



Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
Wydział Taryfikacji

Świadczenia gwarantowane obejmujące leczenie chorób układu nerwowego (JGP: A01-A87 i PZA01-PZA03)

Raport w sprawie ustalenia taryfy świadczeń

nr WT.521.4.2022

Data ukończenia 23.01.2025

Objaśnienia skrótów

Agencja/AOTMiT	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
AOS	Ambulatoryjna opieka specjalistyczna
BASiW	Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych
CPL	Porównawczy poziom cen (ang. <i>Comparative Price Levels</i>)
DALY	lata życia skorygowane niepełnością (ang. <i>disability adjusted life-years</i>)
DILO	Karta Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego
DRG	Ang. <i>Diagnostic-Related Group</i>
EEG	Elektroencefalografia
FFS	Płatność za usługę (ang. <i>Fee-for-service</i>)
FK	Dane finansowo-księgowe
ICD-9	międzynarodowa klasyfikacja procedur medycznych – wersja polska (ang. <i>International Classification System for Surgical, Diagnostic and Therapeutic Procedures</i>)
ICD-10	międzynarodowa statystyczna klasyfikacja chorób i problemów zdrowotnych (ang. <i>International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems</i>)
JGP	jednorodne grupy pacjentów
Metodyka	<i>Metodyka taryfikacji świadczeń opieki zdrowotnej w AOTMiT</i> : 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
n	Liczba obserwacji
nd.	nie dotyczy
NFZ/Płatnik	Narodowy Fundusz Zdrowia
NHS	ang. <i>National Health Service</i>
OECD	Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (ang. <i>Organisation for Economic Cooperation and Development</i>)
OPK	ośrodek powstawania kosztów
OUN	Ośrodkowy układ nerwowy
PKB per capita	Produkt Krajowy Brutto w przeliczeniu na jednego mieszkańca
PPP	Parytet siły nabywczej (ang. <i>Purchasing Power Parity</i>)
PSZ	system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej tzw. sieć szpitali
RKP	Raport Kadrowo-Płacowy
WT	Wydział Taryfikacji
YLD	utrata lat życia spowodowana niepełnością (ang. <i>years lived with disability</i>)

Spis treści

1. Problem decyzyjny	4
2. Taryfikowane świadczenie.....	7
2.1. Charakterystyka świadczenia	7
2.2. Aktualny stan finansowania w Polsce	9
2.3. Analiza popytu i podaży	15
2.3.1. Statystyki dotyczące realizacji świadczeń	15
2.3.2. Pozostałe informacje	38
2.4. Stan finansowania w innych krajach	53
2.5. Cenniki komercyjne.....	56
2.6. Uwagi do świadczenia	57
3. Projekt taryfy.....	60
3.1. Pozyskanie danych	60
3.1.1. Dane finansowo-księgowe	61
3.1.2. Dane kliniczno-kosztowe.....	62
3.2. Analiza danych	63
3.2.1. Mnożnik zmian wielkości kosztów	63
3.2.2. Propozycja zmian w charakterystyce JGP	64
3.2.3. Czas hospitalizacji.....	66
3.2.4. Koszt osobodnia, infrastruktury i koszty wynagrodzeń	68
3.2.5. Koszty zmienne.....	70
3.2.6. Wynik analizy kosztów	74
3.2.7. Analiza wrażliwości.....	77
3.3. Projekt taryfy	77
4. Analiza wpływu na system opieki zdrowotnej	80
4.1. Analiza wpływu na budżet płatnika publicznego	80
4.2. Analiza wpływu na organizację systemu opieki zdrowotnej.....	82
5. Najważniejsze informacje i wnioski.....	83
6. Bibliografia	87
7. Spis tabel i wykresów	88
8. Załączniki.....	93

1. Problem decyzyjny

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

Podstawę podjęcia przedmiotowych prac stanowi: Plan Taryfikacji na rok 2023, zatwierdzony przez Ministra Zdrowia dnia 29 czerwca 2022 r., w punkcie: I. lp. 1. w sprawie ustalenia taryfy świadczeń gwarantowanych z zakresu *Choroby układu nerwowego*.

Przedmiotem opracowania są:

świadczenia gwarantowane z zakresu leczenia szpitalnego identyfikowane kodami rozpoznaw wg ICD-10 i procedurami wg ICD-9 zamieszczonymi w **załączniku nr 1** do raportu

identyfikowane produktami rozliczeniowymi Narodowego Funduszu Zdrowia w rodzaju: leczenie szpitalne określone w załączniku 1a i 1b do zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wyspospecjalistyczne:

- A01 Zabiegi wewnątrzczaszkowe z powodu poważnego urazu *
- A02 Zabiegi wewnątrzczaszkowe z powodu urazu *
- A03 Wszczepienie stymulatora struktur głębokich mózgu/ stymulatora nerwu błędnego *
- A04 Wszczepienie/wymiana stymulatora rdzenia kręgowego lub wymiana generatora do stymulacji struktur głębokich mózgu *
- A11 Kompleksowe zabiegi wewnątrzczaszkowe *
- A110 Kompleksowe zabiegi wewnątrzczaszkowe w rozpoznaniach nowotworów złośliwych *
- A12 Duże zabiegi wewnątrzczaszkowe *
- A13 Średnie zabiegi wewnątrzczaszkowe *
- A14 Małe zabiegi wewnątrzczaszkowe *
- A22 Duże zabiegi na rdzeniu kręgowym i w kanale kręgowym *
- A23 Średnie zabiegi na rdzeniu kręgowym i w kanale kręgowym *
- A24 Małe zabiegi na rdzeniu kręgowym i w kanale kręgowym *
- A25 Zabiegi na nerwach obwodowych *
- A26 Zabiegi zwalczające ból i na układzie współczulnym *
- A27 Inne zabiegi na rdzeniu kręgowym i w kanale kręgowym *
- A30 Kompleksowa diagnostyka polineuropatii i chorób mięśni
- A31 Choroby nerwów obwodowych
- A32E Choroby mięśni > 65 r.ż.
- A32F Choroby mięśni < 66 r.ż.
- A33 Zaburzenia równowagi
- A34C Guzy mózgu i rdzenia kręgowego
- A34D Guzy mózgu i rdzenia kręgowego > 3 dni
- A35C Choroby zwyrodnieniowe OUN
- A35D Choroby zwyrodnieniowe OUN > 1 dnia
- A36 Choroby demielinizacyjne
- A45 Choroby naczyń mózgowych - leczenie zachowawcze
- A46 Przemijające niedokrwienie mózgu

A47 Przemijające niedokrwienie mózgu - rozszerzona diagnostyka
 A48 Kompleksowe leczenie udarów mózgu > 7 dni w oddziale udarowym
 A48T Kompleksowe leczenie udarów mózgu > 3 dni < 8 dni w oddziale udarowym
 A49 Udar mózgu - leczenie > 3 dni
 A50 Udar mózgu - leczenie
 A56 Choroby nerwów czaszkowych
 A57 Choroby zapalne układu nerwowego
 A57A Bakteryjne ropnie układu nerwowego
 A58 Encefalopatia
 A59 Bóle głowy
 A66 Padaczka - diagnostyka i leczenie
 A67 Padaczka - diagnostyka i leczenie > 3 dni
 A76 Urazy głowy z istotnym uszkodzeniem mózgu leczone zachowawczo
 A77 Urazy głowy bez istotnego uszkodzenia mózgu leczone zachowawczo
 A86 Choroby neuronu ruchowego
 A87 Inne choroby układu nerwowego
 PZA01 Kompleksowe zabiegi wewnątrzczaszkowe < 18 r.ż. *
 PZA02 Duże zabiegi wewnątrzczaszkowe < 18 r.ż. *
 PZA03 Średnie zabiegi wewnątrzczaszkowe < 18 r.ż. *
 5.52.01.0001093 Padaczka lekooporna - diagnostyka

zwane dalej: świadczeniami gwarantowanymi dotyczącymi leczenia chorób układu nerwowego, finansowanymi w ramach JGP A01 – A87 i PZA01-PZA03.

Jednocześnie do procesu taryfikacyjnego włączono produkty do sumowania:

- 5.53.01.0001647 Koszt leku trombolitycznego niezawarty w kosztach świadczenia
- 5.53.01.0001437 Chlorowodorek kwasu 5 - aminolewulinowego (5-ALA HCl) do wizualizacji tkanek złośliwych glejaka mózgu

możliwe do rozliczenia w obszarze będącym przedmiotem raportu.

Należy zaznaczyć, że nw. grupy były już przedmiotem prac taryfikacyjnych:

Tabela 1 Wykaz JGP będących przedmiotem prac taryfikacyjnych w latach poprzednich

Kod JGP	Nazwa JGP	Data obwieszczenia Prezesa AOTMiT	Numer Raportu Taryfikacyjnego
A04	Wszczepienie/ wymiana stymulatora rdzenia kręgowego lub wymiana generatora do stymulacji struktur głębokich mózgu*	29.12.2016 r	32/2016
A110	Leczenie zabiegowe chorych z rozpoznaniem nowotworu złośliwego	17.02.2021 r.	1/2022
A22	Duże zabiegi na rdzeniu kręgowym i w kanale kręgowym*	29.06.2016 r	6/2016
A45	Choroby naczyń mózgowych - leczenie zachowawcze	22.12.2022 r	6/2022
A87	Inne choroby układu nerwowego		
A48	Kompleksowe leczenie udarów mózgu > 7 dni w oddziale udarowym	29.12.2016 r	33/2016

Źródło: Opracowanie własne.

Ponadto, na zlecenie Ministra Zdrowia odpowiednio z dn.:

- 20.09.2023 r., dokonano aktualizacji wyceny i podziału grupy JGP A57 Choroby zapalne układu nerwowego na grupy: A57 Choroby zapalne układu nerwowego i A57A Bakteryjne ropnie układu nerwowego, które zostały wdrożone od 01.03.2024 r. zarządzeniem Prezesa NFZ nr 23/2024/DSOZ z dnia 29.02.2024 r.,

- 07.05.2024 r., dokonano wyceny świadczenia opieki zdrowotnej *Leczenie ostrej fazy udaru niedokrwinnego za pomocą przezcewnikowej trombektomii mechanicznej naczyń domózgowych lub wewnątrzczaszkowych oraz Pobytu związanego z leczeniem ostrej fazy udaru niedokrwinnego za pomocą przezcewnikowej trombektomii mechanicznej*, które zostały wdrożone od dn. 01.07.2024 r. zarządzeniem Prezesa NFZ nr 68/2024/DSOZ z dnia 15 lipca 2024 r.

Uwzględniając powyższe oraz coroczne Rekomendacje Prezesa AOTMiT w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej i związane z nimi wzrosty ceny punktu, nw. taryfy uznano za aktualne i nie objęto zakresem prac przedstawionych w raporcie:

- A110 Leczenie zabiegowe chorych z rozpoznaniem nowotworu złośliwego,
- A45 Choroby naczyń mózgowych - leczenie zachowawcze,
- A57 Choroby zapalne układu nerwowego,
- A57A Bakteryjne ropnie układu nerwowego,
- A87 Inne choroby układu nerwowego,
- 5.53.01.0001658 Leczenie ostrej fazy udaru niedokrwinnego za pomocą przezcewnikowej trombektomii mechanicznej,
- 5.52.01.0001580 Pobyt związany z leczeniem ostrej fazy udaru niedokrwinnego za pomocą przezcewnikowej trombektomii mechanicznej.

Dodatkowo należy mieć na uwadze, że równolegle prowadzono prace nad przebudową katalogu JGP w części dotyczącej schorzeń kręgosłupa, w ramach którego nw. grupy JGP:

- A04 Wszczepienie/ wymiana stymulatora rdzenia kręgowego lub wymiana generatora do stymulacji struktur głębokich mózgu * (w części związanej z kręgosłupem),
- A22 Duże zabiegi na rdzeniu kręgowym i w kanale kręgowym *,
- A23 Średnie zabiegi na rdzeniu kręgowym i w kanale kręgowym*,
- A24 Małe zabiegi na rdzeniu kręgowym i w kanale kręgowym*,
- A25 Zabiegi na nerwach obwodowych *,
- A26 Zabiegi zwalczające ból i na układzie współczulnym *,
- A27 Inne zabiegi na rdzeniu kręgowym i w kanale kręgowym*

przesunięto do nowej sekcji związanej z leczeniem schorzeń kręgosłupa, a grupę A04 podzielono ze względu na okolicę anatomiczną.

Jednocześnie, z uwagi na niewielką sprawozdawczość oraz zbliżoną specyfikę realizacji nw. procedur w ramach grup JGP w sekcji A, proponuje się przenieść je odpowiednio z grupy:

- A13 Średnie zabiegi wewnątrzczaszkowe * procedurę 01.18 Inne zabiegi diagnostyczne mózgu i opon mózgowych* (realizacja 2023 r – 44 hospitalizacje),
- A14 Małe zabiegi wewnątrzczaszkowe
 - 04.19 Zabiegi diagnostyczne nerwu czaszkowego/ obwodowego lub zwoju – inne (realizacja 2023 r. – 38 hospitalizacji),
 - 04.21 Zniszczenie nerwów czaszkowych lub obwodowych przez wstrzyknięcie czynnika neurologicznego,
 - 04.24 Zniszczenie nerwów czaszkowych lub obwodowych przez znieczulenie wywołane niską temperaturą,
 - 04.29 Zniszczenie nerwów czaszkowych lub obwodowych – inne (realizacja 2023 r. – 7 hospitalizacji),

do wyodrębnionej grupy JGP dedykowanej procedurom możliwym do rozliczenia w AOS, zawierającej zarówno procedury z sekcji A, jak i nowopowstałej sekcji związanej z leczeniem schorzeń kręgosłupa.

2. Taryfikowane świadczenie

2.1. Charakterystyka świadczenia

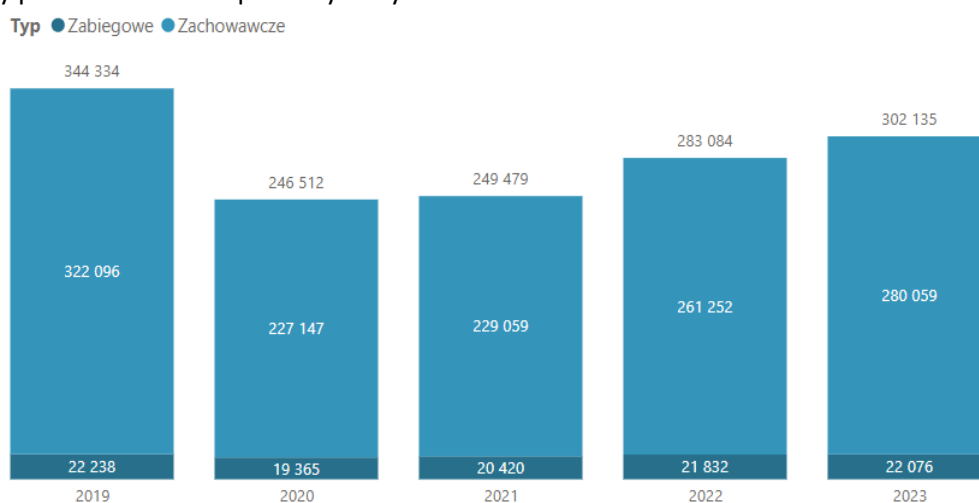
Problem zdrowotny

Układ nerwowy pełni niezwykle istotne funkcje w organizmie człowieka – to dzięki jego pracy możemy m.in. myśleć, formułować wypowiedzi, ruszać się i odbierać bodźce.

Choroby i urazy związane z układem nerwowym to m.in.:

- bóle głowy (migrena, napięciowy ból głowy, kłosterowy ból głowy),
- choroby naczyniowe układu nerwowego (miażdżycy mózgu, udar niedokrwienny mózgu, udar krwotoczny mózgu),
- padaczka,
- otępienie (łagodne zaburzenia poznawcze, choroba Alzheimer'a, otępienie czołowo-skroniowe),
- choroby układu pozapiramidowego (choroba Parkinsona, drżenie samoistne, zespół niespokojnych nóg, choroba Tourette'a),
- stwardnienie rozsiane,
- choroby układu nerwowo-mięśniowego (stwardnienie zanikowe boczne, rdzeniowy zanik mięśni, neuropatie, miopatie),
- choroby infekcyjne (zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, zapalenie mózgu, grzybice OUN, ropniak podtwardówkowy, ropień mózgu),
- urazy czaszkowo-mózgowe (wstrząśnienie mózgu, złamanie podstawy czaszki, krwiak nadtwardówkowy, krwiak podtwardówkowy, uszkodzenie mózgu),
- nowotwory OUN.

Na przestrzeni lat 2019-2023 liczba zrealizowanych świadczeń zmniejszyła się o ok. 12%, co miało związek z pandemią Covid-19, przy czym liczba świadczeń zabiegowych zmieniła się nieznacznie. Od 2021 roku obserwowany jest trend wzrostowy i w 2023 roku zrealizowano ponad 302 tys. świadczeń. Szczegóły przedstawiono na poniższym wykresie.



Wykres 1 Liczba świadczeń zabiegowych i zachowawczych w latach 2019-2023

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Analiza danych epidemiologicznych z 2021 roku wskazuje, że zaburzenia neurologiczne stanowią istotny problem zdrowotny w Polsce, przyczyniając się znacząco do utraty zdrowia i lat życia przez Polaków.

Warto podkreślić, że w 2021 roku choroby niezakaźne, w tym zaburzenia neurologiczne, były główną przyczyną utraty zdrowia w Polsce. Mimo odnotowanego spadku wskaźnika DALY w porównaniu z 2019 rokiem, problem ten nadal wymaga uwagi i działań profilaktycznych oraz leczniczych.

Wskaźnik YLD (Years Lived with Disability), mierzący lata życia spędzone z niepełnosprawnością, pokazuje, że w Polsce około 85% wartości wskaźnika dotyczy chorób niezakaźnych, z czego prawie 10% stanowią zaburzenia neurologiczne. Największy udział mają bóle głowy (4,96%), a na 12. miejscu znalazła się choroba Alzheimera i inne demencje (1,96%).

Z kolei wskaźnik DALY (Disability-Adjusted Life Years), łączący lata życia utracone z powodu przedwczesnej śmierci i lata życia spędzone z niepełnosprawnością, wskazuje, że zaburzenia neurologiczne zajmują czwarte miejsce wśród przyczyn utraty zdrowia w Polsce, stanowiąc 5,01% wartości wskaźnika DALY (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2024).

Absencja chorobowa

Choroby układu nerwowego stanowią jedną z przyczyn absencji chorobowej. W 2022 r. liczba dni absencji chorobowej z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS, związana z chorobami układu nerwowego, stanowiła 6,4%, a w 2023 r. – 6,1%, co stawia tę grupę chorób na 6. miejscu pod względem największej liczby dni absencji zaraz po zaburzeniach psychicznych i zaburzeniach zachowania oraz osiąga tendencję spadkową.

W latach 2022-2023 najdłuższą absencją chorobową, według rankingu jednostek chorobowych, związaną z chorobami nerwowymi, powodowały *zaburzenia korzeni rdzeniowych i splotów nerwowych (G54)*, co stanowiło 3,9% ogółu liczby absencji (3. miejsce w rankingu po opiece położniczej z powodu stanów związanych głównie z ciążą oraz ostrym zakażeniem górnych dróg oddechowych o umiejscowieniu mnogim lub nieokreślonym).

W poniższej tabeli przedstawiono liczbę dni absencji chorobowej w latach 2022-2023 z powodu różnych grup chorób, w tym chorób układu nerwowego.

Tabela 2 Absencja chorobowa z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS-u według najczęstszych grup chorobowych w 2022 r. oraz 2023 r. dla najczęściej występujących grup chorobowych¹

Grupy chorobowe	Liczba dni absencji chorobowej w 2022		Liczba dni absencji chorobowej w 2023	
	w tys.	w %	w tys.	w %
OGÓŁEM	239 005,8	100	237 309,7	100
Ciąża, poród i połóg	37 505,7	15,7	33 731,0	14,2
Choroby układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej	39 097,0	16,4	40 423,1	17,0
Choroby układu oddechowego	34 014,0	14,2	34 307,1	14,5
Urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych	31 689,2	13,3	31 810,1	13,4
Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania	23 835,8	10,0	26 095,8	11,0
Choroby układu nerwowego	15 289,2	6,4	14 454,6	6,1
Choroby układu krążenia	10 555,9	4,4	10 812,8	4,6
Choroby układu trawiennego	9 974,0	4,2	10 298,4	4,3
Nowotwory	8 696,0	3,6	9 189,1	3,9

¹<https://www.zus.pl/documents/10182/39590/Absencja+chorobowa+w+2023+roku.pdf/57361117-44fc-4c48-ecad-82685bebdb32?t=1716895964320> (dostęp w dniu: 19.12.2024 r.)

Grupy chorobowe	Liczba dni absencji chorobowej w 2022		Liczba dni absencji chorobowej w 2023	
	w tys.	w %	w tys.	w %
Choroby układu moczowo-płciowego	5 843,0	2,4	6002,6	2,5

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS z 2022 oraz 2023 r.

Zgony

Choroby układu nerwowego stanowią istotną grupę przyczyn wszystkich zgonów Polsce. Ich udział w ogólnej liczbie zgonów w 2023 r. kształtował się na poziomie 4%, a w 2022 r. wskaźnik ten wynosił 3%; parametr ten wyliczono na podstawie następujących przyczyn zgonów z danych GUS-u:

- nowotwór złośliwy opon mózgowych mózgu i innych części ośrodkowego układu nerwowego,
- choroby układu nerwowego,
- pozostałe choroby układu nerwowego.

Udział zgonów, w obszarze chorób układu nerwowego, z powodu stricte chorób naczyń mózgowych wynosił 7% zarówno w 2023 r., jak i w 2022 r.² Ponadto, choroby układu nerwowego oraz narządów zmysłu stanowią 11% podstawowych przyczyn zgonów dzieci i młodzieży w wieku 1–14 lat w 2023 r.³

Tabela 3 Najczęściej występujące przyczyny zgonów z powodu chorób układu nerwowego oraz naczyń mózgowych w 2023 r.

Kod ICD-10	Nazwa	Liczba zgonów
I64	Udar mózgu, nieokreślony jako krwotoczny lub zawałowy	3486
I63.9	Zawał mózgu, nieokreślony	3105
I67.2	Miażdżycy tętnic mózgowych	3044
I63.3	Zawał mózgu spowodowany przez zakrzep tętnic mózgowych	2600
G30.9	Choroba Alzheimera, nieokreślona	2518
I69.3	Następstwa zawału mózgu	2357
G20	Choroba Parkinsona	1397
G12.2	Stwardnienie zanikowe boczne	461
G40.9	Padaczka, nieokreślona	426
G35	Stwardnienie rozsiane	412

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS z 2023 r.

2.2. Aktualny stan finansowania w Polsce

Rozporządzenie koszykowe

Świadczenia gwarantowane dotyczące leczenia chorób układu nerwowego określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 870 z późn. zm.). W **załączniku nr 2** przedstawiono szczegółowe warunki, jakie powinni spełniać świadczeniodawcy przy udzielaniu świadczeń gwarantowanych w oddziałach neurologicznych w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej, wraz z dodatkowymi warunkami realizacji świadczeń:

- leczenie udaru mózgu w oddziale udarowym,
- leczenie ostrej fazy udaru niedokrwinnego za pomocą przezcewnikowej trombektomii mechanicznej naczyń domózgowych lub wewnątrzczaszkowych.

²<https://demografia.stat.gov.pl/bazademografia/Tables.aspx> - Zgony według miesięcy, przyczyn zgonów oraz płci zmarłych za 2022 i 2023 r. (dostęp w dniu 19.12.2024 r.)

³https://stat.gov.pl/download/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5468/40/4/1/sytuacja_demograficzna_polski_do_2023.pdf (dostęp w dniu 19.12.2024 r.)

Dodatkowo, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2017 r. w sprawie określenia wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 2731 z późn. zm.): wszczęcie, przemieszczenie lub wymiana stymulatora nerwu błędnego oraz leczenie udaru mózgu w oddziale udarowym podlegają finansowaniu poza ryczałtem PSZ.

Ponadto, od 1 stycznia 2021 r., zgodnie z zapisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2017 r. w sprawie określenia wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 2731 z późn. zm.), świadczenia opieki zdrowotnej udzielane świadczeniobiorcom do ukończenia 18. roku życia podlegają odrębnemu finansowaniu w ramach kwoty zobowiązania określonej w umowach z NFZ.

Zarządzenia Prezesa NFZ

Świadczenia gwarantowane dotyczące leczenia chorób układu nerwowego finansowane są w ramach umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia. Zasady kontraktowania i rozliczania świadczeń określone zostały w:

- zarządzeniu nr 37/2024/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 marca 2024 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne z późn. zm.,
- zarządzeniu nr 130/2024/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 24 grudnia 2024 r. w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.

Przedmiotowe prace taryfikacyjne w zakresie chorób układu nerwowego dotyczą 24 grup zachowawczych, 11 grup zabiegowych, w tym 3 dziecięcych i 1 produktu z katalogu 1b: *Padaczka lekooporna - diagnostyka*. W załączniku nr 3 do niniejszego raportu przedstawiono szczegółowy katalog świadczeń szpitalnych rozliczanych w ramach chorób układu nerwowego, w ramach którego prowadzone będą prace taryfikacyjne (grupy dotyczące schorzeń kręgosłupa: A22-A27 są przedmiotem odrębnych prac taryfikacyjnych).

Produkty odrębne

Produkty odrębne określa załącznik nr 1b do zarządzenia nr 37/2024/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 marca 2024 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne z późn. zm. W poniższej tabeli znajdują się produkty możliwe do rozliczenia wyłącznie w zakresie neurologia/neurologia dla dzieci, neurologia specjalistyczna/neurologia dla dzieci specjalistyczna:

Tabela 4 Produkty odrębne możliwe do rozliczenia wyłącznie w zakresie chorób układu nerwowego

Kod produktu	Nazwa produktu rozliczeniowego	Wartość punktowa	Uwagi
5.52.01.0001093	Padaczka lekooporna - diagnostyka	7 842	- wymagane wskazanie co najmniej trzech z następujących procedur wg ICD-9: 88.911, 88.912, 87.030, 87.031, 87.032, 89.502, 89.501, 94.08, T27, 733, T59 oraz rozpoznania zasadniczego wg ICD-10: G25.3, G40.0, G40.1, G40.2, G40.3, G40.4, G40.5, G40.6, G40.7, G40.8, G40.9, G41.0, G41.1, G41.2, G41.8, G41.9; - wykonanie procedury wg ICD-9: 89.192 video EEG trwające w sposób nieprzerwany minimum 12 h lub do czasu zarejestrowania napadu; w przypadku dzieci do stwierdzenia hipsarytmii lub SBA i ciągłych wyładowań napadowych; - sumuje się z produktem: 5.53.01.0001534
5.52.01.0001580	Pobyt związany z leczeniem ostrej fazy udaru niedokrwiennego za pomocą przecewnikowej	1093	- produkt dedykowany dla świadczeniodawców spełniających warunki realizacji dla świadczenia gwarantowanego: Leczenie ostrej fazy udaru niedokrwiennego za pomocą przecewnikowej trombektomii mechanicznej naczyń mózgowych lub wewnątrzczaszkowych, o którym mowa w lp. 67 zał. nr 4 do rozporządzenia szpitalnego; - wymagane wskazanie rozpoznania zasadniczego wg ICD-10: I63; - wymagane wskazanie procedury wg ICD-9: 39.742;

Kod produktu	Nazwa produktu rozliczeniowego	Wartość punktowa	Uwagi
	trombektomii mechanicznej		- obejmuje koszt pobytu w oddziale udarowym, o którym mowa w lp. 2 zał. nr 4 do rozporządzenia szpitalnego; - do sumowania z produktami 5.53.01.0001658, 5.53.010001647 z katalogu 1c i z katalogu 1ts

Źródło: Opracowanie własne na podstawie załącznika nr 1b do zarządzenia nr 37/2024/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 marca 2024 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne z późn. zm.

Produkty do sumowania

W tabeli poniżej przedstawiono produkty do sumowania możliwe do realizacji wyłącznie w zakresie: neurochirurgia/neurochirurgia dla dzieci lub neurologia/neurologia specjalistyczna, neurologia dla dzieci/neurologia dla dzieci specjalistyczna.

Tabela 5 Produkty możliwe do sumowania do grup JGP wyłącznie w zakresie chorób układu nerwowego

Kod produktu	Nazwa produktu rozliczeniowego	Wartość pkt	Uwagi	Możliwość sumowania
5.53.01.0001437	Chlorowodorek kwasu 5 - aminolewulinowego (5-ALA HCL) do wizualizacji tkanek złośliwych glejaka mózgu	4 678	- za 1 fiolkę 1,5 g (5-ALA HCL) - zgodnie z charakterystyką produktu leczniczego - wymagane wskazanie jako rozpoznania zasadniczego kodu C71	A11, A11O, A12, PZA01, PZA02
5.53.01.0001647	Koszt leku trombolitycznego niezawarty w kosztach świadczenia	4 000	- obejmuje koszt leku trombolitycznego stosowanego w leczeniu udaru mózgu; - produkt dedykowany dla świadczeniodawców spełniających warunki realizacji dla świadczenia gwarantowanego: Leczenie udaru mózgu w oddziale udarowym, o których mowa w lp. 2 załącznika nr 4 do rozporządzenia szpitalnego; - wymagane wskazanie procedury wg ICD-9: 99.102 Podanie leku trombolitycznego drugiej generacji lub 99.103 Podanie leku trombolitycznego trzeciej generacji	A48, A48T, A49, A50
5.53.01.0001658	Leczenie ostrej fazy udaru niedokrwiennego za pomocą przecewnikowej trombektomii mechanicznej	20 851	produkt dedykowany dla świadczeniodawców spełniających warunki realizacji dla świadczenia gwarantowanego: Leczenie ostrej fazy udaru niedokrwiennego za pomocą przecewnikowej trombektomii mechanicznej naczyń mózgowych lub wewnątrzczaszkowych, o którym mowa w lp. 67 zał. nr 4 do rozporządzenia szpitalnego; - konieczność wykazania procedury wg ICD-9: 39.742; - wymagane wskazanie rozpoznania zasadniczego wg ICD-10: I63; - do jednorazowego dosumowania w trakcie pobytu	A48, A48T

Źródło: Opracowanie własne na podstawie załącznika nr 1c do zarządzenia nr 37/2024/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 marca 2024 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne z późn. zm.

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

Niektóre z procedur ICD-9 które, zgodnie z charakterystyką poszczególnych JGP, kierują do grup zabiegowych, możliwe są do realizacji także w warunkach ambulatoryjnych.

Zasady kontraktowania i rozliczania świadczeń ambulatoryjnych określone zostały w zarządzeniu nr 57/2023/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 marca 2023 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna z późn. zm. W poniższej tabeli przedstawiono porównanie wartości punktowych świadczeń rozliczanych w ramach ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych z wartością punktową świadczeń rozliczanych w ramach JGP w leczeniu szpitalnym.

Tabela 6 Procedury możliwe do realizacji w warunkach ambulatoryjnych

Nazwa JGP	Wartość punktowa SZP	Procedura ICD-9	Nazwa świadczenia AOS	Wartość punktowa AOS
A01 Zabiegi wewnątrzczaszkowe z powodu poważnego urazu *	8 207	04.21 Zniszczenie nerwów czaszkowych lub obwodowych przez wstrzyknięcie czynnika neurolytycznego 04.24 Zniszczenie nerwów czaszkowych lub obwodowych przez znieczulenie wywołane niską temperaturą	Z13 Świadczenia zabiegowe - grupa 13	1 039
A02 Zabiegi wewnątrzczaszkowe z powodu urazu *	7 263	04.21 Zniszczenie nerwów czaszkowych lub obwodowych przez wstrzyknięcie czynnika neurolytycznego 04.24 Zniszczenie nerwów czaszkowych lub obwodowych przez znieczulenie wywołane niską temperaturą		

Źródło: Opracowanie własne na podstawie załącznika nr 1a do zarządzenia nr 37/2024/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 marca 2024 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wyspecjalistyczne z późn. zm. oraz na podstawie załącznika nr 5a zarządzenia nr 57/2023/DSOZ/ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 marca 2023 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

Uwzględniając fakt, że najwyższa realizacja procedur jednoimiennych możliwych do rozliczenia w AOS wystąpiła grupie JGP A26 *Zabiegi zwalczające ból i na układzie współczulnym **, która w całości została przesunięta do nowej sekcji związanej z leczeniem schorzeń kręgosłupa, wycena przedmiotowych procedur w AOS została przedstawiona w raporcie dedykowanym ww. nowej sekcji.

Współczynniki korygujące

Wyliczanie wysokości zobowiązania NFZ wobec świadczeniodawców dla części grup JGP odbywa się z zastosowaniem współczynników korygujących.

W odniesieniu do grup wskazanych w poniższej tabeli, od lipca 2024 roku funkcjonują współczynniki korygujące wprowadzone w oparciu o *Rekomendację nr 48/2024 z dnia 24 maja 2024 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej*. Korektory wprowadzono dla grup, które wykazują wysokie zróżnicowanie w relacji ponoszonych kosztów i obowiązujących taryf, w celu modyfikacji podstawowej wyceny procedur.

Tabela 7 Wysokość współczynników korygujących wynikających z Rekomendacji nr 48/2024 z dnia 24 maja 2024 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej

Kod i nazwa JGP	Wysokość współczynnika korygującego
A31 Choroby nerwów obwodowych	1,5
A33 Zaburzenia równowagi	1,5
A34C Guzy mózgu i rdzenia kręgowego	1,3
A35C Choroby zwyrodnieniowe OUN	1,5
A35D Choroby zwyrodnieniowe OUN > 1 dnia	1,3
A56 Choroby nerwów czaszkowych	1,5
A58 Encefalopatia	1,5
A59 Bóle głowy	1,5
A66 Padaczka - diagnostyka i leczenie	1,5
A67 Padaczka - diagnostyka i leczenie > 3 dni	1,15
A76 Urazy głowy z istotnym uszkodzeniem mózgu leczone zachowawczo	1,5
A77 Urazy głowy bez istotnego uszkodzenia mózgu leczone zachowawczo	1,5

Źródło: Opracowanie własne.

W przypadku świadczeniodawców włączonych do sieci szpitali realizujących:

- kompleksowe zabiegi (nie dotyczy grupy A110 *Kompleksowe zabiegi wewnątrzczaszkowe w rozpoznaniach nowotworów złośliwych **),
- świadczenia w ramach grupy A48 *Kompleksowe leczenie udarów mózgu > 7 dni w oddziale udarowym*

taryfa korygowana jest o współczynnik 1,03.

Ponadto, w obszarze kompleksowych i dużych zabiegów wewnątrzczaszkowych realizowanych na rzecz pacjentów z kartą DILO, w przypadku świadczeniodawców, którzy realizują min. 150 zabiegów rocznie w rozpoznaniach C70, C71, C75.1, C75.3, D32, D33.0 - D33.4, D35.2, D35.4, taryfy korygowane są o współczynnik 1,25.

Jednocześnie, zgodnie z zarządzeniem nr 37/2024/DSOZ z dnia 29 marca 2024 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne z późn. zm., dla świadczeniodawców udzielających świadczeń na rzecz dzieci w wieku odpowiednio:

- do ukończenia 3 r.ż. (od urodzenia do ukończenia 3 r.ż.), rozliczanych grupami z katalogu grup z sekcji PZ (Choroby dzieci – leczenie zabiegowe – grupy PZA01 - PZL13 oraz PZQ01 - PZ99), wartość tych produktów (ustalona w katalogu grup dla odpowiedniego trybu realizacji umowy) korygowana jest z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,2.
- od 4 – 9 r.ż. (od rozpoczęcia 4. r.ż. do ukończenia 9. r.ż.), rozliczanych grupami z katalogu grup z sekcji PZ (Choroby dzieci – leczenie zabiegowe – grupy PZA01 - PZL13 oraz PZQ01 - PZ99), wartość tych produktów (ustalona w katalogu grup dla odpowiedniego trybu realizacji umowy) korygowana jest z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,1.

Dodatkowo dla świadczeniodawców, w przypadku udzielania świadczeń świadczeniobiorcom poniżej 18 r.ż., którzy zrealizowali JGP określone w załączniku nr 3d do ww. zarządzenia, wartość produktu rozliczeniowego z katalogu grup (ustalona w katalogu grup dla odpowiedniego trybu realizacji umowy), korygowana jest z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,2.

Programy lekowe

W obszarze chorób układu nerwowego obecnie funkcjonuje kilka programów lekowych obejmujących innowacyjne i kosztochłonne leczenie schorzeń przy określonych kryteriach kwalifikacji i monitorowaniu leczenia. Ich wykaz, wraz z wartością ryczałtów na diagnostykę, przedstawia tabela poniżej. Substancje czynne stosowane w tych programach są finansowane według faktycznego zużycia, raportowanego do NFZ przez realizatorów.

Tabela 8 Wykaz programów lekowych dedykowanych chorobom układu nerwowego

ICD-10	NAZWA PROGRAMU	RYCZAŁT ROCZNY ZA DIAGNOSTYKĘ (PKT)
G24.3, G24.4, G24.5, G24.8, G51.3	Leczenie dystonii ogniskowych i połowiczego kurczu twarzy	324,48
G35	Leczenie chorych na stwardnienie rozsiane	1 671,00
G80	Leczenie spastyczności w mózgowym porażeniu dziecięcym	324,48
I61, I63, I69, G35, G80, G82, G83, T90, T91	Leczenie pacjentów ze spastycznością kończyn z użyciem toksyny botulinowej typu A	nd.
G61.8, G62.8, G63.1, G70, G04.8, G73.1, G73.2, G72.4, G61.0, G36.0, G25.8, M33.0, M33.1, M33.2	Leczenie immunoglobulinami chorób neurologicznych	1 406,08
Q85.1	Leczenie ewerolimusem chorych na stwardnienie guzowate z niekwalifikującymi się do leczenia	2 704,00

ICD-10	NAZWA PROGRAMU	RYCZAŁT ROCZNY ZA DIAGNOSTYKĘ (PKT)
	operacyjnego guzami podwysięciotkowymi olbrzymiokomórkowymi (SEGA)	
G20	Leczenie zaburzeń motorycznych w przebiegu zaawansowanej choroby Parkinsona	1 066,40 (I rok terapii) 307,00 (II rok terapii)
G12.0, G12.1	Leczenie chorych na rdzeniowy zanik mięśni	1 200,00 (I rok terapii) 600,00 (II rok terapii)
E75.2	Leczenie choroby Fabry'ego	2 493,00
C47	Leczenie dinutuksymabem beta pacjentów z nerwiakiem zarodkowym współczulnym	9781,00
G73.1	Leczenie amifamprydą pacjentów z zespołem miastenicznym Lamberta-Eatona	1 552,80 (I rok terapii) 266,00 (II rok terapii)
E83.0	Leczenie pacjentów z chorobą Wilsona	1 572,50 (I rok terapii) 568,50 (II rok terapii)
G71.0	Leczenie chorych z dystrofią mięśniową Duchenne'a spowodowaną mutacją nonsensowną w genie dystrofiny	225,00
G43	Profilaktyczne leczenie chorych na migrenę przewlekłą	nd.
G36.0	Leczenie pacjentów ze spektrum zapalenia nerwów wzrokowych i rdzenia kręgowego (NMOSD)	2 331,70 (I rok terapii) 934,50 (II rok terapii)
E72.2	Leczenie wspomagające zaburzeń cyklu mocznikowego	1 502,02 (I rok terapii) 354,00 (II rok terapii)
G40	Leczenie pacjentów z napadami padaczkowymi w przebiegu zespołu stwardnienia guzowatego	375,00
G40.4	Leczenie pacjentów z zespołem Lennox-Gastauta lub z zespołem Dravet	375,00
Q85.0	Leczenie chorych z nerwiakowłókniakami splotowatymi w przebiegu neurofibromatozy typu 1 (NF1)	1 926,00 (I rok terapii) 1 284,00 (II rok terapii)
G70.0	Leczenie chorych z uogólnioną postacią miastonii	2025,00 (I rok terapii) 610,00 (II rok terapii) 975,00 (I rok terapii) 900,00 (II rok terapii)

Źródło: opracowanie własne na podstawie załączników nr 1k, 1l oraz 4 do zarządzenia 175/2023/DGL Prezesa NFZ z dnia 30 listopada 2023 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe z późn. zm.

Programy zdrowotne

W systemie ochrony zdrowia realizowane są ogólnopolskie, publicznie finansowane programy zdrowotne, które wspierają profilaktykę, diagnostykę i leczenie chorób układu nerwowego na różnych poziomach. Poniżej wskazano wybrane programy, które obejmują swoim zakresem choroby układu nerwowego:

- Narodowy Program Chorób Układu Krążenia na lata 2022-2032 – program stanowi strategię obejmującą reformę polskiej kardiologii, kardiologii, chirurgii naczyniowej, angiologii, neurologii i innych dziedzin pokrewnych związanych z chorobami układu krążenia;
- Plan dla Chorób Rzadkich na lata 2024–2025 – program stanowi opracowanie rozwiązań istotnych szczególnie w obszarze chorób neurologicznych na rzecz pacjentów z chorobami rzadkimi, zmierzających do: poprawy diagnostyki i leczenia chorób rzadkich w Rzeczypospolitej Polskiej, zgodnie ze standardami przyjętymi w Unii Europejskiej; zapewnienia dostępu do wysokiej jakości innowacyjnych świadczeń opieki zdrowotnej; rozwoju i szerzenia wiedzy o chorobach rzadkich⁴;
- Projekt „Edukacja w przeciwdziałaniu chorobom otępiennym” dla osób 60+ – kampania edukacyjna mająca na celu wsparcie seniorów w zakresie dostarczenia niezbędnej wiedzy oraz narzędzi, które będą przeciwdziałały chorobom otępiennym⁵.

