia na tle pozostałych procedura, są również związane z procedurą 86.609.

Tabela 64 Struktura kosztów poszczególnych procedur kierunkowych rozliczanych w ramach JGP H83

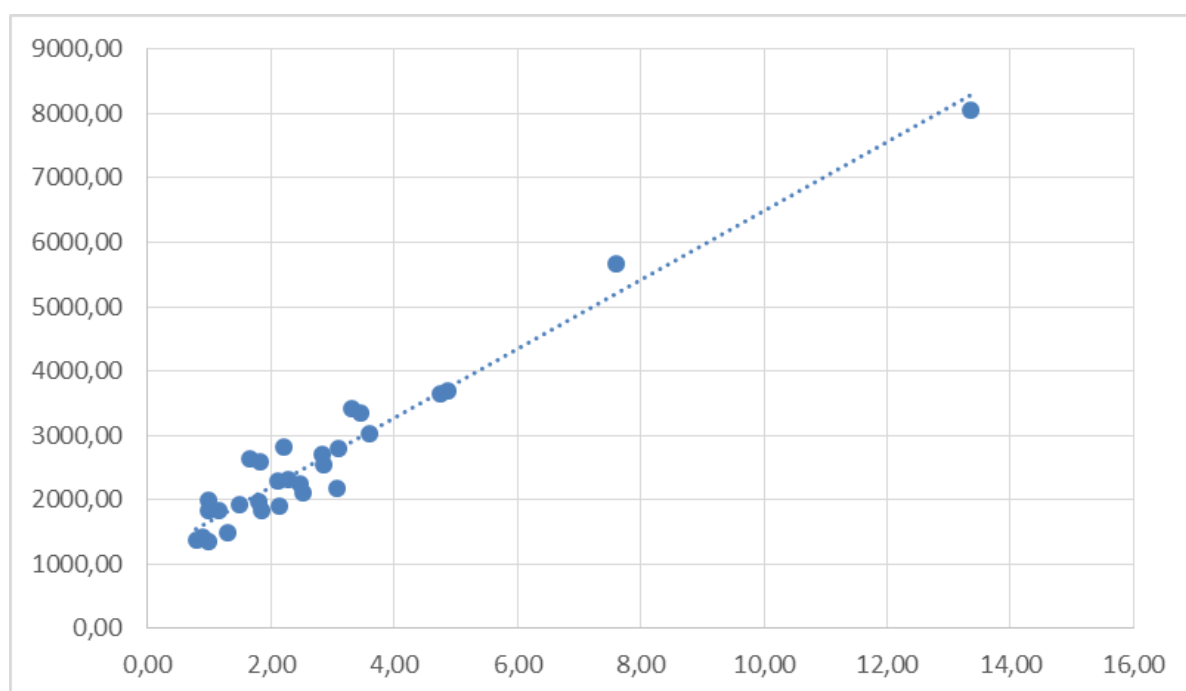
Kod procedury	Nazwa procedury	Koszt proc. zab.	Koszt pozostałych procedur medycznych	Koszt WM	Koszt PL	Koszt pobytu	Koszt	Mediana pobytu (dni) (NFZ 2016)
86.229	Oczyszczenie (wycięcie) rany, zakażenia, oparzenia - inne	41,42%	5,38%	7,44%	7,14%	38,63%	2 300,70 zł	2,0
82.351	Uwolnienie przykurczu Dupuytren'a	63,66%	0,92%	1,34%	0,68%	33,40%	2 659,17 zł	2,0
83.999	Operacje mięśni/ ścięgien/ powięzi/ kaletki - inne	48,04%	1,97%	4,29%	2,58%	43,12%	2 059,41 zł	2,0
86.89	Rekonstrukcja/plastyka skóry i tkanki podskórnej - inne	80,11%	1,10%	2,57%	2,56%	13,65%	1 625,06 zł	0,5
82.911	Uwolnienie zrostów powięzi, mięśni lub ścięgien ręki	74,22%	4,34%	2,63%	1,01%	17,81%	1 253,46 zł	0,5
83.853	Plastyka ścięgna Achillesa	43,23%	2,41%	4,04%	2,46%	47,86%	2 784,01 zł	3,0
82.29	Wycięcie zmiany tkanek miękkich ręki - inne	63,27%	1,32%	1,66%	0,74%	33,01%	1 345,70 zł	1,0
83.09	Nacięcie mięśni, ścięgna, powięzi i kaletki - inne	42,26%	2,56%	2,31%	4,88%	47,99%	1 850,90 zł	2,0
83.91	Uwolnienie zrostów mięśni/ ścięgien/ powięzi i kaletki	57,18%	2,96%	6,00%	1,18%	32,69%	1 359,07 zł	1,0
82.39	Wycięcie tkanek miękkich ręki - inne	64,79%	1,94%	1,72%	1,25%	30,30%	1 466,98 zł	1,0
77.53	Wycięcie kaletki palucha/ korekcja tkanek miękkich - inne	46,09%	0,85%	4,37%	1,89%	46,79%	1 896,57 zł	2,0
83.391	Wycięcie cysty Bakera	52,51%	1,38%	1,13%	1,39%	43,59%	2 038,06 zł	2,0
80.88	Inne miejscowe wycięcie lub zniszczenie zmiany stawu - stopa i palce	49,88%	1,42%	6,40%	1,22%	41,08%	2 160,46 zł	2,0
83.881	Plastyka ścięgna i mięśnia	50,15%	1,92%	11,82%	3,55%	32,55%	2 721,92 zł	2,0
83.884	Plastyka ścięgna	52,76%	2,03%	3,13%	2,46%	39,62%	2 242,01 zł	2,0
83.71	Wydłużenie ścięgna	45,90%	2,98%	6,12%	4,57%	40,43%	2 196,12 zł	2,0
80.86	Inne miejscowe wycięcie lub zniszczenie zmiany stawu - kolano	46,20%	5,14%	4,49%	3,22%	40,95%	2 172,87 zł	2,0
80.98	Inne wycięcie tkanek stawu - stopa i palce	61,96%	2,17%	8,53%	2,15%	25,18%	1 761,47 zł	1,0
86.601	Przeszczep skóry pośredniej grubości	24,10%	0,71%	4,60%	3,10%	67,49%	6 573,99 zł	10,0
80.96	Inne wycięcie tkanek stawu - kolano	45,26%	3,29%	2,21%	1,68%	47,55%	1 869,74 zł	2,0
83.73	Powtórne przytwierdzenie ścięgna	47,97%	2,62%	6,52%	2,13%	40,76%	3 268,37 zł	3,0
83.86	Plastyka mięśnia czworogłowego	37,43%	3,03%	3,61%	2,35%	53,58%	3 317,10 zł	4,0
81.95	Szycie torebki stawowej/ więzadeł nogi - inne	46,94%	2,42%	5,31%	3,00%	42,33%	3 146,36 zł	3,0
80.16	Inna artrotomia- kolano	30,01%	2,48%	4,66%	9,29%	53,55%	3 313,70 zł	4,0
82.43	Odroczone szycie ścięgna ręki - inne	57,96%	0,65%	7,16%	2,35%	31,88%	2 780,43 zł	2,0
83.192	Uwolnienie mięśnia	44,14%	3,62%	1,72%	2,23%	48,30%	2 761,88 zł	3,0
83.142	Rozdzielenie pasma biodrowo-piszczelowego	29,45%	3,58%	1,94%	2,98%	62,05%	2 148,73 zł	3,0
04.51	Przeszczep nerwu czaszkowego	86,85%	0,19%	0,39%	0,07%	12,50%	1 775,91 zł	0,5
86.609	Przeszczep wolny skóry - inny	32,05%	2,06%	12,51%	6,91%	46,47%	4 290,66 zł	4,5

W związku z tym na poniższym wykresie przedstawiono zależność między kosztem taryfy, a długością pobytu.



Rycina 63. Zależność pomiędzy kosztem świadczenia związanego z konkretną procedurą z JGP H83 a długością pobytu (mediana)

Można zauważyć, że jedna wartość zdecydowanie odstaje od innych wartości świadczeń związanych z wykonywaniem konkretnych procedur kierunkowych. Jest to procedura o kodzie 86.601. Dla porównania, na poniższym wykresie przedstawiono zależność pomiędzy kosztem świadczeń, a długością czasu pobytu (w oparciu o średnią).



Na powyższym wykresie można zaobserwować 2 wartości odstające. Są to procedury o kodzie 86.601 oraz 86.609. Koszty obu świadczeń związanych z przeszczepami skóry stanowią wartości odstające przy zastosowaniu odcięć z wykorzystaniem metody *box plot*.

W poniższej tabeli przedstawiono strukturę kosztów poszczególnych procedur kierunkowych rozliczanych w ramach JGP H84. Żadna z analizowanych procedur nie sanowi wartości odstających zarówno w odniesieniu do czasu pobytu, jak i kosztu świadczenia.

Tabela 65 Struktura kosztów poszczególnych procedur kierunkowych rozliczanych w ramach JGP H84

Kod ICD-9	Nazwa procedury	Koszt proc. zab.	Koszt pozostałych procedur medycznych	Koszt WM	Koszt PL	Koszt pobytu	Koszt	Mediana pobytu (dni) (NFZ 2016)
83.399	Wycięcie zmiany tkanek miękkich - inne	70,83%	1,07%	5,74%	2,58%	19,78%	1121,20 zł	0,50
86.04	Nacięcie/ drenaż skóry/ tkanki podskórnej - inne	44,78%	4,02%	1,30%	1,74%	48,16%	1848,69 zł	2,00
82.45	Szycie ścięgna ręki - inne	66,95%	2,63%	4,70%	2,63%	23,10%	1924,46 zł	1,00
82.211	Wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna ręki (nadgarstek)	62,28%	1,48%	1,26%	0,71%	34,27%	1297,52 zł	1,00
82.012	Nacięcie pochewki ścięgnistej na ręce	60,90%	0,37%	2,24%	0,87%	35,63%	1246,53 zł	1,00
86.221	Oczyszczenie przez wycięcie zdewitalizowanej tkanki	56,01%	4,34%	8,21%	5,28%	26,16%	1699,15 zł	1,00
83.5	Wycięcie kaletki	40,74%	1,95%	4,94%	1,99%	50,38%	1763,80 zł	2,00
86.222	Wycięcie martwiczej tkanki	53,90%	5,55%	3,03%	5,66%	31,87%	1398,21 zł	1,00
83.641	Zeszycie ścięgna Achillesa	48,46%	1,80%	4,54%	2,26%	42,94%	2069,04 zł	2,00
83.649	Szycie ścięgna - inne	49,60%	1,70%	7,24%	2,28%	39,18%	2266,27 zł	2,00
86.229	Oczyszczenie (wycięcie) rany, zakażenia, oparzenia - inne	69,88%	3,03%	2,03%	2,78%	22,27%	999,48 zł	0,50
83.659	Szycie mięśnia/ powięzi - inne	40,51%	3,09%	6,86%	3,00%	46,53%	1909,92 zł	2,00
82.44	Szycie ścięgna zginacza ręki - inne	56,85%	1,63%	2,36%	0,79%	38,37%	2316,90 zł	2,00
78.617	Usunięcie zewnętrznego stabilizatora kości - kość piszczelowa/ kość strzałkowa	58,45%	6,79%	1,41%	1,45%	31,90%	1400,39 zł	1,00
83.312	Wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna, z wyjątkiem ręki	49,92%	1,10%	1,15%	1,04%	46,79%	1899,47 zł	2,00
86.271	Usunięcie tkanki martwiczej	71,39%	0,00%	0,00%	0,00%	28,61%	776,33 zł	0,50
83.011	Nacięcie pochewki ścięgna	61,17%	1,10%	2,09%	0,99%	34,66%	1282,29 zł	1,00
86.284	Usunięcie zdewitalizowanej tkanki, martwicy lub wilgotnej tkanki martwiczej przez przemycie	63,45%	6,23%	0,00%	0,10%	30,23%	1478,40 zł	1,00
83.133	Uwolnienie ścięgna	53,85%	1,29%	6,66%	1,09%	37,11%	1196,34 zł	1,00
78.613	Usunięcie zewnętrznego stabilizatora kości - kość promieniowa/ kość łokciowa	73,85%	1,68%	0,94%	0,17%	23,36%	952,43 zł	0,50
83.311	Wycięcie zmiany pochewki ścięgna	58,01%	0,15%	1,78%	1,25%	38,81%	1144,09 zł	1,00
86.272	Usunięcie wilgotnej tkanki martwiczej	68,20%	0,07%	8,28%	2,43%	21,03%	1052,27 zł	0,50
78.615	Usunięcie zewnętrznego stabilizatora kości - miednica	42,46%	6,73%	1,02%	2,00%	47,79%	1866,13 zł	2,00
82.011	Eksploracja pochewki ścięgnistej na ręce - inna	60,95%	0,63%	1,17%	0,62%	36,63%	1213,00 zł	1,00

Ograniczenia analizy

Ograniczenia wynikały przede wszystkim z:

- dobrowolności współpracy z Agencją, co przełożyło się na liczbę pozyskanych danych i może powodować niemożność zachowania reprezentatywności próby;
- braku standardowego rachunku kosztów, co przełożyło się na niejednorodność sprawozdawanych danych;
- niejednorodności przekazywanych danych medycznych (różne nazewnictwo np. leków, różne jednostki miary itp.), co powodowało, że analiza była utrudniona. Wymagało to wprowadzenia jednorodnego nazewnictwa oraz przyporządkowania każdej pozycji w słowniku leków i wyrobów medycznych;
- niejednorodnych danych finansowych – dane finansowo-księgowe dla osobodnia pochodziły z roku 2016, wynagrodzenia oraz infrastruktura bloku z 2015 r., natomiast informacje o kosztach leków, wyrobów medycznych i procedur z lat 2013–2014 – by zniwelować różnicę pomiędzy ww. składowymi do danych z lat 2013–2014 oraz dla danych finansowo-księgowych z 2015 r. zastosowano mnożnik zmian wielkości kosztów świadczenia (patrz część rozdziału dotycząca mnożnika zmian wielkości kosztów, s. 160.);
- braku danych dotyczących wysokości wynagrodzenia lekarzy operatorów na bloku – z tego powodu do analizy przyjęto dane dotyczące wynagrodzenia lekarzy zatrudnionych w oddziale (takie postępowanie ma swoje uzasadnienie ze względu na fakt, że zazwyczaj lekarze zatrudnieni w oddziale wykonują procedury zabiegowe na bloku operacyjnym);
- niejednorodności sprawozdawanych informacji w zakresie leków, wyrobów medycznych (różne jednostki miary itp.) – trudności sprawia uśrednianie wartości poszczególnych elementów na poziomie całego zbioru danych;
- widocznych, znacznych różnic odnośnie do rodzaju sprawozdawanych kosztów zmiennych, co może wynikać z różnic w praktyce klinicznej pomiędzy świadczeniodawcami lub stanem klinicznym pacjenta;
- sporego odsetka pacjentów, który miał wykonywane różne procedury kierunkowe podczas tego samego zabiegu lub innego dnia podczas tej samej hospitalizacji, co miało to wpływ na wycenę dla danej procedury;
- założenia, że dla procedur ortopedycznych liczba wykonanych zdjęć RTG odnośnie do operowanego miejsca wynosi zawsze 2 (niektórzy świadczeniodawcy sprawozdawali tylko 1 zdjęcie). Podejście to wynika z praktyki klinicznej, badanie RTG operowanej zmiany wykonuje się przed zabiegiem oraz po przeprowadzonym zabiegu w celach kontrolnych;
- zebranych danych zawierających niedostateczną ilość informacji nt. leków, wyrobów – eksperci zwracali szczególną uwagę na stabilizatory zewnętrzne oraz antybiotyki na nośniku, które nie zostały sprawozdane w danych szczegółowych;
- braku możliwości wyszczególnienia pozycji dla jednorazowych wyrobów medycznych oraz leków przez kilku świadczeniodawców – wątpliwym wydaje się być, że pacjenci ci nie zostali zaopatrzeni w produkty lecznicze i wyroby medyczne – w związku z tym próba na której liczone koszty zużycia leków i wyrobów medycznych została pomniejszona o tych świadczeniodawców

- dla jednej procedury o kodzie ICD-9: 04.51 brakowało danych eksperckich nt. czasu trwania zabiegu oraz zaangażowanie personelu, stąd użyto danych rzeczywistych pochodzących od 1 pacjenta.

Analiza danych z kart kosztowych

Kolejnym źródłem danych, które pozwoliły na analizy (w tym również jako źródło poglądowo-porównawcze w stosunku do danych szczegółowych) dla świadczeń rozliczanych w ramach JGP H81–H84 są dane zbierane w postaci rozbudowanych kart kosztowych.

Świadczeniodawcy sprawozdawali dane o hospitalizacjach, które miały miejsce w latach 2015–2016, zbiorczo na grupę pacjentów w obrębie danej procedury zabiegowej lub szczegółowo na każdego wylosowanego przez Agencję pacjenta. Dane te zawierały informacje o koszcie osobodnia, czasie hospitalizacji, kosztach produktów leczniczych, wyrobów medycznych oraz procedur medycznych stosowanych w trakcie hospitalizacji, a także osobno dane dotyczące samego zabiegu operacyjnego (całkowity koszt znieczulenia, wynagrodzenie poszczególnych kategorii personelu zabiegowego, czas trwania operacji oraz przebywania pacjenta na sali operacyjnej, koszt infrastruktury).

Po otrzymaniu kart kosztorysowych przeprowadzono etap weryfikacji merytorycznej, wszelkie niejasności były wyjaśniane ze świadczeniodawcami.

Poniżej przedstawiono zestawienie pokazujące liczbę danych w podziale na procedurę, które zostały zaakceptowane podczas procesu weryfikacji merytorycznej i wykorzystane do analizy kosztów.

Tabela 66 Dane z kart kosztowych dotyczące hospitalizacji, które zostały wykorzystane do kalkulacji kosztów świadczeń

JGP	Kod ICD-9	Liczba przypadków łącznie z 2015 / 2016r. sprawozdanych przez świadczeniodawców	Liczba świadczeniodawców
H81	84.101	2	1
	84.102	3	1
	84.129	2	1
	77.07	1	1
	77.68	1	1
	77.67	2	1
	84.101	1	1
H82	77.84	1	1
	77.87	1	1
	77.88	2	1
	80.91	1	1
	80.95	1	1
	80.96	5	1
	80.97	1	1
	80.98	2	1
	83.191	4	2
H83	04.99	207	10
	77.53	73	8
	80.16	1	1
	80.453	2	1
	80.86	8	4
	80.88	7	3
	80.96	10	1
	80.98	25	3
	81.95	6	3
	82.29	19	9
	82.351	105	13

JGP	Kod ICD-9	Liczba przypadków łącznie z 2015 / 2016r. sprawozdanych przez świadczeniodawców	Liczba świadczeniodawców
	82.39	13	1
	82.39 83.09 83.999 86.229 (+86.89/86.90/86.91/86.92/86.93)	365	1
	82.43	3	1
	82.911	60	9
	83.09	6	5
	83.142	6	2
	83.192	1	1
	83.391	12	5
	83.73	2	1
	83.853	58	9
	83.86	8	3
	83.881	2	2
	83.884	11	4
	83.91	22	6
	83.999	75	8
	86.229	134	9
	86.601	5	2
	86.89	65	4
H84	04.499	4	2
	78.613	2	1
	78.617	3	2
	82.012	4	3
	82.211	15	4
	82.44	9	3
	82.45	11	5
	83.011	8	1
	83.399	23	10
	83.5	8	3
	83.641	2	1
	83.649	6	4
	83.659	2	2
	86.04	17	4
	86.221	3	4
	86.222	2	2

Kalkulację kosztów dla sprawozdanych procedur zabiegowych zaprezentowano w 2 wariantach. Dla obu wariantów wspólny jest pierwszy etap wyliczeń, ponieważ sumuje się wszystkie koszty hospitalizacji dla każdego pacjenta (lub grupy pacjentów) sprawozdane przez świadczeniodawców w kartach kosztowych na daną procedurę kierunkową. Koszt świadczenia uwzględnia koszty zmienne przekazane przez świadczeniodawców (produkty lecznicze, wyroby oraz procedury medyczne) oraz całkowite koszty procedury znieczulenia, realny czas trwania zabiegu/przebywania pacjenta na sali operacyjnej a także liczbę dni hospitalizacji pacjentów. Podsumowano wszystkie elementy kosztowe dla każdego pacjenta (lub grupy pacjentów) podczas hospitalizacji w podziale na poszczególne procedury zabiegowe a następnie zważono liczbą sprawozdanych przez świadczeniodawców hospitalizacji.

