



**Świadczenia gwarantowane obejmujące  
choroby zakaźne i alergie  
(JGP: S51, S52, S55E, S55F, S56, S57, S60 oraz S33)**

**Raport w sprawie ustalenia taryfy świadczeń**

nr WT.521.3.2019

data ukończenia 12.01.2024

## Objaśnienia skrótów

<b>Agencja/AOTMiT</b>	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
<b>AIDS</b>	zespół nabytego niedoboru odporności (ang. <i>acquired immune deficiency syndrome</i> )
<b>AKI</b>	ostre uszkodzenie nerek (ang. <i>acute kidney injury</i> )
<b>AOS</b>	ambulatoryjna opieka specjalistyczna
<b>ARDS</b>	zespół ostrej niewydolności oddechowej (ang. <i>acute respiratory distress syndrome</i> )
<b>ARV</b>	leczenie antyretrowirusowe
<b>CLL</b>	przewlekła białaczka limfocytowa (ang. <i>chronic lymphocytic leukemia</i> )
<b>COVID-19</b>	choroba spowodowana przez SARS-CoV-2 (ang. <i>Coronavirus disease</i> ).
<b>DRG</b>	jednorodne grupy pacjentów (ang. <i>Diagnosis Related Groups</i> )
<b>DSz</b>	dane szczegółowe
<b>EBV</b>	mononukleozę zakaźną (ang. <i>Epstein-Barr Virus</i> )
<b>FUO</b>	gorączka o nieznanym etiologii (ang. <i>fever of unknown origin</i> )
<b>FK</b>	Dane finansowo-księgowe
<b>KPC</b>	ang. <i>Klebsiella pneumoniae carbapenemase</i> – karbapenemaza <i>Klebsiella pneumoniae</i>
<b>HIV</b>	ludzki wirus niedoboru odporności (ang. <i>Human Immunodeficiency Virus</i> )
<b>ICD-10</b>	międzynarodowa statystyczna klasyfikacja chorób i problemów zdrowotnych (ang. <i>International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems</i> )
<b>ICD-9</b>	międzynarodowa klasyfikacja procedur medycznych – wersja polska (ang. <i>International Classification System for Surgical, Diagnostic and Therapeutic Procedures</i> )
<b>JGP</b>	jednorodne grupy pacjentów
<b>MBL</b>	Karbapenemazy, ang. <i>metallo-β-lactamases</i>
<b>Metodyka</b>	proces gromadzenia oraz przetwarzania danych niezbędnych do realizacji zadań związanych z ustaleniem taryfy świadczeń, jak również rodzaj i zakres gromadzonych informacji, opisany w dokumencie sporządzonym przez Agencję
<b>NDM</b>	gen kodujący enzym z grupy metalo-β-laktamaz
<b>NFZ/Płatnik</b>	Narodowy Fundusz Zdrowia
<b>NIL</b>	Naczelna Izba Lekarska
<b>NIZP-PZH</b>	Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny
<b>OPK</b>	ośrodek powstawania kosztów
<b>PKB</b>	produkt krajowy brutto
<b>PL</b>	produkt leczniczy
<b>PNO</b>	pierwotne niedobory odporności
<b>POZ</b>	podstawowa opieka zdrowotna
<b>PPP</b>	parytet siły nabywczej (ang. <i>purchasing power parity</i> )
<b>SARS-CoV-2</b>	koronawirus zespołu ciężkiej niewydolności oddechowej 2 (ang. <i>Severe Acute Respiratory Syndrome Corona Virus-2</i> )
<b>SIRS</b>	zespołu zapalnej reakcji ogólnoustrojowej (ang. <i>system inflammatory response syndrome</i> )
<b>VZV</b>	wirus ospy wietrznej i półpaśca ( <i>varicella-zoster virus</i> )
<b>WHO</b>	Światowa Organizacja Zdrowia (ang. <i>World Health Organization</i> )
<b>WM</b>	wyrób medyczny
<b>ZOL</b>	zakład opiekuńczo-leczniczy

**Spis treści**

<b>1. Problem decyzyjny .....</b>	<b>4</b>
<b>2. Taryfikowane świadczenie .....</b>	<b>5</b>
2.1. Charakterystyka świadczenia.....	5
2.2. Aktualny sposób finansowania w Polsce .....	15
2.3. Analiza popytu i podaży.....	17
2.3.1. Charakterystyka świadczeniodawców.....	17
2.3.2. S51 AIDS - leczenie choroby pełnoobjawowej .....	22
2.3.3. S52 Niedobory odporności inne niż HIV/AIDS .....	26
2.3.4. S55E i S55F – Gorączka niejasnego pochodzenia .....	31
2.3.5. S56 – Posocznica o ciężkim przebiegu.....	36
2.3.6. S57 – Inne choroby wirusowe .....	40
2.3.7. S60 – Choroby zakaźne niewirusowe .....	45
2.3.8. S33 – Choroby alergiczne > 17 r.ż.....	50
2.3.9. Kolejki.....	53
2.3.10. Liczba lekarzy.....	58
2.3.11. Liczba oddziałów i łóżek .....	58
2.4. Stan finansowania w innych krajach.....	62
2.5. Cenniki komercyjne .....	63
2.6. Uwagi do świadczenia.....	64
2.7. Pozostałe istotne informacje .....	67
<b>3. Projekt taryfy .....</b>	<b>68</b>
3.1. Pozyskanie danych.....	68
3.1.1. Dane medyczno-kosztowe .....	68
3.1.2. Dane finansowo-księgowe .....	69
3.2. Analiza danych.....	71
3.3. Analiza wrażliwości.....	82
3.4. Projekt taryfy .....	82
<b>4. Analiza wpływu na system opieki zdrowotnej .....</b>	<b>83</b>
4.1. Analiza wpływu na budżet płatnika publicznego .....	83
4.2. Analiza wpływu na organizację systemu opieki zdrowotnej .....	83
<b>5. Najważniejsze informacje i wnioski.....</b>	<b>85</b>
<b>6. Bibliografia .....</b>	<b>89</b>
<b>7. Spis tabel i rysunków .....</b>	<b>91</b>
<b>8. Załączniki .....</b>	<b>94</b>

## 1. Problem decyzyjny

Celem niniejszego raportu jest dokumentacja procesu przygotowania projektu taryf świadczeń gwarantowanych opieki zdrowotnej, w oparciu o przyjętą metodykę taryfikacji świadczeń.

Podstawę podjęcia przedmiotowych prac stanowi: zatwierdzony przez Ministra Zdrowia Plan Taryfikacji na rok 2019 w punkcie I. lp. 2., odnoszący się do ustalenia taryfy świadczeń gwarantowanych w obszarze: chorób zakaźnych i alergii.

Przedmiotem raportu są

---

świadczenia gwarantowane z zakresu leczenia szpitalnego, zgodnie z art. 15 Ustawy o świadczeniach, identyfikowane kodami rozpoznawania wg ICD-10 i procedurami wg ICD-9 umieszczonymi w załączniku nr 1 do raportu

---

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

- S51 AIDS - leczenie choroby pełnoobjawowej
  - S52 Niedobory odporności inne niż HIV/ AIDS
  - S55E Gorączka niejasnego pochodzenia > 65 r.ż.
  - S55F Gorączka niejasnego pochodzenia < 66 r.ż.
  - S56 Posocznica o ciężkim przebiegu
  - S57 Inne choroby wirusowe
  - S60 Choroby zakaźne nie wirusowe
  - S33 Choroby alergiczne > 17 r.ż.
- 

zwane dalej: leczeniem chorób zakaźnych oraz alergii.

## 2. Taryfikowane świadczenie

### 2.1. Charakterystyka świadczenia

Choroba zakaźna to zespół objawów związanych z uszkodzeniem lub zmienioną czynnością tkanek w wyniku działania czynnika biologicznego i/lub wytworzonych przez niego substancji. Do klasycznych czynników biologicznych zalicza się wirusy, bakterie, grzyby, pierwotniaki oraz pasożyty wielokomórkowe (płazińce, obleńce, stawonogi) (Gajewski i Szczeklik, 2017).

Określone drobnoustroje wywołują w organizmie swoisty, charakterystyczny dla nich proces chorobowy. Ponadto ten sam drobnoustrój, zależnie od stanu immunologicznego gospodarza, bądź od drogi wprowadzenia do organizmu, może powodować wystąpienie różnych obrazów klinicznych choroby.

Istotny wpływ na postać zakażenia i jego przebieg mają czynniki zależne od gospodarza, m.in. wiek, czynniki genetyczne, czynniki anatomiczne, płeć, odżywianie. Szczególnie u osób z chorobami współistniejącymi groźne mogą okazać się np. bakterie Gram-ujemne, które często lub stale stanowią florę bakteryjną człowieka zdrowego, a w skrajnych przypadkach prowadzą do sepsy i wstrząsu septycznego. Wśród chorych na choroby zakaźne znaczną grupę stanowią osoby z osłabioną odpornością (m.in. osoby zakażone HIV, z pierwotnym lub wtórnym niedoborem odporności). Również źródłem zakażenia mogą być coraz częściej stosowane implanty, jak rozruszniki, zastawki serca, protezy kostne i stawowe, wewnątrznaczyniowe cewniki czy kaniule (Dziubek, 1996).

Chorobę zakaźną zazwyczaj rozpoznaje się na podstawie objawów klinicznych, wywiadu epidemiologicznego (ustalenie czynnika wywołującego zakażenie), badań fizykalnych oraz badań pomocniczych, w tym laboratoryjnych (m.in. mikrobiologiczne, serologiczne, immunologiczne) i obrazowych.

Wyzdrowienie z choroby zakaźnej wiąże się najczęściej z eliminacją z organizmu czynnika etiologicznego lub jego toksyn. Przebiecie choroby zakaźnej powoduje na ogół trwałą odporność (np. odra, różyczka, dur brzuszny), jednak w przypadkach, w których w organizmie nie są wytwarzane przeciwciała dochodzi do ponownego zakażenia i zachorowania.

Poniżej przedstawiono opis wybranych jednostek chorobowych związanych z taryfikowanym obszarem, ujętych w charakterystyce przedmiotowych JGP.

#### **Niedobory odporności**

Niedobory odporności to grupa chorób związana z niewydolnością funkcjonalną układu immunologicznego, w których zdolność tego układu do zwalczania zakażeń jest upośledzona lub zupełnie nieobecna (Roliński i in., 2020). Niedobory odporności dzieli się na pierwotne (wrodzone) i wtórne (nabyte).

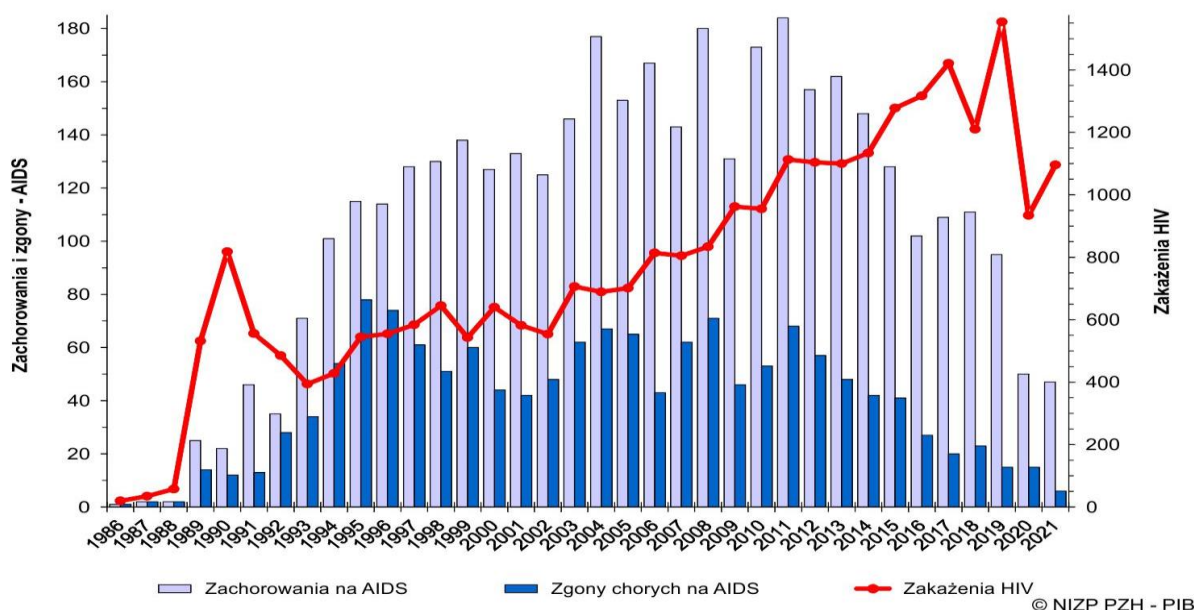
#### **Zespół nabytego niedoboru odporności (AIDS)**

Zespół nabytego niedoboru odporności (AIDS, ang. *Acquired Immune Deficiency Syndrome*) to choroba powstająca w wyniku zakażenia wirusem niedoboru odporności człowieka (HIV, ang. *Human Immunodeficiency Virus*), polegająca na znacznym zmniejszeniu liczby limfocytów CD4+ (<200/ $\mu$ l) i upośledzeniu czynności układu immunologicznego z następczym występowaniem zakażeń i nowotworów oportunistycznych (tzw. chorób wskaźnikowych) (Gajewski i Szczeklik, 2017).

## Epidemiologia

HIV należy do patogenów wirusowych przenoszonych drogą krwi, kontaktu seksualnego oraz drogą okołoporodową. Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, ang. *World Health Organization*) pod koniec 2022 r. liczba ludzi zakażonych HIV wynosiła 39 mln, w tym 1,5 mln to dzieci w wieku od 0 do 14 lat. Obecnie najbardziej dotknięty przez epidemię pozostaje obszar Afryki (zakażonych HIV jest 25,6 mln ludzi, co stanowi ponad 66% populacji osób zakażonych HIV na całym świecie) (WHO, 2023).

Ponad 66% zakażonych stanowią osoby w wieku od 25 do 44 lat, z kolei zakażenia wśród osób powyżej 45 r.ż. w ostatnich 10 latach utrzymują się na poziomie 14-18%. Zapadalność wśród mężczyzn jest ponad 6 razy większa w porównaniu z populacją kobiet (Niedźwiedzka-Stadnik i Szmulik-Misiurek, 2020). Poniższy wykres pokazuje jak w latach 1986-2021 kształtowała się liczba zakażeń HIV, zachorowania na AIDS oraz zgonów chorych na AIDS.



Rysunek 1. Zakażenia HIV, zachorowania na AIDS i zgony chorych na AIDS w latach 1986-2021.

Źródło: NIZP-PZH, 2022.

## Niedobory odporności inne niż HIV/ AIDS

Pierwotne niedobory odporności (PNO) są grupą genetycznie uwarunkowanych chorób charakteryzujących się upośledzeniem jednego (lub kilku) mechanizmów odporności wrodzonej lub nabytej. Skutkiem występującego defektu odporności jest zwiększona podatność na rozwój zakażeń. Z uwagi na heterogenny charakter choroby ich aktywność kliniczna jest zróżnicowana. Aktywność choroby charakteryzuje się szerokim spektrum objawów od ciężkich złożonych niedoborów odporności, które nieleczone doprowadzają do śmierci w wieku niemowlęcym lub wczesnodziecięcym, do łagodnie przebiegających niedoborów odporności, które czasami mogą być zdiagnozowane w wieku dorosłym. Obecnie poznano ponad 200 różnorodnych form niedoborów odporności. Częstość występowania tych chorób (a częściej zespołów chorobowych) jest oceniana na 1:10 000 (Kotyła, 2015).

Niedobory odporności wtórne (nabyte) są konsekwencją różnych innych stanów lub zastosowanego leczenia i najczęściej mają one charakter mieszany (upośledzenie odpowiedzi swoistej (humoralnej i komórkowej) i nieswoistej). Główne przyczyny wystąpienia wtórnych niedoborów odporności to

między innymi: leczenie immunosupresyjne (chemioterapia, leki ukierunkowane molekularnie, immunoterapia i radioterapia), zakażenia (HIV, wirus odry, wirus opryszki, bakteryjne, pasożytnicze), nowotwory (CLL, chłoniak Hodgkina, gammopatie monoklonalne, nowotwory lite), zaburzenia metaboliczne (w przebiegu cukrzycy, niewydolności nerek, niewydolności wątroby, niedożywienia), choroby autoimmunologiczne, zespoły utraty białek (m.in. oparzenia), przeszczepianie komórek krwiotwórczych lub terapia immunosupresyjna po przeszczepieniach narządów unaczynionych, czynniki środowiskowe (promieniowanie jonizujące, związki chemiczne), ciąża, stres, brak śledziony (asplenia wrodzona lub po splenektomii) lub upośledzenie jej funkcji, marskość wątroby, starzenie się (Roliński i in., 2020).

### **Gorączka niejasnego pochodzenia**

Gorączka o nieznanym przyczynie (FUO, ang. *fever of unknown origin*) jest zespołem klinicznym o różnorodnej etiologii, którego głównym objawem jest gorączka nieustępująca samoistnie i utrzymująca się dłużej niż podczas przeciętnej choroby infekcyjnej, której przyczyny nie udało się wyjaśnić pomimo intensywnego postępowania diagnostycznego (Gajewski i Szczeklik, 2017). Termin klasycznej FUO definiuje się jako kilka pomiarów temperatury ciała  $> 38,3^{\circ}\text{C}$  oraz czas trwania gorączki powyżej 3 tygodni, a także brak ustalonego rozpoznania (Kasper i Fauci, 2012).

Główne przyczyny gorączki niejasnego pochodzenia to przede wszystkim:

- 1) zakażenia (25-50%) – bakteryjne, wirusowe, grzybicze i pasożytnicze;
- 2) choroby autoimmunologiczne (15-40%), głównie układowe choroby tkanki łącznej;
- 3) nowotwory lite i układu krwiotwórczego (5-25%);
- 4) inne (np. leki, gorączka sztucznie wywoływana) (Gajewski i Szczeklik, 2017).

U 5-15% chorych nie udaje się ustalić przyczyny FUA. Częstość występowania poszczególnych grup przyczyn różni się w zależności od wieku chorego i grup ryzyka (chory w szpitalu, z neutropenią, zakażony HIV, powracający z wyjazdu zagranicznego z rejonów zwrotnikowych i podzwrotnikowych) (Gajewski i Szczeklik, 2017). Istotną przyczyną infekcyjną są ropnie o różnej lokalizacji, szczególnie często w obrębie jamy brzusznej i miednicy mniejszej, ale również w obrębie śródpiersia, płuc, nerek czy też mózgu. Obraz kliniczny może mieć charakter przewlekły, skąpoobjawowy lub zupełnie niespecyficzny (Wardyn i Życińska, 2014). U osób po 50. roku życia częściej stwierdza się ogniskowe zakażenia bakteryjne (np. gruźlicę, ropnie), nowotwory i niektóre choroby autoimmunologiczne (olbrzymiokomórkowe zapalenie tętnicy skroniowej, polimialgię reumatyczną), a także gorączki polekowe (Gajewski i Szczeklik, 2017).

W przypadku, gdy stan chorego jest dobry, wstępne postępowanie diagnostyczne można prowadzić w warunkach ambulatoryjnych. Również w sytuacjach, gdy nie ma bezpośredniego zagrożenia życia, a chory znajduje się w szpitalu, można przyjąć zasadę wyczekiwania, starannej obserwacji oraz stopniowego potwierdzania lub wykluczania za pomocą celowanych badań pomocniczych najbardziej prawdopodobnych przyczyn w danej grupie ryzyka (np. pobyt w rejonach tropikalnych, FUO u chorego w szpitalu, osoby z neutropenią lub zakażone HIV). Najpierw wykonuje się nieinwazyjne badania diagnostyczne, a następnie w miarę potrzeby badania inwazyjne. Natomiast w przypadku, gdy stan chorego jest ciężki prawdopodobne przyczyny wyklucza się równolegle (Gajewski i Szczeklik, 2017).

### **Posocznica o ciężkim przebiegu**

Posocznicę rozpoznaje się w przypadku podejrzenia lub rozpoznania zakażenia oraz występowania objawów SIRS (ang. *system inflammatory response syndrome*), tzn. zespołu zapalnej reakcji

ogólnoustrojowej (gorączka lub hipotermia, leukocytoza lub leukopenia, tachypnoe i tachykardia). W przypadku stwierdzenia zaburzenia funkcji narządów odległych od miejsca zakażenia, mówi się o ciężkiej posocznicy. Ciężkiej posocznicy może towarzyszyć hipotonia lub objawy hipoperfuzji. Jeżeli hipotonii nie można opanować wlewami dożylnymi stwierdza się wstrząs septyczny. Posocznica w większości przypadków jest odwracalna, podczas gdy pacjentów we wstrząsie septycznym często nie udaje się uratować pomimo intensywnej terapii (Kasper i Fauci, 2012).

Objawy sepsy i wstrząsu septycznego rozwijają się najczęściej w przebiegu zakażeń drobnoustrojami niewytwarzającymi szczególnie groźnych toksyn i określanym jako „potencjalnie chorobotwórcze”. Rodzaj drobnoustroju nie decyduje o przebiegu (Gajewski i Szczeklik, 2017). Ciężka posocznica może rozwinąć się w odpowiedzi na każdy rodzaj mikroorganizmu. Przedostanie się drobnoustrojów do krwioobiegu również nie jest konieczne dla rozwoju ciężkiej posocznicy. Za ok 70% zakażeń powikłanych posocznica są odpowiedzialne bakterie Gram-dodatnie (np. *Staphylococcus aureus*) lub Gram-ujemne (np. *Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Neisseria meningitidis*), pozostałą liczbę stanowią zakażenia grzybicze i flora mieszana (Kasper i Fauci, 2012).

### Inne choroby wirusowe

Choroby wirusowe człowieka mogą mieć różny przebieg, od łagodnego do bardzo ciężkiego. Wiążą się często z wystąpieniem groźnych powikłań i mogą prowadzić do śmierci. Najskuteczniejszą metodą zapobiegania chorobom wirusowym, a przede wszystkim wystąpieniu powikłań, jest profilaktyka w postaci szczepień ochronnych, stosowania środków ochrony osobistej, a w niektórych przypadkach izolacja pacjentów.

Poniżej przedstawiono krótki opis najczęściej diagnozowanych chorób wirusowych w Polsce w ostatnich latach.

### **Mononukleozę zakaźną**

W 90% przypadków czynnikiem etiologicznym typowej mononukleozy jest wirus Epsteina-Barr (EBV). Zakażenie EBV najczęściej występuje w okresie wczesnego dzieciństwa, kolejny szczyt zachorowań przypada na późny okres dojrzewania. U ponad 90% osób dorosłych stwierdza się obecność przeciwciał świadczących o przebyciu zakażenia EBV. Najczęściej do zakażenia dochodzi przez kontakt ze śliną osoby zakażonej (Kasper i Fauci, 2012).

Większość zakażeń EBV u niemowląt i dzieci przebiega bezobjawowo lub jako łagodne zapalenie gardła, któremu może towarzyszyć zapalenie migdałków podniebiennych. Z kolei u dorosłych aż 75% zakażeń może przebiegać z objawami nieswoistymi, jak przedłużająca się gorączka, uczucie zmęczenia i złego samopoczucia oraz bóle mięśniowe.

Terapia mononukleozy zakaźnej obejmuje leczenie objawowe, przede wszystkim odpoczynek i leki przeciwbólowe. Zaleca się unikanie nadmiernego wysiłku w celu zmniejszenia ryzyka pęknięcia śledziony. Duże powiększenie śledziony może wymagać obserwacji szpitalnej. Nie są zalecane leki przeciwwirusowe (Kasper i Fauci, 2012).

### **Odra**

Czynnikiem etiologicznym jest wirus odry, który wnika do komórek nabłonka górnych dróg oddechowych i spojówek, namnażając się początkowo w okolicznych węzłach chłonnych i tkance limfatycznej, a następnie przenika do krwi, wywołując wiremię i zakażenie układu limfatycznego



w całym organizmie. Zakażenie przenosi się drogą kropelkową oraz przez kontakt z zakaźnymi wydzielinami.

Choroba prawie zawsze przebiega z objawami klinicznymi. Kolejno pojawiają się: objawy zwiastunowe (wysoka gorączka (1–7 dni), suchy kaszel (może się utrzymywać 1–2 tyg.), nasilony nieżyt nosa, zapalenie spojówek (światłowstręt) z obrzękiem powiek), plamki Koplika (szarobiałe liczne grudki na błonie śluzowej policzków w pobliżu zębów przedtrzonowych), okres osutkowy (osutka plamisto-grudkowa –pojawiają się plamki i grudki o barwie od ciemnoczerwonej do fioletowej na czole, poniżej linii włosów, za uszami, które następnie stopniowo obejmuje tułów i kończyny). Osutka zaczyna blednąć i zanikać po upływie 3–7 dni, pozostawiając brunatne przebarwienia i delikatne złuszczenie naskórka.

Leczenie jest wyłącznie objawowe i obejmuje stosowanie leków przeciwgorączkowych, odpoczynek, zaciemnienie pokoju, nawodnienie chorego.

Podstawową metodą profilaktyki są szczepienia ochronne, a także izolacja chorych co najmniej przez 4 dni od wystąpienia osutki (Gajewski i Szczeklik, 2017).

### **Ospa wietrzna**

Wirus ospy wietrznej i półpaśca (VZV, *varicella-zoster virus*) przedostaje się do organizmu poprzez górne drogi oddechowe i/lub spojówki, skąd przenika do okolicznych węzłów chłonnych, a po kilku dniach do wątroby i śledziony. Następnie powoduje wiramię i zakażenie, między innymi komórek nabłonka skóry oraz błon śluzowych, i ulega utajeniu w komórkach zwojów korzeni grzbietowych (Gajewski i Szczeklik, 2017). Ospa wietrzna jest zazwyczaj łagodną chorobą wieku dziecięcego, którą charakteryzuje obecność pęcherzykowej wysypki. Z kolei następstwem reaktywacji utajonego zakażenia VZV, występującego zazwyczaj u osób powyżej 60 r.ż., jest półpasiec, któremu towarzyszą skąpe wykwity pęcherzykowe z uciążliwym bólem (Kasper i Fauci, 2012).

Ospa wietrzna jest chorobą bardzo zaraźliwą, współczynnik podatności osób na zakażenie wynosi ponad 90%. Zachorowania dotyczą najczęściej dzieci pomiędzy 5 a 9 r.ż. i stanowią one ponad 50% wszystkich przypadków ospy wietrznej. Pozostałe przypadki dotyczą dzieci do 4 r.ż. oraz w przedziale wiekowym 10–14 r.ż. (Kasper i Fauci, 2012). Obraz kliniczny choroby bardzo rzadko przebiega bezobjawowo. Okres objawów zwiastujących obejmuje występowanie objawów grypopodobnych – gorączka/stan podgorączkowy, złe samopoczucie, ból głowy i mięśni, zapalenie gardła, nieżyt nosa, pogorszenie łaknienia, czasem przemijające zaczerwienienie skóry, ból brzucha, rzadziej biegunka. Okres osutkowy charakteryzuje się pojawieniem się swędzącej osutki pęcherzykowej na całym ciele. Po 2–3 dniach powstają krostki, zasychające w strupki po kolejnych 3–4 dniach. W stanach upośledzonej odporności możliwe wykwity krwotoczne.

Szczepienia ochronne stanowią podstawową metodę profilaktyki. Ponadto, chorzy powinni być izolowani przynajmniej przez ponad 5 dni po wystąpieniu osutki do przyschnięcia wszystkich wykwitów (Gajewski i Szczeklik, 2017).

### **COVID-19**

W grudniu 2019 roku w chińskim mieście Wuhan wybuchła epidemia zakażeń wywołanych nowym betakoronawirusem, nazwanym SARS-CoV-2 (ang. *Severe Acute Respiratory Syndrome Corona Virus-2*). Według współczesnej taksonomii gatunek SARS-CoV-2 należy do rzędu *Nidovirales*, rodziny *Coronaviridae*. Światowa Organizacja Zdrowia chorobę wywołaną przez wirus SARS-CoV-2 nazwała

COVID-19 (ang. *Coronavirus disease*). Dnia 11 marca 2020 roku, po rozprzestrzenieniu się epidemii na wszystkie kontynenty, WHO ogłosiła pandemię COVID-19.

Wirus SARS-CoV-2 przenosi się drogą kropelkową. Do infekcji może dojść zarówno w wyniku kontaktu z osobą zakażoną – bezpośredniego, jak i pośredniego – poprzez styczność z otoczeniem, w którym wcześniej taka osoba przebywała. Obecność wirusa wykazano w płynach ustrojowych, takich jak wydzielina z nosa i gardła, łzy, płwocina, stolec i krew, osób zakażonych. Okres wylęgania choroby wynosi od 5 do 14 dni (Danielak i Dziemidok, 2021).

Spektrum możliwego przebiegu klinicznego COVID-19 jest szeroki i obejmuje następujące stopnie ciężkości choroby:

- bezobjawowy lub skąpoobjawowy – brak objawów lub łagodne dolegliwości ze strony górnych dróg oddechowych, gorączka, kaszel bez duszności, którym mogą towarzyszyć bóle głowy, mięśni, nudności, wymioty, biegunka;
- objawowy bez cech niewydolności oddychania – wyczerpanie, astenia, gorączka  $>38^{\circ}\text{C}$ , kaszel i duszność, kliniczne i radiologiczne cechy zajęcia płuc, brak klinicznych lub laboratoryjnych cech niewydolności oddechowej;
- ciężkie zapalenie płuc z niewydolnością oddychania – kliniczne i laboratoryjne objawy pogorszenia wydolności oddechowej i wymiany gazowej: duszność, zwiększona częstość oddechów, ostre objawy zajęcia układu oddechowego wymagające ścisłego monitorowania zwłaszcza między 5. a 7. dniem od wystąpienia pierwszych objawów w celu ewentualnego zapewnienia intensywnej opieki medycznej, bez objawów ARDS, wstrząsu septycznego, niewydolności wielonarządowej oraz zaburzeń świadomości;
- ARDS /niewydolność wielonarządowa – niewydolność oddychania i upośledzeniem innych funkcji życiowych, sepsa i wstrząs septyczny, niewydolność wielonarządowa (Farmakoterapia COVID-19 – aktualizacja, 2021).

U większości zarażonych osób (ok. 80%) objawy w ogóle nie występują albo są niewielkie i ustępują w ciągu 1–2 tyg. U ok. 15% chorych (głównie u osób starszych lub obciążonych współistniejącymi chorobami) rozwija się ciężka postać COVID-19, z dusznością i hipoksją, a u większości z nich stwierdza się postępujące cechy radiograficzne zapalenia płuc. Może dochodzić do rozwoju ostrej niewydolności oddechowej, wstrząsu i niewydolności wielonarządowej, w tym ostrego uszkodzenia nerek (AKI). Może też wystąpić piorunujące zapalenie mięśnia sercowego. Większość osób po przebyciu COVID-19 wraca w pełni do zdrowia w ciągu kilku tygodni. Ok 10–20% pacjentów zgłasza utrzymujące się  $>3$  tyg. od zachorowania złe samopoczucie oraz różnorodne objawy, m.in. duszność, zmęczenie, ból w klatce piersiowej, kaszel, ale także zaburzenia neuropoznawcze, depresję, ból głowy, objawy ze strony przewodu pokarmowego, narządu ruchu i zmysłów, zespół suchości, ból stawów, ból mięśni, wypadanie włosów. U 1–3% osób dolegliwości utrzymują się  $>12$  tyg. (COVID-19, 2021).

Współczynnik śmiertelności z powodu zarażenia wirusem COVID-19 rośnie wraz z wiekiem. Dla osób przed 39. rokiem życia wynosi on zaledwie 0,2%, ale już dla chorych po 70. roku życia sięga 8%, a w grupie osób powyżej 80. roku życia wynosi 14,8% (Danielak i Dziemidok, 2021).

W przypadku łagodnego przebiegu choroby chorzy zwykle nie wymagają żadnej terapii, a jedynie monitorowania stanu klinicznego. W przypadku wystąpienia gorączki pacjenci mogą wymagać leków przeciwgorączkowych. Nasilenie objawów COVID-19 może wymagać hospitalizacji i zapewnienia tlenoterapii, profilaktyki zmian zakrzepowo-zatorowych oraz leczenia przeciwwirusowego (Rymer i in., 2020).

Szczepienia są jedynym skutecznym sposobem zakończenia pandemii, jednak jest to proces długotrwały, dlatego stosowanie metod profilaktyki nieswoistej nadal ma istotne znaczenie w profilaktyce zakażeń (Danielak i Dziemidok, 2021).

### **Choroby zakaźne niewirusowe**

Poniżej przedstawiono krótki opis najczęściej diagnozowanych chorób niewirusowych w Polsce w ostatnich latach.

#### ***Borelioza z Lyme***

Chorobę wywołują najczęściej Gram-ujemne krętki z rodzaju *Borrelia* przenoszone przez kleszcze (*B. garinii*, *B. afzelii*, rzadziej *B. burgdorferi*). Wczesne stadium choroby (rumień wędrujący) występuje po upływie od kilku dni do kilku tygodni od zakażenia. Bezpośrednio po zakażeniu mogą się pojawić objawy grypopodobne. Kilka tygodni do kilku miesięcy po zakażeniu mogą wystąpić objawy stadium wczesnego rozsianego – zapalenie stawów, zapalenie mięśnia sercowego lub zapalenie układu nerwowego (neuroborelioza), które nieleczone mogą prowadzić do rozwoju przewlekłych objawów stadium późnego (trwałe uszkodzenie zajętych narządów, zazwyczaj skóry – przewlekłe zanikowe zapalenie skóry kończyn, układu nerwowego i układu ruchu). Zwykle zachorowanie nie wiąże się z wystąpieniem wszystkich objawów, a poszczególne stadia choroby mogą się nakładać lub występować równocześnie.

Podstawowym leczeniem jest antybiotykoterapia – wybór antybiotyku i czas jego stosowania zależy od postaci choroby. Niekiedy występują nawroty objawów wymagające powtórnej antybiotykoterapii. Właściwe dobranie leków we wczesnym stadium choroby zapewnia wyleczenie w ponad 90% przypadków. U pozostałych chorych mogą wystąpić późne objawy ze strony układu nerwowego, stawów i skóry (Gajewski i Szczeklik, 2017).

#### ***Róża***

Róża (erysipelas) jest ostrą, gorączkową chorobą zakaźną, polegającą na zakażeniu skóry i tkanki podskórnej. W większości przypadków wywołuje ją paciorkowiec betahemolizujący grupy A *Streptococcus pyogenes*.

Róża zaliczana jest do zakażeń o charakterze inwazyjnym, o przebiegu zazwyczaj nieciężkim. Charakterystycznym objawem tej choroby jest połyaskujący rumień, który może być zlokalizowany na twarzy, tułowie lub kończynach dolnych. W tym ostatnim przypadku predysponowane są osoby chorujące na zaburzenia krążenia żylnego, u których wystąpiło np. owrzodzenie podudzi. Zachorowanie na różę może mieć również związek z przeprowadzonymi wcześniej zabiegami chirurgicznymi (róża przyranna). Chociaż róża występująca na twarzy może w ciągu 4–10 dni ulec samowyleczeniu, to nieleczona może doprowadzić do poważnych powikłań. W przypadku kończyn i tułowia, kiedy chorobą są objęte większe powierzchnie ciała, może dojść do zakażeń uogólnionych lub nawrotów choroby (róża nawrotowa) prowadzących do trwałych zmian w naczyniach chłonnych (Szczypa i in., 2012). Zmianom skórnym mogą towarzyszyć objawy ogólnoustrojowe, tj. gorączka, dreszcze, zwiększona potliwość, wymioty, bóle głowy oraz objawy ogólnego rozbicia.

W leczeniu róży najważniejsza jest antybiotykoterapia. U większości pacjentów lekiem z wyboru są antybiotyki betalaktamowe. U chorych z obecnością czynników predysponujących, często konieczne jest domięśniowe lub dożylnie podawanie leków (Stusek-Janusz, 2012).

### **Choroby alergiczne > 17 r.ż.**

Alergia jest nieprawidłową reakcją ustroju na czynniki środowiskowe tolerowane przez ogół populacji, pojawiająca się po krótszym lub dłuższym okresie tolerancji tego czynnika. Do alergizacji ustroju dochodzi wówczas, gdy zaburzona zostaje odporność, czyli prawidłowa reakcja na bodziec środowiskowy (Obtułowicz, 2001).

Alergię wywołują czynniki środowiska naturalnego i środowiska skażonego chemicznie zwane alergenami. Najczęstsze alergeny środowiska naturalnego to alergeny wziewne: roztocze kurzu domowego, pyłek roślin, naskórki zwierząt, spory grzybów oraz alergeny niektórych pokarmów (zwłaszcza mleka, białka, żółtka jaja, ryb, orzechów, surowych jarzyn), a także alergeny jadów owadów. Z kolei alergeny środowiska skażonego to zwykle małocząsteczkowe związki lub pierwiastki, które właściwości antygenowych (alergenowych) nabierają po połączeniu się z białkami ustroju. Do najczęstszych alergenów małocząsteczkowych należą m.in. metale, leki, dodatki do pokarmów, lateks, izocjaniany, aldehydy, aminy, bezwodniki kwasów (Obtułowicz, 2016).

Choroba alergiczna może występować pod postacią różnych odczynów lub prowadzić do chorób dotyczących najczęściej tkanek i narządów pozostających w bezpośrednim kontakcie z czynnikami środowiska zewnętrznego, a zatem skóry, górnych dróg oddechowych oraz przewodu pokarmowego. Choroba alergiczna może mieć charakter choroby ostrej lub przewlekłej.

Do chorób alergicznych mogą należeć choroby skóry, jak wypryski alergiczne, zapalenie skóry, pokrzywki, obrzęk naczynioruchowy, choroby górnych i dolnych dróg oddechowych (nieżyt nosa, astma oskrzelowa, alergiczne zapalenie pęcherzyków płucnych), nieżyt spojówek, niektóre choroby przewodu pokarmowego (alergiczne nieżyty żołądka, jelit), choroby krwi (małopłytkowość, granulocytopenia, niedokrwistość), choroba posurowicza, reakcje anafilaktyczne (Obtułowicz, 2016).

### ***Wstrząs anafilaktyczny***

Jest to ciężka, szybko rozwijająca się reakcja anafilaktyczna, w której występuje obniżenie ciśnienia tętniczego zagrażające życiu. Anafilaksję wywołaną mechanizmem immunologicznym określa się jako alergiczną. W 10% przypadków reakcja anafilaktyczna jest ciężka i przebiega z hipotensją, a do 2% takich reakcji kończy się zgonem.

Najczęstszymi przyczynami anafilaksji są leki, pokarmy i jady owadów. W około 30% przypadków mimo szczegółowej diagnostyki nie udaje się ustalić przyczyny anafilaksji (anafilaksja idiopatyczna) (Szczeklik, 2006).

Obraz kliniczny wstrząsu anafilaktycznego nie zależy od przyczyny anafilaksji. Przejawia się chłodem, białą i spoconą skórą, zapadnięciem żył podskórnych, hipotensją, tachykardią, skąpomoczem lub bezmoczem, bezwiednym oddawaniem stolca i utratą przytomności. Może wystąpić zatrzymanie krążenia. Objawy anafilaksji mogą się zmieniać w czasie, a początkowo łagodne zmiany ograniczone do skóry mogą się szybko przerodzić w zagrażający życiu wstrząs anafilaktyczny, jeśli nie zastosuje się niezwłocznie odpowiedniego leczenia. Główną przyczyną zgonu z powodu wstrząsu anafilaktycznego jest właśnie opóźnione i niewłaściwe leczenie (Gajewski i Szczeklik, 2017).

### **Leczenie chorób alergicznych**

Warunkiem skutecznego leczenia, a nawet wyleczenia alergii jest identyfikacja jej przyczyny wraz z oceną stanu odporności ogólnej chorego i likwidacją ognisk zapalnych oraz ocena obecności innych chorób oraz stosowanych leków, które również mogą mieć wpływ na przebieg chorób alergicznych.

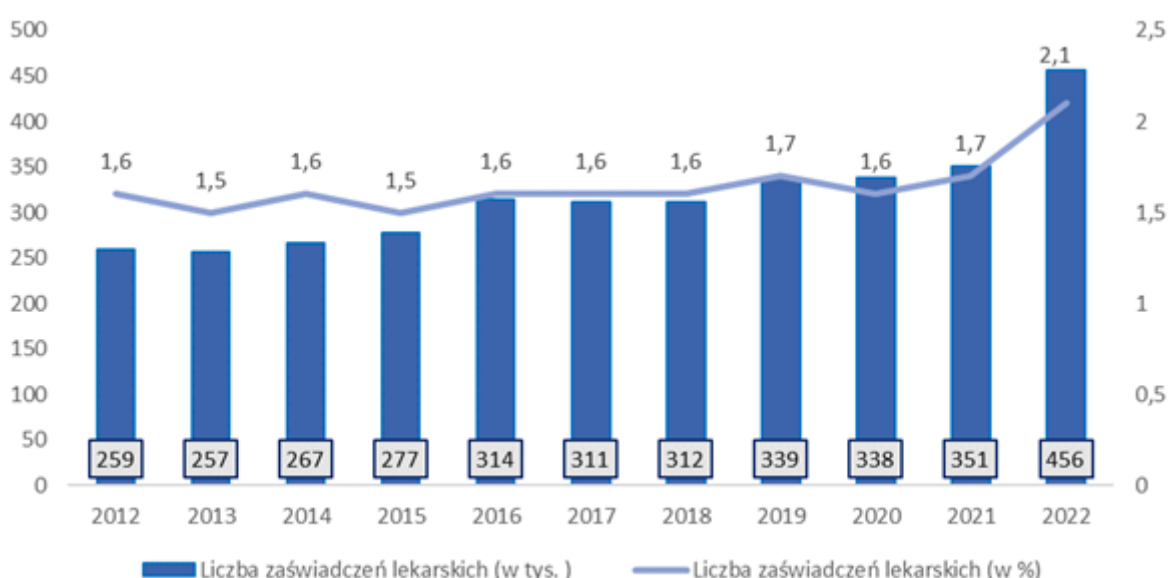
Leczenie przyczynowe obejmuje:

- **Eliminację alergenów i izolację chorego od czynników uczulających.** Jest najskuteczniejszą metodą leczenia alergii, która, wcześniej zastosowana, może prowadzić nawet do ustąpienia objawów choroby. Możliwa jest do zastosowania zwykle w początkowym okresie choroby, przy alergii na pojedyncze czynniki środowiska, które łatwo można usunąć (np. izolacja od pierza, zwierzęcia, pokarmu, leku, uczulającego czynnika zawodowego, likwidacja alergizującego ogniska zapalnego).
- **Wczesne rozpoznanie i identyfikacja przyczyn.** W miarę trwania choroby liczba czynników uczulających i krzyżowo reagujących z nimi wzrasta, czyniąc tego rodzaju leczenie niemożliwe do zastosowania.
- **Edukacja zdrowotna chorego** i zapoznanie go z czynnikami uczulającymi, substancjami krzyżowo z nimi reagującymi, a także z czynnikami nieswoiście nasilającymi objawy choroby. Edukacja indywidualna chorego obejmuje ponadto zapoznanie go z możliwościami usunięcia przyczyn choroby z otoczenia i z możliwościami prewencji farmakologicznej (Obtułowicz, 2016).