⁴ Zob. Załącznik do uchwały nr 88 Rady Ministrów z dnia 13 sierpnia 2024 r. Plan dla Chorób Rzadkich na lata 2024–2025

⁵ Zob. <https://www.wspierajmarzenia.pl/edukacja-w-przeciwdzialaniu-chorobom-otepiennym/> (dostęp w dniu: 27.12.2024 r.)

2.3. Analiza popytu i podaży

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

Przez popyt na świadczenia rozumiana jest głównie liczba osób oczekujących na udzielenie świadczenia oraz czas oczekiwania na jego udzielenie. Podaż zaś definiowana jest poprzez poziom realizacji danego świadczenia przez podmioty lecznicze, wynikający z potencjału do realizacji tych świadczeń, wyrażony wielkością posiadanej infrastruktury i zatrudnionego personelu, a także wielkością 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 oraz średnim czasie oczekiwania na udzielenie świadczenia, publikowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia w „Informatorze o Terminach Leczenia”. Lista oczekujących osób prowadzona jest zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 610 z późn. zm.).

Mając na uwadze powyższe, w celu najlepszego przybliżenia poziomu dostępności do świadczeń, pod uwagę wzięte zostały dane z komórek organizacyjnych realizujących taryfikowane świadczenie za okres 09.2023–10.2024.

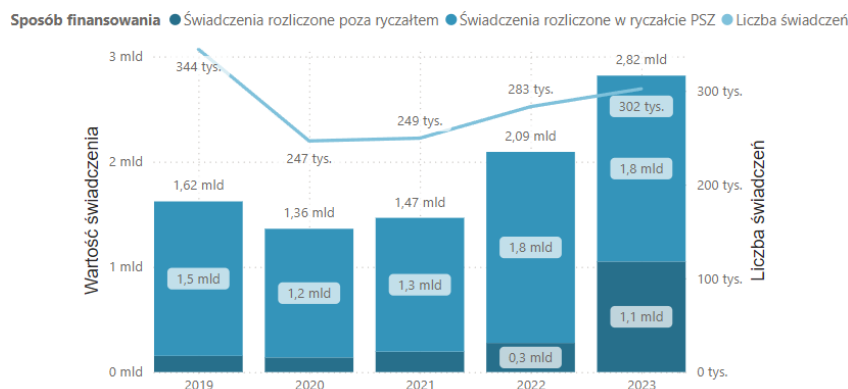
Od strony podaży, oszacowanie potencjału do realizacji taryfikowanych świadczeń zostało oparte o analizę liczby podmiotów realizujących dane świadczenie oraz potencjalnych świadczeniodawców, a także liczbę/wielkość kadry medycznej określonych specjalności. Korzystano z publicznie dostępnych źródeł informacji, takich jak sprawozdania podmiotów medycznych gromadzone przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, czy dane Naczelnej Izby Lekarskiej.

2.3.1. Statystyki dotyczące realizacji świadczeń

Liczba i wartość świadczeń w ujęciu ogólnopolskim

Liczba świadczeń zrealizowanych w zakresie chorób układu nerwowego w roku 2019 wynosiła 344 334. W roku 2020, najprawdopodobniej w wyniku pandemii Covid-19 zmalała o około 28%, do poziomu 246 512. W kolejnych latach obserwuje się trend wzrostowy, w 2023 roku sprawozdano do NFZ 302 135 świadczeń.

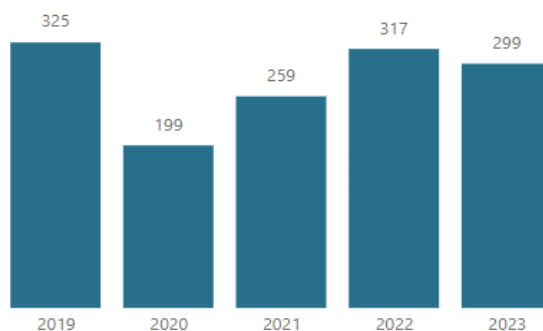
Jednocześnie systematycznemu wzrostowi, za wyjątkiem dotkniętych pandemią lat 2020-2021, podlegała wartość zrealizowanych świadczeń. W roku 2020 zanotowano spadek o około 16% w porównaniu z rokiem 2019. W roku 2023 wartość świadczeń wyniosła 2 817 929 465,10 zł, z czego około 63% (1 766 983 049,80 zł) zrealizowano w ramach ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (dalej: ryczałt PSZ). Zmiany zostały zaprezentowane na wykresie poniżej.



Wykres 2 Liczba i wartość świadczeń w ramach JGP zrealizowanych w latach 2019-2023.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ z lat 2019-2023.

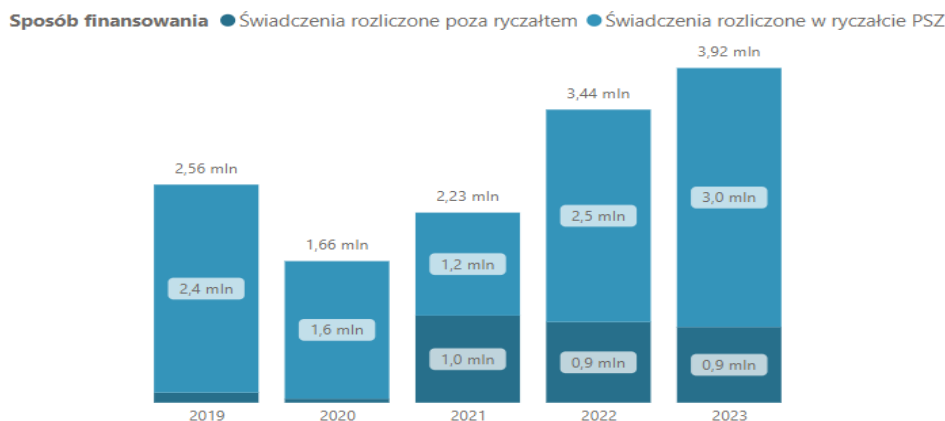
Liczba świadczeń diagnostycznych dla pacjentów z padaczką lekooporną w latach 2019-2023 nie wykazywała jednoznacznego trendu wzrostowego. W 2020 roku nastąpił wyraźny spadek realizacji względem roku 2019. Kolejne lata przyniosły wzrost, który został jednak przerwany niewielkim spadkiem w 2023 roku. Zmiany te ilustruje poniższy wykres.



Wykres 3 Liczba świadczeń odrębnych zrealizowanych w latach 2019-2023.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ z lat 2019-2023.

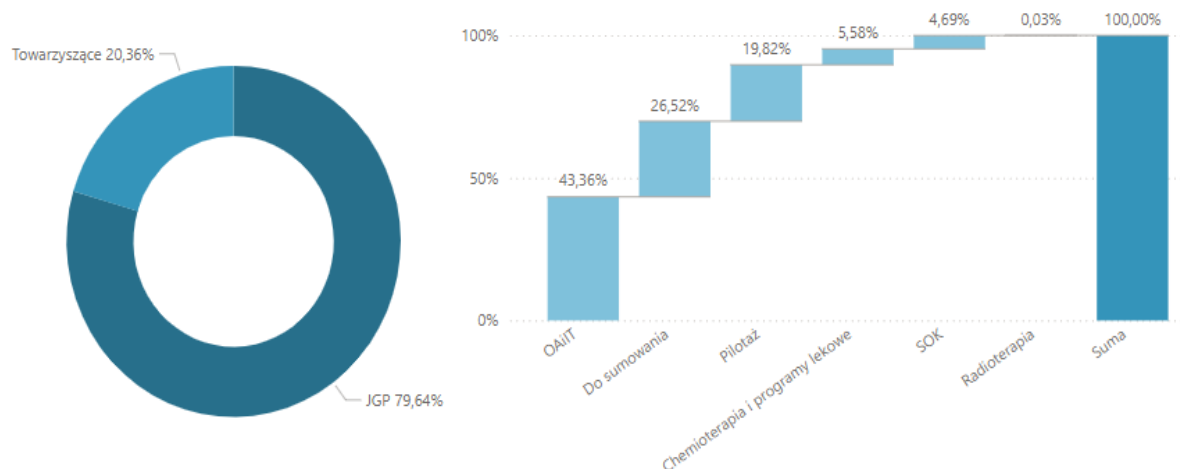
W latach 2019-2023 wartość świadczeń diagnostycznych dla pacjentów z padaczką lekooporną wykazywała znaczące wahania. Od 2021 roku widoczny jest systematyczny wzrost wartości świadczeń, który osiągnął swoje maksimum w 2023 roku (3,92 mln zł). Pomimo większej liczby świadczeń w 2022 roku, ich całkowita wartość była niższa niż w roku następnym. W 2023 roku blisko 23% wartości świadczeń sfinansowano poza ryczałtem PSZ. Poniższy wykres ilustruje te zmiany.



Wykres 4 Wartość świadczeń odrębnych zrealizowanych w latach 2019-2023.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ z lat 2019-2023.

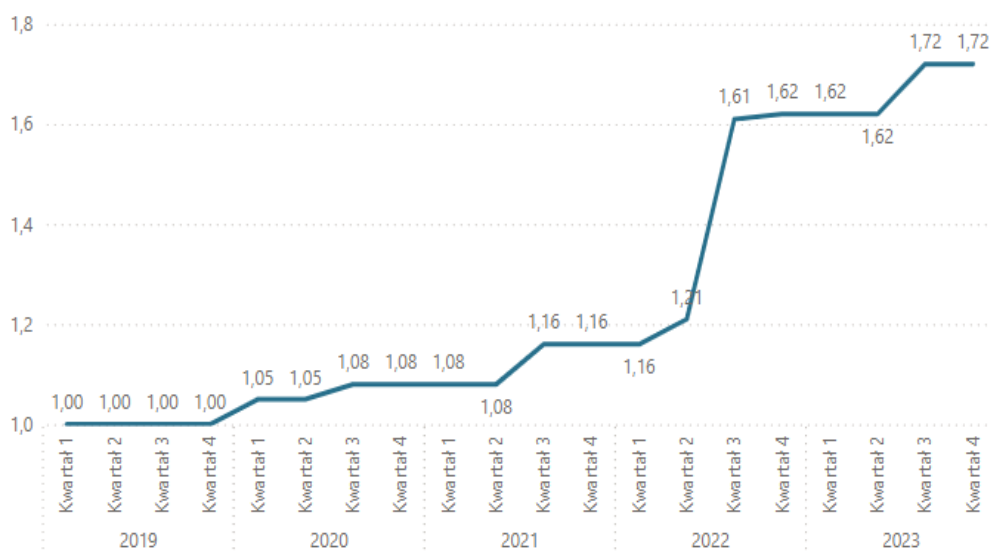
Wartość świadczeń towarzyszących możliwych do rozliczenia wraz ze świadczeniem podstawowym w roku 2023 wyniosła 720,4 mln zł i stanowiła ponad 20% wartości wszystkich świadczeń w obszarze chorób układu nerwowego. Na poniższym wykresie przedstawiono szczegóły.



Wykres 5 Świadczenia towarzyszące rozliczone wraz ze świadczeniem podstawowym (JGP).

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ z 2023 roku.

Cena jednostki rozliczeniowej w ryczałcie PSZ na przestrzeni lat podlegała znaczącym wzrostom. Obecna wartość jednostki rozliczeniowej wynosi 1,84 zł/punkt. Poniższy wykres prezentuje średnią cenę jednostki rozliczeniowej w ryczałcie PSZ w latach 2019-2023 w podziale na kwartały.

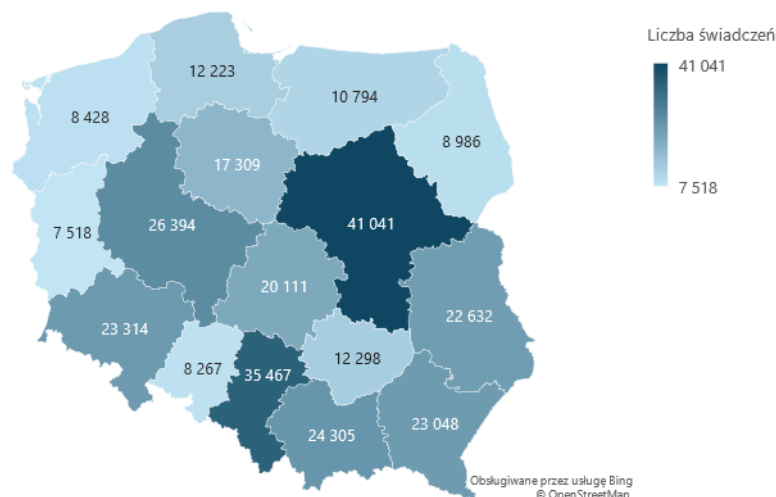


Wykres 6 Cena jednostki rozliczeniowej w ryczałcie PSZ w latach 2019-2023.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Liczba i wartość świadczeń w ujęciu regionalnym

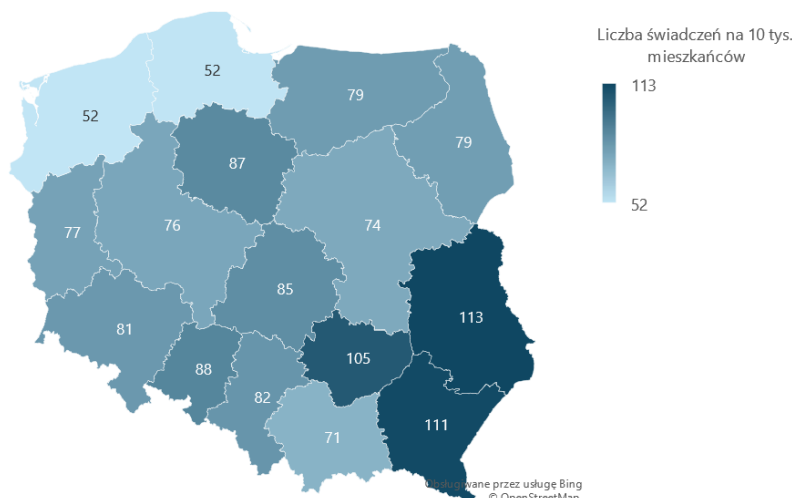
W roku 2023 najwięcej świadczeń zrealizowano w województwach: mazowieckim (41 041 świadczeń) i śląskim (35 467 świadczeń), a najmniej w województwach: lubuskim (7 518 świadczeń), opolskim (8 267 świadczeń), zachodniopomorskim (8 428 świadczeń) i podlaskim (8 986 świadczeń). Szczegółowe dane przedstawiono na mapie poniżej.



Wykres 7 Liczba zrealizowanych świadczeń JGP w 2023 roku w podziale na województwa.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ z 2023 roku.

Do analizy wzięto pod uwagę również liczbę mieszkańców w danym województwie (GUS, 2023). W przeliczeniu na 10 tysięcy mieszkańców największą realizacją świadczeń charakteryzują się województwa: lubelskie (113 świadczeń), podkarpackie (111 świadczeń) i świętokrzyskie (105 świadczeń). Najmniej świadczeń w przeliczeniu na 10 tysięcy mieszkańców zrealizowano na północy kraju, w województwach: pomorskim i zachodniopomorskim (po 52 świadczenia). Szczegółowe dane przedstawiono na mapie poniżej.



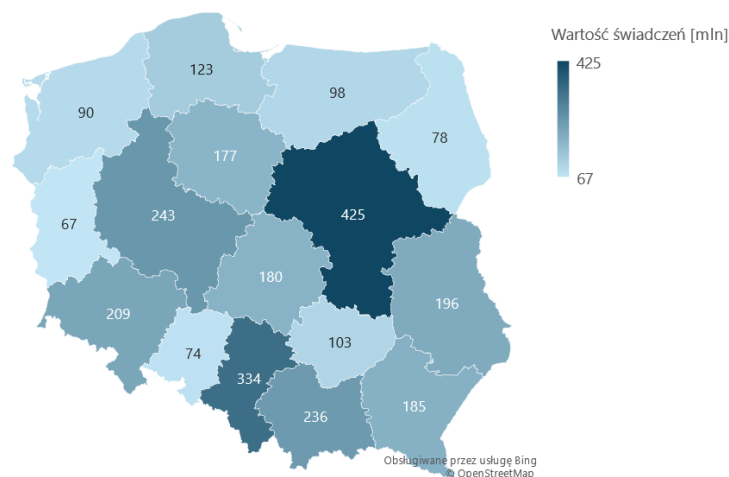
Wykres 8 Liczba zrealizowanych świadczeń JGP w 2023 roku w podziale na województwa w przeliczaniu na 10 tys. mieszkańców.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ z 2023 roku.

W 2023 roku świadczenia odrębne realizowane były w województwach: mazowieckim (137 świadczeń), dolnośląskim (34 świadczeń), warmińsko-mazurskim (33 świadczenia), wielkopolskim (24 świadczenia), podkarpackim (20 świadczeń), śląskim (17 świadczeń), lubelskim (11 świadczeń), małopolskim (10 świadczeń), pomorskim (9 świadczeń) i kujawsko-pomorskim (4 świadczenia). Biorąc pod uwagę liczbę mieszkańców w każdym z tych województw w przeliczeniu na 10 tysięcy mieszkańców najwięcej świadczeń odrębnych zrealizowano w województwach mazowieckim (około 0,25 świadczeń/10 tys. mieszkańców) i warmińsko-mazurskim (około 0,24 świadczeń/10 tys. mieszkańców).

mieszkańców), a najmniej w województwie kujawsko-pomorskim (około 0,02 świadczeń/10 tys. mieszkańców).

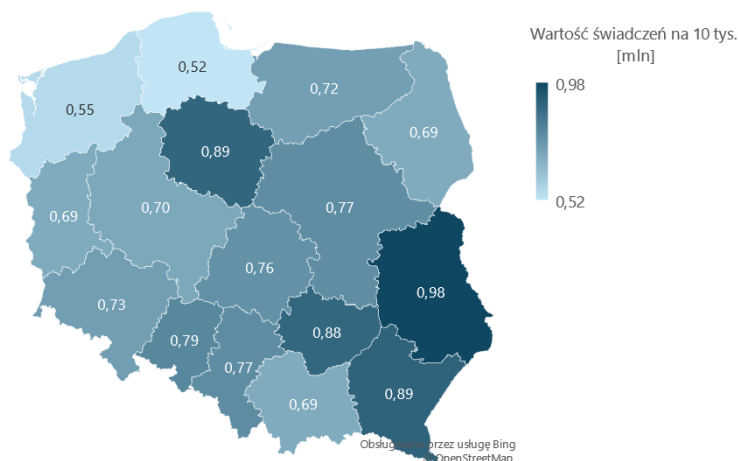
Wartość zrealizowanych świadczeń była zdecydowanie najwyższa w województwie mazowieckim i wyniosła 425 063 084,73 zł. Najniższą wartość świadczeń w 2023 roku zaobserwowano w województwie lubuskim – 67 083 646,26 zł. Szczegółowe dane przedstawiono na mapie poniżej.



Wykres 9 Wartość zrealizowanych świadczeń JGP w mln zł w 2023 roku w podziale na województwa.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ z 2023 roku.

Analizując wartość świadczeń JGP w przeliczeniu na 10 tysięcy mieszkańców, największą wartością w roku 2023 charakteryzuje się województwo lubelskie – około 0,98 mln zł. Natomiast najniższą wartość świadczeń w 2023 roku w przeliczeniu na 10 tysięcy mieszkańców zanotowano w województwach pomorskim – około 0,52 mln zł i zachodniopomorskim – około 0,55 mln zł. Szczegółowe dane przedstawiono na mapie poniżej.



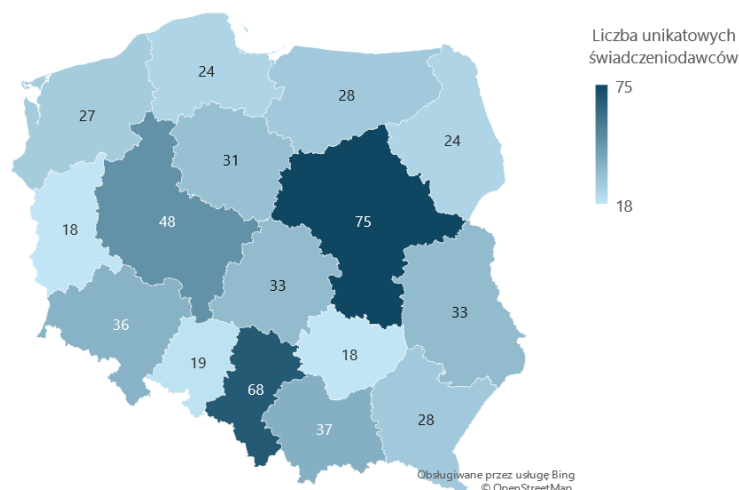
Wykres 10 Wartość zrealizowanych świadczeń JGP w mln zł w 2023 roku w podziale na województwa w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ z 2023 roku.

Największa wartość świadczeń odrębnych dotyczy województwa mazowieckiego – 1 795 915,24 zł, a najmniejsza kujawsko-pomorskiego – 51 600,36 zł. Wartość świadczeń odrębnych przeliczona na 10 tysięcy mieszkańców najwięcej wyniosła w województwie mazowieckim – około 3,26 tys. zł i warmińsko-mazurskim – około 3,21 tys. zł, a najmniej w województwie kujawsko-pomorskim – około 0,26 tys. zł.

Realizatorzy

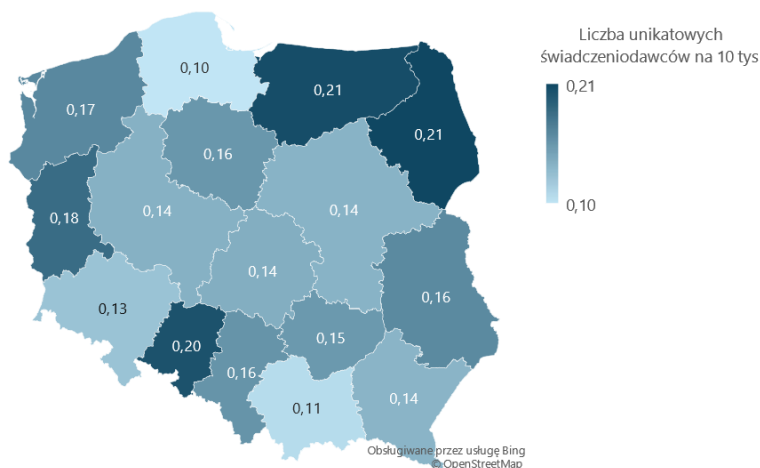
W roku 2023 świadczenia realizowało 547 świadczeniodawców. Największa liczba realizatorów wystąpiła w województwie mazowieckim (75) i śląskim (68), z kolei najmniejsza w województwach świętokrzyskim i lubuskim (po 18) oraz opolskim (19). Szczegółowe dane przedstawiono na mapie poniżej.



Wykres 11 Liczba unikatowych świadczeniodawców w 2023 roku w podziale na województwa.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ z 2023 roku.

Po uwzględnieniu liczby mieszkańców, najwyższy wskaźnik liczby unikalnych świadczeniodawców na 10 tysięcy dotyczy województw: podlaskiego i warmińsko-mazurskiego (po około 0,21/10 tys. mieszkańców), i opolskiego (około 0,2/10 tys. mieszkańców), zaś najmniejszy województw: pomorskiego (około 0,1/10 tys. mieszkańców) i małopolskiego (około 0,11/10 tys. mieszkańców). Szczegółowe dane zostały przedstawione na poniższej mapie.

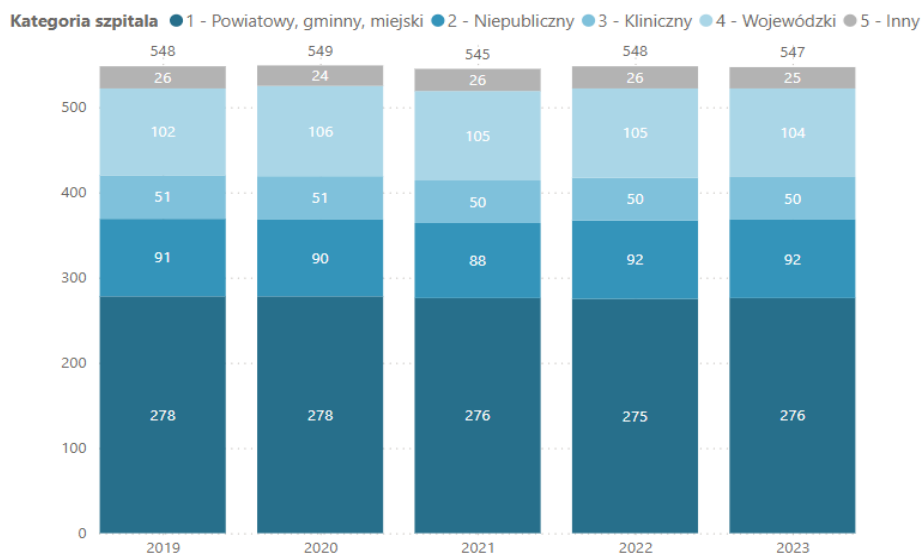


Wykres 12 Liczba świadczeniodawców w 2023 roku w podziale na województwa w przeliczeniu na 10 tysięcy mieszkańców.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ z 2023 roku.

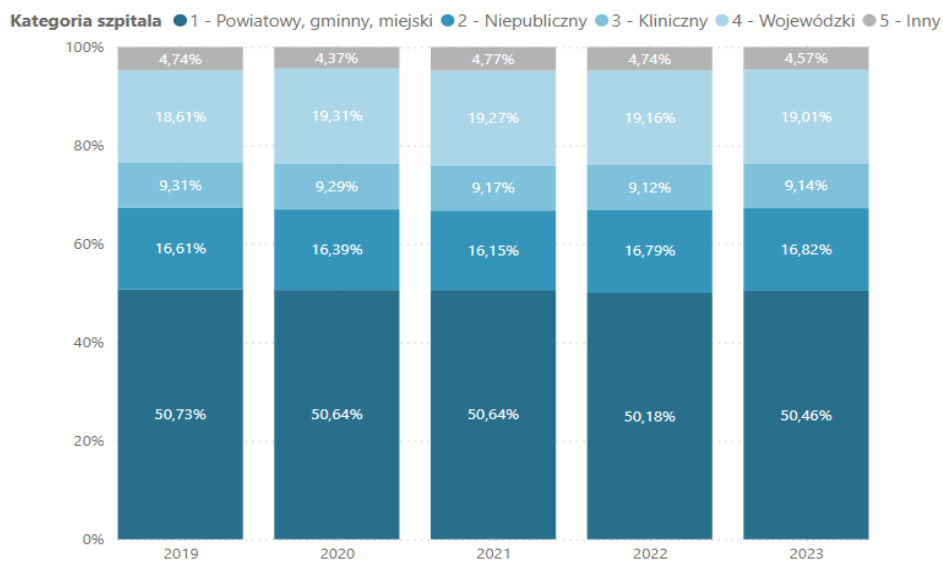
Najliczniejszą grupą realizującą świadczenia w latach 2019-2023 były szpitale skategoryzowane jako „Powiatowy, gminny, miejski”, które w każdym z analizowanych lat stanowiły około połowę wszystkich realizatorów świadczeń w badanym zakresie. Na przestrzeni lat 2019-2023 liczba i struktura świadczeniodawców w poszczególnych kategoriach szpitali pozostawały na zbliżonym poziomie, bez znaczących zmian lub istotnych różnic. Kolejnymi grupami realizatorów, po szpitalach powiatowych,

gminnych i miejskich w 2023 roku były szpitale wojewódzkie (około 19,01%), niepubliczne (około 16,82%), kliniczne (9,14%) i inne (około 4,57%). Dane przedstawiono na poniższych wykresach.



Wykres 13 Liczba świadczeniodawców w latach 2019-2023 w podziale na kategorię szpitala.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ z lat 2019-2023.



Wykres 14 Struktura procentowa liczby realizatorów świadczeń JGP w latach 2019-2023 w podziale na kategorię szpitala.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ z lat 2019-2023.

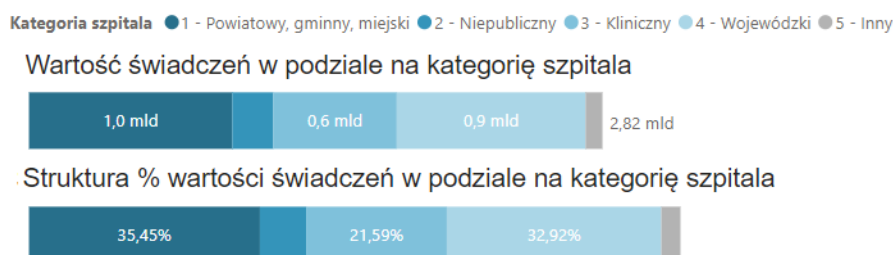
Najwięcej świadczeń w 2023 roku zostało zrealizowanych w szpitalach z kategorii „Powiatowy, gminny, miejski” – około 123 tysięcy, zaś najmniej w szpitalach z kategorii „Inny” - około 9 tysięcy.



Wykres 15 Struktura liczby świadczeń JGP w podziale na kategorię szpitala.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ z 2023 roku.

Największa wartość refundacji z tytułu realizacji świadczeń w 2023 roku dotyczyła szpitali powiatowych, gminnych i miejskich – około 1 mld zł, a następnie szpitali wojewódzkich – około 0,9 mld zł. Najmniejszą wartość świadczeń zanotowano w kategorii szpitala „Inne” – około 83 mln zł.



Wykres 16 Struktura wartości świadczeń JGP w podziale na kategorię szpitala.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ z 2023 roku.

W 2023 roku zrealizowano 299 świadczeń odrębnych o wartości 3 924 399,11 zł, z czego 100% realizacji stanowi produkt *padaczka lekooporna – diagnostyka*. Świadczenia te realizowane były przede wszystkim w szpitalach klinicznych (około 73,91 % świadczeń), a ich wartość wyniosła 2 894 091,67 zł, co stanowi około 73,75% całkowitej wartości świadczeń odrębnych. Szczegóły na poniższych wykresach.



Wykres 17 Struktura liczby i wartości świadczeń odrębnych w podziale na kategorię szpitala.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ z 2023 roku.

W roku 2023 w zakresie chorób układu nerwowego sprawozdano 139 936 epizodów ratujących życie, co stanowiło około 46,32% liczby wszystkich świadczeń. Wartość świadczeń ratujących życie wyniosła

1 403 922 412 zł – około 49,82% wartości wszystkich świadczeń. Szczegóły przedstawiono na poniższych wykresach.

● Epizody ratujące życie ● Pozostałe epizody

Liczba świadczeń oznaczonych jako ratujące życie



Wartość świadczeń oznaczonych jako ratujące życie



Liczba świadczeń (%) oznaczonych jako ratujące życie



Wartość świadczeń (%) oznaczonych jako ratujące życie



Wykres 18 Liczba i wartość świadczeń JGP w 2023 roku oznaczonych jako ratujące życie.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ z 2023 roku.

JGP z obszaru leczenia chorób układu nerwowego, zgodnie z załącznikiem nr 1a do zarządzenia Prezesa NFZ, możliwe są do realizacji w ramach kilku zakresów świadczeń. Najczęściej rozliczenie występuje w ramach zakresu neurologia (231 310 świadczeń). Następnie w zakresach neurochirurgia (29 133 świadczeń) i choroby wewnętrzne (19 335 świadczeń). Liczba świadczeń z tych trzech zakresów stanowiła około 92,6% wszystkich świadczeń, a udział ich wartości to około 95,6%. Zestawienie danych prezentuje poniższa tabela.

Tabela 9 Liczba i wartość analizowanych grup JGP w poszczególnych zakresach świadczeń

Nazwa zakresu	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Udział % liczby świadczeń	Wartość	Udział % wartości
NEUROLOGIA	212 016	231 310	76,56%	2 002 564 211,65	71,07%
NEUROCHIRURGIA	25 919	29 133	9,64%	577 051 597,89	20,48%
CHOROBY WEWNĘTRZNE	18 359	19 335	6,40%	114 062 053,52	4,05%
CHIRURGIA OGÓLNA	6 660	6 741	2,23%	24 654 195,98	0,87%
ORTOPEDIA I TRAUMATOLOGIA NARZĄDU RUCHU	3 016	3 096	1,02%	12 564 130,46	0,45%
NEUROLOGIA DZIECIĘCA	2 208	2 768	0,92%	15 797 872,54	0,56%
CHOROBY ZAKAŻNE	2 446	2 657	0,88%	20 293 508,49	0,72%
GERIATRIA	2 236	2 278	0,75%	15 026 340,57	0,53%
OTORYNOLARYNGOLOGIA	792	813	0,27%	6 000 619,93	0,21%
AUDIOLOGIA I FONIATRIA	788	809	0,27%	3 119 896,55	0,11%
ONKOLOGIA KLINICZNA	486	604	0,20%	2 764 140,54	0,10%
REUMATOLOGIA	448	510	0,17%	3 833 145,57	0,14%
ONKOLOGIA I HEMATOLOGIA DZIECIĘCA	246	470	0,16%	1 951 789,22	0,07%
CHOROBY ZAKAŻNE DZIECIĘCE	340	343	0,11%	2 607 785,28	0,09%
CHIRURGIA DZIECIĘCA	216	234	0,08%	3 184 473,59	0,11%
ANGIOLOGIA	178	194	0,06%	1 145 869,88	0,04%
CHIRURGIA SZCZĘKOWO-TWARZOWA	182	187	0,06%	665 253,23	0,02%
OKULISTYKA	179	181	0,06%	546 000,58	0,02%
DIABETOLOGIA	120	121	0,04%	354 688,38	0,01%
UROLOGIA	57	62	0,02%	3 633 714,47	0,13%
ENDOKRYNOLOGIA	60	60	0,02%	175 731,00	0,01%
DERMATOLOGIA I WENEROLOGIA	49	55	0,02%	398 366,00	0,01%
NEUROCHIRURGIA DZIECIĘCA	49	53	0,02%	4 137 238,29	0,15%
OTORYNOLARYNGOLOGIA DZIECIĘCA	40	40	0,01%	316 834,98	0,01%
CHIRURGIA SZCZĘKOWO	25	25	0,01%	73 322,95	0,00%

Nazwa zakresu	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Udział % liczby świadczeń	Wartość	Udział % wartości
PEDIATRIA	13	14	0,00%	51 313,52	0,00%
POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA	13	13	0,00%	792 101,17	0,03%
REUMATOLOGIA DZIECIĘCA	10	10	0,00%	59 334,27	0,00%
CHIRURGIA PLASTYCZNA	8	9	0,00%	79 185,44	0,00%
OKULISTYKA DZIECIĘCA	7	8	0,00%	20 008,54	0,00%
ENDOKRYNOLOGIA DZIECIĘCA	2	2	0,00%	4 740,62	0,00%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ z 2023 roku.

W poniższej tabeli przedstawiono zagregowane zestawienie struktury liczby i wartości sprawozdanych świadczeń w oparciu o 3 dominujące zakresy (wraz z zakresami skojarzonymi), tj. neurologia, neurochirurgia i choroby wewnętrzne. Pozostałe zakresy zagregowano w pozycji pozostałe.

Tabela 10 Liczba i wartość analizowanych grup JGP w zakresach

Nazwa zakresu	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Udział % liczby świadczeń	Wartość w zł	Udział % wartości
NEUROLOGIA	212 016	231 310	76,56%	2 002 564 211,65	71,07%
NEURCHIRURGIA	25 919	29 133	9,64%	577 051 597,89	20,48%
POZOSTAŁE	20 789	22 357	7,40%	124 251 602,04	4,41%
CHOROBY WEWNĘTRZNE	18 359	19 335	6,40%	114 062 053,52	4,05%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ z 2023 roku.

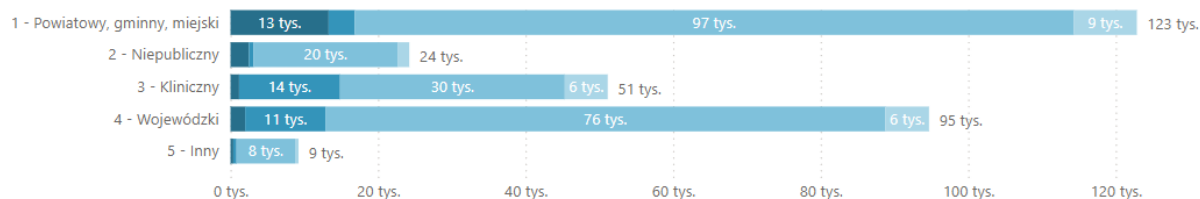
Największy udział w każdej z analizowanych kategorii szpitala mają świadczenia rozliczone w zakresie neurologii:

- „Powiatowy, gminny, miejski” – 97 477 świadczeń (około 79,34%);
- „Niepubliczny” – 19 541 świadczeń (około 80,63%);
- „Kliniczny” – 30 464 świadczeń (około 59,58%);
- „Wojewódzki” – 75 895 świadczeń (około 80,16%);
- „Inny” – 9 224 świadczeń (około 86%).

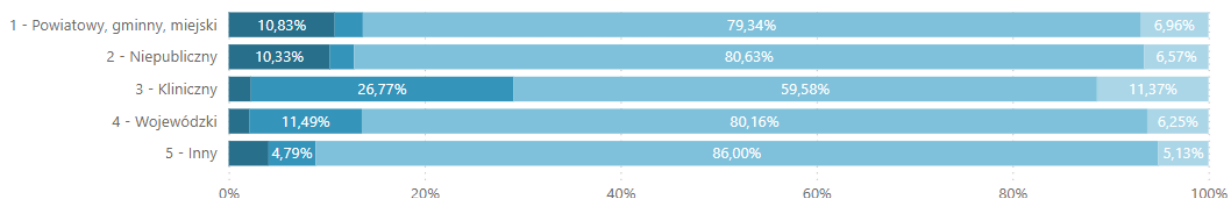
W szpitalach z kategorii „Powiatowy, gminny, miejski” w drugiej kolejności rozliczano świadczenia w zakresie chorób wewnętrznych (13 303 świadczeń, co stanowi około 10,83%). Najmniej świadczeń rozliczanych było z zakresu neurochirurgii (3 525 świadczeń, co stanowi około 2,87%). Podobnie w przypadku szpitali niepublicznych, po świadczeniach z zakresu neurologii rozliczano świadczenia z zakresu choroby wewnętrzne (około 10,33%), pozostałe (około 6,57%) i neurochirurgii (około 2,46%). W szpitalach klinicznych i wojewódzkich, jako kolejne po świadczeniach z zakresu neurologii rozliczane były świadczenia z zakresu neurochirurgii (kliniczne około 26,77%, wojewódzkie około 11,49%). Szczegóły przedstawiono na poniższym wykresie.

Zakres ● CHOROBY WEWNĘTRZNE ● NEUROCHIRURGIA ● NEUROLOGIA ● POZOSTAŁE

Liczba świadczeń w poszczególnych zakresach w podziale na kategorię szpitala



Struktura % liczby świadczeń w poszczególnych zakresach w podziale na kategorię szpitala



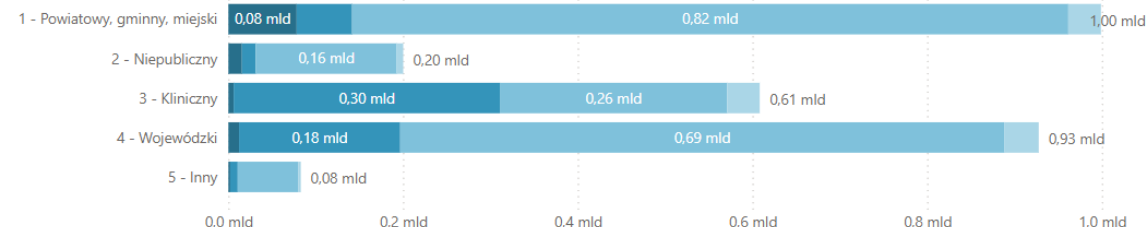
Wykres 19 Struktura liczby świadczeń JGP w poszczególnych zakresach w podziale na kategorię szpitala.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ z 2023 roku.

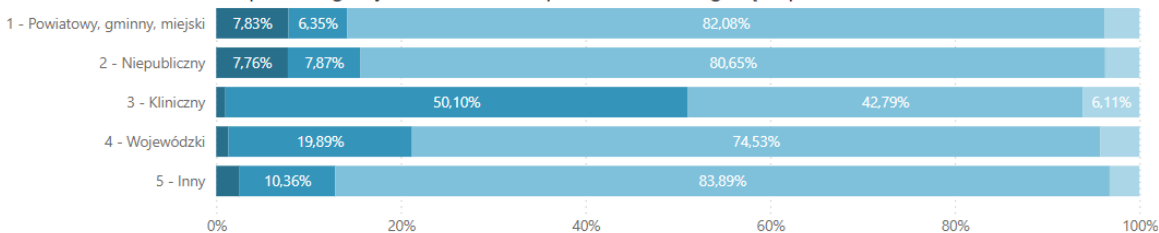
Na wykresie poniżej przedstawiono wartość i strukturę procentową świadczeń w poszczególnych zakresach, z podziałem na kategorię szpitali. Największą wartość świadczeń odnotowano w kategorii szpitala „Powiatowy, gminny, miejski” w zakresie neurologii – 819 895 980,01 zł, co stanowiło około 29% wartości wszystkich świadczeń zrealizowanych w zakresie chorób układu nerwowego w 2023 roku. Ta wartość stanowiła około 82,08% wartości świadczeń zrealizowanych w szpitalach powiatowych, gminnych i miejskich.