Podsumowując wspólnie dla obu wariantów: są następujące elementy

- czas trwania hospitalizacji – przyjęty jako liczbę dni hospitalizacji z kart kosztowych (odpowiednio średnia z kart zbiorczych lub czasy trwania hospitalizacji poszczególnych pacjentów);

- koszt znieczulenia, leków, wyrobów medycznych, procedur medycznych – przyjęty w wysokości odpowiadającej kosztom sprawozdanych przez świadczeniodawców i przeważony liczbą sprawozdanych hospitalizacji.

Różnice pomiędzy wariantami dotyczą kosztów osobodnia i infrastruktury. Dane sprawozdawane przez świadczeniodawców dotyczące kosztów osobodnia oraz infrastruktury były rozproszone, a u niektórych świadczeniodawców były mocno zawyżone. By uniknąć prawdopodobieństwa dublowania się kosztów, a także w celu przyjęcia średniego kosztu osobodnia oraz średnich kosztów infrastruktury wykorzystywanej w trakcie zabiegu operacyjnego podjęto decyzję o użyciu bazy danych FK Agencji. Wykorzystano dane finansowo-księgowe za 2016 r. dotyczące kosztu osobodnia, wynagrodzeń personelu oraz infrastruktury bloku operacyjnego dla odpowiednich rodzajów OPK sprawozdanych przez świadczeniodawców i podstawiono zamiast danych rzeczywistych pochodzących od poszczególnych świadczeniodawców (analogicznie jak w przypadku danych szczegółowych). W drugim wariantcie koszty świadczenia zostały oszacowane w całości na danych przekazanych przez świadczeniodawców w kartach kosztowych.

Ze względu na fakt zbierania danych historycznych, zastosowane odpowiednie mnożniki zmian wielkości kosztów w celu aktualizacji danych na 2018 rok (porównaj część rozdziału dotycząca mnożnika zmian wielkości kosztów, s. 160).

Wyniki analizy kosztów

W poniższych tabelach zestawiono wyników analizy kosztów dla poszczególnych procedur.

Tabela 67 Oszacowanie kosztów dla procedur z grupy H81 na podstawie danych z kart kosztowych

Kod procedury	Nazwa	Udział procedury w JGP (NFZ 2016)	Łączny koszt realizacji świadczenia – dane FK z bazy AOTMiT	Łączny koszt realizacji świadczenia – dane od świadczeniodawców
84.101	Amputacja kończyny dolnej z pokryciem kikuta płatem	7,2%	6 120,06 zł	8 772,21 zł
84.102	Amputacja kineplastyczna kończyny dolnej	7,4%	6 964,50 zł	9 791,66 zł
84.129	Amputacja w zakresie stopy - inne	12,0%	7 413,49 zł	10 525,51 zł
77.07	Wycięcie martwaka - kość piszczelowa/ kość strzałkowa	28,1%	11 680,47 zł	7 504,08 zł
77.68	Miejscowe wycięcie zmiany lub tkanki kości - kości stępu/ kości śródstopia	9,4%	6 253,07 zł	4 021,18 zł
77.67	Miejscowe wycięcie zmiany lub tkanki kości - kość piszczelowa/ kość strzałkowa	28,6%	15 560,93 zł	24 374,93 zł
84.101	Amputacja kończyny dolnej z pokryciem kikuta płatem	7,2%	18 222,77 zł	24 985,23 zł
Średnia ważona			11 490,08 zł	13 891,59 zł

Tabela 68 Oszacowanie kosztów dla procedur z grupy H82 na podstawie danych z kart kosztowych

Kod procedury	Nazwa	Udział procedury w JGP (NFZ 2016)	Łączny koszt realizacji świadczenia – dane FK z bazy AOTMiT	Łączny koszt realizacji świadczenia – dane od świadczeniodawców
77.84	Inne częściowe wycięcie kości - kości nadgarstka/ śródreżca	2,5%	1 847,67 zł	3 768,24 zł
77.87	Inne częściowe wycięcie kości - kość piszczelowa/ kość strzałkowa	8,4%	3 434,79 zł	4 269,87 zł
77.88	Inne częściowe wycięcie kości - kości stępu/ kości śródstopia	5,8%	3 083,19 zł	4 132,21 zł
80.91	Inne wycięcie tkanek stawu - bark	4,0%	2 319,05 zł	4 812,90 zł
80.95	Inne wycięcie tkanek stawu - biodro	4,0%	8 529,93 zł	11 885,75 zł
80.96	Inne wycięcie tkanek stawu - kolano	12,2%	2 868,08 zł	3 930,08 zł
80.97	Inne wycięcie tkanek stawu - kostka	4,1%	3 253,78 zł	4 365,98 zł
80.98	Inne wycięcie tkanek stawu - stopa i palce	6,4%	2 968,35 zł	3 951,32 zł
83.191	Rozdzielenie mięśnia	52,5%	5 725,53 zł	6 017,29 zł
Średnia ważona			4 630,93 zł	5 436,96 zł

Tabela 69 Oszacowanie kosztów dla procedur z grupy H83 na podstawie danych z kart kosztowych

Kod procedury	Nazwa	Udział procedury w JGP (NFZ 2016)	Łączny koszt realizacji świadczenia – dane FK z bazy AOTMiT	Łączny koszt realizacji świadczenia – dane od świadczeniodawców
04.99	Operacje nerwów obwodowych - inne	23,17%	1 304,88 zł	2 518,61 zł
77.53	Wycięcie kaletki palucha/ korekcja tkanek miękkich - inne	2,13%	1 186,16 zł	1 865,95 zł
80.16	Inna artrotomia- kolano	0,21%	4 197,28 zł	8 145,10 zł
80.453	Uwolnienie więzadła – nadgarstek	4,43%	777,73 zł	5 851,92 zł
80.86	Inne miejscowe wycięcie lub zniszczenie zmiany stawu - kolano	0,61%	2 008,39 zł	2 136,84 zł
80.88	Inne miejscowe wycięcie lub zniszczenie zmiany stawu - stopa i palce	0,96%	1 451,48 zł	2 821,51 zł
80.96	Inne wycięcie tkanek stawu - kolano	0,37%	1 350,31 zł	3 415,96 zł
80.98	Inne wycięcie tkanek stawu - stopa i palce	0,74%	1 486,33 zł	3 875,99 zł
81.95	Szycie torebki stawowej/ więzadeł nogi - inne	0,31%	2 780,91 zł	3 382,64 zł
82.29	Wycięcie zmiany tkanek miękkich ręki - inne	3,05%	1 725,70 zł	1 742,87 zł
82.351	Uwolnienie przykurczu Dupuytren'a	8,82%	1 850,37 zł	2 858,14 zł
82.39	Wycięcie tkanek miękkich ręki - inne	2,38%	1 498,53 zł	2 375,16 zł
82.43	Odroczone szycie ścięgna ręki - inne	0,25%	4 560,12 zł	5 025,05 zł
82.911	Uwolnienie zrostów powięzi, mięśni lub ścięgien ręki	4,93%	1 348,95 zł	2 622,47 zł
83.09	Nacięcie mięśni, ścięgna, powięzi i kaletki - inne	2,43%	2 961,06 zł	3 415,10 zł
83.142	Rozdzielenie pasma biodrowo-piszczelowego	0,25%	2 752,47 zł	4 571,17 zł
83.192	Uwolnienie mięśnia	0,26%	851,73 zł	1 348,57 zł
83.391	Wycięcie cysty Bakera	1,25%	2 252,12 zł	2 635,93 zł
83.73	Powtórne przytwierdzenie ścięgna	0,49%	2 985,72 zł	5 770,35 zł

Kod procedury	Nazwa	Udział procedury w JGP (NFZ 2016)	Łączny koszt realizacji świadczenia – dane FK z bazy AOTMiT	Łączny koszt realizacji świadczenia – dane od świadczeniodawców
83.853	Plastyka ścięgna Achillesa	3,97%	2 805,87 zł	3 559,79 zł
83.86	Plastyka mięśnia czworogłowego	0,40%	2 907,79 zł	3 470,35 zł
83.881	Plastyka ścięgna i mięśnia	0,77%	1 960,43 zł	3 486,89 zł
83.884	Plastyka ścięgna	0,70%	2 783,07 zł	5 051,33 zł
83.91	Uwolnienie zrostów mięśni/ ścięgien/ powięzi i kaletki	2,64%	1 765,94 zł	3 672,73 zł
83.999	Operacje mięśni/ ścięgien/ powięzi/ kaletek - inne	9,14%	2 140,69 zł	2 433,00 zł
86.229	Oczyszczenie (wycięcie) rany, zakażenia, oparzenia - inne	18,40%	3 253,13 zł	2 861,16 zł
86.601	Przeszczep skóry pośredniej grubości	0,59%	11 699,40 zł	14 157,44 zł
86.89	Rekonstrukcja/plastyka skóry i tkanki podskórnej - inne	6,34%	912,97 zł	1 007,94 zł
82.39 83.09 83.999 86.229 (+86.89/86.90/86.91/86.92/86.93)*		nd	1 220,99 zł	1 602,50 zł
Średnia ważona			2 000,07 zł	2 864,84 zł

* jeden ze świadczeniodawców sprawozdał koszty hospitalizacji dla wskazanych procedur łącznie – w przypadku tego świadczeniodawcy są to świadczenia wykonywane w oddziale; w powyższej tabeli zostały przedstawione wyłącznie jako dane porównawcze i nie zostały wzięte pod uwagę w wyliczeniach kosztu świadczeń rozliczanych w ramach JGP H83

Tabela 70 Oszacowanie kosztów dla procedur z grupy H84

Kod procedury	Nazwa	Udział procedury w JGP (NFZ 2016)	Łączny koszt realizacji świadczenia – dane FK z bazy AOTMiT	Łączny koszt realizacji świadczenia – dane od świadczeniodawców
04.499	Odbarczenie albo uwolnienie zrostów nerwu obwodowego lub zwoju nerwowego - inne	3,22%	1 440,06 zł	1 786,04 zł
78.613	Usunięcie zewnętrznego stabilizatora kości - kość promieniowa/ kość łokciowa	1,57%	1 030,43 zł	821,10 zł
78.617	Usunięcie zewnętrznego stabilizatora kości - kość piszczelowa/ kość strzałkowa	2,80%	1 721,76 zł	2 186,28 zł
82.012	Nacięcie pochewki ścięgna na rękę	5,41%	1 185,57 zł	1 292,93 zł
82.211	Wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna ręki (nadgarstek)	5,00%	2 270,44 zł	2 212,40 zł
82.44	Szycie ścięgna zginacza ręki - inne	3,13%	2 200,82 zł	3 347,73 zł
82.45	Szycie ścięgna ręki - inne	5,17%	1 950,19 zł	1 903,02 zł
83.011	Nacięcie pochewki ścięgna	1,99%	3 647,49 zł	3 794,55 zł
83.399	Wycięcie zmiany tkanek miękkich - inne	31,46%	1 587,79 zł	1 538,26 zł
83.5	Wycięcie kaletki	3,10%	1 871,13 zł	2 488,51 zł
83.641	Zeszycie ścięgna Achillesa	3,82%	2 281,80 zł	3 786,14 zł

Kod procedury	Nazwa	Udział procedury w JGP (NFZ 2016)	Łączny koszt realizacji świadczenia – dane FK z bazy AOTMiT	Łączny koszt realizacji świadczenia – dane od świadczeniodawców
83.649	Szycie ścięgna - inne	3,05%	2 354,97 zł	2 281,20 zł
83.659	Szycie mięśnia/ powięzi - inne	2,53%	2 560,06 zł	3 700,74 zł
86.04	Nacięcie/ drenaż skóry/ tkanki podskórnej - inne	20,26%	1 498,51 zł	1 330,40 zł
86.221	Oczyszczenie przez wycięcie zdewitalizowanej tkanki	4,45%	2 838,68 zł	1 900,15 zł
86.222	Wycięcie martwiczej tkanki	3,04%	1 371,39 zł	1 238,57 zł
Średnia ważona			1 783,79 zł	1 851,72 zł

Podobnie jak w przypadku analiz danych szczegółowych, analiza danych z kart kosztowych wykazała, że procedura o kodzie 86.601 (*przeszczep skóry pośredniej grubości*) rozliczana w ramach JGP H83, stanowi pod względem kosztu świadczenia wartość odstającą na tle innych procedur. Dla pozostałych procedur: 80.15, 80.16, 86.609 świadczeniodawcy nie przekazali danych.

Ograniczenia analizy

Ograniczenia wynikały przede wszystkim z:

- dobrowolność współpracy z Agencją, co przełożyło się na reprezentatywność próby;
- braku standardowego rachunku kosztów, co przełożyło się na niejednorodność sprawozdawanych danych, szczególnie danych finansowo-księgowych;
- użyte w wariantie 1 dane finansowo-księgowe pochodziły z roku 2016, natomiast dane od świadczeniodawców z 2015-2016 r.;
- część danych z kart pochodziła z 2015 r. a druga część z 2016 r. stąd by zniwelować różnicę pomiędzy ww. różnicami zastosowano mnożnik oparty o wskaźnik inflacji do danych z 2015;
- niejednorodności sprawozdawanych informacji w zakresie leków, wyrobów medycznych (różne jednostki miary itp.) lub brak odpowiedniej szczegółowości ewidencjonowania na pacjenta tych kosztów powodowało znaczne różnice między świadczeniodawcami. Może to również wynikać z różnic w praktyce klinicznej pomiędzy świadczeniodawcami lub stanem klinicznym pacjenta oraz brakiem prawidłowego ewidencjonowania danych medycznych;
- nierzadko nie wypełniano w ogóle kosztu dla leków, wyrobów oraz procedur medycznych dla obu etapów leczenia pacjenta, brak możliwości wyszczególnienia pozycji dla jednorazowych wyrobów medycznych oraz leków przez kilku świadczeniodawców osobno podczas dla hospitalizacji oraz zabiegu – wątpliwym wydaje się być, że pacjenci Ci nie zostali zaopatrzeni w produkty lecznicze i wyroby medyczne i prawdopodobnie zdarzało się, że podawano łącznie te koszty.
- Świadczeniodawcy mieli także problem ze sprawozdaniem kosztów dla pozostałego personelu medycznego, twierdząc, że nie są w stanie oszacować takich danych nt. czasu i liczby zaangażowania tego typu personelu.

Analiza „danych bieżących”

Dane bieżące dotyczyły hospitalizacji, które miały miejsce w 2016 roku. Poniżej przedstawiono zestawienie liczby hospitalizacji, o których dane zostały zaakceptowane podczas procesu weryfikacji merytorycznej i wykorzystane do analizy kosztów.

Tabela 71 Liczba danych bieżących, które sprawozdano do Agencji i wykorzystano do analizy kosztów

JGP	Liczba hospitalizacji	Liczba świadczeniodawców
H81	38	4
H82	36	7
H83	1 277	10
H84	135	8

Wszelkie wątpliwości dotyczące danych były konsultowane ze świadczeniodawcami i w razie potrzeby korygowane. W przypadku danych bieżących obliczono osobno koszt każdej hospitalizacji, na który składały się koszt osobodnia, koszt zabiegu, znieczulenia oraz pozostałe koszty zmienne (leki i wyroby medyczne, procedury medyczne). Koszt pobytu został obliczony w oparciu o dane dotyczące długości każdej hospitalizacji i koszt osobodnia dla każdego z ośrodka powstawania kosztów/oddziału, w którym był hospitalizowany pacjent. Koszt znieczulenia oraz koszt zabiegu zostały obliczone z wykorzystaniem danych sprawozdawanych przez świadczeniodawców i obejmowały następujące elementy: czas zaangażowania poszczególnych członków personelu w zabieg/znieczulenie oraz ich liczba, czas trwania zabiegu/znieczulenia, koszty wynagrodzenia poszczególnych kategorii personelu oraz koszty infrastruktury przypisane. Koszty wynagrodzenia oraz koszty infrastruktury obliczano dla ośrodka powstawania kosztów, w którym rzeczywiście wykonywano zabieg/na którym zatrudniony był personel. Średnią wartość świadczeń rozliczanych w ramach poszczególnych JGP obliczono po odcięciu obserwacji odstających metodą *box plot*. Ze względu na fakt zbierania danych za 2016 rok, zostały one zaktualizowane odpowiednim mnożnikiem zmian wielkości kosztów do 2018 roku.

Analiza kosztów

Poniższa tabela zawiera zestawienie analizy kosztów.

Tabela 72 Oszacowanie kosztów świadczeń rozliczanych w ramach JGO H81–H84 w oparciu o dane bieżące

JGP	Koszt świadczenia
H81	15 761, 37 zł
H82	3 796,66 zł
H83	2 388,13 zł
H84	2 152,68 zł

W danych bieżących, w ramach hospitalizacji rozliczonych w ramach H82 znalazły się dane o 3 hospitalizacjach związanych z wykonywaniem artrotomii (jedna artrotomia kolana, jedna artrotomia barku, jedna artrotomia łokcia). Hospitalizacje związane z wykonywaniem artrotomii kolana i łokcia wiązały się z długimi czasami pobytu (odpowiednio 22 i 15 dni) i wysokimi kosztami hospitalizacji, przekraczającymi średnią wartość grupy.

Podobnie w przypadku hospitalizacji rozliczanych w ramach JGP H83 – wśród nich znalazły się dane dotyczące 7 hospitalizacji związanych z wykonywaniem procedury 86.601, 2 hospitalizacji związanych z wykonywaniem procedury 86.609 oraz o 1 hospitalizacji związanej z wykonywaniem procedury 86.91. Koszty tych hospitalizacji zdecydowanie przekraczały średnią wartość grupy.

Podsumowanie wyników analizy kosztów

W poniższych tabeli zestawiono podsumowanie wyników analizy kosztów we wszystkich opisanych szczegółowo we wcześniejszej części raportu wariantach.

Należy zauważyć, że koszty oszacowane na podstawie średniej długości pobytu są wyższe niż koszty oszacowane w oparciu o medianę czasu pobytu. Będzie to dotyczyło wszystkich analizowanych świadczeń. Ze względu na histogram dotyczący czasu pobytu powinno się przyjąć wyniki oparte o medianę czasu pobytu.

W przypadku kosztów oszacowanych na podstawie danych szczegółowych i kart kosztowych powinno się przyjąć oszacowania oparte o średnią ważoną. Wynika to ze sposobu sprawozdawania danych do NFZ, a także przyjętego przez AOTMiT sposobu analizy. W przypadku oszacowania kosztów w oparciu o dane bieżące ze względu na sposób analizy obliczona została wyłącznie średnia arytmetyczna.

Tabela 73 Podsumowanie wyników analizy kosztów we wszystkich wariantach dla świadczeń z JGP H81

Kod ICD-9	Udział hospitalizacji w próbie – dane szczegółowe	Udział hospitalizacji w próbie – karty kosztowe	Koszt – dane szczegółowe, mediana czasu pobytu (zł)	Koszt – dane szczegółowe średnia czasu pobytu (zł)	Koszt realizacji świadczenia – dane FK z bazy AOTMiT	Koszt realizacji świadczenia – dane od świadczeniodawców	Koszt – dane bieżące
77.07	18,15%	28,13%	12 312,84	13 044,47	11 680,47	7 504,08	nd.
77.65	15,61%	0,00%	12 857,52	13 670,70	0,00	0,00	nd
77.67	18,47%	28,63%	10 696,64	11 401,45	15 560,93	24 374,93	nd
77.68	0,00%	9,38%	0,00	0,00	6 253,07	4 021,18	nd
77.05	11,59%	0,00%	12 307,48	12 850,04	0,00	0,00	nd
77.08	9,75%	0,00%	10 366,15	11 450,55	0,00	0,00	nd
84.101	0,00%	7,21%	0,00	0,00	6 120,06	8 772,21	nd
	0,00%	7,21%	0,00	0,00	0,00	0,00	nd
84.102	0,00%	7,40%	0,00	0,00	6 964,50	9 791,66	nd
84.129	7,77%	12,04%	8 586,87	9 622,11	7 413,49	10 525,51	nd
84.151	4,71%	0,00%	12 827,44	14 169,92	0,00	0,00	nd
77.092	3,25%	0,00%	8 493,17	9 790,80	0,00	0,00	nd
77.692	2,93%	0,00%	8 413,19	8 721,08	0,00	0,00	nd
78.415	3,57%	0,00%	11 739,24	12 485,49	0,00	0,00	nd
78.427	2,61%	0,00%	15 398,20	15 982,61	0,00	0,00	nd
77.17	1,02%	0,00%	10 542,16	11 383,71	0,00	0,00	nd
84.125	0,51%	0,00%	12 503,05	12 503,05	0,00	0,00	nd
77.38	0,06%	0,00%	13 694,42	13 694,42	0,00	0,00	nd
SUMA	100,00%	100,00%					
Średnia			–	–	–	–	15 671,37
Średnia ważona			11 449,28	13 694,42	11 490,08	13 891,59	–

W powyższej tabeli przedstawiono podsumowanie analizy kosztów we wszystkich możliwych wariantach dla świadczeń z grupy H81. Wartość grupy według NFZ wynosi 10 708 zł. Należy zauważyć, że wyniki otrzymane w oparciu o dane szczegółowe i dane z kart kosztowych są zbieżne. Wyniki otrzymane w oparciu o dane bieżące są wyższe. W każdym z możliwych wariantów wyniki przekraczają wartość grupy według NFZ. Ze względu na niewielką liczbę hospitalizacji, o których dane przekazano do AOTMiT w kartach kosztowych i danych bieżących, wyniki te powinny służyć jako porównawcze dla oszacowań opartych o dane szczegółowe, potwierdzające zasadność wzrostu wartości grupy. Należy również podkreślić, że JGP H81 służy rozliczaniu świadczeń udzielanych w ramach tzw. *pakietu onkologicznego*, w ramach którego w 2016 roku udzielono 24 świadczenia rozliczone przedmiotową grupą.