### Skutki społeczne

Z chorobami zakaźnymi związane jest generowanie kosztów pośrednich, m.in. z powodu absencji chorobowej. Raporty ZUS dotyczące absencji chorobowych nie zawierają danych dotyczących chorób alergicznych.

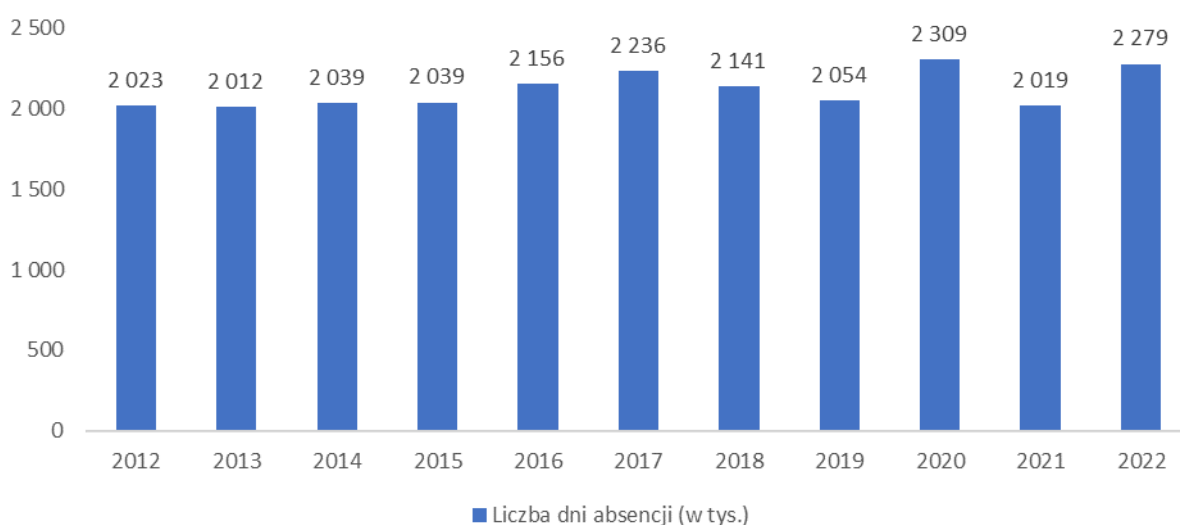
Odsetek absencji chorobowej z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS w związku chorobami zakaźnymi i pasożytniczymi w 2022 roku wyniósł 1%. W analizowanym okresie wystawiono 456,6 tys. zaświadczeń z powodu chorób zakaźnych z tytułu choroby własnej osobom ubezpieczonym w ZUS, które objęły łącznie 2 279,1 tys. dni absencji chorobowej. Rozkład liczby dni absencji chorobowej pomiędzy kobietami i mężczyznami jest porównywalny, odpowiednio 1 150,3 tys. i 1 128,5 tys. (ZUS, 2023).



Rysunek 2. Liczba oraz odsetek zwolnień lekarskich wynikających z choroby własnej, spowodowanej chorobami zakaźnymi i pasożytniczymi osób ubezpieczonych w ZUS w latach 2012-2022.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZUS.

Liczba wydawanych zaświadczeń lekarskich wynikających z chorób własnych, spowodowanych chorobami zakaźnymi i pasożytniczymi w latach 2012–2022 podlegała wahaniom, jednocześnie można zaobserwować stopniowy wzrost zaświadczeń w analizowanym okresie. W 2022 roku wydano najwięcej (456 tys.) zaświadczeń lekarskich dla przedmiotowej grupy chorobowej, co stanowiło wówczas 2,1% ogólnej liczby zwolnień osób ubezpieczonych w ZUS. Z kolei trend dotyczący absencji chorobowej wyrażonej w dniach nieobecności w pracy (przedstawiony na poniższym rysunku) w analizowanych latach utrzymywał się na podobnym poziomie, z wyjątkiem lat 2016–2018, w których nastąpił średnio 7% wzrost. W 2020 odnotowano największą liczbę (ponad 2,3 mln) dni absencji chorobowej.



**Rysunek 3. Liczba dni absencji chorobowej (w tysiącach) z tytułu choroby własnej, spowodowanej chorobami zakaźnymi i pasożytniczymi, osób ubezpieczonych w ZUS w latach 2012–2022.**

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZUS.

Wydatki na świadczenia z tytułu niezdolności do pracy związane z grupą *Niektóre choroby zakaźne i pasożytnicze* w 2022 roku wyniosły 340 360 tys. zł, stanowiąc tym samym 0,7 % ogółu wydatków ZUS w tym zakresie. Ponad połowę wydatków stanowiły świadczenia wypłacane mężczyznom.

Wydatki na renty z tytułu niezdolności do pracy związane z grupą *Niektórych chorób zakaźnych i pasożytniczych* w 2022 roku dla wyniosły 71 289,4 tys. zł. Również w tym przypadku dotyczyły one w większym stopniu mężczyzn.

## 2.2. Aktualny sposób finansowania w Polsce

### Rozporządzenie Ministra Zdrowia

Świadczenia gwarantowane z zakresu leczenia szpitalnego obejmujące choroby zakaźne oraz alergię określa *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2023 r. poz. 870 z późn. zm.)*.

W załączniku nr 2 przytoczono szczegółowe warunki, jakie powinni spełniać świadczeniodawcy przy udzielaniu przedmiotowych świadczeń gwarantowanych w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej.

### Zarządzenie Prezesa NFZ

Świadczenia gwarantowane rozliczane w ramach JGP S51 - S60 oraz S33 finansowane są w ramach umów zawartych w Narodowym Funduszu Zdrowia. Zasady kontraktowania i rozliczania świadczeń określone zostały w *Zarządzeniu nr 1/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 3 stycznia 2022 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne z późn. zm.* Szczegóły zawiera załącznik nr 3. Charakterystykę grup umieszczono natomiast w załączniku nr 4.

### Dodatkowe informacje

W obszarze leczenia pierwotnych niedoborów odporności u dzieci i dorosłych funkcjonują programy lekowe, które finansowaniem obejmują diagnostykę i leczenie, tj.:

*Leczenie pierwotnych niedoborów odporności u dzieci (ICD-10 D80, w tym: D80.0, D80.1, D80.3, D80.4, D80.5, D80.6, D80.8, D80.9; D81 w całości; D82, w tym: D82.0, D82.1, D82.3, D82.8, D82.9; D83, W TYM: D83.0, D83.1, D83.3, D83.8, D83.9; D89).*

*Leczenie pierwotnych niedoborów odporności (PNO) u pacjentów dorosłych (ICD-10: D 80 w tym D 80.0, D 80.1, D 80.3, D 80.4, D 80.5, D 80.6, D 80.8, D 80.9; D81.9; D 82 w tym: D 82.0, D 82.1, D 82.3, D 82.8, D 82.9; D 83 w tym: D 83.0, D 83.1, D 83.8, D 83.9; D 89.9)*

Zgodnie z *Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 357 z późn. zm.)*, w odniesieniu do świadczeniobiorców zakażonych HIV, funkcjonuje program kompleksowej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej nad pacjentem zakażonym HIV, leczonym lekami antyretrowirusowymi (ARV). Świadczeniodawcy realizujący program zobowiązani są zapewnić dostępność do świadczeń w miejscu ich udzielania od poniedziałku do piątku, w godzinach od 8.00 do 18.00, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy. Finansowanie, zgodnie z Rozporządzeniem obejmuje badania oraz konsultacje. Rozliczanie przedmiotowych świadczeń odbywa się poprzez stawkę kapitałową.

### Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce

Od 2001 r. dla osób zakażonych HIV i chorych na AIDS prowadzone jest leczenie antyretrowirusowe w ramach programu polityki zdrowotnej Ministra Zdrowia. Obecnie realizowany jest program pn: „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2022 – 2026”. Program do końca 2022 r. finansowany był z budżetu państwa, od stycznia 2023 r. zgodnie z ustawą z dnia 9 grudnia 2022 (Dz. U. 2022 poz. 2561 z późn. zm.), finansowanie programu w zakresie zakupu produktów

lecniczych i wyrobów medycznych dokonanego przez ministra właściwego do spraw zdrowia należy do Narodowego Funduszu Zdrowia.

Programem objęte są, zgodnie z zapisem art. 41 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. z 2023r. poz. 1284 z późn. zm.), wszystkie osoby zakażone HIV i chore na AIDS przebywające na terytorium RP, niezależnie od statusu ubezpieczeniowego, w tym kobiety w ciąży zakażone HIV oraz noworodki urodzone z matek zakażonych HIV, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie standardami zawartymi w aktualnych Rekomendacjach Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS (czerwiec 2021 r.).

Głównym celem programu jest wydłużenie czasu życia pacjentów zakażonych, wydłużenie czasu wolnego od objawów choroby oraz poprawa jakości ich życia. Ma on również na celu zmniejszenie ryzyka zakażenia innych przez osoby z HIV/AIDS, zwiększenie poziomu adherencji leków antyretrowirusowych pacjentów zakażonych HIV, zapewnienie leków antyretrowirusowych niezbędnych w profilaktyce zakażeń wertykalnych (dziecka przez matkę), prowadzenie indywidualnego kalendarza szczepień dzieci urodzonych przez matki zakażone HIV oraz zapewnienie leków antyretrowirusowych osobom, u których mogło dojść do zakażenia w konsekwencji ryzykownych sytuacji (przemoc seksualna, zakłucie igłą zanieczyszczoną potencjalnie zakaźnym materiałem, rana odniesiona w trakcie napaści).

W ramach programu finansowany jest zakup leków ARV oraz diagnostyka laboratoryjna. Szacunkowy koszt leków ARV dla 1 pacjenta wynosi średnio ok. 2250 PLN, a roczny koszt diagnostyki (wartość odczynników) jednego pacjenta ok. 500,00 – 2500,00 PLN. Populację docelową szacuje się na ok. 25 tys. osób. Na dzień 23.11.2021 r. terapią objętych było 14 328 pacjentów. Koszt całkowity programu za lata 2022 – 2026 szacuje się na 2 610 300 000 PLN.



## 2.3.. Analiza popytu i podaży

Celem analizy popytu i podaży jest ocena zasadności oraz możliwości wpływania wartości wyceny świadczenia na jego podaż tak, by zaspokoić popyt, co w przypadku rynku świadczeń opieki zdrowotnej oznacza likwidację lub zmniejszenie kolejek do świadczeń. Ocena taka musi identyfikować przyczyny niezaspokojonego popytu i niedostatecznej podaży (możliwość wpływania wyceną), a także odnosić się do istotności świadczenia (zasadność wpływania ceną).

Ocena popytu na świadczenia dokonywana jest głównie przez określenie liczby osób oczekujących na udzielenie świadczenia oraz czas oczekiwania na jego udzielenie. Podaż zaś definiowana jest poprzez poziom realizacji danego świadczenia przez podmioty lecznicze, wynikający z potencjału do realizacji tych świadczeń, wyrażony wielkością posiadanej infrastruktury i zatrudnionego personelu, a także z wielkości środków finansowych przeznaczanych na ten cel.

W odniesieniu do wielkości popytu na świadczenia, podstawowym źródłem informacji dotyczących dostępności do świadczeń były dane o liczbie osób oczekujących na przyjęcie na podstawie skierowania w stanie stabilnym, a dodatkowo o liczbie oczekujących oraz przeciętnym czasie oczekiwania na udzielenie świadczenia publikowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia w „Informatorze o Terminach Leczenia”.

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

W 2022 roku JGP S51–S60 oraz S33 realizowało 549 świadczeniodawców. Zrealizowali oni 79 311 świadczeń o łącznej wartości refundacji 424 565 331 PLN.

### 2.3.1. Charakterystyka świadczeniodawców

W 2022 r. najwięcej świadczeniodawców realizujących świadczenia z zakresu chorób zakaźnych występowało w województwie mazowieckim (70) i śląskim (70), a w przypadku alergii w województwie dolnośląskim (10), śląskim (8) oraz małopolskim i podkarpackim (7). Najmniej świadczeniodawców realizowało przedmiotowe świadczenia w województwie lubuskim i świętokrzyskim (choroby zakaźne – 18, alergia - 2).

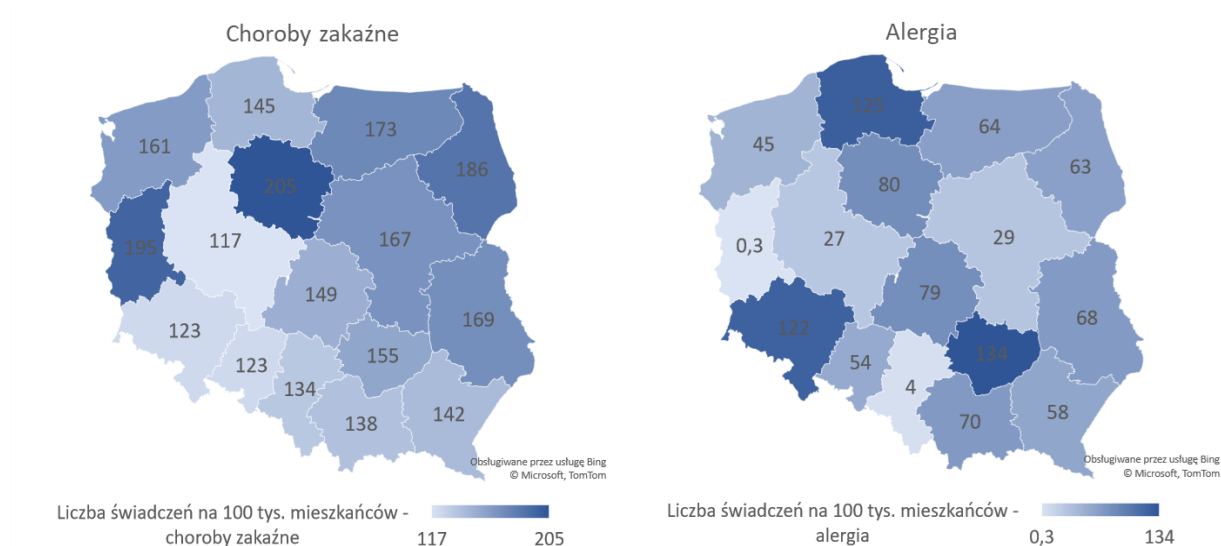
Pod względem liczby świadczeń w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców najwięcej świadczeń z zakresu chorób zakaźnych zrealizowali świadczeniodawcy z województwa kujawsko-pomorskiego (205), podlaskiego (186) oraz lubuskiego (195), z kolei najmniej z województwa wielkopolskiego (117). W przypadku świadczeń związanych z alergią liczba świadczeń w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców w 2022 r. kształtowała się następująco: najwięcej świadczeń zrealizowano w województwie świętokrzyskim (134) i pomorskim (125), a najmniej w województwie lubuskim (0,3) (tabela poniżej).

Tabela 1 Liczba świadczeniodawców oraz udzielonych świadczeń w podziale na województwa w 2022 r.

Województwo	Liczba świadczeniodawców		Liczba świadczeń		Liczba świadczeń na 100 tys. mieszkańców	
	Choroby zakaźne	Alergie	Choroby zakaźne	Alergie	Choroby zakaźne	Alergie
Dolnośląskie	3	10	3574	3540	123	122
Kujawsko-pomorskie	29	6	4143	1623	205	80
Lubelskie	35	6	3445	1384	169	68
Lubuskie	18	2	1920	3	195	0,30

Województwo	Liczba świadczeniodawców		Liczba świadczeń		Liczba świadczeń na 100 tys. mieszkańców	
	Choroby zakaźne	Alergie	Choroby zakaźne	Alergie	Choroby zakaźne	Alergie
Łódzkie	33	4	3567	1885	149	79
Małopolskie	38	7	4739	2413	138	70
Mazowieckie	70	6	9209	1626	167	29
Opolskie	19	4	1166	510	123	54
Podkarpackie	29	7	2956	1207	142	58
Podlaskie	21	2	2141	725	186	63
Pomorskie	24	2	3411	2957	145	125
Śląskie	70	8	5847	155	134	4
Świętokrzyskie	18	2	1842	1591	155	134
Warmińsko-mazurskie	31	2	2377	882	173	64
Wielkopolskie	46	5	4109	957	117	27
Zachodniopomorskie	29	4	2661	746	161	45
<b>Razem</b>	<b>548</b>	<b>77</b>	<b>57 107</b>	<b>22 204</b>	<b>151</b>	<b>59</b>

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z NFZ.

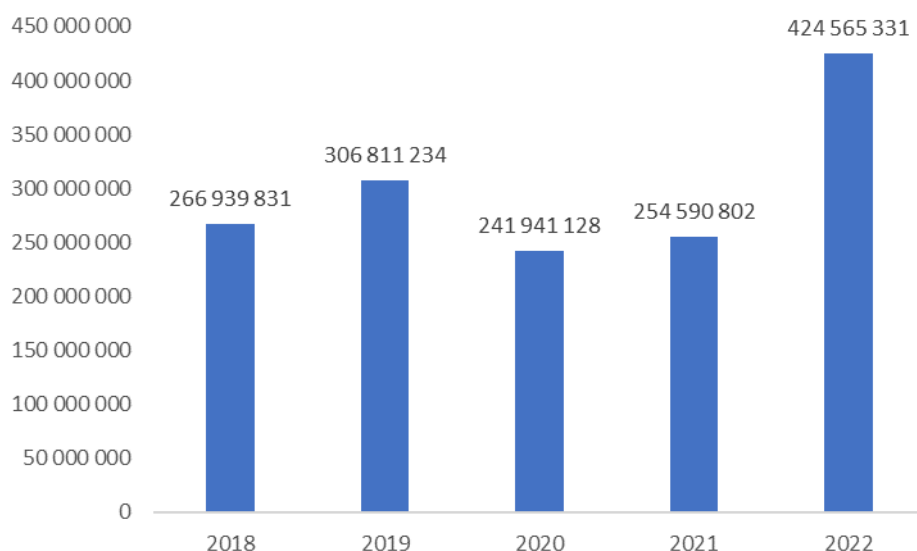


Rysunek 4. Liczba świadczeń w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców w 2022 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z NFZ.

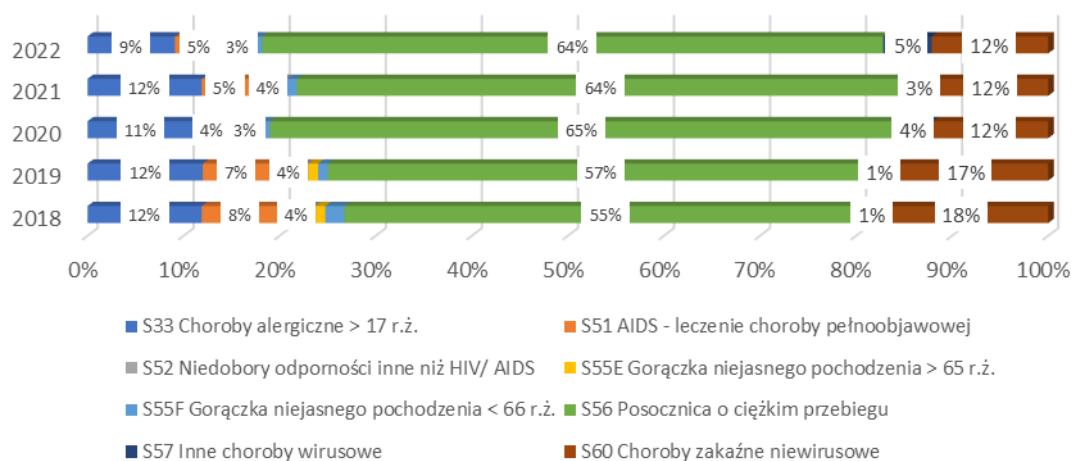
W 2022 r. najwięcej świadczeniodawców realizowało świadczenia z JGP S60 *Choroby zakaźne niewirusowe* (522), S56 *Posocznica o ciężkim przebiegu* (460) oraz S57 *Inne choroby wirusowe* (436). Najmniej świadczeniodawców (38) udzielało świadczeń z JGP S51 *AIDS – leczenie choroby pełnoobjawowej*. Najwyższa wartość refundacji w 2022 r. objęła grupę S56 *Posocznica o ciężkim przebiegu* – 64% wartości wszystkich analizowanych grup.

Na przestrzeni lat 2018-2022 wydatki na świadczenia w obszarze będącym przedmiotem raportu stale rosły od 266,9 mln w roku 2018 do ponad 424,6 mln w roku 2022. Szczegóły przedstawia poniższy wykres.



Rysunek 5 Wartość świadczeń (w zł) grupy S51-S60 oraz S33 lata 2018-2022

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z NFZ.



Rysunek 6 Struktura wartości świadczeń grupy S51-S60 oraz S33, lata 2018-2022

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z NFZ.

Struktura wydatków płatnika na przestrzeni lat jest stała. Największy udział w wydatkach NFZ we wskazanym obszarze dotyczy grupy S56 *Posocznica o ciężkim przebiegu*, S33 *Choroby alergiczne > 17 r.ż.*, S60 *Choroby zakaźne nie wirusowe*, które łącznie stanowią 85% wartości wszystkich sprawozdanych w tym okresie świadczeń z zakresu chorób zakaźnych oraz alergii.

Tabela 2 Liczba świadczeniodawców, świadczeń i ich wartość w podziale na JGP w 2022 r.

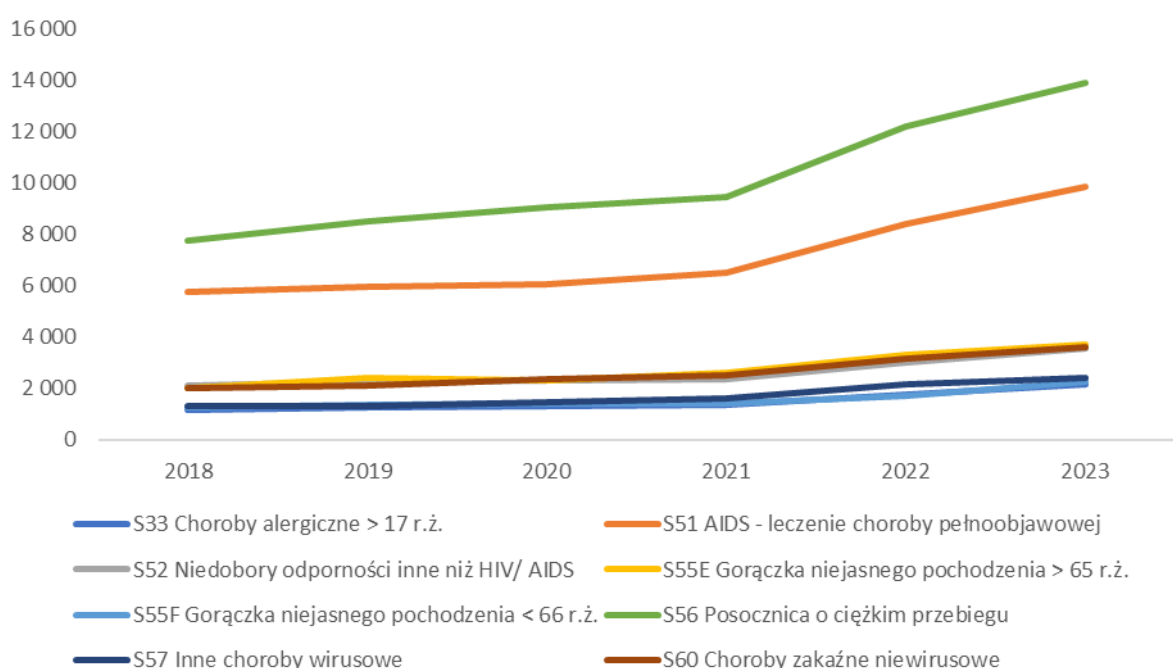
JGP	Liczba świadczeniodawców	Liczba hospitalizacji	Łączna wartość refundacji*
S51	38	2742	23 143 104
S52	115	4699	14 123 557
S55E	164	356	1 180 483
S55F	347	1816	3 158 229
S56	460	22340	272 460 792
S57	436	9467	20 693 277

JGP	Liczba świadczeniodawców	Liczba hospitalizacji	Łączna wartość refundacji*
<b>S60</b>	522	15687	50 040 670
<b>S33</b>	77	22204	39 765 219
<b>Razem</b>	549	<b>79 311</b>	<b>424 565 331</b>

\*Wartość wynikająca z opłaty płatnika, która uwzględnia m.in. współczynniki korygujące i osobodni ponad ryczałt finansowany grupą.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z NFZ.

Na przestrzeni lat 2018-2022 oraz estymowanych świadczeń w roku 2023 oraz pierwszej połowie 2024 średnia wartość świadczenia wzrosła o ponad 83%, najwięcej w przypadku grupy S57 (91 %) oraz grupy S33 (89%). Powyższe zmiany mają związek ze zmianą ceny punktu, współczynnikami korygującymi, których wartość uległa zmianie na przestrzeni analizowanych lat, oraz zmianą w finansowaniu pobytów poniżej 3 dni.



Rysunek 7 Średnia wartość hospitalizacji w latach 2018-2023

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

W 2022 roku najwięcej świadczeń z grup S51-S60 zostało zrealizowanych w szpitalach wojewódzkich i w szpitalach gminnych, powiatowych, miejskich – 36%. Z kolei świadczenia związane z alergią w 62% realizowane są w szpitalach klinicznych.

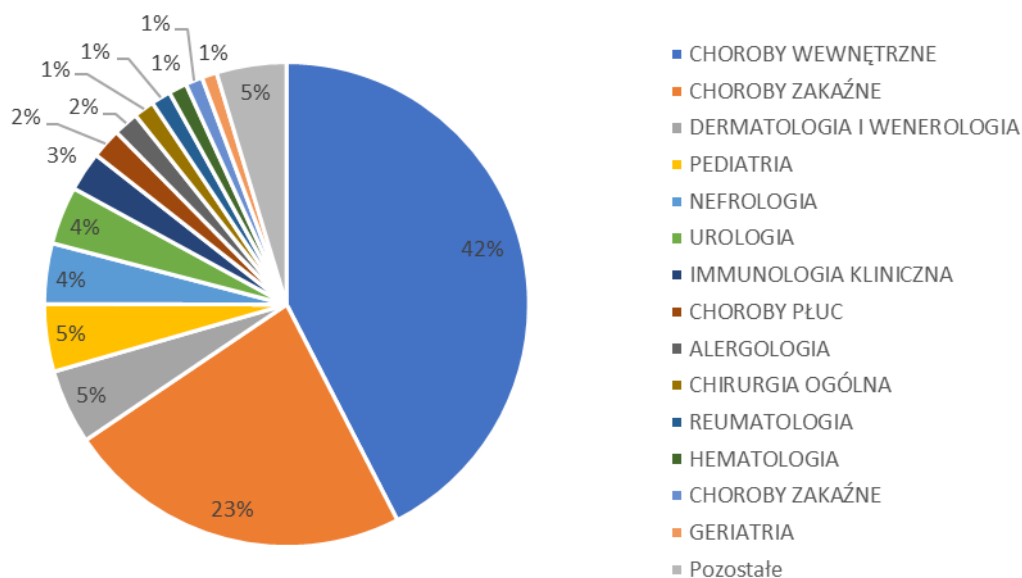
Tabela 3 Liczba hospitalizacji ze względu na typ szpitala w 2022 r.

Typ szpitala	Liczba hospitalizacji	
	Choroby zakaźne	Alergie
Szpital kliniczny	1 0803	13 645
Szpital wojewódzki	20 699	5 837
Szpital gminny, powiatowy, miejski	20 575	1 284
Szpital niepubliczny	3 695	1 436
Inny szpital	1 335	2

Typ szpitala	Liczba hospitalizacji	
	Choroby zakaźne	Alergie
Razem	57 107	22 204

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z NFZ.

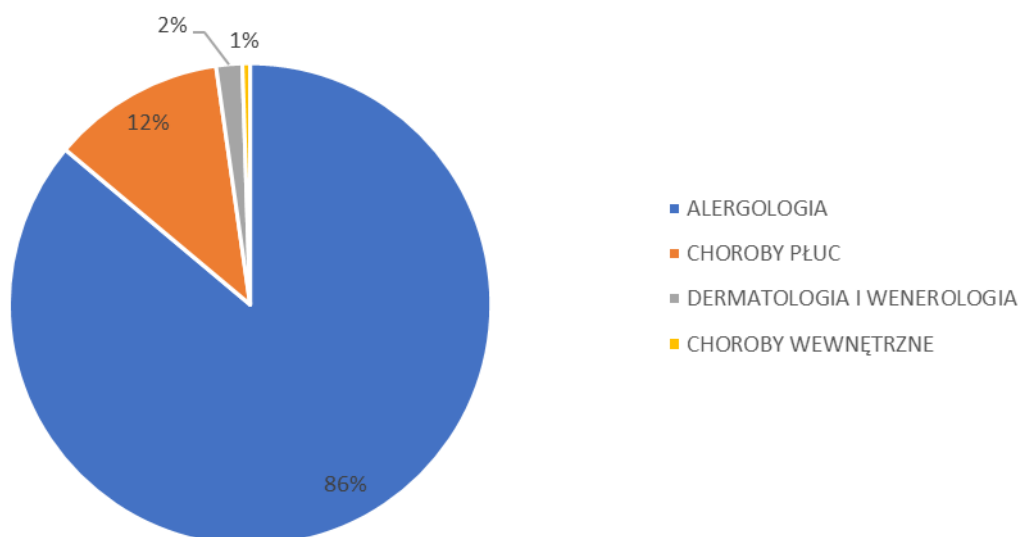
Świadczenia z grup S51-S60 mogą być rozliczane w wielu zakresach. W 2022 r. najwięcej świadczeń zostało rozliczonych w ramach zakresów choroby wewnętrzne (42%) i choroby zakaźne (23%). Znacznie mniej dotyczy zakresu dermatologia i wenerologia (5%), pediatria (5%) oraz nefrologia (4%) i urologia (4%). W pozostałych zakresach realizacja świadczeń była niższa.



**Rysunek 8. Liczba hospitalizacji z obszaru chorób zakaźnych ze względu na zakres świadczeń w 2022 r.**

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Z kolei realizacja grupy S33 ogranicza się do zakresów: alergologia, choroby płuc, dermatologia i wenerologia oraz choroby wewnętrzne. Najwięcej świadczeń w 2022 r. zostało zrealizowanych w zakresie alergologia (86%).

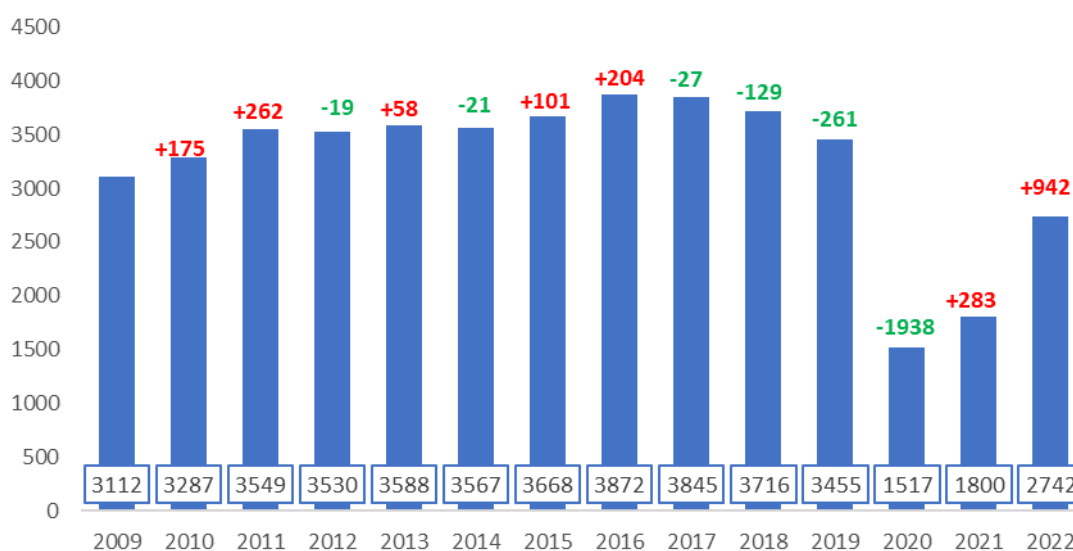


Rysunek 9. Liczba hospitalizacji związanych z alergią ze względu na zakres świadczeń w 2022 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

### 2.3.2. S51 AIDS - leczenie choroby pełnoobjawowej

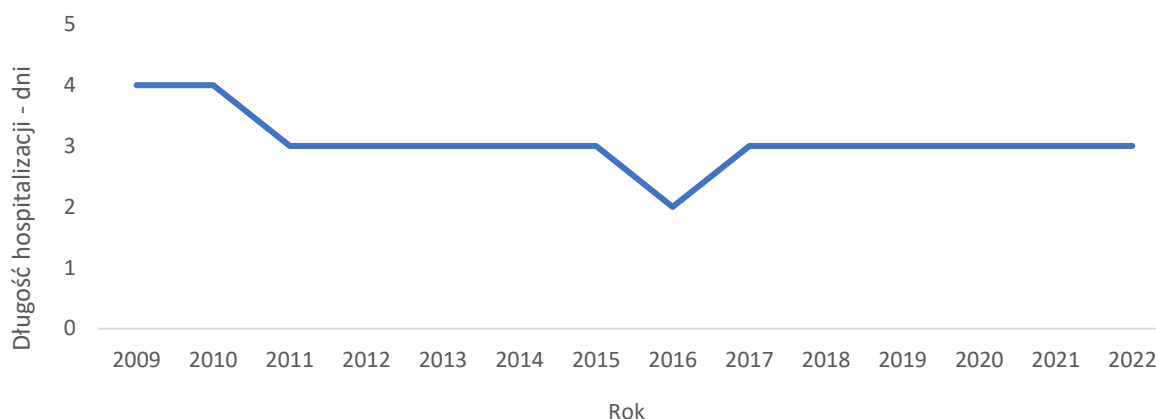
Liczba hospitalizacji w grupie S51 AIDS - leczenie choroby pełnoobjawowej do 2016 r. wykazywała tendencje wzrostowe, w kolejnych 4 latach natomiast można zaobserwować spadek liczby hospitalizacji. Największy spadek nastąpił w roku 2020, co prawdopodobnie miało związek z panującą w tym czasie pandemią. Od 2021 r. można zaobserwować ponowny wzrost liczby hospitalizacji (wykres poniżej).



Rysunek 10. Liczba hospitalizacji w S51 w latach 2009–2022 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

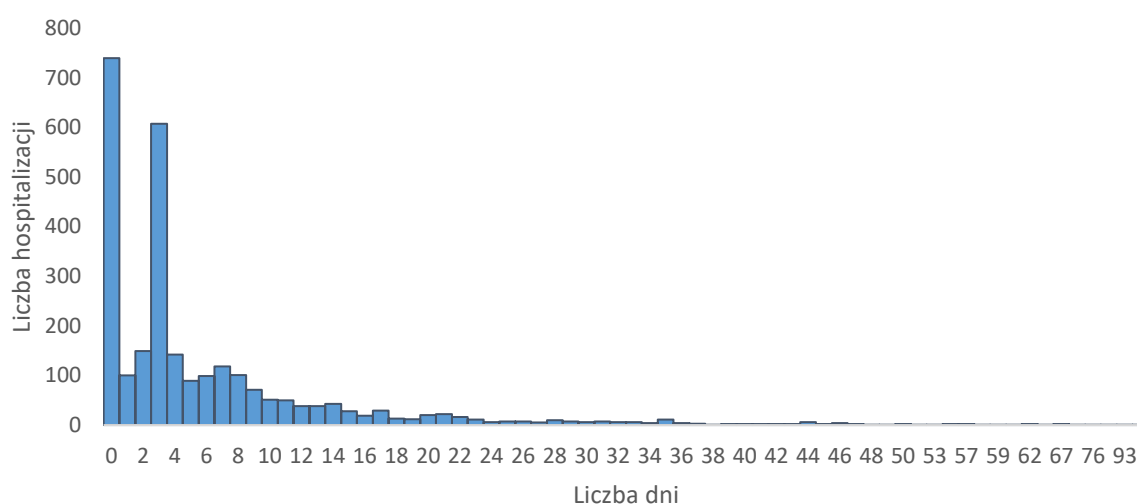
Od 2011 r. mediana długości hospitalizacji wynosi 3 dni. Jedynie w 2016 r. odnotowano zmniejszenie mediany długości hospitalizacji do 2 dni.



**Rysunek 11. Mediana długości hospitalizacji w latach 2009-2022 – S51.**

Źródło: opracowanie własne na podstawie Statystyk NFZ.

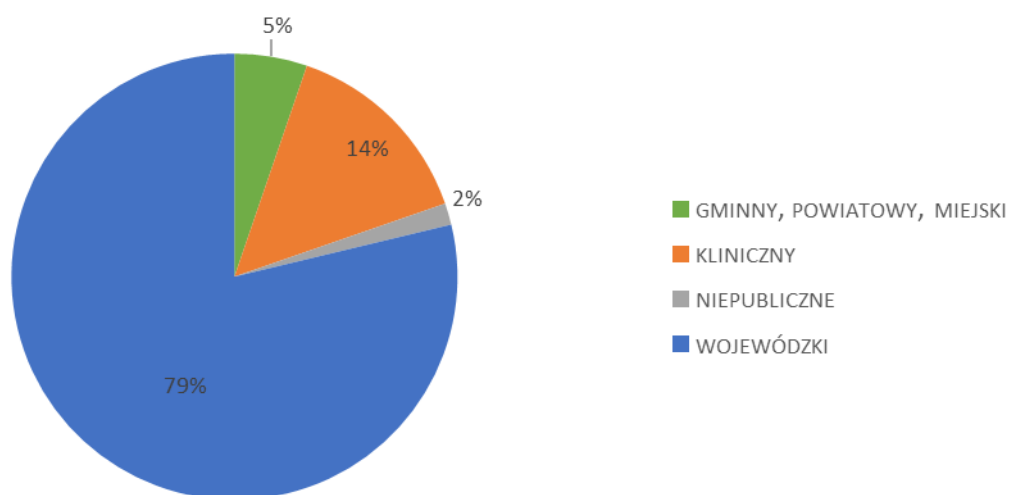
Na poniższym wykresie przedstawiono histogram długości hospitalizacji w 2022 r. pacjentów hospitalizowanych z powodu pełnoobjawowego leczenia AIDS. Liczba dni pobytu finansowanych grupą S51 wynosiła 34 dni. Uwagę zwraca fakt, że znaczna część hospitalizacji to hospitalizacje o dacie przyjęcia i wypisu tego samego dnia (27%).



**Rysunek 12. Histogram długości hospitalizacji w 2022 r. – S51.**

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

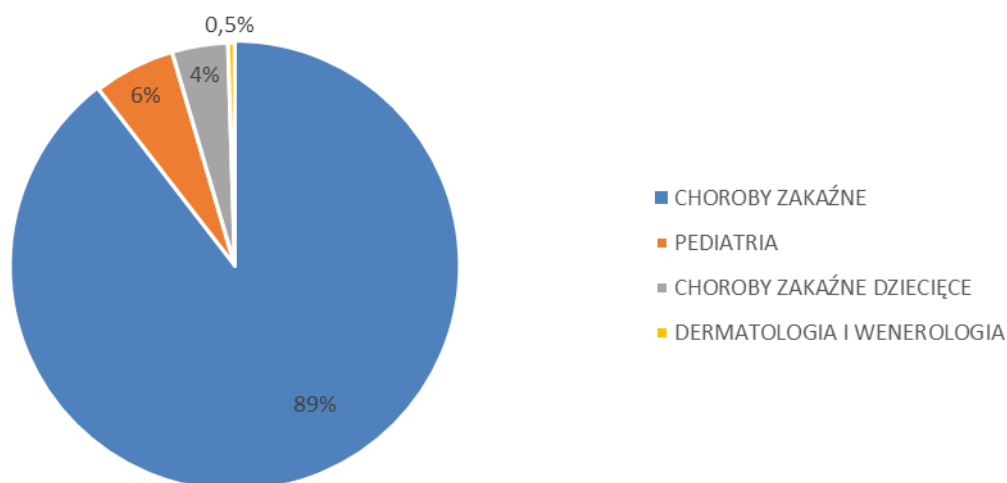
W 2022 r. leczenie AIDS (pełnoobjawowe) odbywało się głównie w szpitalach wojewódzkich – 79% hospitalizacji. Udział hospitalizacji w szpitalach klinicznych oraz gminnych, powiatowych, miejskich to odpowiednio 14% i 5% (wykres poniżej).



**Rysunek 13. Udział hospitalizacji rozliczanych grupą S51 w podziale na typ szpitala w 2022 r.**

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Zgodnie z katalogiem świadczeń szpitalnych hospitalizacje z JGP S51 mogą być rozliczane w ramach zakresów: choroby zakaźne, choroby zakaźne dla dzieci, dermatologia i wenerologia, dermatologia i wenerologia dla dzieci, dermatologia i wenerologia specjalistyczna oraz pediatria. W 2022 r. najczęściej świadczeń rozliczono w ramach zakresu choroby zakaźne – 94,5%, w tym 4% dotyczyło chorób zakaźnych dla dzieci. Pozostałe hospitalizacje odbyły się na oddziale pediatrycznym (6%) oraz dermatologii i wenerologii (0,5%) (wykres poniżej).

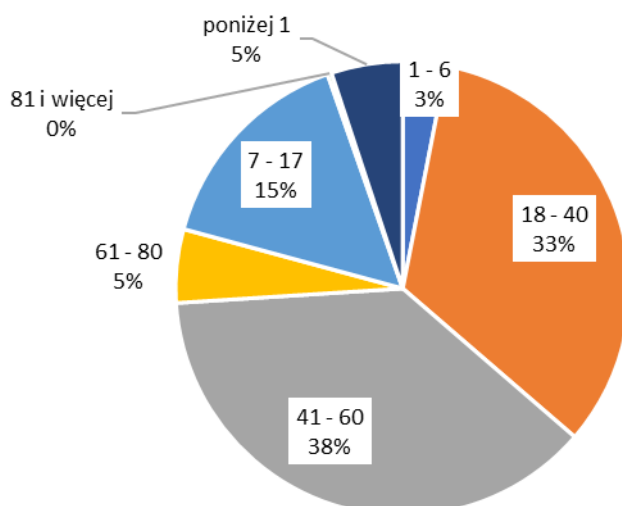


**Rysunek 14. Udział hospitalizacji rozliczanych grupą S51 w podziale na zakres świadczeń w 2022 r.**

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

W 2022 r. 38% stanowiły hospitalizacje pacjentów w przedziale wiekowym 41–60 lat. Znaczący udział miała również kategoria wiekowa 18–40 lat – 33%.