Zakres ● CHOROBY WEWNĘTRZNE ● NEUROCHIRURGIA ● NEUROLOGIA ● POZOSTAŁE

Wartość świadczenia w poszczególnych zakresach w podziale na kategorię szpitala



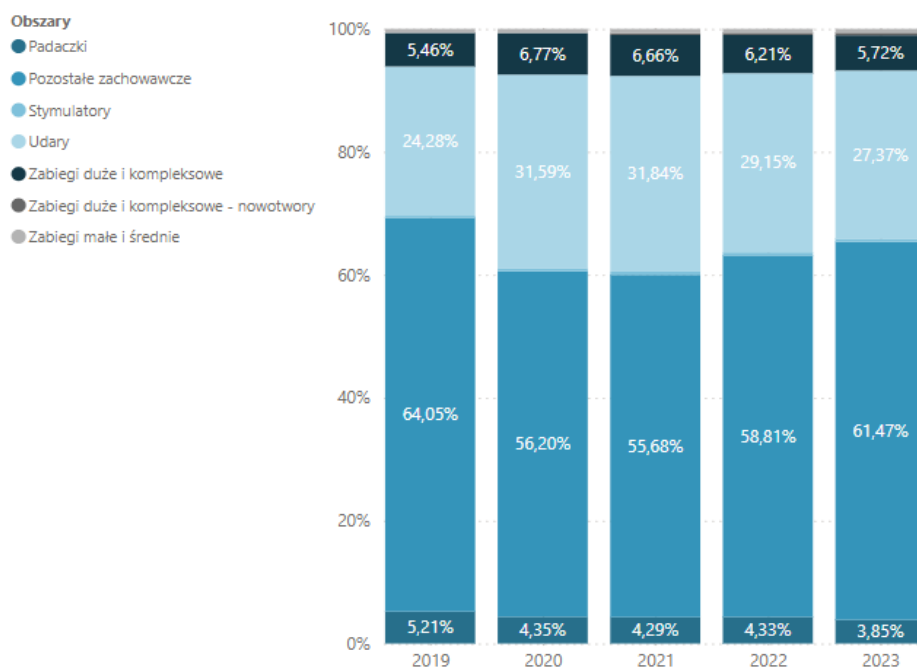
Wartość świadczenia w poszczególnych zakresach w podziale na kategorię szpitala



Wykres 20 Struktura wartości świadczeń JGP w poszczególnych zakresach w podziale na kategorię szpitala.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ z 2023 roku.

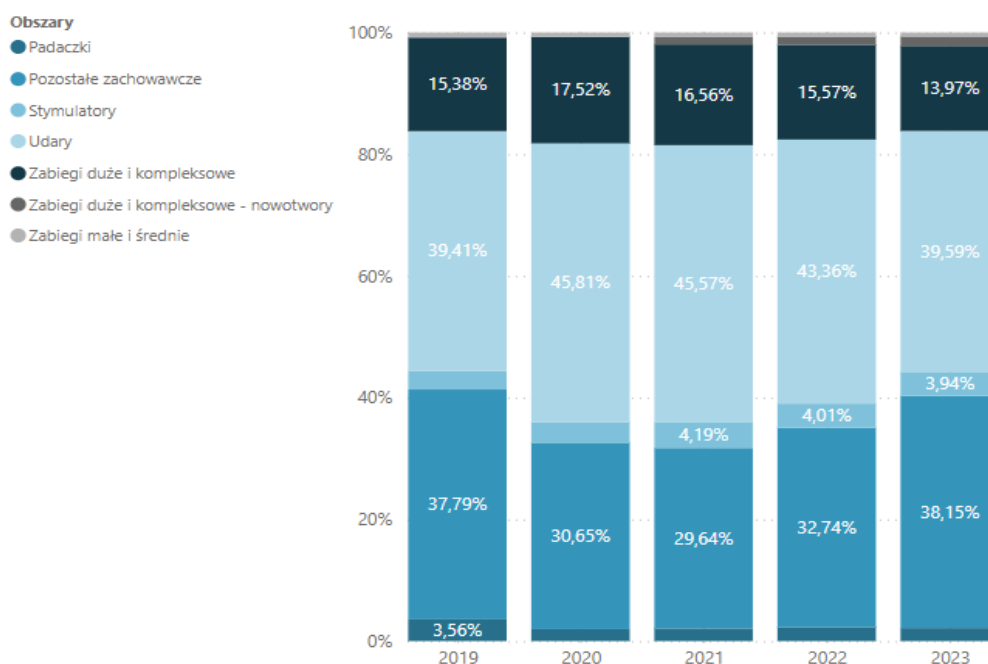
W latach 2019-2023 struktura procentowa liczby świadczeń w danych obszarach ulegała niewielkim zmianom i można przypuszczać, że powodem tego była pandemia Covid-19. W latach dotkniętych pandemią tj. 2020-2021 zanotowano zmniejszenie udziału świadczeń z obszarów: pozostałe zachowawcze i padaczki, a zwiększenie udziału świadczeń z obszarów udary oraz zabiegi duże i kompleksowe. W roku 2022 następował stopniowy powrót do struktury sprzed pandemii, a porównując rok 2019 i 2023 nie obserwuje się znaczących zmian. Dane przedstawiono na wykresie poniżej.



Wykres 21 Liczba świadczeń JGP w poszczególnych obszarach w latach 2019-2023.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ z lat 2019-2023.

W latach 2019-2023 struktura procentowa wartości świadczeń również ulegała niewielkim zmianom. W latach dotkniętych pandemią tj. 2020-2021 zanotowano zmniejszenie udziału wartości świadczeń z obszarów: pozostałe zachowawcze i padaczki, a zwiększenie udziału wartości świadczeń z obszarów udary oraz zabiegi duże i kompleksowe. W roku 2022 nastąpił stopniowy powrót do struktury sprzed pandemii, a porównując rok 2019 i 2023 nie obserwuje się znaczących zmian. Dane przedstawiono na wykresie poniżej.



Wykres 22 Wartość świadczeń JGP w poszczególnych obszarach w latach 2019-2023.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ z lat 2019-2023.

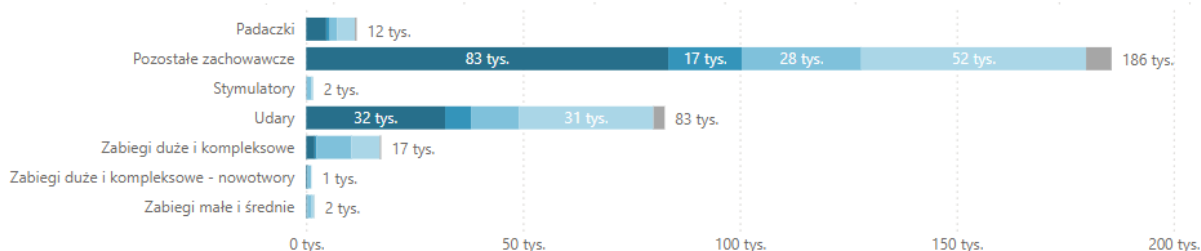
Biorąc pod uwagę kategorię szpitala analiza danych NFZ za rok 2023 wykazała, że:

- najwięcej świadczeń z obszaru padaczki zrealizowano w szpitalach powiatowych, gminnych i miejskich (4 638 świadczeń o wartości 24 490 150,33 zł);
- pozostałe świadczenia zachowawcze głównie realizowane były przez szpitale powiatowe, gminne i miejskie (83 498 świadczeń o wartości 483 565 316,34 zł);
- stymulatory są domeną szpitali klinicznych (977 świadczeń o wartości 67 264 848,58 zł);
- świadczenia z obszaru udarów realizowano głównie w szpitalach powiatowych, gminnych i miejskich (32 039 świadczeń o wartości 426 836 875,47 zł) oraz szpitalach wojewódzkich (31 069 świadczeń o wartości 426 834 815,12 zł);
- zabiegi duże i kompleksowe są domeną szpitali klinicznych (8 056 świadczeń o wartości 197 266 766,81 zł);
- najwięcej świadczeń z obszaru zabiegi duże i kompleksowe – nowotwory zrealizowano w szpitalach klinicznych (790 świadczeń o wartości 27 603 131,89 zł);
- około połowę zabiegów małych i średnich wykonano w szpitalach klinicznych (957 świadczeń o wartości 9 226 943,80 zł).

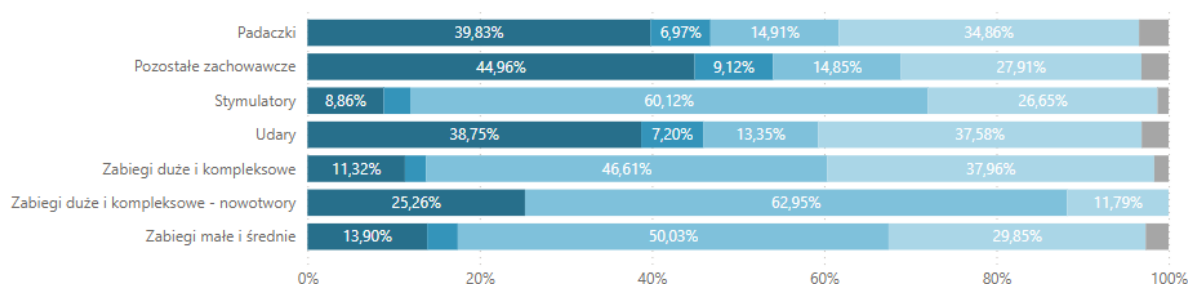
Szczegóły zostały przedstawione na wykresach poniżej.

Kategoria szpitala: 1 - Powiatowy, gminny, miejski 2 - Niepubliczny 3 - Kliniczny 4 - Wojewódzki 5 - Inny

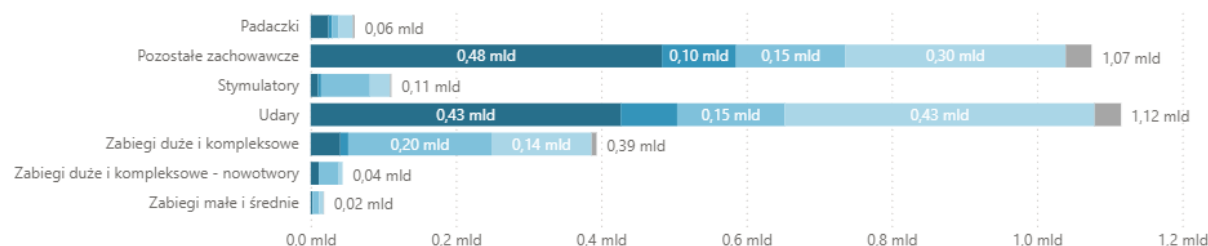
Liczba świadczeń w poszczególnych obszarach w podziale na kategorię szpitala



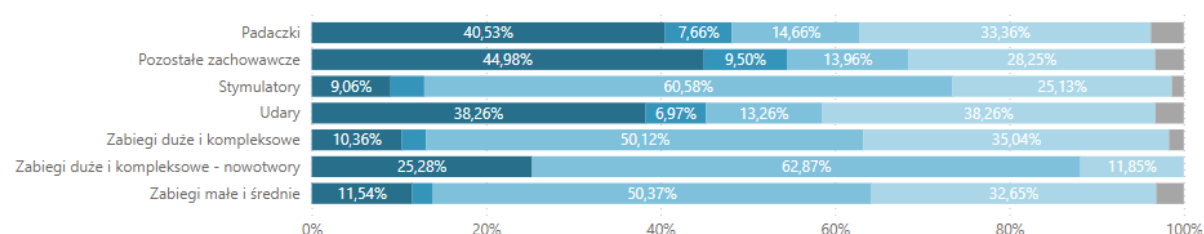
Struktura % liczby świadczeń w poszczególnych obszarach w podziale na kategorię szpitala



Wartość świadczeń w poszczególnych obszarach w podziale na kategorię szpitala



Struktura % wartości świadczeń w poszczególnych obszarach w podziale na kategorię szpitala



Wykres 23 Struktura liczby i wartości świadczeń JGP w poszczególnych obszarach w podziale na kategorię szpitala.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ z 2023 roku.

Grupą JGP o najwyższym udziale, zarówno w liczbie jak i wartości świadczeń w ramach analizowanych grup JGP, jest grupa A48 Kompleksowe leczenie udarów mózgu > 7dni w oddziale udarowym, której udział w liczbie świadczeń wyniósł około 21,01%, a w wartości świadczeń około 35,68%. Pięć najczęściej rozliczanych grup JGP to:

- A48 Kompleksowe leczenie udarów mózgu > 7dni w oddziale udarowym;
- A87 Inne choroby układu nerwowego;
- A45 Choroby naczyń mózgowych – leczenie zachowawcze;
- A47 Przemijające niedokrwienie mózgu – rozszerzona diagnostyka;
- A36 Choroby demielinizacyjne.

Grupy te stanowią około 59,24% liczby świadczeń i 61,07% wartości wszystkich świadczeń sprawozdanych w ramach analizowanych grup JGP. Szczegółowe informacje o sprawozdawczości zawiera poniższa tabela.

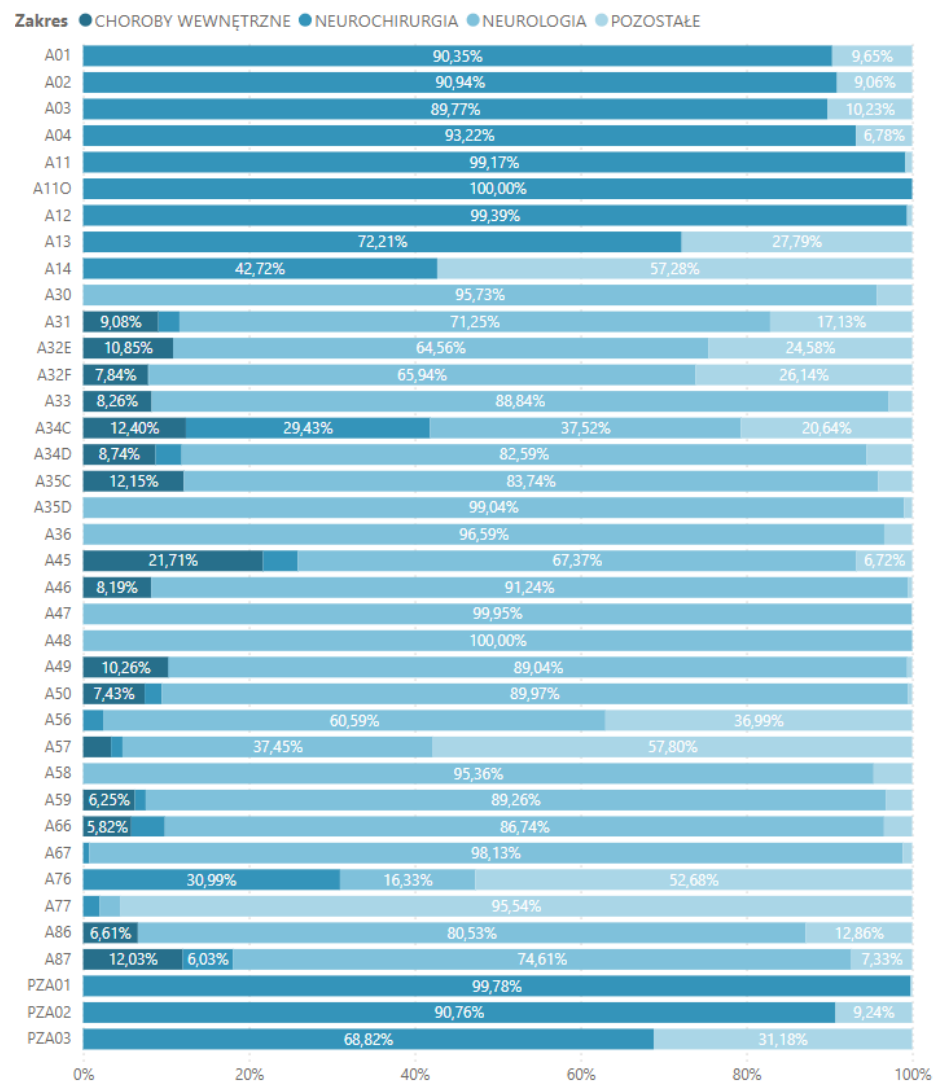
Tabela 11 Liczba i wartość świadczeń w podziale na poszczególne JGP

Kod JGP	Nazwa grupy	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Udział % liczby świadczeń	Liczba świadczeń na pacjenta	Wartość świadczeń w zł	Udział % wartości
A01	Zabiegi wewnątrzczaszkowe z powodu poważnego urazu *	4 439	4 571	1,51%	1,03	68 381 529,31	2,43%
A02	Zabiegi wewnątrzczaszkowe z powodu urazu *	258	265	0,09%	1,03	3 562 104,28	0,13%
A03	Wszczepienie stymulatora struktur głębokich mózgu/ stymulatora nerwu błędnego *	429	518	0,17%	1,21	46 039 123,16	1,63%
A04	Wszczepienie/ wymiana stymulatora rdzenia kręgowego lub wymiana generatora do stymulacji struktur głębokich mózgu *	989	1 107	0,37%	1,12	65 000 561,12	2,31%
A11	Kompleksowe zabiegi wewnątrzczaszkowe *	7 489	7 735	2,56%	1,03	219 237 596,28	7,78%
A11O	Kompleksowe zabiegi wewnątrzczaszkowe w rozpoznaniach nowotworów złośliwych *	1 207	1 255	0,42%	1,04	43 903 401,71	1,56%
A12	Duże zabiegi wewnątrzczaszkowe *	3 422	3 583	1,19%	1,05	64 944 725,89	2,30%
A13	Średnie zabiegi wewnątrzczaszkowe *	1 031	1 065	0,35%	1,03	11 665 153,20	0,41%
A14	Małe zabiegi wewnątrzczaszkowe *	497	508	0,17%	1,02	1 470 685,44	0,05%
A30	Kompleksowa diagnostyka polineuropatii i chorób mięśni	5 358	5 505	1,82%	1,03	56 624 019,56	2,01%
A31	Choroby nerwów obwodowych	7 049	7 467	2,47%	1,06	20 946 373,35	0,74%
A32E	Choroby mięśni > 65 r.ż.	763	903	0,30%	1,18	7 156 306,60	0,25%
A32F	Choroby mięśni < 66 r.ż.	1 115	1 339	0,44%	1,2	7 224 127,92	0,26%
A33	Zaburzenia równowagi	2 782	2 786	0,92%	1	8 913 293,87	0,32%
A34C	Guzy mózgu i rdzenia kręgowego	3 661	4 200	1,39%	1,15	11 337 620,70	0,40%
A34D	Guzy mózgu i rdzenia kręgowego > 3 dni	10 287	10 927	3,62%	1,06	93 859 569,53	3,33%
A35C	Choroby zwyrodnieniowe OUN	3 392	3 720	1,23%	1,1	10 927 144,23	0,39%
A35D	Choroby zwyrodnieniowe OUN > 1 dnia	2 473	2 508	0,83%	1,01	15 630 979,67	0,55%
A36	Choroby demielinizacyjne	9 691	11 741	3,89%	1,21	71 206 237,36	2,53%
A45	Choroby naczyń mózgowych - leczenie zachowawcze	24 753	26 112	8,64%	1,05	174 450 905,42	6,19%
A46	Przemijające niedokrwienie mózgu	6 812	6 872	2,27%	1,01	24 939 247,10	0,89%
A47	Przemijające niedokrwienie mózgu - rozszerzona diagnostyka	16 432	16 570	5,48%	1,01	116 520 820,72	4,13%
A48	Kompleksowe leczenie udarów mózgu > 7 dni w oddziale udarowym	61 867	63 467	21,01%	1,03	1 005 451 460,05	35,68%
A49	Udar mózgu - leczenie > 3 dni	9 180	9 242	3,06%	1,01	72 628 824,53	2,58%
A50	Udar mózgu - leczenie	9 391	9 973	3,30%	1,06	37 607 931,33	1,33%
A56	Choroby nerwów czaszkowych	1 291	1 322	0,44%	1,02	4 022 569,85	0,14%
A57	Choroby zapalne układu nerwowego	5 533	6 524	2,16%	1,18	49 337 419,68	1,75%
A58	Encefalopatia	276	280	0,09%	1,01	1 264 548,86	0,04%
A59	Bóle głowy	7 031	7 093	2,35%	1,01	19 143 356,26	0,68%
A66	Padaczka - diagnostyka i leczenie	4 404	4 690	1,55%	1,06	7 501 261,50	0,27%
A67	Padaczka - diagnostyka i leczenie > 3 dni	6 745	6 955	2,30%	1,03	52 918 871,35	1,88%

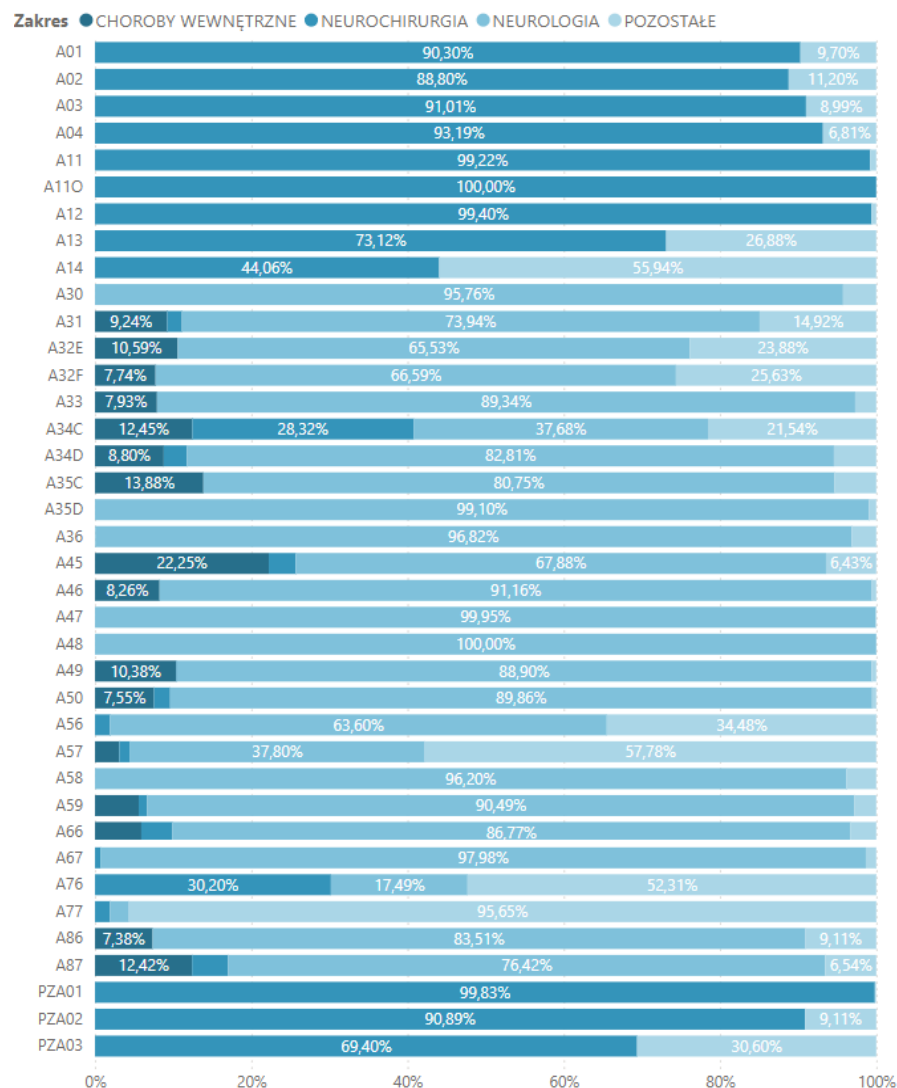
Kod JGP	Nazwa grupy	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Udział % liczby świadczeń	Liczba świadczeń na pacjenta	Wartość świadczeń w zł	Udział % wartości
A76	Urazy głowy z istotnym uszkodzeniem mózgu leczone zachowawczo	3 804	3 846	1,27%	1,01	12 488 517,59	0,44%
A77	Urazy głowy bez istotnego uszkodzenia mózgu leczone zachowawczo	3 524	3 544	1,17%	1,01	5 767 935,22	0,20%
A86	Choroby neuronu ruchowego	1 149	1 392	0,46%	1,21	9 885 031,94	0,35%
A87	Inne choroby układu nerwowego	58 850	61 081	20,22%	1,04	353 340 412,41	12,54%
PZA01	Kompleksowe zabiegi wewnątrzczaszkowe < 18 r.ż. *	441	458	0,15%	1,04	19 536 816,42	0,69%
PZA02	Duże zabiegi wewnątrzczaszkowe < 18 r.ż. *	601	671	0,22%	1,12	17 910 164,47	0,64%
PZA03	Średnie zabiegi wewnątrzczaszkowe < 18 r.ż. *	321	340	0,11%	1,06	5 182 817,22	0,18%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ z 2023 roku

Na wykresach poniżej przedstawiono strukturę procentową liczby i wartości świadczeń w poszczególnych grupach JGP w podziale na zakresy: choroby wewnętrzne, neurochirurgia, neurologia i pozostałe.



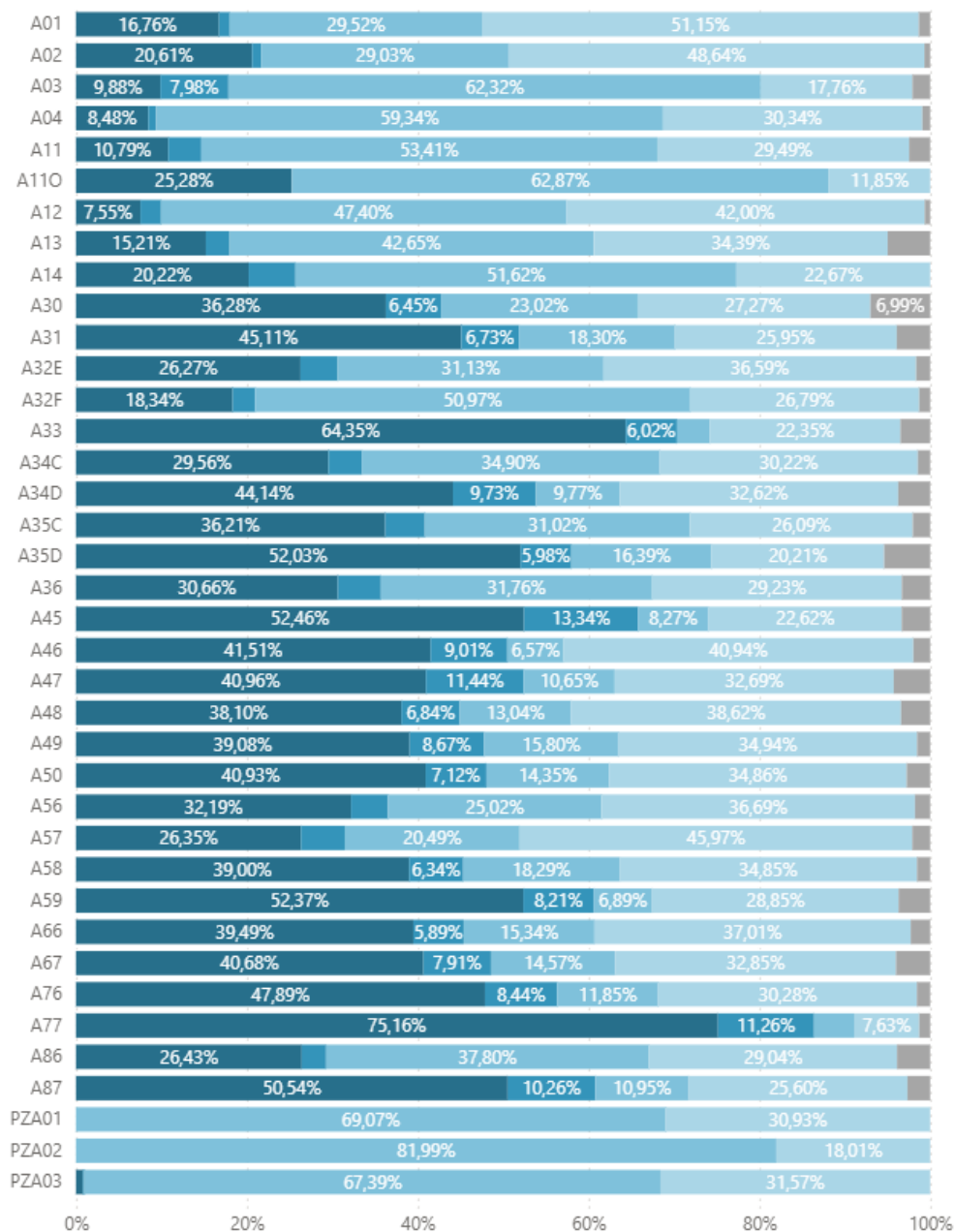
Wykres 24 Liczba świadczeń w poszczególnych JGP w podziale na zakres świadczeń.
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ z 2023 roku.



Wykres 25 Wartość świadczeń w poszczególnych JGP w podziale na zakres świadczeń.
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ z 2023 roku.

Struktura liczby i wartości świadczeń w zależności od kategorii szpitala różni się w odniesieniu do poszczególnych grup JGP. Grupy pediatryczne, tj. PZA01, PZA02, PZA03 oraz grupy A03-A14, A32F, A36, A86 najczęściej są realizowane w szpitalach klinicznych. Grupy A30, A31, A33, A34D-A35D, A45-A47, A50, A58-A77, A87 dominują w szpitalach powiatowych, gminnych i miejskich. Struktura ilości zrealizowanych świadczeń jest bardzo podobna do struktury wartości świadczeń. Dane przedstawiają poniższe wykresy.

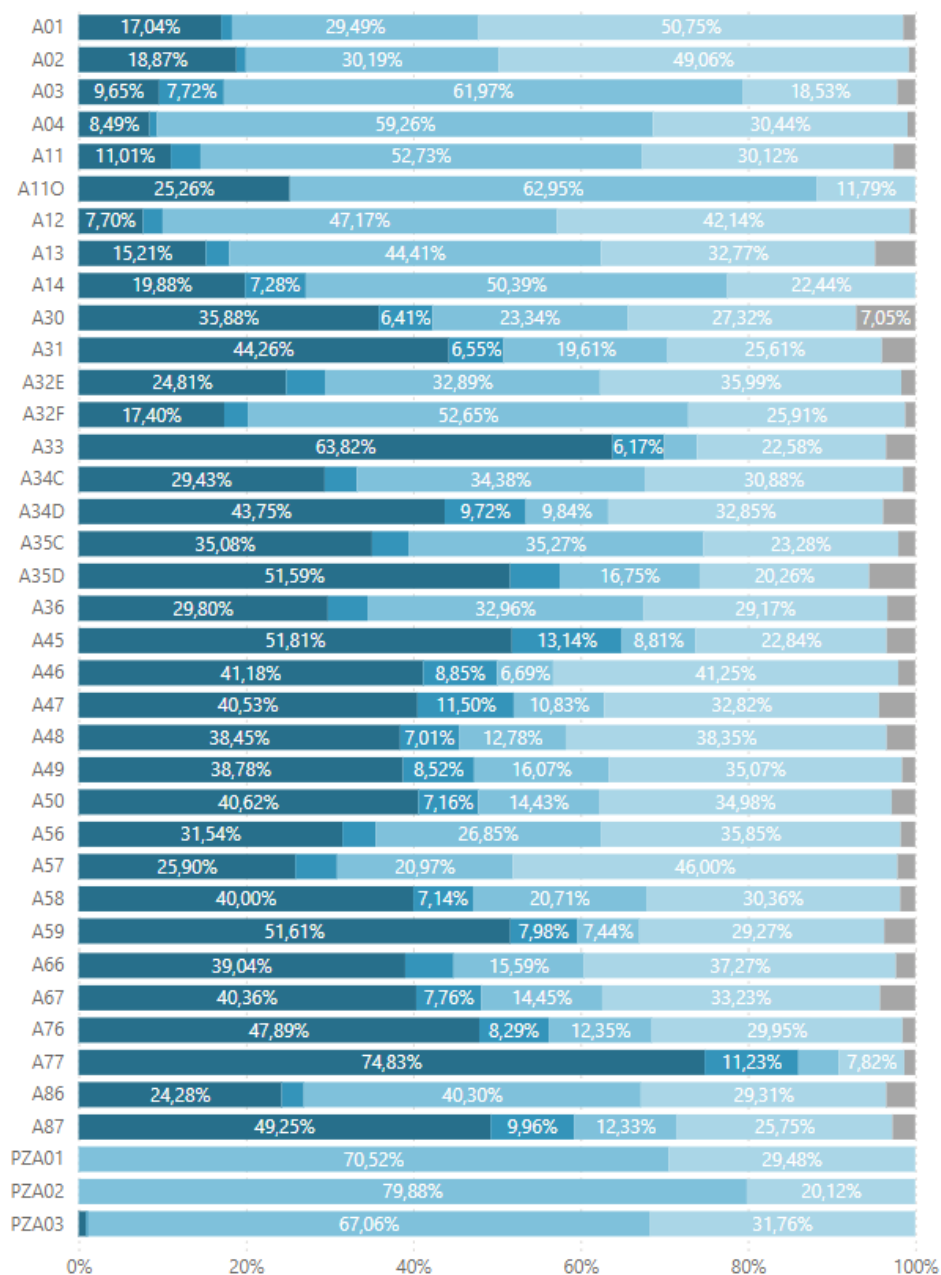
Kategoria szpitala ● 1 - Powiatowy, gminny, miejski ● 2 - Niepubliczny ● 3 - Kliniczny ● 4 - Wojewódzki ● 5 - Inny



Wykres 26 Liczba świadczeń w poszczególnych JGP w podziale na kategorię szpitala.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ z 2023 roku.

Kategoria szpitala ● 1 - Powiatowy, gminny, miejski ● 2 - Niepubliczny ● 3 - Kliniczny ● 4 - Wojewódzki ● 5 - Inny



Wykres 27 Wartość świadczeń w poszczególnych JGP w podziale na kategorię szpitala.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ z 2023.

Analiza struktury trybu przyjęcia do szpitala w 2023 roku wskazuje na dominujący udział przyjęć w trybie nagłym – inne przypadki (118 675 świadczeń, czyli około 39,28%), następnie w trybie nagłym w wyniku przekazania przez zespół ratownictwa medycznego (około 34,32%), a także przyjęcia planowe na podstawie skierowania (około 25,50%). Poniżej w tabeli przedstawiono szczegółowe informacje.

Tabela 12 Struktura trybu przyjęcia

Nazwa trybu przyjęcia	Liczba świadczeń	Udział %
przyjęcie w trybie nagłym - inne przypadki	118 675	39,28%
przyjęcie w trybie nagłym w wyniku przekazania przez zespół ratownictwa medycznego	103 679	34,32%
przyjęcie planowe na podstawie skierowania	77 056	25,50%

Nazwa trybu przyjęcia	Liczba świadczeń	Udział %
przeniesienie z innego szpitala	2 385	0,79%
przyjęcie na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego.	325	0,11%
przyjęcie osoby podlegającej obowiązkowemu leczeniu - przyjęcie w związku z realizacją ustawowego obowiązku poddania się leczeniu określonego w art. 26 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi oraz art. 33 ust. 1 i art. 34 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi	8	0,00%
przyjęcie planowe osoby, która skorzystała ze świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością, zgodnie z uprawnieniami przysługującymi jej na podstawie ustawy	6	0,00%
przyjęcie noworodka w wyniku porodu w tym szpitalu	1	0,00%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ z 2023

W przypadku trybu wypisu we wszystkich analizowanych grupach JGP dominowało skierowanie do dalszego leczenia w lecznictwie ambulatoryjnym (około 62,72%), następnie zakończenie procesu terapeutycznego lub diagnostycznego (około 22,79%), skierowanie do dalszego leczenia w innym szpitalu (około 6,02%) i zgon pacjenta (około 5,31%). Szczegóły w tabeli poniżej.

Tabela 13 Struktura trybu wypisu

Nazwa trybu wypisu	Liczba świadczeń	Udział %
skierowanie do dalszego leczenia w lecznictwie ambulatoryjnym	189 513	62,72%
zakończenie procesu terapeutycznego lub diagnostycznego	68 860	22,79%
skierowanie do dalszego leczenia w innym szpitalu	18 180	6,02%
zgon pacjenta	16 051	5,31%
skierowanie do dalszego leczenia w innym niż szpital zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne	5 518	1,83%
wypisanie na własne żądanie	3 841	1,27%
osoba leczona samowolnie opuściła podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne przed zakończeniem procesu terapeutycznego lub diagnostycznego	155	0,05%
osoba leczona, przyjęta w trybie oznaczonym kodem "9" lub "10", która samowolnie opuściła podmiot leczniczy	6	0,00%
wypisanie na podstawie art. 29 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 2190, z późn. zm.)	6	0,00%
wypisanie na podstawie art. 47 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób.	5	0,00%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ z 2023

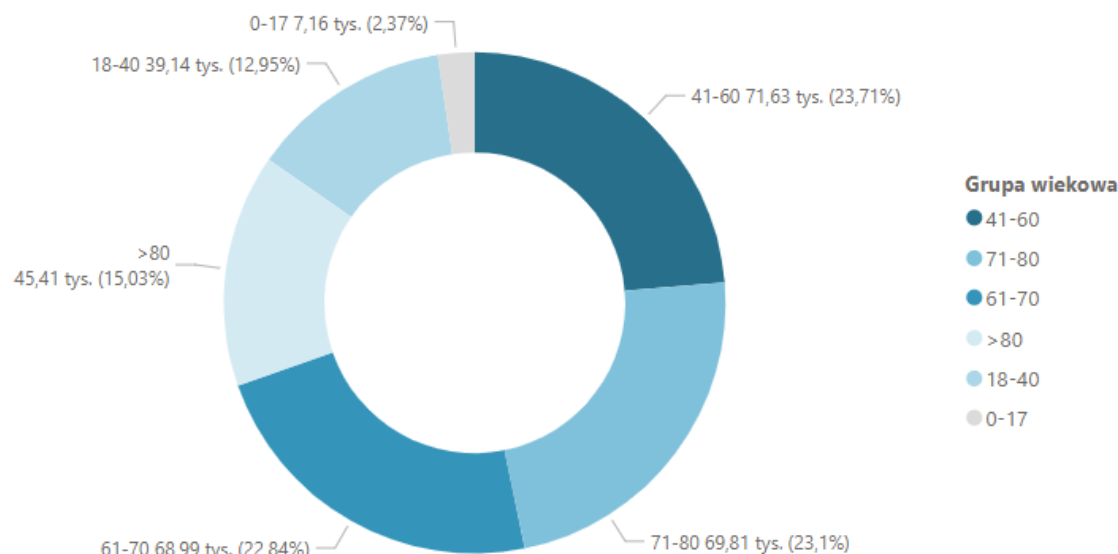
Przeanalizowano dane NFZ z roku 2023 dotyczące parametrów statystycznych takich jak wiek pacjentów i długość hospitalizacji. Pierwszym krokiem było zestawienie liczby świadczeń dla dzieci (pacjenci poniżej 18 roku życia) i dorosłych. Szczegóły przedstawiono w poniższej tabeli.

Tabela 14 Liczba świadczeń JGP w kategoriach dorosły i dziecko

Kategoria pacjenta	Liczba świadczeń	Udział % liczby świadczeń
Dorosły	294 979	97,63%
Dziecko	7 156	2,37%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ z 2023 roku

Około 23,71% liczby świadczeń zostało zrealizowanych na rzecz pacjentów w przedziale wiekowym 41-60 lat. Najmniejszą liczbę świadczeń, bo około 2,37% zrealizowano u pacjentów mających 0-17 lat. Szczegóły dotyczące struktury wiekowej populacji pacjentów znajdują się na poniższym wykresie.



Wykres 28 Struktura wiekowa populacji pacjentów.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ z 2023 roku.

Średni wiek pacjentów wynosi około 62 lata, natomiast średni czas hospitalizacji to około 7 dni. W szpitalach niepublicznych, w zakresie chorób wewnętrznych, odnotowano najwyższy średni wiek pacjentów, wynoszący 70,31 lat. Z kolei w szpitalach wojewódzkich, w obszarze neurologii i neurochirurgii, zaobserwowano najdłuższą średnią długość hospitalizacji – 8,30 dnia. Szczegółowe zestawienia dotyczące średniego wieku pacjentów oraz średniego czasu hospitalizacji, w zależności od kategorii szpitala i zakresu świadczeń, przedstawiono w poniższych tabelach.