Tabela 74 Podsumowanie wyników analizy kosztów we wszystkich wariantach dla świadczeń z JGP H82

Kod ICD-9	Udział hospitalizacji w próbie – dane szczegółowe	Udział hospitalizacji w próbie – karty kosztowe	Koszt – dane szczegółowe, mediana czasu pobytu (zł)	Koszt – dane szczegółowe średnia czasu pobytu (zł)	Koszt realizacji świadczenia – dane FK z bazy AOTMiT	Koszt realizacji świadczenia – dane od świadczeniodawców	Koszt – dane bieżące
83.191	34,89%	52,54%	1752,50	2077,62	5725,53	6017,29	nd
83.192	10,58%	0,00%	4905,40	5393,93	0,00	0,00	nd
80.96	8,13%	12,25%	4457,92	5155,59	2868,08	3930,08	nd
77.892	6,22%	0,00%	2478,12	2582,07	0,00	0,00	nd
77.87	5,56%	8,37%	4009,83	4144,44	3434,79	4269,87	nd
80.92	5,73%	0,00%	2144,26	2136,16	0,00	0,00	nd
77.85	4,13%	0,00%	3293,17	3553,71	0,00	0,00	nd
80.98	4,22%	6,36%	2304,25	2459,00	2968,35	3951,32	nd
80.16	3,64%	0,00%	10375,65	12108,23	0,00	0,00	nd
77.88	3,87%	5,82%	2808,84	2958,95	3083,19	4132,21	nd
80.95	2,67%	4,02%	6437,07	8470,85	8529,93	11885,75	nd
77.82	3,20%	0,00%	3636,61	3909,26	0,00	0,00	nd
80.97	2,71%	4,08%	3093,79	3467,90	3253,78	4365,98	nd
80.15	1,73%	0,00%	11305,87	12178,78	0,00	0,00	nd
77.81	1,87%	0,00%	4605,35	5234,03	0,00	0,00	nd
80.442	0,84%	0,00%	2319,56	2319,56	0,00	0,00	nd
77.84	0,00%	2,54%	0,00	0,00	1847,67	3768,24	nd
80.91	0,00%	4,02%	0,00	0,00	2319,05	4812,90	nd
SUMA	100,00%	100,00%					
Średnia			–	–	–	–	3 796,66
Średnia ważona			3 386,37	3 807,91	4 630,93	5 436,96	–

W powyższej tabeli przedstawiono podsumowanie analizy kosztów we wszystkich możliwych wariantach dla świadczeń z grupy H82. Wartość grupy według NFZ wynosi 3 461 zł. Wyniki otrzymane w oparciu o dane z kart kosztowych są wyższe niż wyniki otrzymane na podstawie danych szczegółowych. Wyniki otrzymane w oparciu o dane bieżące są zbieżne z wynikiem otrzymanym w oparciu o dane szczegółowe z wykorzystaniem średniego czasu pobytu. Przyjęcie wartości grupy na poziomie oszacowań z wariantu opartego o dane szczegółowe i medianę czasu pobytu wiąże się ze spadkiem wartości grupy o 2,16% (74,63 zł) względem wartości grupy wg NFZ.

W związku z wynikami analizy kosztów dotyczących poszczególnych procedur kierunkowych, przeprowadzonej na danych szczegółowych, AOTMiT zaproponowała wyłączenie procedur 80.15 oraz 80.16 z JGP H82 i przeniesienie ich do JGP H81. Lista wskazań dla JGP H82 (w której obecnie znajdują się przedmiotowe procedury) i JGP H81 jest tożsama, a średnia długości hospitalizacji pacjentów, u których wykonywano przedmiotowe procedury przekracza 10 dni. Rozwiązanie takie byłoby zasadne z punktu widzenia kosztów. W JGP: H82 znajdują się również następujące procedury:

- *Inna artrotomia – bark* (80.11),
- *Inna artrotomia – łokieć* (80.12),
- *Inna artrotomia – nadgarstek* (80.13),
- *Inna artrotomia – ręka i palce* (80.14),
- *Inna artrotomia – kostka* (80.17),
- *Inna artrotomia – stopa i palce* (80.18),

dla których świadczeniodawcy nie przekazali danych kliniczno-kosztowych. Z analizy danych NFZ za 2016 rok wynika, że hospitalizacje pacjentów, u których wykonano procedury: *inna artrotomia – bark* (80.11), *inna artrotomia – łokieć* (80.12) wiąże się z długimi pobytami (średnio powyżej 10 dni).

W związku z powyższym wystąpiono z prośbą do Konsultanta Krajowego w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu o opinię dotyczącą zasadności zmian w charakterystykach grup H81 oraz H82.

Zdaniem Konsultanta Krajowego zasadne byłoby utworzenie nowej JGP (H81F) *Kompleksowe zabiegi w chorobach infekcyjnych, nowotworowych kości, stawów i tkanki łącznej* jednak bez określania dolnej granicy czasu hospitalizacji. W grupie tej powinny znaleźć się wszystkie wymienione wyżej artrotomie.

W związku z powyższą opinią o zasadności wyłączenia artrotomii z grupy H82 ponownie obliczono średnią ważoną na podstawie danych szczegółowych, bez uwzględnienia kosztów procedur 80.15 oraz 80.16, przypisując nowe wagi pozostałym świadczeniom. Średnia ważona oszacowana w ten sposób wynosi 2 972,10 zł i jest niższa od wyceny NFZ o 14,13% (488,9 zł). Po wyłączeniu z kalkulacji wartości odstających, jakimi są koszty procedur 80.15 oraz 80.16 można oszacować średnią arytmetyczną, która wynosi 3 446,19 zł i jest o 0,43% (14,81 zł) niższa od wyceny wg NFZ.

Należy również podkreślić, że JGP H82 służy rozliczaniu świadczeń udzielanych w ramach tzw. *pakiety onkologicznego*, w ramach którego w 2016 roku udzielono 316 świadczeń rozliczonych przedmiotową grupą.

Natomiast w przypadku nowej grupy służącej rozliczaniu artrotomii w chorobach infekcyjnych, nowotworowych kości, stawów i tkanki łącznej, jej koszt oszacowano w oparciu o dane szczegółowe dotyczące procedur 80.15 oraz 80.16.

Tabela 75 Koszty procedur 80.15 oraz 80.16

ICD-9	Nazwa procedury	L. hosp (NHZ 2016)	Średnia czasu pobytu (dni)	Mediana czasu pobytu (dni)	Suma kosztów zmiennych	Koszt osobodnia	Koszt świadczenia w oparciu o średnią	Koszt świadczenia w oparciu o medianę
80.16	Inna artrotomia - kolano	82	14,56	11,00	4 638,28 zł	450,29 zł	12 108,23 zł	10 375,65 zł
80.15	Inna artrotomia - biodro	39	17,79	16,00	3 263,95 zł	450,29 zł	12 178,78 zł	11 305,87 zł
Średnia							12 143,51 zł	10 840,76 zł
Średnia ważona							12 130,97 zł	10 675,47 zł

Na podstawie powyższych danych koszt nowej JGP można oszacować na 10 675,47 zł.

Należy jednak zauważyć, że 2016 roku liczba hospitalizacji związanych z wykonywaniem procedur: 80.11, 80.12, 80.13, 80.14, 80.15, 80.16, 80.17, 80.18 wynosiła 224.

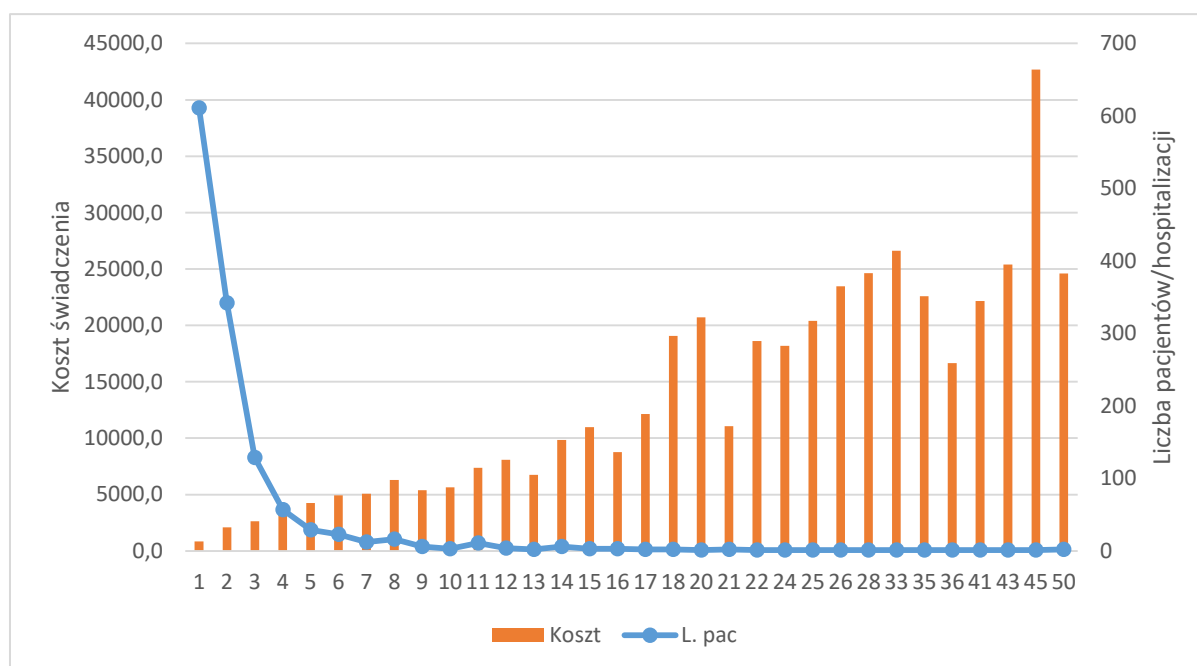
W przypadku włączenia artrotomii do grupy H81 i ponownym oszacowaniu wartości przedmiotowej JGP, przy uwzględnieniu nowych wag poszczególnych świadczeń, koszt został oszacowany na 11 393,91 zł (średnia ważona; w oparciu o medianę czasu pobytu).

Tabela 76 Podsumowanie wyników analizy kosztów we wszystkich wariantach dla świadczeń z JGP H83

Kod ICD-9	Udział hospitalizacji w próbie – dane szczegółowe	Udział hospitalizacji w próbie – karty kosztowe	Koszt – dane szczegółowe, mediana czasu pobytu (zł)	Koszt – dane szczegółowe średnia czasu pobytu (zł)	Koszt realizacji świadczenia – dane FK z bazy AOTMiT	Koszt realizacji świadczenia – dane od świadczeniodawców	Koszt – dane bieżące
86.229	25,12%	18,40%	2 484,92	3 016,33	3 253,13	2 861,16	nd
82.351	12,04%	8,82%	2 872,09	2 795,04	1 850,37	2 858,14	nd
83.999	12,48%	9,14%	2 224,30	2 130,46	2 140,69	2 433,00	nd
86.89	8,66%	6,34%	1 755,18	1 990,22	912,97	1 007,94	nd
82.911	6,73%	4,93%	1 353,82	1 492,29	1 348,95	2 622,47	nd
83.853	5,42%	3,97%	3 006,92	2 924,73	2 805,87	3 559,79	nd
82.29	4,17%	3,05%	1 453,45	1 602,83	1 725,70	1 742,87	nd
83.09	3,32%	2,43%	1 999,10	2 064,37	2 961,06	3 415,10	nd
83.91	3,61%	2,64%	1 467,89	1 467,27	1 765,94	3 672,73	nd
82.39	3,25%	2,38%	1 584,44	1 538,58	1 498,53	2 375,16	nd
77.53	2,91%	2,13%	2 048,42	1 974,29	1 186,16	1 865,95	nd
83.391	1,71%	1,25%	2 201,25	2 428,30	2 252,12	2 635,93	nd
80.88	1,31%	0,96%	2 333,44	2 089,81	1 451,48	2 821,51	nd
83.881	1,05%	0,77%	2 939,87	3 047,51	1 960,43	3 486,89	nd
83.884	0,96%	0,70%	2 421,53	2 474,42	2 783,07	5 051,33	nd
83.71	0,85%	0,00%	2 371,96	2 503,86	-	-	nd
80.86	0,84%	0,61%	2 346,84	2 754,22	2 008,39	2 136,84	nd
80.98	1,01%	0,74%	1 902,51	1 983,87	1 486,33	3 875,99	nd
86.601	0,80%	0,59%	7 100,36	8 709,33	11 699,40	14 157,44	nd
80.96	0,50%	0,37%	2 019,45	2 266,62	1 350,31	3 415,96	nd
83.73	0,67%	0,49%	3 530,06	3 684,80	2 985,72	5 770,35	nd
83.86	0,55%	0,40%	3 582,69	3 947,94	2 907,79	3 470,35	nd
81.95	0,42%	0,31%	3 398,28	3 619,81	2 780,91	3 382,64	nd
80.16	0,29%	0,21%	3 579,03	3 996,53	4 197,28	8 145,10	nd
82.43	0,34%	0,25%	3 003,06	2 840,81	4 560,12	5 025,05	nd
83.192	0,35%	0,26%	2 983,02	3 277,03	851,73	1 348,57	nd
83.142	0,34%	0,25%	2 320,78	2 351,17	2 752,47	4 571,17	nd
04.51	0,18%	0,00%	1 918,11	2 157,86	-	-	nd
86.609	0,14%	0,00%	4 634,21	6 117,14	-	-	nd
04.99	0,00%	23,17%	0,00	0,00	1 304,88	2 518,61	nd
80.453	0,00%	4,43%	0,00	0,00	777,73	5 851,92	nd
SUMA	100,00%	100,00%					
Średnia			-	-	-	-	2 388,13
Średnia ważona			2 299,02	2 471,47	2 000,07	2 864,84	-

W powyższej tabeli przedstawiono podsumowanie analizy kosztów we wszystkich możliwych wariantach dla świadczeń z grupy H83. Wartość grupy według NFZ wynosi 2 055 zł. Nie obserwuje się dużych rozbieżności pomiędzy wynikami oszacowanymi w oparciu o dane szczegółowe oraz dane bieżące. Rozbieżności dotyczą natomiast wyników oszacowanych w oparciu o dane z kart kosztowych. W wariantcie, w którym do wyliczenia kosztów osobodnia wykorzystano bazę FK AOTMiT koszt świadczeń z grupy H83 został oszacowany na 2 000,07 zł. Wpływ na takie oszacowanie ma fakt, że 80% hospitalizacji sprawozdawanych w kartach kosztowych wiązały się z czasem pobytu krótszym niż 2 dni. Z kolei bardzo wysokie oszacowanie w wariantcie liczącym wyłącznie na danych od świadczeniodawców wynika z zawyżonych kosztów osobodnia.

Koszt świadczenia w oparciu o dane bieżące został oszacowany na 1 798,25 zł. Jednak 48% hospitalizacji to pobyty 1-dniowe, 75% stanowią hospitalizacje poniżej (lub równe) 2 dni pobytu. Szacując koszt świadczenia bez hospitalizacji 1-dniowych otrzymuje się wynik na poziomie 2 647,67 zł. Należy jednak zauważyć, że 64% hospitalizacji 1-dniowych, to dane od jednego świadczeniodawcy zajmującego się wyłącznie leczeniem 1-dniowym (inna specyfika szpitala, wykonywanych zabiegów). Wyłączając z analizy tylko te dane, a uwzględniając pozostałe hospitalizacji 1-dniowe (tj. udzielane przez świadczeniodawców udzielających także świadczeń powyżej 1 dnia), otrzymuje się koszt na poziomie 2 388,13 zł. Koszt hospitalizacji 1-dniowych w oparciu o dane od wszystkich świadczeniodawców wynosi 897,59 zł, zaś bez uwzględnienia danych od ośrodka specjalizującego się wyłącznie w chirurgii jednego dnia wynosi 1 337,79 zł. Na poniższym wykresie przedstawiono średnie koszty hospitalizacji w zależności od długości pobytu. Na osi pomocniczej przedstawiona jest reprezentacja danych w zależności od długości pobytu.



Rycina 65. Koszt hospitalizacji w zależności od długości pobytu; reprezentacja danych w zależności od długości pobytu (JGP: H83)

W związku z wynikami analizy kosztów dotyczących poszczególnych procedur kierunkowych, przeprowadzonej na danych szczegółowych, AOTMiT zaproponowała wydzielenie procedur 86.601 oraz 86.609 z JGP H83 do nowej JGP. Należy zauważyć, że w krajach takich jak Chorwacja, Słowenia,

Węgrzy wydzielone są odrębne grupy służące rozliczaniu hospitalizacji związanych z wykonywaniem przeszczepów skóry. W JGP: H83 znajdują się również następujące procedury:

- *Przeszczep skóry pełnej grubości (86.602),*
- *Przeszczep skórno-tłuszczowy (86.603),*
- *Pełnej grubości przeszczep skóry na rękę (86.61),*
- *Przeszczep skóry na rękę – inny (86.62),*
- *Przeszczep pełnej grubości skóry na inne miejsce (86.63),*
- *Preparowanie skórno-podskórnego płata uszypułowanego (86.71),*
- *Przeniesienie skórno-podskórnego płata uszypułowanego (86.72),*
- *Umocowanie skórno-podskórnego płata uszypułowanego do ręki (86.73),*
- *Zamknięcie ubytku przez wydłużony płat skórno-podskórny (86.741),*
- *Zamknięcie ubytku przez podwójnie uszypułowany płat skórno- podskórny (86.742),*
- *Zamknięcie ubytku przez uszypułowany płat skórno-podskórny (86.743),*
- *Zamknięcie ubytku przez zrotowany płat skórno-podskórny (86.744),*
- *Zamknięcie ubytku przez przesunięty płat skórno-podskórny (86.745),*
- *Zamknięcie ubytku przez rurowaty płat (86.746),*
- *Oczyszczenie płata uszypułowanego (86.751),*
- *Usunięcie tkanki tłuszczowej z płata uszypułowanego (86.752),*
- *Przeszczepienie płata uszypułowanego – inne (86.79),*
- *Rekonstrukcja/ plastyka skóry i tkanki podskórnej – inna (86.89),*
- *Wycięcie skóry do przeszczepu (86.91),*

Jednak z analizy danych NFZ za 2016 rok dotyczących czasu trwania hospitalizacji wynika, że jedynie procedury: *przeszczep skóry pośredniej grubości (86.601), przeszczep wolny skóry – inny (86.609)* oraz *przeszczep pełnej grubości skóry na inne miejsce (86.63)* wiążą się z dłuższymi pobytami. W związku z powyższym wystąpiono z prośbą do Konsultanta Krajowego w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu o opinię dotyczącą zasadności wydzielenia procedur związanych z przeszczepami skóry do nowej JGP.