**Rysunek 15. Udział hospitalizacji rozliczanych grupą S51 ze względu na wiek pacjenta w 2022 r.**

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

W analizowanej grupie, w 2022 r., 51% przyjęć do szpitala odbyło się w trybie nagłym, z kolei planowo na podstawie skierowania zostało przyjętych 48% pacjentów.

**Tabela 4 Liczba hospitalizacji w grupie S51 ze względu na tryb przyjęcia w 2022 r.**

Tryb przyjęcia	Liczba hospitalizacji	Udział %
Przyjęcie w trybie nagłym	1409	51%
Przyjęcie planowe	1312	48%
Przeniesienie z innego szpitala	20	1%
Przyjęcie noworodka w wyniku porodu w tym szpitalu	1	0,04%
<b>Razem</b>	<b>2742</b>	<b>100%</b>

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Ze względu na tryb wypisu w 2022 r. ponad połowa pacjentów (ok. 58%) została skierowana do dalszego leczenia, 37% hospitalizacji wiązało się z zakończeniem procesu terapeutycznego lub diagnostycznego.

**Tabela 5 Liczba hospitalizacji w grupie S51 ze względu na tryb wypisu w 2022 r.**

Tryb wypisu	Liczba hospitalizacji	Udział %
Skierowanie do dalszego leczenia	1582	57,70%
Zakończenie procesu terapeutycznego lub diagnostycznego	1022	37,27%
Wypisanie na własne żądanie/ samowolne opuszczenie zakładu	84	3,06%
Zgon pacjenta	54	1,97%
<b>Razem</b>	<b>2742</b>	<b>100%</b>

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

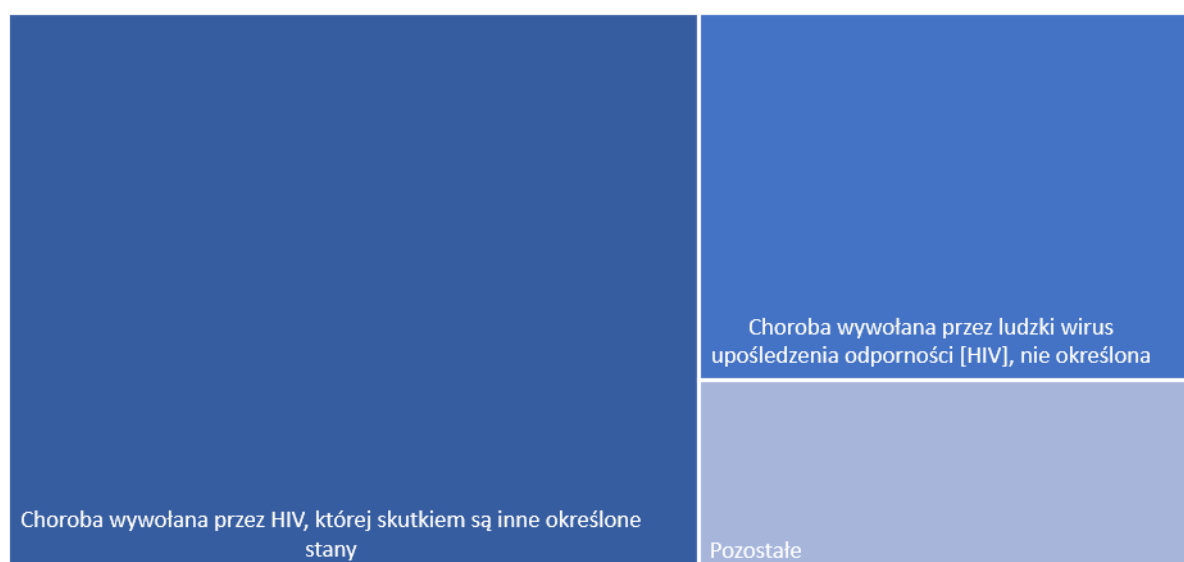
W poniższej tabeli przedstawiono produkty do sumowania, które w 2022 roku doliczano do hospitalizacji rozliczanych grupą S51. Największy udział miały produkty z kategorii *Pozostałe świadczenia*, w tym *Koszt pobytu opiekuna przy pacjencie małoletnim lub niepełnosprawnym*. Produkty te dosumowano do ok. 5% hospitalizacji

Tabela 6 Kategorie produktów sumowanych do S51 w 2022 r.

Kategoria produktów		n/%
Przetoczenie preparatów krwi i innych substancji	Liczba hospitalizacji	101
	Udział (%) w liczbie hospitalizacji	3,68%
Pozostałe świadczenia	Liczba hospitalizacji	129
	Udział (%) w liczbie hospitalizacji	4,70%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z NFZ.

W grupie S51 hospitalizacje z rozpoznaniem kierunkowym - *choroba wywołana przez ludzki wirus upośledzenia odporności [HIV], której skutkiem są inne określone stany* (B23.8) - stanowiły 58%, natomiast hospitalizacje z rozpoznaniem *choroba wywołana przez ludzki wirus upośledzenia odporności [HIV], nie określona* (B24) – ok. 27%. Udział pozostałych rozpoznań został zobrazowany na wykresie poniżej. W kategorii Pozostałe znalazły się głównie takie rozpoznania jak: B23.2 *Choroba wywołana przez HIV, której skutkiem są zaburzenia układu krwiotwórczego i odpornościowego niesklasyfikowane gdzie indziej* -2%, B20.8 *Choroba wywołana przez HIV, której skutkiem są inne choroby zakaźne i pasożytnicze* - 2%, B20.0 *Choroba wywołana przez HIV, której skutkiem są zakażenia wywołane przez mykobakterie* - 2%.

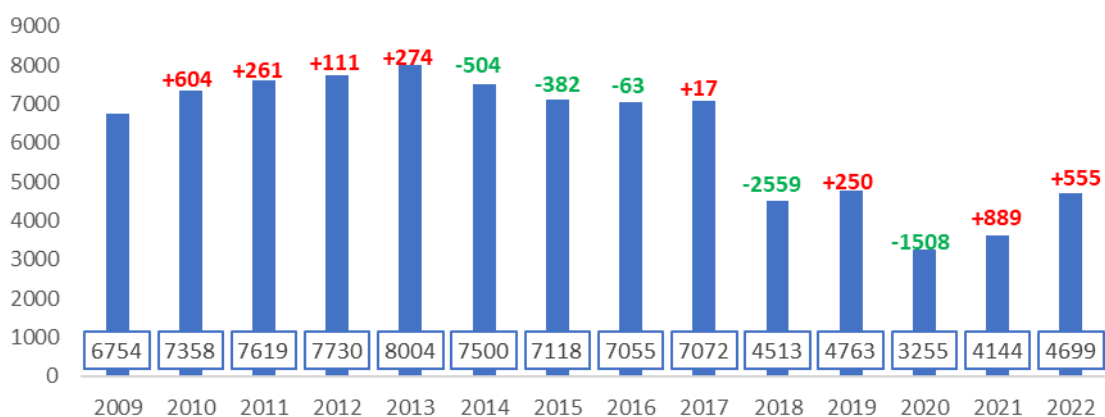


Rysunek 16. Udział hospitalizacji w grupie S51 ze względu na rozpoznania główne w 2022 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z NFZ.

### 2.3.3. S52 Niedobory odporności inne niż HIV/AIDS

Na przestrzeni lat 2009-2022 liczba hospitalizacji w grupie S52 *Niedobory odporności inne niż HIV/AIDS* rosła do 2013 roku, po czym stopniowo zaczęła spadać. W analizowanych latach największy (36% - r/r) spadek liczby hospitalizacji w tej grupie miał miejsce w 2018 r. Od 2021 r. liczba hospitalizacji zaczęła znowu rosnąć, ale nie osiągnęła poziomu z początku analizowanego okresu (W 2022 r. liczba hospitalizacji wyniosła 4699 przypadków, a w 2009 r. odnotowano 6754 przypadki - wykres poniżej).



**Rysunek 17. Liczba hospitalizacji w S52 w latach 2009–2022 r.**

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z NFZ.

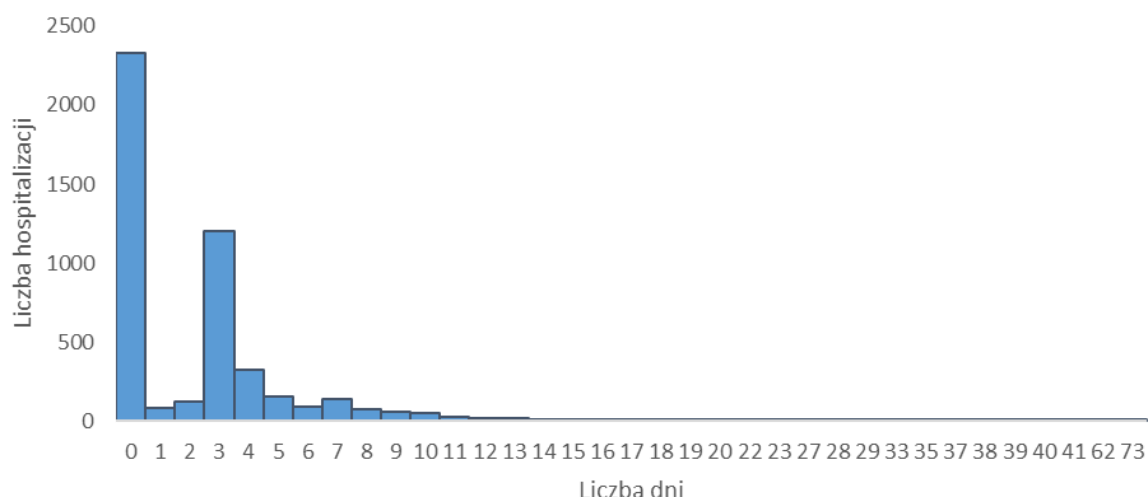
W latach 2009 –2013 długość hospitalizacji utrzymywała się na stałym poziomie 0 dni, a od 2014 do 2018 r. stopniowo rosła, aż do poziomu 3 dni. W 2021 nastąpił spadek długości hospitalizacji do 0, by w kolejnym roku znowu wzrosnąć (wykres poniżej).



**Rysunek 18. Mediana długości hospitalizacji w latach 2009-2022 – S52.**

Źródło: opracowanie własne na podstawie Statystyk NFZ.

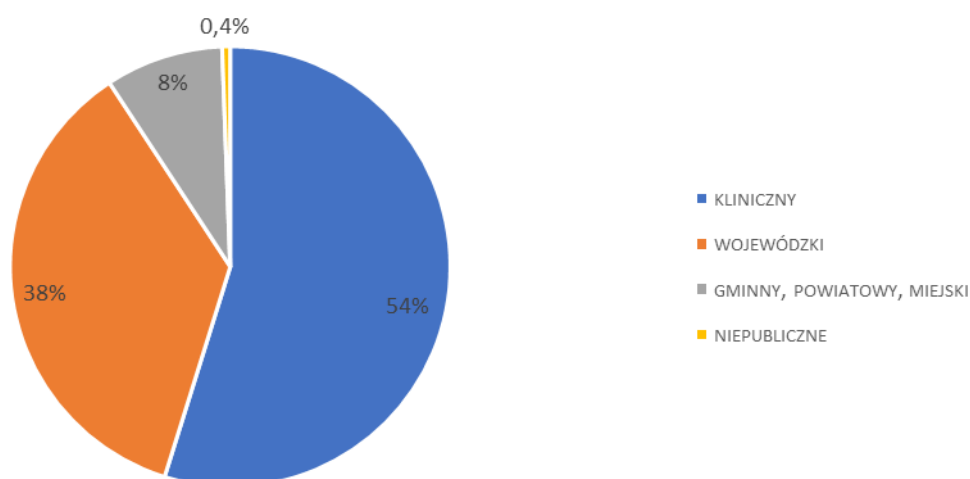
Na poniższym wykresie przedstawiono histogram długości hospitalizacji w 2022 r. pacjentów hospitalizowanych z powodu niedoborów odporności innych niż HIV/AIDS. Liczba dni pobytu finansowanych grupą S52 wynosi 16 dni. Najwięcej pacjentów było hospitalizowanych 0 dni (2330 z 4699 hosp., ok. 50%) oraz 3 dni (1201 z 4699 hosp., 25%).



Rysunek 19. Histogram długości hospitalizacji w 2022 r. – S52.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

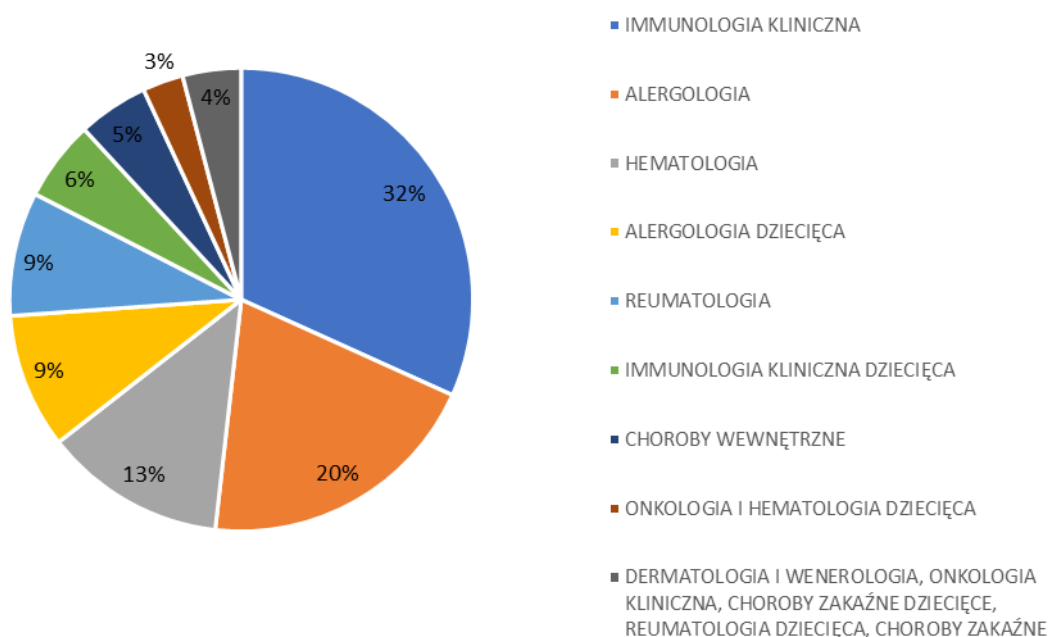
W 2022 r. realizacja świadczeń z grupy S52 odbywała się głównie w szpitalach klinicznych (54%) i wojewódzkich (38%). Udział hospitalizacji w pozostałych typach szpitali kształtował się na poziomie ok 8,5% (wykres poniżej).



Rysunek 20. Udział hospitalizacji rozliczanych grupą S52 w podziale na typ szpitala w 2022 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

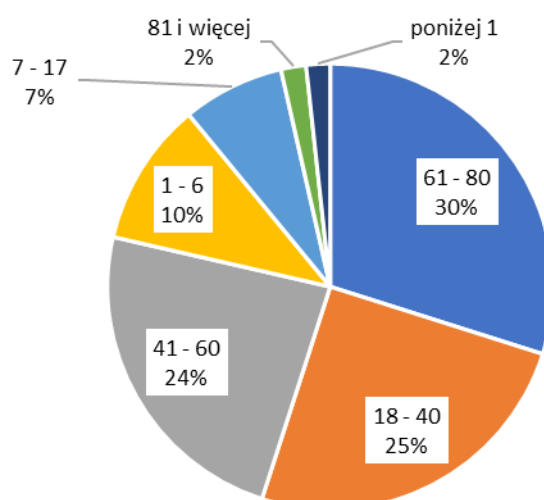
Zgodnie z katalogiem świadczeń szpitalnych hospitalizacje z JGP S52 mogą być realizowane w wielu zakresach świadczeń. W 2022 r. najwięcej świadczeń zrealizowano w zakresie immunologia kliniczna – 32% i alergologia – 20%. Porównywalny odsetek świadczeń zrealizowano w ramach zakresów hematologia, reumatologia oraz alergologia dziecięca, odpowiednio 13%, 9% i 9% (wykres poniżej).



**Rysunek 21. Udział hospitalizacji rozliczanych grupą S52 w podziale na zakres świadczeń w 2022 r.**

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

W 2022 r. 30% stanowiły hospitalizacje pacjentów w przedziale wiekowym 61–80 lat. Pozostałe dwie najczęstsze kategorie wiekowe hospitalizowanych pacjentów, 18-40 lat – 25% i 41- 60 – 24% (wykres poniżej).



**Rysunek 22. Udział hospitalizacji rozliczanych grupą S52 ze względu na wiek pacjenta w 2022 r.**

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Większość pacjentów w 2022 r. rozliczonych grupą S52 została przyjęta do szpitala w trybie planowym na podstawie skierowania – 90%. Przyjęcie w trybie nagłym dotyczyło tylko ok. 10% hospitalizacji.

**Tabela 7 Liczba hospitalizacji w grupie S52 ze względu na tryb przyjęcia w 2022 r.**

Tryb przyjęcia	Liczba hospitalizacji	Udział %
Przyjęcie planowe	4214	89,69%

Tryb przyjęcia	Liczba hospitalizacji	Udział %
Przyjęcie w trybie nagłym	479	10,19%
przyjęcie na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (osoba, której udzielono świadczenia zdrowotnego w przypadku pobytu w oddziale szpitalnym).	4	0,09%
Przeniesienie z innego szpitala	2	0,04%
<b>Razem</b>	<b>4699</b>	<b>100,00%</b>

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

W 2022 r. do dalszego leczenia w lecznictwie ambulatoryjnym zostało skierowanych ponad 87% pacjentów, natomiast tylko ok. 12% hospitalizacji wiązała się z zakończeniem procesu terapeutycznego lub diagnostycznego.

**Tabela 8 Liczba hospitalizacji w grupie S52 ze względu na tryb wypisu w 2022 r.**

Tryb wypisu	Liczba hospitalizacji	Udział %
Skierowanie do dalszego leczenia	4099	87,23%
Zakończenie procesu terapeutycznego lub diagnostycznego	569	12,11%
Wypisanie na własne żądanie/ samowolne opuszczenie zakładu	24	0,51%
Zgon pacjenta	7	0,15%
<b>Razem</b>	<b>4699</b>	<b>100,00%</b>

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

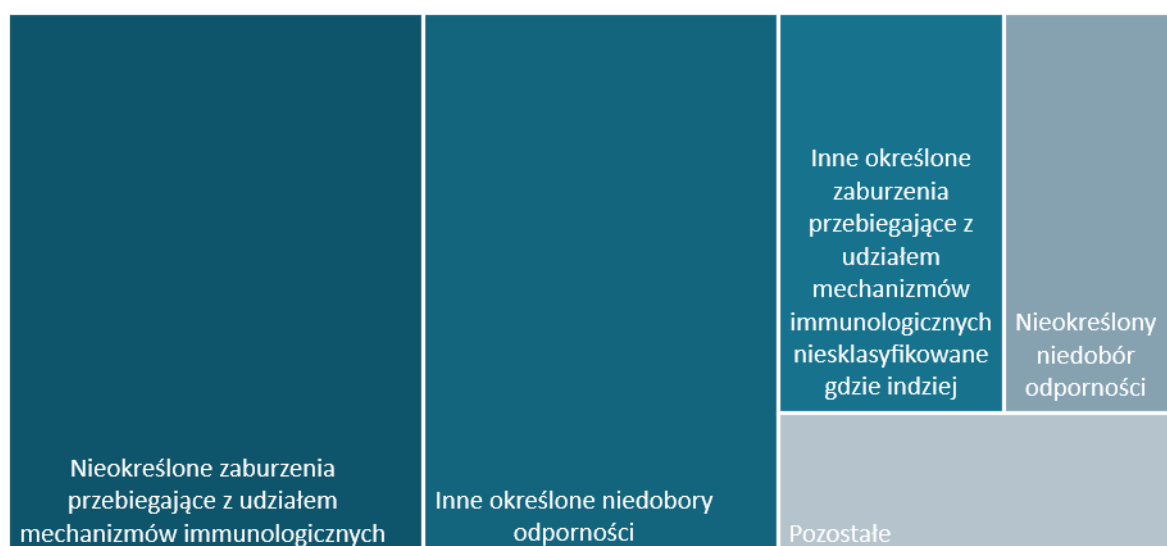
W poniższej tabeli przedstawiono produkty do sumowania, które w 2022 roku doliczano do hospitalizacji rozliczanych grupą S52. Największy udział miały produkty zgrupowane w kategorii *Pozostałe świadczenia*, w tym *Leczenie przetoczeniami immunoglobulin*, *Koszt pobytu opiekuna przy pacjencie małoletnim lub niepełnosprawnym*. Produkty te dosumowano do ok. 45% hospitalizacji.

**Tabela 9 Kategorie produktów sumowanych do S52 w 2022 r.**

Kategoria produktów		S52
Przetoczenie preparatów krwi i innych substancji	Liczba hospitalizacji	66
	Udział (%) w liczbie hospitalizacji	1,40%
Pozostałe świadczenia	Liczba hospitalizacji	2 133
	Udział (%) w liczbie hospitalizacji	45,39%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

W grupie S52 hospitalizacje z rozpoznaniem kierunkowymi z kategorii *Nieokreślone zaburzenia przebiegające z udziałem mechanizmów immunologicznych* (D89.9) stanowiły w 2022 r. największy udział hospitalizacji – 35%. Z porównywalną częstością zostały sprawozdane rozpoznania z kategorii *Inne określone niedobory odporności* (D84.8) - 30%. Udział innych najczęstszych rozpoznań został przedstawiony na poniższym wykresie. W kategorii Pozostałe zostały zgrupowane rozpoznania, których udział był mniejszy niż 1%.

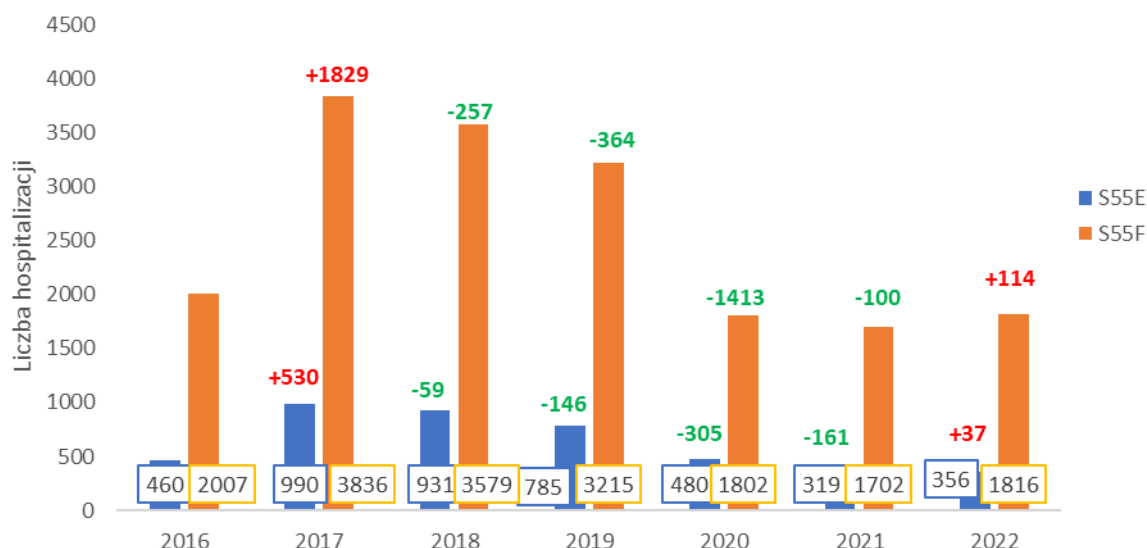


Rysunek 23. Udział hospitalizacji w grupie S52 ze względu na rozpoznania główne w 2022 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z NFZ.

#### 2.3.4. S55E i S55F – Gorączka niejasnego pochodzenia

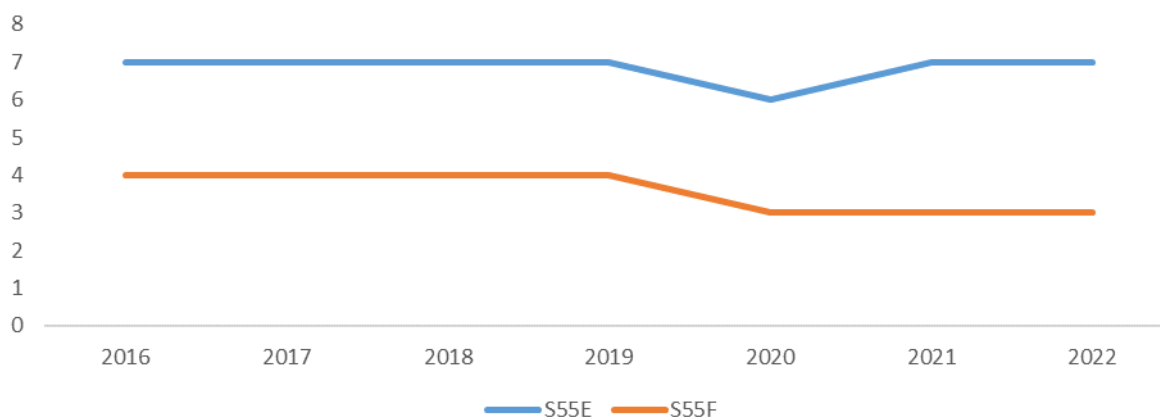
Od 2017 r. systematycznie spada liczba zrealizowanych świadczeń dotyczących gorączki niejasnego pochodzenia (JGP: S55E *Gorączka niejasnego pochodzenia* > 65 r.ż. i S55F *Gorączka niejasnego pochodzenia* < 66 r.ż.). We wszystkich analizowanych latach liczniejszą grupą była S55F, dedykowana pacjentom poniżej 66 r.ż. Od 2017 można było zaobserwować systematyczny spadek liczby hospitalizacji w obu analizowanych grupach, aż do 2022 r., kiedy trend uległ odwróceniu i zaobserwowano ponowny wzrost liczby hospitalizacji (wykres poniżej).



Rysunek 24. Liczba hospitalizacji w S55E i S55F w latach 2016 - 2022 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z NFZ.

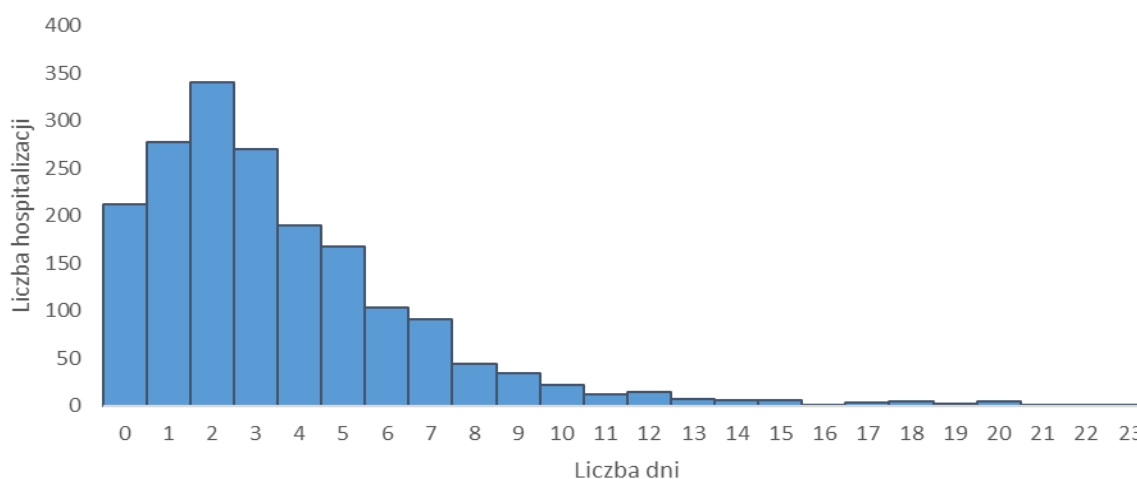
Od 2016 do 2019 roku mediana długości hospitalizacji w obu grupach pozostawała na zbliżonym poziomie – w grupie obejmującej pacjentów powyżej 65 r.ż. wynosiła 7 dni, z kolei w grupie S55F – 4 dni. W 2020 roku nastąpił spadek długości hospitalizacji o 1 dzień zarówno w grupie S55E jak i w grupie S55F. W grupie S55F spadek ów utrzymał się również w 2022 r. (wykres poniżej).



**Rysunek 25. Mediana długości hospitalizacji w latach 2016-2022 – S55E i S55F.**

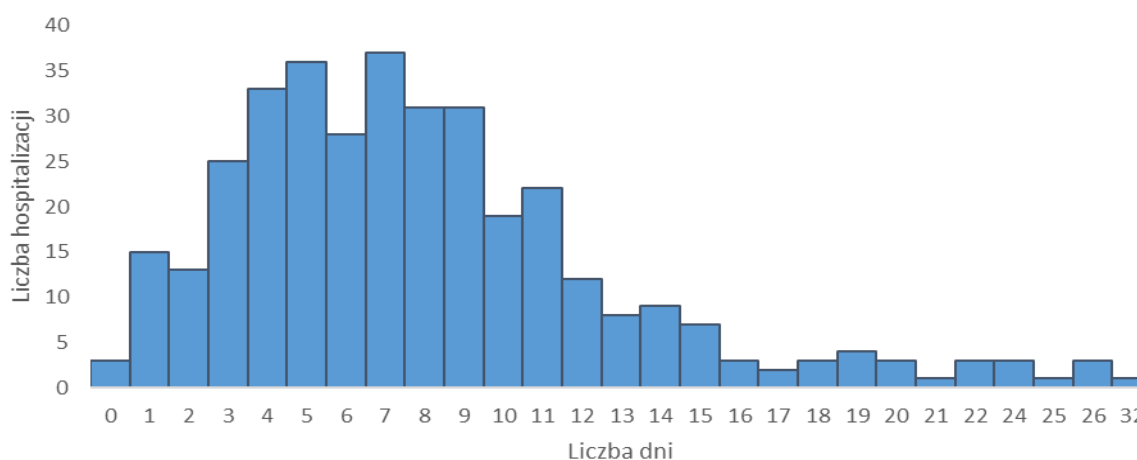
Źródło: opracowanie własne na podstawie Statystyk NFZ.

Na poniższych wykresach przedstawiono histogramy długości hospitalizacji w 2022 r. Liczba dni pobytu finansowanych zarówno grupą S55E jak i S55F wynosiła 12 dni.



**Rysunek 26. Histogram długości hospitalizacji w 2022 r. – S55F.**

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

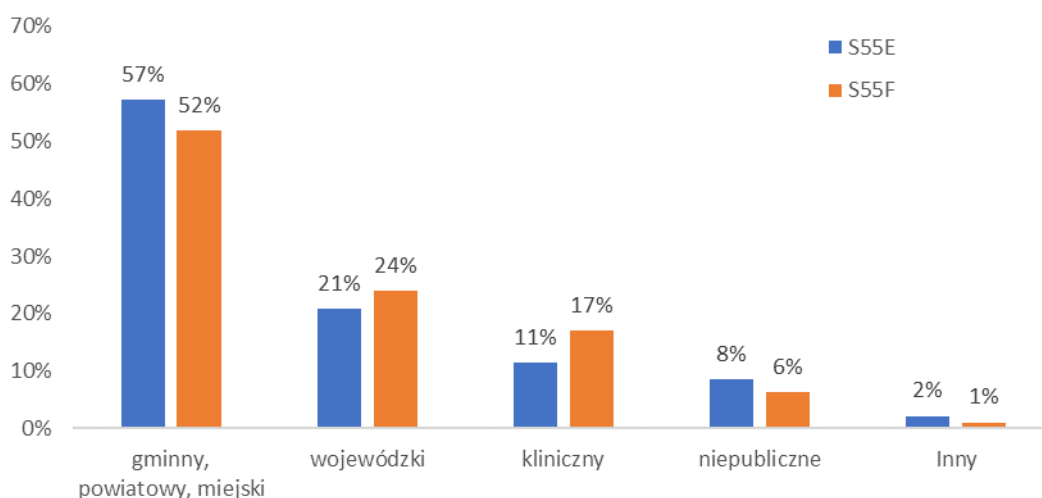


**Rysunek 27. Histogram długości hospitalizacji w 2022 r. – S55E.**

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.



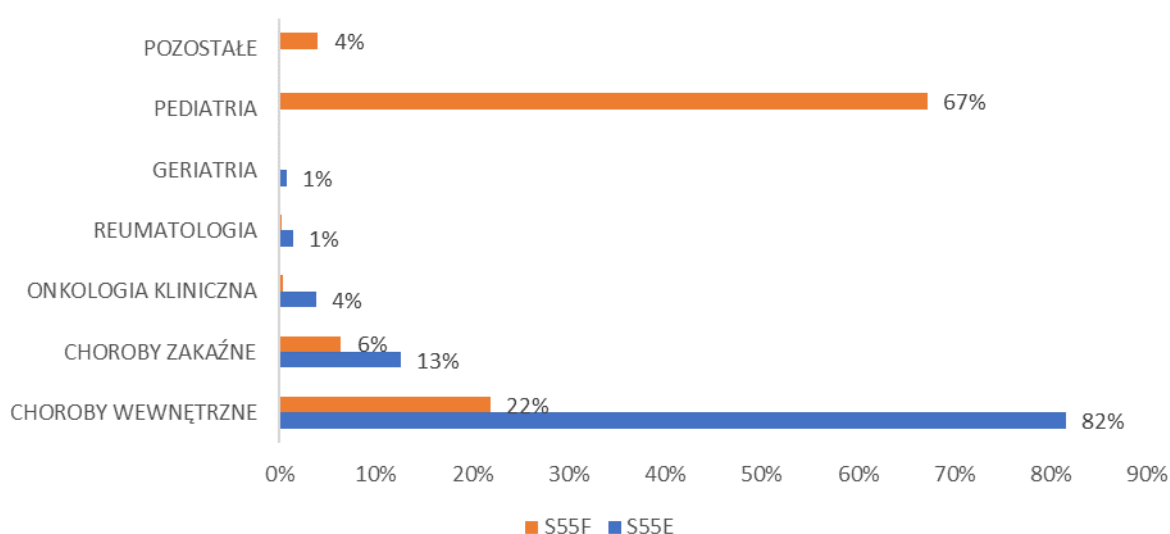
W 2022 r. leczenie gorączki niejasnego pochodzenia odbywało się głównie w szpitalach gminnych, powiatowych, miejskich – 57% hospitalizacji w przypadku grupy S55E i 52% hospitalizacji w przypadku grupy S55F. Do szpitali wojewódzkich trafiło odpowiednio 21% i 24% pacjentów (wykres poniżej).



**Rysunek 28. Udział hospitalizacji rozliczanych grupą S55E i S55F w podziale na typ szpitala w 2022 r.**

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

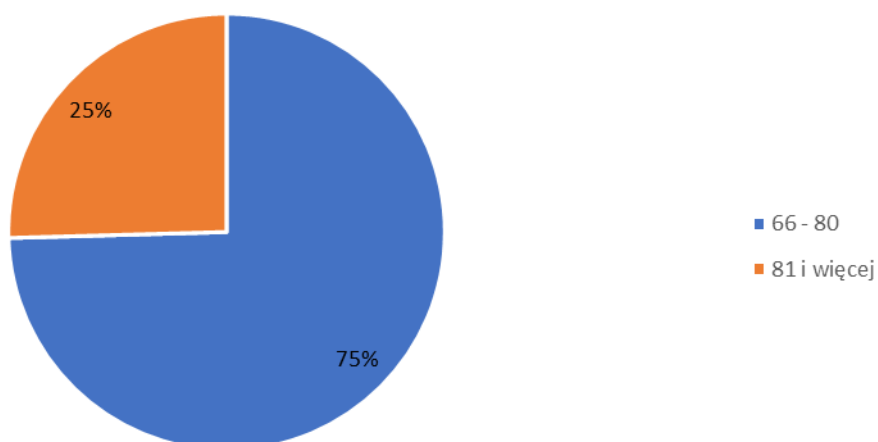
Zgodnie z katalogiem świadczeń szpitalnych hospitalizacje z JGP S55E i S55F mogą odbywać się w zakresach: choroby wewnętrzne, choroby zakaźne, geriatria, onkologia kliniczna, reumatologia. Dodatkowo, w przypadku grupy S55F, świadczenia mogą być realizowane w zakresach onkologia i hematologia dziecięca, choroby zakaźne dla dzieci, reumatologia dla dzieci oraz pediatria. W 2022 r. najwięcej świadczeń w grupie S55E zrealizowano na oddziale chorób wewnętrznych – 82%, jedynie 13% rozliczono w ramach zakresu choroby zakaźne. W przypadku grupy S55F *Gorączka niejasnego pochodzenia* < 66 r.ż. ponad 71% hospitalizacji dotyczyło dzieci, w tym aż 67% hospitalizacji zostało zrealizowanych na oddziale pediatrycznym. Pozostałe hospitalizacje udzielono w ramach zakresu choroby wewnętrzne (22%) oraz choroby zakaźne (6%) (wykres poniżej).



**Rysunek 29. Udział hospitalizacji rozliczanych grupami S55E i S55F w podziale na zakres świadczeń w 2022 r.**

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

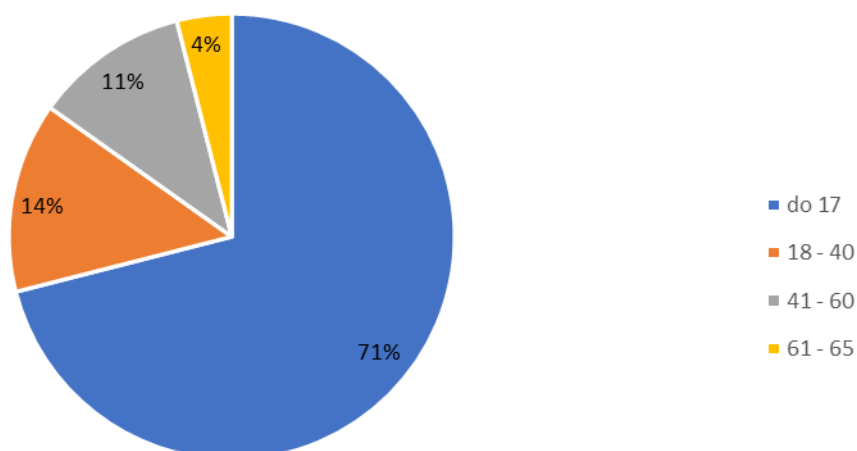
W S55E ze względu na warunek grupy hospitalizacji dotyczyły tylko pacjentów powyżej 66 roku życia, przy czym w 2022 r. 75% stanowili pacjenci w wieku między 66 a 80 lat.



**Rysunek 30. Udział hospitalizacji rozliczanych grupą S55E ze względu na wiek pacjenta w 2022 r.**

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

W grupie S55F największy udział stanowili pacjenci do 17 r.ż. – 71%, a najmniejszy – 4% – w wieku 61-65 lat (wykres poniżej).



**Rysunek 31. Udział hospitalizacji rozliczanych grupą S55F ze względu na wiek pacjenta w 2022 r.**

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

W 2022 r. w ramach grup S55E i S55F odsetek przyjęć w trybie nagłym wynosił ok. 80% w obu analizowanych grupach. Pozostali pacjenci zostali przyjęci w trybie planowym, na podstawie skierowania (ok. 20%).

Tabela 10 Liczba hospitalizacji w grupach S55E i S55F ze względu na tryb przyjęcia w 2022 r.

Tryb przyjęcia	S55E		S55F	
	Liczba hospitalizacji	Udział %	Liczba hospitalizacji	Udział %
Przyjęcie w trybie nagłym	283	79,49%	1 464	80,62%
Przyjęcie planowe	70	19,66%	348	19,16%
Przeniesienie z innego szpitala	3	0,84%	3	0,17%
przyjęcie na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (osoba, której udzielono świadczenia zdrowotnego w przypadku pobytu w oddziale szpitalnym).	-	-	1	0,06%
<b>Razem</b>	<b>356</b>	<b>100,00%</b>	<b>1 816</b>	<b>100,00%</b>

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Ze względu na tryb wypisu w 2022 r. ponad połowa pacjentów zarówno w grupie S55E (70%) jak i S55F (51%) została skierowana do dalszego leczenia, natomiast zakończenie procesu terapeutycznego lub diagnostycznego dotyczyło tylko ok. 20% hospitalizacji w S55E i ok. 34% w S55F.

Tabela 11 Liczba hospitalizacji w grupach S55E i S55F ze względu na tryb wypisu w 2022 r.

Tryb wypisu	S55E		S55F	
	Liczba hospitalizacji	Udział %	Liczba hospitalizacji	Udział %
Skierowanie do dalszego leczenia	249	69,94%	933	51,38%
Zakończenie procesu terapeutycznego lub diagnostycznego	72	20,22%	617	33,98%
Wypisanie na własne żądanie/ samowolne opuszczenie zakładu	18	5,06%	262	14,43%
Zgon pacjenta	17	4,78%	4	0,22%
<b>Razem</b>	<b>356</b>	<b>100,00%</b>	<b>1 816</b>	<b>100,00%</b>

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

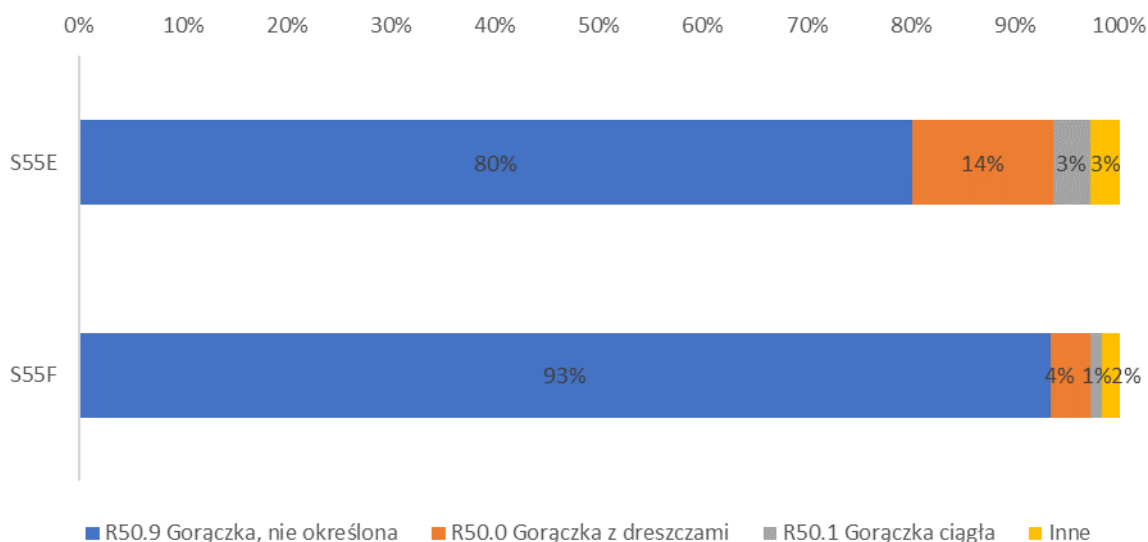
W poniższej tabeli przedstawiono produkty do sumowania, które w 2022 roku doliczono do hospitalizacji rozliczanych JGP S55E i S55F. W przypadku grupy S55E, największy odsetek 8,43% stanowiły produkty z kategorii *Przetoczenie preparatów krwi i innych substancji*. Natomiast w grupie S55F największy udział miały produkty zgrupowane w kategorii *Pozostałe świadczenia*, w tym *Koszt pobytu opiekuna przy pacjencie małoletnim lub niepełnosprawnym*. Produkty te dosumowano do ok. 47% hospitalizacji.