Tabela 15 Średni wiek pacjenta w zależności od kategorii szpitala w podziale na zakresy

KATEGORIA SZPITALA	CHOROBY WEWNĘTRZNE	NEUROCHIRURGA	NEUROLOGIA	POZOSTAŁE	OGÓŁEM
1 – Powiatowy, gminny, miejski	66,05	59,31	63,57	57,27	63,28
2 - Niepubliczny	70,31	59,22	63,32	61,13	63,80
3 – Kliniczny	57,74	52,72	60,83	32,06	55,32
4 – Wojewódzki	68,86	58,29	64,49	44,30	62,60
5 - Inny	67,78	55,11	63,69	61,46	63,34
OGÓŁEM	66,42	55,77	63,49	47,64	61,76

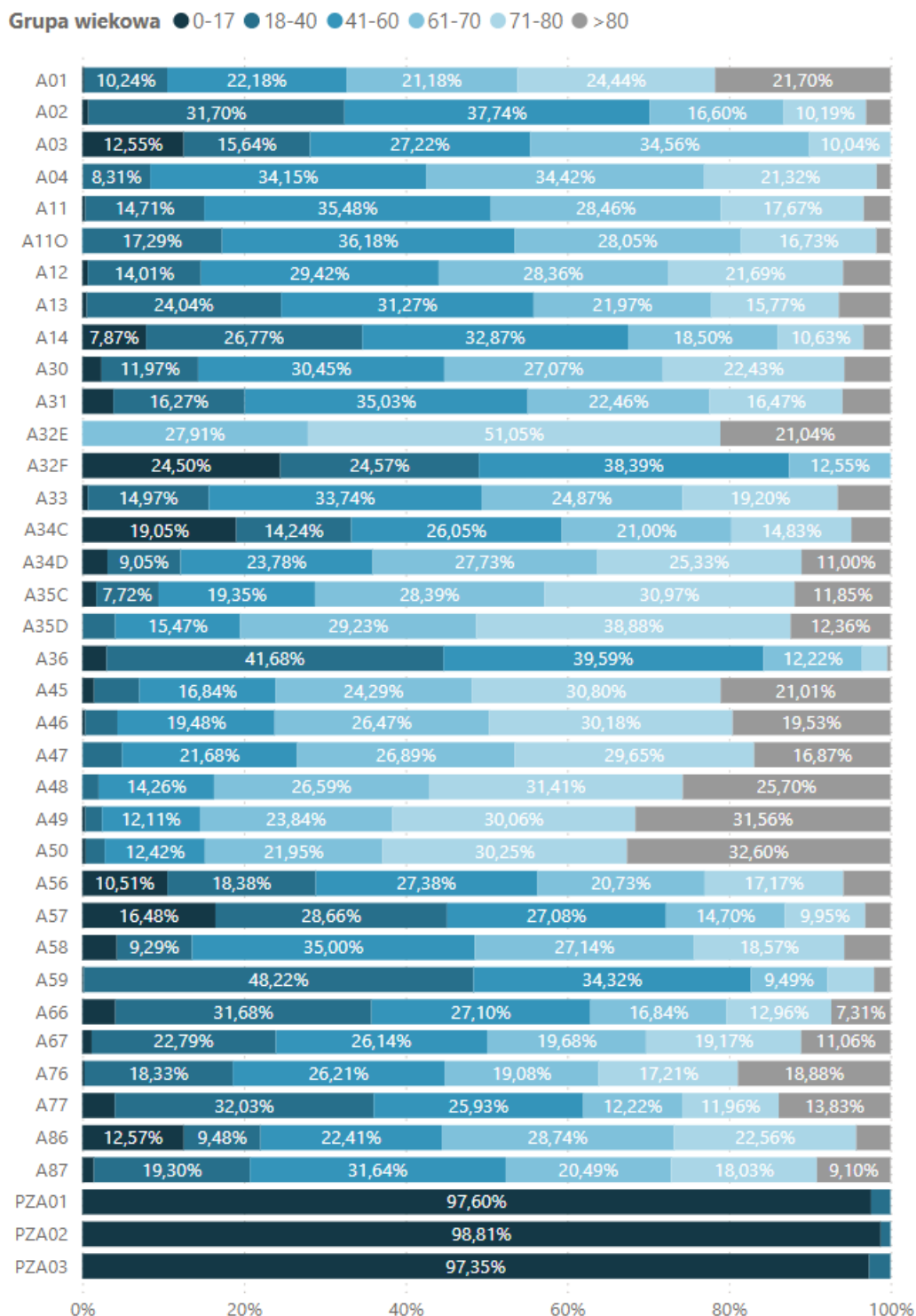
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ z 2023 roku

Tabela 16 Średnia długość hospitalizacji w zależności od kategorii szpitala w podziale na zakresy

KATEGORIA SZPITALA	CHOROBY WEWNĘTRZNE	NEUROCHIRURGA	NEUROLOGIA	POZOSTAŁE	OGÓŁEM
1 – Powiatowy, gminny, miejski	6	6,5	7,37	4,75	7,02
2 - Niepubliczny	5,71	5,77	7,06	4,49	6,72
3 – Kliniczny	5,88	7,37	7,64	4,58	7,18
4 – Wojewódzki	7,45	8,30	8,30	7,04	8,20
5 - Inny	6,61	4,46	7,20	5,58	6,96
OGÓŁEM	6,12	7,54	7,68	5,31	7,39

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ z 2023 roku

Poniższy wykres przedstawia strukturę wiekową pacjentów w poszczególnych grupach JGP. W większości grup widoczny jest dominujący udział pacjentów powyżej 40 roku życia, w ogólnej liczbie hospitalizowanych.



Wykres 29 Struktura procentowa grup wiekowych pacjentów w podziale na grupy JGP.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ z 2023 roku.

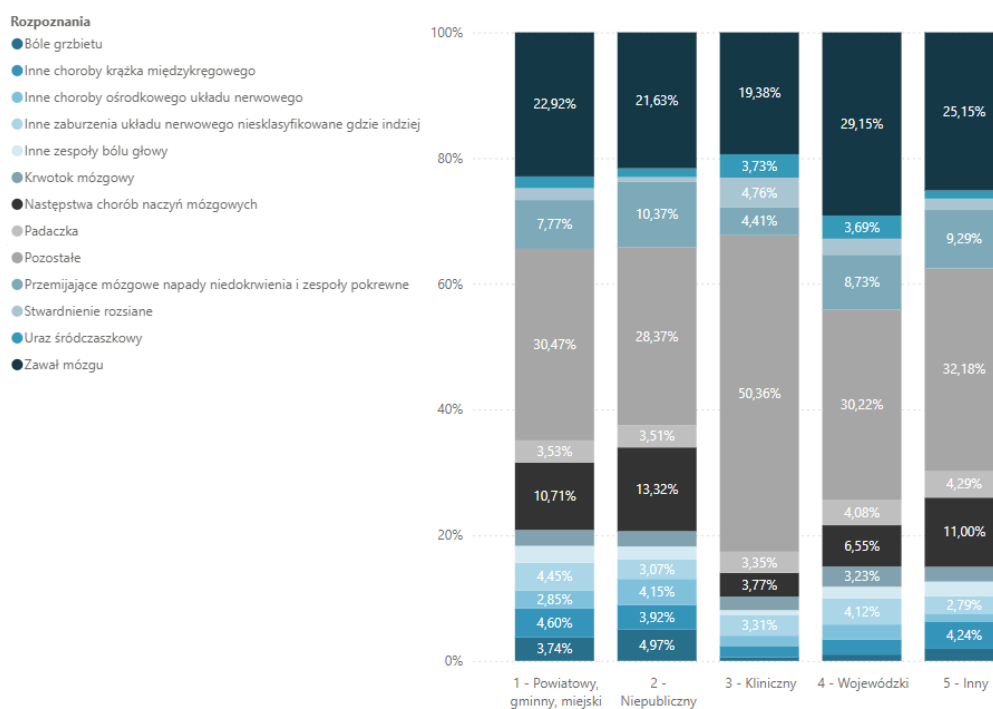
Na poniższym wykresie przedstawiono strukturę świadczeń w podziale na rozpoznania główne. Około 24,24% rozpoznań w 2023 roku to zawał mózgu, a około 8,45% to następstwa chorób naczyń mózgowych. Szczegółowe dane zawiera poniższy wykres.



Wykres 30 Struktura świadczeń w podziale na rozpoznania główne.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ z 2023 roku.

Dominującym rozpoznaniem, w każdej z kategorii szpitala, było 163.3 Zawał mózgu wywołany przez zakrzep tętnic mózgowych. Poniżej przedstawiono strukturę rozpoznań w sekcji A w podziale na kategorie szpitala.



Wykres 31 Struktura procentowa liczby rozpoznań w zależności od kategorii szpitala.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ z 2023 roku.

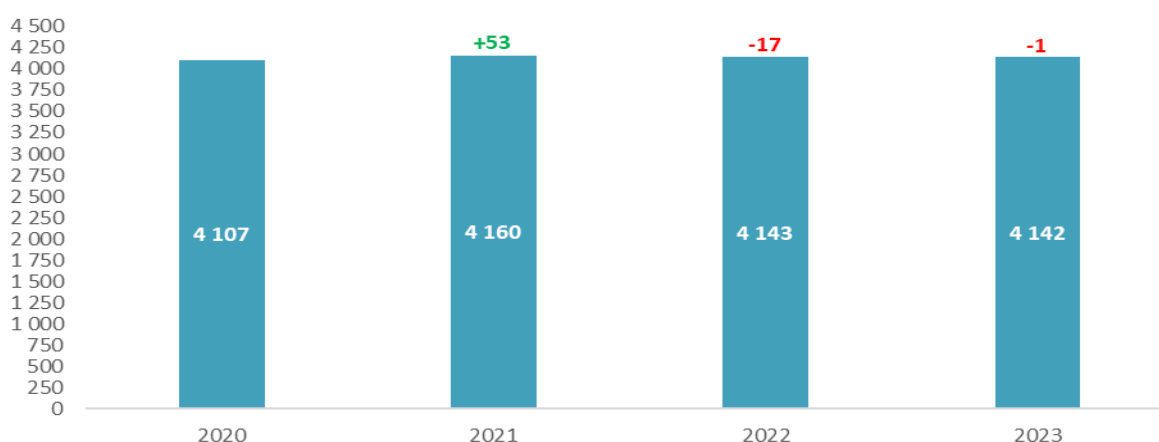
Spośród analizowanych grup JGP możliwych do realizacji wyodrębnionych jest 12 grup zabiegowych, z czego 3 to grupy dedykowane są pacjentom pediatrycznym. Szczegółowe zestawienie procentowego udziału procedur ICD-9 w poszczególnych grupach JGP przedstawiono w tabeli w załączniku nr 4. Procedury o udziale poniżej 1% zostały zagregowane w kategorii „pozostałe”.

2.3.2. Pozostałe informacje

Liczba lekarzy

Przeanalizowano dane dotyczące liczby lekarzy zawarte w *Mapach potrzeb zdrowotnych na lata 2022-2026* z Bazy Analiz Systemowych i Wdrożeniowych (BASiW). Przedmiotem analiz była liczba lekarzy specjalizujących się w dziedzinie neurologii, neurologii dziecięcej oraz neurochirurgii, na przestrzeni lat 2020-2023. Dane wykorzystane do analizy nie zawierały rozbieżności neurochirurgów na specjalistów dla dorosłych i dzieci, dlatego zostały przedstawione w ujęciu ogólnym.

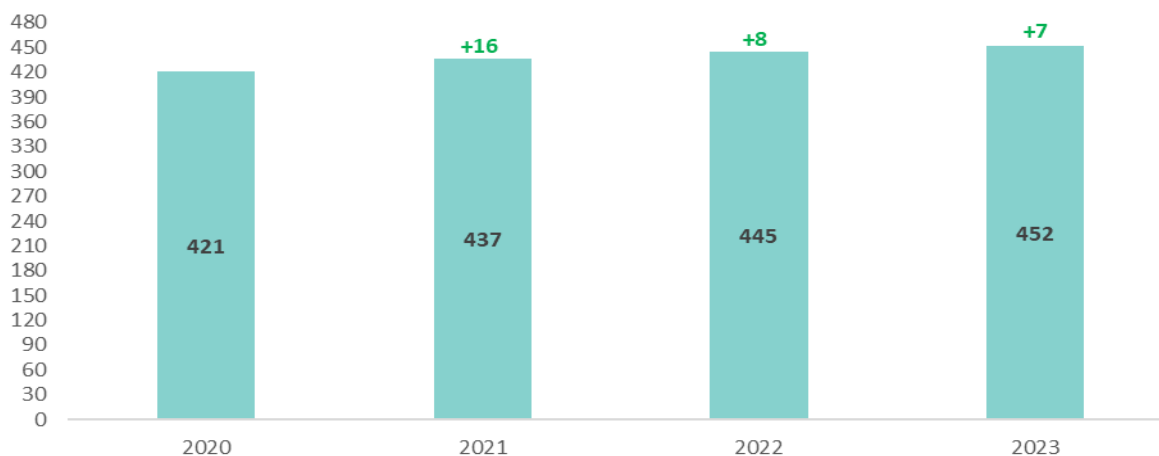
W pierwszym analizowanym roku (2020) liczba specjalistów w dziedzinie neurologii wynosiła 4 107, a w roku następnym wzrosła do poziomu 4 160 specjalistów. W następnych analizowanych latach odnotowano spadek liczby aktywnych zawodowo neurologów do poziomu 4 143 specjalistów w 2022 roku oraz 4 142 specjalistów w 2023 roku. Szczegóły zostały przedstawione na poniższym wykresie.



Wykres 32 Liczba lekarzy specjalistów wykonujących zawód w specjalizacji neurologii w latach 2020-2023.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BASiW (<https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/kadry-medyczne/kadry-medyczne/>) (dostęp w dniu 07.01.2025 r.).

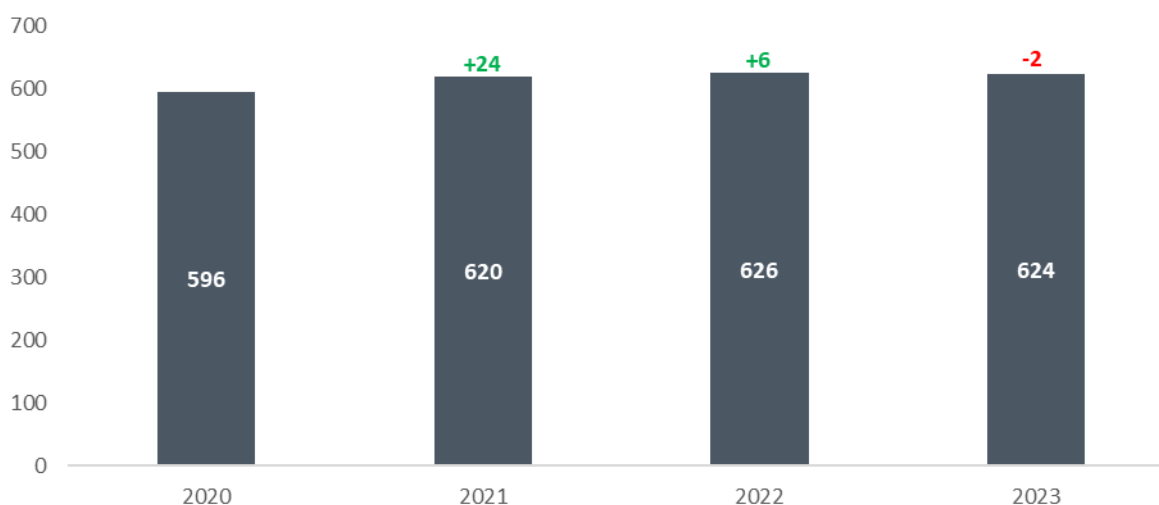
Na podstawie danych za lata 2020-2023 zaobserwowano stały wzrost liczby lekarzy posiadających specjalizację w dziedzinie neurologii dziecięcej. W 2023 roku pracowało 452 specjalistów z tej dziedziny.



Wykres 33 Liczba lekarzy specjalistów wykonujących zawód w specjalizacji neurologii dziecięcej w latach 2020-2023.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BASiW (<https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/kadry-medyczne/kadry-medyczne/>) (dostęp w dniu 07.01.2025 r.).

Liczba specjalistów z zakresu neurochirurgii rokrocznie zwiększała się do poziomu 626 lekarzy w 2022 roku. W roku 2023 liczba lekarzy minimalnie zmniejszyła się i wynosiła 624. Dane zostały ujęte na poniższym wykresie.



Wykres 34 Liczba lekarzy specjalistów wykonujących zawód w specjalizacji neurochirurgii w latach 2020-2023.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BASiW (<https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/kadry-medyczne/kadry-medyczne/>) (dostęp w dniu 07.01.2025 r.).

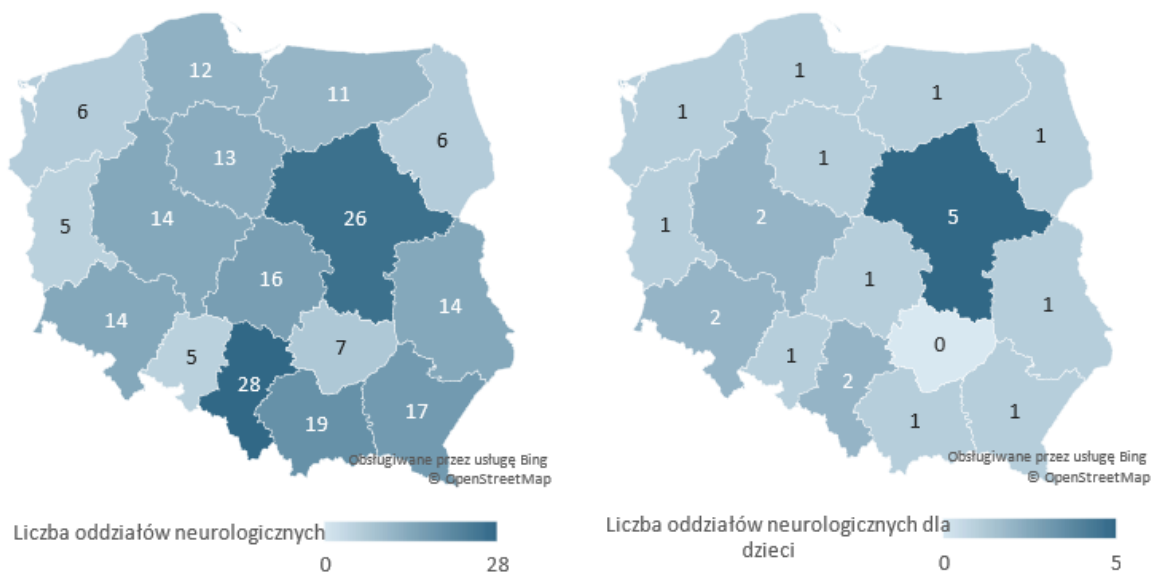
Zgodnie z powyższymi wykresami, specjalistów z dziedziny neurochirurgii i neurologii dziecięcej jest wyraźnie mniej niż z dziedziny neurologii. Liczba lekarzy w dziedzinie neurologii w analizowanych latach wzrosła o niecałe 1% a, w przypadku neurologii dziecięcej, o ponad 7%. Lekarzy neurochirurgów na przestrzeni analizowanych trzech lat przybyło o ok. 5%.

W 2023 roku najwięcej neurologów na 100 tys. ludności w Polsce przypadało w województwie mazowieckim (15,8), lubelskim (14,8) i śląskim (13,4), a największą liczbę neurologów dziecięcych na 100 tys. ludności odnotowano w województwie mazowieckim (2,0) i dolnośląskim (1,5). Liczba lekarzy neurochirurgów w Polsce na 100 tys. ludności była największa w województwie kujawsko-pomorskim (2,7), mazowieckim (2,6) i łódzkim (2,6).

Liczba oddziałów

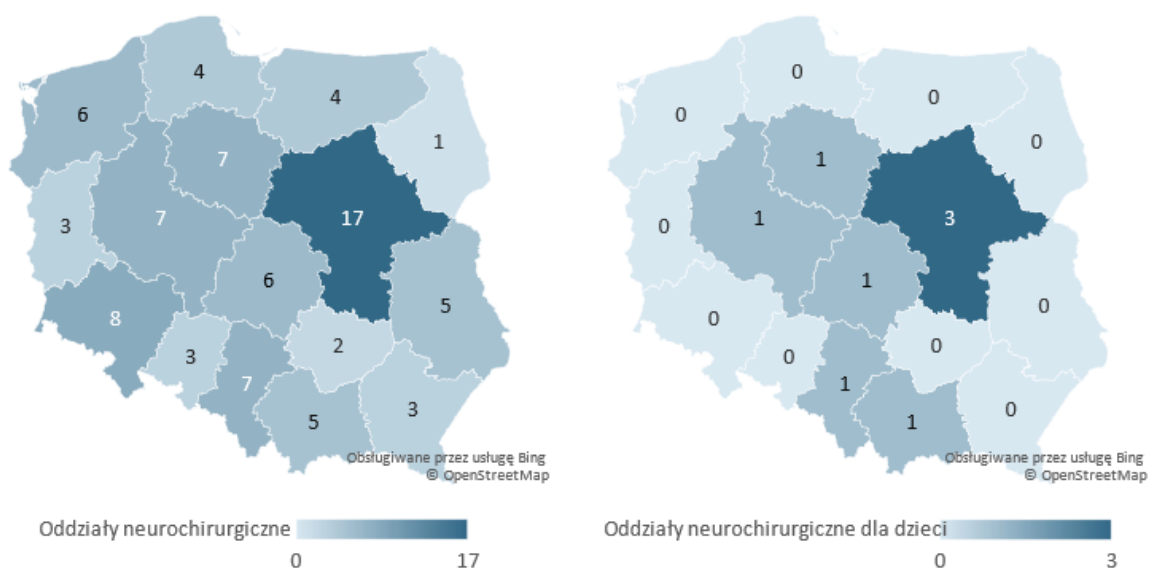
Na podstawie danych dostępnych w *Mapach potrzeb zdrowotnych na lata 2022-2026* przeanalizowano liczbę oddziałów neurologii (kod 4220), neurologii dla dzieci (kod 4221), neurochirurgii (kod 4570), neurochirurgii dla dzieci (kod 4571) oraz oddziałów udarowych (4222) w 2023 roku w poszczególnych województwach.

Największa liczba oddziałów neurologii znajduje się w województwie śląskim (28) oraz mazowieckim (26), podczas gdy najmniej takich oddziałów zlokalizowano w województwie opolskim (5). Oddziały neurologii dedykowane dzieciom występują znacznie rzadziej. Najwięcej z nich znajduje się w województwie mazowieckim (5), a także w województwach wielkopolskim, śląskim i dolnośląskim (po 2 oddziały w każdym). Województwo świętokrzyskie jest jedynym regionem, w którym brak oddziału neurologii dziecięcej. W pozostałych województwach funkcjonują pojedyncze takie oddziały. Szczegółowe dane zostały przedstawione na poniższych wykresach.



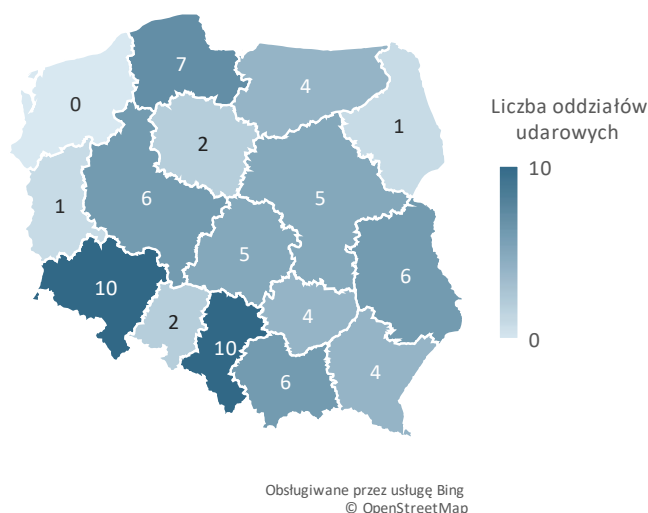
Wykres 35 Liczba oddziałów neurologii oraz oddziałów neurologii dla dzieci w poszczególnych województwach w 2023 r.
 Źródło: Opracowanie własne na podstawie BASiW (<https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/kadry-medyczne/kadry-medyczne/>) (dostęp w dniu 08.01.2025 r.).

Dokonano również analizy rozkładu lokalizacji oddziałów neurochirurgicznych. Największą liczbę oddziałów neurochirurgii odnotowano w województwie mazowieckim (17), natomiast najmniejsza liczba oddziałów neurochirurgii wystąpiła w województwie podlaskim (1). W przypadku neurochirurgii dziecięcej najwięcej oddziałów funkcjonowało w województwie mazowieckim (3). W województwie małopolskim, śląskim, łódzkim, wielkopolskim i kujawsko-pomorskim było po 1 oddziale neurologii dla dzieci. W pozostałych 10 województwach nie wykazano analizowanych oddziałów. Dane zostały przedstawione na poniższych wykresach.



Wykres 36 Liczba oddziałów neurochirurgii oraz neurochirurgii dla dzieci w poszczególnych województwach w 2023 r.
 Źródło: Opracowanie własne na podstawie BASiW (<https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/kadry-medyczne/kadry-medyczne/>) (dostęp w dniu 08.01.2025 r.).

Analogiczną analizę przeprowadzono dla oddziałów udarowych. Najwięcej oddziałów zlokalizowano w województwie śląskim (10) i dolnośląskim (10). Najmniejszą liczbę analizowanych oddziałów (po 1 oddziale) zlokalizowanych jest w województwie lubuskim i podlaskim. W analizowanym roku w województwie zachodniopomorskim nie było oddziału udarowego. Dane zostały ujęte na poniższym wykresie.



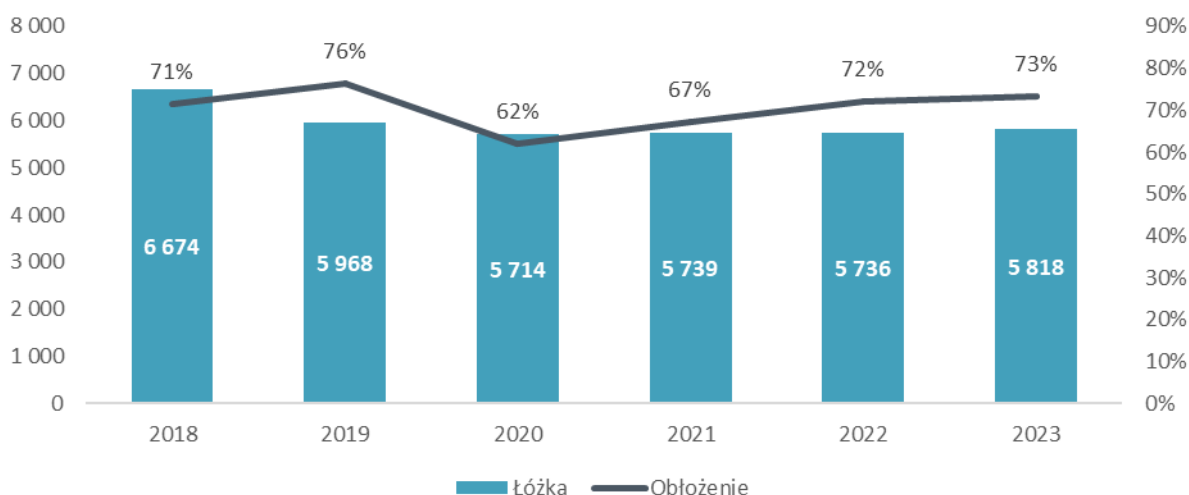
Wykres 37 Liczba oddziałów udarowych w poszczególnych województwach w 2023 r.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BASiW (<https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/kadry-medyczne/kadry-medyczne/> (dostęp w dniu 08.01.2025 r.).

Liczba łózek

Przeanalizowano dane zawarte w *Mapach potrzeb zdrowotnych na lata 2022-2026* pod kątem średniorocznej liczby łóżek i średniego obłożenia na oddziałach neurologicznych, neurologicznych dla dzieci, neurochirurgicznych, neurochirurgicznych dla dzieci oraz oddziałach udarowych na przestrzeni 6 lat (2018 – 2023). We wszystkich analizowanych oddziałach obłożenie było wyższe w latach 2018-2019 (przed wybuchem pandemii COVID-19) niż w latach 2020-2022. W trakcie pandemii, w związku z wprowadzonymi ograniczeniami i mniejszą liczbą przyjęć do oddziałów, obłożenie było niższe. W ciągu trzech ostatnich analizowanych lat obłożenie wykazywało tendencję wzrostową, z wyjątkiem oddziału neurochirurgii dla dzieci.

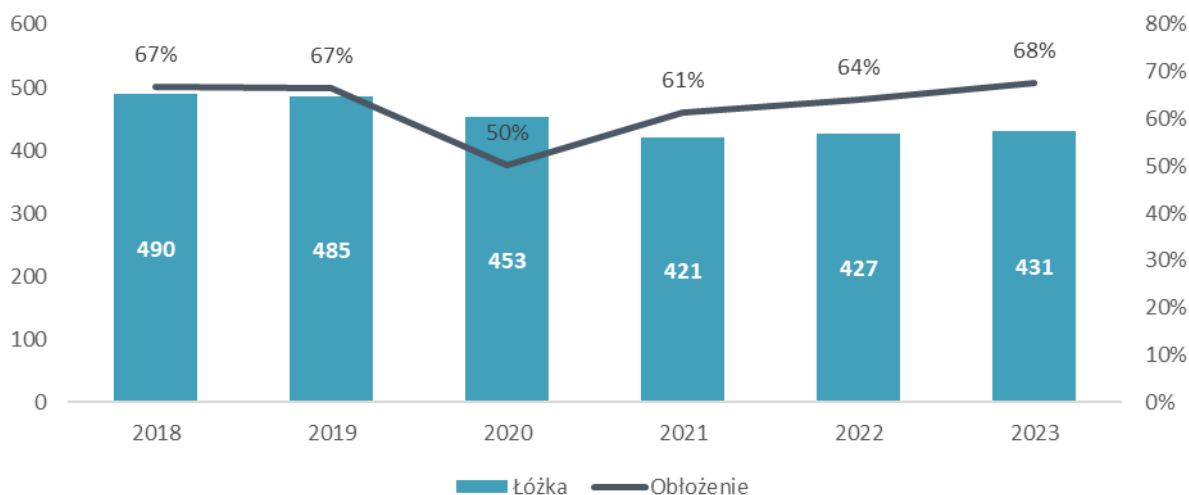
Największa baza łóżek neurologicznych wystąpiła w 2018 roku (6 674). W 2019 nastąpił spadek o ponad 700 łóżek. Różnica między rokiem 2018 a 2019 wynika ze znacznego zmniejszenia bazy łóżkowej w województwie wielkopolskim oraz niewielkim zmniejszeniem liczby łóżek województwie mazowieckim. W 2020 baza łóżek ponownie zmniejszyła się, do poziomu 5 714. W latach 2021-2022 liczba łóżek kształtowała się na podobnym poziomie i wynosiła ok. 5 736 łóżek. Ostatni analizowany rok wykazał wzrost liczby łóżek do poziomu 5 818. W latach 2018-2019 obłożenie wahało się między 71% a 76%, a następnie spadło do poziomu 62% w 2020 roku. W następnych analizowanych latach obłożenie łóżek stale rosło do poziomu 73% w 2023 roku. Szczegółowe dane przedstawia poniższy wykres.



Wykres 38 Liczba łóżek i średnie obłożenie na oddziałach neurologii w latach 2018-2023.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BASiW (<https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/kadry-medyczne/kadry-medyczne/>) (dostęp w dniu 08.01.2025 r.).

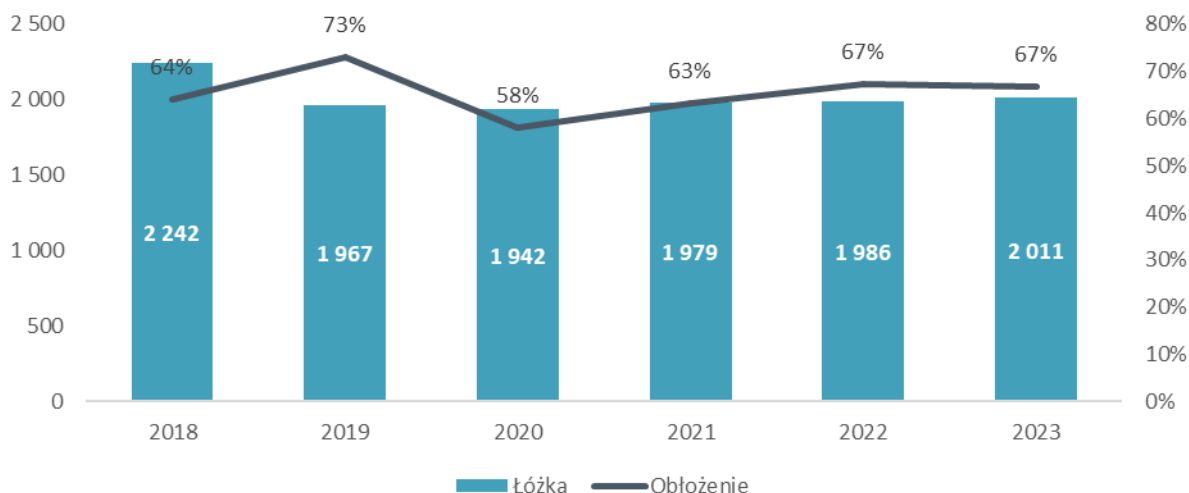
Dokonano również analogicznej analizy dla łóżek neurologicznych w oddziałach dziecięcych. W latach 2018-2021 zaobserwowano roczny spadek liczby łóżek, z 490 w 2018 roku do 421 w 2021 roku. Ostatnie dwa analizowane lata wykazały tendencję wzrostową do poziomu 431 łóżek. W latach 2018-2019 obłożenie utrzymywało się na takim samym poziomie (67%). W 2020 roku nastąpił spadek obłożenia (50%), jednak w pozostałych analizowanych latach obłożenie rokrocznie rośnie do poziomu 68% w 2023 roku. Dane zostały przedstawione na poniższym wykresie.



Wykres 39 Liczba łóżek i średnie obłożenie na oddziałach neurologii dla dzieci w latach 2018-2023.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BASiW (<https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/kadry-medyczne/kadry-medyczne/>) (dostęp w dniu 08.01.2025 r.).

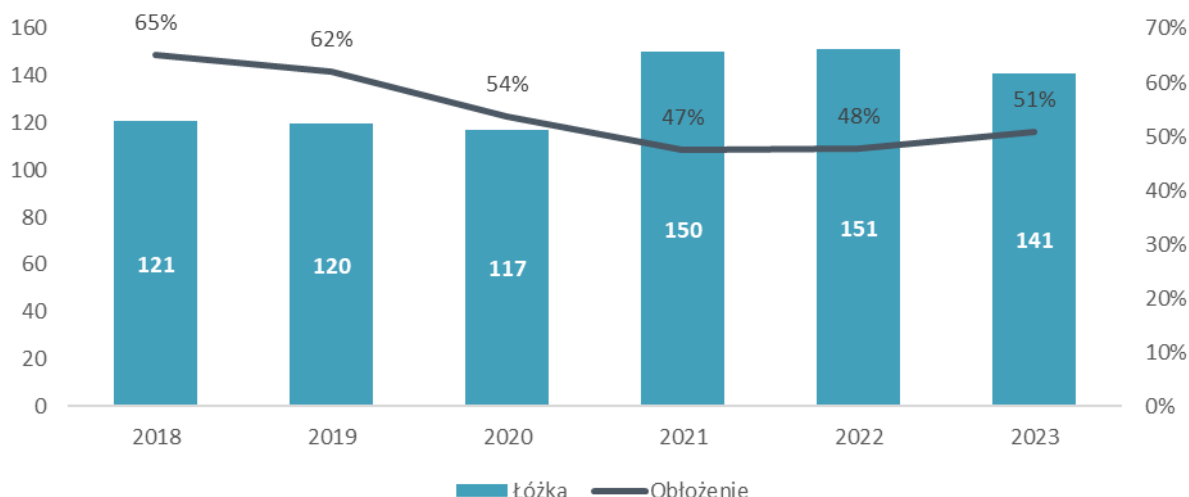
W latach 2018-2020 nastąpił stopniowy spadek liczby łóżek na oddziałach neurochirurgicznych. Różnica między rokiem 2018 a 2019 wynika ze znacznego zmniejszenia bazy łóżkowej w województwie wielkopolskim. W następnych latach liczba łóżek neurochirurgicznych rosła rokrocznie do poziomu 2 011 łóżek w 2023 roku. Największe obłożenie odnotowano w 2019 roku (73%), a najniższe w 2020 (58%). W dwóch ostatnich analizowanych latach obłożenie łóżek kształtowało się na poziomie 67%. Szczegółowe informacje zostały przedstawione na poniższym wykresie.



Wykres 40 Liczba łóżek i średnie obłożenie na oddziałach neurochirurgii w latach 2018-2023.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BASiW (<https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/kadry-medyczne/kadry-medyczne/>) (dostęp w dniu 08.01.2025 r.).

Dokonano również analizy liczby łóżek na oddziałach neurochirurgicznych dla dzieci. W latach 2018-2020 liczba łóżek utrzymywała się na podobnym poziomie (117-121). Poziom obłożenia łóżek również kształtował się na podobnym poziomie (62%-65%) w latach 2018-2019. W 2020 roku zaobserwowano zajętość łóżek na poziomie 54%. W 2021 r. liczba łóżek wzrosła skokowo o ok. 30% i utrzymała się w roku następnym. Wzrost ten spowodowany był w głównej mierze pojawieniem się w sprawozdawczości łóżek w województwie wielkopolskim, których nie było w poprzednich latach w danych sprawozdawczych. W latach 2021-2022 wystąpiło najniższe obłożenie na poziomie 47%-48%. Ostatni analizowany rok wykazał wyższe obłożenie (51%), ale również zmniejszenie liczby łóżek do poziomu 141. Szczegółowe dane przedstawia poniższy wykres.

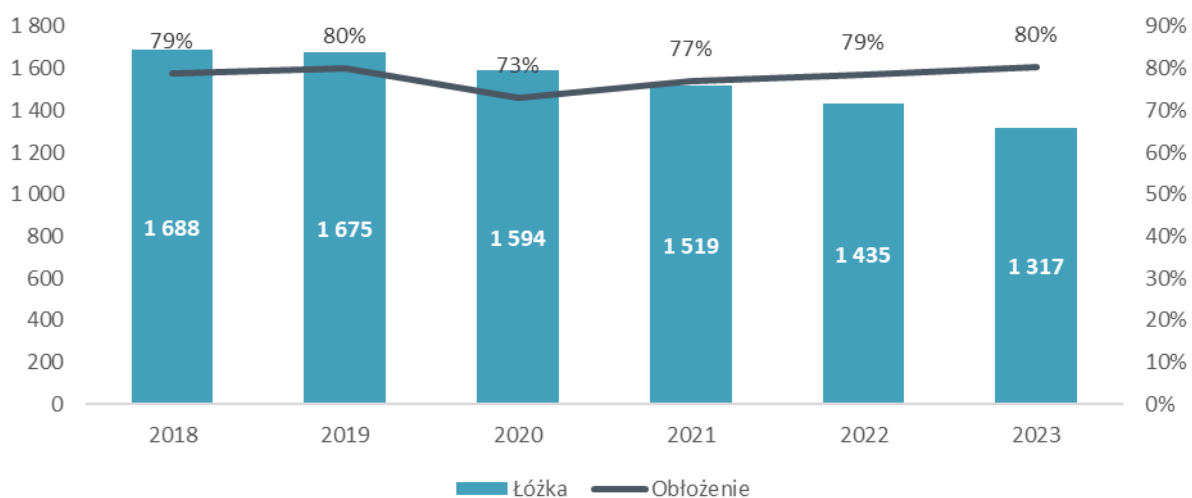


Wykres 41 Liczba łóżek i średnie obłożenie na oddziałach neurochirurgii dla dzieci w latach 2018-2023.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BASiW (<https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/kadry-medyczne/kadry-medyczne/>) (dostęp w dniu 08.01.2025 r.).

W przypadku oddziałów udarowych, liczba łóżek rokrocznie malała do poziomu 1 317 łóżek w 2023 roku. Zmniejszenie bazy łóżkowej na przestrzeni analizowanych lat było spowodowane spadkiem liczby łóżek w większości województw. Obłożenie na oddziałach udarowych kształtowało się na poziomie ok.

80% w latach 2018-2019, a następnie spadło do poziomu 73% w 2020 roku. W trzech ostatnich analizowanych latach obłożenie stale rosło do poziomu 80% w 2023 roku. Szczegóły zawiera poniższy wykres.

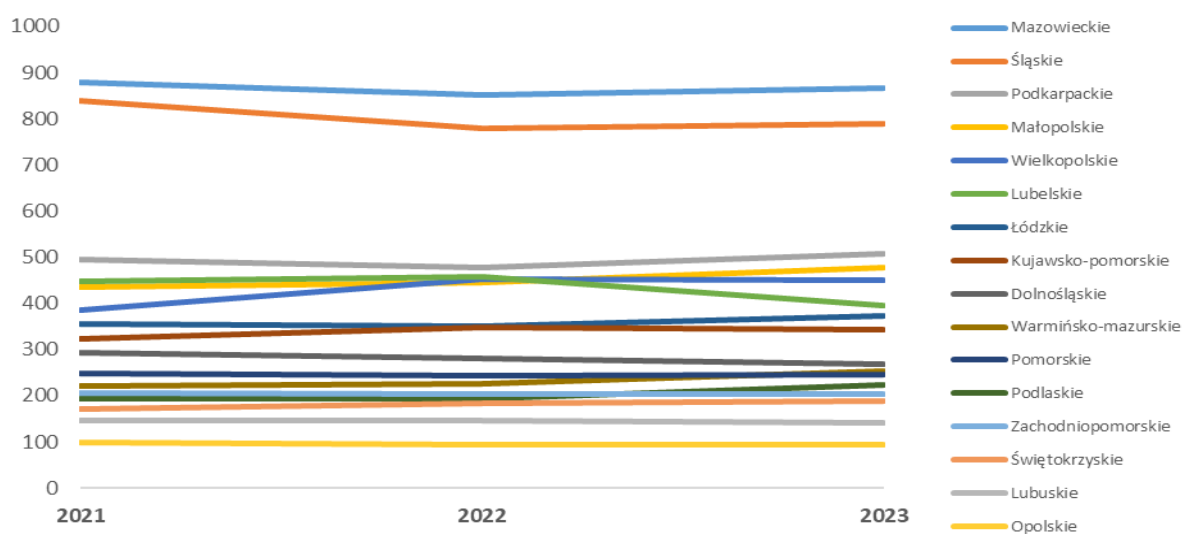


Wykres 42 Liczba łóżek i średnie obłożenie na oddziałach udarowych w latach 2018-2023.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BASiW (<https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/kadry-medyczne/kadry-medyczne/>) (dostęp w dniu 08.01.2025 r.).

Przeanalizowano również średnioroczną liczbę łóżek na oddziałach neurologicznych, neurologicznych dla dzieci, neurochirurgicznych, neurochirurgicznych dla dzieci oraz oddziałach udarowych w każdym województwie na przestrzeni trzech ostatnich dostępnych lat (2021-2023).