Zdaniem Konsultanta Krajowego zasadne byłoby utworzenie nowej JGP, w której powinny znaleźć się następujące procedury:

- *Przeszczep skóry pośredniej grubości (86.601),*
- *Przeszczep wolny skóry – inny (86.609),*
- *Przeszczep pełnej grubości skóry na inne miejsce (86.63).*

W związku z powyższą opinią o zasadności wyłączenia procedur związanych z przeszczepami skóry z H83 ponownie obliczono średnią ważoną na podstawie danych szczegółowych, bez uwzględnienia kosztów procedur 86.601 oraz 86.609, przypisując nowe wagi pozostałym świadczeniom. Średnia ważona oszacowana w ten sposób wynosi 2 256,97 zł i jest wyższa od wyceny NFZ o 9,83% (201,97 zł). Po wyłączeniu z kalkulacji wartości odstających, jakimi są koszty procedur 86.601 oraz 86.609 można oszacować średnią arytmetyczną, która wynosi 2 411,20 zł i jest o 17,31% (356,2 zł) wyższa od wyceny NFZ.

W poniższej tabeli przedstawiono szczegółowe dane dotyczące procedur 86.601 oraz 86.609.

Tabela 77 Koszty procedur 86.601 oraz 86.609

Kod procedury	Nazwa procedury	L. hosp (NHZ 2016)	Średnia czasu pobytu	Mediana czasu pobytu	Suma kosztów zmiennych	Koszt osobodnia	Koszt świadczenia w oparciu o średnią	Koszt świadczenia w oparciu o medianę
86.601	Przeszczep skóry pośredniej grubości	350	13,36	10	2 137,04 zł	443,97 zł	8 709,33 zł	7 100,36 zł
86.609	Przeszczep wolny skóry - inny	62	7,59	4,5	2 296,94 zł	443,97 zł	6 117,14 zł	4 634,21 zł
Średnia							7 413,24 zł	5 867,28 zł
Średnia ważona							8 319,24 zł	6 729,24 zł

Suma kosztów zmiennych dla obu procedur jest zbliżona, różny natomiast jest koszt związany z samą hospitalizacją.

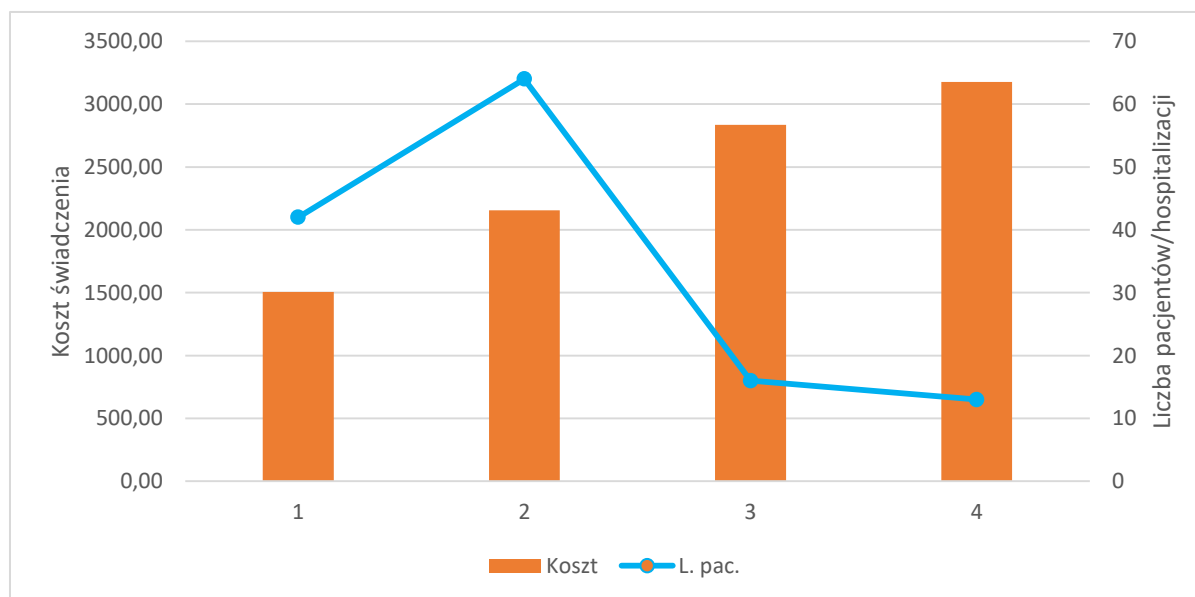
Na podstawie danych o kosztach procedur 86.601 oraz 86.609 można oszacować koszt nowej JGP na 6 729,24 (średnia ważona w oparciu o medianę czasu pobytu) lub 8 319,24 (średnia ważona w oparciu o średni czas pobytu).

Tabela 78 Podsumowanie wyników analizy kosztów we wszystkich wariantach dla świadczeń z JGP H84

Kod ICD-9	Udział hospitalizacji w próbie – dane szczegółowe	Udział hospitalizacji w próbie – karty kosztowe	Koszt – dane szczegółowe, mediana czasu pobytu (zł)	Koszt – dane szczegółowe średnia czasu pobytu (zł)	Koszt realizacji świadczenia – dane FK z bazy AOTMiT	Koszt realizacji świadczenia – dane od świadczeniodawców	Koszt – dane bieżące
83.399	28,37%	31,46%	1 210,97	1 443,69	1 587,79	1 538,26	nd
86.04	18,27%	20,26%	1 996,71	1 971,86	1 498,51	1 330,40	nd
82.45	4,66%	5,17%	2 078,55	2 324,10	1 950,19	1 903,02	nd
82.211	4,51%	5,00%	1 401,41	1 455,24	2 270,44	2 212,40	nd
82.012	4,88%	0,00%	1 346,33	1 307,23	1 185,57	1 292,93	nd
86.221	4,02%	4,45%	1 835,20	2 040,36	2 838,68	1 900,15	nd
83.5	2,80%	3,10%	1 905,03	1 813,27	1 871,13	2 488,51	nd
86.222	2,74%	3,04%	1 510,16	1 777,46	1 371,39	1 238,57	nd
83.641	3,45%	3,82%	2 234,70	2 449,98	2 281,80	3 786,14	nd
83.649	2,75%	3,05%	2 447,73	2 471,66	2 354,97	2 281,20	nd
86.229	2,18%	0,00%	1 079,50	1 079,50	0,00	0,00	nd
83.659	2,28%	2,53%	2 062,85	2 158,52	2 560,06	3 700,74	nd
82.44	2,82%	0,00%	2 502,41	2 439,82	2 200,82	3 347,73	nd
78.617	2,52%	0,00%	1 512,52	1 679,36	1 721,76	2 186,28	nd
83.312	2,05%	0,00%	2 051,56	1 806,56	0,00	0,00	nd
86.271	2,17%	0,00%	838,49	838,49	0,00	0,00	nd
83.011	1,80%	0,00%	1 384,96	1 481,32	3 647,49	3 794,55	nd
86.284	1,72%	0,00%	1 596,77	1 649,19	0,00	0,00	nd
83.133	1,66%	0,00%	1 292,13	1 248,32	0,00	0,00	nd
78.613	1,42%	0,00%	1 028,69	1 031,24	1 030,43	821,10	nd
83.311	0,88%	0,00%	1 235,70	1 349,77	0,00	0,00	nd
86.272	0,66%	0,00%	1 136,52	1 339,54	0,00	0,00	nd

Kod ICD-9	Udział hospitalizacji w próbie – dane szczegółowe	Udział hospitalizacji w próbie – karty kosztowe	Koszt – dane szczegółowe, mediana czasu pobytu (zł)	Koszt – dane szczegółowe średnia czasu pobytu (zł)	Koszt realizacji świadczenia – dane FK z bazy AOTMiT	Koszt realizacji świadczenia – dane od świadczeniodawców	Koszt – dane bieżące
78.615	0,87%	0,00%	2 015,55	1 821,01	0,00	0,00	nd
82.011	0,53%	0,00%	1 310,12	1 425,02	0,00	0,00	nd
04.499	0,00%	0,00%	0,00	0,00	1 440,06	1 786,04	nd
SUMA	100,00%	100,00%					
Średnia			–	–	–	–	2 152,68 zł
Średnia ważona			1 617,63	1 714,97	1 783,79	1 792,90	–

W powyższej tabeli przedstawiono podsumowanie analizy kosztów we wszystkich możliwych wariantach dla świadczeń z grupy H84. Wartość grupy według NFZ wynosi 649 zł. Nie obserwuje się dużych rozbieżności pomiędzy wynikami oszacowanymi w oparciu o dane szczegółowe oraz dane z kart kosztowych. Rozbieżności dotyczą natomiast wyników oszacowanych w oparciu o dane z kart kosztowych/szczegółowych i danych bieżących. Różnica może wynikać ze struktury próby z danych bieżących. Czas hospitalizacji w wariantach liczonym w oparciu o dane szczegółowe nie przekraczał 2 dni (mediana, średnia). Odsetek hospitalizacji 2-dniowych wynosił 35%, zaś krótszych niż 2 dni 65%. W danych bieżących odsetek hospitalizacji 2-dniowych wynosił 47%, 1-dniowych-31%, 3-dniowych 12%, 4-dniowych 10%. Na poniższym wykresie przedstawiono średnie koszty hospitalizacji w zależności od długości pobytu. Na osi pomocniczej przedstawiona jest reprezentacja danych w zależności od długości pobytu.



Rycina 66. Koszt hospitalizacji w zależności od długości pobytu; reprezentacja danych w zależności od długości pobytu (JGP: H84)

Należy zauważyć, że liczba danych bieżących i danych z kart kosztowych jest mniejsza niż danych szczegółowych i wyniki te można traktować porównawczo, jako uzasadnienie wzrostu wartości grupy na poziomie oszacowań w oparciu o dane szczegółowe.

Mnożnik zmian wielkości kosztów świadczeń

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

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

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

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

Wskaźnik zmian wielkości kosztów dla każdego roku, w ramach poszczególnych kategorii, jest obliczany niezależnie, a następnie zostaje złączony w postaci średniej ważonej za jeden rok. Poniżej przedstawiony mnożnik został opracowany w oparciu o dwuokresowe przesunięcie danych kosztowych względem momentu wprowadzenia do stosowania taryfy świadczeń przez NFZ.

Tabela 79 Mnożnik zmian wielkości kosztów (opracowanie własne)

Lp.	Nazwa wskaźnika	Wielkość wskaźnika w 2016	Wielkość wskaźnika w 2017	Wielkość wskaźnika w 2018
1.	Wskaźnik zmian wynagrodzeń	4,9%	5,31%	6,33%
2.	Średni ważony koszt kapitału	7,08%	6,06%	5,07%
3.	Wskaźnik zmian cen	-0,8%	2,93%	1,81%
4.	Mnożnik zmian wielkości kosztów świadczeń	1,86%	4,04%	3,82%

W celu określenia dynamiki zmian wynagrodzeń przeprowadzono analizę korelacji przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w gospodarce narodowej w sektorze „opieka zdrowotna i pomoc społeczna” oraz wynagrodzenia w gospodarce ogółem w latach 2005–2016 publikowanych przez Główny Urząd Statystyczny. W wyliczeniach uwzględniono także prognozę zmian wynagrodzeń w gospodarce w latach 2017–2018 określoną przez Ministerstwo Rozwoju i Finansów w dokumencie „Wytyczne dotyczące stosowania jednolitych wskaźników makroekonomicznych będących podstawą oszacowania skutków finansowych projektowanych ustaw”. W związku z wejściem w życie „Rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę” oraz „Ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych” w prognozowanych zmianach wynagrodzeń w roku 2017 oraz 2018 został uwzględniony finansowy wpływ powyższych aktów wysokość przyszłych kosztów podmiotów leczniczych. W wyniku powyższych analiz danych otrzymano wartości 5,3% (2017) oraz 6,3% (2018). W powyższym okresie dynamika wynagrodzeń wahała się od 2,3% (rok 2014) do 18,0% (rok 2007).

Koszt kapitału, będący drugą składową mnożnika, zastosowany jest w celu określenia kapitału niezbędnego do zapewnienia bieżącego i przyszłego zapotrzebowania podmiotów na infrastrukturę oraz usługi, czyli jest mechanizmem brania pod uwagę premii na rozwój. Koszt kapitału (liczony za pomocą średnioważonego kosztu kapitału) został oszacowany na podstawie danych za lata 2011–2016 pochodzące m.in. Ministerstwa Zdrowia, Narodowego Banku Polskiego, Giełda Papierów Wartościowych. Otrzymano wysokość kosztu kapitału 7,1% (2016), 6,1% (2017) oraz 5,1% (2018).

Do wyliczenia prognozowanej wartości wskaźnika zamian cen wykorzystano analizę szeregu czasowego przeciętnej stopy zmian cen towarów i usług konsumpcyjnych dla koszyka „zdrowie” publikowanej przez Główny Urząd Statystyczny za lata 2006–2016. Została przeprowadzona analiza korelacji cen towarów i usług dla koszyka „zdrowie” oraz cen towarów i usług ogółem, uzupełnionych o prognozę dynamiki cen w latach 2017-2018 określoną przez Ministerstwo Rozwoju i Finansów w dokumencie „Wytyczne dotyczące stosowania jednolitych wskaźników makroekonomicznych będących podstawą oszacowania skutków finansowych projektowanych ustaw”. W wyniku powyższej analizy otrzymano prognozę wskaźnika zmian cen i towarów dla koszyka „zdrowie” w wysokości 2,9% (2017) oraz 1,8% (2018). Najmniejsze tempo zmian cen koszyka „zdrowie” w latach 2006-2016 miało miejsce w roku 2016 (-0,8%), a najwyższe w roku 2011 (4,5%).

W związku z faktem, że źródłem danych taryfy z zakresu objętym poniższym raportem są lata 2015 i 2016 został wprowadzony dwuetapowy mechanizm aktualizacji danych kosztowych. Dla kosztów wyrobów medycznych oraz produktów leczniczych, które zostały poniesione w 2015 r. został wykorzystany wskaźnik inflacji dla koszyka „zdrowie” opublikowany przez Główny Urząd Statystyczny wielkości -0,8%. Dla kosztów procedur został wykorzystany mnożnik zmian wielkości kosztów świadczeń w roku 2016 w wielkości 1,86% oraz 2,87% dla procedur diagnostycznych.

W celu wyznaczenia mnożnika zmian wielkości kosztów świadczeń powyższe wskaźniki zostały ważone poprzez udział poszczególnych kategorii w kosztach ogółem. Struktura kosztów została wyznaczona na podstawie danych finansowo-księgowych szpitalnych oddziałów zabiegowych przekazanych Agencji przez świadczeniodawców. Otrzymano wartość mnożnika 1,9% (2016), 4,0% (2017) oraz 3,8% (2018). W celu aktualizacji kosztów z 2016 r. względem roku 2018, w którym zostaną wprowadzone do stosowania taryfy świadczeń przez NFZ, otrzymano mnożnik dwuokresowy w wysokości 8,01%.

3.1. Projekt taryfy

Projekty taryf oparto o wyniki analizy kosztów, poza projektem dla JGP H82. Ze względu na niejednoznaczne wyniki analizy, jednak zbliżone do wyceny NFZ, proponuje się pozostawienie taryfy na aktualnym poziomie. Projekty pozostałych taryf wiążą się ze wzrostem wartości przedmiotowych grup. Szczegółowe dane przedstawiono w poniższej tabeli.

Tabela 80 Projekt taryfy

Nazwa świadczenia	Wycena wg katalogu		Średnia wartość NFZ w 2016 r. (PLN)	Projekt taryfy		Różnica w stosunku do wartości katalogowej NFZ (%)
	pkt	PLN ^a		pkt	PLN ^a	
H81 – Kompleksowe zabiegi w chorobach infekcyjnych, nowotworowych kości, stawów, tkanki łącznej > 10 dni	10 708	10 708	10 444,78	11 449	11 449	6,92%

Nazwa świadczenia	Wycena wg katalogu		Średnia wartość NFZ w 2016 r. (PLN)	Projekt taryfy		Różnica w stosunku do wartości katalogowej NFZ (%)
	pkt	PLN ^{&}		pkt	PLN ^{&}	
<i>Nowa JGP: Kompleksowe zabiegi w chorobach infekcyjnych, nowotworowych kości, stawów, tkanki łącznej</i>	3 461*	3 461*	3 557,01*	10 676	10 676	208,47%
<i>H82 – Duże zabiegi w chorobach infekcyjnych, nowotworowych kości, stawów, tkanki łącznej</i>	3 461	3 461	3 557,01	3 461	3 461	0%
<i>H83 – Średnie zabiegi na tkankach miękkich</i>	2 055	2 055	1 855,07	2 257	2 257	9,83%
<i>Nowa JGP: Zabiegi związane z przeszczepami skóry</i>	2 055^	2 055^	1 855,07^	6 729	6 729	227,45%
<i>H84 – Mniejsze zabiegi w obrębie układu mięśniowo-szkieletowego lub tkanek miękkich</i>	649	649	517,63	1 618	1 618	149,31%

[&] 1 pkt =1 zł; * dane dotyczą JGP H82, w której obecnie znajdują się artrotomie; ^ dane dotycząc JGP H83, w której obecnie znajdują się przeszczepy skóry

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 proponowanej wyceny dla świadczeń rozliczanych w ramach JGP H81–H84. 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.

Wprowadzenie w życie proponowanej taryfy świadczeń będzie wiązało się z dodatkowymi wydatkami po stronie płatnika publicznego w wysokości 27,28 mln zł, co odpowiada 15% zwiększeniu kosztów w obszarze analizowanych świadczeń w stosunku do 2016 r.

W poniższej tabeli przedstawiono szczegółowe informacje.

Tabela 81 Analiza wpływu na budżet płatnika – JGP H81–H84

Liczba hospitalizacji w grupach H81–H84 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
H81 – Kompleksowe zabiegi w chorobach infekcyjnych, nowotworowych kości, stawów, tkanki łącznej > 10 dni	2 303	10 708	10 708	24 660 524,00	11 449	11 449	26 367 047,00	1 706 523,00
<u>Nowa JGP:</u> Kompleksowe zabiegi w chorobach infekcyjnych, nowotworowych kości, stawów, tkanki łącznej	224	3 461*	3 461*	775 264,00	10 676	10 676	2 391 424,00	1 616 160,00
H82 – Duże zabiegi w chorobach infekcyjnych, nowotworowych kości, stawów, tkanki łącznej	3 059	3 461	3 461	10 587 199,00	3 461	3 461	10 587 199,00	0,00
H83 – Średnie zabiegi na tkankach miękkich	68 026	2 055	2 055	139 793 430,00	2 257	2 257	153 534 682,00	13 741 252,00
<u>Nowa JGP:</u> Zabiegi związane z przeszczepami skóry	446	2 055^	2 055^	916 530,00	6 729	6 729	3 001 134,00	2 084 604,00
H84 – Mniejsze zabiegi w obrębie układu mięśniowo-szkieletowego lub tkanek miękkich	8 389	649	649	5 444 461,00	1 618	1 618	13 573 402,00	8 128 941,00
Suma				182 177 408,00			209 454 888,00	27 277 480,00

W przypadku świadczeń ratujących życie, realizowanych w trybie nagłym, co wiąże się z koniecznością utrzymywania gotowości w ośrodkach realizujących procedury medyczne, do taryfy doliczony został koszt podstawowego zabezpieczenia świadczeń wynikający z konieczności utrzymywania dyżuru na bloku operacyjnym. Poniżej w tabeli przedstawiono dodatkowy koszt związany z utrzymaniem gotowości wraz z dodatkowym wpływem na budżet płatnika publicznego.

Tabela 82 Dodatkowe koszty związane z utrzymaniem dostępu do świadczeń udzielanych w trybie nagłym wraz ze skutkiem finansowym

JGP	% świadczeń w trybie nagłym (NFZ 2016)	Gotowość (PLN)	BIA (PLN)
H81 – Kompleksowe zabiegi w chorobach infekcyjnych, nowotworowych kości, stawów, tkanki łącznej > 10 dni	Przyjęcie w trybie nagłym (ZRM) – 4,13% Inne przypadki – 43,6%	+ 197,08	+ 453 874,30
Nowa JGP: Kompleksowe zabiegi w chorobach infekcyjnych, nowotworowych kości, stawów, tkanki łącznej	Analogicznie jak dla H82	+43,04	+ 9 643,52
H82 – Duże zabiegi w chorobach infekcyjnych, nowotworowych kości, stawów, tkanki łącznej	Przyjęcie w trybie nagłym (ZRM) – 1,05% Inne przypadki – 14,94%	+ 55,24	+ 162 285,87
H83 – Średnie zabiegi na tkankach miękkich	Przyjęcie w trybie nagłym (ZRM) – 2,45% Inne przypadki – 21,98%	+ 87,16	+ 5 611 333,58
Nowa JGP: Zabiegi związane z przeszczepami skóry	Analogicznie jak dla H83	+ 106,96	+ 44 065,72
H84 – Mniejsze zabiegi w obrębie układu mięśniowo-szkieletowego lub tkanek miękkich	Przyjęcie w trybie nagłym (ZRM) – 1,43% Inne przypadki – 26,67%	+ 86,69	+ 727 209,03

Dodatkowo w poniższej tabeli przedstawiono skutek finansowy dla pozostałych wariantów z analizy kosztów.