Tabela 12 Kategorie produktów sumowanych do S55E i S55F w 2022 r.

Kategoria produktów		S55E	S55F
Przetoczenie preparatów krwi i innych substancji	Liczba hospitalizacji	30	-
	Udział (%) w liczbie hospitalizacji	<b>8,43%</b>	-
Leczenie żywieniowe	Liczba hospitalizacji	5	-
	Udział (%) w liczbie hospitalizacji	<b>1,40%</b>	-
Pozostałe świadczenia	Liczba hospitalizacji	18	857
	Udział (%) w liczbie hospitalizacji	<b>5,06%</b>	<b>47,19%</b>

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z NFZ.

Zgodnie z charakterystyką grup do JGP S55E i S55F kierują tylko 3 rozpoznania zasadnicze – R50.0 Gorączka z dreszczami, R50.1 Gorączka ciągła oraz R50.9 Gorączka, nieokreślona (wykres poniżej).



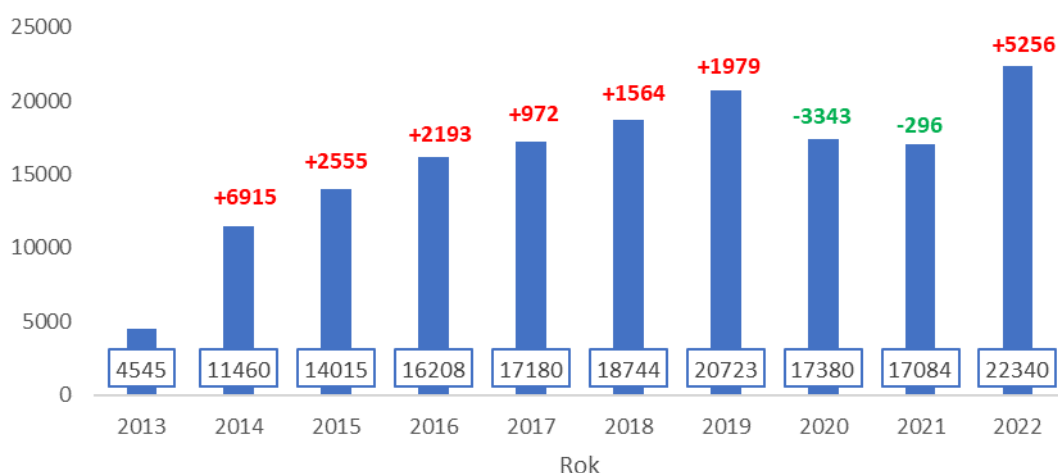
**Rysunek 32. Udział hospitalizacji w obu grupach S55E i S55F, ze względu na rozpoznania główne w 2022 r.**

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z NFZ.

W 2022 r. najliczniej sprawozdawane rozpoznania kierunkowe w obu grupach dotyczyły R50.9 Gorączki nieokreślonej: 80% w grupie S55E i 93% w S55F.

### 2.3.5. S56 – Posocznica o ciężkim przebiegu

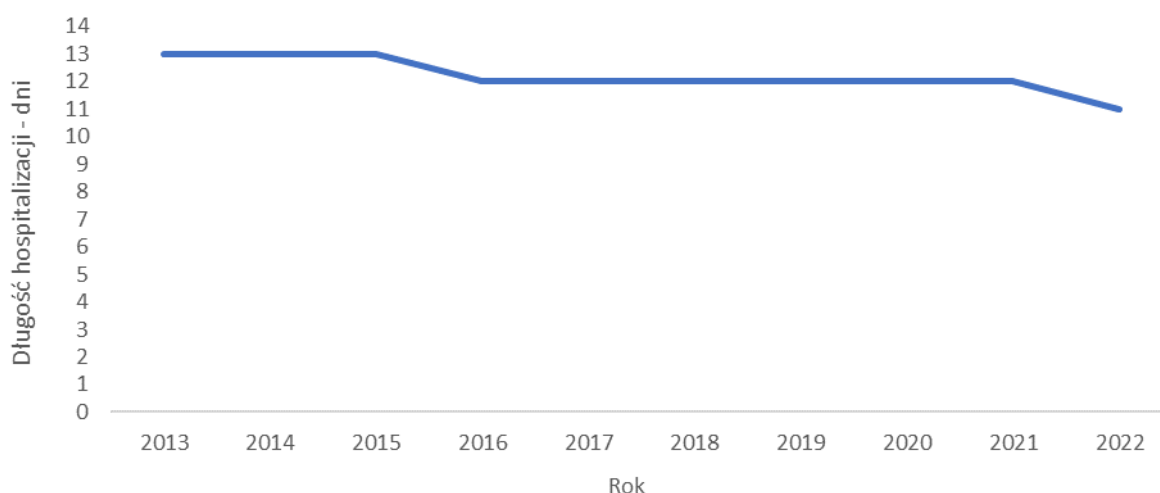
W latach 2013 -2019 liczba hospitalizacji w grupie S56 Posocznica o ciężkim przebiegu wzrastała o kilka, a nawet kilkanaście procent rok do roku. Porównując liczbę hospitalizacji w grupie S56 w 2019 roku z rokiem 2013, liczba ta wzrosła ponad czterokrotnie. Z kolei w latach 2020 - 2021 można było zaobserwować spadek liczby hospitalizacji. Trend wzrostowy wrócił w 2022 r. z poziomem hospitalizacji przewyższającym ten sprzed spadku (odpowiednio 22 340 (2022 r.) i 20 723 (2019 r.) - wykres poniżej).



**Rysunek 33. Liczba hospitalizacji w S56 w latach 2013 - 2022 r.**

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

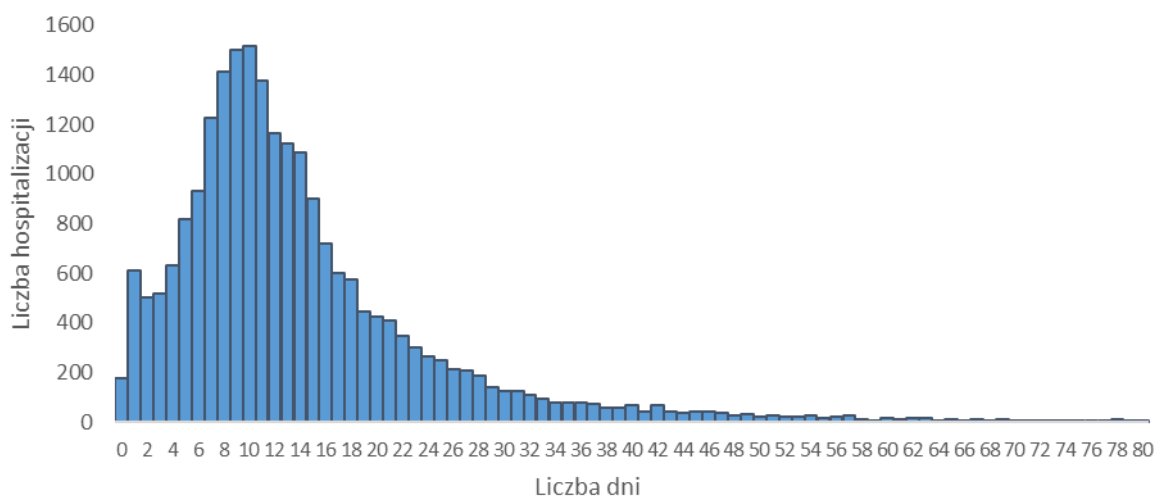
Długość hospitalizacji pacjentów rozliczonych grupą S56 w latach 2013-2022 niewiele się różni. Początkowo mediana długości hospitalizacji wynosiła 13 dni, w latach 2016 - 2021 utrzymywała się na poziomie 12 dni, a w 2022 r. spadła do 11 dni (wykres poniżej).



**Rysunek 34. Mediana długości hospitalizacji w S56 w latach 2013-2022.**

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

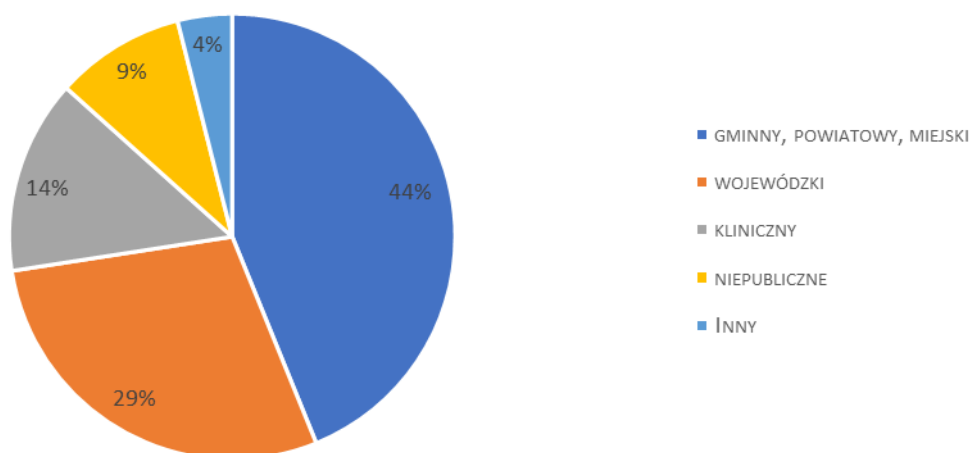
Na poniższym wykresie przedstawiono histogram długości hospitalizacji.



**Rysunek 35. Histogram długości hospitalizacji w 2022 roku - S56.**

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

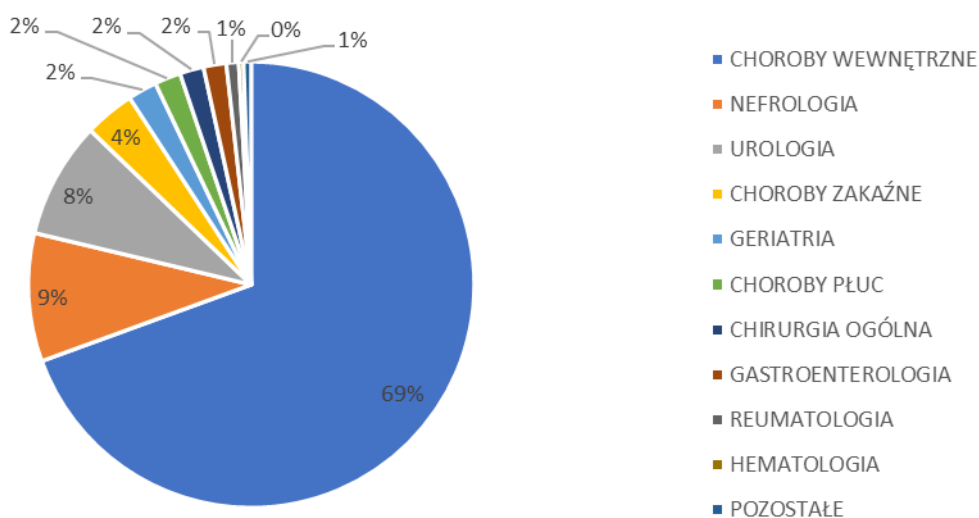
Głównym realizatorem świadczeń w grupie S56 są szpitale gminne, powiatowe i miejskie – w 2022 roku ich udział w realizacji grupy wyniósł 44%.



**Rysunek 36. Udział hospitalizacji rozliczanych grupą S56 w podziale na typ szpitala w 2022 r.**

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

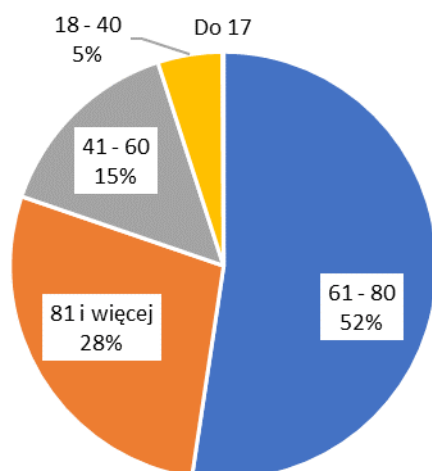
Zdecydowanie najwięcej hospitalizacji w grupie *Posocznica o ciężkim przebiegu* odbywa się na oddziałach chorób wewnętrznych – w 2022 roku udział tego zakresu świadczeń wyniósł 69%. Kolejnymi oddziałami z kilkuprocentowym udziałem w realizacji hospitalizacji są nefrologia (9%) i urologia (8%). Pozostałe zakresy stanowiły łącznie ok. 14% w 2022 roku (wykres poniżej).



**Rysunek 37. Udział hospitalizacji rozliczanych grupą S56 w podziale na zakres świadczeń w 2022 r.**

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Nieco ponad połowę pacjentów hospitalizowanych w grupie S56 w 2022 roku stanowiły osoby w wieku pomiędzy 61 a 80 rokiem życia (52%), a drugą pod względem liczności grupę (28%) tworzyli pacjenci w wieku 81 lat i więcej (wykres poniżej).

**Rysunek 38. Udział pacjentów rozliczonych grupą S56 ze względu na wiek w 2022 roku.**

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

W 2022 r. większość pacjentów została przyjęta w trybie nagłym (92%). Pacjenci przyjmowani planowo na podstawie skierowania stanowili 7% hospitalizacji

**Tabela 13 Liczba hospitalizacji w grupie S56 ze względu na tryb przyjęcia w 2022 r.**

Tryb przyjęcia	Liczba hospitalizacji	Udział %
Przyjęcie w trybie nagłym	20 529	91,89%
Przyjęcie planowe	1 645	7,36%
Przeniesienie z innego szpitala	162	0,73%
przyjęcie na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (osoba, której udzielono świadczenia zdrowotnego w przypadku pobytu w oddziale szpitalnym).	3	0,01%
Przyjęcie osoby podlegającej obowiązkowemu leczeniu/ przyjęcie przymusowe	1	0,004%
<b>Razem</b>	<b>22 340</b>	<b>100,00%</b>

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ (<https://statystyki.nfz.gov.pl/>).

Ze względu na tryb wypisu w 2022 r. ok 57% pacjentów zostało skierowanych do dalszego leczenia. Zgonem zakończyło się ok. 27% hospitalizacji. Zakończenie procesu terapeutycznego lub diagnostycznego dotyczyło 15% hospitalizacji.

**Tabela 14 Liczba hospitalizacji w grupie S56 ze względu na tryb wypisu w 2022 r.**

Tryb wypisu	Liczba hospitalizacji	Udział %
Skierowanie do dalszego leczenia	12 804	57,31%
Zgon pacjenta	6 017	26,93%
Zakończenie procesu terapeutycznego lub diagnostycznego	3 296	14,75%
Wypisanie na własne żądanie/ samowolne opuszczenie zakładu	220	0,98%
Pozostałe	3	0,01%
<b>Razem</b>	<b>22 340</b>	<b>100,00%</b>

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

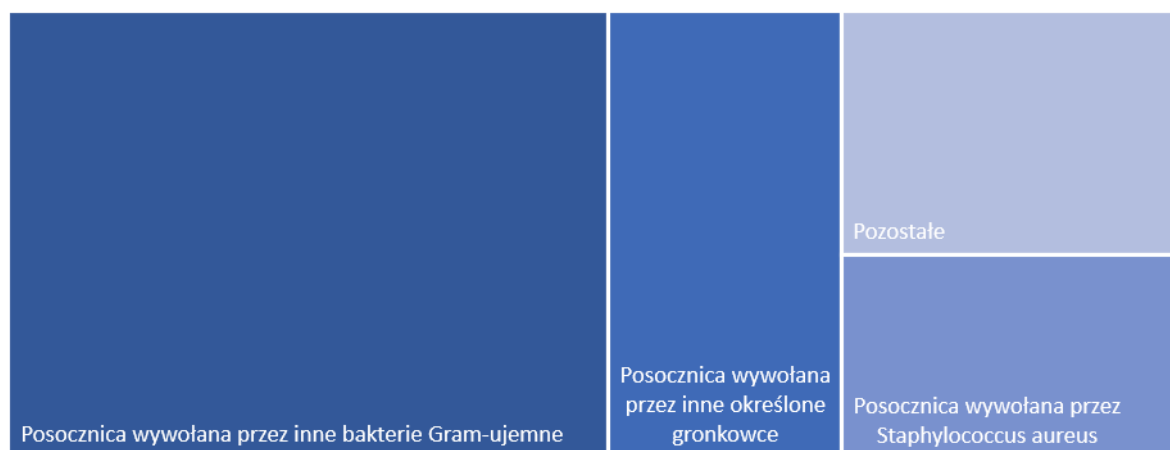
Poniższa tabela przedstawia produkty do sumowania, które w 2022 roku doliczano do hospitalizacji rozliczonych JGP S56. Produktami najczęściej sumowanymi były produkty należące do kategorii *Przetoczenie preparatów krwi i innych substancji* – ok. 24% udział w hospitalizacjach rozliczonych grupą.

Tabela 15 Kategorie produktów sumowanych do S56 w 2022 r.

Kategoria produktów		S56
Przetoczenie preparatów krwi i innych substancji	Liczba hospitalizacji	5 390
	Udział (%) w liczbie hospitalizacji	<b>24,13%</b>
Leczenie żywieniowe	Liczba hospitalizacji	1 583
	Udział (%) w liczbie hospitalizacji	<b>7,09%</b>
Pozostałe świadczenia	Liczba hospitalizacji	2 494
	Udział (%) w liczbie hospitalizacji	<b>11,16%</b>

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Do rozliczenia hospitalizacji grupą *S56 Posocznica o ciężkim przebiegu* kieruje wąska lista rozpoznań zasadniczych. W 2022 roku najczęstszym rozpoznaniem w grupie była *Posocznica wywołana przez inne bakterie Gram-ujemne* (A41.5) – hospitalizacje z tym rozpoznaniem stanowiły 51%. Na drugim miejscu wśród odnotowanych rozpoznań była *Posocznica wywołana przez inne określone gronkowce* (A41.1) – 20% a na trzecim *Posocznica wywołana przez Staphylococcus aureus* (A41.0) – 13%. W kategorii Pozostałe najczęstsze rozpoznania to A40.8 *Inne posocznice paciorkowcowe* – 3%, A48.3 *Zespół wstrząsu toksycznego* – 2%, A41.4 *Posocznica wywołana przez beztlenowce* – 2%, A40.3 *Posocznica wywołana przez Streptococcus pneumoniae* – 2%).



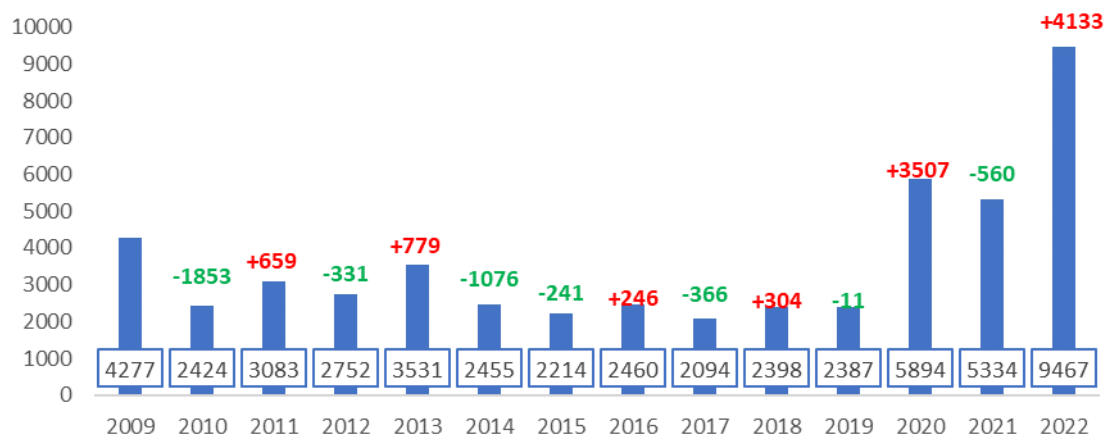
Rysunek 39. Udział hospitalizacji rozliczonych grupą S56 ze względu na rozpoznanie główne w 2022 roku.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

### 2.3.6. S57 – Inne choroby wirusowe

W okresie od 2009 do 2019 roku liczba hospitalizacji rozliczonych grupą S57 miała zróżnicowany charakter, średnio nie przekraczając 3 000. W roku 2020 liczba hospitalizacji w stosunku do roku poprzedniego wzrosła ponad dwukrotnie z uwagi na dodanie do katalogu rozpoznania COVID-19 i umożliwienie rozliczania tą grupą pacjentów zakażonych wirusem SARS-CoV-2. Na przełomie lat 2021 i 2022 liczba hospitalizacji w tej grupie wzrosła o 77% (wykres poniżej).

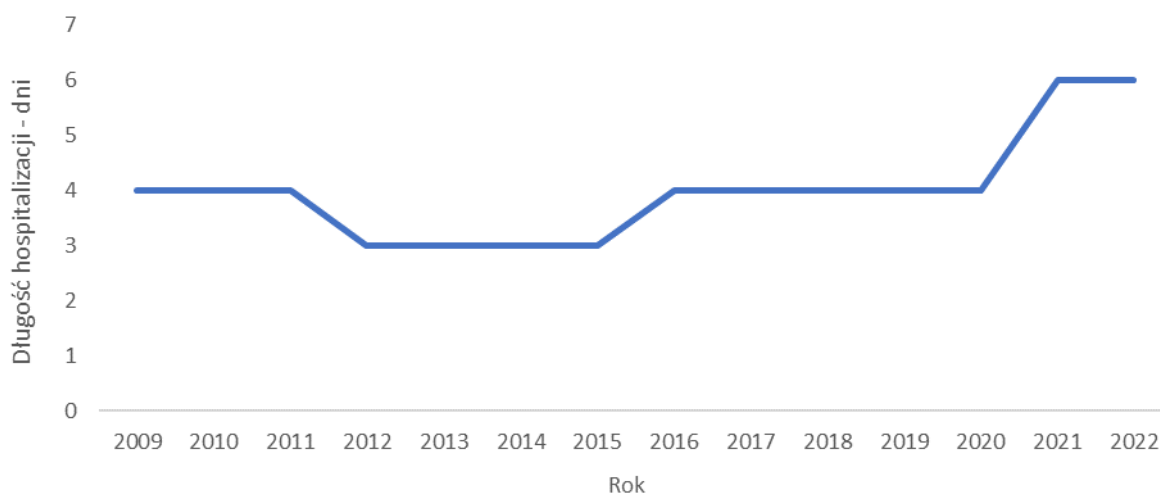




**Rysunek 40. Liczba hospitalizacji rozliczonych grupą S57 w latach 2009-2022.**

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

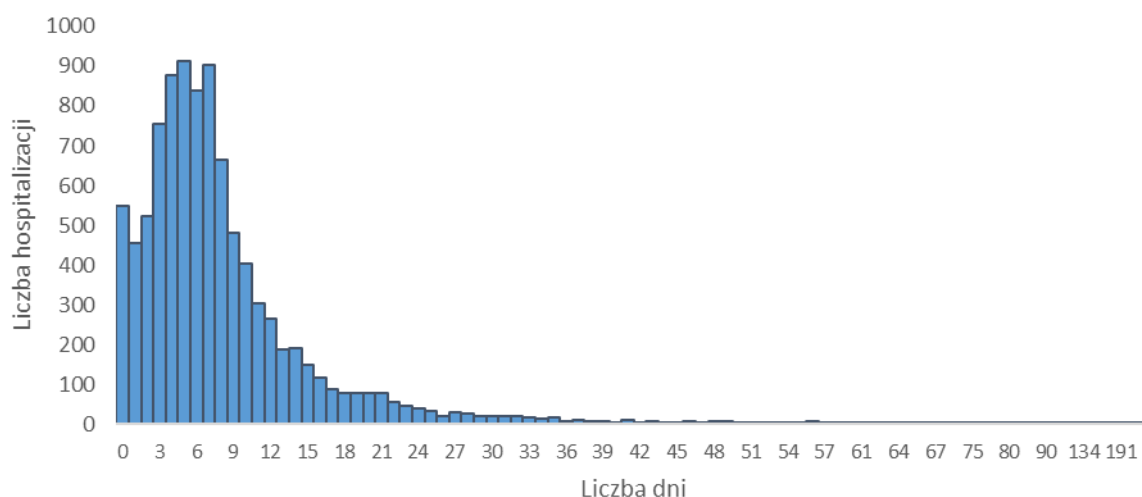
Na poniższym rysunku widać, że mediana czasu hospitalizacji rozliczanych grupą S57 *Inne choroby wirusowe* w latach 2009 – 2020 wahała się między 3 a 4 dni, natomiast od roku 2020, w którym zmieniono charakterystykę grupy, wzrosła do 6 dni.



**Rysunek 41. Mediana długości hospitalizacji w latach 2009-2022 - S57.**

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

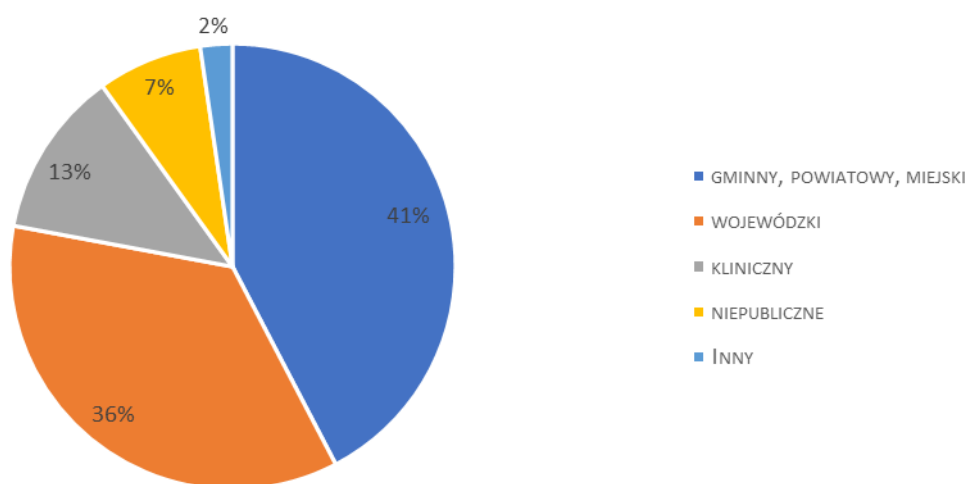
Na poniższym wykresie przedstawiono histogram długości hospitalizacji w roku 2022.



**Rysunek 42. Histogram długości hospitalizacji w roku 2022 - S57.**

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

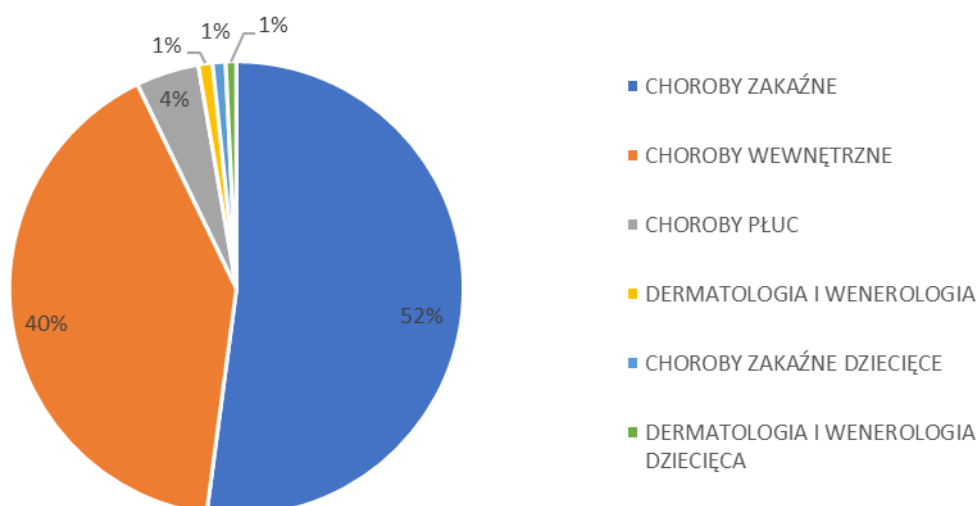
Najwięcej hospitalizacji w 2022 roku w grupie S57 miało miejsce w szpitalach gminnych, powiatowych lub miejskich (41%). Drugim typem szpitala ze względu na udział liczby hospitalizacji w grupie są szpitale wojewódzkie (36%). Pozostałe typy szpitali w tym zestawieniu stanowią łącznie 22% (wykres poniżej).



**Rysunek 43. Udział hospitalizacji rozliczonych grupą S57 w podziale na typ szpitala w 2022 r.**

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

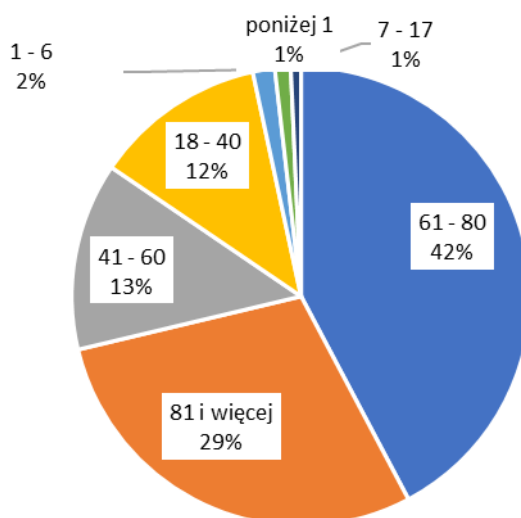
Najwięcej hospitalizacji w grupie S57 *Inne choroby wirusowe* rozliczanych było w zakresie choroby zakaźne – w 2022 roku 52% hospitalizacji (w tym 1% zakres chorób zakaźnych dziecięcych) oraz w zakresie choroby wewnętrzne – 40% (wykres poniżej).



**Rysunek 44. Udział hospitalizacji rozliczonych grupą S57 w podziale na zakres świadczeń w 2022 r.**

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Najliczniejszą grupę wiekową w 2022 roku stanowili pacjenci w wieku między 61 a 80 r.ż. – 42%. Na drugą liczną grupę składały się hospitalizacje pacjentów w przedziale wiekowym 81 i więcej lat (29%).



**Rysunek 45. Udział hospitalizacji rozliczonych grupą S57 ze względu na wiek pacjenta w 2022 r.**

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

W 2022 r. w trybie nagłym została przyjęta większość pacjentów (86%). Ponad 13% pacjentów zostało przyjętych na podstawie skierowania. Około 1% hospitalizacji dotyczyło pacjentów przeniesionych z innych szpitali.

**Tabela 16 Liczba hospitalizacji w grupie S57 ze względu na tryb przyjęcia w 2022 r.**

Tryb przyjęcia	Liczba hospitalizacji	Udział %
Przyjęcie w trybie nagłym	8 124	85,81%
Przyjęcie planowe	1 266	13,37%

Tryb przyjęcia	Liczba hospitalizacji	Udział %
Przeniesienie z innego szpitala	76	0,80%
Przyjęcie osoby podlegającej obowiązkowemu leczeniu/ przyjęcie przymusowe	1	0,01%
<b>Razem</b>	<b>9 467</b>	<b>100,00%</b>

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Ze względu na tryb wypisu w 2022 r. większość pacjentów (64%) została skierowana do dalszego leczenia. Zakończenie procesu terapeutycznego lub diagnostycznego dotyczyło ok. 23% hospitalizacji. Około 3% pacjentów zostało wypisanych na własne żądanie.

**Tabela 17 Liczba hospitalizacji w grupie S57 ze względu na tryb wypisu w 2022 r.**

Tryb wypisu	Liczba hospitalizacji	Udział %
Skierowanie do dalszego leczenia	6 102	64,46%
Zakończenie procesu terapeutycznego lub diagnostycznego	2 132	22,52%
Zgon pacjenta	948	10,01%
Wypisanie na własne żądanie/ samowolne opuszczenie zakładu	284	3,00%
Pozostałe	1	0,01%
<b>Razem</b>	<b>7 799</b>	<b>100,00%</b>

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

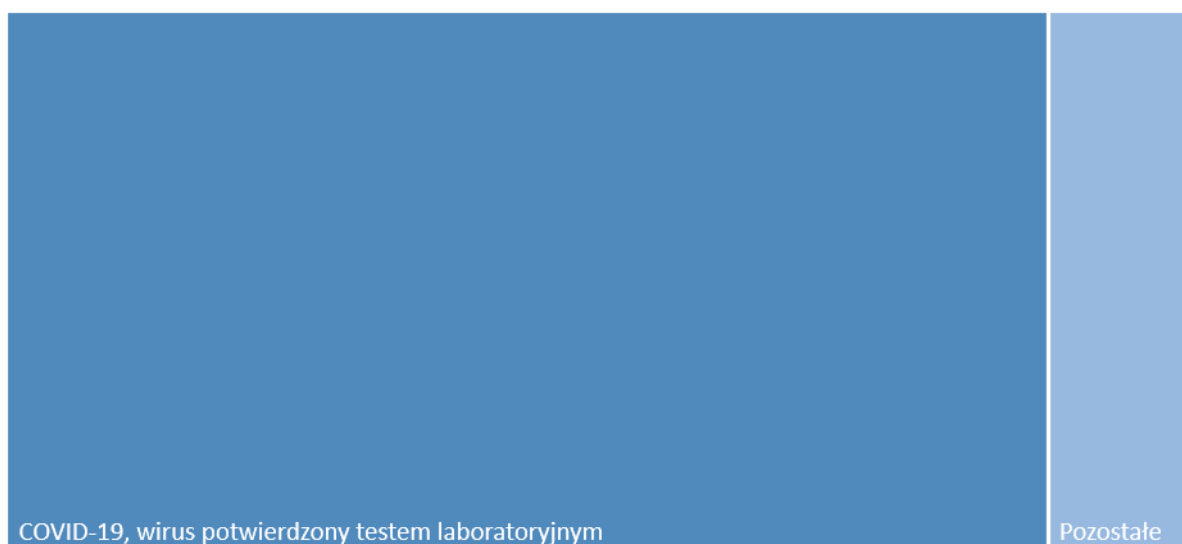
Poniższa tabela przedstawia produkty do sumowania, które w 2022 roku doliczono do hospitalizacji rozliczonych JGP S57. Produktami najczęściej sumowanymi były produkty należące do kategorii *Pozostałe świadczenia*, w tym *Hospitalizacja pacjenta związana z leczeniem COVID-19*. Produkty te dosumowano do ok. 15% hospitalizacji rozliczonych grupą.

**Tabela 18 Kategorie produktów sumowanych do S57 w 2022 r.**

Kategoria produktów		S57
Przetoczenie preparatów krwi i innych substancji	Liczba hospitalizacji	4 45
	Udział (%) w liczbie hospitalizacji	<b>4,7%</b>
Pozostałe świadczenia	Liczba hospitalizacji	1 465
	Udział (%) w liczbie hospitalizacji	<b>15,47%</b>

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Lista rozpoznań kierunkowych do rozliczenia w grupie S57 jest szeroka. Zdecydowanie najczęstszym rozpoznaniem głównym w grupie S57 w roku 2022 był COVID-19 – 88% hospitalizacji. Pozostałe rozpoznania nie przekraczały 1%, dlatego zostały zgrupowane w jedną kategorię (wykres poniżej).

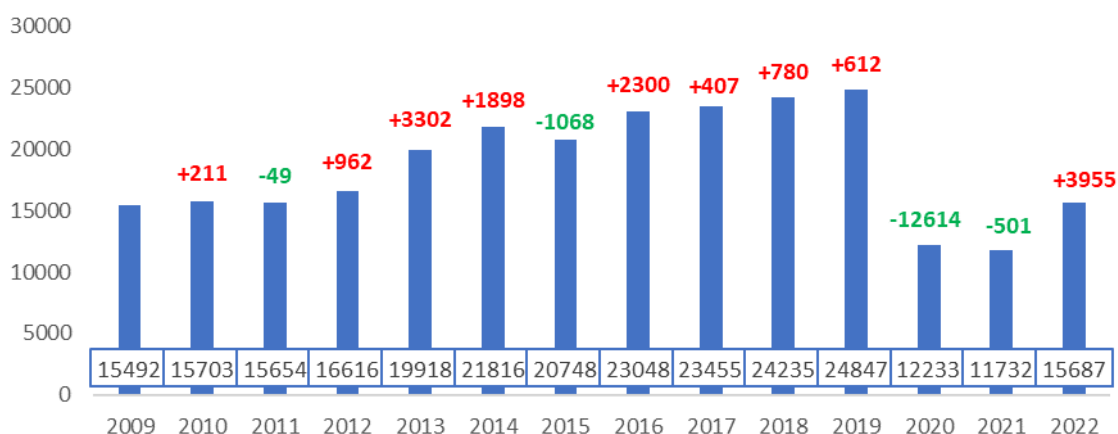


**Rysunek 46. Udział hospitalizacji w grupie S57 ze względu na rozpoznanie główne w 2022 roku.**

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

### 2.3.7. S60 – Choroby zakaźne niewirusowe

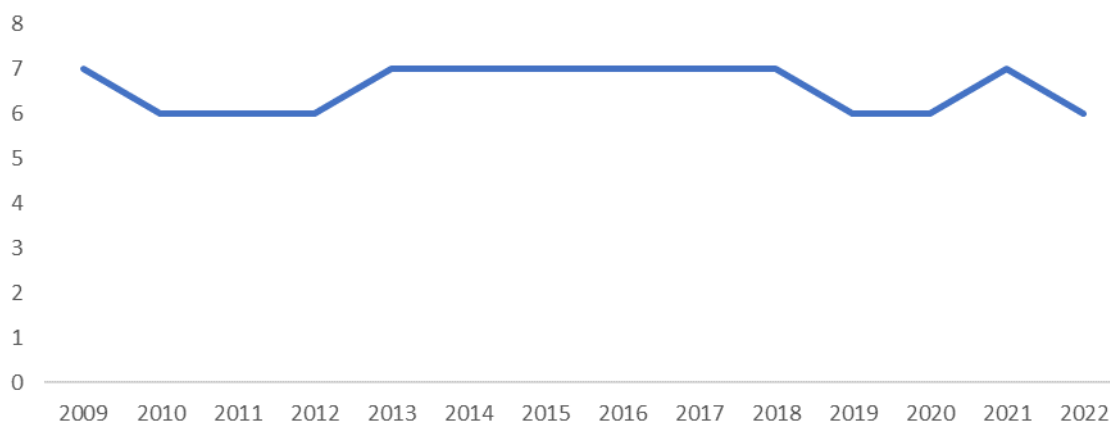
Liczba hospitalizacji rozliczonych grupą S60 w okresie 2009 – 2019 utrzymywała tendencję wzrostową, z wyjątkiem lat 2011 oraz 2015, kiedy to liczba hospitalizacji nieznacznie spadła w stosunku do roku poprzedniego. W roku 2020 liczba hospitalizacji spadła o ok. połowę i utrzymywała się na podobnym poziomie w 2021 r. W ostatnim analizowanym roku 2022 nastąpił ponowny wzrost liczby hospitalizacji (wykres poniżej).



**Rysunek 47. Liczba hospitalizacji w latach 2009 - 2022 w grupie S60.**

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

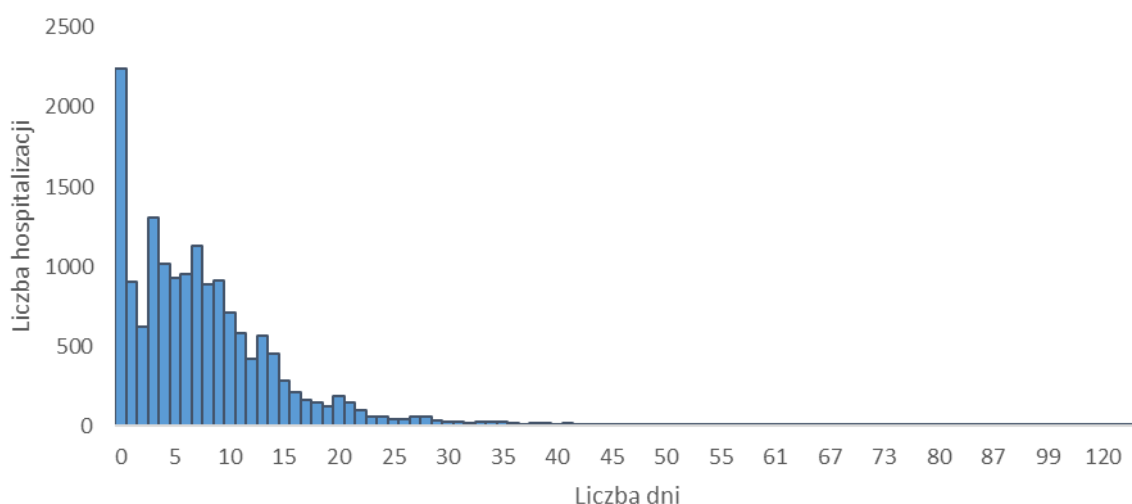
Mediana długości pobytu w trakcie hospitalizacji rozliczonych grupą S60 w latach 2009-2022 wahała się między 6 a 7 dni.



**Rysunek 48. Mediana długości hospitalizacji w latach 2009-2022 w grupie S60.**

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

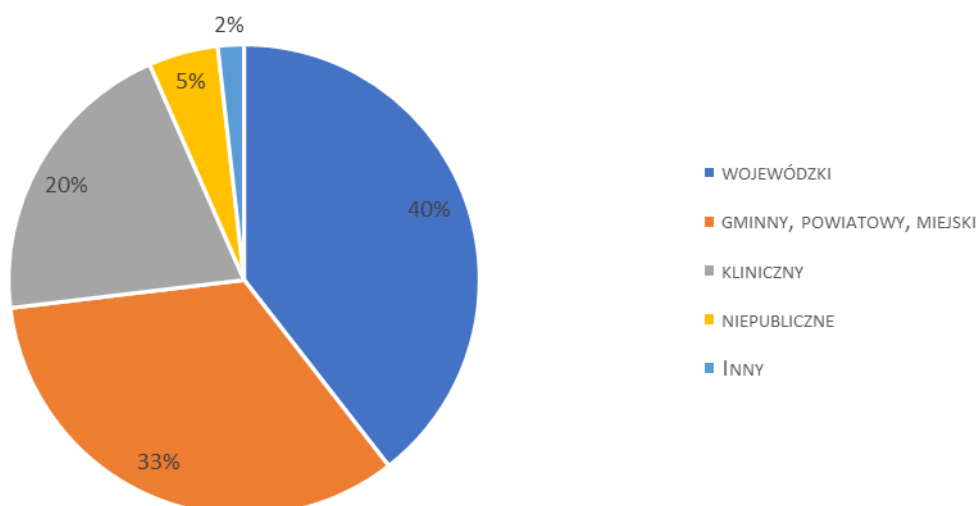
Na poniższym wykresie przedstawiono histogram długości hospitalizacji.