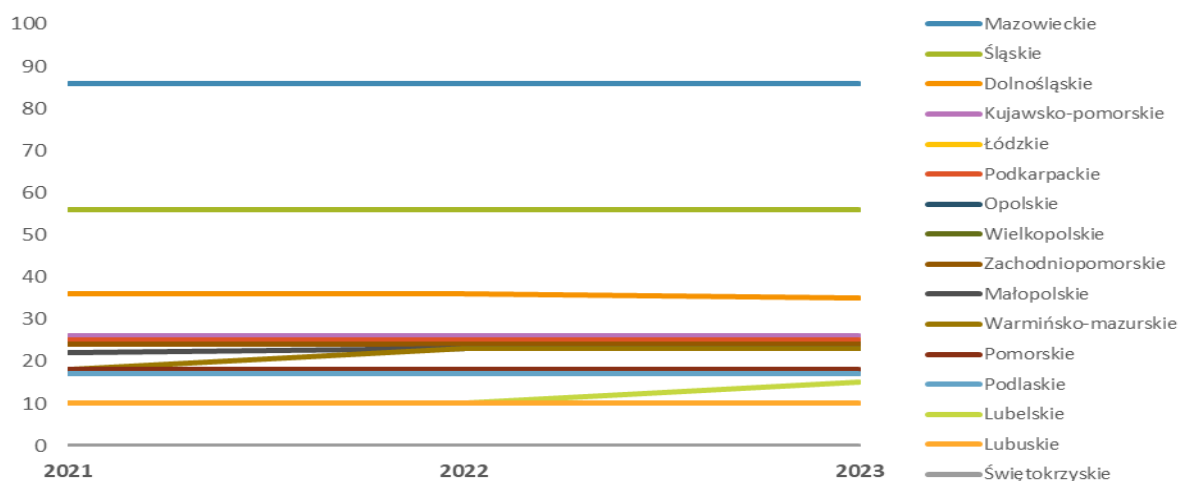
Województwa o największej liczbie łóżek na oddziałach neurologicznych we wszystkich analizowanych latach to mazowieckie i śląskie. Na przestrzeni lat 2021-2023 liczba łóżek wzrosła i zmalała w jednakowym stopniu w 8 województwach. Największy wzrost liczby łóżek w 2023 roku w porównaniu do 2021 odnotowano w województwie wielkopolskim (+17%) i warmińsko-mazurskim (+14%), a największy spadek w województwie lubelskim (-12%). Dane przedstawiono na poniższym wykresie.



Wykres 43 Liczba łóżek na oddziałach neurologii w podziale na województwa w latach 2021-2023.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BASiW (<https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/kadry-medyczne/kadry-medyczne/>) (dostęp w dniu 08.01.2025 r.).

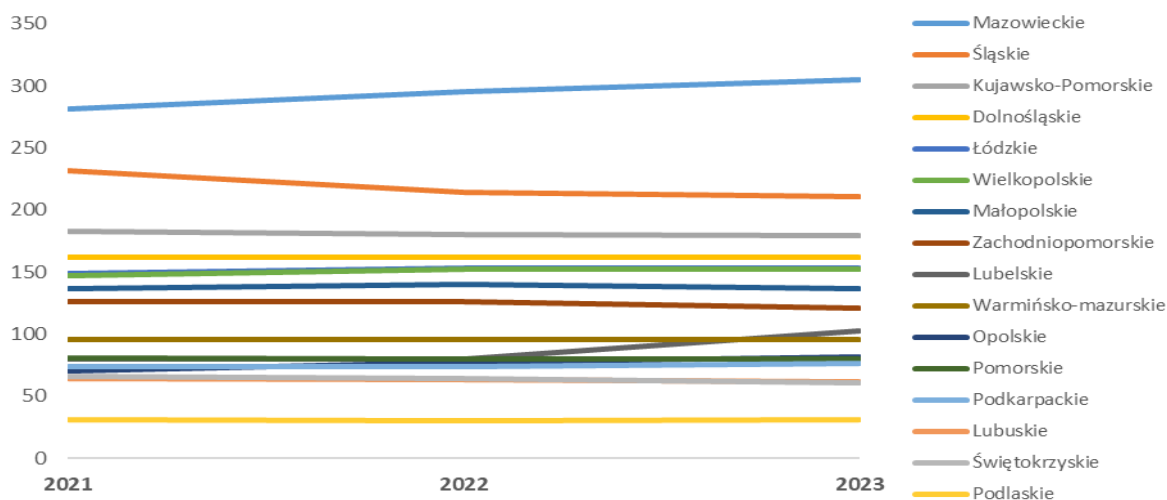
Analiza liczby łóżek na oddziałach neurologii dziecięcej w podziale na województwa wykazała brak zmian w liczbie łóżek w 11 województwach. Zwiększenie liczby łóżek wystąpiło w 3 województwach, a zmniejszenie w 1. Województwa, w których wystąpił wzrost łóżek w analizowanych latach to lubelskie (+50%), warmińsko-mazurskie (+28%) oraz małopolskie (+5%). Jedyny spadek w 2023 roku w porównaniu do 2021 odnotowano w województwie dolnośląskim (-3%). Największą liczbę łóżek w latach 2021-2023 odnotowano w województwie mazowieckim (86). W województwie warmińsko-mazurskim nie wykazano łóżek przez cały badany okres. Szczegółowe dane przedstawia poniższy wykres.



Wykres 44 Liczba łóżek na oddziałach neurologii dla dzieci w podziale na województwa w latach 2021-2023.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BASiW (<https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/kadry-medyczne/kadry-medyczne/>) (dostęp w dniu 08.01.2025 r.).

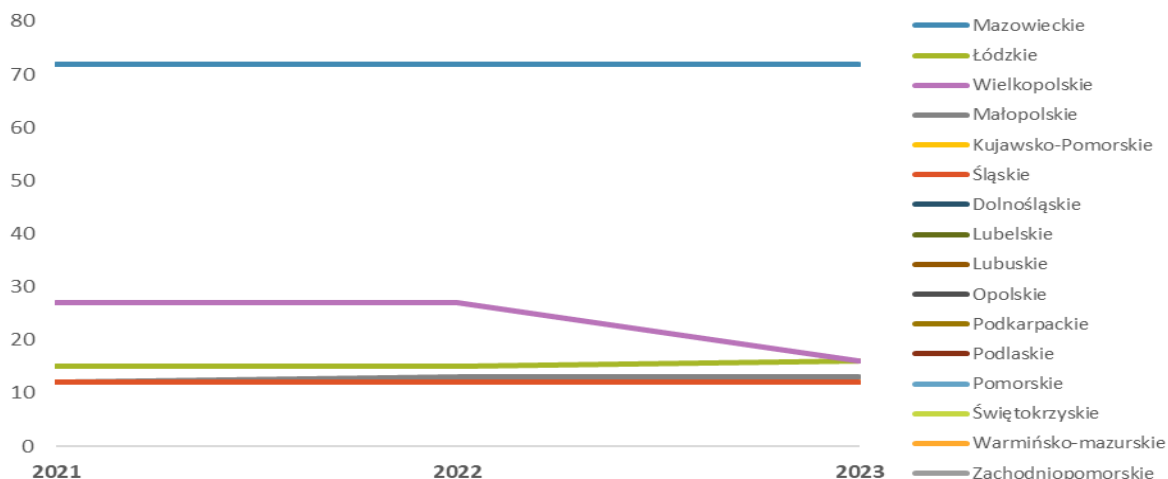
Analogicznie jak w przypadku łóżek na oddziałach neurologii, największa liczba łóżek dedykowanych neurochirurgii znajdowała się w województwie mazowieckim i śląskim. Na przestrzeni analizowanych lat liczba łóżek wzrosła w 5 województwach, szczególnie w województwie lubelskim (+29%). Spadek bazy łóżkowej zaobserwowano w 7 województwach, z których największy spadek wykazało województwo śląskie (-9%). W 4 województwach liczba łóżek pozostała bez zmian. Dane przedstawiono na poniższym wykresie.



Wykres 45 Liczba łóżek na oddziałach neurochirurgii w podziale na województwa w latach 2021-2023.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BASiW (<https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/kadry-medyczne/kadry-medyczne/>) (dostęp w dniu 08.01.2025 r.).

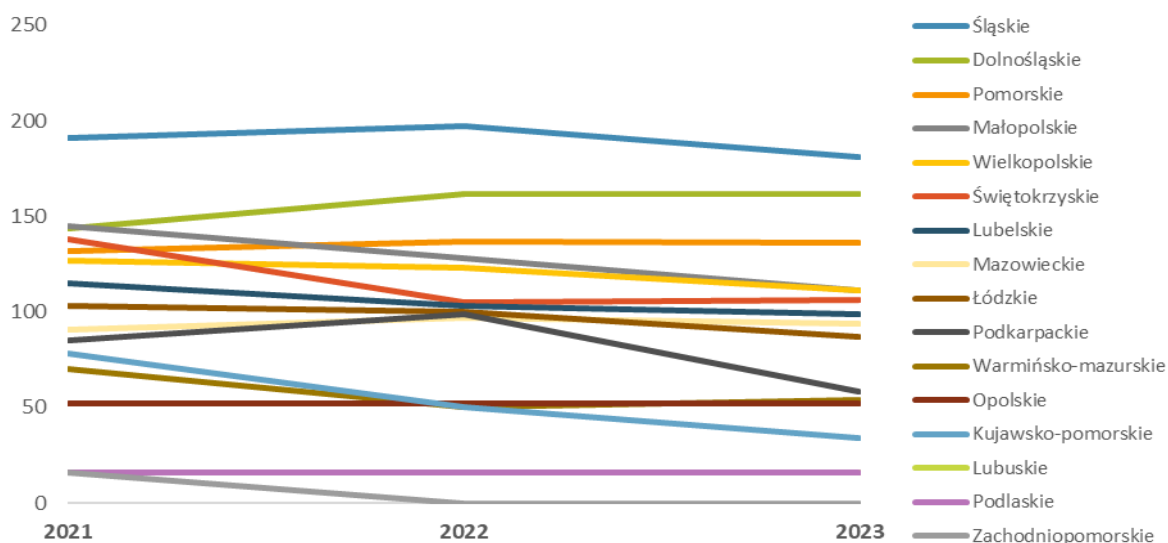
Baza łóżkowa dedykowana neurochirurgii dziecięcej występuje tylko w 6 województwach. Najwięcej łóżek (72) zaobserwowano w województwie mazowieckim. Wzrost liczby łóżek wystąpił w województwie małopolskim (+8%) oraz łódzkim (+7%). W województwie śląskim i kujawsko-pomorskim liczba łóżek niezmiennie wynosiła 12 przez cały badany okres. Szczegółowe dane przedstawia poniższy wykres.



Wykres 46 Liczba łóżek na oddziałach neurochirurgii dla dzieci w podziale na województwa w latach 2021-2023.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BASiW (<https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/kadry-medyczne/kadry-medyczne/>) (dostęp w dniu 08.01.2025 r.).

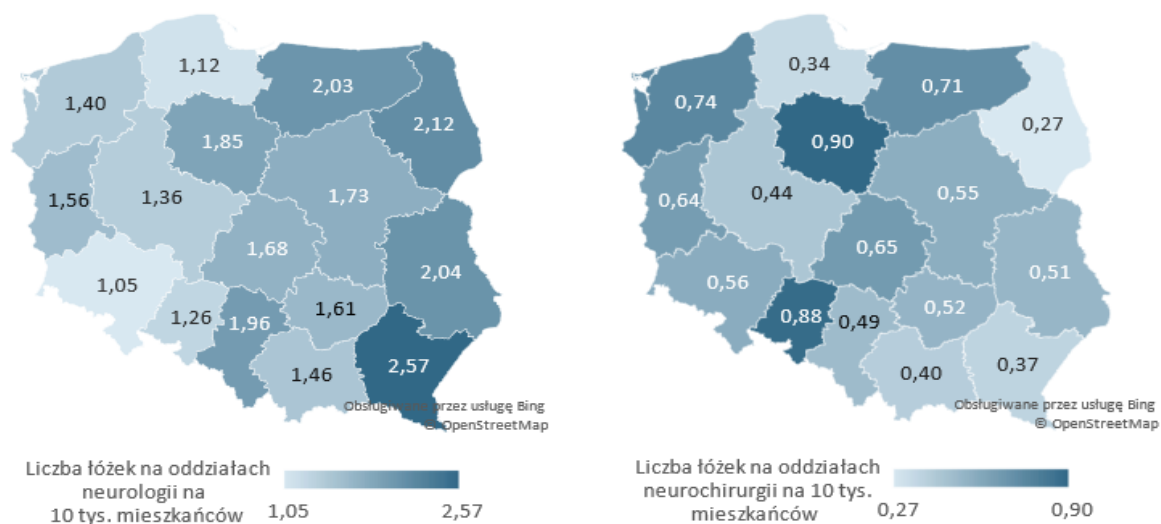
Największą liczbę łóżek na oddziałach udarowych zaobserwowano w województwie śląskim. Zwiększenie liczby łóżek wystąpiło w 3 województwach, zmniejszenie w 9, a w 3 województwach pozostało bez zmian. Istotna zmiana nastąpiła w województwie zachodniopomorskim, gdzie w 2022 r. liczba łóżek spadła do 0 (likwidacja oddziału). Największy wzrost łóżek w 2023 roku w porównaniu do 2021 odnotowano w województwie dolnośląskim (+13%), a największy spadek w województwie kujawsko-pomorskim (- 56%). Dane przedstawiono na poniższym wykresie.



Wykres 47 Liczba łóżek na oddziałach udarowych w podziale na województwa w latach 2021-2023.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BASiW (<https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/kadry-medyczne/kadry-medyczne/>) (dostęp w dniu 08.01.2025 r.).

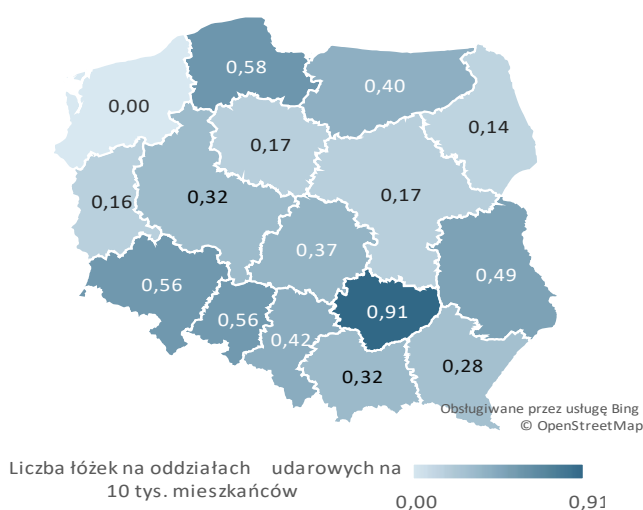
Przeanalizowano liczbę wszystkich łóżek na wszystkich oddziałach neurologicznych oraz neurochirurgicznych w roku 2023, w województwach, w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców. Najmniejsza liczba łóżek na oddziałach neurologicznych w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców wystąpiła w województwie dolnośląskim oraz pomorskim a największa w województwie podkarpackim oraz podlaskim. W przypadku oddziałów neurochirurgicznych największa liczba łóżek na 10 tys. mieszkańców wystąpiła w województwie kujawsko-pomorskim i opolskim, a najmniejsza w podlaskim i pomorskim. Dane zostały ujęte na poniższych wykresach.



Wykres 48 Liczba łóżek na oddziałach neurologii oraz oddziałach neurochirurgii na 10 tys. mieszkańców w podziale na województwa 2023 r.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BASiW (<https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/kadry-medyczne/kadry-medyczne/>) (dostęp w dniu 08.01.2025 r.).

Dokonano również takiej samej analizy dla łóżek na oddziałach udarowych. Najmniejsza liczba łóżek w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców wystąpiła w województwie podlaskim i lubuskim, a największa w świętokrzyskim i pomorskim. W województwie zachodniopomorskim ze względu na brak oddziału udarowego nie odnotowano łóżek dla tej specjalizacji. Dane zostały przedstawione na poniższym wykresie.



Wykres 49 Liczba łóżek na oddziałach udarowych na 10 tys. mieszkańców w podziale na województwa 2023 r.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BASiW (<https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/kadry-medyczne/kadry-medyczne/>) (dostęp w dniu 08.01.2025 r.).

Przeanalizowano również średnią liczbę łóżek przypadającą na komórkę organizacyjną w 2023 roku w rozbiciu na województwa oraz ogólną średnią dla Polski. Średnia liczba łóżek oddziałów neurologii w skali całego kraju to 27. Największa średnia liczba łóżek przypadająca na jedną komórkę organizacyjną wystąpiła w województwie podlaskim i zachodniopomorskim, a najmniejsza w województwie dolnośląskim, opolskim i pomorskim. Szczegółowe dane przedstawia poniższy wykres.



Wykres 50 Średnia liczba łóżek w komórce organizacyjnej w 2023 r. – oddział neurologii.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BASiW (<https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/kadry-medyczne/kadry-medyczne/>) (dostęp w dniu 08.01.2025 r.).

Średnia liczba łóżek na oddziałach neurologii dziecięcej w skali całego kraju to 20. Największa liczba łóżek na komórkę organizacyjną przypada w województwie śląskim i kujawsko-pomorskim, a najmniejsza w województwie lubuskim i wielkopolskim. W województwie świętokrzyskim nie odnotowano łóżek z analizowanego zakresu. Dane zostały przedstawione na poniższym wykresie.



Wykres 51 Średnia liczba łóżek w komórce organizacyjnej w 2023 r. – oddział neurologii dla dzieci.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BASiW (<https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/kadry-medyczne/kadry-medyczne/>) (dostęp w dniu 08.01.2025 r.).

Średnia liczba łóżek na oddziałach neurochirurgii w skali całego kraju to 23. Największa liczba łóżek na komórkę organizacyjną przypada w województwie świętokrzyskim i podlaskim, a najmniejsza

w województwie mazowieckim, pomorskim i zachodniopomorskim. Szczegółowe informacje zostały przedstawione na poniższym wykresie.



Wykres 52 Średnia liczba łóżek w komórce organizacyjnej w 2023 r. – oddział neurochirurgii.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BASiW (<https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/kadry-medyczne/kadry-medyczne/>) (dostęp w dniu 08.01.2025 r.).

Zweryfikowano również średnią liczbę łóżek oddziałów neurochirurgii dla dzieci. Dane występują tylko dla 6 województw. Średnia dla całego kraju wynosi 17 łóżek. Największą liczbę łóżek na komórkę organizacyjną zaobserwowano w województwie mazowieckim. Najmniej łóżek na komórkę organizacyjną odnotowano w województwie kujawsko-pomorskim i śląskim.



Wykres 53 Średnia liczba łóżek w komórce organizacyjnej w 2023 r. – oddział neurochirurgii dla dzieci.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BASiW (<https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/kadry-medyczne/kadry-medyczne/>) (dostęp w dniu 08.01.2025 r.).

Średnia liczba łóżek na oddziałach udarowych w skali całego kraju, w przeliczeniu na jedną komórkę organizacyjną, to 18. Największa liczba łóżek na komórkę organizacyjną przypada w województwie świętokrzyskim i opolskim, a najmniejsza w województwie warmińsko-mazurskim. Szczegółowe informacje zostały przedstawione na poniższym wykresie.



Wykres 54 Średnia liczba łóżek w komórce organizacyjnej w 2023 r. – oddział udarowy.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BASiW (<https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/kadry-medyczne/kadry-medyczne/>) (dostęp w dniu 08.01.2025 r.).

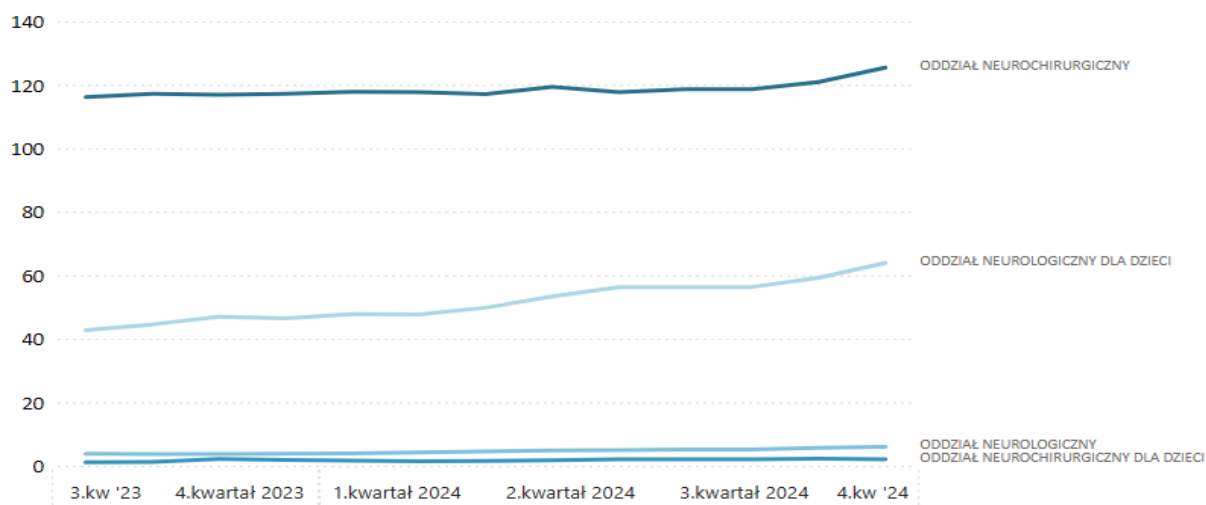
Kolejki oczekujących

Przeanalizowano dane Narodowego Funduszu Zdrowia za okres 09.2023-10.2024 dotyczące średniej liczby osób oczekujących oraz średniego czasu oczekiwania na przyjęcie do oddziałów realizujących świadczenia będące przedmiotem opracowania. Analizę kolejek przeprowadzono w podziale na przypadki pilne oraz stabilne.

Dla przypadków pilnych średnia liczba oczekujących wynosiła:

- dla oddziału neurologicznego – 5 osób,
- dla oddziału neurologicznego dla dzieci – 52 osoby,
- dla oddziału neurochirurgicznego – 119 osób,
- dla oddziału neurochirurgicznego dla dzieci – 2 osoby.

Średnia liczba oczekujących dla wszystkich analizowanych oddziałów wynosiła 35 osób. Szczegółowe dane zobrazowano na poniższym wykresie.



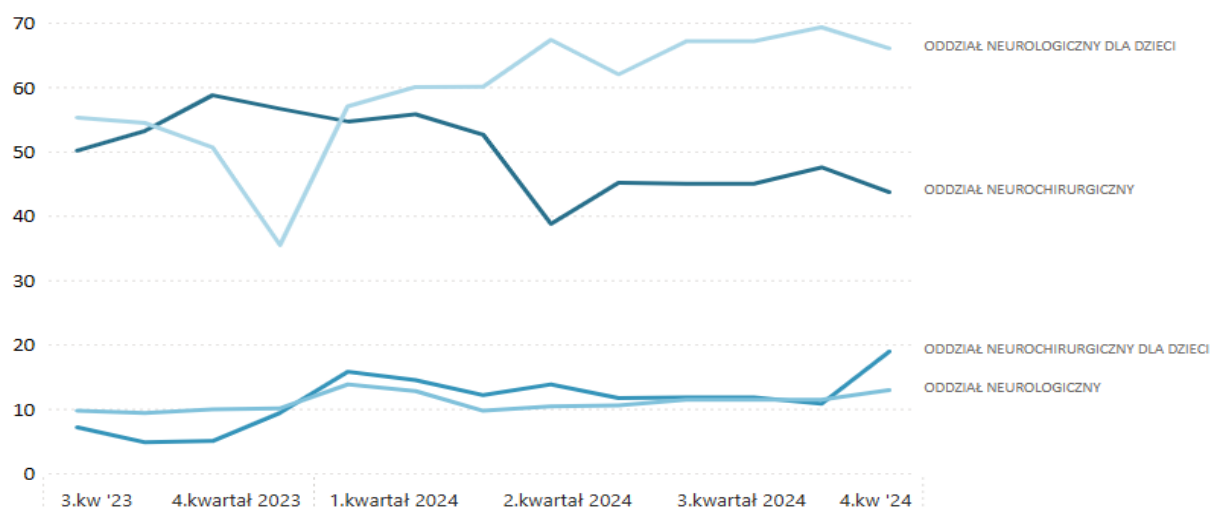
Wykres 55 Średnia liczba osób oczekujących – przypadki pilne.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ za okres 09.2023-10.2024.

Natomiast średni czas oczekiwania w analizowanym okresie dla przypadków pilnych wynosił:

- dla oddziału neurologicznego – 11 dni,
- dla oddziału neurologicznego dla dzieci – 59,3 dni,
- dla oddziału neurochirurgicznego – 49,7 dni,
- dla oddziału neurochirurgicznego dla dzieci – 11,4 dni.

Średni czas oczekiwania dla wszystkich analizowanych oddziałów wyniósł 23,6 dni. Dane przedstawia poniższy wykres.



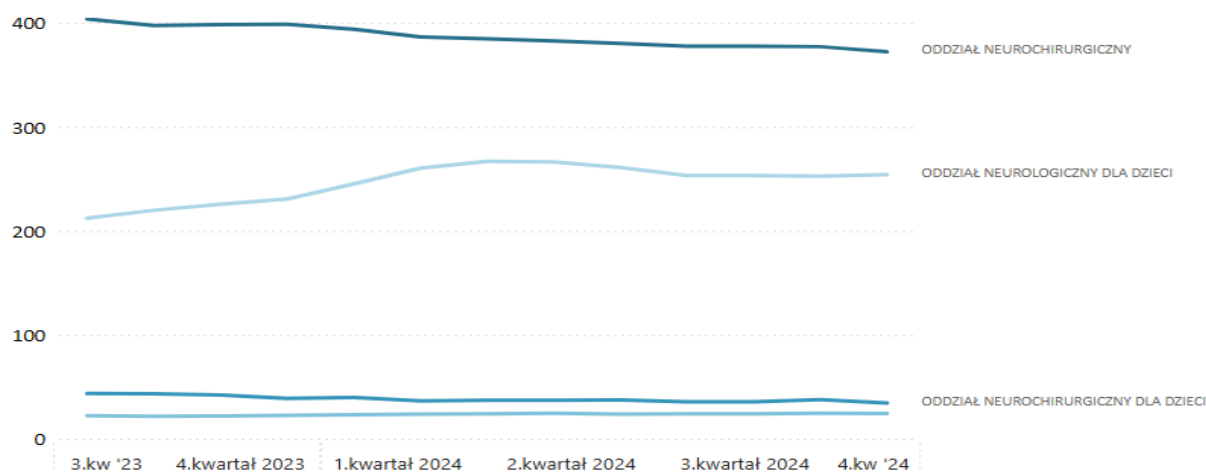
Wykres 56 Średni czas oczekiwania [dni] – przypadki pilne.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ za okres 09.2023-10.2024.

Dla przypadków stabilnych średnia liczba oczekujących wynosiła:

- dla oddziału neurologicznego – 23 osoby,
- dla oddziału neurologicznego dla dzieci – 246 osób,
- dla oddziału neurochirurgicznego – 387 osób,
- dla oddziału neurochirurgicznego dla dzieci – 38 osób.

Średnia liczba oczekujących dla analizowanych oddziałów wynosiła 126 osób. Szczegółowe dane przedstawiono na poniższym wykresie.



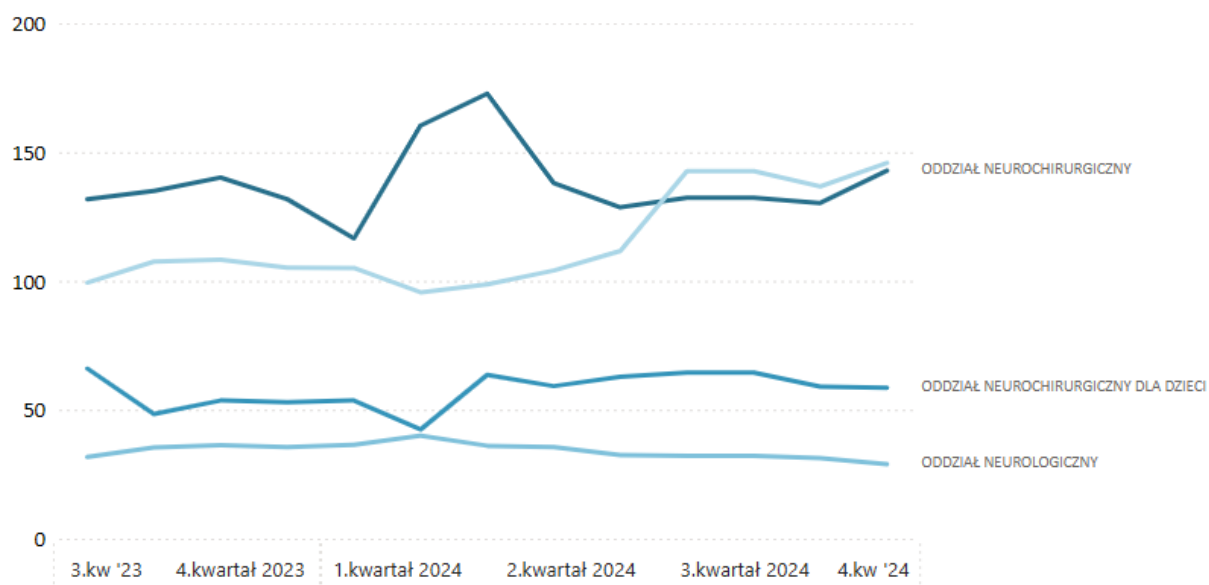
Wykres 57 Średnia liczba osób oczekujących – przypadki stabilne.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ za okres 09.2023-10.2024.

Natomiast średni czas oczekiwania dla przypadków stabilnych wynosił:

- dla oddziału neurologicznego – 34,1 dni,
- dla oddziału neurologicznego dla dzieci – 115,6 dni,
- dla oddziału neurochirurgicznego – 137,9 dni,
- dla oddziału neurochirurgicznego dla dzieci – 57,7 dni.

Średni czas oczekiwania dla analizowanych oddziałów wyniósł 65,3 dni. Poniższy wykres przedstawia szczegółowe dane.



Wykres 58 Średni czas oczekiwania [dni] – przypadki stabilne.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ za okres 09.2023-10.2024.

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 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 instytucji zajmujących się taryfikacją świadczeń.

Odnalezione informacje przedstawiono w podziale na poszczególne kraje i zamieszczono w załączniku nr 5. Wyceny podane w innych walutach zostały przeliczone na PLN, zgodnie ze średnimi kursami walut w danym roku, 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.

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

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

Należy zaznaczyć, że wnioskowanie na podstawie odnalezionych taryf wiąże się z ograniczeniami. Ze względu na różnice w systemach ubezpieczeń zdrowotnych to samo świadczenie może być zdefiniowane i finansowane w odmienny sposób w poszczególnych krajach (np.: DRG, FFS, osobodzień itd.). Także charakterystyki 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 danej 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 obejmujących choroby układu nerwowego odnaleziono dla następujących krajów: Wielkiej Brytanii, Niemiec oraz Szwajcarii. W poniższej tabeli zawarte zostały podstawowe zestawienia.

Tabela 17 Podsumowanie schorzeń układu nerwowego w 2024 roku w poszczególnych krajach

	Polska	Wielka Brytania	Niemcy	Szwajcaria
Waluta	PLN	GBP	EUR	CHF
Kurs waluty (27.12.2024)	nd.	5,13	4,27	4,56

	Polska	Wielka Brytania	Niemcy	Szwajcaria
PKB per capita (USD)	23 434	59 430	69 242	91 828
PKB per capita PPP (USD)	49 060	58 273	68 019	89 996
CPL	72	189	154	249
CPL/CPL PL	1	2,63	2,14	3,46
Kodowanie rozpoznań	ICD-10	ICD-10	ICD-10-GM	ICD-10-GM
Kodowanie procedur	ICD-9	OPCS	OPS	OPS
Liczba grup	36	119	105	94
Wartość MIN	1 739 PLN	643 PLN	3 794 PLN	5 219 PLN
Wartość MAX	94 732 PLN	193 151 PLN	206 545 PLN	240 805 PLN
Uwagi	Klasyfikacja uwzględnia stopień złożoności stanu pacjenta.	Klasyfikacja uwzględnia stopień złożoności stanu pacjenta oraz czas pobytu	Klasyfikacja uwzględnia czynniki wpływające na stan zdrowia oraz czas trwania opieki.	Klasyfikacja uwzględnia czynniki wpływające na stan zdrowia oraz czas trwania opieki.

Źródło: Opracowanie własne.

Poniżej wskazano podstawowe informacje dotyczący wyceny świadczeń obejmujących choroby układu nerwowego w poszczególnych krajach w latach 2020-2024. Szczegółowe zestawienia przedstawiono w załączniku nr 5.

Wielka Brytania

Taryfikowane świadczenia mogą być rozliczone w ramach 119 grup, obejmujących leczenie udaru i chorób degeneracyjnych mózgu, schorzenia onkologiczne, procedury wewnątrzczaszkowe, procedury i zabiegi stosowane w chorobach neurologicznych oraz grupy pediatryczne.

Pomiędzy rokiem 2020 a 2024 wzrost wartości świadczeń odnotowano w przypadku 99 grup (średnia 25,80%), z czego powyżej 50% w przypadku 8 grup, a spadek wartości w przypadku 20 grup (średnia - 11,57%), z czego o ponad 20% w przypadku 4 grup. Największy wzrost dotyczył grup AA30F Opieka medyczna nad pacjentami ze stwardnieniem rozsianym, z chorobami współistniejącymi o ciężkości 0-1 (469%), AA57B Minimalne procedury wewnątrzczaszkowe, poniżej 18 lat (208%) oraz AA55C Niewielkie procedury wewnątrzczaszkowe, powyżej 19 lat, z chorobami współistniejącymi o ciężkości 0-1 (147 %), zaś największy spadek wycen zaobserwować można w przypadku grup AA35D Udar mózgu, z chorobami współistniejącymi o ciężkości 7-9 (- 23%), AA35E Udar mózgu, z chorobami współistniejącymi o ciężkości 4-6 (-27%) oraz AA35F Udar mózgu, z chorobami współistniejącymi o ciężkości 0-3 (-36%). Największa zmiana w wartościach bezwzględnych (+469%) nastąpiła w grupie AA30F Opieka medyczna nad pacjentami z stwardnieniem rozsianym, z chorobami współistniejącymi o ciężkości 0-1. Szczególny wzrost miał miejsce w 2023 roku, co może być związane z ogólnymi fluktuacjami taryf, w tym wzrostami w bardziej skomplikowanych procedurach, zwłaszcza w przypadkach wymagających większych zasobów, jak miało to miejsce w przypadku procedur medycznych dla młodszych pacjentów z chorobami współistniejącymi.

W wielu grupach zaobserwować można wzrosty wartości taryf do 2022 roku, a następnie spadki w 2023 roku, co częściowo przełożyło się na 2024 rok. Zgodnie z danymi źródłowymi, wzrosty taryf w większości grup mogą wynikać z inflacji, rosnących kosztów opieki zdrowotnej lub zmian w wycenie procedur, podczas gdy spadki w przypadku procedur o niższym stopniu złożoności miały miejsce w 2023 roku i częściowo utrzymały się w 2024 roku.

Niemcy

W niemieckim systemie zidentyfikowano 105 grup służących do rozliczania analizowanych świadczeń. Spośród których wyróżnić można 54 grupy zachowawcze, 42 grupy zabiegowe oraz 9 grup odnoszących się do pozostałych procedur neurologicznych.

Pomiędzy rokiem 2020 a 2024 wzrost wartości świadczeń odnotowano w przypadku 97 grup (średnio 16,83%), z czego w przypadku 8 grup powyżej 40 %, a spadek wartości w przypadku 8 grup (średnio - 7,64%), z czego w przypadku 4 grup powyżej 10%. W grupach zachowawczych średnia zmiana wyniosła 16,81%, a w grupach zabiegowych 13,15%. Największy wzrost dotyczył grup *B71A Choroby nerwów czaszkowych i obwodowych ze złożoną diagnozą lub kompleksowym leczeniem ręki, więcej niż jeden dzień hospitalizacji, z bardzo poważnymi powikłaniami chorobowymi lub w przypadku porażeń / tetraplegii z bardzo poważnymi lub poważnymi powikłaniami chorobowymi (120%)*, *B69A Przemijający atak niedokrwienny (TIA) i zamykanie naczyń pozakranialnych z kompleksowym leczeniem neurologicznym ostrego udaru mózgu, powyżej 72 godzin (98%)* oraz *B72A Zakażenie układu nerwowego, z wyjątkiem wirusowego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, wiek < 16 roku życia (67%)*, zaś największy spadek wycen zaobserwować można w przypadku grup *B69B Przemijający atak niedokrwienny (TIA) i zamykanie naczyń pozakranialnych z kompleksowym leczeniem neurologicznym ostrego udaru mózgu, do 72 godzin, z bardzo poważnymi powikłaniami chorobowymi (-22%)*, *B73Z Wirusowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych lub zakażenie układu nerwowego, wiek > 15 roku życia lub jeden dzień hospitalizacji (-11%)*, *B86Z Kompresja rdzenia kręgowego, nieokreślona i choroba rdzenia kręgowego, nieokreślona (-11%)* oraz *B21A Implantacja neurostymulatorów do stymulacji mózgu, system wieloelektrodowy, z implantacją sond (-10%)*.

Niektóre grupy G-DRG wykazują bardziej dynamiczne wzrosty, co może wynikać z ich specyfiki klinicznej lub zmieniających się wymagań dotyczących procedur (np. dodatkowe zasoby, nowe technologie).

Szwajcaria

W szwajcarskim systemie zidentyfikowano 94 grupy służące do rozliczania analizowanych świadczeń podzielonych według długości pobytu pacjenta. Wyróżnić można 55 grup zachowawczych i 39 grup zabiegowych.

Pomiędzy rokiem 2020 a 2024 wzrost wartości świadczeń odnotowano w przypadku 88 grup (średnio 28,54%), z czego w przypadku 7 grup powyżej 60%, a spadek wartości w przypadku 6 grup (średnio - 14,60%), z czego w przypadku 4 grup powyżej 10%. W grupach zachowawczych średnia zmiana wyniosła 22%, a w grupach zabiegowych 31%. Największy wzrost dotyczył *B61A Określone ostre choroby i urazy rdzenia kręgowego, z złożoną interwencją, do 13 dni hospitalizacji (146%)*, *B63A Demencja i inne przewlekłe zaburzenia funkcji mózgu z bardzo ciężkimi chorobami współistniejącymi lub złożoną diagnozą neurologiczną, dłużej niż jeden dzień hospitalizacji (121%)* oraz *B03A Zabiegi operacyjne w przypadku paraplegii / tetraplegii, choroby mózgu i zabiegi przy porażeniu mózgowym, dystrofii mięśniowej, neuropatii lub operacje kręgosłupa i rdzenia kręgowego lub wiek < 16 lat (79%)*, zaś największy spadek wycen zaobserwować można w przypadku grup *B66A Nowotwory układu nerwowego lub otępienie niezwiązane z urazem z bardzo ciężkimi chorobami współistniejącymi i dłużej niż jeden dzień hospitalizacji (-17%)*, *B70I Apopleksja, więcej niż jeden dzień hospitalizacji lub tromboliza, zgon < 5 dni po przyjęciu (-24%)* oraz *B70H Apopleksja, więcej niż jeden dzień hospitalizacji lub tromboliza, zgon < 5 dni po przyjęciu, z neurologicznym leczeniem kompleksowym udaru mózgu lub innym neurologicznym leczeniem kompleksowym (-28%)*.

W analizowanym okresie 2020–2024 zaobserwowano istotne zmiany taryf w ramach wybranych grup SwissDRG, co wskazuje na dynamiczne dostosowania w systemie opieki zdrowotnej. Zmiany te są konsekwencją kilku kluczowych czynników, takich jak rosnąca złożoność procedur medycznych, ewolucja standardów leczenia, a także wzrost kosztów wynikających z intensywnej opieki medycznej i wdrażania nowoczesnych technologii terapeutycznych.

2.5.Cenniki komercyjne

W celach porównawczych dokonano badania cen komercyjnych usług medycznych odpowiadających taryfikowanym świadczeniom. Informacje o cenach komercyjnych poszczególnych świadczeń wyszukiwano za pomocą przeglądarki internetowej lub poprzez bezpośredni kontakt ze świadczeniodawcami. Szczegółowe dane dotyczące statystyk opisowych przedstawiono w **załączniku nr 6**.

Zróznicowanie cen procedur neurochirurgicznych przeprowadzanych w obszarze głowy oraz kosztów osobodnia związanych z opieką neurologiczną i neurochirurgiczną pomiędzy świadczeniodawcami przedstawiono w **załączniku nr 7**.

Z uwagi na fakt, że cenniki komercyjne przedstawione na stronach podmiotów realizujących poszczególne świadczenia nie zawierają wprost informacji dotyczącej elementów składowych ceny, a w niektórych przypadkach zawierają dodatkowe cenniki dotyczące wysokości kosztu osobodnia i informację o dodatkowych kosztach badań diagnostycznych założyć należy, że w przypadku grup zabiegowych dotyczą wyłącznie kosztu samej procedury zabiegowej, a nie hospitalizacji z nią związanej.

Uwzględniając powyższe, cenniki komercyjne zawarte w ww. załącznikach należy traktować wyłącznie poglądowo.

2.6. Uwagi do świadczenia

W ramach prac taryfikacyjnych Agencja ściśle współpracowała z Krajową Radą ds. Neurologii (dalej: KRN), w tym z konsultantem krajowym w dziedzinie neurologii.

W sprawozdaniu Krajowej Rady ds. Neurologii za rok 2024 z dn. 30.11.2024 r.⁶ zwrócono uwagę m.in. na potrzebę wyceny programów lekowych oraz rozważenie wypracowania mechanizmu zakupu leków w programach lekowych, które nie będą obciążały szpitali.

Kolejnym ważnym aspektem wskazanym przez KRN jest przyjęcie strategii dla neurologii, która powinna uwzględniać wprowadzenie rozwiązań optymalizujących opiekę nad osobami z chorobami neurologicznymi, referencyjność ośrodków oraz współpracę z POZ. Celowe byłoby skoordynowanie wprowadzania kolejnych kroków strategii.

Jak wskazano w ww. sprawozdaniu KRN, zarówno WHO jak i Europejska Akademia Neurologii, postuluje stworzenie narodowych programów zdrowia mózgu. Według specjalistów ważne jest, aby w Polsce również został przyjęty program zintegrowanego, holistycznego podejścia do zdrowia mózgu. Powinien obejmować zarówno kampanie informacyjno-edukacyjne, jak i akcje zmierzające do „wczesnego ostrzegania” i wcześniejszego podejmowania działań zapobiegających lub opóźniających rozwój najpowszechniejszych chorób neurologicznych.