Tabela 83 Analiza wpływu na budżet – pozostałe warianty z analizy kosztów

Liczba hospitalizacji w grupach H81–H84 w 2016 r.		Pierwotna wartość świadczenia (PLN)	Łączna wartość świadczenia (PLN)	Wartość świadczenia po zmianach	Łączna wartość świadczenia po zmianach (PLN)	Różnica (PLN)
H81 – Kompleksowe zabiegi w chorobach infekcyjnych, nowotworowych kości, stawów, tkanki łącznej > 10 dni						
Koszt – dane szczegółowe średnia czasu pobytu	2303	10708	24 660 524	13 694,42	31 538 249,26	6 877 725,26
Koszt realizacji świadczenia – karty kosztowe – dane FK z bazy AOTMiT	2303	10708	24 660 524	11 490,08	26 461 654,24	1 801 130,24
Koszt realizacji świadczenia – karty kosztowe – dane od świadczeniodawców	2303	10708	24 660 524	13 891,59	31 992 331,77	7 331 807,77
Koszt – dane bieżące	2303	10708	24 660 524	15 761,37	36 298 435,11	11 637 911,11
H81 + artrotomie (dane szczegółowe, mediana czasu pobytu, średnia ważona)	2527	10708	2 705 911,6	11 393,91	28 792 410,57	1 733 294,57
H81 + artrotomie (dane szczegółowe, mediana czasu pobytu, średnia arytmetyczna)	2527	10708	2 705 911,6	11 401,24	28 810 939,60	1 751 823,60
H81 + artrotomie (dane szczegółowe, średnia czasu pobytu, średnia ważona)	2527	10708	2 705 911,6	12 244,36	30 941 491,72	3 882 375,72
H81 + artrotomie (dane szczegółowe, średnia czasu pobytu, średnia arytmetyczna)	2527	10708	2 705 911,6	12 191,09	30 806 879,36	3 747 763,36
Nowa JGP: Kompleksowe zabiegi w chorobach infekcyjnych, nowotworowych kości, stawów, tkanki łącznej						
Nowa JGP (dane szczegółowe, średnia czasu pobytu, średnia arytmetyczna)	224	3461	775 264	12 143,51	2 720 146,24	1 944 882,24
Nowa JGP (dane szczegółowe, średnia czasu pobytu, średnia ważona)	224	3461	775 264	12 130,97	2 717 337,28	1 942 073,28
Nowa JGP (dane szczegółowe, mediana czasu pobytu, średnia arytmetyczna)	224	3461	775 264	10 840,76	2 428 330,24	1 653 066,24
H82 – Duże zabiegi w chorobach infekcyjnych, nowotworowych kości, stawów, tkanki łącznej						
Koszt – dane szczegółowe, mediana czasu pobytu	3059	3461	10 587 199	3 386,37	10 358 905,83	-228 293,17
Koszt – dane szczegółowe średnia czasu pobytu	3059	3461	10 587 199	3 807,91	11 648 396,69	1 061 197,69
Koszt realizacji świadczenia – karty kosztów – dane FK z bazy AOTMiT	3059	3461	10 587 199	4 630,93	14 166 014,87	3 578 815,87

Liczba hospitalizacji w grupach H81–H84 w 2016 r.		Pierwotna wartość świadczenia (PLN)	Łączna wartość świadczenia (PLN)	Wartość świadczenia po zmianach	Łączna wartość świadczenia po zmianach (PLN)	Różnica (PLN)
Koszt realizacji świadczenia – karty kosztowe – dane od świadczeniodawców	3059	3461	10 587 199	5 436,96	16 631 660,64	6 044 461,64
Koszt – dane bieżące	3059	3461	10 587 199	3 796,66	11 613 982,94	1 026 783,94
H82 bez artrotomii (dane szczegółowe, mediana czasu pobytu, średnia arytmetyczna)	2835	3461	9 811 935	3 446,19	9 769 948,65	-41 986,35
H82 bez artrotomii (dane szczegółowe, mediana czasu pobytu, średnia ważona)	2835	3461	9 811 935	2 972,10	8 425 903,50	-1 386 031,50
H82 bez artrotomii (dane szczegółowe, średnia czasu pobytu, średnia arytmetyczna)	2835	3461	9 811 935	3 847,36	10 907 265,60	1 095 330,60
H82 bez artrotomii (dane szczegółowe, średnia czasu pobytu, średnia ważona)	2835	3461	9 811 935	3 334,88	9 454 384,80	-357 550,20
H83 – Średnie zabiegi na tkankach miękkich						
Koszt – dane szczegółowe, mediana czasu pobytu (zł)	68026	2055	139 793 430	2 299,02	156 393 134,52	16 599 704,52
Koszt – dane szczegółowe średnia czasu pobytu	68026	2055	139 793 430	2 471,47	168 124 218,22	28 330 788,22
Koszt realizacji świadczenia – karty kosztowe – dane FK z bazy AOTMiT	68026	2055	139 793 430	2 000,07	136 056 761,82	-3 736 668,18
Koszt realizacji świadczenia – karty kosztowe – dane od świadczeniodawców	68026	2055	139 793 430	2 864,84	194 883 605,84	55 090 175,84
Koszt – dane bieżące	68026	2055	139 793 430	2 388,13	162 454 931,38	22 661 501,38
H83 bez przeszczepów (dane szczegółowe, mediana czasu pobytu, średnia arytmetyczna)	67580	2055	138 876 900	2 411,20	162 948 862,96	24 071 962,96
H83 bez przeszczepów (dane szczegółowe, średnia czasu pobytu, średnia arytmetyczna)	67580	2055	138 876 900	2 534,11	171 255 162,16	32 378 262,16
H83 bez przeszczepów (dane szczegółowe, średnia czasu pobytu, średnia ważona)	67580	2055	138 876 900	2 415,97	163 271 026,64	24 394 126,64

Liczba hospitalizacji w grupach H81–H84 w 2016 r.		Pierwotna wartość świadczenia (PLN)	Łączna wartość świadczenia (PLN)	Wartość świadczenia po zmianach	Łączna wartość świadczenia po zmianach (PLN)	Różnica (PLN)
Nowa JGP: Zabiegi związane z przeszczepami skóry						
Nowa JGP (dane szczegółowe, mediana czasu pobytu, średnia arytmetyczna)	446	2055	916 530	5 867,28	2 616 806,88	1 700 276,88
Nowa JGP (dane szczegółowe, średnia czasu pobytu, średnia arytmetyczna)	446	2055	916 530	8 319,24	3 710 381,04	2 793 851,04
Nowa JGP (dane szczegółowe, średnia czasu pobytu, średnia ważona)	446	2055	916 530	7 413,24	3 306 305,04	2 389 775,04
H84 – Mniejsze zabiegi w obrębie układu mięśniowo-szkieletowego lub tkanek miękkich						
Koszt – dane szczegółowe średnia czasu pobytu	8389	649	5 444 461	1 714,97	14 386 883,33	8 942 422,33
Koszt realizacji świadczenia – karty kosztowe – dane FK z bazy AOTMiT	8389	649	5 444 461	1 783,79	14 964 214,31	9 519 753,31
Koszt realizacji świadczenia – karty kosztowe – dane od świadczeniodawców	8389	649	5 444 461	1 792,90	15 040 638,10	9 596 177,10
Koszt – dane bieżące	8389	649	5 444 461	2 152,68	18 058 832,52	12 614 371,52

4.2. Analiza wpływu na organizację systemu opieki zdrowotnej

Przyjęcie taryf na zaproponowanym poziomie, wraz z wydzieleniem nowych grup, powinno pozwolić na pokrycie realnych kosztów przez świadczeniodawców, a także na poprawę jakości opieki. Podniesienie wyceny świadczenia może wpłynąć na pogorszenie dostępności do świadczeń w przypadku braku zwiększenia budżetu.

5. Najważniejsze informacje i wnioski

Problem decyzyjny

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

Podstawę podjęcia przedmiotowych prac stanowi Plan Taryfikacji na rok 2016 zatwierdzony przez Ministra Zdrowia 21.07.2015 r., w punkcie 1b Choroby układu mięśniowo-szkieletowego.

Przedmiotem opracowania są świadczenia gwarantowane z zakresu leczenia szpitalnego, zgodnie z art. 15 Ustawy o świadczeniach, identyfikowane produktami rozliczeniowymi Narodowego Funduszu Zdrowia z rodzaju leczenie szpitalne, określonymi w załączniku 1a do Zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne:

- 5.51.01.0008081 – JGP H81 – *Kompleksowe zabiegi w chorobach infekcyjnych, nowotworowych kości, stawów i tkanki łącznej > 10 dni,*
- 5.51.01.0008082 – JGP H82 – *Duże zabiegi w chorobach infekcyjnych, nowotworowych kości, stawów, tkanki łącznej,*
- 5.51.01.0008083 – JGP H83 – *Średnie zabiegi na tkankach miękkich,*
- 5.51.01.0008084 – JGP H84 – *Mniejsze zabiegi w obrębie układu mięśniowo-szkieletowego lub tkanek miękkich.*

Aktualny stan finansowania

Świadczenia gwarantowane finansowane w ramach grup rozliczeniowych JGP H81–H84 określa *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (tekst jedn. Dz.U. z 2016 r., poz. 694 z późn. zm.)*. Zasady kontraktowania i rozliczania świadczeń określone zostały w *Zarządzeniu nr 71/2016 DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne* oraz w *Zarządzeniach zmieniających*.

Wartość hospitalizacji określona przez NFZ, która obowiązuje od 1 października 2017 r. przedstawia się następująco:

- JGP H81 – 10 708 pkt/10 708 zł;
- JGP H82 – 3 461 pkt/ 3 461 zł;
- JGP H83 – 2 055 pkt/2 055 zł;
- JGP H84 – 649 pkt/649 zł.

Należy podkreślić, że *Zarządzenia: nr 57/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 26 lipca 2017 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne* oraz *nr 73/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 22 sierpnia 2017 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne* wprowadziły istotne zmiany w zakresie punktowej wyceny świadczeń, co w praktyce oznacza że od 1 lipca br. nastąpiło zwiększenie taryf o 2% wartości pkt w katalogu, a od 1 października 4% w stosunku do wartości obowiązujących do 30 czerwca. Jednocześnie, od 1 października br., nastąpiła zmiana wartości 1 punktu tak, że 1 punkt = 1 zł.

Świadczenia rozliczane JGP: H81, H82 lub H84 służą również leczeniu onkologicznemu (w ramach *Pakietu onkologicznego*) – szczegóły określono w zał. nr 3b do zarządzenia nr 71/2016/DSOZ, Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 czerwca 2016 r.

W katalogu 1c wskazano następujące produkty do sumowania, które można dosumować do świadczeń rozliczanych grupą H84: *Znieczulenie ogólne lub dożylnie u dziecka* (5.53.01.0001473).

Podkreślenia wymaga fakt, że Zarządzenie nr 57/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 26 lipca 2017 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne wprowadza współczynniki korygujące wartości produktów rozliczeniowych dla świadczeniodawców udzielających świadczeń świadczeniobiorcom poniżej 18 roku życia. Współczynniki te dotyczą niektórych z zakresów, w których mogą być udzielane świadczenia zdrowotne rozliczane w ramach JGP H81–H84.

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 powinna identyfikować przyczyny niezaspokojonego popytu i niedostatecznej podaży (możliwość wpływania wyceną), a także odnosić się do istotności świadczenia (zasadność wpływania ceną).

JGP H81

W 2016 roku NFZ rozliczył 2 303 hospitalizacje grupą H81. W porównaniu do 2009 roku liczba hospitalizacji rozliczanych tą grupą spadła w przybliżeniu o 19%. W każdym z analizowanych lat liczba hospitalizacji przewyższa liczbę pacjentów, współczynnik rehospitalizacji w zależności od analizowanego roku mieścił się w przedziale 1,05–1,09.

Mediana czasu pobytu utrzymuje się na zbliżonym poziomie (15–16 dni) na przestrzeni analizowanych lat – zarówno w całej grupie, jak i w poszczególnych grupach wiekowych. Należy jednak zwrócić szczególną uwagę na grupę pacjentów poniżej 1 roku życia, gdzie mediana długości pobytu wynosiła 21 dni w 2013 roku i 31 dni w 2014 roku. Z histogramu czasu pobytu wynika, że w 2016 roku najwięcej było hospitalizacji 11-dniowych.

W 2016 roku wartość świadczeń sfinansowanych przez Płatnika wyniosła 23 247 511,76 zł, zaś wartość świadczeń sprawozdanych była wyższa i wyniosła 24 173 479,20 zł.

Średnia wartość grupy (ok. 10 400 zł) pozostawała na podobnym poziomie na przestrzeni lat objętych analizą. Średnia wartość grupy oscylowała wokół 10 400 zł osiągając wartość minimalną 10 282 zł w 2009 roku i maksymalną 10 464 zł w 2013 r. Obserwuje się zróżnicowanie średniej wartości grupy pomiędzy różnymi typami świadczeniodawców. Najwyższa średnia wartość grupy dotyczyła szpitali wojewódzkich w latach: 2009, 2013–2016, szpitali innych w latach: 2010–2011 oraz szpitali gminnych, powiatowych, miejskich w 2012 roku. Średnia wartość hospitalizacji była wyższa w 2009 roku od średniej wartości grupy o 192,34 PLN, zaś w 2016 r. o 547,8 PLN. Obserwuje się tendencję wzrostową w przypadku średniej wartości hospitalizacji na przestrzeni analizowanych lat. W 2016 roku najwięcej udzielono świadczeń związanych z przetoczeniem preparatów krwi i innych substancji, zaś najmniej wykonano dializ. Z kolei najwięcej wydatków poniósł Płatnik w związku z udzielaniem pozostałych świadczeń do sumowania, zaś najmniej w związku z prowadzeniem leczenia żywieniowego. Podobnie jak w przypadku średniej wartości grupy, obserwuje się zróżnicowanie średniej wartości hospitalizacji

między różnymi typami świadczeniodawcami. Najwyższa średnia wartość hospitalizacji dotyczyła szpitali wojewódzkich w latach: 2009, 2013–2016, szpitali innych w latach: 2010–2011 i szpitali gminnych, powiatowych i miejskich w 2012 r. Ponieważ najwyższe średnie wartości hospitalizacji dotyczą tych samych typów szpitali, w tych samych latach, co najwyższe średnie wartości grupy, można sądzić, że właśnie ze średniej wartości grupy wynikają te różnice.

W 2016 roku najwięcej hospitalizacji wiązało się z planowym przyjęciem do szpitala (ok. 50%), należy jednak zauważyć, że przyjęcia w trybie nagłym stanowiły również znaczny odsetek (ok. 48%). Ponadto mediana czasu pobytu była dłuższa w przypadku pacjentów przyjętych w trybie nagłym (zwłaszcza pacjentów przyjętych w wyniku przekazania przez zespół ratownictwa medycznego) w porównaniu z pacjentami przyjmowanymi w trybie planowym.

JGP H82

Udział JGP H82 w całej sekcji H na przestrzeni analizowanych lat wahał się w zakresie od ok. 0,5% do ok. 2%.

W 2016 roku NFZ rozliczył 3 059 hospitalizacji grupą H82. W porównaniu do 2009 roku liczba hospitalizacji rozliczanych tą grupą spadła w przybliżeniu o 77%. W 2010 roku nastąpił niewielki wzrost liczby hospitalizacji (o ok. 8%), zaś w 2011 roku nastąpił gwałtowny spadek (o ok. 46% względem roku 2009). Liczba hospitalizacji przekracza liczbę pacjentów w każdym z analizowanych lat. W okresie objętym analizą współczynnik rehospitalizacji wahał się w zakresie 1,02–1,05.

Na przestrzeni lat skróceniu uległa długość hospitalizacji (mediana) z 4 do 2 dni. Zgodnie z histogramem czasu pobytu w 2016 roku najwięcej było hospitalizacji 3-dniowych, a następnie 4-dniowych.

W 2016 roku wartość świadczeń sfinansowanych przez Płatnika wyniosła 9 683 968,34 zł, zaś wartość świadczeń sprawozdanych była wyższa i wyniosła 10 572 553 zł.

Średnia wartość grupy (ok. 3 500 zł) pozostawała na podobnym poziomie na przestrzeni lat objętych analizą. Obserwuje się zróżnicowanie średniej wartości grupy pomiędzy różnymi typami świadczeniodawców. Najwyższa średnia wartość grupy w całym analizowanym okresie dotyczyła szpitali wojewódzkich, zaś najniższa szpitali niepublicznych i innych. Średnia wartość hospitalizacji jest wyższa od średniej wartości grupy i była wyższa o ok. 82 PLN w 2009 r. i o ok. 115 PLN w 2016 r. W 2016 roku najwięcej udzielono świadczeń związanych z przetoczeniem preparatów krwi i innych substancji, zaś najmniejszy odsetek świadczeń do sumowania stanowiły dializy i leczenie żywieniowe. Z kolei najwięcej wydatków poniósł Płatnik w związku z udzielaniem pozostałych świadczeń do sumowania, zaś najmniej w związku z prowadzeniem leczenia żywieniowego. Podobnie jak w przypadku średniej wartości grupy obserwuje się zróżnicowanie średniej wartości hospitalizacji pomiędzy poszczególnymi typami świadczeniodawców. Najwyższe wartości hospitalizacji najczęściej dotyczyły szpitali wojewódzkich – lata: 2009–2010, 2012–2014, 2016, w roku 2011 szpitali klinicznych, a w roku 2015 innych szpitali. Najniższe wartości zaś szpitali niepublicznych lub innych.

Najwięcej hospitalizacji wiązało się z planowym przyjęciem do szpitala (ok. 75%). Przyjęcia w trybie nagłym stanowiły ok. 16%. Należy zauważyć, że mediana czasu pobytu była dłuższa w przypadku pacjentów przyjętych w trybie nagłym (zwłaszcza pacjentów przyjętych w wyniku przekazania przez zespół ratownictwa medycznego) w porównaniu z pacjentami przyjmowanymi w trybie planowym.

JGP H83

Udział JGP H83 w całej sekcji H na przestrzeni analizowanych lat wahał się w zakresie od ok. 8% do ok. 12%.

W 2016 roku NFZ rozliczył 68 026 hospitalizacji grupą H83. W porównaniu do 2009 roku liczba hospitalizacji rozliczanych tą grupą wzrosła w przybliżeniu o 28%. Najwięcej hospitalizacji rozliczono JGP H83 w 2012 roku (80 089). Liczba hospitalizacji przekracza liczbę pacjentów w każdym z analizowanych lat. Współczynnik hospitalizacji mieścił się w zakresie 1,05–1,06 w analizowanym okresie.

Na przestrzeni lat skróceniu uległa długość hospitalizacji (mediana) z 2 do 1 dni. Zgodnie z histogramem czasu pobytu w 2016 roku największa liczba hospitalizacji kończy się w pierwszej dobie, na drugim miejscu pod względem liczebności znajdują się hospitalizacje 2-dniowe, zaś na 3 miejscu hospitalizacje 1-dniowe.

W 2016 roku wartość świadczeń sfinansowanych przez Płatnika wyniosła 119 877 877,23 zł, zaś wartość świadczeń sprawozdanych była wyższa i wyniosła 126 435 395,54 zł.