**Rysunek 49. Histogram długości hospitalizacji w 2022 roku - S60.**

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

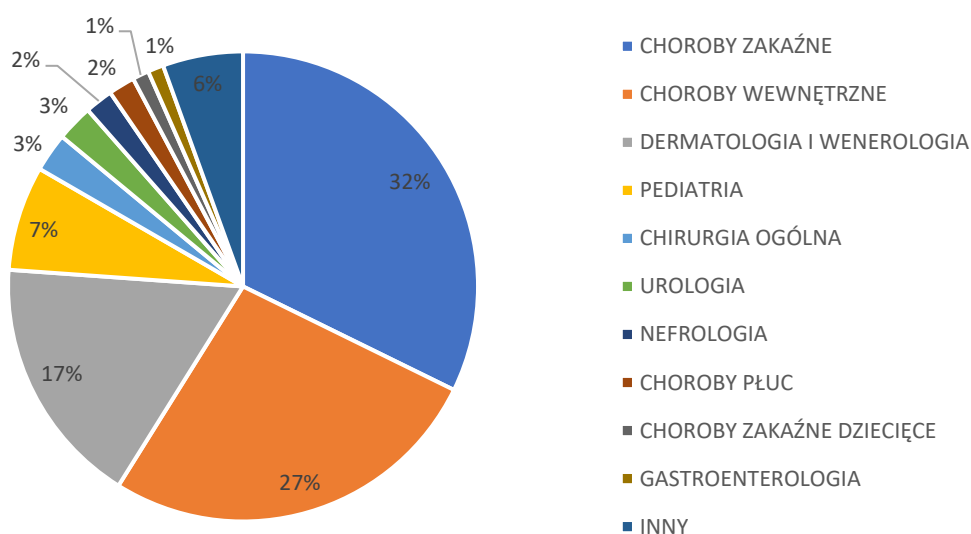
W roku 2022 udział hospitalizacji rozliczonych przez szpitale wojewódzkie wynosił 40%. Drugą kategorią szpitali, w których realizuje się 33% hospitalizacji, są szpitale gminne, powiatowe, miejskie (wykres poniżej).



**Rysunek 50. Udział hospitalizacji rozliczonych grupą S60 w podziale na typ szpitala w 2022 roku.**

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

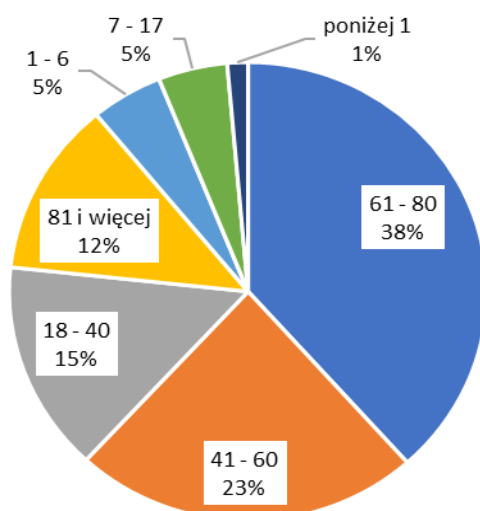
Analiza danych dotycząca zakresu świadczeń, w których rozliczane są hospitalizacje w grupie S60, pokazuje, że prawie jedna trzecia tych świadczeń rozliczana jest w zakresie chorób zakaźnych (32%). Kolejnymi zakresami z dużym udziałem są choroby wewnętrzne (27%) oraz dermatologia i wenerologia (17%) (wykres poniżej).



**Rysunek 51. Udział hospitalizacji rozliczonych grupą S60 w podziale na zakres świadczeń w 2022 roku.**

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

89% hospitalizacji dotyczy pacjentów wieku 18 lat i powyżej, z czego: największy udział mieli pacjenci w wieku 61-80 lat (38%), 41-60 lat (23%) oraz 18-40 lat (15%) (wykres poniżej).



**Rysunek 52. Udział hospitalizacji rozliczonych grupą S60 ze względu na wiek pacjenta w 2022 roku.**

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

W 2022 r. w trybie nagłym została przyjęta większość pacjentów (ok. 68%). Około 32% pacjentów zostało przyjętych na podstawie skierowania.

**Tabela 19 Liczba hospitalizacji w grupie S60 ze względu na tryb przyjęcia w 2022 r.**

Tryb przyjęcia	Liczba hospitalizacji	Udział %
Przyjęcie w trybie nagłym	10 614	67,66%
Przyjęcie planowe	4 992	31,82%
Przeniesienie z innego szpitala	77	0,49%
przyjęcie na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (osoba, której udzielono świadczenia zdrowotnego w przypadku pobytu w oddziale szpitalnym).	3	0,02%
Przyjęcie osoby podlegającej obowiązkowemu leczeniu/ przyjęcie przymusowe	1	0,01%
<b>Razem</b>	<b>15 687</b>	<b>100,00%</b>

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Ze względu na tryb wypisu w 2022 r. ponad połowa pacjentów (58%) została skierowana do dalszego leczenia. Zakończenie procesu terapeutycznego lub diagnostycznego dotyczyło 28% hospitalizacji. Około 13% hospitalizacji zakończyło się zgonem. Ponad 1% pacjentów zostało wypisanych na własne żądanie.



**Tabela 20** Liczba hospitalizacji w grupie S60 ze względu na tryb wypisu w 2022 r.

Tryb wypisu	Liczba hospitalizacji	Udział %
Skierowanie do dalszego leczenia	9 029	57,56%
Zakończenie procesu terapeutycznego lub diagnostycznego	4 336	27,64%
Zgon pacjenta	2 088	13,31%
Wypisanie na własne żądanie/ samowolne opuszczenie zakładu	232	1,48%
Pozostałe	2	0,01%
<b>Razem</b>	<b>15 687</b>	<b>100,00%</b>

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

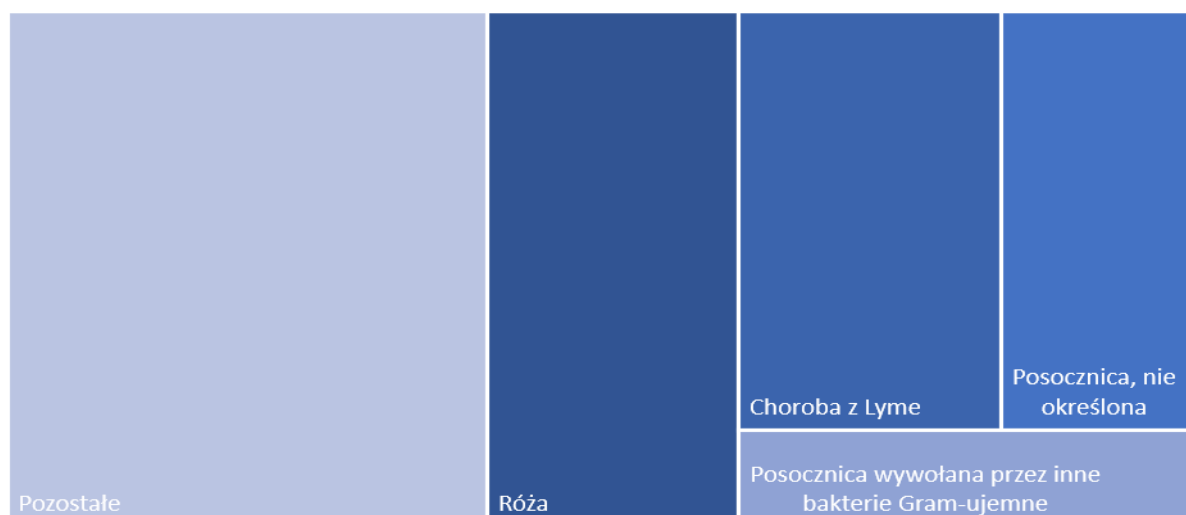
W grupie S60 Choroby zakaźne niewirusowe w roku 2022 produktami najczęściej sumowanymi były produkty należące do kategorii *Pozostałe świadczenia*, w tym *Koszt pobytu opiekuna przy pacjencie małoletnim lub niepełnosprawnym*. Produkty te dosumowano do ok. 13% hospitalizacji.

**Tabela 21** Kategorie produktów sumowanych do grupy S60 w 2022 r.

Kategoria produktów		S60
Przetoczenie preparatów krwi i innych substancji	Liczba hospitalizacji	1 133
	Udział (%) w liczbie hospitalizacji	<b>7,22%</b>
Leczenie żywieniowe	Liczba hospitalizacji	329
	Udział (%) w liczbie hospitalizacji	<b>2,10%</b>
Pozostałe świadczenia	Liczba hospitalizacji	2 032
	Udział (%) w liczbie hospitalizacji	<b>12,95%</b>

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Połowę rozpoznań głównych w hospitalizacjach rozliczonych grupą S60 w 2022 roku stanowiły *Zakażenia wywołane przez krętki*, w tym m.in. *Róża* (A46) – 21%, oraz *Choroba z Lyme* (A69.2) - 18%. Wśród pozostałych rozpoznań zasadniczych znalazły się m.in. *Posocznica, nie określona* (A41.9) – 14%, *Posocznica wywołana przez inne bakterie Gram-ujemne* (A41.5) - 7%. W kategorii Pozostałe zostały zgrupowane rzadsze rozpoznania, wśród których najczęstszym była *Inna posocznica, nieokreślona* (A41.8) - 5%. Kolejne pod względem częstości rozpoznania z tej kategorii to: A48.8 *Inne określone choroby bakteryjne*, A49.9 *Zakażenia bakteryjne, nie określone*, B99 *Choroby zakaźne inne i nie określone*, A41.1 *Posocznica wywołana przez inne określone gronkowce* – wszystkie występujące z częstością 3%.

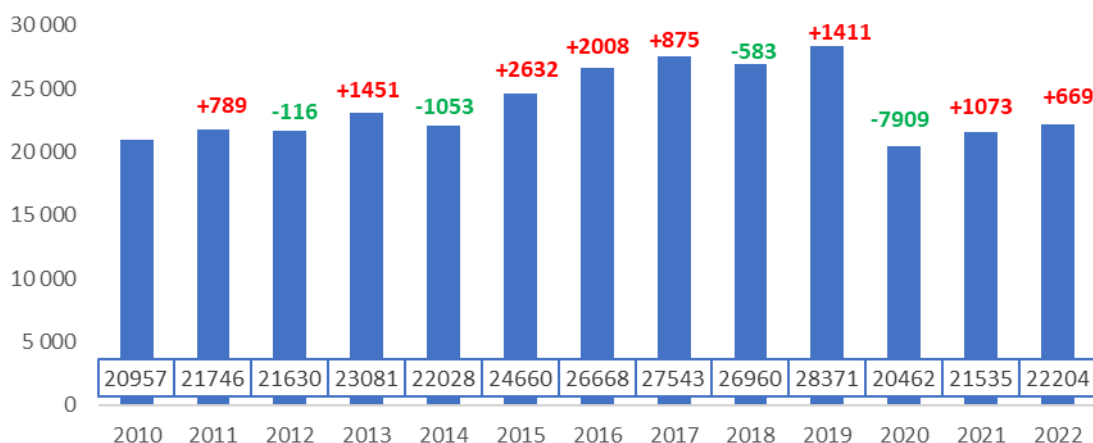


Rysunek 53. Udział hospitalizacji w grupie S60 ze względu na rozpoznanie w 2022 roku.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

### 2.3.8. S33 – Choroby alergiczne > 17 r.ż.

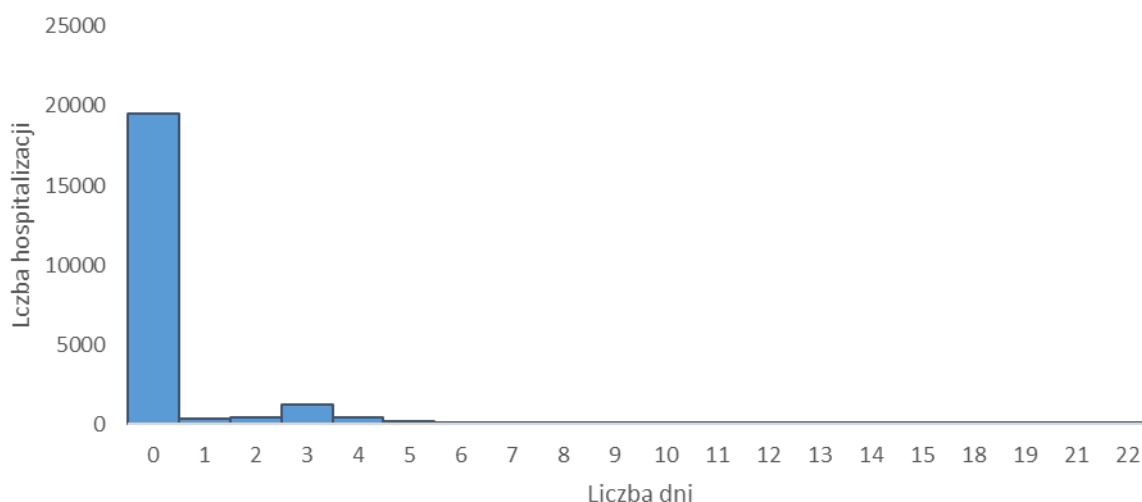
Liczba hospitalizacji w grupie S33 *Choroby alergiczne > 17 r.ż.* do 2017 r. wykazywała tendencję wzrostową, natomiast w 2018 roku można zaobserwować spadek liczby hospitalizacji po czym w 2019 roku ich ponowny wzrost. Po kolejnym spadku mającym miejsce w 2020 r., od 2021 r. następuje powolny wzrost liczby hospitalizacji, która jednak nie odzyskała poziomu sprzed pandemii SARS-CoV-2 (wykres poniżej).



Rysunek 54. Liczba hospitalizacji w S33 w latach 2009–2022 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z NFZ.

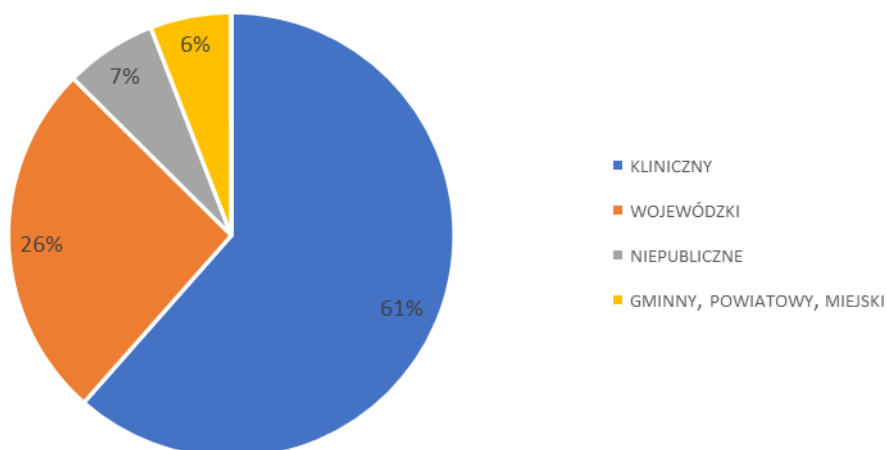
Na poniższym wykresie przedstawiono histogram długości hospitalizacji w 2022.



**Rysunek 55. Histogram długości hospitalizacji w 2022 r. – S33**

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

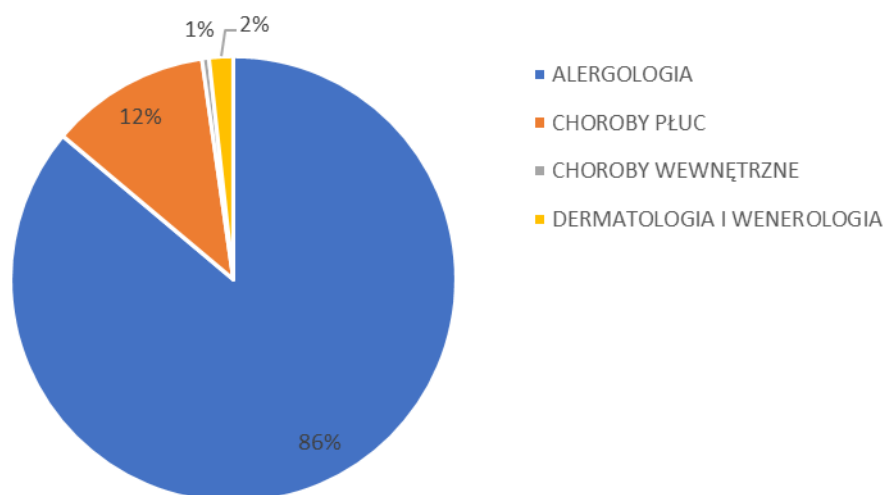
W 2022 r. realizacja świadczeń z grupy S33 odbywała się głównie w szpitalach klinicznych (61%) i wojewódzkich (26%). Udział hospitalizacji w szpitalach niepublicznych kształtował się na poziomie 7%, natomiast w szpitalach gminnych, powiatowych oraz miejskich był na poziomie 6% (wykres poniżej).



**Rysunek 56. Udział hospitalizacji rozliczanych grupą S33 w podziale na typ szpitala w 2022 r.**

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

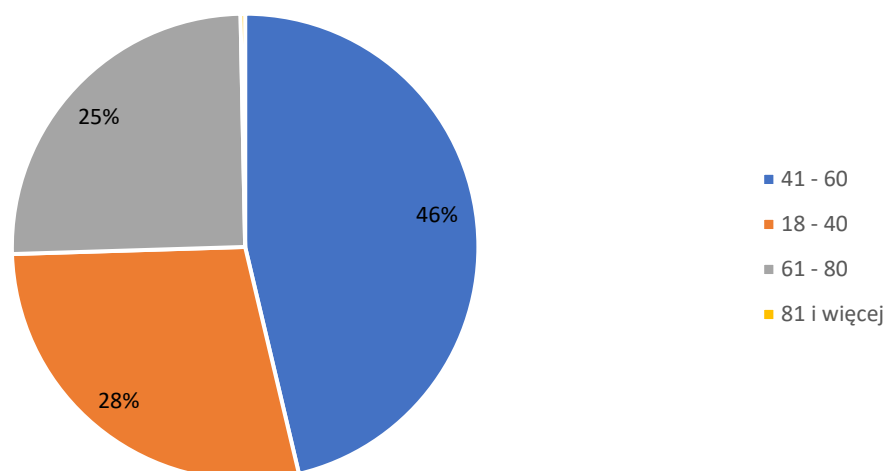
Zgodnie z katalogiem świadczeń szpitalnych hospitalizacje z JGP S33 mogą odbywać się na oddziałach o zakresie alergologia, alergologia dla dzieci, alergologia specjalistyczna dla dzieci, choroby płuc, choroby płuc dla dzieci, choroby wewnętrzne oraz dermatologia i wenerologia jak również dermatologia wenerologia dla dzieci. W 2022 r. najwięcej świadczeń zrealizowano na oddziałach alergologicznych – 86%. Udział hospitalizacji zrealizowanych na oddziałach chorób płuc stanowi 12%. Pozostałe świadczenia (ok. 3%) rozliczono w ramach zakresu dermatologia i wenerologia (2%) oraz choroby wewnętrzne (1%) (wykres poniżej).



**Rysunek 57. Udział hospitalizacji rozliczanych grupą S33 w podziale na zakres świadczeń w 2022 r.**

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

W 2022 r. 46% hospitalizacji dotyczyło pacjentów w przedziale wiekowym 41–60 lat. Znaczący udział miała również kategoria wiekowa 18–40 lat – 28%. Udział hospitalizacji pacjentów powyżej 61 roku życia wynosił 25%.



**Rysunek 58. Udział hospitalizacji rozliczanych grupą S33 ze względu na wiek pacjenta w 2022 r.**

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

W 2022 r. około 98% pacjentów zostało przyjętych na podstawie skierowania, przyjęcia w trybie nagłym sprawozdano tylko dla ok. 2% hospitalizacji.

**Tabela 22 Liczba hospitalizacji w grupie S33 ze względu na tryb przyjęcia w 2022 r.**

Tryb przyjęcia	Liczba hospitalizacji	Udział %
Przyjęcie planowe	21 663	97,56%
Przyjęcie w trybie nagłym	539	2,43%

Tryb przyjęcia	Liczba hospitalizacji	Udział %
Przeniesienie z innego szpitala	2	0,01%
<b>Razem</b>	<b>22 204</b>	<b>100,00%</b>

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

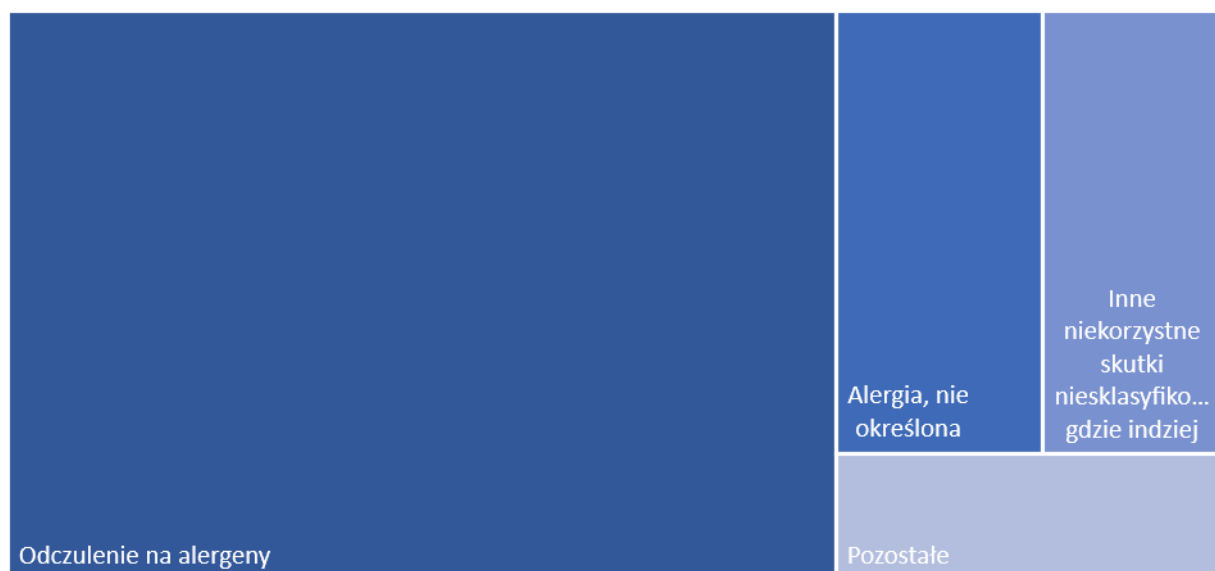
Ze względu na tryb wypisu w 2022 r. ponad połowa pacjentów (niepełna 60%) została skierowana do dalszego leczenia w lecznictwie ambulatoryjnym, około 40% hospitalizacji wiązało się z zakończeniem procesu terapeutycznego lub diagnostycznego.

**Tabela 23** Liczba hospitalizacji w grupie S33 ze względu na tryb wypisu w 2022 r.

Tryb wypisu	Liczba hospitalizacji	Udział %
Skierowanie do dalszego leczenia	13 167	59,30%
Zakończenie procesu terapeutycznego lub diagnostycznego	8 972	40,41%
Wypisanie na własne żądanie/ samowolne opuszczenie zakładu	65	0,29%
<b>Razem</b>	<b>22 204</b>	<b>100,00%</b>

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

W grupie S33 największy udział stanowiły w 2022 r. hospitalizacje z rozpoznaniem Z51.6 *Odczulenie na alergeny* (68%). Z porównywalną częstością zostały sprawozdane hospitalizacje z rozpoznaniem T78.4 *Alergia nieokreślona* (13%) oraz T78.8 *Inne niekorzystne skutki niesklasyfikowane gdzie indziej* (12%). Udział pozostałych rozpoznań nie przekroczył 7% (wykres poniżej). W tej grupie najczęstsze były hospitalizacje z rozpoznaniem T78.3 *Obrzęk naczyniomerowy* i T78.2 *Wstrząs anafilaktyczny nieokreślony* – każde z tych dwóch rozpoznań było sprawozdawanych z częstością 3%.



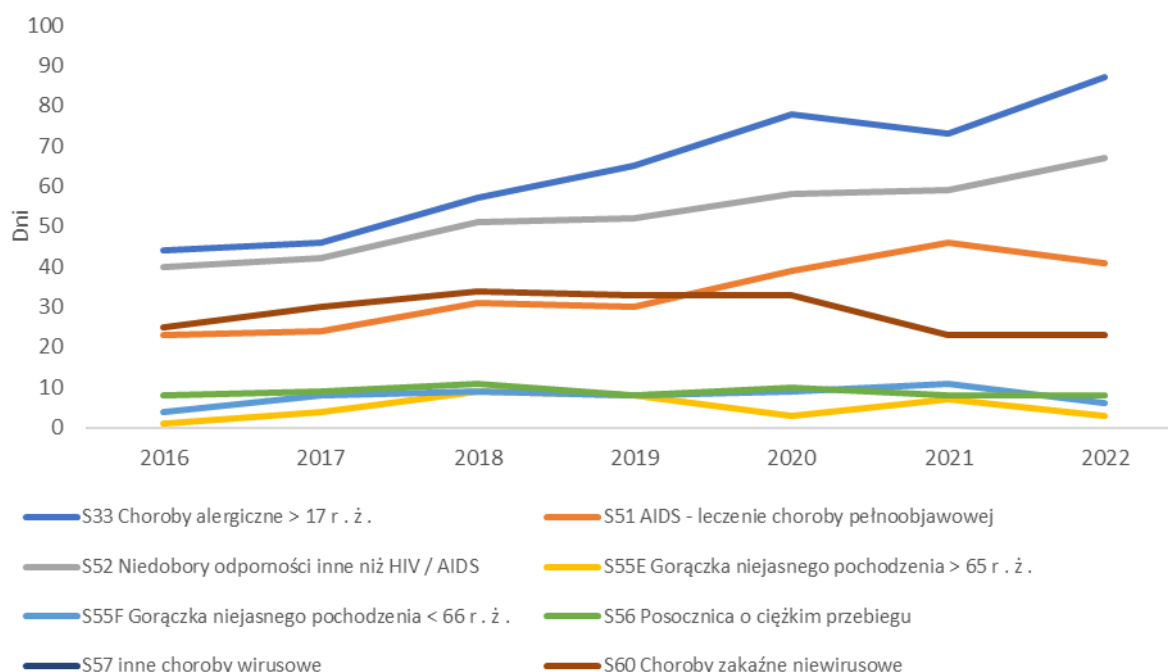
**Rysunek 59.** Udział hospitalizacji w grupie S33 ze względu na rozpoznania główne w 2022 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z NFZ.

### 2.3.9. Kolejki

Analizując dane dotyczące kolejek oczekujących należy mieć na uwadze specyfikę świadczeń będących przedmiotem raportu oraz fakt, iż za wyjątkiem grupy S33 Choroby alergiczne > 17 r. ż, ponad 75 %

przyjęć odbywa się w trybie nagłym. Przeprowadzono analizę jednostkowych danych rozliczeniowych NFZ dla hospitalizacji o planowym trybie przyjęcia. Najdłuższy czas oczekiwania w każdym roku, obliczony na podstawie różnicy daty przyjęcia do szpitala i daty skierowania, odnotowano w przypadku grup S33 Choroby alergiczne >17 r.ż. oraz S52 Niedobory odporności inne niż HIV/ AIDS, a najkrótszy w przypadku S55E Gorączka niejasnego pochodzenia > 65 r.ż. Szczegóły przedstawia poniższy wykres.



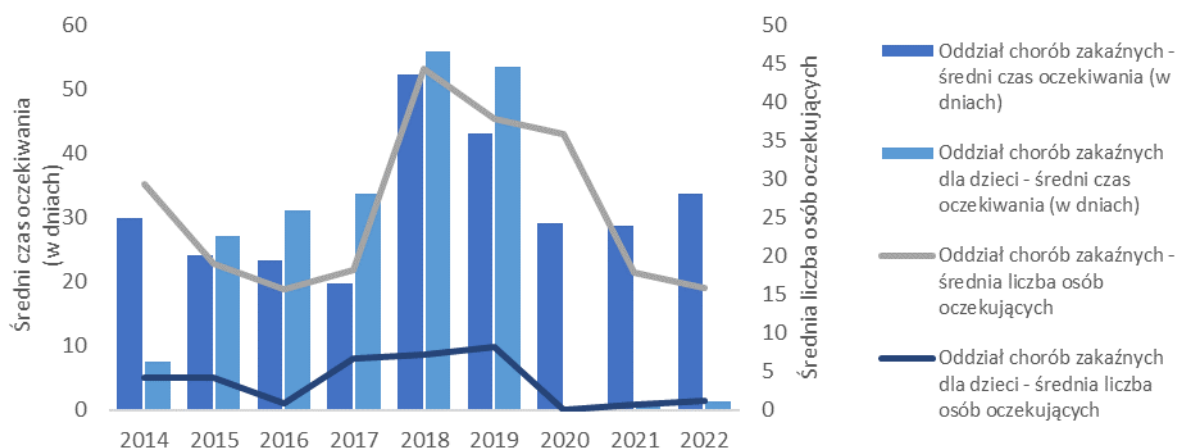
**Rysunek 60. Średni czas oczekiwania na przyjęcie do szpitala w latach 2016-2022 w podziale na poszczególne JGP – dotyczy przyjęć planowych.**

Źródło: opracowanie własne na podstawie <https://basiw.mz.gov.pl>.

Przeanalizowano również dane dotyczące średniego czasu oczekiwania oraz średniej liczby osób oczekujących do wybranych komórek organizacyjnych w latach 2014 – 2022 w podziale na przypadki stabilne oraz pilne. Ze względu na licznosc oddziałów, z których możliwe jest rozliczenie świadczeń będących przedmiotem raportu, w analizach uwzględniono wyłącznie oddziały dedykowane świadczeniom z obszaru chorób zakaźnych i alergii, tj. oddział chorób zakaźnych, oddział obserwacyjno - zakaźny oraz oddział alergologiczny dla dorosłych i dzieci.

#### Przypadki stabilne

Czas oczekiwania na przyjęcie do oddziału chorób zakaźnych, zarówno w przypadku dzieci, jak i dorosłych był najdłuższy w latach 2018 – 2019. W 2018 r. czas ten wynosił około 52 - 56 dni i był dłuższy o ponad 20 dni w przypadku osób dorosłych i prawie 30 dni w przypadku dzieci, w porównaniu do 2015 r. Średnia liczba oczekujących do oddziału chorób zakaźnych w tych latach wynosiła pomiędzy 38 a 44 osób dorosłych, a w przypadku dzieci między 7 a 8.

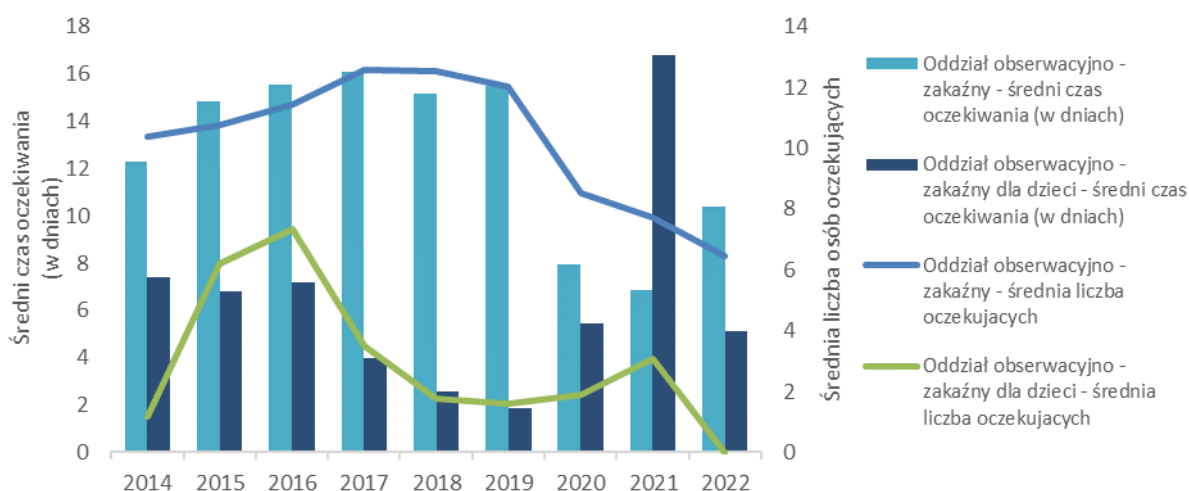


**Rysunek 61. Średni czas oczekiwania i średnia liczba osób oczekujących na przyjęcie na oddział chorób zakaźnych i chorób zakaźnych dla dzieci w latach 2014- 2022 - przypadki stabilne.**

Źródło: opracowanie własne na podstawie Informatora o Terminach Leczenia Narodowego Funduszu Zdrowia

W przypadku oddziału obserwacyjno – zakaźnego średni czas oczekiwania dorosłych w latach 2014 – 2019 wynosił od 12 do 16 dni. W roku 2020 i 2021, czyli w latach trwania pandemii wirusa SARS\_CoV-2, uległ skróceniu do 7-8 dni. W przypadku dzieci, średni czas oczekiwania niemal we wszystkich latach był znacząco krótszy niż u dorosłych, jednak w roku 2021 wydłużył się, do 17 dni.

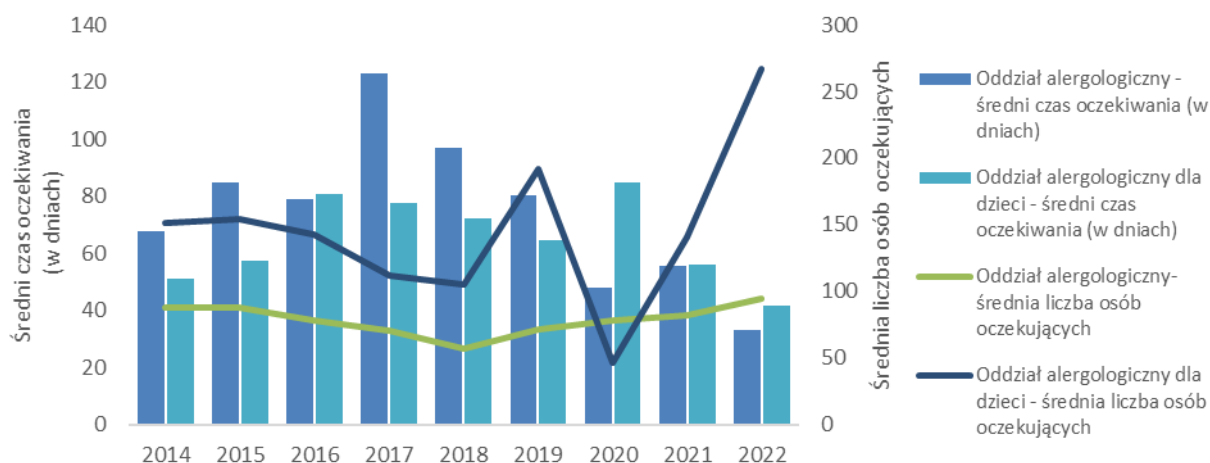
Średnia osób oczekujących w analizowanych latach jest wyższa w przypadku osób dorosłych niż dzieci. Najwięcej oczekujących można zaobserwować w latach 2017-2018 - ponad 12 osób, a najmniej w 2022 r. – 6 osób. W przypadku dzieci najwięcej oczekujących było w roku 2016 – 7 osób, a najmniej w 2022 r, blisko 0.



**Rysunek 62. Średni czas oczekiwania i średnia liczba osób oczekujących na przyjęcie na oddział obserwacyjno - zakaźny i obserwacyjno - zakaźny dla dzieci, w latach 2014-2022– przypadki stabilne.**

Źródło: opracowanie własne na podstawie Informatora o Terminach Leczenia Narodowego Funduszu Zdrowia

Od 2014 do 2017 r. nastąpił wzrost średniego czasu oczekiwania na przyjęcie zarówno na oddział alergologiczny, jak i alergologiczny dla dzieci. Od 2017 r. można obserwować skrócenie czasu oczekiwania dla obu oddziałów, za wyjątkiem roku 2020 r (w przypadku oddziałów dziecięcych).

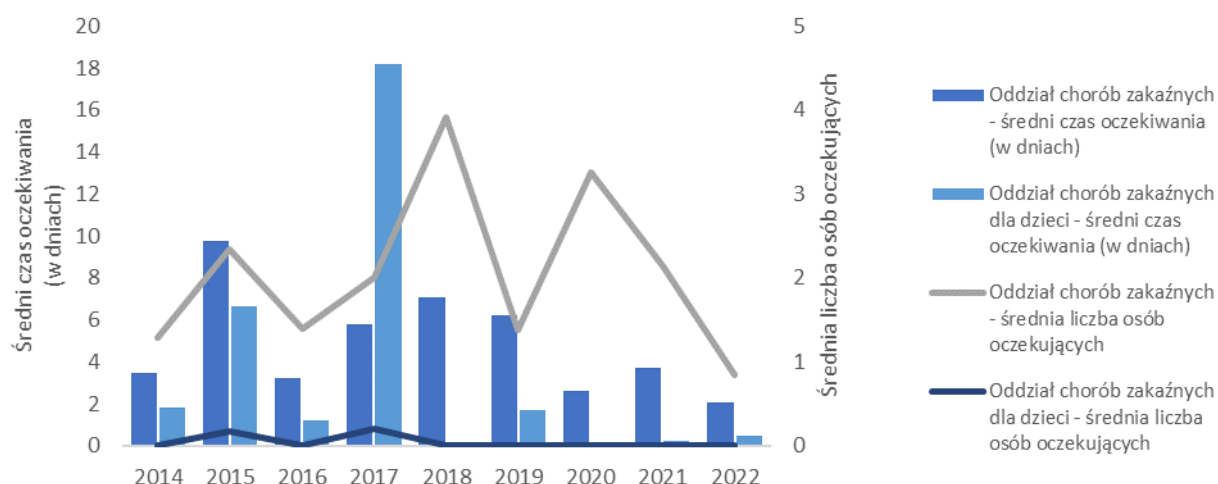


**Rysunek 63. Średni czas oczekiwania i średnia liczba osób oczekujących na przyjęcie na oddział alergologiczny i alergologiczny dla dzieci w latach 2014- 2022 - przypadki stabilne.**

Źródło: opracowanie własne na podstawie Informatora o Terminach Leczenia Narodowego Funduszu Zdrowia

#### Przypadki pilne

Czas oczekiwania na przyjęcie na oddział chorób zakaźnych, w przypadku dorosłych był najdłuższy w 2015 r., a w przypadku dzieci w 2017 roku. Od 2017 r. obserwujemy skrócenie średniego czasu oczekiwania w obu przypadkach.

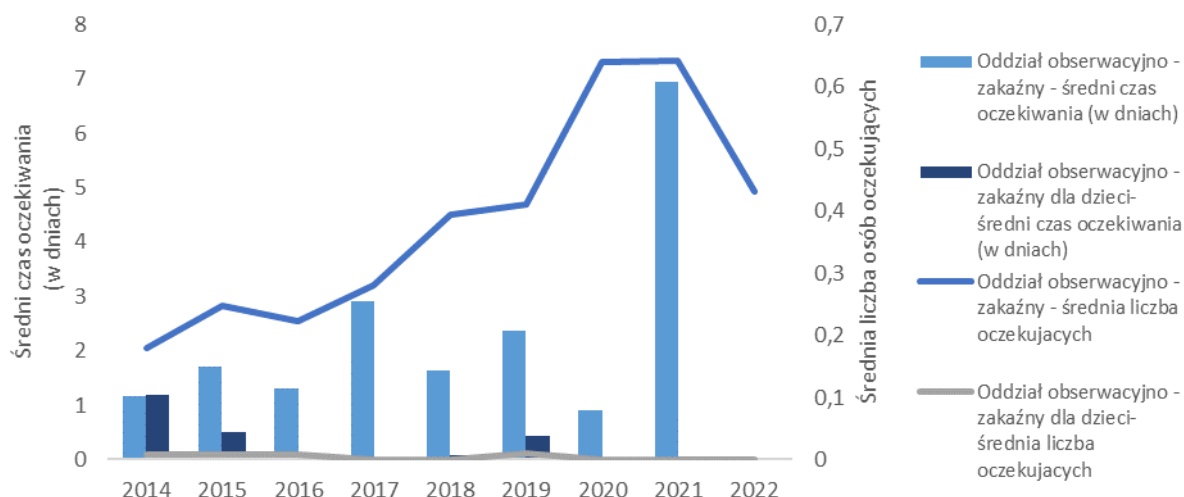


**Rysunek 64. Średni czas oczekiwania i średnia liczba osób oczekujących na przyjęcie na oddział chorób-zakaźnych i chorób zakaźnych dla dzieci, w latach 2014-2022 – przypadki pilne.**

Źródło: opracowanie własne na podstawie Informatora o Terminach Leczenia Narodowego Funduszu Zdrowia

Czas oczekiwania jak i liczba osób oczekujących na przyjęcie na oddział obserwacyjno – zakaźny są wyższe niż na oddział obserwacyjno – zakaźny dla dzieci. W przypadku dzieci jedynie w roku 2014 czas oczekiwania wynosił więcej niż 1 dzień, w pozostałych praktycznie nie było kolejek w przypadkach pilnych.