W ramach planów na rok 2025 KRN wskazała na:

- Promocję neurologii, edukację, profilaktykę
- Retaryfikację programów lekowych
- Choroby przewlekłe – opracowanie zasad przekazywania chorych (neurologia dziecięca-neurologia)
- Odwróconą piramidę świadczeń.

Z kolei dokument pt. „Stan polskiej neurologii i kierunki jej rozwoju w perspektywie do 2030 r.”⁷ wskazuje zdefiniowane strategiczne cele oraz kierunki interwencji, które będą traktowane priorytetowo w najbliższych latach, tj.:

- rozwój profilaktyki, skuteczna promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych, realizowane w oparciu o następujące narzędzia:
 - realizacja programów profilaktycznych
 - wdrożenie i realizacja działań służących wsparciu zdrowia osób pracujących
 - wsparcie działań w kierunku kształtowania i rozwoju postaw prozdrowotnych oraz przedsięwzięć promujących zdrowy styl życia
- poprawa jakości, przyjazności i efektywności świadczonych usług zdrowotnych poprzez standaryzację i reorganizację opieki, realizowane w oparciu o następujące narzędzia:
 - poprawa jakości, przyjazności i efektywności systemu opieki zdrowotnej
 - wsparcie i rozwój opieki koordynowanej (w tym nad osobami starszymi)
 - wsparcie procesu deinstytucjonalizacji opieki, w tym rozwój środowiskowych form opieki
- poprawa dostępności i efektywności opieki zdrowotnej poprzez rozwój i modernizację infrastruktury systemu ochrony zdrowia, realizowane w oparciu o następujące narzędzia:

⁶ Sprawozdanie Krajowej Rady ds. Neurologii za rok 2024 z dnia 30.11.2024 r.

⁷ <https://ptneuro.pl/aktualnosc/raport-stan-polskiej-neurologii-i-kierunki-jej-rozwoju-w-perspektywie-do-2030-r> (dostęp w dniu 19.12.2024 r.)

- wsparcie infrastrukturalne podmiotów leczniczych
- wzmocnienie działań na rzecz dostosowania podmiotów leczniczych do wdrożenia standardów dostępności
- wsparcie infrastrukturalne systemu ratownictwa medycznego i reagowania kryzysowego
- wsparcie rozwoju kadr systemu ochrony zdrowia w kontekście dostosowania zasobów do zmieniających się potrzeb społeczeństwa, realizowane w oparciu o następujące narzędzia:
 - rozwój i wsparcie kształcenia lekarzy
 - rozwój i wsparcie kształcenia pielęgniarek i położnych
 - rozwój i wsparcie kształcenia innych zawodów związanych z ochroną zdrowia
 - rozwój i wsparcie kształcenia kadr organizacyjnych/ administracyjnych/ zarządzających systemu ochrony zdrowia
- rozwój usług cyfrowych w publicznym systemie ochrony zdrowia, realizowany w oparciu o następujące narzędzia:
 - rozwój publicznych usług cyfrowych e-zdrowia
 - budowa kompetencji cyfrowych po stronie pacjentów i kadry medycznej oraz działania na rzecz zwiększenia dojrzałości cyfrowej placówek ochrony zdrowia
- rozwój i upowszechnienie wykorzystania nowoczesnych i nowatorskich technologii w sektorze zdrowia, realizowane w oparciu o następujące narzędzia:
 - rozwój i upowszechnienie rozwiązań telemedycznych
 - rozwój koncepcji wykorzystania narzędzi sztucznej inteligencji w ochronie zdrowia
 - zwiększenie potencjału naukowego i badawczo-rozwojowego sektora ochrony zdrowia.

Zgodnie z rekomendacją ekspertów klinicznych z KRdsN w grupie JGP dedykowanej *Padaczce lekoopornej*, która obecnie była sprawozdawana w katalogu 1b (katalog świadczeń odrębnych) należy wyodrębnić procedurę 89.1921 *Video EEG co najmniej 24h* poprzez rozszerzenie kodu obecnej procedury 89.192 *Video EEG*.

Jednocześnie w eksperci wskazali na zasadność uwzględnienia w koszyku świadczeń gwarantowanych, nw. procedur:

- 89.151 Ruchowe potencjały po stymulacji magnetycznej (MEP)
- monitoring śródoperacyjny.

Dodatkowo grono eksperckie z Polskiego Towarzystwa Neurochirurgów rekomenduje modyfikację wymagań dotyczących możliwości rozliczania grupy A11O *Kompleksowe zabiegi wewnątrzczaszkowe w rozpoznaniach nowotworów złośliwych* *:

W załączniku nr 18 do zarządzenia Nr 37/2024/DSOZ z dnia 29 marca 2024 r. katalog wybranych JGP wymagających spełnienia warunku minimalnej liczby zrealizowanych świadczeń zabiegowych w rozpoznaniu nowotworu złośliwego eksperci **proponują zmniejszenie ze 150 do 100 liczby świadczeń zabiegowych wymaganych do raportowania w ciągu roku w przypadku grupy A11O**. Wynika to ze wzrostu liczby ośrodków neurochirurgicznych wykonujących te procedury i w związku z tym, rozproszeniem chorych wymagających takiego leczenia, czego skutkiem jest spadek liczby chorych zgłaszających się do poszczególnych ośrodków.

Dodatkowo eksperci wskazują, że niewłaściwym jest rozliczanie tej grupy z poziomu zakresu otorynolaryngologia / otorynolaryngologia dla dzieci.

Zmodyfikowany katalog przedstawiony w załączniku nr 8 został skonsultowany z Płatnikiem, głównie w części możliwości zaimplementowania proponowanych zmian.

Z uwagi na fakt, że równocześnie toczą się prace w ramach świadczeń dotyczących sekcji dedykowanej schorzeniom kręgosłupa oraz związane z tym przesunięcia całych grup oraz niektórych procedur (z uwagi na spójną długość pobytu pacjentów) do nowej sekcji, **należy zwrócić szczególną uwagę na sytuację, w której wyniki prac z obu projektów nie zostaną wdrożone jednocześnie.**

Dodatkowo należy mieć na względzie, że wskazana w **załączniku nr 8** charakterystyka w części dot. nazw grup i sposobu zapisu warunków koniecznych do rozliczenia, tj. modyfikacji zapisów celem ewentualnego uspoźnienia ze stosowanymi dotychczas praktykami, pozostaje do decyzji Płatnika.

3. Projekt taryfy

3.1. Pozyskanie danych

Bazy danych finansowo-księgowych i medyczno-kosztowych wykorzystane na potrzeby taryfikacji świadczeń będących przedmiotem raportu, zostały utworzone w oparciu o informacje przekazywane od świadczeniodawców w niżej wymienionych postępowaniach, ale odnoszące się do realizacji świadczeń stanowiących przedmiot niniejszego raportu:

- ✓ nr 50. Współpraca bieżąca - Leczenie Szpitalne (za rok 2018),
- ✓ nr 53. Leczenie Szpitalne (za rok 2019),
- ✓ nr 59. Leczenie Szpitalne – kontynuacja współpracy (za rok 2020),
- ✓ nr 61. Choroby narządu wzroku (za rok 2021),
- ✓ nr 62. Dane finansowo-księgowe za 2021,
- ✓ nr 64. Choroby układu oddechowego (za rok 2021),
- ✓ nr 67. Leczenie Szpitalne – kontynuacja współpracy (za rok 2021),
- ✓ nr 68. Choroby układu nerwowego (za rok 2022),
- ✓ nr 69. Opieka paliatywna i hospicyjna (za rok 2022),
- ✓ nr 71. Choroby kręgosłupa (za rok 2022),
- ✓ nr 72. Leczenie szpitalne – kontynuacja współpracy (za rok 2022),
- ✓ nr 73. Dane finansowo-księgowe za 2022,
- ✓ nr 76. Rehabilitacja lecznicza (za rok 2023),
- ✓ nr 77. Choroby naczyń (za rok 2023).

Ponadto, w niniejszych pracach taryfikacyjnych posłużono się danymi z Raportu Kadrowo-Płacowego, obejmującymi wyłącznie informacje o wysokości wynagrodzeń pracowników podmiotów leczniczych. Dane pochodzą z niżej wymienionego postępowania:

- ✓ nr 80. Wynagrodzenia osób zatrudnionych w podmiotach leczniczych (za wrzesień 2024).

W ww. postępowaniach dane medyczno-kosztowe zbierane były w formie formularza danych szczegółowych (DSz) i finansowo-księgowych (FK) oraz dane dotyczące wynagrodzeń w postaci Rejestru Kadrowo Płacowego (RKP), 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 zaangażowanie personelu medycznego w realizację procedur,
- ✓ OM - dotyczących obrotu magazynowego z apteki szpitalnej,
- ✓ CP – obejmujących cennik procedur,
- ✓ 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),

- ✓ RKP - dane dotyczące kosztów wynagrodzeń wszystkich pracowników zarówno medycznych jak i niemedycznych, zatrudnionych we wszystkich komórkach organizacyjnych podmiotów leczniczych posiadających zawartą umowę z NFZ we wszystkich formach zatrudnienia (umowa o pracę, umowa zlecenie, umowa o dzieło, umowa cywilno-prawna, podwykonawstwo medyczne i niemedyczne).

3.1.1. Dane finansowo-księgowe

Na podstawie danych NFZ zawierających informacje o realizacji świadczeń, wytypowano kody resortowe, będące miejscem realizacji przedmiotowych świadczeń. W analizach uwzględniono ruch międzyoddziałowy oraz pominięto kody resortowe, których udział w realizacji świadczeń był znikomy (poniżej 1%). Zgodnie z uzyskanymi informacjami przygotowano zestawienie kluczowych ośrodków powstawania kosztów (OPK).

Do wyliczenia średnich kosztów osobodnia i kosztów infrastruktury bloku operacyjnego wykorzystano dane finansowo-księgowe będące w posiadaniu Agencji w łącznej liczbie 1 879 OPK. Wyliczenia zostały przeprowadzone w oparciu o dane za lata 2021-2023, przy czym podstawę obliczeń stanowiły dane z 2023 roku. Dane z wcześniejszych lat zostały wykorzystane w przypadku braku reprezentatywności próby. Najwięcej przedmiotowych świadczeń (łącznie 95%) zrealizowano na oddziałach neurologii, neurochirurgii, chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej oraz chirurgii urazowo-ortopedycznej.

W poniższej tabeli przedstawiono licznosc obserwacji dla wybranych OPK w podziale na kategorie szpitala.

Tabela 18 Licznosc próby danych finansowo-księgowych

Kod resortowy OPK	Nazwa OPK	Kategoria szpitala					Razem
		Powiatowy, gminny, miejski	Niepubliczny	Kliniczny	Wojewódzki	Inny (MSWiA, wojskowy)	
4000	Oddział chorób wewnętrznych	88	10	30	51	11	190
4220	Oddział neurologiczny	36	3	27	30	6	102
4500	Oddział chirurgiczny ogólny	90	11	21	40	13	175
4570	Oddział neurochirurgiczny	9	-	28	23	-	60
4580	Oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej	50	7	26	40	15	138
4910	Blok operacyjny	74	11	34	53	16	188
4950	Oddział anestezjologii	64	9	25	46	12	156
	Pozostałe OPK	254	21	265	316	14	870
Razem		665	72	456	599	87	1 879

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych AOTMiT.

Dodatkowo do analizy wynagrodzeń wykorzystano dane zebrane w ramach postępowania 80 Wynagrodzenia osób zatrudnionych w podmiotach leczniczych. Wnioskowane informacje obejmowały zanonimizowane dane dotyczące osób zatrudnionych na podstawie umowy o pracę lub świadczących usługi na podstawie umowy cywilnoprawnej, w zakresie, w jakim dane te dotyczyły osób biorących udział w realizacji świadczeń w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, obejmujące informacje o wymiarze zatrudnienia i wysokości poszczególnych składowych wynagrodzenia oraz ponoszonych kosztów zatrudnienia za wrzesień 2024 r.

3.1.2. Dane kliniczno-kosztowe

Podstawowym źródłem danych kliniczno-kosztowych były hospitalizacje przekazane przez świadczeniodawców za okres 2018-2022. W procesie taryfikacji wykorzystano łącznie dane o 12 013 świadczeniach (6% wszystkich świadczeń w tym zakresie w 2023 r.), pochodzące od 55 świadczeniodawców (6% realizatorów przedmiotowych świadczeń z 2023 r.). W poniższej tabeli przedstawiono reprezentatywność pozyskanej próby, w podziale na poszczególne JGP.

Tabela 19 Wielkość próby danych włączonych do wyliczeń – dane kliniczno-kosztowe

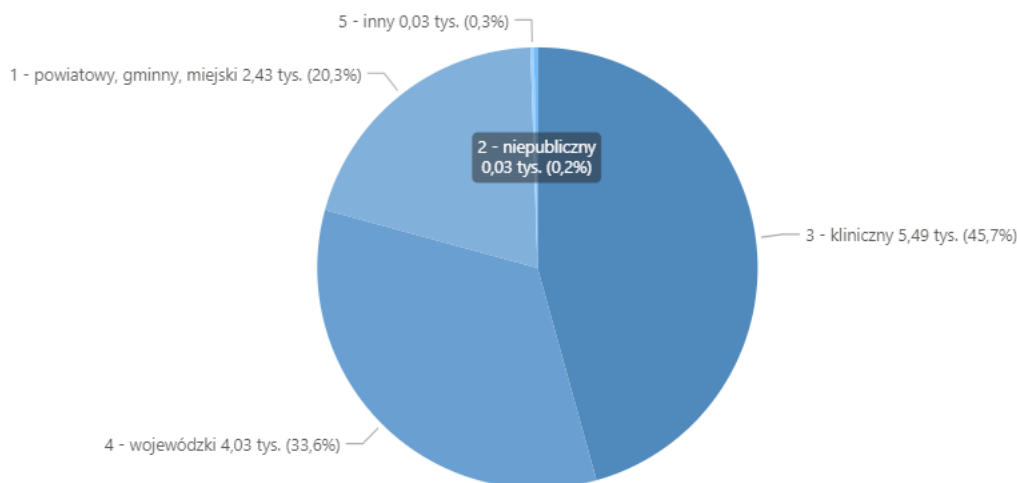
JGP	Liczba świadczeniodawców realizujących taryfikowane świadczenia*	Liczba świadczeniodawców, których dane zostały włączone do wyliczeń	[%] świadczeniodawców, których dane zostały włączone do wyliczeń	Liczba zrealizowanych świadczeń NFZ*	Liczba świadczeń, które zostały włączone do wyliczeń	[%] świadczeń włączonych do wyliczeń
A01	166	3	2%	4 571	136	3%
A02	70	8	11%	265	28	11%
A03	25	6	24%	518	25	5%
A04	30	7	23%	580	38	7%
A11	76	15	20%	7 735	182	2%
A12	77	3	4%	3 583	150	4%
A13	120	13	11%	1 065	33	3%
A14	97	12	12%	508	30	6%
A30	195	20	10%	5 505	199	4%
A31	438	16	4%	7 467	537	7%
A32E	191	15	8%	903	47	5%
A32F	197	20	10%	1 339	109	8%
A33	224	19	8%	2 786	84	3%
A34C	346	11	3%	4 200	297	7%
A34D	387	12	3%	10 927	368	3%
A35C	313	13	4%	3 720	485	13%
A35D	126	6	5%	2 508	109	4%
A36	214	8	4%	11 741	692	6%
A46	283	24	8%	6 872	396	6%
A47	198	10	5%	16 570	820	5%
A48	187	8	4%	63 467	3 549	6%
A49	315	11	3%	9 242	935	10%
A50	359	12	3%	9 973	594	6%
A56	208	11	5%	1 322	173	13%
A58	113	16	14%	280	36	13%
A59	323	11	3%	7 093	409	6%
A66	292	10	3%	4 690	373	8%
A67	180	9	5%	6 955	324	5%
A76	357	26	7%	3 846	480	12%
A77	328	18	5%	3 544	146	4%
A86	217	21	10%	1 392	113	8%
PZA01	9	6	67%	458	38	8%
PZA02	21	6	29%	671	35	5%
PZA03	36	13	36%	340	43	13%

*Dane NFZ za rok 2023

**Przebieg referencyjny świadczenia

Źródło: Opracowanie własne.

Największa próba danych pochodziła ze szpitali klinicznych (45,7% wszystkich świadczeń), natomiast najmniejsza ze szpitali niepublicznych (0,2% wszystkich świadczeń).



Wykres 59 Struktura pozyskanych danych kliniczno-kosztowych według kategorii szpitala.

Źródło: Opracowanie własne.

3.2. Analiza danych

Analiza danych przekazanych przez świadczeniodawców przeprowadzona została zgodnie z *Metodyką taryfikacji świadczeń opieki zdrowotnej w AOTMiT*⁸.

W dalszej części raportu przedstawiono informacje o sposobie obliczeń głównych składowych kosztu świadczenia tj. czasu hospitalizacji, kosztu osobodnia, kosztu infrastruktury, personelu, produktów leczniczych, wyrobów medycznych, a także wykonywanych procedur. Ponadto analizę przeprowadzono w oparciu o propozycję nowej charakterystyki grup JGP.

3.2.1. Mnożnik zmian wielkości kosztów

W związku z częściowym oparciem analiz na danych za lata wcześniejsze, zostały one, zgodnie z *Metodyką taryfikacji świadczeń w AOTMiT*, zaktualizowane do poziomu odpowiadającego kosztom świadczeń realizowanych do 30.06.2025 roku. Aktualizacji dokonano właściwymi wskaźnikami częściowymi wskazanymi w poniższej tabeli.

Tabela 20 Mnożnik zmian wielkości kosztów dla poszczególnych lat

Kategoria mnożnika	Wartość mnożnika dla poszczególnych lat, z których pochodzą dane*					
	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Dynamika przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto - opieka zdrowotna i pomoc społeczna	2,01	1,82	1,68	1,43	1,33	1,16
Dynamika wskaźnika cen towarów i usług konsumpcyjnych – zdrowie	1,35	1,31	1,25	1,21	1,13	1,04
Dynamika średnioważonego kosztu kapitału	1,53	1,43	1,37	1,32	1,21	1,10

*Dane po aktualizacji do 30 czerwca 2025

Źródło: Opracowanie własne.

Mnożniki wykorzystane w analizie zostały opracowane w oparciu o korelację prognoz z „Wytocznymi 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 oraz założenia z ustawy o minimalnym wynagrodzeniu personelu medycznego.

⁸ *Metodyka_taryfikacji_swiadczen_opieki_zdrowotnej_w_AOTMiT.pdf* (Dostęp: 10.12.2024)

3.2.2. Propozycja zmian w charakterystyce JGP

W ramach procesu taryfikacji przeprowadzono szereg analiz w oparciu o dane kosztowe będące w posiadaniu AOTMiT, a także dane Narodowego Funduszu Zdrowia. Ponadto w zakresie prac nad zmianą charakterystyki przeprowadzono wiele spotkań z ekspertami, w szczególności z:

- Krajową Radą ds. Neurologii, w tym Konsultantem Krajowym w dziedzinie neurologii prof. dr hab. Bartoszem Karaszewskim oraz jego poprzedniczką - prof. dr hab. n. med. Agnieszką Słowik,
- Konsultantem Krajowym w dziedzinie neurochirurgii – prof. dr hab. n. med. Tomaszem Trojanowskim,
- Polskim Towarzystwem Neurochirurgów.

W wyniku przeprowadzonych przez AOTMiT prac, w tym analizy homogeniczności grup pod względem długości pobytu i spójności kosztowej oraz uwag zgłaszanych przez ekspertów w toku licznych spotkań, wyodrębniono nowe grupy, zastępując istniejące, a także dokonano przesunięć procedur kierunkowych w poszczególnych grupach JGP. Szczegółową propozycję nowej charakterystyki grup JGP wraz z warunkami rozliczenia zawiera **załącznik 8**.

Dodatkowo, w ramach sekcji A proponuje się:

- w grupach zabiegowych:

- 1) Wyodrębnienie grupy *PZA04 Małe zabiegi wewnątrzczaszkowe < 18 r.ż.** z grupy *PZA03 Średnie zabiegi wewnątrzczaszkowe < 18 r.ż.** z uwagi na niejednorodność kosztową oraz znacząco niższą długość hospitalizacji w ramach poszczególnych procedur kierunkowych;
- 2) Dodanie warunku w grupie:
 - A12 – w przypadku procedury *04.41 Odbarczenie korzeni nerwu trójdzielnego* wymagane wskazanie dodatkowo drugiej procedury *01.24 Kraniotomia – inne*;
 - A13 i PZA03 – w przypadku procedury *01.69 Usunięcie zmiany w kościach czaszki – inne* wymagane wskazanie dodatkowo drugiej procedury *02.051 Założenie płytki sztucznej do czaszki*;
- 3) Przeniesienie z grupy:
 - A12 – do grupy A13 – procedur *01.131 Przechłonna biopsja mózgu przez otwór trepanacyjny* i *01.14 Otwarta biopsja mózgu*;
 - A13 – do grupy A14 – procedur *01.15 Biopsja kości czaszki* oraz *01.69 Usunięcie zmiany w kościach czaszki – inne* jako samodzielną procedurę;
 - PZA01 – do grupy PZA02 – procedury *02.92 Operacja naprawcza mózgu*;
 - PZA02 – do grupy PZA01 – procedury *01.599 Inne wycięcia guza mózgu*;
– do grupy PZA03 – procedury *01.251 Oczyszczanie czaszki*;
 - PZA03 – do grupy PZA04 – procedur *01.15 Biopsja kości czaszki*, *01.69 Usunięcie zmiany w kościach czaszki* jako samodzielną procedurę, *02.422 Wymiana drenu komorowego* oraz *02.423 Rewizja drenu komorowego w drenażu komorowo-otrzewnowym*;
- 4) Dodanie procedury *01.241 Odbarczenie (mózgu)* do grupy *A01 Zabiegi wewnątrzczaszkowe z powodu poważnego urazu*:

- w grupach zachowawczych:

- 1) Zgodnie z charakterystyką grup JGP zawartą w załączniku nr 8:

- rozszerzenie o nowe procedury list procedur w grupach:

- A33 Zaburzenia równowagi;
 - A34D Guzy mózgu i rdzenia kręgowego > 3 dni;
 - A35D Choroby zwyrodnieniowe OUN > 1 dnia;
 - A48 Kompleksowe leczenie udarów mózgu > 7 dni w oddziale udarowym;
 - A49 Udar mózgu - leczenie > 3 dni;
 - A67 Padaczka - diagnostyka i leczenie > 3 dni;
- rozszerzenie o nowe procedury list dodatkowych A2, A3, A4, A7, A8 i A9;
- usunięcie rozpoznania *G13.0 Paranowotworowa neuromiopia i neuropatia* z listy rozpoznań w grupie:
- A35C Choroby zwyrodnieniowe OUN;
 - A35D Choroby zwyrodnieniowe OUN > 1 dnia;
- dodanie listy procedur i wymogu wykazania jednej procedury w grupach:
- A50 Udar mózgu – leczenie;
 - A56 Choroby nerwów czaszkowych;
 - A59 Bóle głowy;
 - A76 Urazy głowy z istotnym uszkodzeniem mózgu leczone zachowawczo;
 - A77 Urazy głowy bez istotnego uszkodzenia mózgu leczone zachowawczo (dotyczy wyłącznie wskazania procedury z nowej listy procedur A76);
- dodanie wymogu wskazania jednej procedury z listy A2 lub jednej procedury z listy A30 w grupach:
- A32E Choroby mięśni > 65 r.ż.;
 - A32F Choroby mięśni < 66 r.ż.;
 - A86 Choroby neuronu ruchowego;
- przeniesienie wybranych procedur z listy procedur w grupie *A47 Przemijające niedokrwienie mózgu - rozszerzona diagnostyka* do listy dodatkowej A3;
- rozszerzenie listy rozpoznań w grupie *A30 Kompleksowa diagnostyka polineuropatii i chorób mięśni*;
- dodanie wymogu wskazania rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań A67, procedury z listy procedur A67, dwóch procedur z listy dodatkowej A4 oraz dwóch procedur z listy dodatkowej A9 w grupie *A67 Padaczka - diagnostyka i leczenie > 3 dni*;
- 2) Zgodnie z rekomendacją ekspertów klinicznych produkt *Padaczka lekooporna – diagnostyka* z katalogu produktów odrębnych (1b) przeniesiono do katalogu grup określonego w załączniku 1a zarządzenia nr 37/2024/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 marca 2024 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju *leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne* z późn. zm., jako nowa grupa JGP A68 *Padaczka lekooporna – diagnostyka*;
- 3) Dodatkowo należy mieć na uwadze, że w trakcie prac taryfikacyjnych zarządzeniem nr 107/2024/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 października 2024 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju *leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne - świadczenia wysokospecjalistyczne* od 1 lipca 2024 r. wydzielono produkt *A48T Kompleksowe leczenie udarów mózgu > 3 dni < 8 dni w oddziale udarowym*, o który rozszerzono zakres prac taryfikacyjnych;
- 4) Na podstawie ustaleń z Krajową Radą ds. Neurologii wyceniono dwa nowe produkty dedykowane kwalifikacji i programowaniu DBS, które dotychczas rozliczane były odpowiednio w grupach A35D

i A35C. W toku prac AOTMiT powyższe produkty proponuje się dodać do katalogu produktów odrębnych określonych w załączniku 1b do zarządzenia nr 37/2024/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 marca 2024 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne z późn. zm..

3.2.3. Czas hospitalizacji

Czas hospitalizacji przyjęty do wyliczenia kosztu pobytu oszacowano na podstawie czasów pobytu pacjentów w ramach hospitalizacji zrealizowanych w 2023 roku.

W toku prac wyznaczono nowe limity dni finansowania grupą. Nowe wartości zostały oszacowane zgodnie z wytycznymi NHS zawartymi w raporcie o szacowaniu kosztów i statystyk dotyczących długości hospitalizacji, zgodnie z którymi górny limit dni finansowany grupą odpowiada sumie górnego kwartyla długości pobytów i 1,5 odstepu międzykwartylowego (NHS,2022). Wzór ten jest następujący:

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

Wysokość obecnych oraz propozycję nowych limitów, wyznaczonych na podstawie powyższego wzoru, przedstawia poniższa tabela.

Tabela 21 Obecne i nowe limity dni finansowanych grupą

Świadczenie jednostkowe	Obecny limit dni finansowanie grupą	Propozycja nowego limitu dni finansowania grupą
A01 Zabiegi wewnątrzczaszkowe z powodu poważnego urazu *	30	25
A02 Zabiegi wewnątrzczaszkowe z powodu urazu *	30	17
A03 Wszczepienie stymulatora struktur głębokich mózgu/stymulatora nerwu błędnego*	-	-
A04 Wymiana generatora do stymulacji struktur głębokich mózgu *	-	-
A11 Kompleksowe zabiegi wewnątrzczaszkowe *	38	20
A12 Duże zabiegi wewnątrzczaszkowe*	32	27
A13 Średnie zabiegi wewnątrzczaszkowe*	33	16
A14 Małe zabiegi wewnątrzczaszkowe*	33	10
A30 Kompleksowa diagnostyka polineuropatii i chorób mięśni	-	-
A31 Choroby nerwów obwodowych	22	15
A32E Choroby mięśni > 65 r.ż.	29	18
A32F Choroby mięśni < 66 r.ż.	29	12
A33 Zaburzenia równowagi	-	-
A34C Guzy mózgu i rdzenia kręgowego	-	-
A34D Guzy mózgu i rdzenia kręgowego > 3 dni	28	18
A35C Choroby zwyrodnieniowe OUN	6	19
A35D Choroby zwyrodnieniowe OUN > 1 dnia	23	14
A36 Choroby demielinizacyjne	17	11
A46 Przemijające niedokrwienie mózgu	14	11
A47 Przemijające niedokrwienie mózgu - rozszerzona diagnostyka	15	12
A48 Kompleksowe leczenie udarów mózgu > 7 dni w oddziale udarowym	36	21
A48T Kompleksowe leczenie udarów mózgu > 3 dni < 8 dni w oddziale udarowym	-	-
A49 Udar mózgu - leczenie > 3 dni	27	18
A50 Udar mózgu - leczenie	27	10
A56 Choroby nerwów czaszkowych	27	13
A58 Encefalopatia	32	25
A59 Bóle głowy	-	-
A66 Padaczka - diagnostyka i leczenie	-	-
A67 Padaczka - diagnostyka i leczenie > 3 dni	16	14
A76 Urazy głowy z istotnym uszkodzeniem mózgu leczone zachowawczo	10	6
A77 Urazy głowy bez istotnego uszkodzenia mózgu leczone zachowawczo	-	-
A86 Choroby neuronu ruchowego	24	16

Świadczenie jednostkowe	Obecny limit dni finansowanie grupą	Propozycja nowego limitu dni finansowania grupą
PZA01 Kompleksowe zabiegi wewnątrzczaszkowe < 18 r.ż. *	38	21
PZA02 Duże zabiegi wewnątrzczaszkowe < 18 r.ż. *	38	22
PZA03 Średnie zabiegi wewnątrzczaszkowe < 18 r.ż. *	33	18
PZA04 Małe zabiegi wewnątrzczaszkowe < 18 r.ż. *	33	7

Źródło: Opracowanie własne.

Przeprowadzona analiza wykazała, że w 25 grupach obecny limit dni finansowania grupą był zawyżony, od 2 dni w grupie A67 *Padaczka - diagnostyka i leczenie* > 3 dni do 23 dni w grupie A14 *Małe zabiegi wewnątrzczaszkowe* *. Dodatkowo wyodrębnienie z grupy PZA03 *Średnie zabiegi wewnątrzczaszkowe < 18 r.ż. ** nowej grupy PZA04 *Małe zabiegi wewnątrzczaszkowe < 18 r.ż. ** wpłynęło na spadek liczby dni finansowania w tej grupie o 26 dni.

Proponuje się, odpowiednio do wyniku analiz, modyfikację aktualnie obowiązujących wartości. Oczekuje się że, dzięki wprowadzonej zmianie, możliwym stanie się otrzymanie adekwatnej refundacji, zwłaszcza w przypadku przedłużających się pobytów.

Na podstawie danych statystycznych za 2023 r., z uwzględnieniem nowych limitów dni finansowania grupą i zmian związanych z propozycją nowej charakterystyki, wyznaczono średnie czasy hospitalizacji po odcięciu wartości skrajnych. Poniższa tabela przedstawia długość hospitalizacji, jaka została przyjęta do wyliczenia kosztów pobytu.

W przypadku grup zachowawczych do analizy kosztów przyjęto średnie wyznaczone na JGP, z kolei w grupach zabiegowych do kalkulacji brano pod uwagę czas hospitalizacji wyznaczony na grupę procedur, zważony realizacją sprawozdaną do NFZ (w celach porównawczych wyniki w tabeli uśredniono na JGP).

Tabela 22 Długość pobytu - dane NFZ 2023

Kod i nazwa JGP	Długość pobytu – dane NFZ
A01 Zabiegi wewnątrzczaszkowe z powodu poważnego urazu *	8,51
A02 Zabiegi wewnątrzczaszkowe z powodu urazu *	7,53
A03 Wszczepienie stymulatora struktur głębokich mózgu/stymulatora nerwu błędnego*	3,00**
A04 Wymiana generatora do stymulacji struktur głębokich mózgu *	2,09
A11 Kompleksowe zabiegi wewnątrzczaszkowe *	8,77
A12 Duże zabiegi wewnątrzczaszkowe *	9,28
A13 Średnie zabiegi wewnątrzczaszkowe *	6,12
A14 Małe zabiegi wewnątrzczaszkowe *	2,92
A30 Kompleksowa diagnostyka polineuropatii i chorób mięśni	6,82
A31 Choroby nerwów obwodowych	4,85
A32E Choroby mięśni > 65 r.ż.	6,48
A32F Choroby mięśni < 66 r.ż.	4,24
A33 Zaburzenia równowagi	4,57
A34C Guzy mózgu i rdzenia kręgowego	3,07
A34D Guzy mózgu i rdzenia kręgowego > 3 dni	7,85
A35C Choroby zwyrodnieniowe OUN	5,45
A35D Choroby zwyrodnieniowe OUN > 1 dnia	6,04
A36 Choroby demielinizacyjne	4,42
A46 Przemijające niedokrwienie mózgu	5,04
A47 Przemijające niedokrwienie mózgu - rozszerzona diagnostyka	5,66

Kod i nazwa JGP	Długość pobytu – dane NFZ
A48 Kompleksowe leczenie udarów mózgu > 7 dni w oddziale udarowym	11,27
A48T Kompleksowe leczenie udarów mózgu > 3 dni < 8 dni w oddziale udarowym	5,00***
A49 Udar mózgu - leczenie > 3 dni	8,05
A50 Udar mózgu - leczenie	2,92
A56 Choroby nerwów czaszkowych	5,36
A58 Encefalopatia	8,98
A59 Bóle głowy	3,96
A66 Padaczka - diagnostyka i leczenie	4,75
A67 Padaczka - diagnostyka i leczenie > 3 dni	6,60
A76 Urazy głowy z istotnym uszkodzeniem mózgu leczone zachowawczo	3,67
A77 Urazy głowy bez istotnego uszkodzenia mózgu leczone zachowawczo	2,11
A86 Choroby neuronu ruchowego	4,86
PZA01 Kompleksowe zabiegi wewnątrzczaszkowe < 18 r.ż. *	9,45
PZA02 Duże zabiegi wewnątrzczaszkowe < 18 r.ż. *	8,29
PZA03 Średnie zabiegi wewnątrzczaszkowe < 18 r.ż. *	6,68
PZA04 Małe zabiegi wewnątrzczaszkowe < 18 r.ż. *	3,14

**Długość pobytu skorygowana przez ekspertów z Polskiego Towarzystwa Neurochirurgów

***Długość pobytu przekazana przez Krajową Radę ds. Neurologii w przebiegu referencyjnym

Źródło: Opracowanie własne.

3.2.4. Koszt osobodnia, infrastruktury i koszty wynagrodzeń

Koszt osobodnia został szacowany w oparciu o koszty stałe wynikające z wykorzystania infrastruktury oddziału i jego obłożenia przyjętego za optymalne, zgodnie z metodyką taryfikacji świadczeń przez AOTMiT.

Średni koszt osobodnia dla każdego z produktów rozliczeniowych został obliczony odrębnie, jako średnia wartość kosztów oddziałów szpitalnych po odcięciach wartości skrajnych, ważona poziomem realizacji JGP w komórkach o określonych kodach resortowych oraz kategoriach szpitali. Zestawienie średnich kosztów osobodnia dla wybranych kodów resortowych, w podziale na kategorieszpitala przedstawiono w poniższej tabeli.

Tabela 23 Zestawienie średnich kosztów osobodnia dla wybranych kodów resortowych

Kod resortowy OPK	Nazwa OPK	Kategoria szpitala				
		Powiatowy, gminny, miejski	Niepubliczny	Kliniczny	Wojewódzki	Inny (MSWiA, wojskowy)
4000	Oddział chorób wewnętrznych	1 022,42	961,98	1 142,13	1 036,79	1 128,28
4220	Oddział neurologiczny	1 167,63	1 057,39	1 459,59	1 236,78	1 106,09
4500	Oddział chirurgiczny ogólny	1 176,55	1 146,19	1 448,88	1 184,96	1 414,32
4570	Oddział neurochirurgiczny	1 501,37	-	1 478,56	1 442,90	-
4580	Oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej	1 420,39	1 385,57	1 529,70	1 376,54	1 548,81

Źródło: Opracowanie własne.

Równolegle do propozycji zmian liczby dni finansowanych grupą, skorygować należy również wartość osobodnia pobytu pacjenta ponad ustalony limit finansowany grupą. Nową wartość oszacowano metodą regresyjną, tj. jako 80% średniego ważonego kosztu osobodnia, dla wybranych jednorodnych grup pacjentów, z określonym limitem dni finansowania grupą.

Średni koszt osobodnia po aktualizacji do poziomu na dzień 30.06.2025 r. oraz wartość osobodnia ponad limit finansowania grupą przedstawiono poniżej.

Tabela 24 Zestawienie kosztów osobodnia dla poszczególnych grup JGP

Kod i nazwa grupy	Średni koszt osobodnia po aktualizacji do poziomu 30 czerwca 2025 r.[zł]	Wartość osobodnia ponad limit finansowania grupą [zł]
A01 Zabiegi wewnątrzczaszkowe z powodu poważnego urazu*	1 446,30	1 157,04
A02 Zabiegi wewnątrzczaszkowe z powodu urazu*	1 442,00	1 153,60
A03 Wszczepienie stymulatora struktur głębokich mózgu*	1 526,77	1 221,42
A04 Wymiana generatora do stymulacji struktur głębokich mózgu*	1 474,96	1 179,97
A11 Kompleksowe zabiegi wewnątrzczaszkowe*	1 494,62	1 195,70
A12 Duże zabiegi wewnątrzczaszkowe*	1 470,85	1 176,68
A13 Średnie zabiegi wewnątrzczaszkowe*	1 413,49	1 130,79
A14 Małe zabiegi wewnątrzczaszkowe*	1 480,73	1 184,58
A30 Kompleksowa diagnostyka polineuropatii i chorób mięśni	1 234,76	987,81
A31 Choroby nerwów obwodowych	1 235,71	988,57
A32E Choroby mięśni > 65 r.ż.	1 183,38	946,70
A32F Choroby mięśni < 66 r.ż.	1 292,89	1 034,31
A33 Zaburzenia równowagi	1 174,63	939,70
A34C Guzy mózgu i rdzenia kręgowego	1 346,12	1 076,90
A34D Guzy mózgu i rdzenia kręgowego > 3 dni	1 194,97	955,98
A35C Choroby zwyrodnieniowe OUN	1 258,29	1 006,63
A35D Choroby zwyrodnieniowe OUN > 1 dnia	1 220,22	976,18
A36 Choroby demielinizacyjne	1 278,66	1 022,93
A46 Przemijające niedokrwienie mózgu	1 192,10	953,68
A47 Przemijające niedokrwienie mózgu - rozszerzona diagnostyka	1 204,01	963,21
A48 Kompleksowe leczenie udarów mózgu > 7 dni w oddziale udarowym	1 317,52	1 054,02
A48T Kompleksowe leczenie udarów mózgu > 3 dni < 8 dni w oddziale udarowym	1 212,71	970,17
A49 Udar mózgu - leczenie > 3 dni	1 217,32	973,86
A50 Udar mózgu – leczenie	1 295,27	1 036,22
A56 Choroby nerwów czaszkowych	1 243,47	994,78
A58 Encefalopatia	1 190,49	952,39
A59 Bóle głowy	1 239,20	991,36
A66 Padaczka - diagnostyka i leczenie	1 221,14	976,91
A67 Padaczka - diagnostyka i leczenie > 3 dni	1 317,52	1 054,02
A68 Padaczka lekooporna – diagnostyka***	1 317,52	1 054,02
A76 Urazy głowy z istotnym uszkodzeniem mózgu leczone zachowawczo	1 291,74	1 033,39
A77 Urazy głowy bez istotnego uszkodzenia mózgu leczone zachowawczo	1 207,38	965,90
A86 Choroby neuronu ruchowego	1 298,43	1 038,74
PZA01 Kompleksowe zabiegi wewnątrzczaszkowe < 18 r.ż.*	1 835,07	1 468,06
PZA02 Duże zabiegi wewnątrzczaszkowe < 18 r.ż.*	1 862,71	1 490,17
PZA03 Średnie zabiegi wewnątrzczaszkowe < 18 r.ż.*	1 742,19	1 393,75
PZA04 Małe zabiegi wewnątrzczaszkowe < 18 r.ż.*	1 742,19	1 393,75

Źródło: Opracowanie własne.

Koszty infrastruktury zostały skalkulowane na podstawie średniej stawki godzinowej funkcjonowania bloków operacyjnych, ważonej poziomem realizacji JGP w poszczególnych kategoriach szpitali. Dodatkowo do kosztów infrastruktury bloku doliczono koszty infrastruktury działu anestezjologii. Koszty infrastruktury oszacowano na poziomie rzeczywistym, tj. koszty przypisane do danej komórki organizacyjnej zostały podzielone przez rzeczywiste godziny jej pracy, sprawozdane przez świadczeniodawców.

Do obliczenia kosztu infrastruktury bloku operacyjnego posłużyła wspomniana wcześniej baza danych finansowo-księgowych, uaktualniona do poziomu na dzień 30 czerwca 2025 roku, przy pomocy odpowiednich wskaźników zmian wielkości kosztów.

Tabela 25 Średni koszt infrastruktury bloku operacyjnego i działu anestezjologii, przyjęty do wyliczeń

Grupy JGP	Średni koszt infrastruktury na godz.[zł]
A01 Zabiegi wewnątrzczaszkowe z powodu poważnego urazu*	1 175,02
A02 Zabiegi wewnątrzczaszkowe z powodu urazu*	1 171,96
A03 Wszczepienie stymulatora struktur głębokich mózgu*	1 102,96
A04 Wymiana generatora do stymulacji struktur głębokich mózgu*	1 164,11
A11 Kompleksowe zabiegi wewnątrzczaszkowe*	1 139,01
A12 Duże zabiegi wewnątrzczaszkowe*	1 176,68
A13 Średnie zabiegi wewnątrzczaszkowe*	1 131,66
A14 Małe zabiegi wewnątrzczaszkowe*	1 098,65
PZA01 Kompleksowe zabiegi wewnątrzczaszkowe < 18 r.ż.*	1 360,07
PZA02 Duże zabiegi wewnątrzczaszkowe < 18 r.ż.*	1 364,78
PZA03 Średnie zabiegi wewnątrzczaszkowe < 18 r.ż.*	1 354,65
PZA04 Małe zabiegi wewnątrzczaszkowe < 18 r.ż.*	1 354,65

Źródło: Opracowanie własne.