Średnia wartość grupy pozostawała na podobnym poziomie na przestrzeni lat objętych analizą. Średnia wartość grupy oscylowała wokół 1 878 zł, osiągając wartość minimalną 1 844 zł w 2013 roku i maksymalną 1 927 zł w 2012 r. Obserwuje się zróżnicowane średnie wartości grupy pomiędzy różnymi typami świadczeniodawców. Najniższa wartość grupy w każdym z analizowanych lat dotyczyła szpitali niepublicznych, zaś najwyższa szpitali wojewódzkich w latach: 2009, 2011, 2013–2016 oraz klinicznych w latach: 2010 i 2012. Od 2013 roku wyższa wartość dotyczy szpitali wojewódzkich. Średnia wartość hospitalizacji jest wyższa od średniej wartości grupy H83. W 2009 roku średnia wartość hospitalizacji była wyższa o ok. 26 zł, zaś w 2016 r. o ok. 37 zł. W 2016 roku najwięcej udzielono świadczeń związanych z przetoczeniem preparatów krwi i innych substancji, zaś najmniejszy odsetek świadczeń do sumowania stanowiły dializy. Z kolei najwięcej wydatków poniósł Płatnik w związku z udzielaniem pozostałych świadczeń do sumowania, zaś najmniej w związku z prowadzeniem leczenia żywieniowego. Podobnie jak w przypadku średniej wartości grupy obserwuje się zróżnicowanie pomiędzy różnymi typami świadczeniodawców w odniesieniu do średniej wartości hospitalizacji. W każdym z analizowanych lat najniższe wartości hospitalizacji dotyczyły szpitali niepublicznych. Zaś najwyższe średnie wartości hospitalizacji w latach 2009, 2012–2015 dotyczyły szpitali wojewódzkich, zaś w latach 2010–2011 oraz 2016 szpitali klinicznych.

W 2016 roku najwięcej hospitalizacji wiązało się z planowym przyjęciem do szpitala (ok. 75%). Przyjęcia w trybie nagłym stanowiły ok. 25%. Należy zauważyć, że mediana czasu pobytu była dłuższa w przypadku pacjentów przyjętych w trybie nagłym (zwłaszcza pacjentów przyjętych w wyniku przekazania przez zespół ratownictwa medycznego) w porównaniu z pacjentami przyjmowanymi w trybie planowym.

JGP H84

Udział JGP H84 w całej sekcji H na przestrzeni analizowanych lat wahał się w zakresie od ok. 2% do ok. 3%.

W 2016 roku NFZ rozliczył 8 389 hospitalizacji grupą H84. W porównaniu do 2009 roku liczba hospitalizacji rozliczanych tą grupą spadła w przybliżeniu o 60%. Liczba hospitalizacji w każdym z analizowanych lat przewyższa liczbę pacjentów. W analizowanym okresie współczynnik

rehospitalizacji wahał się w początkowych latach, największy wzrost nastąpił z 2010 na 2011 rok – o 3%, od 2012 r. współczynnik rehospitalizacji pozostawał na podobnym poziomie 1,02–1,03.

W analizowanym okresie długość hospitalizacji (mediana) wynosiła maksymalnie 1 dzień. Zgodnie z histogramem czasu pobytu w 2016 r. było najwięcej hospitalizacji, które kończyły się w pierwszej dobie pobytu, na drugim miejscu pod względem liczebności znajdowały się hospitalizacje 2-dniowe, zaś na trzecim miejscu hospitalizacje 1-dniowe.

W 2016 roku wartość świadczeń sfinansowanych przez Płatnika wyniosła 8 390 419,96 zł, zaś wartość świadczeń sprawozdanych była wyższa i wyniosła 8 814 575,96 zł. Średnia wartość grupy pozostawała na podobnym poziomie na przestrzeni lat objętych analizą. Średnia wartość grupy oscylowała wokół 554 zł, osiągając wartość minimalną 513 zł w 2014 roku i maksymalną 592 zł w 2012 r. Obserwuje się zróżnicowanie średniej wartości grupy w zależności od typu świadczeniodawcy. W latach 2009–2012 oraz 2016 najwyższa wartość grupy dotyczyła szpitali klinicznych, w latach 2013–2015 najwyższa wartość grupy dotyczyła szpitali innych i wojewódzkich, należy jednak podkreślić, że średnia wartość grupy dla szpitali klinicznych była w tym czasie zaledwie o kilkadziesiąt groszy niższa. Najmniejsza wartość grupy w każdym z analizowanych lat dotyczyła szpitali niepublicznych. Średnia wartość hospitalizacji w analizowanym okresie przewyższa średnią wartość grupy. W 2009 roku średnia wartość hospitalizacji była wyższa od średniej wartości grupy o ok. 4 PLN, zaś w 2016 roku o ok. 15 zł. W 2016 roku najwięcej udzielono pozostałych świadczeń do sumowania i jednocześnie świadczenia te stanowiły największe obciążenie dla Płatnika. Najmniejszy odsetek świadczeń do sumowania stanowiły świadczenia związane z pobytem w OAiT oraz z prowadzeniem leczenia żywieniowego. Najmniejsze wydatki Płatnik poniósł w związku z prowadzeniem leczenia żywieniowego. Podobnie jak w przypadku średniej wartości grupy obserwuje się zróżnicowanie średniej wartości hospitalizacji w zależności od typu świadczeniodawcy. W każdym z analizowanych lat najwyższe wartości hospitalizacji dotyczą szpitali klinicznych, zaś najniższe szpitali niepublicznych. Największa różnica w średniej wartości hospitalizacji dotyczy szpitali klinicznych i niepublicznych w 2012 roku.

W 2016 roku najwięcej hospitalizacji wiązało się z planowym przyjęciem do szpitala (ok. 72%). Przyjęcia w trybie nagłym stanowiły ok. 28%. Należy zauważyć, że mediana czasu pobytu była dłuższa w przypadku pacjentów przyjętych w trybie nagłym (zwłaszcza pacjentów przyjętych w wyniku przekazania przez zespół ratownictwa medycznego) w porównaniu z pacjentami przyjmowanymi w trybie planowym.

Stan finansowania w innych krajach

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

Wyszukiwanie prowadzono w okresie od grudnia 2016 roku do marca 2017 roku.

W trakcie poszukiwania informacji o taryfach zagranicznych dla świadczeń zdrowotnych, które są w Polsce rozliczane w ramach grup H81–H84 odnaleziono informacje o sposobie finansowania przedmiotowych świadczeń w 7 krajach:

- W Anglii zidentyfikowano 58 grup, a w Szkocji 52 grupy, którymi można rozliczyć przedmiotowe świadczenia zdrowotne, a ich wartość w przeliczeniu na PLN waha się w zakresie 28–13 013,42.
- W Australii zidentyfikowano 15 grup, którymi można rozliczyć przedmiotowe świadczenia zdrowotne, a ich wartość w przeliczeniu na PLN waha się w zakresie 7 811,74–46 076,66.

- W Chorwacji zidentyfikowano 16 grup, którymi można rozliczyć przedmiotowe świadczenia, a ich wartość w przeliczeniu na PLN waha się w zakresie 5 964,64–85 714,05.
- W Grecji zidentyfikowano 13 grup, którymi można rozliczyć przedmiotowe świadczenia, a ich wartość w przeliczeniu na PLN mieści się w zakresie 1 719,34–22 011,1.
- W Nowej Zelandii zidentyfikowano 13 grup, którymi można rozliczyć przedmiotowe świadczenia, a ich wartość w przeliczeniu na PLN mieści się w zakresie 7 886,04–62 298,6.
- W Słowenii zidentyfikowano 38 grup, którymi mogą być rozliczane przedmiotowe świadczenia, a ich wartość w przeliczeniu na PLN waha się w zakresie 2053,31–61899,74.
- W Szwajcarii zidentyfikowano 15 grup, którymi mogą być rozliczane przedmiotowe świadczenia, a ich wartość w przeliczeniu na PLN waha się w zakresie 3 994,09–5 997,3.

Podsumowując, odnalezione taryfy dla przedmiotowych świadczeń w przeliczeniu na PLN mieszczą się w zakresie 28–413 013,42.

Należy zaznaczyć, że wnioskowanie na podstawie odnalezionych taryf wiąże się z pewnymi ograniczeniami. Systemy DRG/opieki zdrowotnej w poszczególnych krajach nie są jednorodne. Klasyfikacja jednorodnych grup pacjentów oraz sposoby płatności różnią się pomiędzy krajami w całej Europie. Podobnie liczba, cechy pacjentów, czas hospitalizacji oraz rodzaj leczenia, które są uwzględnione przez klasyfikację DRG.

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

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

Cenniki komercyjne

W celach porównawczych, a także w ramach analizy popytu i podaży, dokonano badania cen komercyjnych usług medycznych odpowiadających taryfikowanym świadczeniom. Przeanalizowano informacje od 19 świadczeniodawców, którzy udostępnili cenniki na swojej stronie internetowej. Łącznie pozyskano 45 cen. Odnalezione ceny wahały się w zakresie 50 PLN–10 000 zł. Poziom szczegółowości dostępnych cenników był niski – w większości przypadków nie podawano, co jest wliczone w cenę świadczenia. Świadczeniodawcy często przedstawiali natomiast zakres cen (od ceny minimalnej do maksymalnej). Znaczna część świadczeniodawców poddanych badaniu deklarowała jednak, że cena zabiegu ustalana jest indywidualnie w przypadku każdego pacjenta. W związku z tym nie opublikowano cen dla tych zabiegów.

Analiza danych

Pozyskane do analizy dane pochodziły z 3 różnych źródeł. Najliczniejszym źródłem danych są dane szczegółowe zbierane przez AOTMiT w 2015 roku. Dane zebrane w pozostałych postępowaniach ze względu na niewielką liczbę, ale dobrą jakość (zwłaszcza w odniesieniu do danych bieżących) mogą służyć jako dane porównawcze. Oszacowania taryf przeprowadzono w kilku różnych wariantach. W celu aktualizacji danych na rok obowiązywania taryfy świadczeń stosowano mnożniki zmian wielkości kosztów świadczenia. Za wyjątkiem grupy H82, oszacowania kosztów świadczeń rozliczanych w ramach JGP H81, H83, oraz H84 wskazują na ponoszenie przez świadczeniodawców kosztów przewyższających wpływy z kontraktów z NFZ. W przypadku świadczeń rozliczanych w ramach JGP,

w zależności od wariantu analizy koszty te przewyższały wycenę NFZ lub były od niej niższe. Należy jednak podkreślić, że wartości te nie odbiegały znacznie od wyceny NFZ.

W trakcie analizy danych zidentyfikowano procedury, których wykonywanie wiąże się z kosztami przekraczającymi wartość JGP, w ramach których są one aktualnie rozliczane. Propozycja rozwiązań została zaopiniowana przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu.

Projekt taryfy

Projekty taryf oparto o wyniki analizy kosztów, poza projektem dla JGP H82. Ze względu na niejednoznaczne wyniki analizy, jednak zbliżone do wyceny NFZ, proponuje się **pozostawienie taryfy dla JGP H82** na aktualnym poziomie. Projekty pozostałych taryf wiążą się ze wzrostem wartości przedmiotowych grup.

Koszt świadczeń, a co za tym idzie propozycję taryf oszacowano na:

- **11 449 pkt** w przypadku JGP H81 - *Kompleksowe zabiegi w chorobach infekcyjnych, nowotworowych kości, stawów, tkanki łącznej > 10 dni*, co oznacza **wzrost o 6,92%** względem wyceny NFZ;
- **2 257 pkt** w przypadku JGP H83 - *Średnie zabiegi na tkankach miękkich*, co oznacza **wzrost o 9,83%** względem wyceny NFZ;
- **1 618 pkt** w przypadku JGP H84 - *Mniejsze zabiegi w obrębie układu mięśniowo-szkieletowego lub tkanek miękkich*, co oznacza **wzrost o 149,31%** względem wyceny NFZ.

Równocześnie zgodnie z sugestią Konsultanta Krajowego w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu zaproponowano wydzielenie 2 nowych JGP:

- *Kompleksowe zabiegi w chorobach infekcyjnych, nowotworowych kości, stawów, tkanki łącznej*, która miałaby służyć rozliczaniu artrotomii, które aktualnie mogą być rozliczane w ramach JGP H82. Zaproponowano wycenę na poziomie **10 676 pkt**.
- *Zabiegi związane z przeszczepami skóry*, która miałaby służyć rozliczaniu przeszczepów skóry (86.601, 86.609, 86.63), które aktualnie mogą być rozliczane w ramach JGP H83. Zaproponowano wycenę na poziomie **6 729 pkt**.

Analiza wpływu na budżet

Celem analizy wpływu na budżet jest ocena konsekwencji finansowych podjęcia decyzji o wprowadzeniu w życie proponowanej wyceny dla świadczeń rozliczanych w ramach JGP H81–H84. 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.

Wprowadzenie w życie proponowanej taryfy świadczeń będzie wiązało się z dodatkowymi wydatkami po stronie płatnika publicznego w wysokości **27,28 mln zł**, co odpowiada **15% zwiększeniu kosztów** w obszarze analizowanych świadczeń w stosunku do 2016 r.

W przypadku świadczeń ratujących życie, realizowanych w trybie nagłym, co wiąże się z potrzebą utrzymywania gotowości w ośrodkach realizujących procedury medyczne, do taryfy można doliczyć koszt podstawowego zabezpieczenia świadczeń wynikający z konieczności utrzymywania dyżuru na bloku operacyjnym. W przypadku uwzględnienia gotowości do udzielania świadczeń taryfę trzeba powiększyć każdorazowo o następującą kwotę:

- 197,08 zł w przypadku JGP H81 – *Kompleksowe zabiegi w chorobach infekcyjnych, nowotworowych kości, stawów, tkanki łącznej > 10 dni*, co skutkowałaby dodatkowym wzrostem wydatków Płatnika o 453 874 zł na wszystkie świadczenia rozliczane w ramach przedmiotowej JGP;
- 43,04 zł w przypadku nowej JGP *Kompleksowe zabiegi w chorobach infekcyjnych, nowotworowych kości, stawów, tkanki łącznej* (związanej z wykonywaniem artrotomii), co skutkowałaby dodatkowym wzrostem wydatków Płatnika o 9 644 zł na wszystkie świadczenia rozliczane w ramach przedmiotowej JGP;
- 55,24 zł w przypadku JGP H82 – *Duże zabiegi w chorobach infekcyjnych, nowotworowych kości, stawów, tkanki łącznej*, co skutkowałaby dodatkowym wzrostem wydatków Płatnika o 162 286 zł na wszystkie świadczenia rozliczane w ramach przedmiotowej JGP;
- 87,16 zł w przypadku H83 – *Średnie zabiegi na tkankach miękkich*, co skutkowałaby dodatkowym wzrostem wydatków Płatnika o 5 611 334 zł na wszystkie świadczenia rozliczane w ramach przedmiotowej JGP;
- 106,96 zł w przypadku nowej JGP związanej z wykonywaniem przeszczepów skóry, co skutkowałaby dodatkowym wzrostem wydatków Płatnika o 44 066 zł na wszystkie świadczenia rozliczane w ramach przedmiotowej JGP;
- 86,69 zł w przypadku JGP H84 – *Mniejsze zabiegi w obrębie układu mięśniowo-szkieletowego lub tkanek miękkich*, co skutkowałaby dodatkowym wzrostem wydatków Płatnika o 727 209 zł na wszystkie świadczenia rozliczane w ramach przedmiotowej JGP.

Należy przy tym podkreślić, że odsetek świadczeń udzielanych w trybie nagłym w 2016 roku wynosił:

- 4,13% – przyjęcie w trybie nagłym w wyniku przekazania pacjenta przez ZRM oraz 43,6% – inne przypadki – dla świadczeń rozliczanych w JGP H81;
- 1,05% – przyjęcie w trybie nagłym w wyniku przekazania pacjenta przez ZRM oraz 14,94% – inne przypadki – dla świadczeń rozliczanych w JGP H82;
- 2,45% – przyjęcie w trybie nagłym w wyniku przekazania pacjenta przez ZRM oraz 21,98% - inne przypadki – dla świadczeń rozliczanych w JGP H83;
- 1,43% – przyjęcie w trybie nagłym w wyniku przekazania pacjenta przez ZRM 26,67% - inne przypadki – dla świadczeń rozliczanych w JGP H84.

6. Bibliografia

- Barnes, J. (2016). *Diagnozowanie bólu barku*. Pobrano z lokalizacji Medycyna Praktyczna: <http://www.mp.pl/medycynarodzinna/diagnostyka-kliniczna/objawy-kliniczne/119400,diagnozowanie-bolu-barku> (17.10.2016 r.)
- Cleveland, K. (2015). Choroby infekcyjne – zagadnienia ogólne. W S. T. Beaty, *Campbell ortopedia operacyjna*. Warszawa: Medipage.
- Crenshaw, A. (2015). Techniki chirurgiczne i dostępy operacyjne. W J. H. S. T. Canale, *Campbell ortopedia operacyjna*. Warszawa: Medipage.
- Guła, Z. i Korkosz, M. (2016). *Ból ręki i nadgarstka*. Pobrano z lokalizacji Medycyna Praktyczna: <http://reumatologia.mp.pl/objawy/68165,bol-reki-i-nadgarstka> (17.10.2016 r.)
- Kulicki, M. i Jethon, J. (2009). Aktualne sposoby rekonstrukcji niewielkich ubytków nerwów dłoniowych wspólnych i właściwych. *Postępy Nauk Medycznych*(9).
- Kusz, D. (2009). *Kompendium ortopedii*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Ługowska, I. (2016). *Kości i chrząstki stawowe*. Pobrano z lokalizacji <http://onkologia.org.pl/nowotwory-kosci-chrzastki-stawowej/> (17.10.2016 r.)
- NFZ. (2016). Pobrano z lokalizacji <https://prog.nfz.gov.pl/app-jgp/Start.aspx> (28.11.2016 r.)
- Sułko, J. (2016). *Zapalenie kałek maziowych*. Pobrano z lokalizacji Medycyna Praktyczna: <http://reumatologia.mp.pl/choroby/141769,zapalenie-kałek-maziowych> (17.10.2016 r.)
- Szwedowicz, P. (1997). *Chirurgia rekonstrukcyjna porażenia nerwu twarzowego*. Warszawa: Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu.
- Śmiłowicz, M. (2009). Leczenie operacyjne stawu kolanowego. W I. Zimmermann-Górska, *Reumatologia kliniczna* (Tom 2). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Throckmorton, T. (2015). Usztywnienie stawu ramiennego i stawu łokciowego. W S. Canale i J. Beaty, *Campbell ortopedia operacyjna*. Warszawa: Medipage.
- Toy, P. (2015). Ogólne zasady amputacji. W J. H. S. T. Canale, *Campbell ortopedia operacyjna*. Warszawa: Medipage.
- Trybus, M. (2016). *Podstawy chirurgii plastycznej - cz. IX*. Pobrano z lokalizacji Medycyna Praktyczna: <http://www.mp.pl/chirurgia/chirurgia-plastyczna/12164,podstawy-chirurgii-plastycznej-cz-ix> (17.10.2016 r.)
- Zimmermann-Górska, I. (2016). *Choroby Reumatyczne*. Pobrano z lokalizacji Medycyna Praktyczna: <http://www.mp.pl/interna/chapter/B16.II.16> (9.12.2016 r.)