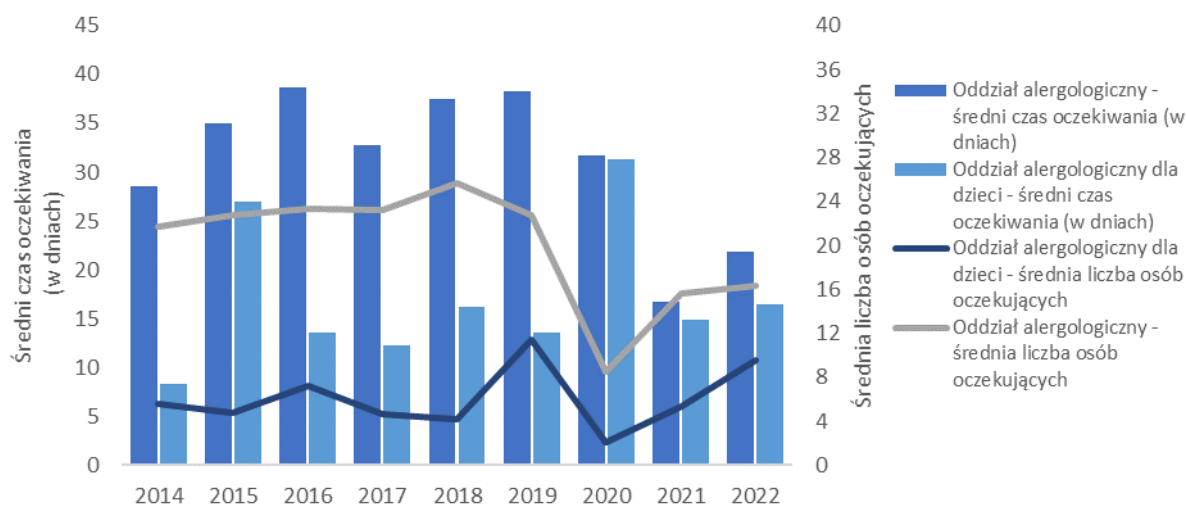




**Rysunek 65. Średni czas oczekiwania i średnia liczba osób oczekujących na przyjęcie na oddział obserwacyjno - zakaźny i obserwacyjno - zakaźny dla dzieci, w latach 2014-2022 – przypadki pilne.**

Źródło: opracowanie własne na podstawie Informatora o Terminach Leczenia Narodowego Funduszu Zdrowia

Czas oczekiwania na przyjęcie na oddział alergologiczny w latach 2015-2020 przekroczył 30 dni i mieścił się w przedziale 32-39 dni. Po tym okresie uległ znaczącemu skróceniu do 17 dni w 2021 i 22 dni w 2022 r. Z kolei czas oczekiwania na przyjęcie na oddział alergologiczny dla dzieci w analizowanych latach był krótszy w porównaniu do oddziałów dedykowanych dorosłym i tylko w roku 2020 przekroczył 30 dni. Do 2018 r. liczba osób oczekujących na przyjęcie w trybie pilnym na oddział alergologiczny wykazywała tendencje wzrostowe, natomiast w ostatnich 2 latach można zaobserwować spadek liczby osób oczekujących. Średnia liczba osób oczekujących do oddziału alergologicznego dla dzieci w latach 2014-2018 mieściła się w przedziale 5-8 osób, ale już w 2019 r. wzrosła do 13, a w 2022 wyniosła 11.

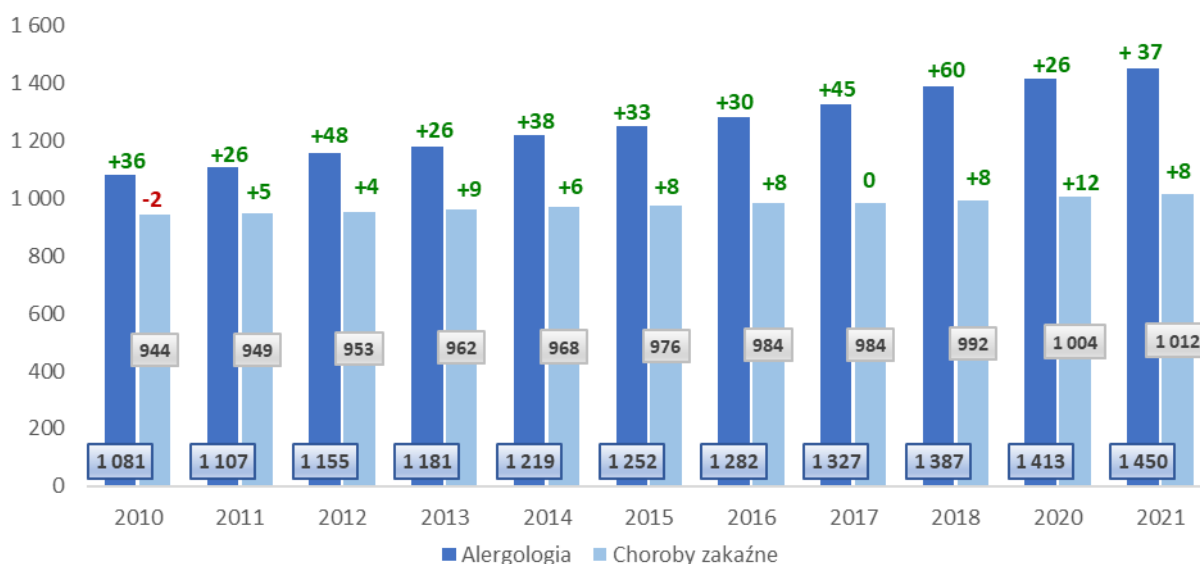


**Rysunek 66. Średni czas oczekiwania i średnia liczba osób oczekujących na przyjęcie na oddział alergologiczny i alergologiczny dla dzieci w latach 2014-2022 - przypadki pilne.**

Źródło: opracowanie własne na podstawie Informatora o Terminach Leczenia Narodowego Funduszu Zdrowia

### 2.3.10. Liczba lekarzy

Na przestrzeni analizowanych lat (2010-2021) można zaobserwować wzrost liczby lekarzy zarówno specjalności alergologicznej jak i chorób zakaźnych, z tym, że zdecydowanie większy przyrost obserwuje się w przypadku liczby alergologów. W 2021 r. liczba specjalistów chorób alergologicznych kształtowała się na poziomie 1 450, a w przypadku chorób zakaźnych – 1 012.



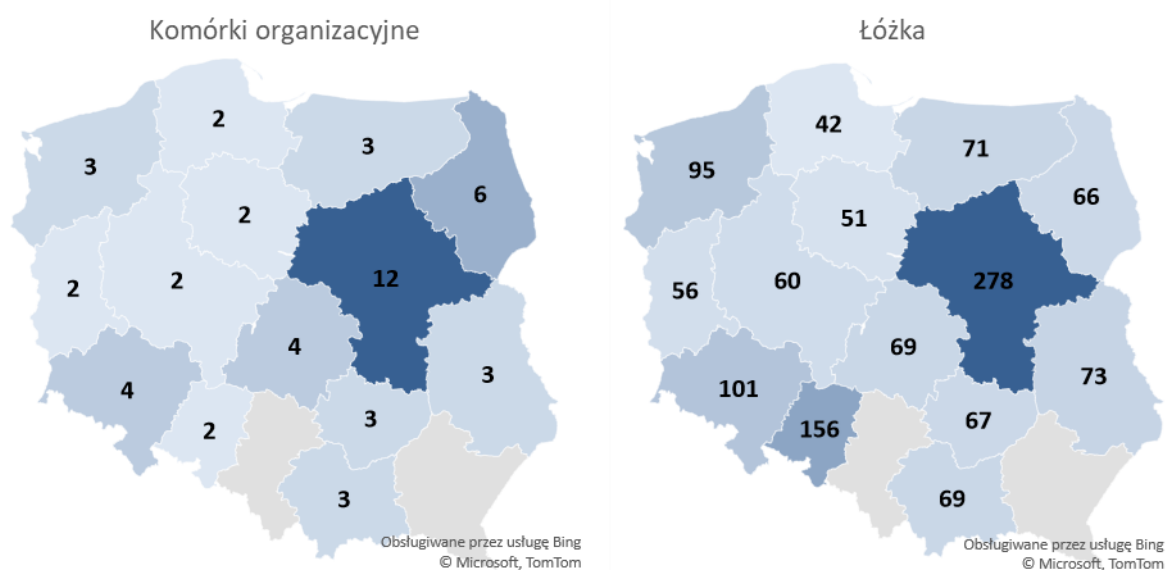
**Rysunek 67. Liczba lekarzy wg dziedziny specjalizacji zarejestrowanych w okręgowych rejestrach lekarzy w latach 2010 – 2021.**

Źródło: opracowanie własne na podstawie Centralnego Rejestru Lekarzy Rzeczypospolitej Polskiej prowadzonego przez Naczelny Izby Lekarską (NIL, 2022).

### 2.3.11. Liczba oddziałów i łóżek

Na poniższych mapach przedstawiono informacje dotyczące działalności szpitali stacjonarnych w zakresie liczby komórek organizacyjnych oraz liczby łóżek w oddziałach zakaźnych, zakaźnych dla dzieci, obserwacyjno-zakaźnych, obserwacyjno-zakaźnych dla dzieci, alergologicznych oraz alergologicznych dla dzieci w poszczególnych województwach w Polsce. Województwa, w których funkcjonuje najwięcej oddziałów, posiadają też najczęściej największą bazę łóżek. W przypadku oddziałów zakaźnych i obserwacyjno-zakaźnych obserwuje się większą liczbę łóżek w porównaniu do analogicznych oddziałów dedykowanych dzieciom. Natomiast w przypadku oddziałów alergologicznych w większości województw można zaobserwować większą liczbę łóżek na oddziałach dedykowanych dzieciom.

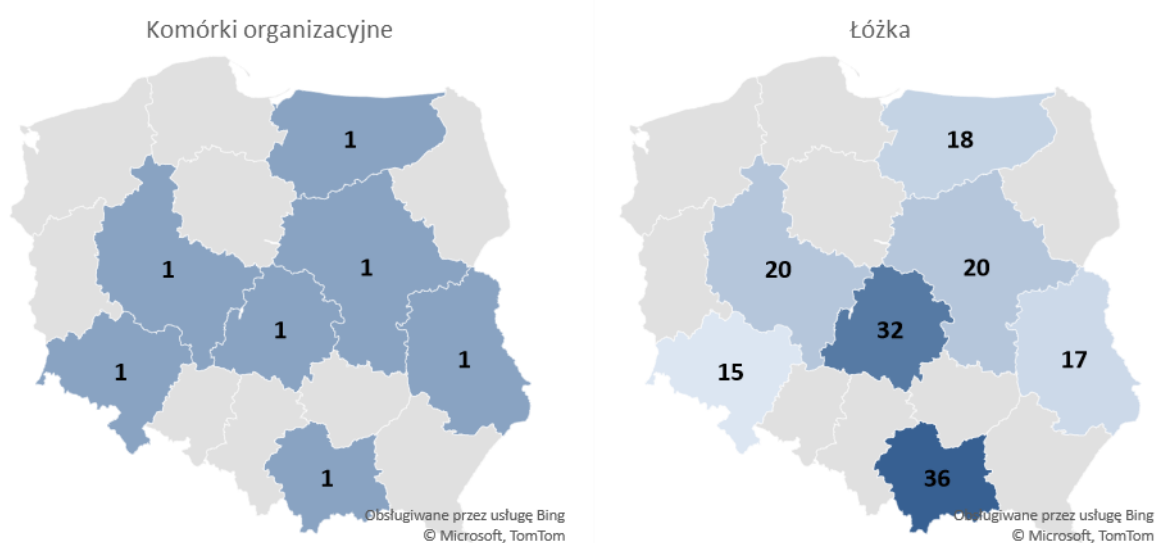
W przypadku oddziałów chorób zakaźnych najwięcej oddziałów oraz łóżek dla dorosłych w 2022 r. odnotowano w województwie mazowieckim (rysunek poniżej).



**Rysunek 68. Oddział Chorób Zakaźnych liczba komórek organizacyjnych i łózek w 2022 roku.**

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych basiw.mz.gov.pl.

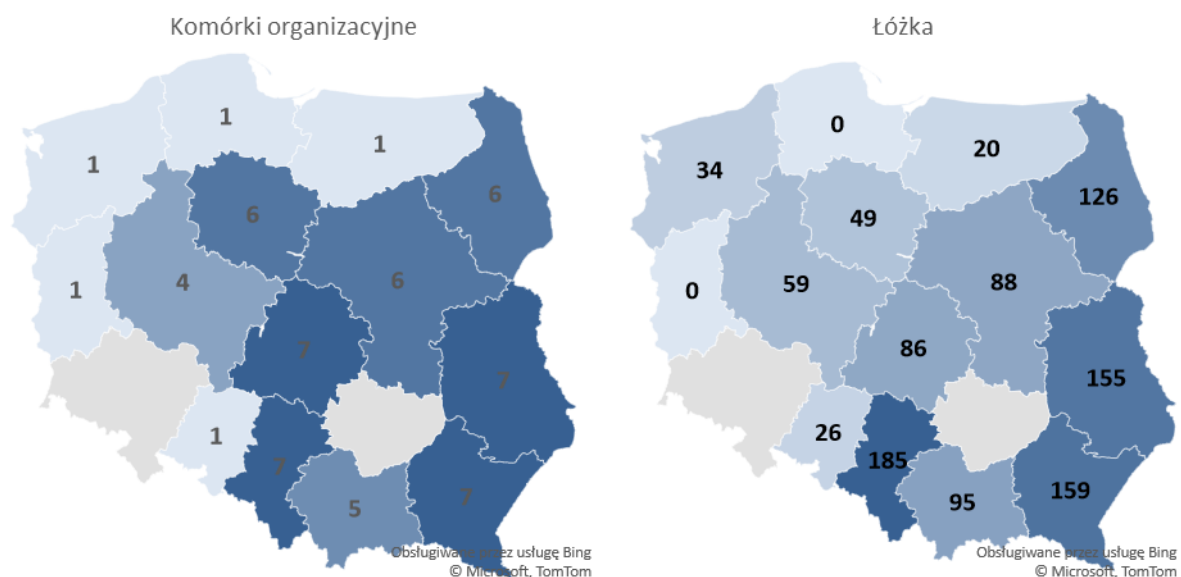
W przypadku oddziałów chorób zakaźnych dla dzieci najczęściej występował jeden oddział na województwo. Jeżeli chodzi o liczbę łóżek to w 2022 r. najwięcej odnotowano w województwie małopolskim i łódzkim (rysunek poniżej).



**Rysunek 69. Oddział Chorób Zakaźnych dla dzieci liczba komórek organizacyjnych i łóżek w 2022 roku.**

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych basiw.mz.gov.pl.

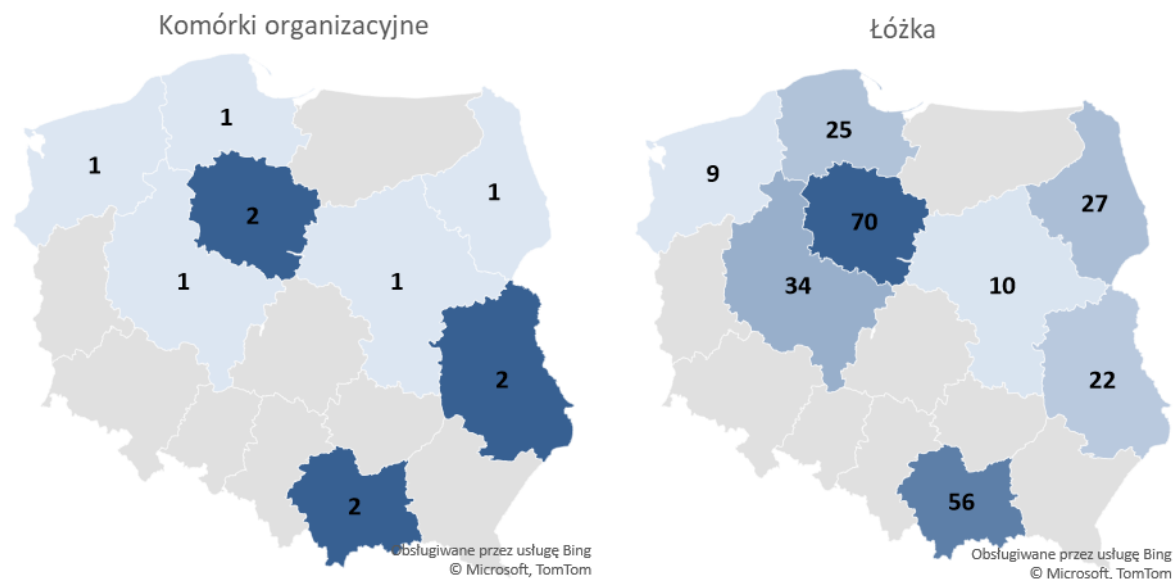
W przypadku oddziałów obserwacyjno - zakaźnych najwięcej oddziałów oraz łóżek dla dorosłych w 2022 r. odnotowano w województwie śląskim, podkarpackim, lubelskim i łódzkim (rysunek poniżej).



**Rysunek 70. Oddział obserwacyjno – zakaźny – liczba komórek organizacyjnych i łóżek w 2022 roku.**

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych basiw.mz.gov.pl.

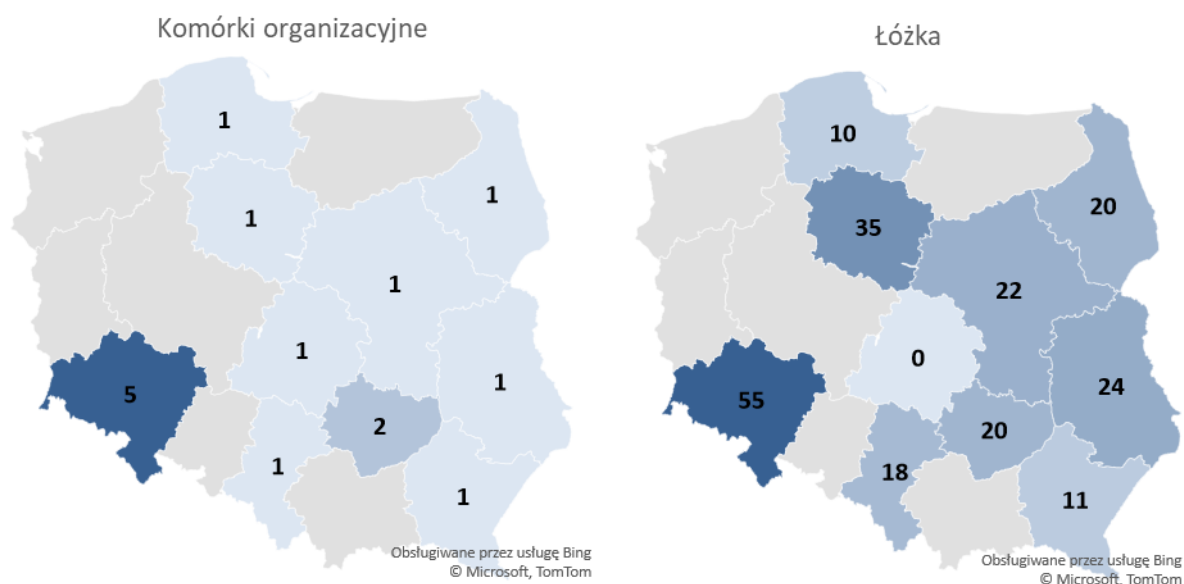
W przypadku oddziałów obserwacyjno - zakaźnych dla dzieci najczęściej występował jeden lub dwa oddziały na województwo. Jeżeli chodzi o liczbę łóżek to w 2022 r. najwięcej odnotowano w województwie kujawsko – pomorskim i małopolskim (rysunek poniżej).



**Rysunek 71. Oddział obserwacyjno-zakaźny dla dzieci – liczba komórek organizacyjnych i łóżek w 2022 roku.**

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych basiw.mz.gov.pl.

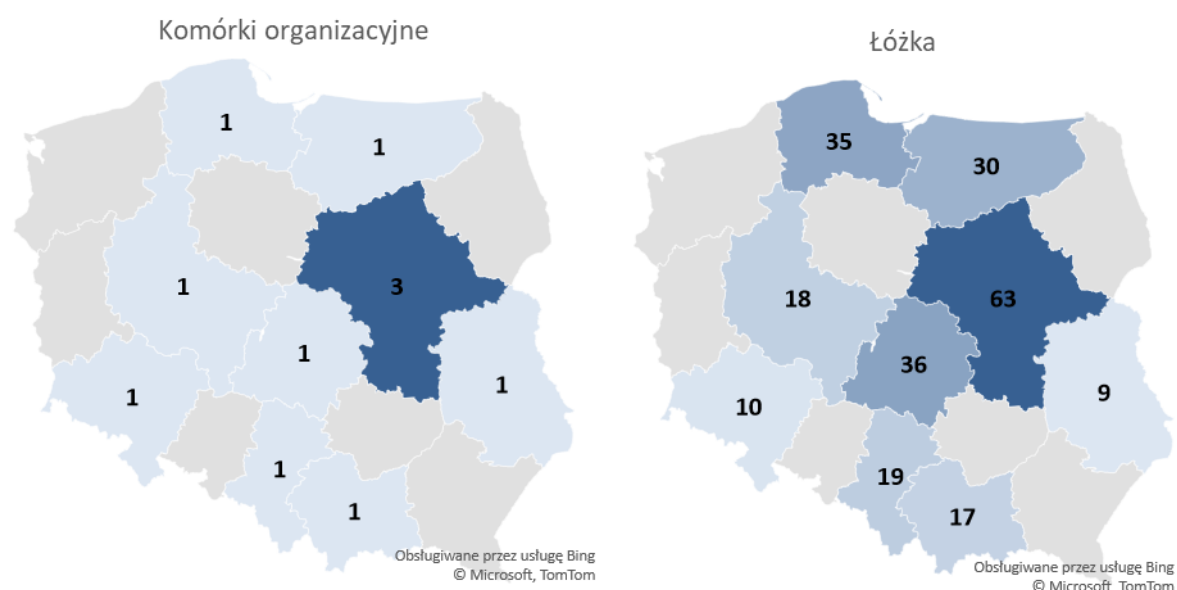
W przypadku oddziałów alergologicznych najwięcej oddziałów oraz łóżek dla dorosłych w 2022 r. odnotowano w województwie dolnośląskim (rysunek poniżej).



**Rysunek 72. Oddział alergologiczny – liczba komórek organizacyjnych i łóżek w 2022 roku.**

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych basiw.mz.gov.pl.

W przypadku oddziałów alergologicznych dla dzieci najczęściej występował jeden oddział na województwo, wyjątkiem były trzy oddziały w województwie mazowieckim. Konsekwentnie w województwie mazowieckim było też najwięcej łóżek na tych oddziałach (rysunek poniżej).



**Rysunek 73. Oddział alergologiczny dla dzieci – liczba komórek organizacyjnych i łóżek w 2022 roku.**

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych basiw.mz.gov.pl.

Ograniczeniem powyższej analizy jest sposób gromadzenia informacji o komórkach organizacyjnych. Brak komórki o danym profilu nie musi oznaczać, że w danym województwie nie są realizowane świadczenia będące przedmiotem raportu. Mogą być one udzielane w ramach innej komórki organizacyjnej.

Na podstawie danych finansowo-księgowych za lata 2019-2022 będących w posiadaniu Agencji, średnie obłożenie (z wyłączeniem OPK covidowych) w przypadku oddziałów zakaźnych wynosiło 70%, a oddziałów zakaźnych dla dzieci ok. 81%. W przypadku oddziałów obserwacyjno-zakaźnych dla dorosłych średnie obłożenie wynosiło prawie 74%, a w przypadku dziecięcych oddziałów obserwacyjno-zakaźnych wynosiło niespełna 57%.

Obłożenie w oddziałach alergologicznych dla dorosłych wynosiło ok. 56%, a w oddziałach alergologicznych dziecięcych prawie 54%.

## 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.

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

Odnalezione informacje przedstawiono w podziale na poszczególne kraje i zamieszczono w załączniku nr 5. Koszty i ceny podane w innych walutach zostały przeliczone na PLN, zgodnie z aktualnymi kursami walut, opublikowanymi w serwisie internetowym Narodowego Banku Polskiego.

Dodatkowo w analizie zostały przedstawione informacje dotyczące parytetu siły nabywczej (ang. Purchasing Power Parities). PPP służy do przeliczania walut w taki sposób, by wyeliminować różnice w poziomie cen pomiędzy krajami oraz pozwala ustalić rzeczywistą siłę nabywczą danej waluty.

Należy zaznaczyć, że wnioskowanie na podstawie odnalezionych taryf wiąże się z pewnymi ograniczeniami. Ze względu na różnice w systemach ubezpieczeń zdrowotnych to samo świadczenie może być zdefiniowane i finansowane zupełnie inaczej w poszczególnych krajach (np.: DRG, FFS, osobodzeń itd.). Także klasyfikacja jednorodnych grup pacjentów: cechy pacjentów, czas hospitalizacji oraz rodzaj leczenia, które są uwzględnione przez klasyfikację DRG mogą być zróżnicowane pomiędzy krajami.

Z uwagi na powyższe, a także na trudności w dotarciu do dokładnych informacji o ujętych w taryfie kosztach, niemożliwe jest jednoznaczne porównanie refundacji analizowanych procedur w Polsce i za granicą. Jeżeli nie zaznaczono inaczej, w zestawieniu ujęto koszty finansowania grup podobnych do polskich JGP (na podstawie nazwy grupy), 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.

Informacje dotyczące wyceny świadczeń obejmujące choroby zakaźne i alergię odnaleziono dla następujących krajów: Anglii, Australii, Chorwacji, Niemiec oraz Nowej Zelandii. Koszt świadczeń jest zróżnicowany i waha się w przypadku chorób zakaźnych od 1 892 PLN (Chorwacja) do 80 625 PLN (Niemcy), w większości analizowanych krajów podział na grupy uwzględnia stopień złożoności stanu pacjenta.

Różnice występują również w liczbie grup. Do rozliczenia hospitalizacji chorób zakaźnych w Anglii służy 51 grup, w Australii 8, w Chorwacji 12, w Niemczech 33, a w Nowej Zelandii 15. Natomiast do rozliczania

hospitalizacji chorób alergicznych w Anglii służy 8 grup, w Australii 2 grupy, w Chorwacji 1 grupa, w Niemczech 2 grupy, a w Nowej Zelandii 1 grupa.

## 2.5. Cenniki komercyjne

W celach porównawczych dokonano analizy cen komercyjnych usług medycznych odpowiadających taryfikowanym świadczeniom. Informacje o cenach komercyjnych poszczególnych świadczeń wyszukiwano za pomocą przeglądarki internetowej lub poprzez bezpośredni kontakt ze świadczeniodawcami.

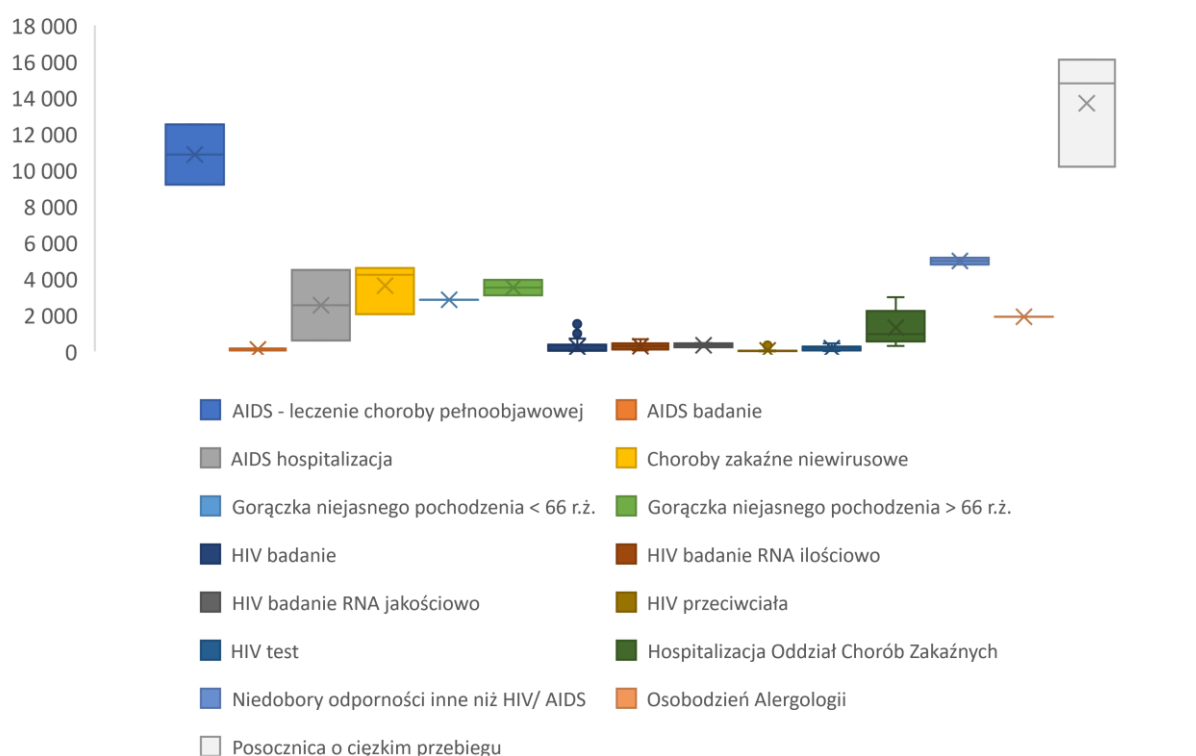
Przeanalizowano informacje od 78 świadczeniodawców, z czego u 61 świadczeniodawców odnaleziono ceny świadczeń. Podsumowanie przedstawiono w poniższej tabeli. Zestawienie zostało przygotowane na podstawie aktualnych cenników komercyjnych podmiotów leczniczych na dzień 04.01.2023 roku. Szczegółowe dane, w tym ewentualny zakres świadczenia objętego ceną, zamieszczono w załączniku nr 7.

**Tabela 24 Statystyki opisowe dotyczące cen komercyjnych z zakresu leczenia chorób zakaźnych i alergii.**

Nazwa procedury/usługi medycznej	N	min	max	Q1	Q3	mediana	średnia
AIDS - leczenie choroby pełnoobjawowej	2	9 200	12 534	10 033	11 700	11 700	10 867
AIDS badanie	2	56	170	85	142	113	113
AIDS hospitalizacja	2	600	4 500	1 575	3 525	2 550	2 550
Choroby zakaźne niewirusowe	3	2 065	4 603	3 145	4 414	4 225	3 631
Gorączka niejasnego pochodzenia < 66 r.ż.	1	2 851	2 851	2 851	2 851	2 851	2 851
Gorączka niejasnego pochodzenia > 66 r.ż.	2	3 106	3 946	3 316	3 736	3 526	3 526
HIV badanie	53	26	1 515	37	340	60	253
HIV badanie RNA ilościowo	14	56	675	145	425	280	292
HIV badanie RNA jakościowo	5	226	460	260	440	350	347
HIV przeciwciała	25	11	350	30	45	35	59
HIV test	21	25	440	60	255	210	184
Hospitalizacja Oddział Chorób Zakaźnych	5	300	3 000	800	1 470	960	1 306
Niedobory odporności inne niż HIV/ AIDS	2	4 804	5 175	4 897	5 082	4 989	4 989
Osobodzień Alergologii	2	1 910	1 910	1 910	1 910	1 910	1 910
Posocznica o ciężkim przebiegu	3	10 200	16 108	12 493	15 447	14 786	13 698

Źródło: opracowanie własne.

Poniższy wykres przedstawia rozrzut cen komercyjnych z zakresu leczenia chorób zakaźnych i alergii. Największe zróżnicowanie cen pomiędzy świadczeniodawcami można zaobserwować w przypadku badania HIV, co w głównej mierze wiąże się z rodzajem przeprowadzonych badań.



**Rysunek 74. Rozrzut cen świadczeń i procedur w cennikach komercyjnych.**

Źródło: opracowanie własne.

Należy mieć na uwadze, że w większości przypadków nie jest wiadomym co dokładnie wchodzi w skład poszczególnych świadczeń komercyjnych oraz nie jest znany poziom marży ujęty w cenie. Ponadto, nie jest znana przyjęta metodyka wyceny. Mając na uwadze powyższe, przedstawione dane należy traktować wyłącznie poglądowo.

## 2.6. Uwagi do świadczenia

Podczas prac dotyczących wyceny analizowanych grup eksperci kliniczni przedstawili kluczowe informacje o funkcjonowaniu systemu, a także zwrócili uwagę na kwestie wymagające zmian oraz wskazali główne problemy w zakresie rozliczania świadczeń JGP dla chorób zakaźnych i alergii. Poniżej przedstawiono najważniejsze z nich:

1. Potrzeba kohortacji chorych w szpitalach o profilu zakaźnym, w których hospitalizowani są pacjenci o ciężkim przebiegu klinicznym, obciążeni innymi chorobami dodatkowymi, wymagającymi złożonego, specjalistycznego lub kompleksowego leczenia. Szpitale o profilu zakaźnym mają obowiązek hospitalizacji 15 jednostek chorobowych. Kohortacja polega na łączeniu w obrębie jednej sali chorych tylko pacjentów z tą samą jednostką chorobową, co jest podstawą przerwania dróg szerzenia się chorób zakaźnych i jest wymogiem sanitarnym. Z tego m.in. powodu, w oddziale zakaźnym nigdy nie może być wykorzystanych 100% łóżek. Drugim powodem „pozostawienia ok. 10% wolnych łóżek zakaźnych” jest potrzeba gotowości, na wypadek nieoczekiwanego wybuchu masowej epidemii lub okresowej, zwiększonej zapadalności na chorobę wysoce zakaźną, np. zakażenie meningokokowe, SARS, gorączka Ebola, nowa odmiana grypy itp. Utrzymywanie w gotowości kilku wolnych łóżek „zakaźnych” jest wymogiem strategicznym dla utrzymania bezpieczeństwa zdrowotnego kraju. Procedura



dezynfekcji sali po wypisaniu zakaźnie chorego, także wpływa na ograniczenie wykorzystania wszystkich łóżek zakaźnych w tym samym czasie.

2. Możliwość leczenia przypadków zakaźnych o lekkim przebiegu w ramach AOS lub POZ – jeżeli jednostki wyposażone są w sprzęt do podstawowej diagnostyki laboratoryjnej z zakresu chorób zakaźnych. Ponadto istotną kwestią jest edukacja lekarzy POZ z dziedziny chorób zakaźnych. Odpowiednie dofinansowanie AOS umożliwi skrócenie długości hospitalizacji lub przekieruje leczenie niektórych chorych do leczenia ambulatoryjnego. Zwłaszcza pacjentów z przewlekłą chorobą zakaźną, którzy są hospitalizowani w okresach zaostrzenia lub nasilenia objawów. W okresach remisji choroby są monitorowani na wizytach w AOS. Pacjenci z przewlekłą chorobą zakaźną wymagają ustawicznego monitorowania zakażenia, częstych wizyt ambulatoryjnych i odpowiedniego postępowania z samym chorym i jego otoczeniem – ze względu na zróżnicowany stopień zakaźności poszczególnych patogenów.
3. Eksperti poruszyli kwestię pacjentów z przewlekłymi chorobami zakaźnymi typu wirusowe zapalenie wątroby, AIDS, marskość wątroby pozapalna-HCV, nawracające zakażenia jelitowe oraz skóry, którzy w wyniku coraz skuteczniejszego leczenia i dobrego monitorowania zakażenia, żyją coraz dłużej i pozostają w ograniczonej sprawności fizycznej i intelektualnej. Dla tego typu pacjentów konieczne jest tworzenie coraz większej liczby podmiotów o typie hospicyjnym i ZOL dla pacjentów o profilu zakaźnym.

#### **Główne problemy w zakresie rozliczania świadczeń JGP dla chorób zakaźnych i alergii**

1. Niektóre procedury szpitalne polegają na krótkotrwałych pobytach w szpitalu w celu np. podania wlewu kroplowego z immunoglobulin swoistych (wścieklizna, tężec, zatrucie jadem kiełbasianym), wymagają utworzenia osobnego, nowego produktu o charakterze „profilaktyka swoista chorób zakaźnych”.
2. Konieczność utworzenia nowego produktu „Potrzeba wykonania badań niestandardowych” – z możliwością dosumowania do rozliczeń standardowych JGP. Dotyczy to sytuacji, gdy JGP choroby zakaźnej podstawowej znajduje się w katalogu świadczeń JGP, ale w określonych warunkach chory wymaga rozszerzenia diagnostyki o badania niestandardowe, szczególnie kosztowne. Podobna sytuacja dotyczy procedur leczniczych, np. punkcji jamy otrzewnej u chorych z pozapalną marskością wątroby albo odbarczające nakłucie jamy opłucnej u chorych z wysiękowym zapaleniem opłucnej w przebiegu (wielu) chorób infekcyjnych w układzie oddechowym.
3. Aktualnie w grupach JGP dotyczących oddziałów zakaźnych rozpoznania z grup ICD-10 nie różnicują ciężkości przebiegu choroby, a w związku z tym kosztów leczenia. Zdecydowana większość grup powinna mieć określone kryteria, np. koniecznych procedur warunkujących pośrednio ocenę ciężkości choroby i związaną z tym wycenę świadczenia. Brak uwzględnienia wzrostu częstości zakażeń bakteriami wielolekoopornymi.
4. Jeszcze większym problemem jest narastająca liczba zakażeń inwazyjnych bakteriami opornymi na karbapenemy (KPC, MBL, NDM). Niezależnie od miejsca zakażenia, tacy pacjenci wymagają bezwzględnej izolacji kontaktowej (osobna sala chorych), ścisłego przestrzegania procedur izolacyjnych, powinni mieć wydzielony osobny personel do ich obsługi, wymagają niestandardowej antybiotykoterapii. Nie jest to uwzględnione w grupach JGP. Podobna sytuacja występuje w przypadku kolonizacji przewodu pokarmowego takimi bakteriami. Tacy pacjenci nie wymagają celowanej antybiotykoterapii, są hospitalizowani z innych przyczyn, jednak

wymagania izolacyjne i obsługi są takie same. Nie ma to żadnego odzwierciedlenia w grupach JGP.

5. Kolejnym problemem są zakażenia grzybicze zwłaszcza u pacjentów z immunosupresją i narastająca oporność na flukonazol. Leki przeciwgrzybicze nowszej generacji są znacznie droższe (koszt terapii może dochodzić do kilkunastu tysięcy zł.). Celowe jest również określenie warunków do rozliczenia, które odzwierciedlałyby realny koszt leczenia.
6. Każda hospitalizacja wiąże się z ryzykiem zakażenia szpitalnego, które jest wprost proporcjonalne do długości hospitalizacji pacjenta w szpitalu (2-8% hospitalizacji), a to z kolei przekłada się na przedłużone hospitalizacje i dodatkowe koszty. Stąd celowe jest dążenie do maksymalnego skracania czasu hospitalizacji. Istnieje grupa pacjentów, u których minimalna długość hospitalizacji niezbędny do uzyskania 100% wartości punktowej określonej przez NFZ (>3dni) nie ma uzasadnienia medycznego, a różnica pomiędzy krótszą hospitalizacją, a pełną wyceną jest zbyt duża. Powinno promować się ośrodki, które są w stanie przeprowadzić niezbędną diagnostykę w krótkim czasie, a obecnie niestety wiąże się to ze znacznym obniżeniem wyceny.
7. Podobna sytuacja dotyczy niektórych antybiotykoterapii. Zgodnie z rekomendacjami Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków w niektórych sytuacjach celowe jest włączenie antybiotykoterapii dożylną w trakcie hospitalizacji i w miarę szybka zmiana na antybiotykoterapię doustną, którą można byłoby kontynuować w warunkach domowych. Obecnie jest to również ograniczone poprzez wymagalny do pełnej wartości punktowej czas hospitalizacji.
8. W oddziałach zakaźnych hospitalizowani są pacjenci z różnych przyczyn. Część z nich wymaga w trakcie diagnostyki wykonania dodatkowo badań endoskopowych, np. 44.162 gastroscopia diagnostyczna z biopsją, 45.253 kolonoskopia z biopsją lub badań histopatologicznych np. 50.11 przezskórna igłowa biopsja wątroby. Rozliczenie ww. procedur powoduje automatyczne przypisanie do grupy JGP małych zabiegów, których wycena jest niższa niż wybranie grupy adekwatnej do przyczyny hospitalizacji. Obecnie nie ma możliwości zmiany grupy na inną niż małe zabiegi, pomimo że przyczyna hospitalizacji jest inna niż tylko wykonanie ww. badań.
9. Immunoterapia alergenowa stanowi jedną z podstawowych metod terapii w przypadku chorób alergicznych i jedyną skuteczną metodę prewencji progresji choroby, co zgodnie z licznymi publikacjami stanowi istotną oszczędność w obserwacji długofalowej z punktu widzenia płatnika i zdrowia publicznego. Od wielu lat Konsultant Krajowy i Polskie Towarzystwo Alergologiczne promują tę metodę leczenia, zwracając uwagę na potrzebę zapewnienia dostępu do preparatów alergenowych i zapewnienia odpowiedniej wyceny procedury w warunkach AOS, co może istotnie zmniejszyć liczbę hospitalizacji rozliczanych jako Z51.6 *Odczulenie na alergeny*. Odczulanie na jady owadów błonkoskrzydłych, wstrząsy anafilaktyczne, czy procedury związane z nadwrażliwością na leki powinny być rozpatrywane głównie jako procedury realizowane w lecznictwie szpitalnym.
10. Możliwość hospitalizacji w trybie 1 dnia mogłaby objąć procedury dedykowane pacjentom po przebytej anafilaksji, m.in. związane z podaniem dawki jadu osy, pszczoły (dawka podtrzymująca, terapia wstępna - metoda cluster). Wszyscy pacjenci poddawani immunoterapii są po przebytej anafilaksji co najmniej II stopnia. Warto zaznaczyć, że zdarzają się anafilaksje nawet w trakcie terapii podtrzymującej (po 1-3 latach terapii), zatem przeniesienie procedur 99.122, 99.123 do AOS stanowiłoby realne zagrożenie dla zdrowia i życia pacjenta w związku z innym charakterem pracy w ambulatorium, a innym w oddziale.

## 2.7. Pozostałe istotne informacje

W dniu 31 maja 2023 r. Prezes AOTMiT wydał pozytywną rekomendację (nr 57/2023) w sprawie zasadności zakwalifikowania świadczenia opieki zdrowotnej „Immunoterapia alergenowa u osób uczulonych na jady owadów błonkoskrzydłych” w ramach „Kompleksowej opieki specjalistycznej nad pacjentem uczulonym na jad owadów błonkoskrzydłych oraz alergeny wziewne”.

Rekomendacja ma swoje odzwierciedlenie w wytycznych klinicznych, które wskazują, że faza indukcji odczulania metodą szybką (rush lub ultra rush) powinna być realizowana w warunkach szpitalnych, natomiast faza indukcji metodą konwencjonalną lub klaster oraz faza podtrzymująca mogą być realizowane w warunkach ambulatoryjnych. Niemniej jednak podkreśla się znaczenie odpowiedniego wyposażenie gabinetu oraz umiejętności personelu w udzielaniu pomocy doraźnej.

Również eksperci kliniczni podkreślają zasadność włączenia wnioskowanego świadczenia do katalogu świadczeń zdrowotnych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, wskazując, że podskórna immunoterapia alergenowa na jady owadów błonkoskrzydłych jest terapią ratującą życie i poprawia jakość życia pacjentów.

W aktualnym stanie prawnym w warunkach leczenia szpitalnego świadczenia odczulania na jady owadów (kurs wstępny metodą szybką oraz dawka podtrzymująca) finansowane są zgodnie z wyceną JGP obejmującą koszty szczepionki, koszty podania, koszty monitorowania pacjenta.

### 3. Projekt taryfy

#### 3.1. Pozyskanie danych

##### 3.1.1. Dane medyczno-kosztowe

W celu pozyskania danych o kosztach świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia szpitalnego w obszarze chorób alergicznych i zakaźnych przeprowadzono procedurę gromadzenia danych skierowaną do świadczeniodawców, którzy realizowali w 2018 r. przedmiotowe świadczenia opieki zdrowotnej na podstawie umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia (postępowanie nr 46 ogłoszone w dniu 14 marca 2019 r.).