Stawki godzinowe wynagrodzeń

Do obliczenia stawek godzinowych personelu uczestniczącego w realizacji procedur zabiegowych wykorzystano bazę ze stawkami wynagrodzeń personelu pozyskanymi w ramach postępowania nr 80 *Wynagrodzenia osób zatrudnionych w podmiotach leczniczych*.

W poniższej tabeli zestawiono uśrednione stawki godzinowe wynagrodzeń w ujęciu na kategorie personelu.

Tabela 26 Średnie stawki godzinowe brutto-brutto personelu realizującego procedurę zabiegową

Kategoria kosztu	Średnia stawka godzinowa [zł]*
Lekarz anestezjolog	247,44
Pielęgniarka anestezjologiczna	104,13
Lekarz	321,14
Pielęgniarka	104,25
Technik	69,60
Rezydent	147,82

*dane po aktualizacji do poziomu na dzień 30 czerwca 2025 r.

Źródło: Opracowanie własne.

3.2.5. Koszty zmienne

Koszty zmienne, w skład których wchodzi koszty zużytych produktów leczniczych, wyrobów medycznych, procedur diagnostycznych i zabiegowych, zostały oszacowane na podstawie danych kliniczno-kosztowych przekazanych przez świadczeniodawców.

Grupy zachowawcze

Koszty produktów leczniczych (PL) oraz wyrobów medycznych (WM) w przypadku grup zachowawczych wyznaczone zostały odrębnie na każdą hospitalizację, w przeliczeniu na jeden dzień pobytu, zgodnie ze wzorami:

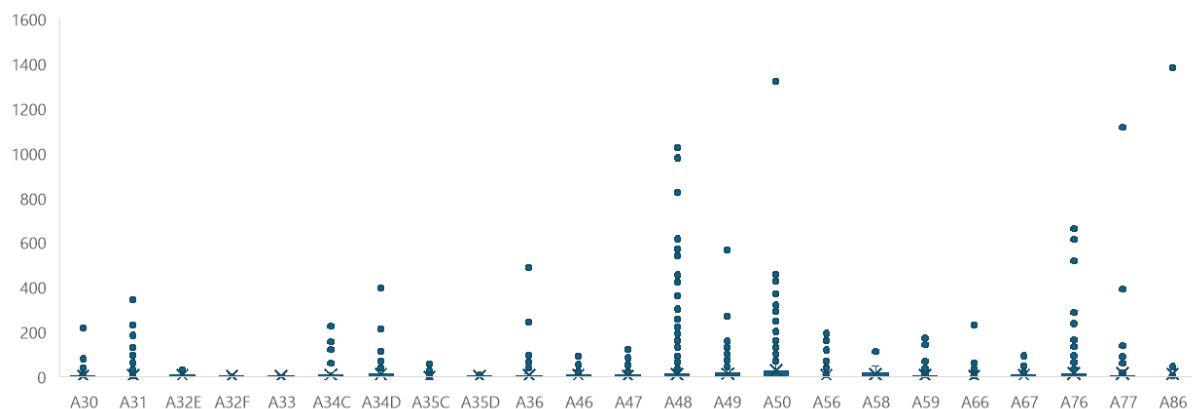
$$PL = \frac{\text{Sumaryczny koszt leków na pobyt}}{\text{Długość hospitalizacji pacjenta}} * \text{Mnożnik}$$

$$WM = \frac{\text{Sumaryczny koszt wyrobów medycznych na pobyt}}{\text{Długość hospitalizacji pacjenta}} * \text{Mnożnik}$$

Następnie wyznaczono średnią po odcięciu wartości skrajnych, którą przemnożono przez długość hospitalizacji przyjętą dla danej grupy (Tabela 21).

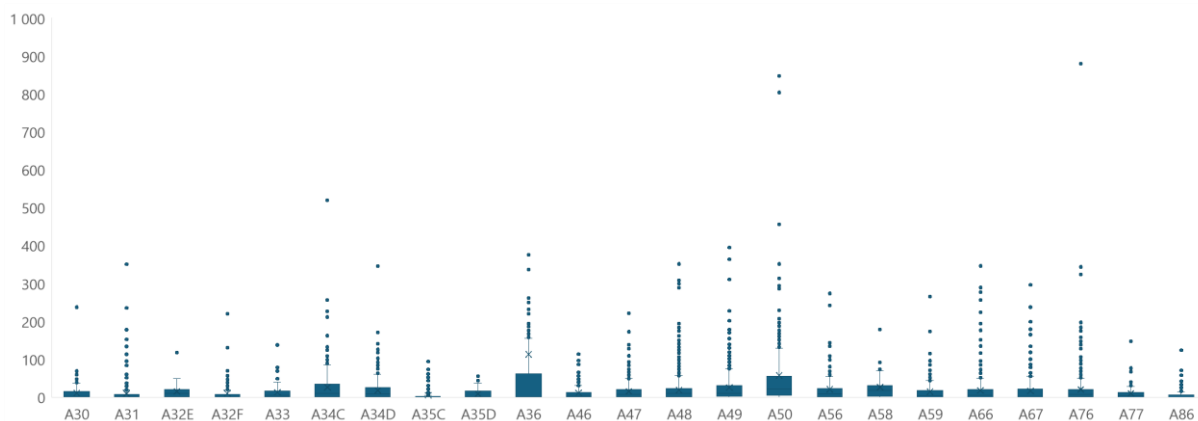
Z kolei koszty procedur medycznych analizowano w przeliczeniu na cały pobyt pacjenta, stosując odpowiedni mnożnik cen usług (dane zostały zaktualizowane do poziomu na dzień 30 czerwca 2025 roku).

Rozrzut dziennych kosztów wyrobów medycznych i produktów leczniczych oraz kosztów procedur diagnostycznych dla grup zachowawczych przedstawiono na poniższych wykresach.



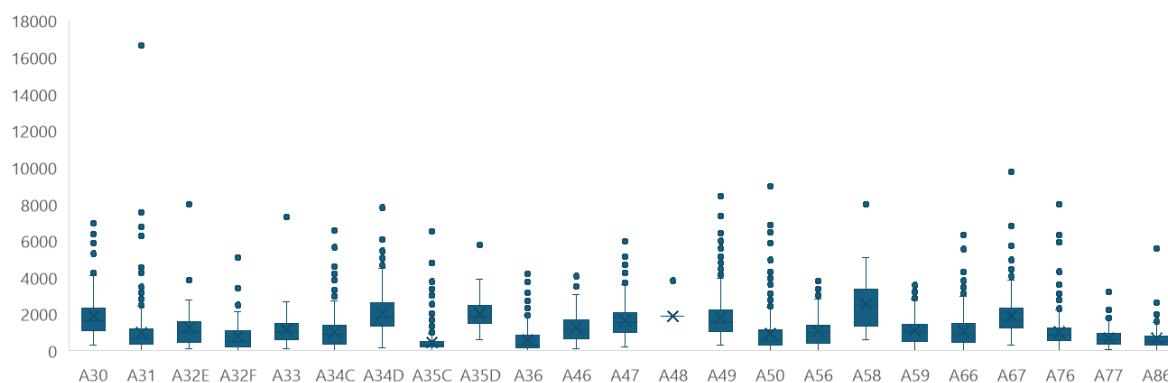
Wykres 60 Rozrzut kosztów wyrobów medycznych w przeliczeniu na dzień w grupach zachowawczych.

Źródło: Opracowanie własne.



Wykres 61 Rozrzut kosztów produktów leczniczych w przeliczeniu na dzień w grupach zachowawczych.

Źródło: Opracowanie własne.



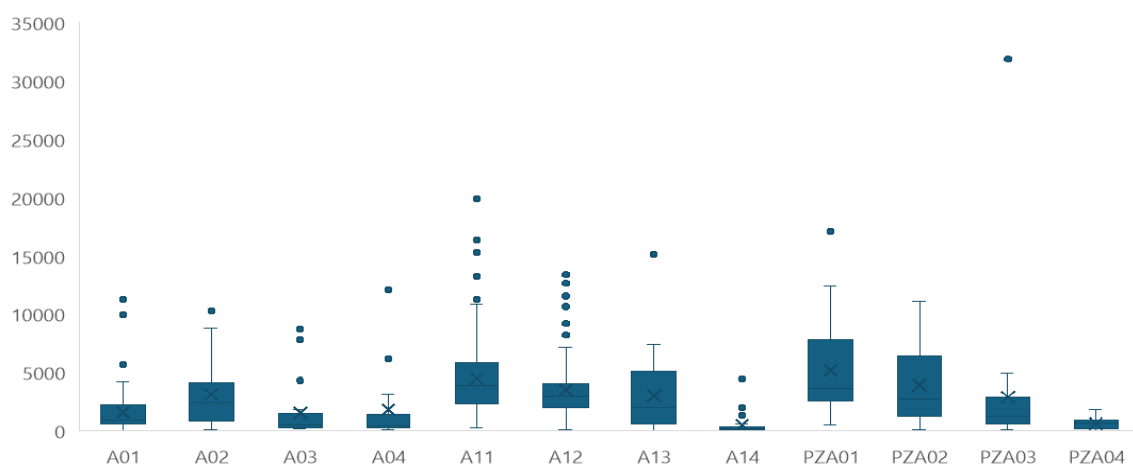
Wykres 62 Rozrzut kosztów procedur diagnostycznych na hospitalizację w grupach zachowawczych.

Źródło: Opracowanie własne.

Grupy zabiegowe

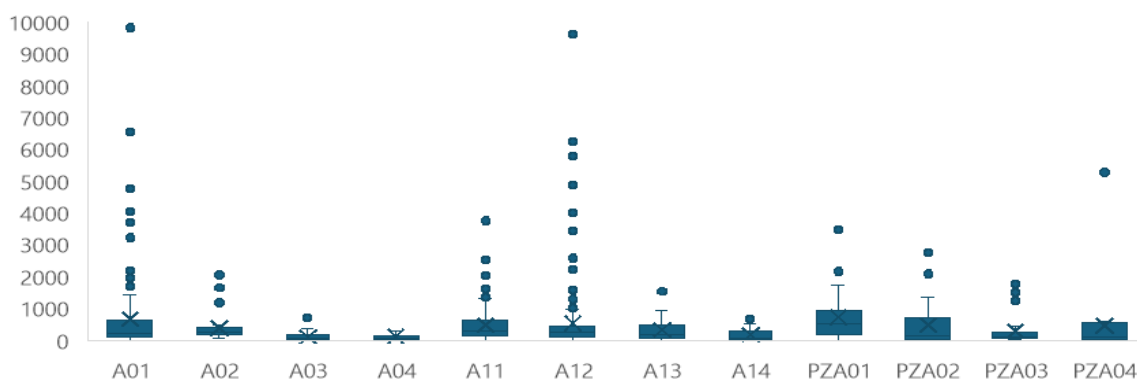
Koszt produktów leczniczych, wyrobów medycznych i procedur diagnostycznych

W przypadku grup zabiegowych poszczególne koszty zmienne analizowano w przeliczeniu na hospitalizację. Średnie, po odrzuceniu wartości skrajnych, zostały wyznaczone na zestaw procedur, a następnie zważone udziałem realizacji danej grupy procedur na podstawie danych NFZ z 2023 roku. Analizę poszczególnych składowych kosztów zmiennych przedstawiono poniżej (dane zostały zaktualizowane do poziomu na dzień 30 czerwca 2025 roku).



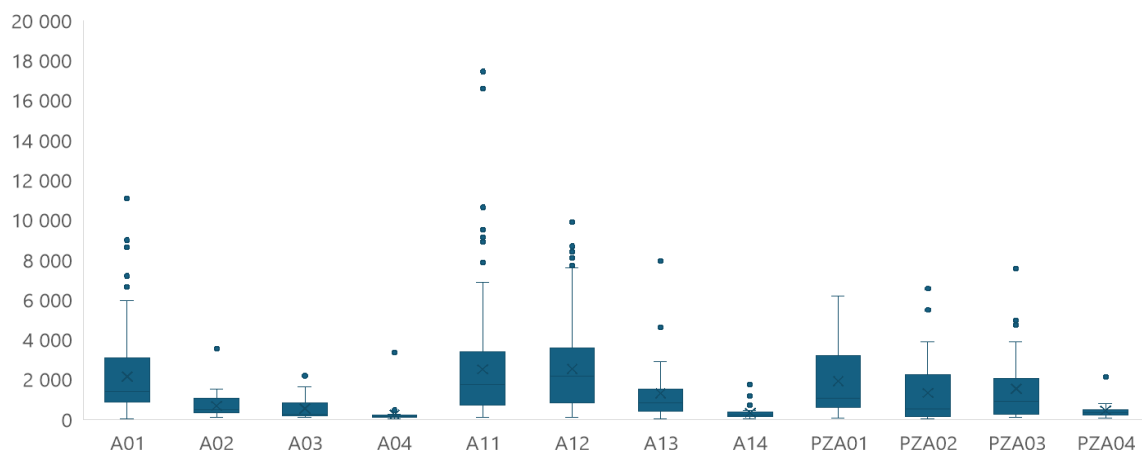
Wykres 63 Rozrzut kosztów wyrobów medycznych w grupach zabiegowych.

Źródło: Opracowanie własne.



Wykres 64 Rozrzut kosztów produktów leczniczych w grupach zabiegowych.

Źródło: Opracowanie własne.



Wykres 65 Rozrzut kosztów procedur diagnostycznych w grupach zabiegowych.

Źródło: Opracowanie własne.

Średnie koszty produktów leczniczych, wyrobów medycznych i procedur diagnostycznych dla grup zachowawczych i zabiegowych przedstawiono w tabeli poniżej.

Tabela 27 Średnie koszty produktów leczniczych, wyrobów medycznych i procedur diagnostycznych w grupach zachowawczych i zabiegowych

Kod i nazwa JGP	Produkty lecznicze [zł]	Wyroby medyczne [zł]	Procedury diagnostyczne [zł]
A01 Zabiegi wewnątrzczaszkowe z powodu poważnego urazu *	478,77	1 325,54	1 544,85
A02 Zabiegi wewnątrzczaszkowe z powodu urazu *	337,31	3 128,86	667,76
A03 Wszczepienie stymulatora struktur głębokich mózgu/stymulatora nerwu błędnego*	108,62	67 850,73	545,46
A04 Wymiana generatora do stymulacji struktur głębokich mózgu *	99,22	39 408,14	238,31
A11 Kompleksowe zabiegi wewnątrzczaszkowe *	465,09	4 438,31	2 357,49
A12 Duże zabiegi wewnątrzczaszkowe *	531,79	3 618,21	1 972,60
A13 Średnie zabiegi wewnątrzczaszkowe *	353,41	2 999,38	1 303,77
A14 Małe zabiegi wewnątrzczaszkowe *	180,99	492,92	324,58
A30 Kompleksowa diagnostyka polineuropatii i chorób mięśni	5,91	51,61	1 691,41
A31 Choroby nerwów obwodowych	2,02	17,55	754,55
A32E Choroby mięśni > 65 r.ż.	29,41	79,37	1 709,77
A32F Choroby mięśni < 66 r.ż.	7,35	12,47	1 632,98
A33 Zaburzenia równowagi	7,26	31,13	1 076,15
A34C Guzy mózgu i rdzenia kręgowego	9,42	46,85	906,94
A34D Guzy mózgu i rdzenia kręgowego > 1 dni	56,46	90,06	2 322,01
A35C Choroby zwyrodnieniowe OUN	0,14	0,32	1 130,00
A35D Choroby zwyrodnieniowe OUN > 1 dnia	5,32	63,76	1 936,58
A36 Choroby demielinizacyjne	7,25	97,09	1 461,76
A46 Przemijające niedokrwienie mózgu	20,02	28,39	1 219,13
A47 Przemijające niedokrwienie mózgu - rozszerzona diagnostyka	17,8	41,05	1 605,81
A48 Kompleksowe leczenie udarów mózgu > 7 dni w oddziale udarowym	80,94	117,76	1 877,36
A48T Kompleksowe leczenie udarów mózgu > 3 dni < 8 dni w oddziale udarowym	35,92	52,25	1 877,36
A49 Udar mózgu - leczenie > 3 dni	76,75	70,16	1 650,96
A50 Udar mózgu - leczenie	35,52	71,27	1 128,93
A56 Choroby nerwów czaszkowych	4,39	54,18	1 118,00
A58 Encefalopatia	69,38	144,13	2 842,92
A59 Bóle głowy	3,88	18,18	1 340,76

Kod i nazwa JGP	Produkty lecznicze [zł]	Wyroby medyczne [zł]	Procedury diagnostyczne [zł]
A66 Padaczka - diagnostyka i leczenie	1,85	40,22	1 540,54
A67 Padaczka - diagnostyka i leczenie > 3 dni	16,01	54,65	2 226,03
A76 Urazy głowy z istotnym uszkodzeniem mózgu leczone zachowawczo	21,37	32,11	953,13
A77 Urazy głowy bez istotnego uszkodzenia mózgu leczone zachowawczo	4,78	12,43	622,83
A86 Choroby neuronu ruchowego	2,22	3,12	1 729,72
PZA01 Kompleksowe zabiegi wewnątrzczaszkowe < 18 r.ż. *	692,03	7 103,65	1 812,73
PZA02 Duże zabiegi wewnątrzczaszkowe < 18 r.ż. *	485,48	3 801,12	1 352,86
PZA03 Średnie zabiegi wewnątrzczaszkowe < 18 r.ż. *	118,49	1 162,71	696,04
PZA04 Małe zabiegi wewnątrzczaszkowe < 18 r.ż. *	209,88	634,26	334,17

Źródło: Opracowanie własne.

Procedury zabiegowe (operacje)

Na potrzeby oszacowania czasu zajęcia infrastruktury zabiegowej zostały wykorzystane dane medyczno-kosztowe z posiadanej próby, zawierające informacje o każdym pojedynczym świadczeniu, w ramach którego sprawozdano procedurę zabiegową.

Czas infrastruktury zabiegowej i personelu zabiegowego, wskazany przez świadczeniodawcę, został wydłużony średnio o 30 minut (zgodnie z metodyką o czas na przygotowanie do zabiegu).

W poniższej tabeli przedstawiono oszacowany, na podstawie danych posiadanych przez Agencję, średni czas trwania zabiegu. W przypadku grupy A03 *Wszczepienie stymulatora struktur głębokich mózgu/stymulatora nerwu błędnego**, średni czas zabiegu konsultowano z ekspertami, a w tabeli zamieszczona jest wartość po wskazanej korekcie.

Tabela 28 Średni czas trwania zabiegu w grupach zabiegowych

Kod i nazwa JGP	Średni czas zabiegu [h]
A01 Zabiegi wewnątrzczaszkowe z powodu poważnego urazu *	2,87
A02 Zabiegi wewnątrzczaszkowe z powodu urazu *	2,86
A03 Wszczepienie stymulatora struktur głębokich mózgu/stymulatora nerwu błędnego*	5,00
A04 Wymiana generatora do stymulacji struktur głębokich mózgu *	1,87
A11 Kompleksowe zabiegi wewnątrzczaszkowe *	4,14
A12 Duże zabiegi wewnątrzczaszkowe *	3,48
A13 Średnie zabiegi wewnątrzczaszkowe *	2,44
A14 Małe zabiegi wewnątrzczaszkowe *	1,75
PZA01 Kompleksowe zabiegi wewnątrzczaszkowe < 18 r.ż. *	3,65
PZA02 Duże zabiegi wewnątrzczaszkowe < 18 r.ż. *	2,77
PZA03 Średnie zabiegi wewnątrzczaszkowe < 18 r.ż. *	2,34
PZA04 Małe zabiegi wewnątrzczaszkowe < 18 r.ż. *	2,15

Źródło: Opracowanie własne.

3.2.6. Wynik analizy kosztów

Grupy zabiegowe

Analizę kosztów świadczeń zabiegowych przeprowadzono w oparciu o grupy procedur składające się na poszczególne JGP. Jako grupę/zestaw procedur rozumie się świadczenie, w trakcie którego zostały zrealizowane wskazane procedury kierunkowe. Dla każdego zestawu zostały wyznaczone średnie czasy hospitalizacji, koszty pobytu, średnie koszty zmienne po usunięciu obserwacji odstających, zgodnie z metodyką Agencji.

W poniższej tabeli zaprezentowano wynik analizy kosztów - w celach poglądowych wyniki prezentowane w tabeli zawierają przybliżoną średnią wartość kosztów zmiennych oraz kosztów

pobytu. Należy mieć na uwadze, że wynik analizy kosztów nie jest prostą sumą poszczególnych składowych prezentowanych w tabeli, a średnią łącznych kosztów świadczenia po odcięciu wartości skrajnych, dodatkowo ważony realizacją poszczególnych grup procedur w 2023 roku.

Tabela 29 Wynik analizy kosztów

Kod i nazwa grupy	Średni czas hospitalizacji [dni]	Średnie koszty pobytu [zł]	Średnie koszty zmienne [zł]	Wynik analizy kosztów [zł]
A01 Zabiegi wewnątrzczaszkowe z powodu poważnego urazu *	8,51	12 309,37	12 557,75	24 852,60
A02 Zabiegi wewnątrzczaszkowe z powodu urazu *	7,53	10 860,65	9 607,08	20 337,17
A03 Wszczepienie stymulatora struktur głębokich mózgu/stymulatora nerwu błędnego*	3,00	4 580,32	79 105,15	84 223,78
A04 Wymiana generatora do stymulacji struktur głębokich mózgu *	2,09	3 089,79	42 966,93	46 176,81
A11 Kompleksowe zabiegi wewnątrzczaszkowe *	8,77	13 104,66	16 878,92	30 620,09
A12 Duże zabiegi wewnątrzczaszkowe *	9,28	13 651,35	15 968,45	29 765,35
A13 Średnie zabiegi wewnątrzczaszkowe *	6,12	8 650,85	11 577,78	21 526,88
A14 Małe zabiegi wewnątrzczaszkowe *	2,92	4 323,20	4 796,28	9 816,85
PZA01 Kompleksowe zabiegi wewnątrzczaszkowe < 18 r.ż. *	9,45	17 344,73	21 871,67	41 292,53
PZA02 Duże zabiegi wewnątrzczaszkowe < 18 r.ż. *	8,29	15 450,21	12 243,88	27 574,05
PZA03 Średnie zabiegi wewnątrzczaszkowe < 18 r.ż. *	6,68	11 638,47	10 546,12	21 219,96
PZA04 Małe zabiegi wewnątrzczaszkowe < 18 r.ż. *	3,14	5 465,95	6 914,97	13 102,79

Źródło: Opracowanie własne.

Grupy zachowawcze

W poniższej tabeli przedstawiono wyniki analizy kosztów dla grup zachowawczych.

Tabela 30 Wynik analizy kosztów w grupach zachowawczych

JGP	Średni czas hospitalizacji [dni]	Koszt pobytu [zł]	Koszty zmienne *[zł]	Wynik analizy kosztów [zł]
A30 Kompleksowa diagnostyka polineuropatii i chorób mięśni	6,82	8 422,45	1 748,93	10 171,38
A31 Choroby nerwów obwodowych	4,85	5 991,81	774,12	6 765,93
A32E Choroby mięśni > 65 r.ż.	6,48	7 673,31	1 818,55	9 491,86
A32F Choroby mięśni < 66 r.ż.	4,24	5 483,66	1 652,80	7 136,46
A33 Zaburzenia równowagi	4,57	5 371,22	1 114,54	6 485,76
A34C Guzy mózgu i rdzenia kręgowego	3,07	4 128,18	963,21	5 091,39
A34D Guzy mózgu i rdzenia kręgowego > 1 dni	7,85	9 386,28	2 468,53	11 854,81
A35C Choroby zwyrodnieniowe OUN	5,45	6 857,09	1 130,46	7 987,55
A35D Choroby zwyrodnieniowe OUN > 1 dnia	6,04	7 369,00	2 005,66	9 374,66
A36 Choroby demielinizacyjne	4,42	5 650,28	1 566,10	7 216,38
A46 Przemijające niedokrwienie mózgu	5,04	6 002,38	1 267,54	7 269,92
A47 Przemijające niedokrwienie mózgu - rozszerzona diagnostyka	5,66	6 812,52	1 664,66	8 477,18
A48 Kompleksowe leczenie udarów mózgu > 7 dni w oddziale udarowym	11,27	14 842,77	2 076,06	16 918,83
A48T Kompleksowe leczenie udarów mózgu > 3 dni < 8 dni w oddziale udarowym	5,00	6 619,24	1 965,53	8 584,77
A49 Udar mózgu - leczenie > 3 dni	8,05	9 763,29	1 797,87	11 561,16
A50 Udar mózgu - leczenie	2,92	3 556,41	1 235,72	4 792,13
A56 Choroby nerwów czaszkowych	5,36	6 942,45	1 176,57	8 119,02
A58 Encefalopatia	8,98	11 163,29	3 056,43	14 219,72
A59 Bóle głowy	3,96	4 712,44	1 362,82	6 075,26
A66 Padaczka - diagnostyka i leczenie	4,75	5 886,49	1 582,61	7 469,10
A67 Padaczka - diagnostyka i leczenie > 3 dni	6,60	8 062,62	2 296,69	10 359,31
A76 Urazy głowy z istotnym uszkodzeniem mózgu leczone zachowawczo	3,67	4 744,41	1 006,61	5 751,02

JGP	Średni czas hospitalizacji [dni]	Koszt pobytu [zł]	Koszty zmienne *[zł]	Wynik analizy kosztów [zł]
A77 Urazy głowy bez istotnego uszkodzenia mózgu leczone zachowawczo	2,11	2 542,24	640,04	3 182,28
A86 Choroby neuronu ruchowego	4,86	6 306,12	1 735,06	8 041,18

*w tym: procedury diagnostyczne i zabiegowe

Źródło: Opracowanie własne.

Jednocześnie uaktualniono wycenę produktów do sumowania 5.53.01.0001647 Koszt leku trombolitycznego niezawarty w kosztach świadczenia oraz 5.53.01.0001437 Chlorowoderek kwasu 5 - aminolewulinowego (5-ALA HCl) do wizualizacji tkanek złośliwych glejaka mózgu.

Oszacowania kosztów produktu 5.53.01.0001647 Koszt leku trombolitycznego niezawarty w kosztach świadczenia dokonano w oparciu o dane przekazane przez świadczeniodawców za lata 2018-2023, na podstawie średniego kosztu leku za 1 mg oraz średniej liczby jednostek podanych na pacjenta, po odjęciu wartości skrajnych. Wynik analizy wykazał, że uaktualniony do roku 2025 koszt produktu wynosi 4 745,92 zł.

Z kolei koszt produktu 5.53.01.0001437 Chlorowoderek kwasu 5 - aminolewulinowego (5-ALA HCl) do wizualizacji tkanek złośliwych glejaka mózgu oszacowano na podstawie średniego kosztu jednostkowego przekazanego przez świadczeniodawców w ramach postępowania POST68 z roku 2022, omnożnikowanego do roku 2025. Wyniósł on 5 049,60 zł.

Wycenę grupy JGP A68 Padaczka lekooporna – diagnostyka, która powstała na podstawie produktu 5.52.01.0001093 Padaczka lekooporna – diagnostyka, przeprowadzono na podstawie przekazanego przez ekspertów z Krajowej Rady ds. Neurologii przebiegu referencyjnego, w którym wskazano, że koszt wyrobów medycznych i produktów leczniczych jest analogiczny jak w grupie A67 Padaczka - diagnostyka i leczenie > 3 dni. Wyniki powyższej analizy kosztów zamieszczono w tabeli poniżej.

Tabela 31 Wynik analizy kosztów: Padaczka lekooporna - diagnostyka

Kod i nazwa	Długość pobytu	Koszt pobytu [zł]	Produkty lecznicze [zł]	Wyroby medyczne [zł]	Procedury diagnostyczne [zł]	Wynik analizy kosztów [zł]
A68 Padaczka lekooporna – diagnostyka	6	7 905,12	52,92	266,38	5 526,06	13 750,48

Źródło: Opracowanie własne.

Prace taryfikacyjne, zgodnie z rekomendacją ekspertów klinicznych, objęły również dwa nowe produkty dedykowane kwalifikacji i programowaniu wewnątrzczaszkowego neurostymulatora mózgu (DBS).

Analiza oparta została o dane zawarte w opracowaniu nr WT.543.01.2023 w sprawie ustalenia oceny poziomu finansowania świadczenia: „Implantacja, założenie, umiejscowienie lub przemieszczenie wewnątrzczaszkowego neurostymulatora mózgu (DBS) w chorobie Parkinsona”, przygotowanym na podstawie zlecenia Ministra Zdrowia znak: MMI.7802.5.2023.MMIL z dnia 13.01.2023r. Wynik analizy kosztów zamieszczono poniżej.

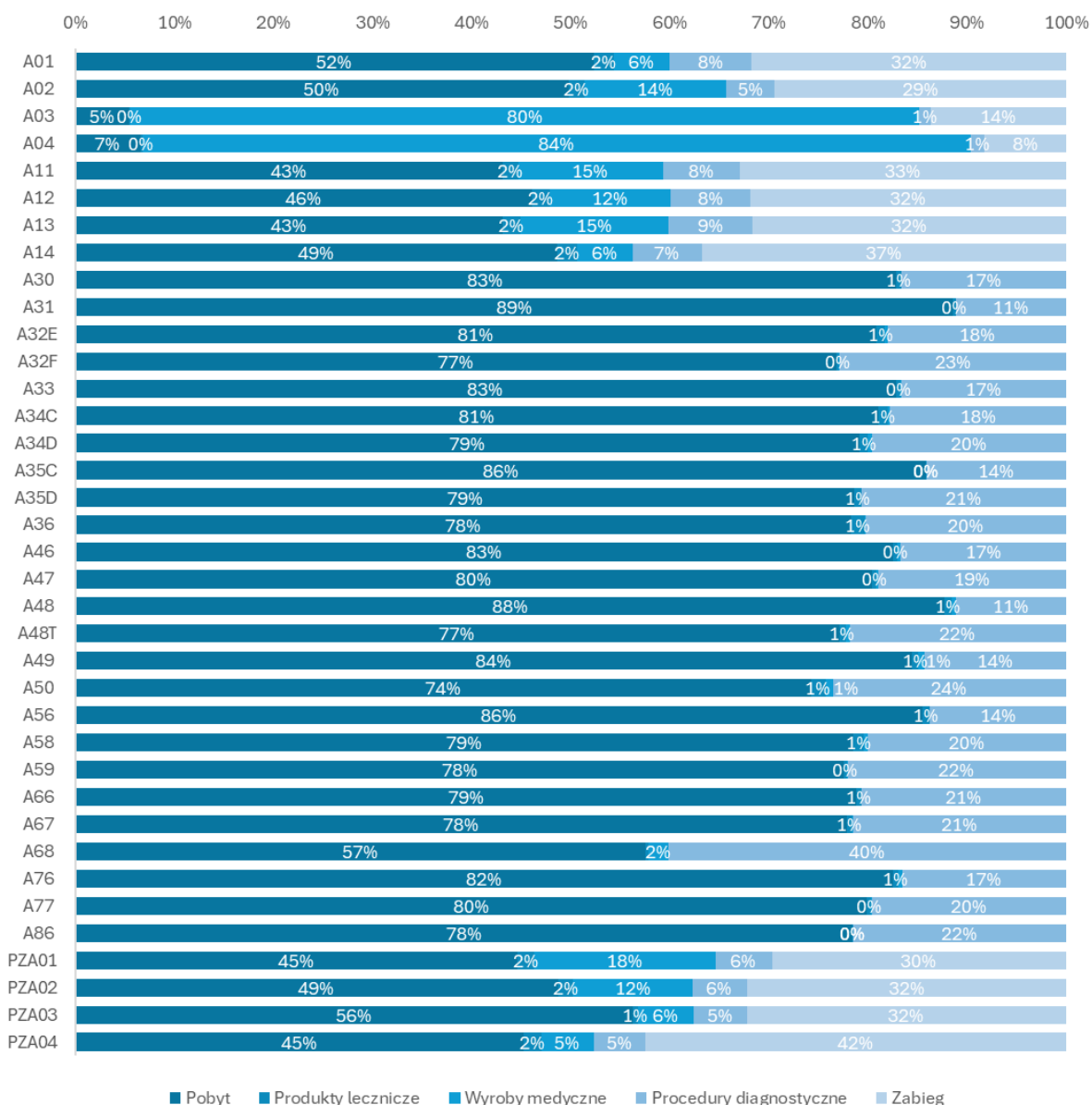
Tabela 32 Wynik analizy kosztów - Kwalifikacja i Programowanie DBS

Nazwa	Długość pobytu	Koszt pobytu [zł]	Koszty zmienne [zł]			Wynik analizy kosztów [zł]
			leki	wyroby medyczne	procedury	
Kwalifikacja do DBS	4	4 880,88	52,42	w koszcie osobodnia	1 110,16	6 043,46
Programowanie DBS	3	3 774,87	w koszcie osobodnia	w koszcie osobodnia	nie wykonywane	3 774,87

Źródło: Opracowanie własne.

Struktura kosztów JGP

Na poniższym wykresie przedstawiono strukturę kosztów składających się na poszczególne świadczenia. Należy mieć na uwadze że, z uwagi na metodykę szacowania kosztów, wykres przedstawia uśrednione wartości i ma charakter poglądowy.



Wykres 66 Struktura kosztów analizowanych świadczeń.

Źródło: Opracowanie własne.

3.2.7. Analiza wrażliwości

W ramach prac taryfikacyjnych nie została przeprowadzona analiza wrażliwości.

3.3. Projekt taryfy

Projekty taryf opierają się na wynikach przeprowadzonych analiz, w których uwzględniono:

- reorganizację charakterystyki świadczeń zgodnie z propozycją ekspertów klinicznych i Agencji – po analizie homogeniczności grup,
- zmianę limitów dni finansowanych grupą, dla wskazanych przez Agencję grup,

- aktualizację wartości osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą dla grup, dla których został on określony,
- aktualizację taryfy produktów do sumowania 5.53.01.0001647 Koszt leku trombolitycznego niezawarty w kosztach świadczenia oraz 5.53.01.0001437 Chlorowodorek kwasu 5 - aminolewulinowego (5-ALA HCl) do wizualizacji tkanek złośliwych glejaka mózgu,
- propozycję nowych produktów odrębnych dedykowanych kwalifikacji oraz programowaniu DBS,
- wyodrębnienie JGP dedykowanego padaczce lekoopornej – diagnostyka, obecnie rozliczanej z katalogu produktów odrębnych 1b.

Jednocześnie należy mieć na uwadze, że celem harmonizacji relacji wycen produktów: A46 *Przemijające niedokrwienie mózgu* i A50 *Udar mózgu - leczenie* projekt taryfy dla grupy A46 zrównano do poziomu grupy A50.

Z kolei w przypadku nowoutworzonej grupy PZA04 *Małe zabiegi wewnątrzczaszkowe < 18 r.ż.** rekomenduje się pozostawienie jej na obecnym poziomie refundacji grupy PZA03, z której została wyodrębniona tj. 7 955 pkt, z uwagi na niewielką realizację oraz fakt, że są to świadczenia dedykowane dzieciom.

Przeliczenia wyniku analizy kosztów na punkty dokonano przy wykorzystaniu średniej aktualnej ceny dla konkretnego świadczenia.

Tabela 33 Projekt taryfy

Skrócony kod i nazwa JGP	Realizacja 2023	Obecna wycena		Projekt taryfy		% zmiana
		[PKT]	[PLN]	[PKT]	[PLN]	
A01 Zabiegi wewnątrzczaszkowe z powodu poważnego urazu*	3 301	8 207	15 101	13 507	24 853	65%
A02 Zabiegi wewnątrzczaszkowe z powodu urazu*	1 535	8 044	14 801	11 053	20 338	37%
A03 Wszczepienie stymulatora struktur głębokich mózgu*	518	55 077	93 080	49 837	84 224	-10%
A04 Wymiana generatora do stymulacji struktur głębokich mózgu*	580	35 207	64 781	25 096	46 177	-29%
A11 Kompleksowe zabiegi wewnątrzczaszkowe*	7 735	16 544	29 448	17 202	30 620	4%
A12 Duże zabiegi wewnątrzczaszkowe*	3 248	10 639	19 257	16 445	29 765	55%
A13 Średnie zabiegi wewnątrzczaszkowe*	1 192	8 042	14 556	11 893	21 526	48%
A14 Małe zabiegi wewnątrzczaszkowe*	531	3 455	6 323	5 364	9 817	55%
A30 Kompleksowa diagnostyka polineuropatii i chorób mięśni	5 505	6 127	11 274	5 528	10 172	-10%
A31 Choroby nerwów obwodowych	7 467	1 771	3 259	3 677	6 766	108%
A32E Choroby mięśni > 65 r.ż.	903	4 902	9 020	5 159	9 493	5%
A32F Choroby mięśni < 66 r.ż.	1 339	3 543	6 519	3 879	7 137	9%
A33 Zaburzenia równowagi	2 786	1 949	3 586	3 525	6 486	81%
A34C Guzy mózgu i rdzenia kręgowego	4 200	1 594	2 901	2 797	5 091	76%
A34D Guzy mózgu i rdzenia kręgowego > 3 dni	10 927	5 019	9 235	6 443	11 855	28%
A35C Choroby zwyrodnieniowe OUN	3 616	1 299	2 390	4 341	7 987	234%
A35D Choroby zwyrodnieniowe OUN > 1 dnia	2 466	3 661	6 736	5 095	9 375	39%
A36 Choroby demielinizacyjne	11 741	3 900	7 176	3 922	7 216	1%
A46 Przemijające niedokrwienie mózgu	6 872	2 185	4 020	2 604	4 791	19%
A47 Przemijające niedokrwienie mózgu - rozszerzona diagnostyka	16 570	4 122	7 584	4 607	8 477	12%
A48 Kompleksowe leczenie udarów mózgu > 7 dni w oddziale udarowym	63 467	9 080	16 707	9 195	16 919	1%
A48T Kompleksowe leczenie udarów mózgu > 3 dni < 8 dni w oddziale udarowym	1 067	3 302	6 076	4 666	8 585	41%
A49 Udar mózgu - leczenie > 3 dni	8 737	4 546	8 365	6 283	11 561	38%
A50 Udar mózgu – leczenie	9 411	2 185	4 020	2 604	4 791	19%
A56 Choroby nerwów czaszkowych	1 322	1 949	3 586	4 413	8 120	126%
A58 Encefalopatia	280	2 451	4 510	7 728	14 220	215%
A59 Bóle głowy	7 093	1 712	3 150	3 302	6 076	93%
A66 Padaczka - diagnostyka i leczenie	4 690	945	1 739	4 059	7 469	330%
A67 Padaczka - diagnostyka i leczenie > 3 dni	6 955	4 289	7 892	5 630	10 359	31%
A68 Padaczka lekooporna – diagnostyka***	299	7 842	14 429	7 842	14 429	-

Skrócony kod i nazwa JGP	Realizacja 2023	Obecna wycena		Projekt taryfy		% zmiana
		[PKT]	[PLN]	[PKT]	[PLN]	
A76 Urazy głowy z istotnym uszkodzeniem mózgu leczone zachowawczo	3 846	1 771	3 259	3 126	5 752	77%
A77 Urazy głowy bez istotnego uszkodzenia mózgu leczone zachowawczo	3 544	945	1 739	1 730	3 183	83%
A86 Choroby neuronu ruchowego	1 392	4 782	8 799	4 370	8 041	-9%
PZA01 Kompleksowe zabiegi wewnątrzczaszkowe < 18 r.ż.*	437	18 717	34 439	22 442	41 293	20%
PZA02 Duże zabiegi wewnątrzczaszkowe < 18 r.ż.*	625	13 799	25 390	14 986	27 574	9%
PZA03 Średnie zabiegi wewnątrzczaszkowe < 18 r.ż.*	273	9 136	16 810	11 533	21 221	26%
PZA04 Małe zabiegi wewnątrzczaszkowe < 18 r.ż.*	134	7 955	14 558	7 955	14 558	-
Produkty do sumowania						
Chlorowodorek kwasu 5 - aminolewulinowego (5-ALA HCl) do wizualizacji tkanek złośliwych glejaka mózgu	503	4 678	8 608	2 744	5 049	-41%
Koszt leku trombolitycznego niezawarty w kosztach świadczenia	13 593	4 000	7 360	2 579	4 745	-36%
Produkty odrębne						
Kwalifikacja do DBS	42	3 661	6 736	3 284	6 043	-10%
Programowanie DBS	104	1 299	2 390	2 052	3 776	58%

***A68 Padaczka lekooporna – diagnostyka z uwagi na specyfikę świadczenia pozostawiono na obecnym poziomie finansowania

Źródło Opracowanie własne.

Projekty taryf oszacowane na podstawie wyników analizy kosztów związanych z realizacją świadczeń, są:

- wyższe od aktualnej wartości katalogowej dla 31 grup JGP i różnica punktowa waha się od 1% (A36 Choroby demielinizacyjne) do 330% (A66 Padaczka - diagnostyka i leczenie),
- niższe niż ich aktualna wartość katalogowa dla 4 grup JGP i różnica wynosi odpowiednio:
 - 10% dla A03 Wszczepienie stymulatora struktur głębokich mózgu*,
 - 29% dla A04 Wymiana generatora do stymulacji struktur głębokich mózgu*,
 - 10% dla A30 Kompleksowa diagnostyka polineuropatii i chorób mięśni,
 - 9% dla A86 Choroby neuronu ruchowego,
- pozostawione bez zmian dla grupy A68 Padaczka lekooporna oraz PZA04 Małe zabiegi wewnątrzczaszkowe < 18 r.ż.*,
- niższe dla:
 - produktów do sumowania - odpowiednio o 41% dla Chlorowodoru kwasu 5 - aminolewulinowego (5-ALA HCl) do wizualizacji tkanek złośliwych glejaka mózgu oraz o 36% dla Kosztu leku trombolitycznego niezawartego w kosztach świadczenia,
 - produktu odrębnego Kwalifikacja do DBS – w stosunku do grupy JGP A35D, w której dotychczas było rozliczane o 10%,
- wyższe o 58% dla produktu odrębnego Programowanie DBS – w stosunku do grupy JGP A35C, w której dotychczas było rozliczane.