7. Spis tabel i rycin

Spis tabel

Tabela 1 Katalog świadczeń szpitalnych dotyczący grup H81–H84	16
Tabela 2 Najważniejsze zmiany w zarządzeniach Prezesa NFZ (opracowanie własne).....	19
Tabela 3 Współczynnik rehospitalizacji w latach 2009–2016 (NFZ, 2017).....	24
Tabela 4 Średnia wartość grupy H81 w latach 2009–2016 w podziale na poszczególne typy świadczeniodawców (NFZ, 2017).....	26
Tabela 5 Kategorie produktów do sumowania powiększających wartość hospitalizacji rozliczanych w ramach grupy H81 w 2016 r.	27
Tabela 6 Średnia wartość hospitalizacji rozliczanych w ramach grupy H81 na przestrzeni lat 2009–2016, w podziale na typy świadczeniodawców (NFZ, 2017)	27
Tabela 7 Tryb przyjęcia pacjentów, których hospitalizacje rozliczono grupą H81, do szpitala w 2016 r.	28
Tabela 8 Współczynnik rehospitalizacji w latach 2009–2016 (NFZ, 2017).....	37
Tabela 9 Średnia wartość grupy H82 na przestrzeni lat 2009–2016, w podziale na typy świadczeniodawców (NFZ, 2017)	39
Tabela 10 Kategorie produktów do sumowania powiększających wartość hospitalizacji rozliczonych w ramach grupy H82 w 2016 r.	40
Tabela 11 Średnia wartość hospitalizacji rozliczanych w ramach grupy H82 na przestrzeni lat 2009–2016, w podziale na typy świadczeniodawców (NFZ, 2017)	40
Tabela 12 Tryb przyjęcia pacjentów, których hospitalizacje rozliczono grupą H82, do szpitala w 2016 r.	40
Tabela 13 Współczynnik rehospitalizacji w latach 2009–2016 (NFZ, 2017).....	51
Tabela 14 Średnia wartość grupy H83 na przestrzeni lat 2009–2016, w podziale na typy świadczeniodawców (NFZ, 2017)	53
Tabela 15 Kategorie produktów do sumowania powiększających wartość hospitalizacji rozliczonych w ramach grupy H83 w 2016 r.	54
Tabela 16 Średnia wartość hospitalizacji rozliczanych w ramach grupy H83 na przestrzeni lat 2009–2016, w podziale na typy świadczeniodawców (NFZ, 2017)	54
Tabela 17 Tryb przyjęcia pacjentów, których hospitalizacje rozliczono grupą H83, do szpitala w 2016 r.	54
Tabela 18 Współczynnik rehospitalizacji w latach 2009–2016 (NFZ, 2017).....	64
Tabela 19 Średnia wartość grupy H84 na przestrzeni lat 2009–2016, w podziale na typy świadczeniodawców (NFZ, 2017)	65
Tabela 20 Kategorie produktów do sumowania powiększających wartość hospitalizacji rozliczonych w ramach grupy H82 w 2016 r.	66
Tabela 21 Średnia wartość hospitalizacji rozliczanych w ramach grupy H84 na przestrzeni lat 2009–2016, w podziale na typy świadczeniodawców (NFZ, 2017)	66
Tabela 22 Tryb przyjęcia pacjentów, których hospitalizacje rozliczono grupą H82, do szpitala w 2016 r.	67
Tabela 23 Liczba pacjentów, których hospitalizacja została rozliczona grupami H81–H84 w podziale na województwa w 2016 r. wraz z przeliczeniem na 10 tys. mieszkańców (źródło: opracowanie własne na podstawie danych z NFZ i GUS)	74
Tabela 24 Liczba świadczeń rozliczonych grupami H81–H84 w podziale na województwa w 2016 r. wraz z przeliczeniem na 10 tys. mieszkańców (źródło: opracowanie własne na podstawie danych z NFZ i GUS)	75
Tabela 25 Liczba świadczeniodawców wykonujących świadczenia w ramach grup H81–H84 w podziale na województwa w 2016 r. wraz z przeliczeniem na 10 tys. mieszkańców (źródło: opracowanie własne na podstawie danych z NFZ i GUS)	75
Tabela 26 Wycena świadczeń zdrowotnych rozliczanych w Polsce za pomocą grupy H81–H84 w innych krajach	78
Tabela 27 Cenniki komercyjne poszczególnych procedur zabiegowych wchodzących w skład grup H81–H84 (zakres, średnia)	111
Tabela 28 Statystyka prowadzonego postępowania odnoszącego się do sekcji H	113

Tabela 29 Liczba świadczeniodawców, którzy przekazali dane z grup H81–H84	113
Tabela 30 Informacje dotyczące liczby deklaracji świadczeniodawców oraz świadczeniodawców, którzy przekazali dane	114
Tabela 31 Zestawienie dotyczące zadeklarowanej liczby świadczeń	115
Tabela 32 Liczba świadczeniodawców, którzy przekazali dane z grup H81–H84 w ramach współpracy bieżącej	118
Tabela 33 Wielkość pozyskanej próby	119
Tabela 34 Liczba danych szczegółowych, które sprawozdano do Agencji i wykorzystano do analizy kosztów ...	120
Tabela 35 Długości hospitalizacji z uwzględnieniem podziału na poszczególne procedury kierunkowe z JGP H81 (średnia oraz mediana po odcięciach)	120
Tabela 36 Długości hospitalizacji z uwzględnieniem podziału na poszczególne procedury kierunkowe z JGP H82 (średnia oraz mediana po odcięciach)	121
Tabela 37 Długości hospitalizacji z uwzględnieniem podziału na poszczególne procedury kierunkowe z JGP H83 (średnia oraz mediana po odcięciach)	121
Tabela 38 Długości hospitalizacji z uwzględnieniem podziału na poszczególne procedury kierunkowe z JGP H84 (średnia oraz mediana po odcięciach)	122
Tabela 39 Średnie koszty elementów składających się na osobodzień w oddziale ortopedii (N=104)	123
Tabela 40 Średnie koszty elementów składających się na osobodzień w oddziale chirurgii ogólnej (N=101)	123
Tabela 41 Średnie koszty elementów składających się na osobodzień w oddziale chirurgii onkologicznej (N=16)	124
Tabela 42 Średnie koszty elementów składających się na osobodzień w oddziale chirurgii plastycznej (N=7) ...	124
Tabela 43 Średnie koszty elementów składających się na osobodzień w oddziale neurochirurgii (N=73)	124
Tabela 44 Średnie koszty elementów składających się na osobodzień w oddziale chirurgii dziecięcej (N=31) ...	124
Tabela 45 Średnie koszty elementów składających się na osobodzień w oddziale ortopedia dziecięca (N=6) ...	125
Tabela 46 Średnie koszty elementów składających się na osobodzień w oddziale zespół chirurgii jednego dnia (N=14)	125
Tabela 47 Średnie koszty elementów składających się na osobodzień w oddziale ortopedia zespół jednego dnia (N=2)	125
Tabela 48 Zestawienie średniego kosztu osobodnia na podstawie udziału zakresu świadczeń analizowanych świadczeń wg danych NFZ 2016 r.	125
Tabela 49 Średnie czasy trwania procedur z grupy H81 na podstawie danych eksperckich	126
Tabela 50 Średnie czasy trwania procedur z grupy H82 na podstawie danych eksperckich	126
Tabela 51 Średnie czasy trwania procedur z grupy H83 na podstawie danych eksperckich	127
Tabela 52 Średnie czasy trwania procedur z grupy H84 na podstawie danych eksperckich	127
Tabela 53 Czas oraz liczba zaangażowanego personelu dla grupy H81 na podstawie danych eksperckich	128
Tabela 54 Czas oraz liczba zaangażowanego personelu dla grupy H82 na podstawie danych eksperckich	129
Tabela 55 Czas oraz liczba zaangażowanego personelu dla grupy H83 na podstawie danych eksperckich	130
Tabela 56 Czas oraz liczba zaangażowanego personelu dla grupy H84 na podstawie danych eksperckich	131
Tabela 57 Średnie koszty elementów składających się na zabieg operacyjny na bloku	133
Tabela 58 Oszacowanie kosztów dla procedur kierunkowych z JGP H81 na podstawie danych szczegółowych	134
Tabela 59 Oszacowanie kosztów dla procedur z grupy H82 na podstawie danych szczegółowych	134
Tabela 60 Oszacowanie kosztów dla procedur z grupy H83 na podstawie danych szczegółowych	135
Tabela 61 Oszacowanie kosztów dla procedur z grupy H84 na podstawie danych szczegółowych	137
Tabela 62 Struktura kosztów poszczególnych procedur kierunkowych rozliczanych w ramach JGP H81	138
Tabela 63 Struktura kosztów poszczególnych procedur kierunkowych rozliczanych w ramach JGP H82	140
Tabela 64 Struktura kosztów poszczególnych procedur kierunkowych rozliczanych w ramach JGP H83	141
Tabela 65 Struktura kosztów poszczególnych procedur kierunkowych rozliczanych w ramach JGP H84	143

Tabela 66 Dane z kart kosztowych dotyczące hospitalizacji, które zostały wykorzystane do kalkulacji kosztów świadczeń	145
Tabela 67 Oszacowanie kosztów dla procedur z grupy H81 na podstawie danych z kart kosztowych	147
Tabela 68 Oszacowanie kosztów dla procedur z grupy H82 na podstawie danych z kart kosztowych	148
Tabela 69 Oszacowanie kosztów dla procedur z grupy H83 na podstawie danych z kart kosztowych	148
Tabela 70 Oszacowanie kosztów dla procedur z grupy H84	149
Tabela 71 Liczba danych bieżących, które sprawozdano do Agencji i wykorzystano do analizy kosztów	151
Tabela 72 Oszacowanie kosztów świadczeń rozliczanych w ramach JGO H81–H84 w oparciu o dane bieżące ..	151
Tabela 73 Podsumowanie wyników analizy kosztów we wszystkich wariantach dla świadczeń z JGP H81	152
Tabela 74 Podsumowanie wyników analizy kosztów we wszystkich wariantach dla świadczeń z JGP H82	153
Tabela 75 Koszty procedur 86.601 oraz 86.609	154
Tabela 76 Podsumowanie wyników analizy kosztów we wszystkich wariantach dla świadczeń z JGP H83	155
Tabela 77 Koszty procedur 86.601 oraz 86.609	158
Tabela 78 Podsumowanie wyników analizy kosztów we wszystkich wariantach dla świadczeń z JGP H84	158
Tabela 79 Mnożnik zmian wielkości kosztów (opracowanie własne)	160
Tabela 80 Projekt taryfy	161
Tabela 81 Analiza wpływu na budżet płatnika – JGP H81–H84	164
Tabela 82 Dodatkowe koszty związane z utrzymaniem dostępu do świadczeń udzielanych w trybie nagłym wraz ze skutkiem finansowym	165
Tabela 83 Analiza wpływu na budżet – pozostałe warianty z analizy kosztów	166

Spis rycin

Rycina 1. Liczba hospitalizacji rozliczonych grupą H81 – analiza przekrojowa danych dotyczących świadczeń zrealizowanych w systemie JGP w latach 2009–2016 (NFZ, 2017)	22
Rycina 2. Odsetek hospitalizacji odzwierciedlający udział poszczególnych kategorii wiekowych w całkowitej liczbie hospitalizacji rozliczonych grupą H81 – analiza przekrojowa danych dotyczących świadczeń zrealizowanych w systemie JGP w latach 2009–2016 (NFZ, 2017)	23
Rycina 3. Liczba pacjentów, których hospitalizacja została rozliczona grupą H81 – analiza przekrojowa danych dotyczących świadczeń zrealizowanych w systemie JGP w latach 2009–2016 (NFZ, 2017)	23
Rycina 4. Długość hospitalizacji (mediana) rozliczanych grupą H81 na przestrzeni lat 2009–2016 (NFZ, 2017) ..	24
Rycina 5. Histogram czasu pobytu dla grupy H81 w 2016 r. (NFZ, 2017)	25
Rycina 6. Średnia wartość grupy H81 na przestrzeni lat 2009–2016 (NFZ, 2017)	25
Rycina 7. Średnia wartość hospitalizacji rozliczanych w ramach grupy H81 na przestrzeni lat 2009–2016 (NFZ, 2017)	26
Rycina 8. Udział poszczególnych rozpoznań [ICD-10: M86.4 (przewlekłe zapalenie kości i szpiku z drenującą zatoką), L03.1 (zapalenie tkanki łącznej innych części kończyny), M86.6 (inne przewlekłe zapalenie kości i szpiku), M86.8 (inne zapalenie kości i szpiku), D16.2 (kości długie kończyny dolnej), L03.8 (zapalenie tkanki łącznej o innej lokalizacji), M86.2 (podostre zapalenie kości i szpiku), M00.8 (inne bakteryjne zapalenia jedno- lub wielostawowe), M86.1 (inne ostre zapalenie kości i szpiku)] będących przyczyną hospitalizacji rozliczanych grupą H81 w latach 2009–2016 (opracowanie własne na podstawie danych NFZ – statystyka JGP (NFZ, 2017))	28
Rycina 9. Udział poszczególnych rozpoznań [ICD-10: L03.3 (zapalenie tkanki łącznej innych części kończyny), M00.0 (gronkowcowe zapalenie jedno- lub wielostawowe), C79.5 (wtórny nowotwór złośliwy kości i szpiku kostnego), M00.9 (ropne zapalenia stawów, nie określone), M86.3 (przewlekłe wieloogniskowe zapalenie kości i szpiku), M60.0 (infekcyjne zapalenie mięśni), C40.2 (kości długie kończyny dolnej), D16.0 (nowotwór niezłośliwy (łopatka i kości długie kończyny górnej), D16.8 (nowotwór niezłośliwy - kości miednicy, kość krzyżowa i guziczna), T84.7 (zakażenie i odczyn zapalny spowodowany innymi wewnętrznymi wszczepami i przeszczepami), T84.5 (zakażenie i odczyn zapalny spowodowany wewnętrzną protezą stawu)] będących przyczyną hospitalizacji rozliczanych grupą H81 w latach 2009–2016 (opracowanie własne na podstawie danych NFZ – statystyka JGP (NFZ, 2017))	28

Rycina 10. Udział procentowy poszczególnych rozpoznań będących przyczyną hospitalizacji rozliczanych grupą H81 w 2016 roku (opracowanie własne na podstawie danych NFZ – statystyka JGP (NFZ, 2017)	29
Rycina 11. Udział procentowy poszczególnych procedur kierunkowych wykonywanych w trakcie hospitalizacji rozliczanych grupą H81 w 2016 roku (opracowanie własne na podstawie danych NFZ – statystyka JGP (NFZ, 2017)	31
Rycina 12. Udział procentowy poszczególnych procedur kierunkowych [ICD-9: 77.07 (wycięcie martwaka - kość piszczelowa/ kość strzałkowa), 77.67 (miejscowe wycięcie zmiany lub tkanki kości - kość piszczelowa/ kość strzałkowa), 77.65 (miejscowe wycięcie zmiany lub tkanki kości - kość udowa), 77.08 (wycięcie martwaka - kości stępu/ kości śródstopia), 77.05 (wycięcie martwaka - kość udowa), 84.101 (amputacja kończyny dolnej z pokryciem kikuta płatem), 77.68 (miejscowe wycięcie zmiany lub tkanki kości - kości stępu/ kości śródstopia), 84.129 (amputacja w zakresie stopy - inne), 77.691 (miejscowe wycięcie zmiany lub tkanki kości - inne kości (miednica)), 84.151 (amputacja nogi na wysokości kości piszczelowej i strzałkowej - nie określona inaczej), 78.427 (zabieg naprawczy złego zrostu lub braku zrostu - kość piszczelowa/ kość strzałkowa)] wykonywanych w trakcie hospitalizacji rozliczanych grupą H81 w latach 2009–2016 (opracowanie własne na podstawie danych NFZ – statystyka JGP (NFZ, 2017)	31
Rycina 13. Udział procentowy poszczególnych procedur kierunkowych [ICD-9: 84.102(amputacja kineplastyczna kończyny dolnej), 77.62 (miejscowe wycięcie zmiany lub tkanki kości - kość ramienna), 80.436 (uwolnienie przerośniętej lub zaciskającej torebki stawowej - kolano), 78.415 (inne zabiegi naprawcze kości - kość udowa/ miednica), 80.432 (uwolnienie przerośniętej lub zaciskającej torebki stawowej - łokieć), 77.091 (wycięcie martwaka - inne kości (miednica), 86.745 (umocowanie przez przesunięty płat), 77.692 (miejscowe wycięcie zmiany lub tkanki kości - inne kości (paliczki palców stopy/ ręki), 86.71 (preparowanie płata uszypułowanego), 84.121 (amputacja przedniej części stopy), 77.63 (miejscowe wycięcie zmiany lub tkanki kości - kość promieniowa/ kość łokciowa)] wykonywanych w trakcie hospitalizacji rozliczanych grupą H81 w latach 2009–2016 (opracowanie własne na podstawie danych NFZ – statystyka JGP (NFZ, 2017)	32
Rycina 14. Udział procentowy poszczególnych procedur kierunkowych [ICD-9: 77.092 (wycięcie martwaka - inne kości (paliczki palców stopy/ ręki), 77.02 (wycięcie martwaka - kość ramienna), 77.693 (miejscowe wycięcie zmiany lub tkanki kości - inne kości (kręgi), 84.103 (otwarta lub gilotynowa amputacja kończyny dolnej), 77.03 (wycięcie martwaka - kość promieniowa/ kość łokciowa), 77.15 (inne nacięcia kości bez rozdzielenia - kość udowa), 78.417 (inne zabiegi naprawcze kości - kość piszczelowa/ kość strzałkowa), 78.425 (zabieg naprawczy złego zrostu lub braku zrostu - kość udowa/ miednica), 86.72 (przeniesienie płata uszypułowanego), 84.122 (amputacja przez śródstopie), 84.124 (amputacja w środkowym śródstopiu)] wykonywanych w trakcie hospitalizacji rozliczanych grupą H81 w latach 2009–2016 (opracowanie własne na podstawie danych NFZ – statystyka JGP (NFZ, 2017)	32
Rycina 15. Udział JGP H82 w całej sekcji H na przestrzeni lat 2009–2016 (NFZ, 2017).....	34
Rycina 16. Liczba hospitalizacji rozliczonych grupą H82 – analiza przekrojowa danych dotyczących świadczeń zrealizowanych w systemie JGP w latach 2009–2016 (NFZ, 2017)	35
Rycina 17. Odsetek hospitalizacji odzwierciedlający udział poszczególnych kategorii wiekowych w całkowitej liczbie hospitalizacji rozliczonych grupą H82 – analiza przekrojowa danych dotyczących świadczeń zrealizowanych w systemie JGP w latach 2009–2016 (NFZ, 2017)	36
Rycina 18. Liczba pacjentów, których hospitalizacja została rozliczona grupą H82 – analiza przekrojowa danych dotyczących świadczeń zrealizowanych w systemie JGP w latach 2009–2016 (NFZ, 2017)	36
Rycina 19. Długość hospitalizacji (mediana) rozliczanych grupą H82 na przestrzeni lat 2009–2016 (NFZ, 2017) .	37
Rycina 20. Histogram czasu pobytu dla grupy H82 w 2016 r. (NFZ, 2017)	38
Rycina 21. Średnia wartość grupy H82 na przestrzeni lat 2009–2016 (NFZ, 2017)	38
Rycina 22. Średnia wartość hospitalizacji rozliczanych w ramach grupy H82 na przestrzeni lat 2009–2016 (NFZ, 2017)	39
Rycina 23. Udział poszczególnych rozpoznań [ICD-10: M86.4 (przewlekłe zapalenie kości i szpiku z drenującą zatoką), L03.1 (zapalenie tkanki łącznej innych części kończyny), M86.6 (inne przewlekłe zapalenie kości i szpiku), M86.8 (inne zapalenie kości i szpiku), D16.2 (kości długie kończyny dolnej), L03.8 (zapalenie tkanki łącznej o innej lokalizacji), M86.2 (podostre zapalenie kości i szpiku), M00.8 (inne bakteryjne zapalenia jedno- lub wielostawowe), M86.1 (inne ostre zapalenie kości i szpiku), L03.3 (zapalenie tkanki łącznej tułowia), M00.0 (gronkowcowe zapalenie jedno- lub wielostawowe)] będących przyczyną hospitalizacji rozliczanych grupą H82 w latach 2009–2016 (opracowanie własne na podstawie danych NFZ – statystyka JGP (NFZ, 2017)	41