Dodatkowo do analiz wykorzystano dane pozyskane w ramach niżej wskazanych postępowań:

- „Bieżąca współpraca – Leczenie Szpitalne 2018” (WB2018) (postępowanie nr 50);
- „Bieżąca współpraca – Leczenie Szpitalne 2019” (WB2019) (postępowanie nr 53);
- „Bieżąca współpraca – Leczenie Szpitalne 2020” (WB2020) (postępowanie nr 59).

Dane były zbierane w formie formularza danych szczegółowych (DSz) i finansowo-księgowych (FK), tj. plików:

- OG – zawierający informacje ogólne pozwalające dokładnie scharakteryzować świadczenie opieki zdrowotnej;
- PL – dane dotyczące produktów leczniczych;
- WM – dane dotyczące wyrobów medycznych;
- SM – dane dotyczące świadczeń medycznych;
- PR – dane dotyczące procedury;
- PR\_HR – dane dotyczące zaangażowania personelu medycznego w realizację procedur;
- OM - dane dotyczące obrotu magazynowego z apteki szpitalnej (dotyczy WB2019 i WB2020);
- FK – dane o poniesionych kosztach oraz informacji niefinansowych o zasobach ludzkich z medycznych ośrodków powstawania kosztów (OPK) realizujących przedmiotowe świadczenia z działalności podstawowej i pomocniczej w rodzaju leczenie szpitalne (raportowane koszty powinny zawierać koszty bezpośrednie oraz alokowane koszty pośrednie).

Szczegóły dotyczące pozyskanych danych znajdują się w poniższych tabelach. Lista świadczeniodawców, którzy przekazali dane znajduje się w załączniku nr 6.

**Tabela 25** Informacje dotyczące liczby wytypowanych podmiotów i liczba podmiotów, które udostępniły dane w ramach postępowań nr 46, 50, 53 i 59

Nr postępowania	Liczba wytypowanych podmiotów, od których Agencja wniosła o udostępnienie danych	Liczba podmiotów, które przekazały dane medyczno-kosztowe
46	57	30
50	nd	7
53	nd	13
59	nd	8

Źródło: opracowanie własne.

Dane pozyskane z lat 2018 - 2020 r. pochodzą od 7% świadczeniodawców realizujących świadczenia w tym okresie. Szczegółowe zestawienie liczby świadczeniodawców oraz świadczeń znajduje się w poniższej tabeli.

**Tabela 26 Wielkość pozyskanej próby danych w ramach postępowań nr 46, 50, 53 i 59**

Rodzaj danych	S51	S52	S55E	S55F	S56	S57	S60	S33
Liczba świadczeniodawców realizujących taryfikowane świadczenia w 2018 - 2020 r.	52	230	377	484	491	388	561	128
Liczba świadczeniodawców, którzy przekazali dane	4	12	13	13	19	10	21	7
[%] świadczeniodawców, którzy przekazali dane	8%	5%	3%	3%	4%	3%	4%	5%
Łączna liczba zrealizowanych świadczeń w 2018 - 2020 r.	8 689	12 533	2 197	8 597	56 975	14 670	61 375	75 793
Liczba świadczeń, które zostały przekazane	425	1 471	67	210	1 739	362	1 726	2 221
[%] świadczeń, które zostały przekazane	5%	12%	3%	2%	3%	2%	3%	3%

Źródło: opracowanie własne.

Świadczeniodawcy, od których pozyskano dane kliniczno-kosztowe, zrealizowali w 2022 r. w sumie 19% wycenianych świadczeń: w przypadku grupy S51 – 46%, S52 – 56%, S55E – 6%, S55F – 5%, S56 – 5%, S57 – 4%, S60 – 15%, S33 – 21%.

Biorąc pod uwagę kategorię szpitala, to próba danych pozyskanych od świadczeniodawców w poszczególnych produktach rozliczeniowych kształtuje się następująco:

**Tabela 27 Próba świadczeniodawców w podziale na kategorię szpitala w poszczególnych produktach rozliczeniowych**

Etykiety wierszy	S51	S52	S55E	S55F	S56	S57	S60	S33
1 – gminny, powiatowy, miejski	0%	8%	42%	8%	8%	17%	17%	0%
2 – niepubliczne	0%	0%	0%	50%	50%	0%	0%	0%
3 – kliniczny	0%	45%	0%	9%	9%	0%	9%	27%
4 – wojewódzki	17%	8%	17%	0%	17%	8%	17%	17%
5 – inny (MSWiA, wojskowe)	0%	0%	0%	0%	100%	0%	0%	0%

Źródło: opracowanie własne.

Z kolei w poniższej tabeli przedstawiono rozkład realizacji wszystkich przedmiotowych świadczeń w 2022 r. w podziale na typ szpitala.

**Tabela 28 Próba świadczeniodawców, którzy przekazali dane kliniczno-kosztowe w podziale na kategorię szpitala**

Kategoria szpitala	Liczba świadczeniodawców realizujących przedmiotowe świadczenia w 2022 r.	Liczba świadczeniodawców, którzy przekazali dane kliniczno - kosztowe
1 – gminny, powiatowy, miejski	280 (51%)	12 (32%)
2 – niepubliczne	88 (16%)	2 (5%)
3 – kliniczny	48 (9%)	11 (29%)
4 – wojewódzki	107 (19%)	12 (32%)
5 – inny (MSWiA, wojskowe)	26 (5%)	1 (3%)

Źródło: opracowanie własne.

### 3.1.2. Dane finansowo-księgowe

Do analizy wykorzystano dane z plików finansowo-księgowych z lat 2019 – 2022 pozyskane w trakcie postępowań, w których gromadzone były informacje dotyczące wszystkich OPK funkcjonujących w podmiocie przekazującym dane:

- „Choroby żeńskiego układu rozrodczego” (postępowanie nr 52);
- „Bieżąca współpraca – Leczenie Szpitalne 2019” (WB2019) (postępowanie nr 53);
- „Dane finansowo- księgowe za 2019 rok (leczenie szpitalne)” (postępowanie nr 54);
- „Choroby przewodu pokarmowego, wątroby, dróg żółciowych, trzustki i śledziony” (postępowanie nr 55);
- „Świadczenia wysokospecjalistyczne dotyczące operacji wad serca i aorty piersiowej” (postępowanie nr 58);
- „Bieżąca współpraca – Leczenie Szpitalne 2020” (WB2020) (postępowanie nr 59);
- „Położnictwo i opieka nad noworodkami oraz Choroby dzieci - leczenie zachowawcze” (postępowanie nr 60);
- „Choroby narządu wzroku” (postępowanie nr 61);
- „Dane finansowo-księgowe za 2021” (postępowanie nr 62);
- „Kompleksowa diagnostyka kardiologiczna” (postępowanie nr 63);
- „Choroby układu oddechowego” (postępowanie nr 64);
- „Bieżąca współpraca – Leczenie Szpitalne 2021” (WB2021) (postępowanie nr 67);
- „Choroby układu nerwowego” (postępowanie nr 68);
- „Opieka paliatywna i hospicyjna” (postępowanie nr 69).

W poniższej tabeli przedstawiono licznosc obserwacji w podziale na specjalnosc oddzialu.

**Tabela 29 Licznosc próby danych finansowo-księgowych**

Kod zakresu	Nazwa zakresu	Licznosc obserwacji
4000	CHOROBY WEWNĘTRZNE	369
4010	ALERGOLOGIA	12
4011	ALERGOLOGIA DZIECIĘCA	13
4050	GASTROENTEROLOGIA	48
4051	GASTROENTEROLOGIA DZIECIĘCA	20
4060	GERIATRIA	47
4070	HEMATOLOGIA	57
4080	IMMUNOLOGIA KLINICZNA	2
4081	IMMUNOLOGIA KLINICZNA DZIECIĘCA	7
4100	KARDIOLOGIA	213
4130	NEFROLOGIA	66
4200	DERMATOLOGIA	59
4249	ONKOLOGIA I HEMATOLOGIA DZIECIĘCA	28
4270	GRUŻLICA I CHOROBY PŁUC	82
4272	CHOROBY PŁUC	92
4280	REUMATOLOGIA	82
4340	CHOROBY ZAKAŻNE	27
4341	CHOROBY ZAKAŻNE DZIECIĘCE	5
4342	LECZENIE AIDS	2
4346	CHOROBY TROPIKALNE	3

Kod zakresu	Nazwa zakresu	Liczność obserwacji
4348	OBSERWACYJNO-ZAKAŻNY	46
4349	OBSERWACYJNO-ZAKAŻNY DZIECIĘCY	8
4401	PEDIATRIA	295
4500	CHIRURGIA OGÓLNA	314
4640	UROLOGIA	157

Źródło: opracowanie własne.

Wartym podkreślenia jest fakt, iż świadczeniodawcy, których dane stanowiły podstawę obliczeń osobodnia, zrealizowali w 2022 roku 82% przedmiotowych świadczeń. Powyższe jest szczególnie istotne mając na uwadze, że przedmiotem raportu są świadczenia zachowawcze, których głównym nośnikiem kosztów są koszty osobodnia.

Ponadto, struktura próby w kontekście kategorii szpitala jest zbieżna z danymi NFZ, co przedstawiono w poniższej tabeli.

**Tabela 30 Próba świadczeniodawców, którzy przekazali dane finansowo-księgowe w podziale na kategorię szpitala**

Kategoria szpitala	Liczba świadczeniodawców realizujących przedmiotowe świadczenia w 2022 r.	Liczba świadczeniodawców, których dane finansowo-księgowe wykorzystano w obliczeniach
1 – gminny, powiatowy, miejski	280 (51%)	132 (43%)
2 – niepubliczne	88 (16%)	27 (9%)
3 – kliniczny	48 (9%)	45 (15%)
4 – wojewódzki	107 (19%)	89 (29%)
5 – inny (MSWiA, wojskowe)	26 (5%)	16 (5%)

Źródło: opracowanie własne.

### 3.2. Analiza danych

Analiza danych przekazanych przez świadczeniodawców przeprowadzona została zgodnie z metodyką taryfikacji świadczeń opieki zdrowotnej przyjętą w AOTMiT. W uzasadnionych przypadkach zostały zastosowane odstępstwa od metodyki, co zostało wskazane w dalszej części dokumentu.

Z uwagi na fakt, że dane kosztowe dotyczące przedmiotowych świadczeń pochodzą z różnych lat żadne z nich nie stanowi oddzielnie reprezentatywnej próby danych, zostały one zebrane w całość i zaktualizowane wskaźnikami do jednego roku, a następnie potraktowane jako wspólna baza.

Poniżej przedstawiono informacje o sposobie obliczeń podstawowych składowych kosztu świadczenia, m.in.: czasu hospitalizacji, kosztu osobodnia, kosztów leków i wyrobów medycznych, a także kosztów wykonanych procedur.

Kalkulacje kosztów świadczeń przeprowadzono metodą oszacowania średnich kosztów poszczególnych elementów świadczeń, po odcięciu wartości skrajnych.

Ze względu na fakt, iż blisko 70% hospitalizacji rozliczonych grupą JGP S51 AIDS – leczenie choroby pełnoobjawowej to hospitalizacje do 5 dni pobytu, proponuje się podział grupy JGP stosując kryterium długości hospitalizacji: **S51A AIDS – leczenie choroby pełnoobjawowej do 5 dni i S51B AIDS – leczenie choroby pełnoobjawowej > 5 dni**. Hospitalizacje poniżej 5 dni, zgodnie z przeprowadzoną analizą, związane są wyłącznie z wykonaniem badań kontrolnych, które mogłyby być wykonane w trybie

ambulatoryjnym. Hospitalizacje takie wiążą się ze znacznie niższymi kosztami niż w przypadku hospitalizacji pacjentów chorych na AIDS wymagających długiego leczenia w warunkach szpitalnych. Mając na uwadze wysoki udział krótkich hospitalizacji, brak wprowadzenia zmiany oraz przyjęcie średniej długości hospitalizacji dla grupy S51 w obecnym kształcie spowodowałoby obniżenie wartości taryf dla pacjentów, których stan wymaga dłuższego pobytu w szpitalu.

Ponadto, przeprowadzone analizy hospitalizacji pacjentów rozliczonych grupą JGP S60 *Choroby zakaźne niewirusowe*, w których rozpoznaniem głównym była posocznica, wskazują na zbliżony poziom kosztów do hospitalizacji pacjentów z grupy S56 *Posocznica o ciężkim przebiegu*. W związku z powyższym **rekomenduje się wprowadzenie zmiany w charakterystyce polegającej na przeniesieniu wszystkich rozpoznań związanych z posocnicą z grupy S60 *Choroby zakaźne niewirusowe* do grupy S56 i zmianę jej nazwy na S56 *Posocznica*.**

Dodatkowo, w grupie S33 – *Choroby alergiczne* > 17 r.ż., z uwagi na to, że średnia długość hospitalizacji wynosi 0,5 dnia, rekomenduje się usunięcie warunku zmiany wartości hospitalizacji w zależności od długości pobytu.

#### **Koszty stałe**

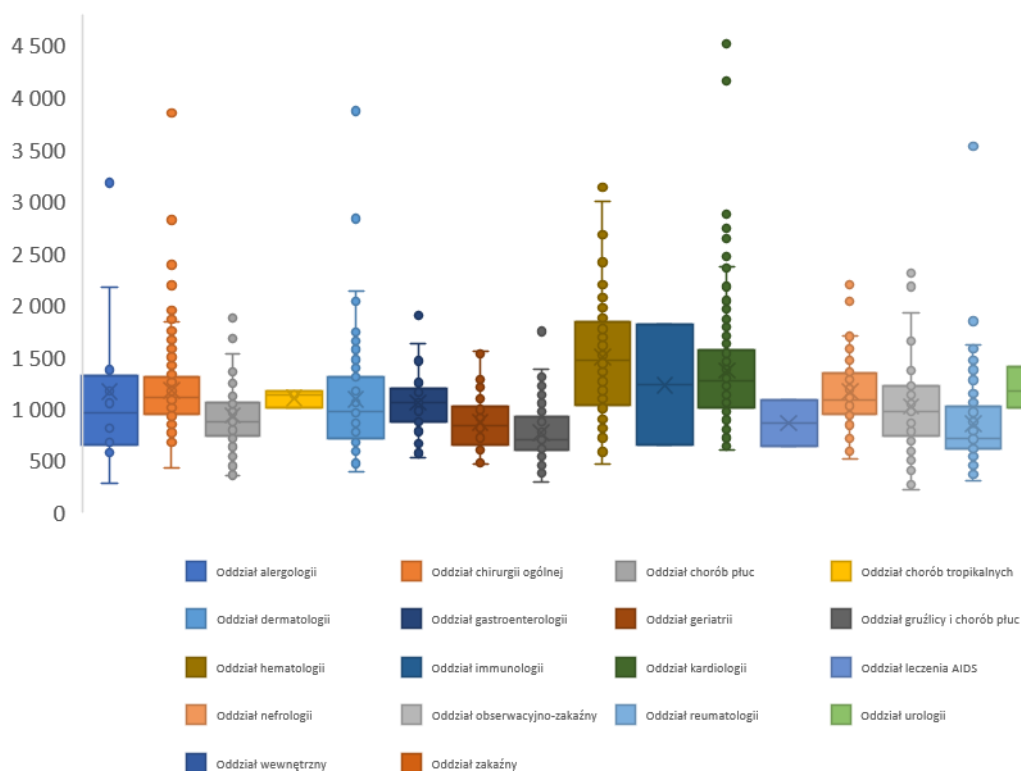
Do wyliczeń wykorzystano dane finansowo–księgowe z lat 2019 – 2022 przekazane przez świadczeniodawców. Dane zostały zaktualizowane do poziomu kosztów świadczeń realizowanych do 30 czerwca 2024 roku z zastosowaniem odpowiednich wskaźników cząstkowych.

#### **Hospitalizacja – osobodzień**

Przedmiotowe świadczenia mogą być realizowane na wielu oddziałach, m.in. chorób zakaźnych, alergologii, chorób wewnętrznych i innych. W celu oszacowania przeciętnego kosztu osobodnia dla oddziałów obliczono średnią po odcięciu wartości odstających metodą boxplot.

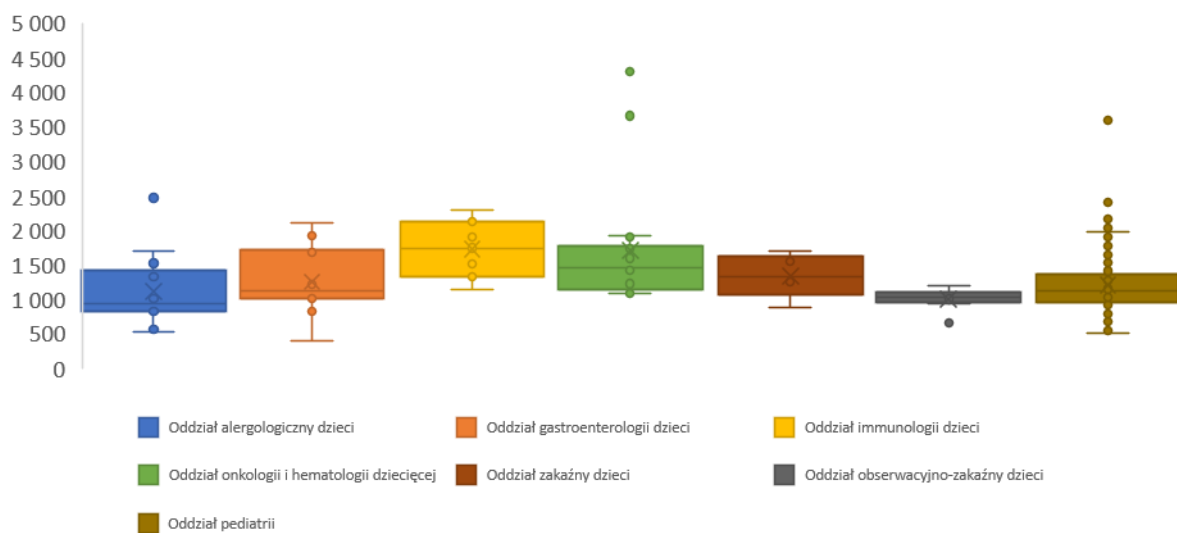
Rozrzut średnich jednostkowych kosztów osobodni dla poszczególnych oddziałów w danych przekazanych przez świadczeniodawców przedstawiono na dwóch poniższych wykresach. Pierwszy wykres obejmuje oddziały przeznaczone dla dorosłych, kolejny – oddziały dla dzieci.





**Rysunek 75. Rozrzut średnich jednostkowych kosztów osobodni dla analizowanych oddziałów w danych przekazanych przez świadczeniodawców.**

Źródło: opracowanie własne.



**Rysunek 76. Rozrzut kosztów osobodni dla analizowanych oddziałów dziecięcych w danych przekazanych przez świadczeniodawców.**

Źródło: opracowanie własne.

W poniższych tabelach zestawiono średnie koszty jednostkowe osobodnia dla poszczególnych oddziałów oraz wyliczone koszty osobodni dla poszczególnych JGP, po aktualizacji danych na moment publikacji raportu.

Tabela 31 Średni jednostkowy koszt osobodnia na poszczególnych oddziałach, na których może przebywać pacjent podczas hospitalizacji

Nazwa oddziału	Średni jednostkowy koszt osobodnia po aktualizacji [PLN]
Oddział alergologii	860,47
Oddział alergologii dziecięcej	1 004,56
Oddział chirurgii ogólnej	1 129,23
Oddział chorób płuc	887,62
Oddział chorób tropikalnych	1 102,19
Oddział chorób wewnętrznych	881,34
Oddział chorób zakaźnych	1 055,20
Oddział chorób zakaźnych dziecięcy	1 341,14
Oddział dermatologii i wenerologii	1 009,28
Oddział gastroenterologii	1 021,40
Oddział gastroenterologii dla dzieci	1 256,58
Oddział geriatrici	867,10
Oddział gruźlicy i chorób płuc	753,21
Oddział hematologii	1 444,28
Oddział immunologii klinicznej	1 229,64
Oddział immunologii klinicznej dla dzieci	1 726,54
Oddział kardiologii	1 305,76
Oddział leczenia AIDS	862,40
Oddział nefrologii	1 104,03
Oddział obserwacyjno-zakaźny	943,40
Oddział obserwacyjno-zakaźny dla dzieci	1 028,96
Oddział onkologii i hematologii dziecięcej	1 426,33
Oddział pediatrii	1 160,18
Oddział reumatologii	785,28
Oddział urologii	1 205,90

Źródło: opracowanie własne.

Średni jednostkowy koszt osobodnia dla każdego z produktów rozliczeniowych został obliczony odrębnie jako średnia odcięta wartość kosztów z oddziałów szpitalnych ważona poziomem realizacji JGP w komórkach o określonych kodach resortowych oraz kategoriach szpitali. W obliczeniach pominięto kody resortowe, w których udział w realizacji świadczeń był znikomy (poniżej 1%).

Tabela 32 Zestawienie kosztów osobodnia dla poszczególnych JGP

Świadczenie jednostkowe	Średni jednostkowy koszt osobodnia po aktualizacji [PLN]	Liczba obserwacji stanowiących podstawę obliczeń
S51A AIDS - leczenie choroby pełnoobjawowej do 5 dni	1 046,50	158
S51B AIDS - leczenie choroby pełnoobjawowej >5 dni		
S52 Niedobory odporności inne niż HIV/ AIDS	1 231,81	745
S55E Gorączka niejasnego pochodzenia > 65 r.ż.	966,18	1 873
S55F Gorączka niejasnego pochodzenia < 66 r.ż.		
S56 Posocznica o ciężkim przebiegu		
S57 Inne choroby wirusowe		
S60 Choroby zakaźne nie wirusowe		
S33 Choroby alergiczne > 17 r.ż.	1 046,23	590

Źródło: opracowanie własne.

Dodatkowo przeprowadzono analizę udziału kosztów wynagrodzeń w koszcie osobodnia w analizowanych JGP. Szczegółowe dane umieszczono w poniższej tabeli.

**Tabela 33 Zestawienie udziału kosztów wynagrodzeń w osobodniu w podziale na kategorię personelu**

JGP	Lekarz	Pielęgniarka	Lekarz rezydent	Pozostały medyczny	Pozostały niemedyczny	Ogółem
S51	25%	36%	4%	0%	3%	69%
S52	20%	27%	6%	0%	3%	57%
S55E	30%	37%	6%	0%	4%	77%
S55F						
S56						
S57						
S60						
S33	22%	30%	4%	0%	4%	60%

Źródło: opracowanie własne.

### Czas hospitalizacji

W celu ustalenia długości hospitalizacji na potrzeby wyliczenia kosztów świadczeń, przeanalizowano rozkłady długości pobytów dla poszczególnych grup z bazy danych NFZ za rok 2022. W przypadku nowych JGP oraz grup ze zmianami w charakterystyce, dokonano przegrupowania pacjentów do grupy docelowej. Czas hospitalizacji został obliczony jako średnia czasu hospitalizacji pacjentów po odcięciu wartości skrajnych.

**Tabela 34 Średnie długości pobytu dla poszczególnych JGP**

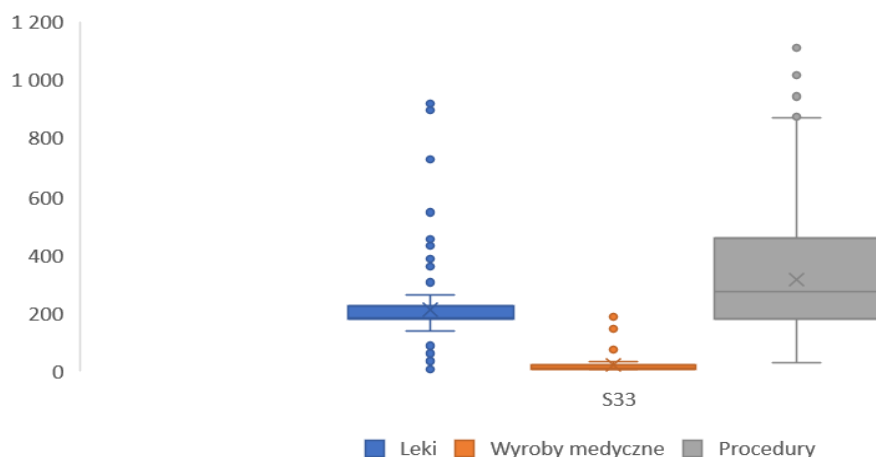
Kod i nazwa grupy	Średnia długość pobytu [w dniach]
S51A AIDS - leczenie choroby pełnoobjawowej do 5 dni	1,97
S51B AIDS - leczenie choroby pełnoobjawowej >5 dni	12,45
S52 Niedobory odporności inne niż HIV/AIDS	1,78
S55E Gorączka niejasnego pochodzenia > 65 r.ż.	7,12
S55F Gorączka niejasnego pochodzenia < 66 r.ż.	3,25
S56 Posocznica	11,90
S57 Inne choroby wirusowe	6,49
S60 Choroby zakaźne niewirusowe	5,80
S33 Choroby alergiczne > 17 r.ż.	0,50

Źródło: opracowanie własne.

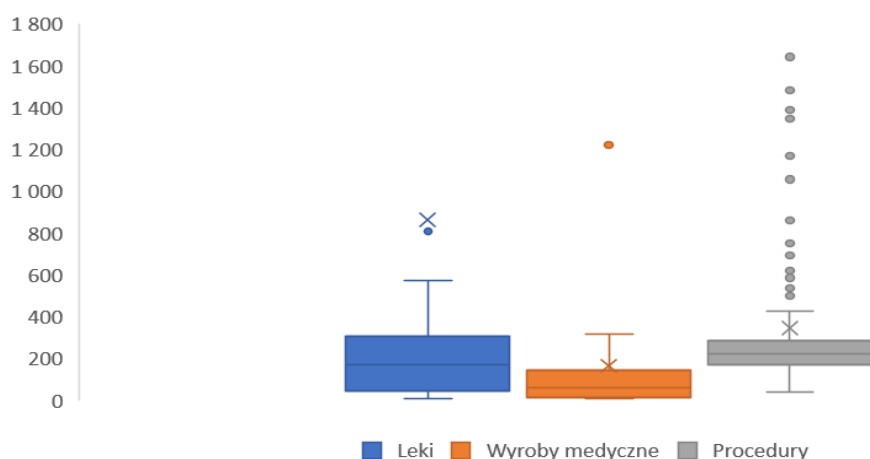
### Koszty zmienne hospitalizacji

Koszty procedur, produktów leczniczych oraz materiałów i wyrobów medycznych oszacowano na podstawie szczegółowych danych kliniczno-kosztowych przekazanych przez świadczeniodawców. Koszty produktów leczniczych, materiałów i wyrobów medycznych w przypadku poszczególnych pacjentów przeliczono na osobodzień. Następnie, po odrzuceniu wartości odstających, zostały one uśrednione w ramach poszczególnych JGP. Całkowity koszt produktów leczniczych i wyrobów medycznych w danym JGP oszacowano uwzględniając przyjęty średni czas hospitalizacji dla przedmiotowych grup rozliczeniowych.

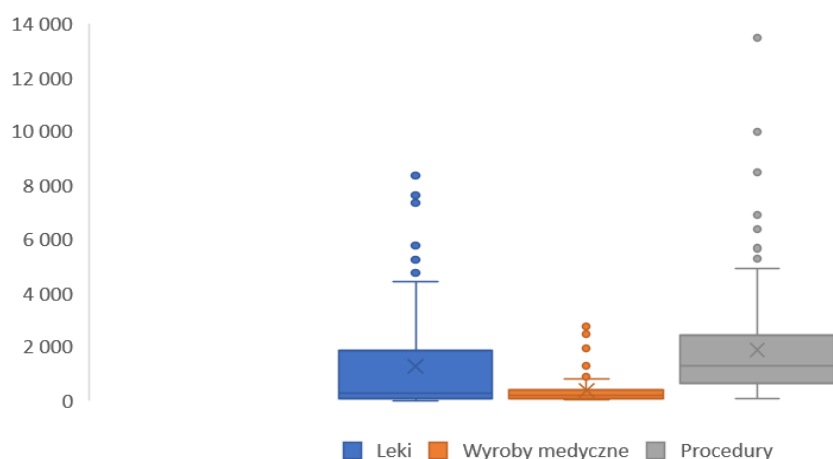
Rozrzut kosztów produktów leczniczych, materiałów i wyrobów medycznych oraz procedur w podziale na poszczególne JGP przedstawiono na wykresach poniżej.



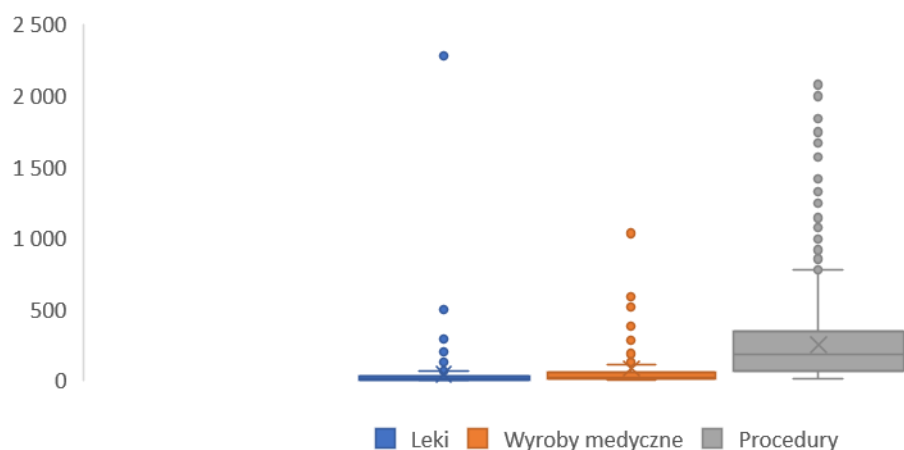
**Rysunek 77. Rozrzut kosztów produktów leczniczych, materiałów i wyrobów medycznych oraz procedur w grupie S33.**  
*Źródło: opracowanie własne.*



**Rysunek 78. Rozrzut kosztów produktów leczniczych, materiałów i wyrobów medycznych oraz procedur w grupie S51A.**  
*Źródło: opracowanie własne.*

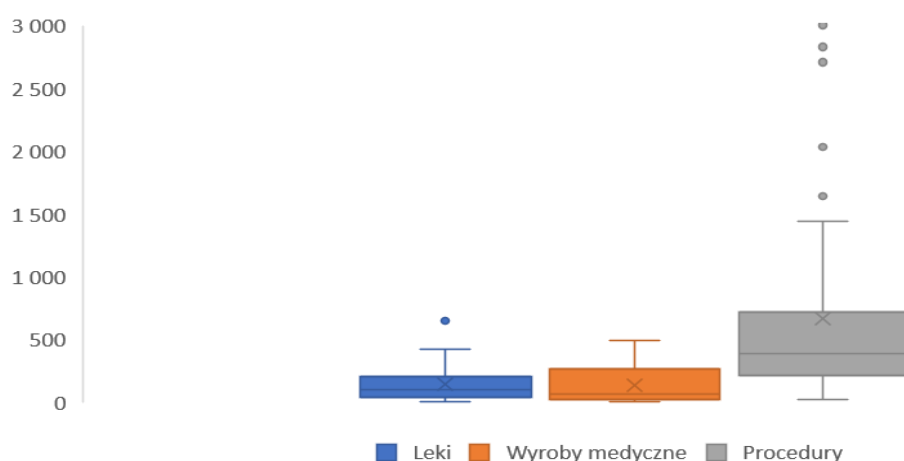


**Rysunek 79. Rozrzut kosztów produktów leczniczych, materiałów i wyrobów medycznych oraz procedur w grupie S51B.**  
*Źródło: opracowanie własne.*



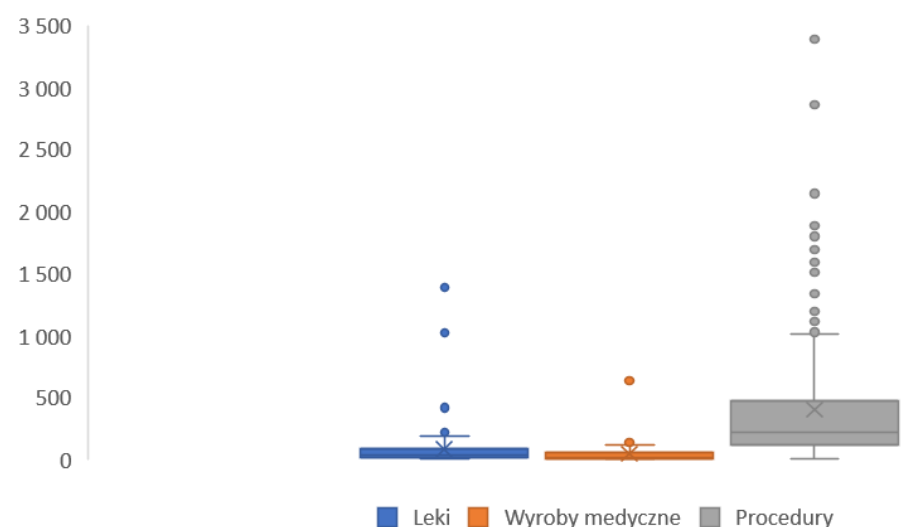
**Rysunek 80. Rozrzut kosztów produktów leczniczych, materiałów i wyrobów medycznych oraz procedur w grupie S52.**

Źródło: opracowanie własne.



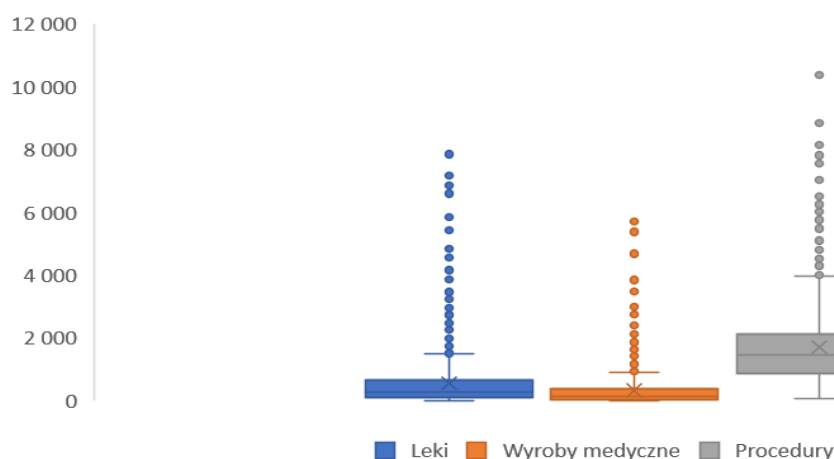
**Rysunek 81. Rozrzut kosztów produktów leczniczych, materiałów i wyrobów medycznych oraz procedur w grupie S55E.**

Źródło: opracowanie własne.

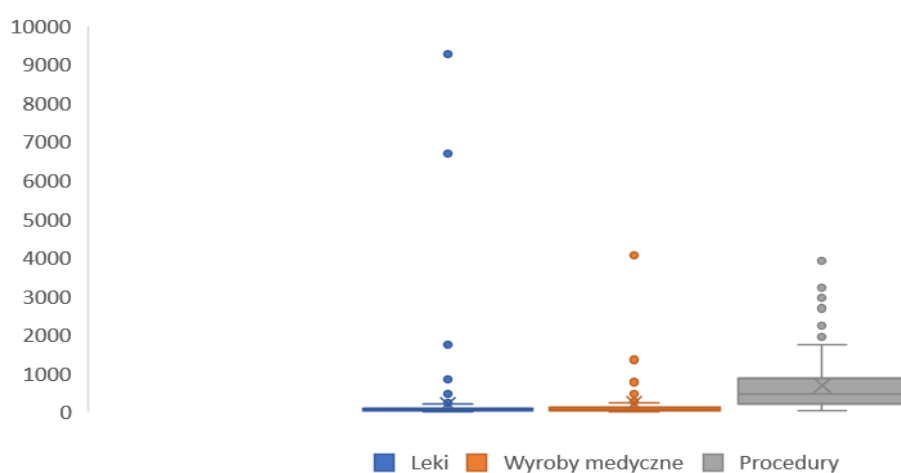


**Rysunek 82. Rozrzut kosztów produktów leczniczych, materiałów i wyrobów medycznych oraz procedur w grupie S55F.**

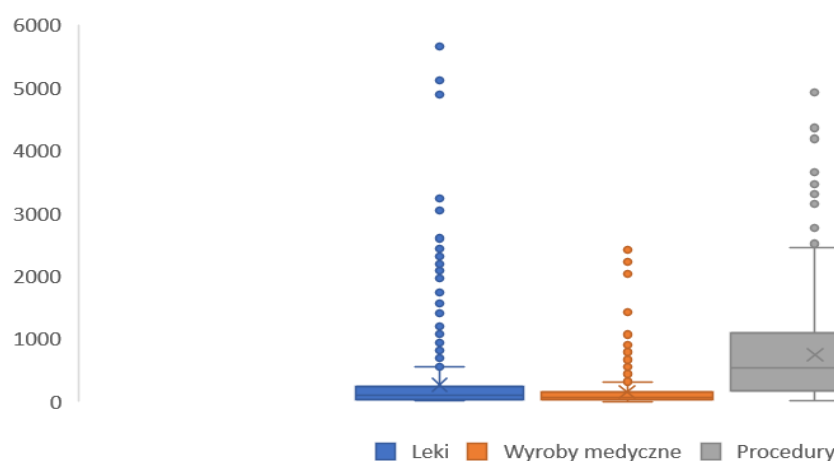
Źródło: opracowanie własne.



**Rysunek 83. Rozrzut kosztów produktów leczniczych, materiałów i wyrobów medycznych oraz procedur w grupie S56.**  
*Źródło: opracowanie własne.*



**Rysunek 84. Rozrzut kosztów produktów leczniczych, materiałów i wyrobów medycznych oraz procedur w grupie S57.**  
*Źródło: opracowanie własne.*



**Rysunek 85. Rozrzut kosztów produktów leczniczych, materiałów i wyrobów medycznych oraz procedur w grupie S60.**  
*Źródło: opracowanie własne.*

### Mnożnik zmian wielkości kosztów

Koszty świadczeń z lat 2018-2022 poddano aktualizacji do poziomu kosztów świadczeń realizowanych do 30 czerwca 2024 roku z zastosowaniem odpowiednich wskaźników częściowych, zgodnie z poniższą tabelą.

Tabela 35 Wskaźniki do aktualizacji danych z lat 2018-2022

Wskaźnik	wskaźnik aktualizacji częściowych danych z 2018 r	wskaźnik aktualizacji częściowych danych z 2019 r	wskaźnik aktualizacji częściowych danych z 2020 r	Wskaźnik aktualizacji częściowych danych z 2021 r	wskaźnik aktualizacji częściowych danych z 2022 r
Dynamika przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto - opieka zdrowotna i pomoc społeczna	2,30	2,09	1,93	1,65	1,28
Dynamika wskaźnika cen towarów i usług konsumpcyjnych – zdrowie	1,22	1,18	1,12	1,09	1,05
Dynamika średnioważonego kosztu kapitału	1,29	1,22	1,16	1,11	1,04

Źródło: opracowanie własne.

Wykorzystane mnożniki zostały opracowane w oparciu o korelację prognoz z "Wytycznymi dotyczącymi stosowania jednolitych wskaźników makroekonomicznych będących podstawą oszacowania skutków finansowych projektowanych ustaw" oraz dane dla sektora opieki zdrowotnej (dla wskaźnika wynagrodzeń oraz inflacji). Mnożnik uwzględnia zwiększenie minimalnego wynagrodzenia w gospodarce oraz założenia z ustawy o sposobie ustalania minimalnego wynagrodzenia osób zatrudnionych w podmiotach leczniczych.

### Wynik analizy kosztów

W poniższej tabeli przedstawiono podsumowanie analizy kosztów dla JGP stanowiących przedmiot raportu.

Tabela 36 Podsumowanie wariantów analizy kosztów w podziale na koszty stałe hospitalizacji i koszty zmienne

Świadczenie jednostkowe	Średnia długość hospitalizacji [dni]	Koszty stałe (hospitalizacji) [PLN]	Koszty zmienne [PLN]			Wynik analizy kosztów [PLN]
			Leki	Wyroby medyczne	Procedury	
S51A AIDS – leczenie choroby pełnoobjawowej do 5 dni	2,47*	2 584,85	137,97	47,75	203,02	2 973,59
S51B AIDS – leczenie choroby pełnoobjawowej > 5 dni	12,45	13 028,90	524,79	246,36	1 528,17	15 328,22
S52 Niedobory odporności inne niż HIV/AIDS	2,28*	2 808,53	24,94	26,82	217,58	3 077,87
S55E Gorączka niejasnego pochodzenia > 65 r.ż.	7,12	6 879,20	194,25	104,01	402,01	7 579,49
S55F Gorączka niejasnego pochodzenia < 66 r.ż.	3,25	3 140,09	53,14	33,69	233,36	3 460,28
S56 Posocznica	11,90	11 497,54	413,50	325,56	1 609,47	13 846,07
S57 Inne choroby wirusowe	6,49	6 270,51	109,95	70,13	498,04	6 948,63
S60 Choroby zakaźne niewirusowe	5,80	5 603,84	97,49	81,85	665,57	6 448,75
S33 Choroby alergiczne > 17 r.ż.	0,50	523,11	194,13	12,80	307,01	1 037,05

\*Ze względu na stosowany przez NFZ mechanizm różnicowania wyceny w zależności od długości pobytu, długość hospitalizacji do kalkulacji została powiększona o 0,5 dnia względem danych statystycznych prezentowanych w tabeli 34

Źródło: opracowanie własne.

W toku prac dokonano również analizy liczby dni pobytu finansowanych grupą. W celu wyznaczenia limitów dni dla nowych JGP uwzględniono wytyczne NHS, zawarte raporcie dotyczącym szacowania kosztów i statystyk dotyczących długości hospitalizacji, zgodnie z którymi górny limit dni finansowany grupą odpowiada sumie górnego kwartyla długości pobytów i 1,5 odstępu międzykwartylowego (NHS,2022) – zgodnie z poniższym wzorem:

$$\text{Max } \{5, Q3 + 1.5 \times (Q3 - Q1)\}.$$

Dodatkowo na podstawie osobodni przyjętych do analiz wyznaczono nowe wartości osobodni ponad limit finansowania grupą. Nowe limity dni znajdują się w tabeli poniżej.

**Tabela 37 Propozycja aktualizacji limitów liczby dni finansowanych grupą ponad ryczałt dla produktów rozliczeniowych dedykowanych chorobom zakaźnym w katalogu JGP**

Świadczenie jednostkowe	Obecna liczba dni pobytu finansowana grupą	Projekt liczby dni pobytu finansowana grupą
S51B AIDS – leczenie choroby pełnoobjawowej > 5 dni	34	33
S52 Niedobory odporności inne niż HIV/AIDS	16	7
S55E Gorączka niejasnego pochodzenia > 65 r.ż.	12	18
S55F Gorączka niejasnego pochodzenia < 66 r.ż.	12	11
S56 Posocznica	33	32
S57 Inne choroby wirusowe	17	19
S60 Choroby zakaźne niewirusowe	24	20

Źródło: opracowanie własne.