Jednocześnie należy mieć na względzie, że wraz z wprowadzeniem w życie proponowanych taryf, należy zlikwidować wprowadzone zarządzeniem nr 68/2024/DSOZ z dnia 15 lipca 2024 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne - świadczenia wyspecjalistyczne współczynnik korygujący, stanowiące rozwiązanie pomostowe w grupach wykazujących wysokie zróżnicowanie w relacji ponoszonych kosztów i obowiązujących taryf (A31, A33, A34C, A35C A35D, A56, A58, A59, A66, A67, A76, A77).

4. Analiza wpływu na system opieki zdrowotnej

4.1. Analiza wpływu na budżet płatnika publicznego

Celem analizy wpływu na budżet jest ocena konsekwencji finansowych podjęcia decyzji o wprowadzeniu w życie proponowanych taryf dla analizowanych świadczeń. 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 2023 oraz średniej cenie punktu obowiązującej od lipca 2024 r.

Analiza wpływu na budżet została przeprowadzona z wykorzystaniem rocznej liczby świadczeń i wydatków płatnika publicznego w 2023 roku, przy jednoczesnym uwzględnieniu:

- modyfikacji w charakterystyce jednorodnych grup pacjentów, zaproponowanych w niniejszym raporcie, oraz wynikających z tego nowych produktów rozliczeniowych,
- aktualnie obowiązujących warunków rozliczania świadczeń ze względu na długość hospitalizacji (hospitalizacje 0-, 1-, 2- dniowe oraz dłuższe),
- liczby dni finansowanych grupą, a także wartości punktowej osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą i ich zmian,
- aktualnie obowiązujących współczynników korygujących,
- likwidacji pomostowych współczynników korygujących (tabela 7),
- aktualnych cen jednostek rozliczeniowych w poszczególnych zakresach świadczeń realizowanych przez świadczeniodawców, przekazanych przez NFZ.

Ograniczeniem przeprowadzonej analizy jest fakt, iż opiera się ona o historyczne dane dotyczące struktury realizowanych świadczeń oraz długości hospitalizacji. Dodatkowo należy mieć na uwadze wprowadzone zmiany w zakresie współczynników stosowanych przez NFZ, szczególnie w kontekście świadczeń realizowanych w ramach PSZ. Ponadto, analizę przeprowadzono w oparciu o nowy limit dni finansowany grupą.

Wprowadzenie w życie proponowanych taryf świadczeń będzie wiązało się z dodatkowymi wydatkami po stronie płatnika publicznego w wysokości 349,7 mln zł, co odpowiada 13,8% zwiększeniu kosztów ponoszonych w obszarze analizowanych świadczeń w skali roku.

Tabela 34 Analiza wpływu na budżet płatnika

Kod i nazwa	Liczba świadczeń	Aktualne wydatki NFZ [zł]	Wydatki NFZ po zmianach [zł]	Zmiana [zł]	Zmiana [%]
Padaczki					
A66 Padaczka - diagnostyka i leczenie	4 690	10 418 852,34	35 570 510,71	25 151 654,02	241,4%
A67 Padaczka - diagnostyka i leczenie > 3 dni	6 955	62 729 664,55	78 111 373,42	15 381 716,55	24,5%
A68 Padaczka lekooporna - diagnostyka	299	4 348 119,24	4 348 119,24	-	-
Pozostałe zachowawcze					
A30 Kompleksowa diagnostyka polineuropatii i chorób mięśni	5 505	62 469 616,72	56 248 354,11	-6 221 256,02	-10,0%
A31 Choroby nerwów obwodowych	7 467	29 357 132,21	46 940 097,92	17 582 965,57	59,9%
A32E Choroby mięśni > 65 r.ż.	903	7 880 964,90	8 338 534,56	457 570,61	5,8%
A32F Choroby mięśni < 66 r.ż.	1 339	7 977 092,85	8 395 405,16	418 312,27	5,2%
A33 Zaburzenia równowagi	2 786	12 504 414,65	17 424 485,25	4 920 070,42	39,3%
A34C Guzy mózgu i rdzenia kręgowego	4 200	14 425 078,92	21 465 787,22	7 040 705,99	48,8%

Kod i nazwa	Liczba świadczeń	Aktualne wydatki NFZ [zł]	Wydatki NFZ po zmianach [zł]	Zmiana [zł]	Zmiana [%]
A34D Guzy mózgu i rdzenia kręgowego > 3 dni	10 927	103 695 321,89	136 248 661,30	32 553 326,98	31,4%
A35C Choroby zwyrodnieniowe OUN	3 616	14 805 866,92	31 732 748,40	16 926 882,85	114,3%
A35D Choroby zwyrodnieniowe OUN > 1 dnia	2 466	19 595 369,30	23 895 862,19	4 300 496,28	21,9%
A36 Choroby demielinizacyjne	11 741	78 593 993,51	78 391 482,32	-202 523,87	-0,3%
A46 Przemijające niedokrwienie mózgu	6 872	27 597 024,22	34 194 929,67	6 597 908,13	23,9%
A47 Przemijające niedokrwienie mózgu - rozszerzona diagnostyka	16 570	128 402 889,31	144 781 476,56	16 378 581,18	12,8%
A56 Choroby nerwów czaszkowych	1 322	5 695 309,16	10 077 161,53	4 381 852,20	76,9%
A58 Encefalopatia	280	1 766 377,76	4 477 252,95	2 710 875,07	153,5%
A59 Bóle głowy	7 093	26 600 294,09	38 577 091,98	11 976 797,06	45,0%
A76 Urazy głowy z istotnym uszkodzeniem mózgu leczone zachowawczo	3 846	17 543 596,77	24 898 221,52	7 354 630,67	41,9%
A77 Urazy głowy bez istotnego uszkodzenia mózgu leczone zachowawczo	3 544	7 952 701,74	11 642 363,01	3 689 665,46	46,4%
A86 Choroby neuronu ruchowego	1 392	10 919 523,87	10 078 294,09	-841 229,34	-7,7%
Stymulatory					
A03 Wszczepienie stymulatora struktur głębokich mózgu *	518	48 508 832,02	43 260 415,2	-5 248 416,97	-10,8%
A04 Wymiana generatora do stymulacji struktur głębokich mózgu *	580	37 597 527,13	26 799 998,32	-10 797 528,85	-28,7%
Kwalifikacja do DBS	42	327 933,64	254 210,5	-73 723,09	-22,5%
Programowanie DBS	104	325 398,73	392 935,02	67 536,29	20,8%
Udary					
A48 Kompleksowe leczenie udarów mózgu > 7 dni w oddziale udarowym	63 467	1 108 045 730,28	1 171 823 429,60	63 777 724,76	5,8%
A48T Kompleksowe leczenie udarów mózgu < 7 dni w oddziale udarowym	1 067	6 685 170,45	9 300 306,66	2 615 135,14	39,1%
A49 Udar mózgu - leczenie > 3 dni	8 737	75 836 255,61	109 553 933,70	33 717 666,37	44,5%
A50 Udar mózgu - leczenie	9 411	39 141 669,17	52 360 480,76	13 218 817,26	33,8%
Koszt leku trombolitycznego niezawarty w kosztach świadczenia	13 593	101 505 888,75	65 457 367,92	-36 048 531,23	-35,5%
Zabiegi duże i kompleksowe					
A01 Zabiegi wewnątrzczaszkowe z powodu poważnego urazu *	3 301	55 582 696,30	92 810 173,35	37 227 477,21	67,0%
A02 Zabiegi wewnątrzczaszkowe z powodu urazu *	1 535	23 641 382,08	33 688 948,33	10 047 566,48	42,5%
A11 Kompleksowe zabiegi wewnątrzczaszkowe *	7 735	245 592 701,49	261 798 393,86	16 205 688,78	6,6%
A12 Duże zabiegi wewnątrzczaszkowe *	3 248	65 743 244,89	102 319 120,8	36 575 874,91	55,6%
Chlorowodorek kwasu 5 - aminolewulinowego (5-ALA HCl) do wizualizacji tkanek złośliwych glejaka mózgu	503	4 175 572,51	2 449 288,36	-1 726 284,03	-41,3%
PZA01 Kompleksowe zabiegi wewnątrzczaszkowe < 18 r.ż. *	437	19 249 437,26	23 047 548,27	3 798 111,23	19,7%
PZA02 Duże zabiegi wewnątrzczaszkowe < 18 r.ż. *	625	20 451 457,47	23 161 104,69	2 709 647,48	13,2%
Zabiegi małe i średnie					
A13 Średnie zabiegi wewnątrzczaszkowe *	1 192	17 386 024,72	26 516 190,41	9 130 165,49	52,5%
A14 Małe zabiegi wewnątrzczaszkowe *	531	3 061 224,97	5 183 618,3	2 122 393,66	69,3%
PZA03 Średnie zabiegi wewnątrzczaszkowe < 18 r.ż. *	273	5 551 713,41	6 851 589,68	1 299 876,48	23,4%
PZA04 Małe zabiegi wewnątrzczaszkowe < 18 r.ż. *	134	2 155 786,41	2 267 533,76	111 747,16	5,2%
RAZEM:	220 846	2 535 844 852,22	2 885 560 140,56	349 715 286,73	13,8%

Źródło: Opracowanie własne.

Warto zaznaczyć, że w związku z prowadzonymi pracami taryfikacyjnymi, w przypadku grup wskazujących na wysoki poziom niedoszacowania od lipca 2024 roku wprowadzono współczynniki korygujące dla 12 grup w wysokości od 1,15 do 1,5. Zmian dokonano w oparciu o rekomendację Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 48/2024 z dnia 24 maja 2024 r. w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej. Skutek wprowadzonych zmian wyniósł ok 80 mln w ujęciu rocznym. Mając na uwadze powyższe, całkowity wpływ na budżet płatnika wynikający z prac taryfikacyjnych w tym obszarze wynosi prawie **429 mln złotych**. Należy mieć na względzie, że projekty taryf określone w tabeli 33 uwzględniają wysokość współczynników korygujących, o których mowa powyżej. Dlatego też wraz z wprowadzeniem proponowanych taryf należy zlikwidować przedmiotowe współczynniki pomostowe (dot. grup JGP: A31, A33, A34C, A35C A35D, A56, A58, A59, A66, A67, A76, A77).

4.2. Analiza wpływu na organizację systemu opieki zdrowotnej

Dostosowanie wyceny taryfikowanych świadczeń do rzeczywistych kosztów ponoszonych przez świadczeniodawców pozwoli na zapewnienie wyższego standardu udzielania świadczeń poprzez urealnienie wysokości ich refundacji przez płatnika, a także usprawni dostęp do nich w ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej.

Wzrost taryf w analizowanym obszarze powinien umożliwić pokrycie rzeczywistych kosztów ponoszonych przez świadczeniodawców realizujących przedmiotowe świadczenia. Bardziej adekwatna refundacja ze strony płatnika pozwoli na pokrycie strat sygnalizowanych w analizowanym obszarze świadczeń. Dodatkowo, dostosowanie wyceny taryfikowanych świadczeń do faktycznych kosztów, jakie ponoszą podmioty lecznicze, powinno przyczynić się do zapewnienia wyższego standardu udzielania świadczeń, a także pozytywnie wpłynąć na dostęp do nich, w ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej. Istotnym elementem jest również wprowadzenie szerokich zmian porządkujących w charakterystykach JGP, wśród których wymienić należy połączenie grup zbliżonych kosztowo, a także przeniesienie procedur pomiędzy grupami, oraz ustalenie nowych limitów dni finansowanych grupą wraz z waloryzacją wartości punktowej za każdy dzień pobytu ponad limit. Szacuje się, że w ujęciu globalnym proponowane zmiany będą wiązały się ze wzrostem przychodów świadczeniodawców we wszystkich kategoriach szpitali. Największy wzrost przychodów, tj. 131,8 mln zł (14,9%) dotyczyć będzie szpitali wojewódzkich. Istotnymi beneficjentami proponowanych zmian są szpitale będące głównym realizatorem przedmiotowych świadczeń, tzn. szpitale powiatowe, gminne, miejskie, dla których szacowany wzrost powinien wynosić 117,9 mln zł (14,2%). Najmniejszy wzrost dotyczy szpitali kategorii 5 - Inne i wynosi 6,7 mln zł (8,7%). Szczegółowe zestawienie omawianych wartości zamieszczono w poniższej tabeli.

Tabela 35 Wpływ propozycji zmian na budżet świadczeniodawców w podziale na kategorię szpitala

Kategoria szpitala	Liczba świadczeń	Aktualne wydatki NFZ [zł]	Wydatki NFZ po zmianach [zł]	Zmiana [zł]	Zmiana [%]
Powiatowy, gminny, miejski	82 337	829 519 314,37	947 389 212,66	117 869 901,23	14,2%
Niepubliczny	15 375	162 827 764,52	182 462 485,37	19 634 717,42	12,1%
Kliniczny	41 096	581 557 623,05	655 267 762,42	73 710 137,31	12,7%
Wojewódzki	75 116	884 300 544,86	1 016 065 941,95	131 765 395,02	14,9%
Inny	6 922	77 639 605,42	84 374 738,16	6 735 135,75	8,7%
RAZEM:	220 846	2 535 844 852,22	2 885 560 140,56	349 715 286,73	13,8%

Źródło: Opracowanie własne.

5. Najważniejsze informacje i wnioski

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

Podstawę podjęcia przedmiotowych prac stanowi: Plan Taryfikacji na rok 2023 zatwierdzony przez Ministra Zdrowia dnia 29 czerwca 2022 r., w punkcie: w punkcie: I. lp. 1. w sprawie ustalenia taryfy świadczeń gwarantowanych z zakresu *Choroby układu nerwowego*.

Uwzględniając coroczne Rekomendacje Prezesa AOTMiT w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej i związane z nimi wzrosty ceny punktu, nw. taryfy uznano za aktualne i nie objęto zakresem prac przedstawionych w raporcie:

- A110 Leczenie zabiegowe chorych z rozpoznaniem nowotworu złośliwego,
- A45 Choroby naczyń mózgowych - leczenie zachowawcze,
- A57 Choroby zapalne układu nerwowego,
- A57A Bakteryjne ropnie układu nerwowego,
- A87 Inne choroby układu nerwowego,
- 53.01.0001658 Leczenie ostrej fazy udaru niedokrwinnego za pomocą przezcewnikowej trombektomii mechanicznej,
- 5.52.01.0001580 Pobyt związany z leczeniem ostrej fazy udaru niedokrwinnego za pomocą przezcewnikowej trombektomii mechanicznej.

Dodatkowo należy mieć na uwadze, że równocześnie toczyły się prace nad przebudową katalogu JGP w części dotyczącej schorzeń kręgosłupa, w ramach którego nw. grupy JGP:

- A04 Wszczepienie/ wymiana stymulatora rdzenia kręgowego lub wymiana generatora do stymulacji struktur głębokich mózgu *,
- A22 Duże zabiegi na rdzeniu kręgowym i w kanale kręgowym *,
- A23 Średnie zabiegi na rdzeniu kręgowym i w kanale kręgowym*,
- A24 Małe zabiegi na rdzeniu kręgowym i w kanale kręgowym*,
- A25 Zabiegi na nerwach obwodowych *,
- A26 Zabiegi zwalczające ból i na układzie współczulnym *,
- A27 Inne zabiegi na rdzeniu kręgowym i w kanale kręgowym*,

zostały, poza grupą A04 Wszczepienie/ wymiana stymulatora rdzenia kręgowego lub wymiana generatora do stymulacji struktur głębokich mózgu*, w całości przeniesione do nowej sekcji związanej z leczeniem schorzeń kręgosłupa. Grupa A04 została podzielona ze względu na okolicę anatomiczną.

Jednocześnie, z uwagi na niewielką sprawozdawczość oraz zbliżoną specyfikę realizacji nw. procedur w ramach grup JGP w sekcji A, proponuje się przenieść je odpowiednio z grupy:

- A13 Średnie zabiegi wewnątrzczaszkowe * procedurę 01.18 Inne zabiegi diagnostyczne mózgu i opon mózgowych* (realizacja 2023 r – 44 hospitalizacje),
- A14 Małe zabiegi wewnątrzczaszkowe
 - 04.19 Zabiegi diagnostyczne nerwu czaszkowego/ obwodowego lub zwoju – inne (realizacja 2023 r. – 38 hospitalizacji),
 - 04.21 Zniszczenie nerwów czaszkowych lub obwodowych przez wstrzyknięcie czynnika neurolytycznego,
 - 04.24 Zniszczenie nerwów czaszkowych lub obwodowych przez znieczulenie wywołane niską temperaturą,
 - 04.29 Zniszczenie nerwów czaszkowych lub obwodowych – inne (realizacja 2023 r. – 7 hospitalizacji),

do wyodrębnionej grupy JGP dedykowanej procedurom 0 – dniowym i/lub możliwym do rozliczenia w AOS, zawierającej zarówno procedury z sekcji A, jak i nowopowstałej sekcji związanej z leczeniem schorzeń kręgosłupa.

Głównymi realizatorami świadczeń rozliczanych w ramach sekcji A JGP, tj. chorób układu nerwowego, są podmioty gminne, powiatowe i miejskie. W 2023 roku zrealizowały one 122 859 hospitalizacji, co stanowi ponad 40% ogólnej liczby świadczeń, za łączną kwotę prawie miliarda złotych. Kolejne ponad 31% świadczeń, o wartości 0,9 mld zł zrealizowanych zostało przez podmioty wojewódzkie, a prawie 17% świadczeń o łącznej wartości ponad pół miliarda złotych zrealizowano w podmiotach klinicznych.

Produkty rozliczeniowe będące przedmiotem prowadzonych prac taryfikacyjnych, obejmują łącznie 37 JGP, w tym 33 grup ogólnych oraz 4 grupy pediatryczne. Spośród nich 12 jest grupami zabiegowymi, a pozostałe 25 – zachowawczymi. Jednocześnie obejmują one schorzenia i interwencje w obrębie wybranych obszarów, które podzielono na 7 kategorii. Należy zauważyć, że w 2023 roku najwięcej świadczeń zrealizowano w ramach obszaru pozostałe zachowawcze, wśród których największy udział mają odpowiednio przemijające niedokrwienia mózgu, choroby demielinizacyjne, guzy mózgu i rdzenia kręgowego, choroby nerwów obwodowych i bóle głowy (185 732 świadczeń o wartości 1 074 986 437,84 zł) i udary (82 682 świadczeń o wartości 1 115 688 215,91 zł). Najmniej produktów rozliczono w obszarze zabiegi duże i kompleksowe – nowotwory, tylko 1 255 hospitalizacji o wartości 43 903 401,71 zł.

Duża liczba produktów rozliczeniowych, a także szeroki wachlarz możliwych interwencji (procedur) oraz leczonych schorzeń powodują, że są one realizowane w ramach szeregu zakresów. Jednocześnie obserwuje się ich dość dużą koncentrację – 92,6% realizacji dotyczy jedynie 3 zakresów:

- neurologia – 231 310 świadczeń o wartości 2 002 564 211,65 zł,
- neurochirurgia – 29 133 świadczeń o wartości 577 051 597,89 zł,
- choroby wewnętrzne – 19 335 świadczeń o wartości 114 062 053,52 zł.

Analiza danych

Analizę danych przekazanych przez świadczeniodawców przeprowadzono zgodnie z *Metodyką taryfikacji świadczeń opieki zdrowotnej AOTMiT*.

Na początkowym etapie prac analitycznych skalkulowano koszty realizacji świadczeń według aktualnych charakterystyk grup, następnie zbadano koszt realizacji poszczególnych procedur medycznych oraz czas trwania hospitalizacji. Na podstawie przeprowadzonych analiz kosztów realizacji świadczeń, czasu pobytu hospitalizacji oraz aspektów klinicznych świadczeń, jak również konsultacji eksperckich, dokonano modyfikacji charakterystyk poszczególnych JGP. Kalibracji danych dokonano w oparciu o sprawozdawczość NFZ za 2023 rok.

W ramach prowadzonych prac nad taryfikacją świadczeń z zakresu leczenia chorób układu nerwowego dokonano analizy liczby dni pobytu finansowanych grupą. Przeprowadzona analiza wykazała, że w 25 grupach obecny limit dni finansowania grupą był zawyżony, dodatkowo wyodrębnienie nowej grupy *PZA04 Małe zabiegi wewnętrzne < 18 r.ż.** wpłynęło na spadek liczby dni finansowania w tej grupie o 26 dni. Dla tych grup proponuje się obniżenie progów adekwatnie do proponowanych limitów. Jednocześnie w grupie *A35C Choroby zwyrodnieniowe OUN* aktualny limit dni finansowania grupą był zaniżony o 13 dni.

W związku z powyższym, odpowiednio do wyniku analiz, proponuje się modyfikację aktualnie obowiązujących wartości. Oczekuje się, że dzięki wprowadzonej zmianie możliwym stanie się otrzymanie adekwatnej refundacji, zwłaszcza w przypadku przedłużających się pobyków. Należy

zauważyć, że w tak oszacowanych proponowanych limitach dni finansowania grupą zawiera się średnio ponad 90% hospitalizacji rozliczonych poniższymi JGP w sprawozdawczości NFZ za 2023 rok.

Na potrzeby prac taryfikacyjnych pozyskano dane finansowo-księgowe z 1 879 OPK. Do oszacowania kosztu osobodnia i zajęcia infrastruktury wykorzystano dane za lata 2021–2023 pozyskane w ramach przeprowadzanych przez AOTMiT postępowań. Koszty stawki godzinowej wynagrodzenia personelu zabiegowego zostały oszacowane na podstawie najnowszych danych z Raportu Kadrowo-Płacowego (wrzesień 2024). Źródłem informacji o kosztach zmiennych świadczeń były dane medyczno-kosztowe łącznie o 15 083 świadczeniach (5% wszystkich świadczeń z zakresu chorób układu nerwowego w 2023 r.), pochodzące od 55 świadczeniodawców (6% realizatorów przedmiotowych świadczeń z 2023 r.).

W związku z częściowym oparciem analiz na danych za lata wcześniejsze, zostały one, zgodnie z Metodologią taryfikacji świadczeń w AOTMiT, zaktualizowane do poziomu odpowiadającego kosztom świadczeń realizowanych do 30.06.2025 roku.

Projekty taryf, oszacowane na podstawie wyników analizy kosztów związanych z realizacją świadczeń są:

- wyższe od aktualnej wartości katalogowej dla 31 grup JGP i różnica punktowa waha się od 1% (*A36 Choroby demielinizacyjne*) do 330% (*A66 Padaczka - diagnostyka i leczenie*),
- niższe niż ich aktualna wartość katalogowa dla 4 grup JGP i różnica wynosi odpowiednio:
 - 10% dla *A03 Wszczepienie stymulatora struktur głębokich mózgu**,
 - 29% dla *A04 Wymiana generatora do stymulacji struktur głębokich mózgu**,
 - 10% dla *A30 Kompleksowa diagnostyka polineuropatii i chorób mięśni*,
 - 9% dla *A86 Choroby neuronu ruchowego*,
- pozostawione bez zmian dla grupy *A68 Padaczka lekooporna* oraz *PZA04 Małe zabiegi wewnątrzczaszkowe < 18 r.ż.**
- niższe dla:
 - produktów do sumowania - odpowiednio o 41% dla *Chlorowodorku kwasu 5 - aminolewulinowego (5-ALA HCl) do wizualizacji tkanek złośliwych glejaka mózgu* oraz o 36% dla *Kosztu leku trombolitycznego niezawartego w kosztach świadczenia*,
 - produktu odrębnego *Kwalifikacja do DBS* – w stosunku do grupy JGP *A35D*, w której dotychczas było rozliczane o 10 % ,
- wyższe o 58% dla produktu odrębnego *Programowanie DBS* – w stosunku do grupy JGP *A35C*, w której dotychczas było rozliczane.

W wyniku przeprowadzonych prac rekomenduje się:

- reorganizację charakterystyk pozostałych świadczeń, zgodnie z propozycją ekspertów klinicznych i Agencji – po zbadaniu homogeniczności grup,
- zmianę limitów dni finansowanych grupą, dla wskazanych przez Agencję grup,
- aktualizację wartości osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą dla grup, dla których został on określony,
- zamianę produktu z katalogu 1 b dedykowanego leczeniu padaczki lekoopornej na grupę JGP,
- wydzielenie produktów dedykowanych kwalifikacji i programowaniu DBS i rekomendację ich rozliczenia z katalogu 1b,
- aktualizacje taryf dla produktów z katalogu 1c:
 - *Chlorowodorek kwasu 5 - aminolewulinowego (5-ALA HCl) do wizualizacji tkanek złośliwych glejaka mózgu*

- Koszt leku trombolitycznego niezawarty w kosztach świadczenia,
- **likwidację pomostowych współczynników korygujących** dla grup wskazanych w tabeli poniżej

Tabela 36 Wysokość współczynników korygujących

Kod i nazwa JGP	Wysokość współczynnika korygującego
A31 Choroby nerwów obwodowych	1,5
A33 Zaburzenia równowagi	1,5
A34C Guzy mózgu i rdzenia kręgowego	1,3
A35C Choroby zwyrodnieniowe OUN	1,5
A35D Choroby zwyrodnieniowe OUN > 1 dnia	1,3
A56 Choroby nerwów czaszkowych	1,5
A58 Encefalopatia	1,5
A59 Bóle głowy	1,5
A66 Padaczka - diagnostyka i leczenie	1,5
A67 Padaczka - diagnostyka i leczenie > 3 dni	1,15
A76 Urazy głowy z istotnym uszkodzeniem mózgu leczone zachowawczo	1,5
A77 Urazy głowy bez istotnego uszkodzenia mózgu leczone zachowawczo	1,5

Źródło: Opracowanie własne.

Wprowadzenie w życie proponowanej taryfy świadczeń będzie wiązało się z dodatkowymi wydatkami po stronie płatnika publicznego w wysokości 349,7 mln zł, co odpowiada 13,8% zwiększeniu ponoszonych kosztów w obszarze analizowanych świadczeń w skali roku.

Warto zaznaczyć, że w związku z prowadzonymi pracami taryfikacyjnymi, w przypadku grup wskazujących na wysoki poziom niedoszacowania od lipca 2024 roku wprowadzono współczynniki korygujące dla 12 grup w wysokości od 1,15 do 1,5. Zmian dokonano w oparciu o rekomendację Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 48/2024 z dnia 24 maja 2024 r. w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej. Skutek wprowadzonych zmian wyniósł ok 80 mln w ujęciu rocznym. Mając na uwadze powyższe, całkowity wpływ na budżet płatnika wynikający z prac taryfikacyjnych w tym obszarze wynosi prawie **429 mln złotych**. Należy mieć na względzie, że projekty taryf określone w tabeli 33 **uwzględniają wysokość współczynników korygujących, o których mowa powyżej**. Dlatego też wraz z **wprowadzeniem proponowanych taryf należy zlikwidować przedmiotowe współczynniki pomostowe** (dot. grup JGP: A31, A33, A34C, A35C A35D, A56, A58, A59, A66, A67, A76, A77).

6. Bibliografia

1. Absencja chorobowa w 2022 roku, Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Warszawa 2023 (<https://www.zus.pl/documents/10182/39590/Absencja+chorobowa+w+2022+roku.pdf/3b513577-14ff-b305-c027-057185113d4b?t=1690961887922>).
2. Absencja chorobowa w 2023 roku, Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Warszawa 2024 (<https://www.zus.pl/documents/10182/39590/Absencja+chorobowa+w+2023+roku.pdf/57361117-44fc-4c48-ecad-82685bebdb32?t=1716895964320>).
3. Institute for Health Metrics and Evaluation, GBD 2021, University of Washington 2025 (<https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>).
4. Mapa potrzeb zdrowotnych na lata 2022-2026 z Bazy Analiz Systemowych i Wdrożeniowych (<https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/>).
5. Obwieszczenie Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 13 lipca 2022 r. w sprawie rekomendacji nr 65/2022 z dnia 13 lipca 2022 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej (<https://www.aotm.gov.pl/aktualnosci/najnowsze/obwieszczenie-prezesa-rekomendacja-w-sprawie-zmiany-sposobu-lub-poziomu-finansowania-swiadczen-opieki-zdrowotnej/>).
6. Obwieszczenie Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 13 czerwca 2024 r. w sprawie rekomendacji nr 48/2024 z dnia 24 maja 2024 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej (<https://www.aotm.gov.pl/aktualnosci/najnowsze/obwieszczenie-prezesa-rekomendacja-w-sprawie-zmiany-sposobu-lub-poziomu-finansowania-swiadczen-opieki-zdrowotnej-3/>).
7. Projekt pn. „Edukacja w przeciwdziałaniu chorobom ośłępiennym” realizowany przez Pixel Print House w okresie od 01.08.2024– 31.12.2024 (<https://www.wspierajmarzenia.pl/edukacja-w-przeciwdzialaniu-chorobom-otepiennym/>).
8. Ruch naturalny ludności – zgony, [w:] Baza Demografia, Główny Urząd Statystyczny (<https://demografia.stat.gov.pl/BazaDemografia/Tables.aspx>).
9. Sprawozdanie Krajowej Rady ds. Neurologii za rok 2024 z dnia 30.11.2024 r.
10. Stan polskiej neurologii i kierunki jej rozwoju w perspektywie do 2030 r., [red.] M. gałazka-Sobotka, Warszawa 2021. (<https://ptneuro.pl/aktualnosc/raport-stan-polskiej-neurologii-i-kierunki-jej-rozwoju-w-perspektywie-do-2030-r/>).
11. Sytuacja demograficzna Polski do 2023 roku, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2024 (<https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/sytuacja-demograficzna-polski-do-2023-roku,40,4.html#>).
12. Uchwała nr 247 Rady Ministrów z dnia 6 grudnia 2022 r. w sprawie ustanowienia programu wieloletniego pn. Narodowy Program Chorób Układu Kręzenia na lata 2022-2032, M.P. 2022 poz. 1265.

7. Spis tabel i wykresów

Spis tabel

Tabela 1 Wykaz JGP będących przedmiotem prac taryfikacyjnych w latach poprzednich	5
Tabela 2 Absencja chorobowa z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS-u według najczęstszych grup chorobowych w 2022 r. oraz 2023 r. dla najczęściej występujących grup chorobowych	8
Tabela 3 Najczęściej występujące przyczyny zgonów z powodu chorób układu nerwowego oraz naczyń mózgowych w 2023 r.	9
Tabela 4 Produkty odrębne możliwe do rozliczenia wyłącznie w zakresie chorób układu nerwowego	10
Tabela 5 Produkty możliwe do sumowania do grup JGP wyłącznie w zakresie chorób układu nerwowego	11
Tabela 6 Procedury możliwe do realizacji w warunkach ambulatoryjnych	12
Tabela 7 Wysokość współczynników korygujących wynikających z Rekomendacji nr 48/2024 z dnia 24 maja 2024 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej	12
Tabela 8 Wykaz programów lekowych dedykowanych chorobom układu nerwowego	13
Tabela 9 Liczba i wartość analizowanych grup JGP w poszczególnych zakresach świadczeń	23
Tabela 10 Liczba i wartość analizowanych grup JGP w zakresach	24
Tabela 11 Liczba i wartość świadczeń w podziale na poszczególne JGP	29
Tabela 12 Struktura trybu przyjęcia	33
Tabela 13 Struktura trybu wypisu	34
Tabela 14 Liczba świadczeń JGP w kategoriach dorosły i dziecko	34
Tabela 15 Średni wiek pacjenta w zależności od kategorii szpitala w podziale na zakresy	35
Tabela 16 Średnia długość hospitalizacji w zależności od kategorii szpitala w podziale na zakresy	35
Tabela 17 Podsumowanie schorzeń układu nerwowego w 2024 roku w poszczególnych krajach	53
Tabela 18 Liczność próby danych finansowo-księgowych	61
Tabela 19 Wielkość próby danych włączonych do wyliczeń – dane kliniczno-kosztowe	62
Tabela 20 Mnożnik zmian wielkości kosztów dla poszczególnych lat	63
Tabela 21 Obecne i nowe limity dni finansowanych grupą	66
Tabela 22 Długość pobytu - dane NFZ 2023	67
Tabela 23 Zestawienie średnich kosztów osobodnia dla wybranych kodów resortowych	68
Tabela 24 Zestawienie kosztów osobodnia dla poszczególnych grup JGP	69
Tabela 25 Średni koszt infrastruktury bloku operacyjnego i działu anestezjologii, przyjęty do wyliczeń	70
Tabela 26 Średnie stawki godzinowe brutto-brutto personelu realizującego procedurę zabiegową ..	70
Tabela 27 Średnie koszty produktów leczniczych, wyrobów medycznych i procedur diagnostycznych w grupach zachowawczych i zabiegowych	73
Tabela 28 Średni czas trwania zabiegu w grupach zabiegowych	74
Tabela 29 Wynik analizy kosztów	75
Tabela 30 Wynik analizy kosztów w grupach zachowawczych	75
Tabela 31 Wynik analizy kosztów: Paczka lekooporna - diagnostyka	76
Tabela 32 Wynik analizy kosztów - Kwalifikacja i Programowanie DBS	76
Tabela 33 Projekt taryfy	78
Tabela 34 Analiza wpływu na budżet płatnika	80

Tabela 35 Wpływ propozycji zmian na budżet świadczeniodawców w podziale na kategorię szpitala	82
Tabela 36 Wysokość współczynników korygujących.....	86

Spis wykresów

Wykres 1 Liczba świadczeń zabiegowych i zachowawczych w latach 2019-2023	7
Wykres 2 Liczba i wartość świadczeń w ramach JGP zrealizowanych w latach 2019-2023.	16
Wykres 3 Liczba świadczeń odrębnych zrealizowanych w latach 2019-2023.	16
Wykres 4 Wartość świadczeń odrębnych zrealizowanych w latach 2019-2023.	16
Wykres 5 Świadczenia towarzyszące rozliczone wraz ze świadczeniem podstawowym (JGP).	17
Wykres 6 Cena jednostki rozliczeniowej w ryczałcie PSZ w latach 2019-2023.	17
Wykres 7 Liczba zrealizowanych świadczeń JGP w 2023 roku w podziale na województwa.	18
Wykres 8 Liczba zrealizowanych świadczeń JGP w 2023 roku w podziale na województwa w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców.	18
Wykres 9 Wartość zrealizowanych świadczeń JGP w mln zł w 2023 roku w podziale na województwa.	19
Wykres 10 Wartość zrealizowanych świadczeń JGP w mln zł w 2023 roku w podziale na województwa w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców.	19
Wykres 11 Liczba unikatowych świadczeniodawców w 2023 roku w podziale na województwa.	20
Wykres 12 Liczba świadczeniodawców w 2023 roku w podziale na województwa w przeliczeniu na 10 tysięcy mieszkańców.	20
Wykres 13 Liczba świadczeniodawców w latach 2019-2023 w podziale na kategorię szpitala.	21
Wykres 14 Struktura procentowa liczby realizatorów świadczeń JGP w latach 2019-2023 w podziale na kategorię szpitala.	21
Wykres 15 Struktura liczby świadczeń JGP w podziale na kategorię szpitala.	22
Wykres 16 Struktura wartości świadczeń JGP w podziale na kategorię szpitala.	22
Wykres 17 Struktura liczby i wartości świadczeń odrębnych w podziale na kategorię szpitala.	22
Wykres 18 Liczba i wartość świadczeń JGP w 2023 roku oznaczonych jako ratujące życie.	23
Wykres 19 Struktura liczby świadczeń JGP w poszczególnych zakresach w podziale na kategorię szpitala.	25
Wykres 20 Struktura wartości świadczeń JGP w poszczególnych zakresach w podziale na kategorię szpitala.	25
Wykres 21 Liczba świadczeń JGP w poszczególnych obszarach w latach 2019-2023.	26
Wykres 22 Wartość świadczeń JGP w poszczególnych obszarach w latach 2019-2023.	27
Wykres 23 Struktura liczby i wartości świadczeń JGP w poszczególnych obszarach w podziale na kategorię szpitala.	28
Wykres 24 Liczba świadczeń w poszczególnych JGP w podziale na zakres świadczeń.	31
Wykres 25 Wartość świadczeń w poszczególnych JGP w podziale na zakres świadczeń.	31
Wykres 26 Liczba świadczeń w poszczególnych JGP w podziale na kategorię szpitala.	32
Wykres 27 Wartość świadczeń w poszczególnych JGP w podziale na kategorię szpitala.	33
Wykres 28 Struktura wiekowa populacji pacjentów.	35
Wykres 29 Struktura procentowa grup wiekowych pacjentów w podziale na grupy JGP.	36
Wykres 30 Struktura świadczeń w podziale na rozpoznania główne.	37
Wykres 31 Struktura procentowa liczby rozpoznań w zależności od kategorii szpitala.	37
Wykres 32 Liczba lekarzy specjalistów wykonujących zawód w specjalizacji neurologii w latach 2020-2023.	38
Wykres 33 Liczba lekarzy specjalistów wykonujących zawód w specjalizacji neurologii dziecięcej w latach 2020-2023.	38

Wykres 34 Liczba lekarzy specjalistów wykonujących zawód w specjalizacji neurochirurgii w latach 2020-2023.	39
Wykres 35 Liczba oddziałów neurologii oraz oddziałów neurologii dla dzieci w poszczególnych województwach w 2023 r.	40
Wykres 36 Liczba oddziałów neurochirurgii oraz neurochirurgii dla dzieci w poszczególnych województwach w 2023 r.	40
Wykres 37 Liczba oddziałów udarowych w poszczególnych województwach w 2023 r.	41
Wykres 38 Liczba łóżek i średnie obłożenie na oddziałach neurologii w latach 2018-2023.	42
Wykres 39 Liczba łóżek i średnie obłożenie na oddziałach neurologii dla dzieci w latach 2018-2023.	42
Wykres 40 Liczba łóżek i średnie obłożenie na oddziałach neurochirurgii w latach 2018-2023.	43
Wykres 41 Liczba łóżek i średnie obłożenie na oddziałach neurochirurgii dla dzieci w latach 2018-2023.	43
Wykres 42 Liczba łóżek i średnie obłożenie na oddziałach udarowych w latach 2018-2023.	44
Wykres 43 Liczba łóżek na oddziałach neurologii w podziale na województwa w latach 2021-2023..	44
Wykres 44 Liczba łóżek na oddziałach neurologii dla dzieci w podziale na województwa w latach 2021-2023.	45
Wykres 45 Liczba łóżek na oddziałach neurochirurgii w podziale na województwa w latach 2021-2023.	45
Wykres 46 Liczba łóżek na oddziałach neurochirurgii dla dzieci w podziale na województwa w latach 2021-2023.	46
Wykres 47 Liczba łóżek na oddziałach udarowych w podziale na województwa w latach 2021-2023.	46
Wykres 48 Liczba łóżek na oddziałach neurologii oraz oddziałach neurochirurgii na 10 tys. mieszkańców w podziale na województwa 2023 r.	47
Wykres 49 Liczba łóżek na oddziałach udarowych na 10 tys. mieszkańców w podziale na województwa 2023 r.	47
Wykres 50 Średnia liczba łóżek w komórce organizacyjnej w 2023 r. – oddział neurologii.	48
Wykres 51 Średnia liczba łóżek w komórce organizacyjnej w 2023 r. – oddział neurologii dla dzieci..	48
Wykres 52 Średnia liczba łóżek w komórce organizacyjnej w 2023 r. – oddział neurochirurgii.	49
Wykres 53 Średnia liczba łóżek w komórce organizacyjnej w 2023 r. – oddział neurochirurgii dla dzieci.	49
Wykres 54 Średnia liczba łóżek w komórce organizacyjnej w 2023 r. – oddział udarowy.	50
Wykres 55 Średnia liczba osób oczekujących – przypadki pilne.	50
Wykres 56 Średni czas oczekiwania [dni] – przypadki pilne.	51
Wykres 57 Średnia liczba osób oczekujących – przypadki stabilne.	51
Wykres 58 Średni czas oczekiwania [dni] – przypadki stabilne.	52
Wykres 60 Struktura pozyskanych danych kliniczno-kosztowych według kategorii szpitala.	63
Wykres 61 Rozrzut kosztów wyrobów medycznych w przeliczeniu na dzień w grupach zachowawczych.	71
Wykres 62 Rozrzut kosztów produktów leczniczych w przeliczeniu na dzień w grupach zachowawczych.	71
Wykres 63 Rozrzut kosztów procedur diagnostycznych na hospitalizację w grupach zachowawczych.	72
Wykres 64 Rozrzut kosztów wyrobów medycznych w grupach zabiegowych.	72
Wykres 65 Rozrzut kosztów produktów leczniczych w grupach zabiegowych.	72
Wykres 66 Rozrzut kosztów procedur diagnostycznych w grupach zabiegowych.	73

Wykres 67 Struktura kosztów analizowanych świadczeń.	77
---	----

8. Załączniki

1. **Załącznik nr 1** - Charakterystyka świadczeń gwarantowanych związanych z realizacją zakresu choroby układu nerwowego (kody ICD-10 i ICD-9).
2. **Załącznik nr 2** - Szczegółowe warunki realizacji świadczeń gwarantowanych w oddziałach neurologicznych.
3. **Załącznik nr 3** - Katalog świadczeń szpitalnych rozliczanych w ramach chorób układu nerwowego.
4. **Załącznik nr 4** - Udział procentowy zestawu grupy procedur ICD-9 rozliczanych w ramach poszczególnych grup zabiegowych.
5. **Załącznik nr 5** - Stan finansowania w innych krajach.
6. **Załącznik nr 6** - Statystyki opisowe dotyczące cen komercyjnych z zakresu leczenia chorób układu nerwowego.
7. **Załącznik nr 7** - Graficzne przedstawienie zróżnicowania cen komercyjnych pomiędzy świadczeniodawcami.
8. **Załącznik nr 8** – Szczegółowa propozycja nowej charakterystyki grup JGP wraz z warunkami rozliczenia.