<i>Rycina 24.</i> Udział poszczególnych rozpoznań [ICD-10: C79.5 (wtórny nowotwór złośliwy kości i szpiku kostnego), M00.9 (ropne zapalenia stawów, nie określone), M86.3 (przewlekłe wielogniskowe zapalenie kości i szpiku), M60.0 (infekcyjne zapalenie mięśni), C40.2 (kości długie kończyny dolnej), D16.0 (łopatka i kości długie kończyny górnej), D16.8 (nowotwór niezłośliwy (kości miednicy, kość krzyżowa i guziczna), D21.1 (tkanka łączna i inne tkanki miękkie kończyny górnej, łącznie z barkiem), D21.9 (tkanka łączna i inne tkanki miękkie, nie określone), D21.2 (tkanka łączna i inne tkanki miękkie kończyny dolnej, łącznie z biodrem), D21.6 (tkanka łączna i inne tkanki miękkie tułowia, nie określone), D21.3 (tkanka łączna i inne tkanki miękkie klatki piersiowej), C49.2 (tkanka łączna i tkanka miękka kończyny dolnej łącznie z biodrem)] będących przyczyną hospitalizacji rozliczanych grupą H82 w latach 2009–2016 (opracowanie własne na podstawie danych NFZ – statystyka JGP (NFZ, 2017)	42
<i>Rycina 25.</i> Udział poszczególnych rozpoznań (ICD-10: T84.7 (wtórny nowotwór złośliwy kości i szpiku kostnego), M70.2 (zapalenie kaletki maziowej wyrostka łokciowego), M71.1 (inne infekcyjne zapalenia kaletki maziowej), D16.1 (Kości krótkie kończyny górnej), D16.3 (kości krótkie kończyny dolnej), D16.9 (kości i chrząstki stawowe, nie określone), T84.5 (zakażenie i odczyn zapalny spowodowany wewnętrzną protezą stawu), C49.1 (tkanka łączna i tkanka miękka kończyny górnej łącznie z barkiem), D21.5 (tkanka łączna i inne tkanki miękkie miednicy), M77.1 (zapalenie nadkłykcia bocznego), M70.1 (zapalenie kaletki maziowej w obrębie ręki), M75.5 (zapalenie kałek maziowych stawu ramiennego), C49.3 (tkanka łączna i tkanka miękka klatki piersiowej)] będących przyczyną hospitalizacji rozliczanych grupą H82 w latach 2009–2016 (opracowanie własne na podstawie danych NFZ – statystyka JGP (NFZ, 2017)	42
<i>Rycina 26.</i> Udział procentowy poszczególnych rozpoznań będących przyczyną hospitalizacji rozliczanych grupą H82 w 2016 roku (opracowanie własne na podstawie danych NFZ – statystyka JGP (NFZ, 2017)	43
<i>Rycina 27.</i> Udział realizacji poszczególnych procedur kierunkowych z grupy H82 w 2016 r. (NFZ, 2017)	46
<i>Rycina 28.</i> Udział procentowy poszczególnych procedur kierunkowych (ICD-9: 86.04, 83.399, 86.229, 82.29, 83.09, 77.892, 80.93, 83.659, 80.96, 80.98, 77.87, 86.601, 77.88) wykonywanych w trakcie hospitalizacji rozliczanych grupą H82 w latach 2009–2016 (opracowanie własne na podstawie danych NFZ – statystyka JGP (NFZ, 2017)	46
<i>Rycina 29.</i> Udział procentowy poszczególnych procedur kierunkowych (ICD-9: 80.92, 77.85, 80.443, 86.79, 80.13, 80.94, 83.191, 80.16, 80.444, 80.14, 80.95) wykonywanych w trakcie hospitalizacji rozliczanych grupą H82 w latach 2009–2016 (opracowanie własne na podstawie danych NFZ – statystyka JGP (NFZ, 2017)	47
<i>Rycina 30.</i> Udział procentowy poszczególnych procedur kierunkowych (ICD-9: 83.192, 80.91, 77.891, 80.97, 77.82, 77.84, 77.81, 77.83, 77.893, 80.15, 80.11, 80.446) wykonywanych w trakcie hospitalizacji rozliczanej grupą H82 w latach 2009–2016 (opracowanie własne na podstawie danych NFZ – statystyka JGP (NFZ, 2017)	47
<i>Rycina 31.</i> Udział JGP H83 w całej sekcji H na przestrzeni lat 2009–2016 (NFZ, 2017)	48
<i>Rycina 32.</i> Liczba hospitalizacji rozliczonych grupą H83 – analiza przekrojowa danych dotyczących świadczeń zrealizowanych w systemie JGP w latach 2009–2016 (NFZ, 2017)	49
<i>Rycina 33.</i> Odsetek hospitalizacji odzwierciedlający udział poszczególnych kategorii wiekowych w całkowitej liczbie hospitalizacji rozliczonych grupą H83 – analiza przekrojowa danych dotyczących świadczeń zrealizowanych w systemie JGP w latach 2009–2015 (NFZ, 2017)	50
<i>Rycina 34.</i> Liczba pacjentów, których hospitalizacja została rozliczona grupą H83 – analiza przekrojowa danych dotyczących świadczeń zrealizowanych w systemie JGP w latach 2009–2016 (NFZ, 2017)	50
<i>Rycina 35.</i> Długość hospitalizacji (mediana) rozliczanych grupą H83 na przestrzeni lat 2009–2016 (NFZ, 2017) .	51
<i>Rycina 36.</i> Histogram czasu pobytu dla grupy H83 w 2016 r. (NFZ, 2017)	52
<i>Rycina 37.</i> Średnia wartość grupy H83 na przestrzeni lat 2009–2016 (NFZ, 2017)	52
<i>Rycina 38.</i> Średnia wartość hospitalizacji rozliczanych w ramach grupy H83 na przestrzeni lat 2009–2016 (NFZ, 2017)	53
<i>Rycina 39.</i> Udział poszczególnych rozpoznań [ICD-10: G56.0 (zespół cieśni nadgarstka), M72.0 (przykurcz rozciągnięta dłoniowego - przykurcz Dupuytren), S86.0 (uraz ścięgna Achillesa), M65.3 (palec "zatraskujący"), M20.1 (paluch koślawy (hallux valgus) (nabyty), M71.2 (cysta podkolanowa (torbiel Bakera), M67.4 (ganglion), M70.8 (inne choroby tkanek miękkich związane z ich używaniem, przeciążeniem i uciskiem), S66.3 (uraz mięśnia i ścięgna prostownika innego palca na poziomie nadgarstka i ręki), G56.2 (uszkodzenie nerwu łokciowego), M65.8 (inne zapalenia błony maziowej i pochewki ścięgna), L60.0 (wrastający paznokieć)] będących przyczyną hospitalizacji rozliczanych grupą H83 w latach 2009–2016 (opracowanie własne na podstawie danych NFZ – statystyka JGP (NFZ, 2017)	55

<i>Rycina 40.</i> Udział poszczególnych rozpoznaw [ICD-10: L03.1 (zapalenie tkanki łącznej innych części kończyny), L03.3 (zapalenie tkanki łącznej tułowia), L03.8 (zapalenie tkanki łącznej o innej lokalizacji), D21.1 (tkanka łączna i inne tkanki miękkie kończyny górnej, łącznie z barkiem), D21.9 (tkanka łączna i inne tkanki miękkie, nie określone), L08.9 (miejscowe zakażenia skóry i tkanki podskórnej, nie określone), D21.2 (nowotwór niezłośliwy (tkanka łączna i inne tkanki miękkie kończyny dolnej, łącznie z biodrem), L02.4 (ropień skóry, czyrak, czyrak gromadny kończyny), L98.8 (inne określone schorzenia skóry i tkanki podskórnej), L02.2 (ropień skóry, czyrak, czyrak gromadny tułowia), D21.6 (nowotwór niezłośliwy (tkanka łączna i inne tkanki miękkie tułowia, nieokreślone), D21.3 (nowotwór niezłośliwy (tkanka łączna i inne tkanki miękkie klatki piersiowej), L02.3 (ropień skóry, czyrak, czyrak gromadny pośladka)] będących przyczyną hospitalizacji rozliczanych grupą H83 w latach 2009–2016 (opracowanie własne na podstawie danych NFZ – statystyka JGP (NFZ, 2017).....	56
<i>Rycina 41.</i> Udział procentowy poszczególnych rozpoznaw będących przyczyną hospitalizacji rozliczanych grupą H83 w 2016 roku (opracowanie własne na podstawie danych NFZ – statystyka JGP (NFZ, 2017)	56
<i>Rycina 42.</i> Udział procentowy poszczególnych procedur kierunkowych wykonywanych w trakcie hospitalizacji rozliczanej grupą H83 w 2016 roku (opracowanie własne na podstawie danych NFZ – statystyka JGP (NFZ, 2017)	59
<i>Rycina 43.</i> Udział procentowy poszczególnych procedur kierunkowych [ICD-9: 04.499 (odbarczenie albo uwolnienie zrostów nerwu obwodowego lub zwoju nerwowego - inne), 82.351 (uwolnienie przykurczu Dupuytren), 86.221 (oczyszczenie przez wycięcie zdewitalizowanej tkanki), 83.999 (operacje mięśni/ ścięgien/ powięzi/ kaletki - inne), 04.491 (neuroлиза nerwu obwodowego - nie określona inaczej), 86.222 (wycięcie martwiczej tkanki), 83.853 (plastyka ścięgna Achillesa), 82.911 (uwolnienie zrostów powięzi, mięśni lub ścięgien ręki) wykonywanych w trakcie hospitalizacji rozliczanej grupą H83 w latach 2009–2016 roku (opracowanie własne na podstawie danych NFZ – statystyka JGP (NFZ, 2017)	59
<i>Rycina 44.</i> Udział procentowy poszczególnych procedur kierunkowych [ICD-9: 86.89 (rekonstrukcja/plastyka skóry i tkanki podskórnej - inne), 04.99 (operacje nerwów obwodowych - inne), 77.53 (wycięcie kaletki palucha/ korekcja tkanek miękkich - inne), 83.391 (wycięcie cysty Bakera), 83.91 (uwolnienie zrostów mięśni/ ścięgien/ powięzi i kaletki), 86.223 (wycięcie wilgotnej tkanki martwiczej), 82.331 (wycięcie ścięgna i torebki maziowej), 84.82 (rekonstrukcja pierwotna prostowników/ zginaaczy palców ręki), 80.86 (inne miejscowe wycięcie lub zniszczenie zmiany stawu - kolano), 83.71 (wydłużenie ścięgna)] wykonywanych w trakcie hospitalizacji rozliczanej grupą H83 w latach 2009–2016 (opracowanie własne na podstawie danych NFZ – statystyka JGP (NFZ, 2017)	60
<i>Rycina 45.</i> Udział procentowy poszczególnych procedur kierunkowych [ICD-9: 82.869 (plastyka ścięgna ręki - inne), 86.04 (nacięcie/ drenaż skóry/ tkanki podskórnej - inne), 86.229 (oczyszczenie (wycięcie) rany, zakażenia, oparzenia - inne), 83.399 (wycięcie zmiany tkanek miękkich - inne), 82.29 (wycięcie zmiany tkanek miękkich ręki - inne), 83.09 (nacięcie mięśni, ścięgna, powięzi i kaletki - inne), 82.39 (wycięcie tkanek miękkich ręki - inne), 80.454 (uwolnienie więzadła - ręką i palce), 80.453 (uwolnienie więzadła - nadgarstek)] wykonywanych w trakcie hospitalizacji rozliczanej grupą H83 w latach 2009–2016 (opracowanie własne na podstawie danych NFZ – statystyka JGP (NFZ, 2017)	60
<i>Rycina 46.</i> Udział JGP H84 w całej sekcji H na przestrzeni lat 2009–2016 (NFZ, 2017).....	61
<i>Rycina 47.</i> Liczba hospitalizacji rozliczonych grupą H84 – analiza przekrojowa danych dotyczących świadczeń zrealizowanych w systemie JGP w latach 2009–2016 (NFZ, 2017)	62
<i>Rycina 48.</i> Odsetek hospitalizacji odzwierciedlający udział poszczególnych kategorii wiekowych w całkowitej liczbie hospitalizacji rozliczonych grupą H84 – analiza przekrojowa danych dotyczących świadczeń zrealizowanych w systemie JGP w latach 2009–2016 (NFZ, 2017).....	63
<i>Rycina 49.</i> Liczba pacjentów, których hospitalizacja została rozliczona grupą H84 – analiza przekrojowa danych dotyczących świadczeń zrealizowanych w systemie JGP w latach 2009–2016 (NFZ, 2017)	63
<i>Rycina 50.</i> Histogram czasu pobytu dla grupy H84 w 2016 r. (NFZ, 2017).....	64
<i>Rycina 51.</i> Średnia wartość grupy H84 na przestrzeni lat 2009–2016 (NFZ, 2017).....	65
<i>Rycina 52.</i> Średnia wartość hospitalizacji rozliczanych w ramach grupy H84 na przestrzeni lat 2009–2016 (NFZ, 2017)	66
<i>Rycina 53.</i> Udział poszczególnych rozpoznaw [ICD-10: L98.8 (inne określone schorzenia skóry i tkanki podskórnej), L98.9 (nieokreślone schorzenia skóry i tkanki podskórnej), L60.0 (wrastający paznokieć), M67.4 (ganglion), M65.3 (palec "zatrzaskujący"), D21.9 (tkanka łączna i inne tkanki miękkie, nie określone), S61.0 (otwarta rana palca (palców) bez uszkodzenia paznokcia), S66.3 (uraz mięśnia i ścięgna prostownika innego palca na poziomie nadgarstka i ręki), D21.1 (tkanka łączna i inne tkanki miękkie kończyny górnej, łącznie z barkiem), S61.8 (otwarta	

rana innych części nadgarstka i ręki]] będących przyczyną hospitalizacji rozliczanych grupą H84 w latach 2009–2016 (opracowanie własne na podstawie danych NFZ – statystyka JGP (NFZ, 2017)).....	68
<i>Rycina 54.</i> Udział poszczególnych rozpoznaw [ICD-10: L08.9 (miejscowe zakażenia skóry i tkanki podskórnej, nie określone), T93.2 (następstwa innych złamań kończyny dolnej), T92.1 (następstwa złamania kończyny górnej), L03.0 (zapalenie tkanki podskórnej palca ręki i stopy), D21.6 (tkanka łączna i inne tkanki miękkie tułowia, nie określone), L08.0 (ropne zapalenie skóry), T92.0 (następstwa otwartej rany kończyny górnej), L02.2 (ropień skóry, czyrak, czyrak gromadny tułowia), M79.5 (ciało obce pozostałe w tkankach miękkich), L02.4 (ropień skóry, czyrak, czyrak gromadny kończyny)] będących przyczyną hospitalizacji rozliczanych grupą H84 w latach 2009–2016 (opracowanie własne na podstawie danych NFZ – statystyka JGP (NFZ, 2017)).....	68
<i>Rycina 55.</i> Udział poszczególnych rozpoznaw [ICD-10: L03.1 (zapalenie tkanki łącznej innych części kończyny), D21.2 (tkanka łączna i inne tkanki miękkie kończyny dolnej, łącznie z biodrem), S66.2 (uraz mięśnia i ścięgna prostownika kciuka na poziomie nadgarstka i ręki), L02.8 (ropień skóry, czyrak, czyrak gromadny o innej lokalizacji), L02.3 (ropień skóry, czyrak, czyrak gromadny pośladka), L03.8 (zapalenie tkanki łącznej o innej lokalizacji), L03.3 (zapalenie tkanki łącznej tułowia), S66.1 (uraz mięśnia i ścięgna zginacza innego palca na poziomie nadgarstka i ręki), D21.3 (tkanka łączna i inne tkanki miękkie klatki piersiowej), G56.0 (zespół cieśni nadgarstka), S86.0 (uraz ścięgna Achillesa)] będących przyczyną hospitalizacji rozliczanych grupą H84 w latach 2009–2016 (opracowanie własne na podstawie danych NFZ – statystyka JGP (NFZ, 2017)).....	69
<i>Rycina 56.</i> Udział procentowy poszczególnych rozpoznaw będących przyczyną hospitalizacji rozliczanych grupą H84 w 2016 roku (opracowanie własne na podstawie danych NFZ – statystyka JGP (NFZ, 2017))	69
<i>Rycina 57.</i> Udział procentowy poszczególnych procedur kierunkowych wykonywanych w trakcie hospitalizacji rozliczanych grupą H84 w 2016 roku (opracowanie własne na podstawie danych NFZ – statystyka JGP (NFZ, 2017))	71
<i>Rycina 58.</i> Udział procentowy poszczególnych procedur kierunkowych [ICD-9: 86.4 (radykalne wycięcie zmiany skóry), 86.229 (oczyszczenie (wycięcie) rany, zakażenia, oparzenia - inne), 86.271 (usunięcie tkanki martwiczej), 82.211 (wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna ręki (nadgarstek), 83.659 (szycie mięśnia/ powięzi - inne), 82.45 (szycie ścięgna ręki - inne), 82.012 (nacięcie pochewki ścięgniastej na ręce), 86.04 (nacięcie/ drenaż skóry/ tkanki podskórnej - inne), 86.222 (wycięcie martwiczej tkanki)] wykonywanych w trakcie hospitalizacji rozliczanych grupą H84 w latach 2009-2016 (opracowanie własne na podstawie danych NFZ – statystyka JGP (NFZ, 2017)).....	71
<i>Rycina 59.</i> Udział procentowy poszczególnych procedur kierunkowych [ICD-9: 78.617 (usunięcie zewnętrznego stabilizatora kości - kość piszczelowa/ kość strzałkowa), 82.29 (wycięcie zmiany tkanek miękkich ręki - inne), 83.312 (wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna, z wyjątkiem ręki), 86.221 (oczyszczenie przez wycięcie zdewitalizowanej tkanki), 83.649 (szycie ścięgna - inne), 83.5 (wycięcie kaletki), 78.613 (usunięcie zewnętrznego stabilizatora kości - kość promieniowa/ kość łokciowa), 82.44 (szycie ścięgna zginacza ręki - inne), 86.272 (usunięcie wilgotnej tkanki martwiczej)] wykonywanych w trakcie hospitalizacji rozliczanych grupą H84 w latach 2009–2016 (opracowanie własne na podstawie danych NFZ – statystyka JGP (NFZ, 2017)).....	72
<i>Rycina 60.</i> Udział procentowy poszczególnych procedur kierunkowych [ICD-9: 83.011 (nacięcie pochewki ścięgna), 83.311 (wycięcie zmiany pochewki ścięgna), 83.133 (uwolnienie ścięgna), 86.284 (usunięcie zdewitalizowanej tkanki, martwicy lub wilgotnej tkanki martwiczej przez przemycie), 86.223 (wycięcie wilgotnej tkanki martwiczej), 78.612 (usunięcie zewnętrznego stabilizatora kości - kość ramienna), 83.399 (wycięcie zmiany tkanek miękkich - inne), 04.499 (odbarczenie albo uwolnienie zrostów nerwu obwodowego lub zwoju nerwowego - inne), 83.641 (zeszycie ścięgna Achillesa)] wykonywanych w trakcie hospitalizacji rozliczanych grupą H84 w latach 2009–2016 (opracowanie własne na podstawie danych NFZ – statystyka JGP (NFZ, 2017)).....	72
<i>Rycina 61.</i> Zależność pomiędzy kosztem świadczenia związanego z konkretną procedurą z JGP H81 a długością pobytu (mediana).....	139
<i>Rycina 62.</i> Zależność pomiędzy kosztem świadczenia związanego z konkretną procedurą z JGP H82 a długością pobytu (mediana).....	140
<i>Rycina 63.</i> Zależność pomiędzy kosztem świadczenia związanego z konkretną procedurą z JGP H83 a długością pobytu (mediana).....	142
<i>Rycina 64.</i> Zależność pomiędzy kosztem świadczenia związanego z konkretną procedurą z JGP H83 a długością pobytu (średnia).....	142
<i>Rycina 65.</i> Koszt hospitalizacji w zależności od długości pobytu; reprezentacja danych w zależności od długości pobytu (JGP: H83)	156

Rycina 66. Koszt hospitalizacji w zależności od długości pobytu; reprezentacja danych w zależności od długości pobytu (JGP: H84) 159

8. Załączniki

- Załącznik 1. Warunki udzielania świadczeń
- Załącznik 2. Charakterystyka grup H81–H84
- Załącznik 3. Produkty rozliczeniowe dedykowane dla świadczeń udzielanych na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, o której mowa w art. 32a ust. 1 Ustawy o świadczeniach (zgodnie z załącznikiem nr 3b do Zarządzenia nr 71/2016/DSOZ Prezesa NFZ, z dnia 30 czerwca 2016 r.)
- Załącznik 4. Szczegółowe dane dotyczące wykonywania procedur kierunkowych z grupy H81 w latach 2009–2016
- Załącznik 5. Szczegółowe dane dotyczące wykonywania procedur kierunkowych z grupy H82 w latach 2009–2016
- Załącznik 6. Szczegółowe dane dotyczące wykonywania procedur kierunkowych z grupy H83 w latach 2009–2016
- Załącznik 7. Szczegółowe dane dotyczące wykonywania procedur kierunkowych z grupy H84 w latach 2009–2016
- Załącznik 8. Cenniki komercyjne
- Załącznik 9. Szczegółowy wykaz umów zawartych ze świadczeniodawcami, którzy przekazali dane szczegółowe dla świadczeń z sekcji H
- Załącznik 10. Szczegółowy wykaz umów zawartych ze świadczeniodawcami, którzy przekazali dane szczegółowe dla świadczeń z JGP H81–H84
- Załącznik 11. Szczegółowy wykaz umów zawartych ze świadczeniodawcami, którzy przekazali dane w kartach kosztowych dla świadczeń z JGP H81–H84
- Załącznik 12. Szczegółowy wykaz umów zawartych ze świadczeniodawcami, którzy przekazali dane bieżące dla świadczeń z JGP H81–H84