W ramach prac analitycznych poddano również weryfikacji wartości osobodnia pobytu pacjenta ponad ustalony limit. Nowe wartości oszacowano metodą regresyjną, tj. jako 80% średniego kosztu osobodnia, w odniesieniu do poszczególnych JGP. Szczegóły przedstawia poniższa tabela.

**Tabela 38 Propozycja aktualizacji wartości osobodnia ponad ryczałt dla produktów rozliczeniowych dedykowanych chorobom zakaźnym w katalogu JGP**

Świadczenie jednostkowe	Aktualna wartość osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą [PLN]*	Projekt wartości osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą [PLN]	% zmiana
S51B AIDS – leczenie choroby pełnoobjawowej > 5 dni	574	837	46%
S52 Niedobory odporności inne niż HIV/AIDS	607	985	62%
S55E Gorączka niejasnego pochodzenia > 65 r.ż.	315	773	145%
S55F Gorączka niejasnego pochodzenia < 66 r.ż.	304		154%
S56 Posocznica	507		52%
S57 Inne choroby wirusowe	287		169%
S60 Choroby zakaźne niewirusowe	304		154%

\*Cena punktu = 1,72

Źródło: opracowanie własne.

Odnosząc się do uwag zgłaszanych przez środowisko, dotyczących różnej ciężkości przebiegu choroby, kosztownych badań czy drogich leków, należy mieć na uwadze, że szacowanie taryf zostało przeprowadzone na podstawie danych o wszystkich sprawozdanych do AOTMiT pacjentach, a co za tym idzie, w wycenach JGP zostały uwzględnione także koszty hospitalizacji pacjentów o ciężkim przebiegu choroby. Kosztowne badania oraz leki wykazane przez świadczeniodawców zostały wliczone w uśrednione koszty poszczególnych JGP.



### **Ograniczenia analizy**

Ograniczenia w procesie kalkulacji kosztów świadczeń wynikały przede wszystkim z następujących kwestii:

- nie wszyscy wezwani świadczeniodawcy przekazali dane, co ograniczyło próbę danych do analizy, zwłaszcza w odniesieniu do kosztów zmiennych;
- niejednorodnego sposobu alokacji kosztów, wynikającego z braku obowiązywania standardu rachunku kosztów przed 2021 r., brak wdrożenia SRK przez wszystkie zobowiązane do tego podmioty, co wymagało uporządkowania danych przed rozpoczęciem analizy danych;
- niejednorodności przekazywanych danych medycznych (różne nazewnictwo, różne jednostki miary tp.), wymagającej uporządkowania danych przed ich analizą;
- rozliczanie przedmiotowymi grupami świadczeń kwalifikujących się do rozliczenia za zgodą płatnika, co wymagało usunięcia ich z dalszych analiz;

### 3.3. Analiza wrażliwości

Nie przeprowadzono.

### 3.4. Projekt taryfy

Proponowane projekty taryf opierają się o wyniki przeprowadzonych analiz kosztów, za wyjątkiem JGP S56 Posocznica. Ze względu na specyfikę świadczenia oraz różnice względem wyniku analizy kosztów na poziomie 3% rekomendowanym jest pozostawienie taryfy na jej aktualnym poziomie.

Poniżej przedstawiono projekty taryf, które są wyższe od aktualnej wyceny NFZ w przypadku 5 grup – wzrost wyceny w stosunku do wartości katalogowej świadczenia od 26% do 169%. W przypadku 3 grup obserwuje się spadek wyceny od 38% do 75%.

Tabela 39 Projekty taryf

Świadczenie jednostkowe	Aktualna wycena NFZ - hospitalizacja [PLN]*	Projekt taryfy [PLN]	Różnica w stosunku do aktualnej wyceny (%)	Projekt taryfy w punktach
S51A AIDS - leczenie choroby pełnoobjawowej do 5 dni**	12 071	2 974	-75%	1 729
S51B AIDS - leczenie choroby pełnoobjawowej >5 dni**	12 071	15 328	27%	8 911
S52 Niedobory odporności inne niż HIV/AIDS	4 976	3 078	-38%	1 789
S55E Gorączka niejasnego pochodzenia > 65 r.ż.	3 794	7 579	100%	4 406
S55F Gorączka niejasnego pochodzenia < 66 r.ż.	2 742	3 460	26%	5 951
S56 Posocznica***	14 218	14 218	nd	8 266
S57 Inne choroby wirusowe	2 587	6 949	169%	4 040
S60 Choroby zakaźne niewirusowe	4 063	6 449	59%	3 749
S33 Choroby alergiczne > 17 r.ż.****	4 063(2 033*****)	1 037	-75% (-49%)	603

Źródło: opracowanie własne.

\*Wartość punktowa- hospitalizacji x cena punktu = 1,72 dotyczy pełnej wartości hospitalizacji \*\* Podział grupy S51 zgodnie z opisanymi rekomendacjami w rozdziale 3. \*\*\*zmiana nazwy grupy oraz zmiana charakterystyki zgodnie z opisanymi rekomendacjami w rozdziale 3.

\*\*\*\* Uwzględnia rekomendację opisaną w rozdziale 3 dotyczącą usunięcia zmiany wyceny w zależności od długości hospitalizacji \*\*\*\*\* aktualna wartość hospitalizacji, w których dzień przyjęcia = dzień wypisu, zgodnie z danymi NFZ hospitalizacje te stanowią 88 % wszystkich hospitalizacji w tej grupie

Należy mieć na uwadze, iż przedstawione w tabeli obecne wartości taryf dotyczą wartości hospitalizacji, która nie uwzględnia różnicy w płatności w przypadku hospitalizacji 0/1/2 dni. Powyższe ma szczególnie istotne znaczenie w przypadku grup S51A, S52, gdzie średni czas hospitalizacji jest znacznie krótszy niż 3 dni. Dodatkowo, należy wziąć pod uwagę rekomendację związaną z usunięciem warunku zmiany wartości hospitalizacji w zależności od długości pobytu **w przypadku grupy S33** i ze względu na powyższe, **wyciąganie wniosków dotyczących porównania wartości obecnej wyceny z proponowaną taryfą jest błędne. Wartość punktowa hospitalizacji, w której dzień przyjęcia = dzień wypisu w grupie S33 w wynosi 1 182 punkty, czyli ok 2 033 zł.**

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

Analiza wpływu na budżet została przeprowadzona z wykorzystaniem danych Narodowego Funduszu Zdrowia o liczbie produktów jednostkowych zrealizowanych w roku 2022 oraz z uwzględnieniem ceny punktu obowiązującej od lipca 2023 r. w lecznictwie szpitalnym, która wynosi 1,72 zł. Wprowadzenie w życie proponowanych taryf świadczeń będzie wiązało się z dodatkowymi wydatkami po stronie płatnika w wysokości 30,99 mln zł, co odpowiada 6% zwiększeniu ponoszonych kosztów w obszarze analizowanych świadczeń, względem wycen obowiązujących od lipca 2023 roku. W poniższej tabeli przedstawiono szczegółowe informacje.

Ze względu na zmiany charakterystyki JGP S51A, S51B, S56 oraz S60 zmodyfikowano liczbę hospitalizacji rozliczonych w 2022 roku w ramach tych JGP. Dodatkowo w analizie wpływu na budżet uwzględniono zmiany limitów dni finansowania grupą oraz wartości osobodnia ponad limit.

Tabela 40 Analiza wpływu na budżet płatnika

JGP	Liczba hospitalizacji w 2022 r.	Liczba hospitalizacji <3 dni w 2022 r.	łączna wartość świadczenia (PLN)*	łączna wartość świadczenia po zmianach (PLN)**	Różnica (PLN)
S51A AIDS - leczenie choroby pełnoobjawowej do 5 dni	841	985	16 881 212	4 158 553	-12 722 659
S51B AIDS - leczenie choroby pełnoobjawowej >5 dni	916	0	11 543 584	14 749 759	3 206 175
S52 Niedobory odporności inne niż HIV/AIDS	2 164	2 535	17 553 725	11 285 074	-6 268 651
S55E Gorączka niejasnego pochodzenia > 65 r.ż.	332	24	1 412 677	2 712 903	1 300 226
S55F Gorączka niejasnego pochodzenia < 66 r.ż.	985	831	4 327 979	5 551 202	1 223 223
S56 Posocznica	26 974	325	395 857 536	401 759 353	5 901 817
S57 Inne choroby wirusowe	8 087	1 380	24 859 951	65 967 766	41 107 815
S60 Choroby zakaźne niewirusowe	8 014	2 714	39 282 886	63 424 988	24 142 102
S33 Choroby alergiczne > 17 r.ż.	1 981	20 223	49 929 508	23 026 654	-26 902 854
<b>RAZEM:</b>			561 649 058	592 636 251	30 987 194

Źródło: opracowanie własne

\* 1 pkt = 1,72zł

### 4.2. Analiza wpływu na organizację systemu opieki zdrowotnej

Dostosowanie wyceny taryfikowanych świadczeń do realnych kosztów ponoszonych przez świadczeniodawców ułatwi dostęp w ramach publicznego systemu do przedmiotowych świadczeń.

Utworzenie nowych produktów rozliczeniowych oraz zmiana charakterystyki w zakresie JGP S56 oraz S60 mają charakter porządkujący system i racjonalizujący rozliczenia świadczeniodawców z płatnikiem.

## 5. Najważniejsze informacje i wnioski

### Taryfikowane świadczenie

Przedmiotem raportu są świadczenia gwarantowane z zakresu leczenia szpitalnego, identyfikowane JGP:

- S51 AIDS - leczenie choroby pełnoobjawowej,
- S52 Niedobory odporności inne niż HIV/ AIDS,
- S55E Gorączka niejasnego pochodzenia > 65 r.ż.,
- S55F Gorączka niejasnego pochodzenia < 66 r.ż.,
- S56 Posocznica o ciężkim przebiegu,
- S57 Inne choroby wirusowe,
- S60 Choroby zakaźne nie wirusowe,
- S33 Choroby alergiczne > 17 r.ż.

### Analiza popytu i podaży

W 2022 roku JGP S51–S60 oraz S33 realizowało 549 świadczeniodawców. Zrealizowali oni 79 311 świadczeń o łącznej wartości refundacji 424 565 331 PLN.

W 2022 r. najwięcej świadczeniodawców realizujących świadczenia z zakresu chorób zakaźnych występowało w województwie mazowieckim (70) i śląskim (70), a w przypadku alergii w województwie dolnośląskim (10), śląskim (8) oraz małopolskim i podkarpackim (7). Najmniej świadczeniodawców realizuje przedmiotowe świadczenia w województwie lubuskim i świętokrzyskim (choroby zakaźne – 18, alergia - 2).

Najwięcej świadczeniodawców realizowało świadczenia z JGP S60 *Choroby zakaźne niewirusowe* (522), S56 *Posocznica o ciężkim przebiegu* (460) oraz S57 *Inne choroby wirusowe* (436). Najmniej świadczeniodawców (38) udzielało świadczeń z JGP S51 *AIDS – leczenie choroby pełnoobjawowej*. Najwyższa wartość refundacji w 2022 r. objęła grupę S56 *Posocznica o ciężkim przebiegu* – 64% wartości wszystkich analizowanych grup.

Na przestrzeni lat 2018-2022 wydatki na świadczenia w obszarze będącym przedmiotem raportu stale rosły od 266,9 mln w roku 2018 do ponad 424,6 mln w roku 2022, co stanowi 60% wzrost wydatków w tym obszarze, przy 7% spadku liczby świadczeń.

Na przestrzeni lat 2018-2022 oraz estymowanych świadczeń w roku 2023 świadczenia wzrosła o ponad 83%, najwięcej w przypadku grupy S57 -91 % oraz grupy S33 – 89%. Powyższe zmiany mają związek ze zmianą ceny punktu, współczynnikami korygującymi, których wartość uległa zmianie na przestrzeni analizowanych lat, oraz mają związek ze zmianą w finansowaniu poniżej 3 dni.

Najczęściej sprawozdawane JGP w badanym obszarze to: S56 *Posocznica o ciężkim przebiegu*, S33 *Choroby alergiczne > 17 r.ż.*, S60 *Choroby zakaźne nie wirusowe*, które łącznie stanowią 85% wartości wszystkich sprawozdanych w tym okresie świadczeń z zakresu chorób zakaźnych oraz alergii (na podstawie danych NFZ za 2012 r.). Najwyższa wartość refundacji w 2022 r. objęła grupę S56 *Posocznica o ciężkim przebiegu* – 64% wartości wszystkich analizowanych grup.

Najwięcej świadczeń z zakresu chorób zakaźnych zostało zrealizowanych w szpitalach wojewódzkich i w szpitalach gminnych, powiatowych, miejskich – po 36%. Z kolei świadczenia związane z alergią w 62% realizowane są w szpitalach klinicznych.

Świadczenia z obszaru zakażeń mogą być realizowane w wielu zakresach. W 2022 r. najwięcej świadczeń zostało udzielonych w ramach zakresów choroby wewnętrzne (42%) i choroby zakaźne (23%). Znacznie mniej dotyczy zakresu dermatologia i wenerologia (5%), pediatria (5%) oraz nefrologia (4%) i urologia (4%). Z kolei realizacja świadczeń obejmujących alergię ogranicza się do zakresów: alergologia, choroby płuc, dermatologia i wenerologia oraz choroby wewnętrzne. Najwięcej świadczeń w 2022 r. zostało zrealizowanych w zakresie alergologia – 86%.

Mediana długości pobytu w poszczególnych grupach kształtowała się następująco: S51 – 3 dni, S52 – 1 dni, S55E – 7 dni, S55F – 3 dni, S56 – 11 dni, S57 – 6 dni, S60 – 6 dni, S33 – 0 dni.

W grupach JGP: S51, S55E, S55F, S57, S60 dominował tryb przyjęcia nagły, natomiast w grupach S52 i S33 większość pacjentów została przyjęta na podstawie skierowania. Ze względu na tryb wypisu większość pacjentów z analizowanych grup została skierowana do dalszego leczenia w lecznictwie ambulatoryjnym.

W 2022 roku w analizowanych grupach najliczniej sprawozdawanym rozpoznaniem kierunkowym były: w JGP S51 *Choroba wywołana przez ludzki wirus upośledzenia odporności [HIV], której skutkiem są inne stany* (58%), w JGP S52 *Nieokreślone zaburzenia przebiegające z udziałem mechanizmów immunologicznych oraz Inne określone niedobory odporności* (36%), w JGP S55E oraz S55F *Gorączka, nie określona* (odpowiednio 80% i 93%), w JGP S56 *Posocznica wywołana przez inne bakterie Gram-ujemne* (51%), w JGP S57 COVID-19 (88%), w JGP S60 *Zakażenia wywołane przez krętki* (39%) oraz w JGP S33 *Odczulenie na alergeny* (68%).

Ze względu na fakt, iż blisko 70% hospitalizacji rozliczonych grupą JGP S51 *AIDS – leczenie choroby pełnoobjawowej* to hospitalizacje do 5 dni pobytu, proponuje się utworzenie nowej grupy JGP stosując kryterium długości hospitalizacji: S51A *AIDS – leczenie choroby pełnoobjawowej do 5 dni* i S51B *AIDS – leczenie choroby pełnoobjawowej > 5 dni*. Hospitalizacje poniżej 5 dni, zgodnie z przeprowadzoną analizą, związane są wyłącznie z wykonaniem badań kontrolnych, które mogłyby być wykonane w trybie ambulatoryjnym. Hospitalizacje takie wiążą się ze znacznie niższymi kosztami niż w przypadku hospitalizacji pacjentów chorych na AIDS wymagających długiego leczenia w warunkach szpitalnych. Mając na uwadze wysoki udział krótkich hospitalizacji, brak wprowadzenia zmiany oraz przyjęcie średniej długości hospitalizacji dla grupy w obecnym kształcie spowodowałby obniżenie wartości taryf dla pacjentów, których stan wymaga dłuższego pobytu w szpitalu.

Ponadto, przeprowadzone analizy hospitalizacji pacjentów rozliczonych grupą JGP S60 *Choroby zakaźne nie wirusowe*, których rozpoznaniem głównym była posocznica wskazują na zbliżony poziom kosztów do hospitalizacji pacjentów z grupy S56 *Posocznica o ciężkim przebiegu*. W związku z powyższym rekomenduje się wprowadzenie zmiany w charakterystyce polegającej na przeniesieniu wszystkich rozpoznań związanych z posocnicą z grupy S60 *Choroby zakaźne niewirusowe* do grupy S56 i zmianę jej nazwy na S56 *Posocznica*.

Dodatkowo w grupie S33 – *Choroby alergiczne > 17 r.ż.*, z uwagi na to, że średnia długość hospitalizacji wynosi 0,5 dnia, rekomenduje się – usunięcie warunku zmiany wartości hospitalizacji w zależności od długości pobytu.

## Analiza danych

Analiza danych przekazanych przez świadczeniodawców przeprowadzona została zgodnie z metodyką taryfikacji świadczeń opieki zdrowotnej przyjętą w AOTMiT. W uzasadnionych przypadkach zostały zastosowane odstępstwa od metodyki, co zostało wskazane w dalszej części dokumentu.

Ponieważ dane kosztowe dotyczące przedmiotowych świadczeń pochodzą z różnych lat i żadne z nich nie stanowi oddzielnie reprezentatywnej próby danych, zostały one zebrane w całość, następnie poddano je aktualizacji do poziomu kosztów świadczeń realizowanych do 30 czerwca 2024 roku, a na ostatnim etapie potraktowane jako wspólna baza.

Kalkulacje kosztów świadczeń przeprowadzono metodą oszacowania średnich kosztów poszczególnych elementów świadczeń po odcięciu wartości skrajnych.

Do analizy kosztów zmiennych wykorzystano dane kliniczno-kosztowe zebrane w postępowaniach z lat 2018-2020. Najwięcej danych kliniczno-kosztowych pozyskano dla grupy S52 – 11% świadczeń, w pozostałych grupach próba kształtuje się od 1,4% do 4%.

Do analizy wykorzystano również dane z plików finansowo-księgowych z lat 2019 – 2022 uzyskane w trakcie innych postępowań prowadzonych przez AOTMiT, przekazane przez świadczeniodawców, którzy w roku 2022 zrealizowali w sumie 82% przedmiotowych świadczeń.

Średni koszt osobodnia dla każdego z produktów rozliczeniowych został obliczony odrębnie jako średnia kosztów z oddziałów, na których są hospitalizowani pacjenci ważona liczbą świadczeń zrealizowanych w poszczególnych zakresach, zgodnie z danymi rozliczeniowymi NFZ za 2022 r.

W celu ustalenia długości hospitalizacji na potrzeby wyliczenia kosztów świadczeń przeanalizowano rozkłady długości pobytów z bazy danych NFZ za rok 2022. W przypadku nowych JGP oraz grup ze zmianami w charakterystyce, dokonano przegrupowania pacjentów do grupy docelowej. Czas hospitalizacji został obliczony jako średnia czasu hospitalizacji pacjentów po odcięciu wartości skrajnych.

Koszty procedur, produktów leczniczych oraz wyrobów medycznych zużytych podczas hospitalizacji oszacowano na podstawie szczegółowych danych kliniczno-kosztowych przekazanych przez świadczeniodawców. Koszty produktów leczniczych i wyrobów medycznych w przypadku poszczególnych pacjentów przeliczono na osobodzień. Następnie, zostały one uśrednione w ramach poszczególnych JGP po odrzuceniu wartości odstających. Całkowity koszt produktów leczniczych i wyrobów medycznych w danym JGP oszacowano uwzględniając przyjęty średni czas hospitalizacji dla przedmiotowych grup rozliczeniowych.

Koszty świadczeń z lat 2018-2022 poddano aktualizacji do poziomu kosztów świadczeń realizowanych do końca czerwca 2024 roku z zastosowaniem odpowiednich wskaźników cząstkowych

### **Ograniczenia analizy**

Ograniczenia w procesie kalkulacji świadczeń wynikały przede wszystkim z następujących kwestii:

- nie wszyscy wezwani świadczeniodawcy przekazali dane, co ograniczyło próbę danych do analizy, zwłaszcza w odniesieniu do kosztów zmiennych;
- niejednorodnego sposobu alokacji kosztów, wynikającego z braku obowiązywania standardu rachunku kosztów przed 2021 r., brak wdrożenia SRK przez wszystkie zobowiązane do tego podmioty, co wymagało uporządkowania danych przed rozpoczęciem analizy danych;

- niejednorodności przekazywanych danych medycznych (różne nazewnictwo, różne jednostki miary tp.), wymagającej uprzedniego uporządkowania danych przed ich analizą;
- rozliczanie przedmiotowymi grupami świadczeń kwalifikujących się do rozliczenia za zgodą płatnika, co wymagało usunięcia ich z dalszych analiz;

### **Projekt taryfy**

Proponowane projekty taryf opierają się o wyniki przeprowadzonych analiz kosztów, za wyjątkiem JGP S56 Posocznica. Ze względu na specyfikę świadczenia oraz różnice względem wyniku analizy kosztów na poziomie 3% rekomendowanym jest pozostawienie taryfy na jej aktualnym poziomie.

W przypadku 5 grup, projekty taryf, są wyższe od aktualnej wyceny NFZ – wzrost wyceny w stosunku do wartości katalogowej świadczenia od 26% do 169%. W przypadku 3 grup obserwuje się spadek wyceny od 38% do 75%.

Dodatkowo, należy wskazać, że w toku prac zaktualizowano liczbę dni finansowanych poszczególnymi grupami, oraz skalkulowano nowe wartości osobodnia ponad limit finansowany grupą, których wartość jest wyższa aniżeli obecnie obowiązujące od 46 % do 169%.

### **Analiza wpływu na budżet płatnika publicznego**

Analiza wpływu na budżet została przeprowadzona z wykorzystaniem danych Narodowego Funduszu Zdrowia o liczbie produktów jednostkowych zrealizowanych w roku 2022 oraz z uwzględnieniem ceny punktu obowiązującej od lipca 2023 r. w lecznictwie szpitalnym, która wynosi 1,72 zł. Wprowadzenie w życie proponowanych taryf świadczeń będzie wiązało się z dodatkowymi wydatkami po stronie płatnika w wysokości 30,99 mln zł, co odpowiada 6% zwiększeniu ponoszonych kosztów w obszarze analizowanych świadczeń, względem wycen obowiązujących od lipca 2023 roku.



## 6. Bibliografia

- COVID-19 (choroba spowodowana przez SARS-CoV-2) (2021). Pobrano z lokalizacji Medycyna Praktyczna: <https://www.mp.pl/interna/chapter/B01.XI.C.18.1>. (data dostępu: 04.01.2023 r.).
- Danielak M. i Dziemidok P. (2021). Koronawirus – SARS-CoV-2 – zapobieganie zakażeniom – doświadczenia własne. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu.
- Dziubek Z. (1996). Etiopatogeneza chorób zakaźnych. W Choroby zakaźne i pasożytnicze. Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Farmakoterapia COVID-19 – aktualizacja (2021). Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.
- Gajewski P. i Szczeklik A. (red) (2017). Interna Szczeklika. Medycyna Praktyczna.
- Kasper D.L i Fauci A.S. (2012). Harrison Choroby zakaźne. Czelej.
- Kokot F. (red) (2006). Choroby wewnętrzne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Kotyła P. (2015). Pierwotne niedobory odporności — wstęp do chorób autoimmunizacyjnych. Forum Reumatol.
- NHS. 2022/23 National Tariff Payment System. Annex D: Method used to calculate prices. 2022.
- Niedźwiedzka-Stadnik M. i Szmulik-Misiurek K. (2020). Okiem epidemiologa. Kontra – Biuletyn Krajowego Centrum ds. AIDS.
- NIZP-PZH (2022). Informacje o zakażeniach HIV i zachorowaniach na AIDS w Polsce. Pobrano z lokalizacji [http://wwwold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/hiv\\_aids/index.htm](http://wwwold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/hiv_aids/index.htm) (data dostępu: 04.01.2023 r.).
- Obtułowicz K. (red) (2001). Alergologia praktyczna. Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Obtułowicz K. (red) (2016). Alergologia. Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Roliński J., Sacha T., Siedlar M. (2020). Niedobory odporności. Pobrano z lokalizacji Medycyna Praktyczna: <https://www.mp.pl/interna/chapter/B16.II.15.17> (data dostępu: 24.06.2021 r.).
- Rymer W., Wroczyńska A., Jaeschke R., Szczeklik W., Mrukowicz J.: Komentarz. W: Flisiak R., Parczewski M., Horban A., Jaroszewicz J., Koziulewicz D., Pawłowska M., Piekarska A., Simon K., Tomasiewicz K. i Zarębska-Michaluk D. (2020). Zalecenia diagnostyki i terapii zakażeń SARS-CoV-2 Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych z dnia 13 października 2020 roku. Aneks 2 do rekomendacji z 31 marca 2020 roku. Pobrano z lokalizacji Medycyna Praktyczna: <https://www.mp.pl/covid19/leczenie/251451,leczenie-covid-19-w-swietle-aktualnych-wytycznych> (data dostępu: 24.06.2021 r.).
- Stusek-Janusz S. (2012). Analiza współczesnych aspektów etiopatogenetycznych i farmakoekonomicznych zachorowań na Różę (Erysipelas). Rozprawa doktorska. Poznań.
- Szczeklik A. (red) (2006). Choroby wewnętrzne. Medycyna Praktyczna.
- Szczypa K., Wilemska J., Hryniewicz W. i Sitkiewicz I. (2012). Mechanizmy wirulencji Streptococcus pyogenes. Postępy mikrobiologiczne.
- Wardyn K.A. i Życińska K. (red) (2014). Gorączka niejasnego pochodzenia, Czelej.
- WHO (2023) <https://www.who.int/> Dostęp w dniu 2.01.2024

Zalecenia Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS (2021). Zasady opieki nad osobami zakażonymi HIV.

ZUS (2021). Absencja chorobowa w 2020 roku.

ZUS (2022). Absencja chorobowa w 2021 roku.

ZUS (2023). Absencja chorobowa w 2022 roku.

ZUS, Wydatki (2021). Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy w 2020 r.

ZUS, Wydatki (2020). Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy w 2020 r.

ZUS, Wydatki (2022). Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy w 2020 r.

ZUS, Wydatki (2023). Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy w 2022 r.

## 7. Spis tabel i rysunków

### Spis tabel

Tabela 1 Liczba świadczeniodawców oraz udzielonych świadczeń w podziale na województwa w 2022 r. ....	17
Tabela 2 Liczba świadczeniodawców, świadczeń i ich wartość w podziale na JGP w 2022 r. ....	19
Tabela 3 Liczba hospitalizacji ze względu na typ szpitala w 2022 r. ....	20
Tabela 4 Liczba hospitalizacji w grupie S51 ze względu na tryb przyjęcia w 2022 r. ....	25
Tabela 5 Liczba hospitalizacji w grupie S51 ze względu na tryb wypisu w 2022 r. ....	25
Tabela 6 Kategorie produktów sumowanych do S51 w 2022 r. ....	26
Tabela 7 Liczba hospitalizacji w grupie S52 ze względu na tryb przyjęcia w 2022 r. ....	29
Tabela 8 Liczba hospitalizacji w grupie S52 ze względu na tryb wypisu w 2022 r. ....	30
Tabela 9 Kategorie produktów sumowanych do S52 w 2022 r. ....	30
Tabela 10 Liczba hospitalizacji w grupach S55E i S55F ze względu na tryb przyjęcia w 2022 r. ....	35
Tabela 11 Liczba hospitalizacji w grupach S55E i S55F ze względu na tryb wypisu w 2022 r. ....	35
Tabela 12 Kategorie produktów sumowanych do S55E i S55F w 2022 r. ....	35
Tabela 13 Liczba hospitalizacji w grupie S56 ze względu na tryb przyjęcia w 2022 r. ....	39
Tabela 14 Liczba hospitalizacji w grupie S56 ze względu na tryb wypisu w 2022 r. ....	39
Tabela 15 Kategorie produktów sumowanych do S56 w 2022 r. ....	40
Tabela 16 Liczba hospitalizacji w grupie S57 ze względu na tryb przyjęcia w 2022 r. ....	43
Tabela 17 Liczba hospitalizacji w grupie S57 ze względu na tryb wypisu w 2022 r. ....	44
Tabela 18 Kategorie produktów sumowanych do S57 w 2022 r. ....	44
Tabela 19 Liczba hospitalizacji w grupie S60 ze względu na tryb przyjęcia w 2022 r. ....	48
Tabela 20 Liczba hospitalizacji w grupie S60 ze względu na tryb wypisu w 2022 r. ....	49
Tabela 21 Kategorie produktów sumowanych do grupy S60 w 2022 r. ....	49
Tabela 22 Liczba hospitalizacji w grupie S33 ze względu na tryb przyjęcia w 2022 r. ....	52
Tabela 23 Liczba hospitalizacji w grupie S33 ze względu na tryb wypisu w 2022 r. ....	53
Tabela 24 Statystyki opisowe dotyczące cen komercyjnych z zakresu leczenia chorób zakaźnych i alergii. ....	63
Tabela 25 Informacje dotyczące liczby wytypowanych podmiotów i liczba podmiotów, które udostępniły dane w ramach postępowań nr 46, 50, 53 i 59.....	68
Tabela 26 Wielkość pozyskanej próby danych w ramach postępowań nr 46, 50, 53 i 59.....	69
Tabela 27 Próba świadczeniodawców w podziale na kategorię szpitala w poszczególnych produktach rozliczeniowych.....	69
Tabela 28 Próba świadczeniodawców, którzy przekazali dane kliniczno-kosztowe w podziale na kategorię szpitala.....	69
Tabela 29 Liczność próby danych finansowo-księgowych.....	70
Tabela 30 Próba świadczeniodawców, którzy przekazali dane finansowo-księgowe w podziale na kategorię szpitala.....	71
Tabela 31 Średni jednostkowy koszt osobodnia na poszczególnych oddziałach, na których może przebywać pacjent podczas hospitalizacji.....	74
Tabela 32 Zestawienie kosztów osobodnia dla poszczególnych JGP.....	74
Tabela 33 Zestawienie udziału kosztów wynagrodzeń w osobodniu w podziale na kategorię personelu.....	75
Tabela 34 Średnie długości pobytu dla poszczególnych JGP.....	75
Tabela 35 Wskaźniki do aktualizacji danych z lat 2018-2022.....	79
Tabela 36 Podsumowanie wariantów analizy kosztów w podziale na koszty stałe hospitalizacji i koszty zmienne.....	79
Tabela 37 Propozycja aktualizacji limitów liczby dni finansowanych grupą ponad ryczałt dla produktów rozliczeniowych dedykowanych chorobom zakaźnym w katalogu JGP.....	80
Tabela 38 Propozycja aktualizacji wartości osobodnia ponad ryczałt dla produktów rozliczeniowych dedykowanych chorobom zakaźnym w katalogu JGP.....	80
Tabela 39 Projekty taryf.....	82
Tabela 40 Analiza wpływu na budżet płatnika.....	83

## Spis rysunków

Rysunek 1. Zakażenia HIV, zachorowania na AIDS i zgony chorych na AIDS w latach 1986-2021.....	6
Rysunek 2. Liczba oraz odsetek zwolnień lekarskich wynikających z choroby własnej, spowodowanej chorobami zakaźnymi i pasożytniczymi osób ubezpieczonych w ZUS w latach 2012-2022.....	13
Rysunek 3. Liczba dni absencji chorobowej (w tysiącach) z tytułu choroby własnej, spowodowanej chorobami zakaźnymi i pasożytniczymi, osób ubezpieczonych w ZUS w latach 2012-2022.....	14
Rysunek 4. Liczba świadczeń w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców w 2022 r.....	18
Rysunek 5 Wartość świadczeń (w zł) grupy S51-S60 oraz S33 lata 2018-2022.....	19
Rysunek 6 Struktura wartości świadczeń grupy S51-S60 oraz S33, lata 2018-2022.....	19
Rysunek 7 Średnia wartość hospitalizacji w latach 2018-2023.....	20
Rysunek 8. Liczba hospitalizacji z obszaru chorób zakaźnych ze względu na zakres świadczeń w 2022 r.....	21
Rysunek 9. Liczba hospitalizacji związanych z alergią ze względu na zakres świadczeń w 2022 r.....	22
Rysunek 10. Liczba hospitalizacji w S51 w latach 2009–2022 r.....	22
Rysunek 11. Mediana długości hospitalizacji w latach 2009-2022 – S51.....	23
Rysunek 12. Histogram długości hospitalizacji w 2022 r. – S51.....	23
Rysunek 13. Udział hospitalizacji rozliczanych grupą S51 w podziale na typ szpitala w 2022 r.....	24
Rysunek 14. Udział hospitalizacji rozliczanych grupą S51 w podziale na zakres świadczeń w 2022 r.....	24
Rysunek 15. Udział hospitalizacji rozliczanych grupą S51 ze względu na wiek pacjenta w 2022 r.....	25
Rysunek 16. Udział hospitalizacji w grupie S51 ze względu na rozpoznania główne w 2022 r.....	26
Rysunek 17. Liczba hospitalizacji w S52 w latach 2009–2022 r.....	27
Rysunek 18. Mediana długości hospitalizacji w latach 2009-2022 – S52.....	27
Rysunek 19. Histogram długości hospitalizacji w 2022 r. – S52.....	28
Rysunek 20. Udział hospitalizacji rozliczanych grupą S52 w podziale na typ szpitala w 2022 r.....	28
Rysunek 21. Udział hospitalizacji rozliczanych grupą S52 w podziale na zakres świadczeń w 2022 r.....	29
Rysunek 22. Udział hospitalizacji rozliczanych grupą S52 ze względu na wiek pacjenta w 2022 r.....	29
Rysunek 23. Udział hospitalizacji w grupie S52 ze względu na rozpoznania główne w 2022 r.....	31
Rysunek 24. Liczba hospitalizacji w S55E i S55F w latach 2016 - 2022 r.....	31
Rysunek 25. Mediana długości hospitalizacji w latach 2016-2022 – S55E i S55F.....	32
Rysunek 26. Histogram długości hospitalizacji w 2022 r. – S55F.....	32
Rysunek 27. Histogram długości hospitalizacji w 2022 r. – S55E.....	32
Rysunek 28. Udział hospitalizacji rozliczanych grupą S55E i S55F w podziale na typ szpitala w 2022 r.....	33
Rysunek 29. Udział hospitalizacji rozliczanych grupami S55E i S55F w podziale na zakres świadczeń w 2022 r.....	33
Rysunek 30. Udział hospitalizacji rozliczanych grupą S55E ze względu na wiek pacjenta w 2022 r.....	34
Rysunek 31. Udział hospitalizacji rozliczanych grupą S55F ze względu na wiek pacjenta w 2022 r.....	34
Rysunek 32. Udział hospitalizacji w obu grupach S55E i S55F, ze względu na rozpoznania główne w 2022 r.....	36
Rysunek 33. Liczba hospitalizacji w S56 w latach 2013 - 2022 r.....	36
Rysunek 34. Mediana długości hospitalizacji w S56 w latach 2013-2022.....	37
Rysunek 35. Histogram długości hospitalizacji w 2022 roku - S56.....	37
Rysunek 36. Udział hospitalizacji rozliczanych grupą S56 w podziale na typ szpitala w 2022 r.....	38
Rysunek 37. Udział hospitalizacji rozliczanych grupą S56 w podziale na zakres świadczeń w 2022 r.....	38
Rysunek 38. Udział pacjentów rozliczonych grupą S56 ze względu na wiek w 2022 roku.....	39
Rysunek 39. Udział hospitalizacji rozliczonych grupą S56 ze względu na rozpoznanie główne w 2022 roku.....	40
Rysunek 40. Liczba hospitalizacji rozliczonych grupą S57 w latach 2009-2022.....	41
Rysunek 41. Mediana długości hospitalizacji w latach 2009-2022 - S57.....	41
Rysunek 42. Histogram długości hospitalizacji w roku 2022 - S57.....	42
Rysunek 43. Udział hospitalizacji rozliczonych grupą S57 w podziale na typ szpitala w 2022 r.....	42
Rysunek 44. Udział hospitalizacji rozliczonych grupą S57 w podziale na zakres świadczeń w 2022 r.....	43
Rysunek 45. Udział hospitalizacji rozliczonych grupą S57 ze względu na wiek pacjenta w 2022 r.....	43
Rysunek 46. Udział hospitalizacji w grupie S57 ze względu na rozpoznanie główne w 2022 roku.....	45
Rysunek 47. Liczba hospitalizacji w latach 2009 - 2022 w grupie S60.....	45
Rysunek 48. Mediana długości hospitalizacji w latach 2009-2022 w grupie S60.....	46
Rysunek 49. Histogram długości hospitalizacji w 2022 roku - S60.....	46
Rysunek 50. Udział hospitalizacji rozliczonych grupą S60 w podziale na typ szpitala w 2022 roku.....	47
Rysunek 51. Udział hospitalizacji rozliczonych grupą S60 w podziale na zakres świadczeń w 2022 roku.....	47
Rysunek 52. Udział hospitalizacji rozliczonych grupą S60 ze względu na wiek pacjenta w 2022 roku.....	48

Rysunek 53. Udział hospitalizacji w grupie S60 ze względu na rozpoznanie w 2022 roku. ....	50
Rysunek 54. Liczba hospitalizacji w S33 w latach 2009–2022 r. ....	50
Rysunek 55. Histogram długości hospitalizacji w 2022 r. – S33.....	51
Rysunek 56. Udział hospitalizacji rozliczanych grupą S33 w podziale na typ szpitala w 2022 r.....	51
Rysunek 57. Udział hospitalizacji rozliczanych grupą S33 w podziale na zakres świadczeń w 2022 r. ....	52
Rysunek 58. Udział hospitalizacji rozliczanych grupą S33 ze względu na wiek pacjenta w 2022 r. ....	52
Rysunek 59. Udział hospitalizacji w grupie S33 ze względu na rozpoznania główne w 2022 r.....	53
Rysunek 60. Średni czas oczekiwania na przyjęcie do szpitala w latach 2016-2022 w podziale na poszczególne JGP – dotyczy przyjęć planowych.....	54
Rysunek 61. Średni czas oczekiwania i średnia liczba osób oczekujących na przyjęcie na oddział chorób zakaźnych i chorób zakaźnych dla dzieci w latach 2014- 2022 - przypadki stabilne.....	55
Rysunek 62. Średni czas oczekiwania i średnia liczba osób oczekujących na przyjęcie na oddział obserwacyjno - zakaźny i obserwacyjno - zakaźny dla dzieci, w latach 2014-2022– przypadki stabilne.....	55
Rysunek 63. Średni czas oczekiwania i średnia liczba osób oczekujących na przyjęcie na oddział alergologiczny i alergologiczny dla dzieci w latach 2014- 2022 - przypadki stabilne. ....	56
Rysunek 64. Średni czas oczekiwania i średnia liczba osób oczekujących na przyjęcie na oddział chorób-zakaźnych i chorób zakaźnych dla dzieci, w latach 2014-2022– przypadki pilne.....	56
Rysunek 65. Średni czas oczekiwania i średnia liczba osób oczekujących na przyjęcie na oddział obserwacyjno - zakaźny i obserwacyjno - zakaźny dla dzieci, w latach 2014-2022– przypadki pilne. ....	57
Rysunek 66. Średni czas oczekiwania i średnia liczba osób oczekujących na przyjęcie na oddział alergologiczny i alergologiczny dla dzieci w latach 2014- 2022 - przypadki pilne. ....	57
Rysunek 67. Liczba lekarzy wg dziedziny specjalizacji zarejestrowanych w okręgowych rejestrach lekarzy w latach 2010 – 2021. ....	58
Rysunek 68. Oddział Chorób Zakaźnych liczba komórek organizacyjnych i łóżek w 2022 roku.....	59
Rysunek 69. Oddział Chorób Zakaźnych dla dzieci liczba komórek organizacyjnych i łóżek w 2022 roku. ....	59
Rysunek 70. Oddział obserwacyjno – zakaźny – liczba komórek organizacyjnych i łóżek w 2022 roku. ....	60
Rysunek 71. Oddział obserwacyjno-zakaźny dla dzieci – liczba komórek organizacyjnych i łóżek w 2022 roku. ....	60
Rysunek 72. Oddział alergologiczny – liczba komórek organizacyjnych i łóżek w 2022 roku. ....	61
Rysunek 73. Oddział alergologiczny dla dzieci – liczba komórek organizacyjnych i łóżek w 2022 roku. ....	61
Rysunek 74. Rozrzut cen świadczeń i procedur w cennikach komercyjnych.....	64
Rysunek 75. Rozrzut średnich jednostkowych kosztów osobodni dla analizowanych oddziałów w danych przekazanych przez świadczeniodawców.....	73
Rysunek 76. Rozrzut kosztów osobodni dla analizowanych oddziałów dziecięcych w danych przekazanych przez świadczeniodawców.....	73
Rysunek 77. Rozrzut kosztów produktów leczniczych, materiałów i wyrobów medycznych oraz procedur w grupie S33. ....	76
Rysunek 78. Rozrzut kosztów produktów leczniczych, materiałów i wyrobów medycznych oraz procedur w grupie S51A. ....	76
Rysunek 79. Rozrzut kosztów produktów leczniczych, materiałów i wyrobów medycznych oraz procedur w grupie S51B. ....	76
Rysunek 80. Rozrzut kosztów produktów leczniczych, materiałów i wyrobów medycznych oraz procedur w grupie S52. ....	77
Rysunek 81. Rozrzut kosztów produktów leczniczych, materiałów i wyrobów medycznych oraz procedur w grupie S55E. ....	77
Rysunek 82. Rozrzut kosztów produktów leczniczych, materiałów i wyrobów medycznych oraz procedur w grupie S55F. ....	77
Rysunek 83. Rozrzut kosztów produktów leczniczych, materiałów i wyrobów medycznych oraz procedur w grupie S56. ....	78
Rysunek 84. Rozrzut kosztów produktów leczniczych, materiałów i wyrobów medycznych oraz procedur w grupie S57. ....	78
Rysunek 85. Rozrzut kosztów produktów leczniczych, materiałów i wyrobów medycznych oraz procedur w grupie S60. ....	78

## **8. Załączniki**

Załącznik 1.	Kody ICD-10 oraz ICD-9 charakteryzujące świadczenia objęte grupami S51, S52, S55E, S55F, S56, S57, S60 oraz S33
Załącznik 2.	Warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego w ramach grup S51, S52, S55E, S55F, S56, S57, S60 oraz S33
Załącznik 3.	Katalog grup S51, S52, S55E, S55F, S56, S57, S60 oraz S33
Załącznik 4.	Charakterystyka grup S51, S52, S55E, S55F, S56, S57, S60 oraz S33
Załącznik 5.	Stan finansowania w innych krajach
Załącznik 6.	Pozyskanie danych – świadczeniodawcy
Załącznik 7.	Cenniki komercyjne